



Har hälsan blivit bättre?

– En analys av hälsoläget och dess utveckling i Östergötland



Rapporten har som mål att inspirera dig som beslutsfattare eller tjänsteperson till handling. Du kan vara med och skapa förutsättningar för att Östergötland ska vara en region med hållbar utveckling mot ett bättre samhälle för alla och minskade skillnader i hälsa.

För ökad förståelse när du läser rapporten finns i bilaga 1 förklaringar och definitioner kring datakällor, indikatorer och statistisk metod.

Rapporten är utgiven av Region Östergötland,
Verksamhetsutveckling vård och hälsa 2019

Omslagsbild: Fotograf Oskar Lürén AB.

Bilder i rapporten:

Daniela Drake, sidan 31

Edgardo Pérez Masares, sidan 5

Kimstad GoIF, sidan 26

Norra Skolan, Motala, sidan 38

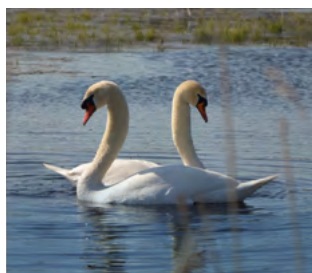
Region Östergötland, sidan 10, 11, 12, 27, 28, 40, 44, 46 och 55

Strokeputtarna, Linköping, sidan 48

Sätt Östergötland i rörelse.nu, sidan 13, 23, 25, 50 och 59

Visit Östergötland, sidan 8, 30, 36, 39 och 45

Övriga bilder: Shutterstock



Sammanfattning

5

Hälsan blir bättre, men inte för alla

5

Ökad medellivslängd ökar antalet äldre

5

Förebygga för att minska kostnaden för individen och samhället



Introduktion

6

Ökande sociala skillnader i hälsa i Östergötland

6

Förebyggande insatser är kostnadseffektiva

7

Det tar inte alltid lång tid innan vi ser effekt

7

Det är nu vi måste agera

7

Rapportens mål och innehåll



Livsvillkor - en viktig grund för hälsa

KAPITEL 1

9

Vad är livsvillkor?

9

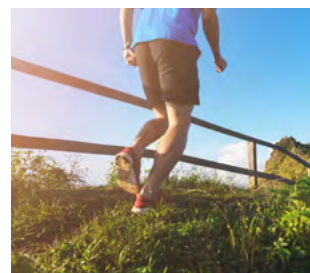
Skillnader i livsvillkor samvarierar med skillnader i hälsa

10

Livsvillkor och hälsa i Östergötland

20

Hur påverkar livsvillkoren hälsan?



Levnadsvanor - påverkar insjuknande och förtida död

KAPITEL 2

21

Levnadsvanor påverkar hälsan

23

Ohälsosamma levnadsvanor vanligt i Östergötland

35

Många har flera ohälsosamma levnadsvanor

35

Riskgrupper i fokus

36

Levnadsvanorna har samband med individens socioekonomiska situation



Psykisk hälsa - en aktuell samhällsfråga

KAPITEL 3

37

Vad är psykisk hälsa och psykisk ohälsa?

38

Hur påverkar psykisk ohälsa individen?

38

Hur omfattande är psykisk ohälsa i samhället?

38

Den psykiska ohälsan i Östergötland

43

Psykologiska resurser främjar psykisk hälsa

45

Vad kan psykisk ohälsa bero på?



Äldres hälsa - en aktuell utmaning

KAPITEL 4

47

Antalet äldre i samhället ökar

49

Hur mår de äldre i Östergötland?

50

En grupp med många sjukdomar

51

Behovet av vård och omsorg är stort

52

Hälsosamt åldrande

56

Hälsa genom livet för en frisk ålderdom



Slutord

57

Vad beror utvecklingen på?

58

Människors livsvillkor

58

Levnadsvanor, socialt sammanhang och psykologiska faktorer

59

Vad kan vi göra åt ojämlikheten i hälsa?

59

Grunden är lagd

59

Varför har det då inte blivit bättre?

59

Vi behöver agera tillsammans nu!

60

REFERENSER

63

BILAGA 1

Datakällor, indikatorer och statistisk metod



Sammanfattning

Det här är den första sammanfattande beskrivningen av hälsan i Östergötland sedan Östgötakommissionens rapport om jämlik hälsa 2014. Syftet med rapporten är att ge en ökad kunskap om hälsoläget för befolkningen i Östergötland just nu, utvecklingen över tid och skillnader mellan olika grupper samt orsakerna till att det ser ut som det gör. Analyserna grundas på data från Östergötland. Rapporten avslutas med en diskussion om utvecklingen och vägen framåt.

Rapporten omfattar fyra områden; livsvillkor, levnadsvanor, psykisk hälsa och äldres hälsa. Den visar på tydliga trender, som ligger i linje med Folkhälsomyndighetens och SKL:s rapport Öppna jämförelser folkhälsa 2019. Förhoppningen är att rapporten ska inspirera till handling. Handling som i sin tur skapar förutsättningar för att Östergötland ska vara en region med hållbar utveckling mot ett bättre samhälle för alla – och en jämlik hälsa.

HÄLSAN BLIR BÄTTRE, MEN INTE FÖR ALLA

Resultaten visar att hälsan blir bättre, men inte för alla. Det finns fortfarande tydliga och ofta ökande skillnader i hälsa mellan människor med olika livsvillkor, särskilt utifrån ekonomisk situation och utbildningsnivå. Skillnaderna finns såväl för självskattad hälsa och sjukfrånvaro som för livslängd. Parallellt ser vi att inkomstskillnaderna i Östergötland tenderar att öka. Det är glädjande att ungdomsarbetslösheten har halverats sedan 2010. Dessvärre har arbetslösheten samtidigt fördubblats för dem utan gymnasieexamen.

Den förtida dödligheten är tydligt relaterad till socioekonomisk status. Det märks särskilt när det gäller inkomst, där gruppen med lägst inkomst har tre gånger så många förlorade levnadsår jämfört med övriga inkomstgrupper. 2017 orsakades 60 procent av de förtida dödsfallen i Östergötland av hjärtinfarkt, stroke och cancer, sjukdomar som till stor del kan härledas till ogynnsamma levnadsvanor. Andelen personer med övervikt och fetma ökar i Östergötland, medan andelen dagligrökare minskar. Det finns tydliga socioekonomiska skillnader gällande levnadsvanor, exempelvis rökning, där andelen rökare är fyra gånger högre i grupper med låg utbildning och låg inkomst. Den psykiska ohälsan ökar i Östergötland, särskilt bland unga kvinnor.

Allt fler ungdomar anger att de har besvär av ångest och stress och allt fler får diagnosen depression. Äldre beskriver ofta ensamhet och nedstämdhet och äldre män är kraftigt överrepresenterade bland dem som begår självmord. Det finns även tydliga skillnader utifrån människors livsvillkor. De med sämre socioekonomisk status, särskilt gällande inkomst och ekonomiska problem, rapporterar högre andel psykiska besvär, såväl ångestrelaterade som depressionsrelaterade.

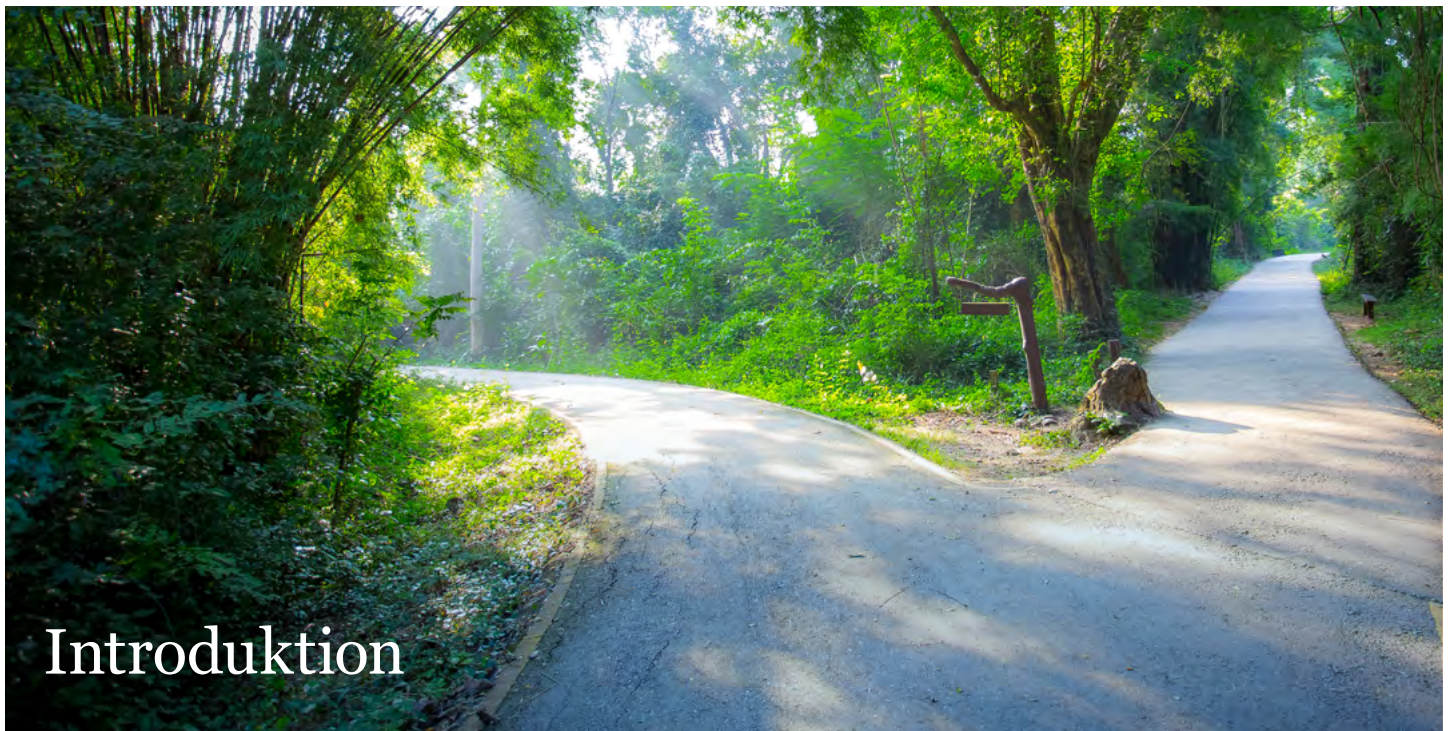
ÖKAD MEDELLIVSLÄNGD ÖKAR ANTALET ÄLDRE

Som en följd av en ökad medellivslängd ökar antalet äldre. Störst är ökningen i gruppen som är över 80 år. De flesta äldre anger en god självskattad hälsa med hög autonomi. Det gäller även de över 85 år, trots att de flesta har flera sjukdomar. Ungefär en fjärdedel av de äldsta har omfattande behov av vård och omsorg. Drygt varannan av de äldre i Östergötland som har hemtjänst uppger att de besväras av ensamhet. Även bland äldre finns stora skillnader i hälsotillstånd, framför allt kopplat till ekonomisk situation. Det är därför viktigt att arbeta för en bättre och mer jämlik hälsa även hos de äldsta i vårt samhälle.

FÖREBYGGA FÖR ATT MINSKA KOSTNADEN FÖR INDIVIDEN OCH SAMHÄLLET

Ökande skillnader i upplevd hälsa och förtida undvikbar död är kostsamt både för individen och för samhället. De vanligaste orsakerna till förtida dödsfall kan till stor del mildras, senareläggas eller förebyggas genom ändrade levnadsvanor. Även psykisk ohälsa kan förebyggas och en god psykisk hälsa är också viktig för att stärka motståndskraften mot kroppslig sjukdom. Både psykisk hälsa och kroppslig hälsa är tydligt relaterade till en persons socioekonomiska situation.

Eftersom skillnader i hälsa är så tydligt kopplade till människors livsvillkor behöver vi tillsammans agera utifrån de strategier som Östgötakommissionen har utvecklat för att minska skillnader i hälsa. Om vi ska följa regeringens beslut att sluta hälsoklyftorna inom en generation och följa FN:s hållbarhetsarbete Agenda 2030 – då måste vi agera nu!



Introduktion

Förutom ett stort lidande för de människor som drabbas är ojämlik hälsa, psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar ett av de största hoten mot ett hållbart samhälle. Ur ett internationellt perspektiv är hälsan i den svenska befolkningen god. Även välfärdslandet Sverige har dock påtagliga och ökande skillnader i hälsa mellan grupper med olika socioekonomisk status, såsom utbildningsnivå eller ekonomisk situation. Människor med lägst inkomst har betydligt fler förlorade levnadsår jämfört med övriga inkomstgrupper.

Ohälsotalet (ett mått på antalet utbetalade ersättningsdagar för nedsatt arbetsförmåga från Försäkringskassan) per person och år (för personer 16–64 år) är högre för kvinnor än för män i Östergötland. Ohälsotalet är även mångfalt högre hos dem med förgymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial. Att drabbas av hjärtinfarkt är betydligt vanligare bland människor med förgymnasial utbildning jämfört med människor med eftergymnasial utbildning (1–3).

ÖKANDE SOCIALA SKILLNADER I HÄLSA I ÖSTERGÖTLAND

I likhet med övriga landet har även Östergötland stora och ökande sociala skillnader i hälsa. Det framkom i Östgöta-kommissionens slutrapport och samma trend ses också i den här rapporten (3). Skillnader i hälsa finns både mellan kommuner, inom kommuner och mellan grupper med olika nivåer av utbildning och inkomst. Återkommande gäller att hälsoutvecklingen är positiv för de som har goda livsvillkor men de med mer utsatta livsvillkor får inte ta del av en förbättrad hälsa.

Det kommer att bli mycket kostsamt att enbart betala för att behandla sjukdom istället för att investera i att förebygga sjukdom och skapa en jämlik hälsa. Bara samhällskostnaderna för hjärt-kärlsjukdom beräknas i Sverige uppgå till cirka 61,5 miljarder kronor per år (4). Denna siffra kan jämföras med kostnaden för förskolan i Sverige som är cirka 75 miljarder per år (5). Många fall av hjärt-kärlsjukdom och även diabetes är dessutom möjliga att förebygga eller senarelägga. Övervikt och fetma ökar risken för diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Med hjälp av förebyggande insatser kan både individens och samhällets börda för dessa sjukdomar minskas. Trots det ut-

gör, totalt sett, investeringar i förebyggande insatser såsom förändrade levnadsvanor endast en procent av investeringar för stat, kommuner och regioner (6).

FÖREBYGGANDE INSATSER ÄR KOSTNADEFFEKTIVA

Förebyggande insatser är kostnadseffektiva och i många fall till och med kostnadsbesparande. Till exempel skulle hälso- och sjukvårdens kostnader för följsjukdomar på grund av daglig rökning minska med 24 miljoner kronor om vi i Östergötland under fem års tid skulle lyckas sänka andelen som röker dagligen i befolkningen från sju till fem procent (7).



Region Västerbotten har sedan länge ett förebyggande program för att minska hjärt-kärlsjukdom i befolkningen. Uppföljning av programmet visar att den totala risken för att dö av hjärt-kärlsjukdom minskade med 30 procent (8). Hälsoekonomiska analyser visar att Västerbottens förebyggande program innebär en kostnadsbesparing för hälso- och sjukvården och

en väldigt blygsam kostnad för samhället i stort (9). Ett annat exempel är tidiga insatser vid missbruk som förebygger allvarliga sociala problem, vilket är viktigt för individen på både kort och lång sikt. Samhällsekonomiskt är dessa insatser mycket lönsamma (3).

I en situation där många offentliga verksamheter har en ansträngd ekonomi är investeringar i hälsofrämjande och förebyggande åtgärder nödvändiga. De förebyggande åtgärderna kan inte vänta tills ”allt annat är löst”. Vårdköerna inom hälso- och sjukvården kommer till exempel att växa tills insatser sker för att minska vårdbehovet.

Ett exempel på en investering i hälsa skedde inom folktandvården på 1960-talet. De insåg att det var omöjligt att ”borra ifatt” kariesepidemin. Det kariesförebyggande arbetet startades därför i bred skala, parallellt med behandlande insatser. Det riktades till alla barn, med fluorsköljningar i skolan, fluor tandkräm och undervisning till barnfamiljer om lördagsgodis och tandborstning. Resultatet var en gigantisk nedgång av karies.

En liknande investering i hälsa är nödvändig för att möta dagens samhällsutveckling och för att minska undvikbar sjukdom och motverka ökad psykisk ohälsa.



DET TAR INTE ALLTID LÅNG TID INNAN VI SER EFFEKT

Det finns en spridd uppfattning att resultatet av förebyggande insatser tar mycket lång tid att se. I många fall kommer effekterna mycket snabbare än man kan tro. Ett exempel är rökfrihet i samband med operation. Rökare har dubbelt så hög risk att drabbas av komplikationer efter en operation (10). Rökfrihet i samband med operation leder till minskade komplikationer dagarna efter operation och genom detta minskade kostnader för sjukvården och samhället, och framför allt minskat lidande för patienten.

Självfallet tar det dock många år innan tydliga effekter på dödligheten kan ses när det gäller insatser kring att förebygga att ungdomar börjar röka. Därför kan det vara svårt att motivera ett beslut eller en åtgärd när vinsten kommer långt senare eller inom en annan samhällssektor. Det kräver nya lösningar och strategiska satsningar och investeringar i framtidens hälsa, som bör ske gemensamt över olika samhällsarenor.

En rad viktiga politiska beslut som stödjer ansatsen om en bättre och jämlik hälsa är redan tagna. Ett nytt nationellt folkhälsopolitiskt mål beslutades av riksdagen 2018. Det innebär bland annat att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation (11). I Östergötland har Östgötakommissionens slutsatser bidragit till att en rad processer startat och flera viktiga insatser genomförts. Jämlik hälsa är nu till exempel en del i Region Östergötlands flerårsplan. Den här rapporten visar att mer behöver göras och att det kommer krävas resurser för att gå från ord till handling. Den visar också att det kommer att bli kostsamt att inte agera.

DET ÄR NU VI MÅSTE AGERA

För att möta utmaningar som ökande sociala skillnader i hälsa, ohälsosamma levnadsvanor, psykisk ohälsa och en åldrande befolkning är det nödvändigt att kraftfullt satsa på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det gäller arbetet med regional utveckling eftersom det har stor möjlighet att påverka människors livsvillkor. Det gäller i lika hög grad hälso- och sjukvården, vars uppdrag utöver att ge bästa sjukvård också är att förebygga sjukdom och ohälsa.

Det är nu vi, tillsammans, har möjligheten att påverka utvecklingen av en jämlik hälsa i Östergötland. För att komma dit måste vi ändra vårt grundläggande arbetssätt och investera i hälsa istället för att bara betala för sjukdom.

RAPPORTENS MÅL OCH INNEHÅLL

Syftet med rapporten är att ge ökad kunskap om hälsoläget och skillnaderna i hälsa hos befolkningen i Östergötland, men också att visa utvecklingen över tid och att beskriva vad skillnaderna i hälsa beror på.

Rapporten omfattar fyra områden:

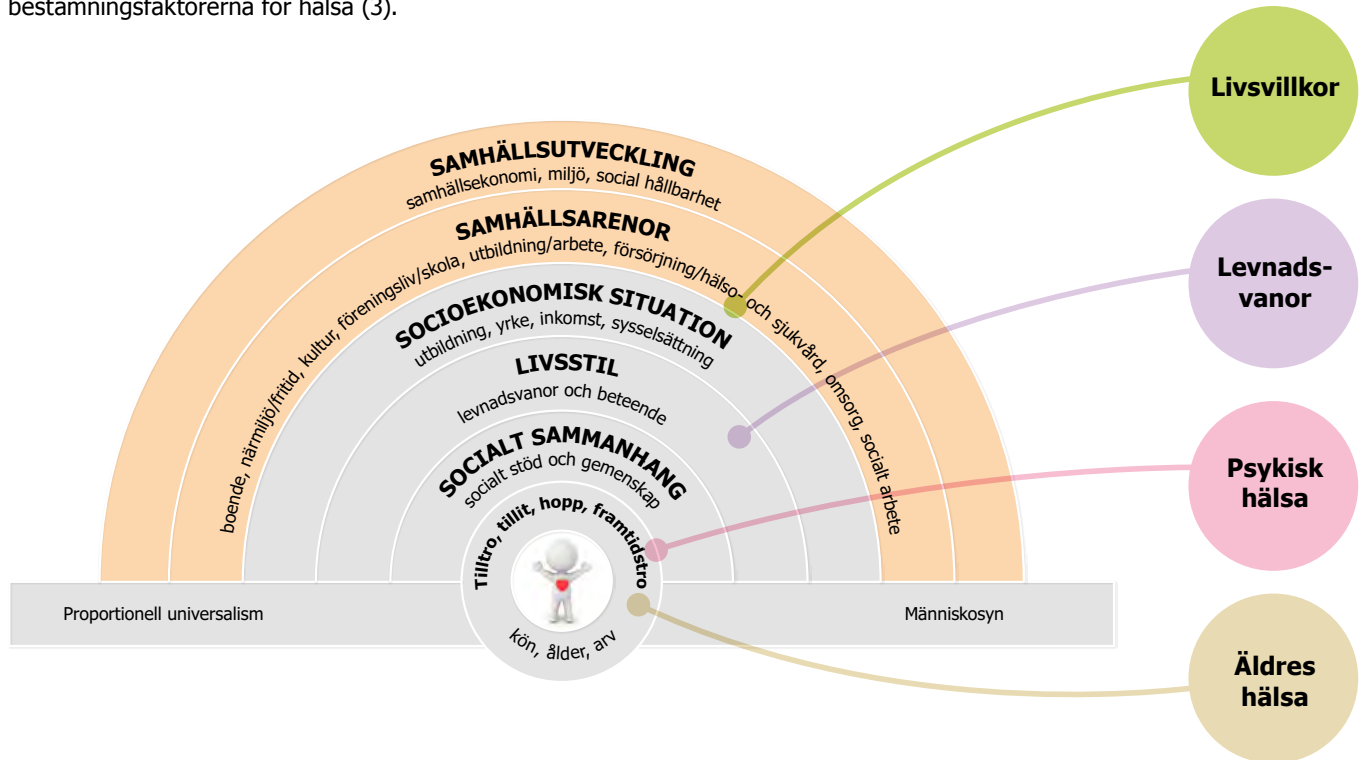
1. Livsvillkor – för att de har en avgörande betydelse för hälsan och hälsans bestämningsfaktorer.
2. Levnadsvanor – för att de är några av de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa.
3. Psykisk hälsa – för att psykisk ohälsa ökar i befolkningen, men också eftersom psykologiska resurser i form av tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro är skyddsfaktorer för kroppslig hälsa.
4. Äldres hälsa – för att äldre är en eftersatt grupp i folkhälsosammanhang och sociala skillnader är särskilt tydliga hos äldre.

HAR HÄLSAN BLIVIT BÄTTRE?

Rapporten bygger på Östgötamodellen för jämlik hälsa (bild 1). En fördjupad beskrivning av Östgötamodellen finns

i rapportens slutord. I nedanstående figur sätts de olika kapitlen i sitt sammanhang i relation till modellen.

Bild 1. Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle.
Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa (3).





KAPITEL 1

Livsvillkor - en viktig grund för hälsa

VAD ÄR LIVSVILLKOR?

Livsvillkor är de förutsättningar människor har i det vardagliga livet. De formas till stor del av de samhällssystem vi lever i, som statsskick, samhällsekonomi, utbildningssystem och välfärdssystem. Livsvillkoren påverkas också av samhällsarenor som boendemiljö, skola och hälso- och sjukvård. På individnivå innefattar livsvillkoren uppväxtförhållanden, familjesituation och socialt stöd, liksom socioekonomisk situation som inkomst, utbildning, yrke och sysselsättning. Samhällsystemens och individens villkor är beroende av varandra. Exempelvis är individens ekonomi beroende av tillgång till arbete, som i sin tur är beroende av samhällsekonomin.

SKILLNADER I LIVSVILLKOR SAMVARIERAR MED SKILLNADER I HÄLSA

Människors livsvillkor har starka samband med deras hälsa (1). Detta gäller för de flesta mått på hälsa, det vill säga förtida död, insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdom, psykisk ohälsa, sjukskrivning, karies och självskattad hälsa (3,12). Socioekonomiska skillnader i hälsa följer en gradient, som innebär att ju bättre socioekonomisk situation en person har, desto bättre är hälsan (3,13). Det finns även skillnader i hälsa mellan grupper beroende

- Livsvillkoren i Östergötland är generellt sett goda men det finns stora skillnader mellan grupper med olika socioekonomi och födelseland.
- I Östergötland finns tydliga skillnader i hälsa mellan grupper med olika socioekonomisk status. Skillnader i hälsa har ökat över tid för bland annat återstående livslängd och självskattad hälsa.
- Arbetslösheten har minskat, framför allt för ungdomar där den har halverats sedan 2010. För personer med enbart förgymnasial utbildning har arbetslösheten däremot fördubblats under samma period.
- Tillit till andra har betydelse för såväl hälsa som samhällsutveckling. I Östergötland är tilliten som lägst hos personer i socioekonomiskt utsatta bostadsområden.
- Sociala skillnader i hälsa kan hänföras till ogynnsamma levnadsvanor och psykosociala faktorer som tillsammans leder till en ökad sårbarhet för sjukdom och ohälsa.

på kön, ålder, födelseland och kommun. Skillnaderna återkommer oavsett mått på socioekonomisk status, vilket beskrivs i Östgöta-kommissionens slutrapport från 2014 (3). I samhällen där det finns en stor tillit mellan människor och till samhällsinstitutionerna är samhällsutvecklingen och hälsan hos befolkningen oftast god. Goda livsvillkor leder till större tillit och social sammanhållning mellan människor samt mer delaktighet och tillit till samhällssystemet (14). Goda livsvillkor för alla är därför viktiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i befolkningen.

”

Goda livsvillkor gynnar ekonomisk tillväxt eftersom en välmående och frisk befolkning kan bidra till ökad arbetskraft och produktivitet

Goda livsvillkor gynnar även ekonomisk tillväxt eftersom en välmående och frisk befolkning innebär att den generella utbildningsnivån höjs, vilket kan bidra till ökad arbetskraft och produktivitet. Det ökar i sin tur tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar (3). I en kunskapsöversikt med EU-kommissionen som uppdragsgivare (15) dras slutsatsen att investeringar i hälsa är ett medel för att uppnå ekonomiska mål för tillväxt (se förenklad modell, figur 1.1).

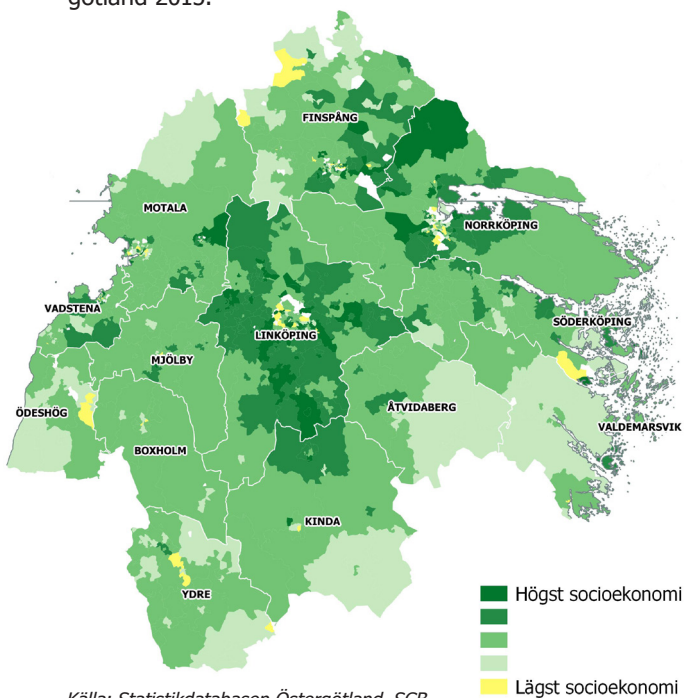
LIVSVILLKOR OCH HÄLSA I ÖSTERGÖTLAND

INKOMST

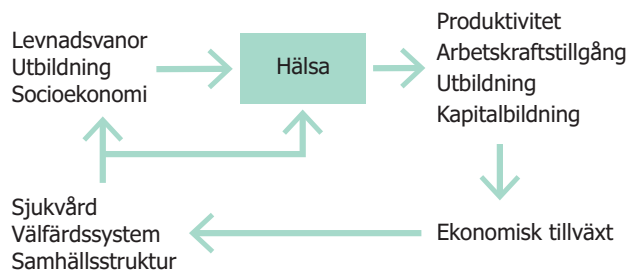
I Östergötland finns det stora skillnader i socioekonomisk status mellan geografiska områden. Figur 1.2 visar socioekonomiska skillnader i länet baserade på befolkningens disponibla inkomst. Motsvarande skillnader finns även för genomsnittlig utbildningsnivå. De finns också socioekonomiska skillnader mellan stadsdelar inom länets större kommuner (figur 1.3).

Figur 1.2. Det finns stora skillnader i socioekonomisk status i Östergötland.

Karta över socioekonomisk fördelning rangordnad i fem kategorier baserat på andel höginkomsttagare i Östergötland 2015.

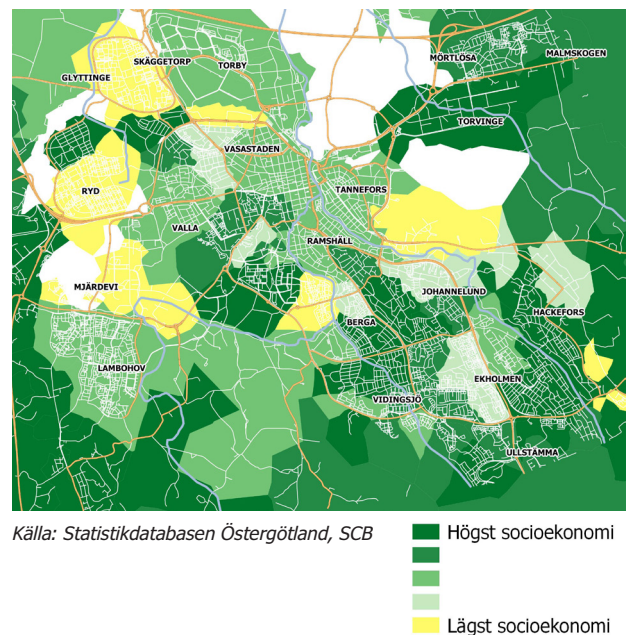


Figur 1.1. Flödesschema över hur investeringar i hälsa kan påverka ekonomiska mål för tillväxt (16).



Figur 1.3. Det finns stora skillnader i socioekonomisk status mellan stadsdelar i länets kommuner.

Karta över socioekonomisk fördelning rangordnad i fem kategorier baserat på andel höginkomsttagare i Linköping 2015.



Socioekonomiska skillnader i hälsa följer en gradient, som innebär att ju bättre socioekonomisk situation en person har, desto bättre är hälsan

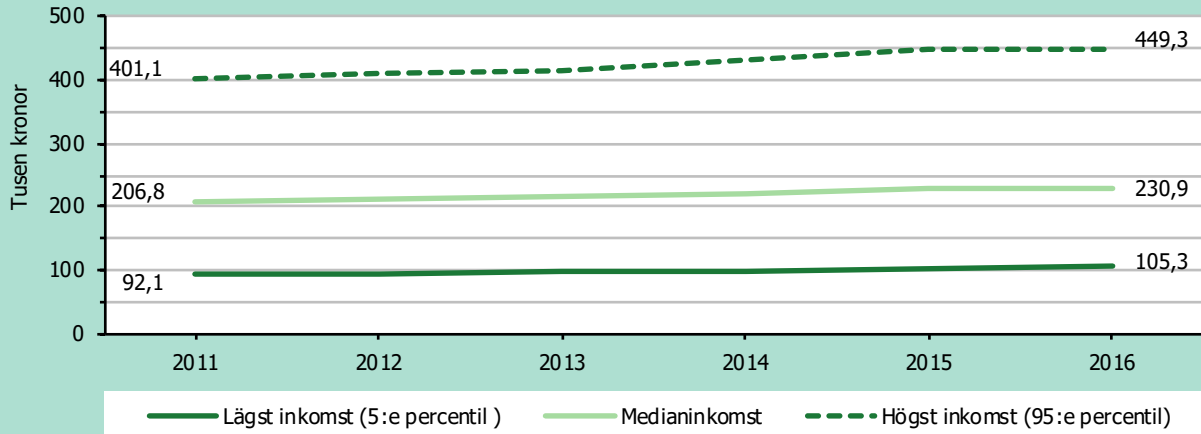
Den genomsnittliga disponibla inkomsten har förbättrats över tid, både i Östergötland och nationellt (17). Men de med lägst inkomst har inte haft lika stora förbättringar som övriga grupper, vilket har lett till att inkomstskillnaderna har ökat (figur 1.4). I Östergötland var median-

inkomsten 234 100 kr för hela befolkningen 2016, vilket är något lägre än i riket (242 400 kr). Bland vuxna i arbetsför ålder har män generellt 20 procent högre inkomst än kvinnor. Hushåll med inrikesfödda har i snitt 28 procent högre inkomst än hushåll med utrikesfödda.

