



Folkhälsorapport 2015

Folkhälsan i Stockholms län

Mona Backhans, Joanna Stjernschantz Forsberg,
Anton Lager (redaktörer)

Förord

Stockholms län är en dynamisk region. Hit dras allt fler människor för att utbilda sig och arbeta. Tillväxt och utveckling – men samtidigt en ökande segregation – är sociala förändringar som kraftfullt påverkar befolkningens hälsa. Hälsoläget är i sin tur avgörande för fortsatta sociala, ekonomiska och miljömässiga framsteg.

År 1920 definierade Charles-Edward Winslow folkhälsa som “vetenskapen om, och konsten att, förebygga sjukdom, förlänga liv och främja fysisk hälsa och produktivitet”. Även om vi hundra år senare skulle vilja lägga till psykisk hälsa i definitionen, bottenar folkhälsoarbete i idén att vetenskap kan omsättas i praktik och att människor därigenom kan leva friskare, längre och mer fullödiga liv.

Kartläggning av befolkningens hälsa är det första steget i ett strategiskt folkhälsoarbete. Den är ett självändamål ur ett folk- och opinionsbildande perspektiv, men framförallt ett underlag för prioriteringar av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser, liksom ett redskap för planering av sjukvården.

Kunskap om det aktuella folkhälsoläget i Stockholms län är särskild angelägen i ljuset av den snabba regionala utvecklingen. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) presenterar därför här Folkhälsorapport 2015. Rapporten innehåller de senaste uppgifterna om de sjukdomar, skador och riskfaktorer som bidrar mest till ohälsobördan i länet. Den bygger på underlag från ett antal experter, och har redigerats av Mona Backhans, Joanna Stjernschantz Forsberg och Anton Lager, alla vid CES.

Vi hoppas att Folkhälsorapport 2015 ska bidra till ett friskare Stockholm.

Stockholm, oktober 2015

Cecilia Magnusson
Verksamhetschef, CES

Anton Lager
Huvudredaktör

Författare

Avsnitt	Författare
Sammanfattning och introduktion	Anton Lager, Mona Backhans, Joanna Stjerschantz Forsberg
Hjärtinfarkt och stroke	Daniel Falkstedt, Joanna Stjerschantz Forsberg
Cancer	Cecilia Magnusson
Smärta i rörelseapparaten	Eva Skillgate
Depression och ångest	Christina Dalman, Andreas Lundin, Yvonne Forsell, Lena Jörgensen, Kyriaki Kosidou, Susanne Wicks, Beata Jablonska
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	Cecilia Boldemann
Fallolyckor bland äldre	Anna-Karin Welmer
Demens	Laura Fratiglioni, Giola Santoni
Själv mord och självs kador	Gergö Hadlaczy, Sebastian Hökby
Diabetes	Joanna Stjerschantz Forsberg
Astma och allergier	Catarina Almqvist Malmros, Erik Melén
Trafikskador	Marie Hasselberg, Lucie Laflamme
Högt blodtryck	Joanna Stjerschantz Forsberg, Finn Rasmussen
Matvanor	Emma Patterson, Liselotte Schäfer Elinder, Per Tynelius, Finn Rasmussen
Övervikt och fetma	Sanna Tiikkaja, Per Tynelius, Finn Rasmussen
Tobaksbruk	Rosaria Galanti
Högt blodsocker	Joanna Stjerschantz Forsberg
Högt kolesterol	Joanna Stjerschantz Forsberg
Alkoholvanor	Kozma Ahacic
Fysisk aktivitet	Gisela Nyberg, Per Tynelius, Finn Rasmussen
Fysiska arbetsvillkor	Gun Johansson, Katarina Kjellberg, Sara Gunnare
Sociala skillnader i hälsa	Bo Burström, Daniel Bruce, Jan Halldin, Anna-Clara Hollander, Knut Lönnroth
Diskussion	Anton Lager, Mona Backhans, Joanna Stjerschantz Forsberg

Peeter Fredlund, Nils Larsson och Peter Guban har bistått författare och redaktörer med dataunderlag. Följande personer har medverkat i rapportens referensgrupp: Emilie Agardh, Peter Allebeck, Karin Engström, Cecilia Magnusson, Fredric Ripe och Viveca Urwitz. En styrgrupp för landstingets folkhälsost strategi har också verkat som styrgrupp för folkhälsorapporten. I gruppen har följande personer ingått: Birger Forsberg (ordförande), Sven Andreasson, May Blom, Eva Pilsäter Faxner, Per Gustavsson, Peter Haglund, Mai-Lis Hellenius, Cecilia Lindvall och Cecilia Magnusson. Staffan Ahnve har granskat avsnitten om högt blodtryck och högt kolesterol. Claes-Göran Östenson har granskat avsnitten om diabetes och högt blodsocker. Rapporten har språkgranskats av Gunilla Eldh.

Referera till rapporten enligt: "Backhans M, Stjerschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2015. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015." Referera till specifika kapitel i rapporten enligt (exempel): "Tiikkaja S, Tynelius P, Rasmussen F. Övervikt och fetma. I: Backhans M, Stjerschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2015. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 115-119."

Innehåll

Förord	3
Författare	4
Sammanfattning	6
1. Introduktion	8
2. Hjärtinfarkt och stroke	15
3. Cancer	23
4. Smärta i rörelseapparaten	35
5. Depression och ångest	45
6. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	55
7. Fallolyckor bland äldre	61
8. Demens	67
9. Själv mord och självskador	75
10. Diabetes	81
11. Astma och allergier	89
12. Trafikskador	95
13. Högt blodtryck	103
14. Matvanor	109
15. Övervikt och fetma	115
16. Tobaksbruk	121
17. Högt blodsocker	127
18. Högt kolesterol	133
19. Alkoholvanor	141
20. Fysisk aktivitet	149
21. Fysiska arbetsvillkor	155
22. Sociala skillnader i hälsa	163
23. Diskussion	183

Sammanfattning

Den förväntade medellivslängden vid födseln har aldrig tidigare varit så hög i Stockholms län. År 2014 var den 85 år för kvinnor och 81 år för män. Endast i Hallands, Kronobergs och Uppsala län var medellivslängden högre i Sverige.

Ökningen i medellivslängd drivs sedan flera årtionden av minskad dödlighet i medel- och pensionsåldern istället för, som tidigare i historien, minskad dödlighet bland barn. Det är framför allt dödligheten i hjärtkärlsjukdomar som har sjunkit. På 2000-talet har risken att i en given ålder drabbas av en hjärtinfarkt minskat mycket kraftigt. Dessutom har risken att drabbas av en stroke sjunkit.

Minskningen av sådana dödliga sjukdomar innebär också att det förväntade antalet fullt friska levnadsår ökar. Samtidig har andelen år som levs med sjukdom, faktiskt ökat något under de sista decennierna. En viktig orsak till detta är att befolkningen blir äldre och äldre.

Bland de stora folkhälsoproblemen är depression och ångest de enda som visar tecken på en påtaglig ökning. Hela elva procent av de vuxna kvinnorna i länet och fem procent av männen, eller cirka 100 000 kvinnor respektive 40 000 män, fick en sådan diagnos i fjol, jämfört med sex respektive tre procent år 2006. Även självrapporterad psykisk ohälsa ökar. Den historiska trenden mot en minskning av självmordstalet planar dessutom ut under 2000-talet.

Den övergripande trenden mot sjunkande dödlighet i hjärtinfarkt och stroke följer på minskat dagligt rökande. Troligen har även förekomsten av högt blodtryck och högt kolesterol minskat. För dessa två riskfaktorer saknas dock utbyggda system för epidemiologisk bevakning. Även för matvanorna, som samlat bidrar till en nästan lika stor andel av sjukdomsördan som högt blodtryck, finns ett behov av bättre epidemiologisk bevakning.

Det finns sociala skillnader i livslängd, liksom för så gott som alla sjukdomar och riskfaktorer. Sambanden är kontinuerliga, från rikast till fattigast, från de högsta tjänstemännen till de okvalificerade arbetarna, från längst utbildad till kortast. Konsekvenserna av att drabbas är också allvarligare i de lägre socioekonomiska grupperna. Eftersom länet är segregerat, och segregationen ökar, uppstår även tydliga geografiska skillnader i hälsa.

I strategiskt folkhälsoarbete identifieras de problem som är stora, det vetenskapliga stödet för verksamma insatser och eventuella glapp mellan vad vi vet och vad vi gör. Fokus i den här rapporten är på de sjukdomar, skador och bestämningsfaktorer som identifierats som de största problemen i Sverige i det globala sjukdomsördeprojektet. Totalt redovisas förekomsten, fördelningen och utvecklingen över tid för elva grupper av sjukdomar och skador som tillsammans ligger bakom merparten av sjukdomsördan. I rapporten redovisas även förekomst, fördelning och utveckling av fyra metabola riskfaktorer och fyra beteenden. Sådana faktorer förklarar tillsammans omkring en tredjedel av sjukdoms-

bördan. Två särskilda avsnitt i rapporten behandlar fysiska arbetsvillkor respektive sociala skillnader i hälsa.

Insatser på olika nivåer behövs för att motverka vart och ett av dessa problem och dessa diskuteras i vart och ett av de 21 avsnitten. När det gäller insatser har Stockholms läns landsting en särskilt viktig roll inom ramen för sitt ansvar för hälso- och sjukvård samt genom sina uppdrag på trafikområdet och för regionplaneringen. Indirekt kan landstinget även påverka genom samverkan med exempelvis kommunerna. Fyra exempel kan illustrera hur Stockholms läns landsting kan bedriva evidensbaserat folkhälsoarbete:

Psykisk ohälsa kan förebyggas i såväl hälso- och sjukvården som i kommunerna. Förebyggande arbete på vårdcentraler, i mödra- och barnhälsovården, förskola och skola ska grunda sig på sammanställningar av vad forskningen visar är effektiva åtgärder. Det är i det första steget av denna process som folkhälsoarbetets troligen största utmaning ligger idag. Mängden forskning ökar nämligen exponentiellt från redan höga nivåer och systemen för att omsätta kunskapen i praktik hinner inte med. Utvecklingen innebär samtidigt att förutsättningarna för evidensbaserat folkhälsoarbete aldrig har varit bättre. Inom primärvården kan vuxna och barn med psykisk ohälsa erbjudas tidiga insatser för att förhindra utveckling av allvarligare problematik.

Rökningen fortsätter att skörda liv. Här kan arbetet inriktas direkt på implementering och omsättning av kunskap i praktik. Bland annat är rökavvänjning fortsatt en av de mest effektiva och kostnadseffektiva folkhälsoinsatser som vi känner till. Men alla vårdcentraler har trots det inte utbildade rökavvänjare, och alla vårdcentraler som har rökavvänjare erbjuder inte regelmässigt rökavvänjning.

Fysisk aktivitet kan främjas såväl med hjälp av trafik- och regionplanering, som inom hälso- och sjukvården (gäller tydligt även för goda matvanor) och i kommunerna. Mängden forskning växer exponentiellt och det behövs system för att kontinuerligt omsätta forskning i praktik, särskilt på trafik- och regionplaneringens område. Arbetet inleds förslagsvis med sammanställning av resultat från naturliga experiment. En verkställd trafik- och regionplanering som främjar fysisk hälsa behöver inte bli dyrare än i dagsläget och små effekter på stora grupper av befolkningen kan få betydelsefulla effekter på folkhälsan.

De påtagliga sociala skillnaderna i hälsa kan motverkas. Ökande boendesegregation leder till ökade geografiska skillnader i hälsa. För att möta detta behövs insatser såväl inom hälso- och sjukvården som av andra aktörer i lokalsamhället. Ett geografiskt områdesansvar för folkhälsan bör därför utredas och konsekvenserna av det nya systemet för ersättning till vårdcentralerna utvärderas. Flyktingars och nyanländas hälsa är en stor utmaning. Landstinget bör följa Världshälsoorganisationens råd att noga följa hälsoläget i gruppen för att kunna erbjuda rätt vård samt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Den kunskap som redan sammanställts globalt, nationellt och regionalt kring insatser för att motverka hälsoklyftor bör sammanfattas, och insatserna med det bästa vetenskapliga stödet identifieras och omsättas i praktik.

1. Introduktion

Det yttersta syftet med allt folkhälsoarbete är att bidra till att så många som möjligt ska ha så god hälsa som möjligt så länge som möjligt. Därtill är minskade sociala skillnader i hälsa ett viktigt mål. Genom att förebygga sjuklighet undviks mycket lidande och samhället sparar resurser för sjukvård och försörjning av sjuka.

Ett begränsat antal folksjukdomar bakom sjukdomsördan

Beräkningen av sjukdomsördan illustrerar hur ett begränsat antal folksjukdomar och skador står för merparten av den, mätt som summan av år levda med sjukdom samt förtida död (DALYs) (1). Exempelvis ligger 17 sjukdomar och skador bakom mer än halva sjukdomsördan i Sverige år 2013; ischemisk hjärtsjukdom, ländryggsmärta, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), fallskador, depression, demens, lungcancer, ischemisk stroke, nackvärk, kolorektal cancer, självsador inklusive självmord, diabetes, ångest, migrän, hemorragisk stroke, astma och trafikskador.

För sex av dessa problem ligger bidraget till sjukdomsördan i Sverige framför allt i förtida död (YLLs). Det gäller för ischemisk hjärtsjukdom, lungcancer, kolorektal cancer, ischemisk stroke, självsador och hemorragisk stroke. Bidraget från sju av de andra består främst i år levda med sjukdom (YLDs); ländryggsmärta, depression, fallolyckor, nackvärk, ångest, migrän och astma. De fyra återstående, KOL, demens, diabetes och trafikskador, bidrar avsevärt både till förtida död och år levda med sjukdom.

Mycket av sjukligheten förklaras av kända riskfaktorer

Mer än hälften av dödsfallen och mer än en tredjedel av den totala sjukdomsördan i Sverige, går enligt sjukdomsördeprojektet att förklara med hälsobeteenden, som matvanor och rökning och/eller metabola riskfaktorer, som högt blodtryck och högt BMI (Body Mass Index).

Sådana faktorer förklarar också en hög andel av sjukdomsördan som härrör från flera folksjukdomar. Exempelvis beräknas högt blodtryck förklara 59 procent av den ischemiska hjärtsjukligheten, 55 procent av ischemisk stroke och 63 procent av hemorragisk stroke i Sverige år 2013. Högt BMI förklarar 60 procent av diabetessjukligheten, medan rökning förklarar 61 procent av KOL och 75 procent av lungcancer.

Syfte och målgrupp

Avsikten med folkhälsorapporten är att underlätta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete samt planering av hälso- och sjukvården, genom att presentera aktuella uppgifter för Stockholms län om:

(1) förekomsten,

(2) utvecklingen över tid (särskilt sedan år 2000) samt

(3) fördelningen över olika grupper; av de viktigaste sjukdomarna, skadorna och riskfaktorerna som de definierats för landet inom ramen för det globala sjukdomsbördeprojektet. Dessutom presenteras uppgifter om sociala skillnader i hälsa i ett särskilt avsnitt.

Förhoppningen är att rapporten härigenom kan bidra till en övergripande diskussion om prioriteringar.

Målgrupperna för rapporten är Stockholms läns landsting som helhet och andra som arbetar för att främja hälsa och förebygga förtida död, sjukdom, skador samt hälsoskillnader mellan grupper. Dessutom är rapporten en lägesbeskrivning för den hälso- och samhällsintresserade allmänheten.

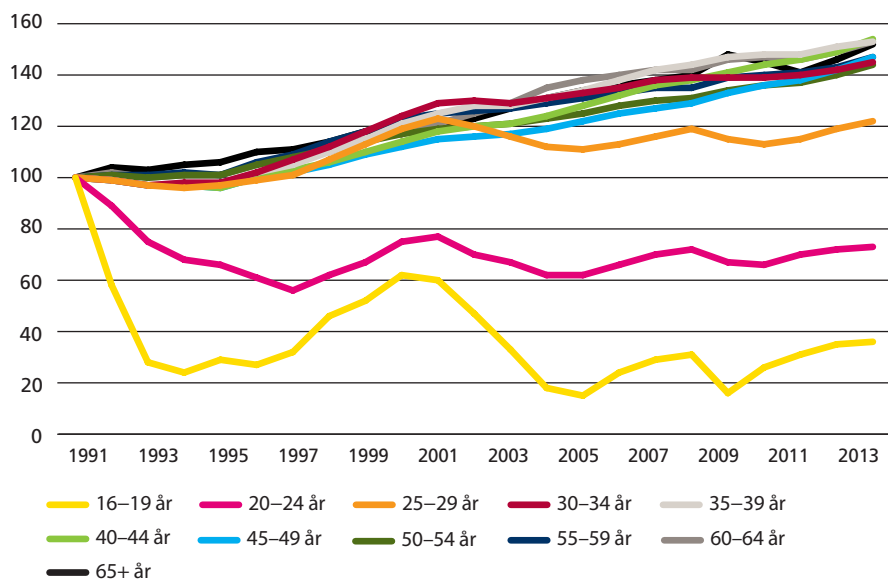
Stockholms läns landsting ansvarar för hälso- och sjukvården i länet och ska "även i övrigt (...) verka för en god hälsa hos hela befolkningen" (2). Mycket av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet sker direkt på exempelvis vårdcentraler, specialistmottagningar, sjukhus samt mödra- och barnavårdscentraler, men landstinget har också möjlighet att verka indirekt genom samverkan med kommuner och uppdrag inom trafik- och regionplaneringen. Stockholms läns landsting är dessutom länets näst största arbetsgivare och största inköpare av varor och tjänster.

Två övergripande utmaningar i Stockholms län

Rapporten fokuserar på individnära riskfaktorer som levnadsvanor, övervikt/fetma och högt blodtryck. Även om dessa faktorer ligger bakom en stor del av den totala sjukdomsbördan och skillnader i sjuklighet mellan grupper, så förklarar de inte all variation. Här har i stället sociala och ekonomiska villkor stor betydelse. På det området står Stockholms län inför åtminstone två stora utmaningar: Stora grupper halkar efter i den ekonomiska utvecklingen och segregationen ökar.

Rikare och rikare – men utvecklingen har inte kommit alla till del

Länets bruttoregionprodukt per invånare är högst i Sverige och fortsätter öka. Den ekonomiska utvecklingen har dock inte kommit alla till del. Den fattigaste tiondelen av befolkningen i Sverige har knappt haft någon reell ökning av sin disponibla inkomst under de senaste 25 åren (3).



Figur 1.1 Sammanräknad medianförvärvsinkomst (inkomster från anställning, företagande, pension, sjukpenning och andra skattepliktiga transfereringar) för boende i Stockholms län den 31/12 1991-2013, justerat för inflation (årsmedel-KPI), standardiserat (år 1991=100). Inkomster från kapital ingår inte. Källa: Statistiska centralbyrån.

Förvärvsinkomster bland unga vuxna har minskat kraftigt sedan 1991. Förändringen skedde huvudsakligen under 1990-talets kris då sysselsättningen sjönk utan att återhämta sig. I Stockholms län hade ungdomar i åldern 16–19 år 64 procent lägre medianinkomst år 2013 jämfört med 1991, medan grupperna över 25, och särskilt över 30, års ålder sett sina inkomster öka under samma period (figur 1.1). De flesta unga som tidigare arbetade är nu i studier men andelen arbetslösa, och ungdomar som varken studerar, arbetar eller är arbetslösa, har också ökat.

Bristen på arbeten för de yngsta, i kombination med att en stor andel i varje årskull går tolv år i skolan utan att få examen, är en av samhällets största utmaningar idag. Av årskullen som slutade årskurs nio våren 2011 var sju av åtta behöriga för gymnasieskolan. Det motsvarar 88 procent av totalt 107 000 ungdomar.

Alla åtta ungdomar i exemplet (omkring 99 procent av alla sedan år 2000 (4)) skrivs ändå in på gymnasiet. Den åttonde ungdomen i exemplet börjar på det så kallade introduktionsprogrammet. Av de drygt 13 000 elever som började introduktionsprogrammet hösten 2011, hade endast vart tjugonde (5,2 %) en examen efter tre år.

Efter att de åtta ungdomarna gått sina tre år i gymnasiet är det ytterligare två av dem som saknar examen. Andelen utan examen är något lägre bland de som läser högskoleförberedande program än bland de som läser yrkesprogram (26 % jämfört med 33 % för den

aktuella årskullen). Men flertalet utan examen kommer ändå från de studieförberedande programmen eftersom dessa program är vanligare.

Det system som ansvarar för 99 procent av varje årskull, misslyckas med uppgiften att kvalificera ungdomarna för arbete eller vidare studier, för närmare 40 000 i en årskull på 100 000. Det är allvarligt för samhället och indirekt även för folkhälsan, särskilt i en tid då det är ont om arbeten för unga personer.

Boendesegregationen ökar

Boendesegregationen i länet har ökat under 2000-talet. Den fattigaste tiondelen av befolkningen har i högre utsträckning grannar som också tillhör den fattigaste tiondelen (5) och de bor kvar allt längre i resurssvaga områden (6). Mönstret gäller även utlandsfödda och i än större utsträckning den rikaste tiondelen av befolkningen (5).

De flesta mätbara konsekvenser av ekonomiska och sociala villkor, inklusive hälsokonsekvenser, går att förklara med villkoren på individnivå och inte med var personen är bosatt. Det viktigaste syftet med en beskrivning av hur problemen fördelar sig över exempelvis bostadsområden, är därför att bidra till förståelsen av hur resurser i exempelvis hälso- och sjukvård behöver fördelas geografiskt – inte att förklara uppkomsten av problemen. Ökar segregationen ställer det ökande krav på att systemen förmår fördela resurser till de områden som har störst behov. Men segregation i sig självt kan också generera problem för individer. Segregationen kan förmodligen också fungera självförstärkande, genom att minskad kontakt och förståelse mellan befolkningsgrupper leder till ökad segregation på sikt.

Metod och material

Rapporten fokuserar på de sjukdomar, skador och riskfaktorer som hade störst betydelse för sjukdomsburden i Sverige år 2010 enligt det globala sjukdomsburdeprojektet, the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD). Sedan rapportskrivandet inleddes har GBD 2013 presenterats (1). De skattningar som redovisas för respektive sjukdom, skada och riskfaktor är därför hämtade därifrån.

Datakällor

Rapporten bygger främst på data från Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter (SFHE), vårdregister och Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Landstingets folkhälsoenkäter har genomförts vart fjärde år sedan 1990. Sedan år 2002 omfattas omkring 50 000 personer av enkäterna. Ett slumpmässigt urval av 1283 individer, 16 år och äldre, i varje kommun eller stadsdel inbjöds att delta i SFHE 2014. Tre kommuner beställde ett extraurval med vardera 1000 personer. Det totala nettourvalet var 52 568 personer. Två olika enkäter skickades ut, en till 16–66 åringar med 103 frågor och en till personer 67 år eller äldre med 83 frågor. Frågorna handlar främst om fysisk och psykisk hälsa, levnadsvanor, boende, ekonomi och sociala relationer, arbetsmiljö (16–66 år) och arbetsmarknadsstatus.

Det första utskicket bestod av ett informationsbrev med inloggningsuppgifter till en webb-enkät, medan det andra utskicket innehöll en pappersblankett. Ett tredje utskick innehöll en påminnelse med inloggningsuppgifter, och det fjärde utskicket en påminnelse med ny frågeblankett. Insamlingen genomfördes under perioden 2014-11-11 till 2015-02-25. I ett försök att ytterligare höja svarsfrekvensen för yngre, erbjöds uppgiftslämnarna att svara på en förkortad pappersenkät samtidigt som de fick inloggningsuppgifter till den ursprungliga enkäten på webben. Svarsfrekvensen höjdes i och med detta med 4,3 procentenheter. Insamlingen för yngre avslutades 16 mars 2015. För yngre var då bortfallet 61,3 procent och för äldre 39,9 procent. Totalt antal svarande är 22 250 invånare, vilket motsvarar ett bortfall på 57,7 procent.

Hänsyn till bortfallets snedvridande effekter har tagits genom viktning av resultatet. Till data från enkäten har registervariabler lagts från registret över totalbefolkningen, utbildningsregistret, registret för årskurs 9, registret över slutbetyg från gymnasieskolan, registret över inkomster och taxeringar, longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), samt uppgifter från folk och bostadsräkningar. För att Statistiska centralbyrån (SCB) ska kunna lämna ut data från en enkätundersökning krävs informerat samtycke av uppgiftslämnarna. Detta säkerställdes genom att informationsbrevet utförligt redovisade vilka register som studien skulle kompletteras med.

För att viktningen till fullo ska kunna kompensera för bortfallet måste man göra antagandet att svarsmönstret bland de svarande ser likadant ut som för dem i bortfallet, givet sociodemografiska bakgrundsfaktorer. Tidigare analyser av inflödet över tid i den nationella folkhälsoenkäten visar att personer som svarat på bortfallsuppföljningar inte tycks ha ett avvikande svarsmönster gentemot de som svarat på enkäten. Bortfallsuppföljningarna har i dessa fall inte inneburit några statistiskt säkerställda skillnader i förekomst av olika fenomen (7).

Genomgående perspektiv om styrkan på olika samband

Förstärkningsord, som ”tydligt” och ”påtagligt” används i rapporten för att beskriva relativa skillnader som motsvarar minst en fördubblad förekomst i en grupp jämfört med en annan. När det gäller förändringar över tid, används liknande förstärkningsord om förändringstakten motsvarar minst en fördubbling på trettio års sikt. Dubbel förstärkning, som ”mycket tydligt”, är förbehållet relativa skillnader över 4 gånger. Relativa skillnader i förekomst eller förändringar över tid som är lägre än 1,5 gånger kommenteras bara i undantagsfall, och skillnader under 1,3 gånger oftast inte alls.

Referenser

1. GBD Compare. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2015. Tillgänglig på: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
2. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.
3. Statistikdatabasen: Disponibel inkomst per konsumtionsenhet i deciler, efter kapitalvinst, 2013 års priser: År 1991 - 2013; inklusive kapitalvinst. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2015. Tillgänglig på: <http://www.statistikdatabasen.scb.se>
4. Övergång mellan grundskola och gymnasieskola. Stockholm: Skolverket; 2013. Tillgänglig på: <http://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/laget-i-forskola-skola/beskrivande-data/overgang-mellan-grundskola-och-gymnasieskola-1.217772>
5. Segregation i Stockholmsregionen. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2014. Demografisk rapport 2014:09.
6. John Östh, Uppsala universitet, personlig kommunikation (150925).
7. Boström G. Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter? Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2010. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/nationella-folkhalsoenkaten-vad_betyder_bortfallet-100330.pdf

2. Hjärtinfarkt och stroke

Hjärtkärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och bidrar stort till den samlade sjukdomsöranden. Riskfaktorerna är välkända och innefattar ålder, ärftlighet, rökning, höga blodfetter, högt blodtryck, bukfetma, diabetes och psykosocial stress. Såväl i Stockholm som i riket i stort har insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke minskat under de senaste decennierna men det finns en social gradient, vilket till exempel innebär att personer med kortare utbildning löper större risk att drabbas. Den åldrande befolkningen och ökningen av andelen personer med övervikt och diabetes motverkar den positiva utvecklingen, varför fortsatta insatser mot riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom är angelägna.

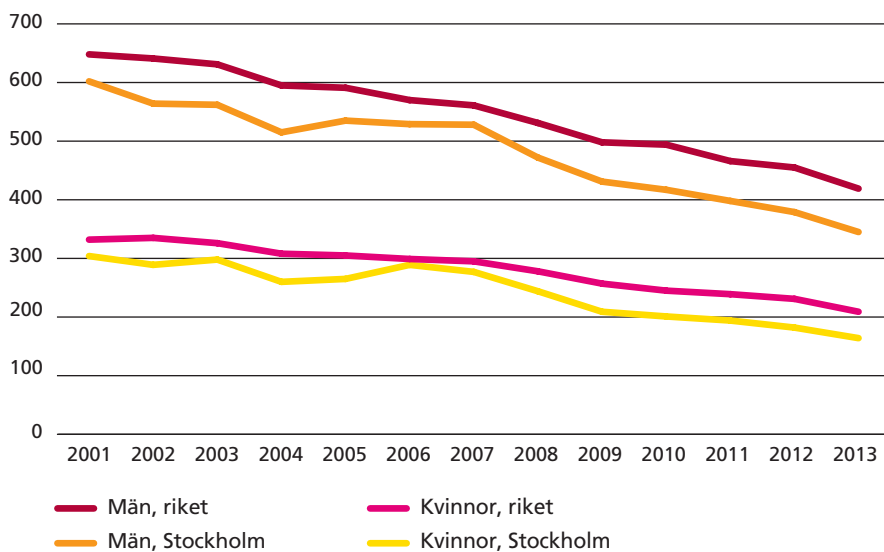
Hjärtkärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i världen och bidrar till en stor del av den samlade sjukligheten. I Sverige orsakar kranskärlssjukdom 20 procent av all förtida död (YLL) och ligger bakom omkring 10 procent av de förlorade funktionsjusterade levnadsåren (DALYs). Stroke, det vill säga infarkt eller blödning i hjärnan, orsakar i sin tur ungefär 7,5 procent av all förtida död och 4,0 procent av alla DALY:s (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). All hjärtkärlsjuklighet tillsammans står för 18,4 procent av de förlorade funktionsjusterade levnadsåren.

Den fysiologiska mekanismen bakom hjärt- och kärlsjukdomar är oftast förträngningar i blodkärlen på grund av fettinlagringar och förkalkningar i kärlväggarna, vilket så småningom leder till blodproppsbildning eller blödning. Följden blir syrebrist och vävnadsdöd i de organ som blodkärlen försörjer. Riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom är välkända. Utöver ålder och ärftlighet har rökning, höga blodfetter och högt blodtryck tydliga samband med både hjärtinfarkt och stroke, medan det finns ett något svagare samband för bukfetma. Diabetes och psykosocial stress är tydliga riskfaktorer framför allt för hjärtinfarkt. (1,2). Ett samband mellan luftföroreningar och hjärtkärlsjuklighet har också påvisats (3).

Förekomst och fördelning av hjärtinfarkt

Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt har minskat kontinuerligt under uppföljningsperioden 2001–2013 (figur 2.1). Detta är en fortsättning på en trend som pågått sedan 1980-talet. Minskningen är något större i Stockholms län än i riket som helhet. Stockholm har även ett lägre förstagångsinsjuknande under hela perioden.

Antalet män som drabbades av hjärtinfarkt under perioden minskade kraftigt men andelen är fortfarande högre än bland kvinnor. År 2013 hade männen inte kommit ner till den nivå som kvinnorna hade 2001. Bland män i Stockholms län var insjuknandet (ålders-



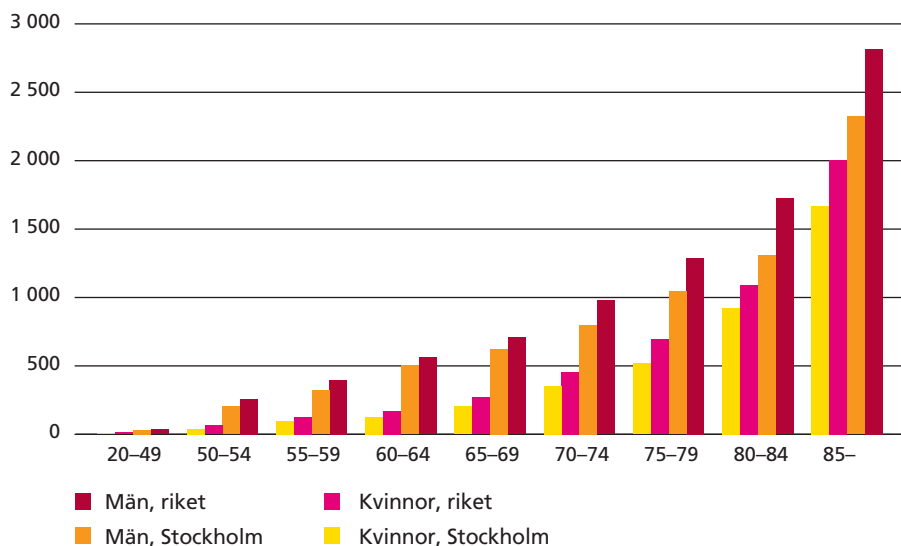
Figur 2.1 Åldersstandardiserad incidens av förstagångsinfarkt, per 100 000 i befolkningen, 20 år och äldre, fördelat på kön i Stockholms län och i riket, 2001–2013.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

standardiserat) vid uppföljningsperiodens början 602 fall per 100 000 individer och 345 fall vid dess slut, vilket innebär en minskning med drygt 40 procent. Bland kvinnor i länet var insjuknandet vid periodens början 304 fall per 100 000 individer och 164 fall vid dess slut – en minskning med cirka 45 procent. För riket i stort minskade insjuknandet med 35 respektive 37 procent.

Dödligheten i samband med förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt uppvisar också en nedåtgående trend under uppföljningsperioden, 2001 – 2013 (visas ej). Dödligheten vid förstagångsinsjuknande är ungefär densamma i Stockholms län som i riket i stort, knappt 30 procent avlider inom 28 dagar.

Risken att insjukna i hjärtinfarkt ökar mycket kraftigt med åldern (figur 2.2). I åldersgruppen 50–54 år fick 122 per 100 000 i Stockholms län en förstagångsinfarkt år 2013, medan motsvarande siffra var 1 826 per 100 000 i gruppen som fyllt 85 år. Invånarna i Stockholms län uppvisar lägre insjuknande än Sveriges invånare överlag. Detta gäller redan i tidig medelålder för både män och kvinnor (figur 2.2).



Figur 2.2 Incidens av förstagsångsinfarkt, per 100 000 i befolkningen, 20 år och äldre, fördelat på åldersgrupp och kön i Stockholms län och i riket, 2013.

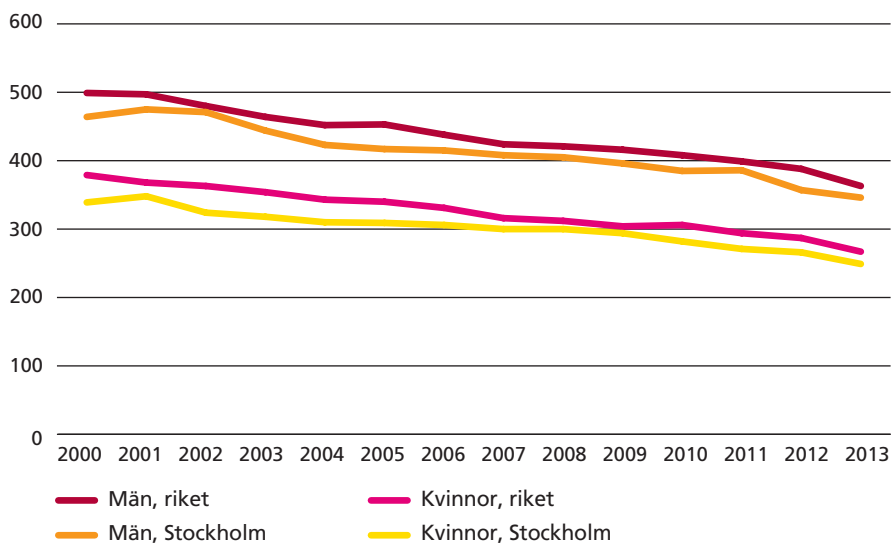
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Förekomst och fördelning av stroke

Förstagångsinsjuknande i stroke har minskat påtagligt under perioden 2000–2013, både i riket som helhet och i Stockholms län (figur 2.3). Särskilt uttalad är nedgången i åldersgruppen 65 till 84 år (visas ej). Bland medelålders personer har minskningen varit långsammare. Bland män i Stockholms län var insjuknandet (åldersstandardiserat) vid uppföljningsperiodens början 464 fall per 100 000 individer och 346 fall vid dess slut, vilket innebär en minskning med omkring 25 procent. Bland kvinnor i Stockholm var det 339 fall per 100 000 individer och 249 fall vid dess slut – en minskning med 27 procent. För riket i stort minskade insjuknandet med 27 respektive 30 procent.

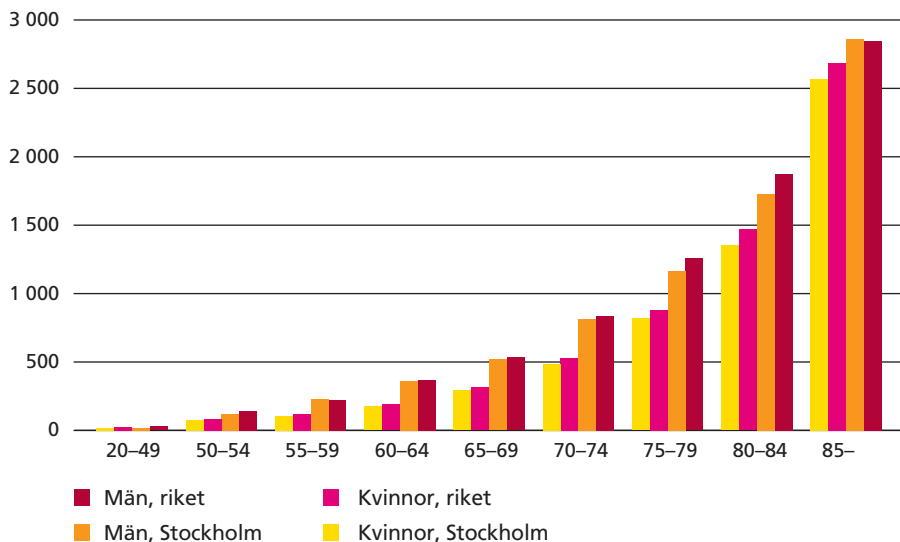
Den åldersstandardiserade dödligheten inom 28 dagar vid förstagsångsinsjuknande i stroke uppvisar en svagt nedåtgående trend under uppföljningsperioden (visas ej). Störst är minskningen bland män, från 23 procent till 21 procent i riket som helhet, och från 23 procent till 18 procent i Stockholm.

Risken att drabbas av stroke ökar mycket kraftigt med åldern hos både män och kvinnor. I åldersgruppen 50–54 år fick 98 av 100 000 stockholmare en förstagsångsstroke år 2013, medan motsvarande siffra var 2 660 av 100 000 i gruppen som fyllt 85 år. Något fler män än kvinnor drabbas av stroke, oberoende av ålder. Skillnaden mellan könen är dock betydligt mindre än för hjärtinfarkt. I Stockholms län ligger insjuknandet i stroke något lägre än för riket i de flesta åldersgrupper (figur 2.4).



Figur 2.3 Åldersstandardiserad incidens av förstagångsstroke, per 100 000 i befolkningen, 20 år och äldre, fördelat på kön i Stockholm och riket, 2000–2013.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.



Figur 2.4 Incidens av första stroke, per 100 000 i befolkningen, 20 år och äldre, fördelat på åldersgrupp och kön i Stockholms län och riket, 2013.

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Analys och tolkning

Eftersom risken för hjärtkärlsjukdom ökar mycket med stigande ålder och andelen äldre ökar i befolkningen, är det rimligt att förvänta sig fler insjuknanden framöver. Dock har incidensen av både hjärtinfarkt och stroke minskat under de senaste årtiondena (4,5), och preliminära beräkningar talar för att minskningstakten skulle kunna kompensera för effekterna av en åldrande befolkning under kommande decennier (6). Även behandlingsresultaten har förbättrats, och dödligheten minskat något.

Att insjuknandet i hjärtkärlsjukdomar minskat kan delvis bero på att andelen rökare i befolkningen också minskat. Även förekomsten av andra riskfaktorer som högt blodtryck och höga blodfetter har troligen minskat. Men under senare år har förekomsten av övervikt och diabetes ökat, vilket motverkar den positiva trenden.

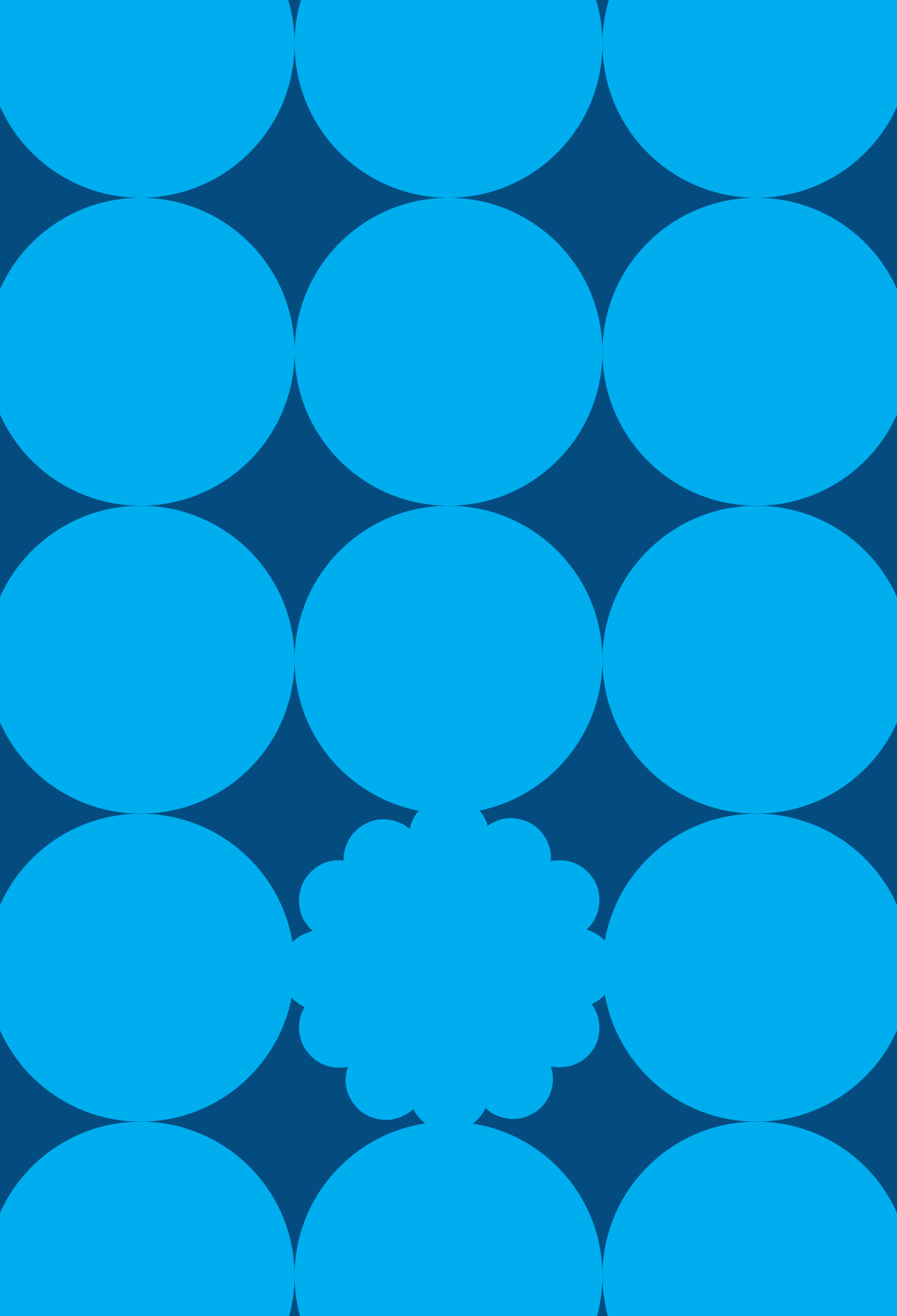
De data som presenteras medger inte indelning efter socioekonomisk grupp men det är känt sedan tidigare att insjuknandet i både hjärtinfarkt och stroke är högst bland individer med enbart grundskoleutbildning och minskar med högre utbildningsnivå. Dödligheten, det vill säga andelen i befolkningen som avlider av sjukdomarna, följer samma mönster (4,7). Trenderna för insjuknande och dödlighet har varit nedåtgående i alla utbildningskategorier, mer bland män än bland kvinnor. Dödligheten i hjärtinfarkt för personer mellan 45 och 74 år hade år 2012 minskat så att den var något lägre bland män med eftergymnasial utbildning än bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning (åldersstandardiserat) (4). När det gäller dödligheten i stroke var utvecklingen densamma ungefär tio år tidigare (7). Mer information om socioekonomiska skillnader i hjärtkärlsjuklighet finns i avsnitt 22.

Insatser

Risikfaktorerna rökning, höga blodfetter, högt blodtryck, bukfetma och diabetes är koppade till livsstil. Insatser för att minska förekomsten av hjärtkärlsjukdomar bör därför inriktas på att förändra ohälsosamma levnadsvanor, både i hela befolkningen och bland de som löper högre risk att drabbas av hjärtkärlsjukdom. Det gäller inte minst tobaksbruk, ohälsosamma matvanor och för lite fysisk aktivitet. Läkemedelsbehandling mot högt blodtryck har en given plats, liksom mot höga blodfetter åtminstone vid högre risk för hjärtkärlsjukdom, medan däremot screening i form av allmänna hälsokontroller tycks sakna effekt på sjukligheten och dödligheten i bland annat kardiovaskulära sjukdomar (8).

Referenser

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52.
2. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010 Jul 10;376(9735):112-23.
3. Newby DE, Mannucci PM, Tell GS, Baccarelli AA, Brook RD, Donaldson K, et al. Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2015 Jan 7;36(2):83-93b.
4. Hjärtinfarkter 1990-2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19595/2014-11-13.pdf>
5. Rosengren A, Giang KW, Lappas G, Jern C, Torén K, Björck L. Twenty-Four-Year Trends in the Incidence of Ischemic Stroke in Sweden From 1987 to 2010. *Stroke*. 2013;44:2388-93.
6. Modig K, Drefahl S, Andersson T, Ahlbom A. The aging population in Sweden: can declining incidence rates in MI, stroke and cancer counterbalance the future demographic challenges? *Eur J Epidemiol*. 2012 Feb;27(2):139-45.
7. Lundgren F. Statistik om stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-om-stroke-2012.pdf>
8. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Nov 20;345:e7191.



3. Cancer

Cancer ligger bakom drygt 30 procent av all förtida död och 15 procent av sjukdomsördan i Sverige. Insjuknandet har ökat med 24 procent sedan 2000 i Stockholms län, medan dödligheten sjunkit med 11 procent. En orsak till skillnaden är att det framför allt är cancerformer med god prognos som ökar. Bland de stora cancersjukdomarna ökar prostatacancer och malignt melanom kraftigt, och i viss mån även bröstcancer.

Cancerförekomsten ökar mycket kraftigt med stigande ålder och män drabbas något oftare än kvinnor. Inga sociala skillnader ses i det totala cancerinsjuknandet, men dödligheten är något högre i grupper med kort utbildning. Mönstret beror dels på att personer med låg socioekonomisk position i högre utsträckning drabbas av allvarliga, tobaksrelaterade tumörformer, dels på vissa skillnader i överlevnad efter diagnos.

Levnadsvanor, särskilt tobaksrökning, har betydelse för utveckling av cancer. Insatser för att främja goda levnadsvanor, inte minst lättillgängligt rökavvänjningsstöd inom hälso- och sjukvården, är därför viktiga. Sverige bör också överväga 18-års gräns för solariebruk för att minska insjuknandet i melanom. För att komma till rätta med cancerutvecklingen på längre sikt behövs genombrott i forskningen.

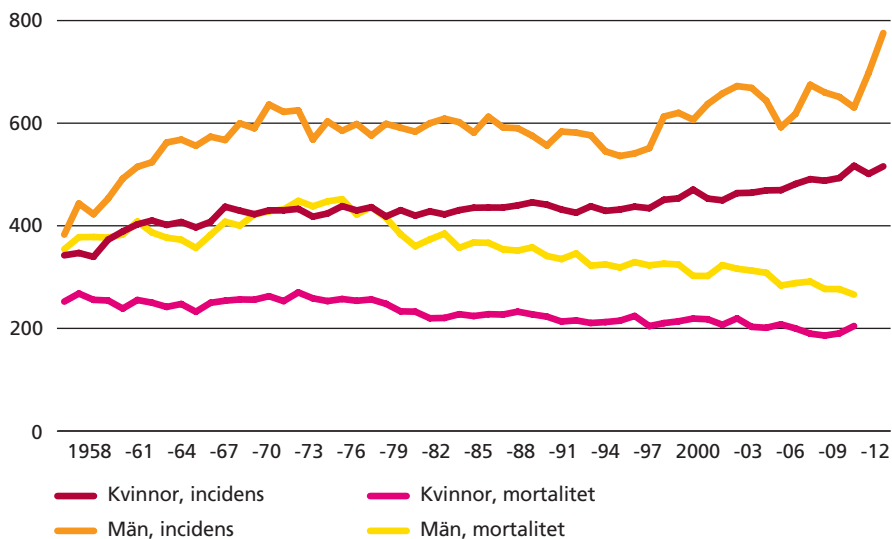
Eftersom tidig upptäckt är viktig för prognosen är insatser för att öka deltagandet i screeningprogram angelägna – särskilt i grupper med låg socioekonomisk position. Samtidigt kan breda hälsoundersökningar leda till onödig upptäckt samt skadlig behandling och nyttan måste därför vägas mot riskerna.

Cancer ligger bakom 31,2 procent av all förtida död och 15,6 procent av sjukdomsördan i Sverige (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Livsstilsfaktorer som tobaksrökning, övervikt och fetma, alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet och exponering för UV-strålning, har stor betydelse för uppkomsten av cancer. Grovt skattat skulle vart tredje cancerfall kunna förebyggas genom förändringar av levnadsvanor.

Förekomst och fördelning

Under 2014 diagnosticerades 13 300 personer i länet med en ny cancersjukdom, vilket är det högsta antalet någonsin. Andelen personer som insjuknar i cancer har ökat sedan 1960-talet, både bland kvinnor och män (figur 3.1), även med hänsyn tagen till förändringar i befolkningens åldersstruktur. Under 1960 till 1975 och från 1995 till nu, har ökningen varit särskilt stor bland män, vilket förklaras av en ökad förekomst av framförallt lungcancer respektive prostatacancer. Hos kvinnor ökar flera cancerformer, bland annat bröstcancer, lungcancer och malignt melanom. Sammantaget insjuknar fler män än kvinnor.

Insjuknandet i cancer ökar kraftigt med ålder och är något högre i Stockholms län än i riket (1). Trots det ökande antalet nya cancerfall i länet minskar dödsfallen orsakade av cancer (figur 3.1). Nedgången är kraftigast bland män, vilket till stor del beror på att antalet fall av lungcancer, som är en cancersjukdom med mycket dålig prognos, minskat under de senaste decennierna. En ökande andel av cancerfallen hos män utgörs istället av prostatacancer i tidigt stadium och med god prognos. Detta är i sin tur en följd av en utbredd PSA-provtagning, bland annat av symptomfria män i samband med läkarbesök av andra anledningar, se nedan. Dödligheten i cancer är dock fortfarande 30 procent högre bland män än bland kvinnor.



