



HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR

FOLKHÄLSOENKÄT GENOMFÖRD 2014
I KRONOBERGS LÄN

FOLKHÄLSORAPPORT GENOMFÖRD I KRONOBERGS LÄN 2014

Författare Emma Johansson och Ingrid Edvardsson, Region Kronoberg.

GRAFISK FORM OCH TRYCK Löwex Trycksaker AB, Växjö **UPPLAGA** 250 ex

FOTO Ingrid Edvardsson, sid 25, 33, 38; JÅ Johansson, omslagets framsida;
Katarina Johansson, sid 10; Oscar Edvardsson, sid 42; Hans Runesson, sid 15, 17, 29,
69, 74, 84; Elin Åkesson, sid 53, 58; Robert Östring, sid 8; Mattonstock, sid 7, 16,
51, 56, 62, 64, 72, 78, 83, 87, 89.

CITATEN är hämtade från HLV-enkäten 2014 för Kronobergs län.

KONTAKT ingrid.edvardsson@kronoberg.se

Växjö juni 2015



**REGION
KRONOBERG**

FÖRORD	5
ORDLISTA	6
BAKGRUND	
GENOMFÖRANDE AV FOLKHÄLSOENKÄT	9
RAPPORTENS UPPLÄGG	10
EN JÄMLIK HÄLSA?	11
DEL 1 – VUXNAS HÄLSA 30-64 ÅR	19 
DEL 2 – UNGA VUXNAS HÄLSA 16-29 ÅR	49 
DEL 3 – ÄLDRES HÄLSA 65-84 ÅR	71 
BILAGA 1 ENKÄTFORMULÄR	91



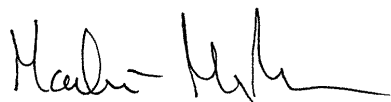
FÖRORD

För tredje gången sedan 2004 redovisar Region Kronoberg folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, en undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Kronobergs befolkning. Att beskriva folkhälsan, befolkningens hälsa, är en utmanande uppgift. Uppgifter om faktorer som påverkar hälsan, liksom uppgifter om hälsotillståndet i ett län, kräver att data från flera källor samlas in och analyseras. I denna rapport redovisas vad befolkningen i Kronobergs län har angett om sin egen hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, vilket endast ger en beskrivande bild av hälsoläget – ytterligare fördjupningar kan genomföras för att belysa något specifikt frågeområde.

I redovisningen lyfts tre olika områden: den ojämlika hälsan, där resultaten redovisas utifrån utbildningsnivå och kön 30-64 år, unga vuxnas hälsa 16-29 år och slutligen äldres hälsa, 65-84 år. Flera variabler visar att hälsan inte är jämnt fördelad i länet utifrån utbildningsnivå eller kön.

Folkhälsa är en resurs för samhället. Det är därför viktigt och också en stor utmaning att bedriva folkhälsoarbete för att minska ojämlikheterna i hälsoläget i befolkningen i länet. För att förbättra människans förutsättningar för ett bra liv krävs strategiskt arbete och gemensamt fokus samt kunskap om att hälsan är ojämlikt fördelad i befolkningen. Syftet med rapporten är att kunna följa förändringar i hälsa över tid och att visa hur befolkningen mår. Vår önskan är att redovisningen ska leda till fördjupade diskussioner om hur förutsättningar för hälsa kan påverkas, men också för planering och prioriteringar av insatser inom länet.

Region Kronoberg har en samordnande funktion i det länsgemensamma folkhälsoarbetet men det måste ske i nära samverkan med kommuner, idéburna organisationer och andra myndigheter för att bli lyckosamt. Vi hoppas att denna rapport kan bidra i det arbetet.



Martin Myrskog

*Regiondirektör
Region Kronoberg*



Sara Nilsson

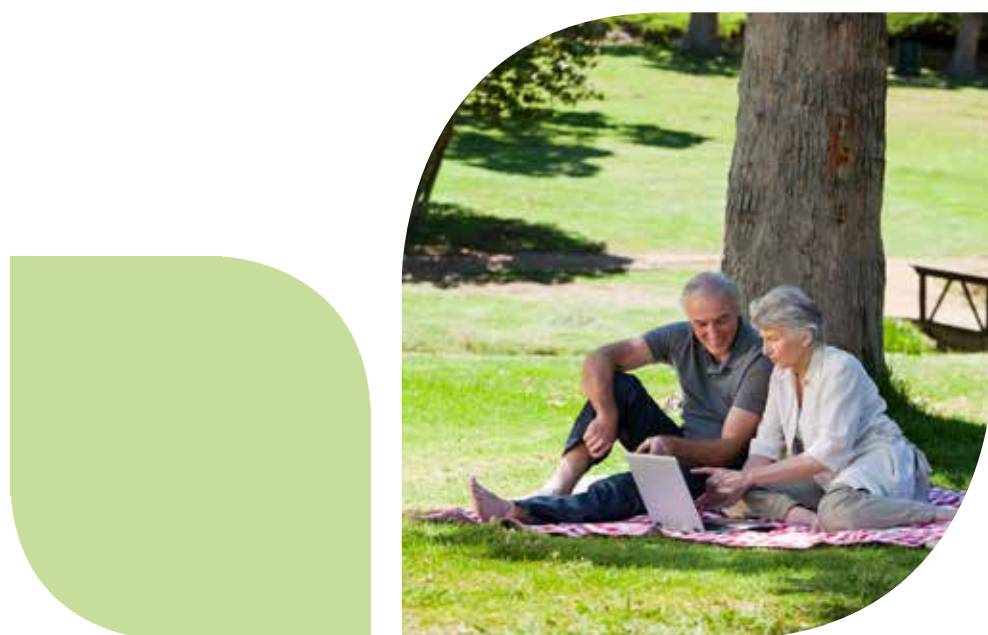
*Tf. Regional utvecklingsdirektör
Region Kronoberg*

ORDLISTA

BESTÄMNINGSFAKTOR	varje faktor som påverkar hälsotillståndet – både positivt och negativt
EMPOWERMENT	”egenmakt”, att stärka individers möjligheter till större kontroll över beslut och åtgärder som påverkar deras hälsa
FOLKHÄLSA	uttryck för befolkningens hälsotillstånd – som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan
FOLKHÄLSOARBETE	systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen
GRADIENT	beskriver lutningen på en förändring. <i>Den sociala hälsogradienten</i> innebär att det inte bara är människors absoluta livsvillkor som påverkar vår hälsa, utan att även de relativa villkoren har betydelse – det vill säga var en person befinner sig i förhållande till andra
HEALTH LITERACY	de intellektuella och sociala färdigheter som bestämmer motivation och förmåga hos en människa att få tillgång till, förstå och använda information på sätt som främjar och bibehåller god hälsa (ett svenskt uttryck för detta begrepp saknas)
HÄLSA	ett mått som säger något om människans kroppsliga och psykiska tillstånd – kan vara både god eller dålig
HÄLSOFRÄMJANDE/ PROMOTIV INSATS	att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande
JÄMLIKHET	grad av likhet mellan framför allt olika sociala grupper
JÄMLIK HÄLSA	förhållandet att alla ska ha en rättvis möjlighet och förutsättning att uppnå sin fulla hälsopotential
JÄMSTÄLLDHET	grad av likhet – framför allt rättigheter och skyldigheter – mellan kvinnor och män
KASAM	känsla av sammanhang – begrepp som försöker fånga en människas känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i tillvaron. Mäts med särskilt frågeformulär

LEVNADSVANA	specifikt beteende i vardagliga aktiviteter som individen själv kan påverka
LIVSSTIL	beskriver människors beteendemönster utifrån bland annat personliga egenskaper, drivkrafter, värderingar och levnadsvanor
LIVSVILLKOR	förutsättningar för människors levnadsförhållanden och som ofta ligger utanför den enskilda individens omedelbara kontroll
PATOGENES	de mekanismer genom vilken en orsak leder till sjukdom – motsats till salutogenes
PREVENTION	åtgärder för att förebygga ohälsa/sjukdom – delas in i primär-, sekundär- och tertiär prevention. Primär prevention är åtgärder för att förhindra att ohälsa/sjukdom över huvud taget uppstår, sekundär prevention innebär tidig diagnostik och behandling för att förkorta tiden med ohälsa/sjukdom, tertiär prevention syftar till rehabilitering för att minska komplikationer och lidande till följd av ohälsa/sjukdom
SALUTOGENES	de mekanismer som leder till hälsa – motsats till patogenes
SOCIALT NÄTVERK	människors sociala relationer i ett samhälle – såväl kvantitativt och kvalitativt
SOCIALT STÖD	praktiskt och emotionellt stöd från andra personer i situationer av yttre påfrestning

Förklaringar i ordlistan är hämtade från: Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon, WHO. Health Promotion Glossary, Socialstyrelsens termbank, folkhalsomyndigheten.se och NE.se.





GENOMFÖRANDE AV FOLKHÄLSOENKÄT

Rapportens syfte är att ge en bild av hur hälsan utvecklas i befolkningen i Kronobergs län och i olika befolkningsgrupper. Målgruppen är förtroendevalda och tjänstemän inom Kronobergs län, samt andra som i sin profession arbetar med frågor som har betydelse för folkhälsan. Rapporten kan tjäna som ett kunskapsunderlag för att kunna genomföra förebyggande insatser där de behövs som bäst.

Region Kronoberg har uppdraget att beskriva hälsan och följa hälsoutvecklingen över tid för olika grupper i befolkningen. För att följa utvecklingen bland barn och ungdomar genomförs vart tredje år en enkät om hälsa och levnadsvanor till samtliga elever i länet som går i årskurserna 5, 8 och gymnasiet år 2. Hälsa på lika villkor (HLV) utgör en viktig källa till data för den vuxna befolkningen och genomförs årligen av Folkhälsomyndigheten. Det nationella urvalet består av 20 000 personer årligen i åldrarna 16–84 år. Landsting/regioner erbjuds att delta med utökad urval, vilket Landstinget Kronoberg valde att göra år 2004, 2009 och 2014. Vid den senaste undersökningen inbjöds cirka 12 800 personer i Kronobergs län. Urvalet var obundet och slumpmässigt i åldrarna 16–84 år.

Svarsfrekvensen för Kronobergs län var 49,3 procent och i det nationella urvalet 48,1 procent. Nationellt sett har undersökningen haft en sjunkande svarsfrekvens, andelen svarande har minskat från 64 procent år 2004 till 49 procent år 2013. Den låga svarsfrekvensen gör att resultatet blir något osäkrare. Det finns även risk för en så kallad hälsoselektion som innebär att personer som mår bra tenderar att svara i högre utsträckning än de som inte mår bra. Det kan innebära att undersökningen ger en underskattning av hälsoproblem i befolkningen.

Folkhälsomyndigheten har utformat frågorna i samarbete med Statistiska Centralbyrån (SCB). Enkäten innehåller sammanlagt 88 frågor om fysisk och psykisk hälsa, vårdkontakter, läkemedelsanvändning, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, hem och hushåll, trygghet samt sociala relationer (se bilaga 1).

Undersökningen har genomförts av SCB och förutom den information som samlats in via enkäterna har uppgifter hämtats från registret över totalbefolkningen, utbildningsregistret och inkomst- och taxeringsregistret. Frågeformulären har skickats ut till urvalspersonerna per post. Via informationsbrevet ombads de besvara frågorna och skicka tillbaka frågeformuläret till SCB. I samband med utskicket av frågeformulären och

påminnelserna fick uppgiftslämnarna information om att enkäten även gick att besvara på webben. De fick inloggningsuppgifter i form av ett användarnamn och ett lösenord och kunde sedan logga in via SCB:s hemsida. Databearbetningen genomfördes av SCB och svarsdatafilen kompletterades med vikter för uppräknig till populationsnivå.

RAPPORTENS UPPLÄGG

Det finns många sätt att redovisa folkhälsoenkäten HLV. I 2014 års folkhälsoundersökning för Kronobergs län har vi valt att dela in efter åldersgrupper. Den första delen belyser de faktorer som visar på ojämlikheter i hälsa avseende utbildningsnivå och kön. Jämförelser har gjorts mellan länet och riket samt med de tidigare undersökningarna 2004 och 2009. Anledningen till att vi valt att redovisa hälsoläget utifrån utbildningsbakgrund är att det är en indikator som speglar socioekonomiska förhållanden. Dessa data är analyserade för befolkningsgruppen 30-64 år.

I del två redovisas hälsa, levnadsvanor och livsvillkor för unga vuxna, som här definieras till 16-29 år. Del tre tar upp gruppen äldre, 65-84 år, som är viktig att följa hälsoutvecklingen i och där hälsan har förbättrats åtskilligt under de senaste decennierna.

Skillnader i hälsa kan påvisas utifrån annat än utbildningsnivå och kön, exempelvis bland utlandsfödda, utifrån sexuell läggning eller funktionsnedsättning. Men här hänvisar vi till andra nationella studier som beskriver dessa skillnader.

Det har inte genomförts någon analys om statistik säkerställd skillnad föreligger vid de jämförelser som presenteras i rapporten, exempelvis mellan länet och riket och mellan undersökningarna från 2004 och 2009. Vi har inte kunnat göra jämförelser mellan alla tre undersökningarna vid alla frågor då en del frågor är nytillkomna eller har analyserats annorlunda.



EN JÄMLIK HÄLSA?

VAD ÄR HÄLSA?

Att må bra och ha god hälsa är för de flesta människor en viktig del av livet. Under sin livstid pendlar man vanligtvis mellan hälsa och ohälsa. Hälsa kan förstås utifrån olika perspektiv och begreppet i sig är inte helt okomplicerat. Världshälsoorganisationens (WHO) klassiska definition från 1948 lyder ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp” (1). Definitionen har blivit kritiserad för att vara alltför orealistisk, framför allt vad gäller kravet på fullständigt välbefinnande. Efterhand har WHO utvecklat hälsobegreppet och sedan 1986 har synen på hälsa förändrats från att vara ett mål i sig till att ses som en resurs i det dagliga livet. Utifrån detta synsätt kan hälsa förstås som ett medel för att nå ett mål, såsom utbildning, sociala nätverk och inkomst. Den sociala miljön ses som en viktig komponent när man talar om hälsa som en resurs (2).

I flera teorier om hälsobegreppet skiljer man på ohälsa och sjukdom. En person kan vara nöjd med livet och må bra (ha hälsa) trots att hen lever med en långvarig eller livslång sjukdom. Omvänt kan en person som är fullt fysiskt frisk må dåligt (uppleva ohälsa) och ha svårt att finna glädje i tillvaron (3).

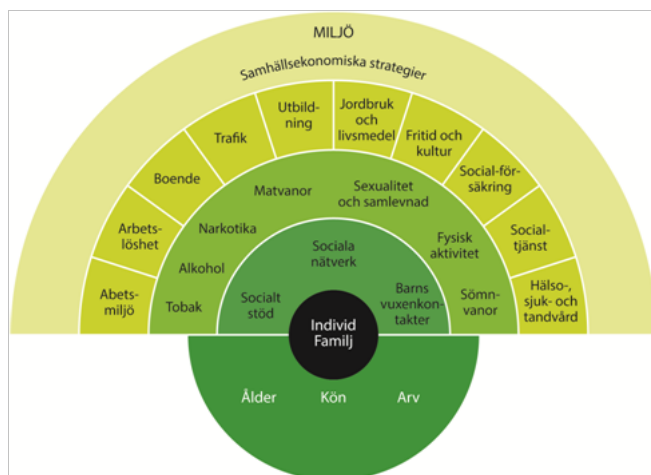
Andra viktiga begrepp är *hälsofrämjande* och *prevention*. Hälsofrämjande arbete är de insatser som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den (4). Det hälsofrämjande arbetet bygger på ett salutogent förhållningssätt, det vill säga att man utgår från de faktorer som leder till hälsa. Om man förflyttar perspektivet och istället fokuserar på de mekanismer som leder till sjukdom eller ohälsa (patogenes) talar man om prevention. Prevention handlar alltså om att undanröja risker och orsaker till sjukdom, ofta med en specifik riskgrupp som målgrupp (5).

Ett begrepp som ofta återkommer i det hälsofrämjande arbetet är empowerment. Grundtanken i detta begrepp är att människor har förmågan till att göra hälsosamma val under förutsättning att den omgivande kulturella, sociala och fysiska miljön stödjer detta. Empowerment handlar till stor del om delaktighet. Genom att stärka individens empowerment ökar deras möjligheter till större kontroll över beslut och åtgärder som påverkar deras hälsa (5).

VAD BESTÄMMER HÄLSAN?

Hur vi lever har stor betydelse för hur vi mår och för vår risk att drabbas av ohälsa och sjukdom. Flera av våra vanligaste folksjukdomar, så som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och psykisk ohälsa, är relaterade till våra levnadsvanor. Då levnadsvanor som alkoholbruk, tobaksanvändning, matvanor och fysisk aktivitet skiljer sig i befolkningen, skiljer sig även risken att drabbas av ohälsa. Ett bra helhetsperspektiv på hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de faktorer som påverkar hälsan, fås genom att

föreställa sig en halvmåne där bestämningsfaktorerna delas in i olika nivåer (figur 1). Bestämningsfaktorerna är både skyddsfaktorer som främjar hälsa och riskfaktorer som leder till ohälsa. Anledningen till hälsa och ohälsa är oftast komplex och det är viktigt att se till samspelet mellan de olika nivåerna (5).



Figur1: Faktorer som påverkar hälsan. Figur hämtad ur Folkhälsopolitisk rapport 2010. Källa: G.Dahlgren och M.Whitehead.

Kärnan för hälsans bestämningsfaktorer är vårt arv, vårt kön och vår ålder. Dessa är förhållandevis opåverkbara men nog så betydelsefulla för vår hälsa. Som individer är vi mer eller mindre sårbara för olika riskfaktorer. Vi utsätts alla för kaos, påfrestningar och stress under livets gång, mer eller mindre omfattande. Samtidigt omges vi av olika friskfaktorer. På individnivå kan sociala relationer fungera som en friskfaktor (5).

Sociala relationer har på flera sätt en hälsofrämjande effekt. Här ingår socialt stöd, socialt deltagande och tillit. Både formella och informella nätverk påverkar hälsan. Studier har visat att människor med en låg grad av socialt deltagande har en högre dödlighet jämfört med människor med en hög grad av socialt deltagande. Socialt stöd kan fungera som ett verktyg för att skapa en ökad kontroll över hälsosamma val och gynna såväl fysisk som psykisk hälsa. Omvänt finns det också en risk att sociala relationer har en negativ inverkan på människors hälsa. Rökning och fysisk inaktivitet är exempel på levnadsvanor som sprider sig snabbt inom sociala nätverk (6, 7). När det gäller förståelsen av varför vissa människor klarar dessa stressorer bättre än andra talar man ofta om känsla av sammanhang (KASAM). Utifrån detta salutogena synsätt påverkas vår hälsa av i vilken grad vi upplever oss själva, vår vardag och vår omvärld som begriplig, hanterbar och meningsfull (8).

Levnadsvanor är människors vardagliga handlingar och val och kan ses som en del av livsstilen. Ohälsosamma levnadsvanor har en tendens att finnas hos socialt utsatta grupper i högre utsträckning. Kort utbildning och en svår ekonomisk situation har visat på samband med att ha flera ohälsosamma levnadsvanor i sin livsstil. Det är viktigt att belysa att vår livsstil inte bara påverkas av individuella val utan även har ett starkt samband med våra livsvillkor (5).

Livsstilen styrs bland annat av samspelet med andra och det hälsofrämjande stödet som det omgivande samhället kan erbjuda. Politiska policyer och beslut påverkar våra livs- och levnadsvillkor och därmed våra förutsättningar till en god hälsa. Exempel på strukturella faktorer som påverkar livsvillkoren, och därmed hälsan, är bostadsförhållanden, ekonomiska förutsättningar, tillgång till hälso- och sjukvård och utbildningsmöjligheter (5, 7).

Dessutom finns det generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer som påverkar hälsan. Det kan exempelvis handla om vilken grad av jämställdhet och jämlikhet som finns i samhället man lever i (5, 7).

SKILLNADER I HÄLSA

Folkhälsan i Sverige har haft en positiv utveckling för befolkningen som helhet. Medellivslängden fortsätter att öka och skillnaden mellan män och kvinnor minskar. Detta är ett av de mest använda måtten på hur folkhälsan utvecklas och uttrycks ofta som förväntad medellivslängd vid födseln. Medellivslängden i en befolkning bestäms av de bakomliggande orsakerna till inträffade dödsfall och speglar i allmänhet ett samhälles välbefinnande (9).

År 2013 översteg för första gången svenska mäns medellivslängd 80 år. Den förväntade medellivslängden var då 80,1 för män och 83,7 år för kvinnor (10). I Kronobergs län har befolkningen en förväntad medellivslängd över det nationella snittet. Männen hamnar på en första plats och kvinnorna på en andra plats jämfört med övriga län (tabell 1).

Tabell 1: Förväntad medellivslängd vid födseln, länsvis (2010-2014)

MÄN		KVINNOR	
1. Kronoberg	80,91	1. Halland	84,6
2. Uppsala	80,83	2. Kronoberg	84,59
3. Halland	80,78	3. Stockholm	84,16
4. Stockholm	80,39	4. Blekinge	84,06
5. Jönköping	80,31	5. Uppsala	84,05

Källa: SCB Befolkningsstatistik

Medellivslängden har ökat för samtliga grupper i samhället men det finns fortfarande stora skillnader mellan olika utbildningsgrupper. Sedan början av 2000-talet har till och med dessa skillnader ökat. Personer med eftergymnasial utbildning lever i genomsnitt fem år längre än de med grundskoleutbildning. Några förklaringar till dessa skillnader är skillnader i förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor samt skillnader i livsinkomster och arbetsvillkor (11). Utbildningslängd har stor betydelse för hälso-utvecklingen och i grupper med kortare utbildning ses oftare folkhälsoproblem. Den grupp som på många sätt haft minst gynnsam hälsoutveckling är kvinnor med endast grundskoleutbildning. Exempelvis har den självskattade hälsan ökat i samtliga grupper utom denna (9).

Det är viktigt att även beakta könsskillnader i hälsa. Generellt sett skattar kvinnor sin hälsa lägre än vad män gör och i alla åldersgrupper rapporterar kvinnor mer ångslan, oro och ångest än män. Kvinnor står för två tredjedelar av alla sjukskrivningar. Att kvinnor dels lever längre, dels är sjukare kan tyckas paradoxalt, och ofta kallas detta för just hälsoparadoxen. Orsakerna till könsskillnaderna i hälsa är komplexa och har att göra med såväl biologiska och kulturella som sociala och strukturella faktorer. Med strukturella faktorer menas faktorer som på en övergripande nivå påverkar makt, inflytande och tillgång till resurser. Tänkbara orsaker till kvinnors större andel sjukskrivningar är att kvinnor är sjukare än män, har andra och sämre arbetsvillkor än män, utför mer obetalt arbete än män samt att kunskapen om kvinnors sjukdomar och hälsa är otillräckligt utvecklad. Även könssegregering och diskriminering kan ha betydelse (12).

Variationerna i hälsa mellan olika grupper i samhället är stora och de flesta människor upplever social ojämlikhet i hälsa som orättvist. Ojämlikhet är i sig inget nytt och förekommer såväl mellan som inom samhällen. Man talar allt mer om den ”jämlika hälsan”. Detta är inte samma sak som att alla människor ska ha samma grad av hälsa, något som är orimligt att sträva efter. Jämlik hälsa handlar om att minska de systematiska skillnader i hälsa som ses som orättvisa och orättfärdiga, till exempel olika tillgång till vård och hälsosamma val, så att alla människor får samma möjligheter och förutsättningar till att uppnå en god hälsa (5, 13). Det finns goda exempel på att ett mer jämlikt samhälle (sett utifrån inkomstskillnader) leder till en bättre hälsa och ett tryggare samhälle för alla invånare, inte bara för dem som har det sämst ställt (14).

DEN SOCIALA HÄLSOGRADIENTEN

Som beskrivits ovan finns det hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället. Dessa skillnader kanske inte är särskilt överraskande men det förekommer även en social hälsogradient genom samhällets alla skikt. Denna sociala gradient kan liknas vid en trappa där hälsan ökar för varje steg. Generellt sett bestäms placeringen i trappan utifrån vilken position man har i samhället. Den sociala hälsogradienten innebär att det inte bara är människors absoluta livsvillkor som påverkar hälsan utan även de relativa villkoren, det vill säga var en person befinner sig i förhållande till andra. Detta gäller för de flesta av våra folksjukdomar. En låg social position är starkt förknippad med levnadsvillkor som utgör en ökad risk för ohälsa, jämfört med de levnadsvillkor som är förknippade med en hög social position. Våra levnadsvanor kan bara delvis förklara denna sociala hälsogradient. Den sociala gradienten kan hänvisas till strukturella skillnader och sociala förhållanden. Graden av autonomi och kontroll över sin egen livssituation är av stor betydelse för denna förklaringsmodell (15).

UTBILDNINGSNIVÅ SOM HÄLSOGRADIENT

Det finns olika sätt att mäta jämlikhet i hälsa. Vanliga indelningar är utbildningsnivå, yrke eller inkomst, som alla ses som indikatorer för socioekonomisk status. Gemensam utgångspunkt är att en högre position ger ökad tillgång till resurser, till exempel ekonomiska, kulturella och kunskapsmässiga, vilket i sin tur leder till bättre möjligheter till hälsosamma val och till en ökad kontroll över sina levnadsvanor. I studier från de nordiska länderna är det vanligast att studera skillnader i levnadsvanor utefter utbildningsnivå (7, 16).

