



Hälsans utveckling i Östergötland

Folkhälsorapport 2023

Rapporten är utgiven av Region Östergötland,
Folkhälso- och statistikenheten, 2023.

Region Östergötland, 581 91 Linköping
Telefon 010-103 00 00
E-post region@regionostergotland.se
Webbplats www.regionostergotland.se

Layout The Compadres kommunikationsbyrå
Foto Victoria Fomichov, Nicklas Ebermark, Östgötatrafiken, Bildbyrån,
Region Östergötland, Mostphotos, Shutterstock, Unsplash
Tryck Ringqvist Tryckeri AB



Sammanfattning

Hälsan blir bättre för många men klyftorna ökar

Detta är den andra folkhälsorapporten i Östergötland sedan Östgotakommissionens rapport om jämlik hälsa 2014. Även denna rapport visar att hälsan blir bättre för många, men inte för alla. Den ekonomiska ojämlikheten fortsätter att öka och svenska välfärdssystemets kompensatoriska insatser är inte tillräckliga för att påverka skillnaderna i livsvillkor och hälsa i rätt riktning.

Den ekonomiska standarden har ökat i befolkningen, men det har också skillnaderna. De med högst inkomst ökar sin inkomst mest. Sverige är det land i Västeuropa där tillgångar i form av förmögenhet är mest ojämnt fördelade. Samtidigt som den ekonomiska standarden har ökat i befolkningen har andelen med låg ekonomisk standard mer än fördubblats sedan början av 1990-talet. Särskilt hög är den bland arbetslösa. Av de som arbetar är det vanligast med låg ekonomisk standard bland ensamstående mödrar, yngre vuxna och utlandsfödda.

De socioekonomiska skillnaderna i hälsa är stora och ökande. De återkommer för alla mått på socioekonomisk status, bland annat utbildning, arbete och inkomst, och är idag tydligast för inkomst. Skillnaderna finns inom nästan alla hälsoområden, så att lägre socioekonomisk status är förenat med kortare livslängd och högre sjuklighet och död i hjärt-kärlsjukdom, cancer och covid-19. Lägre socioekonomisk status är också förenat med mer psykisk ohälsa, fler självmord, högre ohälsotal, mer karies och lägre självskattad hälsa. I alla dessa fall följer skillnaderna en social gradient, där hälsan är gradvis sämre ju lägre den socioekonomiska statusen är.

Det finns också skillnader i hälsa mellan andra grupper, till exempel har utrikesfödda bättre hälsa än inrikesfödda de första fem åren i Sverige. Ohälsan ökar dock med längre vistelsetid.

Grupper med funktionsnedsättning har betydligt lägre självskattad hälsa än befolkningen i stort. Sexuell läggning i form av HBTQI eller könsöverskridande identitet är kopplad till högre ohälsa, inte minst bland unga. Ett problem som gäller för alla dessa grupper är dock bristande dataunderlag.

Levnadsvanor är viktiga bestämningsfaktorer för hälsan. Två tredjedelar av befolkningen i Östergötland har minst en ohälsosam levnadsvana. De vanligaste är fysisk inaktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker. Rökningen fortsätter att minska medan övriga levnadsvanor har varit relativt oförändrade över tid, även under pandemiåren. För alla levnadsvanor utom riskbruk av alkohol finns det skillnader mellan grupper med olika socioekonomisk status; andelen med otillräcklig fysisk aktivitet, lågt intag av frukt och grönsaker och andelen dagliga rökare är högre bland personer med kort utbildning eller låg inkomst jämfört med de med lång utbildning eller hög inkomst. Riskbruk av alkohol är inte vanligare vid lägre socioekonomisk status, däremot är risken för beroende och sociala konsekvenser högre i den gruppen.

Den psykiska ohälsan fortsätter att öka. Bland unga finns det indikationer på att både lindriga psykiska besvär och behovet av specialistsjukvård har ökat. Bland personer i arbetsför ålder har konsumtionen av psykofarmaka ökat. I den gruppen har också andelen sjukskrivna för psykiatriska besvär ökat, i synnerhet stressrelaterade besvär. Bland de äldre åldersgrupperna, främst 80-åringar och uppåt, finns en hög och ökande andel som diagnostiseras och behandlas med läkemedel för depression. För flera av de ovanstående trenderna är kvinnor överrepresenterade. Andra utsatta grupper, exempelvis HBTQI-personer och etniska minoriteter, är också överrepresenterade i statistiken över psykisk ohälsa.

Andelen äldre i befolkningen ökar, särskilt de som är 90 år och äldre. En majoritet av den äldre befolkningen skattar sin hälsa som god, men även i denna åldersgrupp finns stora skillnader kopplat till socioekonomisk status. Lägre inkomst är förenat med sämre självskattad hälsa och äldre med dålig ekonomi rapporterar i lägre utsträckning känsla av meningsfullhet.

Mer än var tredje person i gruppen äldre äldre (85 år och uppåt) anger att de har besvär av ensamhet och isolering. Framför allt kvinnor, personer med utländsk bakgrund och personer med låg inkomst uppger att de har besvär av ensamhet. Samtidigt uppger sju av Östergötlands 13 kommuner att de har brister i utbudet av särskilt boende för äldre, och väntetiden till särskilt boende skiljer sig åt mellan olika kommuner i länet.

Utsatta livsvillkor kan återskapa utsatthet

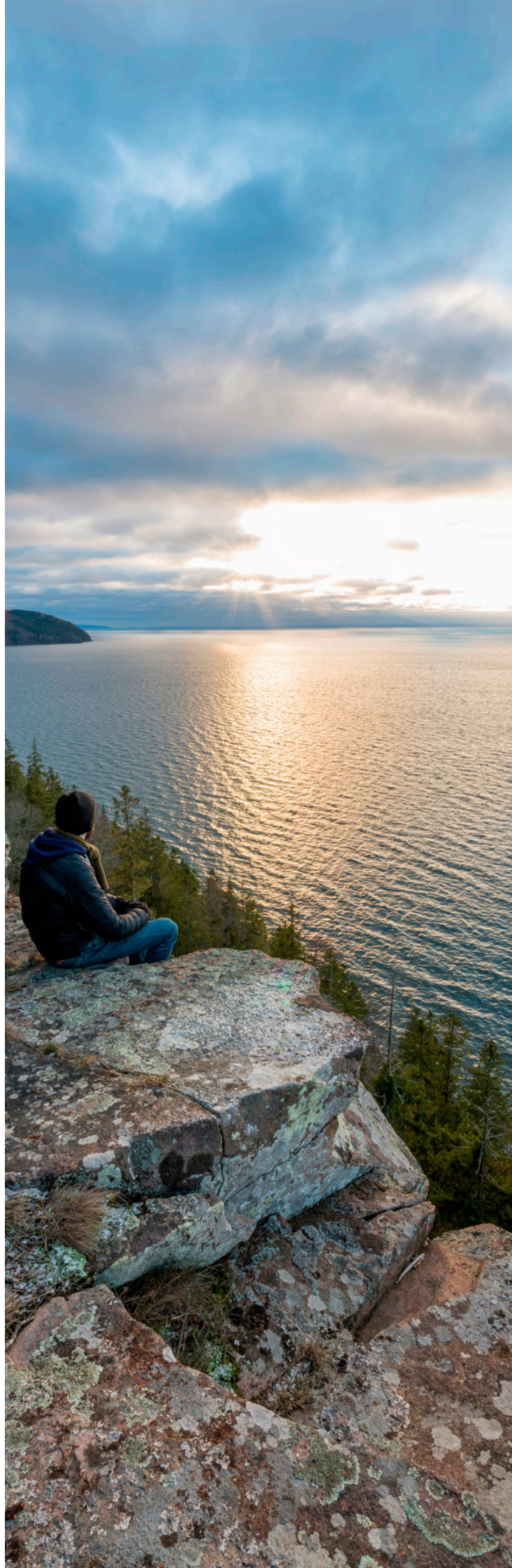
Utsatta livsvillkor tenderar att reproduceras om inte aktiva insatser görs för att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa (såsom Sveriges riksdag beslutade om 2018). Lägre socioekonomisk status är ofta förenat med mer utsatta livsvillkor i form av sämre arbetsmiljö, tunnare sociala nätverk, mindre socialt stöd samt lägre tillit till andra, tilltro till egen förmåga, hopp och framtidstro. Utsatta livsvillkor i form av fattigdom, avbruten skolgång eller långtidsarbetslöshet kan därtill successivt leda till allvarliga sociala konsekvenser i form av missbruk och beroende som, i sin tur, får negativa konsekvenser på utbildning, försörjning, stigma, utanförskap, marginalisering, våld samt kriminalitet. Inte minst kan det leda till en förlust av tilltron till den egna förmågan, tilliten till andra och till samhället.

Förebyggande insatser är avgörande

För att bryta denna form av självgenererande onda cirklar är det nödvändigt att stärka de förebyggande och hälsofrämjande insatserna, på alla nivåer. Många aktörer i samhället har under senare år utvecklat förebyggande insatser för att stärka individer, särskilt när det gäller levnadsvanor, och de insatserna behöver fortsätta. Därtill krävs strukturella insatser för att skapa goda livsvillkor för alla gällande uppväxtvillkor, skola, arbete med ekonomisk trygghet och en hållbar välfärd. Förslag på hur det kan göras finns beskrivna i Östgötakommissionens slutrapport från 2014, i riksdagens beslut från 2018 om att sluta de undvikbara hälsoklyftorna inom en generation och i *Folkhälsostategi – för god och jämlik hälsa i Östergötland* som antogs 2022.

En gemensam satsning krävs

Sedan Region Östergötlands senaste folkhälsorapport 2019 har det skett en dramatisk utveckling i samhället. Vi lever i en ny tid med flera, samtidiga, utmaningar i form av en utdragen pandemi, ett krig i närområdet och alltmer påtagliga tecken på en klimatkris. Dessutom befinner vi oss i en lågkonjunktur med allt fler tecken på en tilltagande fattigdom i landet. För att möta dessa utmaningar är det nödvändigt med en gemensam satsning på det hållbara samhället. I slutet av denna rapport finns en beskrivning av hur man internationellt arbetar med det som kallas välbefinnandets ekonomi (Wellbeing Economy) och hur det skapar synergieffekter mellan ekonomisk, ekologisk och social hållbarhet, för ett hållbart samhälle, en hållbar ekonomi och en god och jämlik hälsa.





Introduktion

Stora och ökande hälsoklyftor i Östergötland

Precis som övriga landet har Östergötland stora och ökande socioekonomiska skillnader i hälsa. Det framkom i Östgöta-kommissionens slutrapport 2014^[1] och var även tydligt i Region Östergötlands folkhälsorapport 2019^[2]. Skillnaderna har ökat successivt sedan mitten av 1980-talet, då Sverige var ett av världens mest jämlika länder. I dag är vi inte längre det. Skillnader i hälsa finns mellan kommuner, men också inom kommuner mellan grupper med olika nivåer av utbildning eller inkomst.

En rad nationella rapporter under de senaste åren, senast Folkhälsomyndighetens årsrapport från 2022^[3], har beskrivit att hälsoutvecklingen är positiv för de som har goda livsvillkor, oftast mätt i form av socioekonomisk status i form av utbildning eller inkomst medan hälsan försämras för dem med mer utsatta livsvillkor. Det är sedan tidigare klarlagt att människor med lägre socioekonomisk situation har sämre hälsa med kortare livslängd samt mer förtida sjukdom och död i de stora folksjukdomarna.^[4,5] Pandemin har ytterligare belyst ojämlikheten i hälsa, eftersom de med utsatt livssituation har drabbats hårdast både när det gäller risken att bli sjuk i svår covid-19 och de indirekta hälsoeffekterna av åtgärder för att minska smittspridningen.

Vad beror utvecklingen på?

Det finns idag en omfattande internationell och nationell forskning kring orsaker till skillnader i hälsa och dess utveckling.^[4,6-9] Den visar att dessa är komplexa och innefattar faktorer både i samhället, på olika nivåer, och hos individen. Östgöta-kommissionen^[1] sammanfattade i en grafisk modell hur hälsans bestämningsfaktorer hänger samman och tillsammans påverkar skillnaderna i hälsa (bild 1).

De tre yttersta ringarna i modellen illustrerar individens livsvillkor. Två av dem, de orangefärgade områdena, är strukturella faktorer på samhällsnivå som är direkt politiskt påverkbara. Den yttersta ringen beskriver *samhällsutveckling*

och innefattar demokrati, fördelningar av resurser, utveckling och finansiering av välfärdssystem liksom insatser för att värna miljö och klimat. Nästa ring illustrerar de *samhällsarenor* där människor föds, lever, verkar och dör. Exempel på sådana arenor är boende, närmiljö, fritid, kultur och föreningsliv, skola och utbildning, arbete och försörjning, hälso- och sjukvård, omsorg samt socialt arbete. Dessa arenor utgör grunden för vårt vardagsliv och vår hälsa.

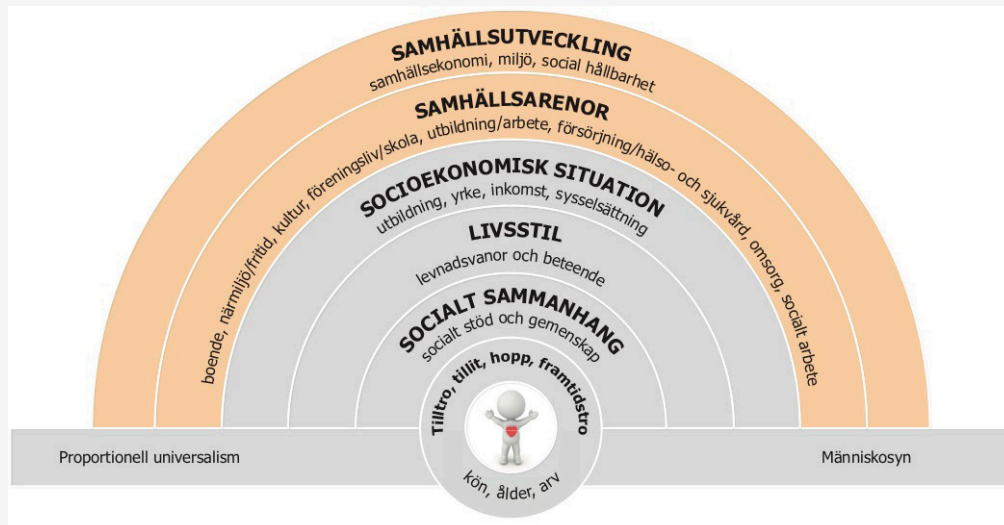
De grå, inre ringarna beskriver individuella faktorer. Den yttersta av de grå ringarna beskriver *individens socioekonomiska situation*, också kallad socioekonomisk status, och syftar på faktorer som utbildning, yrke, inkomst och sysselsättning. Individens socioekonomiska status är beroende av de strukturella faktorerna på samhällsnivå i de två yttre ringarna, och påverkar i nästa steg individens livsstil och psykosociala faktorer, det vill säga de inre ringarna.

Vår *livsstil* (levnadsvanor och beteenden) har stor påverkan på hälsan. Det gäller särskilt rökning, fysisk aktivitet, matvanor och alkoholbruk, som alla är mer ogynnsamma vid lägre socioekonomisk status. Individens levnadsvanor är inte enbart beroende av kunskap utan påverkas också av individens livsvillkor, kultur, vanor, samt av sociala sammanhang och psykologiska resurser.^[4,6-9]

De *sociala sammanhangen*, som exempelvis socialt nätverk, gemenskap och socialt stöd, har stor betydelse för hälsa och sjukdom. Tunnare sociala nätverk och bristande socialt stöd är vanligare vid lägre socioekonomisk status och är oberoende riskfaktorer för sjukdom och död. De sociala sammanhangen samverkar med *psykologiska faktorer* som tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro. Dessa faktorer är grundläggande för en god psykisk hälsa och livskvalitet men också för kroppslig hälsa. Effekten på sjukdomsrisk såsom risk för hjärtinfarkt kan kopplas till centrala biologiska processer som påverkar individens motståndskraft och genom detta risken för sjukdom och förtida död. Tillit och tilltro, hopp och framtidstro är också lägre vid lägre socioekonomisk status.^[1,6,9-11]

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.



Källa: Östgötakommisionen för folkhälsa - slutrapport, 2014.

Östgötamodellens bas utgörs av två grundläggande förhållningssätt i arbetet för jämlik hälsa. Det ena är en människosyn som utgår från alla människors lika värde. Det andra är proportionell universalism. Med proportionell universalism menas att vi återkommande ser en social gradient där hälsan och riskfaktorerna gradvis blir sämre ju mer utsatta livsvillkor människor har. Detta innebär att insatser behöver vara universella (generella) och ges till alla, men i proportion till behov – ju mer utsatt situation, desto mer intensiva, eller anpassade, insatser behövs.^[1,4,9]

Rapportens syfte och innehåll

I denna rapport beskrivs hälsoläget, utvecklingen av hälsa över tid och skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen i Östergötland. Vidare beskrivs vad skillnaderna i hälsa beror på och vad som behöver ske för att förbättra folkhälsan och minska ojämlikheterna i hälsa. Rapporten syftar till att inspirera beslutsfattare och tjänstepersoner till beslut och handling som kan skapa förutsättningar för ett Östergötland med en hållbar utveckling och minskade skillnader i hälsa, och därmed ett bättre samhälle för alla.

Den här rapporten har samma upplägg som folkhälsorapporten från 2019, det vill säga den bygger på Östgötamodellen för jämlik hälsa (bild 1) och omfattar även denna gång följande fyra områden:

1. Livsvillkor – för att de har en avgörande betydelse för hälsan och hälsans bestämningsfaktorer.
2. Levnadsvanor – för att de är centrala bestämningsfaktorer 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 den demografiska utvecklingen tydligt visar på en hög andel äldre i befolkningen, men också för att äldre är en eftersatt grupp i folkhälsosammanhang och sociala skillnader är särskilt tydliga hos äldre.

Ojämlikhet i hälsa beskrivs i denna rapport framförallt utifrån ålder, kön och socioekonomisk status såsom utbildning och inkomst, men också utifrån svensk/utländsk bakgrund. Analyserna grundas huvudsakligen på data från Östergötland.

Investera i hälsa nu

För att möta utmaningar i form av ökande ojämlikhet i hälsa är det nödvändigt att satsa på förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det individinriktade arbetet med att främja hälsosamma levnadsvanor samt stärka psykologiska resurser och social gemenskap behöver utvecklas och stärkas. Det är också nödvändigt att vi tillsammans utvecklar strukturella insatser och på så sätt skapar goda livsvillkor för alla, på de arenor där människor lever och vistas, så som på fritiden, i skolan och på arbetet. Detta gäller inte minst hälso- och sjukvården, vars uppdrag – utöver att ge bästa sjukvård – är att förebygga sjukdom och ohälsa. För att komma dit behövs ett ändrat synsätt där investeringar görs i hälsa, i större utsträckning än idag, istället för att bara betala för sjukdom. Du som beslutsfattare har möjlighet att påverka utvecklingen för en mer jämlik hälsa i Östergötland.





KAPITEL 1

Livsvillkor – grundläggande för människors hälsa

Vad menas med livsvillkor?

Begreppet livsvillkor används för att sammanfatta människors levnadsförhållanden och de förutsättningar människor har i det vardagliga livet. Livsvillkoren innefattar ekonomisk situation och trygghet, utbildning, yrke, familj och arbetsliv, tillgång till skola, arbete och hälso- och sjukvård.^[7,8]

Livsvillkor beskrivs och mäts ofta utifrån individens socioekonomiska status, i form av just utbildning, yrke eller inkomst. Livsvillkor kan även ses ur ett så kallat intersektionellt perspektiv, där flera olika faktorer som kön, ålder, etnicitet, sexuell läggning, funktionsvariationer och socioekonomiska faktorer kan interagera med varandra så att en individ eller grupp kan bli flerfaldigt missgynnad i samhället.^[7,8] På gruppnivå avspeglas det i sämre hälsoutfall.

Varför ska vi arbeta för mer jämlika livsvillkor?

Skillnader i människors livsvillkor är direkt kopplade till skillnader i hälsa och livslängd.^[4,6–9] Internationella studier har dessutom visat att jämlika livsvillkor leder till förbättrad hälsa för alla, inte bara för dem som har det sämst ställt,^[4,6–9] och att mer ojämlika samhällen leder till sämre hälsa även för dem med högst inkomst.^[6] Detta är grunden för det nationella målet om jämlik hälsa som Sveriges riksdag beslutade om i juni 2018.^[5]

Ökade ekonomiska klyftor urholkar tilliten till myndigheter och andra människor samt känslan av samhörighet och hopp om framtiden. Dessa faktorer är starkt kopplade till både fysisk och psykisk hälsa.^[4,6–11] Våld och kriminalitet har ett samband med högre social och ekonomisk ojämlikhet. Omvänt vet vi att ökad jämlikhet samvarierar med ökad tillit, känsla av samhörighet och framtidstro, och samtidigt med mindre våld, kriminalitet, polarisering och motsättningar i samhället.^[6,9]



Kapitlet i korthet

- Människors livsvillkor, oftast mätt i form av om socioekonomisk status såsom inkomst, utbildning och yrke, är grundläggande bestämningsfaktorer för hälsa.
- Skillnaderna i ekonomiska förutsättningar ökar. I Östergötland ökar skillnaderna i inkomst och Sverige har i dag de största skillnader i förmögenhet i Västeuropa
- I Östergötland finns stora och ökande skillnader i hälsa kopplat till socioekonomisk status, och dessa är tydligast för inkomst. Lägre socioekonomisk status samvarierar med kortare livslängd, tidigare insjuknande och högre dödlighet i våra stora folksjukdomar, med mer psykisk ohälsa, fler självmord, högre ohälsotal, mer karies och lägre självskattad hälsa.
- Behörighet till gymnasiet har ett tydligt samband med föräldrars utbildningsnivå, och långtidsarbetslösheten är högst bland de med förgymnasial utbildning eller födda utanför Europa.
- Utrikesfödda har bättre hälsa än inrikesfödda de första fem åren i Sverige, men ohälsan ökar med längre vistelsetid.

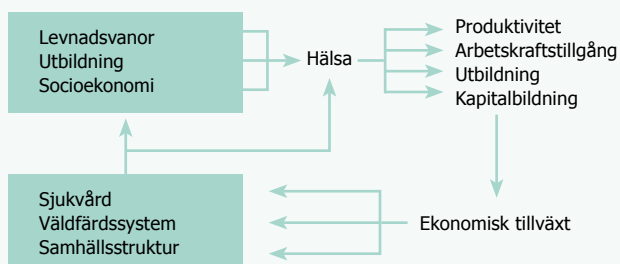
Sveriges riksdag beslutade i juni 2018 att det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken ska vara "att skapa jämlika förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation".^[5]



Samhällssystemens och individens villkor är beroende av varandra. Exempelvis är individens ekonomi beroende av tillgången till arbete, som i sin tur är beroende av samhällsekonomin. Den är i sin tur beroende av att människor kan arbeta (figur 1.1).

Figur 1.1. God hälsa i befolkningen har samband med bättre ekonomisk tillväxt.

Flödesschema som illustrerar hur befolkningens hälsa kan påverka ekonomisk tillväxt.



Källa: Hälsöekonomi och folkhälsoarbete 2011, SKL.

Sedan mycket lång tid tillbaka, har skillnaderna i både livsvillkor och hälsa varit betydligt större än i dag i vårt land. Fattigdom och svält var en orsak till massutvandring till Nordamerika för 150 år sedan. Välfärdsinsatser i form av allmän skolplikt, trygga anställningsförhållanden och bostäder för alla under 1900-talets första hälft, har tillsammans bidragit till kraftigt minskade skillnaderna i livsvillkor och samtidigt förbättrad hälsa och livslängd. Detta skedde ungefär samtidigt i hela västvärlden och framför allt i de nordiska länderna.^[12] Sverige har sedan länge varit världsledande som en av de mest utvecklade välfärdsstaterna och samtidigt ett av de mest jämlika länderna.^[13]

Sedan 1980-talet har utvecklingen också i Sverige gått mot ökade klyftor, både vad gäller materiell samt ekonomiska skillnader och skillnader i hälsa och livskvalitet. Internationella forskare beskriver en ”välfärdsparadox”, utifrån att Sverige och våra nordiska grannländer, trots utbyggda välfärdssystem, sedan lång tid har ökade skillnader i hälsa.^[14]

På samma sätt som i övriga Sverige^[8] har även Östergötland stora skillnader i hälsa mellan människor med olika livsvillkor. Det framkom i Östgötakommissionens slutrapport 2014^[1] och även i Region Östergötlands folkhälso rapport 2019.^[2] Skillnader i hälsa finns mellan kommunerna i länet, men också inom kommuner, där hälsoutvecklingen är mer positiv för de som har goda livsvillkor än för dem med mer utsatta livsvillkor.^[1,2]

Skillnader i livsvillkor mellan grupper och utveckling över tid

Den här rapporten beskriver skillnader i livsvillkor i länet. Dessa beskrivs i första hand utifrån individens socioekonomiska status, i form av inkomst och andra mått på ekonomisk standard, utifrån utbildning samt arbete och sysselsättning. Det är viktigt att se att dessa socioekonomiska mått är indirekta mått på livsvillkor och att de samband vi ser gäller på gruppnivå. En person med kort utbildning eller låg inkomst kan ha lika goda livsvillkor och bra hälsa som en person med lång utbildning eller hög inkomst – förutsatt att individen har lika goda förutsättningar i livet, såsom trygghet, försörjning och möjlighet att påverka sin tillvaro.

Utöver traditionella mått på socioekonomi beskriver vi också, där det finns data, skillnader i livsvillkor för andra utsatta grupper utifrån olika diskrimineringsgrunder så som kön, etnicitet, sexuell läggning, könsöverskridande identitet, funktionsnedsättning samt ålder.

Flera mått mäter ekonomiska förutsättningar

För att få en helhetsbild av människors och hushålls ekonomiska förutsättningar behövs flera olika mått på inkomst och ekonomisk standard. Med disponibel inkomst avses summan av alla inkomster och transfereringar (t. ex. barn- och bostadsbidrag samt försörjningsstöd) minus slutlig skatt (se förklaring av inkomst i Bilaga 1). Hushållens ekonomi påverkas också av förmögenhet, kapitalinkomster, bostadsform samt hur många medlemmar, eller konsumtionsenheter, hushållet har.



Indikatorer för att mäta inkomst, ekonomisk standard och förmögenhet:

- Hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet
- Låg ekonomisk standard
- Barn i hushåll med låg ekonomisk standard
- Skillnader i förmögenhet
- Boendeområdets socioekonomiska status
- Förändring av självskattad ekonomi under pandemin

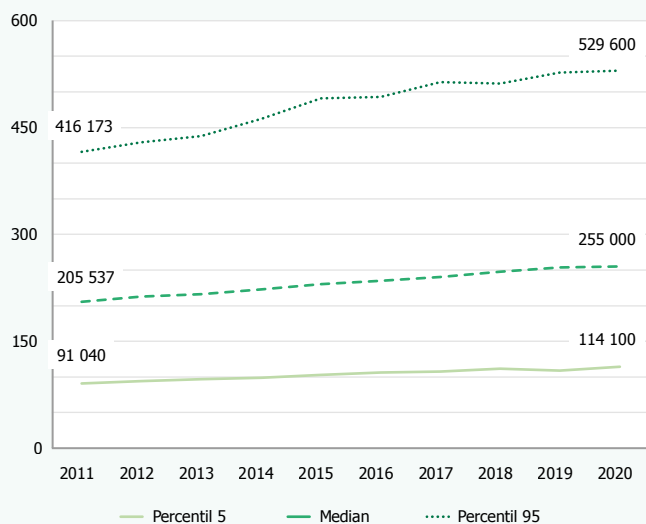
Hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet

Män har generellt högre disponibel inkomst än kvinnor. Den ekonomiska standarden, mätt som hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet, har stigit med 15 procent både på nationell nivå och i Östergötland under perioden 2011–2019, men med stor skillnad mellan grupper.^[3] Över tid har skillnaderna mellan de med högst och lägst inkomst ökat i Östergötland. Gruppen med lägst inkomst har en oförändrad låg nivå över tid, medan grupper med bra ekonomi har förbättrat sin ekonomiska standard under decenniet (figur 1.2). Hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet har ökat i alla utbildningsgrupper med undantag för kvinnor med, som högst, förgymnasial utbildningsnivå där den sjönk med en procent.

Figur 1.2. Skillnaderna i inkomst ökar i Östergötland – de med högst inkomst ökar sin inkomst mest.

Disponibel inkomst per konsumtionsenhet för hushåll (inflationsjusterad till 2020 priser) uppdelat på år i Östergötland.

Inkomst (i tusen kronor)



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

Låg ekonomisk standard och fattigdom

Låg ekonomisk standard innebär att hushållets disponibla inkomst, med hänsyn taget till hur många som bor i hushållet, är lägre än 60 procent av medianvärdet för riket. Med varaktigt låg ekonomisk standard menas att detta gäller under referensåret och minst två av de tre föregående åren (se förklaring av inkomst kategorier i Bilaga 1).

Fattigdom kan beskrivas som absolut och relativ fattigdom. Absolut fattigdom innebär en standard under en viss levnadsnivå. Relativ fattigdom, eller relativ låg ekonomisk standard, visar standarden i förhållande till hela befolkningen. I länder med en genomsnittligt hög inkomst är den relativa fattigdomen en viktig orsak till ohälsa, trots att den i många avseenden kan innebära en god levnadsstandard. Orsaken är att detta att inte ha samma ekonomiska möjligheter som andra ofta skapar skam- och skuld känslor och en känsla av utanförskap.^[6,15] I kapitlet om psykisk hälsa i denna rapport ges exempel på hur relativ fattigdom påverkar ungas självkänsla.

De ökade inkomstskillnaderna i Östergötland har lett till att andelen som lever med låg ekonomisk standard har ökat både bland vuxna och yngre barn (0–9 år) sedan 2011. Andelen med låg ekonomisk standard har mer än fördubblats sedan början av

Materiell och social fattigdom

Materiell och social fattigdom innebär att man inte har råd med en viss levnadsstandard. Det mäts genom att undersöka om personer har råd med vissa saker, till exempel att kunna betala oförutsedda utgifter eller en veckas semester per år.

En person som inte har råd med fem eller fler av de poster som ingår i definitionen lever i materiell och social fattigdom. En person som inte har råd med sju eller fler av posterna lever enligt EU:s definition i allvarig materiell och social fattigdom (se förklaring av fattigdom i Bilaga 1).

1990-talet och det finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå och födelse land.

Andelen som lever med låg ekonomisk standard har ökat bland arbetslösa. Men den har även ökat bland dem som arbetar, särskilt bland ensamstående mödrar, yngre vuxna och utlandsfödda. År 2019 hade 14 procent av Sveriges vuxna befolkning (20 år och äldre) en låg ekonomisk standard. Bland barn och ungdomar i åldern 0–19 år var siffran 20 procent.^[3]

Enligt nationella rapporter är en låg ekonomisk standard tre gånger vanligare bland barn till föräldrar med enbart förgymnasial utbildningsnivå jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå.^[16] På samma sätt finns det skillnader beroende på födelse land. Bland barn som är födda utanför Europa, är andelen som lever med låg ekonomisk standard mer än fyra gånger högre än bland inrikes födda barn.

Av dem som fick ekonomiskt bistånd i Sverige under 2021 var antalet ensamstående män utan barn störst. Näst störst var gruppen ensamstående kvinnor utan barn, därefter kom sammanboende med barn följt av ensamstående kvinnor med barn.

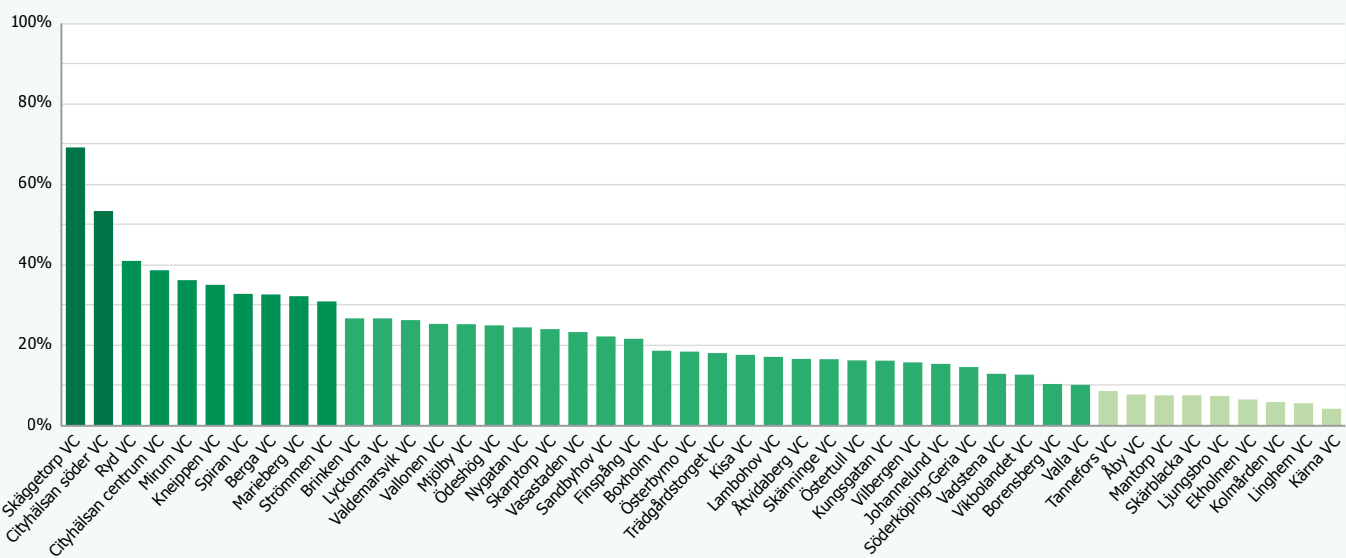
Åldersgruppen 85 år och äldre är den åldersgrupp som har lägst ekonomisk standard medan gruppen 45–64 år är den som har högst. Samtidigt är gruppen äldre mycket heterogen. Som beskrivs i kapitlet om äldre i den här rapporten är det kvinnorna som är mest utsatta för fattigdom. En del av detta kan hänföras till den låga inkomst som garantipensionen genererar för kvinnor som till stor del varit hemmafruar eller arbetat deltid i lågavlönade arbeten.





Figur 1.3. Det finns stora variationer i ekonomisk utsatthet inom Östergötland.

Andel personer med låg ekonomisk standard uppdelat på vårdcentralsområde, år 2020 i Östergötland.



Källa: Regiondatabas Östergötland, SCB.

Barn i hushåll med låg ekonomisk standard

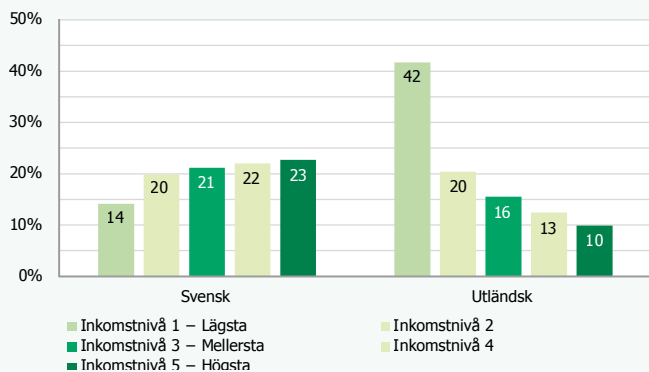
Av alla nordiska länder har Sverige högst andel barn som lever i ekonomisk utsatthet (i form av att leva med låg ekonomisk standard). I Östergötland, liksom i övriga Sverige, lever cirka 20 procent av barnen i familjer med låg ekonomisk standard. Skillnaderna inom länet är stora, med en variation på mellan 4 och 69 procent mellan olika vårdcentralsområden. Det är vanligare att leva i ekonomisk utsatthet i områden med lägre socioekonomisk status (figur 1.3).

När det gäller inkomstnivåer har över 40 procent av de med utländsk bakgrund i Östergötland inkomster i den lägsta kvintilen, jämfört med mindre än 15 procent av de med svensk bakgrund (figur 1.4).

En stor andel av föräldrarna i dessa familjer har i sitt tidigare hemland haft ett yrke baserat på en hög utbildning, men inte fått motsvarande arbete i Sverige. Situationen där individen inte får ett yrke som motsvarar uppnådd kompetens, exempelvis akademiker som kör taxi eller arbetar som städare, kallas social inkongruens och är en välkänd orsak till kronisk stress, risk för sjukdom och förtida död.^[17]

Figur 1.4. Över 40 procent av personer med utländsk bakgrund tillhör de som har lägst inkomst.

Andel personer i varje inkomstnivå uppdelat på bakgrund, år 2020 i Östergötland.



Källa: Regiondatabas Östergötland, SCB.