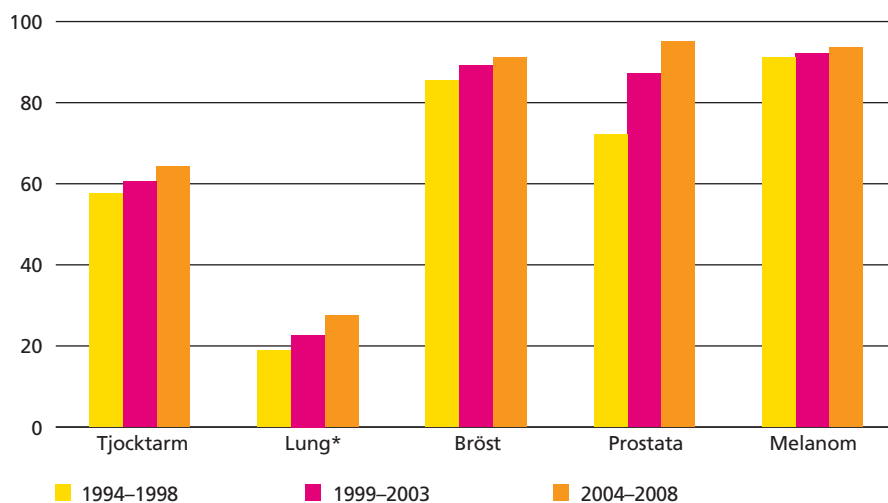
Figur 3.1 Cancerincidens och mortalitet, per 100 000 i befolkningen, åldersstandardiserade värden, efter kön, Stockholms län 1958–2014.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Prognosen för överlevnad fem år efter en cancerdiagnos, jämfört med personer som inte fått någon sådan diagnos, under den senaste 15-årsperioden visas i figur 3.2 (för lungcancer gäller överlevnaden två år efter diagnos). Den varierar stort mellan olika tumörformer, men kan också påverkas av hälso- och sjukvården genom tidig upptäckt och effektiv behandling. Prognosen har dock inte förbättrats nämnvärt för de stora tumörsjukdomarna, med visst undantag för prostatacancer och lungcancer.

På nationell nivå varierar inte det totala insjuknandet i cancer med utbildningsnivå, men cancerdödligheten är cirka 30 procent högre i grupper med kort utbildning än med lång (1). Denna skillnad mellan insjuknande och dödlighet kan delvis förklaras av att individer med kort utbildning i högre grad drabbas av allvarliga cancerformer, som lungcancer, och i lägre utsträckning får cancerformer med god prognos, till exempel prostatacancer (1). En annan delförklaring är att den tumörspecifika relativa överlevnaden varierar med social position. Inga tydliga skillnader i cancerdödlighet ses mellan personer födda i Sverige och andra länder.

Socialstyrelsen har kartlagt relativ överlevnad i olika tumörformer efter region och utbildningsnivå (1). Resultaten visar att det finns vissa skillnader i överlevnad mellan personer med lång utbildning och personer med kort utbildning i Stockholm. Den relativa tvåårsöverlevnaden vid lungcancer är exempelvis en tredjedel högre bland de med lång utbildning.



Figur 3.2 Relativ femårsöverlevnad (*tvåårsöverlevnad för lungcancer) i procent för olika cancerformer, efter diagnosperiod, Stockholms län 1994-2008.

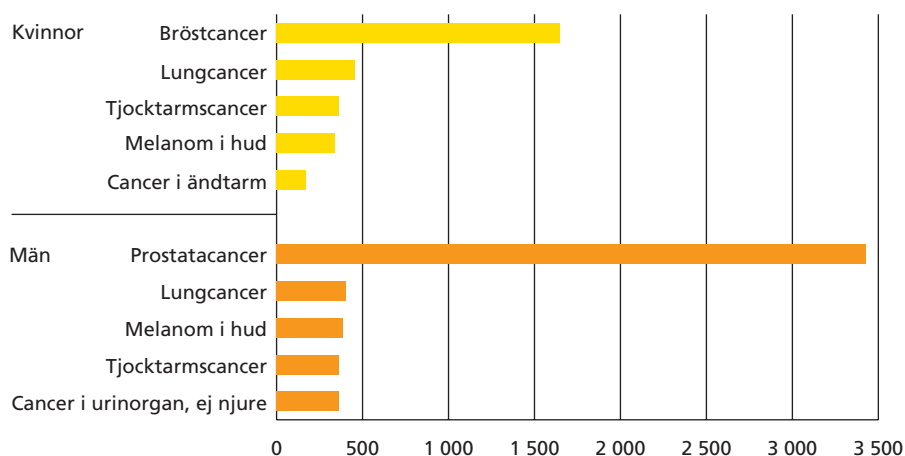
Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Insatser

Cancerförekomst påverkas i hög utsträckning av levnadsvanor. Organisationen IARC (International Agency for Research on Cancer) och EU-kommissionen uppdaterade 2014 sin ”kodex mot cancer”, en samling råd kring hur individer kan minska sin risk att utveckla cancer genom kostvanor, fysisk aktivitet, amning med mera. Än större betydelse har dock strukturella insatser för att främja goda levnadsvanor, som lagstiftning och beskattning när det gäller tobak, alkohol och solarier, tillgänglighet till rökavvänjning och rådgivning vid riskbruk av alkohol, samhällsplanering för att möjliggöra aktiv transport, stimulera fysisk aktivitet och reducera barns exponering för intensiv UV-strålning samt hälsoundersökningar för tidig upptäckt. Samtidigt drabbar cancer slumpvis som en följd av genetiska faktorer.

3.1 Prostatacancer

Bland män är prostatacancer den absolut vanligaste cancerformen (figur 3.3), och numera den vanligaste tumörrelaterade dödsorsaken i Stockholms län (2). Orsakerna till prostatacancer är ofullständigt kartlagda. Utöver betydelsen av genetiska faktorer, finns tydliga samband med tobaksrökning. Vidare finns vissa samband mellan fetma och risken för utveckling av mer elakartade tumörer, men dessa samband kan även bero på skillnader i upptäckt (3).



Figur 3.3 De fem vanligaste cancerformerna (undantaget andra former av hudcancer än malignt melanom), totalt antal fall i Stockholms län 2014, efter kön.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Förekomst och fördelning

Insjuknandet i prostatacancer ökade kraftigt i både länet och riket under perioden 1998 till 2005, för att sedan sjunka. De senaste två åren har antalet nyupptäckta fall i Stockholm ökat kraftigt igen. År 2014 fick 3 427 män i Stockholms län diagnosen prostatacancer. Det är 1 000 fler än föregående år. Ökningen gäller för män yngre än 75 år, och förklaras sannolikt av ökad diagnostik inom ramarna för forskningsstudien STHLM3, ett samarbete mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet där över 60 000 män i länet deltar.

Överlevnaden i prostatacancer ökar samtidigt (figur 3.2), och prognosen är numera generellt mycket god. Femårsöverlevnaden i Stockholm har ökat från 72 procent för diagnosperioden 1994–1998, till 95 procent år 2004–2008, utan att variera nämnvärt med utbildningsnivå.

Analys och tolkning

Mönstret med ökad förekomst, sjunkande ålder vid upptäckt och förbättrad överlevnad, beror på ökad screening. Nivån av prostataspecifikt antigen (PSA) i blod undersöks allt oftare bland symptomfria män i Stockholms län, och förhöjda värden utreds med vävnadsprov (4). Screeningen är dock oorganiserad (i motsats till exempelvis mammografiscreeningen av kvinnor), och PSA-testets förmåga att förutsäga allvarlig sjukdom är låg (4). Det innebär att många män som diagnosticeras har godartade tumörer.

Bristerna i diagnostiken av prostatacancer är ett folkhälsoproblem. Värden står inför stora utmaningar när det gäller att särskilja allvarliga fall från långsamväxande tumörer. De allvarliga kräver aggressiv behandling, som operation, strålning eller kemisk kastring, medan samma behandlingar är skadliga för patienter med godartade tumörer. För närvarande pågår angelägen forskning, till exempel i projektet STHLM3, kring hur diagnostiska test kan förbättras, om organiserad screening bör införas och i så fall hur.

Insatser

Prostatacancer är en folksjukdom som förtjänar ökad uppmärksamhet. Forskningen har länge varit eftersatt men kunskapsläget förbättras nu snabbt. Beslutsfattare inom hälso- och sjukvården bör följa utvecklingen noga för att snabbt kunna anpassa insatser till ny kunskap om orsaker, diagnostik och behandling. För prostatacancer innebär behandlingen ofta biverkningar som påverkar livskvaliteten bland annat genom att försämra den psykiska hälsan, sexuella funktionen och kontinensen. Det är angeläget att den stora grupp män i länet som lider av dessa biverkningar får ett gott omhändertagande och evidensbaserad behandling.

3.2 Bröstcancer

Bland kvinnor är bröstcancer den klart vanligaste tumörsjukdomen och den tumörform som bidrar mest till sjukdomsördan (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Ärftligheten i bröstcancer är relativt låg. Istället har reproduktionsmönster stor betydelse för uppkomsten. Risken minskar ju tidigare en kvinna föder barn, ju fler barn hon föder och ju längre hon ammar. Tidig ålder vid första menstruation och sen menopaus ökar däremot risken. Hormonbehandling i klimakteriet ökar också tydligt risken för bröstcancer, särskilt när östrogen kombineras med gulkroppshormon. När det gäller påverkbara livsstilsfaktorer finns det vissa samband mellan risk för bröstcancer och övervikt/fetma respektive hög alkoholkonsumtion (5).

Förekomst och fördelning

Andelen kvinnor som insjuknar i bröstcancer har under det senaste halvsekleket ökat konstant i Stockholms län och i riket (6). Sedan 2002 sjunker dock antalet nya fall bland kvinnor i åldern 50–64 år i länet (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland). År 2014 diagnosticerades 1 649 nya fall bland kvinnor i Stockholms län, vilket motsvarar 29 procent av cancerdiagnoserna bland kvinnor.

Vissa sociala skillnader ses i överlevnad, framförallt när det gäller bröstcancer i mer avancerade stadier, vilket kan tala för att behandlingen inte är jämlik (7). En förklaring kan också vara kvarstående sociala skillnader i deltagande i mammografiscreening – trots att Stockholms läns landsting infört avgiftsfria undersökningar (6).

Analys och tolkning

Sedan den organiserade mammografiscreeningen infördes 1989, har dödligheten i bröstcancer minskat med omkring 25 procent i Stockholms län – trots att fler insjuknar (2). Förklaringen är att sjukdomen upptäcks tidigare. Nyttan med mammografiscreening har ifrågasatts under senare år, bland annat i ljuset av risken för överdiagnostik. Socialstyrelsen har därför nyligen granskat kunskapsläget, och konstaterat att mammografiscreening alltför ofta bör erbjudas alla kvinnor i åldern 40–74 år (8). Överlevnaden har ökat även under senare år (figur 3.2), vilket kan bero på både mer effektiv behandling och förbättrade vårdprocesser generellt. Att hormonberoende och mer godartade tumörer (kopplade till övervikt/fetma och hormonbehandling) blivit vanligare, kan möjligen också ha bidragit till den ökade överlevnaden.

Insatser

Förekomsten av bröstcancer i Stockholm ökar men utsikterna att förbygga sjukdomen effektivt med rimliga livsstils- och reproduktionsförändringar, är med dagens kunskapsläge dåliga. Att amma under tolv månader sammanlagt sänker dock risken för bröstcancer med 4 procent, och IARC:s och EU-kommissionens senaste *European code against cancer* rekommenderar helamning i sex månader per barn. Dessutom rekommenderas kvinnor att undvika hormonbehandling under klimakteriet. Den pågående forskningen om bildiagnostik och mätning av så kallad mammografisk täthet, är intressant men ännu inte möjlig att implementera. Prioriterade insatser i dagsläget bör därför vara att öka täckningsgraden av mammografiscreeningen och säkerställa att bästa möjliga behandling erbjuds även grupper med låg socioekonomisk position, samt att förbättra vårdprocesserna ytterligare.

3.3 Lungcancer

Lungcancer är den tumörform som bidrar mest till sjukdomsördan i Sverige, mätt som DALYs (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Tobaksrökning är den helt över-skuggande orsaken till lungcancer, även om 10–20 procent av fallen inträffar hos icke-rökare (9). Passiv rökning, exponering för radon, asbest och andra luftföroreningar är andra riskfaktorer för lungcancer. Deras cancerframkallande effekter förstärks av tobaksrökning, särskilt när det gäller exponering för asbest (9).

Förekomst och fördelning

År 2014 diagnosticerades lika många män som kvinnor – omkring 400 personer av vardera könet – med lungcancer i Stockholms län (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland). På grund av de ändrade rökvanorna ökar insjuknandet fortfarande hos kvinnor, medan det sjunker bland män och har gjort så sedan början av 1980-talet.

Enligt nationella data är förekomsten betydligt vanligare bland män födda i vissa andra länder än bland svenskfödda. Bland personer med kort utbildning är lungcancer dubbelt så vanlig som bland personer med lång utbildning. Dessa skillnader återspeglar tobaksvanorna (1,10).

Lungcancer har en mycket dålig prognos, även om den relativa tvåårsöverlevnaden ökat tydligt i länet, från 19 procent till 28 procent under de senaste decennierna (figur 3.2). Den relativa överlevnaden är något sämre för gruppen med kort utbildning jämfört med gruppen med lång utbildning.

Analys och tolkning

Lungcancer är ett stort folkhälsoproblem som särskilt drabbar grupper med låg socio-ekonomisk position. En iakttagelse är sjukdomens låga status inom klinik och forskning. Drabbade individer tenderar också att skuldbeläggas för att själva dragit på sig sin cancer genom rökning (11). Detta motverkar kunskapsutveckling och kan leda till sämre omhändertagande och bemötande inom hälso- och sjukvården.

Insatser

Insatser för att minska tobaksrökningen är centrala för att förebygga lungcancer. Screening med datortomografi riktad till rökare diskuteras som en möjlig insats, men rekommenderas ännu inte av Socialstyrelsen. Resultat från en stor kontrollerad europeisk studie väntas inom kort, och kan komma att påverka de svenska riktlinjerna (12). Insatser för att höja sjukdomens status inom klinik och forskning är angelägna, liksom att minska skuldbeläggandet av drabbade individer.

3.4 Tjocktarmscancer

Tjocktarmscancer är den tredje vanligaste tumörformen bland män och den fjärde bland kvinnor i Stockholms län (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland). Sjukdomen är delvis ärftlig men kunskap från bland annat migrationsstudier visar att miljöfaktorer har stor betydelse för uppkomsten. Insjuknandet i tjocktarmscancer varierar upp till tio gånger mellan hög- och låginkomstländer (13). Risken ökar i grupper som migrerar från länder med låg förekomst till länder med hög förekomst. Mönstret kan antas bero på förändringar i livsstil. Det finns visst stöd för att kost (intag av rött kött, särskilt processat, samt lågt intag av fibrer och fullkorn), alkoholkonsumtion, tobaksrökning, övervikt/fetma och fysisk inaktivitet ökar risken för tjocktarmscancer. Sambanden per riskfaktor är dock generellt svaga (13). Kunskapsläget är relativt oklart eftersom särskilt kost och fysisk aktivitet är svåra att mäta i stora befolkningsstudier. Nya forskningslinjer som kartlägger samtliga biprodukter av ämnesomsättningen och hur vår livsstil interagerar med tjocktarmens mikrober, lovar en snabb kunskapsutveckling inom området (13).

Förekomst och fördelning

Insjuknandet i tjocktarmscancer har varit stabilt i Stockholms län under de senaste 50 åren, givet befolkningsstorlek och åldersstruktur. Sjukdomen ökar dock i absoluta tal. År 2014 fick 730 personer diagnosen i Stockholms län, lika många fall bland män som bland kvinnor. Dödligheten sjönk under den senare halvan av förra seklet men har varit relativt oförändrad sedan mitten av 1990-talet (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland).

Insjuknande och prognos skiljer sig inte särskilt mellan olika sociodemografiska grupper, annat än att tumörformen ökar kraftigt med stigande ålder (1).

Analys och tolkning

Tjocktarmscancer är en miljöbetingad sjukdom som i första hand drabbar äldre, och mycket återstår innan vi har en god förståelse för orsakerna. Intressant nog är de sociala skillnaderna i insjuknande och prognos små.

Insatser

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder män och kvinnor i åldern 60–74 år screening för tjock- och ändtarmscancer genom test av blod i avföringen (14). Region Stockholm Gotland har ett sådant program sedan 2008. För närvarande pågår en nationell studie om testmetoder vid screening för tjock- och ändtarmscancer som syftar till att kartlägga om koloskopi (kameraundersökning av tjocktarmen) är en bättre testmetod än avföringsprov.

3.5 Malignt melanom

Malignt melanom utgår från kroppens pigmentbildande celler, melanocyter, som framförallt finns i huden. Exponering för UV-strålning är den viktigaste sjukdomsorsaken. Sambandet är tydligt och blir starkare ju mer huden exponerats (15). Både brännskador av solen, särskilt under barndomen, och den sammanlagda mängden UV-bestrålning under hela livet har betydelse. Det gäller oberoende av om man utsatts för naturligt solljus eller UV-strålar i solarier (15). Personer med ljus och fräknig hy, många och/eller oregelbundna födelsemärken eller nedsatt immunförsvar löper en ökad risk att drabbas av malignt melanom (15).

Förekomst och fördelning

Malignt melanom är den tumörform som ökar snabbast i Stockholms län, liksom i Sverige och många andra västländer (15). Insjuknandet har ökat med 73 procent den senaste tioårsperioden, med hänsyn tagen till förändringar i åldersstruktur. I ett femtioårsperspektiv är ökningen nästan sexfaldig och mönstret är liknande för kvinnor och män (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland). Efter en stabilare period under 1990-talet är ökningstakten nu högre igen.

Dödligheten i malignt melanom ökar inte på motsvarande sätt (35 procent 2002 till 2012) och prognosen är numera relativt god. Insjuknandet skiljer sig mellan socioekonomiska grupper. Sjukdomen är vanligare bland personer med lång utbildning jämfört med personer med kort utbildning, och skillnaden ökar med stigande ålder (1).

Analys och tolkning

Insjuknandet i malignt melanom ökar för närvarande kraftigt i Stockholms län. Folkhälsoeffekterna lindras något av att sjukdomen numera har en relativt god prognos.

Insatser

Insatser för att minska exponering för UV-strålning, särskilt under barndomen, är centrala för att förebygga malignt melanom. Exempel på sådana är information om säkra solvanor, tillgång till skugga i barns utemiljöer och lagstiftning om 18-årsgräns för solarier.

Referenser

1. Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18274/2011-3-26.pdf>
2. Statistikdatabas för dödsorsaker. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>
3. Cuzick J, Thorat MA, Andriole G, Brawley OW, Brown PH, Culig Z, et al. Prevention and early detection of prostate cancer. *Lancet Oncol.* 2014 Oct;15(11):e484-92.
4. Nordström T, Aly M, Clements MS, Weibull CE, Adolfsson J, Grönberg H. Prostate-specific antigen (PSA) testing is prevalent and increasing in Stockholm County, Sweden, despite no recommendations for PSA screening: results from a population-based study, 2003-2011. *Eur Urol.* 2013; 63(3):419-25.
5. Nationellt vårdprogram bröstcancer. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2014. Hämtad från: http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/vardprogram/natvp_brostcancer_2014-11-11_final.pdf.
6. Törnberg S, Lidbrink E, Henriksson R. Avgiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning. *Läkartidningen.* 2014;111:CM7X.
7. Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18996/2013-3-6.pdf>
8. Screening för bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/screening-brostcancer-rekommendation.pdf>

9. de Groot P, Munden RF. Lung cancer epidemiology, risk factors, and prevention. *Radiol Clin North Am.* 2012;50(5):863-76.
10. Mousavi SM, Hemminki K. Cancer incidence, trends, and survival among immigrants to Sweden: a population-based study. *Eur J Cancer Prev.* 2015 Mar;24 Suppl 1:S1-S63.
11. Björk T, Johansson K, Larsson T. Har lungcancerpatienter sig själva att skylla? *Svenska Dagbladet.* 6 november 2012. Hämtad från: <http://www.svd.se/har-lungcancerpatienter-sig-sjalva-att-skylla>
12. van Iersel CA, de Koning HJ, Draisma G, Mali WP, Scholten ET, Nackaerts K, et al. Risk-based selection from the general population in a screening trial: selection criteria, recruitment and power for the Dutch-Belgian randomised lung cancer multi-slice CT screening trial (NELSON). *Int J Cancer.* 2007;120(4):868-74.
13. Song M, Garrett WS, Chan AT. Nutrients, foods, and colorectal cancer prevention. *Gastroenterology.* 2015;148(6):1244-60.e16.
14. Screening för tjock- och ändtarmscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19831/2014-2-31.pdf>
15. Nationellt vårdprogram malignt melanom. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan; 2014. Hämtad från: http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancer-diagnoser/hud/vardprogram/natvp_malignt_melanom_rev.2015-01-19lang.pdf

4. Smärta i rörelseapparaten

Smärta i rygg och nacke är bland de tillstånd som bidrar mest till sjukdomsbördan i den vuxna befolkningen, trots att de inte bidrar till förtida död. Anledningen är att besvären är mycket vanliga och mycket belastande. Fem procent av de vuxna i länet, eller 80 000 personer, har haft smärta i rygg och/eller nacke minst två dagar i veckan under det senaste halvåret som i hög grad satt ned deras arbetsförmåga eller hindrat dem i andra dagliga aktiviteter. Med befintlig medicinsk teknik kan en anatomisk orsak till ryggbesvär endast påvisas i omkring vart sjunde fall, och de kända riskfaktorerna kan bara förklara en liten del av förekomsten i befolkningen. Behandlingen är ofta begränsad till smärtstillande läkemedel. För att komma tillrätta med detta folkhälsoproblem behöver forskningen stärkas, liksom systemen för omsättning av forskning i praktisk verksamhet.

Rygg- och nacksmärta står för 10,6 procent av den samlade sjukdomsbördan i Sverige år 2013. Andelen av alla år levda med funktionsnedsättning är ännu högre; 19,9 procent (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Smärta är en av de vanligaste orsakerna till att man söker vård (1) och samhällskostnaderna för långvarig smärta beräknades till 87,5 miljarder kronor år 2003 (2). Arbetsrelaterade nack-/ryggbesvär är mycket vanliga. Omkring 50 procent av alla rapporterade arbetsrelaterade skador är lokaliserade till det muskuloskeletala systemet (3). Smärta i rörelseapparaten är således ett av våra största folkhälsoproblem och det riskerar att växa eftersom befolkningen blir äldre. Utöver i rygg och nacke är värk vanlig i höfter, knän och axlar. Ofta ses en samsjuklighet mellan smärta och psykisk ohälsa (4–7). Troligen kan rygg-/nacksmärta både orsaka psykisk ohälsa och tvärtom (7).

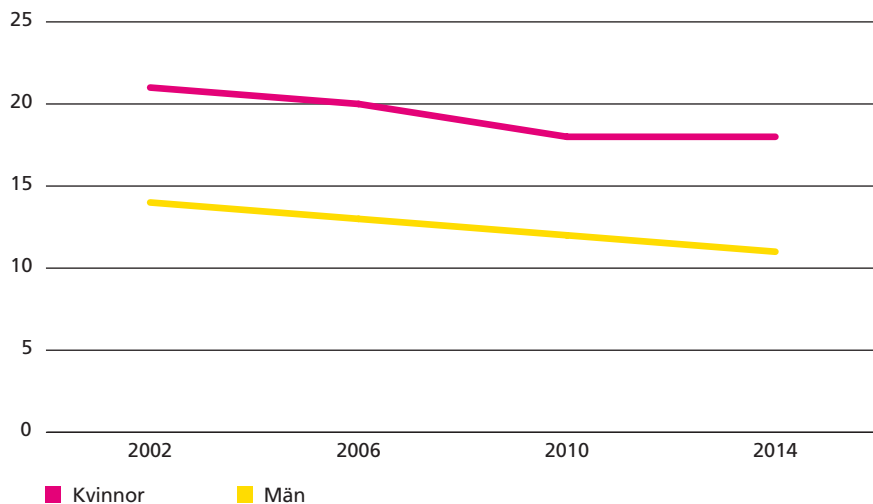
Ont i rygg och nacke

Andelen som ofta har ont i nedre delen av ryggen har minskat något under perioden 2002–2014. För män har andelen sjunkit från 14 till 11 procent och för kvinnor från 21 till 18 procent (figur 4.1).

Besvär i rygg och nacke försämrar ofta funktionsförmågan i det dagliga livet. 4 procent av befolkningen har haft frekvent ryggsmärta som i hög grad minskat arbetsförmågan eller i hög grad hindrat dem i andra dagliga aktiviteter (funktionsnedsättande ryggsmärta) under de senaste sex månaderna. Motsvarande andel för nacksmärta är 3 procent. Den sammanlagda andelen som har någondera är 5 procent.

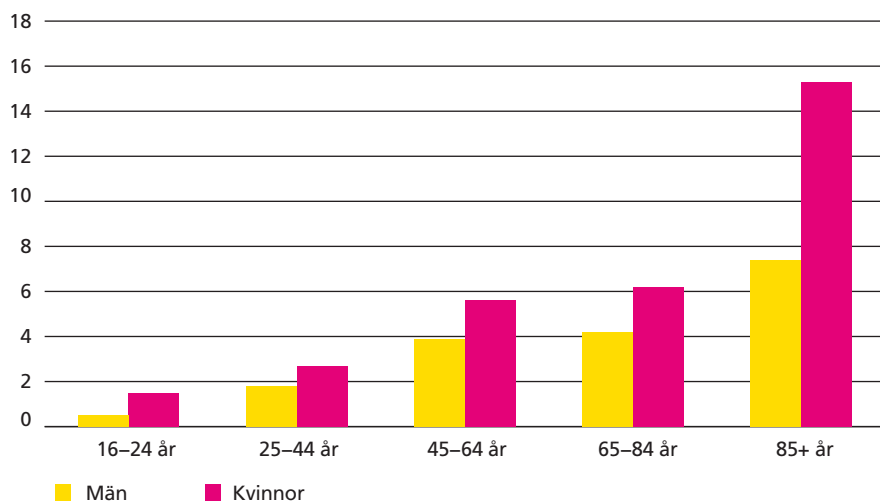
Risken att drabbas av funktionsnedsättande smärta i rygg eller nacke är lägst i de yngsta åldrarna och ökar med åldern. Andelen med frekvent och i hög grad funktionsnedsättande

smärta i nedre delen av ryggen i den yngsta åldersgruppen är under 1 procent hos män och 2 procent hos kvinnor (figur 4.2). Motsvarande andel i åldersgruppen 85 år eller äldre är 7 procent respektive 15 procent. För övre delen av ryggen eller nacken är andelen i den yngsta åldersgruppen under 1 procent för både män och kvinnor. Motsvarande andelar i åldersgruppen 85 år eller äldre är 5 procent av männen och 11 procent av kvinnorna (figur 4.3).



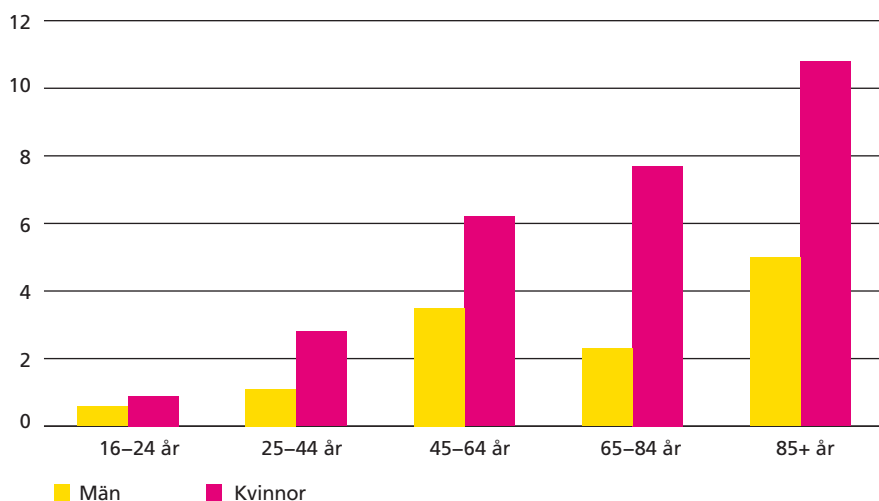
Figur 4.1 Andelen (%) män och kvinnor med frekventa besvär (ett par dagar per vecka eller oftare) i nedre delen av ryggen över tid. Åldersstandardiserade värden.

Källa: SFHE 2002, 2006, 2010 samt 2014.



Figur 4.2 Andelen (%) män och kvinnor i olika åldrar med frekvent och i hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen.

Källa: SFHE 2014.



Figur 4.3 Andelen (%) män och kvinnor i olika åldrar med frekvent och i hög grad funktionsnedsättande smärta i övre delen av ryggen eller nacken.

Källa: SFHE 2014.

Frekvent och i hög grad funktionsnedsättande smärta i rygg och nacke är vanligast bland arbetare och minst vanligt bland tjänstemän på hög och mellannivå, med egenföretagare och lägre tjänstemän däremellan (tabell 4.1).

Det är absolut vanligast med så kallade ospecifika besvär i rygg och nacke, där det inte går att finna någon sjukdomsorsak till smärtan. De specifika diagnoserna anses stå för endast omkring 15 procent av ryggsmärtan i befolkningen (8). De vanligaste specifika diagnoserna i öppen och slutenvård i Stockholms län år 2014 (VAL-data) var diskbråck (69 per 10 000 kvinnor och 72 per 10 000 män) och spinal stenos (65 per 10 000 kvinnor och 50 per 10 000 män). Dessa är också de vanligaste operationsdiagnoserna (9). Rygg- och nackkirurgi har blivit vanligare över tid i Stockholms län. År 2007 genomfördes 12 operationer per 10 000 innevånare för de vanligaste diagnoserna, vilket kan jämföras med 16 per 10 000 innevånare år 2014. Det är främst äldre som genomgår kirurgi.

Tabell 4.1 Andel (%) män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper med frekvent och i hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen, respektive övre delen av ryggen eller nacken, samt svåra besvär av huvudvärk eller migrän. Åldersstandardiserade värden.

	Ej facklärda arbetare	Facklärda arbetare	Egenföretagare	Lägre tjänstemän	Mellan tjänstemän	Högre tjänstemän
Män						
Rygg	5	6	3	3	2	1
Nacke	4	4	2	3	1	1
Huvudvärk eller migrän	3	3	2	2	2	1
Kvinnor						
Rygg	6	7	6	5	3	1
Nacke	6	6	5	4	3	1
Huvudvärk eller migrän	6	5	5	5	5	3

Källa: SFHE 2014

Artros i höfter och knän

Artros i höfter och knän är vanliga värdetillstånd som i hög grad bidrar till antalet funktionsnedsatta levnadsår (10). Antalet personer i Stockholms län som år 2014 fick diagnosen höftledsartros i öppen eller slutenvård var 97 per 10 000 kvinnor och 61 per 10 000 män. Motsvarande siffror för knäledsartros var 206 kvinnor och 127 män. Tillstånden är alltså vanligare hos kvinnor än hos män, vilket också avspeglas i antalet höftledsoperationer och knäledsoperationer som genomförs i länet (15 knäledsoperationer och 25 höftledsoperationer per 10 000 kvinnor, 11 knäoperationer och 15 höftoperationer per 10 000 män). Knä- och höftledsoperationerna görs främst på äldre personer och har genomförts i samma omfattning under perioden 2006–2014.

Huvudvärk

Huvudvärk är vanlig framför allt hos kvinnor, och oftast är huvudvärken av typen spänningshuvudvärk som hör samman med nacksmärta. Andelen i befolkningen som i SFHE 2014 uppger att de har huvudvärk eller migrän är hela 19 procent av männen och 36 procent av kvinnorna. Andelen med dessa besvär har legat på samma nivå sedan 2006. Andelen med svåra besvär är 2 procent hos männen och 5 procent hos kvinnorna, år 2014.

Svåra besvär är betydligt vanligare i arbetsföra åldrar hos både män och kvinnor (figur 4.4). Bland män är svåra besvär av huvudvärk eller migrän vanligare bland arbetare än i övriga socioekonomiska grupper. Bland kvinnor är besvären ungefär lika vanliga i alla socioekonomiska grupper, men med något lägre förekomst bland de högre tjänstemännen än bland övriga (tabell 4.1).

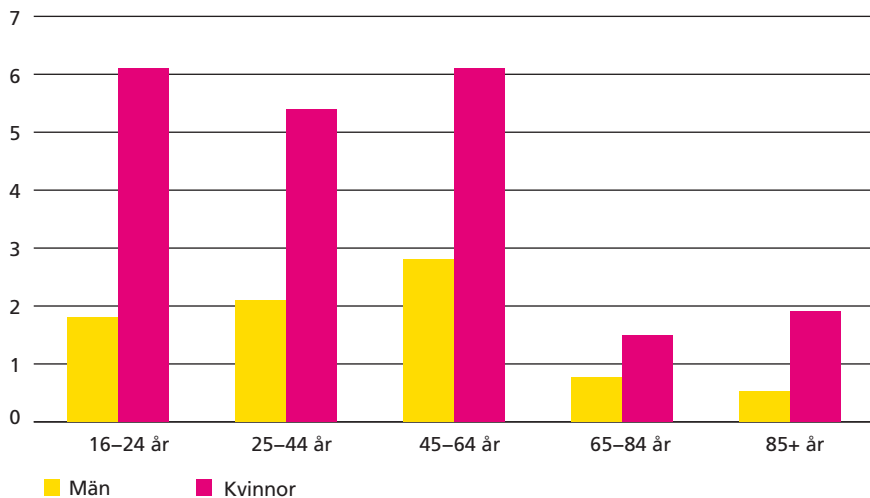
Analys och tolkning

En mycket stor andel av befolkningen har smärtor som i hög grad stör den dagliga sysselsättningen. Omkring 80 000 personer i Stockholms län har påtagligt nedsatt arbetsförmåga på grund av frekvent smärta i rygg och/eller nacke. Orsaken till besvär i rygg och nacke är flera – både kända och okända – och inga riktigt starka riskfaktorer har identifierats. Det verkar snarare vara en lång rad faktorer som samverkar vid insjuknande och tillfrisknande, både biologiska, psykologiska och sociala. För ont i nacken har bland annat rökning och psykisk ohälsa dock visats vara riskfaktorer (11), liksom fysiska och psykosociala arbetsvillkor (12). För prognosen vid ryggsmärta hos kvinnor kan fysisk aktivitet på fritiden ha en viss betydelse, liksom en hälsosam livsstil i allmänhet, visar resultat från enstaka observationsstudier baserade på Stockholms folkhälsokohort (13–15).

Ryggsmärta, nacksmärta, huvudvärk och artros är vanligare bland kvinnor än bland män. Könsskillnaderna i smärta har inte bara biologiska förklaringar. Skillnader i vilja att rapportera smärta, samt könsroller i hemmet och på arbetet kan också spela roll. Kvinnor har i högre utsträckning yrken inom exempelvis vård, omsorg och skola, som kan innebära enformigt arbete, tunga lyft, eller höga krav och samtidigt små möjligheter att påverka sin arbetssituation. Ändå är kirurgisk behandling av smärtsjukdom i rygg och nacke är lika vanlig bland kvinnor och män. Detta kan tolkas som att kvinnor i högre grad har ospecifika besvär där kirurgi inte hjälper, eller att vården är ojämlig i detta avseende.

Insatser

Med bättre kunskap om vad som orsakar besvär kan förebyggande insatser utvecklas och utvärderas, både på arbetsplatsen och för att påverka livsstilsfaktorer. Smärta är att betrakta som en naturlig del av livet. Sannolikt kan vi inte helt och hållet förhindra alla sådana besvär, men att identifiera vad som gör att vissa drabbas av svåra, långvariga och funktionsnedsättande besvär är mycket viktigt. Här kan fortsatt forskning ha stor inverkan



Figur 4.4 Andel (%) män och kvinnor med svåra besvär av huvudvärk eller migrän i olika åldrar.
Källa: SFHE 2014.

på befolkningens hälsa och samhällets kostnader. Det är också viktigt att identifiera effektiva behandlingar/strategier för de som drabbas av svåra besvär, och att den vård som erbjuds är evidensbaserad.

Smärta och värk är sedan länge ett förbisett folkhälsoproblem. En allt högre andel äldre i befolkningen gör att smärta och värk är en stor utmaning för samhället. Satsningar på forskning om både förebyggande åtgärder och vård är av stor betydelse för dagens och framtidens folkhälsa och ekonomi.

Referenser

1. Moth G, Olesen F, Vedsted P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: changes over 16 years. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(2):70-5.
2. Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006.
3. Arbets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar: Nacke och övre rörelseapparat. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012.
4. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009 May;10(5):447-85.
5. Leijon O, Mulder M. Prevalence of low back pain and concurrent psychological distress over a 16-year period. *Occup Environ Med*. 2009;66(2):137-9.
6. Leijon O, Wahlstrom J, Mulder M. Prevalence of self-reported neck-shoulder-arm pain and concurrent low back pain or psychological distress: time-trends in a general population, 1990-2006. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(17):1863-8.
7. Paanalahti K, Holm LW, Magnusson C, Carroll L, Nordin M, Skillgate E. The sex-specific interrelationship between spinal pain and psychological distress across time in the general population. Results from the Stockholm Public Health Study. *Spine J*. 2014 Sep 1;14(9):1928-35.
8. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Kluber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 2:S192-300.
9. Strömquist B, Fritzell P, Hägg O, Knutsson B, Sandén B. Uppföljning av ryggkirurgi i Sverige: Årsrapport 2013. Svensk ryggkirurgisk förening; 2014.
10. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1323-30.
11. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 Suppl):S39-51.
12. Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem: En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014.
13. Bohman T, Alfredsson L, Hallqvist J, Vingard E, Skillgate E. The influence of self-reported leisure time physical activity and the body mass index on recovery from persistent back pain among men and women: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):385.

14. Rasmussen-Barr E, Bohman T, Hallqvist J, Holm LW, Skillgate E. Do physical activity level and body mass index predict recovery from persistent neck pain in men and women of working age? A population-based cohort study. *Eur Spine J.* 2013;22(9): 2077-83.
15. Bohman T, Alfredsson L, Jensen I, Hallqvist J, Vingard E, Skillgate E. Does a healthy lifestyle behaviour influence the prognosis of low back pain among men and women in a general population? A population-based cohort study. *BMJ open.* 2014;4(12):e005713.



5. Depression och ångest

Vårdkonsumtionsdata visar en kraftig ökning av diagnoserna depression och ångest sedan år 2006. Hela 11 procent av de vuxna kvinnorna i länet och 5,5 procent av männen fick en sådan diagnos år 2014. Förekomsten är högst hos personer mellan 35–64 år och lägst bland de äldsta. Unga vuxna har den största ökningen över tid. Självrapporterad psykisk ohälsa ökar stadigt sedan år 1990 med en topp år 2002 och 2014 för alla åldersgrupper utom den äldsta. Även här är ökningarna kraftigast i de yngsta åldersgrupperna. Psykisk ohälsa är också vanligast bland yngre och minskar med ökande ålder. Psykisk ohälsa är något vanligare bland kvinnor än bland män.

I samband med att personer med diagnosticerade problem får behandling bör de förse med verktyg som hjälper dem att förebygga återinsjuknande. Liknande förebyggande hjälp bör erbjudas personer med lindrigare former av psykisk ohälsa. För att komma tillrätta med detta folkhälsoproblem på längre sikt behöver evidensbaserade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser implementeras i verksamhet för barn, ungdomar och föräldrar.

Depressionstillstånd kännetecknas av sänkt stämningsläge med negativt tankeinnehåll. Ångestsyndrom är en vid diagnostisk grupp och innefattar tillstånd som generaliserad ångest, panikångest, torgskräck, social fobi, tvångssyndrom och specifika fobier.

Konsekvenserna för individen är både omedelbara och långsiktiga. Depression och ångesttillstånd påverkar hemliv, arbetsförmåga, socialt liv och relationer (1) och är förbundet med lägre sysselsättningsgrad och lägre inkomst (egna analyser, PART-studien). Tillståndet innebär också ökad risk för att dö i förtid (2). Även om självmord är den mest välkända dödsorsaken med koppling till dessa diagnoser, utgörs den förhöjda dödligheten främst av hjärtkärlsjukdomar, cancer och lungsjukdomar (2). Någon vedertagen biologisk mekanism bakom kopplingen mellan dessa dödsorsaker och psykisk ohälsa finns emellertid inte. En delförklaring kan vara att psykisk ohälsa samvarierar med flera livsstilsrelaterade riskfaktorer såsom rökning, missbruk, sämre kost och mindre motion (3). Det finns också undersökningar som visar att personer med depression i lägre utsträckning både söker och får vård för sina kroppsliga sjukdomar (4).

Tillstånden är ofta långvariga. Hela 46 procent av personer med egentlig depression eller sjukligt svärmod (dystymi) som ingick i en undersökning i Stockholms län (PART-studien) uppfyllde kriterierna för depressivt tillstånd även tre år senare (5). Vid en tioårsuppföljning av samma individer led omkring 40 procent fortfarande av depression och/eller ångest (egna analyser).

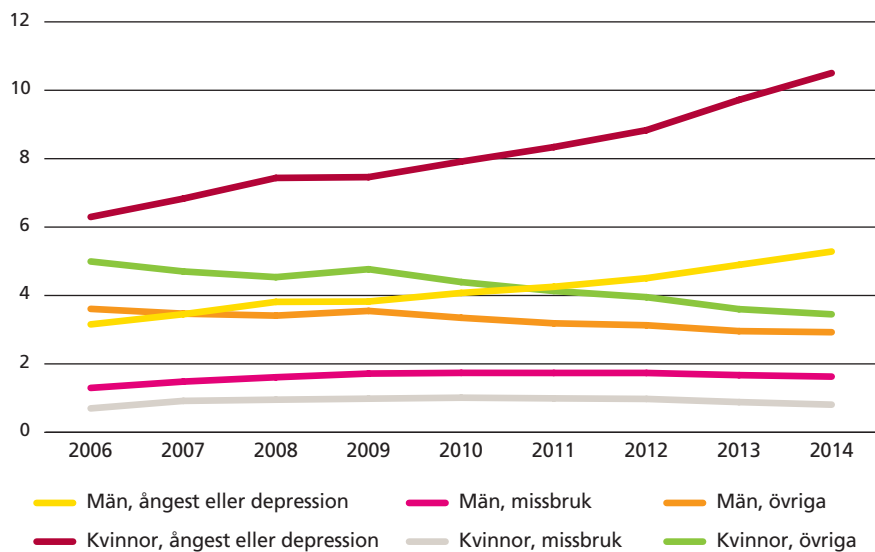
I Sverige bidrar depression med 3,6 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs), enligt data för 2013 från det globala sjukdomsbördeprojektet. Ångest-syndrom står för 1,7 procent av alla DALYs (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Livstidsrisken att insjukna i en depression i Sverige beräknas till mellan 20 och 30 procent och är högre för kvinnor än för män (6).

Förekomst och fördelning av depression och ångest

Förekomsten vid en given tidpunkt av ångestsymtom uppskattades i en svensk studie till knappt 15 procent (7). Detta kan jämföras med självrapporterade uppgifter från Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), där knappt 19 procent av befolkningen år 2012/2013 uppgav att de hade besvär av ångslan, oro eller ångest. Bland 16–24-åringar har andelen tredubblats sedan år 1988/1989. Andelen som uppgav att de hade svåra besvär var omkring 5 procent år 2012/2013. Även dessa besvär har ökat mycket kraftigt bland unga, med en fyrdubbling sedan år 1988/1989. Liksom för depression är det nästan dubbelt så vanligt att kvinnor insjuknar jämfört med män.

I Stockholms län visar PART-studien en prevalens av depression år 1998/2000 på knappt 8,5 procent i åldersgruppen 30–64 år. Tre år senare var prevalensen ungefär densamma i denna åldersgrupp (egna beräkningar). Liknande förekomst beskrevs i en annan populationsundersökning där cirka 11 procent skattades ha måttlig till svår depression i Sverige år 2009 (7).

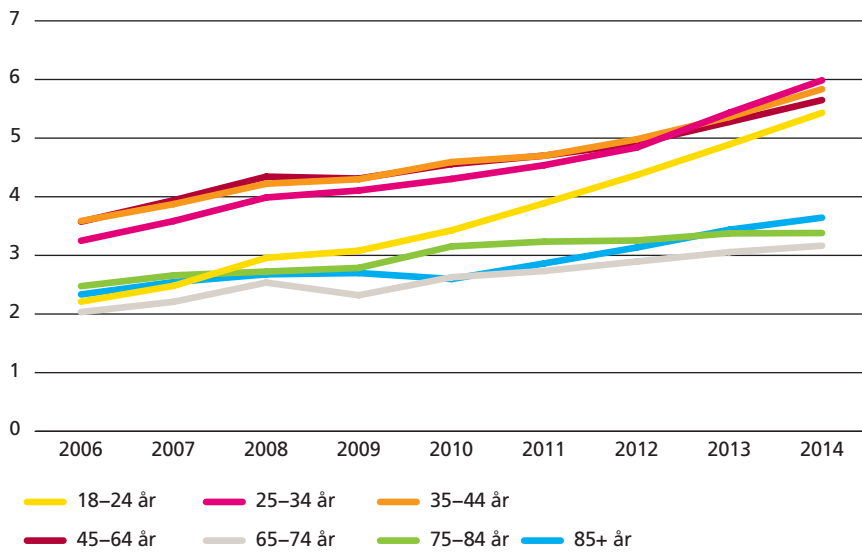
Ett annat sätt att följa utvecklingen över tid är att använda vårddata för diagnoserna depression och ångest. I Stockholms län finns data av acceptabel kvalitet om diagnoser från primärvården och den specialiserade psykiatrin från år 2005 och framåt. Depression och ångestsyndrom utgör den överlägset största diagnosgruppen och det är också här man ser en ökning (figur 5.1). Andelen har ökat kraftigt, med cirka 65 procent mellan åren 2006 till 2014. Ökningen har varit likartad mellan könen. Kvinnor har dock depressions- och ångestdiagnoser i högre grad än män. Under år 2014 fick omkring 5 procent av länets kvinnor en depressionsdiagnos och 7,5 procent en ångestdiagnos. Totalt innebär det att nästan 11 procent av länets kvinnor fick en depressions- och/eller ångestdiagnos (dubbeldiagnoser är vanligt). Omkring 3 procent av männen fick depressionsdiagnoser och 3,5 procent fick ångestdiagnoser under 2014. Totalt hade omkring 5,5 procent en depressions- och/eller ångestdiagnos. Sammanlagt hade cirka 4 procent av alla vuxna Stockholmare en depressionsdiagnos under år 2014, och cirka 5,5 procent hade en ångestdiagnos. Medelålders individer (35–64 år) har den högsta förekomsten och de äldsta den lägsta. Unga vuxna (18–24 år) har dock den största ökningen över tid (figur 5.2).



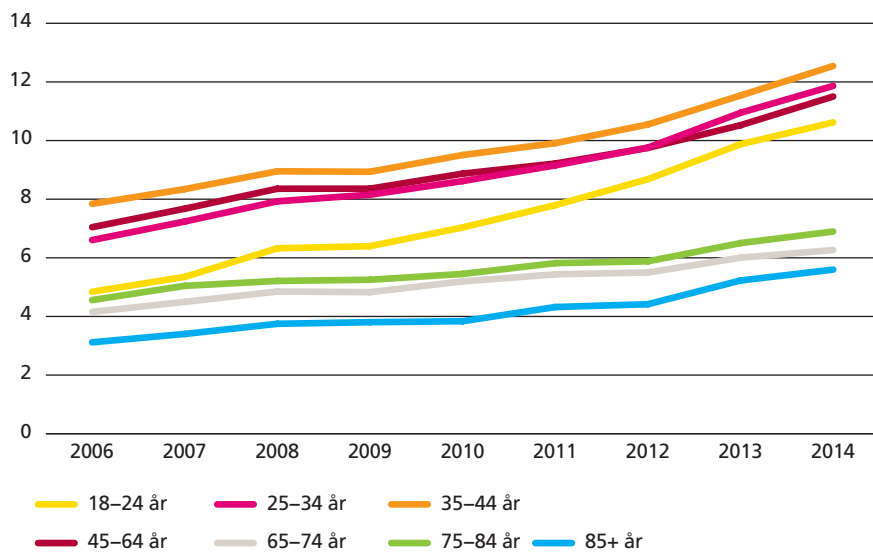
Figur 5.1 Ångest och/eller depression samt övriga psykiatriskt vårdade* och missbruk för män respektive kvinnor i Stockholms län 2006–2014, i procent av befolkningen 18 år eller äldre.

Källa: VAL.

*Övriga psykiatriskt vårdade inkluderar övriga psykiatriska diagnoser samt de som vårdats på psykiatrisk klinik men ej fått någon diagnos registrerad.



Figur 5.2 a) Ångest eller depression män



Figur 5.2 b) Ångest eller depression kvinnor

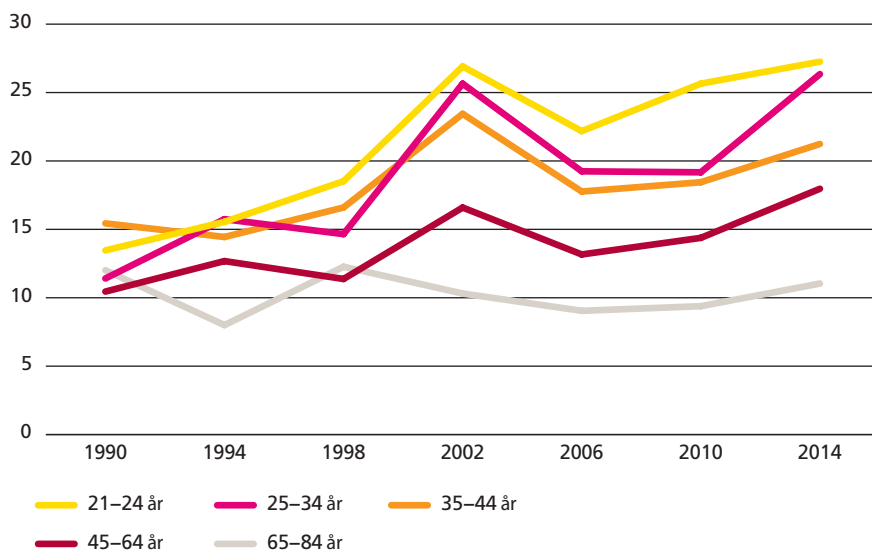
Figur 5.2 Ångest- och/eller depressionsdiagnos för a) män respektive b) kvinnor i Stockholms län 2006–2014, i procent av befolkningen 18 år eller äldre.