Figur 1.4. Den disponibla inkomsten har ökat minst för gruppen med lägst inkomst vilket har lett till att inkomstklyftorna i Östergötland har ökat.

Disponibel inkomst för hela befolkningen efter percentilgränser* per år i Östergötland.

*Beräknat utifrån 2016 års fasta priser.



Källa: SCB

”

Inkomstskillnaderna i Östergötland har ökat



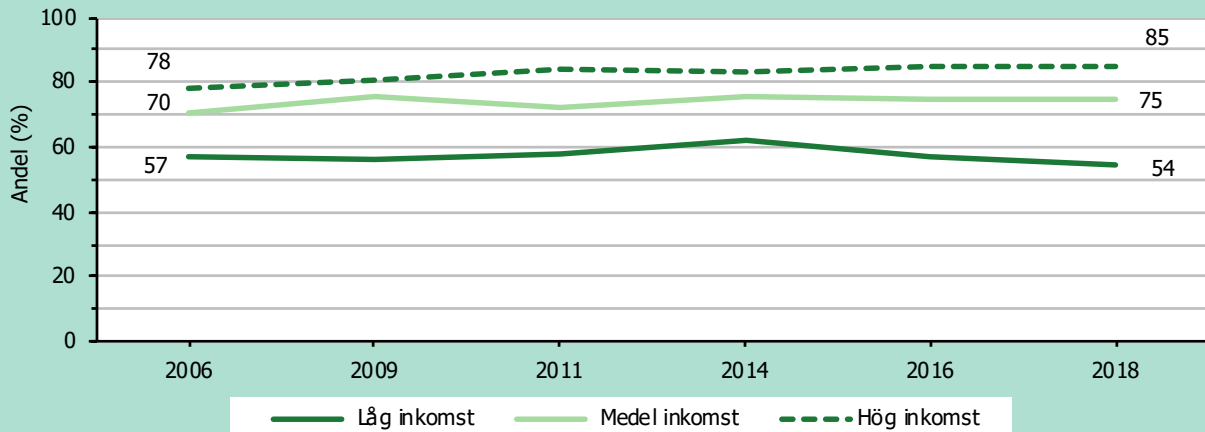
Stora skillnader i hälsa mellan inkomstgrupper

Inkomst har ett tydligt samband med hälsa i alla åldrar. Ju högre inkomst desto bättre hälsa (3,18). I Östergötlands vuxna befolkning (30-64 år) är det stora skillnader i självskattad hälsa mellan grupper med låg-, medel- och hög inkomst. Skillnaderna har dessutom ökat över tid (figur 1.5). Personer med låg inkomst har fler förlorade

levnadsår än personer med hög inkomst, vilket innebär att de i större utsträckning dör i förtid i förhållande till den genomsnittliga medellivslängden (figur 1.6). Skillnaderna mellan grupperna är stora trots att de förlorade levnadsåren har minskat i gruppen med låg inkomst under perioden 2011-2016.

Figur 1.5. Skillnaderna i självskattad hälsa har ökat över tid mellan gruppen med låg inkomst och grupperna med medel och hög inkomst.

Andel med god självskattad hälsa per inkomstnivå (individ) och år för åldrarna 30-64 i Östergötland.



Källa: Befolkningsenkät Hälsa på lika villkor

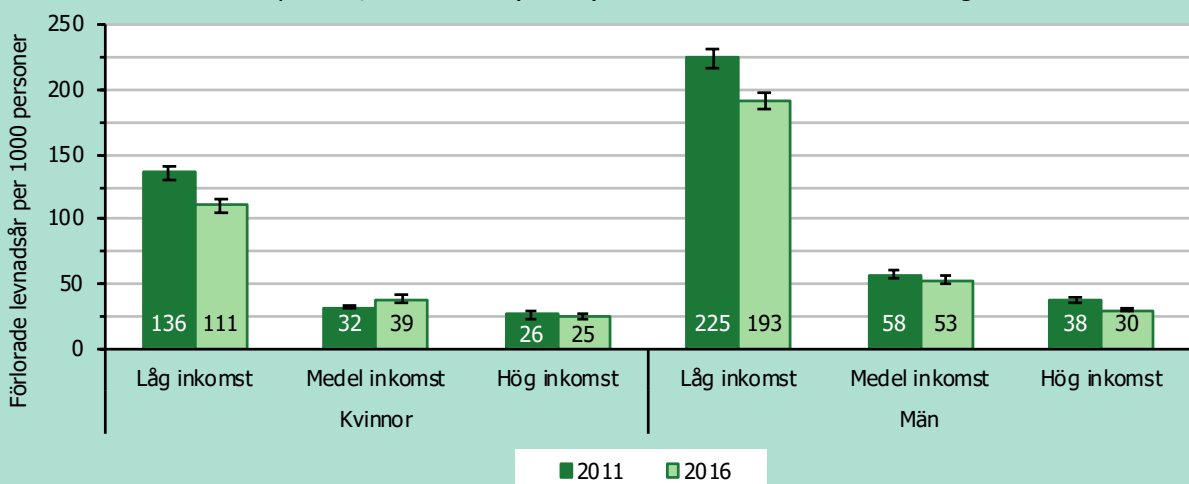


I Östergötlands vuxna befolkning är det stora skillnader i självskattad hälsa mellan grupper med låg, medel och hög inkomst



Figur 1.6. I gruppen med låg inkomst är det fler som dör i förtid än i grupperna med medel och hög inkomst, även om skillnaderna har minskat mellan 2011 och 2016.

Antal förlorade levnadsår per kön, inkomstnivå (individ) och år för åldrarna 30-64 i Östergötland.



Källa: Statistikdatabas Östergötland, SCB

Vart femte barn lever i ekonomisk utsatthet

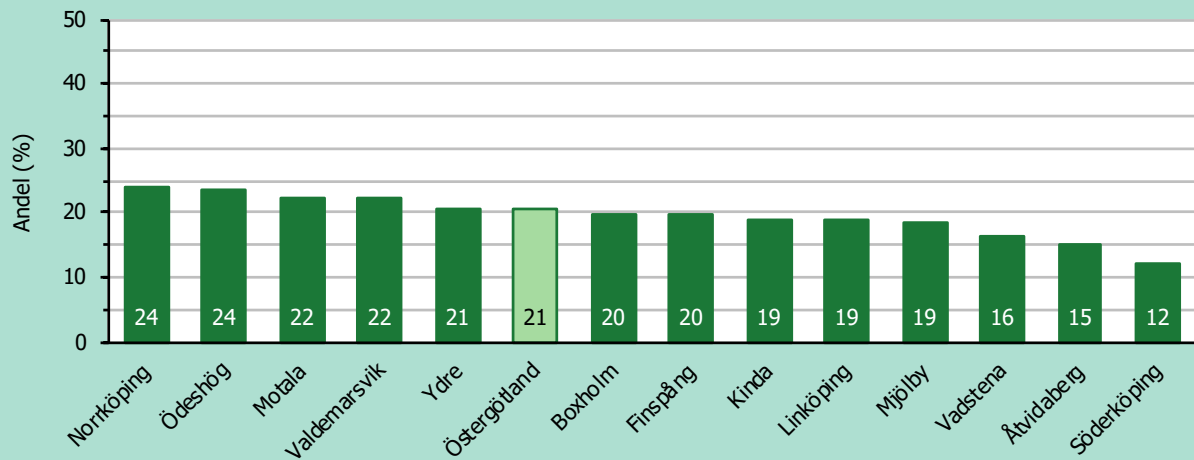
Att leva i en familj med ekonomisk utsatthet påverkar barns välmående, boende och skolresultat (19). Resultat från Östergötlands ungdomsenkät "Om mig" visar att ungdomar som upplever att familjen har en dålig ekonomi uppger ohälsa och riskbeteenden i högre utsträckning och en lägre framtidstro jämfört med ungdomar som upplever att familjen har en god ekonomi (20).

I Östergötland lever var femte barn i åldern 0–19 år i ett ekonomiskt utsatt hushåll, vilket innebär att familjen lever på 60 procent eller mindre av medianinkomsten i riket. Andelen ekonomiskt utsatta barn i Östergötland har ökat med 1,5 procent under 2011–2016 och andelen

varierar mellan länets kommuner (figur 1.7). Inom kommunerna med störst befolkning varierar också ekonomisk utsatthet mellan olika bostadsområden, vilket visar på boendesegregation (3). Ekonomisk utsatthet är betydligt vanligare hos barn med utländsk bakgrund, jämfört med barn med svensk bakgrund. Mer än hälften av alla barn med utländsk bakgrund lever i ett ekonomiskt utsatt hushåll, jämfört med drygt vart tionde barn med svensk bakgrund (21). Ett exempel på hälsoeffekter av ekonomisk utsatthet bland barn är förekomsten av karies. I Östergötland varierar förekomsten av karies från 1 till 25 procent mellan socioekonomiskt starka respektive svaga bostadsområden (22).

Figur 1.7. Var femte barn lever i ekonomisk utsatthet i Östergötland och andelarna varierar mellan kommunerna.

Andel barn (0-17 år) i ekonomisk utsatthet utifrån konsumtionsenhet per kommun 2016.



Källa: Statistikdatabas Östergötland, SCB



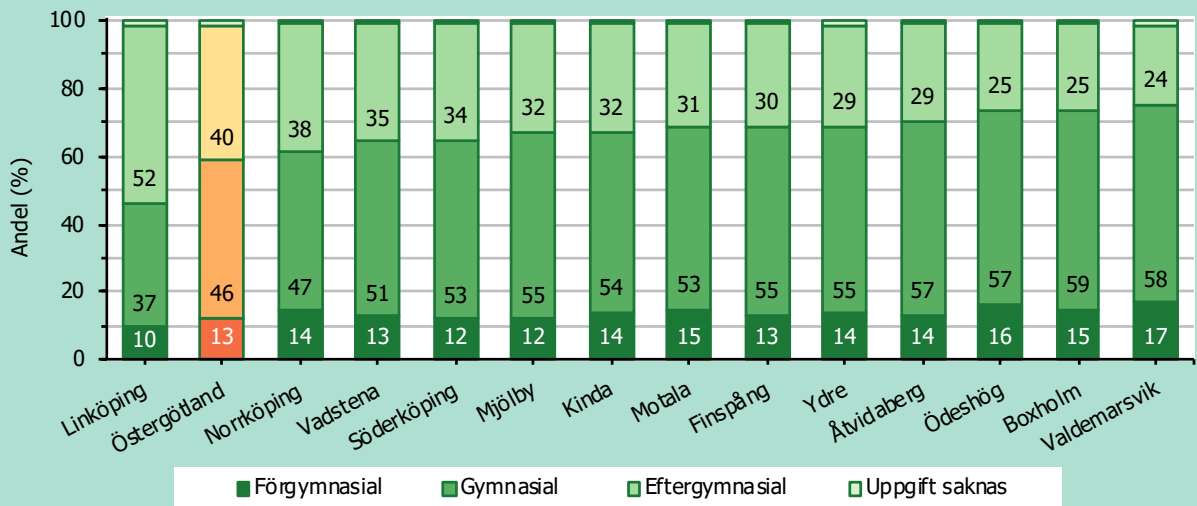
”
Mer än hälften av alla barn med utländsk bakgrund lever i ett ekonomiskt utsatt hushåll, jämfört med drygt vart tionde barn med svensk bakgrund

UTBILDNING

Även utbildningsnivån har samband med människors hälsa (12). I Östergötland är andelen personer med eftergymnasial utbildning något lägre än i riket, men det finns stora variationer inom länet (figur 1.8). Utbildningsnivån i Östergötland har ökat över tid, exempelvis har andelen med eftergymnasial utbildning ökat från 32 till 40

procent under perioden 2006–2017. I den arbetsföra befolkningen är andelen med eftergymnasial utbildning högre bland kvinnor än män, 44 respektive 35 procent. Det är mer än dubbelt så vanligt att utrikesfödda personer endast har förgymnasial utbildning jämfört med inrikesfödda (21).

Figur 1.8. Det finns stora variationer i utbildningsnivå mellan kommunerna i Östergötland.
Andel personer per utbildningsnivå och kommun för åldrarna 30-64, 2017.



Källa: Statistikdatabas Östergötland, SCB



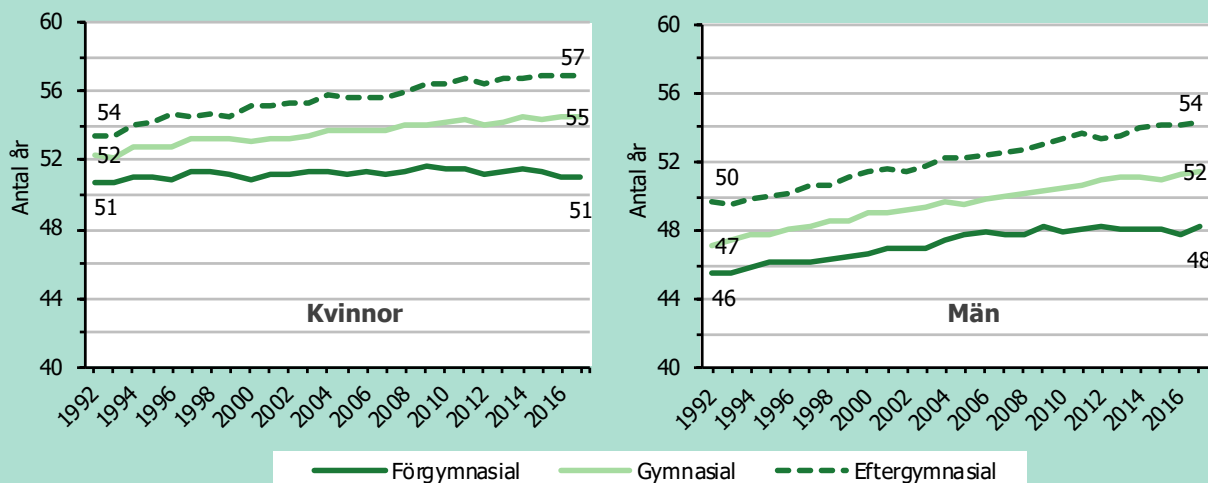
Låg utbildningsnivå har samband med kortare medellivslängd och högre sjukfrånvaro

Det finns skillnader i förväntad återstående livslängd vid 30 års ålder och de skillnaderna har ökat över tid (figur 1.9). År 2017 hade personer med förgymnasial utbildning i genomsnitt sex år kortare återstående livslängd än de med eftergymnasial utbildning. Lägre utbildningsnivå har också ett samband med högre antal ohälsodagar. De med förgymnasial utbildning har fem

gångr högre ohälsotal jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 1.10). Trots att kvinnor har högre utbildningsnivå är ohälsotalet dubbelt så högt för kvinnor som för män i Östergötland. Skillnaden mellan könen kan delvis bero på att kvinnor oftare arbetar inom vård- och omsorgsyrtken samt administrations- och serviceyrken, där ohälsotalet per person är som högst.

Figur 1.9. Utbildningsnivån har samband med återstående livslängd vid 30 års ålder och skillnaderna mellan utbildningsnivåerna har ökat över tid.

Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder per kön, utbildningsnivå och år i Sverige.



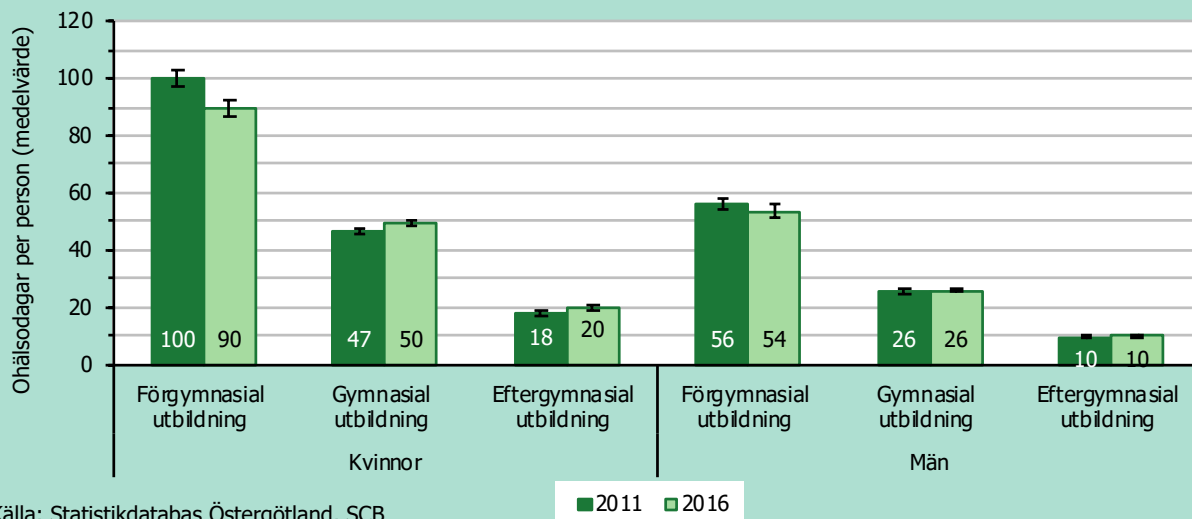
Källa: SCB



Personer med förgymnasial utbildning har i genomsnitt sex år kortare återstående livslängd vid 30 års ålder än personer med eftergymnasial utbildning

Figur 1.10. Ohälsotalet är fem gånger högre hos personer med förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning och dubbelt så högt för kvinnor som för män. Ohälsotal* per kön, utbildningsnivå och år för åldrarna 30-64 i Östergötland.

*Dagar med utbetalad ersättning från försäkringskassan för nedsatt arbetsförmåga.



Källa: Statistikdatabas Östergötland, SCB

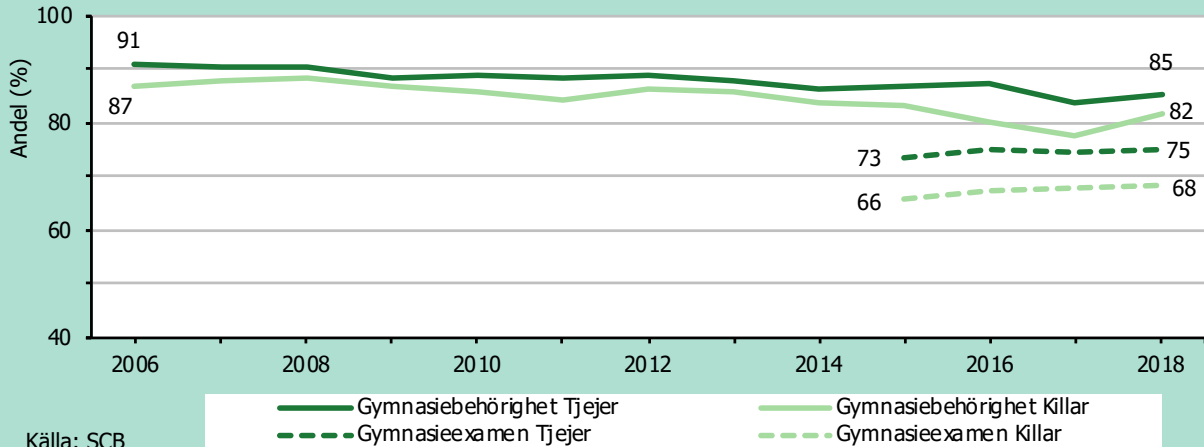
Föräldrarnas utbildningsnivå har ett starkt samband med barns gymnasiebehörighet och andelen som tar gymnasieexamen. Det är mer än dubbelt så många barn (82 %) till föräldrar med eftergymnasial utbildning som tar examen jämfört med barn (42 %) till föräldrar med endast förgymnasial utbildning (23). I Östergötland har andelen barn med gymnasiebehörighet sjunkit över tid (figur 1.11), men ligger ungefär i nivå med riket. Gymnasie-

behörigheten är lägst bland utrikesfödda ungdomar, 59 procent. Unga som saknar gymnasieexamen har sämre möjligheter i arbetslivet, vilket i sin tur kan minska möjligheterna till god hälsa under resten av livet (2). Skolan spelar en viktig roll när det gäller att motverka segregation och kompensera för ojämlikhet mellan barn och unga (3).

Figur 1.11. Andelen ungdomar med gymnasiebehörighet har sjunkit över tid och drygt var fjärde ungdom som påbörjar gymnasiet tar inte examen.

Andel ungdomar med gymnasiebehörighet/gymnasieexamen* inom fyra år per kön och år i Östergötland.

*Andelen som har tagit gymnasieexamen mäts från 2015 då betygssystemet i gymnasieskolan ändrades.



ARBETSLÖSHET

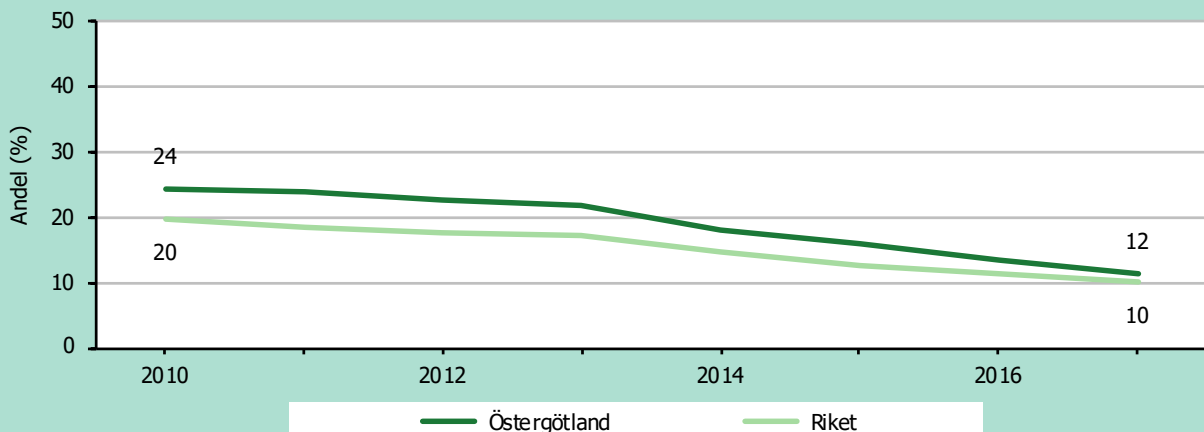
Arbetsmiljöns betydelse för hälsan är väldokumenterad (24). En persons yrkesstatus, exempelvis om hen är arbetare eller tjänsteperson, är tydligt kopplad till livslängd och sjukdomsrisk (12). Forskning visar att arbete generellt sett bidrar positivt till välbefinnande och hälsa jämfört med att vara arbetslös. Arbetslöshet har därför samband med kortare livslängd, ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, ohälsosamma levnadsvanor och psykisk ohälsa (1).

Arbetslösheten har minskat men inte för alla

Arbetsförmedlingen rapporterade 2018 om den lägsta arbetslösheten på tio år i Sverige (25). Även i Östergötland har arbetslösheten sjunkit de senaste fem åren från 10 till 8,6 procent, men ligger något högre än i riket (7,5 %). Det finns dock stora variationer mellan länets kommuner. Arbetslösheten är som högst bland ungdomar, 16–24 år, trots att ungdomsarbetslösheten har minskat kraftigt i alla kommuner och i genomsnitt halverats sedan 2010 (figur 1.12). Minskningen kan förklaras av en högkonjunktur som har skapat ett bättre arbetsmarknadsläge (26).

Figur 1.12. Ungdomsarbetslösheten har halverats sedan 2010.

Andel arbetslösa för åldrarna 16-24 per år i Östergötland och riket.

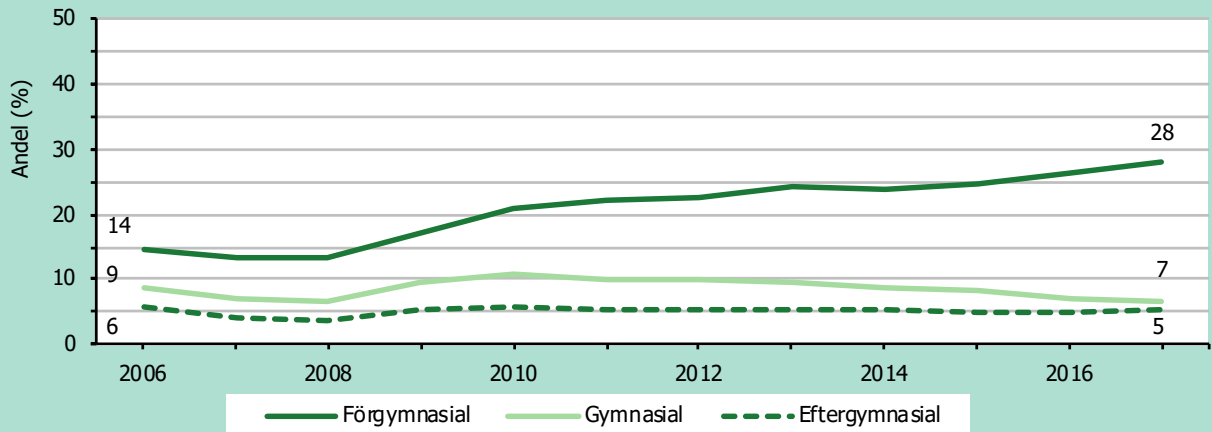


Trots högkonjunktur finns det grupper som har det svårare på arbetsmarknaden. Personer som saknar gymnasieutbildning, som är födda utanför Europa eller har en funktionsnedsättning är arbetslösa i större utsträckning (27). Sedan 2006 har arbetslösheten fördubblats bland

personer med förgymnasial utbildning, medan den legat stabilt lågt för personer med högre utbildning (figur 1.13). Skillnaderna i arbetslöshet beroende på utbildningsnivå har därmed ökat kraftigt över tid.

Figur 1.13. Arbetslösheten är högre bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning och skillnaderna mellan grupperna har ökat över tid.

Andel arbetslösa per utbildningsnivå och år för åldrarna 16-64 i Östergötland.



Källa: Arbetsförmedlingen och SCB



Sedan 2006 har arbetslösheten fördubblats bland personer med endast grundskoleutbildning



TILLIT

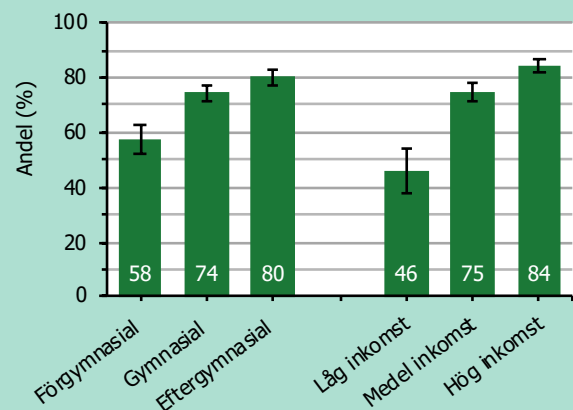
Forskning stöder hypotesen att folkhälsan gynnas när tilliten till andra och samhället är hög (28). En rad studier visar att tillit i samhället samvarierar med social oro och ohälsa (29). Tillit har också betydelse för ekonomisk tillväxt och är avgörande för ett fungerande välfärdssystem och rättssamhälle (28).

Tilliten är som lägst hos personer med låg socioekonomi

I Östergötland uppger totalt 71 procent av befolkningen att de har tillit till andra. Andelen som uppger att de har tillit ökar med åldern och är som lägst bland ungdomar i åldern 18–29 år, där den har minskat från 66 till 57 procent under perioden 2006-2018. Tillit har dessutom starka samband med individens livsvillkor och är lägre hos personer med låg utbildningsnivå och inkomst (figur 1.14). Graden av tillit varierar också mellan olika bostadsområden. I exempelvis Linköping skiljer sig tilliten från 54 till 81 procent mellan socioekonomiskt svaga respektive starka bostadsområden.

Figur 1.14. Tilliten är lägre hos personer med låg utbildningsnivå och låg inkomst.

Andel personer som har tillit till andra per utbildningsnivå och inkomstnivå (konsumtionsenhet) för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkät Hälsa på lika villkor

SOCIALT STÖD

Socialt stöd och gemenskap är grundläggande för välbefinnande och livskvalitet och har dessutom samband med såväl fysisk som psykisk hälsa (30). Socialt stöd innebär att man har människor i sin närhet som kan ge praktisk hjälp, men också att man har någon att anförtro sig åt. Sociala nätverk ger tillgång till både socialt stöd, information, kunskap och kontakter (31).

Vissa grupper saknar socialt stöd mer än andra
Östergötlands ungdomsenkät ”Om mig” visar att drygt 90 procent av ungdomarna har en vän att anförtro sig åt och föräldrar som ger stöd vid problem. De som saknar vänner har i flera avseenden sämre hälsa än de som har en vän (20) (figur 1.15).

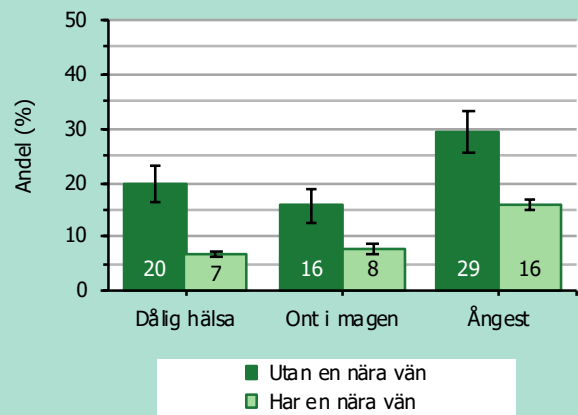
Var femte man under 30 år i Östergötland anger att han saknar någon att anförtro sig åt, jämfört med mindre än var tionde kvinna. Ensamboende äldre är också en utsatt grupp som i lägre utsträckning har någon att anförtro sig åt (läs mer om socialt stöd bland äldre i kapitel 4). Både det praktiska och känslomässiga stödet är lägre hos personer med ekonomiska svårigheter och bland utrikesfödda män.

TRYGGHET

Att känna sig trygg och säker hör till de mest centrala mänskliga behoven och är avgörande för hälsan (2,32). För att människor ska känna sig trygga behöver bostadsområden, skolor, arbetsplatser och offentliga miljöer vara så säkra att man kan vistas där utan att vara orolig för skador eller våld (33,34). Trygghet handlar också om att inte bli utsatt för kränkande särbehandling eller diskriminering.

Figur 1.15. Ungdomar som saknar vänner anger mer ohälsa, magont och ångest än de som har minst en vän.

Andel ungdomar med olika hälsobesvär uppdelat på om de har en nära vän eller inte i Östergötland 2018.



Källa: Ungdomsenkät Om mig

”
Var femte ung man saknar någon att anförtro sig åt



Lägst trygghet bland unga kvinnor

Östergötlands ungdomsenkät (20) visade 2017 att var femte elev i årskurs 8 känner sig otrygg i skolan. Den siffran är i nivå med Skolinspektionens nationella resultat för elever i årskurs nio (35). Andelen som anger att de känner sig trygga har minskat från 85 till 79 procent sedan 2014 och varierar betydligt mellan olika skolor – från 66 till 90 procent. Trygghet i skolan har samband med arbetsro, stöd och hjälp från lärare samt frånvaro av mobbning (20).