Individens hälsa påverkas av segregationen, eftersom en god uppväxtmiljö, familjesituation och bra boendeformer ger förutsättningar för ett hälsosamt liv. Var en person bor påverkar chanserna att få ett arbete. Det påverkar också tillgången till service så som skola, vård och omsorg, liksom fritidsaktiviteter och detaljhandel. Segregation kan, men behöver inte, vara en grogrund för kriminalitet. Långvariga sociala och ekonomiska problem är en viktig förklaring till förekomsten av brott under både ungdomsåren och de första åren som vuxen. Såväl utsattheten för brott som rädslan att drabbas för brott skiljer sig åt mellan olika bostadsområden.

Segregationens orsaker är en kombination av bostadssegmentering och olika gruppers tillgång till olika typer av boenden, förändringar i inkomstjämligheter och individens preferenser och val. Begränsningar i tillgång till bostäder gör att hushåll med begränsade ekonomiska resurser har svårare att välja var de bosätter sig. De mer resursstarka preferenser blir styrande för placeringen av olika grupper i staden.^[20]

Valdeltagande används som indikator för segregation och bristande delaktighet, vid uppföljning av de nationella målområdena för folkhälsopolitiken. Valdeltagandet varierar kraftigt mellan olika bostadsområden och valdistrikt i kommunerna. I Linköping var det 2022 högst valdeltagande i valdistriktet Berga 5 med 93,1 procent och lägst i Skäggetorp med 52,9 procent.

Förändring av självskattad ekonomi under pandemin

Enligt siffror från 2020–2021 ökade inte inkomstklyftorna under covid-19-pandemins första år. Data saknas ännu för 2021–22 och därför är det för tidigt att uttala sig om långsiktiga konsekvenser på ekonomin bland hushållen i Östergötland. Siffrorna inkluderar inte heller skillnader i förmögenhet.

När den vuxna befolkningen i Östergötland under 2021 tillfrågades om hur deras sammantagna ekonomi påverkats under pandemin visade det sig att de självskattade ekonomiska klyftorna hade ökat under pandemin.^[21] Bland både män och kvinnor var det vanligare att de som hade en bra eller mycket bra ekonomi före pandemin upplevde att ekonomin förbättrats ytterligare. De med dålig ekonomi upplevde oftare en försämrad ekonomi, (figur 1.7). Detta avspeglades även i att grupper med sämre självskattad ekonomi i högre utsträckning hade sämre självskattad ekonomi under pandemin jämfört med de med bättre självskattad ekonomi (läs mer i rapporten *Covid-19-pandemins påverkan på människors liv och hälsa i Östergötland*^[21]). Det finns alltså indikationer på att pandemin kan ha bidragit till att klyftorna ökat ytterligare.

Utbildning och sysselsättning har tydligt samband med hälsa

Utbildningsnivå har ett tydligt samband med hälsa, och viktigast är behörighet till gymnasiet. Med behörighet menas att man är behörig att söka till ett yrkesprogram. Arbete och sysselsättning är viktigt för individens och familjens ekonomiska resurser. Att ha ett arbete är dock inte uteslutande positivt för hälsan utan beror på både den fysiska och psykosociala arbetsmiljön. Den stressrelaterade ohälsan i arbetslivet ökar och är i dag en dominerande orsak till sjukskrivning. Stressrelaterad ohälsa kan även öka risken för kroppslig sjukdom, som hjärtinfarkt. Viktigast för hälsan är dock att ha ett arbete. Att vara arbetslös är en större riskfaktor än en ogynnsam arbetsmiljö, till exempel att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar eller att dö i förtid.^[22,23]



Indikatorer för att mäta utbildning, arbete och sysselsättning:

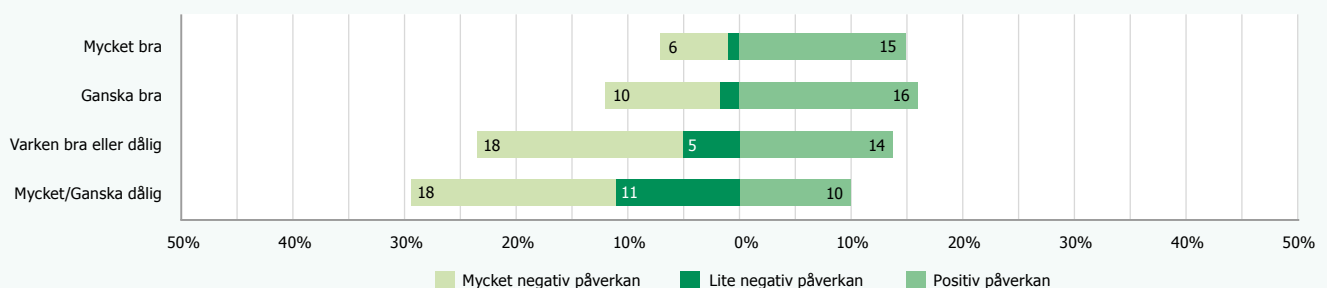
- Gymnasiebehörighet efter föräldrars utbildningsnivå
- Gymnasiebehörighet efter födelseland
- Utveckling av ungdomsarbetslöshet
- Långtidsarbetslöshet utifrån utbildningsnivå
- Långtidsarbetslöshet efter födelseland



Figur 1.7. Personer med dålig självskattad ekonomi före pandemin beskrev en större försämring av sin ekonomi under pandemin.

Andel personer (46–88 år) uppdelat på självskattad ekonomi år 2015 och självrapporterad förändring av ekonomin under pandemin år 2021, i Östergötland.

Självskattad ekonomi, år 2015



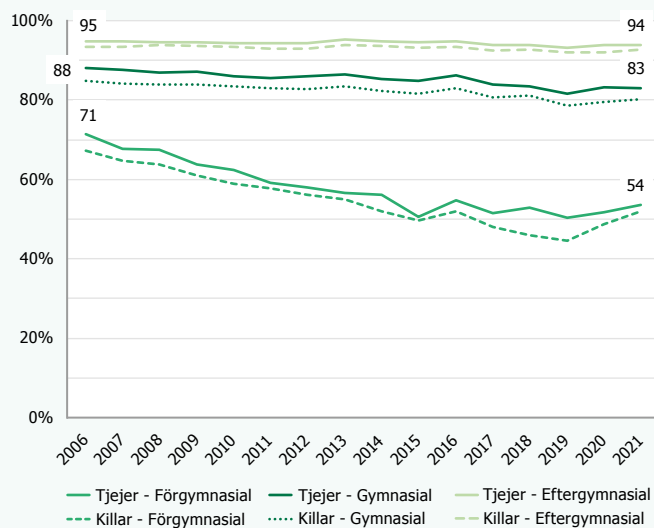
Källa: LSH-studie, LiU och RÖ.

Gymnasiebehörighet

Under 2021 och 2022 var cirka 84 procent av alla avgångselever i årskurs 9 i Östergötland behöriga till gymnasiet. Gymnasiebehörigheten skiljer sig kraftigt åt mellan grupper beroende på föräldrarnas utbildningsnivå. Det är vanligare att elever har behörighet till gymnasiet om deras föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå, än om föräldrarna har en lägre utbildningsnivå. Bland de barn vars föräldrar enbart hade förgymnasial utbildningsnivå, hade ungefär hälften gymnasiebehörighet. Det kan jämföras med 80 respektive 90 procent bland de barn vars föräldrar hade gymnasial eller eftergymnasial utbildning (figur 1.8). Andelen med gymnasiebehörighet är högre bland elever födda i Sverige än bland elever födda i övriga Europa eller utanför Europa (figur 1.9).

Figur 1.8. Allt färre ungdomar slutar grundskolan med gymnasiebehörighet när deras föräldrar har förgymnasial utbildning.

Andel ungdomar som slutar 9:an med gymnasiebehörighet uppdelat på kön, föräldrars utbildningsnivå och år i Sverige.

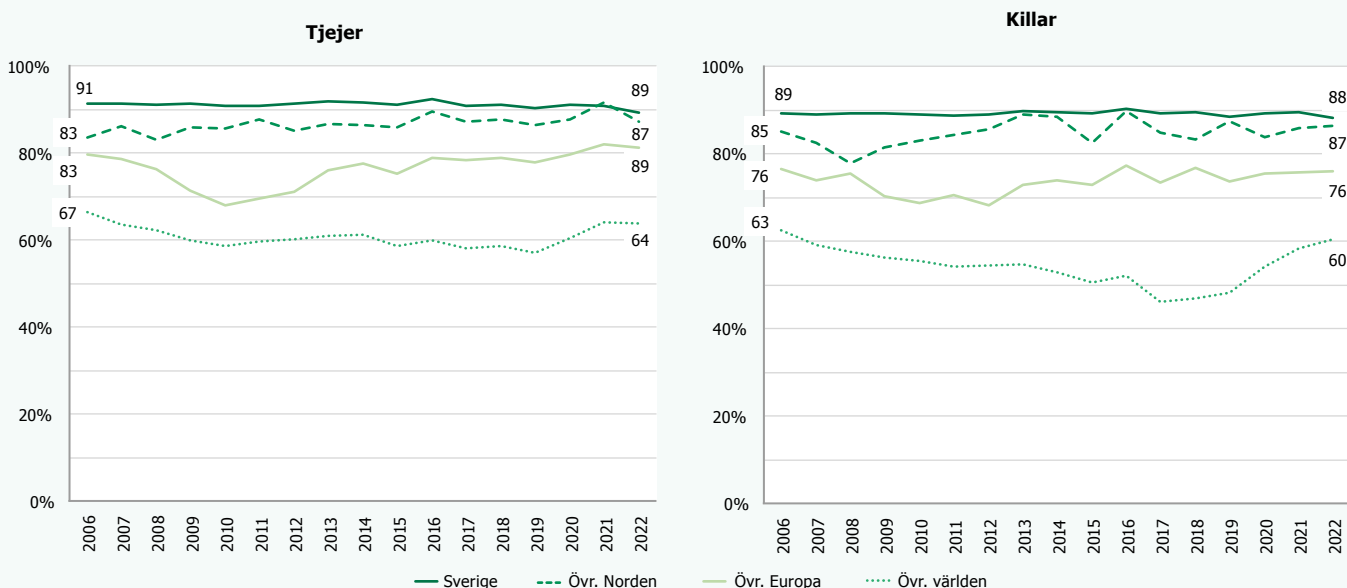


Källa: Folkhälsodata, FOHM.



Figur 1.9. Gymnasiebehörigheten är högre bland elever födda i Sverige.

Andel ungdomar som slutar 9:an med gymnasiebehörighet uppdelat på kön, födelse land och år i Sverige.



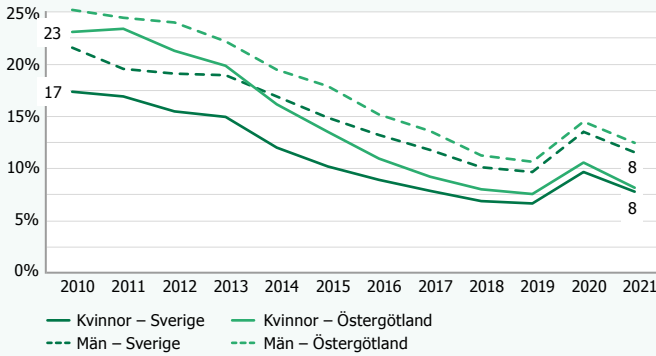
Källa: Folkhälsodata, FOHM.

Utveckling av arbetslöshet

Arbetslöshet har en särskild betydelse bland unga, särskilt för den som varken arbetar eller studerar. Bristande etablering i samhället leder till risk för utanförskap, exkludering och maktlöshet. Ungdomsarbetslöshet är, särskilt bland män också kopplat till sämre hälsa, både i direkt anslutning till arbetslösheten och långt senare upp i medelåldern.^[22,23] Arbetslösheten bland unga har sjunkit både i riket och i Östergötland, och har hela tiden legat högre bland män än bland kvinnor.

Figur 1.10. Ungdomsarbetslösheten har sjunkit både i Östergötland och i Sverige.

Andel unga (16–24 år) som är arbetslösa uppdelat på kön och år i Östergötland och Sverige.



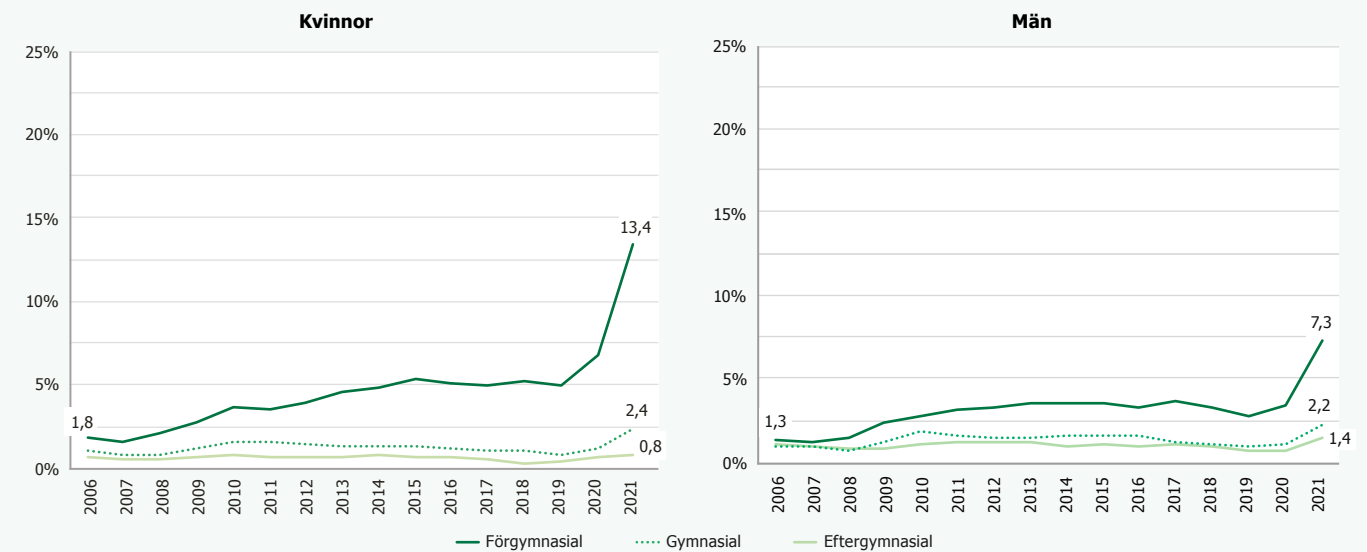
Källa: Folkhälsodata, FOHM.

Långtidsarbetslöshet, mätt som minst tolv månaders sammanhängande arbetslöshet, spelar en viktig roll för risken att drabbas av fysisk och psykisk ohälsa. Långtidsarbetslösheten var under perioden 2015–2021 betydligt högre bland personer med enbart för gymnasial utbildningsnivå, och detta accentuerades under 2021.



Figur 1.11. Långtidsarbetslösheten ökade markant 2021, mest bland kvinnorna.

Andel personer (25–64 år) som är långtidsarbetslösa* uppdelat på kön, utbildningsnivå och år i Sverige.



* Arbetslösheten som varat i minst ett år.

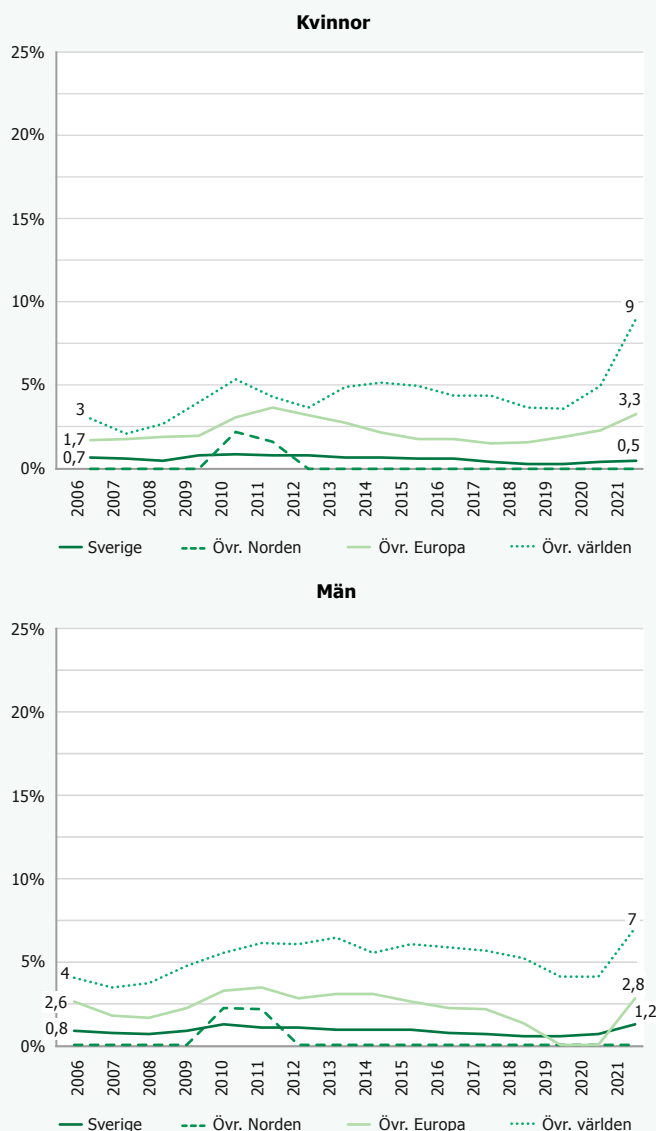
Källa: Folkhälsodata, FOHM.



Långtidsarbetslösheten har under perioden 2006–2021 varit lägst bland personer födda i Sverige och övriga Norden. Långtidsarbetslösheten ökade i flera grupper under 2021, kraftigast bland de som är födda utanför Europa (figur 1.12).

Figur 1.12. Både bland kvinnor och män är långtidsarbetslösheten högst för personer födda utanför Europa.

Andel personer (25–64 år) som är långtidsarbetslösa* uppdelat på kön, födelse land och år i Sverige.



* Arbetslösheten som varat i minst ett år.
Källa: Folkhälsodata, FOHM.

Samband mellan hälsa och livsvillkor

Följande beskrivning av samband mellan hälsa och livsvillkor utgår från mätten på socioekonomisk situation i form av utbildning (högst uppnådda utbildningsnivå), inkomst (disponibel inkomst per konsumtionsenhet 2020), samt boendeområdets socioekonomiska situation utifrån inkomst.

Utifrån dessa mått beskrivs nuläget och utvecklingen över tid när det gäller hur livsvillkor påverkar folkhälsan i Östergötland, och i vissa fall i riket.



Indikatorer för att mäta hälsa:

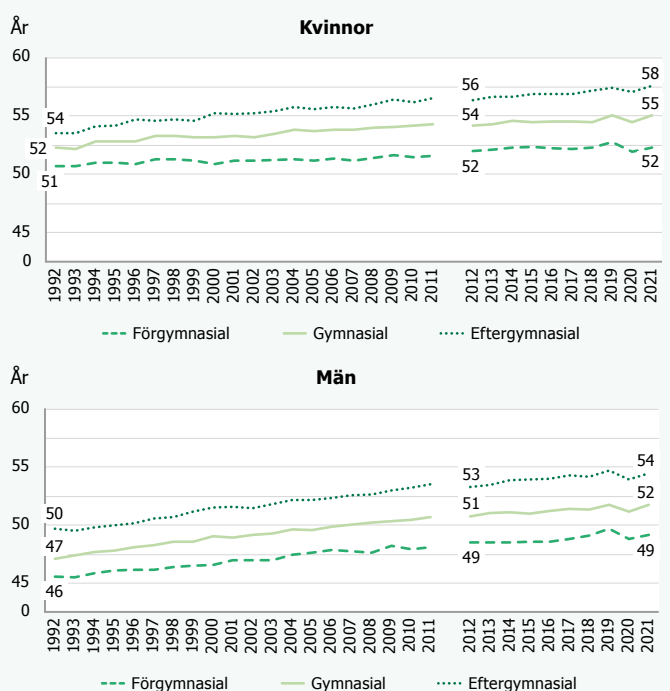
- Förväntad återstående livslängd vid 30 års ålder
- Insjuknande och död i hjärtinfarkt
- Självs kattad hälsa
- Kariesförekomst hos barn

Förväntad livslängd och utbildningsnivå

Befolkningen blir allt äldre, och den förväntade återstående livslängden vid 30 års ålder har ökat från 1992 till i dag hos både män och kvinnor. Det finns dock tydliga socioekonomiska skillnader, där de med kortare utbildning har kortare förväntad livslängd (figur 1.13). Skillnaden mellan grupperna ökar succesivt, från små skillnader under 1980-talet till omkring 6–8 års skillnad i dag. Pandemins effekt syns i form av ett hack i kurvan 2020–2021, men den effekten är liten jämfört med skillnaderna mellan olika grupper beroende på socioekonomisk status. Figuren visar också en social gradient i skillnaderna i förväntad livslängd. De med gymnasieutbildning har längre förväntad livslängd än de med förgymnasial utbildning, men kortare än de med eftergymnasial utbildning.

Figur 1.13. Skillnader ökar i förväntad livslängd mellan personer med olika utbildningsnivå över tid, hos både kvinnor och män.

Förväntad återstående livslängd* vid 30 års ålder uppdelat på utbildningsnivå, kön och år i Sverige.



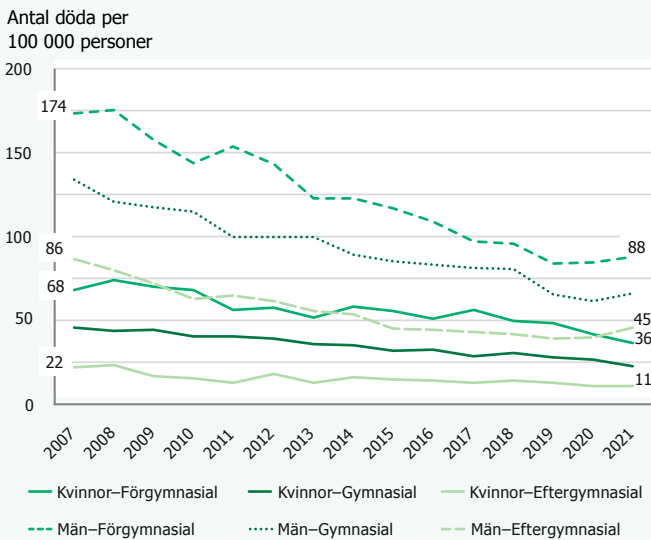
* Till och med 2011 exkluderades utlandsfödda på grund av metodproblem.
Källa: Demografisk analys, SCB.

Folksjukdomar och socioekonomisk status

Det finns skillnader kopplat till socioekonomi för insjuknande i sjukdomar. Detta ses för nästan alla sjukdomar, där risken för insjuknande och död ökar med lägre socioekonomisk status. Det gäller hjärt-kärlsjukdom, nästan alla cancerdiagnoser, karies samt inte minst insjuknande och död i covid-19, och skillnaderna följer även här en social gradient. Dödligheten i akut hjärtinfarkt har sjunkit kraftigt under de senaste decennierna, men ändå kvarstår tydliga skillnader kopplat till socioekonomisk status (figur 1.14).

Figur 1.14. Andelen som dör av akut hjärtinfarkt har minskat över tid, främst för män med lägre utbildning.

Antal döda i akut hjärtinfarkt per 100 000 personer (45–74 år)* uppdelat på utbildningsnivå, kön och år i Sverige.



På samma sätt finns det skillnader i insjuknande och dödlighet i cancer beroende på socioekonomisk status. Socialstyrelsen beskriver i sin rapport från 2019 att lågutbildade insjuknar i högre grad, dör i högre utsträckning och har lägre femårsöverlevnad än personer med högre utbildning.^[24] Det är tydligare för kvinnor än för män. Det är särskilt tydligt inom vissa

cancerformer, till exempel lungcancer där dödligheten i grupper med hög, medel respektive låg utbildning var 27, 48 respektive 66 personer per 100 000.

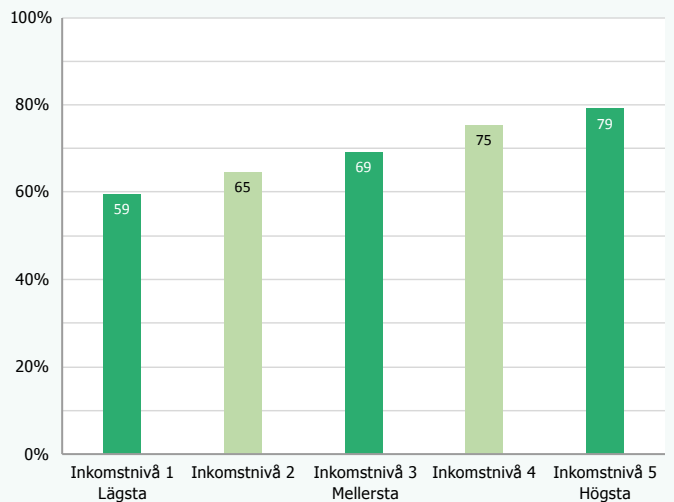
För bröstcancer, prostatacancer och malignt melanom, är insjuknandet högre i grupper med hög socioekonomisk status, vilket till stor del kan förklaras av tidigare upptäckt. Dödligheten är dock högre i grupper med lägre socioekonomisk status. En rapport från Stockholms län i november 2020 visade att även risken att dö i covid-19 var tydligt relaterad till socioekonomisk status.^[25] Risken var starkare relaterad till inkomst än utbildning och oberoende av födelseort, boendeområde och andra mått på socioekonomisk status.

Skillnader i självskattad hälsa

Utöver skillnader kopplat till enskilda sjukdomar finns det också skillnader i smärtor och besvär, i sjukskrivning, samt i självskattad hälsa utifrån socioekonomisk status. Exempelvis har den självskattade hälsan ett tydligt samband med inkomst (figur 1.15).

Figur 1.15. Självskattad hälsa har tydligt samband med individens inkomst.

Andel personer (18 år och äldre) som skattar sin hälsa som god uppdelat på inkomstnivå, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.



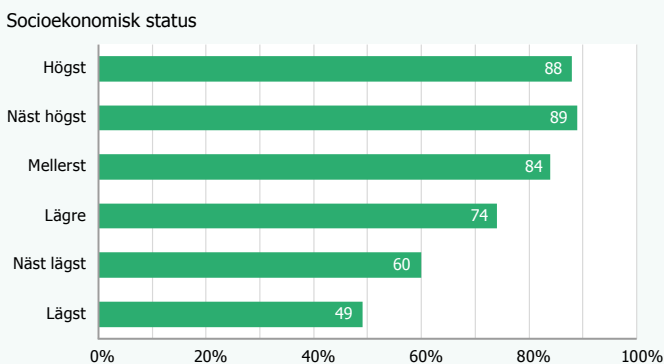
Hälsan har samband med bostadsområdets socioekonomiska status

Även bostadsområdets socioekonomiska status påverkar hälsa hos de som bor där. Och detta är inte bara beroende av de som bor i området. I forskningen diskuteras den viktiga skillnaden mellan ”kompositionell effekt” som är summan av bidrag från alla boende inom området, och ”kontextuell effekt” som avser betydelsen av platsens (ofta bostadsområdets) karaktär, och betydelsen av dess fysiska och sociala miljö för hälsan. Denna påverkas också av faktorer som är utanför den enskildes påverkan, som luftföroreningar, buller, kommunikation, service, tillgång till grönområden, sociala aktiviteter, gemenskap och trygghet i området. I detta sammanhang diskuteras man ofta betydelsen av de sociala banden som förenar ett område, så kallad Social Cohesion, och begrepp som bonding, bridging och linking capital. Aktuell forskning beskriver hur detta påverkar människors hälsa och motstånd mot sjukdom.^[26,27]

Ett exempel på relationen mellan boendeområde och hälsa är karies hos barn. Andelen kariesfria sexåringar varierar mellan boendeområden med olika socioekonomisk situation utifrån inkomst (figur 1.16). I områden med högst inkomstnivå är cirka 90 procent av barnen kariesfria, och det är stabilt över tid. I områden med lägst inkomst är andelen kariesfria sexåringar 50 procent och andelen har dessutom sjunkit över tid. Skillnaden mellan de som har bäst och sämst munhälsa har ökat över tid samtidigt som fler har mycket svår kariessjukdom. Tidig kariessjukdom har ett samband med dålig munhälsa som vuxen.

Figur 1.16. Barn utan karies är vanligare ju högre socioekonomi.

Andel 6-åringar utan karies uppdelat på socioekonomi*, år 2021 i Östergötland.



* Bostadsområdets socioekonomi baserat på inkomst år 2020.

Källa: Tandhälsorapport – Uppföljning av tandhälsan hos barn och unga i Östergötland 1994–2021, RÖ.



Skillnader i hälsa och livslängd mellan utrikesfödda och inrikesfödda

Utrikesfödda är en mycket heterogen grupp, där hälsan skiljer sig beroende på bland annat födelseland, migrations-, asyl- och etableringsprocess, vistelsetid i Sverige, utbildning och sysselsättning. I befolkningsstatistiken inkluderas varken asylsökande, personer med tillfälligt uppehållstillstånd eller papperslösa. Utrikesfödda svarar också, generellt sett, i lägre utsträckning än inrikesfödda på de stora nationella och regionala folkhälsöenkäterna.

Under de första åren efter ankomst brukar migranter generellt sett ha bättre hälsa än genomsnittet i landet de flyttar till, ett fenomen som kallas ”the healthy migrant effect”. Det beror till stor del på att det oftast är de friskaste som har möjlighet att migrera till ett annat land.^[28] Utrikesfödda som har bott i Sverige kortare än fem år har till exempel lägre förekomst av flera av de vanligaste folksjukdomarna, som högt blodtryck och diabetes, än inrikesfödda. Efter mer än fem års vistelsetid är förhållandet dock det omvända.^[29]

Personer födda utanför Europa har högre medellivslängd än genomsnittet i Sverige.^[29] Däremot var dödligheten i covid-19 högre bland utrikesfödda än bland inrikesfödda.^[30] Psykisk hälsa bland utrikesfödda är generellt sett sämre än bland inrikesfödda (se kapitlet om psykisk hälsa, sid 36).

Sammanfattningsvis visar statistiken att utlandsfödda har bättre fysisk hälsa (frånsett tandhälsa) än inrikesfödda de första fem åren i Sverige, men att ohälsan i form av exempelvis högt blodtryck och diabetes, ökar med längre vistelsetid. Detta kan förstås genom ett intersektionellt perspektiv, att flera faktorer samspekar, inklusive livsvillkor, strukturell rasism och psykosociala faktorer som känsla av sammanhang och tillit.

Sämre hälsa bland utsatta grupper

Det finns grupper i samhället som kan vara extra utsatta för sämre livsvillkor och därmed ökad risk för ohälsa eller sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud. Några av dessa grupper är personer med vissa typer av funktionsnedsättningar, HBTQI-personer och personer som lever i hemlöshet.

Funktionsnedsättning

Enligt Socialstyrelsens definition innebär funktionsnedsättning en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Olika uppföljningar, bland annat den nationella folkhälsöenkäten *Hälsa på lika villkor*, visar att personer med funktionsnedsättning har sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa än personer utan funktionsnedsättning. Det gäller på gruppnivå. Enskilda personer med funktionsnedsättning kan ha allt från dålig till mycket god hälsa. Självskattad ohälsa är tio gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning.^[31] Det behövs bättre och mer kontinuerliga kartläggningar för att följa gruppens hälsa över tid.

HBTQI

HBTQI-personer är ett samlingsbegrepp som innefattar homo- och bisexuella personer, transpersoner, queera personer och personer med intersexvariation. Forskning visar att homosexuella, bisexuella, queera och transpersoner har sämre hälsa än övriga befolkningen. Det gäller framför allt psykisk hälsa, i synnerhet för transpersoner och bisexuella kvinnor. Hälsoskillnaderna kan delvis förklaras av att homo- och bisexuella samt transpersoner är mer utsatta för diskriminering, trakasserier, våld och hot på grund av omgivningens negativa föreställningar om sexuell identitet och könsidentitet.^[32] Region

Östergötlands ungdomsenkät Om mig visar att de som uppgett "annan" som könsidentitet (gruppen är liten i jämförelse) upplever en generellt sämre hälsa än tjejer och killar. De uppger oro och ångest i större utsträckning än de andra grupperna.^[33]

Hemlöshet

Den som inte har rimligt goda boendeförhållanden har svårare att klara övriga delar av livet, som utbildning och arbete, faktorer som i sin tur har stor betydelse för hälsan. Socialstyrelsens kartläggning från 2017 visade att drygt 33 000 personer i Sverige levde i hemlöshet, enligt Socialstyrelsens definition. Någon nationell kartläggning av hemlösheten har inte gjorts sedan 2017. En uppskattning från Stadsmissionen är att antalet hemlösa i Östergötland har ökat och mer än 300 individer levde i akut hemlöshet och över 2 000 saknade permanent boende 2022. I april 2022 tecknade Region Östergötland och Stadsmissionen i Linköping en överenskommelse om ett idéburet offentligt partnerskap. Syftet är att förstärka stödet till människor som lever i utanförskap, och målgruppen är hemlösa.^[34]

Sociala konsekvenser av utsatta livsvillkor

Förutom ökad risk för ohälsa har personer med sämre livsvillkor även ökad risk för negativa sociala konsekvenser så som drogberoende, upplevd otrygghet och utsatthet för våld.



Indikatorer för att mäta sociala konsekvenser:

- Skadligt bruk och beroende av alkohol, tobak eller narkotika
- Upplevd trygghet i skolan
- Upplevd otrygghet i bostadsområdet
- Sjukhusvård på grund av våldsrelaterade skador
- Förtroende för rättsväsendet

Skadligt bruk och beroende

Alkoholkonsumtion är en av de främsta undvikbara riskfaktorerna för sjukdom och tidig död. Medan riskbruk av alkohol inte skiljer mellan grupper med olika socioekonomisk status (se kapitlet om levnadsvanor) är riskbruket förenat med större risker i grupper med lägre socioekonomisk status. Det gäller missbruk och beroende, men också skador och sociala problem – både för den som dricker och för andra. Bland ungdomar i åldern 15–19 år i Sverige är alkoholkonsumtion den riskfaktor som orsakar flest förlorade friska levnadsår. Det förklaras bland annat av beroendesyndrom, självskadebeteende, våld och olyckor.^[35]

Socioekonomiska skillnader är större när det gäller tobaksberoende och narkotikaberoende än alkoholberoende. De är tydligast bland kvinnor, där narkotikaberoende och tobaksberoende är drygt åtta respektive nästan nio gånger vanligare vid låg socioekonomisk status jämfört med hög.^[35]

Narkotikabruk ökar risker för skador, både ur ett medicinskt och ur ett socialt perspektiv. Både sjukligheten och dödligheten är större bland personer som använder narkotika än de är i övriga befolkningen. Skadorna, som varierar mellan individer och substanser, kan uppkomma akut eller efter en tids användning. Andra negativa konsekvenser av bruket är kortare (avbruten) utbildning, svårighet till egen försörjning, stigma,

utanförskap, marginalisering samt kriminalitet relaterat till droganvändandet.

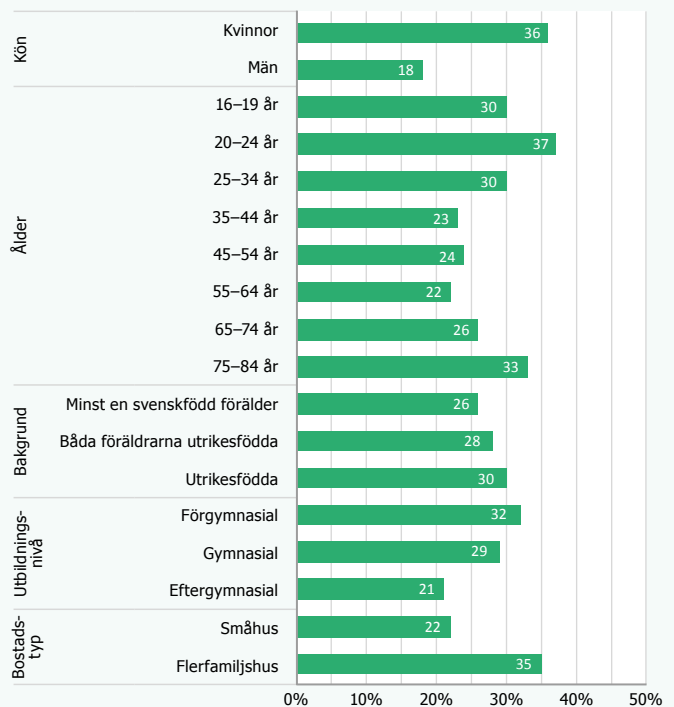
Upplevd otrygghet

Region Östergötlands ungdomsenkät Om mig visar att andelen elever som känner sig trygga i skolan har legat relativt stabilt över tid. Minst trygga är flickorna där 79 procent känner sig trygga, av pojkarna är det 88 procent.^[33]

Andel personer mellan 18 och 84 år som anger att de känner otrygghet vid utevistelse sent på kvällen i det egna bostadsområdet varierar mellan 15 och 40 procent. Fler kvinnor än män upplever otrygghet. Det är också vanligare bland personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med de som har eftergymnasial utbildning (figur 1.17). I bostadsområden med flerfamiljshus, är det vanligare bland både kvinnor och män att avstå från att gå ut ensamma av rädsla för hot och våld jämfört med områden med småhus. Detta kan sannolikt kopplas till fler socioekonomiska utmaningar i bostadsområden med flerbostadshus.