Källa: VAL

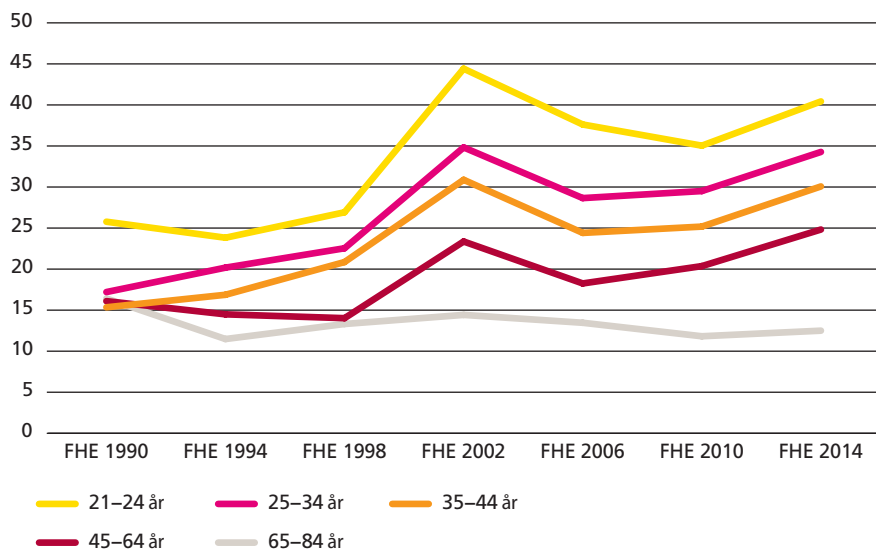
Förekomst och fördelning av psykisk ohälsa

Det engelska samlingsbegreppet "Common Mental Disorders" (CMD) kan översättas till svenskans "psykisk ohälsa" och inkluderar tillstånd som depression, ångest och reaktioner på svår stress, det vill säga en något vidare grupp jämfört med depression och ångest som beskrivits ovan. I SFHE har man sedan 1990 använt frågeinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ-12) som består av tolv frågor kring psykiska besvär (8). Tre eller fler besvär används som indikator på psykisk ohälsa.

Generellt ser man att kvinnor och den yngsta åldersgruppen har högst andelar med psykisk ohälsa. De äldsta (65–84 år) mår bäst. För både män och kvinnor ser man en ökning av den psykiska ohälsan under 1990-talet fram till 2002 då cirka 20 procent bland män och cirka 30 procent bland kvinnor hade psykisk ohälsa. Under 2000-talets första decennium sågs en förbättring/stabilisering men vid den senaste mätningen är värdena återigen på liknande nivåer som år 2002 (figur 5.3). Utvecklingen över tid liknar den som ses för frågor om oro och ångest i den nationella folkhälsoenkäten och andra enkätundersökningar i Sverige (Skolbarns hälsovanor, ULF/SILC).



Figur 5.3 a) Psykisk ohälsa män



Figur 5.3 b) Psykisk ohälsa kvinnor

Figur 5.3 Utvecklingen av psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 i Stockholms län 1990–2014. Andel (%) med psykisk ohälsa i olika åldersgrupper, a) män respektive b) kvinnor i Stockholms län. Källa: SFHE.

Tabell 5.1 Andel (%) män och kvinnor med självrapporterad psykisk ohälsa, svår oro eller nedstämdhet efter utbildning.

Män	Grundskola	Gymnasium	Universitet
GHQ-12 (cut-off 3)	22	19	21
Svår oro eller nedstämdhet	5	3	2
Kvinnor			
GHQ-12 (cut-off 3)	29	28	27
Svår oro eller nedstämdhet	5	5	2

Källa: SFHE 2014.

Ungefär lika stora andelar bland personer med grundskoleutbildning, gymnasial och eftergymnasial utbildning anger psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 i Stockholm län (tabell 5.1). Däremot ser man skillnader utifrån utbildningsnivå vad gäller förekomst av svår oro och nedstämdhet. Detta mönster bekräftas i forskning som visar att ju allvarligare psykisk ohälsa desto starkare samband med sociala faktorer (9). En hypotes är att lättare former av psykisk ohälsa drabbar de flesta oavsett livsvillkor. Vid uppkommen ohälsa är risken dock större att utvecklingen går i ogynnsam riktning och utvecklas till allvarligare psyki-

atriska tillstånd på grund av ökad belastning och svårigheter till återhämtning i lägre socioekonomiska grupper. Förekomsten av psykisk ohälsa varierar också något med födelseland.

Analys och tolkning

En fördel med att använda vårddata för att följa den psykiska ohälsan, är att det speglar befolkningens hjälpbehov, det vill säga en nivå av ohälsa där individen känner tillkortakommanden i relation till det omgivande samhället. Ökat vårdutnyttjande kan också avspegla minskad stigmatisering av psykisk ohälsa samt att befolkningen känner förtroende för vården. Exempelvis kan Rehabiliteringsgarantin som innebär tillgång till bland annat kognitiv beteendeterapi (KBT) vid ångest, depression eller stress ha påverkat sökmönstren så att mörkertalet, det vill säga antalet individer som inte söker hjälp trots sjukdom, har minskat. Enligt en studie i Stockholms län hade drygt hälften av personerna med depression eller ångest inte sökt vård för sina psykiatriska symtom under det senaste året (10). Att inte ha varit i kontakt med vård betyder inte nödvändigtvis att det föreligger ouppfyllda vårdbehov. Det visade sig dock i PART att personer med mildare depression hade samma psykiatriska vårdutnyttjande som de med svårare tillstånd vilket tolkas som att det finns dolda vårdbehov.

Insatser

Det finns många orsaker till att man drabbas av psykisk ohälsa. De spänner över ett brett fält från det mikroskopiska (genetiska) till det makroskopiska (sammansattningsstrukturer). Omgivningsfaktorer spelar stor roll. Barndomen är viktig för vår psykiska hälsa, en god uppväxt ger oss möjligheter att skapa bra sociala nätverk som är skyddande vid negativa livshändelser senare i livet (11).

Psykosociala insatser har visat sig vara effektiva för att minska risken för förlossningsdepression hos mödrar (12). Ett sätt att främja en fortsatt god uppväxt är att ge föräldrar stöd under barnens uppväxt. I en nationell utvärdering av stöd som erbjöds föräldrar med problem i föräldraskapet, såg man en minskning av barnens beteendeproblem (13). Det är också viktigt att stöd ges till alla barn vars föräldrar drabbats av allvarlig sjukdom. En god uppväxt innefattar också en fullföljd utbildning; högre utbildning är skyddande mot depression, framför allt om man har en socioekonomiskt utsatt bakgrund (14). En god skolmiljö med stöd till elever med särskilda behov bidrar troligen till psykisk hälsa.

När det gäller vuxna personer är det framförallt de utlösande faktorerna och tidiga symtom som man kan förändra. Att komma tillrätta med negativ stress och sömnproblem är viktigt eftersom det annars kan uppstå onda cirklar. Även andra livsstilsfaktorer såsom fetma och alkoholkonsumtion kan ha betydelse. Bristande fysisk aktivitet kan ha ett samband med att utveckla psykiska problem, visar studier gjorda under de senaste åren. En invändning är dock att människor som motionerar redan från början tillhör en grupp som

har god psykisk hälsa. Att fysisk träning kan bota lindriga och måttliga former av depression är däremot klarlagt (15).

Arbetslöshet har ett visst samband med psykisk ohälsa, visar många studier (16). Det finns ett stort behov av evidensbaserade metoder för att främja arbetsåtergång och här pågår flera studier inom ramen för REHSAM-satsningen som administreras av Försäkringskassan (www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/REHSAM). Resultaten från dessa studier kommer att redovisas i februari 2016. När det gäller arbetsmiljö kan höga krav och bristande kontroll i arbetet vara orsaker till psykisk ohälsa, och inom detta område pågår en mängd olika interventionsstudier (17).

Att även kroppsliga sjukdomar som cancer, hjärtproblem och stroke kan leda till psykisk ohälsa, behöver uppmärksammas mer. Eftersom psykisk ohälsa också kan leda till kroppsliga sjukdomar är det viktigt att behandla såväl kropp som själ.

Referenser

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009 Jan-Mar;18(1):23-33.
2. Markkula N, Harkanen T, Perala J, Partti K, Pena S, Koskinen S, et al. Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry.* 2012 Feb;200(2):143-9.
3. Baxter A J, Page A, Whiteford HA. Factors Influencing Risk of Premature Mortality in Community Cases of Depression: A Meta-Analytic Review. *Epidemiol Res Int.* 2011; 2011:1-12.
4. Lawrence D, Kisely S. Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol.* 2010;Nov;24(4 Suppl):61-8.
5. Forsell Y. A three-year follow-up of major depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression: results from a population-based study. *Depress Anxiety.* 2007;24(1):62-5.

6. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jorgensen P, Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J Affect Disord.* 2005;87:151-60.
7. Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ.* 2013;1:e98.
8. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997;27:191-7.
9. Kosidou K, Dalman C, Lundberg M, Hallqvist J, Isacson G, Magnusson C. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: a population-based study. *J Affect Disord.* 2011 Nov;134(1-3):160-7.
10. Wallerblad A, Möller J, Forsell Y. Care-Seeking Pattern among Persons with Depression and Anxiety: A Population-Based Study in Sweden. *Int J Family Med.* 2012;2012:895425.
11. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
12. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;2:CD001134.
13. Effekter av föräldrastöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
14. Bauldry S. Variation in the Protective Effect of Higher Education Against Depression. *Society and Mental Health.* 2015;5(2):145-61.
15. Hallgren M, Kraepelien M, Öjehagen A, Lindefors N, Zeebari Z, Kaldo V, et al. Physical exercise and internet-based cognitive behavioural therapy in the treatment of depression: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2015 Sep;207(3):227-34.
16. Backhans MC, Hemmingsson T. Unemployment and mental health—who is (not) affected? *Eur J Public Health.* 2012 Jun;22(3):429-33.
17. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014.



6. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

KOL leder till andningsproblem, slemproduktion, hosta och i senare stadier påverkan på andra organ. Sjukdomen drabbar framför allt rökare. I SFHE 2014 rapporterar 2 procent av deltagarna att de har fått diagnosen KOL, vilket är oförändrat sedan 2006. Förekomsten är drygt 8 procent bland rökare, drygt 4 procent bland tidigare rökare och omkring 1 procent bland de som aldrig har rökt. Förekomsten ökar med åldern och kortare utbildning är kopplad till ökad risk för sjukdomen. Eftersom skadorna vid KOL är bestående är förebyggande insatser mot rökning viktiga. Tidig diagnos är också betydelsefull då sjukdomen i framskridet stadium är mycket handikappande och vårdkrävande.

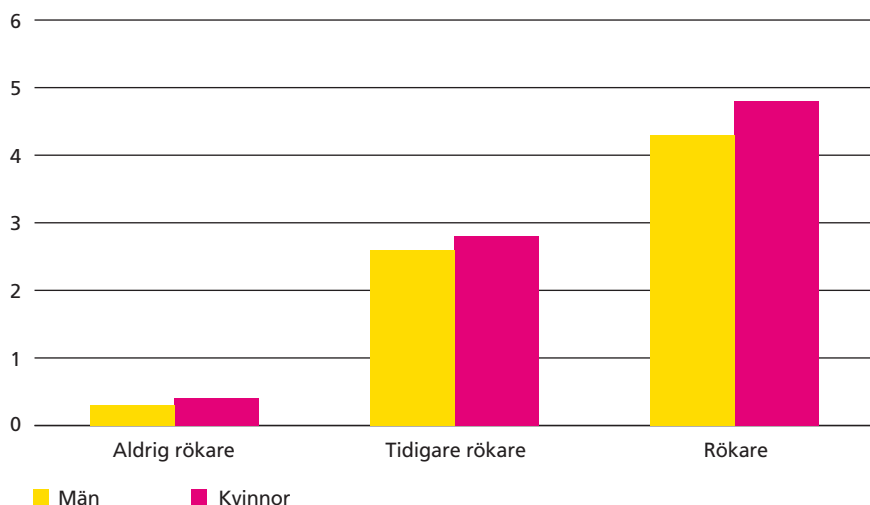
Vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) skadas alveolerna (luftblåsorna i lungorna) och de perifera luftvägarna. Det gör att gasutbytet i lungorna försämras och det blir tungt att andas. KOL leder också till ökad slemproduktion och hosta. Skadorna på lungorna är irreversibla. I början ger sjukdomen lindriga symtom och underdiagnosticeras därför (1). I framskridet stadium leder KOL ofta till viktne­dgång och påverkan på andra organ som muskler, skelett och hjärta (2), och kan kräva att man får syrgas även när man inte anstränger sig.

Den dominerande orsaken till KOL är rökning (3), men det finns även samband med alfa-1 antitrypsinbrist som är en genetisk sjukdom (4), och yrkesexponering för lungretande ångor, damm, gaser och rök (5). Luftföroreningar, passiv rökning, kost, tuberkulos och kronisk astma har också kopplats till KOL, men här är orsakssambanden mer osäkra (4).

KOL orsakar 2,9 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs) i världen, och 2,7 procent av förtida död, enligt det globala sjukdoms­bördeprojektet. I Sverige står KOL för 3,5 procent av DALYs och 3,1 procent av förtida död (<http://vizhub.health-data.org/gbd-compare/>).

Förekomst och fördelning

I Sverige uppskattas 400 000 till 700 000 personer ha KOL och omkring 2 700 personer dör av sjukdomen årligen (6). Den självrapporterade förekomsten av KOL i SFHE 2014 är 2 procent, vilket är oförändrat sedan år 2006 (åldersstandardiserat). Prevalensen varierar mellan 1 och 9 procent bland personer som aldrig rökt dagligen, personer som tidigare rökt dagligen och personer som fortfarande är rökare (figur 6.1). Sedan 2006 har KOL ökat tydligt hos rökare, framför allt kvinnor (från 3 till 5 %). Även hos rökande män ses en ökning, dock mindre uttalad (från knappt 4 till drygt 4 %).



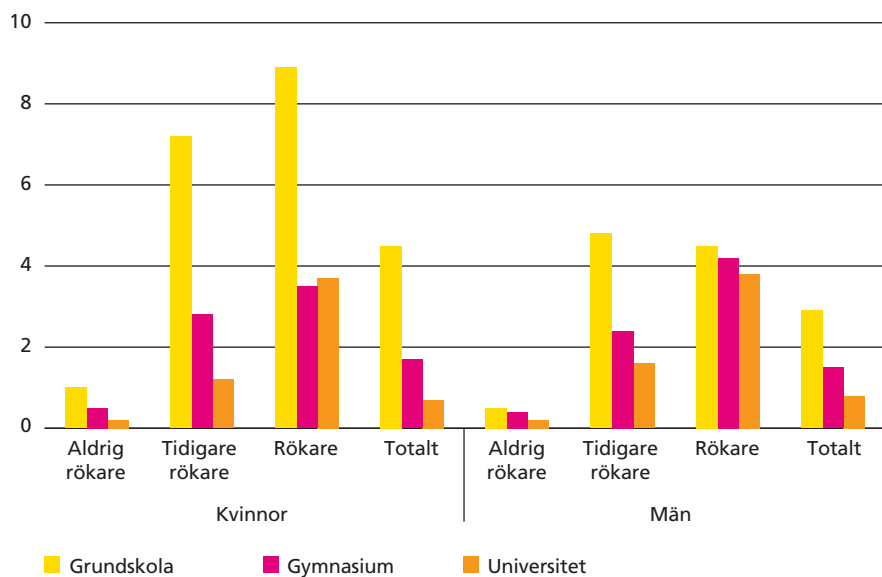
Figur 6.1 Förekomst (%) av KOL fördelad efter aldrig rökare, tidigare rökare och rökare. Åldersstandardiserade värden.
Källa: SFHE 2014.

Bland personer som aldrig rökt ökar förekomsten av KOL för varje åldersgrupp, från omkring en halv procent bland 45–64 åringarna till knappt 3 respektive 4 procent bland kvinnor och män som fyllt 85 år. Bland tidigare rökare och rökare ökar förekomsten istället kraftigt i åldersgruppen 65–84 år, och ligger sedan kvar på ungefär samma nivå även hos de äldsta. Bland män är förekomsten av KOL högst hos rökare som fyllt 85 år (16 %) och bland kvinnor hos rökare 65–84 år (14 %).

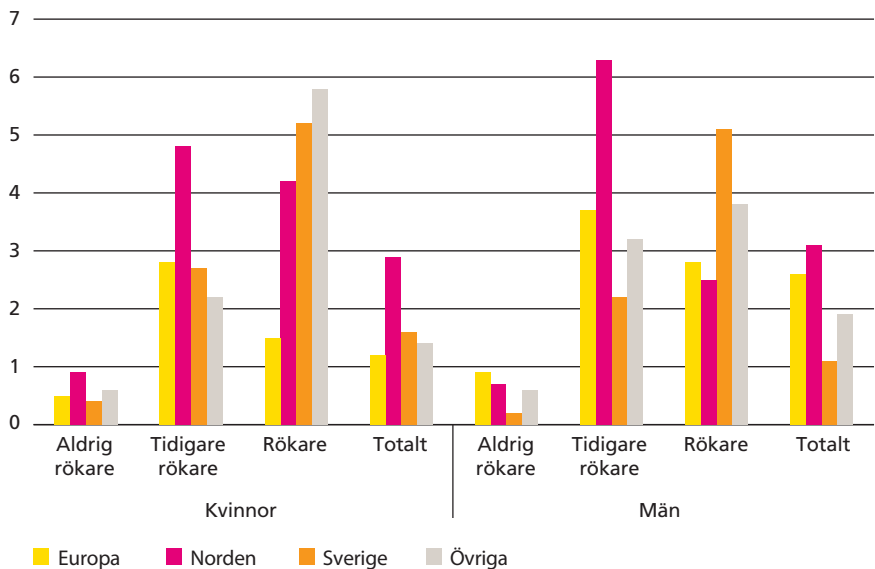
Det finns en klar utbildningsgradient i förekomsten av KOL (figur 6.2). Bland rökande kvinnor med grundskoleutbildning är förekomsten nästan 9 procent, medan den är knappt 4 procent bland rökande kvinnor med gymnasieutbildning. Motsvarande siffror för tidigare rökare är drygt 7 respektive knappt 3 procent. En liknande bild ser man hos män som varit rökare.

Det finns också tydliga skillnader i förekomsten av KOL mellan personer födda i olika länder. Bland tidigare rökare sticker kvinnor och män födda i Norden utanför Sverige ut med den högsta förekomsten. Bland rökare är det däremot män födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa som uppger mest KOL (figur 6.3).

Beträffande skillnader i förekomst av KOL mellan Stockholms län och riket råder brist på data som inkluderar lindrigare former av sjukdomen. Slutenvårdsdata från och med 1998 tyder på att förekomsten av allvarig KOL är likartad och relativt konstant. Mellan 1998 och 2014 har antalet vårdade över 45 år med huvuddiagnosen KOL legat på omkring 250 patienter per 100 000 invånare i både länet och riket (Socialstyrelsens statistikdatabas, patientregistret).



Figur 6.2 Andel (%) kvinnor respektive män som rapporterar att de fått diagnosen KOL, fördelat på utbildning. Åldersstandardiserade värden.
Källa: SFHE 2014.



Figur 6.3 Andel (%) kvinnor respektive män som rapporterar att de fått diagnosen KOL, fördelat på födelse-land. Åldersstandardiserade värden.
Källa: SFHE 2014.

Analys och tolkning

Den dominerande riskfaktorn för KOL är exponering för tobaksrök, främst rökning. Andelen personer som lider av KOL är omkring åtta gånger högre bland rökare än bland de som aldrig varit rökare, visar resultaten från SFHE 2014. Sjukdomen är vanlig bland tidigare rökare eftersom många hunnit få skador på sina lungor före rökstoppet. I denna grupp finns även personer som slutat röka för att de fått diagnosen KOL.

Generellt gäller att KOL är underdiagnosticerat eftersom sjukdomen kommer smygande. Ökningen av KOL bland rökare kan delvis bero på att detta har uppmärksammats och att fler fall upptäckts tidigare.

Skillnaderna i förekomst av KOL mellan olika utbildningsnivåer och ursprungsländer kan delvis förklaras av skillnader i rökvanor, som till exempel hur mycket och hur länge man rökt. Även exponeringen för exempelvis passiv rökning kan variera. Analyserna här tar inte hänsyn till sådana faktorer.

Beträffande slutenvårdsdata kan trenden ha påverkats av förändringar i tillgången till vård. En större andel patienter tas troligen om hand i öppenvården nu än tidigare, varför det är svårt att dra slutsatser om sjukdomsförekomsten över tid.

Insatser

Den överlägset största skyddsfaktorn mot KOL är rökfrihet, vilket även innefattar rökfria miljöer. Den viktigaste åtgärden mot KOL är att förhindra rökdebut. Rökstopp senare i livet minskar också risken att insjukna i KOL, men de skador som rökningen hunnit åstadkomma på lungorna är bestående. Tidig diagnos är betydelsefull eftersom sjukdomen i sent stadium är mycket handikappande och vårdkrävande. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland har föreslagit att alla rökare systematiskt bör fångas upp -och erbjudas rökavvänjning inom de verksamheter i vården som täcker stora delar av befolkningen (7).

Luftföroreningar utomhus har kopplats till en ökad risk för KOL men sambanden är relativt svaga och orsakssambandet inte säkerställt. Att som en försiktighetsprincip sörja för renare luft i städerna har andra fördelar, som att underlätta livet för astmatiker och att inte äventyra utvecklingen av lungfunktionen hos barn (8,9).

Att förhindra rökdebut bör vara första prioritet. Parallellt ska Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland inleda sitt arbete enligt Europeiska koden mot cancer, med målet att få tobaksbruket utfasat år 2025 (Tobacco Endgame) (7).

Referenser

1. Lundbäck B, Lindberg A, Lindström M, Rönmark E, Jonsson AC, Jönsson E, et al. Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Not 15 but 50% of smokers develop COPD? Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med.* 2003;97(2):115-22.
2. Agustí AG. COPD, a multicomponent disease: implications for management. *Respir Med.* 2005 Jun;99(6):670-82.
3. The Health Consequences of Smoking. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. Hämtad från: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
4. Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D. An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Sep 1;182(5):693-718.
5. Ryu JY, Sunwoo YE, Lee SY, Lee CK, Kim JH, Lee JT, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Vapors, Gases, Dusts, or Fumes (VGDF): A Meta-analysis. *COPD.* 2015;12(4):374-80.
6. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19602/2014-11-18.pdf>
7. Primär cancerprevention: förslag till åtgärder mot tobaksbruk, fysisk inaktivitet och överexponering för UV-strålning. Stockholm: RCC Stockholm Gotland [manuskript].
8. Chen Z, Salam MT, Eckel SP, Breton CV, Gilliland FD. Chronic effects of air pollution on respiratory health in Southern California children: findings from the Southern California Children's Health Study. *J Thorac Dis.* 2015;7(1):46-58.
9. Goldizen FC, Sly PD, Knibbs LD. Respiratory effects of air pollution on children. *Pediatr Pulmonol.* 2015 Jul 24. doi: 10.1002/ppul.23262.



7. Fallolyckor bland äldre

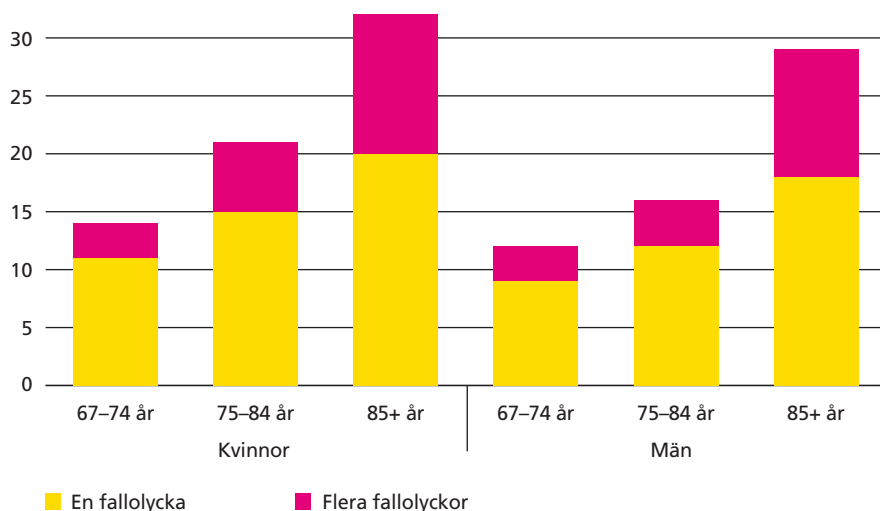
I SFHE 2014 uppger omkring 17 procent av alla 67 år och äldre att de hade fallit omkull och skadat sig – en eller flera gånger – under det senaste halvåret. Fler kvinnor än män drabbas av fallolyckor och andelen i befolkningen som drabbas ökar tydligt med stigande ålder. Kvinnor och de allra äldsta (85+ år) uppger dessutom i högre utsträckning än män och yngre, att fallolyckan har påverkat deras förmåga att utföra vardagsaktiviteter. Bland personer 67–74 år sker de flesta fallolyckor utomhus, medan fallolyckor bland de allra äldsta oftast sker inomhus. Andelen män som vårdas på sjukhus till följd av fallolyckor har ökat under det senaste decenniet, medan motsvarande siffra för kvinnor har varit relativt oförändrad, visar data från Socialstyrelsens patientregister.

Fall är den vanligaste orsaken till skada hos äldre personer (1), och beräknas stå för 3,5 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår i Sverige. Bland personer i åldern 70 år och äldre stiger denna andel till 5,2 procent (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). De flesta fallolyckor leder till mindre skador, som blåmärken, skrubbsår och stukningar, medan cirka 10 procent av fallolyckorna leder till en allvarlig skada som en fraktur (2). De flesta av dessa frakturer hänger sannolikt ihop med benskörhet men exakt hur stor andel som beror på benskörhet är inte klarlagt (3). I Sverige vårdas totalt sett mer än fem gånger så många personer på sjukhus till följd av fallolyckor som till följd av olyckor i vägtrafiken. Årligen dör cirka 1500 personer över 65 år till följd av fallolyckor, ofta efter en längre tids sängliggande (1).

Det finns en mängd olika orsaker till att man faller och oftast är det en kombination av dem som leder till en fallolycka. Flera faktorer samverkar, som den äldres kapacitet, aktiviteten som utförs och omgivningen där fallolyckan sker. Det finns tydliga samband mellan en ökad risk att falla och tidigare fallolyckor, försämrad gång, dålig balans, nedsatt syn, kroniska sjukdomar, kognitiv nedsättning samt användning av läkemedel som bensodiazepiner och antidepressiva läkemedel. Den viktigaste riskfaktorn anses vara tidigare fallolyckor, följt av försämrad gång och balans (4,5).

Förekomst och fördelning

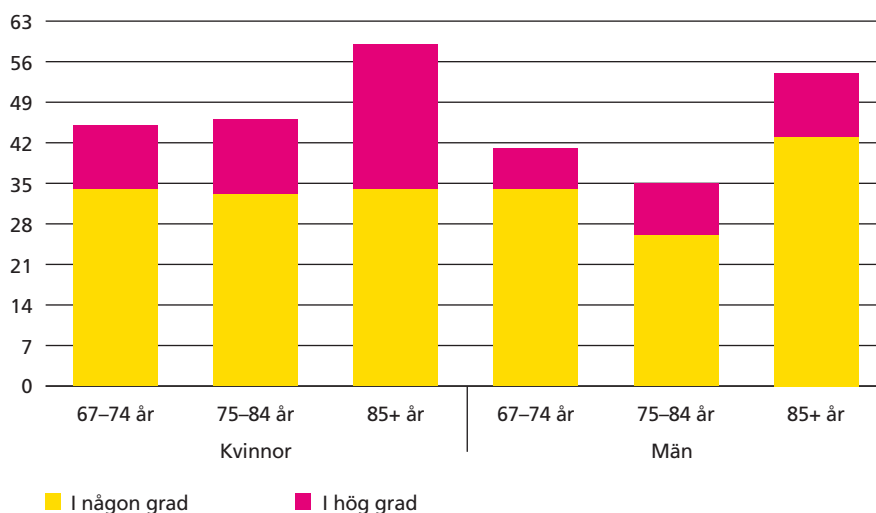
Knappt 13 procent av alla personer 67 år och äldre uppger att de fallit omkull och skadat sig en gång, och knappt 5 procent att det skett flera gånger under de senaste sex månaderna, enligt SFHE 2014. Bland kvinnor har totalt 17 procent, och bland män 14 procent fallit och skadat sig minst en gång. I åldersgruppen 67–74 år uppger drygt var tionde kvinna och knappt var tionde man en fallolycka, och tre procent av båda könen rapporterar flera fallolyckor (figur 7.1). Motsvarande siffror bland de allra äldsta (85+ år), är nära det dubbla för en fallolycka och tre gånger så hög för flera fallolyckor.



Figur 7.1 Förekomst (%) av fallolyckor bland Stockholms läns äldre, uppdelat på kön och ålder.
Källa: SFHE 2014.

Det finns inga utbildningsskillnader vad gäller utsatthet för fallolyckor. Dock finns en tendens till en socioekonomisk gradient i andelen fallolyckor mellan äldre kvinnor från olika socioekonomiska grupper. Högre tjänstemän har den lägsta förekomsten (15 %) och egenföretagare och arbetare den högsta (22 % respektive 20 %). Denna tendens överensstämmer med en tidigare forskningsstudie (6). För män finns inga tydliga mönster. Dock har lägre tjänstemän högre nivåer än övriga (22 % jämfört med 10–16 %). Andelen fallolyckor bland kvinnor födda i Sverige är lägre (16 %) än bland födda i övriga Norden (22 %), i övriga Europa (23 %) och i övriga världen (25 %). Bland män är andelen högre för de som är födda utanför Europa (17 %) än för övriga grupper (12–13 %). Ovanstående resultat är åldersstandardiserade, och eventuella skillnader mellan grupperna beror alltså inte på ålder.

Totalt sett hade knappt 12 procent av kvinnorna och knappt 8 procent av männen sökt vård till följd av fallolyckor under det senaste halvåret. I åldersgruppen 67–74 år är andelen under 10 procent för båda könen, vilket stiger till 22 procent för kvinnor och 17 procent för män och i den äldsta åldersgruppen. I åldersgruppen 67–74 år skedde en tredjedel av olyckorna inomhus, både bland kvinnor och bland män. Andelen fallolyckor som skett inomhus steg till knappt 60 procent för både kvinnor och män i åldern 75–84 år, och 74 respektive 67 procent bland kvinnor och män som var 85 år eller äldre. Dessa siffror stämmer överens med tidigare forskning som visar att fler kvinnor än män i de högre åldrarna skadas av fall som sker inomhus. Dessa fallolyckor sker oftast i köket och i samband med hushållsaktiviteter (7).

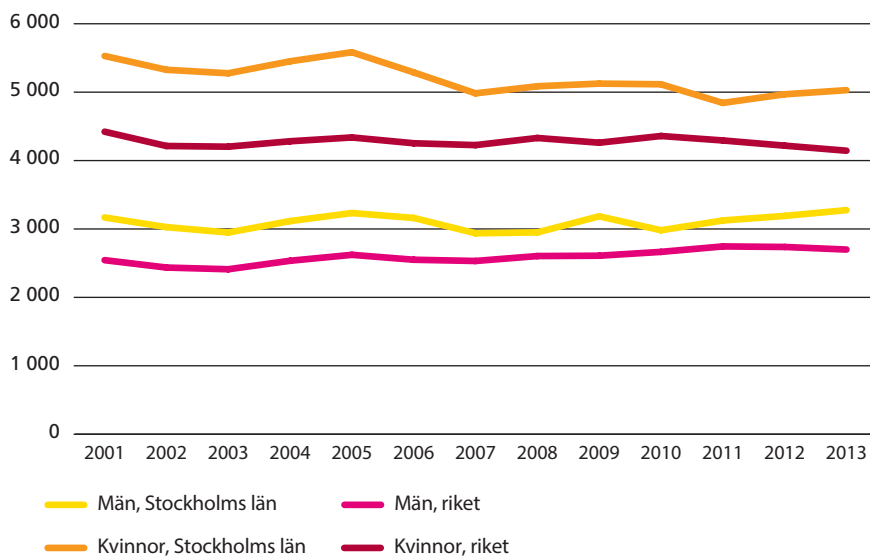


Figur 7.2 Andel (%) av de som fallit vars vardagsaktiviteter påverkats i någon grad/i hög grad av en fallolycka, uppdelat på kön och ålder.

Källa: SFHE 2014.

Kvinnor samt den äldsta åldersgruppen bland båda könen rapporterar i högre utsträckning att fallolyckan har påverkat deras förmåga att utföra vardagsaktiviteter (figur 7.2). Således är inte bara risken att falla högre bland kvinnor och de allra äldsta, konsekvenserna av fallolyckorna är också allvarligare.

Relativt få vårdas på sjukhus till följd av fallolyckor i åldersgruppen 65–69 år, visar data från Socialstyrelsens patientregister. Högre upp i åldrarna ökar frekvensen markant (visas ej). I Stockholms län får 20–30 procent i gruppen 85 år och äldre sjukhusvård för fallolyckor, vilket är något fler än riket som helhet. Dessa skillnader kan möjligen förklaras av skillnader i tillgång till vård, vårdorganisation och registrering av vårdtillfällen. Fler kvinnor än män vårdas på sjukhus till följd av fallolyckor (figur 7.3). Dock har skillnaden mellan kvinnor och män minskat det senaste decenniet i såväl Stockholms län som riket. Detta beror på att antalet män som vårdas på sjukhus till följd av fallolyckor har ökat medan motsvarande siffra för kvinnor har varit relativt oförändrad. Dessa resultat stämmer överens med en nyligen publicerad svensk studie som visar en ökning av antalet fallskador som lett tills sjukhusvård hos äldre män (8). En förklaring kan vara att det blir allt vanligare bland män att söka vård för mindre allvarliga fallskador.



Figur 7.3 Antal fallolyckor som lett till sjukhusvård per 100 000 invånare 65 år och äldre i Stockholms län och i riket, mellan åren 2001 och 2013, uppdelat på kön.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Analys och tolkning

Utvecklingen av fallolyckor under det senaste decenniet i kombination med att vi lever allt längre, tyder på att det totala antalet fallolyckor bland äldre kommer att öka i framtiden. Fallolyckor leder till personligt lidande och stora samhällskostnader i form av sjukvård och social omsorg. Detta understryker behovet av förebyggande insatser och rehabilitering för äldre.

Data från SFHE mäter förekomsten av fallolyckor som den uppgivits av äldre personer. Det innebär att svårigheter att minnas att man fallit kan ha bidragit till en underskattning av antalet fallolyckor.

Insatser

Multifaktoriella interventioner är mest effektiva för att minska antalet fallolyckor, både för äldre som bor hemma (9) och för äldre i service- eller äldreboende (10). Sådana åtgärder grundar sig på en fallriskutredning och skräddarsys efter varje persons förutsättningar. Dessa interventioner genomförs av multiprofessionella team och kan till exempel innehålla fysisk träning, läkemedelsgenomgång, korrigerande av synnedläggning och fallriskåtgärder i hemmet. Multifaktoriella interventioner kan göras i primärpreventivt syfte och riktar sig då till personer som inte fallit tidigare men som har en ökad risk. De kan också vara sekundärpreventiva och förhindra att nya fallolyckor sker (11). Enbart fysisk träning

kan också vara effektivt som primärprevention för äldre som bor hemma (9,11). För att identifiera personer med ökad fallrisk bör ett bedömningsinstrument användas. Fallriskbedömningar och åtgärder för att förhindra fallolyckor för patienter i landstingets och kommunens vård och omsorg registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Detta bidrar till ett systematiskt arbetssätt. Stockholms läns landsting har sedan 2008 ett vårdprogram med riktlinjer för förebyggande av fallskador bland äldre i primärvård, sjukhusvård, geriatrik och särskilt boende (12).

Referenser

1. Olyckor i siffror - En rapport om olycksutvecklingen i Sverige. Karlstad: Räddningsverket; 2007.
2. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA*. 2010;20(303):258-66.
3. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
4. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010 Sep;21(5):658-68.
5. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? *JAMA*. 2007 Jan;297(1):77-86.
6. Chang VC, Do MT. Risk Factors for Falls Among Seniors: Implications of Gender. *Am J Epidemiol*. 2015 Apr;181(7):521-31.
7. Duckham RL, Procter-Gray E, Hannan MT, Leveille SG, Lipsitz LA, Li W. Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the MOBILIZE Boston cohort study. *BMC Geriatr*. 2013 Dec;13:133.
8. Nilson F, Moniruzzaman S, Andersson R. Hospitalized fall-related injury trends in Sweden between 2001 and 2010. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2015;May 8:1-7.
9. Stubbs B, Brefka S, Denkinger MD. What Works to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults? Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Phys Ther*. 2015 Aug;95(8):1095-110.
10. Stubbs B, Denkinger MD, Brefka S, Dallmeier D. What works to prevent falls in older adults dwelling in long term care facilities and hospitals? An umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials. *Maturitas*. 2015 Jul;81(3):335-42.
11. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar;328(7441):680-3.
12. Regionalt vårdprogram. Fallprevention. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.



8. Demens

Demens är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos personer över 65 år och inkluderar olika kliniska diagnoser såsom Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Totalt uppskattas drygt 3 procent av männen och knappt 6 procent av kvinnorna i Stockholms län ha demens, och andelen stiger brant med åldern. Omkring en tredjedel av de som har en demensdiagnos har så stora vårdbehov att de inte längre kan bo hemma. På grund av den ökande andelen äldre förväntas antalet personer med demens att öka.

Människor världen över lever allt längre. Detta positiva fenomen har satt fokus på sjukdomar som är starkt relaterade till ålder, inte minst demens som hör till de vanligaste sjukdomarna hos personer över 70 år (1). Demenssjukdomar står för 3,0 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår i Sverige, enligt det globala sjukdomsburdeprojektet (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

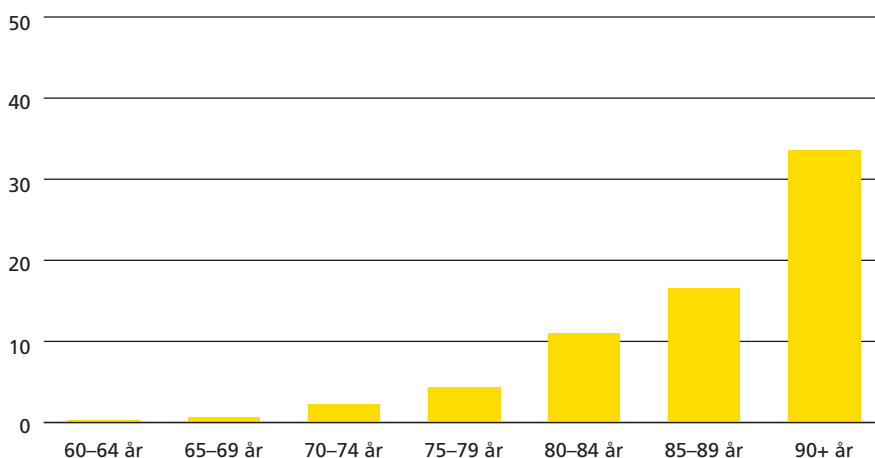
Demens är ett kliniskt begrepp som beskriver ett hälsotillstånd karakteriserat av ökande försämring av alla mentala kapaciteter, från minne till förmåga att bedöma, planera, prata och orientera sig i både främmande och familjära miljöer. När dessa symtom har blivit så svåra att man inte längre kan hantera sitt vardagsliv, har man utvecklat demens. Även för specialister kan det vara svårt att ställa en diagnos, särskilt vid de tidiga stadierna av sjukdomen. Detta beror bland annat på svårigheten att särskilja en lätt kognitiv nedsättning som beror på en sjuklig process, från kognitiva förändringar till följd av normalt åldrande. Skillnaden mellan demens och normalt åldrande blir dessutom svårare att upptäcka ju äldre personen är. Det kan också vara besvärligt att skilja mellan olika typer av demens. Därför använder vi i detta avsnitt generellt begreppet demens, och skiljer inte mellan olika diagnoser, som Alzheimers, vaskulär demens, frontallobsdemens och alkoholdemens.

Om det är svårt att ställa en demensdiagnos för en specialiserad läkare, är det ännu svårare att identifiera personer med demens via en enkätundersökning. De officiella registren, som dödsorsaks- och slutenvårdsregistren, inkluderar endast 45–55 procent av alla demensfall bland personer över 60 år (2,3). På grund av dessa svårigheter används i detta avsnitt data från SNAC-K (Swedish National study on Aging and Care in Kungsholmen) för att skatta förekomsten av demens i Stockholms län.

Förekomst och fördelning

Demens inträffar sent i livet, visar longitudinella befolkningsstudier. 70 procent av alla fall inträffar efter 75 års ålder och demenssjukdomar är mycket ovanliga före 60 års ålder (4). Från 60–65 års ålder fördubblas förekomsten av demens nästan vart femte år, från omkring 1,5 procent i åldersgruppen 60–69 år till omkring 40 procent bland 90-åringar. Kvinnor över 80 år löper högre risk att drabbas av demens än män i samma ålder. Studier från olika länder har inte påvisat någon uppenbar geografisk skillnad i förekomsten av demenssjukdomar.

Figur 8.1 visar den åldersspecifika förekomsten av demens per 100 invånare i Stockholms län i åldern 60 år och äldre. Siffrorna uppskattades utifrån SNAC-K med hänsyn tagen till ålder, kön och utbildning (5). I tabell 8.1 visas också könsuppdelade siffror. Totalt hade drygt 3 procent av männen och knappt 6 procent av kvinnorna demens. Det kan möjligen vara en underskattning av den verkliga förekomsten på grund av bortfallet i SNAC-K, då de som deltog i undersökningen var friskare än de som inte deltog. Studien visar att prevalensen av demens varit oförändrad sedan sent 1980-tal medan överlevnaden bland personer med demens har ökat, vilket kan tyda på minskad incidens (5). Andelen med demens är ungefär hälften så hög bland de med universitetsutbildning jämfört med de med grundskoleutbildning.



Figur 8.1 Förekomst (%) av demens i Stockholms län.

Källa: SNAC-K (5).

Tabell 8.1 Uppskattad andel (%) personer med demens i Stockholms län 2014 uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Alla	Män	Kvinnor
60–64	<0,5	<0,5	<0,5
65–69	1	1	<0,5
70–74	2	2	3
75–79	4	6	3
80–84	11	7	14
85–89	17	15	18
90+	34	21	38
Totalt	5	3	6

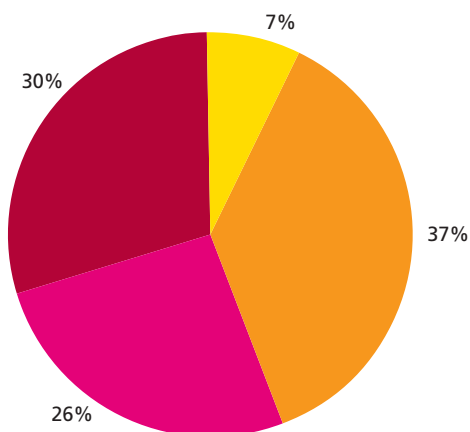
Källa: SNAC-K.

Vård- och omsorgsbehov

Med data från SNAC-K kan man uppskatta svårighetsgraden av demensfall i Stockholms län, vilket är starkt relaterat till vård- och omsorgsbehov (figur 8.2).

Knappt hälften av alla med demens har lättare symtom som innebär behov av hjälp med att handla, sköta ekonomi, medicinering och transporter, så kallade instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (I-ADL) (figur 8.2). I detta stadium av sjukdomen kan man vanligtvis leva hemma, om man inte drabbas av beteendestörningar eller allvarlig depression. Drygt en fjärdedel behöver också stöd med personliga aktiviteter (P-ADL), till exempel att äta, klä på sig och sköta sin personliga hygien. Detta innebär behov av kontinuerlig tillsyn. Man kan fortsätta att bo i sitt eget hem men behöver stora insatser från såväl formella som informella vårdgivare. I de flesta fall av måttlig demens behövs en anhörig som konstant tar hand om den sjuka hemma för att garantera hens säkerhet. I 30 procent av demensfallen är behoven så stora att man inte längre kan leva hemma.

Kända och påverkbara riskfaktorer, som högt blodtryck i medelåldern, diabetes och kort utbildning, bidrar olika mycket till förekomsten av demenssjukdomar (6). En uppskattning av hur många fall i Stockholms län som skulle kunna förebyggas om man kunde eliminera specifika riskfaktorer pekar på att omkring 13 procent av fallen beror på dessa riskfaktorer sammantaget (tabell 8.2).



■ Mycket lätta ■ Lätta ■ Måttliga ■ Svåra

Figur 8.2 Fördelning (%) av personer med demens efter symtomens svårighetsgrad.

Källa: SNAC-K.

Tabell 8.2 Andel (%) exponerade i befolkningen (P), relativa risker (RR) samt riskfaktorns bidrag till andelen fall (Population attributable risk, PAR).

	P (%)	RR	PAR (%)
Diabetes	4.7	1.46	2
Kort utbildning (Grundskola)	8.1	1.59	5
Rökning	9.5	1.59	5
Hypertoni i medelåldern	25.7	1.61	14
Alla riskfaktorer			24
Alla riskfaktorer justerade för interaktion			13

$PAR = (RR-1)/(1/P+RR-1)$.

Analys och tolkning

Under den närmaste framtiden kommer antalet personer med demens troligen att öka på grund av att allt fler lever allt längre. I Sverige förväntas andelen personer 85 år och äldre öka med 130 procent mellan 2014 och 2050. Det finns dock en tendens till minskning av risken för demens (7). Om denna tendens bekräftas, kan man i framtiden förvänta sig en mindre dramatisk prognos när det gäller vård- och omsorgsbehov för demenssjukdom.

Insatser

Tre huvudsakliga strategier för att förebygga demens har identifierats (8):

Främja en hälsosam livsstil. Man ska helst börja redan i medelåldern med en hälsosam livsstil, vilken inkluderar en diet med mycket grönsaker och frukt, vegetabilisk olja och fiskolja, regelbunden fysisk aktivitet, måttlig alkoholkonsumtion och att helt avstå från rökning. Om man redan har passerat medelåldern är det ändå inte för sent att börja förändra sina levnadsvanor.

God kontroll av vaskulära sjukdomar. Hälso- och sjukvården bör erbjuda effektiva läkemedel och evidensbaserade råd för kontroll av högt blodtryck och diabetes, samt för att undvika fetma. Adekvat behandling av stroke och hjärtsvikt är också viktig.

Öka den mentala reserven. Liksom andra delar av kroppen behöver hjärnan stimulans och övning för att fortsätta att fungera bra. Gamla människor som har ett aktivt liv löper mindre risk att utveckla demens än jämnåriga som inte har det. Sociala kontakter, mental stimulans och fysisk aktivitet är alla viktiga för att öka hjärnans kapacitet att hantera olika skador som ackumulerats under livet. Denna kognitiva reserv byggs upp under hela livet och här har även utbildning och arbetsliv betydelse.

Sammanfattningsvis kan man säga att demens inte är en oundviklig konsekvens av ålder. Man kan åldras utan demens och redan nu gör mer än 50 procent av alla 95-åringar detta. Med förebyggande strategier kan vi öka denna andel.

Referenser

1. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health*. 2008;98:1198-1200.
2. Feldman A, Rizzuto D, Narasimhalu K, Dahl A, Johansson A, Gregorio M, et al. Validity of dementia diagnoses in two Swedish health registers. *Alzheimer's & Dementia*. 2012;8(SUPPL):493.
3. Jin YP, Gatz M, Johansson B, Pedersen NL. Sensitivity and specificity of dementia coding in two Swedish disease registries. *Neurology*. Aug 24 2004;63(4):739-41.
4. Qiu C, Fratiglioni L. A major role for cardiovascular burden in age-related cognitive decline. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12(5):267-77.
5. Qiu C, von Strauss E, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*. 2013;80(20):1888-94.
6. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol*. 2014;13(8):788-94.
7. Wu Y-T, Fratiglioni LE, Matthews FE, Lobo A, Breteler MB, Skoog I, et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and policymaking. *Lancet Neurol*. [kommande]
8. Fratiglioni L, Qiu C. Prevention of cognitive decline in ageing: dementia as the target, delayed onset as the goal. *Lancet Neurol*. 2011;10:778-9.



9. Själv mord och självskador

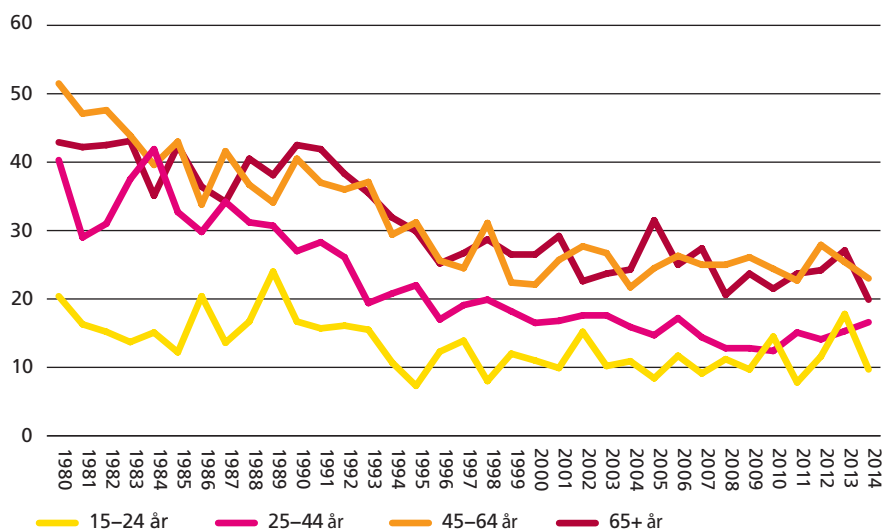
Själv morden i Stockholms län och i Sverige har sjunkit kraftigt sedan åtminstone år 1980. Själv mord är vanligare bland äldre personer än yngre men ålderskillnaden har krympt över tid. Det är dubbelt så vanligt att män begår själv mord, en något mindre könsskillnad än i riket som helhet. Själv mordsförsök, självskador och själv mordstankar är tvärtom vanligare bland kvinnor, framför allt i yngre åldersgrupper. Data från SFHE visar att 3,8 gånger fler rapporterar självskadehändelser med suicidal avsikt än vad som registreras i patientregistret. Olika insatser för att förebygga själv mord har gjorts inom Stockholms län och behandlingsmetoder för psykiatriska sjukdomar har förbättrats. Det finns dock en oroväckande ökning av själv mordsförsök/självskador bland unga personer, vilka bör prioriteras i framtida själv mordspreventiva insatser.