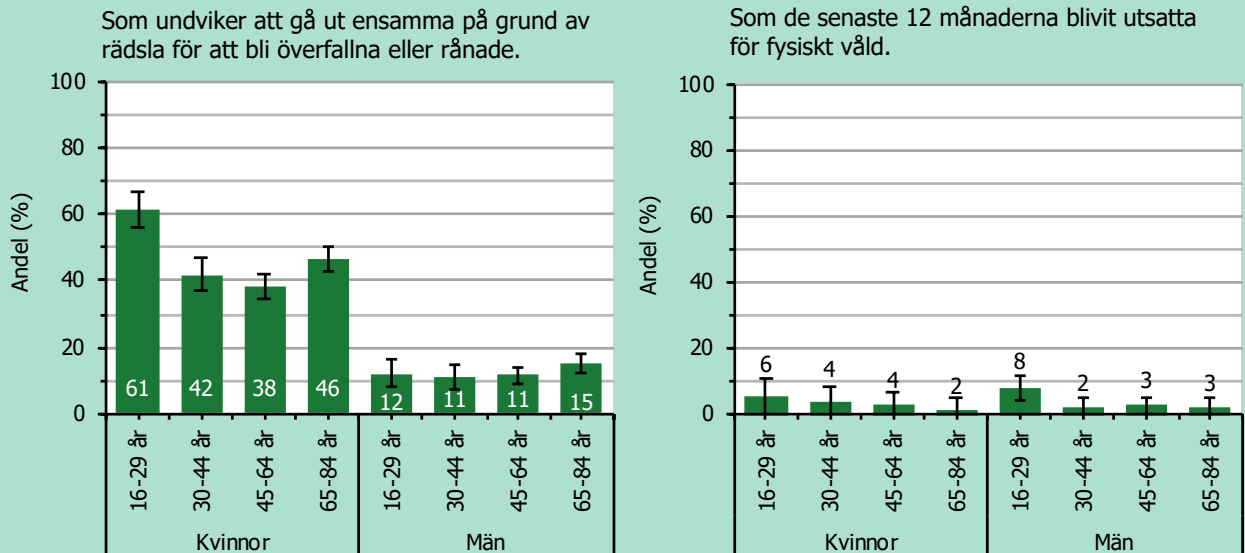
I Östergötland uppger 29 procent att de undviker att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade. Det finns stora variationer mellan kommunerna, från 16 procent i Valdemarsvik till som högst 32 procent i Norrköping. De som undviker att gå

ut ensamma är framför allt unga kvinnor i åldern 16–29 år (62 %) och andelen har ökat sedan 2006 då den låg på 53 %. Fysiskt våld är vanligast bland killar i samma åldersgrupp, där åtta procent uppger att de har blivit utsatta (figur 1.16). Det är dubbelt så vanligt att bli utsatt för fysiskt våld om man är utrikesfödd, har låg utbildning och låg inkomst. Personer med funktionsnedsättning är också en sårbar grupp med högre risk att utsättas för våld och brott (36).

I Östergötland är det fler kvinnor än män, 27 respektive 16 procent, som uppger att de har känt sig kränkta, framför allt på grund av kön, ålder och utseende. Att känna sig kränkt är också vanligare bland personer som är stressade eller har ekonomiska svårigheter (37).

Figur 1.16. Två av tre unga kvinnor undviker att gå ut ensamma och fysiskt våld är vanligast bland unga killar.

Andel personer per kön och ålder i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkät Hälsa på lika villkor



HUR PÅVERKAR LIVSVILLKOREN HÄLSAN?

Analysen av livsvillkor i Östergötland visar att det finns skillnader i hälsa mellan personer med olika socioekonomisk situation, framförallt mellan grupper med olika inkomst och utbildningsnivå. Skillnaderna följer en social gradient där hälsan stegvis blir sämre ju sämre socioekonomisk situation personen har. Hälsoskillnader är därför inte enbart en fråga om de mest utsatta utan om hela Östergötlands befolkning. Sambandet mellan livsvillkor och hälsa beror på samverkan mellan de faktorer som beskrivits i detta kapitel. Nedan beskrivs kortfattat hur livsvillkoren kan påverka vår hälsa och risken för sjukdom.

Utbildning och inkomst är förenat med självförtroende, sociala nätverk och förmåga att tillgodose sina behov av vårdochandrasamhällstjänster. Utbildning är också starkt relaterat till möjligheten att få ett arbete som ger ekonomisk trygghet (12). Hög utbildningsnivå ökar dessutom chansen att få ett arbete med en arbetsmiljö som är gynnsam för hälsan (1). Men arbetslöshet, som är betydligt vanligare hos personer med

enbart grundskoleutbildning, har ett ännu starkare samband med ohälsa och sjukdom (38). Personer med utsatt socioekonomisk situation har generellt sämre levnadsvanor, som fysisk inaktivitet och tobaksbruk, vilket framgår i kapitel 2. Låg socioekonomisk status är också förenat med mer psykisk ohälsa och mindre psykologiska resurser, såsom tilltro till egen förmåga, hopp och framtidstro, vilket beskrivs i kapitel 3. Den ökade risken för ohälsa hänger också ihop med att bristfällig arbetsmiljö, arbetslöshet eller ekonomiska problem är förenat med ökad stress, oro och känslor av hopplöshet – psykosociala faktorer som i sin tur påverkar kroppens biologiska skyddssystem och ökar risken för sjukdom och ohälsa (2).

En jämlik inkomstfördelning har visat sig ha positiva samband med befolkningens hälsa, eftersom det medför ökad tillit och social sammanhållning mellan människor (39,40). En förklaring är att stora inkomstskillnader leder till "sociala jämförelser" mellan grupper, vilket kan påverka individens självkänsla och leda till känslor av skam och förlust av tillit till samhället (41). Tillit och tillgång till socialt stöd har en positiv inverkan på hälsan genom att det reducerar stress och ökar människors självkänsla och känsla av meningsfullhet. Deltagande i sociala nätverk kan även ge arbetsmöjligheter och ökad kunskap om hälsosamma beteenden (30). Tillgång till både sociala nätverk och socialt stöd, liksom graden av tillit, är generellt lägre i grupper med sämre socioekonomi (3,31), vilket också bekräftas av resultaten i detta kapitel.

Sammantaget innebär en låg socioekonomisk status en ökad sårbarhet för sjukdom och ohälsa (3). Hälsan i Östergötlands befolkning kan därmed främjas genom att deras livsvillkor förbättras på strukturell nivå och att hälsofrämjande och trygga samhällsarenor skapas. Dessa trygga samhällsarenor kan gynna tillit, delaktighet och social sammanhållning men också tilltro till egen förmåga, hopp och framtidstro.

”

Trygga samhällsarenor kan gynna tillit, delaktighet och social sammanhållning men också tilltro till egen förmåga, hopp och framtidstro





KAPITEL 2

Levnadsvanor - påverkar insjuknande och förtida död

LEVNADSVANOR PÅVERKAR HÄLSAN

Ohälsosamma levnadsvanor såsom rökning, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet ökar risken att insjukna i de stora folksjukdomarna* hjärt-kärlsjukdom, cancer och diabetes (42,43). Genom att förbättra våra levnadsvanor och i förlängningen minska förekomsten av till exempel övervikt, högt blodtryck, blodfetter och blodsocker kan vi minska risken att bli sjuka. Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att minst 80 procent av all hjärtsjukdom, stroke och typ 2-diabetes samt mer än 40 procent av all cancer skulle kunna förebyggas på global nivå genom att påverka dessa riskfaktorer (44,45). Cirka 60 procent av de förtida dödsfallen i Östergötland 2017 orsakades av cancer och sjukdomar i cirkulationsorganen (inklusive hjärtinfarkt och stroke) (46).

* En folksjukdom är en sjukdom med hög förekomst i befolkningen och som bedöms ha en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd under en viss tidsperiod.

- Under 2017 orsakades 60 procent av de förtida dödsfallen i Östergötland av folksjukdomarna hjärtinfarkt, stroke och cancer. Ohälsosamma levnadsvanor är riskfaktorer för att insjukna i dessa sjukdomar.

- Två tredjedelar av befolkningen i Östergötland har minst en ohälsosam levnadsvana. De vanligaste ohälsosamma levnadsvanorna är fysisk inaktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker.

- Levnadsvanorna på befolkningsnivå har varit relativt oförändrade över tid, dock minskar andelen personer som röker dagligen. För samtliga levnadsvanor finns socioekonomiska skillnader i befolkningen.

- Personer med låg utbildning och låg inkomst har i högre utsträckning ohälsosamma levnadsvanor än andra grupper.

- En stor andel av befolkningen i Östergötland löper risk att insjukna i sjukdomar relaterade till levnadsvanor.

- Levnadsvanor går att påverka, men vanorna styrs inte enbart av medvetna val, information och kunskap. De påverkas även av inlärd beteenden, sociala sammanhang, kultur och av individens tilltro till sin förmåga. Dessa faktorer påverkas i sin tur av individens livsvillkor.

”

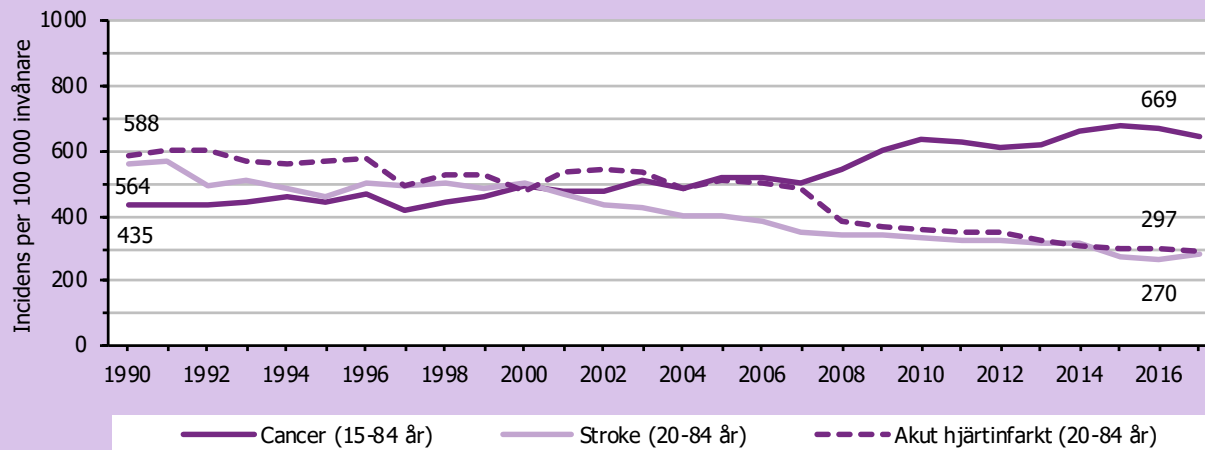
Nästan hälften av den arbetsföra befolkningen i Sverige har så dålig kondition att de inte kan gå tio minuter i rask takt utan paus

Figur 2.1 visar utvecklingen över tid i de vanligaste folksjukdomarna. Bland annat ses att antalet nya fall av cancer ökar. I figur 2.2 ses att övervikten i befolkningen har

ökat med 15 procentenheter sedan början av 1990-talet. Även förekomsten av diabetes har ökat under perioden.

Figur 2.1. Antalet akuta hjärtinfarkter och strokefall minskar medan nya fall av cancer ökar och har blivit dubbelt så vanligt som de andra två diagnoserna.

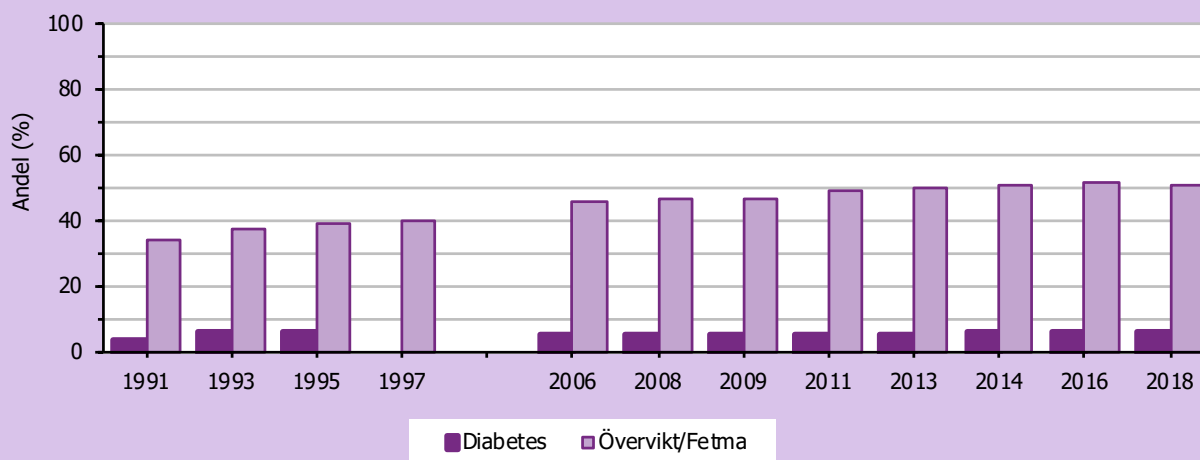
Incidens per 100 000 invånare av cancer, stroke och akut hjärtinfarkt per år i Östergötland.



Källa: Cancerregister, strokestatistik och hjärtinfarktstatistik, Socialstyrelsen

Figur 2.2. Sedan början av 1990-talet har andelen personer med övervikt/fetma ökat med 15 procentenheter.

Andel personer med diabetes och övervikt/fetma per år för åldrarna 16-84 i Östergötland.



Källa: Landstingenkät (1991-1997), befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor (fr.o.m. 2006)

Goda levnadsvanor i befolkningen är mycket viktigt för en god folkhälsa. Förutom att det leder till en friskare befolkning som mår bra, så är insatser för att påverka levnadsvanor också samhällsekonomiskt lönsamt (9) och bidrar till ekonomisk tillväxt. Den aspekten på hälsa framhålls inte minst i FN:s hållbarhetsarbete Agenda 2030 och EU:s hälsoprogram 2014-2020 (47,48).

Den svenska Kommissionen för jämlik hälsa poängterade att dagens tillgängliga samhällsresurser i stor utsträckning används för att kompensera och reparera i efterhand snarare än att förebygga. Mycket talar för att samhälls-

resurserna kan användas bättre om befolkningens liv och hälsa sätts främst (1). I Östergötland orsakar exempelvis tobaksrökningen 500 förtida dödsfall varje år (49), huvudsakligen på grund av lungcancer, KOL, stroke och hjärtinfarkt (50). Därutöver var samhällskostnaden för den rökrelaterade sjukligheten (inkluderat produktionsbortfall och sjukvårdskostnader) drygt 1 miljard kronor i Östergötland 2015 (51). För att förebygga och förhindra att ungdomar i Östergötland börjar använda tobak investeras cirka 450 000 kronor per år.¹ Det motsvarar endast 0,5 promille av samhällskostnaderna för den rökrelaterade sjukligheten.

¹ Kostnader i form av samordningsresurser och elevaktiviteter.

Till våra levnadsvanor räknas utöver matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol även narkotika, dopning, spelmissbruk och sexuell hälsa. I de sistnämnda fallen är inte risken i första hand att dö i hjärtinfarkt, utan att drabbas av beroenderelaterade problem och sexuellt överförda sjukdomar. Dessa problem kan få allvarliga konsekvenser både för den enskilda personen, dess anhöriga och för samhället. Precis som för de andra fyra levnadsvanorna är dessa en funktion av hur en person lever och går därmed att påverka.

”

Levnadsvanor går att påverka

OHÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR VANLIGT I ÖSTERGÖTLAND

Levnadsvanor och livsstilsrelaterade beteenden kan mätas på flera sätt, både genom självskattning i enkäter och genom objektiv mätning. I det här kapitlet presenteras läget i Östergötland för elva indikatorer inom området levnadsvanor, se tabell 1. Dessa indikatorer består av både levnadsvanor och beteenden, men benämns fortsättningsvis levnadsvanor.

Hos befolkningen i Östergötland är det vanligt att ha ett lågt intag av frukt och grönsaker (28 %), att vara otillräckligt fysiskt aktiv (36 %) och att vara stillasittande (22 %). Att använda cannabis (2 %) eller dopningspreparat (<1 %) samt att ha ett spelmissbruk (4 %) är mer ovanligt. Vid en jämförelse mellan kvinnor och män är män stillasittande i större utsträckning. Även lågt intag av frukt och grönsaker, riskbruk av alkohol och spelmissbruk är mer vanligt bland män (tabell 2).



Tabell 1. Indikatorer för att mäta levnadsvanor²

1. Lågt intag av frukt och grönsaker
2. Otillräcklig fysisk aktivitet
3. Stillasittande
4. Daglig tobaksrökning hos vuxna
5. Rökning hos småbarnsföräldrar*
6. Då och då-tobaksbruk hos ungdomar**
7. Riskkonsumtion av alkohol
8. Cannabisanvändning
9. Dopning
10. Spelmissbruk
11. Klamydiainfektioner***

² Indikatorer kommer från Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning Hälsa på lika villkor (HLV) om inget annat anges.

* Kommer från Socialstyrelsens databas om "Spädbarnsföräldrars rökvanor".

** Kommer från ungdomsenkäten "Om mig" som genomförs i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet i Östergötlands skolor.

*** Kommer från Folkhälsomyndighetens statistikdatabas för sjukdomsstatistik och klamydiainfektion.

Tabell 2. Otillräcklig fysisk aktivitet samt lågt intag av frukt och grönsaker är de vanligaste ohälsosamma levnadsvanorna.

Andel (antal för klamydiainfektion) personer med ohälsosamma levnadsvanor per kön för åldrarna 16–84 i Östergötland 2018 (2016 för rökande småbarnsföräldrar).

	KVINNOR	MÄN	TOTALT
Lågt intag av frukt och grönsaker*	18 %	38 %	28 %
Otillräcklig fysisk aktivitet	37 %	36 %	36 %
Stillasittande*	18 %	26 %	22 %
Daglig tobaksrökning vuxna	7 %	6 %	7 %
Rökande småbarnsföräldrar	4 %	7 %	–
Då och då-tobaksbruk ungdomar	9 %	8 %	9 %
Riskkonsumtion av alkohol*	11 %	21 %	16 %
Cannabisanvändning	2 %	3 %	2 %
Dopning	0 %	< 1 %	< 1 %
Spelmissbruk*	1 %	6 %	4 %
Klamydiainfektioner			1 428

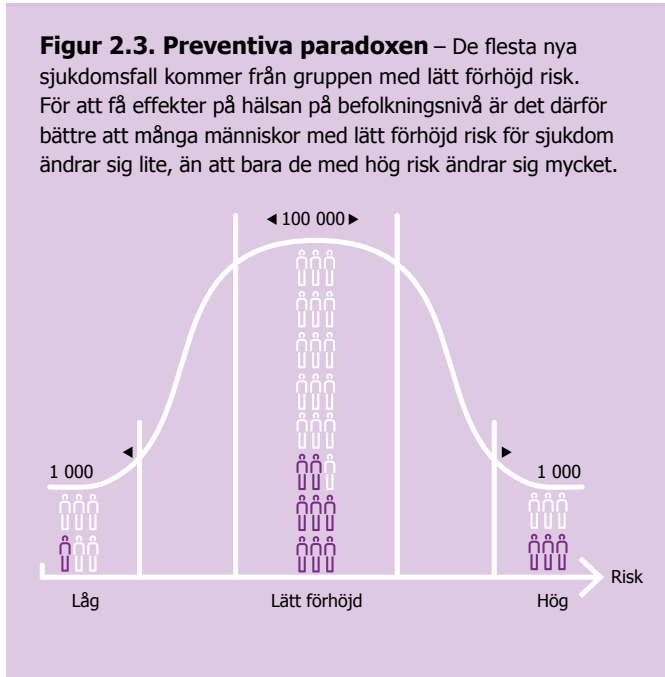
* Statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

INTAG AV FRUKT OCH GRÖNSAKER - ETT BRA MÅTT PÅ GODA MATVANOR

Det finns idag god kunskap om vilka matvanor och kostmönster som är bäst för vår hälsa och som kan minska risken för folksjukdomar. Detta handlar om ett rikt intag av frukt och grönsaker, fisk och skaldjur, nötter och frön, om att välja vegetabiliska oljor och magra mjölkprodukter. Likaså är det av betydelse att ha en låg konsumtion av rött kött, socker, fett och salt (53). Det är betydligt mer komplext att mäta matvanor än till exempel tobaksvanor. Men ett lågt intag av frukt och grönsaker har visat sig vara en bra indikator för ohälsosamma matvanor som helhet. Till exempel har studier visat stark samvariation mellan intag av frukt och grönsaker och exempelvis fett- och fiberintag (52).

Enligt WHO är ohälsosamma matvanor, högt blodtryck och högt BMI de främsta riskfaktorerna för ohälsa och förtida död i Sverige. Det innebär att ohälsosamma matvanor, på befolkningsnivå, är ett större hot mot folkhälsan än tobak och alkohol. För en enskild person är dock fortfarande tobaken ett större hot, eftersom riskökningen för sjukdomar, såsom cancer eller hjärtinfarkt, är mycket högre för tobak än för matvanor (54). Men eftersom det är så mycket vanligare att ha ogynnsamma matvanor (28%, se tabell 2) än att röka (7%) är antalet personer som insjuknar på grund av ohälsosamma matvanor betydligt fler. Detta kallas den preventiva paradoxen. Vi behöver förebygga sjukdomar hos de individer som är mest riskutsatta till exempel rökarna. Men för att förbättra folkhälsan är det viktigt att vi också bidrar till att gruppen som har lätt förhöjd risk för sjukdom kan minskas genom förbättrade matvanor eller ökad fysisk aktivitet (figur 2.3) (55).

Nästan en tredjedel av befolkningen i Östergötland, 28 procent, äter för lite frukt och grönsaker, vilket är ungefär samma nivå som riket. Det finns dock skillnader

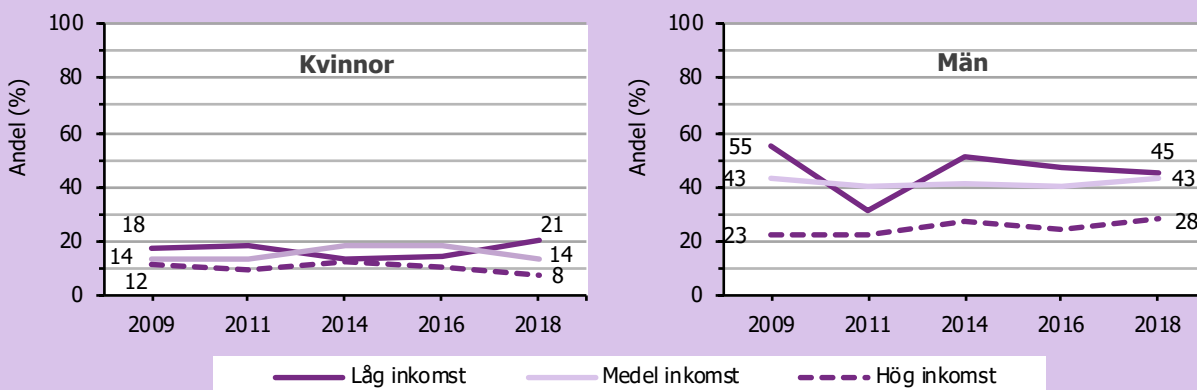


mellan olika grupper. Män med låg inkomst äter mindre frukt och grönsaker i jämförelse med andra inkomstgrupper. Den skillnaden kvarstår även över tid. För kvinnor finns inte en lika tydlig skillnad mellan olika inkomstgrupper. Kvinnor med låg inkomst har dock försämrat sitt intag av frukt och grönsaker de senaste åren, vilket gör att en skillnad mellan kvinnor med låg inkomst respektive hög inkomst har uppstått (figur 2.4).

Figur 2.4. Personer med låg inkomst har i större utsträckning ett lågt intag av frukt och grönsaker, än personer med hög inkomst.

Andel personer med lågt intag* av frukt och grönsaker per inkomstnivå (individ) och år för åldrarna 30-64 i Östergötland.

*1,3 gånger per dag eller mer sällan.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor



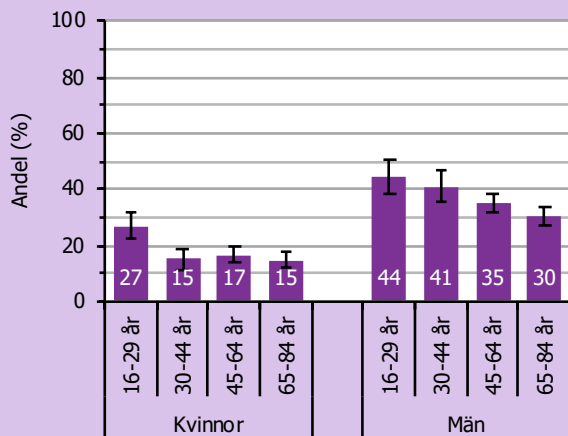
Fler män än kvinnor har ett lågt intag av frukt och grönsaker, både totalt och i respektive åldersgrupp (figur 2.5). Det finns även skillnader beroende på utbildningsnivå. Män med eftergymnasial utbildning äter mer frukt och

grönsaker än övriga utbildningsgrupper. Detta samband blir ännu tydligare bland kvinnor där det följer en social gradient, ju lägre utbildning desto fler personer med ett lågt intag av frukt och grönsaker (figur 2.6).

Figur 2.5. Män äter mindre frukt och grönsaker än kvinnor.

Andel personer med lågt intag* av frukt och grönsaker per kön och ålder i Östergötland 2018.

*1,3 gånger per dag eller mer sällan.

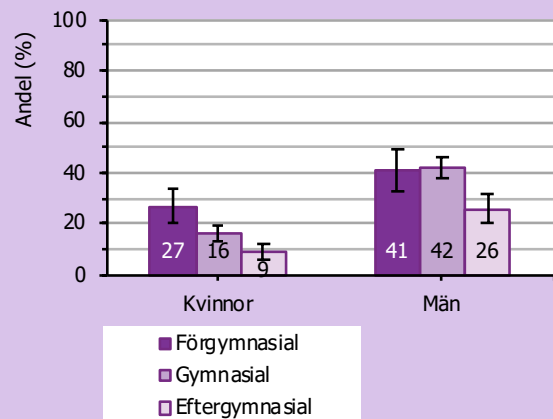


Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor

Figur 2.6. Det är färre kvinnor med eftergymnasial utbildning som har ett lågt intag av frukt och grönsaker jämfört med övriga grupper.

Andel personer med lågt intag* av frukt och grönsaker per kön och utbildningsnivå för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.

*1,3 gånger per dag eller mer sällan.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor

OTILLRÄCKLIG FYSISK AKTIVITET

En nypublicerad svensk studie med över 350 000 svenska män och kvinnor i åldrarna 18-74 år visar en kraftigt försämrad kondition mellan 1995 och 2017. Andelen personer med hälsovådligt låg kondition har under perioden ökat från 27 procent till 46 procent. Det innebär att nästan hälften av den arbetsföra befolkningen i Sverige har så dålig kondition att de inte kan gå tio minuter i rask takt utan att behöva ta paus. De grupper där den försämrade konditionen syns tydligast är bland män, yngre, personer med låg utbildning och personer som bor på landsbygden (56).

Folkhälsomyndighetens undersökning om 11-, 13- och 15-åringars hälsovanor i Sverige visar att det fortfarande är få som når rekommendationen om minst en timmes

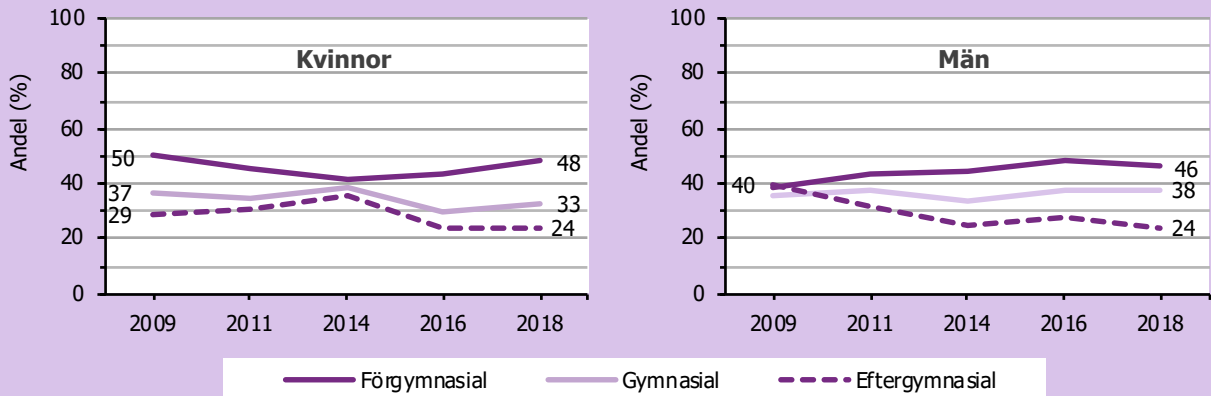
fysisk aktivitet om dagen. Däremot har andelen som tränar minst fyra gånger i veckan ökat sedan 1980-talets mitt, och det är vanligare att pojkar tränar minst fyra gånger i veckan än att flickor gör det (57).

Omkring 36 procent av befolkningen, både i Östergötland och i riket, är otillräckligt fysiskt aktiva. Otillräcklig fysisk aktivitet har en tydlig koppling till utbildning. Ju lägre utbildning desto fler inaktiva personer, det vill säga en tydlig social gradient. Den grupp som är mest inaktiv är kvinnor med förgymnasial utbildning, bland dem är nästan 50 procent inaktiva jämfört med 25 procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning. Denna skillnad kvarstår över tid (figur 2.7). Bland männen har skillnaden ökat mellan grupper med olika utbildningsnivå.

Figur 2.7. Personer med förgymnasial utbildning är mer fysiskt inaktiva än övriga utbildningsgrupper.

Andel personer med mindre än 150 aktivitetsminuter* varje vecka per kön och utbildningsnivå för åldrarna 30-64 år i Östergötland.

*Enkätfrågan om aktivitetsminuter omformulerades 2016.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

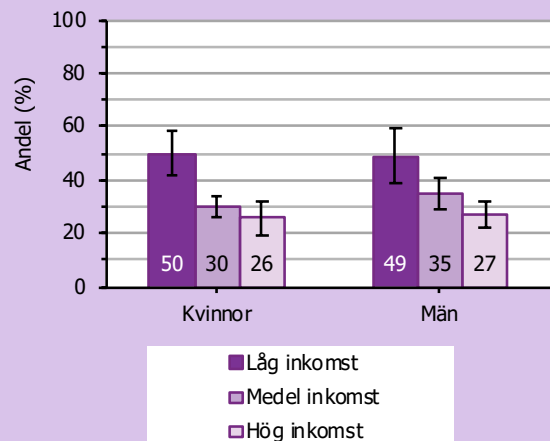
Den äldsta åldersgruppen (65-84 år) rör sig minst. Extra tydligt är det bland kvinnor, där drygt 50 procent av de äldsta kvinnorna är otillräckligt fysiskt aktiva, jämfört med omkring 30 procent i övriga åldersgrupper.

Det finns även ett samband mellan ekonomi och aktivitetsnivå i befolkningen i Östergötland. Personer med låg inkomst tenderar att vara mer inaktiva än personer med medelinkomst, som i sin tur är mer inaktiva än personer med hög inkomst (figur 2.8). Personer med utländsk bakgrund är i större utsträckning otillräckligt fysiskt aktiva (48 %) än personer med svensk bakgrund (33 %). Detta samband finns bland både kvinnor och män.



Figur 2.8. Hälften av gruppen med låg inkomst är fysiskt inaktiva.