Utbildningsnivå kan påverka hälsan på flera olika sätt. Begreppet health literacy har blivit alltmer framträdande i förklaringsmodeller till relationen mellan utbildningsnivå och hälsa. Det finns idag en växande insikt och kunskap om att health literacy i befolkningen bidrar till ojämlikhet i hälsa. Begreppet handlar om individens förmåga att skatta, tolka och använda information om hälsa och olika risker. En mycket låg health literacy är vanligare bland individer med kort utbildning jämfört med individer med lång utbildning. Däremot är en låg health literacy relativt vanligt även bland individer med lång utbildning, vilket gör området centralt för det hälsofrämjande arbetet (17, 18).

Utbildningsnivån har generellt sett ökat i Sverige, allt färre personer har en kort utbildning. Däremot finns det fortfarande en social snedrekrytering till högre studier, vilket tyder på social ”ärftlighet” i utbildningsnivå. Den höjda utbildningsnivån i befolkningen är troligtvis en viktig orsak till den ökade medellivslängden. Det är även sannolikt att de som idag endast har en grundskoleutbildning blir en alltmer socialt utsatt grupp. Vid kommande satsningar på folkhälsoområdet är denna aspekt viktig att uppmärksamma (9, 19).

FOLKHÄLSOPROGRAM PÅ OLIKA NIVÅER

Målet med att skapa en jämlik hälsa återfinns i såväl internationella, nationella som lokala strategier och policyer. The Ottawa Charter for Health Promotion (1986), som har varit av stor betydelse för dagens folkhälsosatsningar, betonar vikten av att motverka ojämlikhet i hälsa både inom och mellan länder (4). År 2005 tillsatte WHO en kommission vars uppgift var att visa på möjligheter att uppnå jämlik hälsa. Även här betonades det globala perspektivet på folkhälsoarbete. Arbetet utmynnade i tre övergripande rekommendationer; förbättra vardagslivets villkor, motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser (globalt, nationellt och lokalt) samt att mäta och förstå problemet och bedöma effekterna av olika åtgärder (20). WHO:s europeiska region, sammanlagt 53 länder, antog 2012 gemensamma rekommendationer för hälsa. Hälsa 2020 beskriver hur man genom bättre ledarskap och styrning kan förbättra hälsan för alla och göra den mindre ojämlik (21).

Under den nordiska folkhälsokonferensen i Trondheim (2014) gjordes ett första initiativ till en gemensam folkhälsodeklaration för de nordiska länderna. För att nå målet med en rättvis fördelning av hälsa ligger fokus på insatser mot grundläggande orsaker, ökad samverkan och investering i hälsofrämjande närmiljöer (22).



Som en av världens första lokala kommissioner för att minska ojämlikhet i hälsa tillsattes Malmökommissionen 2010. Analysen om orsaker till de växande skillnaderna i hälsa bland Malmös befolkning utmynnade i att drygt 200 förslag till åtgärder presenterades. Malmökommissionen förespråkar bland annat ett socialt investeringsperspektiv, som i stora drag handlar om att se sociala insatser och satsningar som investeringar och inte som kostnader (23).

Sveriges riksdag antog 2003 den nationella folkhälsopolitiken. År 2008 presenterades propositionen *En förnyad folkhälsopolitik*. I Sverige är det övergripande folkhälsopolitiska målet "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen". Barn och unga samt äldre lyfts fram som målgrupper som är särskilt viktiga att nå. Vidare inriktning för det nationella folkhälsoarbetet utgörs av elva målområden som grupperar hälsans bestämningsfaktorer (24);

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Alkohol, narkotika, doping, tobak och spel (ANDTS).

Region Kronoberg har tillsammans med kommunerna och länsstyrelsen i länet arbetat fram en gemensam folkhälsopolicy. Alla de elva nationella målområdena ligger som grund för det länsgemensamma arbetet. Under perioden 2012-2015 har man valt att fokusera särskilt på två målområden; barns och ungas uppväxtvillkor (målområde 3) och tobak, alkohol, narkotika, doping och spel (målområde 11). För att nå målen är det viktigt att länets olika aktörer tar sitt ansvar för folkhälsoarbetet och samverkar över gränserna såväl politiskt som över sektorsgränserna mellan myndigheter, privata aktörer, organisationer, föreningar samt med berörda målgrupper (25).





INNEHÅLLSFÖRTECKNING

DEL 1. VUXNAS HÄLSA 30-64 ÅR

SAMMANFATTNING	20
HÄLSA – OHÄLSA	
SJÄLVSKATTAD HÄLSA	21
TANDHÄLSA	22
ÖVERVIKT OCH FETMA	23
PSYKISK HÄLSA – OHÄLSA	24
LEVNADSVANOR	
FYSISK AKTIVITET	30
MATVANOR	32
TOBAK	33
ALKOHOL	36
SPELVANOR	37
LIVSVILLKOR OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN	
EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN	39
ARBETE OCH SYSSELSÄTTNING	40
TRYGGHET	41
SOCIALA RELATIONER	42
REFERENSER	44

DEL 1 – VUXNAS HÄLSA 30-64 ÅR

I denna del redovisas faktorer som påvisar ojämlikheter i hälsa i Kronobergs län. Analysen är genomförd på åldersgruppen 30-64 år. Registerdata från SCB kompletterade enkätundersökningen med uppgifter om utbildning vilket har möjliggjort en indelning efter utbildningsnivå i rapporten. En jämförelse görs även mellan män och kvinnor.

Förgymnasial utbildning motsvarar grundskoleutbildning och gymnasieutbildning upp till två år. I Kronobergs län var det 13 procent med kort utbildning som deltog i enkätundersökningen. Gymnasial utbildning motsvarar minst treårig gymnasial- eller högskoleutbildning upp till två år. Hälften av urvalet hade denna utbildningsnivå. Eftergymnasial utbildning motsvarar eftergymnasial utbildning minst tre år, vilket utgjorde 37 procent av deltagarna.

SAMMANFATTNING

DEL 1. VUXNAS HÄLSA 30-64 ÅR

EN JÄMLIK HÄLSA I KRONOBERGS LÄN?

För den vuxna befolkningen i Kronobergs län har hälsoutvecklingen de senaste 10 åren varit positiv på flera sätt. Både män och kvinnor upplever att de har en god eller mycket god hälsa i högre utsträckning jämfört med tidigare undersökningar. Den psykiska hälsan har generellt sett utvecklats positivt. Besvär som ångslan, oro eller ångest har minskat och välbefinnandet har ökat.

Trots en god hälsoutveckling så förekommer det skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Hur jämlik är egentligen hälsan i Kronobergs län?

För att belysa skillnader i hälsa och ohälsa kan man utgå från flera olika faktorer. För *Hälsa på lika villkor 2014* har vi valt att utgå ifrån faktorerna kön och utbildning. Resultatet visar att det finns flera områden där hälsa och ohälsa är ojämnt fördelad i Kronobergs län. För flera av hälsomåten finns det en tydlig social gradient, vilket innebär att de med kortare utbildning har en sämre hälsa än de med längre utbildning. Könsskillnader i hälsa finns även i vårt län, på flera sätt upplever kvinnor större ohälsa än män. I arbetet för en jämlik hälsa i länet är det viktigt att beakta dessa skillnader. Nedan lyfts några av de utmaningar som finns i länet;

- Det finns en tydlig social gradient för självskattad hälsa. Då en dålig självskattad hälsa är en riskfaktor för framtida ohälsa är det ur ett jämlikhetsperspektiv viktigt att minska skillnaderna mellan grupper i befolkningen.
- Tandhälsa är ett hälsomått där den sociala gradienten är tydlig. Upplevelsen av dålig tandhälsa är störst i gruppen med förgymnasial utbildning och minskar tydligt i takt med utbildningslängd.
- För kvinnor är den sociala hälsogradienten på flera sätt mer framträdande än för män. Detta gäller framför allt psykosomatiska faktorer som besvär av ångslan, oro eller ångest och sömnsvårigheter. Kvinnor med kortare utbildning upplever i högre utsträckning dessa besvär än kvinnor med längre utbildning.
- Befolkningen i Kronobergs län är mer fysiskt aktiva jämfört med riket, samtidigt vill många öka sin fysiska aktivitet. Såväl fysisk inaktivitet som en stillasittande fritid är vanligare bland de med kortare utbildning och det är av stor vikt att öka den fysiska aktiviteten i dessa grupper.
- Kvinnor upplever på flera sätt en sämre hälsa än män. Detta är särskilt framträdande för psykosomatiska besvär som ångslan, oro eller ångest, sömnsvårigheter och stress. Kvinnorna i länet upplever även mer besvär av detta jämfört med riket.
- Män har på flera sätt mer ohälsosamma levnadsvanor än kvinnor. De har ett högre tobaksbruk, ett riskbruk av alkohol i högre utsträckning och få män kommer upp i rekommendationerna för intag av frukt och grönt. Samtidigt har det bland kvinnorna skett en ökning vad gäller snusning och riskbruk av alkohol de senaste 10 åren.
- Ekonomiska förutsättningar påverkar hälsan, bland annat för att det kan öka människors möjligheter att kontrollera och styra sina livsvillkor. Det finns en tydlig social gradient för ekonomiska svårigheter. Sett till könsskillnader har även kvinnor sämre ekonomiska villkor än män.

HÄLSA – OHÄLSA

SJÄLVSKATTAD HÄLSA

Ett sätt att mäta allmänt hälsotillstånd är att låta individer skatta sin egen hälsa. Denna subjektiva bedömning är ett omfattande mått på hälsa och säger mer än vad man tror. Den självskattade hälsan samvarierar med en rad faktorer; fysiska/funktionella, psykiska, sjukdom, sociala, levnadsvanor och sociodemografiska. Dålig självskattad hälsa är en riskfaktor för framtida sjukdom, oavsett om man för tillfället har en sjukdom eller är helt frisk. Frågan om allmänt hälsotillstånd är därför av stor betydelse för att följa hälsoutvecklingen över tid (26).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Här redovisas de som svarat att deras hälsa är dålig eller mycket dålig på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”. Den självskattade hälsan är inte jämnt fördelad i befolkningen. Skillnader fanns mellan utbildningsgrupperna där de med kortast utbildning angav att de hade en sämre hälsa jämfört med de med längre utbildning. Denna skillnad syns främst bland kvinnorna.

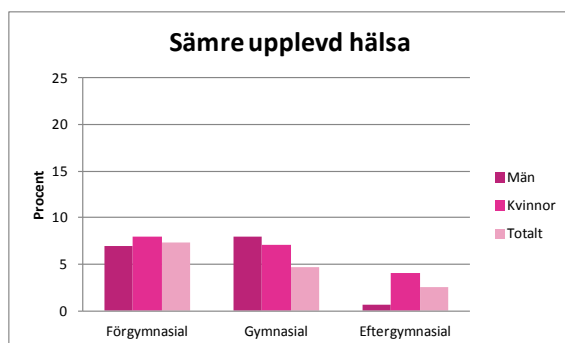


Diagram 1. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har en dålig eller mycket dålig hälsa, utifrån utbildningsnivå.

Andelen som angett att de har en god eller mycket god hälsa har ökat sedan den första undersökningen 2004. Det finns en liten skillnad mellan könen där fler män än kvinnor uppger att de har en god hälsa. I Kronobergs län uppger män något sämre upplevd hälsa och kvinnor något bättre än i riket.

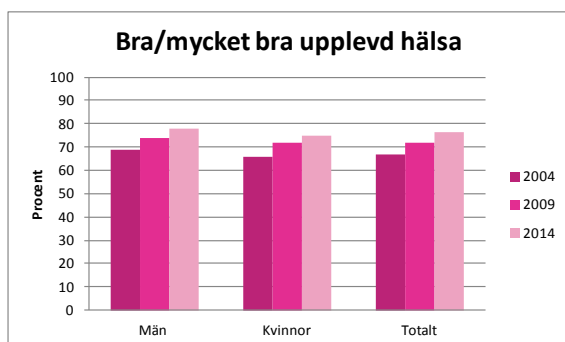


Diagram 2. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har en bra eller mycket bra hälsa. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

TANDHÄLSA

Tandhälsan blir allt bättre i befolkningen och framför allt märks detta bland de äldre. Mycket tack vare användande av fluor och bättre kunskap om kost och munhygien. Sedan början av 1990-talet har det däremot blivit allt vanligare med oregelbunden tandvård, framför allt bland yngre. Det är inte ovanligt att tandvårdsrädsla hindrar personer från att söka tandvård. Tandvårdsrädsla är vanligare bland yngre och bland kvinnor (27). Socioekonomiskt utsatta grupper, till exempel ensamstående föräldrar, långvarigt arbetslösa och personer med invandrarbakgrund, har ökad risk för en sämre tandhälsa. Studier har visat att skillnaderna delvis kan förklaras utifrån levnadsvanor men att den vanligaste orsaken är att man inte söker tandvård, trots att behov finns, av ekonomiska skäl (28, 29).

En god tandhälsa är betydelsefull för hälsan och påverkar vårt allmäntillstånd, välbefinnande och livskvalitet. Ur folkhälsosynpunkt är det därför viktigt med en förebyggande tandvård till alla grupper i samhället.

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Tandhälsa följer en social gradient vilket avspeglar sig i resultatet där personer med förgymnasial utbildning har en sämre upplevd tandhälsa än de med högre utbildningsnivå. Detta gäller för både män och kvinnor.

I Kronobergs län upplever både män och kvinnor att deras tandhälsa var bättre än vad som angetts i riket och kvinnor uppger att de har en bättre tandhälsa än män. Resultatet visar även att upplevd tandhälsa har blivit bättre sedan undersökningen 2004.

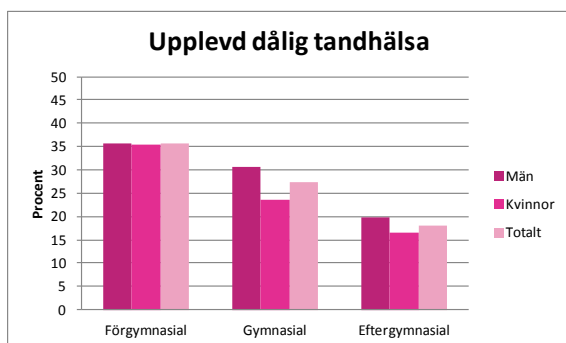


Diagram 3. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har en dålig tandhälsa, utifrån utbildningsnivå.

Det var 14 procent som angav att de haft behov av tandvård de senaste tre månaderna men ändå avstått från att söka vård. Åtta av tio angav ekonomiska skäl som anledning till att de inte sökt tandvård.

ÖVERVIKT OCH FETMA

Övervikt och fetma har länge varit ett växande folkhälsoproblem i stora delar av världen (30). Studier baserade på västerländska samhällen visar på en högre förekomst av övervikt och fetma i socioekonomiskt missgynnade grupper, framför allt vid indelning efter utbildningsnivå. Den ojämlika fördelningen är mer framträdande för kvinnor än för män (31, 32).

Jag har varit sjuk den senaste månaden vilket gör att mina svar skulle sett annorlunda ut alla andra månader det senaste året.



I Sverige har det sedan 1980-talet skett en ökning av andelen vuxna med övervikt och andelen med fetma har mer än fördubblats. Under de senaste 10 åren har däremot ökningen avstannat. Idag är nära hälften av befolkningen (16-84 år) i Sverige överviktiga eller har fetma. Förekomsten är vanligare i de äldre åldersgrupperna (45-84 år) än i de yngre (16-44 år) (27, 33). Orsaken till fetma och övervikt är ett samspel mellan hur vi lever, vårt arv och vår omgivande miljö. Levnadsvanorna är av särskild betydelse och övervikt och fetma går till stor del att förebygga. Intaget av energität

mat, som snabbmat, chips och godis, och fysisk inaktivitet har ökat. Det sistnämnda beror till stor del på att andelen stillasittande arbeten ökar, vilket begränsar den fysiska aktiviteten till fritiden (30, 32).

Övervikt och fetma beräknas efter Body Mass Index (BMI) som uttrycker relationen mellan längd och vikt. Övervikt definieras som BMI 25 till 30. BMI 30 eller högre klassas som fetma. Ett högt BMI utgör en riskfaktor för att utveckla hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes, ledsjukdomar och vissa cancerformer som tjocktarmscancer (30). En svaghet med denna beräkning är att måttet inte skiljer på fett- och muskelmassa. Det säger inte heller något om fettets fördelning. Då fettet kring buken har visat sig vara särskilt farligt är mått som midjemått och midja-höft-kvot viktiga komplement till BMI (34).

Beräkningen av BMI är gjord utifrån angiven längd och vikt i enkäten.

BMI = vikt (kg) dividerat med längden (m) i kvadrat.

WHO definierar kroppsvikt och olika grader av övervikt utifrån följande BMI:

Undervikt	< 18,4	Fetma, grad I	30-34,9
Normalvikt	18,5-24,9	Fetma, grad II	35-39,9
Övervikt	25-29,9	Fetma, grad III	>40

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Övervikt var vanligare hos män, 44 procent, i jämförelse med kvinnorna, 31 procent. Övervikt har minskat något för män och varit relativt oförändrad för kvinnor de senaste 10 åren. Övervikt bland män i Kronobergs län var ungefär lika vanligt som i riket. Däremot var övervikt något vanligare bland länets kvinnor än för kvinnorna i riket.

Fetma visade inga större skillnader mellan män och kvinnor (13 respektive 14 procent). Lägst andel med fetma finns i gruppen med eftergymnasial utbildning. Fetma har ökat någon procentenhet sedan den första undersökningen 2004 för båda könen. Det finns inga större skillnader mellan länet och riket.

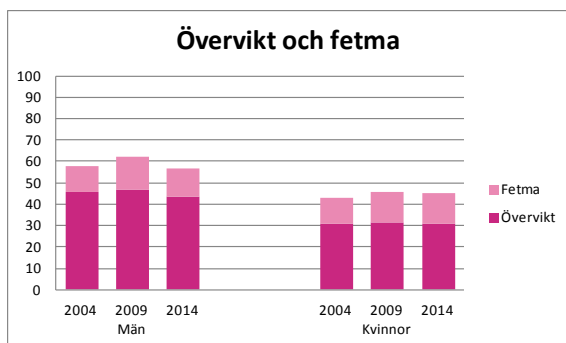


Diagram 4. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som har övervikt eller fetma. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

PSYKISK HÄLSA – OHÄLSA

På samma sätt som vårt allmänna hälsotillstånd pendlar fram och tillbaka, kan vi ibland må dåligt och känna oss nedstämda. Ständiga förändringar av livets olika villkor och vår omgivning är en del av livet och påverkar den psykiska hälsan. Enligt WHO:s definition ses psykisk hälsa som ett tillstånd av välbefinnande där varje individ inser sin egen potential och kan klara de normala påfrestningarna i livet. Psykisk ohälsa är ett omfattande begrepp som inkluderar såväl allvarlig psykisk sjukdom som till exempel psykos till att ha lättare besvär av oro och ångest. Även lättare besvär kan påverka livskvaliteten negativt och är viktiga att uppmärksamma (35, 36). I den här rapporten kartläggs den psykiska ohälsan i Kronobergs län utefter frågor om välbefinnande, ångest, oro och ångslan, sömnsvårigheter, självmordstankar samt stress.

Psykisk ohälsa räknas som ett av de stora folkhälsoproblemen och är en av de vanligaste anledningarna till att man upplever sitt hälsotillstånd som dåligt. De självupplevda psykiska besvären ökade under 1990-talet och början av 2000-talet, ökningen var större bland kvinnor än bland män. De senaste 10 åren har ökningen däremot avstannat. Kvinnor upplever fortfarande psykiska besvär i högre utsträckning än män (9). Detta behöver dock inte innebära att kvinnors ohälsa är större än mäns utan att yttringarna för psykisk ohälsa kan se olika ut. Psykisk ohälsa hos män tar sig inte sällan uttryck i form av våld och missbruk, framför allt en ökad konsumtion av alkohol, vilket troligen bidrar till en underrapportering av mäns psykiska ohälsa (37).

Orsaker till psykisk ohälsa är ofta ett samband mellan flera faktorer. Livsvillkor i barndomen och senare i livet samt levnadsvanor är av stor betydelse. Skillnader i psykisk ohälsa utefter utbildningsnivå speglar denna komplexitet på ett bra sätt. Studier visar att utbildningsnivå som enskild faktor inte associerar med psykisk ohälsa. Det är däremot troligt att flera av de faktorer som visar på ett samband med psykisk ohälsa är

mer vanligt förekommande i grupper med kort utbildning än bland dem med längre utbildning. Livsvillkor som dåligt socialt stöd, arbetslöshet, ekonomiska svårigheter, kritiska livshändelser och funktionsnedsättning påverkar den psykiska hälsan negativt. Av levnadsvanorna är fysisk inaktivitet och riskbruk av alkohol de största enskilda riskfaktorerna (38, 39).

Stress är ofta en bidragande orsak till psykisk ohälsa. De flesta upplever stress som något negativt som ofta orsakas av tidsbrist eller annan någon form av överbelastning. Stress uppstår när det är en obalans mellan inre och yttre krav och vår förmåga att hantera dem. Både för höga och för låga krav kan leda till stressrelaterad ohälsa. Ett kortvarigt stresspåslag är ofarligt och funktionellt då det bland annat leder till att uppmärksamheten och prestationen blir bättre. Långvarig stress kan däremot leda till stressrelaterade symtom som nedstämdhet, irritation, sömnproblem, huvudvärk och på sikt även andra sjukdomsytttringar (7).

Vi är alla olika känsliga för att utsättas för stress och reagerar på olika sätt. Hur vi bäst hanterar stressen kan också se olika ut. Inflytande och kontroll i det dagliga livet kan mildra de negativa effekterna av stress. Andra viktiga faktorer är goda sociala relationer och känslomässigt stöd. Att ta sig tid till vila och återhämtning och att prioritera det som känns roligt och meningsfullt är också viktigt för att kunna hantera stress (7).

Sömnen har stor betydelse för såväl stress som hälsan i stort. Personer som regelbundet sover bra tycks ha en god motståndskraft mot stressrelaterade problem. Samtidigt är stress den vanligaste orsaken till sömnsvårigheter, vilket gör att en ond cirkel lätt kan uppstå (27). Alla drabbas någon gång av sömnproblem men vissa drabbas mer än andra. Sömnproblem innebär att man antingen har svårt att somna in, har en störd eller orolig sömn eller att man vaknar i förtid. För vuxna finns det inga tydliga riktlinjer för vad som är tillräckligt med sömn, kvaliteten på sömnen är viktigare än längden. En störd sömn under en kortare period klarar kroppen av att hantera och kompensera för. Regelbundna sömnstörningar under en längre tid kan däremot innebära allvarliga konsekvenser för hälsan (36).



RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

PSYKISKT VÄLBEFINNANDE

I enkäten har ett frågebatteri bestående av 12 frågor – GHQ 12 (General Health Questionnaire) använts för att undersöka individens allmänna psykiska välbefinnande. Det mäter inte psykisk sjukdom i psykiatrisk bemärkelse utan subjektivt psykiskt välbefinnande och psykiska reaktioner på påfrestningar. Här redovisas de som har angett ett gott välbefinnande.

I Kronobergs län var det en högre andel som angett att de har ett gott välbefinnande jämfört med riket. Det var något fler män än kvinnor som angav ett gott eller mycket gott välbefinnande, men det fanns ingen skillnad mellan utbildningsgrupperna. Välbefinnandet har ökat sedan den första undersökningen 2004, framför allt för männen.

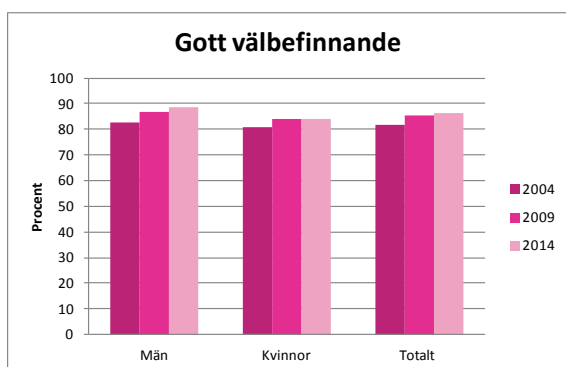


Diagram 5. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har ett gott välbefinnande (GHQ 12, cut-off 3). En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

ÄNGSLAN, ORO ELLER ÅNGEST

Besvär av ängslan, oro eller ångest har minskat sedan undersökningen 2004 för både män och kvinnor. Män i Kronobergs län har något mindre besvär än riket men kvinnor har något mer än riket.

Att ha lätta eller svåra besvär var relativt vanligt hos kvinnor och verkar ha samband med utbildningsnivå. Besvären var vanligast bland kvinnor med förgymnasial utbildning och lägst bland män med gymnasial utbildning.

Andelen som angett att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest var omkring 4 procent för både män och kvinnor.

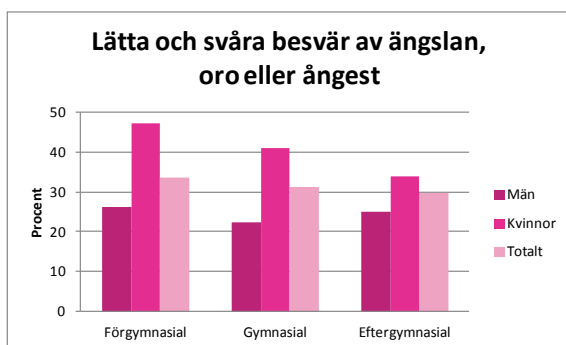


Diagram 6. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, utifrån utbildningsnivå.