Själv mord är ett allvarligt folkhälsoproblem i Sverige och i världen (1). I Sverige är själv mord den vanligaste dödsorsaken bland män 15–44 år och den näst vanligaste bland kvinnor i samma ålder. Bland personer 15–24 år är själv mord den vanligaste dödsorsaken hos båda könen (2). Självskador inklusive själv mord står för 2,0 procent av hela sjukdomsbördan i Sverige och 4,2 procent av all förtida död (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

De starkaste riskfaktorerna för fullbordat själv mord är psykisk sjukdom och tidigare själv mordsförsök. Risken är större om man lider av flera psykiska sjukdomar och samtidigt utsätts för stressfyllda livshändelser (3), samt har gjort tidigare själv mordsförsök inom det senaste året, särskilt med potentiellt dödliga metoder (4).

Förekomst och fördelning

Själv mordstalet i Stockholms län och i riket har i stort sett halverats sedan 1980. Nedgången har dock planat ut under det senaste decenniet. År 2014 var själv mordstalet i Stockholms län 18,1 per 100 000 invånare 15 år och äldre. Samma tydliga trend syns inte i åldersgruppen 15–24 år, vilket innebär att ålderskillnaden krympt (figur 9.1). Mycket få personer under 15 år begår själv mord (omkring 5–10 personer varje år i riket). Själv mordstalet för kvinnor i Stockholms län (12,7 per 100 000 invånare år 2014) ligger marginellt högre än för kvinnor i riket (11,9), medan män i Stockholms län (23,8) ligger knappt under det nationella själv mordstalet (26,1). I riket som helhet är själv mord 2,5 gånger så vanligt bland män som bland kvinnor (under perioden 1980–2014). I Stockholms län var skillnaden något lägre: dubbelt så många män begick själv mord under samma period. Hos män är själv mord tydligt kopplat till socioekonomisk position. Vissa skillnader finns även hos kvinnor (5).



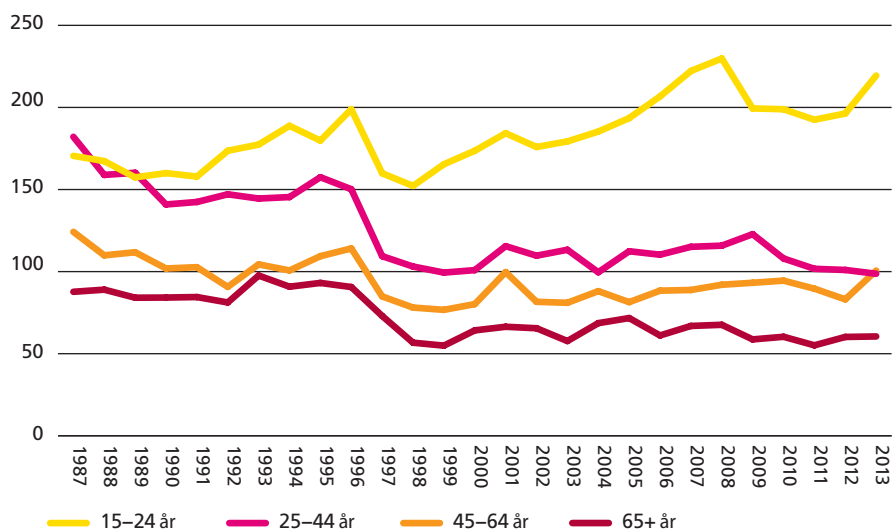
Figur 9.1 Själv mord (säkra och osäkra) i Stockholms län per 100 000 invånare i olika åldersgrupper, 1980–2014.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Totalt vårdades 110 personer per 100 000 invånare för självmordsförsök/självskadehandlingar i Stockholms län under 2013 (86 per 100 000 bland män och 133 per 100 000 bland kvinnor). Före år 1999 var nivån i Stockholms län nästan alltid högre än i riket, både för män och för kvinnor, men under de senaste fem åren har förekomsten bland kvinnor börjat närma sig den nationella. Män i Stockholms län har legat under riksgenomsnittet under i stort sett hela 2000-talet (visas ej).

Det finns en tydlig och oroväckande ökning av självmordsförsök och självskadehandlingar i den yngsta åldersgruppen sedan slutet av 1990-talet, medan övriga har en oförändrad nivå under samma period (figur 9.2). År 2013 registrerades 219 självmordsförsök/självskadehandlingar per 100 000 invånare i åldersgruppen 15–24 i Stockholms län. För självmordsförsök/självskadehandlingar är könsskillnaden den omvända mot för fullbordade självmord. För unga män var siffran 120 och för unga kvinnor 322 per 100 000 invånare, och det är framför allt bland kvinnor som ökningen har skett under perioden 1990–2013.

Omkring 1 procent i åldersgruppen 16–24 år uppger i SFHE 2014 att de har genomfört ett självmordsförsök under det senaste året. Nära 7 procent uppger att de haft självmordstankar. I övriga åldersgrupper är andelen som genomfört ett självmordsförsök under 0,5 procent och andelen med självmordstankar 2–4 procent. En analys av Stockholms läns folkhälsoenkäter år 2002, 2006, 2010 och 2014 visar att 3,8 gånger fler rapporterar självskadehändelser med avsikt att begå självmord än antalet som registreras i patientregistret.



Figur 9.2 Självordsförsök och självsador (säkra och osäkra) i Stockholms län per 100 000 invånare i olika åldersgrupper, 1987–2013.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Analys och tolkning

Självord och självsordsförsök klassificeras som ”säkra” eller ”osäkra” beroende på läkarens bedömning om handlingen varit avsiktlig eller kan ha varit ett olycksfall/övergrepp. Hela 70–75 procent av de osäkra självsorden har visat sig vara självsordsfall när man gått igenom dem i efterhand med hjälp av medicinska journaler och anhöriga eller sjukvårdspersonal (6). Därför rapporteras här säkra och osäkra självsord tillsammans.

Eftersom patientregistret bara omfattar personer som blivit sjukhusvårdade i samband med självsordsförsöket, ger registerdata en underskattning av förekomsten. Endast cirka 60 procent av de som uppgav att de gjort ett självsordsförsök har varit föremål för slutenvård (7). Alla självsordsförsök leder inte nödvändigtvis till sjukhusvård och kommer därför inte med i patientregistret, däribland hängning som är en av de vanligaste metoderna för fullbordat självsord.

En rad olika faktorer kan ha bidragit till de minskade självsordstalen, exempelvis de investeringar som landstinget och regeringen gjort inom området. Bland annat har man implementerat olika självsordspreventiva insatser – såväl befolkningsinriktade som inom hälso- och sjukvården – samt förbättrat metoderna för behandling av psykiska sjukdomar. Insatserna inbegriper bland annat självsordspreventiv utbildning av sjukvårdspersonal och allmänhet. Syftet med satsningar som Aktion livräddning (8) och Första hjälpen till psykisk hälsa (9) är att minska stigmatiseringen av psykisk ohälsa, öka

kunskaperna kring behandling, samt att implementera strukturella förändringar som främjar omhändertagande av självmordsbenägna patienter inom hälso- och sjukvården.

En möjlig förklaring till den nedåtgående självmordstrenden är den förbättrade medicinska och terapeutiska behandlingen av depression. Behandling med kognitiv beteendeterapi eller andra terapiformer samt selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) har visat på en minskad självmordsrisk (3). Dock har man också funnit ett tydligt samband mellan medicinering med SSRI och ökade suicidala beteenden hos personer under 25 år (10). Stödet för att SSRI har en inverkan på nationella självmordstal är generellt sett tve tydiga (11).

Insatser

Folkhälsoinriktade insatser som minskar stigmatisering, och ökar kunskaper om psykisk ohälsa hos allmänheten, kan leda till tidigare behandling och därmed minskad självmordsbenägenhet i befolkningen. Skolbaserade insatser som främjar unga människors psykiska hälsa och stärker deras förmåga att hantera psykisk ohälsa och stressfyllda livssituationer har visat sig minska självmordsbenägenheten hos unga (12), och rekommenderas av Världshälsoorganisationen (1). Med tanke på den ökning av självmordsförsök/självskador man ser hos unga, bör denna åldersgrupp prioriteras i förbyggande insatser, vilket minskar risken för självmord och psykisk ohälsa även i senare vuxen ålder.

Referenser

1. Preventing suicide: A global imperative. WHO 2014.
2. Själv mord i Sverige: Data 1980-2013. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa; 2014.
3. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*. 2012;27(2):129–41.
4. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010;340:c3222.
5. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):608-16.
6. Beskow J, Allebeck P, Wasserman D, Åsberg M. Själv mord i Sverige. En epidemiologisk översikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden, Folksams vetenskapliga råd; 1993.
7. Ramberg IL, Wasserman D. Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med*. 2000;30(5):1189-96.
8. Aktion Livräddning. Synen på arbetet med självmordsnära patienter i den psykiatriska vården. Utvärdering av projektet Aktion Livräddning inom Psykiatri Södra Stockholm. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa; 2012.
9. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrтчian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2014 Aug;26(4):467-75.
10. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009 Aug 11;339:b2880.
11. Zahl PH, De Leo D, Ekeberg Ø, Hjelmeland H, Dieserud G. The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):62.
12. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 6736(14):1–9.



10. Diabetes

Typ 2-diabetes utgör 85–90 procent av all diabetes och utöver ålder och ärftlighet är bland annat övervikt, låg fysisk aktivitet, tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor och stress kända riskfaktorer. Diabetes innebär en ökad risk för hjärtkärlsjukdomar såsom stroke och hjärtinfarkt och komplikationer från njurar, ögon och nerver är vanliga.

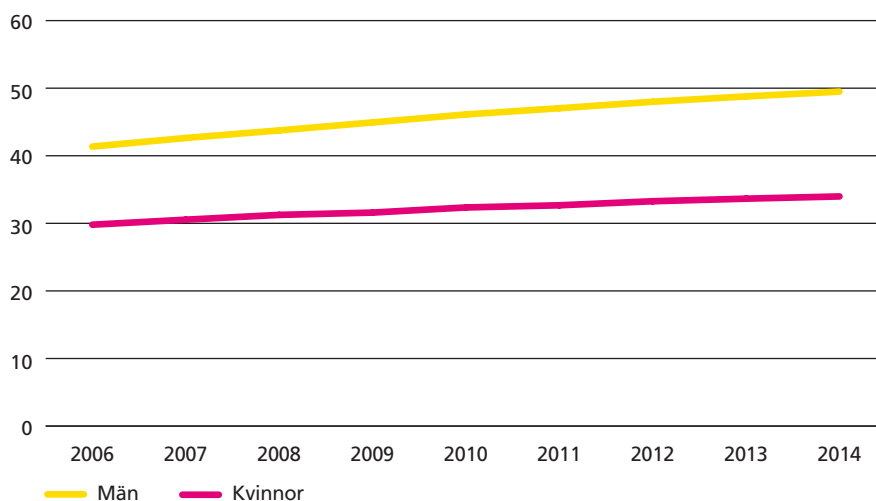
I SFHE 2014 uppgår 5 procent att de fått diagnosen diabetes, vilket är oförändrat jämfört med 2010. Andelen som rapporterar diabetes stiger med åldern, är högre bland män än bland kvinnor och varierar tydligt med både utbildningsnivå och födelseland. Den ökande förekomsten av övervikt och fetma i befolkningen riskerar att leda till en ökning av diabetes. Därför är förebyggande insatser för att förbättra levnadsvanorna viktiga.

Diabetes är en kronisk sjukdom med förhöjd blodsockernivå på grund av absolut eller relativ brist på insulin. Typ 2-diabetes är den vanligaste formen som framför allt drabbar äldre personer och beräknas stå för 85–90 procent av fallen. Vid denna typ av diabetes är kroppens insulinkänslighet nedsatt och frisättningen av insulin från bukspottskörteln defekt. Ålder, ärftlighet, prediabetes, tidigare graviditetsdiabetes och högt blodtryck ökar risken att drabbas av diabetes. Dessutom finns flera kända faktorer som bidrar till nedsatt insulinkänslighet vilka går att påverka, bland annat övervikt, låg fysisk aktivitet, tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor och stress (1–3). Typ 1-diabetes drabbar framför allt unga människor men kan också uppkomma hos betydligt äldre personer, och beror på att kroppens immunförsvar förstört cellerna som producerar insulin.

Vid prediabetes som är ett förstadium till typ 2-diabetes, är blodsockervärdena inte lika höga som vid diabetes men tillräckliga för att påverka hälsan negativt (se avsnitt 17 om den metabola riskfaktorn högt blodsocker).

Vid diabetes är risken för hjärtkärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke förhöjd. Om man samtidigt har högt kolesterol, högt blodtryck och/eller röker, ökar risken ytterligare (4). Komplikationer från ögon, njurar och nerver är vanliga. Diabetes har också förknippats med en ökad risk för vissa cancerformer (5).

Diabetes orsakar 2,1 procent av all förtida död i Sverige och 1,9 procent av de förlorade funktionsjusterade levnadsåren (DALYs), enligt data för 2013 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).



Figur 10.1 Uttag av medel mot diabetes/1000 invånare 15 år och över för åren 2006–2014 i Stockholms län. Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Förekomst och fördelning

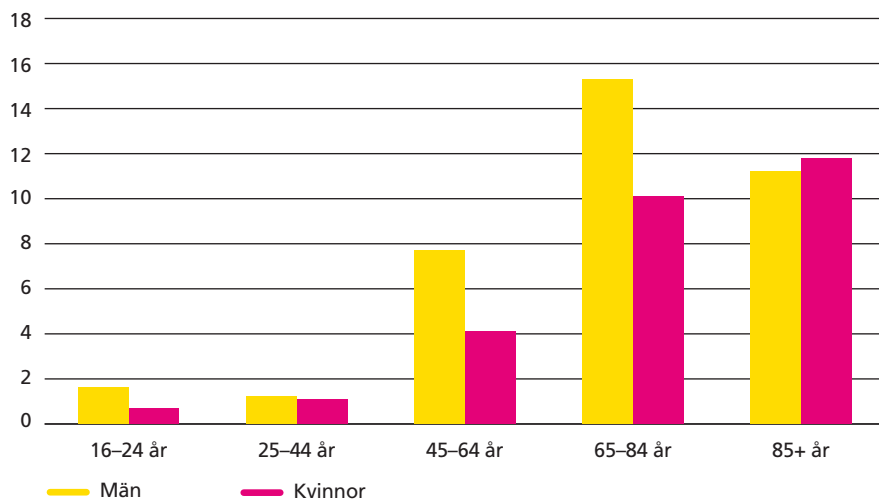
Förekomsten av typ 2-diabetes i Sverige har i olika studier legat mellan 2,5 och 4,5 procent. Den ökar kraftigt med stigande ålder (6).

I SFHE 2014 uppger 5 procent av de svarande (4 % av kvinnorna, 6 % av männen) att de har fått diagnosen diabetes (ingen åtskillnad görs mellan typ 1- och typ 2-diabetes), vilket är oförändrat sedan 2010. Diabetesförekomsten har varit relativt stabil under det senaste decenniet och den ligger något lägre i Stockholms län än i riket för övrigt, visar data från den nationella folkhälsoenkäten.

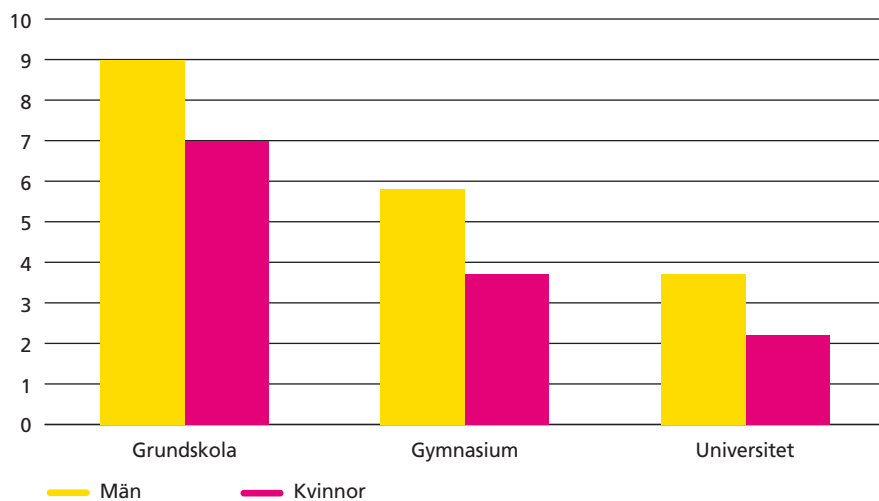
Data från Socialstyrelsens läkemedelsregister pekar på liknande nivåer: Bland kvinnor över 15 år i Stockholms län hämtade drygt 3 procent ut diabetesläkemedel på recept år 2014, medan motsvarande andel av männen var 5 procent (figur 10.1).

I samtliga åldersgrupper i SFHE 2014, frånsett den äldsta, är diabetes vanligare bland män än bland kvinnor (figur 10.2). För kvinnor ses en ökande förekomst av diabetes för varje åldersklass, medan ålderskategorin 65–84 år uppger den överlägset högsta förekomsten hos män med drygt 15 procent.

Enligt vårdstatistik från Stockholms läns landsting (VAL) är andelen personer som fått diagnosen diabetes (ICD-kod E10–E14) vid minst ett tillfälle under åren 2008–2012 i primärvård, specialiserad öppenvård eller slutenvård, högre (förutom i gruppen män 16–24 år, visas ej). I åldersgruppen 45–64 år är den 6 procent hos kvinnor och 10 procent hos män, bland 65–84 åringarna 13 respektive 18 procent, och bland personer över 85 år 14 respektive 17 procent. Den totala förekomsten är 6 procent.



Figur 10.2 Andel (%) som uppger att de fått diagnosen diabetes fördelat på ålder.
Källa: SFHE 2014.



Figur 10.3 Andel (%) som uppger att de fått diagnosen diabetes fördelat på utbildningsnivå, åldersstandardiserade värden.
Källa: SFHE 2014.

I SFHE 2014 finns en tydlig gradient i förekomst av diabetes över utbildningsnivå, vilket innebär att den är högst bland personer med grundskoleutbildning, lägre bland gymnasieutbildade och lägst i gruppen med universitetsutbildning (figur 10.3).

Andelen som uppger att de fått diagnosen diabetes varierar också tydligt med födelse-land. Förekomsten är högst bland personer födda i Norden utanför Sverige (12 % bland män, 7 % bland kvinnor, åldersstandardiserat), medan den är lägst hos svenskfödda kvinnor (3 %) och hos män födda i Europa utanför Norden och i Sverige (5 % i båda grupperna).

Analys och tolkning

Folkhälsoenkäterna och läkemedelsregistret fångar diagnosticerade diabetiker, men troligen finns det ett stort mörkertal, det vill säga personer som har sjukdomen utan att veta om det, eftersom lätt till måttligt förhöjda blodsockervärden inte alltid ger tydliga symptom. Det har uppskattats att var tredje person mellan 35 och 65 år som har typ 2-diabetes i Sverige är odagnosticerad (6). Då det gäller läkemedelsregistret är det värt att notera att en del diabetiker bara är kostbehandlade och alltså inte ingår i statistiken, samt att förändrade förskrivningsvanor kan påverka trenden över tid. Förekomsten av diabetes påverkas också av minskad dödlighet (7).

Skillnaderna i förekomsten av diabetes mellan utbildningsnivåer liknar skillnaderna för andra livsstilsrelaterade sjukdomar. Troligen förklaras de delvis av skillnader i BMI, rökning med mera. Diabetes är vanligare bland personer som bor i socialt och ekonomiskt utsatta områden och sjukdomsdebuten sker i tidigare ålder där, konstaterades i en rapport om områdesskillnader i sjukdomsförekomst i Stockholms län (8). Det är också känt sedan tidigare att förekomsten av typ 2-diabetes varierar med födelse-land (9).

I och med ökningen av övervikt och fetma är det troligt att en större andel av befolkningen kommer att insjukna i typ 2-diabetes, något som man sett på många håll i världen. Dock har ett flertal studier inte kunnat påvisa den förväntade ökningen av diabetes i Sverige, trots öknings av BMI (10). En nyligen publicerad studie av diabetesförekomsten i Stockholms län pekar dock på en ökning av såväl insjuknande som förekomst mellan 1990 och 2010 (11). Den åldrande befolkningen och minskade dödligheten talar också för att förekomsten kommer att öka.

De data som redovisas här medger inte uppdelning baserat på typ av diabetes. Sverige har efter Finland den högsta incidensen av typ 1-diabetes i världen. Insjuknandet har också ökat kraftigt under de senaste decennierna, framför allt i de yngsta åldersgrupperna. Det finns dock tecken på att ökningen har planat ut något (12).

Insatser

Insatser för att minska förekomsten av typ 2-diabetes i befolkningen grundar sig på livsstilsförändringar i riktning mot hälsosammare kostvanor, regelbunden fysisk aktivitet, rökstopp och viktkontroll (13). För personer med prediabetes minskar risken för utveckling till diabetes med ökad motion, ändrad kost och viktminskning. Diabetesdebuten kan också fördröjas. När det gäller dödlighet ses ingen säker effekt. Även farmakologisk behandling med diabetesläkemedel minskar insjuknandet, detta är dock oftast mindre effektivt än livsstilsförändringar och inte heller ett godkänt användningsområde för läkemedlen (14).

För att upptäcka personer med hög risk för att utveckla diabetes kan det enligt Socialstyrelsen vara motiverat med screening av riskgrupper. Så kallad opportunistisk eller populationsbaserad screening rekommenderas inte. Två randomiserade studier som undersökt effekten av screening för diabetes har inte kunnat visa att dödligheten minskat efter tio år. Andra utfall, som risken för diabeteskomplikationer eller dödlighet på ännu längre sikt, undersöktes inte (15).

Referenser

1. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. 2001;345:790-7.
2. Bergmann N, Gyntelberg F, Faber J. The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome: a systematic review of prospective cohort studies. *Endocr Connect*. 2014 Jun;3(2):R55-80.
3. Gress TW, Nieto FJ, Shahar E, Wofford MR, Brancati FL. Hypertension and anti-hypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Atherosclerosis Risk in Communities Study*. *N Engl J Med*. 2000;342:905-12.
4. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Krolewski AS, Rosner B, et al. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Arch Intern Med*. 1991;151:1141-7.
5. Harding JL, Shaw JE, Peeters A, Cartensen B, Magliano DJ. Cancer risk among people with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(2):264-70.
6. Östenson CG. Miljö och arv i samspel bestämmer vem som får diabetes. *Läkartidningen*. 2010;107(45):2792-5.
7. Ringborg A, Lindgren P, Martinell M, Yin DD, Schön S, Ståhlhammar J. Prevalence and incidence of Type 2 diabetes and its complications 1996-2003 - estimates from a Swedish population-based study. *Diabet Med*. 2008 Oct;25(10):1178-86.
8. Tao W, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i sjukdomsförekomst. Stockholms län 2006-2011. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2014. Hämtad från: http://dok.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/Omradeskillnader-i-sjukdom.pdf
9. Chiu M, Austin PC, Manuel DG, Shah BR, Tu JV. Deriving ethnic-specific BMI cutoff points for assessing diabetes risk. *Diabetes Care*. 2011 Aug;34(8):1741-8.
10. Jansson SPO, Fall K, Brus O, Magnuson A, Wändell P, Östgren CJ, et al. Prevalence and incidence of diabetes mellitus - a nationwide population-based pharmaco-epidemiological study in Sweden. *Diabet Med*. 2015 Oct;32(10):1319-28.
11. Andersson T, Ahlbom A, Magnusson C, Carlsson S. Prevalence and incidence of diabetes in Stockholm County 1990-2010. *PLoS ONE*. 2014;9(8):e104033.
12. Berhan Y, Waernbaum I, Lind T, Möllsten A, Dahlquist G. Swedish Childhood Diabetes Study Group. Thirty years of prospective nationwide incidence of childhood type 1 diabetes. The accelerating increase by time tends to level off in Sweden. *Diabetes*. 2011;60:577-81.

13. Schultze MB, Hu FB. Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented? *Annu Rev Public Health*. 2005;26:445-67.
14. Hopper I, Billah B, Skiba M, Krum H. Prevention of diabetes and reduction of major cardiovascular events in studies of subjects with prediabetes: meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011;18(6):813-23.
15. Selph S, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Patel H, Chou R. Screening for Abnormal Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review to Update the 2008 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 117. AHRQ Publication No. 13-05190-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.



11. Astma och allergier

Förekomsten av astma, allergiska besvär och handeksem är relativt stabil över tid, och både astma och handeksem är fortsatt vanligare hos kvinnor. Inga skillnader i förekomst av sjukdomarna syns mellan personer med olika utbildningsnivå. Bland kvinnor är astma och allergiska besvär vanligast hos facklärdade arbetare, medan ej facklärdade arbetare har en hög förekomst av handeksem. Även bland män är astma vanligast hos facklärdade arbetare, men i övrigt kan man inte se några skillnader mellan socioekonomiska grupper. Det finns vissa skillnader i förekomst av sjukdomarna beroende på födelseland, bland annat uppger kvinnor födda i Europa utanför Norden en hög förekomst av handeksem.

Astma är en sjukdom som gör att man får svårt att andas på grund av att luftrören blir tränga och inflammerade. Det är vanligt att man får sjukdomen i barndomen men man kan bli sjuk i alla åldrar. Symtomen vid astma kommer ofta periodvis. Hos barn är det vanligt att de utlöses av allergi mot till exempel pälsdjur, pollen eller kvalster. Hos vuxna är det oftast andra saker som utlöser besvären, som luftvägsinfektioner, fysisk ansträngning, kall luft, tobaksrök, en del läkemedel eller ämnen som parfymer och avgaser.

Såväl ärftliga som miljörelaterade faktorer påverkar risken att insjukna. Tvillingstudier pekar på att den ärftliga komponenten är betydande; minst 50 procent av variationen i astmasjukdom hos barn kan förklaras av ärftliga faktorer (1).

Astma ligger bakom 0,9 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs) i världen, och orsakar 0,7 procent av den förtida dödligheten. I Sverige är motsvarande siffror 1,5 procent av DALYs och 0,2 procent av den förtida dödligheten (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Astma- och allergisjukdomar är idag mycket vanliga i befolkningen och internationellt sett har Sverige relativt hög förekomst; mer än en tredjedel av den vuxna befolkningen är drabbad. Kostnaderna för astma- och allergisjukdomar uppskattas till mellan 4–11 miljarder kronor per år (2).

Förekomst och fördelning av astma

Fram till slutet av 1990-talet ökade förekomsten av astma kraftigt i de flesta europeiska länder, för att sedan successivt stabiliseras (3,4). Förekomsten av astma i Stockholms län är jämförbar med övriga delar av Sverige. Av den vuxna befolkningen uppger 8–12 procent i olika studier att de har läkardiagnosticerad astma (5–7). I SFHE 2014 rapporterar cirka 9 procent att de någon gång fått en astmadiagnos, vilket är drygt en procentenhet mer än 2006, då frågan senast ingick i enkäten. Astma är något vanligare hos kvinnor (11 %)

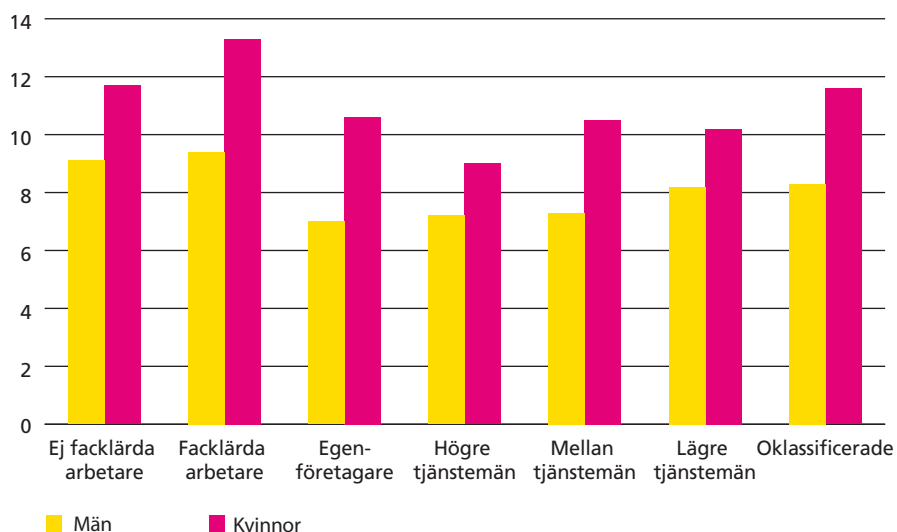
än män (8 %) i alla åldersgrupper och den största andelen astmatiker återfinns bland kvinnor i åldern 16–24 år (15 %).

En viss variation ses mellan socioekonomiska grupper. Förekomsten är högst hos facklärd arbetare och lägst i gruppen högre tjänstemän bland kvinnor, respektive egenföretagare bland män (figur 11.1). När det gäller utbildningsnivå ser man inga skillnader. Förekomsten varierar också något efter födelseland. Bland kvinnor har de som är födda i Sverige den högsta förekomsten (11 %) och de som är födda i Europa utanför Norden den lägsta (7 %). Bland män är förekomsten högst bland personer födda i Norden utanför Sverige (8 %) och lägst bland personer födda i Europa utanför Norden (6 %). Inga större skillnader ses mellan rökare och icke-rökare.

I den populationsbaserade födelsekohorten BAMSE som genomförs i Stockholm, svarade föräldrar till 16-åriga deltagare att 16 procent av ungdomarna någon gång hade fått diagnosen astma av läkare. Andelen 16-åringar som uppfyller BAMSE-studiens kriterier för astma, baserat på aktuella symtom och läkemedelsanvändning, är dock lägre, 6 procent (8).

Förekomst och fördelning av allergiska sjukdomar

I SFHE 2014 uppger en tredjedel av deltagarna att de haft besvär av rinnande, kliande näsa eller ögon i samband med lövsprickning, gräsblomning eller pälsdjurskontakt under de senaste 12 månaderna. Jämfört med 2002 är detta en viss ökning (34 % mot 31 %).



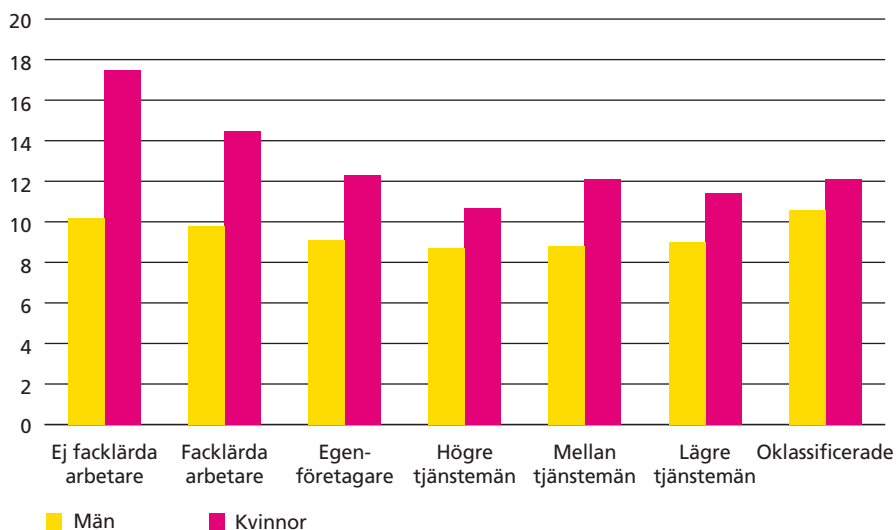
Figur 11.1 Förekomst (%) av självrapporterad astma uppdelat på socioekonomisk grupp och kön, åldersstandardiserade värden.

Källa: SFHE 2014.

Förekomsten av allergiska besvär skiljer sig inte nämnvärt mellan könen. Högst andel finns i åldersgruppen 45–64 år bland kvinnor (36 %) och i åldersgruppen 25–44 år bland män (38 %). Lägst förekomst (24–27 %) finns bland pensionärer. Förekomsten varierar något mellan socioekonomiska grupper hos kvinnor, den är högst bland facklärdare arbetare (41 %) och lägst bland egenföretagare (30 %). Bland män ses inga större skillnader. Mellan grupper med kort och lång utbildning kan man inte se några påtagliga skillnader, inte heller mellan rökare och icke-rökare. När det gäller födelseland varierar förekomsten något bland män. Högst är den hos personer födda i Norden utanför Sverige (37 %) och lägst i gruppen födda i Europa utanför Norden (28 %). Av 16-åringarna hade 27 procent allergibesvär, enligt vad föräldrarna uppgav i BAMSE-studien (8).

Förekomst och fördelning av handeksem

Andelen personer med handeksem i SFHE 2014 är knappt 11 procent, vilket är stabilt jämfört med tidigare år. Handeksem är något vanligare bland kvinnor (12 % mot 9 %), särskilt i de yngre åldersgrupperna (16–44 år) där omkring 15 procent har handeksem. Utbildningsnivå ser inte ut att göra någon skillnad men bland kvinnor varierar förekomsten något mellan olika socioekonomiska grupper; högst är den bland ej facklärdare arbetare och lägst bland högre tjänstemän (figur 11.2). Inga större skillnader ses bland män. Förekomsten av handeksem varierar också något beroende på födelseland, bland kvinnor är den högst hos personer födda i Europa utanför Norden (18 %), och lägst hos personer



Figur 11.2 Förekomst (%) av självrapporterade besvär av handeksem uppdelat på socioekonomisk grupp och kön, åldersstandardiserade värden.

Källa: SFHE 2014.

födda i Norden utanför Sverige (10 %). Bland män är den högst hos personer födda i Norden utanför Sverige (13 %) och lägst hos personer födda i Sverige (9 %). Inga påtagliga skillnader ses mellan rökare och icke-rökare.

Analys och tolkning

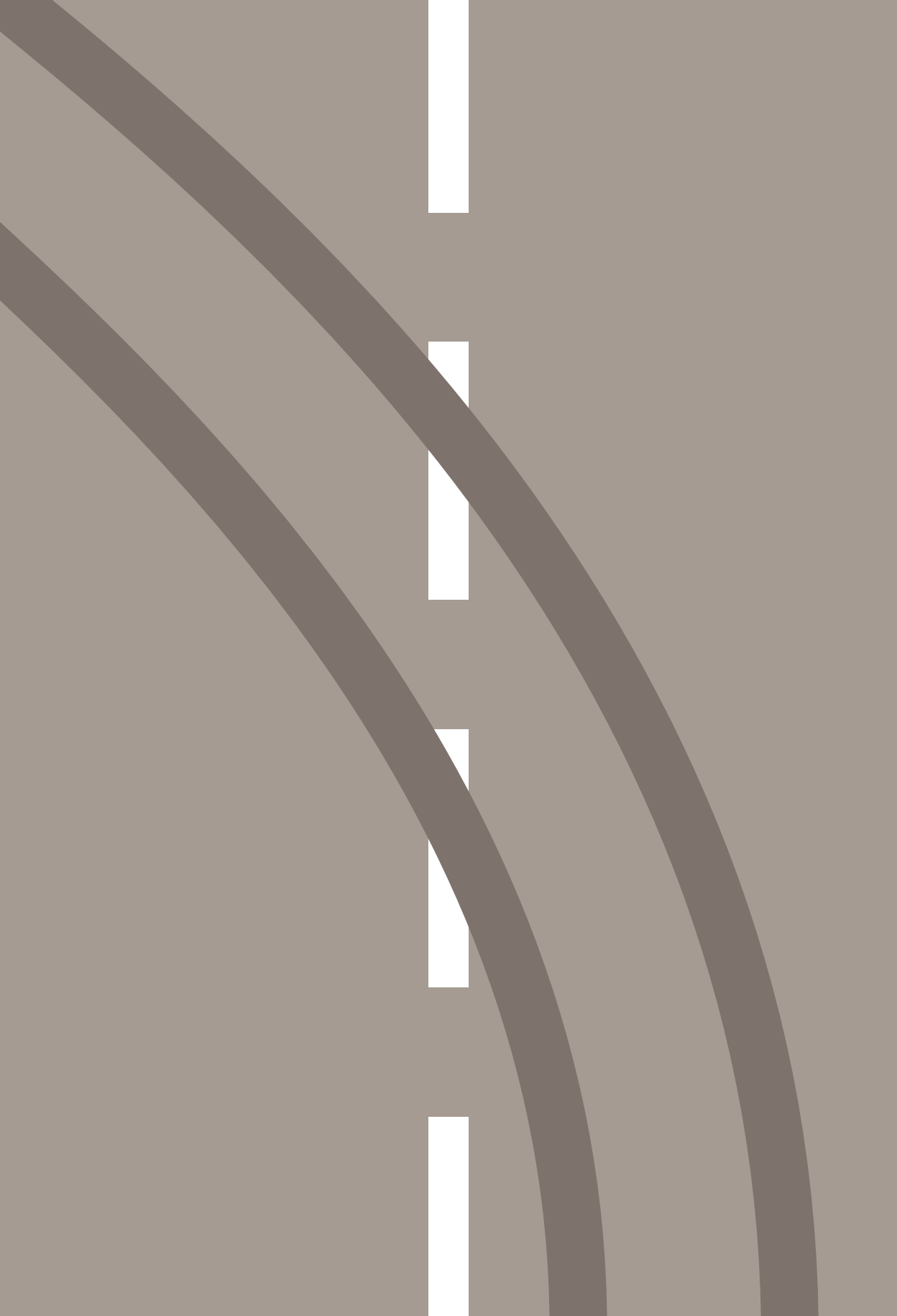
Förekomsten av astma, allergiska besvär och handeksem är relativt stabil över tid, och både astma och handeksem är fortsatt vanligare hos kvinnor. Det finns vissa socioekonomiska skillnader i förekomst av astma bland både kvinnor och män. Astma är vanligast i gruppen facklärd arbetare av båda könen. Förutom skillnader i exempelvis rökningprevalens och andel med fetma kan det delvis bero på yrkesrelaterade exponeringar. Bland kvinnor är även allergiska besvär vanligast i gruppen facklärd arbetare, medan ej facklärd arbetare har en hög förekomst av handeksem. Högriskycken för handeksem är till exempel städare, frisörer, kökspersonal och yrken inom vården. Vattenexponering är den största enskilda riskfaktorn (9). Någon tydlig tendens i rapporterad förekomst när det gäller födelseland kan man inte se. Exponering för tobaksrök är en känd riskfaktor för astma- och allergirelaterade sjukdomar, men i denna tvärsnittsstudie kan man inte se några tydliga kopplingar.

Insatser

En nationell strategi för allergisjukdomarna har efterlysts under året (10). Tanken är framför allt att fortsätta identifiera risk- och friskfaktorer för insjuknande i astma och allergier men även att tydliggöra vilka insatser som kan förhindra försämring hos de som redan är sjuka. Många människor oroar sig i onödan och får en sämre livskvalitet, eftersom de inte fått veta om en allergi är lindrig eller livshotande. Därför behöver sjukvården tillräckliga resurser och kunskap inom utredning och diagnostik av astma och allergier.

Referenser

1. Ullemar V, Magnusson PK, Lundholm C, Zettergren A, Melén E, Lichtenstein P, et al. Heritability and confirmation of genetic association studies for childhood asthma in twins. *Allergy*. [kommande]
2. Jansson SA, Arnlind MH, Dahlen SE, Lundbäck B. Okänt hur mycket astma och allergier kostar samhället. Kostnadsstudier kan ge bättre planering av vård och forskning. *Läkartidningen*. 2007;104(39):2792-6.
3. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet*. 1998;351(9111):1225-32.
4. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006;368(9537):733-43.
5. Lotvall J, Ekerljung L, Rönmark EP, Wennergren G, Lindén A, Rönmark E et al. West Sweden Asthma Study: prevalence trends over the last 18 years argues no recent increase in asthma. *Respir Res*. 2009;10:94.
6. Backman H, Hedman L, Jansson SA, Lindberg A, Lundbäck B, Rönmark E. Prevalence trends in respiratory symptoms and asthma in relation to smoking - two cross-sectional studies ten years apart among adults in northern Sweden. *World Allergy Organ J*. 2014;7(1):1.
7. Ortvist AK, Lundholm C, Wettermark B, Ludvigsson JF, Ye W, Almqvist C. Validation of asthma and eczema in population-based Swedish drug and patient registers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2013;22(8):850-60.
8. Thacher JD, Gruzieva O, Pershagen G, Neuman Å, Wickman M, Kull I, et al. Pre- and postnatal exposure to parental smoking and allergic disease through adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(3):428-34.
9. Lindberg M, Meding B, Stenberg B, Svensson Å. Handeksem – en folksjukdom som påverkar livskvalitet och arbetsförmåga. Önskvärt med tidigare behandling och bättre uppföljning. *Läkartidningen*. 2013; 4(110):145-8.
10. Sedvallson M, Nyström Kronander U, Wickman M, Hedlin G, Kihlström A, Zakrisson A, et al. Bristerna i allergivården skapar oro helt i onödan. *Dagens Nyheter*, 3 juli 2015. Hämtad från: <http://www.dn.se/debatt/bristerna-i-allergivarden-skapar-oro-helt-i-onodan/>



12. Trafikskador

Den kraftiga minskning som skett när det gäller dödliga trafikskador i Sverige avspeglas även i Stockholms län. Även antalet trafikskador som leder till sjukhusvård har minskat något i länet under de senaste 15 åren, men det finns en tendens till ökning under senare tid. Det är främst cykelskador som har bidragit till denna ökning, särskilt cykelskador bland medelålders och äldre personer. Förklaringen kan vara att en större andel av invånarna cyklar och därigenom exponeras för fler risker, men detta kan inte bekräftas eftersom data på hur många som till exempel cykelpendlar saknas.

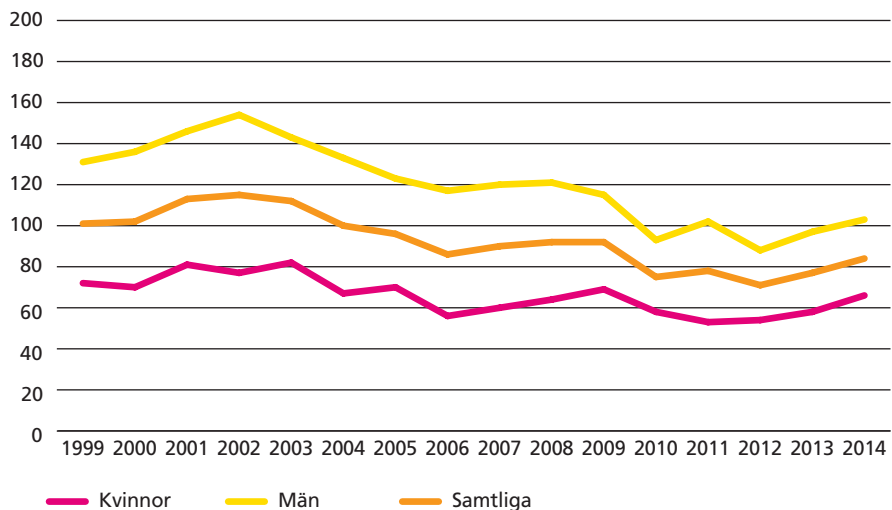
Trafikskador ligger bakom 3,0 procent av de förlorade funktionsjusterade levnadsåren (DALYs) i världen och orsakar 3,8 procent av den förtida dödligheten, enligt data för 2013. I Sverige är motsvarande siffror 1,2 procent av DALYs och 1,5 procent av all förtida död (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Antalet dödsfall i trafiken har minskat kraftigt sedan 1960-talet i Sverige, och har under de senaste åren legat runt 280 fall per år, varav män står för tre fjärdedelar (1). Cirka hälften av de som omkommer i trafiken är personbilister och den högsta risken för dödsfall ses i åldersgrupperna 18–24 år och 75 år och äldre (2). Stockholms län har lägst trafikdödlighet per 100 000 invånare i Sverige, och högst befolkningstäthet, en faktor som tydligt samvarierar med antalet dödsfall i trafiken (2). En möjlig förklaring till sambandet är att man i tätbebyggda områden använder bil mindre och kollektivtrafik mer än i områden med låg befolkningstäthet (2).

Även när det gäller trafikskador som lett till sjukhusvård har Stockholms län färre trafikskador än riket i övrigt. Mönstret över tid är liknande i länet och riket (3).

Förekomst och fördelning

Antalet trafikskador som lett till sjukhusvård har totalt sett minskat något i Stockholms län under de senaste 15 åren, både bland män och bland kvinnor (figur 12.1). En ökning, främst bland män, skedde i början av 2000-talet och sedan 2012 finns en ny tendens till ökning.

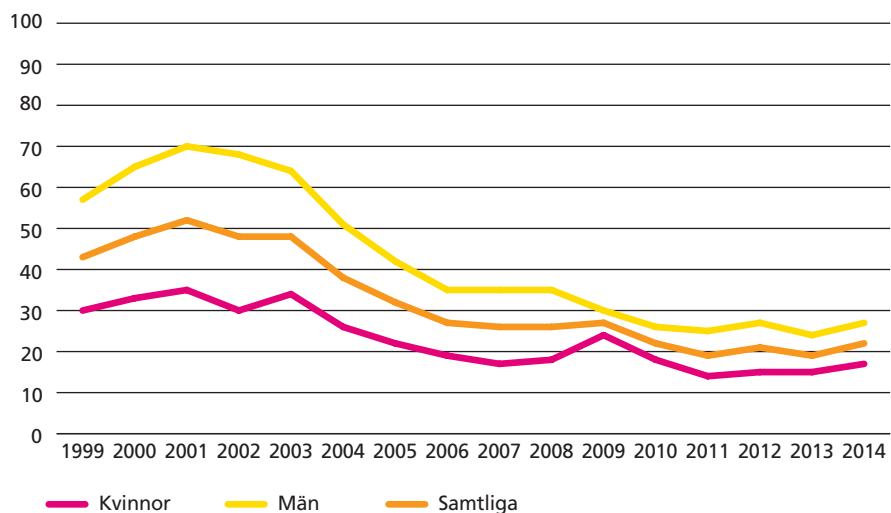


Figur 12.1 Trafikskador som lett till sjukhusvård per 100 000 invånare i Stockholms län 1999–2014 för män respektive kvinnor i samtliga trafikantgrupper (exklusive fotgängare).
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

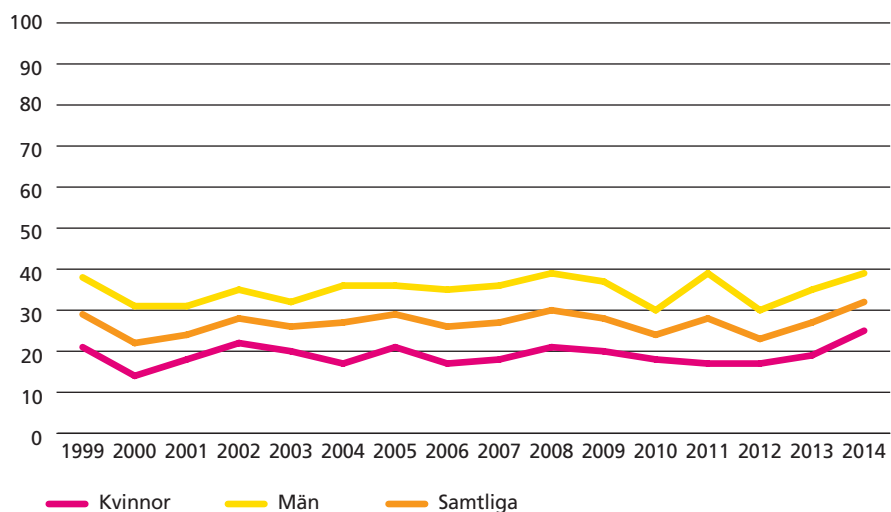
Figur 12.2 a och 12.2 b visar trenden över tid för trafikskador som lett till sjukhusvård i de två mest drabbade trafikantgrupperna, personbilister och cyklister. Trafikskador bland personbilister (förare och passagerare) speglar väl den nedåtgående trenden för samtliga trafikskador. Motorcykelskador (inklusive mopedskador) har också minskat något under de senaste tio åren (visas ej). Trafikskador bland fotgängare har legat på en lägre och relativt konstant nivå över tid och här ser man ingen skillnad mellan könen, till skillnad från de andra trafikantgrupperna där män är överrepresenterade (visas ej). Det är framförallt cykelskador som har bidragit till de senaste årens ökning av trafikskador (figur 12.2 b).

När det gäller fördelningen av skador mellan olika trafikantgrupper skiljer sig mönstret åt hos män och kvinnor. Bland män är skador som motorcyklist/mopedist vanligare (29 % jämfört med 9 % bland kvinnor). Bland kvinnor är skador som fotgängare vanligare (18 % jämfört med 8 % bland män).

Antalet trafikskador ökar när unga kommer i kontakt med nya trafikmiljöer och nya fordon och åldersfördelningen sammanfaller väl med åldersgränserna för olika typer av fordon. Exempelvis ökar mopedolyckor dramatiskt vid 15-årsåldern och skador som bilförare vid 18 års ålder. För cykelskador sker det en ökning i 5-årsåldern när barn börjar cykla, för att sedan gå ned och öka igen runt 12-årsåldern då barn ofta börjar cykla längre sträckor och i mer trafikerad miljö (4).