Figur 1.17. Känslan av otrygghet i det egna bostadsområdet är vanligare hos kvinnor än hos män.

Andel personer som känner sig otrygga vid utevistelse sent på kvällen i det egna bostadsområdet, år 2022 i Polisregion Öst.



* Regionen består av Jönköpings län, Södermanlands län och Östergötlands län. Källa: Nationella trygghetsundersökningen, BRÅ.

Utsatthet för våld

Till skillnad från den rapporterade otryggheten är det en ganska låg andel av befolkningen som varit utsatta för våld, mindre än fem procent bland både män och kvinnor 2022. Statistiken visar dock bara antalet anmälda brott och inte det totala antalet faktiskt begångna brott. Hur stor andel av de begångna brotten som anmäls varierar beroende på brottstyp. Det är bara för enstaka brottstyper som anmälningsstatistiken kan antas ge en ungefärlig bild av hur många brott som verkligen begås.^[36] Däremot finns det statistik över hur många som vårdas på sjukhus på grund av våld.

Till skillnad mot förekomsten av oro för våld, som är vanligast bland kvinnor (yngre och äldre), är vård på grund av våldsrelaterade skador vanligast hos män, framför allt yngre män 15–29 år. Nationella data illustrerar också en mycket tydlig socioekonomisk gradient med fler skador ju lägre socioekonomisk status, hos både män och kvinnor.^[3]

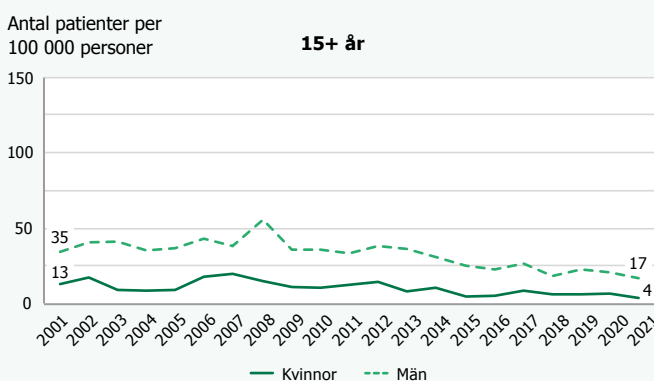
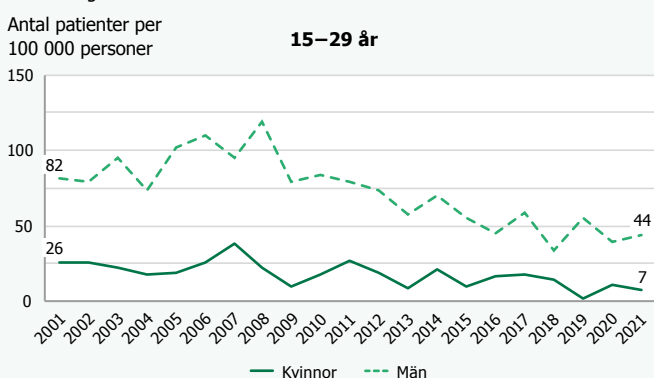
Samtidigt visar data från Östergötland en kraftig nedgång (halvering) sedan 2008 i antalet män i åldern 15–29 som vårdats inom slutenvården till följd av övergrepp av annan person (figur 1.18).

Det tyder på att grövre former av våld minskat. Dock med undantag för kniv- eller skottskador, som i stället har ökat markant under senaste tio åren. Ökningen av det skjutvapenrelaterade våldet har också gjort ett tydligt avtryck i det dödliga våldet, som har ökat successivt sedan 2012.

Samtidigt märks denna ökning endast för dödligt våld mot män, det dödliga våldet mot kvinnor har legat på en mer eller mindre konstant nivå under samma period.^[36]

Figur 1.18. Andelen yngre som vårdas på sjukhus på grund av våldsrelaterade skador har sjunkit mellan 2001 och 2021.

Antal patienter per 100 000 personer (15 år och äldre)* som vårdats på sjukhus på grund av våldsrelaterade skador uppdelat på åldersgrupp, kön och år i Östergötland.



* Åldersstandardiserad.

Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Förtroende för rättsväsendet

Den nationella trygghetsundersökningen från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) visar att förtroendet för rättssystemet som helhet har varit ganska oförändrat över tid, men med tydliga skillnader mellan grupper med olika socioekonomisk status. Under perioden 2017–2021 angav 42, 43 respektive 65 procent av de med för gymnasial, gymnasial, respektive efter gymnasial utbildning att de hade mycket eller ganska stort förtroende för rättssystemet. Motsvarande siffror för de som anger ganska eller mycket litet förtroende var 22, 23 respektive 16 procent.

Möjliga vägar framåt för goda och jämlika livsvillkor

Sveriges riksdag beslutade i juni 2018 att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”.^[5] Efter snart fem år finns det inga tecken på att dessa hälsoklyftor minskar, istället ökar de fortfarande. Parallellt fortsätter trenden med en ökande ekonomisk ojämlikhet och de kompensatoriska systemen är inte tillräckliga för att påverka skillnaderna i hälsa, eller livsvillkor, i rätt riktning. Skillnaderna i inkomst i Östergötland ökar och att de med högst inkomst ökar sin inkomst mest. Andelen med låg ekonomisk standard har mer än fördubblats sedan början av 1990-talet, med stora skillnader beroende på utbildningsnivå och födelse-land.

Livsvillkor har ett direkt samband med hälsa och sjukdom. Parallellt med ökande inkomsts skillnader fortsätter eller ökar hälsoklyftorna kopplade till socioekonomisk status. Vi ser i denna rapport, hälsoskillnader kopplade till utbildning liksom tidigare, men idag är de ännu tydligare kopplade till inkomtskillnader. Hälsoskillnaderna återkommer också för nästan alla hälsomått, från förtida död, via insjuknade i olika sjukdomar till självs kattad hälsa. Hälsoklyftorna gäller inte minst de grupper som omfattas av diskrimineringsgrunderna i den svenska lagstiftningen. Som exempel kan nämnas att låg självskattad hälsa är betydligt vanligare i grupper med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen.^[31] Även sexuell läggning och könsöverskridande identitet eller uttryck är kopplat till högre ohälsa, särskilt psykisk ohälsa, och särskilt bland unga.

Ojämlikhet tenderar att reproduceras om inte insatser görs för att skapa de jämlika livsvillkor och kompensande system som vårt samhälle beslutat om.^[7,8] Fattigdom, avbruten skolgång och långtidsarbetslöshet, liksom andra former av utsatta livsvillkor, kan få allvarliga sociala konsekvenser i form av exempelvis skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika. Det kan i sin tur få negativa konsekvenser på utbildning, försörjning, stigma, utanförskap, våld och kriminalitet. Inte minst kan det leda till en förlust av tilltro till den egna förmågan, av tillit till andra människor och till välfärdsstaten, samt förlorat hopp och framtidstro.

För att bryta denna reproduktion av ojämlikheten är det nödvändigt att genomföra strukturella insatser för att skapa goda livsvillkor i form av ekonomisk trygghet, goda uppväxtvillkor, skola, arbete och en hållbar välfärd. Det kan ske genom att tillämpa ett arenaperspektiv, vilket innebär att definiera, analysera och stärka de olika livsmiljöer där människor lever, verkar och dör. På det sättet går det att skapa förutsättningar för hälsa för alla på lika villkor. Det är just detta som beskrivs i den nya Folkhälsostategin för jämlik hälsa i Östergötland som beslutades 2022 och den beskrivs därför kortfattat i avslutningskapitlet i denna rapport.^[37]

För att möta utmaningen med ökande hälsoklyftor är det nödvändigt med en gemensam satsning på det hållbara samhället. I slutet av denna rapport finns därför också en beskrivning av hur man internationellt arbetar med välbefinnandets ekonomi (Wellbeing Economy) och hur det skapar synergieffekter mellan ekonomisk, ekologisk och social hållbarhet, för ett hållbart samhälle, ekonomi och hälsa. Denna ansats stämmer också med huvudbudskapet i Michael Marmots internationella kommission för jämlik hälsa.^[38]

- Förbättra livsvillkoren i människors vardagsliv.
- Hantera den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser.
- Mät och analysera problemen och utvärdera effekterna av insatser.



KAPITEL 2

Hälsosamma levnadsvanor – en resurs för både individ och samhälle

Varför ska vi arbeta för hälsosamma levnadsvanor?

Hälsan påverkas av en rad faktorer. Det är dels faktorer som samhällsekonomi och välfärdssystem, dels faktorer som livsvillkor, ärftlighet, socioekonomisk situation, tilltro till sig själv och levnadsvanor. Med hälsosamma levnadsvanor avses ofta regelbunden fysisk aktivitet inklusive stillasittande, hälsosamma matvanor, att vara tobaksfri och ha en måttlig alkoholkonsumtion. I detta kapitel inkluderas även narkotika, doping, spel om pengar och sexuell hälsa eftersom dessa vanor är av stor betydelse för människors hälsa. Det är viktigt att främja hälsosamma levnadsvanor i hela befolkningen av flera olika skäl:

- Det bidrar till en frisk och arbetsför befolkning och ger förutsättningar att minska ojämlikheten i hälsa i samhället.
- Det ger förutsättningar för en bättre fysisk hälsa med mindre risk för sjukdom och förtida död.
- Det främjar psykisk hälsa och välbefinnande.
- Det förbättrar den fysiska kapaciteten vid eventuell sjukdom och kan vara stärkande vid till exempel en operation eller cancerbehandling.

Hälsosamma levnadsvanor ger förutsättningar att minska ojämlikheten i hälsa

Människors hälsa påverkas i stor utsträckning av deras levnadsvanor, som i sin tur påverkas av inlärd beteenden och sociala sammanhang, men även av människors livsvillkor som exempelvis boende- och arbetsmiljö. Hälsosamma levnadsvanor spelar därför en viktig roll för att uppnå en jämlik hälsa. Socioekonomiska skillnader i levnadsvanor är tydliga, där socioekonomiskt utsatta grupper har ohälsosamma levnadsvanor i större utsträckning än andra grupper. De ohälsosamma levnadsvanorna kan få allvarliga konsekvenser både för den enskilda personen, de närstående och för samhället. För den enskilda personen handlar det om mänskligt lidande och



Kapitlet i korthet

- Hälsosamma levnadsvanor är en resurs för både individen och samhället och ger förutsättningar för en bättre fysisk och psykisk hälsa, även vid sjukdom. Hälsosamma levnadsvanor är en förutsättning för jämlik hälsa och för en frisk och arbetsför befolkning.
- Ohälsosamma levnadsvanor är en riskfaktor för att insjukna i folksjukdomarna hjärtinfarkt, stroke och cancer. Till exempel uppskattas ohälsosamma levnadsvanor varje år orsaka cirka 15 000 cancerfall i Sverige.
- Två tredjedelar av befolkningen i Östergötland har minst en ohälsosam levnadsvana. De vanligaste är fysisk inaktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker. Dessutom är det fortfarande cirka 1 000 ungdomar som röker dagligen eller ibland, medan mer än 21 000 vuxna röker dagligen.
- På befolkningsnivå fortsätter rökningen att minska. Övriga levnadsvanor har varit relativt oförändrade över tid, även under pandemiåren. Det går dock att se en ökad snus användning och stillasittande i yngre åldersgrupper, samt ett minskat riskbruk av alkohol och spelproblem bland yngre män (18–29 år).
- Levnadsvanorna skiljer sig åt mellan olika grupper, beroende på livsvillkor och socioekonomisk situation (utbildningsnivå och inkomst). Till exempel är andelen med otillräcklig fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker högre bland personer med kort utbildning eller låg inkomst, liksom andelen rökare. Däremot finns det inte några socioekonomiska skillnader när det gäller riskbruk av alkohol.

förlorade levnadsår, men ohälsosamma levnadsvanor skapar även ohälsa och en ökad förtida död i befolkningen. Sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor, liksom ojämlikhet i hälsa, innebär därför också direkta kostnader i form av exempelvis produktionsbortfall, sjukvård och sjukskrivningar. För äldre kan en god hälsa även vara en resurs för att behålla sin självständighet.^[7,8]

Hälsosamma levnadsvanor ger bättre fysisk hälsa och minskad risk för sjukdom och förtida död

Ohälsosamma levnadsvanor som rökning, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet ökar risken att insjukna i de stora folksjukdomarna hjärt-kärlsjukdom, cancer och diabetes. Ohälsosamma matvanor och rökning kan också öka risken för munsjukdomar, som till exempel karies.^[39] Bättre levnadsvanor i befolkningen minskar på sikt riskfaktorer som till exempel övervikt, högt blodtryck, blodfetter och blodsocker, vilket i sin tur minskar risken för sjukdom.^[40–42] I Östergötland orsakades 51 procent av de förtida dödsfallen 2021 av cancer och sjukdomar i cirkulationsorganen (inklusive hjärtinfarkt och stroke).^[43] Ohälsosamma levnadsvanor orsakar varje år 15 000 cancerfall i Sverige. Majoriteten av dem kan härledas till rökning, men även ohälsosamma matvanor, för mycket alkohol, för lite fysisk aktivitet och övervikt är av betydelse.^[44]

Utöver levnadsvanor spelar sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter en viktig roll för människors allmänna hälsa. Sexualiteten och reproduktionen påverkar de allra flesta människor genom hela livet och kan ha en stor betydelse för livskvalitet, självkänsla och personliga relationer. Ett exempel är sexuellt överförda infektioner, exempelvis klamydia, som kan påverka den fysiska hälsan såväl som den psykiska, sexuella och reproduktiva hälsan.^[45,46]

Hälsosamma levnadsvanor ger bättre psykisk hälsa och välbefinnande

Hälsosamma levnadsvanor, som att vara regelbundet fysiskt aktiv och äta bra, är skyddsfaktorer för en god psykisk hälsa, medan riskbruk av alkohol eller narkotika och ett riskabelt spelande är riskfaktorer.^[47,48] Till exempel är det vanligare att personer med ett beroende (av alkohol och/eller narkotika) drabbas av psykisk sjukdom. På samma sätt gäller det omvända, att personer med psykisk ohälsa oftare utvecklar ett beroende, exempelvis genom självmedicinering för att hantera sina problem.^[49]

Fysisk aktivitet har positiva effekter på den psykiska hälsan och kan både förbättra koncentrationsförmågan och skydda mot depression och demenssjukdomar.^[50] Resultat från en undersökning bland svenska skolbarn (11, 13 och 15 år) visar att fysiskt aktiva skolbarn upplever mindre stress och mår bättre. De rapporterar högre livstillfredsställelse och mindre besvär med nedstämdhet, irritation, nervositet och sömnproblem jämfört med barn som är mindre fysiskt aktiva.^[51] Även vad och hur vi äter har betydelse för både fysisk och psykisk hälsa. Regelbundna måltider med varierad kost ger oss den näring och



energi som både kroppen och hjärnan behöver för att kunna fungera optimalt.^[52]

Alkohol är en stor riskfaktor för ohälsa bland unga och kan leda till försämrad fysisk och psykisk hälsa i alla åldersgrupper. Alkohol ökar risken för självskaador, våld och beroende och kan försämma den psykiska hälsan genom att bidra till oro, ångest och dålig sömn.^[53] Rökning är vanligare bland personer som lider av psykisk ohälsa än i övriga befolkningen. En undersökning bland ungdomar i årskurs 9 samt årskurs 2 på gymnasiet, visar att sambandet mellan rökning och beteenden kopplade till psykisk ohälsa (till exempel skolk, sömnsvårigheter och nedstämdhet) är starkare i dag än för tio år sedan.^[54]

Hälsosamma levnadsvanor ger bättre fysisk kapacitet vid sjukdom

Även när en person drabbats av sjukdom finns ett värde av hälsosamma levnadsvanor för att ge kroppen förutsättning att återhämta sig. En god kondition, fysiskt och psykiskt, kan vara ett skydd för att klara sjukdom, behandling och rehabilitering. Fysisk aktivitet är en av de viktigaste påverkbara faktorerna för en god hälsa och livskvalitet, inte bara för att förebygga ohälsa utan även som behandling vid många olika sjukdomstillstånd.^[55] Till exempel har fysisk aktivitet en positiv effekt på depression och ångestsyndrom. Fysisk aktivitet har lika stor effekt som samtalsterapi eller läkemedel vid lindring till måttlig depression. När fysisk aktivitet kombineras med samtalsterapi ger det större antidepressiv effekt än enbart samtalsterapi.^[56]

Levnadsvanor i samband med cancerbehandling

Rökning under strålbehandling, med eller utan samtidig cytostatika, kan försämma effekten av behandlingen vid cancer. Rökare har exempelvis ökad risk för återfall och sämre sjukdomsfri överlevnad än icke-rökare.^[57] När det gäller alkohol har studier visat att även små mängder kan öka risken för biverkningar under en cancerbehandling, i form av exempelvis infektioner och blödningar. Alkohol kan också leda till sämre effekt av läkemedel, eftersom flera cancerläkemedel bryts ner i levern.^[58]

Fysisk aktivitet är fördelaktigt även vid cancerbehandling. Studier har visat att fysiskt aktiva patienter klarar sin behandling bättre och får mindre biverkningar som trötthet (fatigue) och depression, medan funktionsförmågan och den hälsorelaterade livskvaliteten ökar.^[59] Cancersjukdom och behandling innebär hög risk för undernäring. Hälsosamma matvanor och ett gott näringstillstånd ökar förutsättningarna att nå optimal behandlingseffekt. Det minskar i sin tur risken för komplikationer och gör att patienten kan behålla en så god livskvalitet som möjligt.^[60]

Minskad risk för komplikationer i samband med operation

Det finns evidens för att ohälsosamma levnadsvanor, som rökning och riskbruk av alkohol, klart ökar risken att drabbas av komplikationer i samband med kirurgi. Insatser för att hjälpa personer att bli rök- och alkoholfria före operation kan halvera postoperativa komplikationer som sårsläckning och lungkomplikationer, vilket kan minska kostnaderna för såväl hälso- och sjukvården och samhället samt gynna individen. Även nutritionsstatus, det vill säga kroppens tillstånd när det gäller intag och förbrukning av näringsämnen, har stor betydelse i samband med kirurgi. Både undernäring och fetma ger en ökad risk för komplikationer och dödlighet. Likaså kan en låg fysisk prestationsförmåga öka risken för postoperativa komplikationer, längre vårdtid och längre tid för återhämtning. Fysisk kondition kan vara mer avgörande än ålder.^[61]



Indikatorer för ohälsosamma levnadsvanor

I detta kapitel presenteras indikatorer (tabell 2.1) för levnadsvanor, för att ge en bild av hur hälsan i Östergötlands befolkning har utvecklats över tid. Indikatorerna rör fysisk aktivitet inklusive stillasittande, matvanor, tobak, alkohol, narkotika, dopning, spel om pengar och sexuell hälsa.

För att visa skillnader i levnadsvanor mellan olika grupper i Östergötland presenteras data utifrån kön, ålder, svensk/utländsk bakgrund, utbildningsnivå och inkomst. Underlaget i det här kapitlet är data från befolkningsenkäter och databaser. Sammantaget ger underlaget en möjlighet att följa utvecklingen kring levnadsvanor och ge vägledning framåt för att kunna genomföra förebyggande insatser där de behövs som bäst.



Indikatorer för att mäta levnadsvanor¹:

- Lågt intag av frukt och grönsaker, vuxna och ungdomar**
- Otillräcklig fysisk aktivitet, vuxna och ungdomar**
- Stillasittande
- Rökning, vuxna och ungdomar**
- Rökande småbarnsföräldrar*
- Snus, vuxna och ungdomar**
- Riskbruk av alkohol, vuxna
- Druckit sig berusad flera gånger, ungdomar**
- Cannabisanvändning, vuxna
- Narkotikaanvändning, ungdomar**
- Dopning
- Spel om pengar, vuxna och ungdomar**
- Klamydiainfektioner***

¹ Indikatorer kommer från Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (HLV) om inget annat anges.

* Kommer från Socialstyrelsen, rapport "Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2020".

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

***Kommer från Folkhälsomyndighetens STI-statistik.

Nulägesbild av levnadsvanor i Östergötland

Bland vuxna i Östergötland (18 år och äldre) är det vanligt att ha ett lågt intag av frukt och grönsaker (29 %), att vara otillräckligt fysiskt aktiv (36 %) och att vara stillasittande (25 %). Att använda cannabis (2 %) eller dopningspreparat (<1 %) samt ha ett spelberoende (2 %) är mer ovanligt. Män har sämre levnadsvanor i större utsträckning än kvinnor. Det gäller dock inte rökning, där kvinnor röker i högre utsträckning än män, se tabell 2.1.

Tabell 2.1. Otillräcklig fysisk aktivitet samt lågt intag av frukt och grönsaker är de vanligaste ohälsosamma levnadsvanorna i den vuxna befolkningen.

Andel personer (18 år och äldre) med ohälsosamma levnadsvanor, uppdelat på kön år 2022 i Östergötland (år 2020 för rökande småbarnsföräldrar och år 2021 för klamydiainfektion).

	Kvinnor	Män	Totalt
Lågt intag av frukt och grönsaker*	22 %	37 %	29 %
Otillräcklig fysisk aktivitet	36 %	36 %	36 %
Stillasittande*	21 %	29 %	25 %
Rökning*	7 %	5 %	6 %
Rökande småbarnsföräldrar	3 %	7 %	–
Snus*	5 %	19 %	12 %
Riskbruk av alkohol*	10 %	17 %	14 %
Cannabisanvändning*	1 %	2 %	2 %
Dopning	0 %	0,10 %	0 %
Spel om pengar*	1 %	3 %	2 %
Klamydiainfektioner (antal per 100 000 personer)	317	236	277

* Statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

Tabell 2.2. Otillräcklig fysisk aktivitet samt lågt intag av frukt och grönsaker är de vanligaste ohälsosamma levnadsvanorna bland ungdomar i årskurs 8 och år 2 på gymnasiet.

Andel ungdomar i årskurs 8 och år 2 på gymnasiet med ohälsosamma levnadsvanor, uppdelat på kön år 2021 i Östergötland.

	Tjejer	Killar	Annan könsidentitet	Totalt
Lågt intag av frukt och grönsaker*	48 %	55 %	54 %	51 %
Otillräcklig fysisk aktivitet *, **, ***	51 %	39 %	63 %	46 %
Rökning (dagligen och ibland)***	11 %	12 %	17 %	12 %
Snus (dagligen och ibland)*	9 %	17 %	14 %	13 %
Druckit sig berusad flera gånger	23 %	21 %	17 %	22 %
Narkotikaanvändning*	5 %	6 %	8 %	6 %
Spel om pengar*, ***, ***	0,10 %	3 %	4 %	2 %

* Statistiskt signifikanta skillnader mellan killar och tjejer.

** Statistiskt signifikanta skillnader mellan killar och annan könsidentitet.

*** Statistiskt signifikanta skillnader mellan tjejer och annan könsidentitet.

Hälsosamma matvanor

Många människor, både i Sverige och i andra länder, har ohälsosamma matvanor. Det kan förklaras av en rad förändringar i livsmiljön sedan senare delen av 1900-talet. Globalt har en fetmafrämjande livsmiljö pekats ut som en orsak, där ändrade konsumtionsmönster till stor del beror på faktorer utanför personen. Några exempel är en ökad tillgänglighet till mat dygnet runt, större portionsstorlekar samt större utbud och marknadsföring av ohälsosam mat^[62], vilket kan vara en förklaring till att det totala energiintaget har ökat med 6,5 procent (per person och dag) i Sverige under perioden 1980–2019.^[63]

Vad innebär hälsosamma matvanor?

Hälsosamma matvanor är ett omfattande begrepp som kan mätas på många sätt. Ett lågt intag av frukt och grönsaker är en indikator för ohälsosamma matvanor som helhet. Hälsosamma matvanor i form av frukt- och grönsaksintag samt fett i lagom mängd, har visat sig ha samband med minskad risk för ett flertal sjukdomar och en i övrigt god hälsa. Studier har även visat att människors konsumtion av frukt och grönsaker tenderar att samvariera med exempelvis högt fett- och lågt fiberintag. Därmed kan indikatorn antas belysa hälsosamma matvanor även i en mer allmän mening.^[64,65]

Utöver ett rikt intag av frukt och grönsaker finns det andra delar i kosten som kan minska risken för sjukdom. Det handlar till exempel om att äta mycket nötter och frön, fisk och skaldjur, vegetabiliska oljor och magra mejeriprodukter. Likaså är det viktigt med en låg konsumtion av rött kött, socker, fett och salt.^[66]

Lågt intag av frukt och grönsaker i Östergötland

Nästan en tredjedel av befolkningen, 29 procent, äter för lite frukt och grönsaker, både i Östergötland och i riket. Fler män än kvinnor har ett lågt intag, i alla åldersgrupper.

Det finns en koppling mellan inkomstnivå och intag av frukt och grönsaker. Bland personer med låg inkomst är det vanligare med ett lågt intag av frukt och grönsaker. Delat på kön ses det bland män men inte bland kvinnor. Andelen män med låg inkomst som har ett lågt intag av frukt och grönsaker har dock minskat sedan mätningen 2018. Samtidigt har andelen med ett lågt intag



Indikator för att mäta matvanor:

- Antal konsumtionstillfällen av frukt och grönsaker per dag. Ett lågt intag innebär konsumtion av frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan.

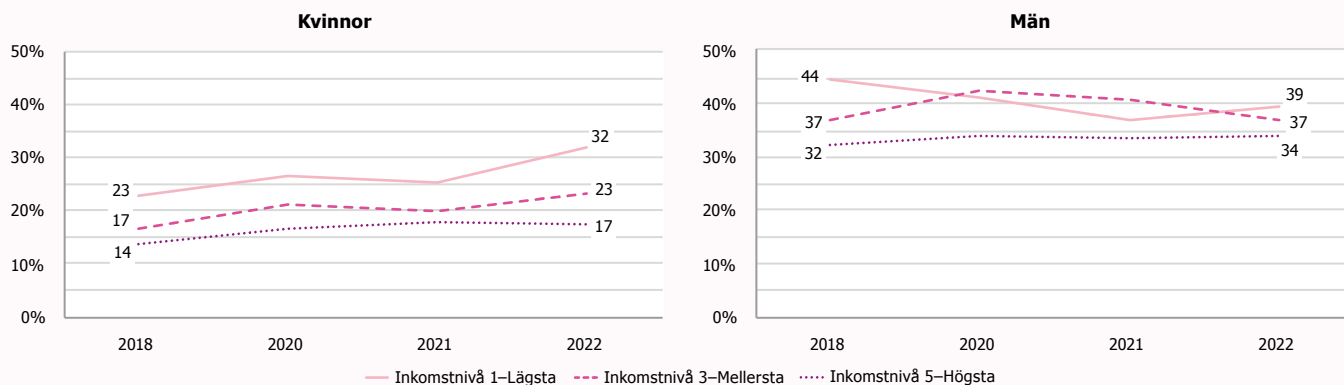
ökat bland män med hög inkomst. Andelen kvinnor med ett lågt intag av frukt och grönsaker har ökat i samtliga inkomstgrupper sedan 2018. Precis som bland männen är andelen med ett lågt intag högst bland kvinnor med låg inkomst (figur 2.1).

Sett utifrån bakgrund är andelen med lågt intag av frukt och grönsaker högre bland män med svensk bakgrund (39 %) än bland män med utländsk bakgrund (28 %). Skillnaden är inte lika tydlig bland kvinnor. Det finns även skillnader beroende på utbildningsnivå. Både män och kvinnor med eftergymnasial utbildning har i lägre utsträckning (23 %) ett lågt intag av frukt och grönsaker än övriga utbildningsgrupper (förgymnasial 31 %, gymnasial 38 %).

Bland ungdomar i Östergötland är det drygt hälften som rapporterar ett lågt intag av frukt och grönsaker. Det är vanligare med ett lågt intag bland killar och dem med annan könsidentitet än bland tjejer.

Figur 2.1. Det finns skillnader i lågt intag av frukt och grönsaker mellan olika inkomstgrupper men oavsett inkomstnivå är det vanligare med ett lågt intag bland män.

Andel personer med lågt intag* av frukt och grönsaker uppdelat på kön, inkomstnivå och år i Östergötland.



*1,3 gånger per dag eller mer sällan.

Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.



Fysisk aktivitet

Konditionen bland svenskar i åldern 18–74 år har försämrats kraftigt mellan 1995 och 2017. Under den tidsperioden har andelen personer med hälsovådligt låg kondition ökat från 27 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.^[67]

En av förklaringarna till nedgången i kondition och fysisk aktivitet skulle kunna vara det förändrade sättet vi transporterar oss på mellan hem, arbete, skola och samhället i övrigt. Bilåkandet har ökat under perioden 1990–2015, medan antalet cykelresor har minskat med 38 procent. Under samma period har barns resor på cykel minskat med 48 procent.^[62] De senaste åren (2017–2021) har det också blivit allt vanligare att handla varor och tjänster på internet.^[68] Eftersom många arbeten och transporter i dag inte ger människor samma möjligheter till fysisk rörelse som tidigare, kan enskilda personer behöva hitta andra vägar till fysisk aktivitet.

Otillräcklig fysisk aktivitet i Östergötland

Omkring 36 procent av befolkningen i Östergötland är otillräckligt fysiskt aktiva, en något högre andel än i riket. Även om den äldsta åldersgruppen (65–84 år) rör sig minst, har de äldsta kvinnorna blivit mer aktiva. Under 2018 var 52 procent av de äldsta kvinnorna otillräckligt fysiskt aktiva, jämfört med 42 procent 2022.



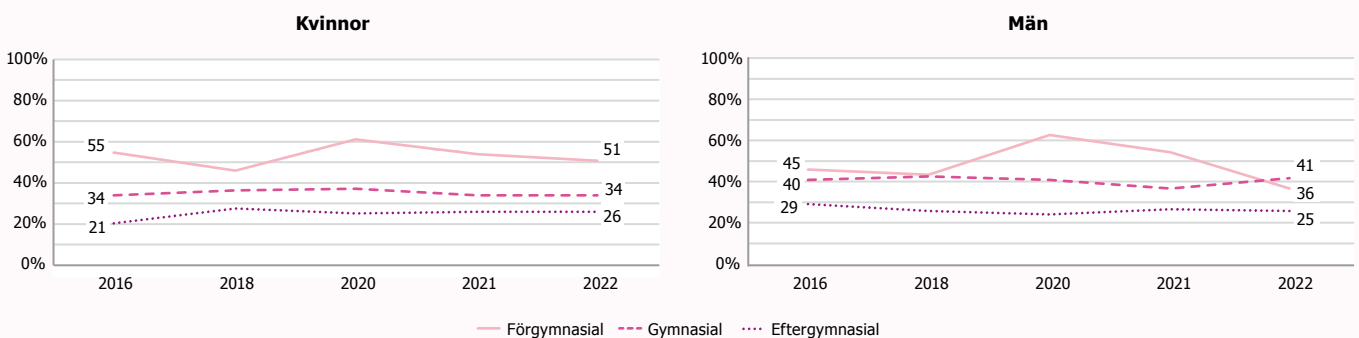
Indikator för att mäta fysisk aktivitet:

- Aktivitetsminuter per vecka, både i måttlig och hög intensitet. Att vara otillräckligt fysiskt aktiv innebär att röra sig mindre än 150 minuter/vecka på måttlig intensitet, eller 75 minuter/vecka på hög intensitet, eller en kombination av dessa.
- Barn och ungdomar rekommenderas i genomsnitt minst 60 minuters daglig fysisk aktivitet (motsvarande 420 minuter per vecka). Aktiviteten bör vara av pulshöjande karaktär och intensiteten måttlig till hög.

Otillräcklig fysisk aktivitet har en tydlig koppling till utbildning. Ju lägre utbildning en grupp personer har, desto fler inaktiva i den gruppen. Det innebär att det finns en tydlig social gradient. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning är en större andel inaktiva, drygt 50 procent, jämfört med 26 procent bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Under pandemiåren 2020–2021 ökade andelen otillräckligt aktiva tydligt bland dem med förgymnasial utbildning (figur 2.2).*

Figur 2.2. Ju lägre utbildning desto fler inaktiva personer. Kvinnor med förgymnasial utbildning är den grupp som är mest inaktiv.

Andel personer (25–64 år) med mindre än 150 aktivitetsminuter** varje vecka uppdelat på kön, utbildningsnivå och år i Östergötland.



**Enkätfrågan om aktivitetsminuter omformulerades 2016.

Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

*På grund av ett begränsat dataunderlag kopplat till gruppen som anger förgymnasial utbildning innehåller resultatet variationer över tid, vilket inte ses i övriga utbildningsgrupper där dataunderlaget är större.

Fysisk aktivitet på Recept

Fysisk aktivitet på Recept (FaR) är en metod inom hälso- och sjukvården för att stödja otillräckligt fysiskt aktiva patienter till ökad fysisk aktivitet. FaR består av ett individuellt rådgivande samtal, en skriftlig ordination och en uppföljning, allt med utgångspunkt från kunskapsstödet FYSS (Fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling). Den fysiska aktiviteten utförs sedan av patienten utanför hälso- och sjukvården.

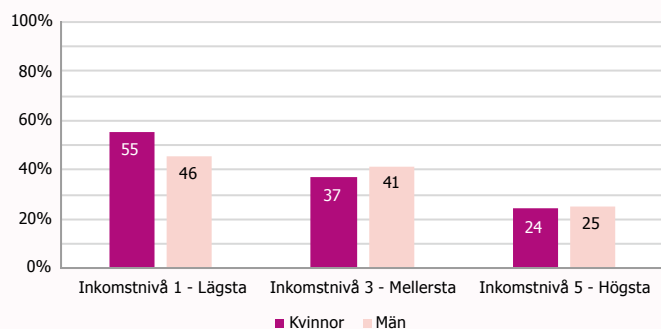
En systematisk översikt av randomiserade kontrollerade studier på FaR i de nordiska länderna visade en ökad fysisk aktivitet hos patienterna i tre av de fem inkluderade studierna. I två av studierna ökade patienternas fysiska aktivitet med mer än en timme per vecka. Det är sannolikt kliniskt relevant, även om det inte finns någon uttalad definition av minsta viktiga skillnad när det gäller ökad fysisk aktivitetsnivå.^[69]

Det finns även ett samband mellan ekonomi och aktivitetsnivå hos befolkningen i Östergötland. Personer med lägst inkomst (inkomstnivå 1) tenderar att vara mer inaktiva än personer med inkomst i den mittersta nivån (inkomstnivå 3), som i sin tur är mer inaktiva än personer med högst inkomst (inkomstnivå 5) (figur 2.3). Personer med utländsk bakgrund är i högre grad otillräckligt fysiskt aktiva (46 %) än personer med svensk bakgrund (33 %). Detta samband finns bland både kvinnor och män.

Bland ungdomar i Östergötland 2021 var cirka 46 procent otillräckligt fysiskt aktiva. Otillräcklig fysisk aktivitet är vanligast i gruppen med annan könsidentitet, följt av tjejer. Killar är den grupp som rapporterar högst grad av fysisk aktivitet. Gymnasieungdomar är otillräckligt fysiskt aktiva i högre utsträckning än grundskoleungdomar.

Figur 2.3. Hälften av gruppen med låg inkomst är otillräckligt fysiskt aktiva.

Andel personer med mindre än 150 aktivitetsminuter varje vecka, uppdelat på kön och inkomstnivå, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Stillasittande

Både fysisk inaktivitet och stillasittande har ökat i takt med att samhället förändrats. En hög andel stillasittande tid är ofta förknippat med skärmtid vid studier, arbete eller fritid. Det finns ett samband mellan skärmtid och kondition, där ungdomar med fem timmar skärmtid eller mer på vardagar hade lägre kondition än ungdomar med mindre skärmtid än så.^[70]



Indikator för att mäta stillasittande:

- Antal stillasittande timmar per dag. Ett långvarigt stillasittande definieras som tio timmar eller mer varje dag, sittande eller liggande aktiviteter i vaket tillstånd.

Stillasittande i Östergötland

I Östergötland är cirka 25 procent av befolkningen stillasittande tio timmar eller mer varje dag, vilket är ungefär i nivå med riket. Yngre är mer stillasittande än äldre. I gruppen 18–29 år har andelen som sitter tio timmar eller mer per dag ökat under pandemiåren, från 35 procent 2018 till 42 procent 2022. Även i åldersgruppen 30–44 år ökade stillasittandet under pandemiåren, men den ökningen verkar inte kvarstå vid mätningen 2022. I gruppen 65–84 år sitter 15 procent mycket, vilket är oförändrat över tid (figur 2.4).