SJÄLMORDSTANKAR

Att må så dåligt att man funderar på att ta sitt liv var något vanligare bland kvinnor (5 procent) än män (3 procent) men inget tydligt mönster ses mellan utbildningsnivåerna. Det var även lite vanligare med självmordstankar i riket än i länet. År 2009 var det betydligt fler som funderade på självmord, 10 procent av männen och 12 procent av kvinnorna i länet.

Att ha gjort ett självmordsförsök var dock vanligare bland männen, främst i den förgymnasiala gruppen. År 2009 uppgav fler att de försökt att ta sitt liv, totalt 3 procent. Motsvarande siffra för undersökningen 2014 var 0,8 procent.

SÖMNSVÅRIGHETER

Det var vanligare bland kvinnor, 38 procent, än bland män, 30 procent, att ha lätta eller svåra sömnbesvär. I Kronobergs län var det vanligare med sömnsvårigheter än i riket. Kvinnor med förgymnasial utbildning angav i högre utsträckning sömnsvårigheter (45 procent) jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning (35 procent). Sömnsvårigheter har minskat något sedan första undersökningen 2004 men däremot ökat sedan 2009.

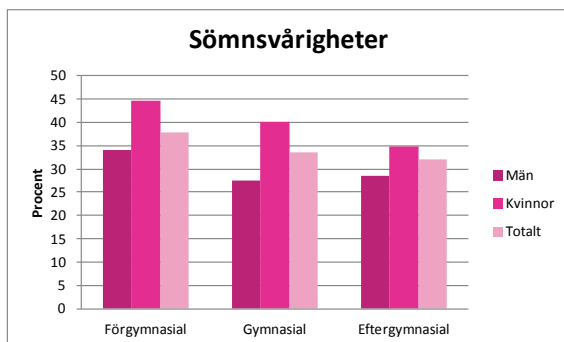


Diagram 7. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har lätta eller svåra sömnbesvär, utifrån utbildningsnivå.

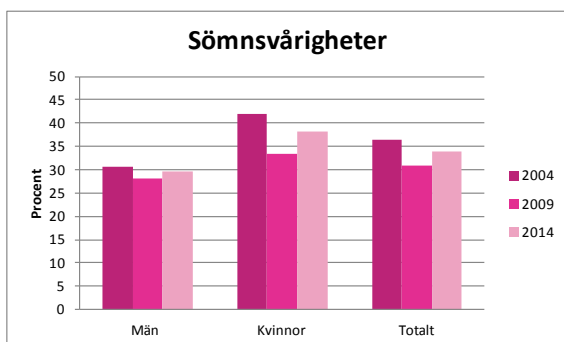


Diagram 8. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har lätta eller svåra sömnbesvär. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

STRESS

Stress är ett ospecifikt begrepp och har många olika betydelser för olika människor. I enkäten definieras stress som ett tillstånd där man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.

Kvinnor upplevde sig mer stressade än män. Det var inga större skillnader på upplevd stress mellan individerna i länet och riket. Andelen som rapporterade upplevd stress har minskat sedan undersökningen 2004. Variabeln stress uppvisar ett annat mönster för utbildningsnivå än övriga variabler inom området psykisk hälsa. Personer med eftergymnasial utbildning upplevde sig mer stressade än de med kortare utbildningsnivå.

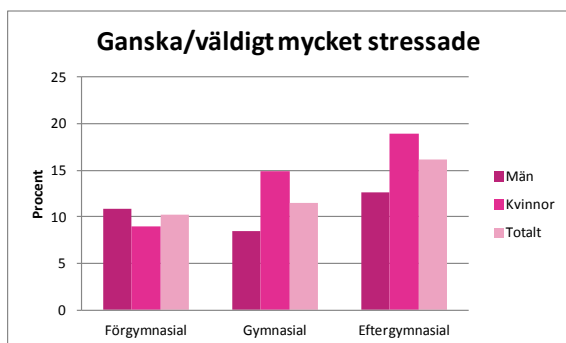


Diagram 9. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de känner sig ganska mycket eller väldigt mycket stressade, utifrån utbildningsnivå.

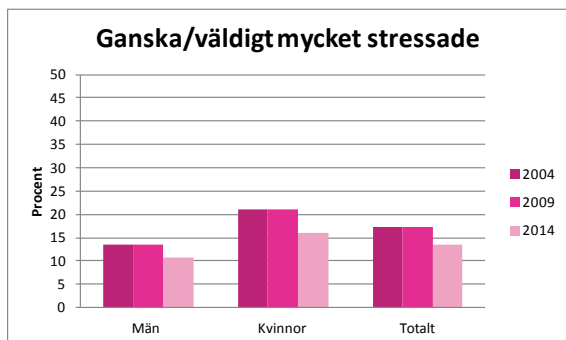


Diagram 10. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de är ganska mycket eller väldigt mycket stressade. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Så länge man är relativt frisk finns det inte mycket att klaga på.

”



LEVNADSVANOR

Våra levnadsvanor har stor betydelse för hur vi mår och folkhälsan i stort. Knappt hälften av kvinnorna i befolkningen och två tredjedelar av männen har minst en ohälsosam levnadsvana. För vissa av de hälsorelaterade levnadsvanorna finns det rekommendationer på befolkningsnivå. Dessa redogörs i de olika levnadsvanebeskrivningarna nedan (7, 40).

De skillnader i hälsa och ohälsa som finns mellan olika grupper i befolkningen beror delvis på skillnader i levnadsvanor. Levnadsvanor har ett starkt samband med människors sociala situation och livsvillkor och är på så sätt inte enbart ett fritt val. Samspelet med andra människor och det hälsofrämjande stöd som det omgivande samhället kan erbjuda är andra viktiga faktorer som påverkar levnadsvanorna (5).

För åldersgruppen (30-64 år) beskrivs levnadsvanorna fysisk aktivitet, mat, tobak, alkohol samt spel. De fyra första är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige och påverkar utvecklingen av det vi kallar för levnadsvane-relaterade sjukdomar. Enligt WHO kan goda levnadsvanor förebygga 80 procent av all hjärt- och kärlsjukdom, 30 procent av all cancer samt förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetets (41).

Sedan 2011 finns det nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder gällande levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor hos patienter (41). Hälso- och sjukvården inom Region Kronoberg har utifrån dessa riktlinjer genomfört ett implementeringsarbete som kontinuerligt kommer att följas upp. Som en del i denna uppföljning bör rutiner med kommunal hälso- och sjukvård utvecklas.

FYSISK AKTIVITET

Att vara fysisk aktiv innebär många hälsofördelar. Den fysiska aktiviteten är grundläggande för energibalansen och för att behålla vikten. Regelbunden fysisk aktivitet motverkar utvecklingen av högt blodtryck och typ 2-diabetes och minskar risken för vissa cancerformer. Även den psykiska hälsan påverkas positivt. Vissa av hälsoeffekterna beror delvis indirekt på att övervikt motverkas men fysisk aktivitet har även betydande hälsofrämjande effekter i sig oberoende av viktförändring. Hälsovinster är som störst då man går från att vara fysisk inaktiv till att börja med någon form av regelbunden aktivitet (27, 42).

I de flesta befolkningsundersökningar mäter man fysisk aktivitet utifrån hur mycket och hur ofta man rör på sig på fritiden. Vanligtvis anger man då endast planerade, medvetna aktiviteter som att gå till gymmet eller ta en promenad, vilket gör att det är svårt att uppskatta den faktiska graden av fysisk aktivitet under en dag (9). Något som på senare år blivit alltmer uppmärksammat är graden av stillasittande. Stillasittande är inte detsamma som fysisk inaktiv då det är fullt möjligt att nå rekommendationerna för fysisk aktivitet samtidigt som man kan räknas som stillasittande, inte minst då andelen stillasittande arbeten ökar. Det är därför relevant att se på stillasittandet som en särskild viktig riskfaktor. I dagsläget finns det inga specifika rekommendationer kring stillasittande. Ett vanligt förekommande råd är däremot att man bör göra ett kortare avbrott var 30:e minut (43).

Den vuxna befolkningen rekommenderas att vara fysisk aktiv på en måttlig ansträngningsnivå minst 150 minuter per vecka, alternativt minst 75 minuter per vecka på en hög ansträngningsnivå. Tidigare formulerades rekommendationerna som minst 30 minuter på minst måttlig intensiv nivå varje dag. Här redovisas aktivitetsnivån på 30 minuter daglig fysisk aktivitet. Med måttlig ansträngning menas aktivitet som medför att pulsen ökar något, exempelvis en rask promenad. Den fysiska ansträngningen kan anses vara intensiv när även andningsfrekvensen ökar och pulsen ökar påtagligt (27, 41).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

FYSISK AKTIVITET

Män var mer fysiskt aktiva, minst 30 minuter per dag, än kvinnor i denna åldersgrupp. Totalt sett var befolkningen i Kronobergs län mer fysiskt aktiva än i riket. Det fanns även en skillnad avseende fysisk aktivitet i relation till utbildningsnivå. De med längst utbildning var mest fysiskt aktiva, det gäller för så väl män som kvinnor.

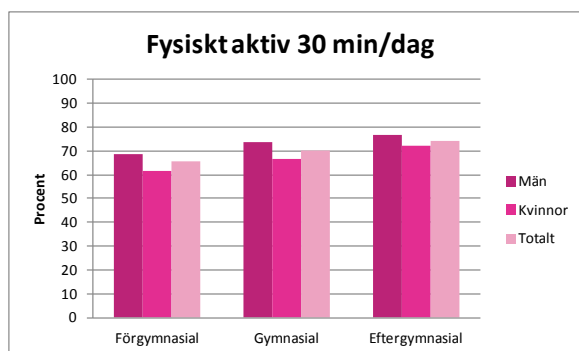


Diagram 11. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de är fysiskt aktiva minst 30 min/dag, utifrån utbildningsnivå.

Totalt sett vill 75 procent öka sin fysiska aktivitet och fler kvinnor än män vill ha stöd för detta, 15 respektive 10 procent.

STILLASITTANDE FRITID

I Kronobergs län var både män och kvinnor mindre stillasittande på sin fritid än i riket. Det fanns även en skillnad sett till utbildningsnivå där personer med eftergymnasial utbildning var mindre stillasittande än de med förgymnasial utbildning. Män var något mindre stillasittande än kvinnor vilka även blivit mer stillasittande under sin fritid de senaste tio åren.

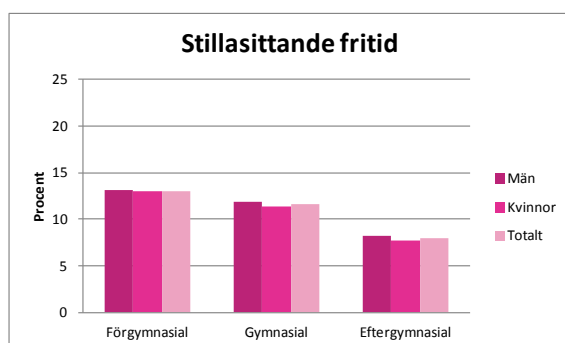


Diagram 12. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har en stillasittande fritid, utifrån utbildningsnivå.

MATVANOR

Goda matvanor och tillgång till säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsa och betydelsefulla faktorer för vårt välbefinnande. Ett varierat intag av frukt, grönsaker och fullkornsprodukter samt en låg konsumtion av mättat fett, salt och tillsatt socker kan förebygga övervikt och fetma samt flera av de levnadsvanerrelaterade sjukdomarna. Matvanorna styrs av individuella faktorer men även av bland annat tillgänglighet, pris och kulturella faktorer. Att maten är en viktig del av livet illustreras inte minst av den allt större uppmärksamheten som diverse dieter får (44, 45).

De nordiska länderna har under flera decennier samarbetat för att ta fram riktlinjer för kostens sammansättning och intag av näringsämnen. Rekommendationerna är avsedda att användas som riktlinjer för en kost som utgör grunden för en god generell hälsa (46). Ett sätt att mäta befolkningens matvanor är intaget av frukt och grönsaker. De nordiska rekommendationerna är att vuxna ska äta minst 500 gram per dag. Ett lågt intag av frukt och grönsaker är en av de största riskfaktorerna för sjukdomsbördan i höginkomstländer. Den självskattade konsumtionen visar inte på några förändringar de senaste 10 åren (44, 45). Däremot har försäljningen av frukt och grönsaker i Sverige ökat med 83 respektive 58 procent sedan 2000-talets början (47).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Det finns stora skillnader mellan män och kvinnor där kvinnor äter betydligt mer frukt och grönt. Utvecklingen visar att män har ökat sitt intag av frukt och grönt över tid, men ligger på en låg nivå, knappt 20 procent. Kvinnor ligger på en relativt stabil nivå runt 35 procent. Vid jämförelse mellan utbildningsnivåer finns inga tydliga skillnader. I jämförelse med riket äter män och kvinnor i Kronobergs län mer frukt och grönt än riket för övrigt.

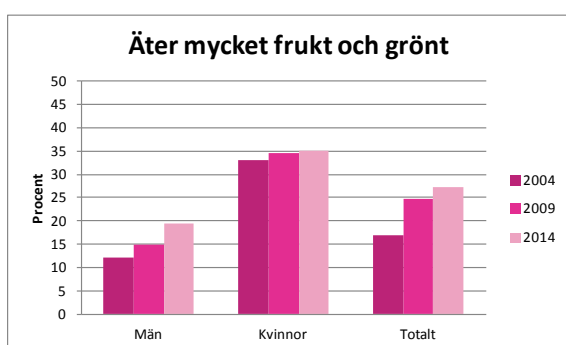


Diagram 13. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de äter mycket frukt och grönt. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Många var medvetna om att de bör öka sitt intag av frukt och grönt. En majoritet tror att de klarar det utan stöd men nästan 5 procent uppgav att de ville ha stöd för detta, något fler män än kvinnor.

Skulle köpa mer grönsaker och bättre mat om pengar fanns. Det finns inget utrymme för klädköp, resor och nöjen.

TOBAK

Sverige fick en tobakslag 1993 med bland annat regler om rökfria miljöer och varningstexter. Därefter har lagen skärpts vid ett flertal tillfällen med förbud mot reklam, förbjuden försäljning till dem under 18 år och utökade rökfria miljöer.

WHO:s tobakskonvention antogs av Sverige 2005 och bygger på ett starkt vetenskapligt underlag om hälsofarorna med aktiv och passiv rökning (48). Syftet med konventionen är att länder som ratificerat den ska arbeta för att minska den tobaksrelaterade sjukligheten och dödligheten samt tobakens samhälls- och miljöpåverkan. Folkhälsoarbetet vidgas här från att omfatta insatser på individnivå till att omfatta hela samhället. Strategierna går ut på att minska efterfrågan på tobak, tillgången på tobak och tillgängligheten till tobak.

Totalt sett har rökvanorna minskat i Sverige sedan mitten av 1980-talet men fortfarande är det ungefär var sjunde person i den vuxna befolkningen som röker. Trots minskningen är rökning den enskilt största riskfaktorn för sjukdom och förtida död. I Sverige dör ungefär 12 000 individer varje år i sjukdomar som är relaterade till rökning. Runt 100 000 personer insjuknar årligen i rökrelaterade sjukdomar, främst KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom), lungcancer, stroke och hjärtinfarkt (49). Rökning är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper, vilket är en bidragande orsak till de skillnader som finns i sjuklighet och dödlighet. Men även om tobaksrökning är den största enskilda hälsorisk är det en risk som går att förebygga.

Att vara utsatt för passiv rökning innebär i stort sett samma sorts risker som för den aktiva rökaren, om än i lägre grad. Det finns inga riskfria nivåer men risken att drabbas av sjukdom ökar ju större exponeringen är. Omkring 200 personer dör årligen på grund av passiv rökning i Sverige. Kunskaper om riskerna med passiv rökning har lett till att vi idag har många rökfria offentliga miljöer. Studier har visat att tobakskonsumtion och tobaksskador minskar vid införande av fler rökfria miljöer på arbetsplatser och i allmänna miljöer (50). Folkhälsomyndigheten har ett regeringsuppdrag som pågår 2015 om möjliga framtida rökfria miljöer, såsom perronger, lekplatser och utserveringar.



Många går över från rökning till snus enligt principen om minsta skada, utan att inse att man då fastnar i ett annat lika starkt beroende. Motivet för att sluta snusa är oftare önskan om att blir fri från beroendet och upplevas som fräschare än rädsla för sjukdom. När det gäller hälsoriskerna med snus är de betydligt mindre utforskade än rökningens. Dödlighet, men inte insjuknande, i hjärtinfarkt och stroke tycks vara större bland snusare än bland dem som inte använt tobak överhuvudtaget. Snusning ökar även risken för tandköttskador och fördubblar risken för bukspottkörtelcancer (51-54).

Att röka vattenpipa eller e-cigarett är andra alternativ som dyker upp och lockar främst yngre personer att prova. Många tror att det är ofarligt att röka vattenpipa eftersom det kan smaka och lukta sött. Röken känns inte heller så irriterande att dra ner i luftströmen som vid cigarrettrökning, men analyser visar att röken innehåller höga halter av kolmonoxid, tjära, tungmetaller och andra cancerogena ämnen. Att röka vattenpipa orsakar samma sjukdomar och skapar samma beroende som tobaksrökning (55).

E-cigarett är ofta avsedda att efterlikna cigaretter. De innehåller inte tobak men däremot oftast nikotin. De har olika utformning men består av ett cigarettliknande plaströr som laddas med en ampull. När ampullen hettas upp av ett batteri bildas vattenånga som rökaren suger i sig. Läkemedelsverket har läkemedelsklassat ampullerna om de innehåller nikotin, ingen sådan produkt är godkänd i Sverige. Hälsoeffekterna med e-cigarett är långt ifrån klarlagda och få e-cigarett innehåller tydlig innehållsdeklaration. Ett allvarligt problem som uppstått är att alltfler drabbats av akut nikotinförgiftning då koncentrationerna av nikotin är höga i rökvätskorna. Det finns inga studier som stöder att e-cigarett är ett effektivt hjälpmedel för rökavvänjning. WHO och Folkhälsomyndigheten rekommenderar att områden som enligt lag är rökfria även ska vara fria från e-cigarett (56).

Enkäten innehåller inga frågor om vattenpipsrökning eller rökning av e-cigarett.

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

RÖKVANOR

Andelen dagligrökare har minskat i riket och i länet för båda könen men mest märkbart bland kvinnor. Tidigare har kvinnor rökt mer än män men nu börjar rökvanorna bli mer lika mellan könen. I Kronobergs län röker däremot männen något mer än kvinnorna, 13 respektive 12 procent. Män i den här åldersgruppen röker något mer i länet jämfört med riket.

Andelen som angav att de röker då och då är relativt konstant de senaste tio åren, runt 9 procent för männen och 7 procent för kvinnorna. Det var sammanlagt 22 procent av männen och 20 procent av kvinnorna som uppgav att de rökte, dagligen eller då och då.

Den totala andelen rökare var högst i gruppen med förgymnasial utbildning och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildning. I gruppen med gymnasial utbildning fanns den största andelen kvinnor men den lägsta andelen män som rökte.

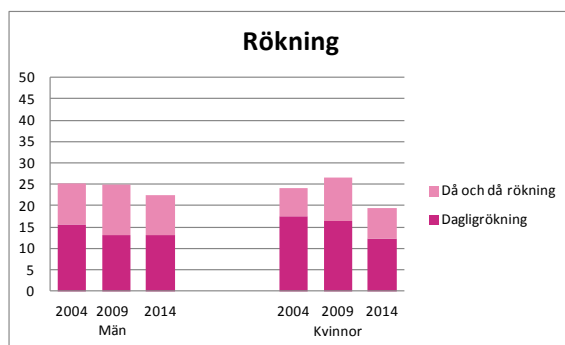


Diagram 14. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de röker dagligen eller då och då. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Av de som röker uppgav 66 procent att de vill sluta röka och av dessa vill nästan 30 procent ha hjälp och stöd. Män önskar hjälp i något högre utsträckning än kvinnor.

SNUSVANOR

Det var betydligt vanligare att män snusar än att kvinnor gör det. Män i den här åldersgruppen snusar mer än riket, 23 respektive 20 procent snusar dagligen medan kvinnor snusar mindre än i riket, 3 respektive 5 procent. Sett över tid har daglig snusning minskat bland männen men ökat bland kvinnor sedan undersökningen 2004.

Att snusa var vanligast i gruppen med gymnasial utbildning och minst vanlig bland de med eftergymnasial utbildning.

De som angav att de snusar då och då har varit relativt konstant under de senaste tio åren, 5 procent av männen och 1 procent bland kvinnorna.

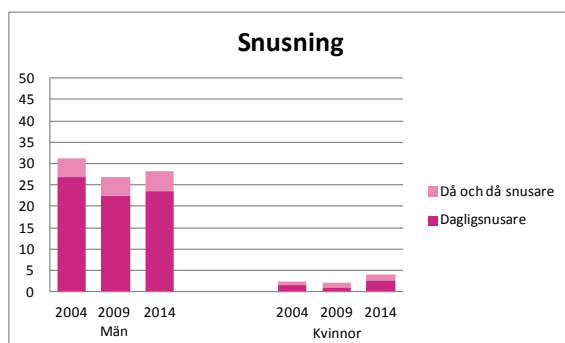


Diagram 15. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de snusar dagligen eller då och då. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Bland de som snusar var det omkring 40 procent som angav att de vill sluta, ungefär lika mellan könen. Men av dessa var det betydligt fler kvinnor än män som vill ha hjälp att sluta snusa, 27 respektive 13 procent.

ALKOHOL

Alkoholkonsumtion är en av största riskfaktorerna för den globala sjukdomsördan och har blivit identifierad som bidragande orsak till mer än 200 sjukdomar, skador och andra hälsotillstånd. Att dricka alkohol ses som socialt accepterat i flera sammanhang och är förekommande i de flesta kulturer. Dryckesmönstret varierar däremot mellan olika kulturer. Internationellt sett konsumerar kvinnor och män i Sverige mer än genomsnittet i världen men mindre än genomsnittet i Europa (57, 58). Tidigare studie har visat att det i Sverige är vanligare att män och kvinnor med kort utbildning väljer att helt avstå från alkohol. Män med kort utbildning tenderar att vara såväl hög- som intensivkonsumenter i större utsträckning än män med lång utbildning, ett mönster som inte återfinns hos kvinnor (59).

Efter att ha minskat under en tioårsperiod ökade alkoholkonsumtionen något under 2013. Totalkonsumtionen var då 9,3 liter ren alkohol per invånare över 15 år. Både den registrerade och oregistrerade konsumtionen har ökat men den oregistrerade har ökat mest¹. Det finns stora könsskillnader i konsumtionen. Män dricker i genomsnitt nästan 13 liter och kvinnor knappt sex liter ren alkohol per år (58, 60).

Sambandet mellan alkohol och ohälsa varierar, beroende på om man har en hög genomsnittlig konsumtion (veckokonsumtion) eller om man har en hög konsumtion vid enstaka tillfällen (intensivkonsumtion). För män beräknas veckokonsumtion som mer än 14 standardglas² per vecka, för kvinnor mer än nio standardglas per vecka. Intensivkonsumtion beräknas utifrån antal standardglas vid ett tillfälle minst en gång i månaden. Gränsen i Sverige är satt till mer än fyra standardglas för män och mer än tre standardglas för kvinnor. Bedömning av riskbruk av alkohol görs utifrån vecko- och/eller intensivkonsumtion. Gränserna gäller för friska vuxna (61).

Alkoholens skyddande effekt vid måttligt intag diskuteras gång på gång men alkohol ska inte rekommenderas ur hälsosynpunkt. Högt alkoholintag under längre tid ger ökad risk för skador och sjukdomar som levercirros, bukspottskörtelinflammation, vissa cancerformer och hjärt- och kärlsjukdomar. De flesta alkoholskador upphör eller avtar när konsumtionen minskar kraftigt eller upphör helt. Ett riskbruk påverkar inte bara hälsan utan kan leda till sociala konsekvenser, både för den som dricker och närstående (58, 61).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

I jämförelse med riket har män i Kronobergs län lägre riskbruk av alkohol, 9 procent jämfört med 14 procent. För kvinnor var riskbruket lika utbrett i länet som i riket med 5 procent.

Riskbruk av alkohol har ökat något för kvinnor medan det minskat något för män under de senaste tio åren.

Den största gruppen med riskbruk finns för både män och kvinnor med gymnasial utbildning, 12 respektive 6 procent.

1 Registrerad konsumtion är köp från Systembolaget, restauranger och folköl i livsmedelsbutiker. Oregistrerad konsumtion är införsel i samband med t.ex. resor, hemtillverkning, köp av smugglad alkohol och köp över internet (ej internetköp från Systembolaget).

2 Ett standardglas innehåller 12 gram alkohol. Detta motsvarar 12-15 cl vin, 4 cl sprit, 33 cl starköl eller 50 cl folköl (2,8 %).