Andel personer med mindre än 150 aktivitetsminuter varje vecka per kön och inkomstnivå (individ) för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

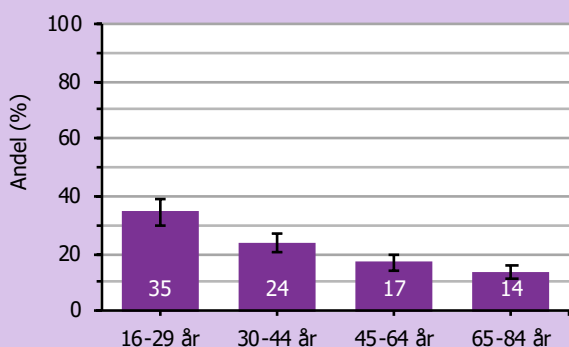
STILLASITTANDE

Längre stunder av stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet, innebär hälsorisker. Stillasittande är inte samma sak som brist på motion eller träning, utan en egen faktor som påverkar hälsa, sjukdom och förtida död. Det beror på att de större muskelgrupperna i kroppen inte aktiveras vid stillasittande, vilket i sin tur ger en mycket låg energiomsättning (58).

I Östergötland är cirka 22 procent av befolkningen stillasittande 10 timmar eller mer varje dag, vilket är ungefär i nivå med riket. Yngre sitter mer än äldre och i gruppen 16-29 år sitter cirka 35 procent tio timmar eller mer per dag, jämfört med 14 procent av 65-84-åringarna (figur 2.9). Det finns också skillnader beroende på utbildningsnivå. Bland männen med eftergymnasial utbildning är 36 procent stillasittande. Detta skiljer sig mot andra utbildningsgrupper, bland både kvinnor och män (figur 2.10).

Figur 2.9. Störst andel stillasittande finns bland de yngsta.

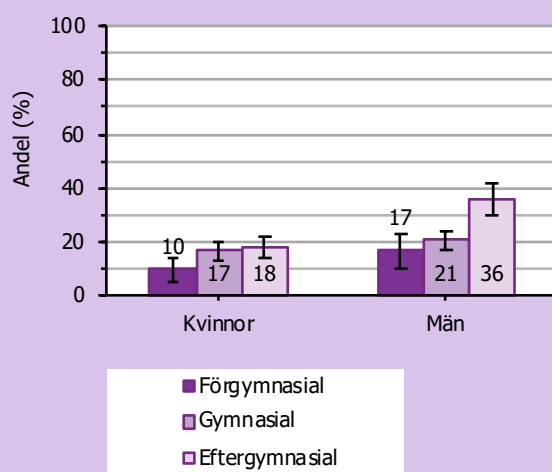
Andel personer som är stillasittande 10 timmar eller mer varje dag per ålder i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor

Figur 2.10. Män med eftergymnasial utbildning är mer stillasittande än övriga grupper.

Andel personer som är stillasittande 10 timmar eller mer varje dag per kön och utbildningsnivå för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor



Ett samhälle i förändring

Det finns flera förklaringar till att så många är otillräckligt fysiskt aktiva och har ett lågt intag av frukt och grönsaker. Globalt har en fetmafrämjande livsmiljö pekats ut som en orsak. En livsmiljö som har utvecklats sedan senare delen av 1900-talet. Exempel på detta är ökad tillgänglighet till mat dygnet runt, större portionsstorlekar, mindre fysiskt aktiva arbeten och färre transporter till fots och cykel. Den här typen av förändringar i livsmiljön har skett även i Sverige. Under perioden 1980-2015 ökade den totala energitillgången per person och dag med cirka 9 procent (alkohol ej inkluderat). Bilåkandet har också ökat. Mellan 1990 och 2015 minskade antalet cykelresor med 38 procent, särskilt i områden utanför städerna. Barns skolresor på cykel minskade under samma period med 48 procent (59).

”
Mellan 1990 och 2015
minskade antalet cykelresor
med 38 procent

DAGLIGRÖKNING OCH SNUS

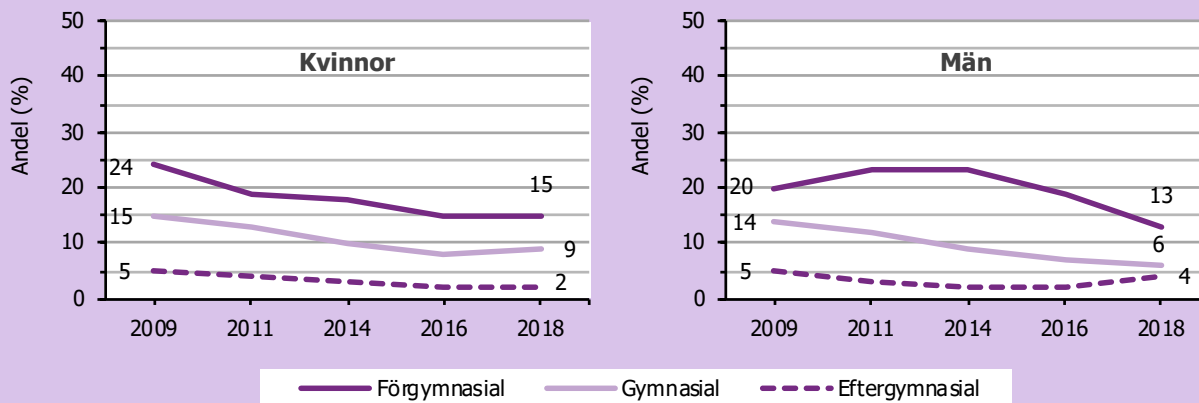
Rökning är en av de främsta förebyggbara riskfaktorerna för sjukdom och förtida död. Tobaksrökning ökar risken för många sjukdomar, bland annat flera cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdom, diabetes samt sjukdomar och infektioner i andningsorganen (60).

Idag röker sju procent av befolkningen i Östergötland dagligen, vilket är ungefär i nivå med riket. Andelen per-

soner som röker dagligen har minskat över tid, både i riket och i Östergötland men det finns fortfarande stora skillnader mellan olika grupper. Sett utifrån utbildningsnivå finns det fler rökare i gruppen med förgymnasial utbildning (14 %), än i gruppen med eftergymnasial utbildning (3 %). Samma mönster återkommer hos både kvinnor och män (figur 2.11).

Figur 2.11. Rökning minskar bland både kvinnor och män, andelen rökare skiljer sig mellan olika utbildningsnivåer.

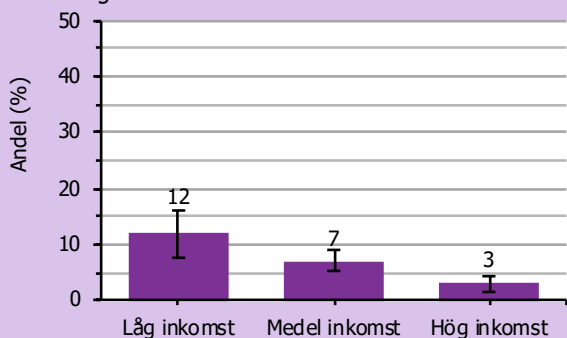
Andel personer som röker dagligen per kön, utbildningsnivå och år för åldrarna 30-64 i Östergötland.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor

Figur 2.12. Rökning är fyra gånger vanligare bland låginkomsttagare än bland höginkomsttagare.

Andel personer som röker dagligen per inkomstnivå (individ) för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor

Majoriteten av alla dagligrökare finns i åldersgruppen 45-84 år. När åldersgrupperna delas upp på kön blir sambandet med flest rökare bland de äldre tydligast bland kvinnorna. Bland männen finns inte någon skillnad mellan åldersgrupperna. Det finns även ett samband mellan ekonomi och rökning som visar att personer med låg inkomst röker i större utsträckning än personer med hög inkomst (figur 2.12). Män med utländsk bakgrund röker också i större utsträckning (11 %) än män med svensk bakgrund (5 %). Bland kvinnor finns inget liknande samband.



”

Majoriteten av alla dagligrökare finns i åldersgruppen 45-84 år

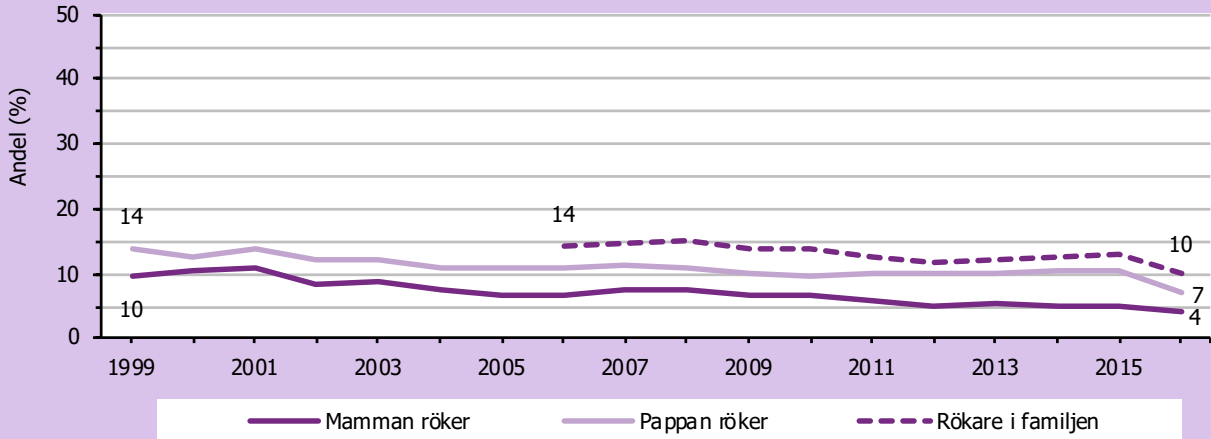
Rökande småbarnsföräldrar

Östergötlands barnvårdscentraler (BVC) når cirka 99 procent av alla barn under det första levnadsåret. BVC samlar in data över rökvanor hos föräldrar till barn på åtta månader i samband med besök. Under 2016 var det totalt tio procent av barnen som hade någon rökare i familjen, vilket är en högre andel jämfört med andelen

rökare i hela befolkningen i Östergötland (7 %). Mammorna röker i lägre utsträckning än papporna, men de senaste åren ses en tendens till att även papporna röker i mindre omfattning under barnets första levnadsår, (figur 2.13).

Figur 2.13. Rökning sjunker bland föräldrar till barn på 8 månader, mammor röker i lägst utsträckning.

Andel föräldrar eller familjemedlemmar till barn på 8 månader som röker per kön och år i Östergötland.



Källa: Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor, Socialstyrelsen

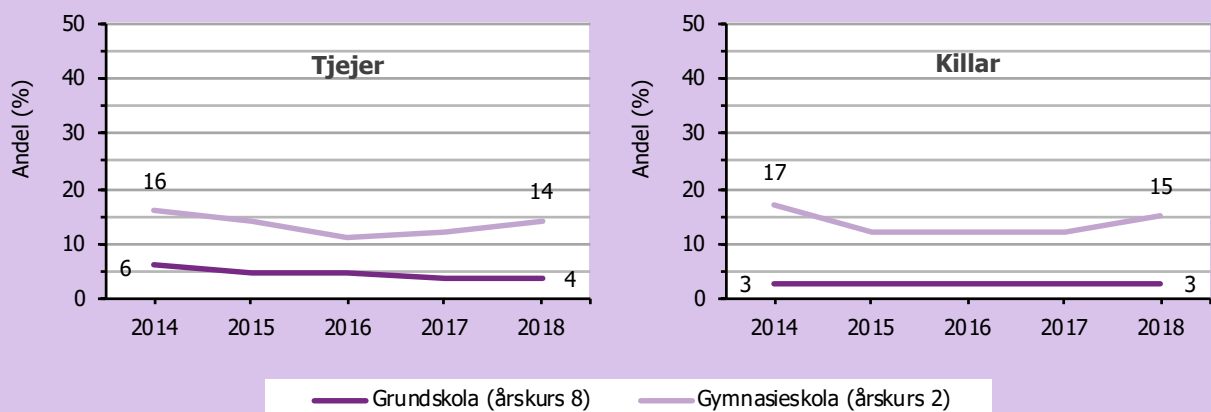
Ungdomar röker då och då

Bland ungdomar är det vanligare att röka då och då än att röka dagligen (61). I Östergötland var det 2018 totalt nio procent av ungdomarna i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet som rökte då och då. Över tid har gymnasieung-

domarnas bruk varierat och vid den senaste mätningen var det på väg uppåt igen. Grundskoleungdomarnas tobaksbruk ligger mer stabilt (figur 2.14).

Figur 2.14. Rökningen bland ungdomar har inte förändrats de senaste fem åren och det är fortfarande vanligare i gymnasiet än i grundskolan.

Andel ungdomar som röker då och då per kön, årskurs och år i Östergötland.



Källa: Ungdomsenkäten Om mig

Många hälsorisker med snus

En annan tobaksprodukt med negativa effekter på hälsan är snus. Snus kan orsaka förändringar i munslemhinnan och ge permanenta skador på tandköttet. Det finns även ett samband mellan snus och typ-2 diabetes, cancer i bukspottkörteln, matstrupen och munhålan samt en ökad risk att dö i hjärtinfarkt eller stroke (62).

År 2015 uppgav 19 procent av männen och 4 procent av kvinnorna i Sverige att de snusade dagligen. Enligt en uppskattning var det omkring 5 procent av dem som var beroende av snus (62).

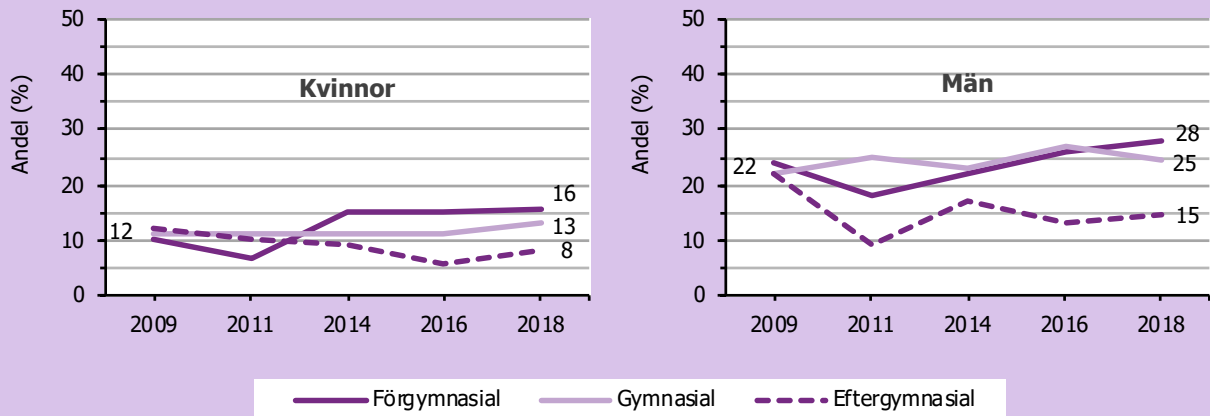
RISKBRUK AV ALKOHOL

Riskbruk är ett bruk av alkohol som ökar risken för skadliga fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser. Någon helt riskfri alkoholkonsumtion finns inte. Riskbruk av alkohol kan vara både högkonsumtion (mer än 14 respektive 9 standardglas per vecka för män respektive kvinnor) och/eller intensivkonsumtion (5 respektive 4 eller fler standardglas vid ett och samma tillfälle för män respektive kvinnor) (63).

I både Östergötland och i riket har 16 procent av befolkningen ett riskbruk av alkohol. Över tid har andelen personer med riskbruk legat relativt stabilt. Den grupp där högst andel har ett riskbruk av alkohol är de med förgymnasial utbildning. I den gruppen har drygt 20 procent ett riskbruk av alkohol jämfört med 11 procent i gruppen med eftergymnasial utbildning (figur 2.15).

Figur 2.15. Skillnader i riskbruk mellan olika utbildningsnivåer har ökat över tid och är vanligast bland män med förgymnasial utbildning.

Andel personer med riskbruk av alkohol per kön, utbildningsnivå och år för åldrarna 30-64 i Östergötland.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor

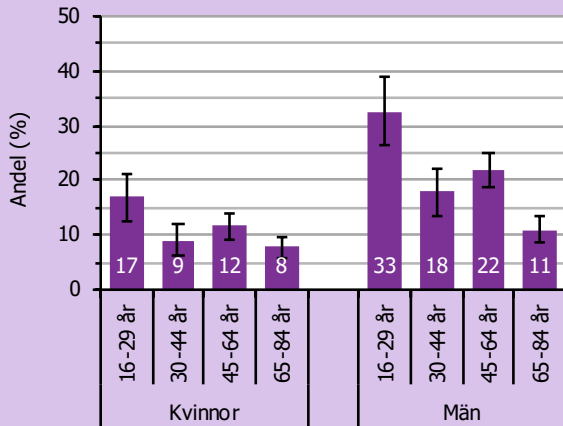


Riskbruk av alkohol är vanligast i åldersgruppen 16–29 år (figur 2.16). I den gruppen har cirka 25 procent ett riskbruk av alkohol, vilket kan jämföras med knappt 10 procent i den äldsta åldersgruppen. Det finns även en tydlig könsskillnad. Yngre och medelålders män har oftare ett

riskbruk av alkohol i jämförelse med kvinnor i motsvarande åldrar. En annan skillnad är att det är vanligare med riskbruk av alkohol bland personer med svensk bakgrund än bland personer med utländsk bakgrund. Skillnaden är extra tydlig bland männen (figur 2.17).

Figur 2.16. Riskbruk av alkohol är vanligast bland män, särskilt bland de yngsta.

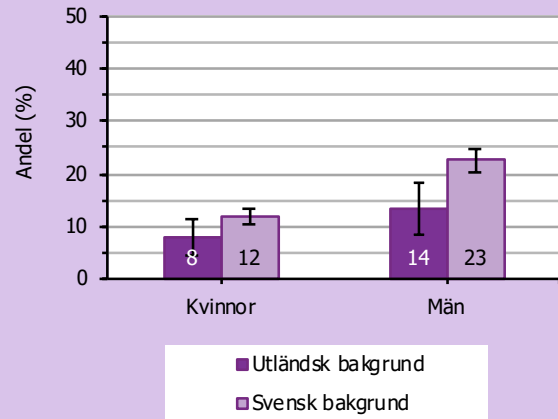
Andel personer med riskbruk av alkohol per kön och ålder i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

Figur 2.17. Riskbruk av alkohol är vanligast bland män med svensk bakgrund.

Andel personer med riskbruk av alkohol per kön och bakgrund i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

Berusningsdrickande vanligast bland unga

Över tid har konsumtionsmönstret av alkohol blivit mer lika mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper, även om stora skillnader fortfarande kvarstår. I genomsnitt konsumerar Sveriges befolkning alkohol drygt fem dagar per månad och konsumtionen per dryckestillfälle har minskat jämfört med för 15 år sedan. Berusningsdrickandet har minskat i alla åldersgrupper. De som dricker sig berusade i störst utsträckning är fortfarande unga personer (17-29 år). De unga dricker dock vid färre tillfällen än äldre, allra oftast dricker personer i åldersgruppen 50–84 år (64).

Andelen ungdomar som avstår alkohol helt har också ökat. Det finns många tänkbara orsaker till den minskande alkoholkonsumtionen. Det sannolika är att det rör sig om en kombination av internationella trender och orsaker på både individnivå och samhällsnivå. Till exempel ökat hälsomedvetande, att unga i ökad utsträckning umgås på sociala medier, ökat datorspelande, en ökad andel ungdomar där alkohol inte är en del av kulturen, att föräldrar är mer restriktiva i sina bjudvanor eller en effekt av mångårigt alkoholpreventivt arbete (65).

”

Konsumtionen per dryckestillfälle har minskat jämfört med för 15 år sedan



CANNABISANVÄNDNING

Cannabis är ett samlingsnamn för hasch och marijuana och är den narkotikaklassade substans som är mest förekommande i befolkningen. I Östergötland är den självrapporterade cannabisanvändningen totalt sett låg, omkring två procent. Det är något lägre än det totala användandet i riket, som ökade från 2,5 procent till 3,6 procent mellan 2013 och 2017 (66).

Yngre använder cannabis i större utsträckning än övriga åldersgrupper, oavsett kön. I gruppen 16–29 år är det totalt drygt sju procent som har använt cannabis någon gång det senaste året. Över tid har skillnaden mellan kvinnor och män minskat även om det fortfarande är vanligare att män använder cannabis (figur 2.18).

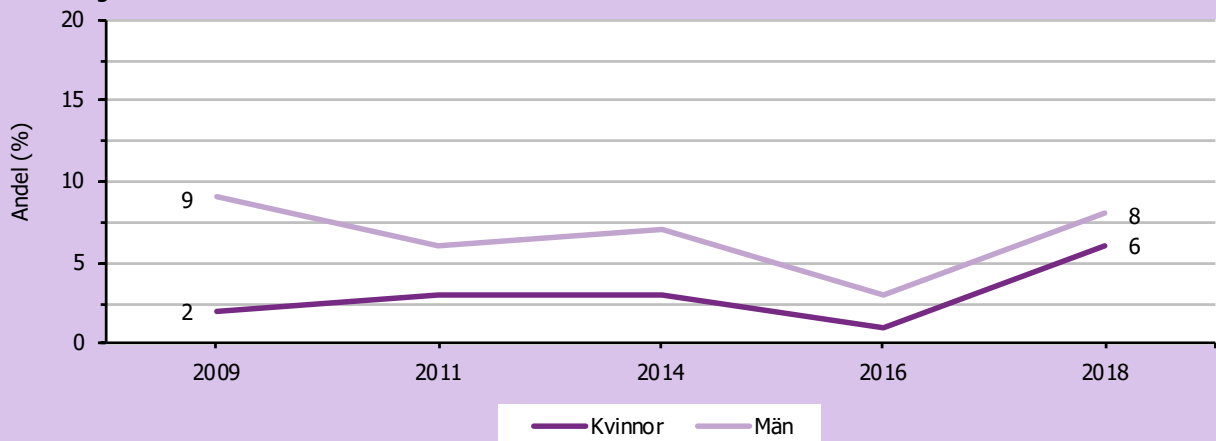
DOPNING

Forskningen om dopning är begränsad men har gjorts i olika miljöer; i idrottssammanhang, i skolor (ofta med idrottslig inriktning), på fängelser, i kriminella- och missbrukssammanhang och på träningsanläggningar. Träning på gym är en gemensam nämnare för många användare av androgena anabola steroider och preparaten är vanligare bland män än bland kvinnor. Olika beräkningar skattar att det finns cirka 10 000 personer i Sverige som använder preparaten med viss regelbundenhet och att omkring 1 procent av befolkningen har använt dopningspreparat någon gång. Det finns dock en stor osäkerhet kring hur utbrett problemet är i Sverige, på grund av svårigheter att mäta antalet användare och mörkertalet antas vara stort (67,68).

I Östergötland svarade 0,3 procent av männen 2018 att de under det senaste året använt anabola steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination. Ingen kvinna svarade att de hade använt preparaten.

Figur 2.18. Skillnaden i cannabisanvändning mellan kvinnor och män har utjämnats de senaste åren.

Andel personer som använt cannabis det senaste året per kön och år för åldrarna 16-29 i Östergötland.



Källa: Befolkningenkäten Hälsa på lika villkor



Yngre använder cannabis i större utsträckning än övriga åldersgrupper, oavsett kön



SPELMISSBRUK

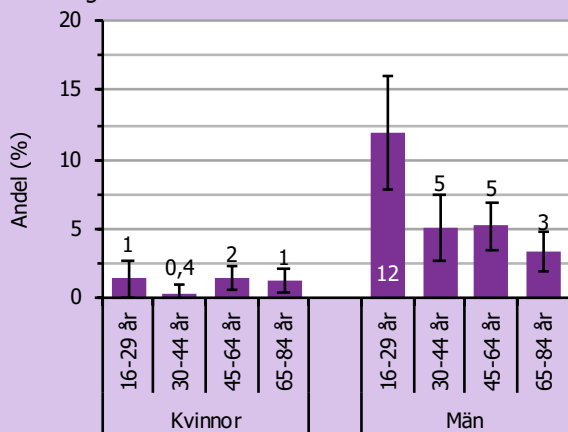
Spelmissbruk leder ofta till allvarliga ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser för den enskilde individen, men också för familjen och för samhället. Andelen personer som spelar om pengar och andelen personer med spelmissbruk minskade mellan 2008 och 2015 i riket. Andelen personer med allvarliga spelproblem har dock inte minskat och hushållen lägger ner lika mycket pengar på spel som förut. Det innebär att färre personer spelar för större summor (69).

Spelmissbruk hänger ihop med flera faktorer. Det är vanligare hos personer med psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol. Det är också vanligare hos personer som utsatts för våld eller hot om våld och personer som haft socialbidrag (69).

I Östergötland är det totalt cirka fyra procent av befolkningen som rapporterar att de har ett spelmissbruk, vilket är samma nivå som i riket. Det är främst unga män, 16-29 år, som har ett spelmissbruk (figur 2.19). Det finns också ett samband med ekonomi, där personer med hög inkomst i lägre utsträckning än övriga inkomstgrupper har ett spelmissbruk. Fler män med utländsk bakgrund har ett spelmissbruk jämfört med män med svensk bakgrund (figur 2.20).

”
I Östergötland är det totalt cirka fyra procent av befolkningen som har ett spelmissbruk

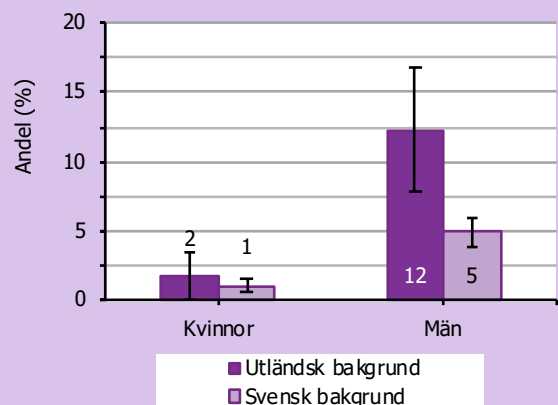
Figur 2.19. Spelmissbruk är vanligast hos män, framför allt bland de yngre. Andel personer med spelmissbruk per kön och ålder i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

Figur 2.20. Spelmissbruk är vanligast hos män, framför allt bland de med utländsk bakgrund.

Andel personer med spelmissbruk per kön och bakgrund i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor



KLAMYDIAINFEKTIONER

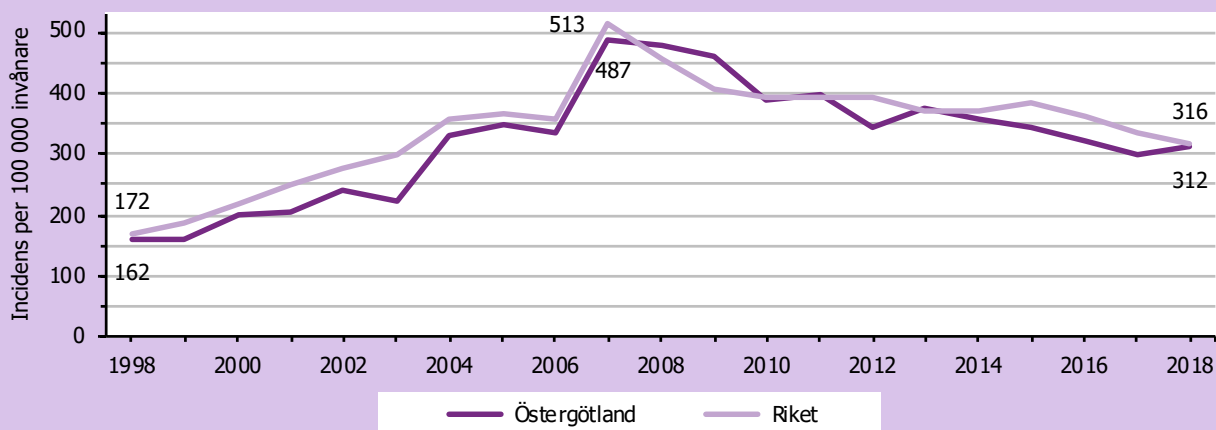
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) beskrivs som ”ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll njutbara sexuella relationer, förtroende och kommunikation har för självkänsla och allmänt välbefinnande” (70).

För att få en heltäckande bild av den sexuella hälsan i befolkningen är det många olika aspekter som behöver mätas. I det här kapitlet läggs fokus på sexuellt överförbara

infektioner i form av den infektion som är vanligast i Sverige, nämligen klamydiainfektion.

Under 2018 rapporterades drygt 1 400 fall av klamydiainfektion i Östergötland. Det ligger i nivå med de senaste fem årens rapportering om cirka 1 500 fall per år. Under perioden 1997-2007 ökade antalet fall, med toppnoteringar på drygt 2 000 per år. Därefter skedde en minskning till dagens nivåer. I riket är 57 procent av de smittade kvinnor. Bland kvinnorna i riket är klamydiainfektion vanligast i åldersgruppen 15-24 år och bland männen i åldersgruppen 20-29 år (71). Östergötland följer samma nivå och utveckling som riket (figur 2.21).

Figur 2.21. Klamydiafallen i Östergötland följer samma trend som resten av landet, incidensen har ökat de senaste 20 åren men har sedan minskat något efter kulmen 2007.
Incidens per 100 000 invånare av klamydiainfektioner per år i Östergötland och riket.



Källa: STI-statistik (STI=sexuellt överförda infektioner), Folkhälsomyndigheten



MÅNGA HAR FLERA OHÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR

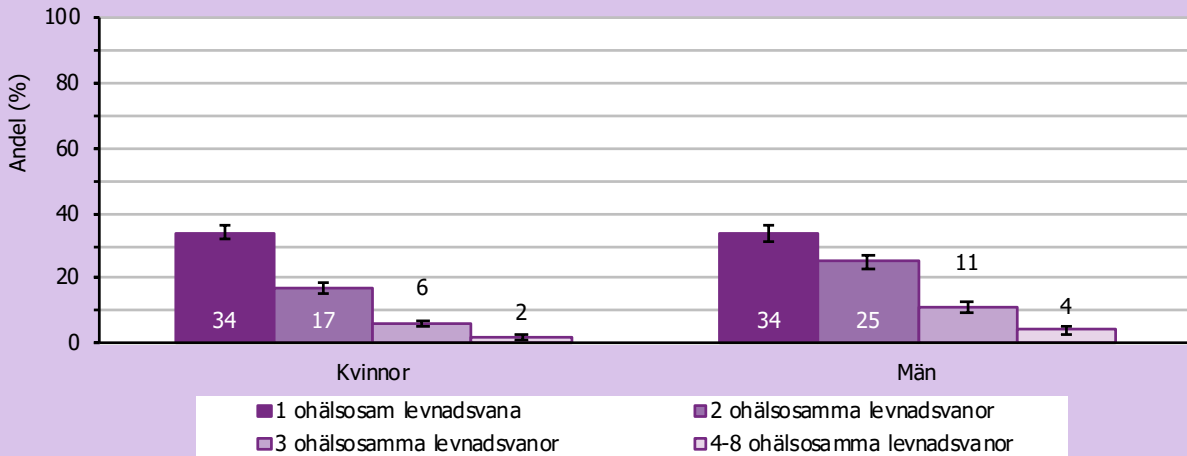
Av befolkningen i Östergötland, i åldern 16-84 år, är det 33 procent som lever utan någon ohälsosam levnadsvana. 34 procent har en ohälsosam levnadsvana, 21 procent har två, 8 procent har tre, och 3 procent har fyra till åtta ohälsosamma levnadsvanor (figur 2.22). De två vanligaste

kombinationerna av ohälsosamma levnadsvanor är otillräcklig fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker samt stillasittande och otillräcklig fysisk aktivitet. Kvinnor tenderar att ha färre ohälsosamma levnadsvanor än män.

Figur 2.22. En tredjedel av både kvinnor och män i Östergötland har minst en ohälsosam levnadsvana.

Andel personer med ohälsosamma levnadsvanor* per kön för åldrarna 16-84 i Östergötland 2018.

* lågt intag av frukt och grönsaker, otillräcklig fysisk aktivitet, stillasittande, dagligrökning, riskbruk av alkohol, cannabisanvändning, doping och spelmissbruk.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

RISKGRUPPER I FOKUS

Om mig-enkäten i Östergötland visar att ohälsosamma levnadsvanor ofta kombineras hos ungdomar. Av dem som någon gång har använt narkotika röker 69 procent tobak. Bland dem som inte har använt narkotika är det bara 9 procent som röker. Samma mönster gäller ungdomar som har blivit bjudna på alkohol av sina föräldrar. Av dem som har använt narkotika har 40 procent blivit bjudna på alkohol, jämfört med 10 procent av de ungdomar som inte har använt narkotika. Andelen ungdomar som använder tobak, ofta dricker sig berusade och missbrukar narkotika är fem procent i länet (20).