Figur 2.4. Högst andel stillasittande finns i den yngsta åldersgruppen, i denna grupp har även stillasittandet ökat över tid.

Andel personer som är stillasittande 10 timmar eller mer varje dag, uppdelat på kön, åldersgrupp och år i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Stillasittandet skiljer sig också beroende på utbildningsnivå. Män med eftergymnasial utbildning är stillasittande i störst utsträckning (45 %), jämfört med män med förgymnasial (20 %) och gymnasial (19 %) utbildning. Även bland kvinnor finns samma mönster, dock utan lika tydliga skillnader.

Varför spelar stillasittande tid roll för hälsan?

Stillasittande är inte samma sak som brist på motion eller träning, utan en egen faktor som påverkar hälsa, sjukdom och förtida död. Risken är till stor del oberoende av övrig fysisk aktivitet. Kopplingen till ohälsa och dödlighet kan bara kompenseras med pulshöjande fysisk aktivitet i viss utsträckning. Det beror bland annat på att de större muskelgrupperna i kroppen inte aktiveras vid stillasittande, vilket i sin tur ger en mycket låg energiomsättning. Korta rörelsepauser på två till fem minuter var tjugonde till trettionde minut ger positiva effekter på bland annat blodsocker, insulinivå, blodtryck och blodfetter.^[71,72]

**Indikatorer för att mäta rökning:**

- Andel vuxna personer (18 år och äldre) som röker dagligen.
- Andel ungdomar i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet som röker ibland eller dagligen.
- Andel rökande föräldrar eller familjemedlemmar till barn på 8 månader.

Rökning

Andelen personer som röker dagligen har minskat över tid, både i riket och i Östergötland. Men det finns fortfarande stora skillnader i rökvanor mellan olika grupper i samhället. Bland ungdomar har det länge varit vanligare att röka ibland, än att röka dagligen.^[73] I den vuxna befolkningen är det en högre andel som röker bland personer med kortare utbildning och med utländsk bakgrund. Det är också vanligare i åldersgruppen 45 år och äldre.

Risken för att utveckla ett tobaksbruk är hög under en kort period i unga vuxnas liv. Åtta av tio tobaksdebuter sker i tonåren.^[74] Under senare år har dessutom en rad nya tobaksprodukter lanserats på marknaden, till exempel e-cigarett, och flera av dessa marknadsförs gentemot en ung målgrupp.

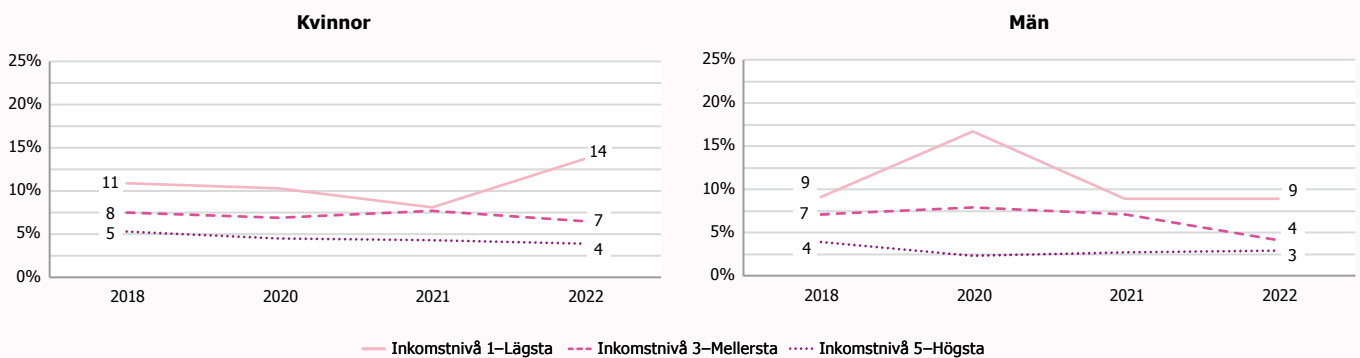
Rökning i Östergötland

I Östergötland röker sex procent (cirka 21 500 personer) av befolkningen dagligen, vilket är i nivå med riket. Majoriteten av alla dagligrökare finns i åldersgruppen 45 år och äldre. Sambandet är tydligast bland kvinnor, där flest rökare finns bland de äldre.

Det finns tydliga skillnader i andel rökare utifrån utbildningsnivå. I gruppen med förgymnasial utbildning är det fler rökare (13 %) än i gruppen med eftergymnasial utbildning (2 %). Samma mönster återkommer hos både kvinnor och män. Det finns även ett samband mellan ekonomi och rökning. Personer med låg inkomst röker i större uträkning än personer med hög inkomst (figur 2.5).

Figur 2.5. Det är en högre andel rökare i gruppen med lägst inkomst. Samma mönster återkommer hos både kvinnor och män.

Andel personer (25–64 år) som röker dagligen, uppdelat på kön, inkomstnivå och år i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

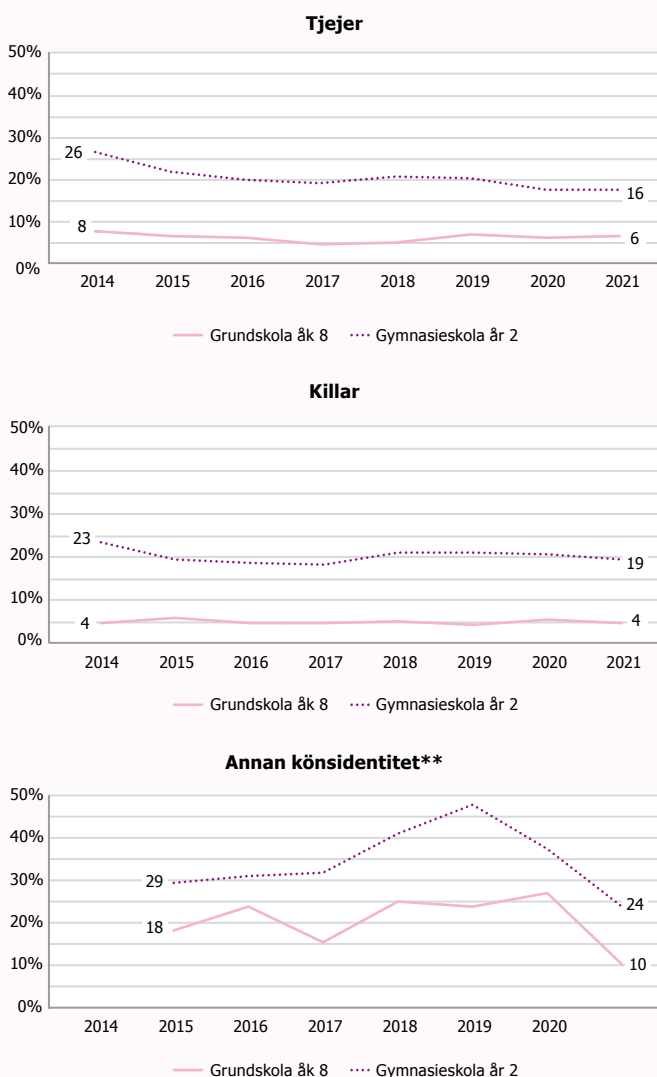


Bland Östergötlands ungdomar är det totalt cirka 950 som röker ibland (9 %, 700 personer) eller dagligen (3 %, 250 personer). Andelen ungdomar som röker ibland är oförändrad sedan 2019. Gymnasieungdomarna röker i större utsträckning än grundskoleungdomarna och deras bruk har varierat över tid (figur 2.6)*. Det finns inga skillnader kopplat till kön bland dem som röker ibland. Däremot finns det skillnader bland dem som röker dagligen, där 9 procent med annan könsidentitet uppger att de röker dagligen, jämfört med 3 procent av killarna och 2 procent av tjejerna.

År 2020 var det 25 procent som uppger att de hade provat e-cigarett en eller flera gånger, vilket är något lägre än vid mätningen 2018. Att ha använt e-cigarett är vanligare bland gymnasieungdomar (36 %) än bland högstadieungdomar (14 %). Oavsett årskurs är det vanligast bland dem som uppgett annan könsidentitet (41 %) följt av killar (30 %), medan bruket är som lägst bland tjejerna (19 %).

Figur 2.6. Gymnasieungdomarna röker i större utsträckning än grundskoleungdomarna, oavsett kön.

Andel ungdomar som röker dagligen eller ibland, uppdelat på kön, årskurs och år i Östergötland.



**Frågan om annan könsidentitet fanns inte 2014

Källa: Ungdomsenkäten Om mig, RÖ

*På grund av ett begränsat dataunderlag för gruppen som uppger annan könsidentitet innehåller resultatet variationer över tid, vilket inte ses för tjejer och killar där dataunderlaget är större.

Östergötlands mödravårdscentraler (MVC) samlar in data över gravidas rökvanor i samband med inskrivningsbesöket och vid besöket i graviditetsvecka 32. Under 2021 uppgav tre procent av kvinnorna vid inskrivningsbesöket att de rökte, vilket motsvarade 152 rökare av 5 113 inskrivna på MVC.^[75] Vid besöket i graviditetsvecka 32 hade denna siffra sjunkit till två procent. Även Östergötlands barnavårdscentraler (BVC) samlar in data över rökvanor. I samband med barnets åttamånadersbesök registreras småbarnsföräldrars rökvanor. Under 2020 var det nästan sju procent av barnen som hade någon rökare i familjen, vilket är i linje med befolkningen i Östergötland (6 %). Mammorna (3 %) röker i lägre utsträckning än papporna (7 %).

Tobaksprevention behöver ske på både samhälls- och individnivå

För att skydda barn och unga från att börja med tobak skärptes lagen för tobaksfria produkter den 1 augusti 2022 genom att införa en 18-årsgräns för försäljning samt krav på märkning av produkter och skärpta marknadsföringsregler.^[76] Dessutom har en uppdaterad tobakslag (SFS 2018:2088) sedan tidigare gjort fler offentliga miljöer rökfria, till exempel sjukhusentréer, tågperonger och lekplatser.^[77]

För att stödja de individer som börjat med tobak finns Tobakshjälpen, ett digitalt stöd för att sluta röka eller snusa via 1177.se. Tobakshjälpen innehåller kunskap, praktisk vägledning och övningar för att hjälpa deltagaren att göra en plan och bryta sitt tobaksanvändande. Behandlingen tar cirka sex veckor och en tobaksavvänjare finns som stöd under hela tiden.^[78]





Snusning

Historiskt sett har snusning varit vanligare bland män än bland kvinnor. I dag snusar ungefär tre gånger så många män som kvinnor. På senare år har nya tobaksprodukter med negativa effekter på hälsan lanserats på marknaden, bland annat vitt snus. Snuset har även anpassats genom ny produkt-design och tillsättning av smakämnen. Statistik visar att andelen kvinnor i Sverige som använder snus, har mer än fördubblats de senaste åren. Andelen är i dag ungefär tio procent, mot tidigare cirka fyra procent.^[79] Även bland män har snusandet ökat i riket. Under 2021 uppgav 30 procent av männen att de snusade dagligen eller ibland.

När det gäller vitt snus finns det ingen skillnad i användning mellan könen. Däremot finns det tydliga skillnader mellan olika åldersgrupper, där vitt snus är mycket vanligare i åldersgruppen 17–29 år än i övriga åldersgrupper.



Indikatorer för att mäta snusning:

- Andel vuxna personer (18 år och äldre) som snusar dagligen.
- Andel ungdomar i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet som snusar ibland eller dagligen.

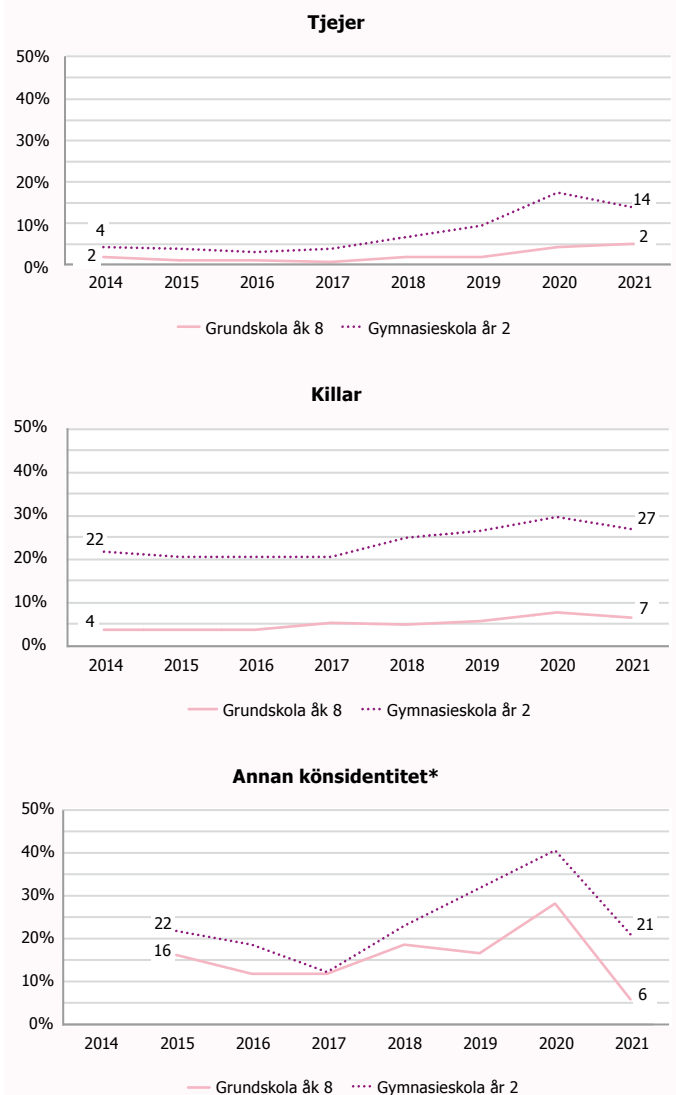
Snusning i Östergötland

Tolv procent av den vuxna befolkningen i Östergötland snusar dagligen, en siffra som har legat relativt konstant den senaste tioårsperioden (11–12 %). Snus användning är betydligt vanligare bland män (19 %) än bland kvinnor (5 %). Bland män finns det även en tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå, där fler män med förgymnasial utbildning snusar (33 %) jämfört med de med eftergymnasial utbildning (17 %). Det är också fler personer med svensk bakgrund som snusar än med utländsk bakgrund.

Bland Östergötlands ungdomar är det totalt drygt 1 050 som snusar ibland (6 %) eller dagligen (6 %). Under perioden 2014–2021 har andelen ungdomar som snusar ökat och det är fler gymnasieungdomar än grundskoleungdomar som snusar (figur 2.7). Precis som bland vuxna är daglig snus användning betydligt vanligare bland killar (10 %) än bland tjejer (3 %). Bland personer som uppgett annan könsidentitet är det åtta procent som snusar dagligen.

Figur 2.7. Andelen tjejer och killar i gymnasiet som snusar har ökat kraftigt under perioden 2014–2021.

Andel ungdomar som snusar dagligen eller ibland, uppdelat på kön, årskurs och år i Östergötland.



*Frågan om annan könsidentitet fanns inte 2014.

Källa: Ungdomsenkäten Om mig, RÖ



Risker med olika typer av tobaksprodukter

Rökning av cigaretter 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. Det finns många olika tobaksprodukter för rökning, till exempel cigaretter, cigariller, cigarrer, vattenpipa och pipetobak.^[80]

E-cigaretter (elektroniska cigaretter) består av en metallhylsa som laddas med en vätska med smakämnen, ofta nikotinhaltig, som värms upp och bildar ånga som andas in. Eftersom innehållet i vätskan varierar är det svårt att generellt bedöma hälsorisker. Ångan kan dock innehålla cancerframkallande ämnen, hälsoskadliga partiklar, irriterande ämnen och metaller som kan ge korttidseffekter på hjärtfrekvensen och irritationer i lungor och munhåla. Dessutom är nikotin ett starkt beroendeframkallande ämne med negativa effekter på hjärta och kärl.^[79,81]

Snus innehåller tobak och nikotin och kan orsaka både förändringar i munslemhinnan och permanenta skador på tandköttet. Det finns ett samband mellan snus och typ-2 diabetes, cancer i matstrupe, munhåla och ändtarm samt en ökad risk att dö efter en hjärtinfarkt eller stroke. Snusanvändning i samband med graviditet ökar också risken för bland annat havandeskapsförgiftning, för tidig födsel och dödföddhet.^[82]

Vitt snus är ett så kallat "tobaksfritt" snus som innehåller nikotin och i de flesta fall tillverkas av tobak. Snuset tillverkas av tobaksblad men processas i flera steg så att det får en ljusare färg samtidigt som det mesta av ursprungstobakens doft och smak försvinner. Utöver de hälsorisker med nikotin som nämns under e-cigaretter, kan också nämnas att barn och unga är särskilt känsliga för nikotinets belöande och beroendeframkallande egenskaper.^[79,81,83]

Alkohol

Även om alkoholkonsumtionen per dryckestillfälle har minskat i Sverige jämfört med för 15 år sedan, rapporterar ändå 16 procent av befolkningen ett riskbruk av alkohol. I den siffran ingår allt från en riskfylld konsumtion till ett svårt beroende. Totalt har cirka fem procent ett skadligt bruk, fyra procent ett måttligt alkoholberoende och en procent ett svårt beroende.^[61] Över tid har konsumtionsmönstret blivit mer lika mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper, även om det fortfarande finns stora skillnader.^[84] Riskbruk av alkohol är inte relaterat till socioekonomisk situation, utan förekommer i ungefär lika stor utsträckning i alla inkomst- och utbildningsgrupper. Däremot får riskbruk större konsekvenser i grupper med utsatt socioekonomisk situation eftersom en ansamling av olika faktorer ökar sårbarheten för alkoholens skadliga effekter.^[85]



Indikatorer för att mäta alkoholkonsumtion:

- Andel vuxna personer (18 år och äldre) med riskbruk av alkohol. Utifrån personens angivna veckokonsumtion (antal glas per vecka) och intensivkonsumtion (antal glas per tillfälle) beräknas ett summaindex (0–12 poäng). Ett värde högre än fyra för kvinnor och högre än fem för män, anses vara ett riskbruk av alkohol. Index härstammar från AUDIT (alcohol use disorder identification test).
- Andel ungdomar i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet som har druckit sig berusade flera gånger.

Definition riskbruk av alkohol

Riskbruk kan vara antingen högkonsumtion eller intensivkonsumtion. I Sverige definieras högkonsumtion som mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än 9 standardglas per vecka för kvinnor. Intensivkonsumtion (kan även benämnas berusningsdrickande) definieras som minst fem standardglas för män respektive fyra för kvinnor vid samma tillfälle, minst en gång i månaden.



Riskbruk av alkohol i Östergötland

I Östergötland har 14 procent av befolkningen ett riskbruk av alkohol. Det är en något lägre andel än i riket men motsvarar ändå cirka 50 000 personer. Andelen som har ett riskbruk har legat relativt stabilt över tid, även om det går att se en tendens till en minskning de senaste åren. Det finns en tydlig könsskillnad, där fler män (17 %) än kvinnor (10 %) har ett riskbruk. När det gäller åldersgrupper är riskbruk av alkohol vanligast i åldern 18–29 år. De yngre männen har dock minskat sin konsumtion sedan 2018, medan den äldsta åldersgruppen har ökat sin konsumtion något (figur 2.8).

Riskbruk av alkohol förekommer i alla utbildnings- och inkomstgrupper, även om det går att se en tendens till att personer med hög inkomst i högre utsträckning har ett riskbruk av alkohol, se figur 2.9. Det är också vanligare med riskbruk av alkohol bland personer med svensk bakgrund (15 %) än bland personer med utländsk bakgrund (8 %).

Bland Östergötlands ungdomar är det totalt 22 procent (nästan 1 800 ungdomar) som flera gånger druckit så mycket alkohol att de känt sig berusade. Det är dock stor skillnad mellan olika åldrar. Fem procent av grundskoleungdomarna har druckit sig berusade flera gånger medan 39 procent av gymnasieungdomarna har gjort det. Däremot är det inga större skillnader mellan könen.

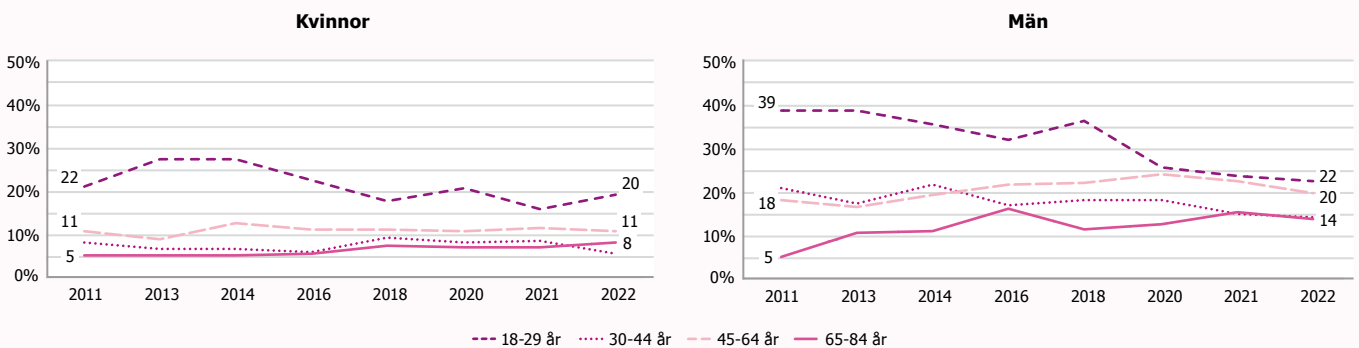
Risker med alkoholkonsumtion

All alkoholkonsumtion innebär en hälsorisk. Med begreppet riskbruk av alkohol menas en alkoholkonsumtion som innebär en kraftigt ökad risk för sjukdom, förtida död, alkoholberoende och sänkt livskvalitet.

Alkohol är ett giftigt ämne vars molekyl är både vatten- och fettlös. Det gör att den kan passera alla cellmembran, ta sig in i alla vävnader och brytas ner i dem. På så sätt kan alkoholen påverka hela kroppen. Alkoholkonsumtion ökar risken för kroppsliga problem som högt blodtryck, ångest, depression, nedsatt immunförsvar, försämrad sårhäkning samt olika former av cancer. En riskfylld alkoholkonsumtion leder också ofta till sociala problem som till exempel ökad risk för skador och olyckor, arbetslöshet, ekonomiska problem, våld och relationsproblem.^[61,64,86]

Figur 2.8. Över tid har riskbruket av alkohol minskat i den yngsta åldersgruppen (18–29 år) och ökat i den äldsta åldersgruppen (65–84 år).

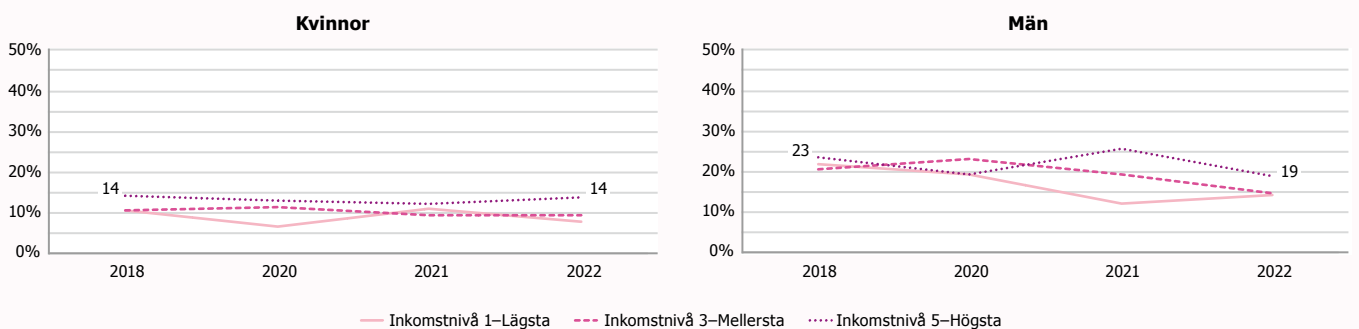
Andel personer med riskbruk av alkohol, uppdelat på kön, åldersgrupp och år i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Figur 2.9. Riskbruk av alkohol förekommer i alla inkomstgrupper.

Andel personer med riskbruk av alkohol, uppdelat på kön, inkomstnivå och år i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Narkotika

Cannabis är ett samlingsnamn för hasch och marijuana och är den narkotikaklassade substans som används mest i befolkningen. Enligt en hälsoekonomisk utvärdering kostar narkotikabruket samhället minst 38 miljarder kronor per år, bland annat i form av kostnader för vård och behandling, förtida dödsfall, förlorad livskvalitet för brukare och närstående samt fängelsestraff.^[87]

Yngre använder cannabis i större utsträckning än övriga åldersgrupper, oavsett kön. Andelen ungdomar som använder cannabis har varit relativt oförändrad sedan 90-talet, däremot har ungdomars uppfattning om riskerna med cannabis förändrats. Andelen niondeklassare som upplevde att cannabis var förenat med stor risk och att människor tar skada av att använda cannabis regelbundet var 92 procent 1995. Den siffran hade sjunkit till 58 procent 2019.^[88]



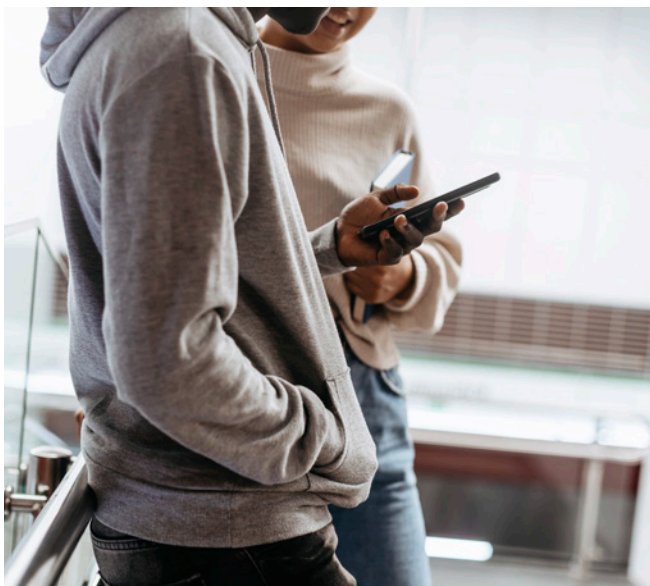
Indikatorer för att mäta narkotikaanvändning:

- Andel vuxna personer (18 år och äldre) som de senaste 30 dagarna samt andel som de senaste tolv månaderna har använt cannabis.
- Andel ungdomar i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet som använt narkotika en eller flera gånger.

Användning av narkotika i Östergötland

Både i Östergötland och i riket är den självrapporterade cannabisanvändningen låg, omkring två procent. Cannabisanvändning är vanligast i åldersgruppen 18–29 år, där totalt sex procent har använt cannabis någon gång det senaste året. Det är vanligare att män använder cannabis och det finns inga socioekonomiska skillnader.

Bland Östergötlands ungdomar är det totalt tre procent som rapporterar att de har använt narkotika en gång och ytterligare tre procent som har använt flera gånger. Det är fler gymnasieungdomar än grundskoleungdomar som har använt narkotika en eller flera gånger, nio procent jämfört med två procent. Det är små skillnader mellan könen.



Dopning

Dopning är otillåten användning av substanser eller metoder för att förbättra den fysiska prestationsförmågan. Användning av dopningsmedel, oftast androgena anabola steroider (AAS), kan ge fysiska och psykiska skadeverkningar som kan vara bestående. Dopning ger en ökad risk för att dö i förtid, exempelvis beroende på en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och suicid. Även kroppens hormonbalans påverkas, viket leder till ökad hårväxt, mer acne och nedsatt fertilitet. Ytterligare komplikationer kan vara psykiska problem som ökad aggressivitet, humörsvingningar, ångest och depression.^[89–91]

Andelen personer som använder dopningspreparat i Sverige har varit relativt konstant över tid, omkring en procent av befolkningen har använt dopningspreparat någon gång. Den typiska användaren är en fysiskt aktiv man 18–34 år. Forskningen om dopning är begränsad och det finns en stor osäkerhet kring hur utbredd problemet är i Sverige.^[92,93]



Indikator för att mäta dopning:

- Andel vuxna personer (18 år och äldre) som de senaste 30 dagarna samt andel som de senaste tolv månaderna har använt anabola androgena steroider eller tillväxthormon, utan förskrivning av läkare.

Användning av dopningspreparat i Östergötland

I Östergötland svarade 0,1 procent av männen 2022 att de under det senaste året använt anabola steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination. Ingen kvinna uppgav att de hade använt preparaten.

Spel om pengar

Spel om pengar är ett folkhälsoproblem eftersom det påverkar många personer, har allvarliga konsekvenser på hälsan och det sociala livet samt bidrar till ojämlikheter i hälsa. Det finns en tydlig samvariation mellan psykisk ohälsa och spelproblem. Till exempel är risken för suicid, både bland män och kvinnor, ungefär dubbelt så hög bland personer med spelproblem. Likaså finns ett samband mellan riskbruk av alkohol och spel om pengar. När alkoholproblemen ökar finns det en risk att även spelproblemen gör det och tvärtom. Andelen personer som spelar om pengar har generellt sett minskat de senaste åren. Samtidigt omsätts mer pengar på spelmarknaden, vilket innebär att färre personer spelar för större summor.^[94,95]



Indikatorer för att mäta spel om pengar:

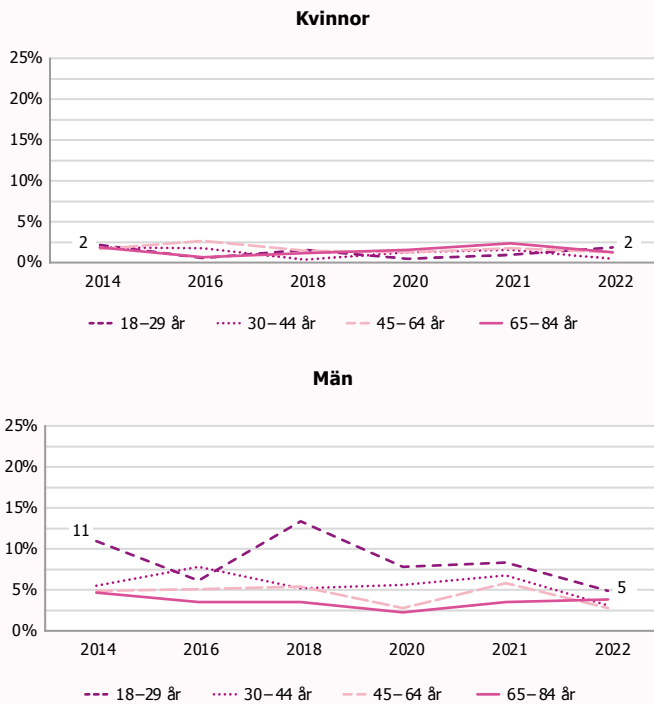
- Andel vuxna personer (18 år och äldre) som har spelat om pengar de senaste tolv månaderna och samtidigt, ibland eller oftare, antingen spelat för mer än de haft råd med, behövt spela för större summor för att få spänning, försökt spela tillbaka pengar de förlorat eller lånat pengar för att kunna spela.
- Andel ungdomar i årskurs 8 och årskurs 2 på gymnasiet som några gånger eller ofta deltagit i spel om pengar.

Spel om pengar i Östergötland

I Östergötland är det totalt två procent av befolkningen som rapporterar att de har spelproblem, vilket är i ungefär nivå med riket i stort. Andelen personer med riskabla spelvanor har minskat något över tid. Det är unga (18–29 år) och äldre (65 år och äldre) män som spelar mest (figur 2.10). I gruppen unga män har andelen med riskabla spelvanor minskat från 13 till 5 procent mellan 2018 och 2022, vilket skulle kunna kopplas till omregleringen av spelmarknaden 2019. Mätningen 2022 visar inga tydliga skillnader kopplade till inkomst och bakgrund (svensk/utländsk), vilket den gjorde 2018.

Figur 2.10. Unga (18–29 år) och äldre (65–84 år) män spelar mest, dock har andelen unga män med riskabla spelvanor minskat från 13 till 5 procent under perioden 2018–2022.

Andel personer med riskabla spelvanor, uppdelat på kön, åldersgrupp och år i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Elva procent av Östergötlands ungdomar har några gånger deltagit i spel om pengar, medan två procent ofta spelar om pengar. Det finns skillnader mellan grundskoleungdomar (10%) och gymnasieungdomar (17%) och det är vanligare att killar och personer som uppgett annan könsidentitet spelar om pengar.

Regional ANDTS-strategi – förebyggande arbete inom alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

En regional ANDTS-strategi (Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak, Spel om pengar) har funnits sedan 2011 och är framtagen i samverkan mellan Region Östergötland, länets kommuner, Länsstyrelsen Östergötland och Polismyndigheten Östergötland. Nuvarande strategi gäller 2022–2026.^[96]

Det ANDTS-förebyggande arbetet sträcker sig från förebyggande insatser till vård och behandling. Arbetet är tvärsektorielt och insatser inom olika områden, som föräldraskapsstöd och brottsförebyggande, bidrar till att uppnå strategins mål. Därför är just samverkan en nyckel i strategin.

Det övergripande målet i ANDTS-strategin är **Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk.** För att nå upp till det målet har ett antal prioriterade insatsområden satts upp i strategin. Dessa områden rör bland annat att minska överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel, att verka för en hälsofrämjande skola, motverka användningen av lustgas i berusningssyfte, stärka kompetensen gällande skadligt bruk av bland annat alkohol bland brukare inom äldreomsorgen, förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst samt kontroller av alkohol- och narkotikapåverkade i trafiken.



Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en förutsättning för människors allmänna hälsa. En central aspekt i folkhälsoarbetet med SRHR är att alla människor har rätt till god sexuell och reproduktiv hälsa genom att till exempel respekteras i sin kroppsliga identitet, fritt få definiera sin egen sexualitet samt att varje person själv får avgöra om och när hen vill vara sexuellt aktiv. SRHR omfattar många olika delar och det går inte att ge en heltäckande bild av den sexuella hälsan i befolkningen utifrån enstaka indikatorer. Till exempel ställer Folkhälsomyndigheten, i sin befolkningsundersökning om SRHR, frågor om allt från sexuell identitet, sexuella trakasserier och våld, sexliv, relationer och egenmakt, till sex mot ersättning, reproduktiv hälsa och sex- och samlevnadsundervisning.

Folkhälsomyndighetens undersökning visar bland annat att närmare hälften av kvinnorna i Sverige (42 %) och en tiondel av männen (9 %) har upplevt sexuella trakasserier. Dubbelt så många kvinnor (63 %) som män (34 %) har gått med på sex trots att de inte ville. Folkhälsomyndigheten sammanfattar med att SRHR är en fråga om jämställdhet och jämlikhet och belyser de tydliga könsskillnader som ses i så gott som samtliga av undersökningens frågor.^[97]

Här analyseras den sexuella och reproduktiva hälsan utifrån frågor i ungdomsenkäten Om mig när det gäller andelen ungdomar som haft sex. Det kompletteras med nivåerna av sexuellt överförbara infektioner i befolkningen. För den vuxna befolkningen finns det inga tillgängliga data för SRHR i Östergötland.



Indikatorer för att mäta sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter:

- Antal anmälda fall av klamydia och antal fall per 100 000.
- Andel ungdomar som har haft sex.

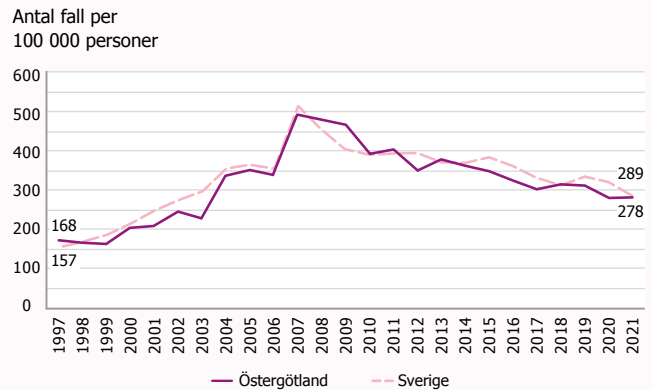
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Östergötland

I ungdomsenkäten Om mig 2020 ställdes frågor om sexuell hälsa och 58 procent (cirka 4 500) av ungdomarna valde att svara på dessa frågor. Totalt uppgav 40 procent av ungdomarna i Östergötland att de hade haft sex. Bland gymnasieungdomarna var det 63 procent som uppgav att de hade haft sex och det var inga skillnader mellan könen. Bland ungdomarna i högstadiet var det 14 procent som hade haft sex och där fanns det en tydlig könsskillnad. Det var vanligare att ha haft sex bland de som uppgett annan könsidentitet (34 %) än bland killar (13 %) och tjejer (15 %).