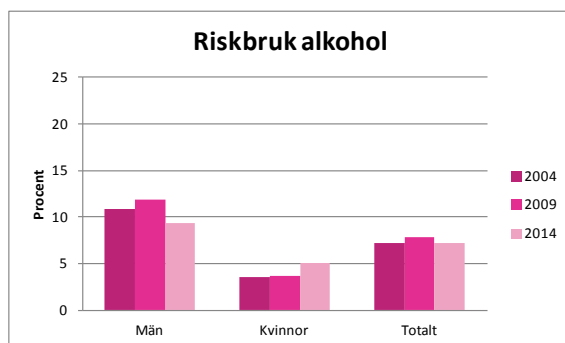


Diagram 16. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har ett riskbruk av alkohol. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Det var 16 procent av männen och 10 procent av kvinnorna som uppgav att de vill minska sin alkoholkonsumtion. Endast 0,5 procent uppgav att de vill ha stöd för detta.

SPELVANOR

I Sverige spelar den vuxna befolkningen i genomsnitt för 6000 kronor per person och år. Lotterier och nummerspel, till exempel lotto och bingo, är de i särklass vanligaste spelformerna. Till skillnad från den fysiska spelmarknaden har internetspel haft en relativt stark tillväxtutveckling (62). Andelen personer som spelar om pengar har minskat sedan början av 2000-talet. Omsättningen av spelandet ligger däremot kvar på samma nivå, vilket innebär att färre personer spelar för alltmer pengar (63).

Spelvanor kan beskrivas utifrån olika nivåer. För de allra flesta leder inte spel om pengar till några allvarliga konsekvenser men omkring 2 procent av svenska befolkningen uppskattas ha spelproblem. Spelproblem innebär att en person har fått negativa konsekvenser av sitt spelande, sociala, ekonomiska eller hälsorelaterade. Andelen problemspelare har ökat mest bland unga män i åldersgruppen 18-24 år och för kvinnor i åldrarna 45-74 år. Riskspelare är de som befinner sig i riskzonen för att utveckla spelproblem. De drabbas av färre och mindre allvarliga konsekvenser än problemspelare men får ofta problem som är förknippade med förlorad kontroll över ekonomin. Andelen riskspelare i befolkningen är drygt 5 procent. Att spela på ett riskabelt sätt kan på kort eller lång tid leda till ett problemspelande. För att minska skadeverkningarna av spelproblem kan det vara effektivt att satsa på förebyggande arbete riktat mot riskspelare (64, 65).

Personer med spelproblem är på flera sätt en särskild utsatt grupp. De har oftare en sämre hälsa, både allmänt och psykiskt och är oftare socialt och ekonomiskt utsatta jämfört med personer som inte har problem med sitt spelande. Det finns ett tydligt samband mellan spelproblem och missbruk av alkohol, tobak och narkotika. Det är däremot oklart om människor får spelproblem som en följd av missbruk eller om spelproblem föregår missbruk. Även närstående drabbas hårt av spelproblem, då både hälsan, den sociala situationen och ekonomin påverkas negativt. För riskabla spelvanor är sambanden med ohälsa inte lika tydliga. Däremot har studier visat på samband mellan riskabla spelvanor, föräldrars spelande under uppväxten och lägre socioekonomisk status (64, 66).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Att köpa lotter eller satsa pengar på spel var vanligt i befolkningen, det angav 72 procent av männen och 65 procent av kvinnorna att de hade gjort under det senaste året. Det var något fler än riket där 67 respektive 62 procent satsat på lotter eller spel. I jämförelse med de senaste tio åren har det minskat något i länet då motsvarande siffra var 78 procent för båda könen.

Omkring 3 procent angav att de spelar för mer pengar än de har råd med, eller att de återsänt en annan dag för att försöka vinna tillbaka pengarna man förlorat.

I gruppen med gymnasial utbildning var det vanligast att köpa lotter eller satsa pengar på spel. Men gruppen med förgymnasial utbildning uppgav i högre utsträckning än övriga utbildningsgrupper att de ibland spelade för mer pengar än man hade råd till.



LIVSVILLKOR OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN

Livsvillkor och levnadsförhållanden påverkar hälsan. I enkätundersökningen finns det frågor om ekonomi, arbete och sysselsättning samt trygghet och sociala relationer.

EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN

Ekonomiska resurser är en bland flera viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. En ekonomisk utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är negativ för hälsan. Goda ekonomiska resurser är viktiga för hälsan då de kan omvandlas till andra resurser som har betydelse för människors möjligheter att kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor. Avsaknad av kontantmarginal³ och svårigheter att klara löpande utgifter som mat, hyra och räkningar är exempel på mått som mäter ekonomisk utsatthet på individnivå (19).

Det finns ett tydligt samband mellan inkomst och hälsa. Sambandet är starkast relaterat till den egna arbetsinkomsten, men även hushållets gemensamma inkomster påverkar hälsan. Både män och kvinnor med hög inkomst rapporterar ett gott hälsotillstånd i större utsträckning än de med låg inkomst. Förhållandet liknar den sociala gradient som tidigare beskrivits, men betydelsen av inkomst avtar i takt med ökad inkomst (67). Orsakssambandet mellan inkomst och hälsa är däremot mindre tydligt. Låg inkomst är förknippat med en rad olika sociala förhållanden som gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker. Inkomsten kan ses som en effekt av flera sociala faktorer som uppväxtvillkor, utbildning och yrkesposition men även som ett resultat av en redan nedsatt hälsa (9).

På befolkningsnivå har den relativa inkomsten (inkomstspredning) en större påverkan på människors hälsa än den absoluta inkomsten. Trots relativt små inkomstskillnader förekommer detta samband även i Sverige (67). Finanskrisen hösten 2008 bromsade inkomstillväxten för de flesta grupper men framför allt var utvecklingen negativt för de med högst respektive lägst inkomster. Även om finanskrisen på kort sikt bidrog till att inkomstspredningen minskade så har den generellt sett ökat sedan 1990-talet (19).

Skulle vilja att det inte vore så stor skillnad på fattiga, rika och de som har problem skulle få hjälp, inte vägra hjälpa, många i Sverige har det inte lätt.



³ Mäts i möjlighet att få fram 15 000 kr på en vecka.

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Kvinnor i länet har svårare att skaffa fram 15 000 kronor än män, 19 respektive 15 procent. Det var något fler män i länet jämfört med män i riket (13 procent) som inte har en kontantmarginal på 15 000 kr. Jämfört med de senaste tio åren har kvinnor lättare att få fram kontantmarginal medan det inte skett någon förändring bland män.

Personer med förgymnasial utbildning har i högre utsträckning svårare att få fram 15 000 kronor på en vecka än de med längre utbildning. Det var en stor skillnad mellan könen i förgymnasial och gymnasial utbildningsgrupp, där betydligt fler kvinnor har svårigheter.

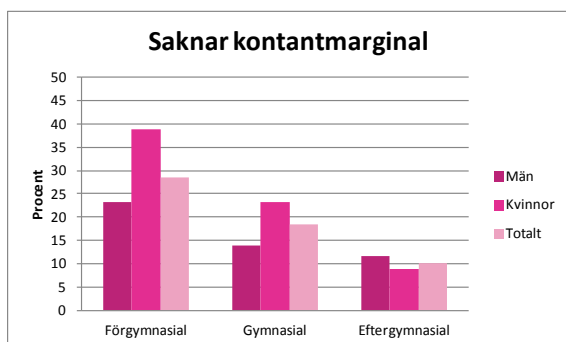


Diagram 17. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har svårt att få fram 15 000 kr på en vecka, utifrån utbildningsnivå.

Att någon eller flera gånger råka ut för att man haft svårigheter att klara de löpande utgifterna drabbade 13 procent, inga större skillnader mellan könen. Den grupp som hade svårast att klara av de löpande utgifterna var kvinnor med gymnasial utbildning (17 procent). I gruppen med eftergymnasial utbildning var det 10 procent som hade problem med löpande utgifter, lika för båda könen.

ARBETE OCH SYSSELSÄTTNING

Arbetslivet är en väsentlig del av de flesta människors liv och betydelsefullt för folkhälsan på flera sätt. Människors hälsa påverkas av den direkta arbetsmiljön, men även av anställningsformer och möjligheterna att skapa balans mellan arbetsliv och fritid. Arbetsgivaren har enligt Arbetsmiljölagen det övergripande ansvaret för arbetsmiljön. En god arbetsmiljö innefattar inte bara en trygg och säker fysisk miljö, den sociala och psykiska miljön är också inkluderade. De psykosociala arbetsmiljöfaktorerna har visat på samband med ett flertal olika hälsoutfall. Särskilt viktigt är en bra balans mellan krav, inflytande och stöd i det egna arbetet (68).

Den ökade konkurrensen och flexibiliteten inom arbetslivet har påverkat utvecklingen av anställningsformer. Bemanningsbranschen är en relativt ny bransch i Sverige och sedan 1993 är privat uthyrning av personal i vinstsyfte tillåtet. Anställningstryggheten generellt, och framför allt oro för att förlora sitt arbete, har en stark inverkan på hälsan. Bland behovsanställda och inhyrd personal är ohälsoproblem vanligare jämfört med andra anställningsformer. Det finns könsskillnader när det gäller anställningsform och anställningstrygghet då kvinnor i högre utsträckning är tillfälligt anställda (68, 69).

Ohälsan är även högre bland arbetslösa än bland de som har arbete, framför allt den psykiska ohälsan. Även om arbetslösheten har direkta negativa effekter på individens hälsa är sambandet mellan arbetslöshet och hälsa ofta komplext. Omvänt påverkar ohälsa möjligheterna till att få eller att behålla ett arbete (70).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

Vid undersökningen 2009 var det en betydande större andel som var oroliga för att förlora jobbet, 22 procent. I den här undersökningen var det 15 procent av männen och 13 procent av kvinnorna som var oroliga för det, ungefär lika många som i riket.

De med förgymnasial utbildning var i högre grad oroliga att bli av med jobbet jämfört med de med längre utbildning.

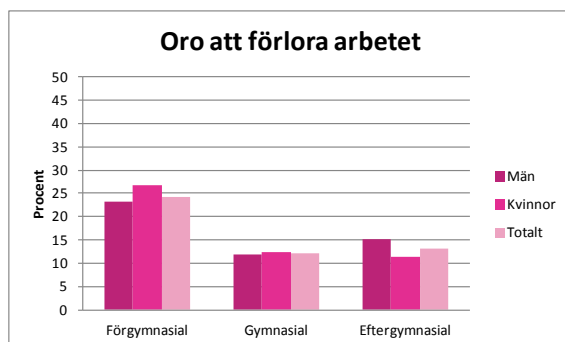


Diagram 18. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de är oroliga att förlora arbetet, utifrån utbildningsnivå.

TRYGGHET

Att känna trygghet är centralt för människors välbefinnande. Känslor av otrygghet kan ha många förklaringar och då det är en subjektiv känsla är det också svårt att mäta. En otrygghet behöver inte ha sin grund i faktisk risk för att bli utsatt för till exempel brott eller våld, men baseras sannolikt på den allmänna tryggheten i ett samhälle och de villkor man lever under. De med goda levnadsförhållanden känner mindre rädsla än de som lever under mer osäkra villkor. Trygghet kan även ses som en del av demokratin, då förtroende för rättsväsendet samvarierar med den egna upplevelsen av trygghet (19, 71).

Bostadsområde och utsatthet för våld har inverkan på upplevd känsla av trygghet. I Sverige är det en stor majoritet av den vuxna befolkningen som uppger att de känner sig ganska eller mycket trygga när de går ut ensamma på kvällen i det egna bostadsområdet. De som bor i mindre städer eller på landsbygden känner sig i större utsträckning trygga än de som bor i storstadsregioner eller andra större städer. Kvinnor i alla åldersgrupper uppger otrygghet i högre utsträckning än män. Kvinnor upplever även mer konsekvenser av otrygghet, bland annat upplevelse av minskad rörelsefrihet och försämrad livskvalitet (71).

Många människor utsätts för våld under sin livstid. Våldet har en mängd olika orsaker, utövas på många sätt och drabbar många människor. Våld har konsekvenser för många fler än den direkt drabbade och rädslan för hot och våld skapar oro och otrygghet. Utsatthet för våld är ett allvarligt folkhälsoproblem som kan orsaka, eller leda till fysisk, psykisk och social ohälsa. Det finns en tydlig koppling mellan våldsutsatthet i barndomen och våldsutsatthet i vuxen ålder (72).

WHO definierar våld som fysiskt, sexuellt, psykologiskt samt försummelse. Sett ut ett livstidsperspektiv har 80 procent av såväl kvinnor som män i Sverige blivit utsatta för någon form av våld. Det är vanligare att kvinnor utsätts för allvarligt våld än män. I vuxenlivet är utsatthet för psykiskt våld vanligast för kvinnor och fysiskt våld vanligast för män. Kvinnor utsätts i högre utsträckning för våld av en partner medan män oftare utsätts för våld av en okänd person (72).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

RÄDSLÅ

Det var 26 procent av kvinnorna och 5 procent av männen som angav att de avstod, ibland eller ofta, från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Det var en lägre andel i länet jämfört med riket som avstod från att gå ut. Störst andel fanns bland kvinnor med förgymnasial utbildning (41 procent) och lägst bland män med eftergymnasial utbildning (2,6 procent). Det var en lägre andel, både män och kvinnor, som angav att de var rädda att gå ut ensam, jämfört med undersökningen 2009.

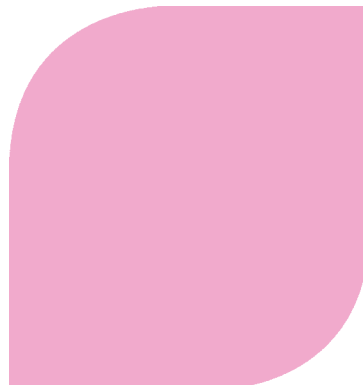
VÅLD

I enkäten uppgav knappt 3 procent att de varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Det var framför allt män som varit utsatta för våld och flest i gruppen förgymnasial utbildning (6 procent). Minst utsatta var kvinnor med eftergymnasial utbildning (0,7 procent). I jämförelse med riket var det fler män och färre kvinnor som uppgav att de varit utsatta för våld. En något större andel män angav att de varit utsatta för våld i jämförelse med första undersökningen 2004.

SOCIALA RELATIONER

Våra sociala relationer bidrar till att vi känner gemenskap och ger en känsla av trygghet. Vi omges av olika typer av sociala kontakter. Relationer till familj och vänner präglas ofta av nära, känslomässiga band, till skillnad från de mer ytliga relationerna som vi har inom till exempel arbets- och föreningsliv. Det finns ett utbrett vetenskapligt stöd att sociala relationer har en positiv inverkan på individers hälsotillstånd. Tidigare undersökningar visar att individer med bristfälliga sociala relationer skattar sin hälsa som betydligt sämre än de med bra relationer. Alla sociala relationer kan dock inte ses som hälsofrämjande (6, 7).

Sociala relationer är ett omfattande begrepp som inkluderar olika områden. De hälsofrämjande effekterna av sociala relationer kan bland annat mätas utifrån graden av socialt stöd, socialt deltagande och tillit.



Det sociala stödet innefattar såväl emotionellt som praktiskt stöd. Enkelt uttryckt handlar det emotionella stödet om kvaliteten på den sociala relationen, medan det praktiska stödet mer belyser de sociala nätverk som en individ omges av. Människor utan nära relationer och socialt stöd löper flera gånger högre risk att dö i förtid. Socialt stöd är även en skyddsfaktor vid stress och bidrar till att skapa en meningsfullhet i livet (6, 73).

Graden av sammanhållning i ett samhälle är en viktig bestämningsfaktor för befolkningens hälsa. Det är viktigt att människor känner sig socialt delaktiga och har tillit till såväl andra människor som till institutioner i samhället. Tillit mellan individer har visat sig ha samband med bland annat självskattad hälsa, tillfredsställelse i livet och dödlighet. För socialt deltagande finns det ett positivt samband med självskattad hälsa och fysisk hälsa. Motsatsen till detta är social isolering och misstro, vilket kan leda till en känsla av utanförskap, maktlöshet och ohälsa (74, 75).

Formerna för socialt deltagande skiljer sig åt utefter olika åldersgrupper, utbildningsnivåer och socioekonomiska grupper. De med en hög socioekonomisk status deltar i högre utsträckning i aktiviteter och sammanhang som kräver mer materiella resurser. De har även en större tillgång till och möjligheter att delta i olika aktiviteter än de med en låg socioekonomisk status (75).

RESULTAT FÖR KRONOBERGS LÄN

TILLIT

En majoritet känner tillit till andra människor. Det var något fler i länet än i riket samt fler kvinnor (80 procent) än män (77 procent). Det syns inga förändringar över tid under de senaste tio åren. Personer med eftergymnasial utbildning är den grupp som känner mer tillit än de med kortare utbildning, det gäller både män och kvinnor.

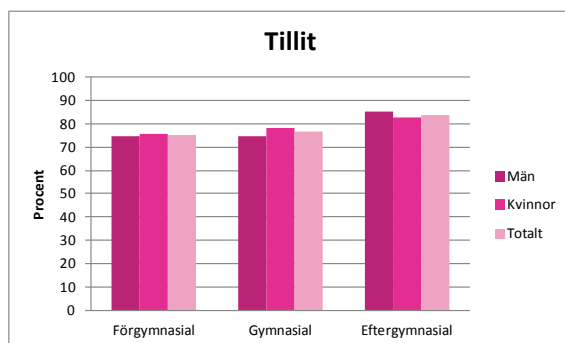


Diagram 19. Andelen män och kvinnor, 30-64 år, som angett att de har tillit till andra människor, utifrån utbildningsnivå.

DELA KÄNSLOR

Fler män (13 procent) än kvinnor (10 procent) saknar någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Bland kvinnor var det i gruppen med förgymnasial utbildning där flest angav att de saknar någon att anförtro sig åt. Medan det för männen var gruppen med eftergymnasial utbildning där flest saknade någon att dela sina innersta känslor med.

REFERENSER

1. Constitution. New York: World Health Organization; 1948.
2. Medin J, Alexanderson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande : en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
3. Åkerlind I, Faresjö T, editors. Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? : frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning. Lund: Studentlitteratur; 2005.
4. The Ottawa charter for health promotion Ottawa: World Health Organization; 1986.
5. Pellmer K, Wramner B. Grundläggande folkhälsovetenskap. Stockholm: Liber; 2007.
6. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. Journal of health and social behavior. 2010;51 Suppl:S54-66.
7. Rostila M, Toivanen S, editors. Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber; 2012.
8. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 1991.
9. Folkhälsan i Sverige : årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2014.
10. Mäns medellivslängd för första gången över 80 år. Nr. 2014:16. Statistiska centralbyrån [Internet]. Publicerad 2014-03-19.
11. Medellivslängden ökar mest för högutbildade. Nr. 2013:50 Statistiska centralbyrån [Internet]. Publicerad 2013-06-25.
12. Smirthwaite G. (O)jämsställdhet i hälsa och vård : en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2007.
13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International journal of health services. 1992;22(3):429-45.
14. Wilkinson RG, Pickett K. Jämlikhetsanden : därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen. Stockholm: Karneval; 2010.
15. Marmot M. Statussyndromet : hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och kultur; 2006.
16. Hogstedt C, editor. Velfärd, jämlikhet och folkhälsa : vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
17. Ringsberg KC, Ewy O, Per T, editors. Health literacy : teori och praktik i hälsofrämjande arbete. Lund: Studentlitteratur; 2014.
18. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of health communication. 2013;18 Suppl 1:172-84.
19. Ekonomiska och sociala förutsättningar : kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 : målområde 2. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
20. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
21. Hälsa 2020. Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion. Svensk översättning av Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO 2013. Falun Folkhälsomyndigheten 2015.
22. The Trondheim Declaration (Trondheimserklaringen) Nordisk folkhelseskonferans Trondheim 2014.

23. Stigendal M, Östergren P-O. Malmös väg mot en hållbar framtid : hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, 2013.
24. En förnyad folkhälsopolitik. Regeringens proposition 2007/08:110. Stockholm: Regeringen; 2008.
25. Läns gemensam folkhälsopolitiken för Kronobergs län med prioriteringar för 2012-2015.
26. Hertting A, Kristenson M, editors. Hälsofrämjande möten : från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
27. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
28. Wamala S, Merlo J, Bostrom G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *Journal of epidemiology and community health*. 2006;60(12):1027-33.
29. Guarnizo-Herreno CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC public health*. 2014;14:827.
30. Obesity and overweight. Fact sheet no. 311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>: World Health Organization (WHO); [updated Januari 2015].
31. Devaux M, Sassi F. Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *European journal of public health*. 2013;23(3):464-9.
32. Gearon E, Backholer K, Hodge A, Peeters A. The mediating role of dietary factors and leisure time physical activity on socioeconomic inequalities in body mass index among Australian adults. *BMC public health*. 2013;13:1214.
33. Folkhälsodata. Nationella folkhälsoenkäten [database on the Internet]. Folkhälsomyndigheten [cited 22 januari 2015].
34. Lindroos A-K, Rössner S. Fetma : från gen- till samhällspåverkan. Lund: Studentlitteratur; 2007.
35. Mental health: a state of well-being http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/: World Health Organization (WHO); [updated Augusti 2014].
36. Orth-Gomér K, Perski A, editors. Preventiv medicin : teori och praktik. Lund: Studentlitteratur AB; 2008.
37. Toivanen S, Gisselmann M, Lindfors P. Kön, genus och hälsa: socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män. 2012.
38. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Linden-Bostrom M, Nordstrom E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden. *BMC public health*. 2009;9:302.
39. Kurtze N, Eikemo TA, Kamphuis CB. Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. *European journal of public health*. 2013;23(2):223-9.
40. Levnadsvanor : lägesrapport 2011. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2012.
41. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 : tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
42. Physical activity. Fact sheet no. 385. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>: World health organization (WHO); [updated Januari 2015].
43. Ekblom Bak E, editor. Långvarigt stillasittande : en hälsofara i tiden. Lund: Studentlitteratur; 2013.

44. Matvanor och livsmedel : kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010 : målområde 10. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2011.
45. Healthy diet. Fact sheet no. 394. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>; World health organization (WHO); [updated Januari 2015].
46. Nordiska näringsrekommendationer 2012 – rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Svensk version som omfattar kapitel 1-3 av ”Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity”. Nordiska Ministerrådet
47. Livsmedelsförsäljningsstatistik 2013. Livsmedelsförsäljningen inom detaljhandeln. Statistiska centralbyrån, Korrigerad 2014-10-08.
48. Lundquist Å, Haglund M. Tobakskonventionen : världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksförebyggande arbetet i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
49. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
50. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Guidelines under article 8 of the Framework convention on tobacco control. Geneva: World health organization, 2007.
51. Norberg M, Stenlund H, Lindahl B, Boman K, Weinehall L. Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing? Scandinavian journal of public health. 2006;34(6):576-83.
52. Boffetta P, Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2009;339:b3060.
53. Cnattingius S. Hälsorisker med svenskt snus. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
54. Hergens MP, Alfredsson L, Bolinder G, Lambe M, Pershagen G, Ye W. Long-term use of Swedish moist snuff and the risk of myocardial infarction amongst men. Journal of internal medicine. 2007;262(3):351-9.
55. WHO Study Group on Tobacco Product Regulations. Advisory note: Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs, and recommended actions by regulators Geneva World Health Organization, Tobacco Free Initiative 2005
56. Fakta och myter om e-cigarettor http://tobaksfaktase/wp-content/uploads/2015/02/Om-e-cigaretterny_pdf; Tobaksfakta 2015.
57. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
58. Global status report on alcohol and health-2014. World Health Organization, 2014.
59. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. Alcohol and alcoholism. 2006;41(suppl 1):i26-i36.
60. Leifman H, Trolldal B. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2013. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2014.
61. Wählin S. Alkohol : en fråga för oss i vården. Lund: Studentlitteratur; 2012.
62. Den svenska spelmarknaden i siffror 2013. <http://www.lotteriinspektionen.se/Global/Broschyrer/spelmarknaden2013webb.pdf>; Lotteriinspektionen.
63. Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009 : huvudresultat från SWE-LOGS befolkningsstudie. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2011.

64. Faktablad Swelogs nr. 20. Vad vet vi om spelproblem i Sverige 2014? <http://www-folkhalsomyndighetense/publicerat-material/publikationer/Faktablad-Swelogs-nr-20---Vad-vet-vi-om-spelproblem-i-Sverige-2014/>; Folkhälsomyndigheten; 2014.
65. Faktablad Swelogs nr. 13. Vad utmärker riskspelande? <http://wwwfolkhalsomyn-dighetense/publicerat-material/publikationer/Faktablad-Swelogs-nr-13-Vad-utmarker-riskspelande/>; Folkhälsomyndigheten 2014.
66. Överdrivet spelande och hälsa : en systematisk litteraturöversikt. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
67. Fritzell J, Nermo M, Lundberg O. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32(1):6-16.
68. Hälsa i arbetslivet : kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010: målområde 4. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
69. Håkansson K, Isidorsson T, Strauss-Raats P. Kunskapssammanställning : arbetsmiljö för hyresarbetskraft : inhyrdas fysiska och psykosociala arbetsmiljö. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2013.
70. Falkstedt D, Hemmingsson T. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång: kunskapsöversikt. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2011.
71. Frenzel A, Wallin L, Hvitfeldt T, Irlander Strid Å. Nationella trygghetsundersökningen 2014 : om utsatthet, otrygghet och förtroende. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ); 2015.
72. Våld och hälsa : en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2014.
73. Delaktighet och inflytande i samhället : kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010 : målområde 1. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
74. Chuang YC, Chuang KY, Yang TH. Social cohesion matters in health. *International journal for equity in health*. 2013;12:87.
75. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor Folkhälsomyndigheten 2014.