Ungdomars levnadsvanor har starka samband med deras skolprestationer. Rökning, dåliga frukostvanor och ett lågt intag av frukt och grönsaker är associerat med sämre skolprestationer. Det går dock inte att säga om det är levnadsvanorna som påverkar skolprestationen eller om det är tvärtom. Tidigare studier visar att ungdomar tidigt i livet grupperar sig utifrån skolprestationer. Ungdomar med sämre resultat i skolan hamnar i grupper som utvecklar en livsstil med mer rökning, sämre matvanor och lägre fysisk aktivitet. Den här uppdelningen beroende på studieresultat och livsstil i ungdomsåren kan ha påverkan på de hälsoskillnader som förekommer i den vuxna befolkningen, kopplat till socioekonomiska faktorer (72).

Personer med fysisk funktionsnedsättning har sämre levnadsvanor

Personer med fysisk funktionsnedsättning, såsom nedsatt syn, hörsel och rörelseförmåga rapporterar sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Stillasittande, fritid, fetma, dagligrökning och låg konsumtion av frukt och grönsaker är vanligare bland personer med fysisk funktionsnedsättning, jämfört med resten av befolkningen. Personer med funktionsnedsättning vill oftare ha stöd att ändra sina levnadsvanor jämfört med resten av befolkningen (73).

Levnadsvanor hos personer med psykisk sjukdom

De som har psykisk sjukdom, särskilt de som har psykosjukdomar eller schizofreni, har en stor överdödlighet och sjuklighet i somatisk sjukdom. Detta gäller särskilt insjuknande och död i hjärtinfarkt och stroke. Det beror bland annat på biverkningar från psykofarmaka. Därtill är ohälsosamma levnadsvanor såsom rökning, missbruk av alkohol och droger, ohälsosamma matvanor samt otillräcklig fysisk aktivitet vanligt i dessa patientgrupper. Detta är en bidragande orsak till en kraftigt förkortad medellivslängd i jämförelse med övriga befolkningen (74,75). De flesta psykiskt sjuka dör inte av sin psykiska sjukdom utan av sjukdomar som kan kopplas till deras levnadsvanor (76).

LEVNADSVANORNA HAR SAMBAND MED INDIVIDENS SOCIOEKONOMISKA SITUATION

Detta kapitel visar att socioekonomiska skillnader är tydliga när det gäller samtliga levnadsvanor och att dessa skillnader återfinns i alla åldersgrupper (3). Socioekonomiskt utsatta grupper röker mer och äter ohälsosamt i högre utsträckning. De är också otillräckligt fysiskt aktiva. Det finns även ett mönster med fler ogynnsamma levnadsvanor i vissa grupper, särskilt gäller det dem som har en psykisk sjukdom (76).

Levnadsvanor styrs inte bara av medvetna val, information och kunskap. De påverkas också av inlärd beteenden och sociala sammanhang. En persons socioekonomiska situation och värderingar samt omgivningens vanor och värderingar är viktiga faktorer för hälsan (77). Även en persons psykosociala situation påverkar levnadsvanorna. Det gäller till exempel stress, oro och nedstämdhet, tillgång till socialt stöd samt tilltro till egen förmåga att ändra sina levnadsvanor.

Vår hälsa och våra levnadsvanor grundläggs ofta tidigt i livet. Socioekonomiska förhållanden under uppväxten har en stark påverkan på utvecklingen av hälsorelaterade vanor, som sedan bärs med genom livet (78). Till exempel innebär ohälsosamma matvanor i barndomen en ökad risk för att utveckla övervikt och fetma (79). Både fetma och ohälsosamma matvanor tenderar att följa med upp i vuxen ålder (80,81).

Sammantaget kan sägas att det är många faktorer som påverkar utvecklingen av en persons levnadsvanor. Olika samhällsarenor, till exempel skolor eller vårdcentraler, kan i sin roll stötta och påverka människors förutsättningar till goda levnadsvanor. Dessa lokala insatser kan gemensamt bidra till att utjämna skillnader i hälsa.

”

Vår hälsa och våra
levnadsvanor grundläggs
ofta tidigt i livet





- Psykisk ohälsa ökar i Östergötland. Det gäller främst självskattad psykisk ohälsa samt ångest- och depressionsrelaterade diagnoser.
- Ökningen är störst bland unga, framför allt unga kvinnor.
- Andelen sjukskrivningar som kan relateras till psykisk ohälsa har ökat.
- Äldre upplever ofta ensamhet och nedstämdhet och äldre män är kraftigt överrepresenterade bland dem som begår självmord.
- Det finns tydliga och ökande socioekonomiska skillnader där sämre ekonomiska förutsättningar är förenat med en ökad förekomst av psykiska besvär.

KAPITEL 3

Psykisk hälsa - en aktuell samhällsfråga

VAD ÄR PSYKISK HÄLSA OCH PSYKISK OHÄLSA?

WHO definierar psykisk hälsa som "ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle hon eller han lever i" (82). Figur 3.1 visar att psykisk hälsa och psykisk sjukdom är två olika dimensioner som, beroende på hur de kombineras, kan ge upphov till fyra situationer. De två mest självklara kombinationerna är den där man är frisk och mår bra (I) och den där man är sjuk och inte mår bra (IV). Men man kan också må dåligt, det vill säga ha psykiska besvär, utan att ha en psykisk sjukdom (III) eller må bra och uppleva psykisk hälsa trots att man har en psykisk sjukdom (II). Det sistnämnda är målet för de patienter som behandlas för psykisk sjukdom.

Figur 3.1 Figuren visar skillnaden mellan psykisk hälsa och psykisk sjukdom. Personer kan uppleva psykisk ohälsa utan att ha en psykisk sjukdom (ruta III), och kan må bra trots en psykisk sjukdom (ruta II).*

	Psykiskt frisk	Psykiskt sjuk
Psykisk hälsa	I	II
Psykisk ohälsa	III	IV

* Bearbetad efter modell av Claes-Göran Stefnsson.

Psykisk ohälsa omfattar ett brett spektrum av besvär av olika karaktär och svårighetsgrad. Det innefattar allt från psykiska besvär som stör välbefinnandet till olika grader av psykisk sjukdom, till exempel depression eller schizofreni. Många psykiska besvär, som att känna oro eller nedstämdhet, är normala reaktioner vid svåra utmaningar eller livshändelser. Men de kan ibland vara en del av psykisk sjukdom eller leda till psykisk sjukdom (83).

HUR PÅVERKAR PSYKISK OHÄLSA INDIVIDEN?

Psykisk ohälsa kan förekomma i olika grader i alla skeden av livet. Att leva med psykisk ohälsa kan medföra lidande och begränsningar i vardagen, i relationer, på arbetet och i skolan (83–85). Det kan uppta en stor del av tillvaron och påverkar ofta närstående i stor utsträckning. Barn som växer upp i familjer där någon av vårdnadshavarna har psykisk ohälsa löper ökad risk att själva drabbas av psykisk ohälsa (86). Psykisk ohälsa är, framför allt bland unga, en riskfaktor för att fastna i en situation utan varken arbete eller studier (83,84).

Genom historien har psykiska besvär uppfattats som skamligt av både omgivningen och den drabbade själv. Trots insatser för att minska stigmatisering upplever fortfarande många att deras psykiska ohälsa påverkar möjligheterna till arbete och socialt sammanhang, vilket innebär en ökad risk för utanförskap och isolering (87,88).

HUR OMFATTANDE ÄR PSYKISK OHÄLSA I SAMHÄLLET?

Folkhälsan i Sverige har på många sätt blivit bättre med tiden. Sjukdomspanoramata har förändrats de senaste 100 åren – från att infektionssjukdomar var den dominerande dödsorsaken vid 1900-talets början till en ökning av välfärdssjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar. Idag ökar

istället den tredje vägen av ohälsa, den psykiska ohälsan. Varannan person i Sverige riskerar att drabbas av psykisk ohälsa någon gång i livet (83).

Psykisk hälsa är viktig, inte bara för individen och de närmaste, utan också för samhället. Den psykiska ohälsan kostar uppskattningsvis 135 miljarder kronor i Sverige varje år (83). Den står för den största sjukdomsörändringen globalt, sett ur ekonomisk synvinkel (7) och även för den största andelen år människor lever med nedsatt funktion (89). Kostnaden beräknas mer än fördubblas fram till 2030 (90). Det innebär en utmaning som kräver att hela samhället prioriterar arbetet med psykisk hälsa. Investeringar i ett hälsofrämjande samhälle för att förebygga psykisk ohälsa och stödja människor innan de utvecklar svårare besvär kan minska både lidande och kostnader.

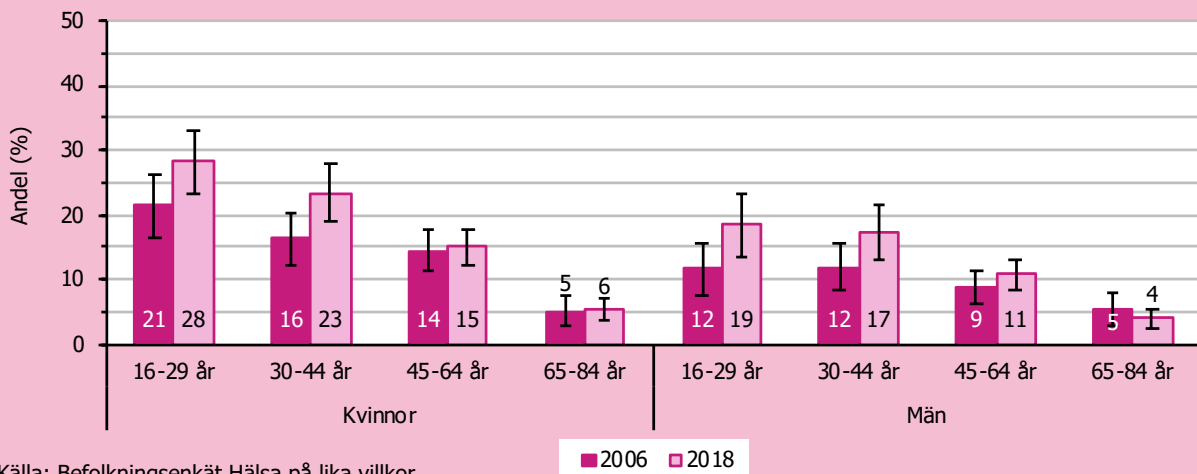
DEN PSYKISKA OHÄLSAN I ÖSTERGÖTLAND

Upplevd stress ökar, särskilt bland unga

I den vuxna befolkningen i Östergötland har andelen som upplever sig ganska eller mycket stressade ökat i de yngsta åldersgrupperna (figur 3.2). Bland kvinnor i åldrarna 16-44 år är ökningen sju procentenheter under perioden 2006-2018. Bland de yngsta männen (16-29 år) är ökningen lika stor.

Figur 3.2. Andelen stressade personer är högst i åldrarna 16-44 år.

Andel som känner sig ganska eller väldigt mycket stressade per kön, ålder och år i Östergötland.



Källa: Befolkningsenkät Hälsa på lika villkor

”

Investeringar i ett hälsofrämjande samhälle som förebygger psykisk ohälsa kan minska både lidande och kostnader



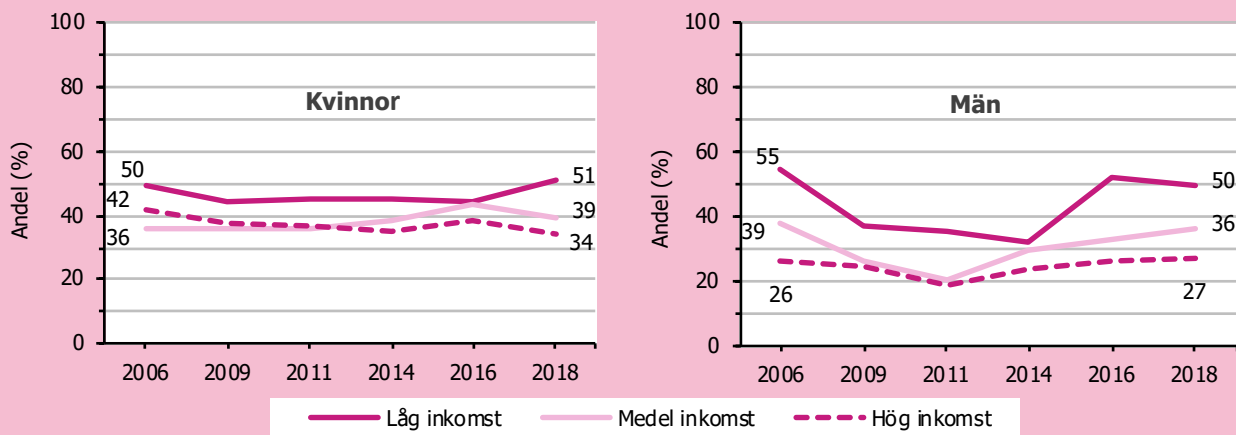
Upplevd stress har en tydlig koppling till socioekonomisk situation. Det är nästan tre gånger så vanligt med stress bland dem som uppger att de har svårigheter att klara löpande utgifter (30 %) jämfört med dem som klarar sin ekonomi (11 %). Skillnaden har ökat med fem procentenheter under perioden 2006-2018. Män födda i Sverige med utrikesfödda föräldrar uppger betydligt mer stress (34 %) än män med föräldrar födda i Sverige (12 %).

Ekonomi är också tydligt relaterad till sömnsvårigheter. Det är betydligt vanligare med sömnsvårigheter bland dem med lägst inkomst (figur 3.3). Det är tydligast bland män men ses även bland kvinnor.



Figur 3.3. Sömnsvårigheter är vanligare hos personer med låg inkomst.

Andel med sömnsvårigheter per kön, inkomstnivå (individ) och år för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.



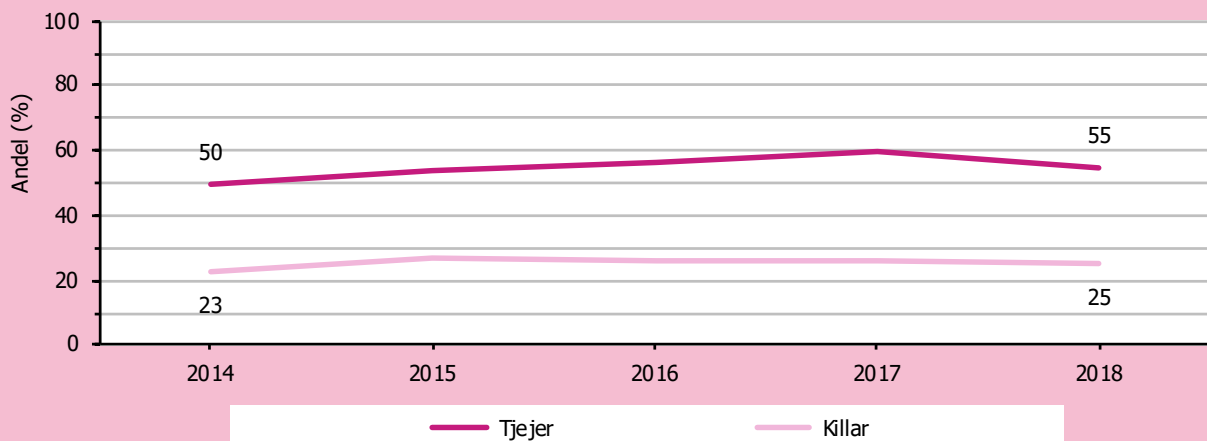
Källa: Befolkningenkät Hälsa på lika villkor

Mer än hälften (55 %) av tjejerna i årskurs 8 i grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet anger att de ofta känner sig stressade i skolan, jämfört med 25 procent av killarna (figur 3.4). Sedan 2014 har andelen tjejer som anger att de

känner sig stressade ökat med fem procentenheter, medan andelen killar som anger att de är stressade ligger kvar på samma nivå.

Figur 3.4. Mer än hälften av tjejerna anger att de ofta är stressade i skolan.

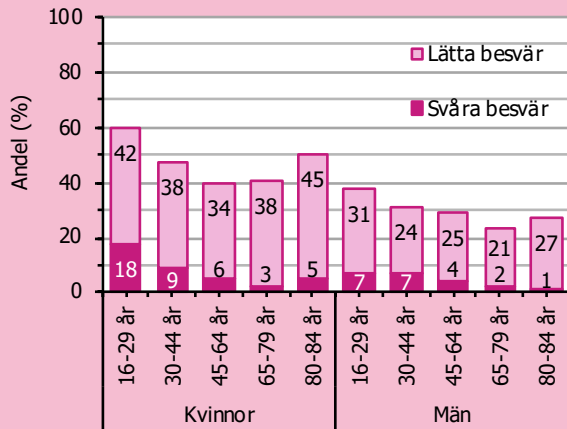
Andel som ofta känner sig stressade i skolan per kön och år för ungdomar åk 8 och år 2 gymnasiet i Östergötland.



Källa: Ungdomsenkät Om mig

Figur 3.5. Mer än hälften av de unga kvinnorna (16-29 år) anger att de har besvär av oro eller ångest.

Andel med lätta eller svåra besvär av oro, ångslan eller ångest per kön och ålder i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkät Hälsa på lika villkor

Andelen skolungdomar som uppger att de sover dåligt har ökat från 20 till 25 procent under perioden 2014-2018. Även här finns tydliga samband med livssituation. Exempelvis anger 37 procent bland ungdomarna som upplever att familjen har en dålig ekonomi att de har sömnsvårigheter. Stress har ofta samband med psykosomatiska symptom som huvudvärk eller magont, särskilt hos ungdomar (57). Andelen skolungdomar som anger besvär med magont, huvudvärk eller värk i nacke och axlar har ökat i liknande omfattning som andelen som anger sömnproblem.

Varannan ung kvinna uppger oro eller ångest

Bland vuxna är det en stor andel som rapporterar oro, ångslan eller ångest. Majoriteten anger lätta besvär. Oro eller ångest är vanligare bland kvinnor än bland män (figur 3.5). Besvaren är vanligast i den yngsta åldersgruppen, men det är också vanligt bland personer 80-84 år.

Bland personer som uppger att de har svårt att klara löpande utgifter är andelen som upplever oro och stress betydligt högre, än bland dem utan ekonomiska problem. När det gäller oro, ångslan och ångest är andelen nästan dubbelt så stor bland dem med ekonomiska bekymmer (60 respektive 35 %). Andelen som upplever stress är också betydligt högre i den gruppen (31 respektive 13 %). Förhållandet är väsentligen oförändrat sett över en tolvårsperiod (37).

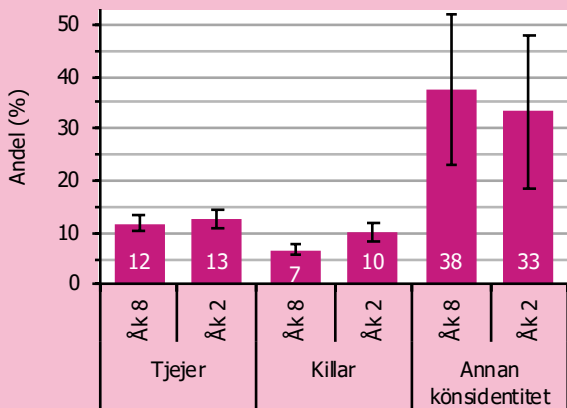
Förekomsten av ångestdiagnoser har ökat i alla åldersgrupper både i Östergötland och i riket, allra mest bland barn och ungdomar. Andelen unga tjejer som haft öppenvårdskontakt med specialistsjukvården för ångestsyndrom har ungefär tredubblats under perioden 2008 till 2017. Bland killarna har det mer än fördubblats. För vuxna mellan 30-64 år har andelen med ångestsyndrom ökat med 15 procent i Östergötland och med 24 procent i riket under samma tidsperiod (91).

Depressioner ökar, framförallt bland barn och unga

I Östergötland rapporterar tjejer i högre utsträckning än killar att de har depressionsrelaterade besvär nästan varje dag (figur 3.6). Allra högst är dock siffran bland ungdomar med annan könsidentitet, det vill säga de som inte identifierar sig som vare sig kille eller tjej. Av dem upplever 35 procent att de har depressionsrelaterade problem varje dag.

Figur 3.6. Mer än var tionde tjej anger depressionsrelaterade besvär nästan varje dag.

Andel som känt sig deprimerade nästan varje dag per kön och årskurs (åk 8 och år 2 gymnasiet) i Östergötland 2018.



Källa: Ungdomsenkät Om mig

”
Varannan person i Sverige riskerar att drabbas av psykisk ohälsa någon gång i livet



Depressionsrelaterade besvär har samband med ekonomiska svårigheter i alla åldrar. Hos barn och ungdomar är det mer än dubbelt så vanligt med depressionsrelaterade besvär bland dem som upplever att familjen inte har råd att köpa samma saker som de flesta andra (8 jämfört med 19 %). Bland vuxna är det dubbelt så vanligt att ha, eller ha haft, diagnosen depression bland dem som har svårt att klara löpande utgifter (figur 3.7).

”

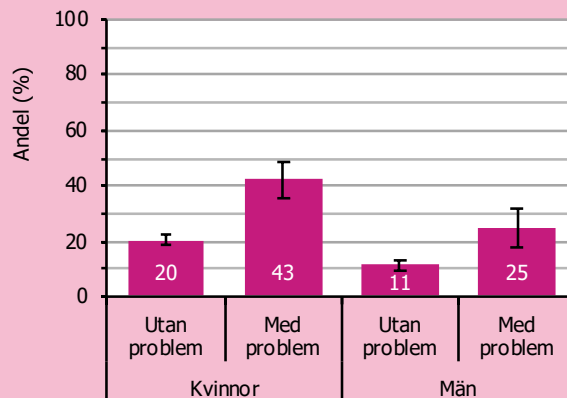
Det är dubbelt så vanligt att ha diagnosen depression bland dem som har sämre ekonomi

Även andelen som har fått diagnosen depression har ökat i alla åldersgrupper i Östergötland under de senaste tio åren. Störst är ökningen bland barn och ungdomar. 2017 hade mer än dubbelt så många unga tjejer och killar öppenvårdskontakt med specialistsjukvården för depression jämfört med 2008 (91).

Det är särskilt vanligt med depression bland ensamstående föräldrar som har barn hemma och som har svårt att klara löpande utgifter. I den gruppen uppger ungefär hälften (51 %) att de har eller har haft en depressionsdiagnos. Bland sammanboende som har barn hemma och som har svårt att klara löpande utgifter är andelen 31 procent. Barn i dessa familjer lever i en utsatt situation och riskerar att själva drabbas av psykisk ohälsa i framtiden (85).

Figur 3.7. Depression är mer än dubbelt så vanligt bland personer med ekonomiska svårigheter.

Andel personer som har eller har haft depression per problem att klara sina löpande utgifter för åldrarna 30-64 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningssenkät Hälsa på lika villkor

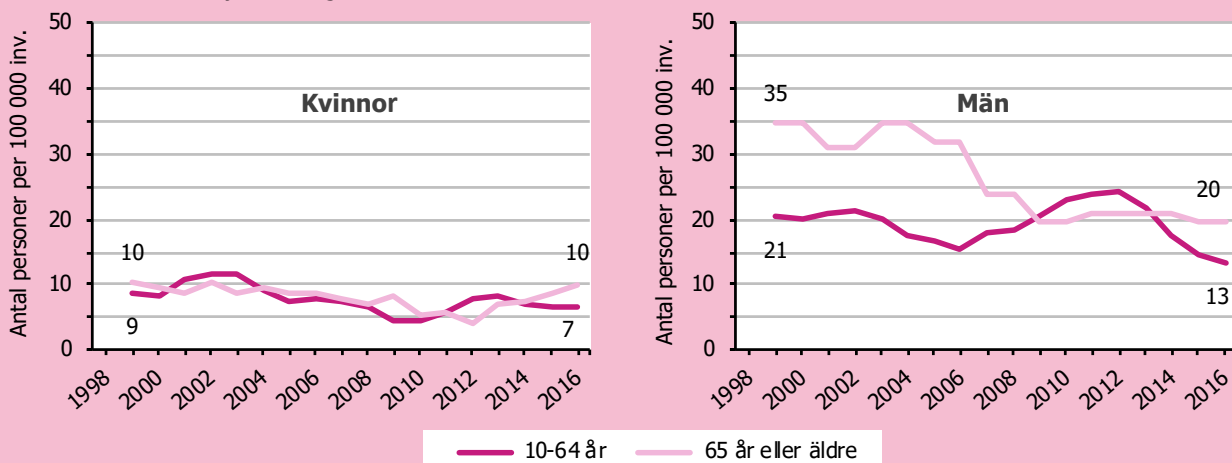
Själv mord är vanligast bland män över 65 år

I Sverige är det genomsnittliga självmordstalet cirka 16 per 100 000 invånare. Östergötland ligger något lägre med 15 per 100 000 invånare (23), vilket innebär att cirka 50 personer begår självmord varje år (46). Det är ungefär fem gånger vanligare att dö genom självmord än genom trafikolyckor (46,92). Själv mord är mer än dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. Yngre människor, framför allt tjejer, gör oftare självmordsförsök, medan äldre, framför allt män, oftare genomför fullbordade självmord (figur 3.8). Samtidigt rapporterar äldre mer sällan självmordstankar än yngre (93). Sedan mitten av 80-talet har självmordstalet minskat i alla åldersgrupper förutom i gruppen 15-24 år, där det har legat relativt oförändrat (94).

Figur 3.8. Själv mord är vanligast bland män och särskilt bland män som är 65 år eller äldre.

Antal säkra suicid per 100 000 invånare per kön, ålder och år i Östergötland (glidande medelvärde*).

*används för att utjämna oregelbundenhet i en tidserie.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Det är mer än dubbelt så vanligt med självmord bland personer med förgymnasial utbildning som bland dem med eftergymnasial utbildning (2). Det är också vanligare med självmord bland dem som har lägre disponibel inkomst. Under 2011 stod den femtedel av befolkningen med lägst inkomst för mer än 30 procent av alla självmord. De inkomstrelaterade ojämlikheterna när det gäller självmord har mer än fördubblats under perioden 1994-2011 (95).

Ökat vårdbehov för psykisk ohälsa

Inom området psykisk ohälsa är det framför allt diagnoserna depression och ångest som ökar, medan psykiatriska diagnoser som schizofreni och andra psykoser ligger relativt konstant. Under 2010 hade 1,7 procent av befolkningen i Östergötland kontakt med vården för depression, medan motsvarande siffra för 2017 var 2,1 procent. Cirka 0,15 procent av befolkningen hade vårdkontakt för schizofreni såväl 2010 som 2017 (96).

Det upplevda vårdbehovet för psykiska besvär har ökat från 16 till 20 procent mellan 2002 och 2015. Drygt hälften av den ökningen består av personer som inte har sökt vård, trots att de upplevt att de haft behov av det. Den största skillnaden i upplevt vårdbehov över tid finns bland de yngsta kvinnorna (18-29 år) där det ökat med tio procentenheter, från 33 till 43 procent (figur 3.9). Det har även ökat bland kvinnor upp till 64 år samt bland de yngsta männen (18-29 år). Bland övriga grupper är det upplevda vårdbehovet i stort sett oförändrat över tid.

Andelen som inte söker vård trots att de anser sig ha behov av det har ökat under perioden 2002-2015. Dessutom finns det en tydlig koppling till utbildningsnivå. Under 2015 avstod 64 procent av dem med förgymnasial utbildningsnivå (30-64 år) från att söka vård för psykiska besvär, trots att de kände behov. Bland dem med eftergymnasial utbildning var det 44 procent. Under 2002 fanns det inga sådana skillnader kopplade till utbildningsnivå.

Det vanligaste hindret för att söka vård är att man inte vill framstå som psykiskt sjuk (97). I enkätstudien *Östgö-*

tens psykiska hälsa anges i alla åldrar att psykisk ohälsa är förknippat med skam och fördomar, många vill se en större öppenhet kring psykisk ohälsa. Det är också många som vill ha information om när man bör söka vård och vart man kan vända sig.

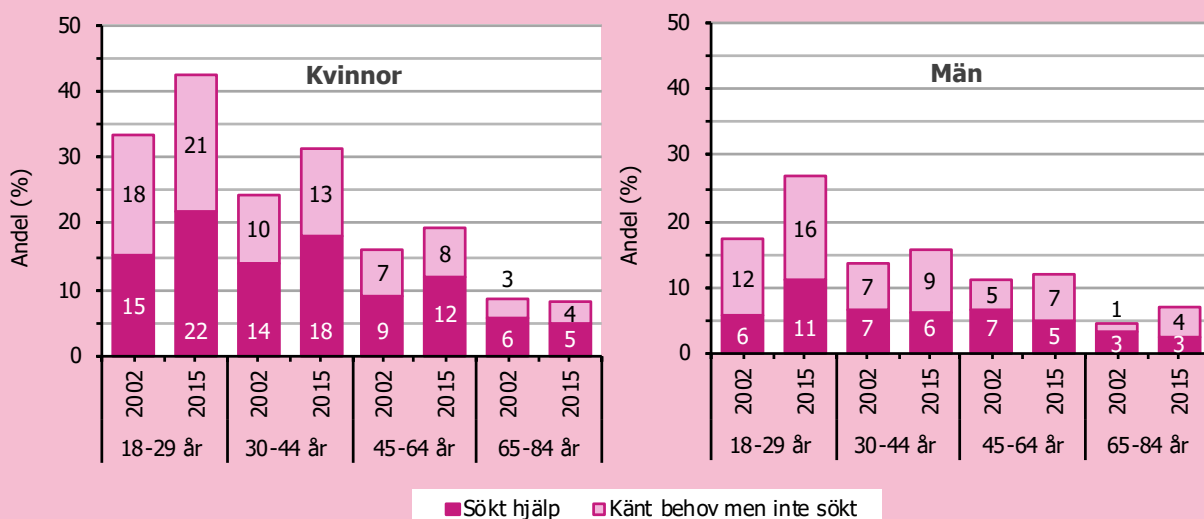
Enligt den enkät som gjordes 2002 upplevde många att de blev dåligt bemötta eller inte tagna på allvar vid den första kontakten med vården. Många uttryckte att de önskade samtalsbehandling och inte enbart läkemedelsbehandling. Efter detta har primärvården fått bättre resurser att möta patienter med lindriga eller medelsvåra psykiska besvär och fler kan erbjudas samtalsbehandling vid möte med behandlare eller via internetbehandling. Den vanligaste synpunkten angående vård vid psykisk hälsa i enkäten 2015 var dock fortfarande att bemötandet behöver bli bättre.

Läkemedelsbehandling för psykisk sjukdom ökar

Andelen patienter som får antidepressiva läkemedel har ökat med 21 procent i Sverige de senaste tio åren (98). Störst är ökningen bland barn och ungdomar. Där får tre gånger så många antidepressiva läkemedel i dag jämfört med för tio år sedan, en ökning för tjejer från två till sex procent och för killar från cirka 2,5 till åtta procent. Den ökade förskrivningen är bland annat en konsekvens av att allt fler diagnostiseras med depression, eftersom andelen som får läkemedel efter diagnos har legat konstant (99).

I Sverige är det fler äldre än yngre som behandlas för psykisk ohälsa. Under 2016 hade 34 procent av de över 65 år vårdats för psykisk ohälsa eller förskrivits psykofarmaka jämfört med 17 procent bland dem under 65 år. Samtidigt får yngre vård inom specialistpsykiatri i högre utsträckning än äldre. De äldre får i första hand sin vård via primärvården. Äldre får också i lägre utsträckning än yngre tillgång till andra behandlingsmetoder än läkemedel. Bland äldre med lägre utbildningsnivå är andelen som får vård inom specialistpsykiatri ännu lägre (93).