I dag är klamydiainfektion den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i Sverige. Under 2021 rapporterades 1 300 fall av klamydiainfektion i Östergötland (733 kvinnor och 561 män), vilket motsvarar 317 kvinnor och 236 män per 100 000. Under perioden 1997–2007 ökade antalet fall och den högsta noteringen var drygt 2 000 fall. Därefter skedde en minskning till dagens nivåer. Östergötland följer samma nivå och utveckling som riket, med en incidens av klamydiainfektion i Östergötland på 277 per 100 000 invånare, jämfört med 289 per 100 000 invånare i riket (figur 2.11).

Figur 2.11. 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 personer av klamydiainfektioner, uppdelat på år i Östergötland och Sverige.



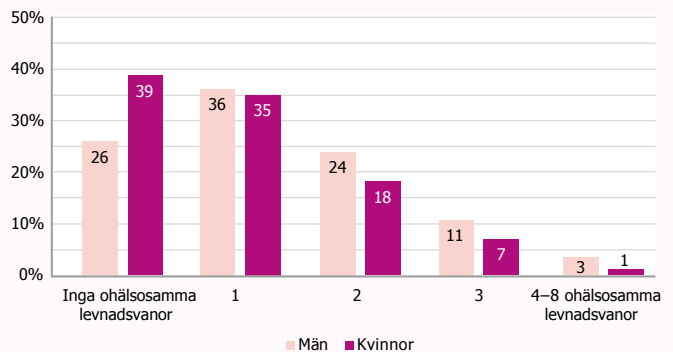
Källa: STI-statistik, FOHM.

Flera ohälsosamma levnadsvanor

Av befolkningen i Östergötland är det 32 procent som inte har någon ohälsosam levnadsvana. Bland övriga har 36 procent en ohälsosam levnadsvana, 21 procent har två och 11 procent har tre eller fler ohälsosamma levnadsvanor (figur 2.12). De vanligaste kombinationerna av ohälsosamma levnadsvanor är otillräcklig fysisk aktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker samt stillasittande och otillräcklig fysisk aktivitet. Män tenderar att ha fler ohälsosamma levnadsvanor än kvinnor. Både kombinationen av ohälsosamma levnadsvanor och fördelningen mellan könen är ett mönster som ses över tid.

Figur 2.12. Två tredjedelar av befolkningen i Östergötland har minst en ohälsosam levnadsvana.

Andel personer med ohälsosamma levnadsvanor*, uppdelat på kön, år 2022 i Östergötland.



*Lågt intag av frukt och grönsaker, otillräcklig fysisk aktivitet, stillasittande, daglig rökning, riskbruk av alkohol, cannabisanvändning, dopning och spelberoende.
Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Möjliga vägar framåt för att främja hälsosamma levnadsvanor

En stor andel av Östergötlands befolkning har ohälsosamma levnadsvanor, vilket ger en ökad risk för insjuknande och förtida död i folksjukdomar som hjärt-kärlsjukdom och cancer. Till exempel är det drygt 21 500 personer i länet som röker dagligen och 50 000 personer som har ett riskbruk av alkohol. Dessutom har nästan hälften av den arbetsföra befolkningen i Sverige så dålig kondition att de inte kan gå tio minuter i rask takt utan att behöva ta paus. Detta leder till konsekvenser både för den enskilda individens hälsa och för samhället.

Resultatet i detta kapitel visar att levnadsvanorna i befolkningen i Östergötland har varit relativt oförändrade över tid, även om det fortfarande är stora skillnader mellan olika grupper. På gruppnivå påverkade inte pandemin befolkningens levnadsvanor i någon större utsträckning, dock ökade stillasittandet i gruppen 18–44 år. De flesta har därefter återgått till tidigare nivåer men för den yngsta åldersgruppen (18–29 år) har det ökade stillasittandet bibehållits.

Levnadsvanearbetet över tid

Under de senaste tjugo åren har det nationella levnadsvanearbetet fokuserat på att främja fysisk aktivitet samt minska bruket av tobak och alkohol. Detta främst på individnivå inom ramen för hälso- och sjukvårdens arbete och flera satsningar genomfördes:

- Sätt Sverige i rörelse var ett initiativ för att främja fysisk aktivitet i befolkningen via olika aktörer i samhället. Inom hälso- och sjukvården initierades metoder som Fysisk aktivitet på Recept (FaR) och kunskapsbanken FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling).
- Tobaksuppdraget var ett initiativ som ökade tillgången till tobaksavvänjning vilket gav befolkningen stöd att sluta röka. Samtidigt genomfördes lagändringar som till exempel rökfrihet på restauranger och serveringsställen.
- Riskbruksprojektet var en utbildningsinsats i alkoholfrågor där medarbetare i hälso- och sjukvården och företagshälsovården fick stöd i att förebygga riskabla och skadliga alkoholvanor.
- Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor gav arbetet med levnadsvanor inom hälso- och sjukvården en tydligare legitimitet och vetenskapligt utvärderade och effektiva metoder.

Insatser behövs på flera nivåer

Levnadsvanor styrs inte enbart av medvetna val, information och kunskap. De påverkas också av inlärda beteenden och sociala sammanhang. En individs socioekonomiska situation och värderingar samt omgivningens vanor och värderingar är viktiga faktorer för hälsan. Till exempel ses inte rökning längre som norm i många grupper, vilket är positivt för hälsan. På senare tid har dock nya nikotinprodukter börjat ta plats bland unga, en ny norm som på sikt kommer att påverka deras hälsa negativt. Samtidigt har utbudet av hållbara och hälsosamma livsmedel ökat på marknaden och idag finns till exempel ett större utbud av vegetariska alternativ på såväl skolor, restauranger som i butiker.

För att främja hälsosamma levnadsvanor behövs insatser på olika nivåer i samhället. Under 2021 publicerade Folkhälsomyndigheten för första gången riktlinjer för fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Även en nationell kommitté för främjande av fysisk aktivitet har initierats. Dock räcker det inte med kunskaphöjande insatser utan även strukturella förutsättningar för



att främja fysisk aktivitet behövs. Till exempel en byggd miljö i form av skolgårdar, grönområden och cykelvägar som möjliggör för befolkningen att vara fysiskt aktiv.

Alla kan bidra på vägen framåt

Med andra ord, människors levnadsvanor bestäms av en rad faktorer. Därför behöver olika aktörer inom en rad samhällsarenor som skolor, arbetsmarknad, bostadsområden och föreningsliv ta ett gemensamt ansvar för att främja hälsan i befolkningen. Omställningen till en nära vård strävar efter att åstadkomma precis detta, att samarbeta över organisationsgränserna, att flytta fokus från reaktiv vård till proaktiva och hälsofrämjande insatser.

Levnadsvanefrågorna fick en mer framträdande roll inom hälso- och sjukvården efter att Socialstyrelsen tog fram nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor och under 2022 kompletterades även riktlinjerna med ett nationellt vårdprogram för levnadsvanor. Ett annat exempel för att påverka hälsa och framtida risk för sjukdom är arbetet med rökfri och alkoholfri före och efter operation. Utvärderingar visar dock att det finns stora skillnader i hur regionernas hälso- och sjukvård tar sig an det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppdraget. Trots att befintliga evidensbaserade metoder finns tillgängliga behöver mer göras för att på riktigt göra skillnad i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. En väg framåt kan vara att utveckla nya metoder för att ge stöd till förändrade levnadsvanor, till exempel e-hälsotjänster som tobaksavvänjning via 1177.se. Utifrån ett personcentrerat arbetssätt skulle digitala tjänster kunna skapa möjlighet att stödja människor utifrån deras olika behov och preferenser.

Det kan tyckas att många satsningar har gjorts kring levnadsvanor, men det kan konstateras att levnadsvanorna i befolkningen har varit relativt oförändrade över tid och att det är stora skillnader mellan olika grupper. Därför behövs fler insatser och samverkan mellan olika aktörer för att närma sig målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Vi kan alla ställa oss frågan: Vad blir mitt bidrag?



KAPITEL 3

Den psykiska hälsan – en av vår tids största utmaningar

Vad innebär psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykisk sjukdom?

För att beskriva vad psykisk hälsa är citeras ofta WHO:s definition: ”Ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle hen lever i”.^[98] En god psykisk hälsa och psykologiska resurser är skyddande faktorer som kan hjälpa människor att hantera stress och andra påfrestningar. Exempel på viktiga psykologiska resurser är självkänsla och copingförmåga, det vill säga att känna tilltro till sin förmåga att klara olika situationer.^[99] Ett annat välkänt begrepp är känslan av sammanhang (KASAM), vilket innebär att känna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet i tillvaron.^[100] Ytterligare psykologiska resurser som är betydelsefulla är tillit, hopp och framtidstro.^[1]

Psykisk ohälsa omfattar ett brett spektrum av psykiska symtom, från lindriga besvär till svåra psykiatriska tillstånd som allvarig depression eller schizofreni. De flesta har någon gång upplevt besvär som stört det psykiska välbefinnandet, som sömnstörningar, nedstämdhet eller oro. Det handlar då ofta om tillfälliga reaktioner på vardagliga händelser, som inte är sjukdomstillstånd i sig.

Psykiska sjukdomar är tillstånd som uppfyller särskilda diagnoskriterier och ger en lindrig, måttlig eller svår funktionsnedsättning. Med adekvat vård och stöd är det fullt möjligt att ha ett gott psykiskt välbefinnande även vid svår psykisk sjukdom (figur 3.1).

Vad beror psykisk ohälsa på?

Psykisk ohälsa beror på ett komplext samspel mellan genetiska, psykologiska och samhällsliga faktorer. Bland de sociala faktorer som bidrar till en ökad risk för exempelvis depression ingår motgångar eller hög belastning på jobbet eller i familjelivet samt låg socioekonomisk status, diskriminering och trauma. Psykisk ohälsa kan drabba vem som helst, men på gruppnivå är den psykiska hälsan genomgående sämre, redan i tidig ålder, i



Kapitlet i korthet

- Majoriteten av invånarna i Östergötland har ett gott psykiskt välbefinnande, men andelen som besväras av psykisk ohälsa ökar.
- Ökningen är störst bland unga, framförallt tjejer och unga kvinnor. Ökningen gäller både självsattad psykisk ohälsa, psykiatriska diagnoser och läkemedelsförskrivning.
- Andelen sjukskrivna för psykiska besvär, i synnerhet stressrelaterade tillstånd, har ökat.
- I de äldre åldersgrupperna, framförallt från 80 år och uppåt, finns en hög och ökande andel personer som diagnostieras och behandlas med läkemedel för depression. Äldre män är kraftigt överrepresenterade bland dem som tar sitt liv.
- Det finns stora skillnader i psykisk ohälsa relaterat till socioekonomisk situation.
- Utrikesfödda har över lag sämre psykisk hälsa än inrikesfödda.

Figur 3.1. Modellen beskriver hur den psykiska hälsan har två dimensioner; sjuk-frisk och gott psykiskt välbefinnande–psykiska besvär. Personer kan uppleva psykiska besvär utan att vara psykiskt sjuka (III), och kan ha ett psykiskt välbefinnande trots en psykisk sjukdom, vilket är vad hälso- och sjukvården strävar efter (II). I begreppet psykisk ohälsa ingår allt från mildare psykiska besvär till svår psykisk sjukdom (II, III och IV).*

	Psykiskt frisk	Psykiskt sjuk
Psykiskt välbefinnande	I	II
Psykiska besvär	III	IV

*Omarbetad efter modell av Claes-Göran Stefansson.

grupper med lägre socioekonomisk position.^[101] Det är inte bara absolut fattigdom som riskerar leda till sämre hälsa, utan även relativa inkomstskillnader kan leda till ökad stress och psykisk ohälsa, genom att vi jämför oss med andra.^[102]

Sociala nätverk och psykologiska resurser som tillit, känsla av sammanhang och framtidstro, som minskar risken för psykisk ohälsa, är generellt svagare bland människor med lägre socioekonomisk situation. Flera diskrimineringsgrunder kan interagera med varandra och öka risken för psykisk ohälsa. Att vara utsatt för våld eller övergrepp under barndomen är också förknippat med högre risk att drabbas av psykisk sjukdom senare i livet.^[103] Ångest- och depressionsproblematik samt posttraumatiska stresssymptom är starkt överrepresenterade bland personer som flytt till Sverige, särskilt personer som varit utsatta för tortyr.^[104]

Varför ska vi arbeta för en god psykisk hälsa i befolkningen?

Att vara psykiskt sjuk medför ofta ett stort lidande för både individen och de närmaste. Dessutom löper psykiskt sjuka högre risk för fysisk sjukdom, att hamna i alkohol- eller narkotikaberoende, att utsättas för våld, och att drabbas av förtida död. Psykisk sjukdom påverkar också människors möjligheter att försörja sig. Trots insatser för att minska diskriminering och stigma upplever många att deras psykiska sjukdom påverkar möjligheterna till arbete och socialt sammanhang, vilket innebär en ökad risk för utanförskap och isolering.^[105,106]

En god psykisk hälsa är viktig, inte bara för individen och de närmaste, utan också för samhället. Psykiska sjukdomar är den sjukdomsgrupp som orsakar störst andel av den totala sjukdomsbördan globalt, mätt i funktionsjusterade levnadsår. Psykiska sjukdomar står också för den största sjukdomsbördan ur ekonomisk synvinkel. Kostnaden beräknas öka sexfaldigt de närmaste 30 åren.^[107] I Sverige kostar psykisk ohälsa uppskattningsvis 21,7 miljarder euro, vilket motsvarar cirka fem procent av BNP, varje år.^[108] Investeringar i ett hälsofrämjande samhälle som förebygger psykisk ohälsa och stödjer människor innan de utvecklar svårare besvär, minskar lidandet för människor och är samhällsekonomiskt lönsamt. Som exempel beräknas varje krona som investeras i bättre behandling för ångest och depression ge fyra kronor tillbaka i form av bättre hälsa och produktivitet.



Indikatorer för psykisk hälsa

I det här kapitlet presenteras hur befolkningen i Östergötland mår utifrån en rad indikatorer för psykisk hälsa. Den psykiska hälsan belyses utifrån ett livscykelerspektiv, det vill säga uppdelat på ungdomar, den vuxna befolkningen (18–65 år) och den äldre befolkningen. Nedan finns samtliga indikatorer som förekommer i någon del av kapitlet uppräknade. Vissa av indikatorerna redovisas endast för en eller två av åldersgrupperna i livscykelerspektivet, andra för alla tre. Där det finns data för Östergötland har det använts. I de fall där underlaget för länet är för litet för att kunna urskilja trender över tid används i stället nationella data, vilket i så fall specificeras i texten.



Indikatorer för psykisk hälsa och psykisk ohälsa:

- Självskattat psykiskt välbefinnande.
- Psykologiska resurser (tillit, känsla av att duga som man är, positiv framtidstro).
- Självskattad psykisk ohälsa (stress, depression/ångest, sömn, ofrivillig ensamhet).
- Psykiatriska diagnoser (ångest/depression, psykoser, ätstörningar, alkohol- och substansrelaterade syndrom, neuropsykiatriska diagnoser som ADHD och autismspektrumtillstånd).
- Läkemedelsförskrivning (sömnläkemedel, anti-depressiva, ADHD-läkemedel).
- Sjukskrivning på grund av psykiatriska diagnoser.
- Psykiatrisk tvångsvård.
- Själv mord.

Psykisk hälsa bland barn och unga

Många tjejer är stressade och upplever att de inte duger som de är



Indikator:

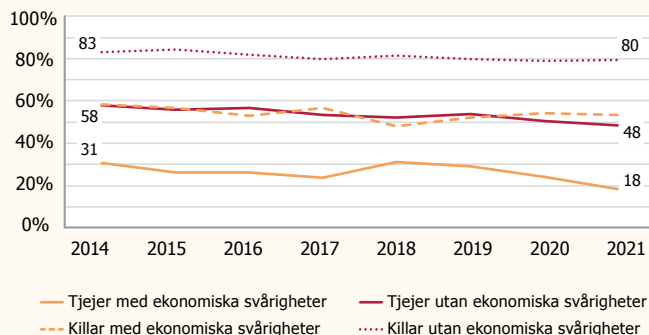
- Andel unga med goda psykologiska resurser i form av känslan av att duga som man är och positiv framtidstro.

Känslan av att duga som man är, ett mått på självkänsla som ungdomar själva lyfter som viktigt, är starkt kopplat till en god självskattad hälsa.^[33] Ungefär tre fjärdedelar av alla killar anger att de duger som de är, medan bara hälften av tjejerna gör det. Andelen tjejer som uppger att de duger som de är har sjunkit över tid, från 53 procent 2014 till 45 procent 2021, medan den har varit stabil bland killar. Familjens ekonomiska förutsättningar förstärker könsskillnaderna ytterligare. Bara var femte tjej som upplever att familjen har dålig ekonomi uppger att de duger som de är, jämfört med åtta av tio killar som upplever att familjen har en god ekonomi (figur 3.2). Självkänslan har sjunkit mest bland tjejer i familjer med sämre

ekonomi, från knappt 31 procent 2014 till 18 procent 2021. Även bland killar finns en stor skillnad beroende på den egna familjens ekonomi, men siffrorna har legat ganska stabilt de senaste åren.

Figur 3.2. Endast var femte tjej i familjer med ekonomiska svårigheter tycker att de duger som de är.

Andel ungdomar som uppger att de duger som de är uppdelat på kön, år och upplevelse av familjens ekonomi* i Östergötland.



* Om den egna familjen har råd att göra samma saker som jämnåriga.
Källa: Ungdomsenkäten Om mig, RÖ.

Framtidstron bland unga i länet är generellt god. Ungefär nio av tio unga, både tjejer och killar, har en positiv framtidstro och siffrorna har varit relativt stabila över tid. Andelen är något lägre bland ungdomar med annan könsidentitet, där sju av tio har en positiv framtidstro, samt för ungdomar som anger att den egna familjen har dålig ekonomi (figur 3.3).



Figur 3.3. Framtidstron är lägre bland ungdomar i familjer med ekonomiska svårigheter.

Andel ungdomar som ser mycket eller ganska positivt på sin framtid, uppdelat på kön och upplevelse av familjens ekonomi*, år 2021 i Östergötland.



* Om den egna familjen har råd att göra samma saker som jämnåriga.
Källa: Ungdomsenkäten Om mig, RÖ.



Indikator:

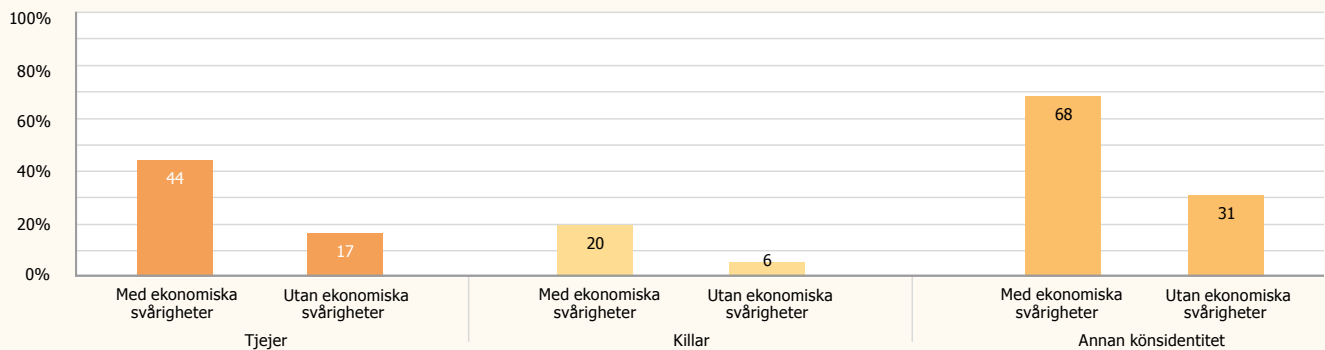
- Andel unga med självskattad psykisk ohälsa i form av stress och depressiva besvär.

Upplevd stress är vanligt, särskilt bland unga tjejer. Fler än hälften av tjejerna uppger att de ofta känner sig stressade i skolan. Motsvarande siffra för unga killar är ungefär en fjärdedel. 20 procent av de unga tjejerna i Östergötland uppger

2021 att de känner sig nedstämda eller deprimerade nästan varje dag, jämfört med 13 procent 2014. Andelen killar som uppger sådana symptom har legat förhållandevis stabilt, på runt sju procent. Allra vanligast med depressiva symptom är det bland ungdomar med annan könsidentitet (38 procent). HBTQI-personer lider generellt sett mer av psykisk ohälsa och löper högre risk att begå självmord och hamna i ett substansberoende, bland annat på grund av mobbing, diskriminering och annan utsatthet.^[109] Depressiva besvär är också vanligare bland ungdomar med sämre ekonomi. Dubbelt så många ungdomar i familjer med ekonomiska svårigheter uppger att de har depressiva symptom nästan dagligen (figur 3.4).

Figur 3.4. Depressiva besvär är mer än dubbelt så vanligt bland ungdomar i familjer med ekonomiska svårigheter.

Andel ungdomar som känt sig deprimerade nästan varje dag uppdelat på kön och upplevelse av familjens ekonomi*, år 2021 i Östergötland.



* Om den egna familjen har råd att göra samma saker som jämnåriga.
Källa: Ungdomsenkäten Om mig, RÖ.

Utbildningsprogrammet "Det syns inte – Om hjärnan, känslorna och den du vill vara", för att stärka högstadieungdomars psykiska hälsa

Linköpings kommun har sedan ett år tillbaka börjat införa ett klassrumsbaserat utbildningsprogram på högstadiet, genom ett samarbete med den ideella föreningen Arts & Hearts och med stöd av Allmänna Arvsfonden.

Utbildningsprogrammet är baserat på följande fem teman: Mentala talriksmodellen, Prester utan ångest, Ta kontroll över din uppmärksamhet, Forma din hjärna och Sociala medier och spel. Eleverna tittar på högkvalitativ, dramatiserad kortfilm och intervjuer med ledande experter som varvas med interaktiva diskussionsfrågor, övningar och experiment. Verktyget innehåller både instruktionsvideor för skolpersonal och en föräldraguide med tips för vårdnadshavare.

Programmet utvärderas löpande och har hittills fått positiv feedback om att elever, mentorer och elevhälsan uppskattar att det är relaterbart med dramascener, vetenskapliga förklaringar och diskussioner/övningar som får eleverna att bearbeta budskapen och tillämpa dem på sina egna liv.

Fler barn och unga behandlas inom barn- och ungdomspsykiatri



Indikator:

- Andel unga med psykiatriska diagnoser i form av ångest/depression, ätstörningar och neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD och autismspektrumtillstånd.

Andelen ungdomar som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ökar. Under 2021 hade 8,9 procent av alla barn och ungdomar i Östergötland kontakt med BUP, jämfört med 6,3 procent 2017. Ökningen har varit större i Östergötland än i riket där siffran har ökat från 5,5 procent 2017 till 6,2

procent 2021.^[110] Det är flera diagnosgrupper som ökar. De senaste åren har ätstörningar ökat mest, men även neuropsykiatriska diagnoser som ADHD och autism samt depressions- och ångestrelaterade tillstånd.

Bland utrikesfödda barn och unga finns det stora variationer när det gäller psykiatrisk vård. Icke-ensamkommande barn från Afghanistan och Iran samt barn från Eritrea, Somalia och Syrien vårdades betydligt mer sällan inom psykiatri jämfört med inrikesfödda, medan ensamkommande pojkar från Afghanistan och Iran vårdades oftare än inrikesfödda.^[29]

Förskrivning av psykofarmaka till barn och unga



Indikator:

- Andel unga som får psykofarmaka utskrivet i form av antidepressiva och ADHD-läkemedel.

Förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökar både nationellt och i Östergötland.^[111] I Östergötland har förskrivningen tredubblats från 2006 till 2021, för både killar och tjejer. Även förskrivningen av läkemedel för ADHD har ökat markant. Bland killar i åldern 5–14 år handlar det om en sexfaldig ökning de senaste femton åren, medan ökningen är sextonfaldig bland tjejer i åldern 15–19 år. (figur 3.5). Bättre kunskap och en ökad medvetenhet har bidragit till att andelen personer som diagnostiseras med ADHD har ökat de senaste 15 åren. Kriterierna för att få diagnosen har också ändrats något så att fler omfattas.^[112] Tjejer diagnosticeras generellt sett senare än killar och är ofta äldre när de påbörjar sin medicinering.

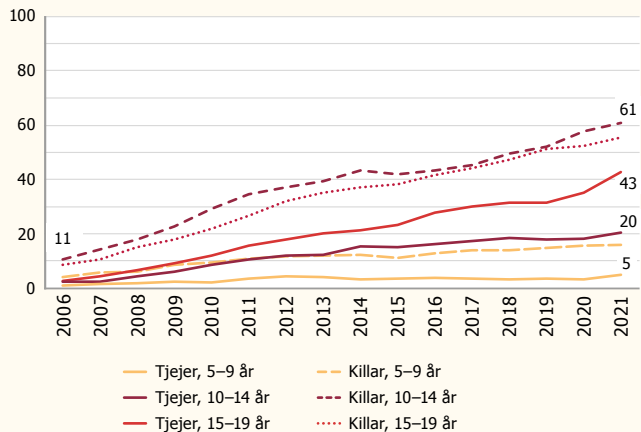
I Sverige som helhet bedöms förskrivningen av ADHD-läkemedel ligga på en förväntad nivå (5–7 procent av alla pojkar och 2,5–3,5 procent av alla flickor). Det finns dock stora regionala skillnader när det gäller andelen unga som får ADHD-läkemedel. Det beror sannolikt både på skolfaktorer, skillnader i tillgänglighet till vård och olika praxis inom läkarkåren.^[113]

Den snabba ökningen av psykofarmaka bland barn och ungdomar hänger ihop med den snabba ökningen av psykisk ohälsa. Vid lindrig till medelsvår depression och vid de flesta ångestsyndrom rekommenderas i första hand samtalsbehandling.^[114]

Figur 3.5. Läkemedelsbehandling av ADHD har ökat på senare år, allra mest bland tjejer i tonåren, men det är fortfarande flest killar som läkemedelsbehandlas.

Antal patienter per 1 000 personer (5–19 år) som fått ADHD-läkemedel förskrivet, uppdelat på ålder, kön och år i Östergötland.

Antal patienter per 1 000 personer



Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Allt fler får behandling inom barn- och ungdomspsykiatri, men personalomsättningen är stor och insatser som samtalsbehandling har inte kunnat utökas tillräckligt för att möta det ökade söktrycket. Om fler fick samtalsbehandling och tillgång till rätt typ av anpassning och stöd, skulle läkemedelsbehandlingen sannolikt kunna minska.

Ökning av psykiatrisk tvångsvård för unga tjejer de senaste åren



Indikator:

- Andel unga som vårdas enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Det är inte bara den självskattade psykiska ohälsan och de psykiatriska diagnoserna bland barn och unga som har ökat, utan även den psykiatriska tvångsvården (tabell 3.1). På riksnivå har antalet tvångsvårdade ökat från 12,2 till 18,9 per 100 000 unga mellan 2016 och 2021, eller från 253 individer till 415. Ökningen har främst skett bland tjejer, som också är de som tvångsvårdas i högst utsträckning. Den allra största delen av ökningen är relaterad till ätstörningar. Det har även skett en liten ökning av andelen barn och unga som tvångsvårdas på grund av schizofreni och psykoser.

Tabell 3.1 Psykiatrisk tvångsvård för barn och unga har ökat, främst bland tjejer. Det ökar allra mest för ätstörningar.

Antal unga per 100 000 personer (0–17 år) som har tvångsvårdats år 2016 och 2021 i Sverige.

		2016	2021
Tvångsvård	Tjejer	17	29
	Killar	8	9
	Båda könen	12	19
Tvångsvård per diagnos	Ätstörningar	2	7
	Drogrelaterade diagnoser	1	1
	Schizofreni och psykoser	1	2
	Depression	3	3
	Ångesttillstånd	2	2

Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Självordstalen sjunker i alla åldersgrupper utom bland unga



Indikator:

- Andel unga som begår självmord.

Den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa är att ta sitt liv. Barn och ungdomar under 18 år är den åldersgrupp som har lägst självmordstal. I och med att dödligheten i andra sjukdomar är låg bland unga står suicid för en tredjedel av alla dödsfall bland unga 15–29 år.^[115] Till skillnad från övriga åldersgrupper, där självmord är vanligast bland män, är det ungefär lika många tjejer som killar som tar sitt liv.^[116] Däremot finns det en tydlig könsskillnad när det gäller självmordsförsöken; tjejer är kraftigt överrepresenterade bland dem som blir inlagda på sjukhus för självmordsförsök.^[115]

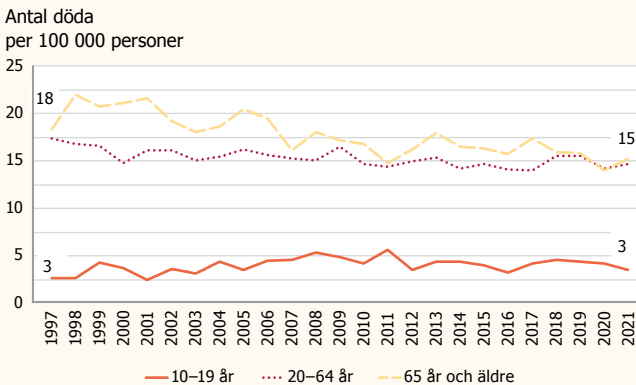
Självmordsförsöken har ökat kraftigt bland tjejer på nationell nivå under 2021. Bland tolvåriga tjejer ökade de med nästan 80 procent och bland tjejer i 13–16 års ålder med 40–50 procent. Totalt rör det sig om 1308 nya fall. Det finns en farhåga att detta kan vara en sen effekt av pandemin^[117], och följer mönstret att den psykiska ohälsan kryper allt lägre ner i åldrarna.^[118,119]



Själv mordstalen sjunker i Sverige i alla åldersgrupper utom bland de unga (figur 3.6). Bland unga 20–29 år kan man till och med se en ökning på cirka 1,8 procent per år.^[120] I en svensk studie 2017 fann man att självmord bland ensamkommande asylsökande i åldern 10–21 år var cirka tio gånger vanligare (51,2 per 100 000) än i samma åldersgrupp i övriga befolkningen (5,2 per 100 000).^[121]

Figur 3.6. Själv mordstalen har sjunkit över tid i alla grupper utom bland de yngsta.

Antal döda per 100 000 personer till följd av avsiktlig självdestruktiv handling, uppdelat på ålder och år, i Sverige.



Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Psykisk hälsa bland vuxna (18–65 år)

De flesta uppger gott psykiskt välbefinnande men andelen med psykiska besvär ökar



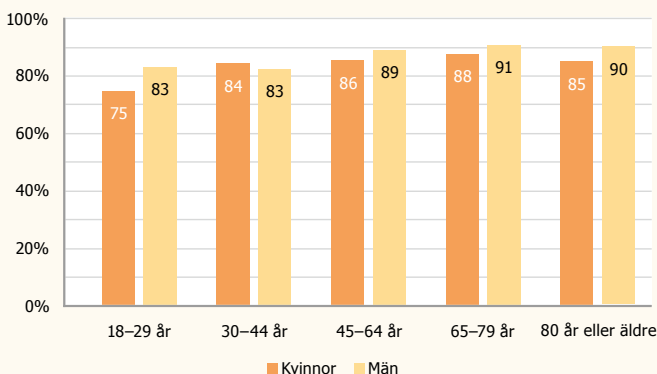
Indikator:

- Andel personer med gott självskattat psykiskt välbefinnande.

Majoriteten av invånarna i Östergötland skattar sitt psykiska välbefinnande som högt eller mycket högt. I den skattningen ingår bland annat känslan av att vara till nytta och hopp om framtiden (figur 3.7). Se Bilaga 1 för definition av psykiskt välbefinnande.

Figur 3.7. De flesta personer i Östergötland upplever att de har en god psykisk hälsa.

Andel personer som skattar sitt välbefinnande som medelhögt eller högt uppdelat på kön och ålder, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.



När det gäller utrikesfödda har man i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor sett att nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligare bland personer födda i Asien (25 procent), oavsett vistelsetid i Sverige, än hos inrikesfödda (13 procent). Nedsatt psykiskt välbefinnande var också vanligare bland personer från Afrika som bott i Sverige i mer än fem år (20 procent) än bland inrikesfödda.^[29]



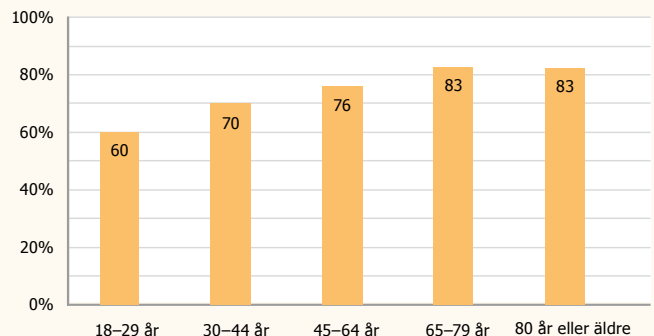
Indikator:

- Andel personer med goda psykologiska resurser i form av tillit till andra människor.

Ett av de centrala måtten på psykologiska resurser är tillit. Ett sätt att mäta tillit är genom frågan ”Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?”. Svaret på den frågan har i olika forskningsstudier visat sig relatera till god självskattad hälsa, minskad risk för sjukdom och död. Tillit till andra är vanligare ju äldre man blir och lägst bland unga (figur 3.8). Bland vuxna har nivåerna legat stabilt över tid. Bland ungdomar har däremot tilliten minskat de senaste åren, från 65 procent 2018 till 49 procent 2022, enligt Östergötlands ungdomsenkät Om mig. Tillit följer också en social gradient, där personer med lägre inkomst och utbildning generellt sett har lägre tillit än grupper med högre inkomst och utbildning. Den upplevda tilliten skiljer också beroende på härkomst, med lägre nivåer bland dem med utländsk bakgrund.

Figur 3.8. Tillit till andra skiljer mellan åldersgrupper, och är högst bland de äldsta.

Andel personer som anger att de kan lita på andra personer uppdelat på olika åldersgrupper år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.



Indikator:

- Andel personer med självskattad psykisk ohälsa i form av stress och depressiva symptom.

Många uppger att de känner sig stressade, särskilt kvinnor i åldern 18–29, och den upplevda stressen har ökat över tid (figur 3.9).

Över lag uppger mellan fem och tio procent av invånarna att de har depressiva symptom. Bland kvinnor i åldern 18–29 år är andelen högre, där anger 19 procent att de har depressiva symptom. Andelen personer med sömnsvårigheter varierar mellan 36 och 57 procent i olika åldersgrupper, allra mest besvär anger kvinnor från 45 år och uppåt.

De neuropsykiatriska diagnoserna och den narkotikarelaterade dödligheten har ökat



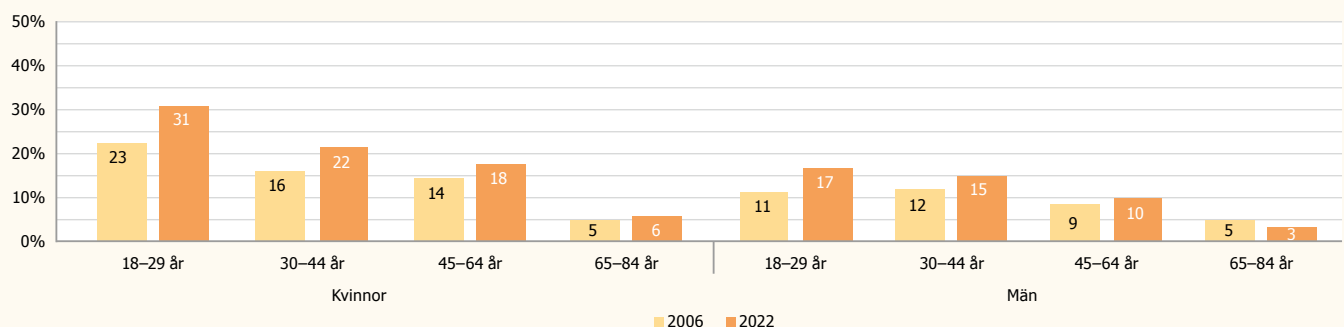
Indikator:

- Andel personer med psykiatriska diagnoser i form av ångest/depression, schizofreni/psykoser samt alkohol- och substansrelaterade syndrom och neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD och autismspektrumtillstånd.

Andelen vuxna som får specialistsjukvård på grund av ångest och depression sjunker, men det är svårt att dra tydliga

Figur 3.9. Den upplevda stressen ökar över tid. Yngre känner sig överlag mer stressade än äldre.

Andel personer som anger att de känner sig ganska eller mycket stressade uppdelat på kön, ålder och år i Östergötland.