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

DEL 2. UNGA VUXNAS HÄLSA 16-29 ÅR

SAMMANFATTNING	50
LIVSVILLKOR OCH HÄLSA	52
LEVNADSVANOR	52
RESULTAT	
HÄLSA - OHÄLSA	
SJÄLVSKATTAD HÄLSA	54
TANDHÄLSA	55
ÖVERVIKT OCH FETMA	55
PSYKISK HÄLSA – OHÄLSA	57
LEVNADSVANOR	
FYSISK AKTIVITET	60
MATVANOR	60
TOBAK	61
ALKOHOL	62
CANNABIS	63
SPELVANOR	64
LIVSVILLKOR OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN	
EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN	65
TRYGGHET	65
SOCIALA RELATIONER	66
REFERENSER	67

DEL 2 – UNGA VUXNAS HÄLSA 16-29 ÅR

Unga vuxna är en viktig åldersgrupp att uppmärksamma, inte minst då många levnadsvanor etableras tidigt i livet, som till exempel bruk av tobak och alkohol. Nästan alla dagligrökare har börjat röka före 18 års ålder. Ju tidigare unga börjar dricka sig berusade desto större är risken för framtida alkoholberoende och riskabla alkoholvanor är vanligast i denna åldersgrupp (1). Förutom levnadsvanor är psykisk ohälsa och förändrade livsvillkor områden av särskild betydelse för denna åldersgrupp.

Jämfört med barndomsåren blir könsskillnaderna i hälsa och levnadsvanor allt större bland unga vuxna. I åldersgruppen 16-24 år är män mer fysiskt aktiva än kvinnor och kvinnor äter hälsosammare än män (2). Bland universitetsstudenter har man även kunnat påvisa könsskillnader i stress och självskattad hälsa där män är mindre stressade och har en högre självskattad hälsa än kvinnor (3).

SAMMANFATTNING

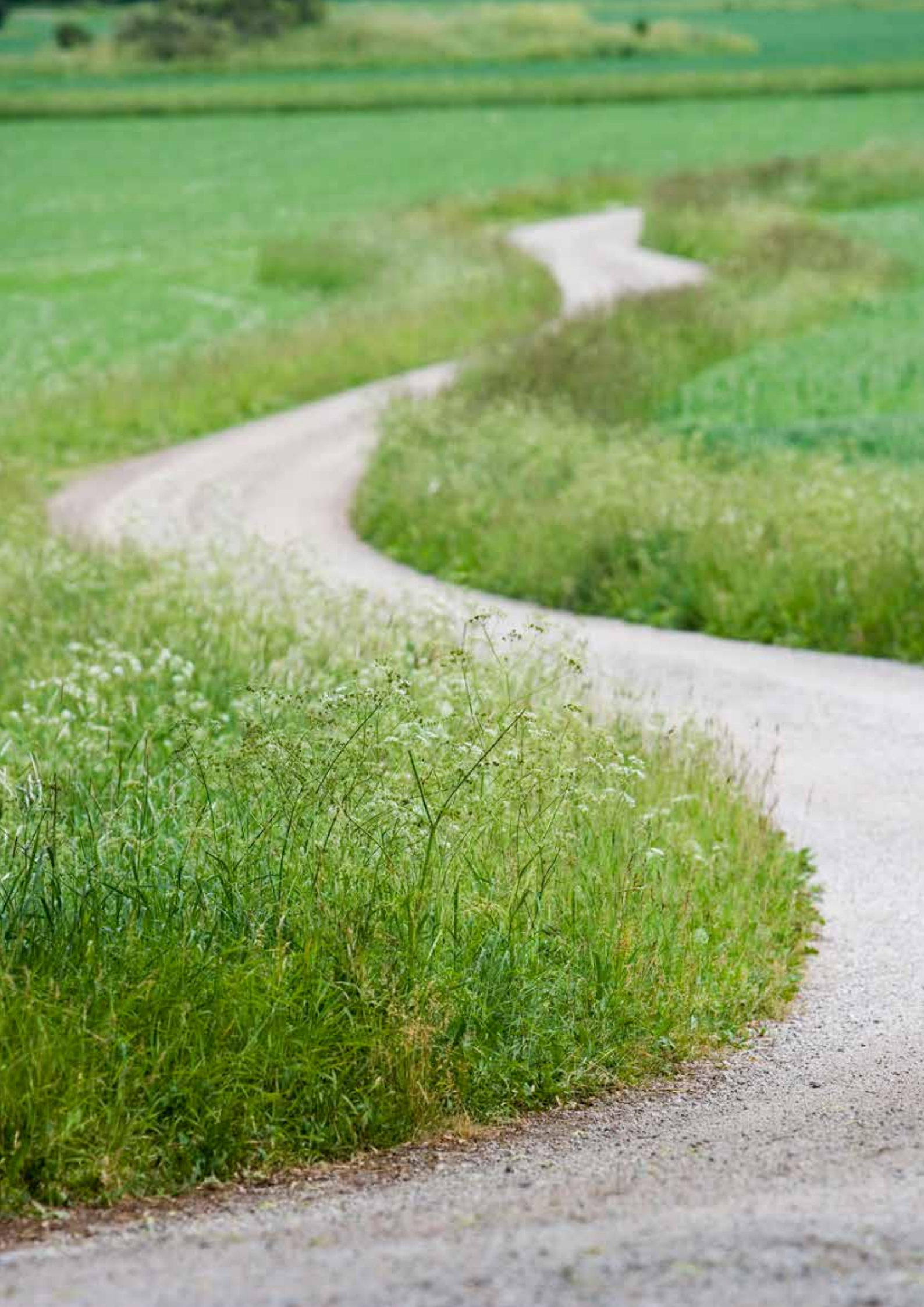
DEL 2. UNGA VUXNAS HÄLSA 16-29 ÅR

HUR MÅR UNGA VUXNA I KRONOBERGS LÄN?

Jämfört med de tidigare undersökningarna har hälsan generellt sett förbättrats för unga vuxna i Kronobergs län. Den självskattade hälsan har ökat sedan första undersökningen 2004. Resultatet visar på könsskillnader i hälsa som liknar de som finns för den vuxna befolkningen, 30-64 år. Unga kvinnor upplever en sämre psykisk hälsa jämfört med män, medan män på flera sätt har mer ohälsosamma levnadsvanor.

För denna åldersgrupp har vi i *Hälsa på lika villkor 2014* valt att visa på skillnader i hälsa och ohälsa utifrån kön, det finns även andra faktorer som är av stor betydelse. Detta är inte någon homogen grupp, förutsättningarna inom gruppen skiljer sig åt. Livsvillkor och förutsättningar etableras till stor del redan i barndomen och påverkar hälsan även längre fram i livet. Det är därför viktigt att arbeta för att skapa goda uppväxtvillkor för alla barn och unga i länet. Nedan lyfts några av de utmaningar som finns i länet;

- Det psykiska välbefinnandet har inte förändrats sedan undersökningen 2004 och är sämre bland unga vuxna jämfört med äldre åldersgrupper. Unga kvinnor har ett betydligt sämre välbefinnande både jämfört med män i samma åldersgrupp och kvinnor i de äldre åldersgrupperna.
- Unga kvinnor upplever i högre utsträckning psykosomatiska besvär än unga män. Besvär av ångslan, oro eller ångest och stress har även ökat något för kvinnorna i länet jämfört med tidigare undersökningar.
- Det har skett en ökning av sömnsvårigheter bland länets unga vuxna, en av fyra har besvär med sömnen. Detta beror framför allt på att sömnsvårigheter har ökat bland männen, som nu upplever besvär i liknande utsträckning som kvinnorna.
- Rökning bland unga vuxna har minskat de senaste 10 åren. Trots detta är det fortfarande en av fyra som röker, dagligen eller då och då. Att röka dagligen är alltjämt vanligare bland kvinnorna och bland dem har det heller inte skett någon större förändring sedan förra undersökningen 2009.
- Snusning har totalt sett minskat i denna åldersgrupp. Minskningen har framför allt skett bland männen. Bland kvinnorna har utvecklingen haft en annan riktning, andelen som snusar dagligen har ökat stadigt sedan 2004.
- Riskbruk av alkohol har minskat, både för män och kvinnor. Unga vuxna har fortfarande ett betydligt större riskbruk jämfört med andra åldersgrupper. Jämfört med riket har männen i länet en högre andel riskbruk.
- Cannabisbruket bland unga vuxna är lägre i länet jämfört med riket. Däremot har användandet inte minskat något bland unga män i länet sedan undersökningen 2004.
- Det är en förhållandevis låg andel unga vuxna som känner tillit till andra människor. Vad det beror på går inte att utläsa i denna typ av undersökning. Då graden av tillit har en inverkan på såväl den egna hälsan som rådande samhällsklimat är det av stor vikt att arbeta för att minska utanförskap för länets unga vuxna.



LIVSVILLKOR OCH HÄLSA

De flesta unga vuxna i Sverige upplever sig ha en god eller mycket god hälsa. Trots det har det skett en ökning av andelen unga som uppger symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande sedan början av 1990-talet, en ökning som har varit större i denna åldersgrupp jämfört med andra åldersgrupper. Ökningen av självrapporterade besvär bland unga finns oavsett bakgrund som till exempel familjeförhållanden eller föräldrarnas socioekonomiska status. Det är framför allt unga kvinnor som utmärker sig med nästan en tredubbling av psykiska besvär som oro och nedstämdhet under de senaste 20 åren (1, 2).

Livsvillkoren för unga vuxna har förändrats i takt med större samhällsförändringar. Det har skett en ökad individualisering, färre arbetstillfällen för unga och ökade krav på utbildning för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden (1). Övergången från skola till arbete är en av de viktigaste omställningarna för unga människor. En grupp som är särskilt utsatt och svår att fånga upp är de unga som varken arbetar eller studerar. Drygt 7 procent av unga mellan 15-24 år tillhör denna grupp. Andelen är större bland män jämfört med kvinnor och bland utrikes födda jämfört med inrikes födda (4). Tidigare befolkningsundersökningar har visat på skillnader i upplevda psykiska besvär utifrån arbetsmarknadsstatus. Andelen med besvär som ångslan, oro eller ångest var bland unga män högst bland dem som var arbetssökande. För unga kvinnor var andelen med samma besvär högst bland dem som både var studerande och arbetande samtidigt (5). Arbetslöshet under en längre tid som ung kan resultera i en nedsatt psykisk hälsa även i vuxen ålder (6).

LEVNADSVANOR

Då det är vanligt att ohälsosamma levnadsvanor grundläggs redan i unga år är det viktigt att arbeta förebyggande gentemot denna och yngre åldersgrupper. En positiv utveckling är att de yngre i denna åldersgrupp (17-18 år) har en allt lägre alkoholkonsumtion. Detta beror delvis på att allt fler unga vuxna väljer att avstå helt från alkohol, men även på grund av att konsumtionen hos de med högst alkoholbruk har sjunkit i takt med den sjunkande konsumtionen i befolkningen som helhet (7). Trots den minskade konsumtionen är andelen riskkonsumenter av alkohol störst i denna åldersgrupp. Man vet sedan tidigare att alkoholkonsumtionen är högre under universitets- och högskoleåren jämfört med andra perioder i livet. Då närmare hälften av landets unga vuxna studerar vid högskola/universitet har det satsats på förebyggande insatser med studenthälsomottagningar som arena (8). Studier kring studenternas attityder visar att majoriteten tycker att alkoholkonsumtion är en naturlig del av studietiden. Uppfattningar som att alkohol ger ett bättre självförtroende och att alkoholbruk tillämpas som en slags belöning är också vanligt (9, 10).

Under ungdomsåren etableras tobaksvanor, av de som röker i vuxen ålder har 90 procent börjat före 18 års ålder. Det går fortare och kräver färre cigaretter för att etablera ett nikotinberoende hos ungdomar än hos vuxna (2). Påverkan från jämnåriga och grupptryck kring rökning är också vanligare i de yngre åldrarna än bland de äldre i den här åldersgruppen. Sociala nätverk kan i detta sammanhang ha en negativ effekt på hälsan då studier visar att den enskilt största risken att börja röka i den här åldern

är om majoriteten i individens sociala nätverk gör det. Studier visar att kvinnor lättare blir påverkade av att deras vänner röker än vad män blir (11). När man beskriver andelen rökare bland unga vuxna är det relevant att skilja på dagligrökning och rökning då och då. Sett utifrån en tioårsperiod har andelen dagligrökare minskat. Fler kvinnor än män är dagligrökare men för rökning då och då är det små könsskillnader. Även om andelen rökare generellt sett har minskat i denna åldersgrupp (16-29 år) så är det viktigt att belysa att andelen som röker då och då inte har minskat nämnvärt (12).

Andelen unga män som snusar har minskat sedan början av 2000-talet. Även om det har skett en viss ökning bland unga kvinnor som snusar dagligen så är det alltså betydligt vanligare bland unga män. För snusning då och då finns det inga betydande könsskillnader (12). Snusets effekter på hälsan är mindre klarlagda än rökningens. Det är däremot känt att snuset innehåller höga halter nikotin och därmed är starkt beroendeframkallande (13).

Unga vuxna är den åldersgrupp med störst erfarenhet av cannabis (hasch och marijuana). Cannabisbruk har en negativ inverkan på hälsan. Redan vid ett enstaka normalt rus orsakar cannabisruset en tillfällig nedsättning av kognitiva funktioner som minnesförmåga och koncentration. Vid höga doser eller upprepade rus drabbas även mer komplexa funktioner som inlärning. Det är även vanligt med samsjuklighet och interaktion mellan cannabisbruk och psykiska sjukdomar/störningar, som ångesttillstånd och depression. Generellt sett är man mest känslig för de olika biverkningarna i ungdomsåren, den tid då exponeringen i allmänhet är som störst (14). Andelen 16–29-åringar som någon gång använt cannabis är cirka 20 procent, vilket är betydligt fler än i äldre åldersgrupper. Unga män är den grupp i befolkningen som oftast använder cannabis. Det är betydligt vanligare med experimentell användning av cannabis än att ha ett regelbundet bruk (15). Tobaksrökning fungerar ofta som en inkörsport till cannabisbruk. Det är betydligt fler bland rökande unga som testat cannabis än bland de som inte röker. Tobaksprevention är därför en viktig del i det förebyggande arbetet mot cannabisbruk (16).

Att unga individer uppnår bästa möjliga hälsa är särskilt angeläget av flera anledningar. Som beskrivits ovan kan ett nedsatt hälsotillstånd redan i ung ålder få betydelse för individens framtid. För att främja en god framtida utveckling av folkhälsan är det viktigt att unga vuxna får möjligheter till goda livsvillkor och levnadsförhållanden.



Resultatet redovisas i denna del för åldersgruppen 16-29 år med en jämförelse mellan män och kvinnor och mellan åren 2004, 2009 och 2014. Skillnader mellan länet och riket redovisas endast i löptexten. För faktaunderlag till respektive område hänvisas till del 1.

HÄLSA – OHÄLSA

Hälsoläget påverkas av en rad faktorer i samhället och i den enskildes levnadsförhållanden. Sambanden mellan livsvillkor, levnadsvanor och hälsa är komplexa. Här redovisas ett antal faktorer som speglar hälsoläget för unga vuxna.

SJÄLVSKATTAD HÄLSA

Att uppleva sig ha en bra eller mycket bra hälsa är inte ett statiskt tillstånd. Det påverkas i ett kontinuerligt växelspel mellan livets olika situationer och omgivning. Att känna lust till, ha intresse för och vara nöjd med livet i stort är ingredienser för ett mentalt välbefinnande.

I åldersgruppen 16-29 år upplever män att de har en bättre hälsa än kvinnor och det är en högre andel som upplever att de har en bra hälsa jämfört med den första undersökningen 2004. I Kronobergs län uppgav 88 procent av männen och 83 procent av kvinnorna att de har en bra eller mycket bra hälsa. Motsvarande siffror för riket är 84 respektive 78 procent. Denna åldersgrupp upplever en bättre hälsa än de äldre åldersgrupperna.

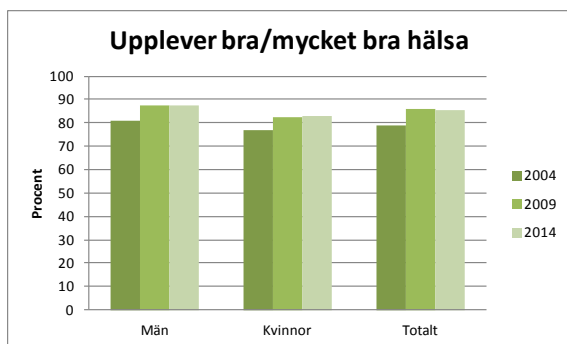


Diagram 1. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de har en bra eller mycket bra upplevd hälsa. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014

TANDHÄLSA

Både män och kvinnor upplever en bättre tandhälsa vid den senaste undersökningen. Kvinnor uppger i något högre utsträckning än män att de har en god tandhälsa, 85 respektive 83 procent, vilket är bättre än riket, 79 respektive 73 procent.

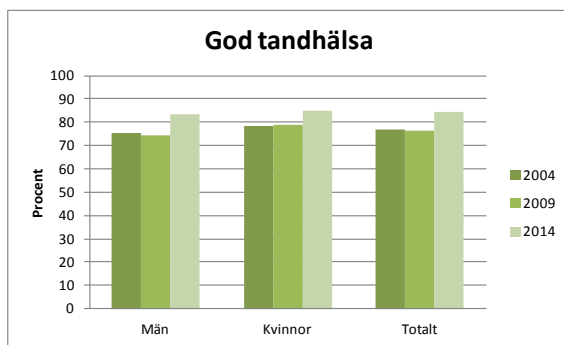


Diagram 2. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de har en god eller mycket god tandhälsa. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

ÖVERVIKT OCH FETMA

BMI är ett mått som definierar övervikt och fetma och beräknas på uppgifter om vikt och längd. En svaghet med BMI är att måttet inte kan skilja mellan fett och muskelmassa.

Beräkningen av BMI är gjord utifrån angiven längd och vikt i enkäten.

$BMI = \text{vikt (kg)} \div \text{längden (m)}^2$

WHO definierar kroppsvikt och olika grader av övervikt utifrån följande BMI:

Undervikt	< 18,4	Fetma, grad I	30-34,9
Normalvikt	18,5-24,9	Fetma, grad II	35-39,9
Övervikt	25-29,9	Fetma, grad III	>40

Övervikt är vanligast bland män i alla åldrar, medan fetma är i stort sett lika vanligt för båda könen. Sedan den första undersökningen 2004 har andelen med övervikt minskat men andelen med fetma är i stort sett lika stor. I Kronobergs län är 24 procent av männen och 17 procent av kvinnorna överviktiga. Motsvarande siffror i riket är 27 respektive 14 procent. Andelen med fetma i denna åldersgrupp är drygt 6 procent för båda könen, något lägre än riket.

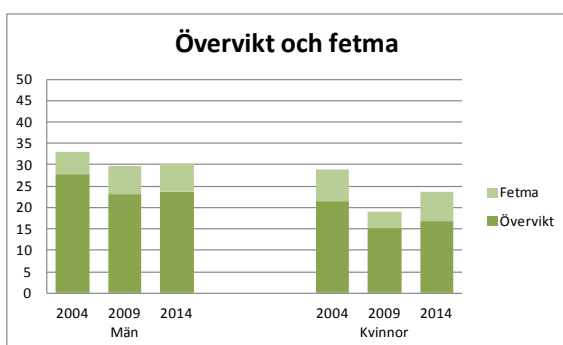


Diagram 3. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som har övervikt eller fetma. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014



PSYKISK HÄLSA – OHÄLSA

Psykisk ohälsa kan yttra sig på många olika sätt och här redovisas några symtom från enkätundersökningen som framför allt visar på psykosomatiska symtom samt välbefinnande.

PSYKISKT VÄLBEFINNANDE

Välbefinnande redovisas utifrån ett frågeinstrument med 12 frågor – GHQ12, som indikerar psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa.

Det har inte skett några större förändringar över tid när det gäller det psykiska välbefinnandet. Män upplever ett bättre psykiskt välbefinnande än kvinnor, 86 respektive 71 procent. Det psykiska välbefinnandet är lägst i den här åldersgruppen och ökar i de äldre åldersgrupperna. Män i Kronobergs län uppger att de har ett högre välbefinnande än män i riket.

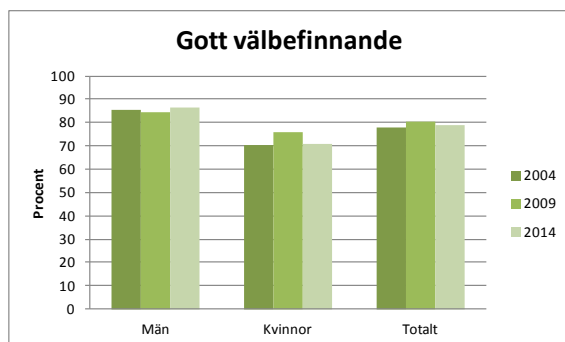


Diagram 4. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de har ett gott välbefinnande (GHQ-12 cut-off 3). En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

SÖMNSVÅRIGHETER

En god sömn är central för hälsan bland annat för att sömnen är livsnödvändig för kroppslig och mental återhämtning. Flera studier har visat att det är en hälsorisk både att sova för lite och att sova för mycket (17).

Kvinnor uppger i högre utsträckning än män att de har sömnsvårigheter. Det har blivit vanligare med sömnsvårigheter bland män i denna åldersgrupp sen undersökningen 2004. Utvecklingen har varit relativt stabil bland kvinnor. Det är ingen större skillnad mellan länet och riket, 28 procent av kvinnorna och 26 procent av männen har lätta eller svåra besvär med sömnen.

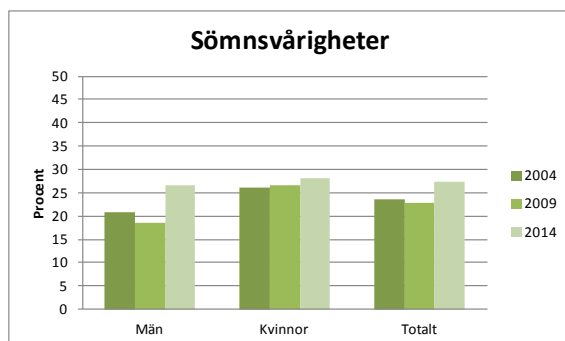


Diagram 5. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de har lätta eller svåra besvär med sömnen. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

ÄNGSLAN, ORO ELLER ÅNGEST

Ängslan, oro eller ångest är symtom på psykisk ohälsa och är vanligare bland kvinnor än bland män. Dessa symtom har blivit vanligare bland kvinnor i åldersgruppen 16-29 år sedan den första undersökningen 2004. Förändringar över tid ses inte bland männen. Män i Kronobergs län har betydligt färre av dessa symtom än män i riket, 26 respektive 33 procent. Kvinnorna i länet har i stort sett lika mycket symtom som kvinnorna i riket, 50 respektive 51 procent.

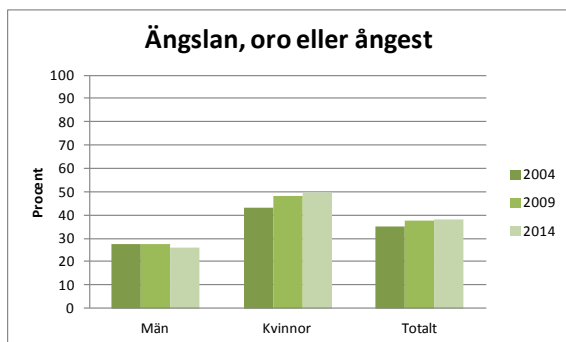


Diagram 6. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de har lättalsvåra besvär med ängslan, oro eller ångest. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.



SJÄLMORD

I enkäten efterfrågades om man någon gång kommit i den situationen att man allvarligt övervägt att ta sitt liv samt om man någon gång försökt att ta sitt liv. Det var vanligare i denna åldersgrupp än i de äldre grupperna, och det var vanligare bland kvinnor än män att överväga att ta sitt liv, 11 procent jämfört med 5 procent av männen. Jämfört med riket var det fler män i riket (8 procent) och ungefär lika många kvinnor som övervägt att ta sitt liv. Vid undersökningen 2009 var det betydligt fler som övervägt att ta sitt liv, 20 procent av kvinnorna och 11 procent av männen i denna åldersgrupp.

Det var 2 procent av kvinnorna och 0,3 procent av männen som uppgav att de hade gjort ett självmordsförsök. Resultatet för riket var drygt 1 procent för männen och 2 procent för kvinnorna. I jämförelse med 2009 var det 4 procent av kvinnorna och 2 procent av männen som hade gjort ett självmordsförsök.

STRESS

Stress är ett ospecifikt begrepp och har många olika betydelser för olika människor. I enkäten definieras stress som ett tillstånd där man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.

Kvinnor uppger i högre utsträckning att de känner sig stressade än vad män gör, 25 respektive 13 procent. Upplevelsen av stress har varierat över tid och en liten ökning kan ses sedan undersökningen 2004, för både män och kvinnor. I jämförelse med riket är det ingen skillnad för männen medan kvinnorna i länet ligger lite lägre än riket, 25 respektive 28 procent.