Figur 3.9. Det upplevda vårdbehovet för psykiska besvär har ökat, främst bland unga kvinnor. Andel som uppger att de haft ett vårdbehov för psykiska besvär senaste 12 månaderna per kön, ålder och år i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningenkät Östgötens psykiska hälsa

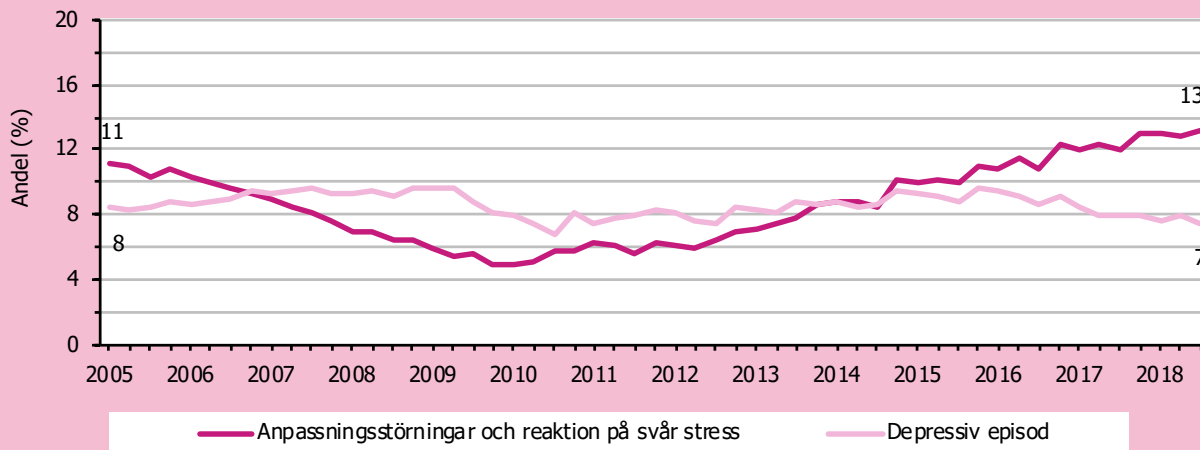
Sjukskrivning på grund av svår stress ökar mest

Sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa har ökat stadigt sedan 2010. Sedan 2014 är psykisk ohälsa den vanligaste anledningen till sjukskrivning (100). I Östergötland har andelen pågående sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa ökat, från 24 procent av det totala antalet sjukskrivningar 2010 till 38 procent 2018. Den högsta andelen finns i åldersgruppen 30-39 år, där drygt 60 procent av alla sjukskrivna är sjukskrivna för psykisk ohälsa (101).

Det har skett en stor ökning av andelen stressrelaterade sjukskrivningar, från 5 procent av det totala antalet sjukskrivna 2010, till 13 procent 2018 (figur 3.10). Andelen som är sjukskriven för depression har däremot legat relativt stabilt sedan 2010. I Östergötland står kvinnor för 80 procent av sjukskrivningar för svår stress, där bland annat utmattningsdepression ingår (102).

Figur 3.10. Sjukskrivningar på grund av svår stress har ökat sedan 2010.

Andel med pågående sjukskrivning för anpassningsstörningar och reaktion på svår stress respektive depressiv episod av de sjukskrivna per kvartal och år i Östergötland.



Källa: Försäkringskassan

PSYKOLOGISKA RESURSER FRÄMJAR PSYKISK HÄLSA

Psykologiska resurser är skyddande egenskaper som kan hjälpa människor att hantera stress och påfrestningar och uppleva god psykisk hälsa trots sjukdom eller svåra livshändelser. En central psykologisk resurs är en persons tilltro till sin egen förmåga att klara olika situationer, ofta kallad copingförmåga (103). En annan viktig psykologisk resurs är självkänsla, som handlar om det värde man sätter på sig själv och förmåga att känna att man duger som man är.

Att känna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet ger en känsla av sammanhang, även kallat KASAM. Det är ytterligare en psykologisk resurs som är betydelsefull för att bevara och främja psykisk hälsa och välbefinnande (104). Därtill är tillit, hopp och framtidstro viktigt för att må bra (3).

Lägre framtidstro bland personer med låg inkomst

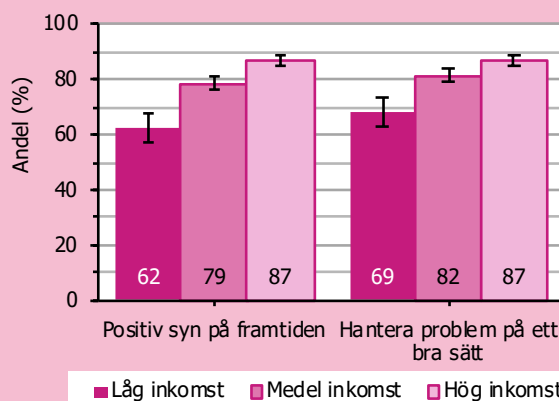
Ungefär 80 procent av befolkningen i Östergötland uppger att de har en positiv syn på framtiden. Men framtidstron är betydligt lägre bland grupper med låg inkomst, än bland de med hög inkomst (58 respektive 88 %). Det finns en tydlig social gradient längs inkomstskalan där framtidstro och tillit till egen förmåga ökar med ökande inkomst (figur 3.11). Däremot finns det inga signifikanta skillnader vad gäller framtidstro utifrån kön eller ålder.

Ungefär 80 procent av länets befolkning uppger att de har tilltro till sin förmåga att hantera problem och ut-

maningar. Andelen ökar med åldern, från 72 procent i åldersgruppen 18-29 år till 86 procent i åldersgruppen 65-84 år. Även här är det stora skillnader mellan olika inkomstgrupper, från 68 procent hos låginkomsttagare till 88 procent hos höginkomsttagare.

Figur 3.11. Framtidstro och tilltro till egen förmåga är lägst i gruppen med låg inkomst.

Andel med positiv syn på framtiden och upplevd god förmåga att hantera problem per inkomstnivå (konsumtionsenhet) i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningens enkät Hälsa på lika villkor

Knappt hälften av tjejerna tycker att de duger som de är

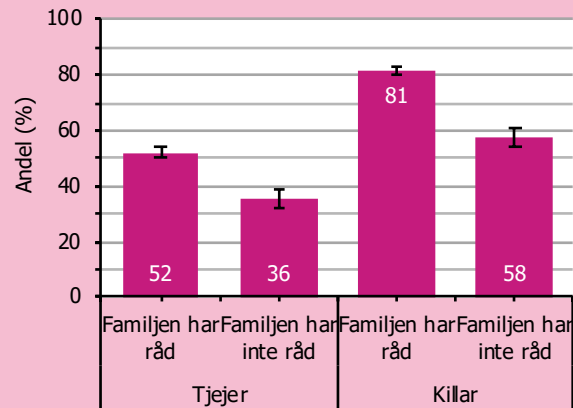
Majoriteten, cirka 90 procent, av länets ungdomar i årskurs 8 i grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet, har en positiv syn på framtiden. Framtidstron är dock betydligt lägre bland ungdomar som varken identifierar sig som tjej eller kille (70 %). Många ungdomar drömmer om en god ekonomi liksom bra utbildning och yrke i framtiden.

De flesta ungdomar uppger att de har tilltro till sin förmåga att klara av saker men andelen är lägre bland tjejer (73 %) än bland killar (89 %). Andelen som uttrycker att de har framtidstro och tilltro till egen förmåga är ungefär tio procentenheter lägre hos ungdomar som uppger att familjen har dålig ekonomi jämfört med dem som har god ekonomi.

Långt ifrån alla ungdomar känner att de duger som de är. Bland killar är andelen 76 procent jämfört med 49 procent hos både tjejer och ungdomar som varken identifierar sig som tjej eller kille. Familjens ekonomiska förutsättningar förstärker könsskillnaderna ytterligare. Endast 36 procent av tjejerna som upplever att familjen har en dålig ekonomi tycker att de duger som de är, jämfört med 81 procent av pojkar som upplever att familjen har en god ekonomi (figur 3.12). Andelen ungdomar som tycker att de duger har minskat med fyra procentenheter de senaste fem åren.

Figur 3.12. Var tredje tjej i familjer med ekonomiska svårigheter tycker att de duger som de är.

Andel ungdomar som känner att de duger som de är per kön och upplevelse av familjens ekonomi i Östergötland 2018.



Källa: Ungdomsenkät Om mig



Framtidstron är betydligt lägre bland grupper med låg inkomst



VAD KAN PSYKISK OHÄLSA BERO PÅ?

Sammantaget ökar den psykiska ohälsan både i Östergötland och i riket. Ökningen är störst bland barn, unga och kvinnor. Sjukskrivningarna för psykisk ohälsa har ökat kraftigt och diagnoser kopplade till svår stress står för en stor del av ökningen. Äldre personer får vård för psykisk ohälsa i högre utsträckning än yngre personer, men yngre får oftare annan behandling än läkemedel. Personer med en utsatt socioekonomisk situation har genomgående en sämre psykisk hälsa. Vad kan då denna ojämlikhet i psykisk hälsa bero på?

Ordet stress används ibland på olika sätt och det är viktigt att hålla isär om det är stressorn (livshändelsen) eller individens upplevelse av stress som menas. Samma stressor kan ge olika effekter hos olika personer, men också hos samma person vid olika tillfällen (105). Orsaken är att upplevelsen bearbetas av hjärnan, beroende av en persons tidigare erfarenheter. Om man brukar klara en viss typ av situation leder det till en känsla av tilltro till egen förmåga. Om man inte kan hantera en situation upplever man oro, stress och, om detta upprepas, en känsla av hjälplöshet eller hopplöshet. Begreppet inlärd hjälplöshet avser den onda cirkel som uppkommer vid upprepade misslyckanden. Självförtroendet och självkänslan sjunker och samtidigt minskar förmågan att fokusera och kraftsamla, och man misslyckas igen. Detta kan leda till en känsla av uppgivenhet, depression och hopplöshet. För att förhindra denna utveckling behövs samhällen med livsvillkor som ger alla möjligheter att utveckla tilltro till egen förmåga.

Skolans betydelse

Folkhälsomyndigheten drar slutsatsen att brister i skolans funktion är en viktig orsak till den ökade psykiska ohälsan hos unga (106). Bristerna visar sig i sämre skolprestationer i internationella kunskapsmätningar, en sjunkande andel unga med gymnasiebehörighet (se kapitlet 1) och en ökning av stress och psykosomatiska symptom bland eleverna. Låga eller ofullständiga betyg ökar risken för psykosociala problem, samtidigt som den psykiska hälsan kan påverka skolprestationerna (107).

Nationella undersökningar visar att tjejer beskriver mer skolstress (57), medan killar, liksom elever till föräldrar med lägre utbildningsnivå, genomgående presterar sämre i skolan (108). En hälsofrämjande skola som förebygger eller tidigt bryter cirklar av inlärd hjälplöshet och istället hjälper alla elever att känna att de är värdefulla, att de duger som de är, att de vågar och kan lära sig nya saker och utveckla sina särskilda talanger är avgörande för att vända trenden med den ökande psykiska ohälsan bland unga.

Höga krav på arbetsmarknaden

De höga utbildningskraven för att ta sig in på arbetsmarknaden och en allt mer osäker arbetsmarknad bedöms bidra till stress och ökad psykisk ohälsa bland unga (106). Dessutom innebär en dålig psykosocial arbetsmiljö ökad risk för psykisk ohälsa, inte bara bland unga. Det handlar exempelvis om arbeten med höga psykiska krav kombinerat med låg kontroll över arbetssituationen (109). I Sverige har andelen som tycker att deras arbete är psykiskt ansträngande ökat sedan 1980-talet. Den ökningen märks framför allt bland kvinnor, där andelen har ökat från 39 till 51 procent (24). Kvinnor står också för ungefär två tredjedelar av alla sjukskrivningar och en stor andel av sjukskrivningarna är stressrelaterade (110). Trots att kvinnor har en högre utbildningsnivå är ohälsotalet dubbelt så högt för kvinnor som för män i Östergötland. Skillnaden mellan könen kan delvis bero på att kvinnor oftare arbetar inom vård- och omsorgsykten samt administrations- och serviceyrken, där ohälsotalet per person är som högst. En annan möjlig förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro är att kvinnor fortfarande tar huvudansvar för barn och hem. Att uppleva en stor konflikt mellan hemarbete, familj och förvärsarbete är förenat med stress och utmattning. Kvinnor med barn i förskoleåldern arbetar i högre utsträckning nu än tidigare (111). Redan ett år efter första barnets födelse har kvinnors sjukfrånvaro fördubblats i förhållande till mäns och den skillnaden kvarstår i minst 15 år (111). Om män tog mer ansvar för hemarbetet kanske kvinnors upplevda stress skulle minska.



”

Låg utbildningsnivå och låg inkomstnivå är förenat med stress, ångest och oro samt ökad risk för depression och självmord



Ensamhet och isolering

Social isolering och ensamhet ökar risken för psykisk ohälsa (112). Sverige har fler ensamhushåll än något annat land i Europa, 39 procent (113,114). Nästan 300 000 personer i Sverige bedöms leva socialt isolerade (115). Många av dem är äldre personer som kan ha svårt att skapa eller upprätthålla sociala kontakter. Tillsammans med dålig kroppslig hälsa och olika skador som påverkar hjärnan, så som demens och stroke, bedöms ensamhet kunna vara en viktig källa till att äldre får vård för psykisk ohälsa i större utsträckning (112). Forskning visar att goda sociala relationer är av stor betydelse för den psykiska hälsan (116). I stället för läkemedel, som innebär större risk för biverkningar bland äldre, hade kanske samtalsbehandling och framför allt sociala åtgärder för att bryta ensamheten och skapa goda sociala relationer kunnat bidra till att minska den psykiska ohälsan bland äldre.

Socioekonomi och psykisk ohälsa

Det finns genomgående socioekonomiska skillnader när det gäller psykisk hälsa. En låg utbildningsnivå, och framför allt en låg inkomstnivå, är förenat med stress, ångest och oro samt ökad risk för depression och självmord (95). Personer med låg socioekonomi har ofta sämre levnadsvanor vilket kan påverka hälsan negativt. Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har också ofta en lägre tillgång till psykologiska resurser såsom copingförmåga, självkänsla och framtidstro. Detta leder till stress över ekonomin, sämre kontroll över livssituationen och mindre möjligheter till återhämtning. Långvarig och kraftig stress påverkar kroppens skyddssystem och ger en ökad sårbarhet för sjukdom. En pressad ekonomisk situation kan därmed leda till svårigheter att arbeta, med ytterligare försämrad ekonomi som följd (12). Det är inte bara den absoluta inkomsten som har betydelse för hälsan utan även relativa inkomstskillnader kan påverka människors självkänsla och leda till en känsla av skam och förlust av tillit till samhället (41). Det är därför pro-

blematiskt att inkomstskillnaderna i Östergötland ökar eftersom det bidrar till att öka ojämlikheterna i psykisk hälsa (se kapitel 1).

Människor med sämre socioekonomiska förutsättningar har också ofta en lägre tillgång till psykologiska resurser såsom copingförmåga, självkänsla och framtidstro. De psykologiska resurserna varierar dock över tid, utifrån erfarenheter och yttre omständigheter.

”

Människors livsvillkor behöver utvecklas med hälsofrämjande skolor och arbetsplatser som bidrar till att människor upplever sin tillvaro som meningsfull och hanterbar

För att minska psykisk ohälsa och skillnader i hälsa behövs livsvillkor som ger hela befolkningen möjlighet till en ekonomisk grundtrygghet. Människors livsvillkor i vardagen behöver utvecklas med hälsofrämjande skolor och arbetsplatser som bidrar till att människor upplever sin tillvaro som meningsfull och hanterbar. Det kan även bidra till att människor får tillgång till sociala nätverk och socialt stöd och möjlighet att påverka sin tillvaro, känna tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro. Genom detta kan också den psykiska hälsan förbättras i hela befolkningen.



- Tack vare en hög levnadsstandard och en god hälso- och sjukvård ökar medellivslängden och antalet äldre. Den grupp som ökar mest är personer över 80 år. De beräknas öka från drygt en halv miljon 2017 till omkring 800 000 år 2030.

- Äldre är en mycket heterogen grupp. Många har en god hälsa också i de högsta åldrarna, medan andra har många olika fysiska, psykiska eller sociala problem som leder till omfattande behov av vård och omsorg.

- Trots att de flesta äldre i Östergötland skattar sin hälsa som bra kommer behovet av vård och omsorg att öka, eftersom gruppen blir allt större.

- Det finns stora socioekonomiska skillnader i hälsotillstånd bland de äldre, framför allt kopplat till ekonomisk situation.

- De vanligaste sjukdomarna hos äldre kan till stor del mildras, senareläggas eller förebyggas genom förändrade levnadsvanor.

- Ensamhet och brist på sociala nätverk har ett samband med stress och nedsatt psykiskt välbefinnande. I Östergötland uppger en majoritet av de äldre som har hemtjänst att de besvärar av ensamhet.

KAPITEL 4

Äldres hälsa - en aktuell utmaning

ANTALET ÄLDRE I SAMHÄLLET ÖKAR

En hög levnadsstandard och en god hälso- och sjukvård har gjort att medellivslängden i Sverige ökat med tio år för både män och kvinnor de senaste 70 åren (117). Ur ett globalt perspektiv är Sveriges medellivslängd bland de 15 högsta i världen (118). Det skapar en ny situation där gruppen äldre blir större eftersom de allra flesta i befolkningen kommer att bli minst 65 år.

Den förväntade demografiska utvecklingen i Östergötland liknar den riket har som helhet. Prognosen visar att antalet personer över 65 år förväntas öka mer än de yngre åldersgrupperna fram till 2030, både i antal och i andel (119). I dag försörjer varje förvärvsarbetare i Östergötland 1,07 barn, unga vuxna och äldre.³ Till 2030 förväntas den siffran ha ökat till 1,18 (120).

³ På varje person i arbetsför ålder (30-64) går ett antal personer i samhället som inte arbetar utan befinner sig i exempelvis barnomsorg, skola eller äldreomsorg.

”

Sveriges medellivslängd är bland de 15 högsta i världen



Den åldrande befolkningen är en heterogen grupp



Den grupp som ökar mest är de allra äldsta, de som är 80 år och äldre. Sverige hade färre än 200 000 i den åldersgruppen 1970 och antalet hade stigit till drygt en halv miljon 2017. Enligt prognosen förväntas gruppen bestå av cirka 800 000 personer 2030 (121). Östergötland följer samma ökande trend. 1970 var det nästan 9 000 personer över 80 år, 2017 drygt 24 000 och enligt prognosen förväntas Östergötland ha nära 38 000 personer över 80 år 2030. Idag är det de minsta kommunerna i länet som har störst andel äldre, figur 4.1 visar att det förhållandet kommer att fortsätta.

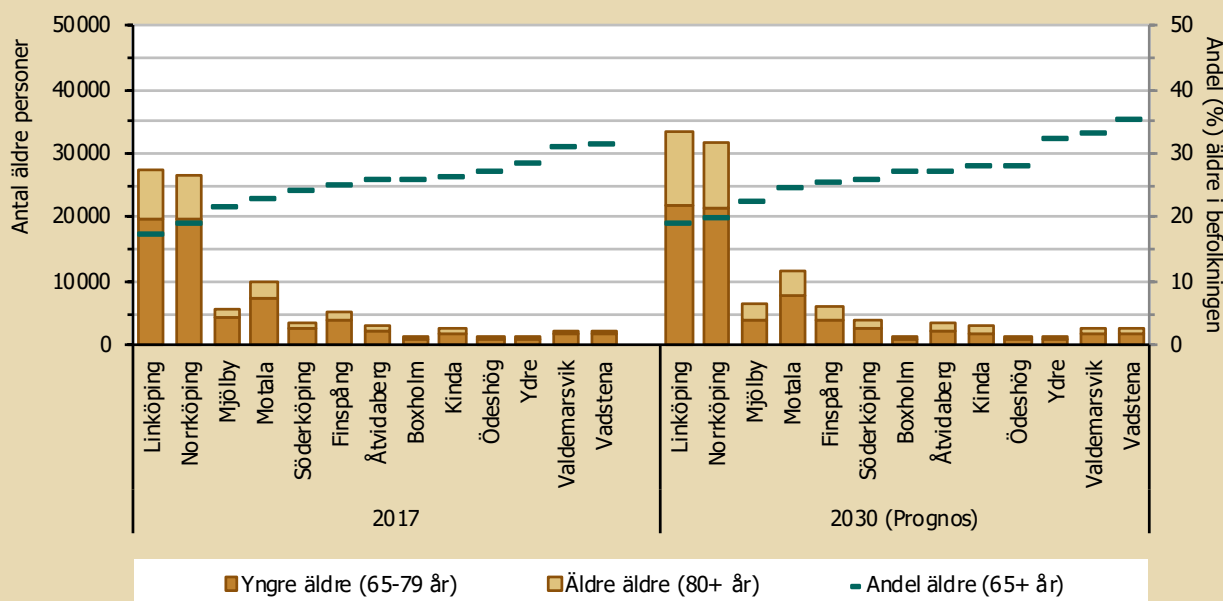
Den åldrande befolkningen är en heterogen grupp. Livsvillkor och behov skiljer sig mycket åt mellan olika personer. Några är friska och har stor självständighet också i de högsta åldrarna, andra har fysiska, psykiska eller sociala problem på grund av sjukdom eller skada. Det kan leda till ett omfattande behov av hjälp och stöd, inte sällan under längre tid eller livet ut (122).

Forskning visar dock att de äldre blir friskare. Dagens pensionärer kan se fram emot fler friska levnadsår än tidigare generationer (123). Genom att stärka ett hälsosamt åldrande och skjuta upp eller mildra sjukdomar och ohälsa kan denna utveckling stärkas ytterligare.

Ett hälsosamt åldrande kan också begränsa ökningen av samhällskostnaderna för äldreomsorg och sjukvård. Eftersom de äldre blir allt fler kommer kostnaderna att öka. Med en oförändrad struktur för Sveriges äldreomsorg kommer kostnaderna att öka med 30 procent fram till 2025, enbart på grund av den demografiska utvecklingen. Om vi istället arbetar för att äldres funktionsnivå ska förbättras i samma takt som de senaste 20 åren, beräknas kostnaderna istället enbart öka med 19 procent (124). Därför är det hälsoekonomiskt lönsamt att investera i äldres livskvalitet och hälsa för att skjuta upp sjukdom eller, när det inte är möjligt, förbättra de äldres livskvalitet trots sjukdom (125).

Figur 4.1. Kommuner med mindre befolkning har en större andel äldre. Prognosen visar att detta förhållande kommer att fortsätta men andelen äldre kommer att bli högre i samtliga kommuner.

Antal äldre (stapel) och andel äldre (streck) per kommun och ålder i Östergötland år 2017 och en prognos för år 2030.



Källa: Befolkningsprognoser, SCB

HUR MÅR DE ÄLDRE I ÖSTERGÖTLAND?

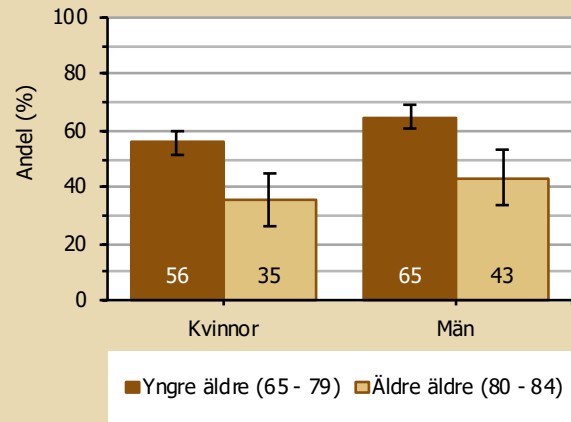
Majoriteten personer i åldern 65–84 år i Östergötland skattar sin hälsa som bra. Som figur 4.2 visar finns det dock skillnader inom gruppen. De yngre äldre skattar sin hälsa som bra i högre utsträckning än de äldre äldre gör. Likaså finns det en skillnad mellan könen där männen skattar sin hälsa bättre än kvinnorna gör.

Det finns också skillnader beroende på ekonomisk situation. De skillnaderna följer en tydlig social gradient, de med högst inkomst skattar sin hälsa som bra i högre utsträckning än de med medelhög, som i sin tur skattar sin hälsa som bättre än de med lägst inkomst gör (figur 4.3). Över tid kan vi se att samtliga inkomstgrupper rapporterar en bättre hälsa än tidigare, dock kvarstår skillnaderna mellan grupperna.

Totalt är det 15 procent av de äldre i Östergötland som lever i ekonomisk utsatthet. Det skiljer dock en del mellan länets kommuner – från 21 procent i den kommun med flest äldre i ekonomisk utsatthet (Ödeshög) till 12 procent i de kommuner som har minst ekonomisk utsatthet (Söderköping och Linköping).

Figur 4.2. Fler yngre äldre skattar sin hälsa som bra, oavsett kön, jämfört med äldre äldre.

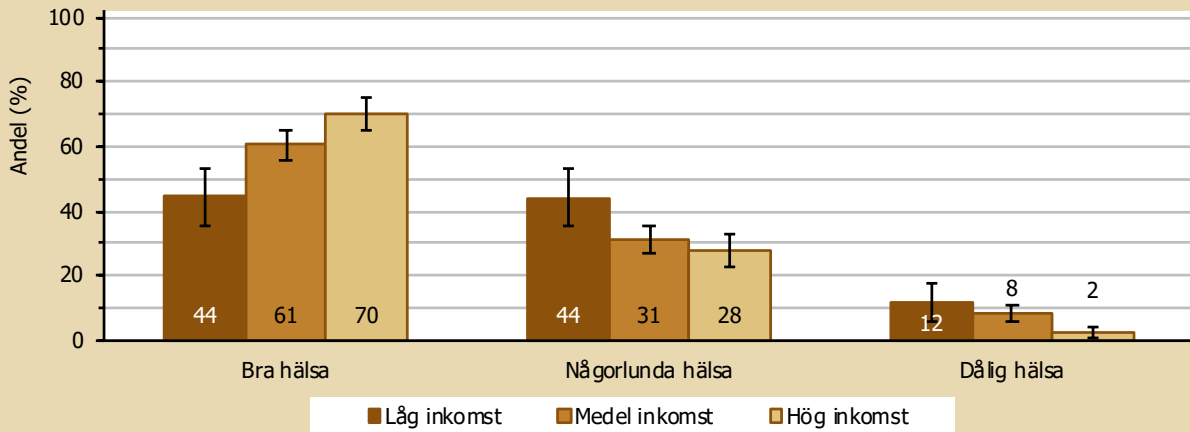
Andel personer med god självskattad hälsa per kön och ålder för åldrarna 65-84 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

Figur 4.3. Ju högre inkomst desto bättre skattar de äldre sin hälsa.

Andel personer per självskattad hälsa och inkomstnivå (konsumtionsenhet) för åldrarna 65-84 i Östergötland 2018.



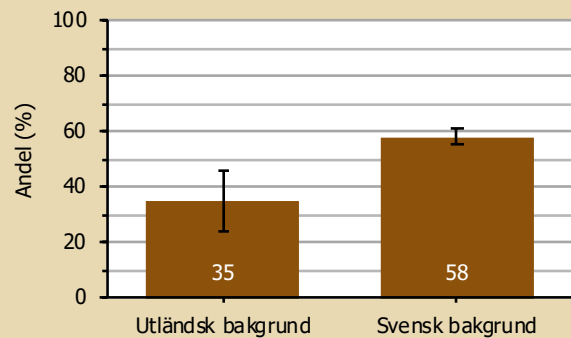
Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

Personer med utländsk bakgrund skattar sin hälsa som sämre än övriga grupper gör (figur 4.4). Detta rör sig inte om personer som nyligen kommit till Sverige. Gruppen äldre med utländsk bakgrund som beskrivs i det här kapitlet har i genomsnitt bott i Sverige i 38 år. Gruppen består till 97 procent av personer födda utomlands. Övriga är födda i Sverige men har föräldrar som är födda utomlands.

Att personer inom den äldre generationen med sämre ekonomisk situation eller med utländsk bakgrund skattar sitt allmänna hälsotillstånd som sämre än övriga grupper gör är inget unikt för de äldre. Det återkommer även i andra åldersgrupper. De socioekonomiska skillnaderna i hälsa börjar tidigt i livet och fortsätter in i ålderdomen (126). En utsatt socioekonomisk situation, exempelvis låg inkomst, är förenat med en utsatt livssituation med stress, oro och sämre tillgång till skyddande psykosociala resurser. Personer med utländsk bakgrund är en grupp i samhället som ofta lever under mer utsatta socioekonomiska förhållanden än andra (3). Dessa samband beskrivs mer utförligt i kapitel 1.

Figur 4.4. Mindre än hälften av de äldre med utländsk bakgrund anser sig ha en bra hälsa.

Andel personer med god självskattad hälsa per bakgrund för åldrarna 65-84 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor

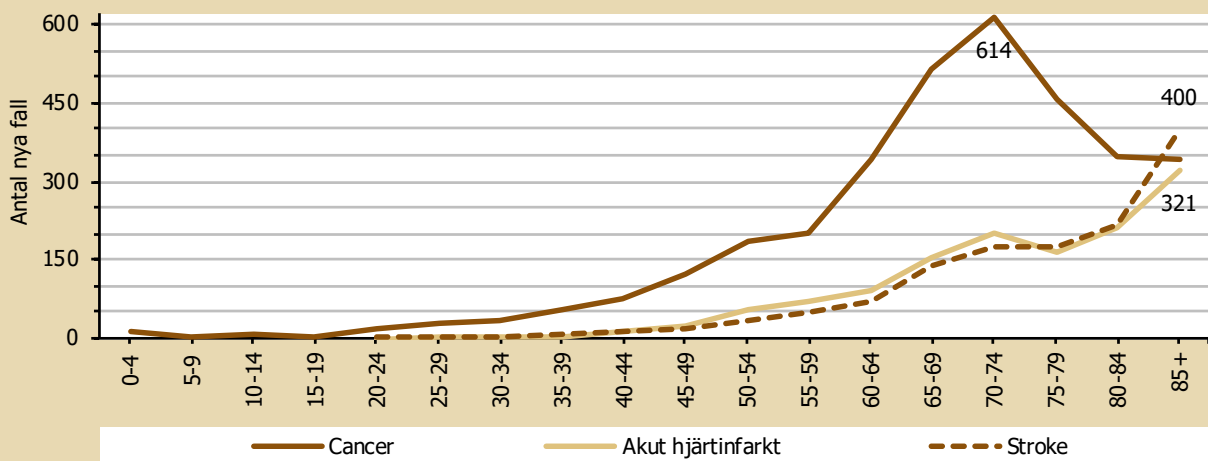
EN GRUPP MED MÅNGA SJUKDOMAR

De äldres hälsa är i allmänhet sämre än övriga befolkningens (127). De har i större utsträckning kroniska sjukdomar och flera sjukdomstillstånd. Deras funktionsförmåga kan också vara begränsad (128). I slutet av 2000-talet hade 85 procent av de äldre över 85 år i Östergötland minst en kronisk sjukdom. Dessutom var 68 procent multisjuka, det vill säga hade två eller fler sjukdomar (129).

De vanligaste sjukdomarna bland äldre är hjärt-kärlsjukdomar, sjukdomar i rörelseorganen, cancer och diabetes. Även artros och benskörhet är vanligt bland äldre och mer vanligt hos kvinnor än hos män (130). De flesta av dessa sjukdomar går att förebygga eller skjuta upp genom förändringar i levnadsvanor och livsstil, se kapitel 2. Risken för att insjukna i de flesta av dessa sjukdomar ökar med stigande ålder. Figur 4.5 visar sambandet mellan ålder och insjuknande i cancer, hjärtinfarkt och stroke.

Figur 4.5. Antal nya sjukdomsfall ökar med åldern, cancer når sin kulmen runt 70 årsåldern medan hjärtinfarkt och stroke ökar successivt.

Antal nya fall (incidens) av cancer, akut hjärtinfarkt och stroke per ålder i Östergötland 2016.



Källa: Cancerregistret, hjärtinfarkt- och strokestatistik, Socialstyrelsen

Dessa sjukdomar är också vanliga dödsorsaker bland äldre. För äldre äldre, både kvinnor och män, är sjukdomar i cirkulationsorganen (vanligast ischemiska hjärtsjukdomar) den vanligaste dödsorsaken, följt av cancer. För de yngre äldre är det tvärtom, där är det vanligast att dö av cancer, främst lungcancer (46).