Figur 12.2 a) Personbilister



Figur 12.2 b) Cyklister

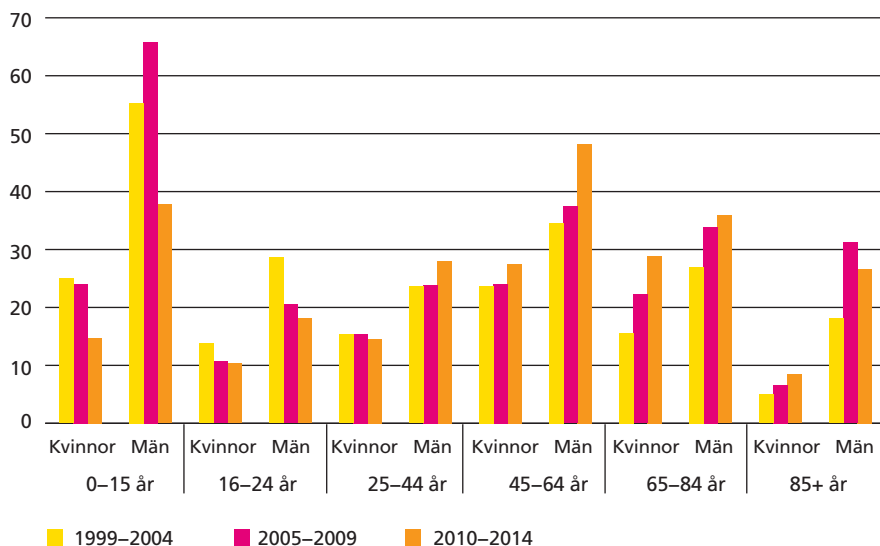
Trafikskador som lett till sjukhusvård per 100 000 invånare i Stockholms län 1999–2014 för personbilister respektive cyklister, uppdelat på kön.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Det finns socioekonomiska skillnader i risken att skadas i trafiken i Sverige, visar tidigare studier (4–6). Barn till arbetare har till exempel 20–30 procent högre risk att skadas som fotgängare och cyklist, jämfört med barn till tjänstemän på mellannivå och högre tjänstemän. Skillnaderna mellan socioekonomiska grupper ökar när unga börjar använda moped, motorcykel och bil (4,5). När det gäller motorfordon har barn i lantbrukarfamiljer och övriga egenföretagare omkring två gånger så hög risk att skadas, jämfört med barn till tjänstemän på mellannivå och högre tjänstemän (4). Mellan unga förare födda i olika länder ser man inga skillnader (7).

Cyklingen förväntas öka i Stockholms län, vilket ur ett folkhälso- och miljöperspektiv är en positiv utveckling. Det ligger i linje med Sveriges transportpolitiska mål som betonar att resande med cykel och som gående ska underlättas av miljö- och hälsoskäl. Liksom nämndes ovan är det dock framför allt cykelskador som har bidragit till ökningen av trafikskador som lett till sjukhusvård under de senaste åren.

En närmare studie av cykelskador visar att de är vanliga i samtliga åldersgrupper men medan de har minskat över tid bland yngre, framförallt i åldersgruppen under 15 år, har de ökat bland medelålders och äldre män och äldre kvinnor (figur 12.3).



Figur 12.3 Åldersrelaterade trafikskador som cyklist per 100 000 invånare i Stockholms län per femårsintervall för män respektive kvinnor, 1999–2014.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Analys och tolkning

Orsakerna bakom trafikskador är ofta en kombination av vägarnas och fordonens säkerhet samt trafikantens beteende (8). Miljöförändrande åtgärder och produktutveckling är effektivast när det gäller att förebygga skador men de kan behöva kombineras med beteendeinriktade interventioner, visar både experimentell forskning och observationsstudier. Hos individen är alkohol, hög hastighet och trötthet de främsta bidragande orsakerna till trafikskador där motorfordon är inblandade (8,9). Den ökning som skett när det gäller cykelskador som leder till sjukhusvård skulle kunna förklaras av att det är fler som cyklar och därigenom exponeras för risker. Detta kan dock inte bekräftas eftersom det saknas uppdaterad information om hur mycket befolkningen använder cykel.

Insatser

Vid singelolyckor, som är den vanligaste typen av cykelolyckor, är vägunderlaget den dominerande orsaken (10). Därför är utformning och underhåll av cykelvägarna viktiga åtgärder för att minska antalet cykelskador. Konstruktionen av cyklar är också viktig för effektivare inbromsning och design som underlättar av- och påstigning, speciellt för äldre personer (10).

Användning av cykelhjälm kan förebygga skallskador. Därför infördes en hjälm lag 2005 som innebär att alla under 15 år ska bära hjälm när de cyklar. Minskningen av cykelskador bland de yngre skulle till en del kunna förklaras av en högre användning av cykelhjälm i denna åldersgrupp. Lagändringen kan dock inte förklara den kraftiga minskning av antalet huvudskador som skett under de senaste decennierna i åldersgruppen 0–14 år, eftersom den största minskningen skedde redan innan lagen trädde i kraft (10).

En regional cykelplan som riktar sig till strategiska planerare och de som utformar vägarna har presenterats för Stockholms län (11). Planen har tagits fram av ett flertal myndigheter och organisationer inom länet med visionen att uppnå en smidigare, smartare och säkrare cykeltrafik i länet.

Referenser

1. Vägtrafikskador 2014. Stockholm: Trafikanalys; 2015. Hämtad från: http://www.trafa.se/globalassets/statistik/vagtrafik/vagtrafikskador/vaegtrafikskador_2014.pdf
2. Vägtrafikskador 2012. Stockholm: Trafikanalys; 2013. Hämtad från: http://trafa.se/globalassets/statistik/vagtrafik/vagtrafikskador/vaegtrafikskador_2012.pdf
3. Trafikolyckor i Stockholms län, riket och Europa – en översiktlig sammanställning. Folkhälsa på karta – en del av folkhälsoguiden. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Hämtad från: www.folkhalsapakarta.se/dokument/trafikolyckor.pdf
4. Hasselberg M. The social patterning of road traffic injuries during childhood and youth. National longitudinal register-based studies [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2004.
5. Engström K. Social differences in injury risks in childhood and youth. Exploring the roles of structural and triggering factors [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap; 2003.
6. Sociala skillnader i skador bland barn och ungdom (SOU 2002:68). Stockholm: Fritze; 2002. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/960b631121d845c6820606fo2cdd5503/sociala-skillnader-i-skador-bland-barn-och-ungdom>
7. Hasselberg M, Laflamme L. Road traffic injuries among young car drivers by country of origin and socioeconomic position. *Int J Public Health*. 2008;53:40-5.
8. Global status report on road safety 2013. Genève: WHO; 2013. Tillgänglig på: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/
9. World report on road traffic injury prevention 2004. Genève: WHO; 2004. Hämtad från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42871/1/9241562609.pdf>
10. Skadade cyklister – en studie av skadeutvecklingen över tid. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2013. Hämtad från: <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/27022.pdf>
11. Regional cykelplan för Stockholms län 2014-2030. Stockholm: Trafikverket Region Stockholm i samarbete med Tillväxt, miljö och regionplanering och Landstingets trafikförvaltning (SLL) samt Länsstyrelsen i Stockholms län;2014:041.

13. Högt blodtryck

Högt blodtryck, hypertoni, är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom och ligger bakom 20 procent av den förtida dödligheten i Sverige. Sjuttion procent av de svarande i SFHE 2014 uppger att de medicinerar mot högt blodtryck. Andelen ökar med stigande ålder och är högre bland de med kort utbildning än de med längre utbildning. Den högsta förekomsten ses hos personer födda i Norden utanför Sverige. Kända riskfaktorer för högt blodtryck inkluderar ärftlighet, övervikt, hög alkoholkonsumtion, låg fysisk aktivitet, ohälsosamma kostvanor (som högt saltintag), rökning och diabetes. Livsstilsförändringar är centrala i det förebyggande arbetet.

Blodtrycket är det tryck som blodet utövar mot artärernas väggar. Det mäts som systoliskt tryck (när hjärtat drar ihop sig och pumpar ut blod) och diastoliskt tryck (när hjärtat vilar). Världshälsoorganisationen, WHO, sätter gränsen för hypertoni vid ett systoliskt blodtryck ≥ 140 mm Hg och/eller ett diastoliskt blodtryck ≥ 90 mm Hg.

Högt blodtryck kan leda till skador i bland annat hjärta, hjärna, njurar, blodkärl och ögon. Det finns stark evidens för att högt blodtryck ökar risken för kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, stroke och övrig hjärtkärlsjukdom. En ökning av det systoliska blodtrycket med 20 mm Hg eller det diastoliska med 10 mm Hg innebär en fördubblad risk att dö i hjärtkärlsjukdom. Studier pekar även på att förhöjt blodtryck ökar risken för demens (1).

I Sverige uppskattas högt blodtryck ge upphov till 11,6 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs) och orsaka 19,8 procent av den förtida dödligheten (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Risken för att få högt blodtryck påverkas av ärftlighet, ålder och vissa sjukdomar, som typ 2-diabetes. Andra riskfaktorer är övervikt, hög alkoholkonsumtion, låg fysisk aktivitet, rökning och ohälsosamma kostvanor, bland annat fet mat och högt saltintag (1–3). Även kronisk stress har sannolikt betydelse för högt blodtryck (1).

Förekomst och fördelning

Omkring 1,8 miljoner människor i Sverige har högt blodtryck, en uppskattning utifrån screeningundersökningar, vilket motsvarar 27 procent av den vuxna befolkningen (1). Förekomsten stiger med åldern. I gruppen som har fyllt 65 år har varannan person förhöjt blodtryck. Kvinnor och män drabbas i ungefär lika stor utsträckning. Det finns tecken på att förekomsten minskar (4–7).

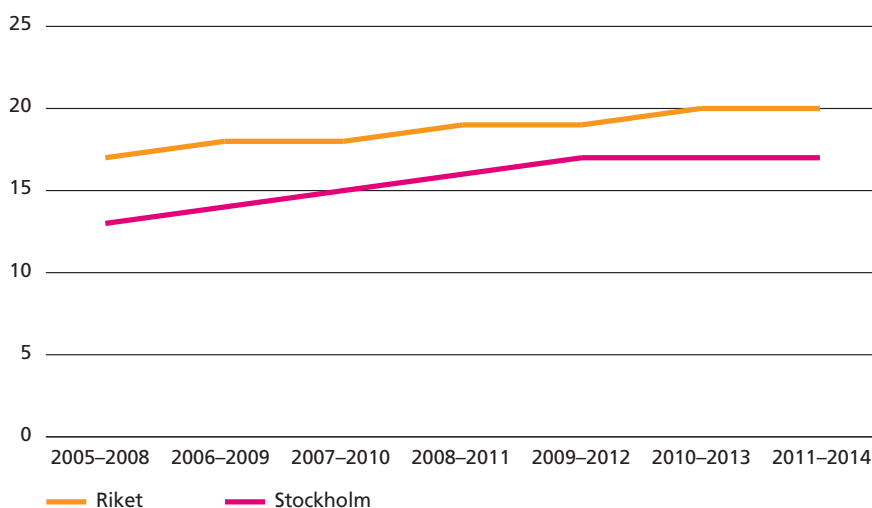
I SFHE 2014 uppgav 17 procent av både kvinnor och män att de får läkemedelsbehandling för högt blodtryck, vilket är en ökning med omkring en procentenhet jämfört med år

2010. Enligt data från den nationella folkhälsoenkäten har andelen personer som medicinerar för högt blodtryck ökat under de senaste åren, i både Stockholms län och i riket (figur 13.1).

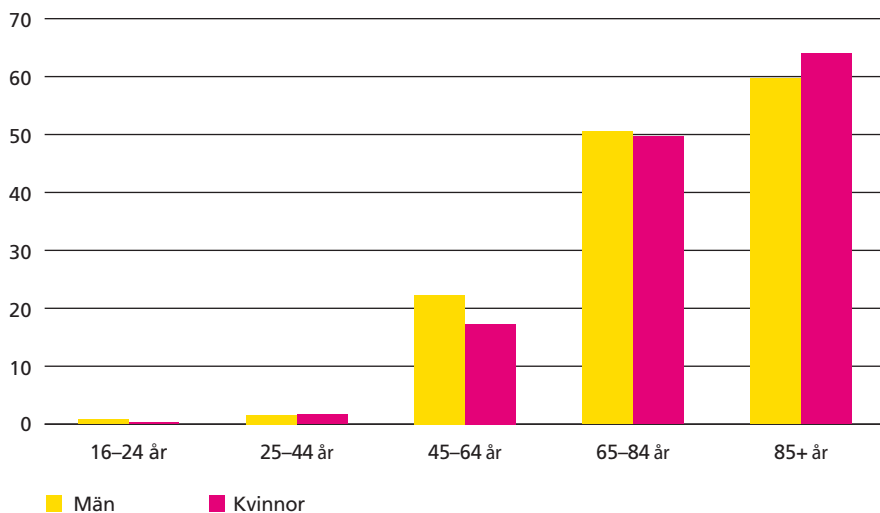
I åldersgruppen 45–64 år uppger omkring 20 procent i SFHE 2014 att de får läkemedelsbehandling mot högt blodtryck, medan motsvarande andel bland de som fyllt 85 år är omkring 60 procent (figur 13.2). Könsskillnaden skiljer sig något mellan dessa åldersgrupper. Bland de yngre rapporterar fler män än kvinnor att de står på blodtrycksbehandling, medan det motsatta gäller i den äldsta åldersgruppen.

Data från landstingets vårddatabas (VAL) visar liknande nivåer. Bland män i åldrarna 25–44, 45–64, 65–84 och 85+ år hade 3 procent, 24 procent, 49 procent respektive 58 procent fått diagnosen hypertoni någon gång under perioden 2008–2012, inom primärvård, öppen specialistvård eller slutenvård. Motsvarande siffror för kvinnor var 3 procent, 23 procent, 51 procent respektive 63 procent.

Resultaten från SFHE 2014 visar att det finns socioekonomiska skillnader när det gäller högt blodtryck, som är tydligare för kvinnor än för män. Förekomsten är högst bland de som enbart har grundskoleutbildning, något lägre i gruppen med gymnasieutbildning och lägst bland personer med universitetsutbildning (figur 13.3). Skillnaderna förklaras delvis av skillnader i rökvanor och BMI.

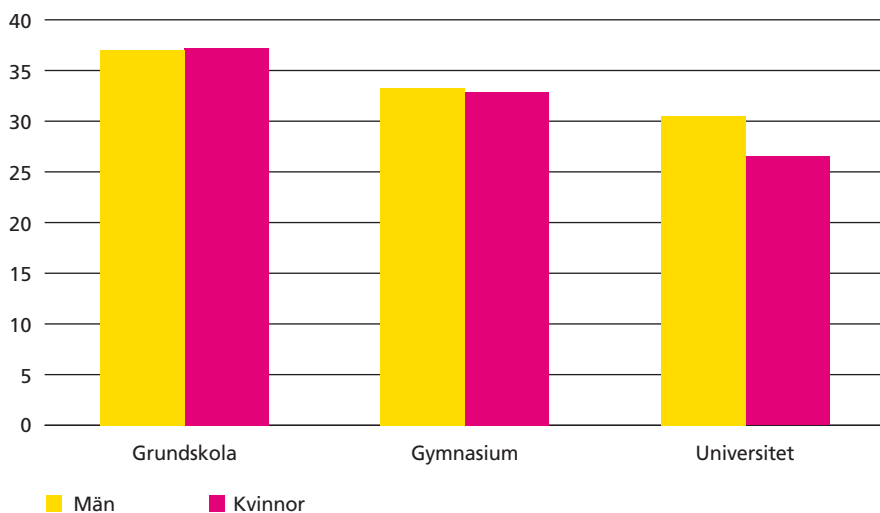


Figur 13.1 Andel (%) som anger att de behandlas för högt blodtryck i åldersgruppen 18–84 år i riket och i Stockholms län 2005/08–2011/14, icke åldersstandardiserade fyraårsmedelvärden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten.



Figur 13.2 Andel (%) som anger att de behandlas för högt blodtryck fördelat på åldersgrupper i Stockholms län.

Källa: SFHE 2014.



Figur 13.3 Andel (%) 45 år eller äldre som anger att de behandlas för högt blodtryck fördelat på utbildningsnivå, åldersjusterade värden.

Källa: SFHE 2014.

Andelen över 45 år som medicinerar mot högt blodtryck varierar med födelseland. Personer födda i Norden utanför Sverige sticker ut med den högsta förekomsten (40 % bland män och 36 % bland kvinnor, åldersjusterat). Den lägsta andelen ser man hos personer födda i Europa utanför Norden (30 % bland män och 31 % bland kvinnor).

Analys och tolkning

Folkhälsoenkäter som SFHE 2014 mäter människors självrapporterade uppgifter om hypertoni som diagnosticerats inom vården och behandlats.

Resultat från screeningundersökningar tyder på att det finns ett stort mörkertal, det vill säga att många i befolkningen har högt blodtryck utan att veta om det. En ökad förekomst i enkätundersökningarna kan därför vara både positiv och negativ: positiv om den beror på att fler som har högt blodtryck diagnosticeras och behandlas, men negativ om det är förekomsten i sig som ökar. Befolkningsstudier, där man mätt blodtrycket, tyder dock på att förekomsten av hypertoni har minskat i Sverige (4–7).

Även storleken på socioekonomiska skillnader är osäker. Skillnaderna kan spegla olika förekomst av högt blodtryck men de kan också bero på att diagnostik och/eller behandling inte är lika vanlig i alla befolkningsgrupper. Detta kan i sin tur bero på skillnader i hur benägen man är att söka vård. Risken för högt blodtryck är högre i lägre socioekonomiska grupper, men personer i högre socioekonomiska grupper söker vård tidigare. Det är alltså möjligt att skillnaderna i högt blodtryck mellan utbildningsgrupperna är större än de som ses här.

Könsfördelningen följer tidigare rapporterade mönster, där högt blodtryck är vanligare hos män upp till 60-årsåldern, och därefter vanligare hos kvinnor. Förekomsten av högt blodtryck ökar med åldern men hjärtkärlförändringar kan ses redan hos barn med förhöjt blodtryck. En ökad risk för senare död i hjärtkärlsjukdom har påvisats hos unga vuxna med hypertoni (8,9). Ur ett folkhälsoperspektiv är detta relevant, inte minst med anledning av den ökande förekomsten av övervikt hos barn och ungdomar, som i sin tur ökar risken för högt blodtryck.

Insatser

Blodtryckssänkande farmakologisk behandling hos patienter med högt blodtryck minskar risken för stroke, hjärtinfarkt och förtida död (1). Grunden i behandlingen utgörs dock av livsstilsförändringar som kan minska behovet av medicinering: Starkast evidens finns för fysisk aktivitet, viktnedgång vid övervikt, minskat saltintag och måttlig konsumtion av alkohol (1). Även små effekter på individnivå kan på sikt ge en betydande minskning av hjärtkärlödligheten, till exempel om saltmängden minskas i livsmedel som konsumeras av en stor del av befolkningen. Risken för utveckling av hypertoni i befolkningen kan också reduceras genom förebyggande insatser som minskar stress i människors vardag samt ger stöd för att förändra levnadsvanorna (10).

Referenser

1. Måttligt förhöjt blodtryck: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. Rapport 170/1.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560-72.
3. Takami T, Saito Y. Effects of smoking cessation on central blood pressure and arterial stiffness. *Vasc Health Risk Manag*. 2011;7:633-8.
4. Ng N, Carlberg B, Weinehall L, Norberg M. Trends of blood pressure levels and management in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2010. *Glob Health Action*. 2012;5. doi: 10.3402/gha.v5i0.18195.
5. Rosengren A, Eriksson H, Hansson PO, Svärsudd K, Wilhelmsen L, Johansson S, et al. Obesity and trends in cardiovascular risk factors over 40 years in Swedish men aged 50. *J Intern Med*. 2009;266:268-76.
6. Johansson S, Wilhelmsen L, Welin C, Eriksson H, Welin L, Rosengren A. Obesity smoking and secular trends in cardiovascular risk factors in middle-aged women: data from population studies in Göteborg from 1980 to 2003. *J Intern Med*. 2010;268:594-603.
7. Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al. National, regional and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5,4 million participants. *Lancet*. 2011;377:568-77.
8. National High Blood Pressure Group 2004. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114:555-76.
9. Sundström J, Neovius M, Tynelius P, Rasmussen F. Association of blood pressure in late adolescence with subsequent mortality: cohort study of Swedish male conscripts. *BMJ*. 2011;342:d643.
10. Campbell NR, Niebylski ML. World Hypertension League Executive. Prevention and control of hypertension: developing a global agenda. *Curr Opin Cardiol*. 2014; 29(4):324-30.



14. Matvanor

Ohälsosamma matvanor förklarar 11 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår. SFHE 2014 visar att kvinnor jämfört med män oftare äter grönsaker, frukt/bär och fisk, och mer sällan söta och feta livsmedel. Personer med längre utbildning äter mer hälsosamt än de med kortare utbildning. Svenskfödda i Stockholms län har överlag bättre kostvanor än invånare födda i andra länder, men samtidigt ett lägre intag av grönsaker och frukt/bär. Det finns en antydning till förbättring av matvanorna sedan 2010. Potentialen för folkhälsovinster genom förbättrade matvanor i Stockholms län är stor.

I Sverige står ohälsosamma matvanor sammantaget för omkring 11 procent av sjukdoms-
bördan. De tre viktigaste kostrelaterade riskfaktorerna i Sverige är högt saltintag och låg
konsumtion av frukt samt grönsaker (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Att
äta den rekommenderade mängden frukt, grönsaker och fisk, samt att begränsa intaget av
salt, energitäta produkter och charkprodukter, skulle på sikt leda till en minskad före-
komst av fetma, diabetes, hjärtkärlsjukdomar, cancer och andra kroniska sjukdomar (1).

I SFHE 2014 mäts matvanorna med frågor som fångar hur ofta man konsumerar att antal
utvalda livsmedel eller en grupp av livsmedel, till exempel grönsaker, frukt, fisk eller läsk.
Det totala kostmönstret har också stor betydelse för hälsan (2) och därför har ett kostin-
dex skapats som är summan av flera livsmedel. En poäng ges för varje livsmedel (eller
grupp av livsmedel) där intaget är i linje med nationella rekommendationer. För grönsaker
eller frukt/bär innebär det sammanlagt minst fem gånger per dag, och för fisk eller skal-
djur till huvudrätt minst två gånger per vecka. Intag av övriga livsmedel ska vara under
vissa gränsvärden. Läsk och saft sötad med socker ska konsumeras högst en gång per
vecka, och choklad och godis eller bullar, kakor och kex med mera, ska konsumeras högst
två gånger per vecka sammanlagt. För korv till huvudrätt är gränsvärdet högst en gång
per vecka. Kostindex för en person kan därmed vara mellan noll och fem poäng, där högre
värden är bättre.

Förekomst och fördelning

Kvinnor följer gällande kostrekommendationer i högre utsträckning än män (tabell 14.1).
Endast 10 procent av kvinnorna och 4 procent av männen äter dock frukt/bär eller grön-
saker 5 gånger per dag eller mer, vilket ungefärligen är vad som krävs för att uppfylla
rekommendationen om 500 gram per dag (tabell 14.1). De allra flesta kvinnor och män
har ett intag under tre gånger per dag (63 respektive 79 %). En knapp majoritet uppger att
de äter fisk eller skaldjur som huvudrätt minst två gånger per vecka. En övervägande
majoritet av både män och kvinnor dricker inte mer läsk eller saft än vad som rekomen-

Tabell 14.1 Andel (%) som sannolikt uppfyller rekommendationerna eller annat riktmärke för valda livsmedel. Män och kvinnor 2010 och 2014, åldersjusterade värden.

	Grönsaker, frukt, bär ¹	Fisk, skaldjur ²	Korv ³	Choklad, godis, bullar, kakor, mm ⁴	Läsk/saft ⁵
2014					
Män	4	52	80	41	72
Kvinnor	10	55	86	35	83
2010					
Män	4	47	81	42	66
Kvinnor	11	51	86	38	80

Källa: SFHE 2010 och 2014.

¹ 5 ggr per dag eller mer. ² 2 ggr per vecka eller mer. ³ Högst 1 gång per vecka. ⁴ Högst 2 ggr per vecka. ⁵ Högst 1 gång per vecka

deras, men 4 procent av kvinnorna och 6 procent av männen dricker läsk och/eller saft minst en gång per dag. Choklad och godis konsumeras minst en gång per dag av 9 procent av kvinnorna och 7 procent av männen. Här uppnår mellan 35 procent (kvinnor) och 40 procent (män) rekommendationen om intag högst två gånger i veckan.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten som använder identiska frågor konsumerar 12 procent bland kvinnor och 6 procent bland män i Sverige frukt/bär och grönsaker enligt rekommendationen (2011–2014 sammanslaget) (3). Nivåerna för Stockholms län i den nationella folkhälsoenkäten 2011–2014 är högre än i SFHE 2014 (14 % bland kvinnor och 7 % bland män). Den enda skillnaden mellan frågorna är att de i SFHE 2014 är inbakade i en matris medan de i den nationella folkhälsoenkäten ställs som två frågor med svarsalternativen listade lodrätt. Möjligen kan detta ha påverkat svarsmönstret.

Bland kvinnor är det vanligare än bland män att man äter frukt och grönsaker enligt rekommendationen. Andelen bland yngre är generellt högre än bland äldre. Äldre kvinnor och män äter dock fisk oftare än yngre. I gruppen 45–64 år är det vanligare att man äter bakverk och choklad/godis mer än två gånger i veckan än bland både yngre och äldre. Mönstret är liknande för män och kvinnor. Yngre män (16–24 år) dricker läsk eller saft oftare än övriga grupper; enbart 42 procent klarar rekommendationen jämfört med 63–91 procent i andra grupper.

Andelen som uppnår rekommendationen för frukt och grönsaker är något högre bland kvinnor med universitetsutbildning än för övriga kvinnor (tabell 14.2). Motsvarande skillnader finns inte bland män. Universitetsutbildade konsumerar mer fisk men även mer bakverk och godis/choklad än män och kvinnor med enbart grundskola. Färre universitetsutbildade män och kvinnor konsumerar dock läsk/saft mer än en gång per vecka.

Tabell 14.2 Andel (%) som sannolikt uppfyller rekommendationerna eller annat riktmärke för valda livsmedel. Män och kvinnor efter utbildningsnivå, åldersjusterade värden.

	Grönsaker, frukt, bär¹	Fisk, skaldjur²	Korv³	Choklad, godis, bullar, kakor, mm⁴	Läsk/soft⁵
Män					
Grundskola	5	48	78	46	65
Gymnasium	3	46	80	43	69
Universitet	5	59	81	36	79
Kvinnor					
Grundskola	9	51	83	42	78
Gymnasium	9	52	84	36	81
Universitet	11	61	88	32	89

Källa: SFHE 2014.

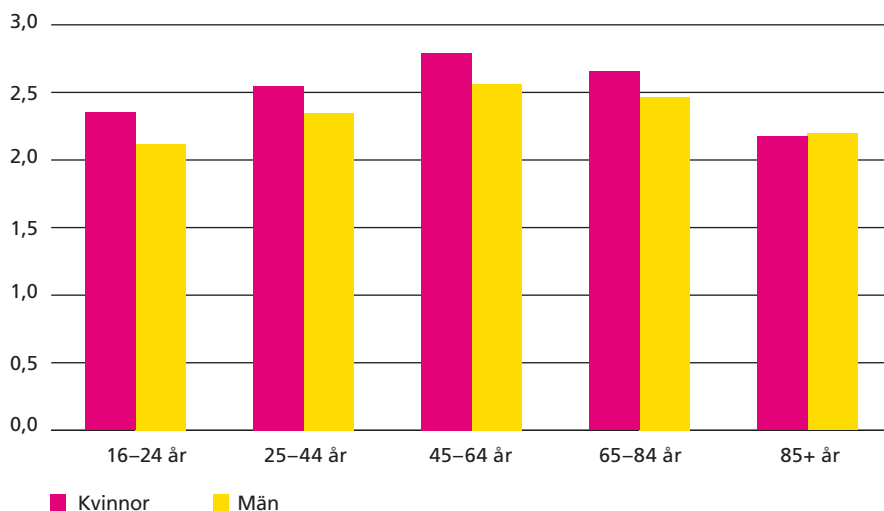
¹ 5 ggr per dag eller mer. ² 2 ggr per vecka eller mer. ³ Högst 1 gång per vecka. ⁴ Högst 2 ggr per vecka. ⁵ Högst 1 gång per vecka

Kvinnor och män födda i Sverige eller i ett annat nordiskt land uppnår mer sällan rekommendationen för frukt och grönsaker än personer födda i länder utanför Norden. Kvinnor födda i Sverige eller i ett annat nordiskt land uppnår rekommendationen för fisk oftare än personer med annat födelseland. Ungefär hälften av män och kvinnor födda utanför Europa konsumerar bakverk och godis/choklad högst två gånger per vecka medan män och kvinnor födda i Europa äter dessa livsmedel oftare.

Värdet på det sammanlagda kostindexet är högre för kvinnor än för män (2,63 jämfört med 2,44). Även om förändringarna är små har värdena förbättrats sedan 2010 för båda könen. Både de yngsta och de äldsta har en lägre kostpoäng än individer i övriga åldersgrupper (figur 14.1). Kvinnor och män med universitetsutbildning har högre kostpoäng än de med kortare utbildning. Medelpoängen är högst för svenskfödda.

Analys och tolkning

I SFHE saknas frågor om mängder. När det gäller grönsaker och frukt är rådande praxis att en vanlig portion motsvarar 100 gram. Om vi antar att endast hela portioner rapporteras kan svaret räknas om till gram per dag och därmed kan intaget jämföras med rekommendationen (500 g/dag). Det finns dock en risk att detta överskattar portionsstorleken och intaget och därmed också andelen som uppnår rekommendationen. Data som är självrapporterade tenderar dessutom att ge en mer positiv bild av matvanorna än vad som är sant. Det finns en välkänd risk för underrapportering av söta och feta livsmedel. Den relativt låga svarsfrekvensen gör det även svårt att jämföra resultat från 2014 med 2010.



Figur 14.1 Kostpoäng i olika ålderskategorier.

Källa: SFHE 2014.

Insatser

Många olika insatser för att förbättra befolkningens matvanor kommer att behövas. Det finns stark evidens för att kvalificerat rådgivande samtal för vuxna inom hälso- och sjukvården kan öka frukt- och grönsakskonsumtionen (4). Sådan rådgivning kan också minska fettintaget enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. För att minska social ojämlikhet i hälsa behövs dock insatser på strukturell nivå, som ekonomiska styrmedel eller begränsningar i marknadsföring av ohälsosamma livsmedel (5). Balansen mellan individens och samhällets ansvar för att förbättra matvanor och minska övervikt och fetma diskuteras världen över (6). Mer resurser bör läggas på epidemiologisk bevakning av kostvanor med mer detaljerade och objektiva mätmetoder, samt på att utveckla och genomföra effektiva åtgärder (7). Stockholms läns landstings handlingsprogram mot övervikt och fetma 2016–2020 innehåller en översikt över evidensbaserade insatser för att förbättra matvanor och öka fysisk aktivitet inom olika samhällsarenor (8).

Referenser

1. Nordiska näringsrekommendationer 2012 – Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet; 2012.
2. Wirfalt E, Drake I, Wallstrom P. What do review papers conclude about food and dietary patterns? *Food Nutr Res.* 2013; 57.doi: 10.3402/fnr.v57i0.20523.
3. Folkhälsodata. Indikatorer efter folkhälsopolitikens 11 målområden. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Tillgänglig på: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/?rxid=7c112f70-3a66-4146-b153-263a19851e99
4. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, et al. Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health.* 2015; 15(1):457.
6. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet.* 2015 Jun 13;385(9985):2400-9.
7. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet.* 2011;378(9793):838-47.
8. Så kan vi vända trenden. Handlingsprogram övervikt och fetma 2016-2020. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2015.



15. Övervikt och fetma

Fetma är ett globalt folkhälsoproblem som leder till ökad risk för typ 2-diabetes, hjärtkärlsjukdomar, vissa cancerformer och förlorade levnadsår. Tillståndet innebär dessutom ofta stigmatisering och låg självkänsla. År 2014 är förekomsten av övervikt exklusive fetma 40 procent bland män och 25 procent bland kvinnor i Stockholms län. Förekomsten av fetma är 11 procent bland män och 10 procent bland kvinnor. Dessa nivåer är i stort sett oförändrade sedan SFHE 2010.

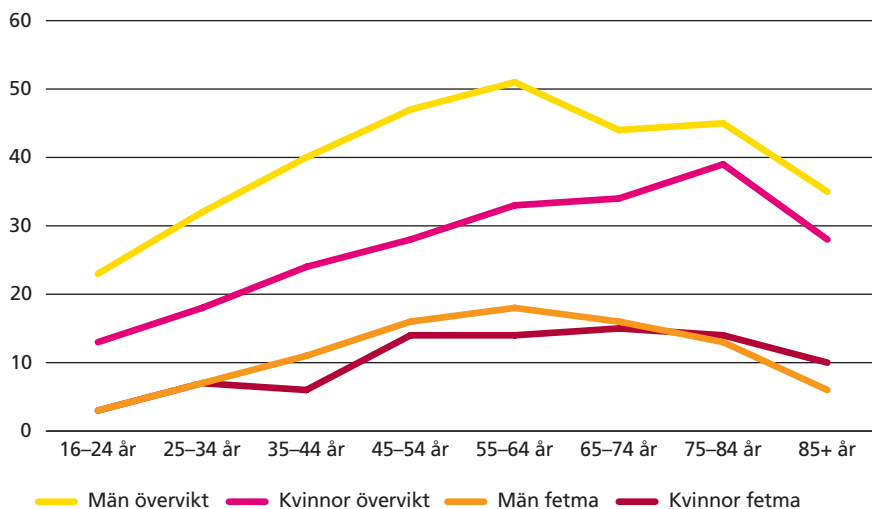
Internationellt och i Sverige är fetma en viktig bidragande orsak till förtida död och förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs). Analyser av stora internationella datakällor från år 2000 och 2013 visar att högt kroppsmasseindex (BMI) fått en växande betydelse under perioden. År 2013 ligger högt BMI som riskfaktor bakom 9,0 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (1) (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Det finns ett tydligt samband mellan fetma och typ 2-diabetes, och ett visst samband med lever- och njursjukdomar, hjärtkärlsjukdomar samt vissa cancerformer (2). Människor med fetma har också nedsatt livskvalitet och hälsoproblemet resulterar i stora samhällskostnader.

Kroppsmasseindex (BMI) är ett vanligt mått på viktstatus. BMI beräknas som kroppsvikten (kg) dividerat med längden (m) i kvadrat. Följande indelning används över hela världen för vuxna personer: undervikt ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$), normalvikt ($18,5 \leq BMI < 25 \text{ kg/m}^2$), övervikt ($25 \leq BMI < 30 \text{ kg/m}^2$) och fetma ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (3). Resultaten redovisas separat för kategorierna övervikt, fetma och övervikt inklusive fetma.

Förekomst och fördelning

Förekomsten av övervikt och fetma varierar stort mellan olika länder. Prevalensen år 2014 var 67 procent i USA, 63 procent i England och 34 procent i Kina (4). I Stockholms län är andelen individer med övervikt 40 procent bland män och 25 procent bland kvinnor enligt SFHE 2014. Andelen med fetma är 11 procent bland män och 10 procent bland kvinnor. Dessa uppgifter stämmer väl med resultaten för Stockholms län i den nationella folkhälsoenkäten (5).

Bland män är övervikt vanligast i åldersgruppen 55–64 år (51 %) medan förekomsten bland kvinnor är högst i åldersgruppen 75–84 år (39 %) (figur 15.1). Bland män syns ett liknande ålderssamband för fetma som för övervikt. För kvinnor är förekomsten däremot ganska konstant mellan 45–54 och 75–84 års ålder. Andelen med fetma i åldersgruppen 55–64 år är 18 procent bland män och 14 procent bland kvinnor.



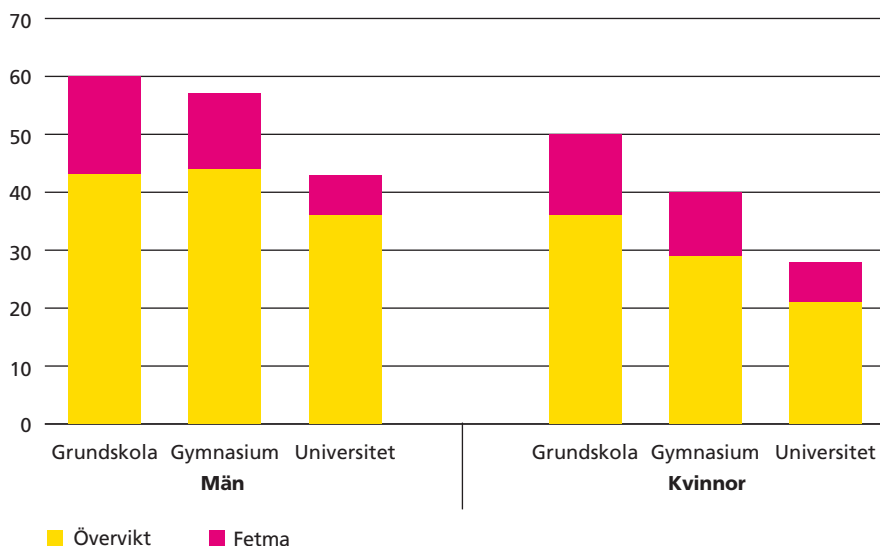
Figur 15.1 Andel (%) män och kvinnor med övervikt respektive fetma efter åldersgrupp.
Källa: SFHE 2014.

Vid en jämförelse mellan 2010 och 2014 ser man en tydlig minskning i förekomsten av fetma, från 5 procent till 3 procent för både kvinnor och män i åldrarna 18–24 år. För övriga grupper, liksom totalt, är dock huvudbudskapet att förekomsten av övervikt och fetma i Stockholms län inte skiljer sig mellan 2010 och 2014 (6).

Förekomsten av övervikt och fetma är högst i lägre socioekonomiska grupper. Enligt SFHE 2014 är andelen män med fetma dubbelt så hög bland ej facklärdade arbetare som bland högre tjänstemän (visas ej). Bland kvinnor ser man också påtagliga skillnader mellan socioekonomiska grupper, både när det gäller övervikt och fetma. Skillnader finns även i relation till utbildningsnivå (figur 15.2). Män med grundskoleutbildning har högst andel med övervikt och fetma (60 %), medan män med universitetsutbildning har lägst andel (43 %). Liknade mönster finns för kvinnor. Både män (17 %) och kvinnor (14 %) med grundskoleutbildning har dubbelt så hög förekomst av fetma som de med universitetsutbildning (7 %), för både män och kvinnor). Skillnaderna i förekomst av fetma mellan personer med olika utbildningsnivå är lika stora 2014 som 2010.

Män födda i Sverige har en lägre förekomst av övervikt inklusive fetma (49 %) än män födda i ett annat nordiskt land (56 %), Europa utanför Norden (57 %) eller utanför Europa (59 %). Kvinnor födda i Sverige har på liknande sätt lägre förekomst av övervikt inklusive fetma (33 %) än kvinnor födda i ett annat nordiskt land (41 %), Europa utanför Norden (38 %), eller utanför Europa (42 %).

Ett sätt att beskriva dynamiken i förekomst av övervikt och fetma bland vuxna i Stockholms län är att undersöka stabilitet och förändring i BMI-kategorier mellan år 2010 och 2014. Detta undersöktes bland 14 600 män och 20 000 kvinnor i Stockholms



Figur 15.2 Andel (%) män och kvinnor med övervikt eller fetma efter utbildningsnivå 2014. Åldersjusterade värden.
Källa: SFHE 2014.

läns folkhälsokohort. Resultaten visar att en övervägande majoritet tillhörde samma kategori både 2010 och 2014. Bland män med normalvikt hade 85 procent fortfarande normalvikt 2014, medan 15 procent hade gått upp i vikt. Bland kvinnor med normalvikt 2010 var 88 procent viktstabla och 12 procent hade blivit överviktiga eller feta. Sammantaget gick 10 procent upp till övervikt eller fetma och 10 procent ner till övervikt eller normalvikt.

Analys och tolkning

Uppgifterna om BMI är självrapporterade i SFHE, vilket är en svaghet. Uppgifter om vikt underskattas ofta av feta personer och uppgifter om längd kan överskattas. Även om andelen personer med övervikt och fetma generellt inte har ökat i Stockholms län mellan 2010 och 2014, finns det betydande sociala skillnader som är stabila mellan 2010 och 2014. Det är också ett observandum att förekomsten av fetma minskade tydligt bland kvinnor och män i åldrarna 18–24 år. Förändringarna är dock osäkra på grund av att få unga svarat på enkäten.

Ovanstående analyser om viktstabilitet visar att det är en relativt liten andel av personer med övervikt eller fetma som klarar av att gå ner i vikt, samt att andelen personer som går upp i BMI-kategori motsvarar andelen som går ner i BMI-kategori. Det är därför viktigt att förebygga utvecklingen av övervikt och fetma i befolkningen.

Insatser

Övervikt och fetma är komplexa tillstånd där strukturella faktorer har störst betydelse. Viktminskning i befolkningen kan inte åstadkommas enbart genom ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Det krävs också att intaget av energitäta och söta livsmedel minskar. Det är nödvändigt att påverka samhällsfaktorer, genom exempelvis lagstiftning, stadsplanering och policyer som främjar hälsosamma matvanor och måltider. Internationellt diskuteras system för att kunna utkräva ansvar inom olika samhällssektorer, framför allt myndigheter och livsmedelsindustri, som ett sätt att minska folkhälsoproblemet (7).

Det finns också goda skäl att stärka det förebyggande arbetet på individnivå genom att utvärdera effekten av nya åtgärder på ohälsosamma matvanor och stillasittande. Det finns betydande social ojämlikhet i övervikt och fetma inom länet, och få förebyggande åtgärder med fokus på matvanor, fysisk aktivitet och BMI har utvärderats för människor med kort utbildning eller födelseland utanför Norden. Övervikt och fetma är lättast att förebygga tidigt i barndomen, varför BVC, mödrahälsovård, förskola och skola är naturliga arenor (8).

Referenser

1. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Sep 10. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2.
2. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009 Mar 28;373(9669):1083-96.
3. WHO. BMI classification. Tillgänglig på: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
4. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766-81.
5. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma. Tillgänglig på: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
6. Kark M, Tynelius P, Rasmussen F. Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv: Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting; 2010.
7. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet*. 2015;385(9986):2534-45.
8. Regionalt vårdprogram för hälsofrämjande levnadsvanor. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2015. RV 2015:01.



16. Tobaksbruk

I Stockholms län fortsätter den nedåtgående trenden för rökning bland både vuxna, ungdomar och gravida. Samtliga indikatorer för tobaksbruk är mer gynnsamma i länet än för rikets befolkning i genomsnitt. Trots den positiva utvecklingen i samtliga grupper finns de sociala skillnaderna kvar och ökar till och med. Det gäller framför allt daglig rökning och beror på en snabbare minskning bland personer med längre utbildning. För män med enbart grundskola är minskningen mycket svag och de röker numera mer än kvinnor med samma utbildningsnivå. Bland män röker alla grupper födda utanför Sverige betydligt mer än svenskfödda. Bland kvinnor röker de födda i Europa utanför Norden mest.

År 2013 står tobaksrökning för 5,9 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår i världen och 7,6 procent i Sverige, enligt det globala sjukdomsburdeprojektet. Lungcancer står för 5,6 procent av all förtida död och dess betydelse har ökat gradvis sedan projektet startade 1990, då den stod för 3,5 procent (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Rökning medför en förhöjd risk för mer än 40 sjukdomar (1). Tobaksrökning påverkar flera fysiologiska processer i kroppen, bland annat inflammation, kolhydratomsättning och blodets koagulering. Jämfört med icke rökare har tobaksrökare mellan 4 och 17 gånger förhöjd risk att insjukna i lungcancer, beroende på typ av lungcancer, 2 till 3 gånger förhöjd risk att utveckla KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och 4 till 5 gånger förhöjd risk för hjärtinfarkt (2–4). Rökning ökar måttligt men signifikant risken för cancer i andra organ än andningsorganen, såsom levercancer och tjocktarmscancer (1). Fortsatt rökning försämrar också förloppet av många sjukdomar (5).

Hälsokonsekvenserna av snus är däremot ofullständigt kartlagda. Befintliga studier tyder på ett visst samband med cancer i bukspottskörteln och matstruben samt ett svagt samband med dödlighet efter hjärtinfarkt (6). Snusbruk under graviditet har associerats till låg födelsevikt, för tidig födsel och dödföddhet (6).

Förekomst och fördelning

Daglig cigarettökning har minskat kontinuerligt i Sverige sedan åtminstone 50 år tillbaka, med en nedåtgående trend tidigare bland män än bland kvinnor. Enligt den nationella folkhälsoenkäten 2014 röker män och kvinnor i samma utsträckning (cirka 11 %). Däremot har snusbruket alltid varit mer utbrett bland män. Mellan 22 procent (år 2004) och 18 procent (år 2014) av männen snusar dagligen enligt den nationella folkhälsoenkäten, medan dagligt snusande bland kvinnor aldrig har överstigit 4 procent av den vuxna befolkningen.

Tabell 16.1 Andel (%) daglig rökning, snusbruk och blandat bruk i olika åldersgrupper.

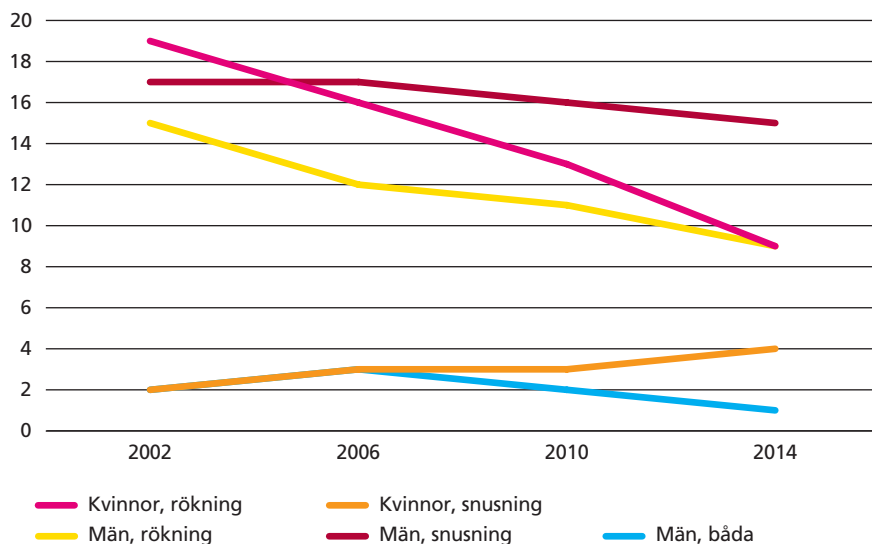
Män	16–24 år	25–44 år	45–64 år	65–84 år	85+ år
Rökning	9	7	10	8	5
Snusning	11	17	15	8	2
Båda	0,6	1	2	1	0
Kvinnor	16–24 år	25–44 år	45–64 år	65–84 år	85+ år
Rökning	10	7	12	9	2
Snusning	2	4	4	2	0
Båda	0,5	0	0	0	0

Källa: SFHE 2014.

Tobaksbruket i Stockholms län följer samma mönster som i riket. År 2014 rökte 9 procent av kvinnorna och 10 procent av männen dagligen, medan 4 procent respektive 15 procent snusade dagligen. Tabell 16.1 visar andelen som uppger dagligt tobaksbruk i SFHE 2014, indelat efter kön, åldersgrupp och typ av tobak, det vill säga om man enbart röker, enbart snusar eller har ett dagligt bruk av både cigaretter och snus. Trenden över tid visas i figur 16.1.

Att tobaksbruket har minskat konstant är tydligt, mest beroende på en kraftig minskning av andelen dagligrökare. Denna minskning berör samtliga åldersgrupper (visas ej). Rökning är fortfarande det dominerande tobaksbruket bland kvinnor, medan snus utgör minst hälften av dagligt tobaksbruk bland män. Blandat bruk av snus och cigaretter förekommer sällan dagligt, och i princip bara bland män. Det finns dock skäl att uppmärksamma detta blandbruk, eftersom det har förknippats med andra riskabla levnadsvanor, på liknande sätt eller ännu starkare än för rökning (7).

I tabell 16.2 visas andelen rökare och snusbrukare indelade efter kön och utbildning. Trots stora kvarstående skillnader har daglig rökning kontinuerligt minskat även bland personer med kort utbildning. För män med grundskola är dock minskningen mycket svag och nivåerna har inte förändrats mellan 2010 och 2014. Dessa män röker år 2014 mer än kvinnor i samma grupp. Snusbruket har ökat men är fortsatt lågt för kvinnor, och har minskat något bland män i alla grupper. Det finns också skillnader mellan personer med olika födelseland. Bland män röker alla grupper födda utanför Sverige betydligt mer än svenskfödda (16–19 % mot 7 %), medan snusning är överlägset vanligast bland svenskfödda och födda i Norden (19 % respektive 16 %), även om det också förekommer bland övriga (7–8 % utanför Norden). Bland kvinnor röker födda i Europa utanför Norden mest (17 %), medan svenskfödda och personer födda utanför Europa röker minst (8–9 %). Snusning är ovanligt oavsett födelseland. Resultaten är åldersstandardiserade, vilket innebär att skillnaderna inte kan bero på olika åldersfördelning i grupperna.



Figur 16.1 Andel (%) daglig rökning, snusbruk och blandat bruk i Stockholms län över tid, åldersstandardiserade värden.

Källa: SFHE.

Tabell 16.2 Andel (%) daglig rökning och snusning uppdelat efter kön och utbildning, åldersstandardiserade värden.

	2002		2006		2010		2014	
Kvinnor	Rökning	Snusning	Rökning	Snusning	Rökning	Snusning	Rökning	Snusning
Grundskola	27	2	26	3	20	3	17	4
Gymnasium	23	4	21	5	17	4	13	5
Universitet	11	3	9	3	7	3	5	4
Män	Rökning	Snusning	Rökning	Snusning	Rökning	Snusning	Rökning	Snusning
Grundskola	24	22	23	22	21	18	21	18
Gymnasium	17	24	16	24	15	22	10	20
Universitet	11	15	9	16	7	14	6	13

Källa: SFHE.

Andelen dagligrökare under tidig graviditet år 2013 var i Stockholms län knappt 4 procent, under rikets medelvärde (knappt 6 %) och det lägsta regionala värdet (8). De sociala skillnaderna är påtagliga. År 2013 rökte 16 procent av blivande mammor med grundskoleutbildning jämfört med drygt 1 procent av de med universitetsutbildning och 8 procent av de med gymnasieutbildning. Uppgifter på kommunal nivå belyser dessa sociala

skillnader. Ett exempel är att rökning under tidig graviditet är 10 gånger så vanligt i Nynäshamn och Södertälje jämfört med Danderyd (8).