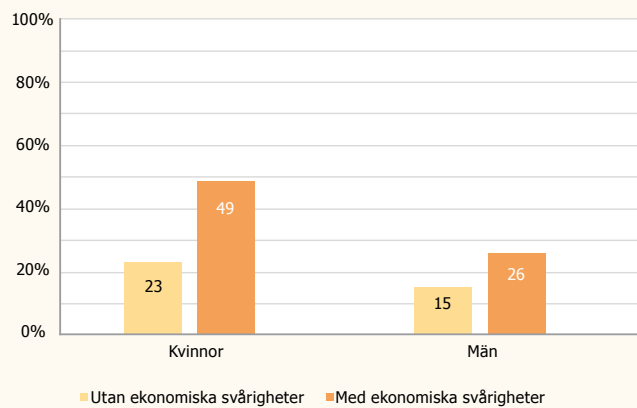
Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

slutsatser om nivån av ångest och depression i befolkningen utifrån de siffrorna eftersom primärvården ansvarar för behandling av lätt till måttlig psykisk ohälsa. Andelen invånare som diagnostiserats med de vanligaste neuropsykiatriska diagnoserna (ADHD och autism) har fördubblats i de flesta åldersgrupperna. Störst är ökningen för autismspektrumtillstånden, där ökningen i Östergötland är mer uttalad än på riksnivå. Antalet personer med schizofreni ökade något under mitten av 2010-talet, från cirka 250 per 100 000 till cirka 300 per 100 000, men har legat relativt stabilt sedan 2016.

Det finns ett samband mellan sämre socioekonomisk situation och psykisk ohälsa som depression. I Östergötland är det dubbelt så vanligt att de som har svårt att klara löpande uppgifter har eller haft depression, än vad det är bland dem som inte har några sådana problem (figur 3.10). Barn i familjer med diagnostiserad psykisk ohälsa lever ofta i en utsatt situation och löper högre risk att själva drabbas av psykisk ohälsa.^[122]

Figur 3.10. Depression är dubbelt så vanligt bland personer med ekonomiska svårigheter.

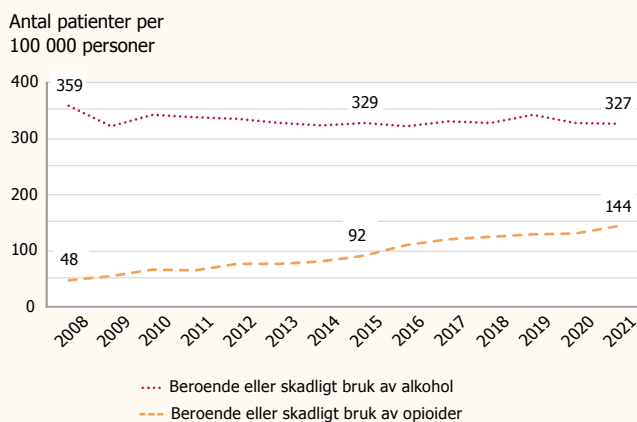
Andel personer som har eller haft depression uppdelat på förmåga att klara sina löpande utgifter för åldrarna 25–64 år år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Figur 3.11. Antalet personer som vårdas för alkoholberoende minskar, medan vård för opioidberoende ökar.

Antal per 100 000 personer (20–64 år) som fått vård för substansbruk av alkohol respektive opioider uppdelat på år i Östergötland.



Källa: Statistikdatabasen, SoS.

I linje med att alkoholkonsumtionen i befolkningen har sjunkit de senaste åren (se kapitlet om levnadsvanor) har även andelen personer som vårdas för alkoholrelaterade diagnoser sjunkit. Däremot ökar andelen personer som vårdas för opioidberoende (figur 3.11).

Antalet narkotikarelaterade dödsfall i Sverige är högt och har ökat över tid, även om en viss minskning kan ses sedan 2018. Oavsiktliga överdoser är den vanligaste orsaken till narkotikarelaterade dödsfall i Sverige. Den vanligaste substansen bland dödsfallen är opioider, men ofta förekommer flera olika substanser i kombination. Cirka 70 procent av dödsfallen sker bland män.^[123]

Personer med flyktningbakgrund, som bott i Sverige kortare tid än fem år, behandlas i lägre utsträckning för psykisk ohälsa än inrikesfödda och blir mer sällan förskrivna läkemedel mot till exempel depression och sömnbesvär.^[29] Efter fem år i Sverige behandlas dessa grupper för psykisk ohälsa i ungefär samma utsträckning som den övriga befolkningen.

Kraftig ökning av ADHD-läkemedel bland vuxna



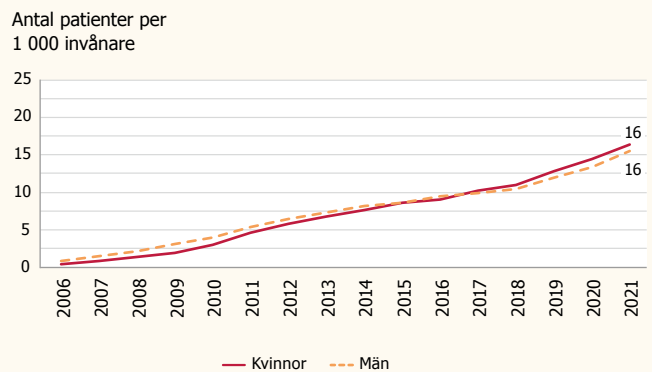
Indikator:

- Andel personer med läkemedelsbehandling i form av antidepressiva, ADHD-läkemedel och sömnmedicin.

Läkemedelsbehandling av psykiatriska tillstånd har ökat. I den vuxna befolkningen har förskrivningen av antidepressiva läkemedel de senaste femton åren ökat med 33 procent bland kvinnor och 40 procent bland män i Östergötland. Förskrivningen av ADHD-läkemedel har under samma tid ökat markant och är cirka 40 gånger högre i dag (figur 3.12). Den ökade förskrivningen hänger samman med en ökad diagnostisering av personer med ADHD (se sidan 39). Förskrivningen av sömnläkemedel är i stort sett oförändrad, cirka fem procents ökning för både kvinnor och män under de senaste femton åren.

Figur 3.12. De senaste femton åren har antalet vuxna personer med läkemedelsbehandling för ADHD ökat.

Antal patienter per 1 000 personer (20–64 år) som förskrivits ett läkemedel mot ADHD uppdelat på kön och år i Östergötland.



Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Sjukskrivning på grund av psykiatriska diagnoser ökar



Indikator:

- Andel personer som är sjukskrivna på grund av psykiatriska diagnoser.

Sedan drygt tio år ökar andelen sjukskrivna i befolkningen, efter en viss minskning i början av 2000-talet, och det är psykiatriska diagnoser som driver den utvecklingen. Aldrig tidigare har så många varit sjukskrivna på grund av psykiska besvär, och allra mest ökar sjukskrivningarna på grund av stressrelaterade diagnoser. Det är vanligare med sjukskrivningar för psykiska besvär bland kvinnor än män. Dubbelt så många kvinnor jämfört med män är sjukskrivna på grund av stressrelaterade besvär (figur 3.13).

Må Bra med Kultur och Natur

Må Bra med Kultur och Natur i Region Östergötland är ett komplement till vård och behandling för patienter med smärta, oro och stressrelaterade besvär. På flera orter i länet finns det aktiviteter som dans, konst/skapande, litteratur, hantverk, sång och natur/trädgård. Modellen bygger på att stärka individens friskfaktorer genom delaktighet och genom att skapa tilltro till den egna förmågan, på en arena helt frikopplad från sjukdomen. Insatsen har utvärderats av deltagare, vårdpersonal och kulturaktörer från starten 2012 till 2019. Resultatet visar att metoden har positiv effekt på individens självskattade psykiska hälsa och välbefinnande. Det är också ett användbart verktyg för vårdpersonal. Digitaliserade utbildningar för både ledare och vårdpersonal, kunskapsöverföringar till medarbetare samt nya utvärderingar och mätningar av modellen är på gång.^[124]

Självordstalen minskar bland vuxna



Indikator:

- Andel personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Nationellt har andelen invånare som tvångsvårdats för psykiatriska diagnoser legat relativt stabilt under 2016–2021. I Östergötland har den däremot ökat med 22 procent. Den största ökningen har skett mellan 2020 och 2021, främst bland kvinnor. Det är svårt att säga något säkert om anledningen, om det är en trend eller bara en tillfällighet.



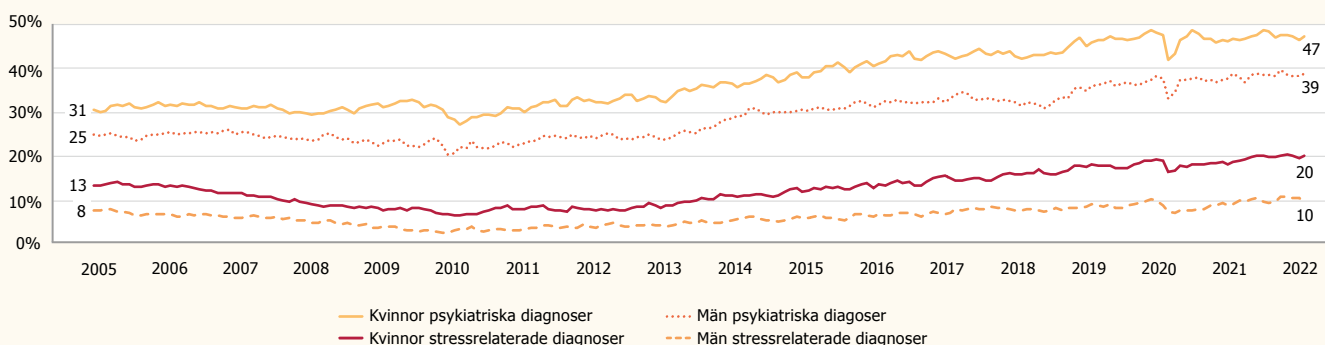
Indikator:

- Andel personer som begått självmord.

I Sverige begick 1 226 personer självmord under 2021.^[115] Av dem var cirka 50 personer hemmahörande i Östergötland. I och med att antalet självmord i Östergötland är relativt lågt, är det svårt att dra slutsatser om skillnader mellan grupper eller över tid. Därför redovisas enbart nationella siffror i den här rapporten. Självord är ungefär dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. Totalt sett har antalet självmord per 100 000 minskat i Sverige och i Östergötland sedan 70-talet. Självord är vanligare bland socioekonomiskt utsatta och i utsatta områden, särskilt bland män.^[125] Personer med utländsk bakgrund verkar generellt sett inte begå självmord i högre utsträckning än inrikesfödda.^[121] I en registerstudie från 2020 rapporterades att utlandsfödda hade lägre självmordsrisk än inrikesfödda, men efter 21–31 års vistelsetid i Sverige hade utlandsfödda ungefär samma självmordsrisk som inrikesfödda.^[126]

Figur 3.13. Sjukskrivningar på grund av stressrelaterade tillstånd står för en stor andel av sjukskrivningarna på grund av psykiatriska diagnoser.

Andel sjukskrivna personer med psykiatriska diagnoser respektive stressrelaterade diagnoser av alla sjukskrivna, uppdelat på kön och år, i Östergötland.



Källa: Försäkringskassan.

Suicidprevention i Östergötland

Region Östergötland har, tillsammans med representanter för kommuner, länsstyrelsen, polisen, räddningstjänsterna, SOS Alarm, Riksförbundet SPES (Suicid-Prevention och EfterlevandeStöd) och Svenska kyrkan tagit fram en suicidpreventionsstrategi för 2021–2025. Strategin utgår från det nationella handlingsprogrammet och är en gemensam vägvisare som anger långsiktiga insatsområden. Insatsområden som berörs handlar om:

- lokalt arbete med styrande dokument och handlingsplaner för suicidprevention,
- samverkan och samordning,
- utbildning och kompetenshöjande insatser,
- insatser för att minimera risken för självmord och självmordsförsök.

Alla länets kommuner har antagit strategin och tagit fram lokala handlingsplaner.



Ojämligheten i psykisk hälsa har ökat under pandemin

Region Östergötlands rapport *Covid-19-pandemins påverkan på människors liv och hälsa i Östergötland* visar att flera av de negativa hälsotrenderna har förstärkts under pandemin.^[21] Exempelvis har psykisk ohälsa, stillasittande och ofrivillig ensamhet ökat. Enligt rapporten har också de självsfattade ekonomiska klyftorna ökat, som samvarierar med psykisk hälsa (figur 3.14).

Hittills har man inte kunnat se någon ökning av antalet självmord relaterat till covid-19-pandemin. I samband med tidigare samhällskriser, som krig och ekonomisk nedgång, har man oftast inte sett någon ökning av antalet självmord förrän flera år efter krisen.^[127]

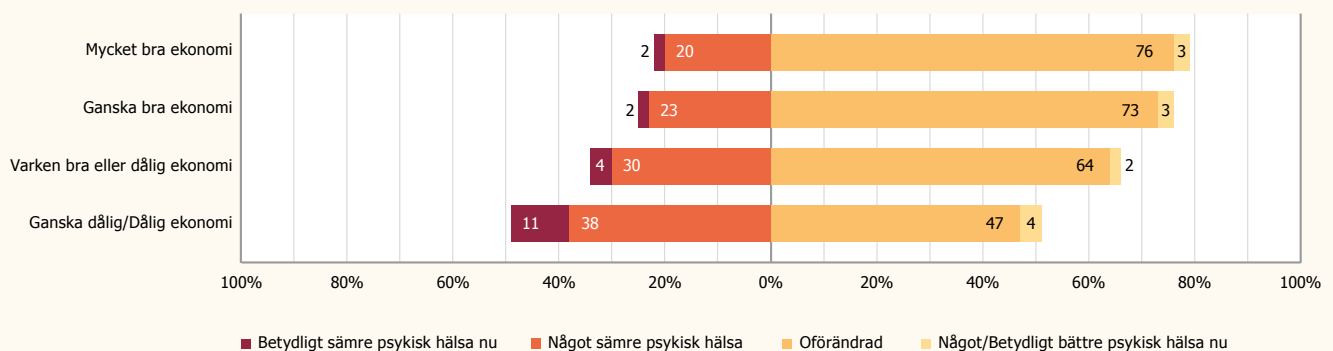
Mindshift

Initiativet Mindshift bidrar till att prioritera och hitta nya vägar för att främja psykisk hälsa och välbefinnande genom ett innovativt samskapande mellan invånare, civilsamhälle, offentlig sektor och näringsliv. Region Östergötland är en aktör i detta gemensamma arbete med visionen att psykisk hälsa och välbefinnande är vår viktigaste tillgång för en hållbar samhällsutveckling. Psykisk hälsa är inte en vårdfråga, utan allas vår gemensamma fråga. Mindshift tillvaratar och sprider goda exempel som främjar en god psykisk hälsa och har återkommande nätverksträffar i Östergötland dit alla är välkomna.

Under 2022 har Mindshift i Östergötland bland annat delat föreläsningar om hållbarhet som människa, förebyggande hälsosamtal på företag och psykologisk trygghet. Mer information finns på webbplatsen: www.mindshiftostergotland.se

Figur 3.14. Personer med dålig självskattad ekonomi 2015 upplevde en större försämring av sin psykiska hälsa under pandemin.

Andel personer (46–88 år) uppdelat på självskattad ekonomi år 2015 och försämrade psykisk hälsa år 2021, i Östergötland.



Källa: LSH-studie, LiU och RÖ.

Psykisk hälsa bland äldre

De flesta äldre har ett gott psykiskt välbefinnande



Indikator:

- Andel äldre med gott självskattat psykiskt välbefinnande.

I Östergötland uppger cirka 90 procent av befolkningen i åldern 65 år och uppåt att de har ett högt eller medelhögt psykiskt välbefinnande (figur 3.7).

Lätta besvär av ensamhet är vanligt, särskilt bland kvinnor över 80 år



Indikator:

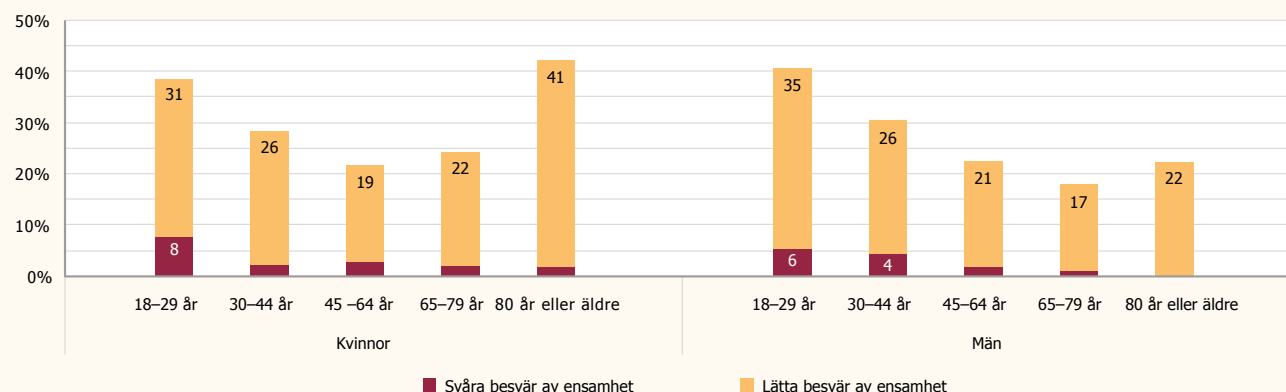
- Andel äldre med självrapporterad psykisk ohälsa i form av stress, sömnbesvär, ofrivillig ensamhet.

Få i de äldre åldersgrupperna känner sig stressade (figur 3.9), men över hälften rapporterar att de har besvär med sömnen. I den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor började man fråga om ensamhet 2021, och det visade sig då att unga vuxna och äldre är de som upplever sig mest ensamma (figur 3.15). De flesta skattade sina ensamhetsbesvär som lätta, bara ett fåtal uppgav att de hade svåra besvär.



Figur 3.15. Upplevelse av ensamhet är vanligast bland unga vuxna och bland kvinnor över 80 år.

Andel personer som upplever lätta eller svåra besvär av ensamhet, uppdelat på kön och ålder, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor FOHM.

Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre

Medan alkoholkonsumtionen i de lägre åldersgrupperna har minskat över tid har risk- och intensivbruk ökat bland äldre (se kapitlet om levnadsvanor, figur 2.8). Andelen äldre som vårdas för alkoholrelaterade tillstånd inom specialisterpsykiatri har emellertid inte ökat.



Indikator:

- Andel äldre med psykiatriska diagnoser i form av alkoholrelaterade syndrom.

Läkemedelsbehandling för depression är fortsatt hög**Indikator:**

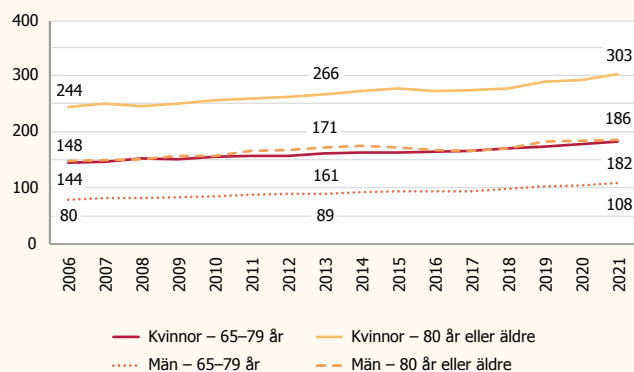
- Andel äldre med läkemedelsbehandling i form av antidepressiva, lugnande- och sömnmedicin.

Förskrivningen av lugnande- och sömnmedicin bland äldre har minskat under de senaste åren, sannolikt på grund av att en hög förskrivning har uppmärksammats och rekommendationerna har förändrats.^[128] Andelen äldre som behandlas med antidepressiva läkemedel har ökat de senaste 15 åren, både i riket och i Östergötland, särskilt bland kvinnor. Bland personer över 80 år behandlas 30 procent av kvinnorna och knappt 15 procent av männen med ett antidepressivt läkemedel (figur 3.16). Jämfört med yngre åldersgrupper erbjuds äldre människor oftare läkemedelsbehandling än samtalsterapi mot depression, trots kunskapen om att läkemedel har sämre effekt mot depression vid högre ålder.^[129]

Figur 3.16. Andelen äldre som behandlas med läkemedel mot depression ökar, särskilt bland dem över 80 år.

Andel personer som förskrivits läkemedel mot depression, uppdelat på kön, ålder och år i Östergötland.

Antal patienter per 1 000 personer



Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Orsaken till den höga och ökande andelen äldre som diagnostiseras och behandlas med antidepressiva läkemedel, är inte helt klarlagd. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera förskrivningen av antidepressiva läkemedel till äldre.^[130] Ofrivillig ensamhet har pekats ut som en viktig anledning.^[131–133]

Äldre män är kraftigt överrepresenterade bland dem som begår självmord**Indikator:**

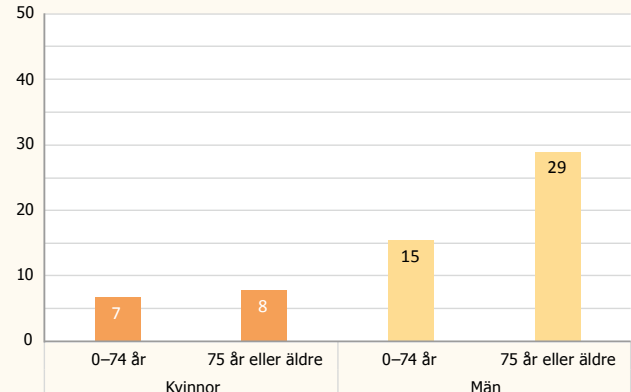
- Andel äldre som begår självmord.

Självmord minskar i den äldre befolkningen, liksom i befolkningen som helhet, men är fortfarande betydligt vanligare bland män från 75 år och uppåt än i de yngre åldersgrupperna (figur 3.17).

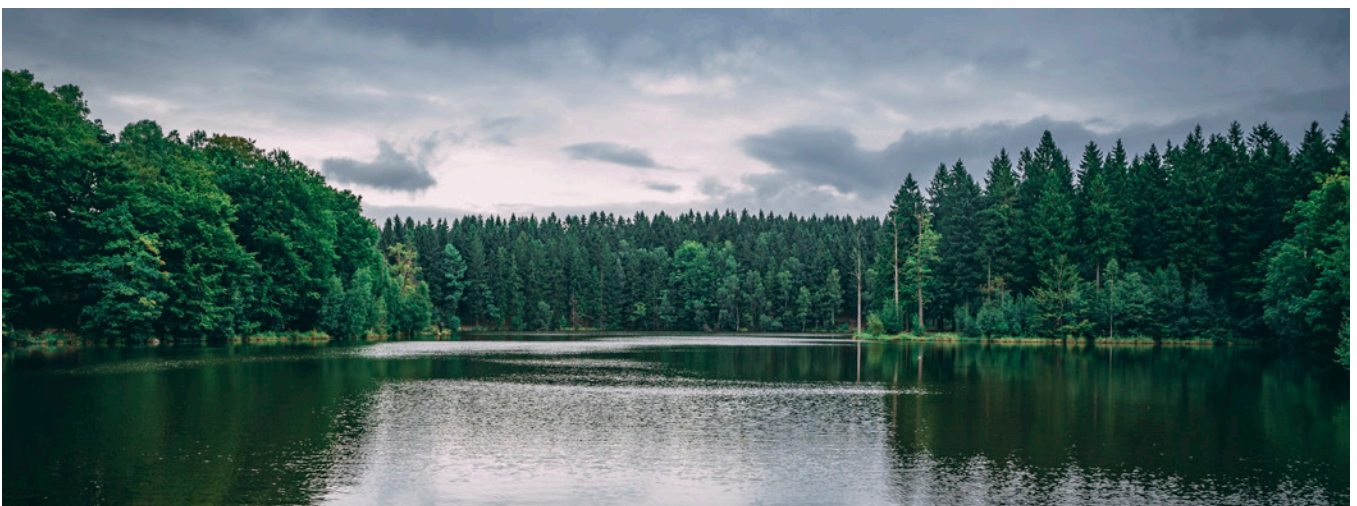
Figur 3.17. Män begår oftare självmord än kvinnor, särskilt de som är 75 år eller äldre.

Antal säkra självmord per 100 000 personer uppdelat på kön och ålder, år 2021 i Sverige.

Antal döda per 100 000 personer



Källa: Statistikdatabasen, SoS.



Möjliga vägar framåt för en förbättrad psykisk hälsa

Den psykiska hälsan i befolkningen i Östergötland har försämrats ytterligare sedan den senaste folkhälsorapporten 2019.^[2] Det gäller i synnerhet för tjejer och unga kvinnor. Det finns också en social gradient, det vill säga ju sämre socioekonomisk situation, desto högre risk för psykisk ohälsa.

Varför ökar den psykiska ohälsan i befolkningen?

Orsakerna till att den psykiska ohälsan ökar är komplexa. Stora förändringar i samhället, som globalisering, digitalisering, ökad ekonomisk ojämlikhet samt demografiska förändringar kan spela in i ökningen. Psykologiska resurser minskar över lag med ökande ekonomiska klyftor.^[4,9-11] Intåget av sociala medier har medfört att många lägger mycket tid på att jämföra sig med andra, vilket kan leda till en ökad känsla av att inte duga som man är. En hög skärmtid inkräktar också på andra aktiviteter som är viktiga för vårt välbefinnande, som sömn, fysisk aktivitet, och umgänge offline.^[134] Stillasittandet bland unga förefaller öka (se kapitlet om levnadsvanor) och andelen unga som når upp till rekommendationerna om 60 minuters daglig fysisk aktivitet är påfallande låg.^[135]

På samhällsnivå har även ökad individualism lyfts som en möjlig orsak till ökad psykisk ohälsa, i synnerhet stress. Internationella studier visar att den psykiska hälsan är sämre i höginkomstländer jämfört med låginkomstländer, och att det delvis kan tolkas som att ju bättre möjligheter till självförverkligande desto högre risk eller sårbarhet för socialt misslyckande.^[136]

En annan faktor som lyfts fram som en sannolik orsak till den ökande psykiska ohälsan, särskilt bland barn och unga, är att skolan inte kompenserar för människors olika bakgrund i lika hög utsträckning som tidigare. Det innebär att föräldrarnas utbildningsbakgrund har fått allt större betydelse för hur väl unga klarar skolan.^[137] Även skolans betygssystem har lyfts fram som en möjlig orsak till den ökande skolstressen.^[138]

Den förändrade arbetsmarknaden, med allt högre krav på utbildning och kompetens för att få ett arbete, har också bedömts öka stressen. Det gäller både unga som ska in på arbetsmarknaden och de som redan befinner sig där.^[139] Sedan 90-talet har mängden arbetsuppgifter och administration ökat på många arbetsplatser, inte minst i offentlig sektor, samtidigt som omsättningen på personal är hög. Parallellt med det har

antalet sjukskrivningar relaterade till svår stress ökat, särskilt bland kvinnor.^[140,141] Anledningen till att kvinnor drabbats hårdare kan vara att de i högre utsträckning arbetar inom människovårdande yrken, som är förknippade med hög arbetsbelastning, brist på eget beslutsutrymme och bristande stöd och belöning från chef och kollegor.^[142] En annan orsak är att kvinnor fortfarande tar ett större ansvar för familjen.^[143]

Hur kan vi främja psykiskt välbefinnande?

Att förbättra den psykiska hälsan bland barn och unga

För att motverka skillnader i psykisk hälsa mellan grupper med olika socioekonomisk situation eller grupper som omfattas av de olika diskrimineringsgrunderna, är det viktigt med olika typer av kompenserande insatser. Det kan till exempel vara att lägga fritidsaktiviteter i anslutning till skoltid och på andra sätt underlätta för alla barn att ta del av idrott och andra meningsfulla fritidsaktiviteter. Trygga och stimulerande uppväxtförhållanden, fria från våld och försummelse, är också viktigt för att utveckla psykologiska resurser. Därför är det viktigt med en välfungerande förskola och socialtjänst.

Kraftsamling för ungas psykiska hälsa

Fem konkreta förslag till insatser inom ramen för skolan, för att förbättra ungas psykiska hälsa:

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet i anslutning till skoltid
2. Balans mellan tid ägnad åt digitala medier och hälsofrämjande aktiviteter
3. "Livskunskapsprogram" som stärker självkänsla, stresshantering och skapar positiva förändringar
4. Kunskaps- och betygskrav som är anpassade till ungas utveckling och förutsättningar
5. Tidig upptäckt och stöd till unga med ökad risk för sämre psykisk hälsa

Samtliga förslag har vetenskapligt väldokumenterade effekter.

Källa: Svenska Läkaresällskapets Kraftsamling för ungas psykiska hälsa.^[138,144]



Skolan är en arena som möter alla barn och unga, och som har ett kompenserande uppdrag. Därför kan insatser inom skolans ram, för att främja välbefinnande, ha stor positiv effekt. Läkaresällskapets Kraftsamling för ungas psykiska hälsa lyfter fem konkreta förslag på insatser som kan införas i skolan för att främja ungas psykiska hälsa (se faktaruta).

Organisationen kring barn och unga som behöver vård och stöd för psykisk ohälsa är påfallande fragmenterad, vilket flera utredningar har pekat på.^[145–147] Flera huvudmän som styrs av olika lagrum, uppdrag och förutsättningar riskerar att leda till bristande helhetssyn och att barn och deras familjer hamnar mellan stolarna, i synnerhet när de behöver stöd från flera huvudmän. De långa väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatri riskerar också att leda till ökat lidande.^[148] Det finns flera initiativ för att komma till rätta med detta, dels Skolverkets och Socialstyrelsens utvecklingsarbeten Tidiga och Samordnade insatser (TSI), dels Gemensamma mottagarfunktioner som har införts i flera regioner.^[149]

Tidiga Samordnade Insatser för barn och unga samt Gemensam mottagarfunktion

Tidiga och samordnade insatser handlar om att barn och unga ska få stöd i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling. Det innebär en utvecklad och förbättrad samverkan mellan skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett exempel är det avslutade projektet Samma koll, i Åtvidabergs och Kinda kommuner, där man arbetat med förstärkta samverkansstrukturer och mötesarenor mellan de olika verksamheterna. Skolan var en central aktör i arbetet, bland annat genom att kunna kalla till SIP och utforma rutiner för exempelvis skolornärvaro och elevhälsoplan.

Gemensamma mottagarfunktioner för barn och ungas psykiska hälsa, kallas också En väg in. Det handlar om en instans dit invånarna kan vända sig för råd och stöd kring både egenvård och vård, som ett sätt att samordna olika vårdnivåer inom regionen. Målsättningen är att säkerställa att bedömning och triagering görs på ett likvärdigt sätt i hela regionen, samt att råd och stöd ges utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Det nya arbetssättet införs med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, och startar i Östergötland under 2023.^[150]

Att förbättra den psykiska hälsan i den vuxna befolkningen

Ett sätt att främja psykisk hälsa i den vuxna befolkningen är genom minskad stress i arbetslivet. Arbetsplatsen är en central arena för att försöka råda bot på de höga nivåerna av stressrelaterade sjukskrivningar. Att minska arbetstiden till sex timmar per dag i stället för åtta eller att arbeta fyra dagar per vecka istället för fem, har i vissa studier visat sig leda till minskad stress och samma eller rentav ökad effektivitet i arbetet.^[151] Institutet för Stressmedicin har listat viktiga faktorer för en hälsofrämjande arbetsplats (se faktaruta).^[152] Faktorerna har observerats i forskningsprojektet Hälsa och Framtid, där man jämfört vad som skiljer arbetsplatser i kommuner och regioner med låg sjukfrånvaro från dem med hög sjukfrånvaro. Liknande resultat har setts vid forskning inom privata företag.

De sex viktigaste faktorerna för arbetsplatser med låg sjukfrånvaro

- Gott ledarskap
- Möjlighet till kompetensutveckling
- God kommunikation och feedback
- Möjlighet att byta arbetsuppgifter
- Systematiskt arbetsmiljöarbete som är integrerat i verksamheten
- God kontroll över och kännedom om sjukfrånvaron i organisationen

Källa: Institutet för Stressmedicin, ISM^[152]

Att förbättra den psykiska hälsan bland äldre

Ett starkt socialt nätverk bidrar till psykologiska resurser som en känsla av sammanhang och tillit, och till ökat psykiskt välbefinnande.^[11] Ofrivillig ensamhet kan vara en bidragande orsak till psykisk ohälsa bland äldre. Ett sätt att motverka ofrivillig ensamhet är att öka den sociala samvaron och känsla av mening, vilket är syftet med metoden ABC för god psykisk hälsa. ABC för god psykisk hälsa är ett initiativ från Region Östergötland för att främja psykiska hälsa i befolkningen i samverkan med kommuner och civilsamhälle (se faktaruta om ABC i kapitlet om äldre).

Män över 75 år är kraftigt överrepresenterade bland dem som tar sitt liv. Ett sätt att nå den gruppen, som i lägre utsträckning söker sig till olika samtalsgrupper, är initiativet Vi pratar om livet – män 70+. Där har organisationen Hjärnkoll tagit fram en modell för att nå just denna grupp.^[153] Att minska ofrivillig ensamhet, öka socialt deltagande, självständighet och trygghet samt utbilda primärvården för att lättare upptäcka depression bland äldre är viktiga framgångsfaktorer för att främja psykisk hälsa hos äldre.^[154,155]

Psykisk hälsa är allas angelägenhet

Sättet vi lever våra liv och organiserar vårt samhälle gör att andelen som besväras av psykisk ohälsa fortsätter att öka. Det finns många sätt att förebygga psykisk ohälsa och främja psykiskt välbefinnande, från tidig barndom till ålderdom. Samtliga folkhälsopolitikens åtta målområden är kopplade till psykisk hälsa och särskilt viktiga arenor är förskola, skola, arbetsliv, hälso- och sjukvård.^[156] Invånare, civilsamhälle och näringsliv har också viktiga roller att spela.^[157] Kort sagt – psykisk hälsa är allas angelägenhet och samverkan mellan olika aktörer är en viktig framgångsfaktor. Psykisk hälsa bör vägas in i alla politiska beslut för att vända den negativa trenden.



KAPITEL 4

Hälsosamt åldrande berör allt fler

Varför ska vi arbeta för ett hälsosamt åldrande?

En hög levnadsstandard och en god hälso- och sjukvård gör att människor i Sverige lever allt längre och att andelen äldre i befolkningen ökar.^[158] Det gör äldrefrågan till en central del i arbetet med ett hållbart samhälle.^[159] Att äldre blir allt friskare är en stor framgång som innebär att det finns mycket livserfarenhet som kan delas med nya generationer. Det handlar dock inte enbart om att lägga år till livet, utan framför allt om att lägga liv till åren. Därför är det viktigt att prioritera hälsofrämjande och förebyggande insatser för äldre, inte minst kopplat till psykisk ohälsa som är ett utbrett problem bland äldre (se kapitlet om psykisk hälsa).

Den äldre befolkningens behov av vård och omsorg är en samhällskostnad som kommer att öka, bara genom att gruppen blir större. Likaså kommer en allt större grupp äldre leda till ett ökande behov av arbetskraft, förutsatt att gruppens behov av vård och omsorg inte förändras. För att möta den demografiska utvecklingen behöver insatser som stärker äldres självständighet och livskvalitet öka. Genom att skjuta upp eller mildra sjukdomar och ohälsa gynnas både individens hälsa och välmående liksom samhället i stort. Att verka för ett hälsosamt åldrande bör därför ha en hög prioritet.^[160,161]



Kapitlet i korthet

- Andelen äldre i befolkningen ökar, den grupp som ökar mest är de som är 90 år och äldre.
- En majoritet av den äldre befolkningen skattar sin hälsa som god, även om det finns stora skillnader inom gruppen där de med utsatt socioekonomisk situation har sämre hälsa.
- Ett hälsosamt åldrande där ohälsa och sjukdom skjuts upp eller mildras gynnar individens hälsa och välbefinnande, men också samhället i stort.
- Personer över 65 år utgör en allt större andel av dem som engagerar sig ideellt.
- Var femte yngre äldre och var tredje äldre äldre har lätta besvär av ensamhet och isolering, jämfört med var fjärde person under 65 år.
- Allt fler äldre började använda internet under pandemin och digitalt umgänge och underhållning har blivit vanligare.



I det här kapitlet används, om inget annat nämns, följande definitioner:

Äldre = personer 65 år och äldre

Yngre äldre = personer 65–79 år

Äldre äldre = personer 80 år och äldre

Områden och indikatorer för äldres hälsa

I det här kapitlet presenteras hur den äldre befolkningen i Östergötland mår, utifrån ett antal områden. I de fall data för Östergötland saknas presenteras istället nationell data. Inom varje område finns vidare ett antal indikatorer. För att illustrera skillnader i hälsa mellan olika grupper presenteras data utifrån olika variabler som kön, ålder och svensk/utländsk bakgrund men även utifrån socioekonomiska variabler som utbildningsnivå och inkomst.