Många äldre drabbas även av demenssjukdomar. Varje år insjuknar över 20 000 personer i Sverige, de allra flesta är 65 år eller äldre. Det innebär att bland äldre ligger insjuknandet i demenssjukdomar på ungefär samma nivå som insjuknandet i akut hjärtinfarkt (21 000) och stroke (24 000) men lägre än cancer (46 000).

Demenssjukdomar är kroniska och de som drabbas lever med sjukdomen i många år. I dag har mellan 130 000 och

150 000 personer i Sverige en demenssjukdom och 2030 beräknas 180 000–190 000 personer ha någon form av demens (131). Även demens går dock att förebygga. En tredjedel av alla demenssjukdomar skulle kunna förebyggas genom små förändringar i människors levnadsvanor. Några viktiga delar är regelbunden motion, tobaksstopp, hälsosamma matvanor och god sömn (132, 133). Hälsofrämjande utomhusmiljöer är också en viktig del, eftersom de kan främja fysisk aktivitet och bidra till social inkludering, stressreducering och förbättrad sömn (134). Naturmiljöer har även visat sig betydelsefulla för personer som redan har utvecklat en demenssjukdom. Detta genom minskad aggressivitet, förbättrad sömn, ökat välmående och en långsammare demensutveckling (135–137).

”

En tredjedel av alla demenssjukdomar skulle kunna förebyggas genom små förändringar i människors levnadsvanor

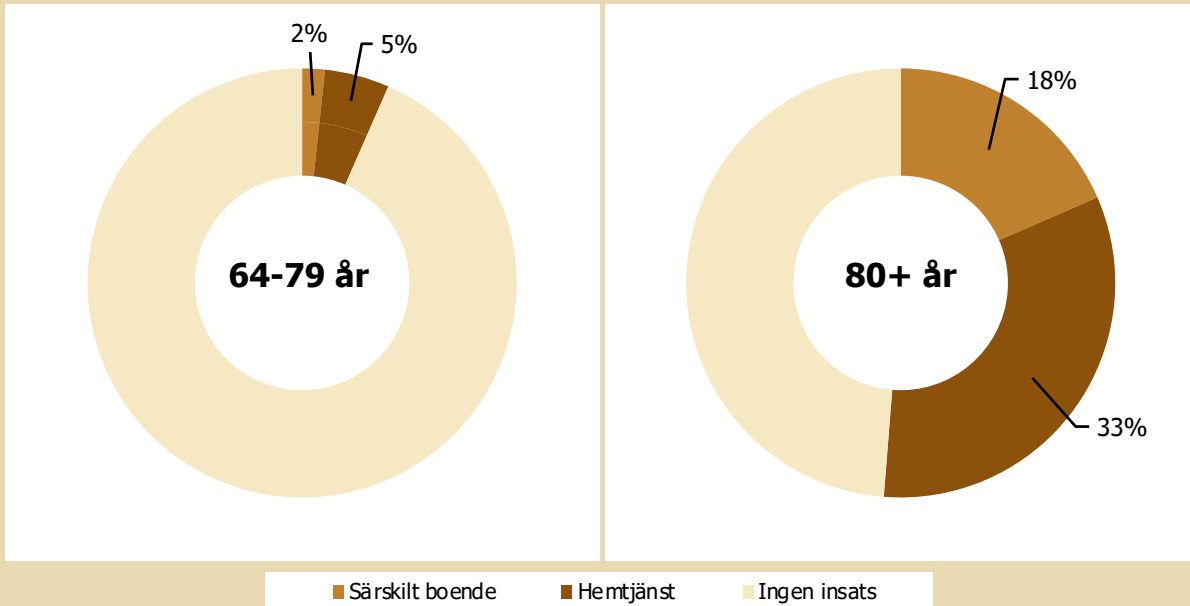


BEHOVET AV VÅRD OCH OMSORG ÄR STORT

De flesta äldre skattar sin hälsa som bra, även i de högsta åldrarna, trots många sjukdomar (129). De äldre som inte mår bra har dock ofta ett stort omsorgsbehov. När antalet äldre ökar innebär det därför ett ökande behov av omsorg, trots att gruppen äldre blir friskare. Under 2017 bodde 2 procent av de yngre äldre och 19 procent av de äldre

äldre i Östergötland på särskilt boende. Det var även 5 procent av de yngre äldre och 33 procent av de äldre äldre som hade hemtjänst (figur 4.6). Totalt utgör det nästan 17 000 personer. Om behovet bedöms likadant 2030 kommer det antalet att öka till över 20 000 personer (138).

Figur 4.6. Hälften av de äldre över 80 år har någon insats inom omsorgen.
Andel personer med hemtjänst eller plats i särskilt boende per ålder i Östergötland 2018.



Källa: Socialstyrelsen och SCB

Redan nu är det långa köer till platser på särskilda boenden, vilket tyder på att ännu fler platser behövs (139). I Östergötland är det stor spridning mellan kommunerna när det gäller väntetider till äldreboenden. Den kommun som hade kortast väntetid, Ydre, hade ett medelvärde på 15 dagar under 2018 medan kommunen med längst väntetid, Åtvidaberg, hade ett medelvärde på 89 dagar (140).

Det är inte bara inom omsorgen som det ökande antalet äldre personer skapar utmaningar, det märks även i vården. Östergötlands befolkning består till 19 procent av äldre men de står för 35 procent av alla kontakter med vården och 44 procent av alla vårdtillfällen (96). Detta överensstämmer med nationella siffror där äldre står för drygt hälften av landets vårdkostnader (141).



Det är långa köer till platser på särskilda boenden

HÄLSOSAMT ÅLDRADE

För att skapa en bättre och mer jämlik hälsa i den äldre gruppen och på så sätt minska samhällskostnaderna går det att utgå från de fyra hörnspelarna i ett hälsosamt åldrande. Dessa är social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor (126). Dessa hörnspelare återkommer också som viktiga delar av de gemensamma nämnare som har identifierats för de så kallade blå zonerna runt om i världen. I dessa zoner är det ovanligt många som blir 100 år gamla och i stort sett utan kroniska sjukdomar (142).

Många äldre känner sig ensamma

När människor blir äldre ökar risken för ensamhet och social isolering. Det kan bero på olika saker; att de allra flesta slutar arbeta vid 65 års ålder, att ens partner eller vänner blir sjuka och avlider eller att den fysiska orken och rörligheten minskar. Ofrivillig ensamhet är kopplat till nedsatt psykiskt välbefinnande (143).

Socialt stöd, sociala nätverk och relationer med familj och vänner är betydelsefullt för ett hälsosamt åldrande. Det sociala stödet innefattar både praktiskt och känslomässigt stöd.⁴ De allra flesta äldre uppger att de har ett socialt stöd. När det gäller känslomässigt stöd finns det dock en skillnad där personer med låg inkomst i lägre utsträckning än övriga inkomstgrupper har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt (figur 4.7).

Ensamboende äldre personer har i lägre utsträckning någon att anförtro sig åt, jämfört med de som bor ihop med en partner. Detta samband kvarstår över tid, det har inte skett några förändringar för gruppen ensamboende. För de som bor ihop med en partner har det däremot skett en liten minskning i andelen personer som anger att de har någon att anförtro sig åt (37).

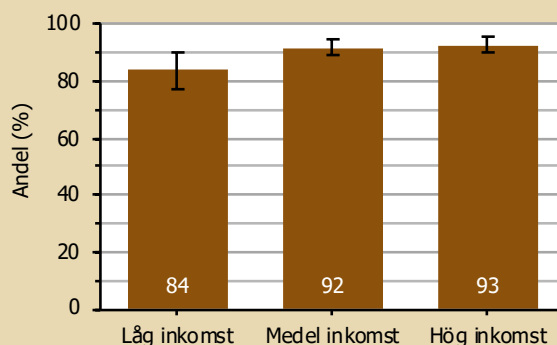
I slutet av 1950-talet beslutade riksdagen om det som har kommit att kallas för kvarboendeprincipen. Den innebär att vården av äldre i första hand ska inriktas på att de ska kunna leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem (144). Det skapar ett stort behov av hemtjänst. Av de personer som har hemtjänst i Östergötlands kom-

muner är det många som uppger att de besväras av ensamhet. Andelen som besväras av ensamhet varierar från 46 till 59 procent i kommunerna (140) (figur 4.8).



Figur 4.7. De flesta äldre oavsett inkomstnivå har ett känslomässigt stöd.

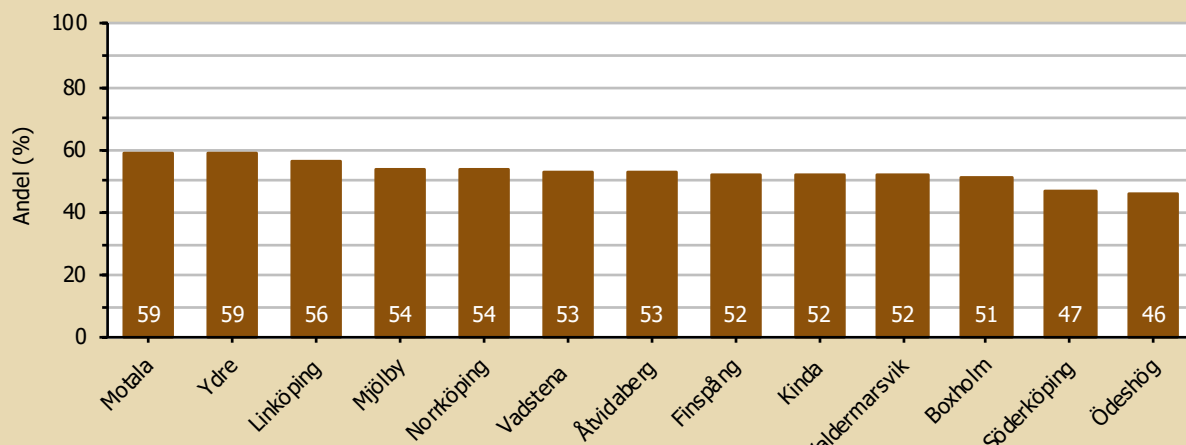
Andel personer som har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt per inkomstnivå (konsumtionsenhet) för åldrarna 65-84 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningens enkäten Hälsa på lika villkor

Figur 4.8. Att känna sig ensam är vanligt förekommande bland äldre med hemtjänst.

Andel personer av de med hemtjänst som besväras av ensamhet per kommun i Östergötland 2018.



Källa: KOLADA

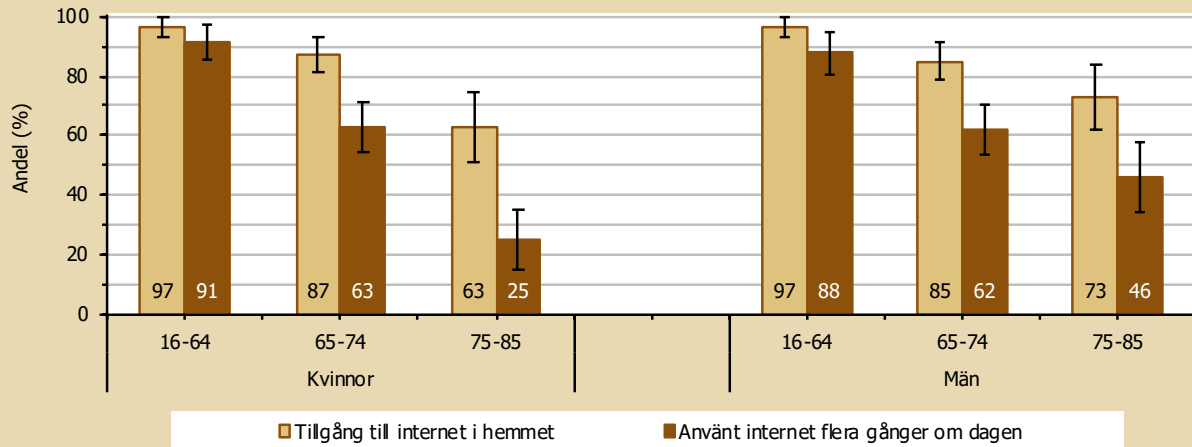
⁴ Praktiskt stöd = någon att vända sig till vid svårigheter och problem, exempelvis få råd, låna saker, hjälp med matinköp. Känslomässigt stöd = någon att dela sina innersta känslor med, anförtro sig åt.

Digital teknik kan användas som ett komplement för att öka äldre personers sociala delaktighet och självständighet. Att allt fler tjänster i samhället utförs digitalt kan även skapa ett digitalt utanförskap. Drygt 400 000 äldre personer i Sverige lever i dag i ett digitalt utanförskap. Att många äldre inte använder dator och internet kan bero på bristande kunskap, förmåga och motivation men också

på att de inte har tillgång till dator och internet (143). De flesta yngre äldre i Sverige (i det här fallet 65–74 år) har tillgång till internet i hemmet. Även de äldre äldre (i det här fallet 75–85 år) har i stor utsträckning tillgång till internet. Där är det dock en skillnad mellan könen då kvinnorna har tillgång till internet i lägre utsträckning än männen (145) (figur 4.9).

Figur 4.9. De flesta har tillgång till internet men det minskar med åldern och är som lägst för kvinnor äldre än 75 år.

Andel personer som har tillgång till och använder internet per kön och ålder i Sverige 2018.



Källa: SCB

Socialt stöd innefattar också känslan av trygghet. Det är en stor skillnad mellan könen när det gäller vilka som avstår från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, se kapitel 1. Den skillnaden finns också bland äldre. Nästan hälften av kvinnorna i åldern 65-84 år i Östergötland avstår från att gå ut ensamma. Det är stor skillnad mot männen, där motsvarande siffra är 15 procent (37).

Drygt 80 procent av de äldre tycker att det i allmänhet går att lita på de flesta människor. Det finns inga skillnader mellan könen gällande tillit, däremot känner personer med utländsk bakgrund i lägre grad än andra att det i allmänhet går att lita på andra människor (37).

”

80 procent av de äldre tycker att det i allmänhet går att lita på de flesta människor

Ideellt arbete kan fylla livet med mening

Alla människor vill ha en meningsfull tillvaro men vad som uppfattas som meningsfullt är individuellt. Det kan vara att känna sig delaktig i samhället eller att kunna klara sig själv i vardagen. Saker som att själv kunna handla, laga mat eller besöka vänner värderas ofta högt (125).

Totalt sett känner drygt 70 procent av de äldre att de alltid eller oftast har varit till nytta de senaste två veckorna. Det är dock skillnad mellan yngre äldre och äldre äldre där de yngre i högre utsträckning känner att de varit till nytta. Personer med utländsk bakgrund känner i lägre utsträckning än andra att de alltid eller oftast varit till nytta (37).

Att ägna tid åt och utveckla sina fritidsintressen kan göra att tillvaron känns mer meningsfull. De allra flesta i den äldre generationen har ägnat sig åt någon form av aktivitet det senaste året. Vanligast är privata fester, teater och bio (37).

Genom olika pensionärsföreningar finns möjligheten att utveckla sina intressen, men också att träffa nya människor, utbilda sig och delta i olika friskvårdsaktiviteter. Under 2014-2015 var 38 procent av Sveriges befolkning över 65 år medlem i en pensionärsförening. Det fanns en viss skillnad mellan könen där kvinnor i högre utsträckning än män var medlemmar i en förening (146).

För många kan även ideellt arbete vara ett viktigt sätt att fylla livet med mening. Under 2015 uppgav 36 procent av Sveriges befolkning att de hade ägnat sig åt ideellt arbete under det senaste året. De äldre låg på ungefär samma nivå som befolkningen i stort. Av de yngre äldre (i det här fallet 65–74 år) var det 40 procent som arbetat ideellt medan det var drygt 30 procent av de äldre äldre (i det här fallet 75 år och äldre) (147).

Det är aldrig för sent att börja med fysisk aktivitet

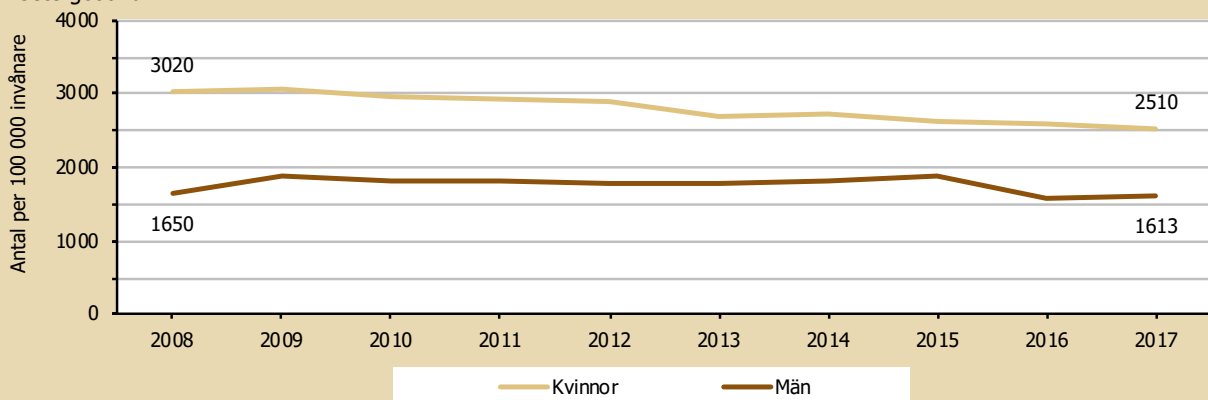
Hälsovinsterna av regelbunden fysisk aktivitet för äldre är stora. Det gäller både personer som fortsätter att vara aktiva upp i åren och de som blir fysiskt aktiva först sent i livet. Fysisk aktivitet ger högre livskvalitet, lägre förekomst av funktionsnedsättning, bättre muskelstyrka, mindre behov av hjälp, mindre risk för depressioner och minskad risk för nedsatt kognitiv funktion. Fysisk aktivitet kan också förebygga flera åldersrelaterade sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes och cancer. Dessutom är fysisk aktivitet viktigt för att förebygga och lindra effekten av fallolyckor, eftersom det har positiva effekter

på de viktiga delarna balans, rörlighet och benstyrka (148).

Fallolyckor är vanligt bland äldre. Under 2017 var det nästan 2 000 personer över 65 år i Östergötland som föll så illa att de behövde behandlas i slutenvården (figur 4.10). Det kan jämföras med omkring 800 personer under 65 år (149). Enligt beräkningar från Socialstyrelsen kostar fallolyckor (alla åldrar) kommuner och regioner drygt elva miljarder kronor per år, exklusive kostnader i primärvården (150).

Figur 4.10. Nästan dubbelt så många kvinnor som män vårdas på grund av fallskador, men könsskillnaderna har minskat en aning de senaste åren.

Antal personer per 100 000 invånare som slutenvårdats på grund av fallskador per år och kön för äldre än 65 år i Östergötland.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Något mer än hälften av de äldre når upp till rekommenderade 150 aktivitetsminuter per vecka. Bland de äldre äldre är det bara en tredjedel som når upp till rekommendationerna. Det finns en skillnad kopplad till ekonomisk situation där de med lägst inkomst i lägre utsträckning når rekommendationerna än de med högre inkomst (37).

Bland äldre är det vanligare med vardagsmotion (exempelvis promenader, cykling och trädgårdsarbete) än med fysisk träning (exempelvis löpning, motionsgymnastik och bollsporter). En tredjedel av de äldre ägnar sig enbart åt vardagsmotion och nästan två tredjedelar åt vardagsmotion kombinerat med träning (37).

”
Fysisk aktivitet är viktigt för att förebygga och lindra effekten av fallolyckor



Goda matvanor kan förebygga fallolyckor

Goda matvanor är en viktig del i det hälsosamma åldrandet. Eftersom människors energibehov oftast minskar med åldern är det extra viktigt för äldre med en god balans mellan energi och näringsämnen. Undernäring drabbar framför allt de äldre äldre och är starkt kopplat till de övriga hörnspelarna i ett hälsosamt åldrande. Detta då de med störst risk att drabbas av undernäring och undervikt bland annat är fysiskt och socialt inaktiva personer och personer som känner sig ensamma (125).

Undernäring är ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat förändringar i kroppens sammansättning eller funktion, alternativt i en persons sjukdomsförlopp. Undernäring ökar risken för svåråterläkta sår och infektioner och kan ge minskad muskelmassa som ökar risken för fallskador och funktionsnedsättningar. Även den psykiska hälsan kan försämrans (151).

Sambandet mellan undernäring och fallskador går åt två håll. Dels kan undernäring leda till minskad muskelmassa som ökar risken för fallskador, dels kan svårigheter att gå och risk för att falla begränsa förmågan att handla mat (152).

Vad, hur och med vem människor äter, påverkas i stor utsträckning av erfarenheter och rutiner som byggts upp tidigare i livet. Äldre personer upplever ofta en brytpunkt som leder till en ny situation i livet. Brytpunkten kan vara att man blir ensamstående eller drabbas av en sjukdom som kräver hjälp från närstående eller omsorgen. En sådan brytpunkt kan öka risken för undernäring eftersom sociala faktorer som att äta tillsammans med någon påverkar kaloriintaget (152).

Undernäring leder inte bara till stort lidande för personen utan är även en stor kostnad för samhället. En undernärd patient kostar 10 000 kronor mer per dygn att vårda än en välnärd patient (152). Under 2014 hade 58 procent av rikets äldre som registrerades i kvalitetsregistret Senior Alert risk för undernäring (151).

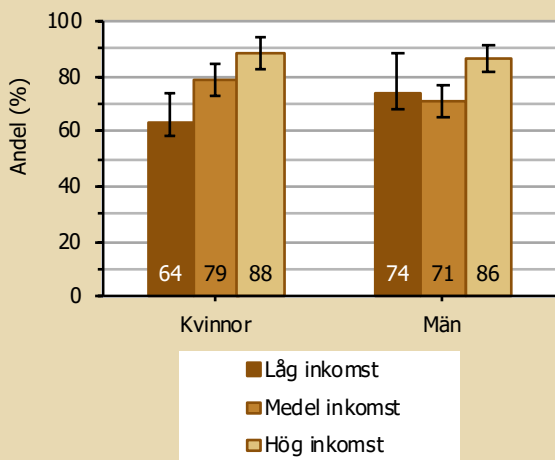
I Östergötland uppger en stor del av de äldre på kommunernas äldreboenden att matkvaliteten är god. Mellan 57 (Motala) och 77 (Finspång) procent av de äldre anser att maten smakar bra och att måltiden är en trevlig stund på dagen (140). Det är dock fortfarande en mycket stor grupp som inte tycker att maten håller god kvalitet.

Människors matvanor påverkar munhälsan, precis som munhälsan påverkar matvanorna. För många äldre kan det vara svårt att upprätthålla en god munhälsa. Nedsatt rörelseförmåga på grund av fysiska sjukdomar kan göra det svårt att sköta munhygien (153). Likaså kan kognitiva sjukdomar som demens påverka (154). Många läkemedel kan också ge muntorrhet. Problem med munhälsan kan göra det svårare att tugga vilket kan leda till att människor väljer lättuggad, kolhydratrik och fiberfattig kost i större utsträckning, något som i sin tur påverkar munhälsan negativt (155).

I dag är det många äldre som har sina egna tänder i behåll och total tandlöshet blir alltmer sällsynt (155,156). De senaste tio åren har den självskattade tandhälsan förbättrats, främst bland de äldre äldre. I Östergötland anser sig i dag tre fjärdedelar av de äldre ha en bra tandhälsa. Det skiljer sig dock inom gruppen, kvinnor med hög inkomst skattar sin tandhälsa som bättre än kvinnor med låg inkomst (figur 4.11).

Figur 4.11. Kvinnor med hög inkomst skattar sin tandhälsa som bättre än kvinnor med låg inkomst.

Andel personer med god självskattad tandhälsa per kön och inkomstnivå för åldrarna 65-84 i Östergötland 2018.



Källa: Befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor



HÄLSA GENOM LIVET FÖR EN FRISK ÅLDERDOM

Att människor lever allt längre och att andelen äldre ökar är positivt. Många äldre i befolkningen innebär att det finns mycket livserfarenhet som kan delas med nya generationer. Men det handlar inte bara om att lägga år till livet, utan framför allt om att lägga liv till åren.

För att detta ska vara möjligt behövs det hälsofrämjande insatser riktade mot de äldre. Ensamhet, brist på sociala nätverk och socialt stöd har en stor inverkan på äldres hälsa. Därför behövs fler mötesplatser, aktiviteter och bo-

enden med möjlighet till gemenskap för äldre, både för de som är friska och för de som är sjuka.

För att äldre ska kunna bibehålla sin hälsa och livskvalitet så länge som möjligt och för att minska samhällskostnaderna genom mindre behov av vård och omsorg krävs insatser genom hela livscykeln. Goda livsvillkor, goda levnadsvanor, sociala nätverk och socialt stöd genom hela livet ger bättre förutsättningar för en ålderdom med bibehållen hälsa.

”

Det handlar inte bara om att lägga år till livet, utan framför allt om att lägga liv till åren





Slutord

VAD BEROR UTVECKLINGEN PÅ?

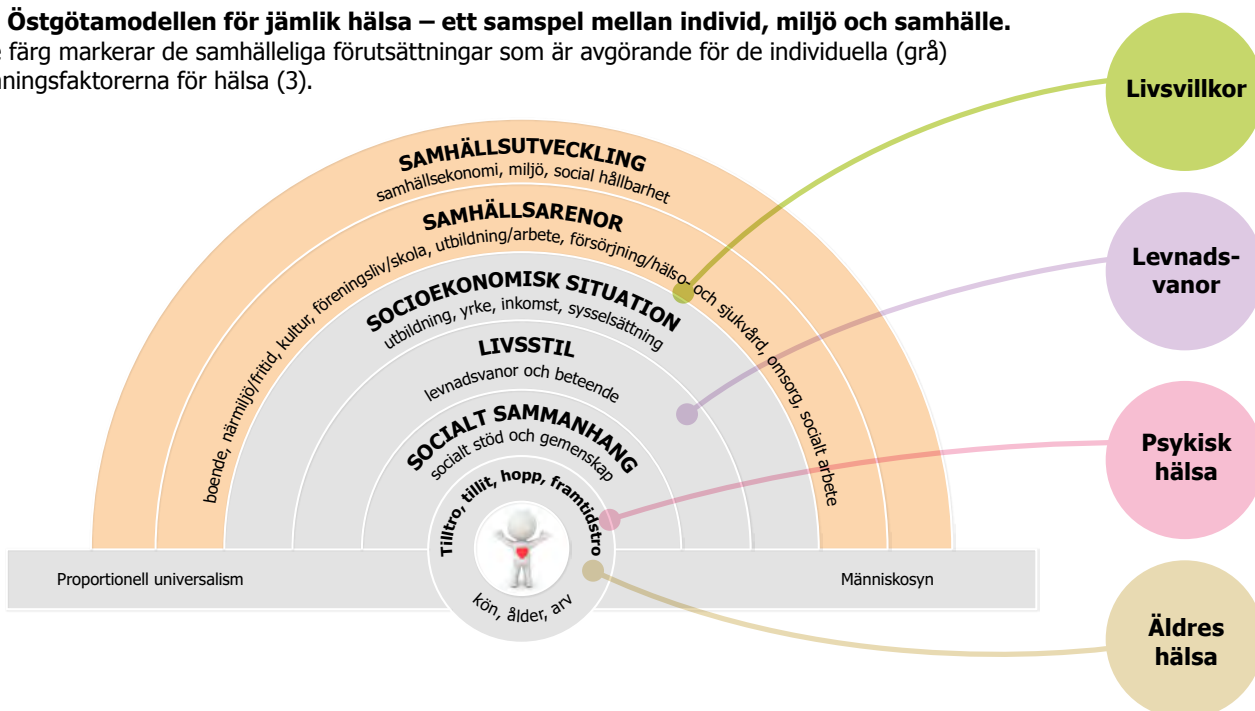
Mycket har blivit bättre, men de sociala skillnaderna kvarstår eller har ökat. Östgötakommisionen och en rad andra kommissioner, särskilt den nationella kommissionen för hälsa, har analyserat orsakerna till skillnader i hälsa. Östgötakommisionen sammanfattade i en grafisk modell hur orsakerna till skillnader i hälsa hänger samman (bild 2).

Sammanfattningsvis finner vi att:

- hälsan i Östergötland blir bättre men inte för alla. Det finns tydliga, och i många fall ökande, skillnader i hälsa mellan människor med olika livsvillkor, särskilt gällande ekonomi.
- människor i Östergötland har olika livsvillkor och inkomstskillnaderna tenderar att öka.
- andelen personer med övervikt och fetma ökar medan andelen personer som röker dagligen minskar.
- den psykiska ohälsan ökar, särskilt hos unga. Äldre beskriver ofta ensamhet och nedstämdhet.
- antalet äldre ökar, särskilt de som är över 80 år. De flesta äldre har en god självskattad hälsa med hög autonomi men många har omfattande behov av vård och omsorg.

Bild 2. Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle.

Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa (3).



MÄNNISKORS LIVSVILLKOR

De tre yttersta ringarna illustrerar individens livsvillkor. Två av dessa, de orange områdena, är strukturella faktorer på samhällsnivå och starkt politiskt påverkbara. Här finns samhällets ekonomiska, sociala och ekologiska utveckling. Här finns de samhällsarenor där människor föds, lever, verkar och dör. Exempel är boende, närmiljö, arbete, hälso- och sjukvård samt social omsorg.

De grå områdena är individuella faktorer som påverkar hälsan. Den yttersta av dessa ringar beskriver individens socioekonomiska situation som utbildning, inkomst och yrke. Tidigare forskning och denna rapport visar att den som lever i en mer utsatt livsmiljö, antingen gällande boendeområde eller individens egna socioekonomiska situation, har sämre hälsa. Individens socioekonomiska situation påverkar, i nästa steg, även levnadsvanor, sociala sammanhang, psykisk hälsa och genom detta även sårbarhet och risk för sjukdom och förtida död.

LEVNADSVANOR, SOCIALT SAMMANHANG OCH PSYKOLOGISKA FAKTORER

Ringarna som illustrerar levnadsvanor och beteenden, exempelvis rökning och fysisk aktivitet, har stor påverkan på vår hälsa. Levnadsvanor och beteenden är inte ett enkelt resultat av kunskap utan har en mycket stark relation till individens livsvillkor. Rökning är till exempel mycket vanligare hos personer med en utsatt socioekonomisk

situation. Levnadsvanor är också beroende av nästa ring i modellen: våra sociala sammanhang i form av socialt stöd och relationer. De sociala sammanhangen har stor betydelse för hälsa och sjukdom och samverkar med psykologiska faktorer som illustreras av den innersta ringen, som gäller tilltro till vår egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro. Dessa psykologiska faktorer är grunden för psykisk hälsa och vår livskvalitet men också viktiga för motståndskraft mot sjukdom och genom detta för den kroppsliga hälsan. Tillgången till socialt stöd, tillit och tilltro till vår egen förmåga är också mindre i socioekonomiskt utsatta grupper.

Modellens bas beskriver två grundläggande förhållningsätt i arbetet för jämlik hälsa. En av grundstenarna är en människosyn som utgår från alla människors lika värde. Den andra grundstenen är proportionell universalism. Det innebär att samhället måste ge universella (generella) insatser till alla, men också insatser i proportion till behov. Ju mer utsatt situation, desto mer intensiva eller anpassade insatser behövs (12).

En annan viktig grund för arbetet med jämlik hälsa är att ansvaret för detta arbete delas av individen och samhället. Individen har alltid ett eget ansvar för sin hälsa, men alla som har möjlighet att påverka samhället har ett ansvar för att göra det möjligt för individen att ta detta ansvar. Detta illustreras i bild 3.

Bild 3. Ansvaret för hälsa delas av individen och samhället (12).