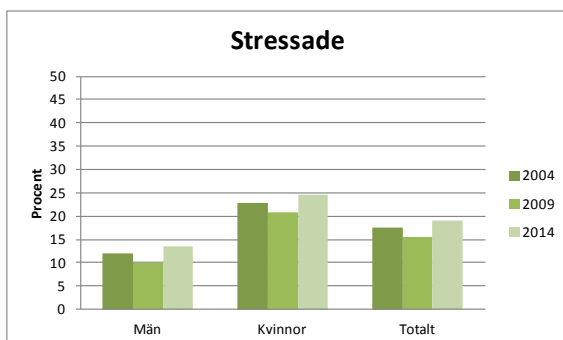


Diagram 7. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de är ganska eller måttligt stressade. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Varför är frågorna så negativa? Lär folk att tänka positivt! Då blir allt bättre!

”

LEVNADSVANOR

FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. Regelbunden fysisk aktivitet har visats motverka uppkomsten av en mängd sjukdomar. Stillasittande vanor är en bidragande orsak till ohälsa och en ökad fysisk aktivitet kan medföra en bättre folkhälsa. Enbart fysisk träning kan inte kompensera för riskerna med mycket stillasittande. Många korta pauser från långvarigt stillasittande har positiva effekter på metabola riskfaktorer (5, 18).

Endast en liten andel var stillasittande på sin fritid i denna åldersgrupp, 6 procent, bland både män och kvinnor. Att träna regelbundet, minst tre tillfällen per vecka, var vanligare bland män än kvinnor. Men kvinnor var mer fysiskt aktiva på en måttlig och regelbunden motionsnivå.

Att vara fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag uppgav 78 procent av männen och 76 procent av kvinnorna, vilket var mer än motsvarande resultat för både män och kvinnor (73 procent) i riket. Både män och kvinnor i Kronobergs län har blivit mer fysiskt aktiva på sin fritid sedan undersökningen 2004. Då var 70 respektive 66 procent fysiskt aktiva 30 minuter per dag.

Oavsett ålder är det viktigt med fysiskt arbete eller aktivitet. Viktigt också är att informera om rökningens och alkoholens följder!!

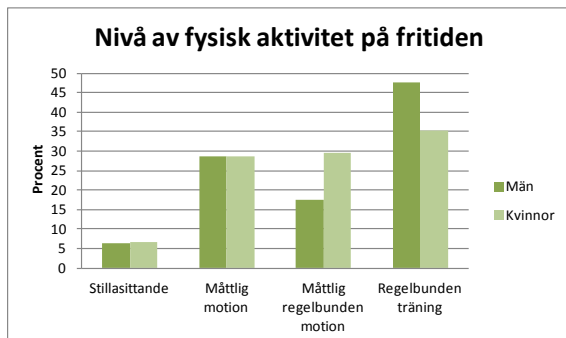


Diagram 8. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett vilken nivå de är fysiskt aktiva alternativt stillasittande på sin fritid.¹

MATVANOR

Goda matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen. Enligt de nordiska näringsrekommendationerna bör man äta cirka 500 gram av frukt och/eller grönsaker per dag. Det är långt ifrån alla som kommer upp i rekommenderat intag av frukt och grönt. Kvinnor i den här åldersgruppen äter mer frukt och grönt än män i motsvarande åldersgrupp. Det har inte skett några större förändringar över tid gällande intag av frukt och grönt och i jämförelse med riket äter både män och kvinnor mindre frukt och grönt i länet.

¹ Stillasittande fritid: ägnas åt läsning, tv eller annan stillasittande sysselsättning. Är fysiskt aktiv mindre än 2 timmar i veckan. Måttlig motion: fysisk aktivitet minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. Måttlig, regelbunden motion: 1-2 gånger i veckan minst 30 min per gång med aktivitet som gör att man svettas. Regelbunden motion och träning: minst 3 tillfällen per vecka vardera minst 30 minuter per gång, ex. löpning, simning, tennis, jympa.

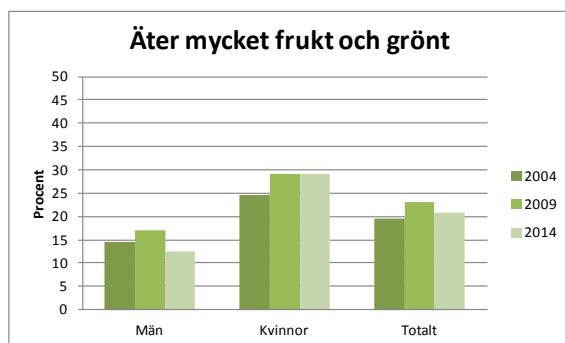


Diagram 9. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de äter mycket frukt och grönt, tre gånger per dag. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

TOBAK

Att börja röka/snusa är en komplex företeelse med socioekonomiska faktorer, personliga egenskaper och miljöfaktorer som påverkar ungdomar. Omkring 90 procent av vuxna rökare började före 18 års ålder (19). Tobaksbruk uppstår i ett socialt sammanhang där man ingår i en kamratkrets och påverkas av andra. Ungdomar värderar vänskap högt och är angelägna om att passa in i en grupp och blir starkt påverkade av gruppdeltagarna. Ungdomar väljer kamrater med liknande attityder och beteende till tobaksbruk som dem själva (20, 21).

Enkäten innehåller inga frågor om vattenpipsrökning eller rökning av e-cigarett.

RÖKVANOR

Andelen dagligrökare är störst bland kvinnor men män röker i högre utsträckning då och då. Totalt sett har rökningen minskat för båda könen under de senaste tio åren, såväl daglig rökning som rökning då och då. I jämförelse med riket är det färre som röker dagligen i Kronobergs län, bland män 5 procent mot rikets 9 procent. Bland kvinnorna är det 9 procent dagligrökare i länet och 11 procent i riket.

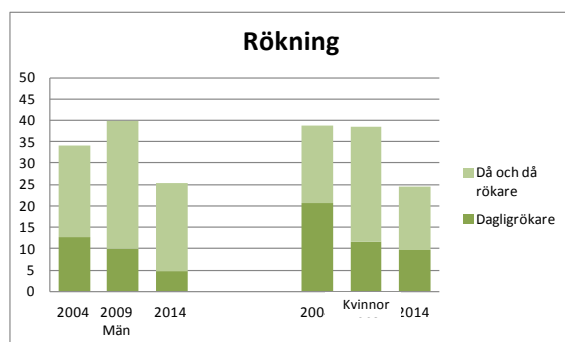


Diagram 10. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de röker dagligen eller då och då. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Bland dagligrökarna är det 67 procent av männen och 60 procent av kvinnorna som uppger att de vill sluta. Av dem är det betydligt fler män (34 procent) än kvinnor (14 procent) som vill ha stöd och hjälp för att sluta röka.

SNUSVANOR

Betydligt fler män än kvinnor snusar men andelen har minskat för båda könen de senaste tio åren. Det har dock blivit en högre andel kvinnor som anger att de snusar dagligen sedan tidigare undersökningar.

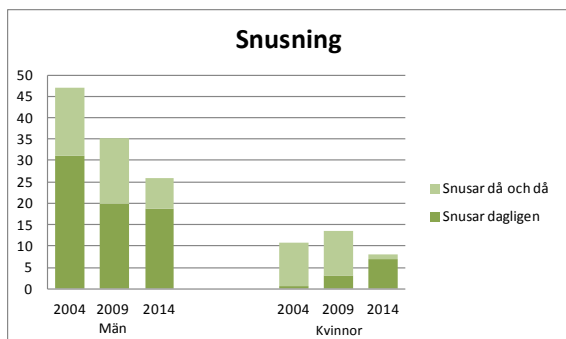


Diagram 11. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de snusar dagligen eller då och då. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Av de som snusar dagligen är det 19 procent av männen och 71 procent av kvinnorna som uppger att de vill sluta. Av dessa är det 4 procent av männen och 6 procent av kvinnorna som vill ha stöd och hjälp för att sluta snusa.

TOTALT TOBAKSBRUK

Det totala tobaksbruket är högre bland män än bland kvinnor, det är 23 procent män och 15 procent för kvinnor som dagligen röker och/eller snusar. Det är en minskning för männen men oförändrat bland kvinnor i denna åldersgrupp sedan föregående undersökning 2009.

ALKOHOL

Bedömning av riskbruk av alkohol görs utifrån vecko- och/eller intensivkonsumtion. Veckokonsumtion innebär en hög genomsnittlig konsumtion av en viss mängd alkohol



under en vecka. 14 standardglas per vecka för män och 9 standardglas per vecka för kvinnor. Intensivkonsumtion beräknas utifrån antal standardglas vid ett tillfälle minst en gång i månaden. Gränsen i Sverige är satt till mer än fyra standardglas för män och mer än tre standardglas för kvinnor. Riskbruk medför förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser (22).

Män har ett högre riskbruk av alkohol än kvinnor. För män i Kronobergs län är andelen högre än för män i riket, medan kvinnor i länet har en lägre andel än riket. För båda könen har andelen med riskbruk minskat sedan den första undersökningen 2004, dock var det en ökad andel med riskbruk år 2009.

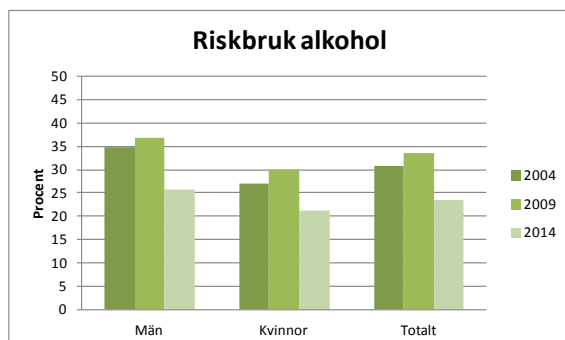


Diagram 12. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som har ett riskbruk av alkohol. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

Bland de som dricker alkohol, oavsett hur ofta, vill 13 procent av männen och 7 procent av kvinnorna minska sin alkoholkonsumtion. Av dessa tror omkring 1 procent att de behöver hjälp, fler män än kvinnor.

CANNABIS

Cannabis är starkt beroendeskapande och en ung människas hjärna är särskilt känslig för skadlig påverkan. Cannabis är samlingsnamnet för marijuana, hasch och hascholja och det vanligaste sättet att använda dessa droger är genom rökning (16).

Det var 6 procent av männen i Kronobergs län som angav att de använt cannabis under det senaste året, vilket är oförändrat sedan undersökningen 2004. Bland män i riket var motsvarande andel 10 procent vid senaste undersökningen.

För kvinnor i Kronobergs län har cannabisanvändandet minskat sedan undersökningen 2004, från 4 till knappt 2 procent. Det var fler kvinnor i riket (5 procent) som angav att de använt cannabis det senaste året.

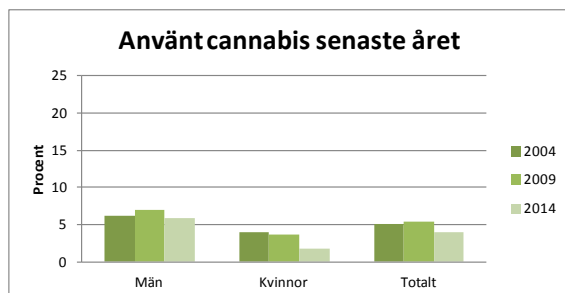


Diagram 13. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de använt cannabis under det senaste året. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

SPELVANOR

Det var vanligare att köpa lotter eller satsa pengar på spel i Kronobergs län än i riket för denna åldersgrupp. I Kronobergs län uppgav 54 procent av männen och 43 procent av kvinnorna att de hade satsat på spel under det senaste året, att jämföra med 46 respektive 34 procent i riket.

De flesta av dessa spelade inte för mer än vad de hade råd med. I Kronobergs län var det 8 procent av männen och 6 procent av kvinnorna som angav detta. För kvinnorna var det en stor skillnad jämfört med kvinnor i riket där 1 procent angav att de spelade för mer än de hade råd med.

En högre andel män än kvinnor hade återvänt en annan dag för att försöka vinna tillbaka pengar som de förlorat. Det var 16 procent av männen och 8 procent av kvinnorna som angav detta. Det var en högre andel i Kronobergs län jämfört med riket, där andel för män och kvinnor var 11 respektive 2 procent.



LIVSVILLKOR OCH LEVNADS- FÖRHÅLLANDEN

EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN

En enkätfråga ställdes om man plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation om man då skulle kunna skaffa fram 15 000 kr inom en vecka. Det var en större andel kvinnor (30 procent) än män (22 procent) som svarade att de inte skulle kunna få fram dessa kontanter, andelen har minskat de senaste tio åren. I riket var det fler som saknade kontantmarginal jämfört med länet (34 procent kvinnor och 28 procent män).

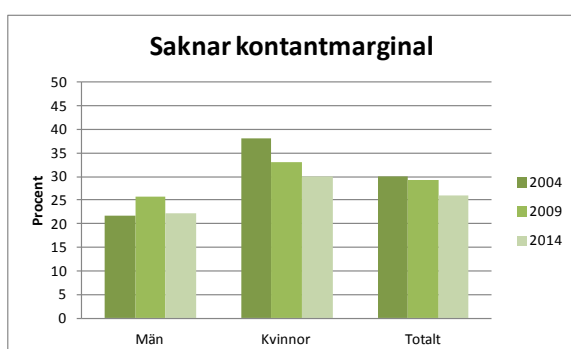


Diagram 14. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de har svårt att få fram 15 000 kr på en vecka. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

TRYGGHET

RÄDSLÅ

Det var nästan 42 procent av kvinnorna som svarade att det händer, ofta eller ibland, att de avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, endast 6 procent av männen svarade så. Detta var samma resultat som i riket. Andelen som avstått från att gå ut ensamma har minskat kraftigt sedan undersökningen 2009.

VÅLD

Det var en högre andel kvinnor än män som angav att de varit utsatta för hot, eller hotelser om våld så att de blivit rädda, 11 procent jämfört med 7 procent. I riket var det färre kvinnor men fler män som blivit utsatta för hot, 5 respektive 8 procent.

Det var 9 procent av männen i Kronobergs län som hade blivit utsatta för fysiskt våld under det senaste året. Det var något fler jämfört med män i riket, 6 procent. Motsvarande resultat för kvinnor i länet var det 4 procent, vilket var detsamma som i riket.

SOCIALA RELATIONER

TILLIT

Begreppet tillit innebär att människor har förtroende för varandra. Det kan handla om ett förtroende för bekanta människor men också för okända personer. Tillit till andra människor är viktigt för vårt vardagliga liv och människor med god tillit till sig själv och andra är bättre rustade att handskas med svårigheter.

Andelen som svarat att de tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor har varit relativt oförändrad sedan 2004 och det finns inga större skillnader mellan män och kvinnor. I Kronobergs län har en något högre andel en god tillit till andra jämfört med riket.

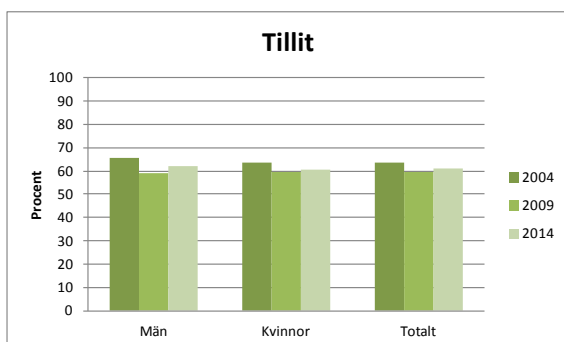


Diagram 15. Andelen män och kvinnor, 16-29 år, som angett att de tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor. En jämförelse mellan åren 2004, 2009 och 2014.

DELA KÄNSLOR

De flesta uppger att de har någon som de kan dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Det är vanligare för kvinnor (92 procent) att de har någon att dela känslor med än för män (85 procent). Sedan 2004 har andelen för kvinnor minskat något men andelen män ligger på samma nivå under alla åren. Det är en högre andel i länet som anger att de har någon att dela känslor med jämfört med riket för båda könen.

*Jag tycker personer ska
vara lika mycket värda.* ”

REFERENSER

1. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Barn och unga 2013 : utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013.
3. Schmidt M. Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. *Global journal of health science*. 2012;4(4):1-14.
4. Unga som varken arbetar eller studerar (NEET) [database on the Internet]. Statistiska centralbyrån 2015 [cited 2015-04-13].
5. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
6. Strandh M, Winefield A, Nilsson K, Hammarstrom A. Unemployment and mental health scarring during the life course. *European journal of public health*. 2014;24(3):440-5.
7. Raninen J, Livingston M, Leifman H. Declining Trends in Alcohol Consumption Among Swedish Youth-Does the Theory of Collectivity of Drinking Cultures Apply? *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire). 2014.
8. Studenter och hög alkoholkonsumtion : implementeringen av alkoholscreening och kort rådgivning på studenthälsomottagningar : en pilotundersökning på sex svenska universitet och högskolor. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2014.
9. Bullock S. Alcohol, drugs and student lifestyle. A study of the attitudes, beliefs and use of alcohol and drugs among Swedish university students: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet 2004.
10. Andersson A, Wirehn AB, Olvander C, Ekman DS, Bendtsen P. Alcohol use among university students in Sweden measured by an electronic screening instrument. *BMC public health*. 2009;9:229.
11. Rostila M, Almquist YB, Ostberg V, Edling C, Rydgren J. Social network characteristics and daily smoking among young adults in Sweden. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(12):6517-33.
12. Nationella folkhälsoenkäten 2013 [database on the Internet]. Folkhälsomyndigheten.
13. Snuset inte något harmlöst alternativ. <http://tobaksfaktase/wp-content/uploads/2014/01/Om-snusetjan20141pdf>: Tobaksfakta; 2014.
14. Ramström J. Skador av hasch och marijuana: en genomgång av vetenskapliga studier publicerade till och med år 2008. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2009.
15. Drogutvecklingen i Sverige. 2014. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2014.
16. Cannabis. Om spridningen, skadeeffekterna, sambanden med tobak och hur missbruk kan förebyggas. <http://www.folkhalsomyndighetense/pagefiles/12784/Om-Cannabis-skador-samband-m-tobak-o-forebyggandepdf>: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
17. Åkerstedt T. Livsstilen påverkar sömnen-på gott och ont. *Läkartidningen*. 2010;107(36):2072.
18. Ekblom Bak E, editor. Långvarigt stillasittande : en hälsofara i tiden. Lund: Studentlitteratur; 2013.
19. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2012.

20. de Vries H, Candel M, Engels R, Mercken L. Challenges to the peer influence paradigm: results for 12-13 year olds from six European countries from the European Smoking Prevention Framework Approach study. Tobacco control. 2006;15(2):83-9.
21. Edvardsson I, Troein M, Ejlertsson G, Lendahls L. Snus user identity and addiction: a Swedish focus group study on adolescents. BMC public health. 2012;12(1):975.
22. Wählin S. Alkohol : en fråga för oss i vården. Lund: Studentlitteratur; 2012.



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

DEL 3. ÄLDRES HÄLSA 65-84 ÅR

SAMMANFATTNING	73
LIVSVILLKOR OCH HÄLSA	74
LEVNADSVANOR	75
RESULTAT	
HÄLSA – OHÄLSA	
SJÄLVSKATTAD HÄLSA	76
ÖVERVIKT OCH FETMA	77
TANDHÄLSA	79
FUNKTIONSFÖRMÅGA	79
SJUKDOM	80
PSYKISK HÄLSA – OHÄLSA	81
LEVNADSVANOR	
FYSISK AKTIVITET	83
MATVANOR	85
TOBAK	85
ALKOHOL	86
LIVSVILLKOR OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN	
VÅRDKONTAKTER	87
EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN	88
BEMÖTANDE OCH TRYGGHET	88
SOCIALA RELATIONER	88
REFERENSER	90

DEL 3 – ÄLDRES HÄLSA 65-84 ÅR

Äldre är en växande grupp i befolkningen som på flera sätt är viktig att uppmärksamma. Av Sveriges totala befolkning är nästan 20 procent (knappt 1,9 miljoner) 65 år eller äldre. I Kronobergs län är motsvarande andel något högre, knappt 21 procent (cirka 39 000) (1). En god hälsa och bra livskvalitet går att påverka genom hela livet. Såväl individen som samhället gynnas av satsningar på hälsofrämjande insatser för att skjuta upp äldres funktionsnedsättningar och fördröja behovet av hemtjänst och sjukvård. Åldrande är i grunden en biologisk process men även psykologiska och sociala faktorer är viktiga. Hur vi tänker och hur våra relationer ser ut är därmed av betydelse för ett gott åldrande. Social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och bra matvanor har lyfts fram som särskilt viktiga faktorer för ett hälsosamt åldrande (2).



SAMMANFATTNING

DEL 3. ÄLDRES HÄLSA 65-84 ÅR

HUR MÅR ÄLDRE I KRONOBERGS LÄN?

För den äldre befolkningen i Kronobergs län har hälsoutvecklingen generellt sett varit positiv sedan undersökningen 2004. Även om en god självskattad hälsa minskar med stigande ålder, så har den över tid ökat bland de äldre. Till skillnad från självskattad hälsa så är det psykiska välbefinnande som högst i denna åldersgrupp. Äldre personer känner även i högre grad en tillit till andra människor än yngre.

Äldre är inte någon homogen grupp. Ur ett livstidsperspektiv har faktorer som utbildningsnivå, socioekonomisk position och etnisk tillhörighet haft påverkan på hälsan. I *Hälsa på lika villkor 2014* har vi för denna åldersgrupp utgått från könsskillnader i hälsa och ohälsa. För att påvisa ytterligare skillnader är gruppen indelad i yngre äldre (65-74 år) och äldre äldre (75-84 år). Det finns flera fördelar med att satsa på ett förebyggande och hälsofrämjande arbete för den äldre befolkningen. Nedan lyfts några av de utmaningar som finns i länet;

- För den äldre befolkningen finns det tydliga könsskillnader i hälsa. Hälsostatusen är på flera sätt bättre för män än kvinnor. Kvinnor upplever bland annat mer besvär av psykisk ohälsa och värk än män.
- Kvinnor i gruppen äldre äldre är utmärkande med en sämre hälsa än övriga i åldersgruppen 65-84 år. För dessa kvinnor har den självskattade hälsan inte förbättrats under de senaste 10 åren, vilket den gjort för de andra i gruppen äldre.
- Andelen som anger att de har psykosomatiska symtom har inte minskat sedan undersökningen 2004. Både män och kvinnor i länet upplever mer besvär jämfört med riket. Äldre är den åldersgrupp där det är vanligast med sömnsvårigheter.
- Det finns betydande könsskillnader vad gäller minskad rörlighet. Rörligheten minskar med ålder och det är vanligare bland kvinnor med såväl nedsatt rörelseförmåga som att ha ett rörelsehinder.
- Äldre har blivit mer fysiskt aktiva sedan undersökningen 2004. Män är mer aktiva än kvinnor. Kvinnorna i länet är mindre fysiskt aktiva jämfört med kvinnorna i riket.
- Tobaksbruk är vanligare bland män än kvinnor, framför allt vad gäller snus. Männen i länet har ett högre tobaksbruk jämfört med männen i riket.
- Det är fler kvinnor än män som avstått från att söka läkarvård trots behov. Anledningar till varför man inte söker vård trots behov skiljer sig åt mellan könen.
- De flesta äldre upplever inga ekonomiska svårigheter, men likt övriga åldersgrupper har kvinnor större svårigheter än män. Kvinnor i gruppen äldre äldre är de som är mest utsatta.

LIVSVILLKOR OCH HÄLSA

Jämfört med tidigare generationer har dagens äldre haft mer gynnsamma uppväxtvillkor. De har också en högre utbildning och en bättre ekonomi. Detta är faktorer som sannolikt bidrar till att allt fler äldre skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Den självskattade hälsan är ändå lägre än i övriga åldersgrupper och minskar generellt sett i takt med stigande ålder. Inom gruppen äldre förekommer skillnader i hälsa mellan olika grupper, exempelvis utefter kön, socioekonomi och funktionsnedsättning. Många äldre har nedsatt funktion av något slag, till exempel rörelsehinder eller nedsatt hörsel, och bland dem är det mindre vanligt att skatta sin hälsa som god jämfört med individer utan funktionsnedsättning (2). Kvinnor i den här åldersgruppen skattar oftast sin hälsa som sämre än vad män gör samtidigt som de har en längre förväntad livslängd än män. Detta benämns som köns- och hälsoparadoxen, vilken förklaras med att kvinnor oftare drabbas av icke dödliga hälsoproblem, oftare söker vård samt äter mer mediciner än vad män gör (3).

Sociala och psykologiska faktorer, som förlust av partner och social identitet, utgör en risk för psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen. Depression hos äldre har blivit ett alltmer uppmärksammat område. Andelen äldre med depression bedöms vara så omfattande att man kan tala om det som ett folkhälsoproblem. Depression är starkt relaterat till vilken grad av känsla av sammanhang (KASAM) som den äldre upplever, det vill säga meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet i tillvaron. För de personer där detta brister förekommer ofta svårigheter med att hantera oförutsägbara och stressfulla situationer. En aspekt av detta är den relativt höga förekomsten av självmord bland äldre. Ungefär en fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år. Bland äldre som uppsökt vård på grund av självmordsförsök är det vanligt förekommande med såväl depression som en låg KASAM (4, 5).