Områden för att mäta äldres hälsa

- Självskattad hälsa och tandhälsa
- Hälsosamt åldrande
 - Social gemenskap och stöd
 - Meningsfullhet
 - Fysisk aktivitet
 - Matvanor
- Sjukdom
- Vård och omsorg

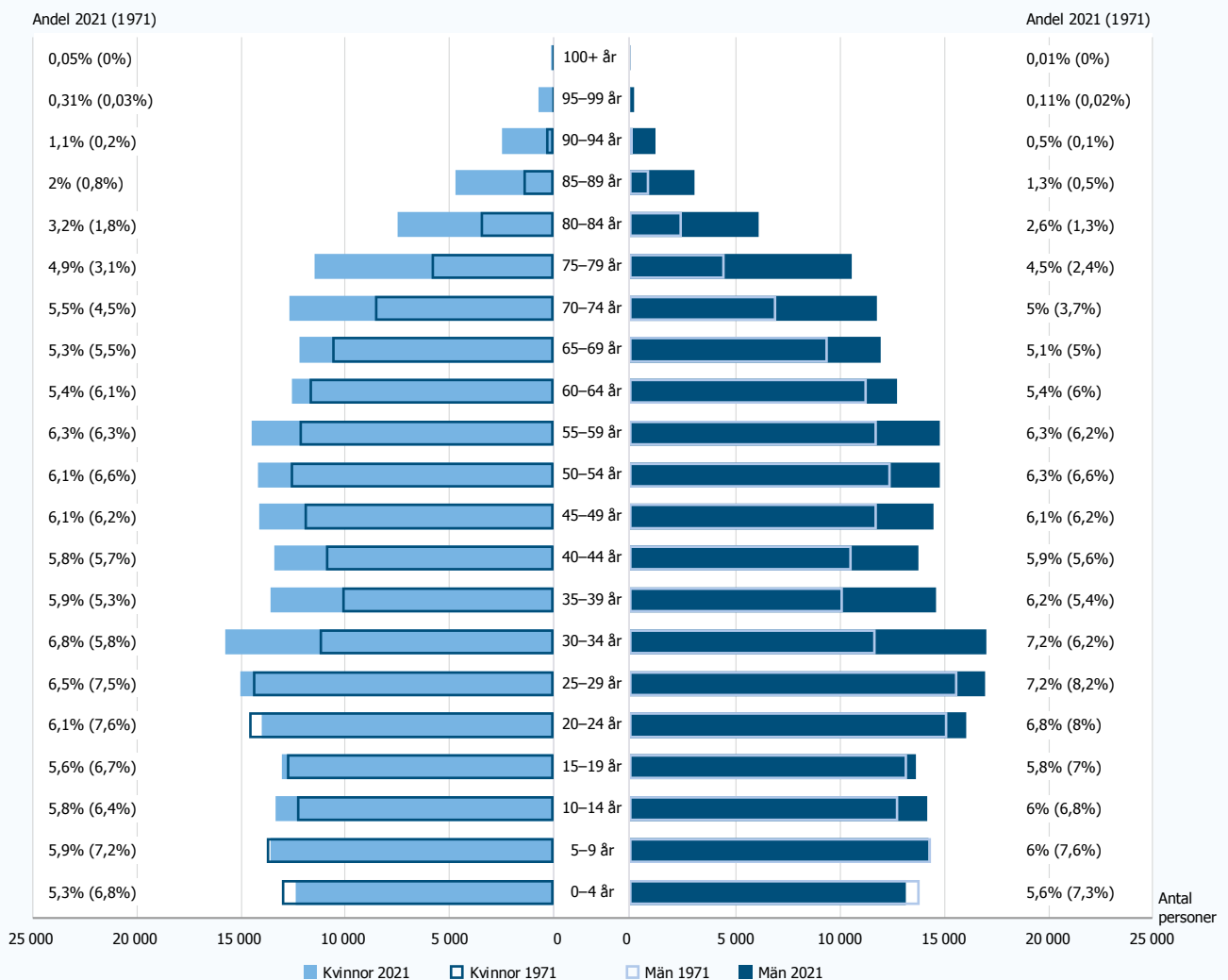
En ökande medellivslängd ger en större andel äldre i befolkningen

Förbättrad levnadsstandard, hälsosammare levnadsvanor och en ökad tillgång till hälso- och sjukvård av bra kvalitet har gjort att Sveriges medellivslängd stadigt har ökat under 1900-talet och fram till 2020. Under 2020 sjönk medellivslängden i Sverige på grund av höga dödstal i covid-19 och det var den äldre befolkningen som drabbades värst. Under 2021 var medellivslängden tillbaka på samma nivå som före covid-19.^[162–164] Kvinnor har en högre medellivslängd än män, 84,8 år jämfört med 81,2 år, vilket innebär att det finns fler kvinnor än män bland de allra äldsta. Sedan slutet på 1970-talet har männens medellivslängd ökat mer än kvinnornas vilket gör att skillnaden mellan könen succesivt minskar.^[158]

Den ökande medellivslängden gör att andelen äldre i befolkningen blir allt större (figur 4.1). De senaste 50 åren har antalet personer som är 60 år och äldre ökat med 65 procent i Sverige. Under samma tidsperiod har hela befolkningen ökat med knappt 30 procent. Den grupp som ökar mest är de som är 90 år och äldre.^[165]

Figur 4.1. Andelen äldre i befolkningen har ökat över tid.

Befolkningspyramid med antal personer uppdelat på åldersgrupp och kön, år 1971 och 2021 i Östergötland.



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

Trenden med en ökande andel äldre i befolkningen ser ut att fortsätta. Antalet personer som är 65 år och äldre beräknas enligt prognoser öka mer än antalet yngre personer i alla Sveriges län och i stort sett alla kommuner.^[166] I Östergötland går det i dag 37 äldre per 100 personer i arbetsför ålder (20–64 år) och 2040 beräknas det gå 43 per 100. I Östergötland har kommunerna med mindre befolkning den högsta andelen äldre. Prognosen visar att det förhållandet kommer kvarstå men att andelen äldre kommer att bli högre i samtliga kommuner.

Den äldre befolkningen är en heterogen grupp. Livsvillkor och behov skiljer sig mycket åt mellan olika personer. Många 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. Likaså är socioekonomiska skillnader lika tydliga bland de äldre som i den yngre befolkningen.^[160,165]

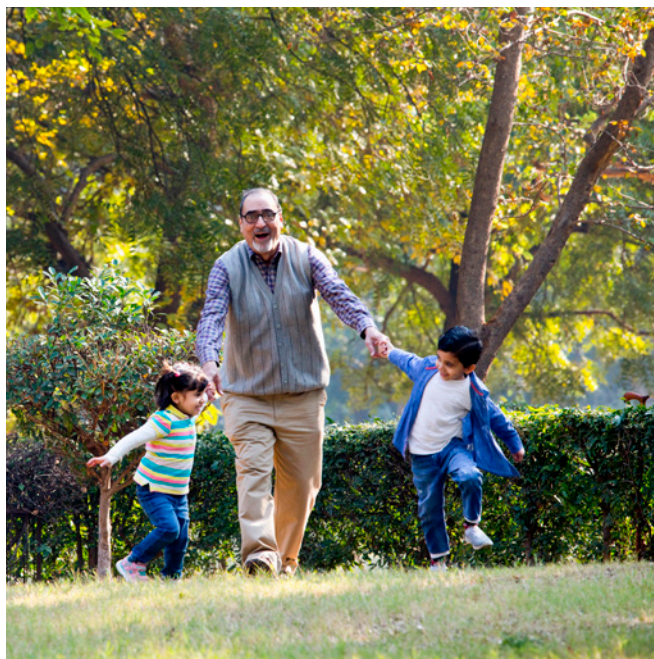
Äldres självskattade hälsa ökar men skillnader mellan grupper kvarstår

Trenden för äldres hälsa har över tid varit positiv. Medellivslängden ökar, sjukdomar och funktionsnedsättningar uppkommer allt senare i livet och äldre personer uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott i allt högre utsträckning.^[160] Sveriges befolkning har generellt sett en god tandstatus med ökande andel egna tänder högt upp i åldrarna.^[167] En 70-åring i dag kan ha en fysisk och intellektuell kapacitet som en 50-åring för 30 år sedan.^[168] Det finns dock skillnader i hälsa mellan olika grupper och trenden med ökande skillnader kopplat till socioekonomisk situation ser ut att fortsätta.



Indikatorer för att mäta äldres hälsa:

- Andel med god självskattad hälsa.
- Andel med god självskattad tandhälsa.
- Medelvärde för antal bibehållna egna tänder.

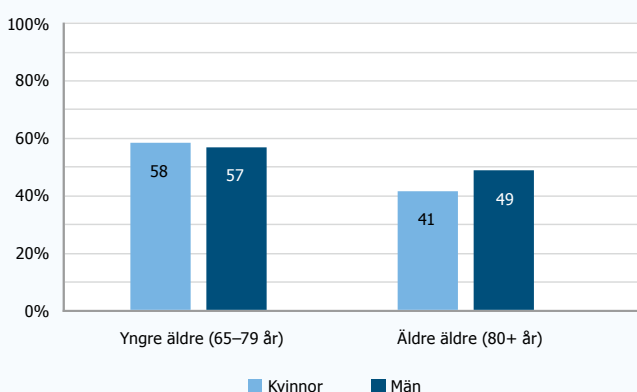


De flesta äldre skattar sin hälsa som god

En majoritet av personerna i åldern 65 år och äldre i Östergötland skattar sin hälsa som god, även om andelen är lägre än i den yngre befolkningen. Det finns dock skillnader inom den äldre gruppen. Bland de yngre äldre skattar 58 procent sin hälsa som god och bland de äldre äldre är det 45 procent, att jämföra med 75 procent i befolkningen under 65 år. I gruppen äldre äldre finns det också en skillnad mellan könen, där männen skattar sin hälsa som god i större utsträckning än vad kvinnorna gör (figur 4.2). En del av skillnaden skulle kunna förklaras av att det är fler kvinnor bland de allra äldsta, vilket ofta är de som har sämre hälsa. Dock skattar kvinnor generellt sin hälsa sämre än vad män gör, oavsett ålder.

Figur 4.2. Det är fler yngre äldre än äldre äldre som skattar sin hälsa som god, oavsett kön.

Andel äldre personer (65 år och äldre) med god självskattad hälsa uppdelat på åldergrupp och kön, år 2022 i Östergötland.

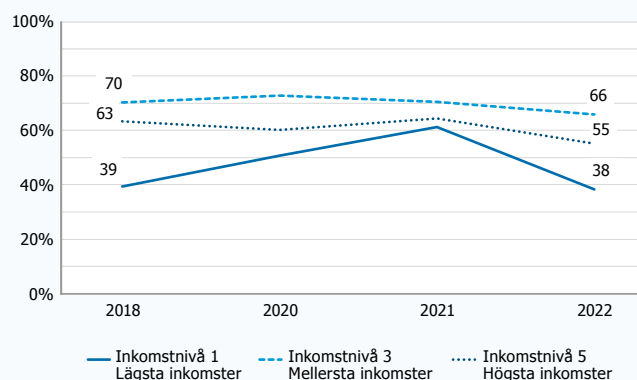


Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Det finns också skillnader kopplat till socioekonomi i gruppen äldre, vilket dessutom följer en tydlig social gradient. De med högst inkomst skattar sin hälsa som god i högre utsträckning än de med medelhög, som i sin tur skattar sin hälsa som bättre än de med lägst inkomst (figur 4.3). Likadant ser det ut när det gäller utbildning, där de med eftergymnasial utbildning skattar hälsan som god i störst utsträckning. Över tid rapporterar samtliga inkomst- och utbildningsgrupper en bättre hälsa, även om en liten nedgång sågs vid mätningen 2022. Skillnaderna mellan grupperna kvarstår dock.

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

Andel äldre personer (65–84 år) med god självskattad hälsa uppdelat på inkomstnivå och år i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Totalt lever tio procent av de äldre i Östergötland i ekonomisk utsatthet (se definition i bilaga 1). Bland de yngre äldre är det 8 procent och bland de äldre äldre är det 16 procent. Andelen personer i ekonomisk utsatthet skiljer sig mellan länets kommuner, från 16 procent i kommunen med flest äldre i ekonomisk utsatthet (Ödeshög) till 7 procent i kommunen med minst ekonomisk utsatthet (Söderköping). Det finns även en stor skillnad inom gruppen kopplat till kön. Både bland yngre äldre och äldre äldre, i alla Östergötlands kommuner, är det betydligt vanligare med ekonomisk utsatthet bland kvinnor än bland män. Tydligast blir skillnaden bland äldre äldre där 8 procent av männen och 22 procent av kvinnorna lever i ekonomisk utsatthet. En del av skillnaden skulle kunna förklaras av att det är fler kvinnor bland de allra äldsta, där den ekonomiska utsattheten är som störst. Samtidigt har kvinnor i genomsnitt 20 procent lägre allmän pension än män, till största delen beroende på skillnader i inkomst under arbetslivet.^[169]

Äldre personer med utländsk bakgrund skattade sin hälsa som bättre under 2022 än äldre personer med svensk bakgrund. Bland yngre äldre är det något fler personer med svensk bakgrund som skattar sin hälsa som god medan det i gruppen äldre äldre är fler personer med utländsk bakgrund som skattar sin hälsa som god. Över tid har skillnaderna mellan grupperna minskat, i likhet med utvecklingen på nationell nivå.

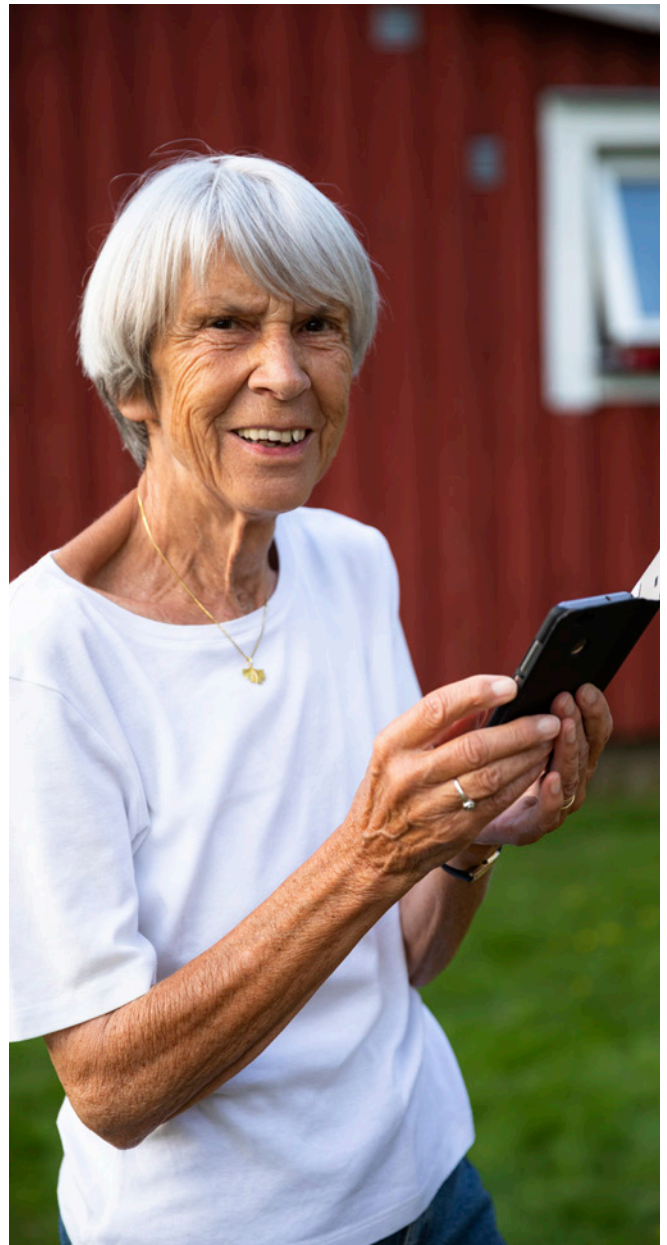
Tandhälsa viktig för livskvalitet

En god munhälsa har stor betydelse för människors självkänsla, sociala liv och livskvalitet.^[167] När människor åldras kan förändringar i kroppen, nya matvanor, mediciner och mun-torrhet leda till utmaningar i att upprätthålla en god munhälsa.^[170] Likaså kan kognitiva sjukdomar som demens påverka dagliga rutiner som matlagning och munvård.^[171]

Genom ett framgångsrikt tandhälsoarbete har Sveriges befolkning i dag en god tandstatus generellt sett, med en ökande andel egna tänder högt upp i åldrarna. Nationellt har ungefär 60 procent av personer i åldern 80–89 år 20 eller fler egna tänder, vilket används som mått på en tillfredsställande tuggfunktion.^[167] I Östergötland är medelvärdet för antal egna tänder 22 bland yngre äldre och 19 bland äldre äldre.

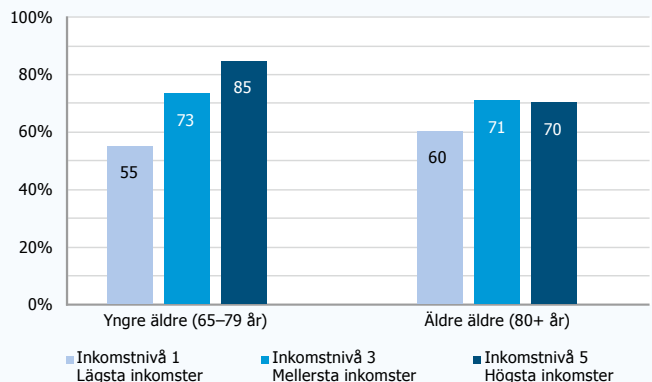
Att tandstatusen blir allt bättre avspeglas även i den självskattade tandhälsan som har förbättrats de tio senaste åren, främst bland äldre äldre. I Östergötland anser i dag två av tre äldre att de har en god tandhälsa. Det skiljer sig dock inom gruppen. Personer med låg inkomstnivå skattar sin tandhälsa som sämre än övriga inkomstgrupper. Skillnader i självskattad tandhälsa kopplat till inkomstnivå har också ökat över tid. Sedan 2018 har andelen äldre som rapporterar en god självskattad tandhälsa i gruppen med låg inkomst minskat från 68 till 58 procent, medan andelen med god tandhälsa har legat stabilt i övriga inkomstgrupper.

Skillnaderna kopplat till inkomstnivå är tydligast i gruppen yngre äldre. Även bland de äldre äldre finns det skillnader, där gruppen med låg inkomst skattar sin hälsa som sämre än övriga grupper, men skillnaderna är inte lika stora (figur 4.4). Det skulle kunna bero på att tandhälsan bland de äldre äldre generellt sett är sämre än bland de yngre äldre och att det till viss del tar bort skillnaderna kopplat till inkomst.



Figur 4.4. Äldre med låg inkomst skattar sin tandhälsa som sämre än övriga inkomstgrupper.

Andel äldre personer (65 år och äldre) med god självskattad tandhälsa uppdelat på åldergrupp och inkomstnivå, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Fyra hörnspelare för hälsosamt åldrande

För att skapa en bättre och mer jämlik hälsa bland äldre, och minska samhällskostnaderna för vård och omsorg, finns det initiativ och internationell samverkan för att stödja det som kallas ett hälsosamt åldrande.^[172] Hälsosamt åldrande definieras av WHO som "en process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder".^[173] Social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor är fyra hörnspelare för hälsosamt åldrande.^[172] Dessa faktorer har identifierats som gemensamma nämnare för de så kallade blå zonerna runt om i världen, där ovanligt många personer blir 100 år och i stort sett utan kroniska sjukdomar.^[174]

Social gemenskap och stöd

Att känna tillhörighet och gemenskap är ett grundläggande behov hos människor och har betydelse för både psykiskt och fysiskt mående. Sociala relationer påverkar också normer och levnadsvanor. I Sverige har andelen som uppger att de har en nära vän ökat sedan 1980-talet och den subjektiva ensamheten bland äldre är låg jämfört med andra europeiska länder. Men tillgången till sociala nätverk och stöd skiljer sig utifrån ålder, kön och socioekonomi.^[175]

Familjesituation och geografisk närhet till barn och andra nätverk har stor betydelse för vilket socialt stöd äldre kan få. Som en följd av den ökade medellivslängden lever äldre i dag längre tillsammans med sin partner. Andelen äldre som lever ensamma har därmed minskat över tid, även om det faktiska antalet har ökat i takt med att gruppen äldre växer. Andelen äldre som har barn har ökat sedan 1970-talet. Stöd från barn och andra närstående kan bli allt viktigare i takt med att gruppen växer och välfärdsystemet behöver koncentrera sina insatser till dem med störst behov. De äldre är samtidigt en stor resurs som exempelvis kan ta hand om barnbarn och engagera sig i civilsamhället.^[176]



Indikatorer för att mäta social gemenskap och stöd:

- Andel med praktiskt stöd (som har någon att vända sig till vid praktiska problem eller sjukdom)
- Andel med känslomässigt stöd (som kan dela sina innersta tankar och anförtra sig åt någon)
- Andel som uppger ensamhet och social isolering
- Andel som har lågt socialt deltagande (som har haft max en aktivitet under det senaste året)
- Andel som är medlem eller aktiv i minst en förening
- Andel som använder internet flera gånger om dagen

Praktiskt och känslomässigt stöd

Socialt stöd innefattar både praktiskt och känslomässigt stöd. De allra flesta äldre uppger att de har tillgång till praktiskt stöd, men andelen är något lägre bland äldre som har utländsk bakgrund jämfört med svensk bakgrund. Liknande skillnader ses på nationell nivå där de har funnits kvar över tid. Skillnaderna kan bero på att det är betydligt vanligare att personer med utländsk bakgrund uppger att de varken har nära vänner

eller umgänge med anhöriga. När det kommer till känslomässigt stöd finns en social gradient där andelen som har någon att anförtra sig åt minskar gradvis med sjunkande inkomstnivå.

Ensamhet och social isolering

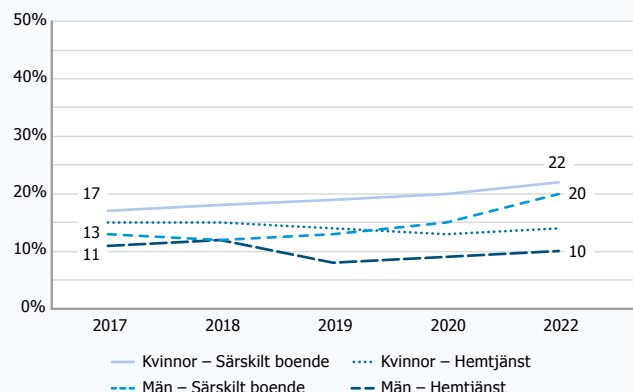
Ofrivillig ensamhet uppstår när det finns en skillnad mellan den önskade nivån och den faktiska nivån av sociala relationer. Det kan drabba alla oavsett ålder, vid olika skeden i livet, och är inte skadligt så länge det är övergående. Däremot kan ofrivillig ensamhet som varar länge stressa och aktivera kroppens varningssystem och i förlängningen ge upphov till sjukdom och förtida död. Brist på sociala relationer leder ofta till att människor försummar sin hälsa och sig själva, och ensamhet kan ligga bakom diagnoser som depression och olika smärttillstånd.^[177] Studier visar att sociala relationer och gemenskap har minst lika stor betydelse för hälsan som hälsosamma levnadsvanor, vilket kan få stor betydelse med tanke på ensamhetens utbredning.^[178]

En nationell undersökning som har följt äldre personer över tid, SWEOLD, visar att andelen som ofta eller alltid känner sig ensamma har legat relativt stabilt på drygt tio procent de senaste 30 åren.^[179,180] När människor blir äldre ökar risken för social isolering, som är ett objektiva mått på att bo ensam och inte träffa anhöriga, vänner eller bekanta mer än ett par gånger i månaden. Social isolering förekommer hos cirka 10 procent av landets 75–84-åringar och 15 procent av äldre över 85 år.^[181]

Äldre i Östergötland har uppgett att pandemin har lett till ökade besvär av ensamhet och påverkat deras sociala nätverk. Det saknas dock underlag för att följa förändringar i befolkningen som helhet över tid. Bland personer med äldreomsorg uppger var tredje att ensamhet var mer påtagligt under pandemin. I faktiska siffror ses en ökning mellan 2019 och 2022 (figur 4.5), framför allt bland äldre på särskilda boenden, och där främst för kvinnor, personer över 95 år och personer med dåligt hälsotillstånd.

Figur 4.5. Besvär av ensamhet är som störst bland äldre på särskilda boenden, där det har ökat över tid.

Andel äldre personer (65 år och äldre) som ofta har känt sig ensamma uppdelat på äldreomsorgsform, kön och år i Östergötland.



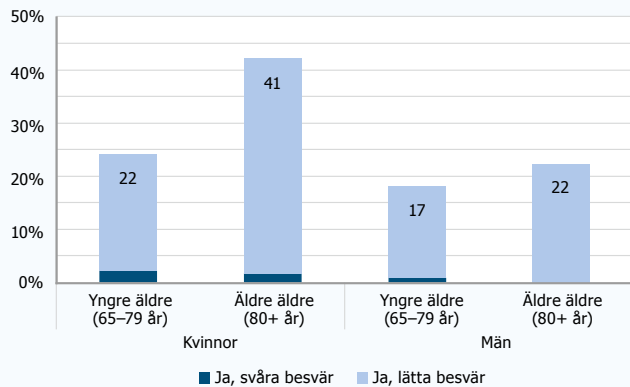
Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, SoS.

I början av 2022 uppgav var femte yngre äldre och var tredje äldre äldre lätta besvär av ensamhet och isolering (figur 4.6). Allra högst andel med ensamhet fanns dock hos personer mellan 16–29 år (se kapitlet om psykisk hälsa). Utöver ålder finns flera skillnader inom gruppen äldre där kvinnor, personer med utländsk bakgrund och personer med låg inkomst i högre

utsträckning uppger att de har besvär av ensamhet. Forskning visar att sociala faktorer, som att leva utan partner, förlora sin partner eller lida av psykisk ohälsa, till stor del kan förklara skillnader i vilka som drabbas av ensamhet.^[179]

Figur 4.6. Kvinnor över 80 år besväras av ensamhet i störst utsträckning.

Andel äldre personer (65 år och äldre) som uppger besvär av ensamhet och isolering uppdelat på åldersgrupp och kön, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Föreningsliv och socialt deltagande

Gemenskap och olika former av aktivitet (social, fysisk, mental och andlig) kan göra att tillvaron känns mer meningsfull och bidra till ökat psykiskt välmående.^[182,183] Goda sociala relationer påverkar även kroppens motståndskraft mot allt från vanliga förkylningar till hjärt-kärlsjukdom.^[178]

I föreningslivet finns möjlighet att utveckla sina intressen men också att träffa nya människor, utbilda sig och delta i olika friskvårdsaktiviteter. Under 2018–2019 var 76 procent av Sveriges äldre medlemmar i minst en förening och omkring 30 procent var aktiva i en förening. Medlemskapet är stabilt ända upp till 85 års ålder, men andelen som är medlemmar är lägre i socioekonomiskt utsatta grupper och i grupper med utländsk bakgrund. Det saknas ännu statistik för hur pandemin har påverkat medlemskap och engagemang i föreningar, men en undersökning från Myndigheten för Ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) visar att många föreningar har tappat medlemmar som en konsekvens av pandemin.^[184]

Andelen äldre som har ett lågt socialt deltagande mer än fördubblades i Sverige under perioden 2018–2021, från 31 till 73 procent. I Östergötland hade 53 procent av de äldre ett lågt socialt deltagande 2022. Bland de yngre äldre var andelen 48 procent och bland de äldre äldre 67 procent. Här har deltagandet vid offentliga tillställningar, teater- och biobesök samt religiösa sammankomster minskat medan interaktion i sociala medier, dialogforum och spel på internet har blivit allt vanligare. Denna förändring i umgängesmonter speglar sannolikt både restriktioner och den snabba digitaliseringen under pandemin.

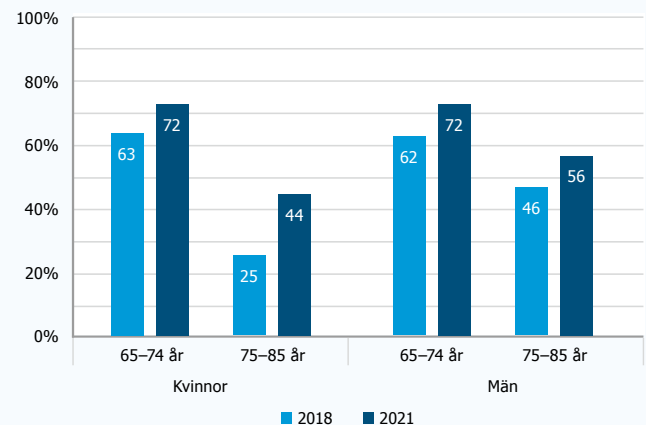
Fler äldre använder internet

Även om de allra äldsta i samhället fortfarande är den grupp som använder internet minst av alla har allt fler äldre börjat använda internet mer frekvent eller för första gången under pandemin.^[185,186] Äldre använder i högre grad än tidigare både underhållningstjänster, e-handel och sociala medier och är generellt mer positiva än andra åldersgrupper till ökad skärmanvändning och digitaliseringens möjligheter.

Nationellt har både tillgången till internet och internetanvändningen ökat, särskilt bland äldre över 75 år. Tillgången till internet har ökat med totalt tio procent under 2018–2022, marginellt mer bland män än kvinnor. Däremot har kvinnor över 75 år tagit störst kliv mot ökad användning, även om de fortfarande ligger lägst med 44 procent som använder internet flera gånger per dag (figur 4.7). Den positiva utvecklingen kan både bidra till att stärka äldres delaktighet och välbefinnande och avhjälpa ensamhet och social isolering.^[187]

Figur 4.7. Äldre som använder internet flera gånger om dagen har ökat sedan 2018.

Andel äldre personer (65–85 år) som använder internet flera gånger om dagen uppdelat på åldersgrupp och kön, år 2018 och 2021 i Sverige.



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

Hur kan aktivitet, gemenskap och meningsfullhet främjas hos äldre?

ABC för god psykisk hälsa är ett initiativ från Region Östergötland för att främja psykiska hälsa i befolkningen i samverkan med kommuner och civilsamhälle. I den första etappen (2021–2024) är målgruppen personer över 65 år.^[188]

Arbetet är inspirerat av den forskningsbaserade hälsokampanjen Act-Belong-Commit (ABC) från Australien. Forskningen visar att det går att stärka sin psykiska hälsa genom att vara aktiv, uppleva gemenskap och ägna sig åt sådant som känns meningsfullt.^[189] Den kunskapen sprids till allmänheten, med hänvisning till lokala föreningar som kan bidra till gemenskap och meningsfulla aktiviteter. Information om ABC finns på webbsidan 1177.se med länkar till lokal information om träffpunkter, föreningar och evenemang för äldre.^[190]

ABC för god psykisk hälsa används även av medarbetare i primärvården och äldreomsorgen, som träffar och stödjer äldre i sitt arbete. För närvarande utvecklas former för att vårdcentraler ska kunna erbjuda personcentrerade ABC-samtal till patienter som är i behov av nya sociala sammanhang och aktiviteter. ABC för god psykisk hälsa syftar till lokal samverkan mellan kommun, föreningsliv och vårdcentral som ett exempel på hälsofrämjande Nära vård-arbete.^[191]

Meningsfullhet

En meningsfull tillvaro är viktigt för de flesta människor men vad som uppfattas som meningsfullt är individuellt. Det kan till exempel vara att känna sig delaktig och bidra i samhället eller att kunna klara sig själv i vardagen.^[192] Känslan av meningsfullhet är nära förknippad med existentiell hälsa som handlar om hur en person förhåller sig till livet. Denna dimension av hälsa omfattar aspekter som mening och syfte med livet, harmoni, hoppfullhet, förundran och andlighet.^[193] De förhållningssätten blir extra viktiga när livet går mot sitt slut eller vid stora livshändelser som när man avslutar sitt arbetsliv eller förlorar sin livspartner.^[194]



Indikatorer för att mäta meningsfullhet och engagemang

- Andel som arbetar ideellt
- Andel som uppger att de är till nytta, har positiv framtidstro och graderar sitt liv som meningsfullt
- Andel som är medlemmar eller engagerar sig i politiska partier
- Valdeltagande

Äldre utför en stor del av det ideella arbetet

Förbättrad hälsa högre upp i åldrarna gör det möjligt för personer att stanna kvar längre i arbetslivet.^[195] Det kan bidra till ökad meningsfullhet och förbättrad ekonomi både för enskilda individer och för samhället. Att lönearbete längre upp i ålder är vanligare i de nordiska länderna än i övriga EU och för många kan även ideellt arbete vara ett sätt att fylla livet med mening. I Sverige engagerar sig varje år omkring hälften av befolkningen ideellt på olika sätt och andelen äldre personer har ökat i gruppen, från 14 till 36 procent under perioden 2005–2019.^[159,196] Ideellt arbete uppskattas stå för 3,2 procent av Sveriges BNP varav 20 procent genereras av personer över 60 år.^[197]

Lägre känsla av meningsfullhet hos äldre med dålig ekonomi

Ungefär två tredjedelar av de äldre känner att de alltid eller oftast har varit till nytta de senaste två veckorna och tre av fyra har en positiv syn på framtiden. Kvinnor och äldre äldre känner i något lägre utsträckning att de är till nytta medan framtidstro är lägre bland äldre med utländsk bakgrund. Nästan hälften av de äldre deltagarna i en östgötsk studie om livsvillkor och hälsa uppger att de har fått en mer negativ syn på framtiden till följd av pandemin. De största skillnaderna i framtidstro finns mellan äldre i olika inkomstgrupper (figur 4.8). Samma sak gäller när äldre har fått gradera om deras liv har haft klara mål och stor mening. Äldre som skattar sin ekonomi som dålig upplever i genomsnitt en lägre känsla av meningsfullhet än de med god självskattad ekonomi.

Starkt politiskt engagemang hos de äldsta

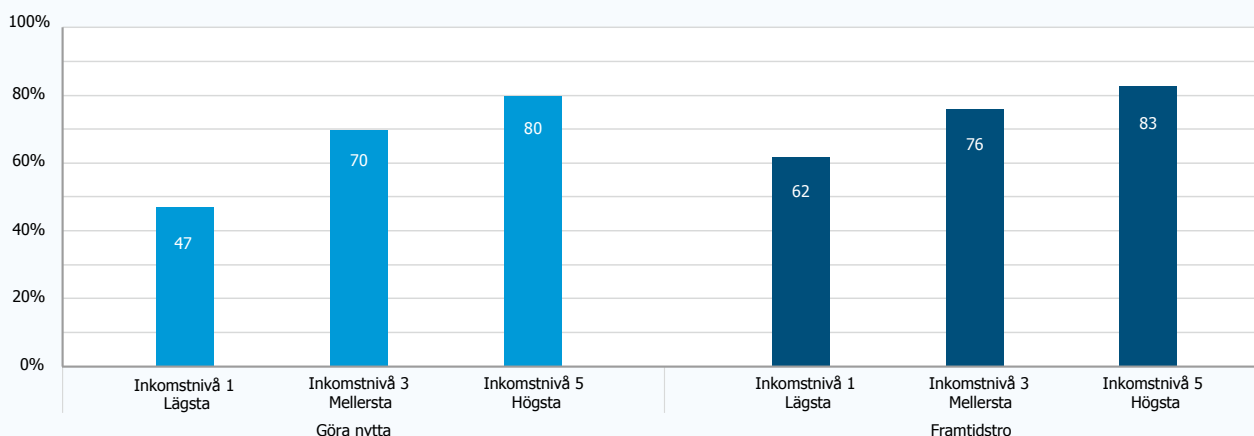
Att engagera sig i samhällsfrågor och politik kan också kännas meningsfullt. De senaste årtiondena har medlemskap i politiska partier generellt sett minskat i befolkningen.^[198] Samma trend ses i åldersgruppen 65–74 år, medan andelen som är medlemmar och deltar aktivt i partipolitik däremot har ökat bland personer över 75 år under samma period. Nationellt ökade valdeltagandet bland personer över 65 år, från 79 till 86 procent, under perioden 2002–2014. Störst var ökningen bland kvinnor. I Östergötland röstade totalt 89 procent av de äldre 2018.

Existentiell hälsa har fått en mer framträdande roll

På senare år har existentiell hälsa lyfts fram i statliga utredningar om vård och omsorg av äldre.^[194,199] Det ses som en betydelsefull del av personcenterad vård, där det är viktigt att stärka vårdpersonalens förmåga att bemöta existentiella frågor om liv, död och ensamhet. Forskning om existentiell hälsa och ensamhet har ökat.^[200–203] Flera ideella verksamheter som studieförbund och hjälporganisationer har startat samtalsgrupper där äldre får prata om existentiella frågor.^[204–206]

Figur 4.8. Ju högre inkomst desto större känsla av framtidstro och av att vara till nytta.