Länstäckande data om ungdomars tobaksbruk finns inte på samma sätt som för vuxna. Den enda källan är Stockholmsenkäten, ursprungligen framtagen av Stockholms stad men som många av de övriga kommunerna i länet så småningom också har valt att genomföra. Enkäten besvaras av ungdomar i årskurs 9 och i årskurs 2 i gymnasiet. Jämförelser mellan åren bör tolkas med försiktighet eftersom urvalet av kommuner inte är detsamma. Att särskilt rökning minskat bland elever i årskurs 9 sedan 2010 är dock tydligt. Mellan 2010 och 2014 har andelen rökare bland pojkar minskat med omkring 40 procent och bland flickor med 30 procent. Bland äldre tonåringar i gymnasiets årskurs 2 är minskningen 10 procent bland pojkar och 20 procent bland flickor. Bland pojkar minskar också snusbruket (<http://www.stockholm.se/stockholmsenkaten>).

Analys och tolkning

Rökningen minskar i Stockholms län utan att bruket av andra typer av tobak, framför allt snus, ser ut att öka. Den nedåtgående trenden är dock mer uttalad bland välutbildade och höginkomsttagare, vilket bidrar till att öka de sociala skillnaderna.

Att utveckla universella och indikerade preventionsprogram som har en större chans att nå personer med låg socioekonomisk position och påverka deras tobaksvanor bör vara en prioriterad åtgärd.

Insatser

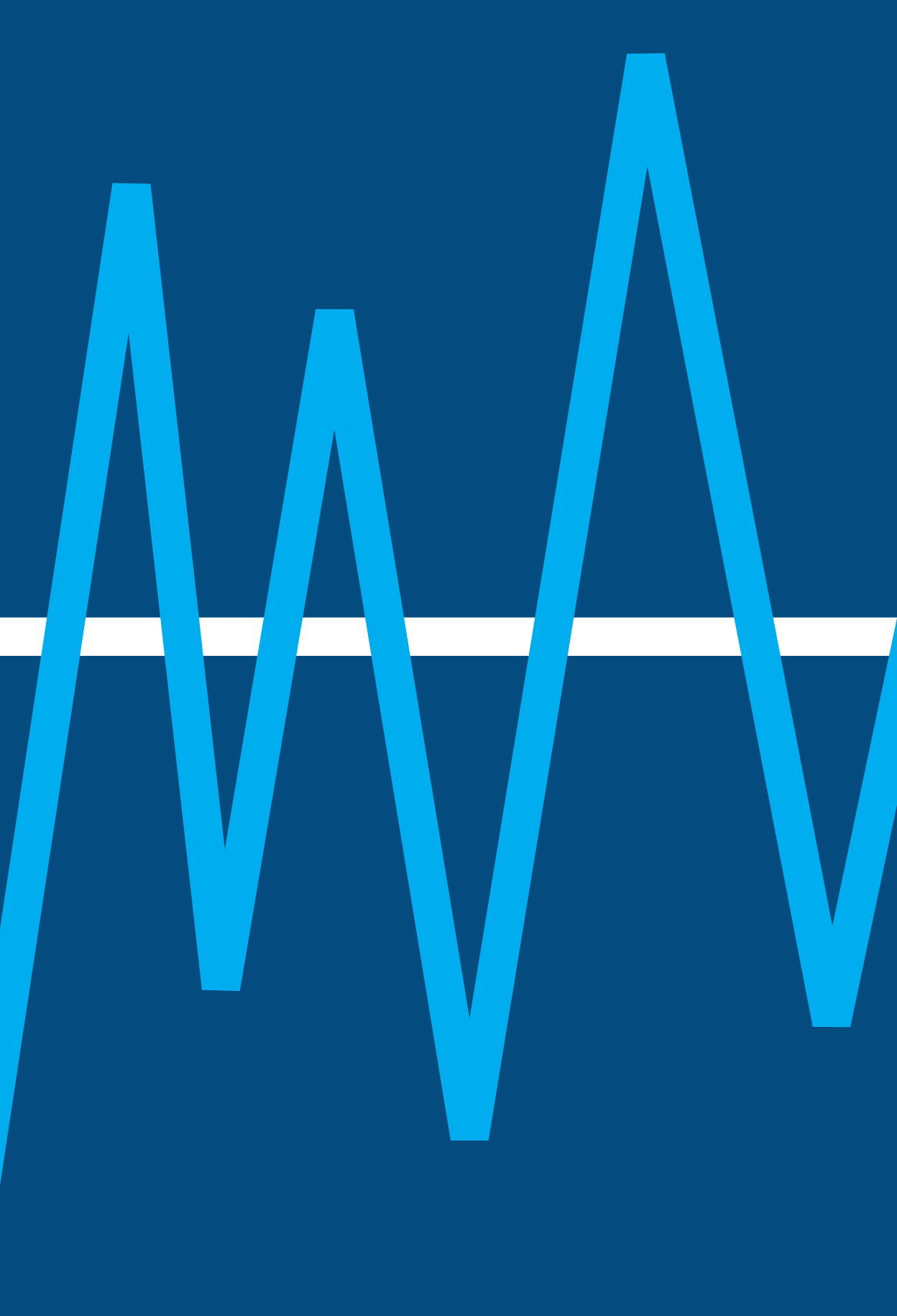
Miljöbaserad prevention är åtgärder som påverkar individernas beteende indirekt, genom att först och främst förändra den strukturella eller organisatoriska miljön där individerna gör sina val. Ofta införs dessa insatser som en del av lokala eller nationella riktlinjer eller lagstiftning. Det finns lovande eller stark evidens för att vissa miljöbaserade insatser påverkar rökvanorna i en befolkning, i synnerhet prisökning av cigaretter och rökförbud på allmänna platser (9).

Åtgärder för rökavvänjning bland vuxna, som enkel rådgivning i vården (10), professionell rökavvänjning (11), telefonrådgivning (12) samt farmakologisk behandling (13) är bland de mest studerade och mest effektiva åtgärderna inom individbaserad prevention. Däremot är många universella insatser inte särskilt effektiva för att förhindra rökdebut eller främja ett rökstopp, som till exempel mediakampanjer (9) eller skolundervisning (14). Dessa bör alltså kompletteras med kraftiga miljöbaserade åtgärder.

Det finns också indikationer på att de flesta åtgärder, med undantag för prishöjning, inte är lika effektiva bland de med låg socioekonomisk position. Skillnaden består av en större risk för återfall bland rökare i dessa grupper i jämförelse med rökare med högre socioekonomisk position (15).

Referenser

1. The Health Consequences of Smoking – 50 years of progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
2. Lee PN, Forey BA, Coombs K J. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. *BMC Cancer*. 2012;12:385.
3. Forey BA, Thornton AJ, Lee PN. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulm Med*. 2011 Jun 14; 11:36.
4. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
5. Wu J, Sin DD. Improved patient outcome with smoking cessation: when is it too late? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6:259-67.
6. Helseerisiko ved bruk av snus. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt;2014.
7. Engstrom K, Magnusson C, Galanti MR. Socio-demographic, lifestyle and health characteristics among snus users and dual tobacco users in Stockholm County, Sweden. *BMC Public Health*. 2010;10:619.
8. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2013. Assisterad befruktning, 1991-2012. Stockholm: Socialstyrelsen;2014.
9. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*. 2015;15:744.
10. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;5:CD000165.
11. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD001007.
12. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 12;8:CD002850.
13. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;5:CD009329.
14. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;4:CD001293.
15. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control*. 2009;18(1):43-6.



17. Högt blodsocker

Diabetes karaktäriseras av kroniskt förhöjda blodsockernivåer. Typ 2-diabetes är den absolut vanligaste formen av diabetes, vars förstadium prediabetes innebär att blodsockret är förhöjt men ännu inte når upp till de nivåer som krävs för diabetesdiagnos. Riskfaktorer är bland annat ålder, ärftlighet, övervikt, bristande fysisk aktivitet, tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor och stress. Vid prediabetes är risken för typ 2-diabetes tydligt förhöjd, men möjlig att påverka genom ändrade levnadsvanor. Globalt sett har förekomsten av högt blodsocker ökat kraftigt under de senaste decennierna. I Sverige är bilden inte lika entydig, men nyare studier pekar på ökad förekomst av prediabetes och diabetes även här.

Högt blodsocker kategoriseras som prediabetes eller diabetes (typ 1 som främst drabbar barn och ungdomar och typ 2 som är den absolut vanligast formen och framför allt drabbar äldre personer, se avsnitt 10). Vid prediabetes är blodsockervärdena högre än gränsvärdena för normalt blodsocker, utan att nå upp till nivåerna vid diabetes. Prediabetes definieras som nedsatt glukostolerans (IGT, impaired glucose tolerance), förhöjt faste-glukos (IFG, impaired fasting glucose) eller IFG+IGT (en kombination av båda). Vid IGT är blodsockervärdet förhöjt efter glukosbelastning, medan fasteblodsockret är förhöjt vid IFG. Den kliniska betydelsen av dessa skillnader är oklar. Båda tillstånden innebär risk att utveckla typ 2-diabetes och ökar även risken för hjärtkärlsjukdom (1).

Bland riskfaktorer för prediabetes och typ 2-diabetes återfinns ålder, ärftlighet, tidigare graviditetsdiabetes, övervikt, bristande fysisk aktivitet, tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor och stress (2,3).

Prediabetes innebär en mycket kraftigt ökad risk att insjukna i typ 2-diabetes. I en sammanställning av forskningsstudier konstaterades att risken för personer med IGT var 5,5 gånger högre än för personer med normalt blodsocker, medan motsvarande riskökningar var 7,5 för IFG och 12,1 för IGT+IGF. Mellan 5 och 10 procent av alla med prediabetes får diagnosen diabetes årligen (4). Diabetes medför i sin tur en ökad risk för hjärtkärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke (5), samt skador i njurar, ögon och nerver. Diabetes verkar också vara associerat med en ökad förekomst av vissa cancerformer (6). Studier pekar på att risken för diabeteskomplikationer ökar redan vid prediabetes (1).

Enligt data för 2013 ligger högt blodsocker bakom 6,1 procent av den förtida dödligheten och 4,6 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs) i Sverige (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Tabell 17.1 Andel (%) män och kvinnor med prediabetes/diabetes i Världshälsoorganisationens MONICA-studie i Norrbotten och Västerbotten, fördelat på åldersgrupp (8).

Ålder	MONICA 1986		MONICA 1990		MONICA 1994	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
30–39	6/5	10/3	5/2	5/3	5/2	5/1
40–49	10/3	9/3	19/3	7/3	8/5	9/4
50–59	9/8	15/4	14/8	14/6	24/5	11/6
60–64	9/20	14/15	13/14	26/11	–	–
60–69	–	–	–	–	17/14	17/14
70–74	–	–	–	–	19/17	36/13

Förekomst och fördelning

Förekomsten av typ 2-diabetes i Sverige har i olika studier legat mellan 2,5 och 4,5 procent. Man räknar med att en tredjedel av alla personer med typ 2-diabetes är odiagnosticerade (7). I SFHE 2014 uppger 5 procent av de svarande att de fått diagnosen diabetes, vilket är oförändrat jämfört med 2010 (för mer information om förekomsten av diabetes se avsnitt 10).

Eftersom det saknas frågor om högt blodsocker i folkhälsoenkäterna och även tillförlitliga uppgifter i register, bygger skattningarna av förekomsten av prediabetes på data från vetenskapliga studier. I tabell 17.1 anges förekomsten av prediabetes respektive diabetes hos kvinnor och män som deltagit i Världshälsoorganisationens MONICA studier i Norrbotten och Västerbotten (8). Förekomsten varierar i de olika delstudierna, men det är tydligt att det utöver personer med diabetes finns många, framför allt äldre, som har förhöjt blodsocker och därmed ökad risk att drabbas av diabeteskomplikationer.

Ärftlighet är en tydlig riskfaktor för diabetes. Baslinjeundersökningen av Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) 1994 omfattade omkring 8000 personer i åldrarna 35–55 år utan känd diabetes. Bland dem som helt saknade diabetes i släkten hade 94 procent av männen och 96 procent av kvinnorna normal glukostolerans, det vill säga varken diabetes eller prediabetes. Motsvarande andelar bland personer med ärftlighet för diabetes (vilket definierades som minst en förstegradssläkting eller två andregradssläktingar med sjukdomen) var 88 procent (män) och 93 procent (kvinnor) (tabell 17.2) (9).

Vid en uppföljningsstudie cirka tio år senare hade andelen med normal glukostolerans sjunkit till 86 procent bland män och 95 procent bland kvinnor utan diabetes i släkten och

Tabell 17.2 Andel (%) män och kvinnor 35–55 år i baslinjeundersökningen av SDPP med normal glukostolerans, prediabetes respektive typ 2-diabetes uppdelat på ärftlighet för diabetes (9).

	Män		Kvinnor	
	Ärftlighet för diabetes	Ingen ärftlighet för diabetes	Ärftlighet för diabetes	Ingen ärftlighet för diabetes
Normal glukostolerans	88	94	93	96
Prediabetes	9	5	6	3
Nyupptäckt typ 2-diabetes	3	1	2	1

76 procent bland män och 87 procent bland kvinnor med ärftlighet för sjukdomen. Såväl förekomsten av prediabetes som diabetes hade ökat hos båda könen (egna analyser).

Risken för diabetes är också tydligt kopplad till övervikt och fetma, men trots att förekomsten av övervikt/fetma ökat, har ett flertal studier inte kunnat påvisa en ökad förekomst av diabetes i Sverige. Data från MONICA-studien i Norrbotten och Västerbotten 1990–2009 visar dock att glukosnivåerna under gränsvärdena för diabetes har stigit bland 25–64 åringar. Förekomsten av IGT fördubblades under tidsperioden till 15 procent hos kvinnor och tredubblades till 10 procent hos män. IFG steg också från 5 till 8 procent hos kvinnor. Förekomsten av diabetes var oförändrad, drygt 6 procent. Blodsockernivåerna steg generellt, inte bara hos högriskindivider (10). En nyligen publicerad studie av diabetesförekomsten i Stockholms län pekar på en ökning av både andelen av befolkningen som insjuknar i typ 2-diabetes och andelen som har sjukdomen mellan 1990 och 2010 (11).

Analys och tolkning

När det gäller förekomsten av prediabetes råder brist på data på befolkningsnivå och därför bygger skattningarna på forskningsstudier.

Förekomsten av prediabetes ökar med åldern och vid ärftlighet för typ 2-diabetes. Eftersom risken för högt blodsocker ökar vid övervikt och övervikten ökar i samhället är det troligt att andelen personer med prediabetes kommer att stiga. Prediabetes medför i sin tur en kraftigt ökad risk att insjukna i typ 2-diabetes, som kan minskas genom livsstilsförändringar. Det finns dock ett stort mörkertal av personer som inte vet att de har högt blodsocker.

Insatser

Primärpreventiva insatser för att minska förekomsten av diabetes grundar sig på livsstilsförändringar i riktning mot hälsosamma kostvanor, regelbunden fysisk aktivitet, rökstopp och viktkontroll. Åtgärder för att minska insjuknandet i typ 2-diabetes hos personer med prediabetes kan skjuta fram eller förhindra sjukdomsdebuten, visar en sammanställning av flera forskningsstudier. Den sammanlagda risken att insjukna i diabetes minskade med hälften genom åtgärder riktade mot livsstilsfaktorer, och var liknande för kost, fysisk aktivitet och kombinationer av dessa. Man såg även en positiv effekt av läkemedelsbehandling, men den var något lägre. Inga effekter kunde påvisas på dödlighet (12).

I en nyligen publicerad sammanställning av studier gällande screening för diabetes fann man ingen effekt på dödlighet efter tio år när screening jämfördes med ingen screening. Andra utfall än mortalitet undersöktes inte och sammanställningen baserar sig endast på två studier (13). Socialstyrelsen rekommenderar screening för typ 2-diabetes enbart vid ökad risk för sjukdomen. I Stockholms läns landsting pågår för närvarande ett forskningsprojekt inom ramarna för Program 4D, som ska utvärdera olika metoder för screening av högt blodsocker (14).

Referenser

1. Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet*. 2012 Jun 16;379(9833):2279-90.
2. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. 2001; 345:790-7.
3. Bergmann N, Gyntelberg F, Faber J. The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome: a systematic review of prospective cohort studies. *Endocr Connect*. 2014 Jun;3(2):R55-80.
4. Gerstein HC, Santaguida P, Raina P, Morrison KM, Balion C, Hunt D, et al. Annual incidence and relative risk of diabetes in people with various categories of dysglycemia: A systematic overview and meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007 Dec;78(3):305-12.
5. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Krolewski AS, Rosner B, et al. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Arch Intern Med*. 1991;151:1141-7.
6. Tsilidis KK, Kasimis JC, Lopes DS, Ntzani EE, Ioannidis JP. Type-2 diabetes and cancer: Umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMJ*. 2015; 350:g7607.
7. Östenson CG. Miljö och arv i samspel bestämmer vem som får diabetes. *Läkartidningen*. 2010;107(45):2792-5.
8. DECODE Study Group. Age- and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. *Diabetes Care*. 2003;26(1):61-9.
9. Kuhl J, Hilding A, Östenson CG, Grill V, Efendic S, Båvenholm P. Characterisation of subjects with early abnormalities of glucose tolerance in the Stockholm Diabetes Prevention Programme: the impact of sex and type 2 diabetes heredity. *Diabetologia*. 2005;48(1):35-40.
10. Lilja M, Eliasson M, Eriksson M, Söderberg S. A rightward shift of the distribution of fasting and post-load glucose in northern Sweden between 1990 and 2009 and its predictors. Data from the Northern Sweden MONICA study. *Diabet. Med*. 2013;30:1054-62.
11. Andersson T, Ahlbom A, Magnusson C, Carlsson S. Prevalence and incidence of diabetes in Stockholm County 1990-2010. *PLoS ONE*. 2014;9(8):e104033.
12. Hopper I, Billah B, Skiba M, Krum H. Prevention of diabetes and reduction in major cardiovascular events in studies of subjects with prediabetes: meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011;18(6):813-23.
13. Selph S, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Patel H, Chou R. Screening for Abnormal Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review to Update the 2008 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 117. AHRQ Publication No. 13-05190-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
14. Research Appendix. Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting. Hämtad från: https://www.sll.se/PageFiles/228/4D_Research_appendix.pdf

18. Högt kolesterol

Högt kolesterol är en riskfaktor för hjärtkärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke. Kolesterolnivån påverkas av såväl ärftliga faktorer som levnadsvanor. I SFHE 2014 uppger 9 procent av de svarande att de fått diagnosen höga blodfetter och andelen personer som tog ut läkemedel mot förhöjda blodfetter låg på drygt 7 procent i Stockholms län år 2014. Skattningar som bygger på forskningsstudier tyder dock på avsevärt högre förekomst än så. Kolesterolnivån kan sänkas med livsstilsförändringar så som ökad fysisk aktivitet, förändrade kostvanor och rökstopp samt med läkemedelsbehandling (framför allt så kallade statiner). Nyare studier pekar på att även personer med låg risk för hjärtkärlsjukdom kan ha nytta av statinbehandling.

Högt kolesterol är en riskfaktor för hjärtkärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke, både hos personer med och utan tidigare hjärtkärlsjukdom (1). Förhöjt kolesterol leder till fettinlagring i artärerna, vilket kan ge upphov till exempelvis kärlkramp (angina pectoris), hjärtinfarkt, bråck på stora kroppspulsådern (aortaaneurysm), stroke och fönstertitarsjuka (claudicatio).

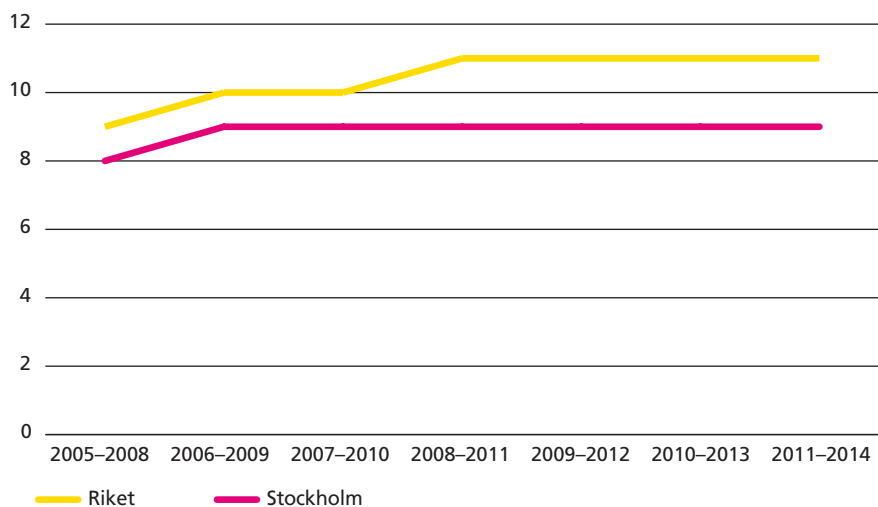
I kroppen används kolesterol bland annat för att bygga nya celler och bilda hormoner. Det delas in i HDL (det ”goda kolesterolet” som transporterar bort kolesterol från blodkärlen) och LDL (det ”onda kolesterolet” som lagrar in kolesterol i blodkärlsväggarna). Triglycerider utgör ett tredje slags blodfetter som används som energikälla. Ökad risk för hjärtkärlsjukdom ses framför allt vid högt LDL, lågt HDL och höga triglycerider.

Risken att drabbas av högt kolesterol och/eller en ogynnsam blodfettbild påverkas av ärftliga faktorer och levnadsvanor som kost, fysisk aktivitet och rökning (2,3). Vissa sjukdomar, som diabetes och sjukdomar i njurar och sköldkörtel, kan också leda till förhöjt kolesterol.

Förhöjt kolesterol ligger bakom 4,5 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs) i Sverige och 8,8 procent av den förtida dödligheten, enligt data från det globala sjukdomsbördeprojektet (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).

Förekomst och fördelning

I SFHE 2014 uppger 9 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de har fått diagnosen förhöjda blodfetter, vilket är en minskning med omkring 1 procentenhet (åldersstandardiserat) jämfört med år 2006. Andelen personer som uppger att de tar blodfettssänkande medicin har legat på en relativt stabil nivå de senaste åren, och före-



Figur 18.1 Andel (%) personer 18–84 år som uppger att de står på läkemedelsbehandling mot höga blodfetter.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten.

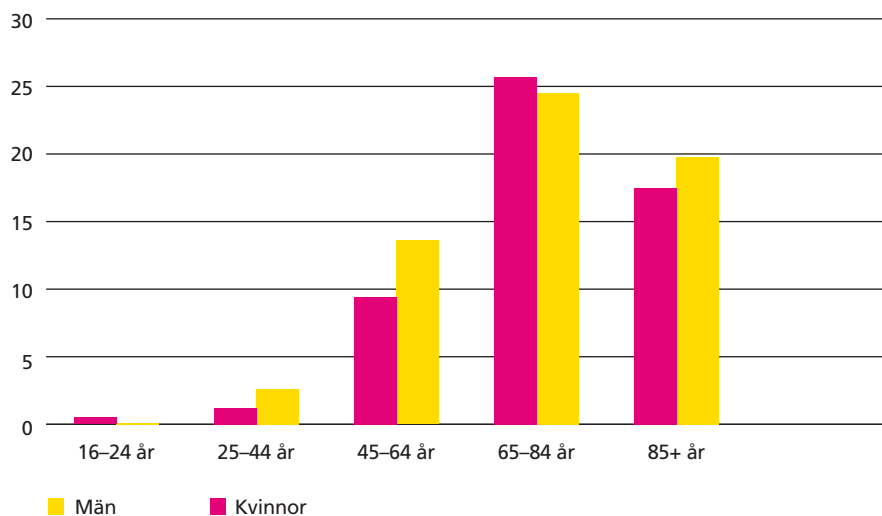
komsten är likartad i Stockholms län och riket som helhet, enligt data från den nationella folkhälsoenkäten (figur 18.1).

Att läkemedelsbehandlingen ligger på dessa nivåer bekräftas av data från Socialstyrelsens läkemedelsregister, där uttaget av medel mot höga blodfetter var drygt 90 per 1000 individer i riket, och 70 per 1000 i Stockholms län år 2014.

Andelen som uppger att de fått diagnosen höga blodfetter i SFHE 2014 ökar med stigande ålder (figur 18.2). I åldersgruppen 45–64 år uppger 9 procent av kvinnorna och 14 procent av männen detta, medan motsvarande andel är 25 procent i gruppen 65–84 år. I den äldsta åldersgruppen sjunker dock förekomsten åter. Fler män än kvinnor har fått diagnosen förhöjda blodfetter, förutom i den yngsta åldersgruppen (där antalet är mycket lågt) och i åldrarna 65–84 år där könsfördelningen är mer jämlik, med en lätt övervikt för kvinnor (figur 18.2).

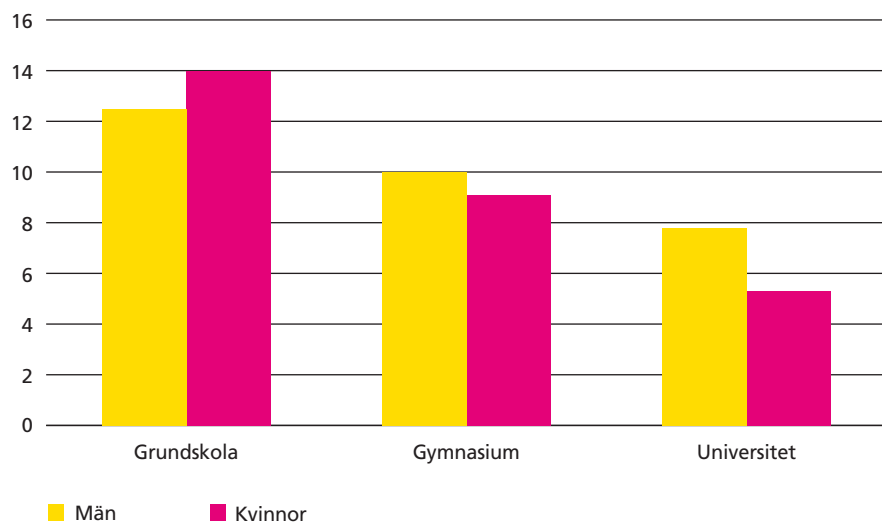
Data från landstingets vårddatabas (VAL) visar på något lägre nivåer. Bland män i åldrarna 25–44, 45–64, 65–84 och 85+ år hade omkring 1 procent, 9 procent, 16 procent respektive 8 procent diagnostiserats med blodfettsubstans någon gång under perioden 2008–2012, inom primärvård, öppen specialistvård eller slutenvård. Motsvarande siffror för kvinnorna var 0,5 procent, 8 procent, 16 procent och 7 procent.

Resultaten från SFHE 2014 visar att andelen personer som uppger att de fått diagnosen förhöjda blodfetter varierar med utbildningsnivå. Särskilt tydligt är detta bland kvinnor.



Figur 18.2 Andel (%) personer som uppger att de fått diagnosen höga blodfetter fördelat på kön och åldersgrupp.

Källa: SFHE 2014.



Figur 18.3 Andel (%) som uppger att de fått diagnosen höga blodfetter fördelat på kön och utbildningsnivå, åldersjusterade värden.

Källa: SFHE 2014.

Där är förekomsten 2,6 gånger högre i gruppen med enbart grundskoleutbildning jämfört med gruppen med universitetsutbildning. Liknande, men något mindre skillnader kan man se bland män (figur 18.3).

Andelen personer som uppger att de fått diagnosen höga blodfetter varierar också med födelseland, särskilt bland kvinnor där förekomsten är högst i gruppen födda i Norden utanför Sverige (16 %) och lägst i gruppen födda utanför Europa (7 %). Bland män är skillnaderna något mindre, högst är förekomsten hos personer födda i Norden utanför Sverige (14 %) och lägst bland svenskfödda (9 %).

Analys och tolkning

Den självrapporterade förekomsten av höga blodfetter i SFHE 2014 ligger på avsevärt lägre nivå än i studier där kolesterolhalten mätts i blodet. Förekomsten av högt kolesterol bland personer 35–64 år i WHO:s MONICA-studie var exempelvis över 80 procent i Norrbotten och Västerbotten och kring 70 procent i Göteborg (4). Det torde alltså finnas ett stort mörkertal av personer som har högt kolesterol utan att veta om det.

Upprepade tvärsnittsstudier som sträcker sig över flera decennier tyder på att kolesterolnivåerna har sjunkit, troligen på grund av bättre kostvanor. Bland 50-åriga män i Göteborg ser man en nedåtgående trend i medelkolesterolvärden från 6,4 mmol/l år 1963, till 5,5 mmol/l år 2003. Andelen män med normalt kolesterolvärde steg samtidigt från 10 till 30 procent. Under samma tidsperiod ökade däremot triglyceriderna (5). En liknande utveckling ser man hos kvinnor (6).

När det gäller skillnaderna i förekomst av högt kolesterol mellan olika utbildningsnivåer är det värt att notera att de kan påverkas bland annat av skillnader i benägenheten att söka vård, vilket i sin tur påverkar om man får diagnos och/eller behandling. Det är alltså möjligt att de verkliga skillnaderna är större än de man kan se här. Nivåerna är inte korri-gerade för till exempel BMI och andel rökare, något som sannolikt förklarar en del av variationen.

Insatser

Det är känt att behandling med läkemedel, råd om ökad fysisk aktivitet, förbättrade matvanor och rökstopp kan påverka blodfetterna i gynnsam riktning (1–3). Grunden för behandling av högt kolesterol består därför i livsstilsförändringar. När detta inte är tillräckligt kan blodfettssänkande läkemedel sättas in, framför allt för personer med hög eller mycket hög risk för hjärtkärlsjukdom. Även de med måttlig risk, vars kolesterolvärden inte förbättrats av råd om ändrade levnadsvanor, kan ha nytta av läkemedelsbehandling.

På senare tid har forskning visat att statiner (den vanligaste formen av läkemedel som används för att sänka kolesterolet) har en positiv effekt även hos personer utan tidigare

hjärtkärlsjukdom och med låg risk. Behandlingen minskar dödligheten och risken att insjukna, visar nyligen gjorda sammanställningar av randomiserade studier (7,8). Flera aspekter återstår dock att ta ställning till innan man kan rekommendera bredare användning. Det gäller bland annat huruvida det är eftersträvänsvärt och möjligt att inleda livslång behandling av stora grupper i befolkningen som fyllt 50 år, kostnadseffektiviteten om strategin ska implementeras i hälso- och sjukvården, och alternativa folkhälsoinsatser för att sänka kolesterolnivåerna (8).

Referenser

1. Prospective Studies Collaboration, Lewington S, Whitlock G, Clarke R, Sherliker P, Emberson J, Halsey J, et al. Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55,000 vascular deaths. *Lancet*. 2007 Dec 1;370(9602):1829-39.
2. Poli A, Marangoni F, Paoletti R, Mannarino E, Lupattelli G, Notarbartolo A, et al. Non-pharmacological control of plasma cholesterol levels. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2008 Feb;18(2):S1-16.
3. Forey BA, Fry JS, Lee PN, Thornton AJ, Coombs KJ. The effect of quitting smoking on HDL-cholesterol - a review based on within-subject changes. *Biomark Res*. 2013;1:26.
4. Tolonen H, Keil U, Ferrario M, Evans A; WHO MONICA Project. Prevalence, awareness and treatment of hypercholesterolemia in 32 populations: results from the WHO MONICA Project. *Int J Epidemiol*. 2005;34:181-92.
5. Rosengren A, Eriksson H, Hansson PO, Svärdsudd K, Wilhelmsen L, Johansson S, et al. Obesity and trends in cardiovascular risk factors over 40 years in Swedish men aged 50. *J Intern Med*. 2009;266:268-76.
6. Johansson S, Wilhelmsen L, Welin C, Eriksson H, Welin L, Rosengren A. Obesity smoking and secular trends in cardiovascular risk factors in middle-aged women: data from population studies in Göteborg from 1980 to 2003. *J Intern Med*. 2010;268:594-603.
7. CTT Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomized trials. *Lancet*. 2012;380(9841):581-90.
8. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;1:CD004816.



19. Alkoholvanor

Under perioden 2002 till 2014 minskade riskbruket av alkohol i länet, inte minst mellan de senaste två folkhälsoundersökningarna, år 2010 och 2014. Riskbruket minskade i alla åldersgrupper och hos både kvinnor och män oavsett utbildningsnivå och födelseland. Det är främst personer födda i Sverige som står för riskbruk av alkohol. Mellan år 1998 och 2014 minskade också den alkoholrelaterade dödligheten och slutenvård på grund av skadligt bruk och beroende. Däremot ökade alkoholförgiftningarna, som mest i åldersgruppen 15–24. Under de senaste åren verkar trenden dock ha avstannat. Möjligen återfinns ökningen numera i åldersgruppen 25–34 år.

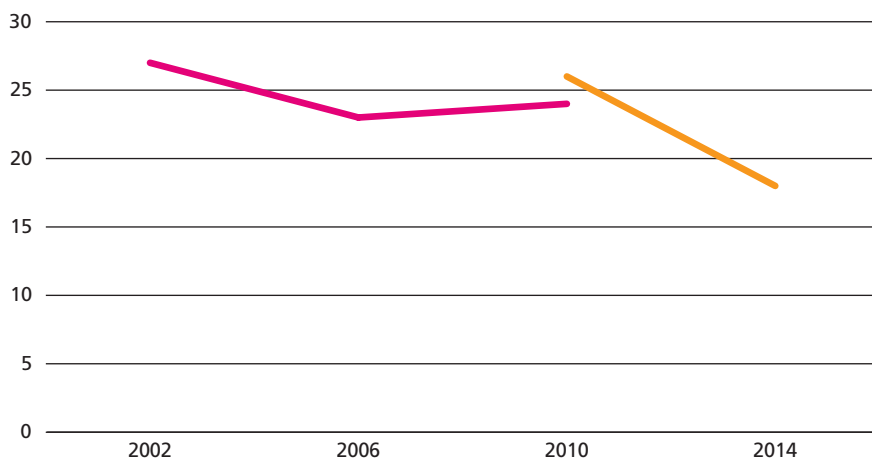
Alkoholkonsumtionen har en lång rad sociala konsekvenser, och orsakar bland annat att barn far illa och kriminalitet. Därtill beräknas den svara för 3,6 procent av befolkningens sjuklighet, skador och förtida död (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) (1,2). Sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjuklighet brukar beskrivas som J-format. Det vill säga, de som inte dricker har en högre sjuklighet än normalkonsumenterna, medan högkonsumenterna har den högsta sjukligheten. Det verkliga orsakssambandet, det vill säga om nollkonsumenter, allt annat lika, verkligen löper högre risk att drabbas av sjuklighet än normalkonsumenter har dock förblivit oklart. Orsaken till att gruppen som inte dricker har högre sjuklighet kan bero på att de avstår alkohol just på grund av sin sjuklighet, eller på andra okända variabler som inverkar på både alkoholkonsumtion och sjuklighet.

Gränsen för riskbruk av alkohol bör motsvara den lägsta punkten på den J-formade sambandskurvan. En vanligt förekommande gränssättning är mer än 14 glas i veckan för män och mer än 9 glas för kvinnor (3). Ett normalglas antas då innehålla 12 gram ren alkohol vilket ungefär motsvarar ett glas vin, en liten starköl eller fyra centiliter sprit.

Förekomst och fördelning

Medan konsumtionen i Stockholm ligger över genomsnittet för Sverige, karaktäriseras Sverige i sin tur av en förhållandevis låg konsumtion i ett europeiskt perspektiv. Enligt de flesta datakällor har det skett en minskning av alkoholkonsumtionen under den senaste tioårsperioden (4,5). Nedgången ses i Stockholm, i Sverige och i många andra länder i Europa. I Sverige kom minskningen först efter en tidigare konsumtionsökning som följde på EU-anslutningen.

I SFHE 2014 frågas det efter hur ofta och hur mycket man druckit varje dag under den senaste veckan av olika sorters alkoholhaltiga drycker som öl, vin, starkvin och sprit. Frågeinstrumentet ändrades 2010 och redovisas separat eftersom de två versionerna ger



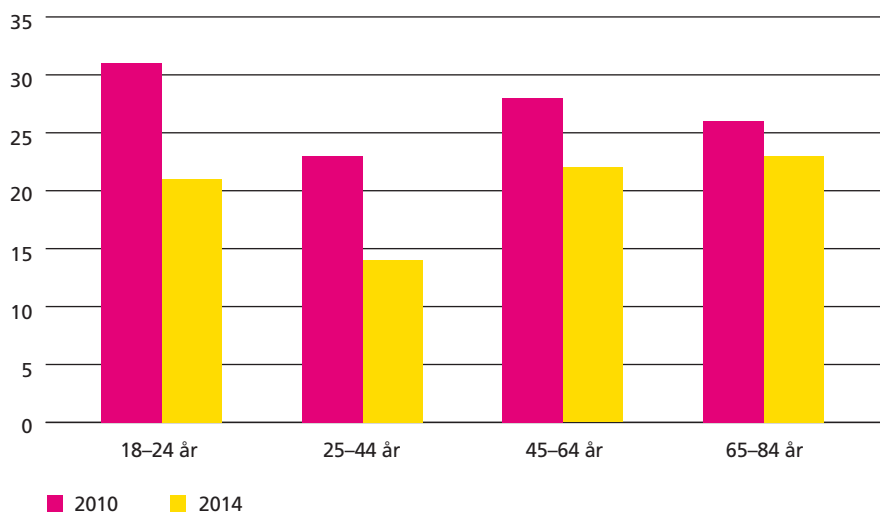
Figur 19.1 Andel (%) med riskbruk av alkohol i befolkningen 18–64 år i Stockholms län 2002, 2006, 2010 och 2014.

Källa: SFHE 2002, 2006, 2010 samt 2014.

något olika resultat (6). Analyserna över kön, ålder, utbildning och födelseland redovisas enbart för det nya måttet.

Figur 19.1 visar andelen riskbrukare i åldern 18–64 år, åren 2002, 2006, 2010 och 2014. Den röda linjen anger nivån enligt den gamla frågekonstruktionen. Under perioden har andelen personer med riskbruk sjunkit med omkring en tredjedel. Den stora minskningen återfinns mellan åren 2010 och 2014. Under denna period har även andelen nykterister ökat i alla åldersgrupper utom de över 65 år. År 2002 var andelen nykterister 16 procent bland kvinnor och 9 procent bland män. Detta har ökat till 19 procent respektive 16 procent 2014.

Stapeldiagrammet i figur 19.2 och tabell 19.1 visar andelen med riskbruk av alkohol 2010 och 2014, fördelat på kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland. Minskningen av andelen med riskbruk återfinns i alla grupper. Andelen med ett riskbruk av alkohol är likartad bland kvinnor och män och tämligen jämnt fördelad över utbildningsnivå. Riskbruk återfinns främst hos de som är födda i Sverige och övriga Norden. I enkäten ställs även en fråga om intensivkonsumtion, det vill säga hur ofta man konsumerat en större mängd alkohol vid ett givet tillfälle. I jämförelser mellan 2010 och 2014 visar även den på klara minskningar, dock främst i åldersgrupperna 35–44 år och yngre. Till skillnad från när det gäller riskbruk har utbildning en betydelse för intensivkonsumtion. Bland kvinnor med enbart grundskola finns 18 procent intensivkonsumenter, medan det är 10 procent bland högskoleutbildade. Motsvarande nivåer bland män är 33 procent respektive 26 procent (åldersstandardiserade data).



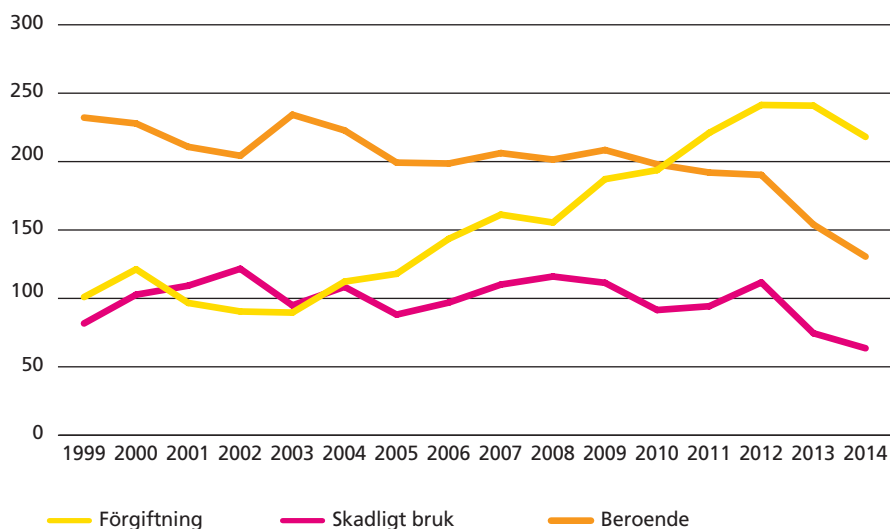
Figur 19.2 Andel (%) med ett riskbruk av alkohol uppdelat på åldersgrupp år 2010 och 2014.

Källa: SFHE 2010 och 2014.

Tabell 19.1 Andel (%) med ett riskbruk av alkohol uppdelat på kön, utbildning och födelseland år 2010 och 2014.

	2010	2014
Kvinnor	26	18
Män	26	20
Grundskola	25	18
Gymnasium	28	21
Universitet	26	18
Sverige	29	22
Övriga Norden	25	19
Övriga Europa	18	15
Utanför Europa	9	5

Källa: SFHE 2010 och 2014.



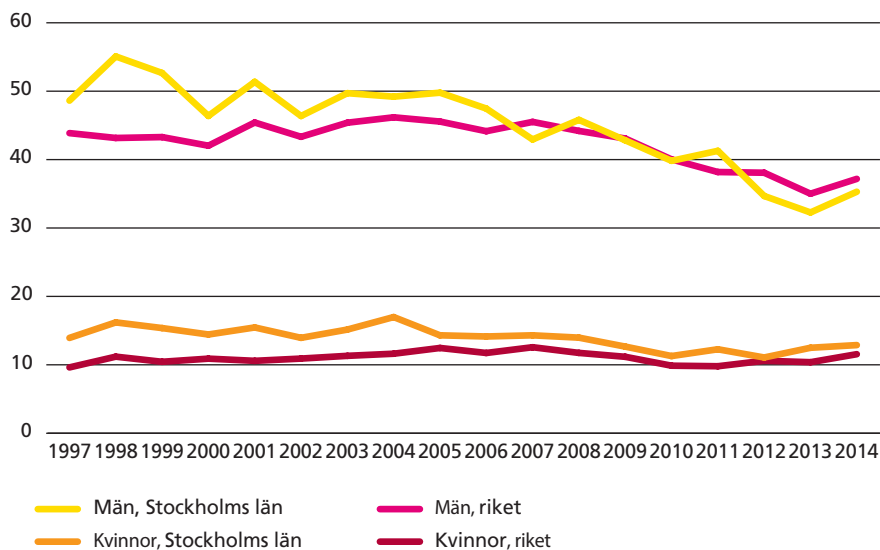
Figur 19.3 Antal patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre i Stockholms län under åren 1999–2014 med akut alkoholförgiftning, skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende.

Källa: VAL.

Under år 2014 fick 6 520 personer en alkoholrelaterad diagnos i länets slutenvård, antingen som huvuddiagnos eller som första eller andra bidiagnos. Det motsvarar 0,36 procent av befolkningen. Av dessa fick 2 335 (36 %) diagnosen alkoholberoende medan 1 137 (17 %) fick diagnosen skadligt bruk av alkohol. Alkoholförgiftning är den vanligast förekommande alkoholrelaterade diagnosen, vilken 3 900 personer vårdades för under 2014 (60 %). Förekomsten av alkoholrelaterade diagnoser är högre bland män än bland kvinnor. Till exempel var det tre gånger så vanligt bland män att ha vårdats för beroende år 2014.

Figur 19.3 visar utvecklingen över tid för de tre vanligaste alkoholrelaterade diagnoserna. Mellan 1999 och 2014 minskade både alkoholberoende och skadligt bruk av alkohol. Samtidigt ökade antalet personer som vårdats för akut alkoholförgiftning. Under 2013 till 2014 kan man möjligen skönja en brytning av den ökande trenden för alkoholförgiftningarna, och både beroende och skadligt bruk minskade. Utvecklingen var snarlik för män och kvinnor (visas ej).

Den ökande trenden för alkoholförgiftningar omfattar främst personer i åldersgruppen 15–24 år. Dock verkar de ha slutat öka i denna åldersgrupp de senaste åren. Istället har alkoholförgiftningarna i åldersgruppen 25–34 år ökat, möjligen beroende på att den berörda kohorten har åldrats. Regionala trender för alkoholrelaterade diagnoser i åldersgruppen 15–34 år visar att de övriga storstadsregionerna, västra Götaland och Skåne, inte har samma utveckling som Stockholm. Omfattningen där var närmast oförändrad (visas ej).



Figur 19.4 Antal döda per 100 000 invånare i alkoholrelaterad dödlighet i åldersgruppen 15 år och äldre under åren 1997–2014 bland män och kvinnor i Stockholms län och i riket.

Källa: Socialstyrelsen (7).

Bland männen, men inte bland kvinnorna, sjönk även den alkoholrelaterade dödligheten mellan 1997 och 2014 (figur 19.4), en utveckling som syntes i Stockholms län såväl som i hela riket.

Analys och tolkning

Det minskande riskbruket är i linje med tidigare undersökningar (4). Självskattade mått underskattar generellt sett den faktiska konsumtionen kraftigt, beroende på minnesfel och att högkonsumenter är svårare att nå med undersökningar. Men ju mer specifika och ju fler frågorna är, desto mer av konsumtionen verkar kunna fångas (6). Det omfattande frågebatteriet gör att landstingets mätinstrument troligen fångar en relativt hög andel av konsumtionen.

Den minskade svarsfrekvensen kan ha haft snedvridande effekter (8). Att inte svara är relaterat till högre alkoholkonsumtion. Sambandet mellan alkoholkonsumtion och bortfall ändrar dock sannolikt riktning över ålder. Yngre som inte svarar har ofta en högre alkoholkonsumtion än yngre som svarar, medan det motsatta är fallet bland de äldsta. Detta kan förklaras av äldres sämre hälsa – i bortfallet bland äldre är människor med hälsoproblem överrepresenterade och de dricker vanligen mindre eller inte alls (9). Att de äldstas riskbruk skulle vara lika högt som resten av befolkningens är därför troligen missvisande.

Vårdkonsumtionen är inte ett tillförlitligt mått på skadligt bruk och beroende, och underskattningen av alkoholförgiftningarna lär inte vara mindre. Det är också oklart om omfattningen av underskattningen förändrats över tid. Inom öppenvården går det dessvärre inte att urskilja alkoholrelaterad vård i det nuvarande systemet. Den öppna beroendevården har annars uppvisat den största ökningen över tid. Enbart en mindre andel får slutenvård. Det finns också många personer med alkoholproblem som aldrig kommer till vårdens kännedom och vars problematik kan skilja sig från de som hamnar i vården.

Männen i generationerna med den största alkoholrelaterade dödligheten har gått ur tiden (10). Dödstalens minskning återspeglar troligen främst den generationsväxling som skett. Sådana generationseffekter kan göra statistiken svårtolkad och förekommer troligen också både för beroendediagnoserna och för leversjukdomarna.

Möjligheten att få vård och vårdens organisation betyder antagligen mycket för vårdkonsumtionen. Förutom insatser av sjukvård och ordningsmakt är kommunerna ansvariga för en del av beroendevården. Utvecklingen kan därför också spegla förändringar i ansvarsfördelningen. Exempelvis kan polisen ha velat minska användandet av fyllceller och kört omhändertagna till beroendevården istället vilket ökat antalet diagnosticerade alkoholförgiftningar.

Att ökningen av alkoholförgiftningar nu syns i en äldre åldersgrupp antyder att vi har en kohort i Stockholm som använt alkoholen annorlunda än tidigare generationer. En ökning av antalet fall av misshandel har också syns bland de yngre (4) – och misshandelsfallen är ofta alkoholrelaterade. Det talar för att den utvecklingen kan handla om förändringar av alkoholvanorna och inte bara om förändringar i vården. Samtidigt har utvecklingen med ett ökande antal alkoholförgiftningar bland de yngre nu möjligen vänt.

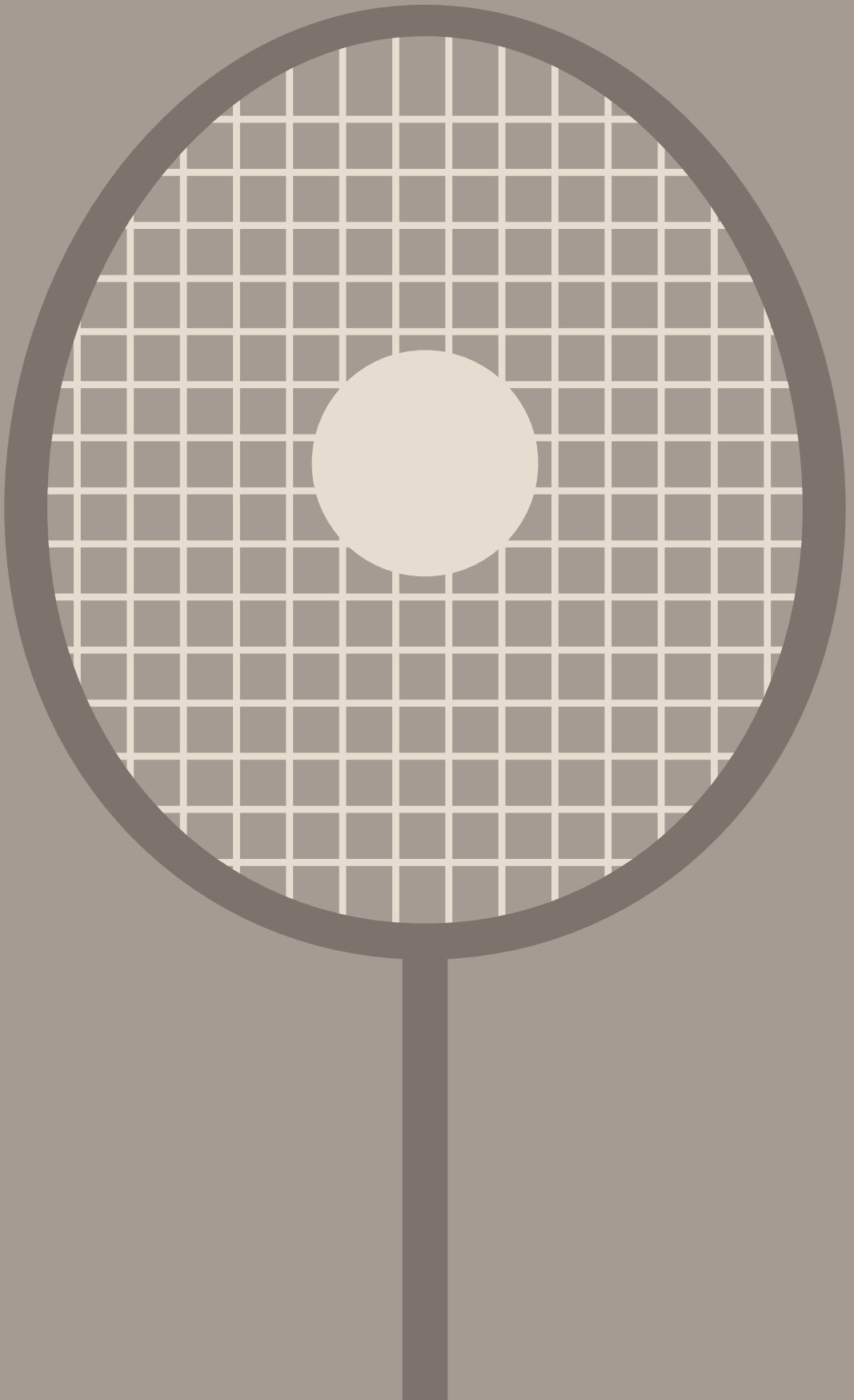
Insatser

För att minska konsumtionen är beskattning och åtgärder riktade mot tillgänglighet, dryckesmiljö, rattfylleri, opinionsbildning och marknadsföring, samt screening och rådgivning viktiga (11). Länets preventiva arbete bedrivs därför också på flera nivåer, som till exempel i samarbete med kommunerna eller riktat mot lagstiftningen på rikspanet. I hälso- och sjukvården behöver alkoholfrågorna lyftas i det ordinarie arbetet och utbildning genomförs. Arbetet inbegriper också Alkohollinjen, en nationell telefontjänst som drivs av Stockholms läns landsting, dit alla med alkoholproblem kan ringa för att få hjälp samt www.alkoholhjalpen.se.