Social gemenskap och stöd är av stor betydelse för främjandet av äldres psykiska hälsa. Även om de sociala kontakterna blir färre med åldern så är de flesta äldre socialt delaktiga. Ensamboende är en särskild riskgrupp för bristande sociala relationer. Det är vanligare att kvinnor har ett mer regelbundet socialt umgänge än vad män har (6).



LEVNADSVANOR

Fysisk aktivitet är en viktig faktor för ett hälsosamt åldrande. Att vara fysisk inaktiv ökar risken för flera kroniska sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdom, benskörhet, depression och vissa cancersjukdomar. Hälsovinsterna med regelbunden fysisk aktivitet för äldre har visat sig vara minst lika stora som för yngre personer. Äldre rekommenderas att utföra styrke-, rörlighets- och balansträning. Balansträning är viktigt för att förebygga fallolyckor, något som ofta leder till nedsatt fysisk rörlighet och ett ökat beroende av andra (7).

Bland de äldre är det allt fler som motionerar och andelen som är helt inaktiva har minskat sedan 1980-talet. Det är framför allt de yngre i denna åldersgrupp, 65-74 år, som är mest aktiva (2). Ändå lever många äldre ett stillasittande liv. Stillasittande är inte detsamma som fysisk inaktivitet, då stillasittande handlar om hur stor del av vår vakna tid vi är i liggande eller sittande position. Man kan vara fysiskt aktiv samtidigt som man är stillasittande större delen av dagen. Stillasittande har börjat uppmärksammas alltmer som en särskild riskfaktor, oberoende av vår grad av avsiktlig motion eller träning. Redan när korta stunder av stillasittande ersätts av vardagliga aktiviteter, som hushålls- och trädgårdsarbete och promenader, kan både den fysiska hälsan och välbefinnandet förbättras (8). Naturbaserade aktiviteter har visat sig vara viktigast för hälsa och välbefinnande för äldre personer. Tillgänglighet till strövområden har avgörande betydelse för deltagandet i fysiska aktiviteter utomhus. Kvinnor upplever fler hinder att vistas utomhus än män, rädsla för att ramla eller bli överfallna är bidragande orsaker (7, 9).

Goda matvanor är av betydelse för hälsan oavsett ålder. Vilken mat man äter och vilka matvanor man har påverkas av faktorer så som vanor, kultur, tillgänglighet, utbud och ekonomi. Maten ger fysiskt och psykiskt välmående och gör att vi kan fungera och må bra i vardagen. Möjligheten att leva ett längre och friskare liv ökar även med goda matvanor. I takt med stigande ålder minskar oftast energibehovet. Näringsbehovet är trots detta fortfarande detsamma, vilket gör att balansen mellan energi och näringsämnen är särskilt viktig bland äldre. Det finns ingen kostrekommendation specifikt för den äldre befolkningen, men vid högre åldrar är det viktigt att hålla ner konsumtionen av livsmedel som innehåller mättat fett. Äldre äter även generellt sett mindre frukt och grönt än övriga åldersgrupper och få äldre får i sig den rekommenderade mängden på 500 gram per dag (2, 10).

Andelen med övervikt och fetma är högre bland äldre än den yngre befolkningen. Risken för viktminskning och undernäring är emellertid stor bland de allra äldsta. Detta beror ofta på någon form av ohälsa. Tugg- och sväljsvårigheter, medicinering och försämrat lukt- och smaksinne är exempel på orsaker till aptitlöshet, som i sin tur bidrar till undernäring och undervikt (2).

Ur ett folkhälsoperspektiv är det aldrig för sent att satsa på äldres hälsa. Förutom en ökad livskvalitet för individen innebär det stora samhälleliga vinster. Skillnader i hälsa och ohälsa är framträdande även i den här åldersgruppen och det är viktigt att inte betrakta äldre som en homogen grupp. Äldre definieras här som 65-84 år men det är utifrån flera aspekter betydelsefullt att göra ytterligare åldersindelning vid redovisning av resultatet.

I denna del redovisas resultatet för äldres hälsa, som är uppdelat i två åldersgrupper, yngre äldre, 65-74 år, och äldre äldre, 75-84 år. Jämförelser görs även mellan kön, mellan länet och riket samt mellan tidigare undersökningar gjorda 2004 och 2009 i Kronobergs län. För faktaunderlag till respektive område hänvisas till del 1.

HÄLSA – OHÄLSA

För äldre personer gäller som för övriga befolkningen att levnadsvanor och hälsa har samband med sociala och ekonomiska faktorer som utbildningsnivå, social status, var man bor och vilken etnisk tillhörighet man har.

SJÄLVSKATTAD HÄLSA

Självskattat allmänt hälsotillstånd mäts på en femgradig skala och är en variabel som används internationellt. Här presenteras andelen som svarat ”mycket bra” eller ”bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”

Personer över 65 år uppger i mindre utsträckning att de har en god eller mycket god hälsa jämfört med yngre. Män anger i något högre utsträckning än kvinnor att de har en bättre hälsa.

I jämförelse med riket uppgav kvinnorna i länet (65-84 år) att de har en sämre hälsa jämfört med jämnåriga i riket, medan männen i länet uppgav att de har en bättre hälsa än äldre män i riket.

Upplevelsen att ha en god eller mycket god hälsa har ökat sedan den första undersökningen 2004 för både män och kvinnor i åldersgruppen 65-84 år. Undantaget för äldre äldre kvinnor där man inte ser någon större förändring över tid.

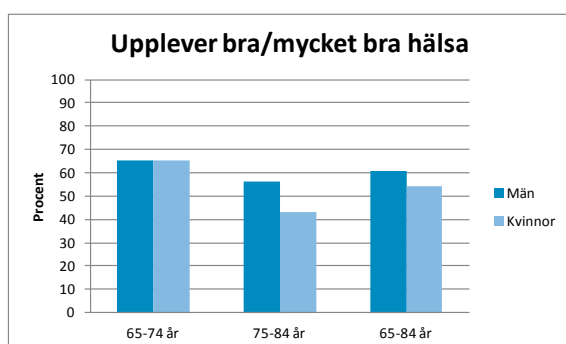


Diagram 1. Andelen män och kvinnor som angett att de har en bra eller mycket bra hälsa, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

Definiera ”hälsa” för en åttioåring. Är det tillståndet med mediciner eller utan? Vad är hälsa?

ÖVERVIKT OCH FETMA

BMI är ett mått som definierar övervikt och fetma och beräknas på uppgifter om vikt och längd. En svaghet med BMI är att måttet inte kan skilja mellan fett och muskelmassa.

Beräkningen av BMI är gjord utifrån angiven längd och vikt i enkäten.

BMI = vikt (kg) dividerat med längden (m) i kvadrat.

WHO definierar kroppsvikt och olika grader av övervikt utifrån följande BMI:

Undervikt	< 18,4	Fetma, grad I	30-34,9
Normalvikt	18,5-24,9	Fetma, grad II	35-39,9
Övervikt	25-29,9	Fetma, grad III	>40

Såväl övervikt som fetma ökar med stigande ålder. I samtliga åldersgrupper var det en högre andel män med övervikt i jämförelse med kvinnor. Fetma är i stort sett lika vanligt för båda könen.

I åldrarna 65-84 år hade 60 procent av männen och 54 procent av kvinnorna övervikt eller fetma. Fetma har blivit vanligare bland män i åldersgruppen 65-74 år sedan undersökningen 2004, från 11 till 15 procent, likaså är det en ökning för kvinnor i åldersgruppen 75-84 år från 14 till 19 procent.

I åldrarna 65-84 år uppvisade män i Kronobergs län en högre andel med övervikt än riket, medan det var en lägre andel kvinnor med övervikt i länet jämfört med riket. Det var en högre andel med fetma i Kronobergs län jämfört med riket för båda könen och i båda de äldre åldersgrupperna.

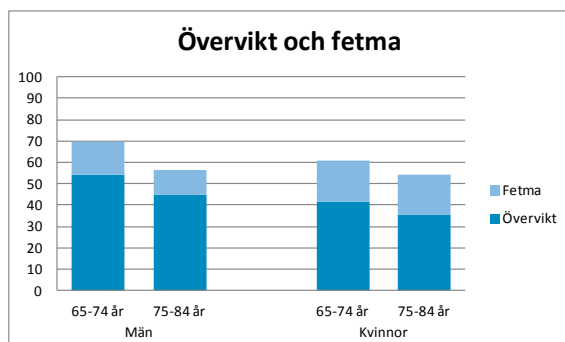


Diagram 2. Andelen män och kvinnor som har övervikt eller fetma, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.



TANDHÄLSA

Tandhälsan är en viktig del av individens livskvalitet och välbefinnande. En god tandhälsa är viktig för att kunna tillgodogöra sig maten.

De flesta upplever att de har en god tandhälsa högt upp i åren och tandhälsan har blivit bättre i länet, liksom i riket, under de senaste 10 åren. Det var inte så stora skillnader mellan de båda äldre åldersgrupperna eller könen. Totalt sett var det runt 77 procent som upplevde att de hade en god tandhälsa.

De äldre åldersgrupperna i Kronobergs län upplevde att de hade en bättre tandhälsa i jämförelse med riket.

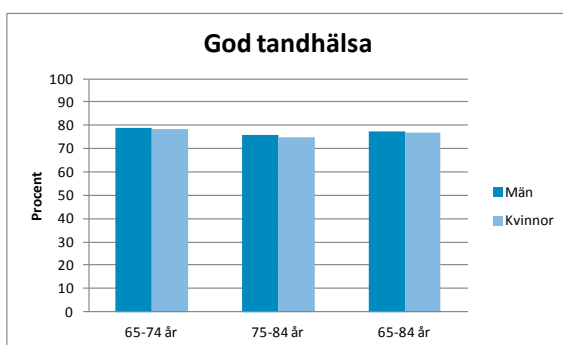


Diagram 3. Andelen män och kvinnor som angett att de har en god eller mycket god tandhälsa, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

FUNKTIONSFÖRMÅGA

Med åren sker en naturlig förändring av funktioner av syn, hörsel och rörlighet. Många hjälpmedel finns att tillgå för en förbättrad livskvalitet.

Omkring 10 procent i den äldre åldersgruppen kan utan svårighet läsa en text i en dagstidning utan glasögon. Det är 3 procent i gruppen yngre äldre och 6 procent i gruppen äldre äldre som inte kan läsa en dagstidning.

Många har en god hörsel högt upp i åren, 76 procent i gruppen yngre äldre och 62 procent i gruppen äldre äldre kan utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer utan hörapparat. Något fler män än kvinnor använder hörapparat. I gruppen äldre äldre var det 25 procent av männen och 18 procent av kvinnorna som inte kan uppfatta vad som sägs i ett samtal och som inte har hörapparat.

Rörligheten minskar med ökad ålder och män uppgav att de var mer rörliga än kvinnor. Nedsatt rörelseförmåga definieras som att man inte kan springa en kortare sträcka, inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär, inte kan ta en kortare promenad i rask takt eller behöver hjälpmedel för att förflytta sig utomhus.

Att ha rörelsehinder innebär att man inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär, inte kan ta en kortare promenad i rak takt och/eller behöver hjälpmedel för att förflytta sig utomhus.

Det är betydligt fler kvinnor än män som har nedsatt rörelseförmåga. Totalt uppger 76 procent av kvinnorna att de har en minskad rörlighet, jämfört med 48 procent bland männen i gruppen äldre äldre.

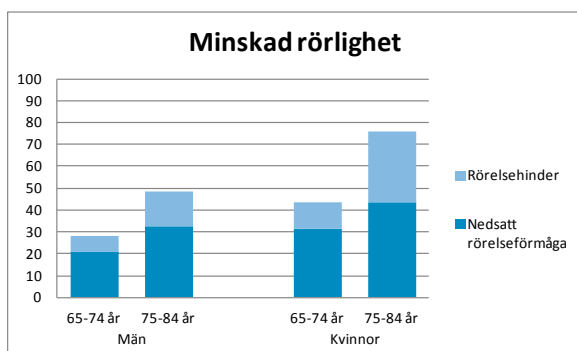


Diagram 4. Andelen män och kvinnor som upplever att de har nedsatt rörelseförmåga alternativt rörelsehinder, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

SJUKDOM

I enkätformuläret efterfrågas om man har några olika sjukdomstillstånd och det visade inte några större skillnader mellan könen. Diabetes typ 2 är vanligaste formen av diabetes och insjuknandet ökar med åldern och syns därför främst hos den äldre delen av befolkningen. Omkring 15 procent i åldersgruppen 65-84 år uppgav att de har diabetes.

Högt blodtryck är ingen sjukdom och en lätt förhöjning ger inga symtom men det är en behandlingsbar riskfaktor för framtida hjärt-kärlsjuklighet. Många är dock inte medvetna om de har ett förhöjt blodtryck eftersom de inte har några symtom. Därför kan det förekomma en underskattning av förekomsten i enkätundersökningar som denna. Att ha högt blodtryck är vanligare bland äldre där ungefär hälften av de äldre har förhöjda värden, kvinnor uppgav i högre grad än män att de har besvär av sitt höga blodtryck.

Tabell 1. Andelen (%) äldre 65-84 år med diabetes eller högt blodtryck och olika grad av besvär.

ÅLDERSGRUPP 65-84 ÅR	MÄN	KVINNOR
Diabetes – inga besvär	8,8	8
Lätta eller svåra besvär av diabetes	8,9	6,4
Högt blodtryck – inga besvär	34,2	30,9
Lätta eller svåra besvär av högt blodtryck	15,5	20,8

VÄRK

Värk är en naturlig del av livet och de allra flesta drabbas någon gång av besvär från exempelvis nacke, axlar eller rygg. Majoriteten tillfrisknar dock men ibland utvecklas en långvarig smärtproblematik. Att drabbas av långvarig värk är ett betydande ohälsoproblem för individen, sjukvården och samhället. Det är en vanlig orsak till kontakt med sjukvården och till långvariga sjukskrivningar.

Totalt sett var det 13 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i gruppen yngre äldre som angav att de har svåra besvär av värk i nacke/axlar och/eller rygg/ höfter och/eller händer/knän. I åldersgruppen äldre äldre var det 15 respektive 26 procent som hade svåra besvär från någon del av rörelseapparaten.

PSYKISK HÄLSA – OHÄLSA

VÄLBEFINNANDE

Psykiskt välbefinnande mäts med ett frågeinstrument GHQ12 med 12 frågor där ett summaindex beräknas för att få fram ett mått på välbefinnande.

Män har ett bättre välbefinnande än kvinnor i alla åldersgrupper och högst andel med gott välbefinnande finns i de äldsta åldersgrupperna.

I åldersgruppen 65-74 år hade 93 procent av männen och 90 procent av kvinnorna ett gott välbefinnande. Även i den äldsta gruppen var välbefinnandet gott, 93 respektive 88 procent. Välbefinnandet har ökat för såväl män som kvinnor i åldersgruppen 65-84 år sedan undersökningen 2004. Välbefinnandet var även något bättre i länet än i riket.

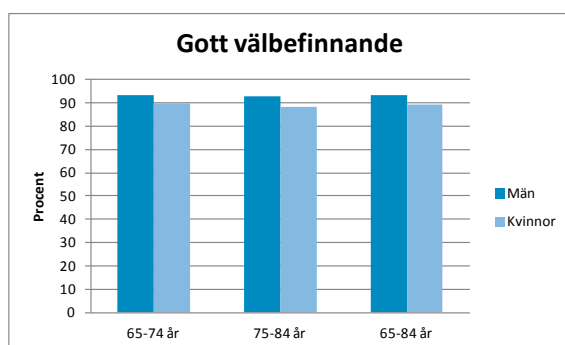


Diagram 5. Andelen män och kvinnor som upplever att de har ett gott välbefinnande (GHQ-12 cut-off 3) en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

SÖMNSVÅRIGHETER

En god sömn är centralt för hälsan då kroppen återhämtar sig både kroppsligt och mentalt. Det är en hälsorisk att både sova för mycket och för lite enligt forskningen. Det är inte enbart antalet timmar som är avgörande för en god sömn utan även kvaliteten på sömnen. En dålig sömn bedöms vanligtvis innehålla minst fem uppvaknanden.

Det är vanligare med sömnsvårigheter bland äldre 65-84 år än i yngre åldrar och vanligare bland kvinnor än bland män. Enda skillnaden mellan Kronobergs län och riket sågs för kvinnor i gruppen 75-84 år. Kvinnorna i länet hade angett sömnsvårigheter i större utsträckning än kvinnor i riket.

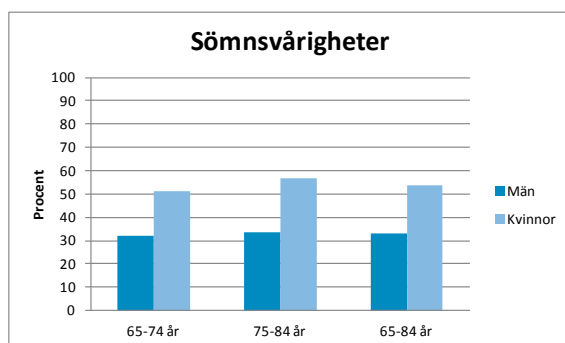


Diagram 6. Andelen män och kvinnor som upplever att de har lätta eller svåra besvär med sömnen, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

ÄNGSLAN, ORO ELLER ÅNGEST

Det är relativt vanligt att uppleva besvär av ängslan, oro eller ångest under livets gång. Det är vanligare bland kvinnor än bland män och mer förekommande bland yngre än äldre.

Drygt 35 procent bland de äldre kvinnorna i åldern 65-84 år upplevde besvär av ängslan, oro eller ångest. Det syns inga större skillnader i Kronobergs län för varken män eller kvinnor sedan undersökningen 2004. Det är dock vanligare att uppleva ängslan, oro eller ångestbesvär i Kronobergs län jämfört med riket.

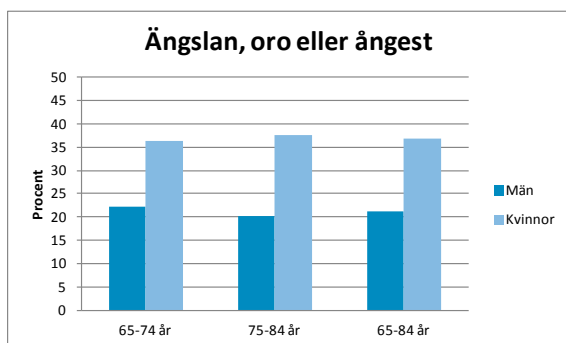


Diagram 7. Andelen män och kvinnor som upplever att de har lätta eller svåra besvär med ängslan, oro eller ångest, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

SJÄLVMORDSTANKAR

I enkäten ställdes frågan om man någon gång kommit i den situationen att man allvarligt övervägt att ta sitt liv. Det var 4 procent bland de äldre (65-84 år) i Kronobergs län som angav att de någon gång under det senaste året allvarligt övervägt att ta sitt liv, det var ingen skillnad mellan könen. Bland männen var det knappt 1 procent som svarade att de hade försökt att ta sitt liv, inga kvinnor uppgav detta.

STRESS

Stress är ett ospecifikt begrepp som fått många olika betydelser för olika människor. I enkäten definieras stress som ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad. Upplevelsen av att vara ganska, eller väldigt mycket, stressad avtar med åren.

I åldersgruppen 65-84 år angav omkring 4 procent att de var ganska, eller väldigt mycket stressade. I denna åldersgrupp upplevde kvinnor att de var något mer stressade än män. Ingen större förändring ses sedan undersökningen 2004 och inte heller några större skillnader mellan länet och riket.

Ofta frapperas jag av att så många 75-85 åringar är så pigga och har en sån livskvalitet.

”

LEVNADSVANOR

FYSISK AKTIVITET

Otillräcklig fysisk aktivitet definieras som mindre än 150 minuter i veckan på en måttlig intensitetsnivå. Att vara otillräcklig fysiskt aktiv under en längre tid innebär en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Den största risken för ohälsa är att vara stillasittande längre stunder. I resultatet från enkäten beräknas fysisk aktivitet på 30 min per dag.

Män i Kronobergs län var mer fysiskt aktiva än kvinnor i åldern 65-84 år och även mer aktiva än män i riket. Kvinnor i Kronobergs län var mindre fysiskt aktiva än i riket. Äldre har blivit mer aktiva sen 2004, undantaget kvinnor i gruppen äldre äldre.

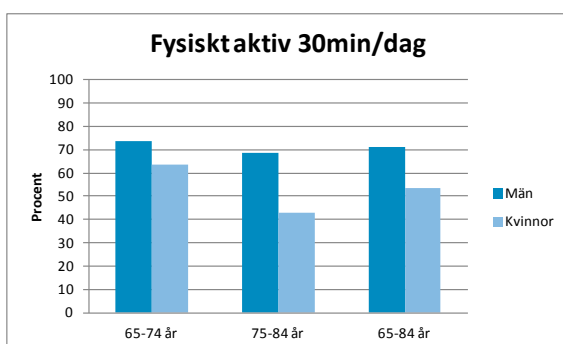


Diagram 8. Andelen män och kvinnor som uppger att de är fysiskt aktiva minst 30 min per dag, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

Bland 65-84-åringar var det 33 procent av männen och 26 procent av kvinnorna som angett att de vill öka sin fysiska aktivitet.





MATVANOR

Goda matvanor i form av frukt-, grönsaks- och fettintag har visat på samband med till exempel minskad risk för hjärt- kärlsjukdom och vissa cancerformer (11). Resultatet i enkäten redovisar de som intar frukt och/eller grönsaker minst tre gånger per dag.

Kvinnor i alla åldersgrupper äter mer frukt och grönt än män, och få kommer upp i den rekommenderade mängden på 500 gram per dag. Båda könen har ökat sitt intag av frukt och grönt sedan 2004. Kvinnor i åldern 65-84 år i Kronobergs län äter mer frukt och grönt jämfört med riket, medan männen äter något mindre frukt och grönt än män i riket.

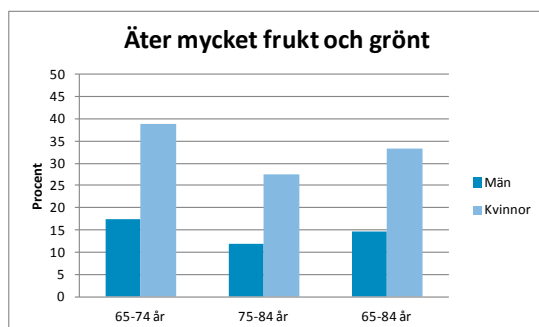


Diagram 9. Andelen män och kvinnor som uppger att de äter mycket frukt och grönt, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

TOBAK

Studier visar att rökstopp alltid ger hälsovinster i form av bland annat minskad risk för allvarliga sjukdomar. En studie visar att risken att dö av en hjärt-kärlsjukdom minskar avsevärt vid rökstopp, även om man fyllt 60 år. Risken för hjärt-kärlsjukdom minskar även hos äldre tydligt redan under de första fem åren efter rökstoppet. Riskminskningen fortsätter sedan år för år (12).

Snusets effekter på hälsan är mindre kartlagda än rökningens och kunskapsläget beträffande snusets effekter på hälsan är relativt svagt. Det är dock känt att snus tillför höga doser nikotin som ger en ökad belastning på hjärt-kärlsystemet och en ökad risk för metabolt syndrom (13, 14).

RÖKVANOR

Det var något fler män än kvinnor i gruppen yngre äldre som rökte dagligen. Däremot har andelen dagligrökare minskat framför allt bland män sedan undersökningen 2004. Män i Kronobergs län röker dock något mer än män i riket medan kvinnorna röker mindre än kvinnor i riket.

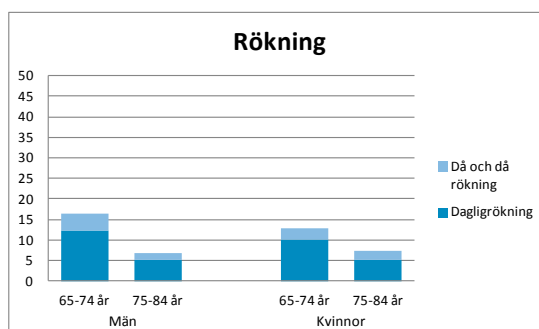


Diagram 10. Andelen män och kvinnor som anger att de röker, dagligen eller då och då, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

Omkring 10 procent i åldersgruppen 65-74 år angav att de ville sluta röka, i åldersgruppen 75-84 år var det cirka 4 procent. Av de som ville sluta röka var det fler kvinnor än män som ville ha hjälp för att sluta, 18 procent av kvinnorna och omkring 7 procent av männen.

SNUSVANOR

Att snusa är vanligare bland yngre personer än äldre och är en utpräglad manlig vana. Andelen dagligsnusande kvinnor i åldrarna 65-84 år har ökat något i jämförelse med undersökningen 2004, bland männen har däremot andelen minskat. Det är relativt vanligt att snusa då och då vilket nästan hälften av alla snusare gör i åldrarna 65-84 år. Män i Kronobergs län snusar något mer än män i riket medan kvinnor i länet snusar mindre än kvinnor i riket.