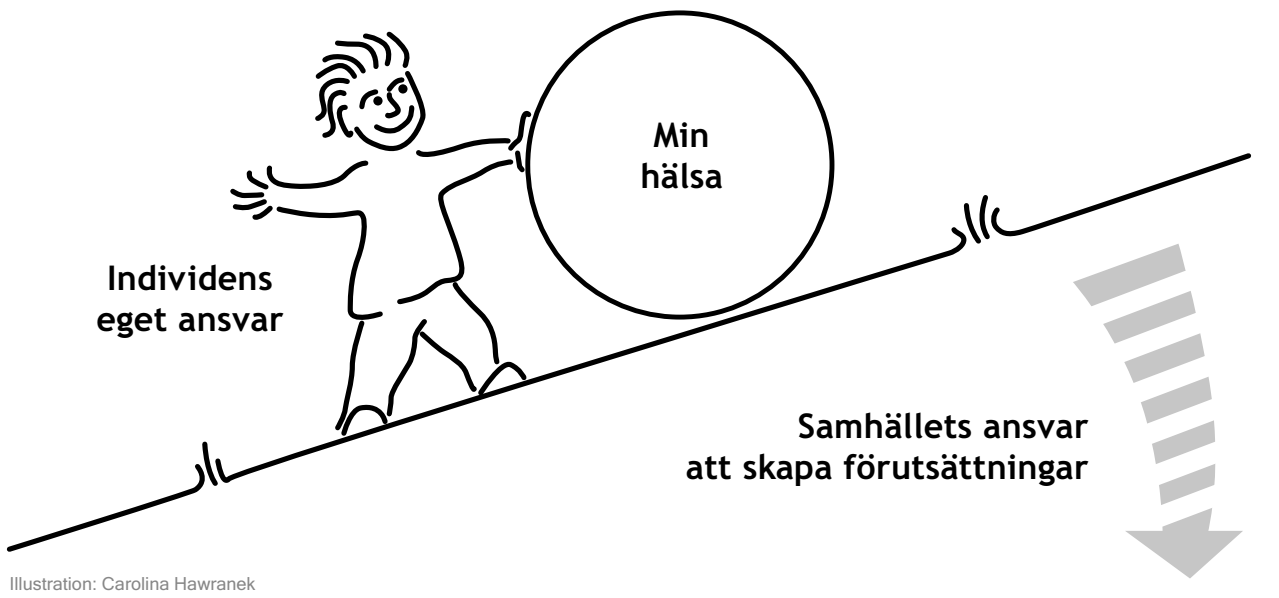


Illustration: Carolina Hawranek

VAD KAN VI GÖRA ÅT OJÄMLIKHETEN I HÄLSA?

För att minska ojämlikhet i hälsa är det därför viktigt att skapa livsvillkor som ger alla en riktig möjlighet att påverka sin tillvaro. Människor behöver få möjlighet att utvecklas och leva i sociala sammanhang där de kan känna tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro. Östgötakommisionen beskriver i sin slutrapport att:

- tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro är grundläggande för att minska sociala skillnader i hälsa,
- det är möjligt att påverka och skapa förutsättningar för bättre hälsa på lika villkor på regional, kommunal och lokal nivå. Då måste man agera utifrån de komplexa samband som är grunden för en jämlik hälsa,
- det är viktigt att tillämpa ett arenaperspektiv vilket innebär att definiera, analysera och stärka de olika livsmiljöer där människor växer upp, lever, verkar och dör. Målet är att skapa förutsättningar för hälsaför alla på lika villkor (till exempel boendemiljö, skola och arbetsliv),
- detta arbete behöver ske gemensamt och långsiktigt, i samverkan mellan region, kommuner och universitet, för lärande och utveckling.

GRUNDEN ÄR LAGD

Eftersom skillnaderna i hälsa så tydligt är kopplade till människors livsvillkor behöver vi, tillsammans, agera utifrån de strategier som regionen, utifrån sitt arbete i



Östgötakommisionen, har utvecklat för att minska skillnaderna i hälsa. Östgötakommisionen verkade år 2012–2014 i nära samverkan mellan forskare, politiker och tjänstepersoner. Kommissionens rekommendationer har blivit en grund i regionens arbete med bland annat jämlik hälsa.

Tidigare arbete har visat att det är viktigt att skapa en gemensam målbild. Den här rapporten är en del i det. En rad processer har redan startat i Östergötland som alla har jämlik hälsa som grund. En Folkhälsodeklaration är framtagen mellan länets kommuner och Region Östergötland där tio viktiga samarbetsområden har definierats. Ett samarbete mellan kommunerna och Region Östergötland sker regelbundet i ett folkhälso-politiskt nätverk och ett tjänstepersonsnätverk för folkhälsa. Sedan fem år hålls varje år kunskapssammanträden med de högsta politikerna och tjänstepersonerna i Region Östergötland, kommuner, länsstyrelse, näringsliv och civilsamhälle. En överenskommelse har tagits fram och signerats för samverkan mellan Region Östergötland och civilsamhället.

VARFÖR HAR DET DÅ INTE BLIVIT BÄTTRE?

Den frågan skulle kunna ställas - eftersom så mycket har skett. Grunden är lagd och en rad processer har startat. Men den ekonomiska satsningen på en jämlik hälsa har varit mycket begränsad. Som skrivs i inledningskapitlet är förebyggande insatser mycket kostnadseffektiva och i många fall kostnadsbesparande. Trots detta utgör förebyggande insatser endast fyra procent av den totala sjukvårdsbudgeten i Sverige. Även i Region Östergötland används den dominerande delen av våra gemensamma resurser för att behandla sjukdomar och en mycket liten del går till att förebygga sjukdom och främja hälsa. Med denna blygsamma ansats kan man inte förvänta sig stora effekter.

När många offentliga verksamheter år efter år har en ansträngd ekonomi, är en investering i hälsofrämjande och förebyggande åtgärder särskilt nödvändig. De förebyggande åtgärderna kan inte vänta tills vi har "hunnit ifatt". En liknande investering i hälsa, som den som gjordes för att förebygga karies på 60-talet, är nödvändig för att möta behovet av samhällsutvecklingen och för att minska skillnader i hälsa.

VI BEHÖVER AGERA TILLSAMMANS NU!

Utvecklingen mot ökade skillnader i hälsa går att motverka och regionen har mycket goda förutsättningar. Nu måste arbetet gå från strategi till konkreta insatser. Denna rapport beskriver hur hälsoläget ser ut och vi hoppas att den ger inspiration till aktivitet. Vi vill i nästa steg bidra till att, i samverkan med andra aktörer, utveckla förslag till konkreta insatser och arbetsformer för att minska skillnader i hälsa, utifrån den grund som finns i Östergötland.

Vi hoppas att du som läst denna rapport känner dig inspirerad till handling. Vi behöver agera nu för att skapa hälsa för framtidens befolkning i Östergötland. Du kan vara med och bidra till att skapa förutsättningar för att Östergötland ska vara en region med hållbar utveckling mot ett bättre samhälle för alla.

Referenser

1. Statens offentliga utredningar. Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55). 2016.
2. Folkhälsomyndigheten, Sveriges kommuner och Landsting. Öppna jämförelser folkhälsa 2019. 2019.
3. Östgötakommissionen för jämlik hälsa. Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport. 2014.
4. Steen Carlsson K, Persson U. Kostnader för hjärt- kärlsjukdom år 2010. 2012.
5. Sveriges kommuner och landsting. Så mycket kostar skolan [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://skl.se/skolakulturfrid/forskolagrundochgymnasieskola/vagledningsvarpa-vanligafragor/samycketkostarskolan.2785.html>
6. Ernst & Young AB. Hur skapar vi patientbrist? 2019.
7. Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård. Hälsokalkylator [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <http://halsokalkylator.se/>
8. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nyström L, Lönnberg G, Boman K, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: A cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open*. 2015 Dec;5(12):e009651.
9. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC Public Health*. 2018;18(1).
10. Olsson R, Lindberg L, Kiessling A, Tønnesen H. Stark för kirurgi – stark för livet. 2017.
11. Löfven S, Strandhäll A. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (Prop. 2017/18:249). 2018.
12. Allebeck P, Burström B, Hensing G, Kristenson M. Socialmedicin - Individ, hälsa och samhälle. Lund: Studentlitteratur; 2015.
13. Elo IT. Social class differentials in health and mortality: Patterns and explanations in comparative perspective. *Annu Rev Sociol*. 2009;35:553–72.
14. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. 2003.
15. Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsovala S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. 2005.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. Hälsöekonomi och folkhälsoarbete. 2011.
17. Statistiska Centralbyrån. Inkomstrappport 2014 – Individer och hushåll. 2016.
18. Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann R. What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):951–60.
19. FORTE. Ungdomars och unga vuxnas levnadsvillkor i Sverige – En kunskapsöversikt med fokus på ojämlikhet. 2018.
20. Region Östergötland. Om mig - Ungdomars perspektiv på hälsa och livsstil. 2017.
21. Statistiska centralbyrån. Statistikdatabas Östergötland. 2018.
22. Aronsson K, Johansson A. Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland 2015. 2016.
23. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/folkhalsodata/>
24. Statistiska Centralbyrån. Arbetsmiljö 1980-2017. 2018.
25. Arbetsförmedlingen. 2018 – lägsta arbetslösheten på tio år [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://arbetsformedlingen.se/om-oss/press/pressmeddelanden?id=F60E6A26D-2D3E3ED>
26. Arbetsförmedlingen. Perspektiv på ungdomsarbetslösheten. 2016.
27. Arbetsförmedlingen. Perspektiv på arbetslösheten i olika grupper. 2017.
28. Andersson U, Carlander A, Lindgren E, Oskarson M. Sprickor i fasaden. 2017.
29. Stigendal M, Östergren P-O. Malmös väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa. 2013.
30. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6).
31. Eriksson M. Socialt kapital och hälsa - förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner. *Soc Med Tidskr*. 2012;4(5):332–46.
32. Maslow A. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1970.
33. Folkhälsomyndigheten. Livsmiljö, trygghet, säkerhet [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 15]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/metoder-och-planeringsverktyg/planeringsverktyg/halsogeografi-och-gis/livsmiljo-trygghet-sakerhet/>
34. Trygghetskommissionen. Aktivera samhället mot livskvalitetsbrott. 2018.
35. Skolinspektionen. Skolenkäten hösten 2017. Resultatredovisning för Skolenkäten till elever i årskurs 5 och årskurs 9 samt år 2 i gymnasieskolan. 2017.
36. Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för att stärka jämställdhetsarbetet på lokal och regional nivå 2018–2020. 2018.
37. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor, Östergötlands län. 2018.
38. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt. 2016.
39. Wilkinson RG. Health, Hierarchy, and Social Anxiety. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;896(1):48–63.
40. Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. New York: Routledge; 1996.
41. Kristenson M. Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa. 2017.
42. Institute for Health Metrics and Evaluation. Sweden [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <http://www.healthdata.org/sweden>
43. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 *Lancet*. 2018;392:1923–94.
44. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
45. World Health Organization. Noncommunicable Diseases. 2017.
46. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>
47. Folkhälsomyndigheten. Hälsa för alla - för att nå de globala hållbarhetsmålen [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 8]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2018/april/halsa-for-alla-for-att-na-de-globala-hallbarhetsmalen/>
48. EU. Förordningar. Europeiska unionens officiella tidning [Internet]. 2014; Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>
49. Egen beräkning utifrån WHO global report on trends in tobacco smoking.
50. Socialstyrelsen. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. 2014.
51. Egen beräkning utifrån opublicerade data från Hälsa på lika villkor.
52. Socialstyrelsen. Konsumtion av frukt och grönt [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 19]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ofolkhalsa/konsumtionavfruktochgront>

53. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. 2012.
54. Livsmedelsverket. Matvanor och sjukdom [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 21]. Available from: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/matvanor-sjukdom>
55. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30(3):427–32.
56. Ekblom-Bak E, Ekblom Ö, Andersson G, Wallin P, Söderling J, Hemmingsson E, et al. Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scand J Med Sci Sport*. 2019;29(2):232–9.
57. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 Grundrapport. 2018.
58. Ekblom-Bak E. Långvarigt Stillasittande. Stockholm: Studentlitteratur; 2013.
59. Folkhälsomyndigheten. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet [Internet]. 2017. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fca5fe1089abe/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf>
60. Folkhälsomyndigheten. Hälsoeffekter rökning [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/tobak/haloeffekter-rokning/>
61. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Tobaksvanor i Sverige-tobakskonsumtionen i siffror med fokus på år 2017. 2018.
62. Folkhälsomyndigheten. Snusbruk och hälsorisker [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/tobak/snusbruk-och-halsorisker/>
63. Riddargatan 1. Vad är riskbruk och beroende? [Internet]. [cited 2019 Mar 22]. Available from: <http://riddargatan1.se/audit/riskbruk>
64. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Trender i dryckesmönster. 2017.
65. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Skolelevs drogvänor 2018. 2018.
66. Sundin E, Landberg J, Ramstedt M. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak. 2017.
67. PRODIS. Varför dopning? [Internet]. [cited 2019 Feb 8]. Available from: <https://www.renhardtraning.com/vem-dopar-sig>
68. Region Örebro län. Dopning - Översikt, vård och behandling samt idéskiss till ett nationellt kompetenscentrum. 2016.
69. Folkhälsomyndigheten. Spelproblem – hur vanligt är det? 2017.
70. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391:2642–92.
71. Folkhälsomyndigheten. Klamydiainfektion [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 8]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visuallisering-sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/>
72. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Starka samband mellan levnadsvanor och skolprestationer. 2011.
73. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016." 2016.
74. Torgerson J, Risö Bergerlind L-L. Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom. *Läkartidningen* [Internet]. 2018;115(E6AM). Available from: <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/AM/%5BE6AM%5D/E6AM.pdf>
75. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. 2014.
76. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. 2009.
77. Statens offentliga utredningar. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). 2017.
78. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Det sociala ursprungets betydelse för levnadsvanor och hälsa. 2010.
79. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. 2018.
80. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016;17:95–107.
81. Kaikkonen JE, Mikkilä V, Magnussen CG, Juonala M, Viikari JSA, Raitakari OT. Does childhood nutrition influence adult cardiovascular disease risk?--insights from the Young Finns Study. *Ann Med*. 2013;45(2):120–8.
82. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*. 2010;17(2):110–9.
83. Nationell samordnare inom området psykisk hälsa. Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020. Fem fokusområden fem år framåt. 2018.
84. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. 2013.
85. Folkhälsomyndigheten. Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på? 2019.
86. Socialstyrelsen. Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. 2013.
87. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness-An interview study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(2):100–6.
88. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009 – 2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;71–9.
89. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders : findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575–86.
90. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenber L, Seligman B, Stein AZ, & Weinstein C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. 2011.
91. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för diagnoser i specialiserad öppenvård [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 21]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoser-specialiseradoppenvard>
92. Transportstyrelsen. Officiell statistik [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 22]. Available from: <https://transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/Olycksstatistik/officiell-statistik-polisrapporterad/>
93. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. 2018.
94. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>
95. Folkhälsomyndigheten. Ojämligheter i psykisk hälsa-kunskaps-sammanställning. 2019.
96. Region Östergötland. Vårdatalagret Östergötland.
97. Befolkningenkät om psykisk hälsa i Östergötland. Östgötens psykiska hälsa.
98. Westin J. Antidepressiva läkemedel ökar kraftigt bland barn. *Vårdfokus*. 2018.
99. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna- till och med 2016. 2017.
100. Försäkringskassan. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. 2017.
101. Försäkringskassan. Psykisk ohälsa bakom nästan hälften av alla pågående sjukskrivningar [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 8]. Available from: https://www.forsakringskassan.se/ut/p/z0/LcixCoAgEIDhZ2lwjFMagjbfQlziyKMkPY8Ue_0cmn6-Hzw481w9nt-hiYUzD7j3yJtguZRar9FG4EbdK-0NVctfYSWkZqH8yhUAJORCPk2ezG-m00yG2nD7-QCkQ!/
102. Inera AB. Intygsstatistik [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://statistik.intygstjanster.se/#/nationell/oversikt>
103. Pearlin LI, Schooler C. The Structure of Coping. *J Health Soc Behav*. 2006;19(1):2–21.
104. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.

105. Ursin H, Eriksen H. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29(5):567–92.
106. Folkhälsomyndigheten. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utveckling under perioden 1985–2014. 2018.
107. Gustafsson J-E, Allodi M Westling, Alin Åkerman B, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S, Granlund M, Gustafsson P, Ljungdahl S, Ogden T, Persson RS. Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P. Ljungdahl, S., Ogden, T., Persson RS. School, Learning and Mental Health: a systematic review. Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsokommittén. 2010.
108. Skolverket. Slutbetyg i grundskolan, våren 2018. 2018.
109. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. 2014.
110. Försäkringskassan. Svar på regeringsuppdrag. Rapport - Uppföljning av sjukfrånvarans utveckling 2017. Sjuk- och rehabiliteringspenning.
111. Insitutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. 2011.
112. FORTE. Ångest och depression hos äldre. 2017.
113. Statistiska Centralbyrån. Hushåll i Sverige [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/hushall-i-sverige/>
114. Federcasa Italian Housing Federation. Housing Statistics in the European Union 2005/2006. 2006.
115. Statistiska centralbyrån. Nästan 300 000 ensamma i Sverige [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 25]. Available from: https://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Nastan-300-000-ensamma-i-Sverige/
116. Wånell SE, Agahi N, Lennartsson C, Österman J. Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer. *Soc Med Tidsskr*. 2010;87(3):175–81.
117. Statistiska centralbyrån. Medellivslängden i Sverige [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
118. Gapminder. Data [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 15]. Available from: <https://www.gapminder.org/data/>
119. Statistiska centralbyrån. Befolkningsprognos för Sverige [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/>
120. Egen beräkning utifrån data från Statistiska centralbyrån.
121. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2017–2060. 2017.
122. Läns-SLAKO Östergötland. Äldrerapport för Östergötland 2011. 2012.
123. Region Östergötland. Vägar och verklighet. 2016.
124. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Hemtjänst, vård och omsorgsboende eller mitt emellan? 2015.
125. Statens folkhälsoinstitut. Det är aldrig för sent! 2009.
126. Statens folkhälsoinstitut. Det är aldrig för sent! Ett utbildningsmaterial om hälsosamt åldrande. 2010.
127. World Health Organization. World report on ageing and health. 2015.
128. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2017. 2017.
129. Nägga K, Dong HJ, Marcusson J, Skoglund SO, Wressle E. Health-related factors associated with hospitalization for old people: Comparisons of elderly aged 85 in a population cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2011; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.023>
130. Kunskapsguiden. Vanligaste sjukdomarna hos äldre personer [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 7]. Available from: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Levnadsvanor/Sidor/Sjukdomsforebyggande-atgarder-de-vanligaste-sjukdomarna-hos-aldre-personer.aspx>
131. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom. 2018.
132. Taraldsen K, Helbostad JL, Saltvedt I. Fysisk aktivitet vid demens. In: FySS 2017. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
133. Hjärnfonden. Forskarnas 10 enkla sätt att förebygga demens [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://www.hjarnfonden.se/2017/08/forskarnas-10-enkla-satt-att-forebygga-demens/>
134. World Health Organization. Urban green spaces and health - A review of evidence. 2016.
135. Whear R, Coon JT, Bethel A, Abbott R, Stein K, Garside R. What Is the Impact of Using Outdoor Spaces Such as Gardens on the Physical and Mental Well-Being of Those With Dementia? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2014;15:697–705. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.013>
136. Gonzalez MT, Kirkevold M. Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: A modified scoping review. *J Clin Nurs*. 2014;23:2698–715.
137. Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, Park H, Okuizumi H, Honda T, et al. Effectiveness of horticultural therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med* [Internet]. 2014;22:930–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.08.009>
138. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för äldreomsorg [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg>
139. Nejman F. Gamla dör innan de får boende [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <https://www.hemhyra.se/nyheter/gamla-dor-innan-de-far-boende/>
140. KOLADA. Kommun- och landstingsdatabasen [Internet]. Available from: <https://www.kolada.se>
141. Sveriges kommuner och landsting. KPP - databas för somatisk slutenvård [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 28]. Available from: https://statva.skl.se/SASVisualAnalyticsViewer/guest.jsp?reportPath=/Web/Prod/Rapporter/Publik/KPP/&reportName=KPP_somatik_pub_sv1&commentsEnabled=false&appSwitcherDisabled=true&propertiesEnabled=false&reportViewOnly=true%0A
142. Buettner D, Skemp S. Blue Zones: Lessons From the World's Longest Lived. *Am J Lifestyle Med*. 2016;10(5):318–21.
143. Folkhälsomyndigheten, FORTE, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Myndigheten för delaktighet. Digital teknik för social delaktighet bland äldre personer. 2018.
144. Emtinger BG, Jenni F. Vårdmodeller sköra äldre. 2016.
145. Statistiska centralbyrån. Befolkningens IT-användning.
146. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). 2016.
147. Statistiska centralbyrån. Ideellt arbete vanligt i Norden [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 7]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/ideellt-arbete-vanligt-i-norden/>
148. Frändin K, Helbostad JL. Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre. In: FySS 2017. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
149. Socialstyrelsen. Patientregistret [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>
150. Socialstyrelsen. Statistik om fallolyckor i din region [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/falloolyckor/statistikomfallolyckor>
151. Socialstyrelsen. Minska risken för undernäring [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risiker/varskadeomraden/undernaring>
152. Westergren A, Hagell P, Sjö Dahl Hammarlund C. Undernäring och fallrisk. *Svensk geriatrik*. 2014;(1):11–4.
153. Folkhälsomyndigheten Östergötland. Munhälsa och tandvård för äldre [Internet]. [cited 2019 Feb 6]. Available from: <http://www.folkhalsomyndighetenostergotland.se/munhalsa-och-tandvard-for-aldre/?cn-reloaded=1>
154. Svenska Demensregistret. Årsrapport 2017. 2017.
155. Tronje Hansson L, Gahnberg L, Hägglin C, Odebo L. "Skör och äldre – vad händer med tänder?". 2013.
156. Socialstyrelsen. Bättre tandhälsa - men skillnader finns [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/battretandhalsamenskillnaderfinns>

Datakällor, indikatorer och statistisk metod

DATAKÄLLOR

Folkhälsomyndigheten

- **Hälsa på lika villkor:** Hälsa på lika villkor är en nationell folkhälsoenkät som görs löpande sedan 2004. Undersökningen är frivillig och enkäten skickas till ett slumpmässigt urval av personer 16–84 år. Syftet med undersökningen är att visa befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Region Östergötland har valt att göra tilläggsurval vissa år för att öka underlaget.
- **Folkhälsodata:** Databas som består av uppgifter från flera olika delar: Antibiotikastatistik, Indikatorer efter folkhälsopolitikens tidigare 11 målområden, Nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor), Nationella miljöhälsoenkäten samt Skolbarns hälsovanor.
- **STI-statistik** (Statistik för sexuellt överförda infektioner): Alla sexuellt överförda infektioner anmäls med avpersonifierad kod till Folkhälsomyndigheten och till smittskyddsläkaren i respektive landsting/region.

Region Östergötland

- **Landstingsenkäten 1991-1997:** Undersökning genomförd av f.d. Landstinget i Östergötland för att kartlägga befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvård samt deras egen hälsa. Enkäten skickades till ett slumpmässigt urval av personer 16–85 år.
- **Om Mig:** Om mig är en webbenkät om hälsa och livsstil till ungdomar i årskurs 8 i grundskolan och årskurs 2 i gymnasieskolan i Östergötland. Enkäten är ett samarbete mellan länets kommuner, Länsstyrelsen Östergötland och Region Östergötland.
- **Vårddatalagret:** Vårddatalagret är Region Östergötlands administrativa databas som innehåller individdata om sjukvårdskonsumtion. I vårdatalagret finns uppgifter om inläggningar, läkarbesök och sjukvårdande behandlingar per enskild person. För inläggningar och läkarbesök finns diagnoser och för sjukvårdande kontakter finns typ av kontakt, vårdgivarkategori samt sjukvårdsområde.
- **Östgötens psykiska hälsa:** Östgötens psykiska hälsa är en enkät om psykisk hälsa och ohälsa, vårdbehov, sjukvård och behandling. Enkäten skickades till ett slumpmässigt kommunstratifierat urval av personer 18–84 år.

Statistiska centralbyrån (SCB)

- **Befolkningsprognoser:** Beräknas efter beställning av SCB för Östergötlands län och länets tretton kommuner.
- **Statistikdatabasen:** Officiell statistik från SCB och andra myndigheter.
- **Statistikdatabas Östergötland:** Statistikdatabasen Östergötland finns fysiskt hos SCB och innehåller mikrodata för personer boende i Östergötland. Här finns information om bland annat utbildning och inkomst.

Socialstyrelsen (SoS)

- **Cancerregistret:** Är ett lagstadgat hälsodataregister som innehåller data om tumörer (elakartade och även vissa tillstånd som är godartade, premaligna eller har oklar malignitetspotential).
- **Dödsorsaksregistret:** Är ett lagstadgat hälsodataregister som omfattar alla avlidna personer där dödsfallet inträffat i Sverige eller dödsfallet inträffat utomlands men personen var folkbokförd i Sverige.
- **Patientregistret:** Är ett lagstadgat hälsodataregister som innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård, uppgifter om patienter som behandlats av läkare (exklusive primärvård) samt diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård.
- **Hjärtinfarkt- och strokestatistik:** Statistiken omfattar samtliga personer i åldrarna 20 år och äldre som haft en stroke eller en akut hjärtinfarkt enligt rapporteringen till patient- eller dödsorsaksregistret.
- **Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor:** Uppgifter samlas via banhälsovården. Informationen journalförs vid ordinarie besök på BVC och sammanställs en gång per år. Statistiken samlas in på kommunnivå.

Övriga

- **Arbetsförmedlingen:** Från Arbetsförmedlingen har statistik över arbetslöshet i Östergötland hämtats.
- **Försäkringskassan:** Från försäkringskassan har statistik över sjukskrivning i Östergötland hämtats.
- **Intygsstatistik:** Statistiktjänst från Inera AB som redogör för sjukskrivningar i Sverige nationellt och för landets landsting/regioner samt vårdenheter.
- **KOLADA:** Innehåller nyckeltal för att följa kommunernas och regionernas verksamheter som bygger på nationell statistik från de statistikansvariga myndigheterna men också uppgifter från andra källor.

INDIKATORER

Bakgrund

- **Svensk bakgrund:** Född i Sverige med en eller två föräldrar födda i Sverige eller född utomlands med två föräldrar födda i Sverige.
- **Utländsk bakgrund:** Född utomlands eller född i Sverige med båda föräldrar födda utomlands.
- **Att tänka på:** resultaten baseras på enkätstudier där personer med utländsk bakgrund är underrepresenterade. Speciellt gäller detta personer som nyligen invandrat och personer som inte talar svenska.

Inkomst

- **Disponibel inkomst per individ:** Här ingår alla inkomster och transfereringar efter skatt (lön, sjukpenning, föräldrapenning, A-kassa, pension, barnbidrag, bostadsbidrag, kapitalinkomster med mera).
- **Disponibel inkomst per konsumtionsenhet för hushåll:** Används för att kunna jämföra olika typer av hushåll. Varje person i hushållet tilldelas en konsumtionsvikt och den disponibla inkomsten divideras med summan av vikterna för hushållets medlemmar och kallas också ekonomisk standard.
- **Inkomstnivåer:**

Medianinkomst: I Sverige år 2016 var disponibel medianinkomst per konsumtionsenhet 242 400 kronor och per individ 251 800 kronor.

Låg inkomst: har en inkomst lägre än 60 procent av medianinkomsten.

Medelinkomst: har en inkomst mellan 80 procent till 120 procent av medianinkomsten.

Hög inkomst: har en inkomst högre än 140 procent av medianinkomsten.

Ekonomisk utsatthet: hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet är lägre än 60 procent av median.

Självskattad hälsa

- Visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Frågan ställs på en femgradig skala men har grupperats inför redovisning.

God hälsa: Mycket bra och bra

Någorlunda hälsa: Någorlunda

Dålig hälsa: Dålig och mycket dålig

Ålder:

- För att redovisningen av **individens inkomst** ska bli likvärdig vid jämförelse redovisas inkomstgrupperna i de flesta fall för åldrar mellan 30 och 64 år. Det är större sannolikhet att personer i dessa åldrar har en (fast) inkomst som inte påverkas av till exempel parallella studier eller har sjunkit på grund av pension. Detta hade annars kunnat resultera i att låginkomstgruppen blir större än vad den egentligen är. I kapitel 4 redovisas äldres inkomstnivåer.
- För att redovisningen av **utbildningsnivå** ska vara så korrekt som möjligt redovisas det för personer mellan 30 och 64 år. För den yngre befolkningen är det större sannolikhet att vid 30 års ålder ha hunnit slutföra studierna. För de äldre har skolsystemet ändrats. Det finns också en större andel som inte har mer än förgymnasial utbildning på grund av att traditionerna och samhällets behov var annorlunda förr. Detta hade kunnat göra att äldre och studenter blivit överrepresenterade i gruppen med förgymnasial utbildning om de inte rensats bort, vilket hade kunnat ge missvisande resultat när samband av utbildningsnivå analyseras mot andra faktorer.

Kapitel 1 - Livsvillkor indikatorer

- **Förtida död:** Förtida död innebär att ett dödsfall inträffar före en ålder som är rimlig för de allra flesta att uppnå.
- **Förväntad medellivslängd vid 30 års ålder:** Anger hur länge en person som är 30 år gammal förväntas leva i genomsnitt om dödligheten förblir densamma.

Kapitel 2 – Levnadsvanor indikatorer

- **Fysisk aktivitet minst 150 minuter:** Vardagsmotion minst 150 minuter per vecka eller fysisk träning med hög intensitet minst 75 minuter i veckan.
- **Stillasittande:** Sitter ett normalt dygn 10 timmar eller mer.
- **Lågt intag av frukt och grönsaker:** Personer som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan.
- **Riskbruk av alkohol:** Summaindex som kan anta värdet 0-12, där värde högre än 4 för kvinnor och högre än 5 för män anses vara riskkonsumtion. Index härstammar från AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test).
- **Spelmissbruk:** Personer som spelat om pengar de senaste 12 månaderna och samtidigt, ibland eller oftare, antingen spelat för mer än man haft råd med och/eller behövt spela för större summor för att få spänning och/eller försökt spela tillbaka pengar man förlorat och/eller lånat pengar med mera för att kunna spela.
- **Övervikt och fetma:** Personer som har ett BMI som är 25 eller högre. Body mass index är ett internationellt mått som används för att gruppera kroppsvikt och räknas ut genom att dividera kroppsvikten (i kg) med längden (i cm) upphöjt till två.
- **Ohälsosam levnadsvana:** Ohälsosamma levnadsvanor är lågt intag av frukt och grönsaker, otillräcklig fysisk aktivitet, stillasittande, daglig rökning, riskbruk av alkohol, cannabisanvändning, dopning och spelmissbruk.
- **Förlorade levnadsår:** Förlorade levnadsår mäter skillnaden mellan ålder vid dödsfallet och medellivslängd. För männen är medellivslängden 80,5 år och för kvinnor 84,1 år i Östergötland år 2013-2017.

STATISTIK

- **Glidande medelvärde:** Glidande medelvärden används för att utjämna oregelbundenhet i en tidserie. I rapporten har 3 på varandra följande tal i tidsserien beräknats. För varje ny beräkning slopas det första av de 3 talen i den föregående beräkningen och tillkommer det tal som följer omedelbart efter det sista talet i den beräkningen.
- **Incidens:** Antal nya fall av en sjukdom i befolkningen under en viss tidsperiod.
- **Konfidensintervall:** Anger med en viss sannolikhet inom vilket intervall det sanna värdet ligger. Sannolikheten som används i denna rapport är 95 procent. Konfidensintervall som inte överlappar varandra anger att det finns signifikanta skillnader mellan jämförda grupper. Intervall markeras på figurer som en lodrätt linje på respektive stapel.
- **Median:** Är värdet som delar observationerna i två lika stora delar förutsatt att observationerna är sorterade efter storlek. Det vill säga att 50 procent av observationer ligger under medianen och 50 procent över.
- **Per 100 000:** Att redovisa per 100 000 invånare ger möjlighet att på ett likvärdigt sätt jämföra populationer av varierande storlek och/eller över tid.
- **Percentiler:** Är de variabelvärden som delar upp datamaterialet i hundra lika stora delar, efter att observationerna ordnats efter storlek. Till exempel är percentil 20 det värdet som delar så att 20 procent av observationerna ligger under och 80 procent över. 50:e percentilen är samma som medianen.



Region
Östergötland