På kommun och länsnivå tillkommer insatser för att begränsa tillgängligheten för vissa grupper (redan berusade kroggäster, ungdomar), respektive vissa områden genom att begränsa antalet serveringstillstånd och serveringstiderna.

Referenser

1. GBD Profile: Sweden. Institute of Health Metrics and Evaluation; 2015. Hämtad från: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_sweden.pdf
2. Agardh E, Boman U, Allebeck P. Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsburden - Utvecklingen i Sverige 1990-2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. *Läkartidningen*. 2015;112:C4TH.
3. Espman E, Allebeck P. Riskbruk av alkohol - begrepp, gränsvärden, mätmetoder. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2011.
4. Ahacic K, Allebeck P. Alkoholutvecklingen i Stockholms län 2004-2012. Tillgänglighet, konsumtion och skadeverkningar. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2014.
5. Ahacic K, Kelfve S, Kennison R. Hazardous Alcohol Use in Stockholm County between 1998 and 2010. *Gerontologist*. 2012;52:70.
6. Ahacic K, Lager A, Backhans M, Kåreholt I. Differences between two alcohol consumption assessments: A split-half sample comparison from the Stockholm County Public Health Surveys. [manuskript]
7. Statistikdatabasen. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>
8. Ahacic K, Kåreholt I, Helgason AR, Allebeck P. Non-response bias and hazardous alcohol use in relation to previous alcohol-related hospitalization: comparing survey responses with population data. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8:10.
9. Kelfve S, Ahacic K. Bias in estimates of alcohol use among older people: design, health, and cohort effects. [manuskript]
10. Rosen M, Haglund B. Trends in alcohol-related mortality in Sweden 1969-2002: an age-period-cohort analysis. *Addiction*. 2006;101(6):835-40.
11. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Glesbrecht N, Graham K, et al. Alkohol - ingen vanlig handelsvara. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.



20. Fysisk aktivitet

Fysiskt aktiva personer har lägre risk för insjuknande i hjärtkärlsjukdomar, typ 2-diabetes och vissa cancerformer samt förtida död. Längre perioder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet under dagen, innebär en tydligt ökad risk för typ 2-diabetes och har vissa samband med ovannämnda folksjukdomar och förtida död. Resultaten från SFHE 2014 visar att det är fler män än kvinnor som uppger att de motionerar två gånger eller oftare i veckan. Det är också en högre andel män än kvinnor som uppger att de är stillasittande. Personer med längre utbildning motionerar mer än de med kortare utbildning. Förändringarna mellan 2010 och 2014 är små när det gäller genomsnittstid i olika kategorier av fysisk aktivitet.

Regelbunden fysisk aktivitet har många positiva effekter på hälsa och välbefinnande, framför allt genom att förebygga sjukdom. Fysiskt aktiva personer har lägre risk för hjärtkärlsjukdom, typ 2-diabetes, vissa cancerformer, fetma och depression samt förtida död (1). I Sverige står fysisk inaktivitet för 3,1 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår (2) (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Längre stunder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet under dagen, har ett tydligt samband med typ 2-diabetes och i övrigt vissa samband med ovannämnda folksjukdomar samt förtida död (3).

Enligt de nationella rekommendationerna bör vuxna komma upp i sammanlagt 150 minuter fysisk aktivitet per vecka på minst måttlig nivå, eller 75 minuter på ansträngande nivå, alternativt en kombination av dessa. I dagsläget finns inga rekommendationer om maximal tid i stillasittande. Generellt rekommenderas att långvarigt stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser, ”bensträckare”, med muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för de som har ett stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden.

Förekomst och fördelning

I tabell 20.1 redovisas genomsnittstid i minuter per dag av stillasittande, hem-, hushålls- och trädgårdsarbete, gång/cykling och motion i relation till kön och ålder från SFHE 2014. Kvinnorna uppger i genomsnitt 155 minuter i stillasittande och männen 169 minuter. Den genomsnittliga tiden i stillasittande är lägst i åldersgruppen 45–64 år och högst i gruppen 16–24 år för både män och kvinnor. Den genomsnittliga tiden i hem-, hushålls- och trädgårdsarbete är 104 minuter för kvinnor och 74 minuter för män, och äldre lägger mer tid på detta, med undantag för personer över 85 år. Kvinnor och män går eller cyklar 34 respektive 33 minuter per dag och den genomsnittliga tiden är högst i den yngsta åldersgruppen, både för män och kvinnor.

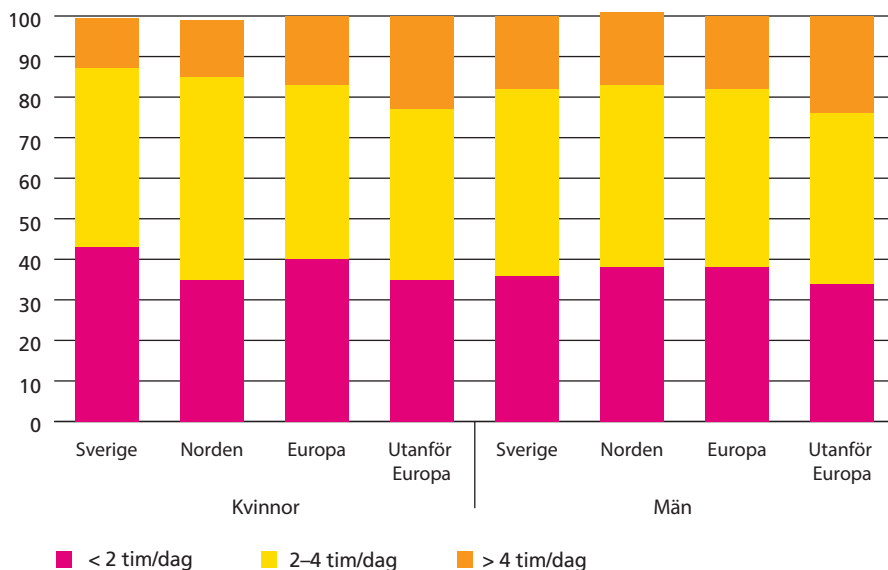
Kvinnor och män uppger att de motionerar i genomsnitt 13 respektive 15 minuter per dag. Den genomsnittliga tiden för motion är lägre bland äldre. Generellt sett rapporterar män mer motionstid än kvinnor. Förändringar mellan 2010 och 2014 av genomsnittlig tid i hem-, hushålls- och trädgårdsarbete, gående eller cyklande samt motion, är små. Som framgår nedan var frågorna om stillasittande inte helt jämförbara år 2010 och 2014.

Tabell 20.1 Genomsnittlig tid i stillasittande, hem-, hushålls- och trädgårdsarbete, gång/cykling och motion (minuter per dag) efter kön och ålder.

	Stilla-sittande	Hem-, hushålls och trädgårdsarbete	Gång/cykling	Motion
Kvinnor				
16–24 år	220	56	37	20
25–44 år	158	89	33	15
45–64 år	145	93	35	14
65–84 år	183	129	38	12
85+ år	188	99	20	5
Män				
16–24 år	261	45	37	22
25–44 år	189	63	32	18
45–64 år	163	69	33	15
65–84 år	185	90	35	13
85+ år	194	74	26	8

Källa: SFHE 2014.

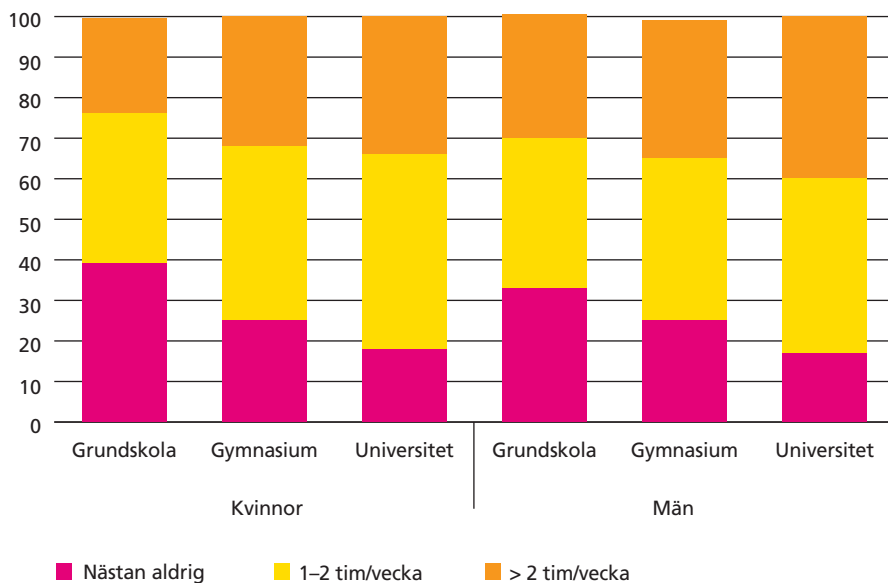
Bland kvinnor är det 15 procent och bland män 19 procent som uppger att de sitter mer än fyra timmar per dag, medan 41 procent bland kvinnor och 36 procent bland män uppger att de sitter mindre än två timmar per dag. Andelen kvinnor som uppger att de sitter mer än fyra timmar per dag är lägre bland personer med gymnasieutbildning jämfört med de med grundskoleutbildning (visas ej). Bland män är andelen lägst för de med gymnasieutbildning. Figur 20.1 visar förekomsten av stillasittande i relation till födelseland. Fler personer med födelseland utanför Europa uppger att de sitter mer än fyra timmar per dag jämfört med övriga. Fler av de som har undervikt eller fetma uppger att de sitter mer än fyra timmar per dag jämfört med personer med normalvikt eller övervikt (visas ej).



Figur 20.1 Tid i stillasittande efter kön och födelseland (fördelning i %). Åldersjusterade värden.
Källa: SFHE 2014.

Av kvinnorna uppger 30 procent att de går eller cyklar mindre än 20 minuter per dag. Bland män är motsvarande andel 34 procent. Andelen som uppger att de går eller cyklar mer än 40 minuter per dag är 30 procent av kvinnorna och 28 procent av männen. Andelen som går eller cyklar mindre än 20 minuter per dag är högre bland de med grundskoleutbildning jämfört med de med universitetsutbildning. Den är också högre bland födda utanför Europa jämfört med övriga. Det gäller även personer med fetma jämfört med personer med undervikt, normalvikt eller övervikt (visas ej).

Bland kvinnor är det 31 procent som uppger att de motionerar två timmar eller mer i veckan medan motsvarande andel bland män är 36 procent. Bland kvinnor är det 25 procent och bland män 23 procent som uppger att de nästan aldrig motionerar. Det finns en social gradient i andelen som motionerar två timmar eller mer i veckan för både män och kvinnor (figur 20.2). En större andel personer födda utanför Europa jämfört med övriga uppger att de nästan aldrig motionerar och samma mönster finns för personer med fetma (visas ej). Från 2010 till 2014 ökade andelen som uppgav att de motionerar mer än två timmar per vecka, från 27 procent till 31 procent för kvinnor och från 33 procent till 36 procent bland män (visas ej).



Figur 20.2 Motionsvanor efter kön och utbildningsnivå (fördelning i %). Åldersjusterade värden.
Källa: SFHE 2014.

Analys och tolkning

Fysisk aktivitet och stillasittande är komplexa beteenden som det är svårt att få en korrekt bild av i självrapporterade enkätdata (4). Därför behövs data insamlade med objektiva bedömningsinstrument som stegräknare eller accelerometrar. Med utgångspunkt i befintliga enkätdata har det inte varit möjligt att tillförlitligt skatta andelen män och kvinnor i olika åldrar som uppfyller den nationella rekommendationen som är 150 minuter fysisk aktivitet per vecka på minst måttlig nivå, 75 minuter på ansträngande nivå eller en kombination av dessa.

Frågan om stillasittande skiljer sig något mellan SFHE 2010 och 2014. Den senare ger fler konkreta exempel, som tid vid dator och surfplatta, och specificerar inte att den bara syftar på fritiden. Det innebär att den lilla ökning som skett delvis kan bero på hur frågan är formulerad. Övriga frågor skiljer sig inte mellan dessa datainsamlingar och visar endast marginella förändringar mellan 2010 och 2014, med undantag för en ökning i tid för motion.

Aktuella resultat från SFHE 2014 visar olika mönster mellan unga vuxna (16–24 år) och vuxna i medelåldern. Unga vuxna är mer stillasittande än medelålders och äldre personer, vilket troligen till en del kan förklaras av mer omfattande skärmtid. Unga vuxna motionerar, cyklar och går dock mer än medelålders och äldre som lägger mer tid på hem-, hushålls- och trädgårdsarbete.

Insatser

För att minska den sociala ojämlikheten i motion, samt förebygga en utveckling mot längre perioder av stillasittande och brist på fysisk aktivitet, krävs insatser av aktörer på alla nivåer och inom alla sektorer i samhället. Kommunerna spelar en central roll i kraft av sitt planeringsansvar för trafik, miljö, bebyggelse, omsorg, förskola och skola. Mänskors möjligheter till aktiv transport till arbetsplatsen och till korta avbrott med muskelrörelse under arbetsdagen har stor betydelse för folkhälsan. Även frivilligsektorn är en viktig aktör, bland annat som idrottsorganisatör, liksom privata entreprenörer och företag samt hälso- och sjukvården. Långvarigt stillasittande på fritiden och arbetsplatser bör också förebyggas, bland annat genom korta pauser med muskelaktivitet under några minuter.

Pågående insatser inom sjukvården är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (5) och även det Regionala vårdprogrammet för hälsofrämjande levnadsvanor som syftar till att integrera hälsofrämjande och förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården (6).

Referenser

1. Physical activity guidelines advisory committee report. Washington D.C.: Department of Human Health and Services; 2008.
2. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Sep 10. pii: S0140-6736(15)00128-2.
3. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;162(2):123-32.
4. Dyrstad SM, Hansen BH, Holme IM, Anderssen SA. Comparison of Self-reported versus Accelerometer-Measured Physical Activity. *Med Sci Sports Exerc*. 2014 Jan;46(1):99-106.
5. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Regionalt vårdprogram för hälsofrämjande levnadsvanor. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2015. RV 2015:01



21. Fysiska arbetsvillkor

Ogynnsamma fysiska arbetsvillkor såsom tunga lyft och obekväma arbetsställningar rapporteras av stora andelar av befolkningen i Stockholms län. Förekomsten förefaller dock inte ha ökat sedan 2009/2011. Ogynnsamma fysiska arbetsvillkor är mindre vanliga i Stockholms län än i riket. De är generellt sett vanligare bland män än bland kvinnor. Kvinnor som är födda utanför Norden har högre fysisk belastning i arbetet än kvinnor födda i Sverige och övriga Norden. Bland män uppger samtliga grupper födda utanför Sverige högre belastningar än män födda i Sverige. Dessutom är det, bland båda könen, vanligare bland arbetare än tjänstemän att rapportera ogynnsamma arbetsvillkor. Även egenföretagare har, jämfört med tjänstemän, höga andelar som rapporterar belastningar i arbetet.

Arbetsmiljörisker står för 2,4 procent av alla förlorade funktionsjusterade levnadsår, enligt beräkningar från det globala sjukdomsbördeprojektet (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>). Av de arbetsrelaterade riskerna står ergonomiska faktorer för den största delen, därefter kommer cancerframkallande ämnen och skador.

Manuell hantering, till exempel tunga lyft, ökar risken för besvär i bröst- och ländrygg (1). Annat kraftkrävande arbete ökar risken för att utveckla besvär i nacke, axlar, armbågar och underarmar (2). Ett flertal studier visar också en viss riskökning för ryggsmärta bland de som arbetar i framåtböjd position. En viss ökad risk för ryggsmärta bland de som arbetar i vriden ställning har visats (1) liksom högre risk för smärta i nacke och axlar (2,3). Flera studier har visat att arbete med händer vid/ovan axelhöjd ökar risken för besvär i nacke och axlar (3). Arbete med repetitiva arm- och handrörelser ökar sannolikheten för att få besvär i armbåge- och underarm (3). De som är utsatta för helkroppsvibrationer i sitt arbete har en något förhöjd risk att utveckla ryggbesvär (1) och arbete med vibrerande handhållna verktyg ökar risken för bestående skador på kärl och nerver (till exempel vita fingrar, diffus neuropati och nervinklämning) och muskuloskeletal skador som skulderbesvär (4,5).

Att styrkorna på sambanden mellan fysisk belastning i arbetet och rörelseorgansbesvär ofta är relativt svaga kan bero på att det finns en rad svårigheter med att studera dem. Besvär från rörelseorganen är mycket vanligt förekommande i befolkningen och kan orsakas av en mängd olika faktorer. Det blir därför svårt att identifiera specifika risker. Ett annat problem är att studier ofta är gjorda på en viss yrkesgrupp, vilket innebär att variationen i exponering kan vara liten vilket också medför svaga samband. Ett ytterligare problem som kan medföra försvagade samband är att det är svårt att få säker information från mätningar av både fysisk belastning och rörelseorgansbesvär (6).

Förekomst och fördelning

Totalt 10 procent bland män och 6 procent bland kvinnor i Stockholms län rapporterar att de varje dag lyfter tungt (tabell 21.1). Ungefär en tredjedel bland både män och kvinnor i länet uppger att de har arbeten som kräver upprepade arbetsrörelser minst en fjärdedel av tiden. En femtedel av män och kvinnor rapporterar att de minst en fjärdedel av tiden arbetar i framåtböjd eller vriden ställning. Totalt 15 procent av männen och 11 procent bland kvinnorna i länet uppger att de arbetar med händerna upplyfta minst en fjärdedel av sin arbetstid.

Jämfört med riket är andelen i Stockholms län som har fysiskt ogynnsamma arbetsvillkor lägre bland både män och kvinnor. Anledningen till detta är att arbetsmarknaden i Stockholms län skiljer sig från riket, bland annat genom en mycket lägre andel anställda inom industrin och en mycket högre andel i jobb som kräver eftergymnasial utbildning. Inga större skillnader kan ses mellan 2009/2011 och 2013 (tabell 21.1).

Jämfört med personer födda i Sverige och övriga Norden, är andelen exponerade högre bland övriga. Dubbelt så stor andel av de kvinnor som är födda utanför Norden uppger att de har ett fysiskt tungt arbete, jämfört med födda i Sverige och övriga Norden. Dessutom

Tabell 21.1 Andel (%) exponerade för fysiska arbetsmiljöfaktorer i Stockholms län 2013 och 2009/2011 samt i riket 2013. Förvärsarbetande män och kvinnor.

	2009/2011*		2013**		Riket 2013**	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Varje dag lyfta tungt	12	7	10	6	16	10
Arbetar framåtböjd (1/4 av tiden eller mer)	20	19	21	18	25	29
Arbetar i vriden ställning (1/4 av tiden eller mer)	18	20	21	18	24	28
Arbetar med händerna upplyfta (1/4 av tiden eller mer)	16	12	15	11	20	16
Arbetet kräver upprepade arbetsrörelser (1/4 av tiden eller mer)	30	29	32	31	34	36
Utsatt för helkroppsvibrationer (1/4 av tiden eller mer)	7	1	10	0	14	2
Utsatt för vibrationer från handhållna verktyg (1/4 av tiden eller mer)	9	1	8	1	9	3

Källa: SCB:s arbetsmiljöundersökningar 2013 och 2009/2011.

*Förvärsarbetande 20–64 år

**Förvärsarbetande 16–64 år

är en liten andel av de kvinnor som är födda utanför Norden utsatta för både hand- och arm- och helkroppsvibrationer, medan dessa exponeringar inte alls rapporteras av kvinnor födda i Sverige och övriga Norden (tabell 21.2). Som framgår av tabell 21.2 är en lägre andel män födda i Sverige utsatta för fysiskt tungt arbete och vibrationer än övriga män.

Av kvinnor födda i Sverige eller övriga Norden rapporterar 9 respektive 7 procent att de i sitt arbete lyfter tungt eller har tungt kroppsarbete. Bland kvinnor födda i Europa utanför Norden eller utanför Europa rapporterar 17–18 procent sådana villkor. Att ha tungt arbete skiljer sig inte lika mycket bland män med olika födelseland. Män som är födda i Sverige har dock lägre andelar (14 %) än övriga män (18–20 %).

Att använda vibrerande handhållna maskiner och verktyg i sitt arbete är bland både män och kvinnor vanligare bland de som är födda utanför Norden, än i Sverige och övriga Norden. Fyra procent av männen födda i Sverige uppger att de utsätts för helkroppsvibrationer jämfört med åtta procent av männen födda utanför Europa.

Tabell 21.2 Andel (%) som rapporterar fysisk belastning, hand- och armvibrationer och helkroppsvibrationer. Förvärsarbetande män och kvinnor efter födelseland, åldersstandardiserade värden.

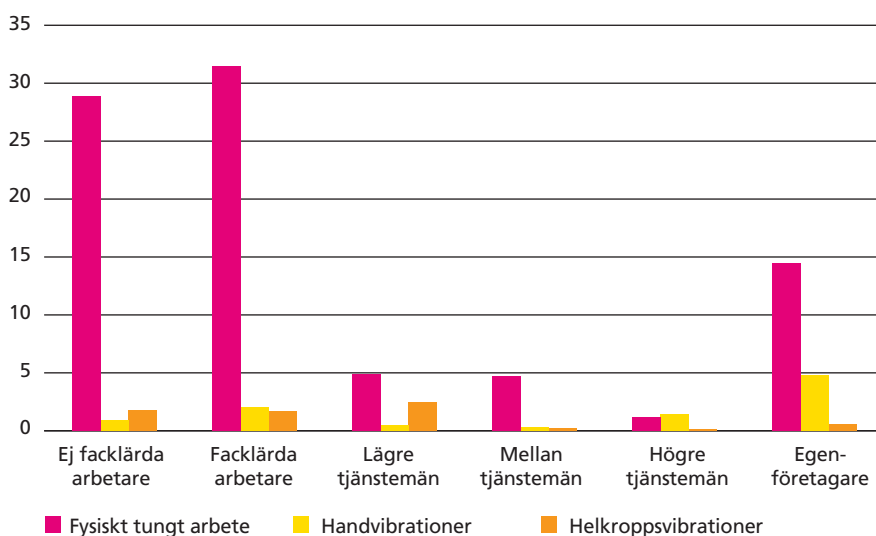
	Lyfter mycket eller har tungt kroppsarbete i sin dagliga sysselsättning	Använder vibrerande handhållna maskiner och redskap 10 tim/vecka eller mer	Utsätts för vibrationer som får hela kroppen att skaka 10 tim/vecka eller mer
Kvinnor			
Sverige	9	0,8	0,8
Norden	7	0	0
Europa	17	2	1
Övriga	18	2	1
Män			
Sverige	14	5	4
Norden	18	5	7
Europa	20	12	6
Övriga	18	10	8

Källa: SFHE 2014.

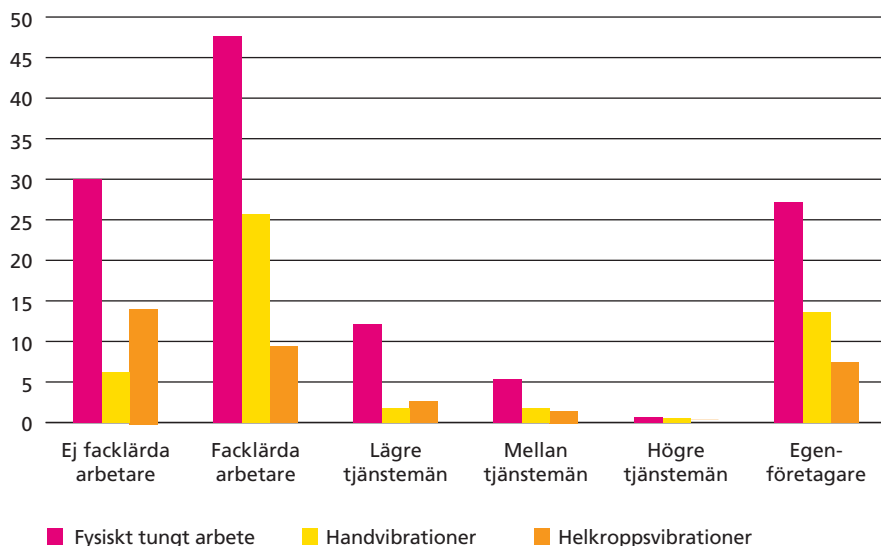
Inte överraskande är det bland båda könen en mycket större andel bland arbetare än bland tjänstemän som rapporterar ogynnsamma fysiska arbetsvillkor (figur 21.1, figur 21.2). Bland till exempel facklärd arbetare har 42 procent av männen och 27 procent av kvinnorna ett tungt arbete eller ett arbete där de lyfter mycket. Motsvarande andelar bland manliga och kvinnliga högre tjänstemän är 1 procent. Även bland egenföretagare finns många som uppger att de har fysiska belastningar i arbetet. Bland kvinnor är egenföretagare den grupp där högst andel uppger att de utsätts för vibrationer från handhållna verktyg.

Analys och tolkning

De arbetsvillkor som beskrivits i avsnittet ökar risken för att utveckla ohälsa, som besvär i rörelseorganen och neurologiska skador. Besvär i rörelseorganen påverkar ofta människors arbetsförmåga och är en av de vanligaste diagnosgrupperna vid sjukskrivning. I december 2014 svarade denna diagnosgrupp för 22 procent av sjukfrånvarofall bland kvinnor och 27 bland män. Att förbättra arbetsvillkoren kan därför vara ett sätt att förebygga sjukfrånvaro.



Figur 21.1. Andel (%) bland förvärvsarbetande kvinnor i olika socioekonomiska grupper som rapporterar fysisk belastning, handvibrationer och helkropps vibrationer. Åldersstandardiserade värden. Källa: SFHE 2014.



Figur 21.2. Andel (%) bland förvärvsarbetande män i olika socioekonomiska grupper som rapporterar fysisk belastning, handvibrationer och helkroppsvibrationer. Åldersstandardiserade värden. Källa: SFHE 2014.

Särskilt utsatta grupper är arbetare i allmänhet och facklärd arbetare i synnerhet. Även bland egenföretagare uppger en hög andel belastningar i arbetet. Enligt SFHE 2014 var 14 procent av förvärvsarbetande män och kvinnor i länet ej facklärd arbetare och 12 procent facklärd. Av männen var 14 procent egenföretagare och av kvinnorna 7 procent. Den socioekonomiska fördelningen skiljer sig mycket mellan olika delar av länet. I Skärholmen uppgav till exempel 56 procent att de har ett arbetaryrke medan motsvarande siffra i Danderyd är 7 procent. Invånare som är födda utanför Sverige är oftare utsatta för belastningar i arbetet än de som är födda i Sverige. År 2014 var 23 procent av länets invånare utrikes födda (SCB). Variationerna i andel utrikes födda mellan kommuner är stora. Störst är andelen utrikes födda i Botkyrka (40 %) och lägst i Vaxholm (10 %).

En viktig fråga är huruvida information från SFHE speglar den faktiska förekomsten av ogynnsamma arbetsvillkor i länet. Att en stor andel inte besvarat enkäten kan göra att urvalet inte är representativt för alla anställda i länet. Detta bortfall har hanterats genom viktning, se introduktionen. Ett annat problem som kan snedvrider resultaten är om bortfallet är större i grupper som har de mest utsatta arbetena. En grupp som förefaller öka är de som arbetar i osäkra och korta anställningar, ofta kallade "prekära" eller "atypiska" anställningar. Kunskap om omfattningen av dessa typer av arbeten är bristfällig. Man kan dock misstänka att dessa grupper är svåra att nå, eftersom osäkra anställningar kan sammanfalla med avsaknad av fast boende. De kan också avstå från att besvara enkäter

på grund av språksvårigheter. Dessutom finns risk för att de frågor som ställs, som ofta har som utgångspunkt att man har ett givet arbete och arbetsplats, inte är relevanta för dem med osäkra, korta anställningar.

Insatser

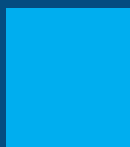
Arbetsmiljölagen (1977:1160) syftar till att undvika ohälsa i arbetslivet och uppnå god arbetsmiljö. Det är arbetsgivarens ansvar att se till att detta uppnås genom att vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. De ska genomföra ett systematiskt arbetsmiljöarbete, utreda ohälsa och olycksfall, genomföra åtgärder och följa upp dessa i sin verksamhet (7). Arbetstagaransvar är att följa föreskrifter och att använda skyddsanordningar.

Med olika insatser kan den fysiska arbetsmiljön förbättras och ogynnsamma arbetsvillkor begränsas. En typ av insatser är att förändra hur arbetet är organiserat genom att till exempel öka variationen i arbetsuppgifter och arbetsställningar, samt att öka anställdas möjlighet att påverka arbetstakt och raster. Vid arbete som omfattar ogynnsam fysisk belastning är det viktigt att arbetstagarna får utbildning i till exempel lyftteknik och tekniska hjälpmedel. Självklart är det viktigt att det också finns utrymme i arbetet för att använda bra arbetsteknik och utrustning. Regelbunden service på maskiner och verktyg kan innebära att vibrationsskadorna minskar.

En av Stockholms läns landstings främsta uppgifter är att se till att invånarna i länet får tillgång till en välfungerande hälso- och sjukvård. Landstinget är också en stor arbetsgivare och upphandlare av varor och tjänster. I båda dessa roller har landstinget möjlighet att bidra till goda arbetsförhållanden. Detta uttrycks i Stockholms läns landstings folkhälsopolicy (8) där man bland annat slår fast att landstinget ska verka för en god arbetsmiljö i egna verksamheter och bolag, arbeta aktivt för att förbättra den egna personalens hälsa samt verka för hälsofrämjande arbetsplatser vid upphandlingar och avtal.

Referenser

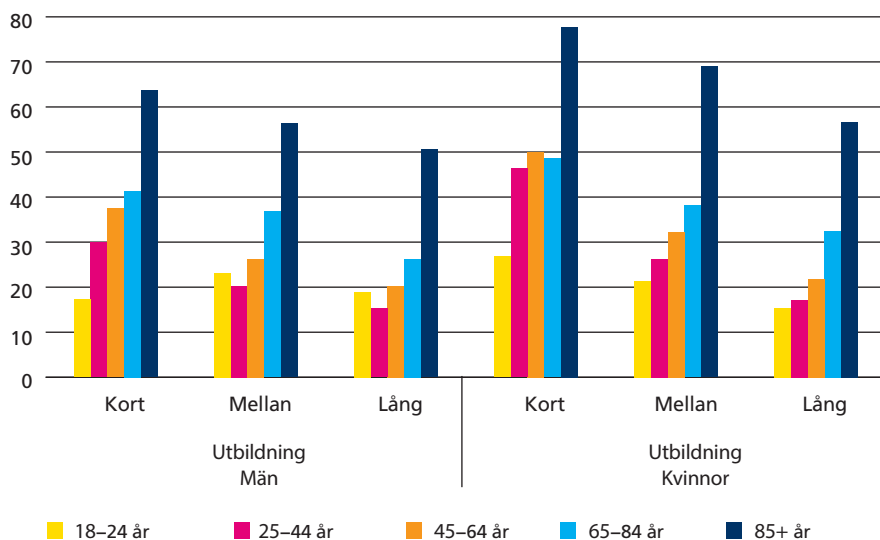
1. Arbetsmiljöns betydelse för ryggsproblem. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014.
2. Mayer J, Kraus T, Ochsmann E. Longitudinal evidence for the association between work-related physical exposures and neck and/or shoulder complaints: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(6):587-603.
3. Arbetets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar: Nacken och övre rörelseapparaten. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012.
4. Arbete och helkroppsvibrationer – hälsorisker. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2011.
5. Arbetsjukdom – skadlig inverkan – samband med arbete. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2002.
6. Punnett L. Musculoskeletal disorders and occupational exposures: how should we judge the evidence concerning the causal association? *Scand J Public Health*. 2014; 42(13 Suppl):49-58.
7. Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2001:1: Systematiskt arbetsmiljöarbete. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2001.
8. Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2012.



22. Sociala skillnader i hälsa

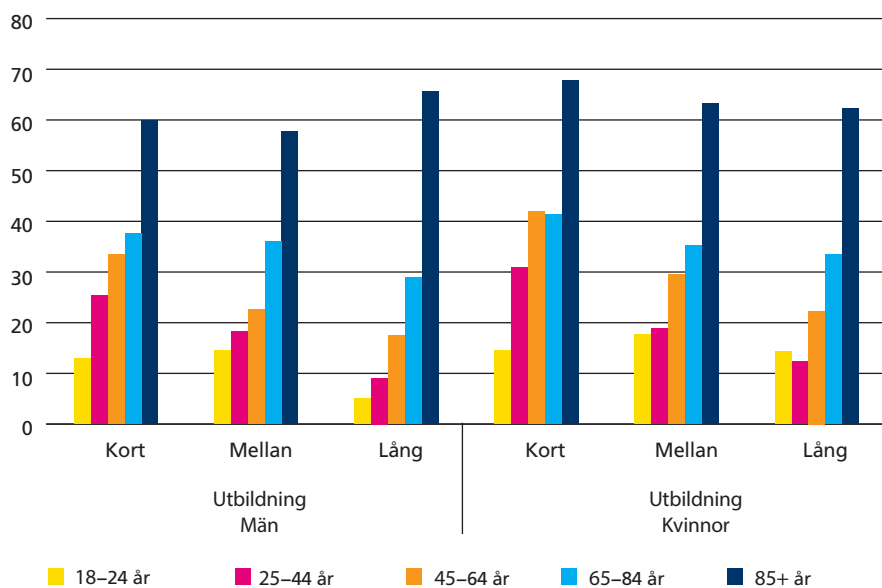
Den förväntade livslängden ökar i riket och i Stockholms län. Dock finns påtagliga variationer inom länet (1), som har samband med skillnader i välstånd och utbildningsnivå. Danderyds kommun har högst förväntad livslängd, både bland kvinnor (86,4 år) och män (83,5 år). Bland befolkningen i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden är förväntad livslängd bland män genomsnitt 6,8 år kortare än i Danderyd, och bland kvinnor 4,1 år kortare. I Stockholms län är skillnaderna i förväntad livslängd mellan personer med lång och kort utbildning större än i riket (6,9 år i länet mot 5,2 år i riket bland män respektive 5,9 år mot 5,2 år bland kvinnor) (1).

Ohälsa och sjuklighet är vanligare i lägre socioekonomiska grupper, men hur stora skillnaderna är beror på ålder och vilket mått på hälsa eller sjuklighet som används. De oftast använda måtten på socioekonomisk position är utbildningsnivå, socioekonomisk indelning (SEI) baserat på yrke, samt inkomst (position i inkomstfördelningen) (2). I allmänhet uppger kvinnor sämre hälsa och mer sjuklighet än män. Personer med kort utbildning (både män och kvinnor) uppger sämre hälsa och mer sjuklighet än personer med lång utbildning (figur 22.1, figur 22.2). Skillnaderna med avseende på utbildningsnivå varierar med ålder och är mest uttalade i åldrarna 25–64 år för att sedan minska i de äldsta åldersgrupperna.



Figur 22.1 Andel (%) som rapporterar sämre än god självskattad hälsa bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

Källa: SFHE 2014.



Figur 22.2 Andel (%) som rapporterar långvarig begränsande sjukdom bland män och kvinnor efter ålder och med olika utbildning.

Källa: SFHE 2014.

Den större sjukdomsburden i lägre socioekonomiska grupper beror på både kortare förväntad livslängd och färre friska levnadsår. Såväl dödlighet som sjuklighet är högre i lägre socioekonomiska grupper, och det gäller de flesta sjukdomsdiagnoser (2).

Andelen kvinnor 25–44 år med kort utbildning som uppger att de har sämre än god hälsa och långvarig begränsande sjukdom har ökat sedan 2010. Tendensen sedan år 2002 är annars att denna ohälsa minskat eller är oförändrad bland både män och kvinnor.

Sociala skillnader i hjärtkärlsjukdom

Likartade skillnader mellan utbildningsgrupper som för självskattad hälsa och självrapporterad sjukdom, ser man för bland annat hjärtkärlsjukdom, exemplifierat med förstagångsinsjuknande i akut hjärtinfarkt (tabell 22.1) respektive slaganfall/stroke (tabell 22.2). Data kommer från Stockholms läns landstings vårdregister (VAL), till vilket länskats uppgifter om utbildningsnivå. Analyserna har gjorts på sammanslagna data för åren 2006–2011.

Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt ökar med ålder, med ett fördubblat eller högre insjuknande bland personer 80+ år jämfört med personer i åldern 65–79 år. Nivåerna är påtagligt högre bland män än bland kvinnor men könsskillnaden minskar med åldern. Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt är drygt 50 procent vanligare i gruppen med kort utbildning än med lång utbildning, både bland män och kvinnor (tabell 22.1). Skillna-

Tabell 22.1 Förstagångsinsjuknande i akut hjärtinfarkt per 10 000, män och kvinnor efter ålder och utbildning.

	Män	Kvinnor
Ålder		
18–44 år	7	2
45–64 år	176	50
65–79 år	597	291
80 + år	1399	1002
Utbildning*		
Kort	242	163
Medel	207	136
Lång	159	105

Källa: egna bearbetningar av länkade data från VAL 2006–2011.

*Åldersstandardisering har använts

Tabell 22.2 Förstagångsinsjuknande i slaganfall/stroke per 10 000, män och kvinnor efter ålder och utbildning.

	Män	Kvinnor
Ålder		
18–44 år	10	8
45–64 år	121	74
65–79 år	558	367
80 + år	1414	1258
Utbildning*		
Kort	202	202
Medel	187	183
Lång	157	161

Källa: egna bearbetningar av länkade data från VAL 2006–2011.

*Åldersstandardisering har använts

derna är liknande mellan åldersgrupper då det gäller slaganfall/stroke (tabell 22.2), men något mindre mellan grupper med olika utbildningsnivå och mellan män och kvinnor.

Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdom

Sociala faktorer påverkar risken för sjukdom, men sjukdom kan också ha negativa sociala och ekonomiska konsekvenser, det vill säga orsakssambanden kan gå i båda riktningar. Oftast studerar vi sociala orsaker till sjukdom men konsekvenserna av sjukdom kan också bidra till ojämlikhet i hälsa (2).

De sociala och ekonomiska konsekvenserna av sjukdom varierar med diagnos och allvarlighetsgrad. De kan också variera mellan grupper med olika yrken eller utbildningsnivå. Givet samma diagnos (till exempel hjärtinfarkt) kan möjligheterna att behålla eller gå tillbaka till sitt arbete skilja sig mellan personer med fysiskt tunga jobb och de som har lättare kontorsarbete. Personer med psykisk sjukdom kan ha svårare att få och behålla en anställning än personer med en kroppslig sjukdom. Sambanden påverkas också av lagstiftning på arbetsmarknaden (till exempel anställningsskydd) och socialförsäkringens utformning.

För personer med nedsatt hälsa innebär förändringar på arbetsmarknaden ofta ökade svårigheter, särskilt om de också har kort utbildning. Andelen sysselsatta bland personer med sjukdom påverkas av många olika faktorer, som efterfrågan på arbetskraft, lagstiftning om anställningsskydd och aktiva arbetsmarknadsåtgärder. I början av 1990-talet var omkring 70 procent av personer med kort utbildning och långvarig begränsande sjukdom sysselsatta i Sverige, en mycket hög siffra i ett internationellt perspektiv, men andelen har successivt minskat till omkring 40 procent år 2012 (3).

De ekonomiska konsekvenserna av sjukdom beror främst på inkomstbortfall. Utöver detta tillkommer kostnader för hälso- och sjukvård, läkemedel och hjälpmedel. Att i yrkesverksam ålder ha ett avlönat arbete är i Sverige den viktigaste förutsättningen för att upprätthålla god ekonomisk standard. Socialförsäkringen kompenserar delvis inkomstbortfall vid sjukdom genom sjukpenning, och vid långvarig nedsättning av arbetsförmåga även genom sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallad förtidspension). Personer vars nedsättning av arbetsförmåga till följd av sjukdom inte anses kvalificera för sjukersättning, men som ändå inte kan fortsätta i sitt arbete, blir arbetslösa och får ersättning från arbetslöshetskassa eller försörjningsstöd från kommunen. I båda fallen blir ersättningen låg i förhållande till tidigare arbetsinkomst.

Inkomstökningar och skatteavdrag för yrkesverksamma har bidragit till att den reella inkomsten ökat för en stor andel av den arbetande befolkningen. Gapet mellan de som arbetar och inte arbetar har ökat, bland annat genom att arbetslöshetsersättning eller ekonomiskt bistånd minskat eller stagnerat över tid. Ökad ojämlikhet i inkomst bidrar också till en ökning av andelen i relativ fattigdom (med en inkomst lägre än 60 % av medianinkomsten). I gruppen 30–59 år med långvarig begränsande sjukdom ökade andelen i

Tabell 22.3 Andel (%) sysselsatta bland män och kvinnor med långvarig begränsande sjukdom efter ålder och utbildning.

	Män Utbildning			Kvinnor Utbildning		
	Kort	Mellan	Lång	Kort	Mellan	Lång
18–24 år	31,0	51,1	20,6*	20,6	68,2	35,2
25–44 år	52,3	77,8	86,3	53,5	73,8	77,5
45–64 år	52,8	70,4	72,0	49,5	66,2	75,7

Källa: SFHE 2014.

* < 10 personer

relativ fattigdom bland de som inte arbetade från 13 procent år 2005 till 23 procent år 2010 (4). Bidragande orsaker till detta är sannolikt reformen i socialförsäkringen år 2008 som begränsade sjukskrivningstiden, och ökad ojämlikhet i inkomst under den senaste tjugoårsperioden.

I tabell 22.3 visas andelen sysselsatta år 2014 i Stockholms län bland män och kvinnor med långvarig begränsande sjukdom och olika utbildningsnivå. Andelen sysselsatta i denna grupp är något högre i Stockholms län än nationellt. En jämförelse av självrporterat psykiskt välbefinnande bland kvinnor utanför arbetsmarknaden i Stockholms län, visade en försämring år 2010 jämfört med år 2006 (5).

Orsaker till sociala skillnader i hälsa – förklaringsmekanismer

Sociala skillnader eller ojämlikhet i hälsa kan ha flera principiella förklaringsmekanismer (6):

- 1) Materiella livsvillkor (inkomst, boende, arbetsvillkor)
- 2) Psykosocial stress (livshändelser, krav/kontroll, stöd)
- 3) Levnadsvanor (rökning, fysisk inaktivitet, alkoholvanor, matvanor)
- 4) Tillgång till hälso- och sjukvård (prevention, primärvård, sjukhusvård)

Sociala skillnader i hälsa kan delvis förklaras av skillnader i dessa förutsättningar – till exempel att låg inkomst är vanligare i lägre socioekonomiska grupper. Det finns ytterligare mekanismer, som ökad sårbarhet av att vara exponerad i grupper med kort utbildning och låg inkomst.

Nedan beskrivs exempel på fördelningen av olika riskfaktorer uppdelat på utbildningsgrupper för män och kvinnor.

Tabell 22.4 Andel (%) som rapporterar problem med löpande utgifter bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

	Män Utbildning			Kvinnor Utbildning		
	Kort	Mellan	Lång	Kort	Mellan	Lång
18–24 år	11,3	20,6	13,5	10,2	28,5	17
25–44 år	26,3	17,6	9,9	36,7	25,7	12,6
45–64 år	21,4	12,5	8,9	22,3	15	9
65–84 år	8,9	5,4	5,9	9,2	7	5,8

Källa: SFHE 2014.

Materiella livsvillkor: Ekonomiska problem

Hälsa har ett samband med inkomst och ekonomiska problem. Förutom rent materiella brister (mat, boende) kan ekonomiska problem generera oro och indirekt påverka hälsotillståndet negativt via psykosocial stress (7). De kan också leda till att man avstår från att söka vård eller hämta ut läkemedel.

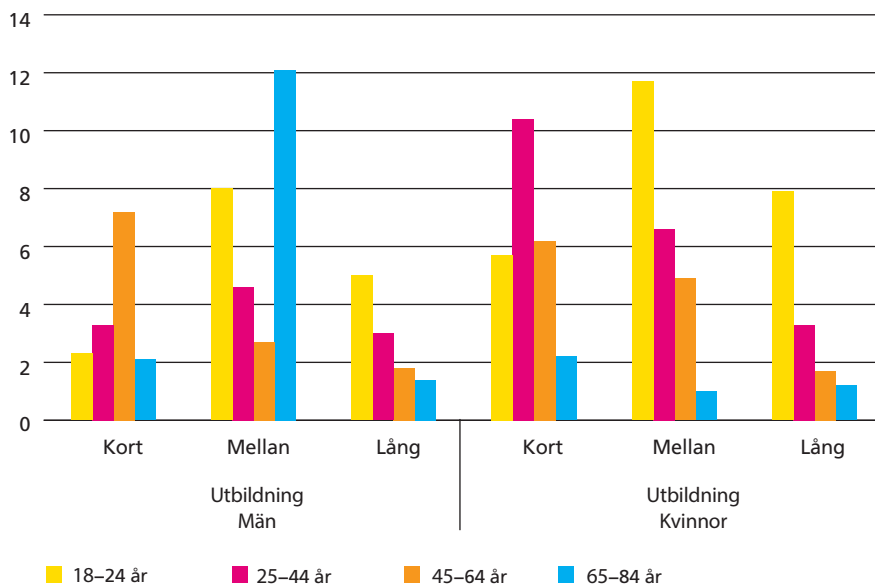
Andelen som rapporterar ekonomiska problem (problem med löpande utgifter under de senaste tolv månaderna) varierar mellan män och kvinnor och efter utbildningsnivå (tabell 22.4). Andelen är oftast högre bland kvinnor, högst i gruppen 25–44 år och 2–3 gånger högre bland personer med kort utbildning än personer med lång utbildning.

Liknande skillnader mellan utbildningsgrupper ser man också när det gäller att ha avstått från att söka vård på grund av dålig ekonomi (figur 22.3) och att ha avstått från att besöka tandläkare (figur 22.4). Andelen är oftast högre bland kvinnor, i grupper med kortare utbildning och i åldrarna 25–44 år.

Psykosocial stress: Utsatt för våld eller hot om våld

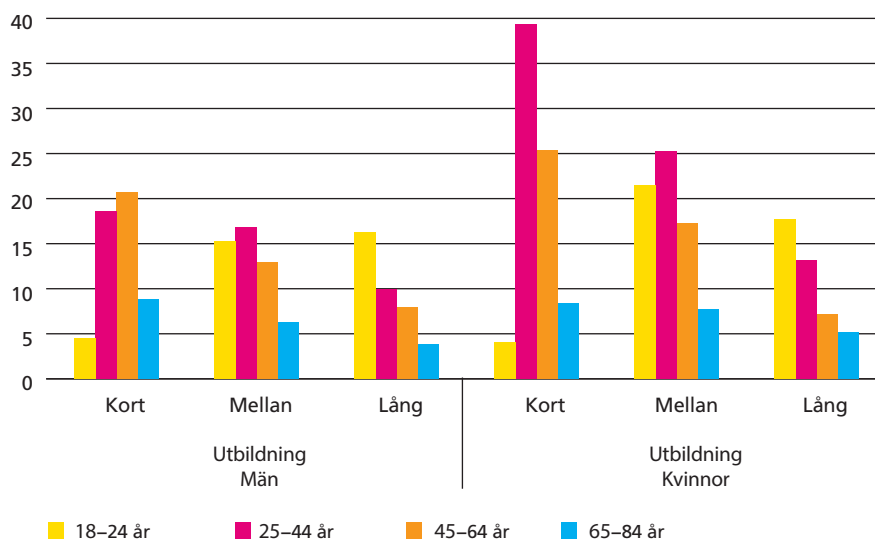
Att vara utsatt för våld eller hot om våld kan ha negativa effekter på hälsan, antingen direkt eller genom ökad stress och oro. Våld förekommer i alla samhällsgrupper, men om utsattheten för våld är högre i grupper med kortare utbildning och lägre inkomst, kan den bidra till ojämlikheten i hälsa.

I tabell 22.5 visas andelen som rapporterar att de blivit utsatta för våld, bland män och kvinnor i olika åldersgrupper och med olika utbildningsnivå. Att ha varit utsatt för våld är vanligare bland yngre personer och i grupper med kortare utbildning samt i allmänhet vanligare bland män än bland kvinnor. Liknande mönster syns när det gäller att ha varit utsatt för hot om våld (tabell 22.5), där dock kvinnor i vissa grupper i uppger att de varit utsatta i högre utsträckning än män.



Figur 22.3 Andel (%) som avstått från att söka vård på grund av ekonomiska problem bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

Källa: SFHE 2014.



Figur 22.4 Andel (%) som avstått från att söka tandvård på grund av ekonomiska problem bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

Källa: SFHE 2014.