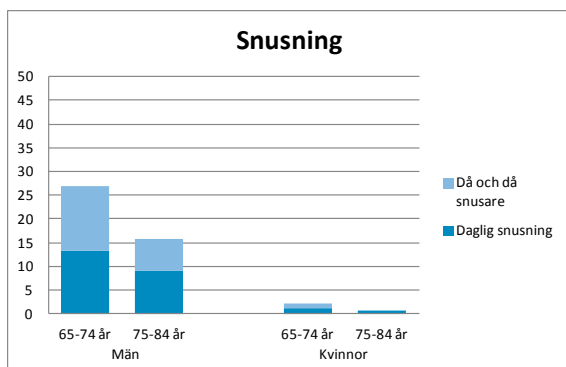


Diagram 11. Andelen män och kvinnor som anger att de snusar, dagligen eller då och då, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

Av de som snusar var det cirka 4 procent av männen som angav att de ville sluta, av dessa svarade 12 procent att de behövde hjälp att sluta snusa. Endast 1 procent av de snusande kvinnorna ville sluta.

ALKOHOL

Riskbruk är beräknat utifrån ett frågeinstrument, AUDIT, för att identifiera personer vars alkoholkonsumtion kan skada deras hälsa. Det är vanligare med riskbruk av alkohol bland yngre personer och det är vanligare bland män än kvinnor i alla åldrar. En liten ökning kan ses från undersökningen 2004 för båda könen i åldrarna 65-84 år. I jämförelse med riket har Kronobergs län något lägre andel med riskbruk av alkohol för båda könen och båda åldersgrupperna.

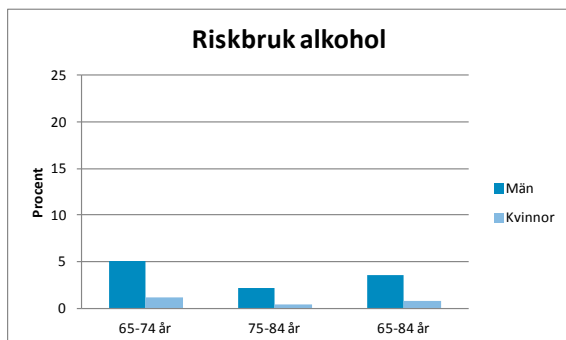


Diagram 12. Andelen män och kvinnor som uppger att de har ett riskbruk av alkohol, en jämförelse mellan åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år.

LIVSVILLKOR OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN

VÅRDKONTAKTER

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vårdutnyttjande visar en variation som kan, men inte behöver överensstämma med sjuklighet utan påverkas även av bland annat ålder, kön, civilstånd, geografiska faktorer, socioekonomisk grupptillhörighet, inkomst, etnicitet och sjuklighet/grad av besvär.

Kontakter med sjukvården är vanligare ju äldre man blir. I åldersgruppen äldre (65-84 år) var det nästan 33 procent som haft kontakt med läkare på sjukhus och 52 procent som haft kontakt med läkare på vårdcentral en eller flera gånger under det senaste året, inga större skillnader mellan könen.

På frågan om de varit inlagda på sjukhus under de senaste tre månaderna svarade 6 procent i gruppen yngre äldre att de varit inlagda en eller flera gånger, inga större skillnader mellan könen. I gruppen äldre äldre var det 8 procent av männen och 12 procent av kvinnorna som varit inlagda på sjukhus en eller flera gånger.

Det var 9 procent av männen och 13 procent av kvinnorna som ansett sig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård. De främsta anledningarna var för kvinnor att det var svårt att komma fram på telefon eller att man inte visste vart man skulle vända sig. Männen angav att de vanligaste skälen till att man avstått från att söka vård berodde på för långa väntetider eller ekonomiska skäl.



EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN

Även i åldersgruppen 65-84 år skiljer det mellan könen, där fler kvinnor än män angav att de har svårt att på en vecka skaffa fram en kontantinsats på 15 000 kr. I gruppen yngre äldre var det 9 procent av männen och 13 procent av kvinnorna medan det i gruppen äldre äldre var 6 procent av männen och 18 procent av kvinnorna som har svårt att få fram 15 000 kr på en vecka.

Att vid ett eller flera tillfällen haft svårigheter att klara löpande utgifter för mat, hyra, räkningar med mera, uppgav omkring 3 procent bland 65-84-åringar. Det var betydligt lägre jämfört med de yngre åldersgrupperna.

BEMÖTANDE OCH TRYGGHET

Det var färre individer bland de äldre än de yngre som upplevt att de blivit behandlade/bemötta på ett sådant sätt att de känt sig kränkta. Det var inga större skillnader mellan könen. Men något fler i gruppen yngre äldre (8 procent) än gruppen äldre äldre (5 procent) som hade upplevt sig kränkta någon eller flera gånger.

Det är vanligare bland yngre än bland äldre personer att avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Kvinnor angav i högre utsträckning än män att de avstått från att gå ut ensamma, 34 procent i gruppen yngre äldre och 43 procent i gruppen äldre äldre. För männen var motsvarande andel 9 respektive 11 procent.

Omkring 1 procent angav att de blivit utsatta för hot eller hotelser om våld så att de blev rädda. Att ha blivit utsatt för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna uppgav omkring 1 procent i gruppen yngre äldre och mindre än 0,5 procent i gruppen äldre äldre.

En sista önskan! En liten lägenhet på seniorboende, där jag får hjälp med ALLT!

”

SOCIALA RELATIONER

TILLIT

Äldre har en högre tillit till andra människor än vad yngre åldersgrupper har. Bland de yngre äldre var det drygt 83 procent av båda könen som upplevde att man kan lita på de flesta människor. I gruppen äldre äldre var det 86 procent av männen och 82 procent av kvinnorna som upplevde att man i allmänhet kan lita på de flesta människor.

DELA KÄNSLOR

Det var relativt små skillnader mellan alla åldersgrupperna huruvida man har någon som man kan dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Det var runt 90 procent som angett att de har någon sådan person i sin närhet.



REFERENSER

1. Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968-2013 [database on the Internet]. Statistiska centralbyrån [cited 2015-02-16].
2. Äldres hälsa: kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2011.
3. Rostila M, Toivanen S, editors. Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber; 2012.
4. Äldres psykiska ohälsa: en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008.
5. Mellqvist M, Wiktorsson S, Joas E, Ostling S, Skoog I, Waern M. Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors. *International psychogeriatrics / IPA*. 2011;23(6):986-93.
6. Agahi N, Lennartsson C, Österman J, Erik Wänell S. Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2010;87(3):175.
7. Bergman Stamblewski A. Äldres miljöer för fysisk aktivitet: samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och ett hälsosamt åldrande. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
8. Ekblom Bak E, editor. Långvarigt stillasittande: en hälsofara i tiden. Lund: Studentlitteratur; 2013.
9. Sjogren K, Stjernberg L. A gender perspective on factors that influence outdoor recreational physical activity among the elderly. *BMC geriatrics*. 2010;10:34.
10. Nilsson E. Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2009.
11. Längre liv och bättre hälsa: en rapport om prevention. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU); 1997.
12. Mons U, Muezzinler A, Gellert C, Schottker B, Abnet CC, Bobak M, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015;350:h1551.
13. Hergens MP, Alfredsson L, Bolinder G, Lambe M, Pershagen G, Ye W. Long-term use of Swedish moist snuff and the risk of myocardial infarction amongst men. *Journal of internal medicine*. 2007;262(3):351-9.
14. Norberg M, Stenlund H, Lindahl B, Boman K, Weinehall L. Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing? *Scandinavian journal of public health*. 2006;34(6):576-83.

BILAGA 1 ENKÄT- FORMULÄR



Hälsa på lika villkor?

EN UNDERSÖKNING OM HÄLSA OCH LIVSVILLKOR I SVERIGE 2015

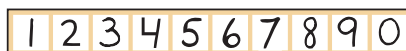


Hjälp oss att underlätta bearbetningen av dina svar

Enkäten läses maskinellt. När du besvarar enkäten ber vi dig därför att:

- Använda kulspetspenna med svart eller blå färg

- Skriva tydliga siffror, så här:



- Skriva STORA bokstäver, så här:



- Markera dina svar med kryss, så här: ☒

- Om du svarat fel täck hela rutan med det felaktiga krysset, så här: 



Hälsa

1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- ☐ Mycket bra
☐ Bra
☐ Någorlunda
☐ Dåligt
☐ Mycket dåligt

2. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- ☐ Nej
☐ Ja



Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

- ☐ Nej, inte alls
☐ Ja, i någon mån
☐ Ja, i hög grad

3. Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning?

- ☐ Ja, utan glasögon
☐ Ja, med glasögon
☐ Nej

4. Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?

- ☐ Ja, utan hörapparat
☐ Ja, med hörapparat
☐ Nej

5. Kan du springa en kortare sträcka (ca 100 m)?

- ☐ Ja  Gå vidare till fråga 7
☐ Nej

6. Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter? Sätt ett kryss på varje rad.

	Ja	Nej
a. Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? <i>t.ex. stiga på buss eller tåg</i>	☐	☐
b. Kan du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någorlunda rask takt?	☐	☐
c. Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?	☐	☐

7. Hur lång är du?

Svara i hela centimeter.

--	--	--

cm

8. Hur mycket väger du?

Svara i hela kilo. Om du är gravid ange hur mycket du brukar väga.

--	--	--

kg

9. Har du något/några av följande sjukdomar?**a) Diabetes?**

- ☐ Nej
☐ Ja, men inga besvär
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

b) Astma?

- ☐ Nej
☐ Ja, men inga besvär
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

c) Allergi?

- ☐ Nej
☐ Ja, men inga besvär
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

d) Högt blodtryck?

- ☐ Nej
☐ Ja, men inga besvär
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

10. Har du något/några av följande besvär eller symtom?**a) Värk i skuldror, nacke eller axlar?**

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

b) Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

c) Värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

d) Huvudvärk eller migrän?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

e) Ängslan, oro eller ångest?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

f) Trötthet?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

g) Sömnsvårigheter?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

h) Eksem eller hudutslag?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

i) Öronsus (tinnitus)?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

j) Inkontinens (urinläckage)?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

k) Återkommande mag-/tarmbesvär?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

l) Övervikt, fetma?

- ☐ Nej
☐ Ja, lätta besvär
☐ Ja, svåra besvär

Välbefinnande

11. Har du *de senaste veckorna* kunnat koncentrera dig på allt du gjort?

- ☐ Bättre än vanligt
☐ Som vanligt
☐ Sämre än vanligt
☐ Mycket sämre än vanligt

12. Har du *de senaste veckorna* känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna?

- ☐ Mer än vanligt
☐ Som vanligt
☐ Mindre än vanligt
☐ Mycket mindre än vanligt

13. Har du haft svårt att sova på grund av oro *de senaste veckorna*?

- ☐ Inte alls
☐ Inte mer än vanligt
☐ Mer än vanligt
☐ Mycket mer än vanligt

14. Har du *de senaste veckorna* kunnat ta itu med dina problem?

- ☐ Bättre än vanligt
☐ Som vanligt
☐ Sämre än vanligt
☐ Mycket sämre än vanligt

15. Upplever du att du har gjort nytta *de senaste veckorna*?

- ☐ Mer än vanligt
☐ Som vanligt
☐ Mindre än vanligt
☐ Mycket mindre än vanligt

16. Har du ständigt *de senaste veckorna* känt dig olycklig och nedstämd?

- ☐ Inte alls
☐ Inte mer än vanligt
☐ Mer än vanligt
☐ Mycket mer än vanligt

17. Har du *de senaste veckorna* kunnat fatta beslut i olika frågor?

- ☐ Bättre än vanligt
☐ Som vanligt
☐ Sämre än vanligt
☐ Mycket sämre än vanligt

18. Har du *de senaste veckorna* förlorat tron på dig själv?

- ☐ Inte alls
☐ Inte mer än vanligt
☐ Mer än vanligt
☐ Mycket mer än vanligt

19. Har du ständigt känt dig spänd *de senaste veckorna*?

- ☐ Inte alls
☐ Inte mer än vanligt
☐ Mer än vanligt
☐ Mycket mer än vanligt

20. Har du tyckt att du varit värdelös *de senaste veckorna*?

- ☐ Inte alls
☐ Inte mer än vanligt
☐ Mer än vanligt
☐ Mycket mer än vanligt

21. Har du *de senaste veckorna* känt att du inte kunnat klara dina problem?

- ☐ Inte alls
☐ Inte mer än vanligt
☐ Mer än vanligt
☐ Mycket mer än vanligt

22. Har du på det hela taget känt dig någorlunda lycklig *de senaste veckorna*?

- ☐ Mer än vanligt
☐ Som vanligt
☐ Mindre än vanligt
☐ Mycket mindre än vanligt

23. Känner du dig för närvarande stressad?

Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.

- ☐ Inte alls
☐ I viss mån
☐ Ganska mycket
☐ Väldigt mycket

24. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?

- ☐ Nej
☐ Ja, en gång
☐ Ja, flera gånger

25. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta ditt liv?

- ☐ Nej
☐ Ja, en gång
☐ Ja, flera gånger

Vårdkontakter

26. Har du under de senaste tre månaderna besökt eller besökts av någon av följande?

Gäller egna besvär eller sjukdom. Sätt ett kryss på varje rad.

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
a. Läkare på sjukhus	☐	☐	☐
b. Läkare på vårdcentral, privat-/ företagsläkare och dyl.	☐	☐	☐
c. Distriktssköterska	☐	☐	☐
d. Ungdomsmottagning	☐	☐	☐
e. Kurator	☐	☐	☐
f. Psykolog	☐	☐	☐
g. Sjukgymnast	☐	☐	☐
h. Naprapat, kiropraktor, homeopat och dyl.	☐	☐	☐
i. Varit inlagd på sjukhus	☐	☐	☐

Tandhälsa

27. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- ☐ Mycket bra
☐ Ganska bra
☐ Varken bra eller dålig
☐ Ganska dålig
☐ Mycket dålig

Fysisk aktivitet

28. Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Obs! Kryssa endast i ett alternativ.

- ☐ Stillasittande fritid
Du ägnar dig mest åt läsning, TV, dator, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden.
Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.
- ☐ Måttlig motion på fritiden
Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinarie trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
- ☐ Måttlig, regelbunden motion på fritiden
Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas.
- ☐ Regelbunden motion och träning
Du ägnar dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.

29. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm?

T.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

- ☐ 5 timmar per vecka eller mer
- ☐ Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka
- ☐ Mellan 1 och 3 timmar per vecka
- ☐ Högst en timme per vecka
- ☐ Inte alls

Matvanor

30. a) Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?

Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (utom potatis). Gäller färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm. Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

- ☐ 3 gånger per dag eller oftare
- ☐ 2 gånger per dag
- ☐ 1 gång per dag
- ☐ 5-6 gånger per vecka
- ☐ 3-4 gånger per vecka
- ☐ 1-2 gånger per vecka
- ☐ Några gånger per månad eller aldrig

b) Hur ofta äter du frukt och bär?

Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

- ☐ 3 gånger per dag eller oftare
☐ 2 gånger per dag
☐ 1 gång per dag
☐ 5-6 gånger per vecka
☐ 3-4 gånger per vecka
☐ 1-2 gånger per vecka
☐ Några gånger per månad eller aldrig

Rökning, snusning och användning av andra preparat

31. Röker du dagligen?

- ☐ Ja ➔ Gå vidare till fråga 34
☐ Nej

32. Händer det att du röker någon gång då och då?

- ☐ Ja
☐ Nej

33. Har du tidigare rökt dagligen under minst 6 månader?

- ☐ Ja
☐ Nej

34. Snusar du dagligen?

- ☐ Ja ➔ Gå vidare till fråga 36
☐ Nej

35. Händer det att du snusar någon gång då och då?

- ☐ Ja
☐ Nej

36. Har du någon gång använt hasch eller marijuana?

- ☐ Nej
☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

37. Har du någon gång använt någon annan narkotika än hasch eller marijuana (t.ex. amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD)?

- ☐ Nej
☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

38. Har du någon gång använt receptbelagda mediciner på ett icke ordinerat sätt?

Det vill säga att du tagit sådana läkemedel utan läkares ordination, oftare än vad läkare ordinerat eller större mängd än vad läkare ordinerat.

- ☐ Nej
☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

Spelvanor

39. Har du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel?

Med spel menas t.ex. trisslott, bingo, kasinospel, tips, spel på hästar eller liknande och spel om pengar över Internet såsom poker eller vadslagning.

- ☐ Ja
☐ Nej  Gå vidare till fråga 44

40. De senaste 12 månaderna, har du spelat för mer än du verkligen haft råd att förlora? Skulle du säga...

- ☐ Aldrig
☐ Ibland
☐ Ofta
☐ Nästan alltid

41. De senaste 12 månaderna, har du behövt spela med större summor för att få samma känsla av spänning? Skulle du säga...

- ☐ Aldrig
☐ Ibland
☐ Ofta
☐ Nästan alltid

42. De senaste 12 månaderna, har du återvänt en annan dag för att försöka vinna tillbaka pengarna du förlorat? Skulle du säga...

- ☐ Aldrig
☐ Ibland
☐ Ofta
☐ Nästan alltid

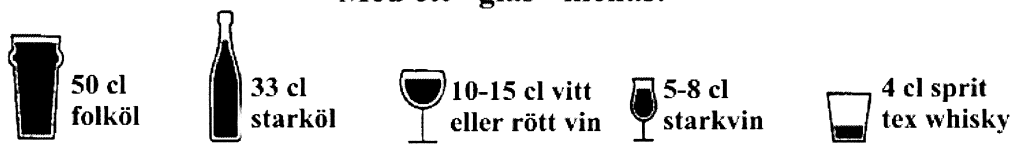
43. De senaste 12 månaderna, har du lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för? Skulle du säga...

- ☐ Aldrig
☐ Ibland
☐ Ofta
☐ Nästan alltid

Alkoholvanor

Med "alkohol" menas folköl, mellan-/starköl, alkoholstark cider, vin, starkvin och sprit.
Besvara frågorna så noggrant och ärligt som möjligt.

Med ett "glas" menas:



44. Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

- ☐ 4 gånger/vecka eller mer
☐ 2-3 gånger/vecka
☐ 2-4 gånger/månad
☐ 1 gång/månad eller mer sällan
☐ Aldrig ➔ Gå vidare till fråga 47

45. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- ☐ 1-2
☐ 3-4
☐ 5-6
☐ 7-9
☐ 10 eller fler
☐ Vet inte

46. Hur ofta dricker du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- ☐ Dagligen eller nästan varje dag
☐ Varje vecka
☐ Varje månad
☐ Mer sällan än en gång i månaden
☐ Aldrig

Sexuell hälsa

47. Har du haft sex med en man under de senaste 12 månaderna?

- ☐ Ja
☐ Nej

48. Har du haft sex med en kvinna under de senaste 12 månaderna?

- ☐ Ja
☐ Nej

49. Hur ofta använder du kondom när du har sex med en fast partner?

- ☐ Aldrig
☐ Nästan aldrig
☐ Ibland
☐ Nästan alltid
☐ Alltid
☐ Gäller inte mig

50. Hur ofta använder du kondom när du har sex med en tillfällig partner?

- ☐ Aldrig
☐ Nästan aldrig
☐ Ibland
☐ Nästan alltid
☐ Alltid
☐ Gäller inte mig

Ekonomiska förhållanden**51. Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på *en vecka* måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?**

- ☐ Ja
☐ Nej

52. Har det under *de senaste 12 månaderna* hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?

- ☐ Nej
☐ Ja, vid ett tillfälle
☐ Ja, vid flera tillfällen

Arbete, utbildning och sysselsättning**53. Vilken är din högsta genomförda utbildning?**

- ☐ Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
☐ 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
☐ 3-4 årigt gymnasium
☐ Folkhögskola eller liknande
☐ Universitet eller högskola kortare än 3 år
☐ Universitet eller högskola, 3 år eller längre

Nedan följer en fråga till dig som yrkesarbetar (även du som är sjukskriven eller föräldra-/tjänstledig ska svara). Du som inte yrkesarbetar går vidare till fråga 55.

54. Är du orolig för att förlora ditt arbete inom det närmaste året?

- ☐ Ja
☐ Nej

55. Vilken är din nuvarande sysselsättning?*Flera alternativ kan anges.*

- ☐ Arbetar som anställd →

--	--	--

 % av heltid
- ☐ Egen företagare
- ☐ Tjänstledig eller föräldraledig
- ☐ Studerar, praktiserar
- ☐ Arbetsmarknadsåtgärd
- ☐ Arbetslös
- ☐ Ålderspensionär
- ☐ Sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)
- ☐ Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- ☐ Sköter eget hushåll

☐ Annat, skriv i rutan:**56. Vilket är/var ditt huvudsakliga yrke eller jobb?***Om du inte arbetar nu, skriv vilket yrke eller jobb som du huvudsakligen har haft.**Om du har flera jobb, fyll i det yrke eller jobb som är ditt huvudsakliga.**Försök att lämna en så detaljerad benämning som möjligt. I stället för lärare, skriv t.ex. lågstadielärare.**I stället för sjuksköterska, skriv t.ex. operationssjuksköterska.***Exempel: Istället för chaufför skriv t.ex.:**

B U S S C H A U F F Ö R

Skriv ditt yrke/jobb med STORA bokstäver:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57. Vilka är/var dina huvudsakliga arbetsuppgifter?*Beskriv dina huvudsakliga arbetsuppgifter. Om du t.ex. är projektledare, skriv vad du gör, exempelvis "är ansvarig för att förbättra arbetsmiljön i äldreomsorgen". Är du t.ex. fabriksarbetare, skriv vad du tillverkar.**Är du chef, beskriv vilken typ av chef du är och om du har andra chefer som är underställda dig. T.ex. avdelningschef med tre underställda enhetschefer eller butikschef utan underställda chefer.*

Trygghet och Sociala relationer

58. Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

- ☐ Nej
☐ Ja, ibland
☐ Ja, ofta

59. a) Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå vidare till fråga 60

b) Var skedde våldet?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ På arbetsplatsen/i arbetet/i skolan
☐ I hemmet
☐ I annans bostad/i bostadsområdet
☐ På allmän plats/på nöjesställe
☐ På eller i anslutning till tåg, buss, tunnelbana
☐ Någon annanstans

60. Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?

- ☐ Ja
☐ Nej

61. Har du under de senaste 3 månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?

- ☐ Nej → Gå vidare till fråga 63
☐ Ja, någon gång
☐ Ja, flera gånger

62. Hade den kränkande behandlingen/bemötandet samband med något av följande?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Etnisk tillhörighet
☐ Kön
☐ Sexuell läggning
☐ Ålder
☐ Funktionsnedsättning
☐ Religion
☐ Hudfärg
☐ Utseende
☐ Könsidentitet eller/och könsuttryck
☐ Annat
☐ Vet inte

63. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?

- ☐ Ja
☐ Nej

64. Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?
T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.

- ☐ Ja, alltid
☐ Ja, för det mesta
☐ Nej, för det mesta inte
☐ Nej, aldrig

65. Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?

- ☐ Ja
☐ Nej

66. Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?
Flera alternativ kan anges.

- ☐ Studiecirkel/kurs på din arbetsplats
☐ Studiecirkel/kurs på din fritid
☐ Fackföreningsmöte
☐ Annat föreningsmöte
☐ Teater/bio
☐ Konstutställning
☐ Religiös sammankomst
☐ Sporttillställning
☐ Skrivit insändare i tidning/tidskrift/blogg
☐ Demonstration av något slag
☐ Offentlig tillställning *t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande*
☐ Större släktsammankomst
☐ Privat fest
☐ Chattat eller gjort inlägg på sociala nätverkssajter på internet
☐ Deltagit i sociala nätverksaktiviteter på internet t.ex. spel, diskussionsforum
☐ Inget av ovanstående

Bakgrund

67. Hur definierar du din sexuella läggning?

- ☐ Heterosexuell
☐ Bisexuell
☐ Homosexuell
☐ Jag vet inte
☐ Annan

68. Är du eller har du varit transperson?

Transperson är ett samlingsbegrepp som vanligtvis avser individer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades för dem vid födseln.

- ☐ Ja
☐ Nej

69. Vilket år är du född?

År:

1	9		
---	---	--	--

70. a) Med vem delar du bostad?*D.v.s. vem du bor tillsammans med under större delen av veckan. Du kan ange flera alternativ.*

- ☐ Ingen
- ☐ Föräldrar/syskon
- ☐ Make/maka/sambo/partner
- ☐ Andra vuxna

☐ Barn**Hur många barn bor du med?**

--	--

stycken

b) Hur gamla är de barn som du bor tillsammans med?*Du kan ange flera alternativ.*

- ☐ 0-6 år
- ☐ 7-12 år
- ☐ 13-17 år
- ☐ 18 år eller äldre

*Frågorna 71 till 73 besvaras endast av vårdnadshavare med hemmaboende barn under 18 år.***71. Har något eller några av dessa barn någon långvarig sjukdom, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?**

- ☐ Nej
- ☐ Ja

*Tack för ditt svar. Skicka enkäten i bifogat svarskuvert.***72. Vilken svårighetsgrad anser du att sjukdomarna, funktionsnedsättningarna eller hälsoproblemen har?**

- ☐ Lindrig
- ☐ Måttlig
- ☐ Svår

73. Påverkar detta ditt dagliga liv?

- ☐ Nej, inte alls
- ☐ Ja, i någon mån
- ☐ Ja, i hög grad

TACK FÖR ATT DU TOG DIG TID ATT FYLLA I ENKÄTEN!**Skicka enkäten i det bifogade svarskuvertet.**



N S C B



**FOLKHÄLSORAPPORT GENOMFÖRD
I KRONOBERGS LÄN 2014**

Författare Emma Johansson och Ingrid Edvardsson, Region Kronoberg

KONTAKT ingrid.edvardsson@kronoberg.se