Tabell 22.5. Andel (%) som rapporterar att ha varit utsatt för våld respektive hot om våld bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

Utbildning	Män			Kvinnor		
	Kort	Mellan	Lång	Kort	Mellan	Lång
Utsatt för våld						
18–24 år	10	8	3	5	5	3
25–44 år	7	5	3	6	3	2
45–64 år	3	3	1	5	2	2
65–84 år	1	1	2	1	1	1
Utsatt för hot om våld						
18–24 år	7	4	4	7	6	5
25–44 år	9	3	4	8	6	4
45–64 år	3	2	3	5	5	3
65–84 år	0	1	1	1	1	2

Källa: SFHE 2014.

Frågorna anger inte var man hotats eller utsatts för våld – det kan gälla till exempel våld på gatan, på arbetet, i bostadsområdet eller i hemmet.

Psykosocial stress: Att sakna socialt stöd, bristande tillit till andra

Att inte ha tillgång till socialt stöd, eller att sakna tillit till andra i bostadsområdet, kan ses som exempel på psykosociala orsaker till ohälsa och bidrar till att förklara sociala skillnader i hälsa.

I tabell 22.6 visas andelen män och kvinnor med olika utbildningsnivå och i olika åldersgrupper som uppger att de saknar socialt stöd. Andelen är större bland män än bland kvinnor och högst bland män 45–64 år med kort utbildning. Bland personer 65–84 år är skillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå mycket mindre än i åldersgruppen 25–64 år.

Andelen som saknar tillit till andra i bostadsområdet är som mest 2–3 gånger högre bland personer med kort utbildning än bland personer med lång utbildning, framför allt i ålderrarna 25–64 år (tabell 22.6).

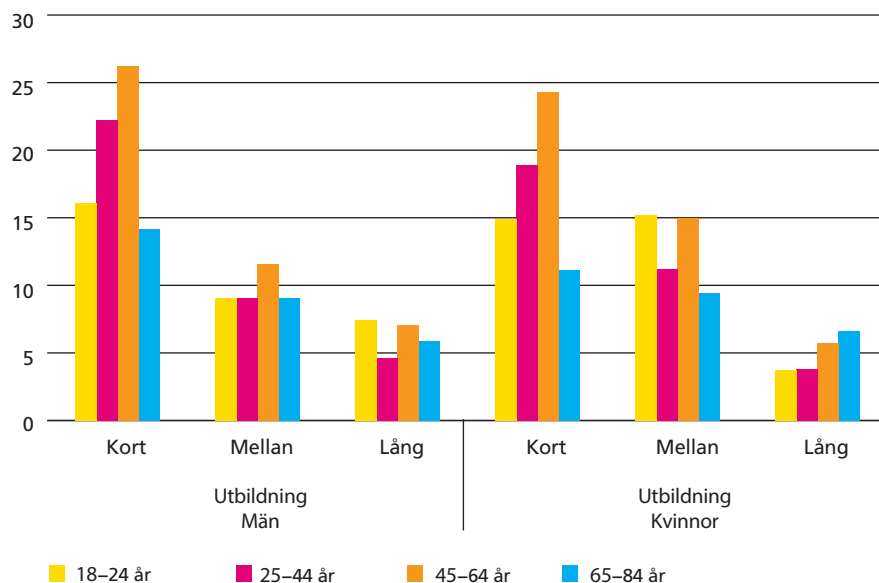
Skillnader i levnadsvanor – daglig rökning

Skillnader i levnadsvanor kan också bidra till att förklara sociala skillnader i hälsa. I figur 22.5 ges exempel när det gäller andelen dagligrökare. Andelen rökare är 2–3 gånger högre bland personer med kort utbildning än bland personer med lång utbildning. Andelen rökare är högst i åldersgruppen 45–64 år, både bland män och kvinnor. Skillnader mellan utbildningsgrupper finns i alla åldrar för båda könen.

Tabell 22.6 Andel (%) som saknar socialt stöd ,respektive saknar tillit till andra i bostadsområdet, bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

Utbildning	Män			Kvinnor		
	Kort	Mellan	Lång	Kort	Mellan	Lång
Saknar socialt stöd						
18–24 år	12	13	8	9	11	12
25–44 år	18	11	6	22	11	6
45–64 år	12	18	5	12	8	3
65–84 år	5	4	4	8	6	9
Saknar tillit						
18–24 år	12	13	8	9	11	12
25–44 år	18	11	6	22	11	6
45–64 år	12	18	5	12	8	3
65–84 år	5	4	4	8	6	3

Källa: SFHE 2014.



Figur 22.5 Andel (%) dagligrökare bland män och kvinnor efter ålder och utbildning.

Källa: SFHE 2014.

Det finns således påtagliga skillnader mellan olika utbildningsgrupper när det gäller materiella faktorer, psykosociala faktorer och levnadsvanor. Hur mycket av skillnader i hälsa mellan grupper med olika utbildningsnivå kan förklaras av de faktorer som redovisats i ovanstående tabeller och figurer?

Den högre risken för ohälsa som män med kort utbildning löper, minskar (från 1,60 till 1,36 gånger högre än hos män med lång utbildning) när man i statistiska modeller tar hänsyn till skillnader i att inte vara sysselsatt och att ha besvär med ekonomin. Det kan tolkas som att det inte bara är utbildningens längd som ligger bakom ohälsan i gruppen, utan också sysselsättning och ekonomi. Tabell 22.7 redovisar resultatet av den metod som använts (regressionsanalys) och effekten av övriga faktorer.

Tabellen visar också att vissa faktorer i sig har ett samband med sämre än god hälsa, men att dessa inte verkar förklara hälsoskillnader mellan utbildningsgrupper, till exempel när det gäller att ha avstått från sjukvård och tandvård på grund av dålig ekonomi.

Sociala skillnader i hälsa har komplexa orsaker som varierar beroende på sjukdom. Förbättrade livsvillkor (arbete, ekonomi, boende, socialt stöd och nätverk), liksom hälsofrämjande levnadsvanor och god tillgång till hälso- och sjukvård, kan bidra till att förbättra hälsan och minska sociala skillnader i hälsa.

Tabell 22.7 Skillnader (oddskvoter) mellan utbildningsgrupper i statistiska modeller (logistisk regression, utfall = sämre än god hälsa), med kontroll för möjliga mediatorer, män respektive kvinnor, justerat för ålder.

	Män					Kvinnor				
	Modell 1	Modell 2	Modell 2 alt	Modell 3	Modell 4	Modell 1	Modell 2	Modell 2 alt	Modell 3	Modell 4
Kort vs lång utbildning	1,60	1,36	1,38	1,33	1,27	2,15	1,91	1,90	1,87	1,80
Ej sysselsatt		1,97	1,83	1,93	1,91		1,87	1,74	1,68	1,72
Besvär ekonomi		2,64	1,85	2,27	2,15		2,98	1,90	2,61	2,51
Saknar stöd				1,80	1,76				2,29	2,26
Saknar tillit				1,95	1,89				2,22	2,10
Röker dagligen					1,62					1,61
Avstått sjukvård			2,30					2,04		
Avstått tandläkare			1,69					2,01		

Källa: SFHE 2014.

Modell 2 alt är modell 2 men där man också lagt till variablerna avstått sjukvård/tandläkare.

Tabell 22.8 Jämförelse mellan olika grupper i befolkningen i Stockholms län avseende olika riskfaktorer.

	Befolkningen					18-64 år	18-64 år	18-64 år	18-64 år	18-64 år
	18-64 år	18-64 år	Utrikes födda	Ensamstående mödrar	Arbetslösa unga vuxna					
Antal svarande	15 614	3 061	346	76	401	843				
Sysselsättning										
Arbetslös	4	7	8	100	0	10				
Sjuk/aktivitetsersättning	3	5	3	0	100	5				
Ekonomiska resurser										
Svårt att klara löpande utgifter	15	22	33	34	38	27				
Sociala relationer										
Saknar personligt stöd	13	23	18	6	24	28				
Trygghet, tillit										
Utsatt för hot om våld	4	4	10	5	7	4				
Utsatt för våld	3	3	5	5	3	3				
Ej tillit till andra i området	8	16	15	10	21	28				
Vård och ekonomiska resurser										
Avstått tandläkare	14	21	30	22	36	25				
Avstått sjukvård	4	6	11	12	11	10				
Avstått läkemedel	4	5	12	7	15	8				
Levnadsvanor										
Röker dagligen	10	15	13	25	22	17				
Intensivkonsumtion av alkohol	11	9	5	13	14	12				
Hälsoutfall										
Långvarig begränsande sjukdom	19	21	24	23	89	26				
Sämré än god självskattad hälsa	23	28	33	33	79	34				
Nedsatt psykiskt välbefinnande	26	26	40	41	46	29				

Källor: SFHE 2014.

Hälsa bland utsatta grupper, områdesskillnader i hälsa

Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer skiljer sig påtagligt mellan befolkningar i socialt och ekonomiskt mer och mindre gynnade områden. En stor del av dessa skillnader beror på skillnader i befolkningssammansättning när det gäller utbildningsnivå, sysselsättning och ekonomiska resurser men även skillnader i levnadsvanor. Tidigare rapporter har visat skillnader i hälsotillstånd och i bestämningsfaktorer för hälsa, till nackdel för personer i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden (1). I tabell 22.8 visas skillnader mellan olika grupper när det gäller sysselsättning, ekonomi, socialt stöd, trygghet, vård och ekonomiska resurser, levnadsvanor samt hälsoutfall.

Som framgår av tabellen finns påtagliga skillnader mellan grupperna, både när det gäller bestämningsfaktorer för hälsa och hälsoutfall. Den första kolumnen representerar hela befolkningen 18–64 år. Personer som är utrikes födda är i högre grad arbetslösa, har sjuk-/aktivitetsersättning, mer problem med ekonomi, saknar socialt stöd och har bristande tillit till andra i området. De har också i högre grad avstått från vård och tandvård på grund av dålig ekonomi. Rökning, men inte intensivkonsumtion av alkohol, är vanligare, och en större andel av de utrikes födda uppger sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt.

Ensamstående mödrar har högre arbetslöshet och mer problem med ekonomi, har oftare varit utsatta för våld och hot om våld, samt avstått vård. De saknar också i större utsträckning personligt stöd och uppger sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Arbetslösa unga vuxna har också ekonomiska problem, avstår från vård och uppger att de har sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Personer med sjuk- och aktivitetsersättning har denna ersättning på grund av sjukdom och uppger också sämre hälsa, men har även ekonomiska problem och är dagligrökare i större utsträckning. Man avstår från att söka vård på grund av dålig ekonomi i större utsträckning än befolkningen i stort.

De mindre socialt och ekonomiskt gynnade områden som var föremål för den tidigare Storstadssatsningen har lägre sysselsättningsgrad, högre andel personer med kort utbildning och sämre sociala och ekonomiska förutsättningar än övriga områden i Stockholms län. Bland de som bor i Storstadssatsningens områden är arbetslösheten högre, liksom andelen med sjuk- och aktivitetsersättning. En större andel uppger att de har ekonomiska problem. Fler uppger att de saknar personligt stöd och har avstått från vård på grund av dålig ekonomi. Andelen som inte har tillit till andra i bostadsområdet är högst här. I dessa områden är också daglig rökning vanligare, liksom långvarig begränsande sjukdom och sämre än god självskattad hälsa (tabell 22.8).

Områdesskillnader i hälsa

En tidigare rapport visade också på stora skillnader i förekomst av folksjukdomar mellan befolkningen i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden och länet i övrigt (8). Förekomsten av diabetes är två till tre gånger högre och hjärtkärlsjukdomar debuterar vid

yngre ålder i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en konsekvens av bland annat rökning, och är också vanligare i dessa områden än i övriga länet. Diabetes, hjärtkärlsjukdom och KOL har samband med levnadsvanor som motion/stillasittande, kostvanor och rökning. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder inriktade på sådana bestämningsfaktorer kan därmed minska skillnaderna mellan områdena. I den här delen av befolkningen är det också vanligare att vissa sjukdomar är underdiagnosticerade, att de inte behandlas eftersom de inte är kända av patienten eller hälso- och sjukvården. Även psykisk sjukdom som depression och psykos är vanligare i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden.

Hur kan den lokala hälso- och sjukvården bidra till minskade skillnader i hälsa?

Skillnaderna i sjukdomsförekomst innebär en större sjukdomsburda och ett större behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden. Alla de beskrivna sjukdomstillstånden kräver regelbunden kontakt med en välfungerande lokal hälso- och sjukvård, samt personlig rådgivning och vägledning när det gäller levnadsvanor som kan öka risken för sjukdom. För att minska nyinsjuknande krävs också befolkningsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, med fokus på livsvillkor och levnadsvanor som rökning, mat och motion. Därutöver behövs utåtriktade och uppsökande åtgärder för att upptäcka och behandla tidiga fall av sjukdom hos de som inte själva söker hälso- och sjukvård.

Primärvården behöver överlag förstärkas och kvaliteten i vård och behandling förbättras. De flesta av de beskrivna sjukdomarna tas om hand i den lokala primärvården. Även om individer kan välja att lista sig på andra mottagningar, väljer en stor del av befolkningen den närmaste mottagningen. Etablering av husläkarmottagningar är fri, vilket innebär att beslut om geografisk etablering av nya mottagningar inte styrs av politiska beslut eller behov hos den lokala befolkningen. Under en period har ersättningssystemen inte tagit hänsyn till socioekonomiska faktorer. Studier har visat sämre måloppfyllelse av nationella kvalitetsmål för diabetes på vårdcentraler i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden än på andra vårdcentraler (9). Andra studier har funnit att slutenvård som hade gått att undvika är vanligare i områden med lägre medianinkomst än i övriga områden, vilket tyder på att primärvården inte fungerar optimalt (10,11). Dessa studier pekar på att det finns en potential för förbättring.

Förändringar av ersättningssystemet i primärvården i Stockholms läns landsting har nyligen beslutats, där en ökad andel av ersättningen baseras på kapitering som viktats enligt Care Need Index. Det är viktigt att följa upp effekterna av denna förändring som syftar till en mer behovsstyrd fördelning av vårdresurserna. För att förbättra hälsan bland personer i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden behövs också andra lokala insatser. I motsvarande områden i andra storstäder har man etablerat närsjukhus, till exempel Angereds närsjukhus i Göteborg, och vård som organiseras efter befolkningens behov.

Vem ansvarar för befolkningens hälsa?

Tidigare ansvarade primärvården för att följa upp och samordna insatser för att förbättra befolkningens hälsa. Med individuell listning som följde av Vårdvalsreformen, föll ansvaret för befolkningens hälsa bort, och idag har ingen instans detta ansvar. I Stockholms läns landsting pågår en försöksverksamhet vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden. Där försöker man med en extra sjukskötersketjänst överbrygga detta gap och stimulera till befolkningsinriktade hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Det finns en stor potential att förbättra hälsan i socialt och ekonomiskt mindre gynnade områden genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Det finns också ett påtagligt behov av förstärkt primärvård och annat lokalt vårdutbud i områden med högre sjuklighet.

Hälsan bland utsatta grupper

En viktig källa för Folkhälsorapport 2015 är Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter. Vissa utsatta grupper, som EU-migranter och hemlösa, ingår inte i urvalsramen till undersökningen och representeras således inte i data. På grund av varierande svarsfrekvens i olika sociala grupper kan också andra grupper vara underrepresenterade. För att bättre belysa livsvillkor och hälsa bland dessa grupper krävs särskilda studier.

Hemlösa

Socialstyrelsen genomför vart sjätte år, senast år 2011, nationella kartläggningar av hemlöshet, och Stockholms stad gör lokala kartläggningar av hemlöshet vartannat år, senast 2014 (12,13). Undersökningarna är inte jämförbara eftersom de använder olika definition av hemlöshet. Vidare görs datainsamlingen under ett dygn i Stockholms stad medan den nationella kartläggningen görs under en vecka. Kartläggningen i Stockholms stad räknar de personer som man på olika sätt får tag på, och ingen redovisning görs av bortfall. Vid undersökningen år 2014 fann man 2651 hemlösa personer, vilket är en minskning med 215 individer sedan föregående undersökning, år 2012. Bland de 2651 hemlösa personerna bedömdes 28 procent ha en påtaglig psykisk störning som medför behov av behandling eller omvårdnad. Över hälften hade ett känt missbruk (med viss dominans av narkotikamissbruk). I kartläggningen var 151 personer 65 år eller äldre (13). Dessa äldre hemlösa har ofta varit hemlösa under längre tid och en större andel har fysiska sjukdomar.

Hemlösa personer har överlag sämre hälsa och kortare förväntad livslängd än länets befolkning i övrigt (14,15). Vissa diagnoser kan ses som bidragande orsaker till hemlöshet, andra som konsekvenser av hemlösheten. Den sammanlagda effekten är sämre hälsa och större behov av vård.

När psykiatrireformen genomfördes under 1990-talet minskades antalet allmänpsykiatriska vårdplatser med två tredjedelar och antalet slutenvårdsplatser med 40 procent i Stockholms läns landsting. I samband med detta tredubblades andelen hemlösa med

påtaglig psykisk störning, från 1993 till 1998 (16). Detta indikerar att också institutionella vårdresurser har samband med hemlöshet.

Boendemöjligheter är viktiga för de hemlösa men även institutionella resurser inom psykiatri och beroendevård. För närvarande finns specifika landstingsfinansierade hälso- och sjukvårdsresurser för hemlösa i Stockholms län vid Ersta sjukhus: Öppenvårdsmottagningen Pelarbacken som har specialister i allmänmedicin, beroendevård, gynekologi samt fotvård. I samma enhet finns socialtjänstverksamhet för hemlösa och slutenvårdsavdelningen Erstabacken med hospiceverksamhet. Socialtjänsten inom Stockholms stad har en särskild enhet för hemlösa och olika boenden. Vidare finns frivilligorganisationen Convictus med dagverksamhet, kafé och andra aktiviteter. Frälsningsarmén och Stadsmissionen driver härbärgen för hemlösa.

Hemlösa EU-migranter

I EU finns sedan år 2004 ett direktiv om fri rörlighet, vilket ger EU-medborgare rätt att vistas tre månader i ett annat EU-land utan det krav på egen försörjning som finns för längre vistelse. När EU år 2007 utvidgades österut ökade antalet migranter från bland annat Rumänien och Bulgarien till Sverige. Många av de fattiga EU-medborgare som nu vistas i Sverige är romer från nya EU-länder på Balkan. De har en utsatt situation i sina hemländer, där de inte får sina grundläggande mänskliga rättigheter till utbildning, arbete, bostad och hälsa tillgodosedda (17).

Mindre än hälften av Europas romer fullföljer grundskolan och endast 15 procent fortsätter på gymnasienivå. Barnen utsätts inte sällan för mobbning och trakasserier i skolan. Arbetslösheten är hög bland romer; endast en tredjedel av vuxna romer i EU-länderna har anställning, enligt uppskattningar. Även de som har anställning löper risk att diskrimineras. Romska familjer lever ofta i hälsovådliga miljöer, utan el, vatten och sanitet. Avhysningar från mark där romer bott utan tillstånd, har skett utan erbjudande om ersättningsboende. Medellivslängden bland romer är betydligt kortare än för majoritetsbefolkningen – i Rumänien omkring tio år kortare. Man uppskattar att en femtedel av romer saknar sjukförsäkring (17).

EU-migranter med europeiskt sjukförsäkringskort kan få nödvändig sjukvård till samma kostnad som personer bosatta i Sverige. Räkningen för totalkostnaden skickas av landstinget till respektive land för ersättning. Många EU-migranter saknar dock detta kort, exempelvis på grund av bristande kunskap, för lång vistelsetid utanför sitt hemland eller obetalda avgifter i hemlandet. I dessa fall måste vården betalas av individen. Organisationen Läkare i Världen erbjuder gratis sjukvård, mediciner och viss tandvård för personer som saknar tillgång till sjukvård i Sverige. Vid den mottagning som finns i Stockholm var EU-migranter, varav hälften rumänska medborgare, den största patientgruppen under 2014 (18).

Verksamheten Crossroads startade år 2011 i Stockholm och drivs av Stockholms stadsmission, Stockholms stad, Arbetsförmedlingen och Frälsningsarmén, med stöd av

Europeiska Socialfonden (19). Avsikten är att möta basbehov, ge rådgivning och göra individuella handlingsplaner. Under år 2014 hade verksamheten omkring 35 000 besök varav män stod för 86 procent, merparten 25–50 år. De fem länder som var mest representerade var Rumänien, Marocko, Nigeria, Ghana och Senegal (19).

En rad frivilligorganisationer samverkar och bedriver egen verksamhet för att på olika sätt stödja hemlösa EU-migranter. Behoven är stora och insatser krävs såväl lokalt och nationellt som på europeisk nivå.

Flyktingar

Inte sedan slutet av andra världskriget har flyktingsituationen varit så alarmerande som nu (20–22). Fördelningen av nyanlända flyktingar i länet är mycket ojämn, med en hög andel i sydväst och nordväst. Högst är mottagandet i Södertälje.

Flyktingar utgör en särskilt utsatt grupp med sämre hälsa än såväl inrikes födda som andra invandrargrupper. Flyktingar har ökad dödlighet i hjärtkärlsjukdomar jämfört med andra invandrargrupper, även efter kontroll för socioekonomiska faktorer. För män är risken även något förhöjd för död av yttre orsaker, såsom självmord och olyckor (23). Mellan 20 och 30 procent av flyktingar beräknas lida av psykisk ohälsa (24), och även detta drabbar flyktingar något mer än andra invandrargrupper (25).

Kvinnor och ensamkommande barn är särskilt utsatta, bland annat för att mödrahälsan för flyktingar är sämre än för andra grupper, trots att de ofta har större behov. Ett exempel är att gravida flyktingkvinnor från krigsdrabbade länder har en klart ökad risk för mycket prematur födsel (födsel i vecka 22–32) under det första året efter ankomst till Sverige, jämfört med graviditeter åren efter ankomståret (26). För barn visar sig utsatt-heten bland annat i att 10–50 procent av flyktingbarn drabbas av posttraumatiskt stress-syndrom (27). Samtidigt är tillgängligheten till vård ofta dålig, och särskilt begränsad är tillgängligheten till vårdgivare med specialistkunskaper om flyktingtrauma och trans-kulturell psykiatri (24). Lågt användande av läkemedel för psykisk sjukdom tyder på bristande tillgång till vård i denna grupp (28).

Slutligen har flyktingar en betydligt ökad risk för vissa infektionssjukdomar, som hepatit, HIV/AIDS och tuberkulos. Antalet tuberkulosfall bland utlandsfödda fördubblades i Sverige mellan 2003 och 2014, och det största antalet fall rapporterades i Stockholms län (29).

Orsaker till flyktingars sämre hälsa kan sökas på flera nivåer. Hälso- och sjukvårdssituationen i hemlandet, traumatiska migrations- och asylprocesser, begränsad kunskap om hälsa, språkbarriärer och andra integrationshinder kan bidra. Kunskapen om hälsa är otillräcklig hos en tredjedel av alla flyktingar, och särskilt bland de som har kort utbildning (30). Det ska noteras att statistiken över hälsa bland utlandsfödda personer som redovisas i tabell 22.8 ovan, gäller både flyktingar, arbetskraftsinvandrare och andra invandrargrupper sammantaget. Den ger därför ingen specifik information om flyktingars hälsa. Allmänt kan sägas att arbetskraftsinvandrare tenderar att ha bättre hälsa än

genomsnittet för den inhemskt födda befolkningen, på grund av vad man brukar kalla "the healthy migrant effect", alltså att personer med god hälsa har större chans att rekryteras till arbete från utlandet än de med sämre hälsa. För flyktingar kan antas att situationen är den omvända, på grund av de hälsorisker som hör samman med flyktingsituationen. Forskningen på området är emellertid begränsad (31). Även den beskrivande statistiken för denna grupp är bristfällig, bland annat på grund av att hälsodata för flyktingar i väntan på asyl sällan existerar i sjukvårds- och befolkningsdatabaser. Flyktingar i väntan på asylbeslut ingår inte heller i urvalet till folkhälsoenkäten.

Det finns ett flertal initiativ för att förbättra flyktingars hälsa i länet. Nyanlända flyktingar har rätt till en hälsoundersökning och vård som inte kan anstå, inklusive behandling av allmänfarliga sjukdomar. I viss utsträckning erbjuds även stödsamtal för personer med psykiska problem inom ramen för hälsoundersökningarna. Alla flyktingar utnyttjar dock inte möjligheten till hälsoundersökning.

Transkulturellt centrum bistår i länet, bland annat genom att utbilda och organisera hälsokommunikatörer som arbetar förebyggande, både med att förbättra hälsan bland flyktingar och med kommunikation och kontakt med sjukvården. Ett antal frivilligorganisationer arbetar även hälsofrämjande och med att öka tillgängligheten till god vård (32,33).

Referenser

1. Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län. Öppna jämförelser 2014. Stockholm: Stockholms läns landsting/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2014. Rapport 2014:3.
2. Diderichsen F. Health inequality – determinants and policies. *Scand J Publ Health*. 2012;40(Suppl 8):12-105.
3. McAllister A, Nylén L, Backhans M, Boye K, Whitehead M, Thielen K, et al. Do 'flexicurity' policies work for people with low education and health problems? A comparison of labour market policies and employment rates in Denmark, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom 1990-2010. *Int J Health Serv*. [kommande]
4. Falk J, Bruce D, Burström B, Thielen K, Whitehead M, Nylén L. Trends in poverty risks among people with and without limiting-longstanding illness by employment status in Sweden, Denmark, and the United Kingdom during the current economic recession -- a comparative study. *BMC Public Health*. 2013. Oct 4;13(1):925.
5. Blomqvist S, Burström B, Backhans MC. Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010. *Int J Equity Health*. 2014 Jul 25;13:51.
6. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 2006 (2nd edition).
7. Ahnquist J, Wamala S. Economic hardships in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009. *BMC Public Health*. 2011 Oct 11;11:788.
8. Tao W, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i sjukdomsförekomst. Stockholm: Stockholms läns landsting/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2014. Rapport 2015:1.
9. Diabetes i primärvården 2010. Stockholm: Stockholms läns landsting/Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2011.
10. Löfqvist T, Burström B, Walander A, Ljung R. Inequalities in avoidable hospitalisation by area income and the role of individual characteristics: a population-based register study in Stockholm County, Sweden. *BMJ Qual Saf*. 2014 Mar;23(3):206-14.
11. Corman D, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i undvikbar slutenvård I SLL. Stockholm: Stockholms läns landsting/Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2014. Rapport 2014:1.
12. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. Hemlösa i Stockholms stad 25 september 2014. Stockholm: Stockholms stad; 2014.
14. Beijer U, Andréasson S. Physical diseases among homeless people: gender differences and comparisons with the general population. *Scand J Publ Health*. 2009;37:93-100.
15. Sun S, Irestig R, Beijer U, Burström B, Burström K. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006. *Scand J Publ Health*. 2012;40:115-25.

16. Halldin J. De hemlösa har rätt till vård och omsorg. Stort behov av särskilda öppenvårdsmottagningar. *Läkartidningen*. 2000;9(97):932-5.
17. Hammarberg T. Därför kommer de hit. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2015;3:260-7.
18. Mosskin J. EU-migranternas vårdssituation. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2015;3:366-8.
19. Markovits M, Bjarke T. Råd- och stödcentret Crossroads för EU-migranter: uppkomst, metod och utveckling. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2015;3:372-9.
20. UNHCR. UNHCR Global Appeal 2015 Update. Tillgänglig på: <http://www.unhcr.org/ga15/index.xml>
21. Migrationsverket. Översikter och statistik från tidigare år. Tillgänglig på: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar.html>
22. Länsstyrelsen Stockholm. Statistik. Tillgänglig på: <http://www.lansstyrelsen.se/stockholm/Sv/manniska-och-samhalle/integration/statistik/Pages/default.aspx>
23. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burström B, Borrell C, Ekblad S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol*. 2012;41:1153-61.
24. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter - ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
25. Hollander AC. Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden epidemiological studies of register data. *Glob Health Action*. 2013;6:21059.
26. Liu C, Urquia M, Cnattingius S, Hjern A. Migration and preterm birth in war refugees: a Swedish cohort study *Eur J Epidemiol*. 2014;29:141-3.
27. Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011; 14(1):44-56.
28. Brendler-Lindqvist M, Norredam M, Hjern A. Duration of residency and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden – a register based study. *Int J Equity Health*. 2014 Dec 20;13(1):122.
29. Folkhälsomyndigheten. Tuberkulos. Tillgänglig på: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/tuberkulos/?t=com&p=15633>
30. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030.
31. Ekblad S, Kastrup MC. Current research in transcultural psychiatry in the Nordic countries. *Transcult Psychiatry*. 2013 Dec;50(6):841-57.
32. Bäärnhielm S, Edlund AS, Ioannou M, Dahlin M. Approaching the vulnerability of refugees: evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC Med Educ*. 2014 Sep 27;14:207.
33. Ekblad S, Mollica RF, Fors U, Pantziaras I, Lavelle J. Educational potential of a virtual patient system for caring for traumatized patients in primary care. *BMC Med Educ*. 2013 Aug 19;13:110.

23. Diskussion

Sammanfattande resultat

Vi lever längre och längre

Den förväntade medellivslängden vid födseln har aldrig tidigare varit så hög. År 2014 var den 85 år för kvinnor och 81 år för män i Stockholms län (1). Endast i Hallands, Kronobergs och Uppsala län var medellivslängden längre.

Ökningen i medellivslängd drivs sedan flera årtionden av minskad dödlighet i medel- och pensionsåldrarna, istället för som tidigare minskad dödlighet bland barn. Det är framför allt dödligheten i hjärtkärlsjukdomar som har sjunkit radikalt. Risken att i en given ålder drabbas av hjärtinfarkt eller stroke, har i stort halverats, respektive sjunkit med en fjärdedel, sedan början av 2000-talet (avsnitt 2). Viktiga förklaringar är troligen minskat dagligt rökande samt minskningar i förekomsten av högt blodtryck och högt kolesterol. Även dödligheten bland de som drabbats har sjunkit något, inte minst tack vare förbättrad diagnostik och behandling.

Ett resultat är fler och fler friska år

Minskningarna av dödliga sjukdomar har också inneburit att det förväntade antalet fullt friska levnadsår har ökat (2). Under perioden 1990 till 2013 har det förväntade antalet fullt friska levnadsår i Sverige ökat med nästan tre år för kvinnor och nästan fyra år för män. En flicka född 2013 kan förvänta sig 71 friska år utspridda över hela livslängden och en pojke nästan 69 år.

En annan konsekvens är att något fler av de levda åren förloras till sjukdom

Samtidigt som medellivslängden stiger och antalet friska år blir fler, har andelen år levda med sjukdom ökat något i landet sedan år 1990 (2). En viktig orsak är att befolkningen blivit äldre. Förändringen är viktig att uppmärksamma eftersom den troligen innebär ökande kostnader för hälso- och sjukvården.

Depressions- och ångestdiagnoser ökar påtagligt

Andelen av den vuxna befolkningen med en depressions- och/eller ångestdiagnos ökar och depression och ångest är de enda sjukdomar som visar en påtagligt oroväckande trend. Under 2014 fick 11 procent av de vuxna kvinnorna i länet och 5 procent av männen, eller 95 000 respektive 40 000 personer, en depressions- och/eller ångestdiagnos. Motsvarande siffror år 2006 var 6 respektive 3 procent (avsnitt 5). Förekomsten är högst bland invånare i medelåldern (35–64 år), men den största ökningen över tid finns bland unga vuxna (18–24 år). Även den självrapporterade psykiska ohälsan ökar, särskilt bland unga. Samtidigt ökar vård på grund av självskaador i denna grupp (avsnitt 9), och den historiska trenden med färre och färre självmord har mattats av under 2000-talet.

Fortsatt stora hälsoklyftor

Det finns sociala skillnader i livslängd i länet, liksom för så gott som alla sjukdomar och riskfaktorer. Det handlar om skillnader som återfinns i hela befolkningen och längs hela skalan, exempelvis från de med kortast utbildning till de med längst utbildning, och från de allra fattigaste till de allra rikaste. Tydliga skillnader syns inte minst för två sjukdomar som riskerar att bli större och större folkhälsoproblem framöver; demens och diabetes.

Konsekvenserna av att drabbas av ohälsa är också svårare i de lägre socioekonomiska grupperna. Eftersom Stockholm är segregerat, såväl ekonomiskt som efter födelseland, och mer och mer så, uppstår även tydliga geografiska skillnader i hälsa.

Depression och ångest är problem som tydligast tycks drabba kvinnor, liksom demens – där enbart en del av skillnaden verkar bero på att kvinnor lever längre. För övrigt är de tydligaste könsskillnaderna i sjukdomsbördan till mäns nackdel (2). Det gäller för självmord och trafikskador, liksom för högt blodtryck, högt blodsocker, högt kolesterol, ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och alkoholkonsumtion.

Perspektiv utöver de som behandlas i rapporten

De viktigaste hälsoproblemen definieras här utifrån hur mycket sjuklighet och förtida död som skulle förhindras om man förebyggde ett visst hälsoproblem. Utgångspunkten är på detta sätt ganska strikt teleologisk, efter grekiskans telos (mål), där värdet av handlingar bestäms av dess konsekvenser. Det alternativa förhållningssättet är det deontologiska, efter grekiskans déon (plikt). Från ett sådant perspektiv kan exempelvis våld ses som ett av de största folkhälsoproblemen. Detta eftersom det är moraliskt förkastligt att åsamka någon annan kroppsskada för att det är olagligt, för att det är ett ”hälsobeteende” som drabbar andra eller för att det kränker andras rättigheter. I rapporten ingår inte våld eftersom det inte orsakar tillräckligt mycket förtida dödlighet och skador jämfört med problemen som tas upp. I tolkningen av den bild av folkhälsa som framträder här är det viktigt att vara medveten om denna begränsning.

Även om man delar uppfattningen att ”mål” kan vara viktigare än ”plikt”, är det inte säkert att man är överens om målen. Istället för frihet från sjukdom, kan målet vara något positivt, som meningsfullhet, livskvalitet eller lycka. Det är dock mycket svårare att enas om vad som är ett meningsfullt eller lyckligt liv, än det är att enas om att sjukdomar, skador, och förtida död är problem – och problem som helst ska förebyggas.

Vidare, även om man delar idén att ansträngningar för att förebygga sjuklighet och förtida död är befogade, kan man ifrågasätta valet av påverkbara bestämningsfaktorer, som i linje med det globala sjukdomsbördeprojektet är tydligt fokuserat på hälsobeteenden och metabola riskfaktorer. De socioekonomiska faktorerna, som typiskt är både påverkbara och kraftfulla bestämningsfaktorer för hälsa, har hittills saknats i sjukdomsbördeprojektet. Därför ingår ett särskilt avsnitt om detta. Faktorer på nivån mellan socioekonomi och individen, exempelvis socialt stöd från andra personer, berörs i viss mån i detta avsnitt.

Till faktorer på individnivån som ännu inte berörs av sjukdomsbördeprojektet, hör individuella färdigheter; såväl kognitiva som emotionella och sociala.

Rapportens fokus på bidrag till sjukdomsberedningen idag gör slutligen att sådana folkhälsoproblem som vi i hög utsträckning kommit till rätta med hamnar i skymundan. Jämfört med den globala hälsosituationen gäller det bland annat för luftkvalitet inomhus, förorenat vatten och osäkert sex. Inomhusmiljön, luftföroreningar, buller, radon och andra miljöfaktorer belyses dock regelbundet av Stockholm läns landsting i ”Miljöhälsorapport Stockholms län”. Den senaste utkom 2013 och behandlar barn och ungdomars miljö och hälsa (3). Nästa rapport handlar om vuxna och kommer ut 2017.

På sjukdomssidan innebär rapportens fokus på sjukdomsberedningen i Sverige idag att infektioner, sjukdom och dödlighet under den neonatala perioden samt undernäring saknas. Dessa är fortfarande stora folkhälsoproblem globalt. I rapporten får barndomen över huvud taget lite plats, eftersom den i Sverige är relativt fri från sjukdom och död, särskilt efter det första levnadsåret. När det gäller effektiva insatser mot sjukdom och ohälsa är dock läget ett annat. Mycket talar för att det på område efter område är bäst att sätta in åtgärder redan i barndomen eller tidig vuxen ålder. Det gäller exempelvis tydligt för psykisk ohälsa.

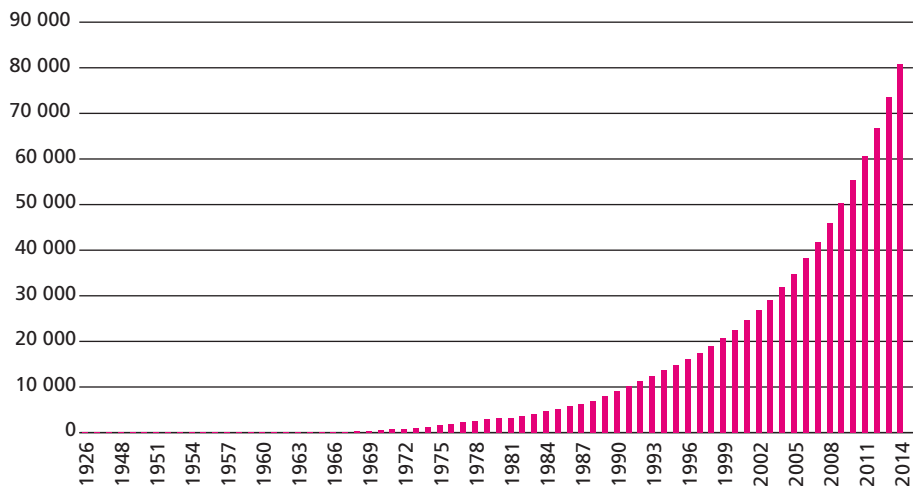
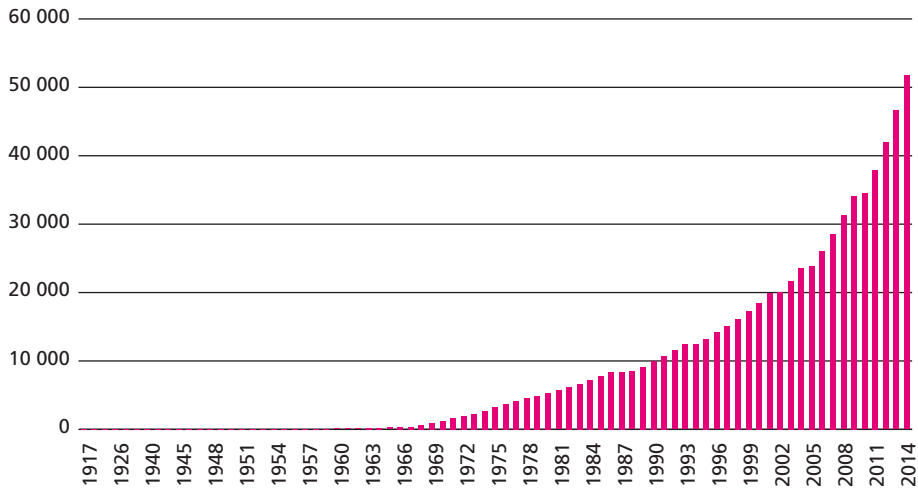
Evidensbaserat folkhälsoarbete

Evidensbaserat folkhälsoarbete bygger på den bästa tillgängliga kunskapen från forskning. Allt mer sällan är problemet med denna ansats att det saknas forskning. Den samlade mängden vetenskaplig litteratur om insatser mot sjukdom och ohälsa har i flera fall fördubblats under en femårsperiod. Mängden fortsätter att öka och dessutom ökar takten över tid. Alla interventioner är inte förebyggande, men mönstret gäller både för sjukdomar och riskfaktorer, exempelvis depression och fysisk aktivitet (figur 23.1).

Systemen för att omsätta forskning i praktik på det förebyggande och hälsofrämjande området har inte följt med i denna utveckling. Den samlade mängden vetenskaplig litteratur om insatser innebär samtidigt att utgångsläget för evidensbaserat folkhälsoarbete aldrig har varit bättre. Att underlaget är omfattande gäller också för studier som har den allra bästa utformningen. Drygt 8500 av depressionsstudierna och nästan 12000 av studierna om fysisk aktivitet i figur 23.1, är randomiserade kontrollerade studier. Prioritering av sådana studier och andra med tillförlitlig utformning, som naturliga experiment, innebär säkrare slutsatser.

Exempel på hur evidensbaserat folkhälsoarbete kan bedrivas i Stockholms läns landsting

Utöver att identifiera de stora problemen och att förlita sig på bästa tillgängliga evidens, finns en tredje hörnsten i strategiskt folkhälsoarbete, nämligen att identifiera glappen mellan kunskap och handling. Alla problem som berörs i rapporten är stora. Förstärkta



Figur 23.1 Resultat i Medline-sökning efter interventionsforskning med hjälp av söksträng från SBU (4) med tilläggen "AND depression" (ovan) respektive "AND 'physical activity'" (nedan).

insatser behövs alltså på alla områden och evidensbaserade insatser diskuteras också i varje avsnitt. I det följande diskuteras fyra exempel som tillsammans illustrerar hur evidensbaserat folkhälsoarbete kan bedrivas i Stockholms läns landsting. Det är insatser mot psykisk ohälsa, insatser för att minska tobaksrökning, insatser för att främja fysisk aktivitet och insatser för att motverka hälsoskillnader.

Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa

Psykisk ohälsa utmärker sig som det problem som har den mest oroväckande utvecklingen. Andelen med depressions- och/eller ångestdiagnos är hög och har ökat snabbt under de senaste åren. Trenden följer på årtionden av stigande förekomst av självrporterad psykisk ohälsa och är parallell med en avmattning i minskningen av självmord.

Det finns en betydande mängd vetenskaplig litteratur om sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på området. Landstinget har stora möjligheter att påverka utvecklingen genom sin verksamhet vid exempelvis vårdcentraler, MVC och BVC, samt genom att vara länken mellan forskning och praktik för andra aktörer. Det sistnämnda gäller särskilt kommunerna och deras verksamheter för föräldrar, barn och ungdomar.

Tre förslag till prioriterade satsningar är:

- 1) Utveckla omhändertagandet inom första linjens psykiatri, så att vuxna och barn med psykisk ohälsa kan erbjudas tidiga insatser för att förhindra utveckling av allvarigare problematik.
- 2) Låt barnvårdscentralerna utöka sitt psykosociala uppdrag, exempelvis genom föräldrastöd eller andra metoder som kan förebygga psykisk ohälsa hos barn och därmed minska risken att de drabbas senare i livet.
- 3) Stöd andra aktörer, särskilt kommunerna, i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande verksamhet för föräldrar, barn och ungdomar.

Generellt för dessa insatser är att de måste ta sin utgångspunkt i systematiska sammanställningar av befintlig kunskap om vilka metoder som är effektiva när det gäller att främja psykisk hälsa, lindra psykisk ohälsa och förebygga psykisk sjukdom. I nästa steg måste verksamheterna få stöd i att välja en effektiv implementering av åtgärderna. Landstinget är också en av länets största arbetsgivare och bör bevaka den psykiska hälsan hos sina egna anställda.

Insatser för att minska rökning

Rökningen fortsätter att skörda liv och är en stor bidragande orsak till sociala skillnader i hälsa. Rökavvänjning är trots lägre andel rökare en av de mest effektiva och kostnads-effektiva folkhälsoinsatserna. Trots det har alla vårdcentraler inte utbildade rökavvänjare och alla vårdcentraler som har rökavvänjare erbjuder inte regelmässigt rökavvänjning. När det gäller att förebygga rökstart behövs åtgärder på andra nivåer och i andra sektorer

än vården. Förslag på insatser för att minska tobaksrökningen är:

- 1) Säkerställ att rökavvänjning vid vårdbesök och per telefon bedrivs enligt befintliga riktlinjer, och att den är tillgänglig och attraktiv för länets befolkning – särskilt för de grupper som har störst behov av den.
- 2) Stöd andra aktörer, särskilt kommunerna, i att välja evidensbaserade metoder i sitt tobakspreventiva arbete.

För samordning och systematisk uppföljning av dessa och andra insatser bör ett särskilt kunskapscentrum övervägas.

Insatser för att främja fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har stor effekt på folkhälsan. Landstinget har möjligheter att främja fysisk aktivitet på många fronter; genom kollektivtrafik och regionplanering, hälso- och sjukvård samt samarbete med andra aktörer, till exempel kommunerna. När det gäller glappet mellan vad vi vet och vad vi gör, liknar situationen den som gäller för psykisk ohälsa. Det finns en omfattande vetenskaplig litteratur om effektiva insatser för att främja fysisk aktivitet och den växer snabbt. Det är här den främsta utmaningen ligger. Förslag till prioriterade satsningar är följande:

- 1) Planera regionen och trafiken så att fysisk aktivitet främjas. Eftersom region- och trafikplanering och verkställande av planerna innebär att man ändrar i miljön ('manipulerar en exponering') så finns det på detta område en betydande mängd kvasiexperiment och naturliga experiment, det vill säga bland den mest tillförlitliga evidensen. Utred vilka aspekter av regionplanering som har positiva effekter på fysisk aktivitet i sådana studier, värdera detta mot andra syften med planeringen, och implementera åtgärder.
- 2) Stöd andra aktörer, särskilt kommunerna, i att främja fysisk aktivitet hos invånarna. Sammanställ kunskap om åtgärder när det gäller kommunernas egen planering av den fysiska miljön, liksom för insatser som möjliggör att barn och ungdomar anammar mer fysiskt aktiva beteenden, exempelvis i förskolan och skolan.

En planering av miljön som främjar fysisk hälsa behöver inte vara dyrare än den planering som ändå genomförs. Små genomsnittliga effekter på stora grupper av befolkningen kan få betydelsefulla effekter på folkhälsan.

Insatser för att motverka hälsoklyftor

Ökande ekonomisk segregation och segregation efter ursprung leder till ökade geografiska skillnader i hälsa, vilket innebär en allt större utmaning för hälso- och sjukvården och för de system som ska allokera resurserna. Fler flyktingar innebär troligen att segregationen ökar ytterligare. Flyktingars hälsa är också en ökande utmaning i sig självt. Här hindras en positiv utveckling av att de hälsoundersökningar som erbjuds har dålig täckning samt att det, bland annat därför, saknas system för att ta fram grundläggande kun-

skap om flyktingars och nyanländas hälsosituation. Även för hemlösa saknas utbyggda system för epidemiologisk bevakning.

Det största utrymmet för förbättring då det gäller hälsoklyftor ligger samtidigt inte i ohälsa som drabbar dessa grupper, utan i de graderade sociala skillnader i hälsa som återfinns i hela befolkningen längs hela skalan, från exempelvis de med kortast utbildning till de med längst eller från de allra fattigaste till de allra rikaste. För att motverka dessa skillnader behövs insatser på andra nivåer och hos andra aktörer än hälso- och sjukvården. Utvecklingen hindras av att området är politiserat. Ett sätt att föra diskussionen framåt är att identifiera de insatser för att minska sociala skillnader i hälsa som har det allra bästa vetenskapliga stödet, och särskilja dessa från insatser där det vetenskapliga underlaget är begränsat. Det handlar särskilt om att sammanställa insatser som har stöd i experiment eller experimentliknande studier.

Förslag till åtgärder är därför följande:

- 1) Utred frågan om ett geografiskt områdesansvar i primärvården för befolkningens hälsa, inklusive ansvar för samordning av insatser med andra aktörer och ansvaret för hemlösas hälsa, samt undersök konsekvenserna av det nya systemet för ersättning till vårdcentralerna, där en viss del viktas efter behov.
- 2) Utveckla hälsoundersökningarna för flyktingar och nyanlända, i enlighet med Världshälsoorganisations råd att noga följa hälsoläget i gruppen. Detta för att kunna erbjuda rätt vård och öka kunskapen så att det sjukdomsförebyggande arbetet kan bli mer effektivt.
- 3) Sammanställ den kunskap som redan tagits fram eller håller på att tas fram globalt, nationellt och regionalt kring insatser för att motverka de genomgripande sociala skillnaderna i hälsa, identifiera de insatser som har bäst vetenskapligt stöd och omsätt dessa i praktiken.

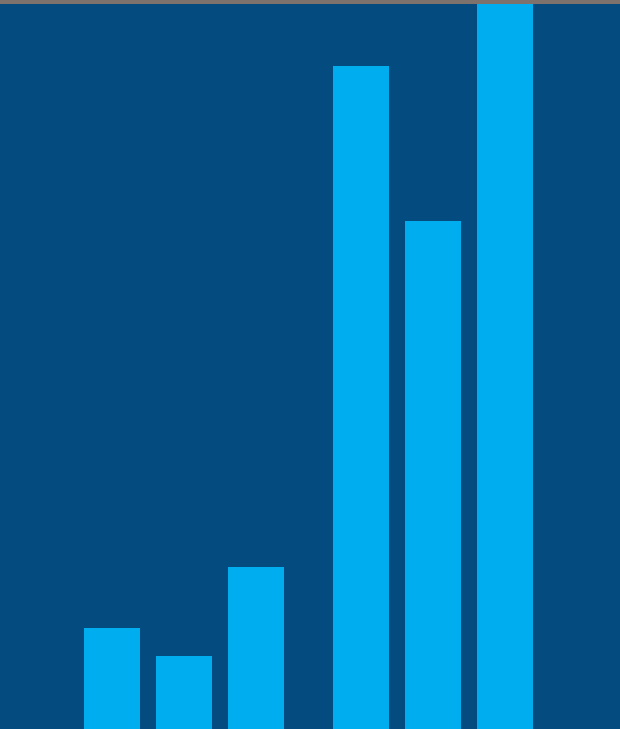
Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande folkhälsoarbete har mycket större möjligheter än behandlande sjukvård när det gäller att komma till rätta med hälsoklyftor. På längre sikt är det dock avgörande att mer övergripande samhällsproblem får en lösning. Ett allvarligt hot just nu är att stora andelar av varje årskull börjar sitt vuxna liv utan arbete och utan examen. Även detta problem kan troligen motverkas genom evidensbaserade insatser, men då på utbildningens, snarare än folkhälsans område.

Referenser

1. Fruktksamhet och mortalitet 2014 uppdelat på födelseländer, kommuner och delområden. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2015. 2015:10.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Tillgänglig på <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
3. Georgelis A, Merritt A-S, Andersson N, Bellander T. Miljöhälsorapport Stockholms län 2013: Barn och ungdomar. Stockholm: Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting; 2013.
4. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn: En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010. [följande söksträng användes: AND (programme[ti] OR program[ti] OR programs[ti] OR evaluation[ti] OR intervention[tiab] OR interventions[tiab] OR training[ti] OR prevention[tiab] OR preventive[All Fields] OR preventing[ti] OR promotion[ti] OR effects[ti] OR effectiveness[ti] OR programming[ti] OR efficacy[ti] OR promoting[ti])]]



Grafisk form: Fidelity



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Box 1497
171 29 Solna
E-post ces@sll.se
Tfn vxl 08-123 400 00