Andel äldre personer (65 år och äldre) som alltid eller ofta känner att de är till nytta och har positiv syn på framtiden uppdelat på inkomstnivå, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.



Fysisk aktivitet

Hälsovinster av regelbunden fysisk aktivitet för äldre är stora. Träning ger positiv effekt ända upp i 90-årsåldern och all rörelse räknas. Fysisk aktivitet förbättrar livskvalitet, sömn och kognitiv funktion och bidrar till att bevara muskelmassan och öka förmågan att klara vardagliga aktiviteter. Fysisk aktivitet kan även minska risken för psykisk ohälsa och fallolyckor samt förebygga åldersrelaterade sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, cancer och demens.^[207]



Indikatorer för att mäta fysisk aktivitet

- Andel som når upp till rekommendationen för fysisk aktivitet om 150 aktivitetsminuter i veckan
- Andel som är stillasittande mer än 10 timmar per dag

Fysisk aktivitet bland äldre ökar men skillnader mellan inkomstgrupper kvarstår

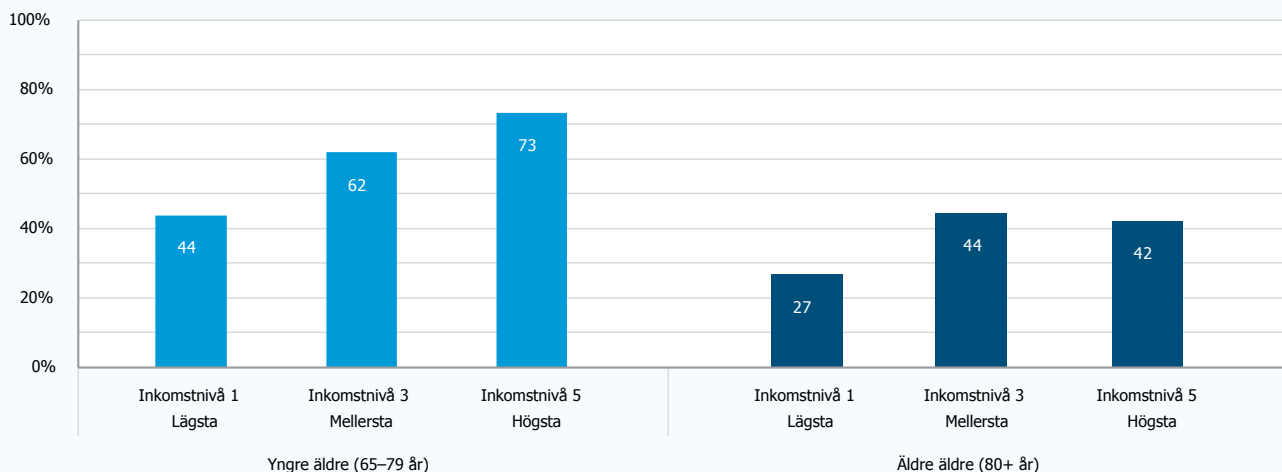
Fysisk inaktivitet är mer utbrett bland äldre jämfört med yngre åldersgrupper. Däremot är det en lägre andel äldre som sitter mer än 10 timmar per dag, runt 15 procent, vilket har varit oförändrat under pandemin (se kapitlet om levnadsvanor). Drygt hälften av de äldre når upp till rekommenderade 150 minuter pulshöjande aktivitet per vecka, framför allt genom vardagsmotion som promenader, cykling och trädgårdarbete. Bland äldre äldre är det bara en tredjedel som når upp till rekommendationen. Andelen äldre som är tillräckligt fysiskt aktiva har ökat marginellt de senaste fem åren men det finns stora skillnader mellan olika inkomstgrupper (figur 4.9).

Stora hälsovinster även för äldre med fysiska begränsningar

Åldersrelaterade förändringar i kroppens syreupptagningsförmåga, muskelstyrka och ledrörlighet minskar förmågan att vara fysiskt aktiv. På nationell nivå har nästan var tionde äldre person svåra rörelsebesvär. Men även de som har fysiska begränsningar får hälsovinster av att vara så aktiva som möjligt genom att exempelvis utföra vardagssysslor och bryta stillasittande.^[207]

Figur 4.9. Äldre med låg inkomst når i lägre utsträckning upp till rekommendationen för fysisk aktivitet.

Andel äldre personer (65 år och äldre) som når upp till rekommendationen för fysisk aktivitet (150 aktivitetsminuter i veckan) uppdelat på inkomstnivå och åldersgrupp, år 2022 i Östergötland.



Källa: Hälsa på lika villkor, FOHM.

Rekommendationer och forskning om fysisk aktivitet

Enligt FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) rekommenderas äldre, förutom 150 minuters måttligt intensiv aktivitet i veckan, att också styrketräna minst två gånger i veckan, träna sin balans och begränsa sitt stillasittande.^[207] Studier visar att tillgänglighet, upplevelse av social gemenskap och glädje liksom förbättringar i balans, styrka och kondition samt uppmuntran från anhöriga och vårdpersonal kan motivera äldre till fysisk aktivitet.^[208,209] Eftersom promenad är den vanligaste formen av fysisk aktivitet bland äldre är också utomhusmiljö och promenadmöjligheter viktiga förutsättningar för äldre att röra på sig.^[207]

Hälsosamma matvanor

För äldre personer är hälsosamma matvanor betydelsefullt för att bevara den fysiska funktionen som ger möjlighet till självständighet. Hälsosamma matvanor kan stärka både minne, humör, ork och immunförsvar samt förebygga välfärdssjukdomar långt upp i åldrarna.^[210]



Indikatorer för att mäta matvanor

- Andel personer med lågt intag av frukt och grönsaker
- Andel personer som äter fisk minst två gånger i veckan
- Andel personer på särskilda boenden som är nöjda med maten och måltiderna

Äldre har generellt bättre matvanor än yngre

I Östergötland är matvanorna, i form av intag av frukt och grönsaker samt fisk, generellt sett bättre hos den äldre än den yngre befolkningen. Andelen som äter fisk minst två gånger i veckan är allra högst bland äldre där i genomsnitt 34 procent äter enligt rekommendationen. De senaste 15 åren har intaget av frukt och grönsaker minskat bland yngre äldre, men inte bland äldre äldre som över lag äter något bättre.^[63]

Måltidens betydelse för livskvalitet

Matvanorna speglar vår kultur, identitet och historia och behöver i möjligaste mån utformas utifrån individuella behov och önskemål. Inom äldreomsorgen har måltiderna stor betydelse för äldres livskvalitet, inte minst genom att bidra till glädje, gemenskap och meningsfullhet.^[211] I Östergötland uppper sju av tio på länets äldreboenden att maten smakar bra och att måltiden är en trevlig stund på dagen, även om det fortfarande är en stor grupp som inte är helt nöjda.

Hälsoklubben – ett sätt att motivera äldre till en hälsosam livsstil

Hälsoklubben är ett initiativ från Korpen Östergötland där personer över 60 år får lära sig om hälsa i både teori och praktik. Det är en kurs som omfattar fem träffar där deltagare får delta på föreläsningar och reflektera över kost, motion och återhämtning samt prova aktiviteter som gymträning, yoga och gåfotboll. Konceptet riktas framför allt till nya medlemmar, som nås via sociala medier och bostadsföretag. Hittills har 60 procent av de som deltagit i Hälsoklubben valt att fortsätta med någon form av fysisk aktivitet efter avslutad kurs.^[212]

En grupp med ökad risk för sjukdom

Även om åldrande inte behöver innebära försämrad hälsa ökar risken att drabbas av hälsoproblem med stigande ålder. Att människor lever längre i dag innebär att fler kan insjukna i åldersrelaterade sjukdomar men också att fler kommer att leva längre med olika kroniska sjukdomar. Kroniska sjukdomar är vanligare bland äldre och det är även vanligt att ha flera sjukdomar samtidigt.^[160,192,213]

Sveriges befolkning blir allt friskare upp till 80-årsåldern. Mindre än fem år av den återstående medellivslängden vid 65 års ålder beräknas vara med funktionsnedsättning. Motsvarande siffra i EU är knappt tio år med funktionsnedsättning. Även om en äldre befolkning leder till att en större andel har sjukdomar så kommer sjukdomarna allt senare i livet. Det verkar också som att motståndskraften mot sjukdomarnas följder har ökat, människor är i dag friskare även vid sjukdom.^[160,213]



Indikatorer för att mäta sjukdom

- Antal personer med diagnos diabetes, cancer, demens, stroke eller akut hjärtinfarkt
- Andel som med eller utan hörapparat utan svårighet kan höra vad som sägs i samtal mellan flera personer
- Andel personer som har risk för eller etablerad undernäring
- Antal personer med fallskada vårdade i slutenvård

Antalet nya fall av cancer ökar bland äldre

Några av de vanligaste sjukdomarna hos äldre är hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes och demens. Risken för att drabbas av dessa sjukdomar ökar med stigande ålder. Kulmen för antalet nya cancerfall nås runt 70-årsåldern medan antalet hjärtinfarkter och stroke ökar succesivt med stigande ålder.^[192] Även psykisk ohälsa är vanligt bland äldre (se kapitlet om psykisk hälsa).

Totalt sett är cancer, hjärtinfarkt och stroke vanligare bland män än kvinnor och vanligare bland äldre äldre än bland yngre äldre. Av dessa sjukdomar är det flest som drabbas av cancer. Under den senaste tjuogoårsperioden har antalet nya cancerfall ökat medan antalet nya fall av stroke och hjärtinfarkt har minskat (figur 4.10). När det gäller stroke och hjärtinfarkt är det främst gruppen äldre äldre som står för minskningen medan ökningen i antalet nya cancerfall finns bland både yngre äldre och äldre äldre.

I Östergötland är det drygt 5 000 personer per 100 000 som under perioden 2017–2021 har fått diagnosen demens och fortfarande lever med den. Demens är vanligare bland män än kvinnor och vanligare bland äldre äldre än bland yngre äldre. Även diabetes typ 2 är vanligare bland män än kvinnor men totalt sett finns ingen stor skillnad mellan yngre äldre och äldre äldre. I gruppen kvinnor finns dock en åldersskillnad, det är fler som har diabetes typ 2 i gruppen äldre äldre. Totalt är det drygt 16 000 personer per 100 000 som under perioden 2017–2021 har fått diagnosen diabetes typ 2.

Hörselnedsättning vanligt bland äldre

Hörseln har stor inverkan på hälsan. Obehandlad hörselnedsättning kan kopplas till bland annat försämrad livskvalitet, isolering, minskad social aktivitet samt ökad risk för depression, kognitiv svikt och demens. Hörselnedsättning har identifierats som den riskfaktor vars behandling har störst förebyggande potential mot demens. Tidig upptäckt och behandling kan därför utgöra en friskfaktor för minskad risk att utveckla demens senare i livet. Hörselnedsättning är också relaterat till en ökad prevalens av fallolyckor och svårigheter att gå, vilket i sin tur kan öka den sociala isoleringen.^[214]

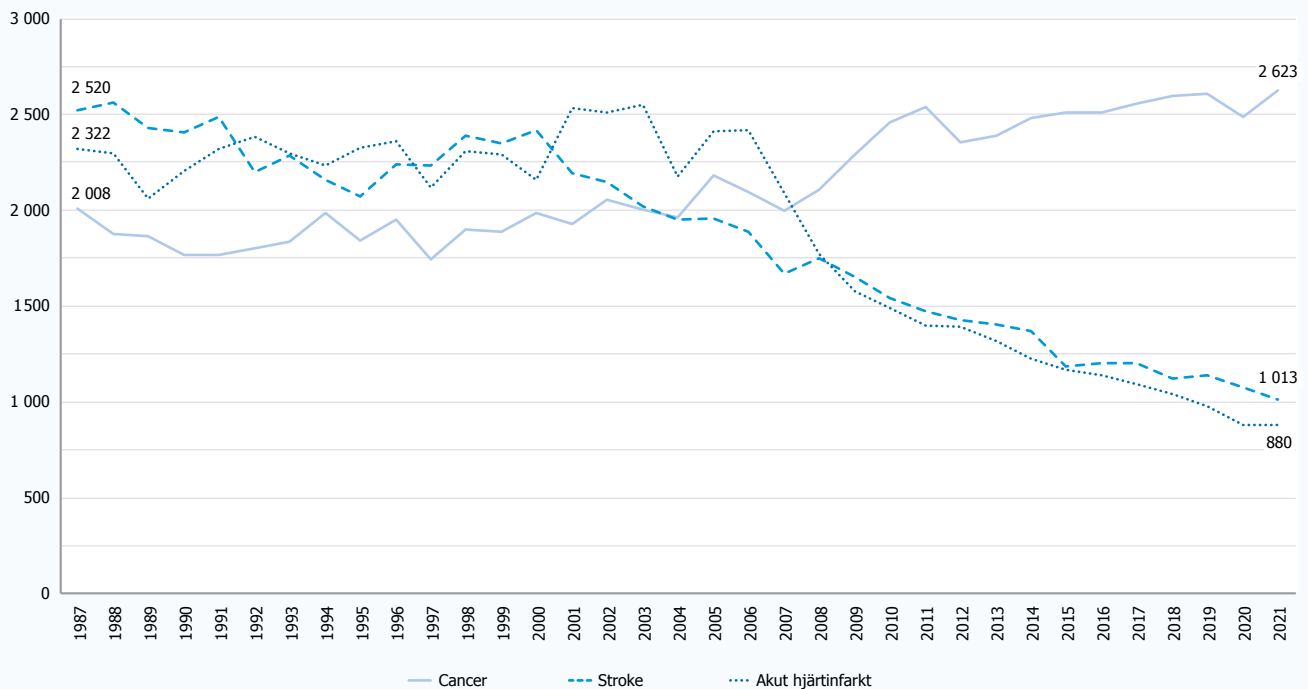
Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att hörselnedsättning är den fjärde vanligaste funktionsnedsättningen i världen.^[214] I Sverige hade drygt 18 procent av befolkningen en hörselnedsättning under perioden 2017–2019. Förekomsten ökar med stigande ålder och är mycket vanligt bland äldre. Nästan varannan person över 75 år har en hörselnedsättning och redan i åldern 65–74 år är det en av tre som har det.^[215]

I Östergötland uppger 76 procent av de yngre äldre och 50 procent av de äldre äldre att de utan svårighet kan höra vad som sägs i samtal mellan flera personer. Med hörapparat är det ytterligare elva procent av de yngre äldre och 31 procent av de äldre äldre som hör samtalet. Det innebär att 13 procent av de yngre äldre och 19 procent av de äldre äldre har svårt att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Totalt är det något fler kvinnor än män som utan svårighet kan höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Det är även vanligare bland personer med hög inkomst (75 %) än bland personer med låg inkomst (62 %) att utan svårighet kunna höra vad som sägs i ett samtal.

Figur 4.10. Antalet nya fall av cancer ökar bland äldre medan stroke och akut hjärtinfarkt minskar.

Antal patienter per 100 000 äldre personer (65 år och äldre) som diagnostiserats med cancer, akut hjärtinfarkt eller stroke uppdelat på år i Östergötland.

Antal patienter per
100 000 äldre personer



Källa: Statistikdatabasen, SoS.

Undernäring kostar för både individ och samhälle

Med stigande ålder ökar risken för sjuklighet och funktionsnedsättning som i sin tur ökar risken för undernäring. Undernäring leder inte bara till stort lidande för individen utan är även en stor kostnad för samhället. Socialstyrelsen har uppskattat att förebyggande och behandling av undernäring kan bespara sjukvården 0,5–1 miljarder kronor per år, vilket är en försiktig uppskattning som inte omfattade äldreomsorgen.^[216] Det saknas statistik över hur många personer i hälso- och sjukvården som har eller riskerar undernäring. Olika studier har dock visat att mellan 30 och 50 procent av dem som är inlagda på en vårdinrättning har risk för eller etablerad undernäring. För sköra äldre inom särskilt boende beräknas motsvarande siffror vara upp till 60 procent.^[63]

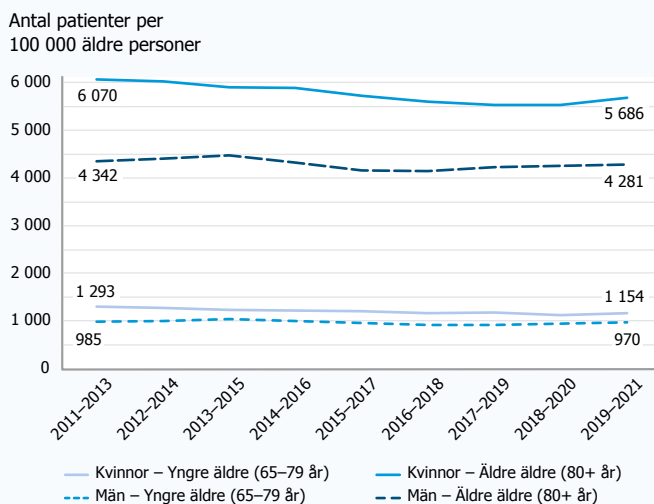
Fallolyckor i befolkningen minskar – men inte bland äldre

Fallolyckor är vanligt bland äldre och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall.^[217] Under perioden 2019–2021 föll i genomsnitt 2 000 personer per år i gruppen över 65 år i Östergötland så illa att de behövde behandlas i slutenvården. Det kan jämföras med knappt 700 personer per år bland de under 65 år. I den yngre gruppen har antalet dessutom succesivt minskat från i genomsnitt 1 050 personer per år under perioden 2011–2013. Detta medan det genomsnittliga antalet fallolyckor i den äldre gruppen har legat relativt stabilt runt 2 000 per år under samma tidsperiod.

Att behöva behandlas inom slutenvården efter en fallolycka är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. I genomsnitt drabbade det 1 300 kvinnor över 65 år per år under perioden 2019–2021, att jämföra med nästan 800 män. Skillnaden blir tydligast bland de äldre äldre (figur 4.11). Fallskador kan innebära ett stort lidande för den enskilde men är också en stor kostnad för samhället. Enligt beräkningar från Socialstyrelsen kostar fallolyckor samhället nästan 17 miljarder kronor varje år, varav drygt 11 miljarder är direkta kostnader för regioner och kommuner i form av exempelvis omsorg, rehabilitering, hälso- och sjukvård och läkemedel.^[217]

Figur 4.11. Fallolyckor är vanligast i gruppen äldre äldre kvinnor.

Antal patienter per 100 000 äldre personer (65 år och äldre) som slutenvårdats på grund av fallskador uppdelat på åldersgrupp, kön och år i Östergötland.



Källa: Statistikdatabasen, SCB.



Fallpreventivt arbete – hälsoekonomiskt lönsamt

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tittat på fallpreventiva åtgärder och arbetsätt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv. Analysen visar att det kan finnas stora kostnadsbesparingar med fallprevention, både ur ett kommunalt perspektiv och ur ett kombinerat kommunalt och regionalt perspektiv.^[217]

I analysen framkom att det är extra viktigt att arbeta förebyggande för hemmaboende äldre, innan de råkat ut för en fallskada. För den gruppen identifierades tre insatser med evidensbaserad effekt på fall: fysisk träning, omgivningsanpassning inklusive hjälpmedel samt broddar på vinterväglag. Alla tre insatserna visade sig vara kostnadsbesparande för kommuner och regioner.

Besparingarna med minskade fallolyckor överväger kostnaderna det innebär att genomföra åtgärderna. Det finns alltså både hälsorelaterade och kostnads-mässiga incitament för att erbjuda fysisk träning för äldre hemmaboende, omgivningsanpassning samt broddar när det är snö och is ute.

De evidensbaserade metoderna för fallprevention i särskilt boende är färre. I Socialstyrelsens analys identifierades enbart en, multifaktoriella åtgärder. Det innebär en individanpassad sammansättning av olika åtgärder beroende på personens riskfaktorer. Den insatsen har en hög kostnad och är därför inte lika kostnadseffektiv som insatserna för hemmaboende äldre.



Vård och omsorg utifrån individens behov

Den så kallade Ädelreformen trädde i kraft 1992. Den innebar i korthet att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, omsorg och vård av äldre genom att ta över verksamheter som tidigare hade legat hos landstingen.^[218] I Svenska kommunförbundets vägledning för Ädelreformens genomförande lyftes det som kommit att kallas kvarboendepincipen: ”vård och service ska flyttas till människorna i stället för tvärtom och utformas individuellt efter vars och ens behov”.^[219]

Kvarboendepincipen gör att fler äldre bor länge i sitt vanliga boende med ett ökat behov av kommunal hemsjukvård och omsorg, medan andelen som bor på särskilt boende minskar. År 2010 bodde drygt fem procent av alla över 65 år i Sverige på särskilt boende, 2019 var det fyra procent. Trenden visar att de personer som är i behov av ett särskilt boende får vänta allt längre för att få ett beslut om särskilt boende verkställt.^[220]

Under covid-19-pandemin minskade antalet personer som sökte och fick omsorg från sin kommun, troligtvis på grund av rädsla för att smittas men också på grund av intagningsstopp på en del särskilda boenden. Under 2021 började andelen som flyttade in på särskilt boende öka igen och under senhösten var antalet på en högre nivå än motsvarande period 2019, före pandemin.^[221]



Indikatorer för att mäta omfattningen av vård och omsorg

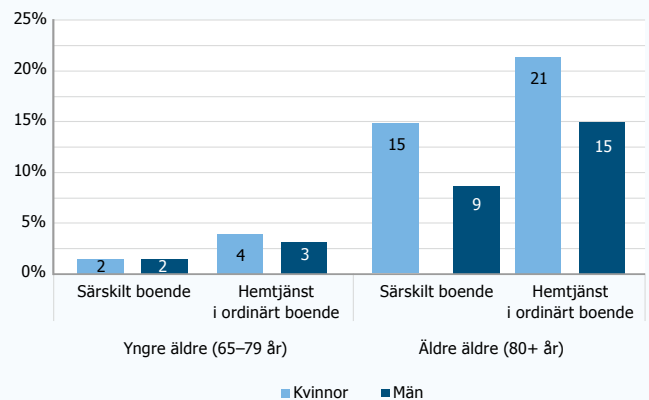
- Antal personer som bor i permanentt särskilt boende
- Antal personer som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende
- Utbud av särskilt boende
- Antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudna inflyttningsdatum särskilt boende
- Läkarbesök och sjukvårdande behandling i regional hälso- och sjukvård
- Vårdkostnad per patient och år (KPP)

Fler särskilda boenden behövs i många av Östergötlands kommuner

I december 2021 bodde två procent av de yngre äldre och tolv procent av de äldre äldre i Östergötland på särskilt boende. Fyra procent av de yngre äldre och 19 procent av de äldre äldre hade hemtjänst. Totalt motsvarar det nästan 12 000 personer. Det är fler kvinnor än män som bor på särskilt boende och har hemtjänst (figur 4.12). Det kan bero på att kvinnor har en högre medellivslängd än män och att det därmed finns fler kvinnor i gruppen som är i störst behov av omsorgsinsatser.

Figur 4.12. Det är vanligare med någon form av omsorgsinsats bland kvinnor än bland män.

Andel äldre personer (65 år och äldre) som har hemtjänst eller plats i särskilt boende uppdelat på åldersgrupp och kön, december år 2021 i Östergötland.



Källa: Statistikdatabasen, SCB.

I dag uppger sju av Östergötlands 13 kommuner att de har ett underskott i utbudet av särskilt boende för äldre. I fem av kommunerna finns det en balans mellan efterfrågan och utbud. I Östergötland är det också stor spridning mellan kommunerna när det gäller väntetider till särskilt boende. Den kommun som hade kortast väntetid (Ydre) hade ett genomsnitt på 26 dagar från ansökningsdatum till första erbjudna inflyttningsdatum under 2021. Kommunen som hade längst väntetid (Ödeshög) hade ett medelvärde på 115 dagar. Det saknas dock uppgifter från flertalet av länets kommuner.

Sjukvårdande behandling och vårdkostnader

Då risken för ohälsa och sjukdom ökar med stigande ålder kommer en allt äldre befolkning leda till ökande behov av hälso- och sjukvård. I dag består Östergötlands befolkning till 21 procent av äldre och gruppen står för 28 procent av alla läkarbesök samt 34 procent av all sjukvårdande behandling i den regionala vården i länet. De siffrorna har legat stabilt sedan 2017.

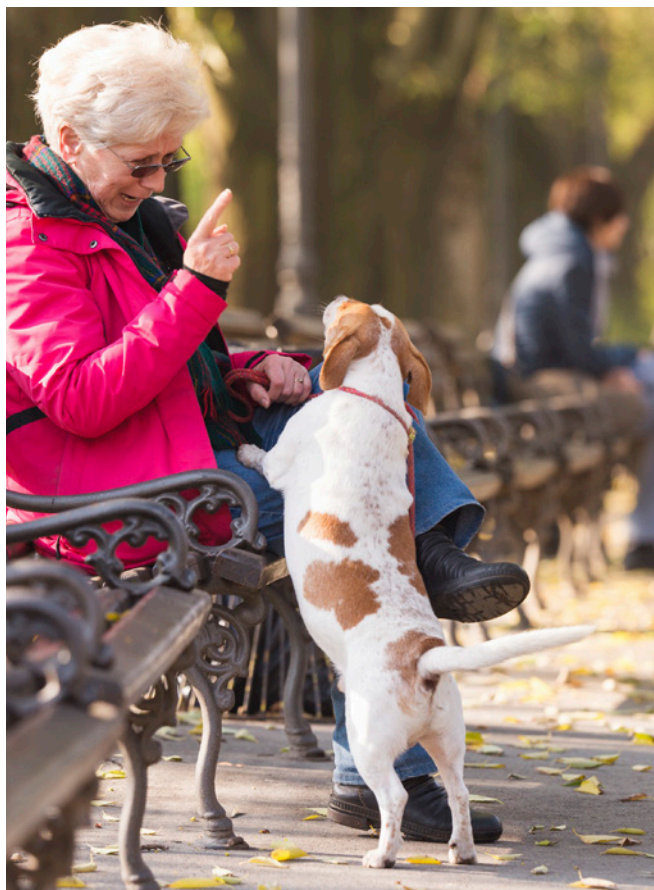
Vårdkostnaden för de äldre (enligt det nationella måttet kostnad per patient, KPP^[222]) var i genomsnitt drygt 56 000 kronor i Östergötland 2021, att jämföra med nästan 22 000 kronor för den yngre befolkningen. Sedan 2017 har vårdkostnaden ökat för alla åldersgrupper men olika mycket. Ökningen för den yngre befolkningen är mindre än en procent medan vårdkostnaden har ökat nästan 13 procent för äldre. Störst är ökningen för de äldre äldre (22 %). Skillnaderna i hur vårdkostnaderna har ökat för de olika åldersgrupperna kan bero på pandemin, men också på hur inflationen har påverkat olika delar av hälso- och sjukvårdens kostnader.

Äldrevårdsmottagningar – en del i omställningen till Nära vård

Omställningen till en god och nära vård och omsorg är ett sätt att möta utmaningarna med en ökande andel äldre i befolkningen. För att vården ska vara effektiv och kunna möta ett ökande vårdbehov krävs en omställning i hela vårdkedjan, från sjukhusvård och primärvård till kommunal omsorg. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.^[223]

En annan viktig del av omställningen till Nära vård är möjligheten för invånarna att bli mer delaktiga i sin vård, exempelvis genom digitala verktyg och vård i hemmet. Färre ska behöva besöka sjukhuset och i stället få vård på vårdcentral, i eget eller särskilt boende.

Ett arbete som drivs inom ramen för Nära vård i Östergötland är äldrevårdsmottagningar. De vänder sig till personer över 75 år som har haft många vårdkontakter de senaste månaderna, ofta hos olika vårdgivare. På äldrevårdsmottagningarna tas ett helhetsgrepp kring de äldres hälsa och de får samlad hjälp av ett team. Den som ansluts till mottagningen får även ett nummer att ringa där samma personer svarar på telefontiden varje dag. Äldrevårdsmottagningarna startade som ett pilotprojekt på ett antal vårdcentraler. Det visade sig att arbetssättet minskade antalet vård dagar i slutenvården och därför införs det nu på allt fler vårdcentraler i länet.^[224]



Möjliga vägar framåt för ett hälsosamt åldrande och hållbart samhälle

Förbättrade livsvillkor och medicinska framsteg har stärkt folkhälsan och bidragit till både längre medellivslängd och fler friska år.^[225] Den demografiska utvecklingen innebär dock framtida utmaningar inom flera områden som utveckling av bostäder, kommunikation, transporter, hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det behövs också nya former för äldre att kunna delta i arbetslivet.^[159]

För att öka äldres livskvalitet och självständighet behövs ett hälsofrämjande och förebyggande arbete genom hela livet. En investering i hälsosamt åldrande, utifrån de fyra hörnplarna social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor, kan mildra och senarelägga sjukdomar och ohälsa men också minska risken att människor pensioneras i förtid.

Att känna tillhörighet och gemenskap har betydelse både för den psykiska och fysiska hälsan. Med stigande ålder förändras de sociala nätverken samtidigt som sjukdomar, fysiska hinder och psykisk ohälsa kan begränsa möjligheten att vara lika aktiv som tidigare. Då blir arbetet med att motverka ensamhet och social isolering extra viktigt.

För många äldre ger föreningslivet en möjlighet att upprätthålla sociala nätverk. Men för att nå de ofrivilligt ensamma som står utanför föreningslivet och andra sociala arenor kan det behövas uppsökande verksamhet som exempelvis förebyggande hembesök. Det innebär att besöka äldre personer (oftast över 75 år) som bor i eget boende för samtal om deras hälsa, sociala aktiviteter och medicinering för att främja deras självständighet och förebygga sjukdom och vårdberoende.^[226]

En annan dimension av hälsa som är betydelsefull för äldres livskvalitet är existentiell hälsa och existentiell ensamhet. I livets slutskede kan det finnas ett behov av att prata om livet som varit, olika upplevelser och känslor men också om vad som väntar när livet tar slut. Ett behov av att hitta hopp och meningsfullhet trots att livet förändras. Det finns flera sätt att tillgodose de här behoven, som när ideella föreningar bjuder in äldre till samtalsgrupper och när personal inom vårdyrken har tid och kompetens att lyssna in och bemöta existentiella frågor.

Åldersvänliga städer och samhällen

År 2010 bildades WHO:s globala nätverk för åldersvänliga städer och samhällen med syfte att stärka hållbarhetsmålen och implementera den globala strategin för åldrande och hälsa på nationell och lokal nivå.^[159,227,228] Ett åldersvänligt samhälle fokuserar på tillgänglighet och delaktighet för äldre genom att anpassa miljöer, färdmedel och aktiviteter till målgruppen. I arbetet involveras äldre med fördel i både stadsdelsutveckling och i att skapa gemensamma aktiviteter.^[159]

I syfte att utveckla hållbara och åldersvänliga städer har Nordens välfärdscenter kartlagt de nordiska ländernas visioner och strategier för ett aktivt och hälsosamt åldrande.^[159] Kartläggningen fokuserade bland annat på åldersintegrerade mötesplatser och välfärdsteknologi och presenterade förslag på vad det framtida arbetet med hälsosamt åldrande bör genomföras mer av. Förslagen handlar om att:

- Motverka ålderism och främja en positiv syn på äldre.
- Använda ett intersektionellt perspektiv, som innebär att sluta se de äldre som en homogen grupp och ta hänsyn till hur de påverkas av olika maktdimensioner så som kön, sexualitet, funktionsvariation.
- Öka inkluderingen av äldre i äldrefrågor.
- Stötta koordinering och samsyn kring olika aktörers roller och ansvar i arbetet med ett hälsosamt åldrande.

Omställningar för en hållbar välfärd

För att hälso- och sjukvården ska kunna möta den demografiska utvecklingen behöver arbetsätten förändras. En del i den förändringen är omställningen till en god och nära vård där målet är att hälso- och sjukvården ska finnas nära människor, med ökat fokus på hälsofrämjande och egenvård och med primärvården som nav. Omställningen syftar även till att stärka samverkan mellan olika verksamheter runt invånarna, som för den äldre exempelvis kan vara vårdcentralen, föreningslivet och hemtjänsten.

Det utvecklas alltmer välfärdsteknik som kan hjälpa äldre att öka sin självständighet, delaktighet och trygghet.^[229] Digitala verktyg ger möjlighet att effektivisera verksamheter och utveckla kvaliteten, samtidigt som det kan frigöra utrymme för bättre kontakt och vård för dem som behöver mänskliga möten.^[230] Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har slagit fast Vision E-hälsa 2025 där målet är att bli bäst i världen på att använda e-hälsans och digitaliseringens möjligheter.^[231] I det arbetet har SKR tagit fram material och vägledning för att utveckla äldreomsorgen genom digitalisering.^[232]

Även om regionerna och kommunerna har ett särskilt ansvar för hälso- och sjukvård och omsorg finns det fler aktörer som är viktiga för ett hälsosamt åldrande. SKR har tillsammans med företrädare för olika sektorer tagit fram ett stöd för det lokala arbetet med att bidra till god hälsa, vård och omsorg för äldre.^[225] Stödet beskriver sex strategiska utvecklingsområden med förslag på vägar framåt:

1. Skapa långsiktig och hållbar kompetensförsörjning
2. Nyttja möjligheterna med digitalisering och välfärdsteknik
3. Utveckla samhällsplaneringen och fler alternativ för boende
4. Stärk delaktighet i samhällslivet genom partnerskap med civilsamhället
5. Utveckla styrning och ledning för effektiv resursanvändning
6. Arbeta för en kunskapsbaserad, säker och jämlik hälsa, vård och omsorg

Socialstyrelsen bygger för närvarande upp ett Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg med uppdrag att omvärldsbevaka och öka kunskapen om äldreomsorg på nationell nivå samt stödja utveckling och införande av nya arbetssätt på lokal nivå.^[233] Kompetenscentrumet kommer ha koppling till olika myndigheter, SKR och den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård.^[234]

Äldre – en växande resurs för samhället

Att människor lever allt längre och att andelen äldre ökar är positivt. Det är viktigt att samhällsdiskussionen om äldre och åldrandet i högre grad handlar om möjligheter och resurser än om ohälsa och kostnader. Äldre människors arbete, engagemang och deltagande är en samhällsinvestering och en tillgång för den enskilda individen. Många äldre i befolkningen innebär också att det finns mycket livserfarenhet som kan delas med nya generationer.





Slutord

Denna folkhälsorapport för Östergötland visar, liksom tidigare, stora och ökande skillnader i hälsa mellan grupper med olika livsvillkor. Skillnaderna återkommer för olika mått på livsvillkor i form av socioekonomisk status (inkomst eller utbildningsnivå). De återkommer också för nästan alla mått på hälsa, från förtida död, insjuknande i de stora folksjukdomarna, psykisk hälsa, sjukfrånvaro och självskattad hälsa. Parallellt med dessa hälsoskillnader ser vi ökande inkomstskillnader. Medan den ekonomiska standarden har ökat i befolkningen har andelen med låg ekonomisk standard ökat, särskilt hos de med lägre utbildningsnivå eller hos de födda utanför Europa.

Det som tillkommit sedan den senaste folkhälsorapporten är den allvarliga utvecklingen i vårt samhälle som nyss genomgått en pandemi, idag har krig i Europa, har allt tydligare tecken på en klimatkris, en pågående lågkonjunktur och allt fler tecken på fattigdom. För att möta dessa utmaningar är en gemensam satsning på det hållbara samhället nödvändigt.

För att skapa förutsättningar för jämlik hälsa och ett hållbart samhälle behöver de förebyggande och hälsofrämjande insatserna stärkas. Utöver insatser för att stärka individernas egen kraft att agera, krävs också strukturella insatser för att skapa ekonomisk trygghet, goda uppväxtvillkor, goda livsmiljöer i skola och arbete och en hållbar välfärd. Rekommendationer till sådana insatser är beskrivna i Östgötautskottets rapport för folkhälsa – slutrapport^[1], av Nationella kommissionen för jämlik hälsa^[7], i Agenda 2030^[235] och i Östergötlands folkhälsostrategi från 2022.^[37] Den sistnämnda är framtagen i ett gemensamt arbete mellan regionen, kommunerna, länsstyrelsen och civilsamhället.

Goda livsvillkor för alla – en nödvändighet för ett hållbart samhälle

Ojämlik hälsa är kostsamt både för individen och för samhället. Både insjuknande och förtida död i våra stora folksjukdomar kan till stor del förebyggas genom insatser för förbättrade livsvillkor, levnadsvanor och psykosociala resurser för att stärka motståndskraften mot sjukdom. Förutom lidandet för de människor som drabbas, är ojämlik hälsa ett av de största hoten mot ett hållbart samhälle.

Förebyggande insatser är kostnadseffektiva

Förebyggande insatser är kostnadseffektiva och i många fall kostnadsbesparande. Som exempel kan nämnas att hälso- och sjukvårdens kostnader för sjukdomar till följd av daglig rökning skulle kunna minska med flera miljoner kronor, över fem års tid, om andelen dagligrökare i Östergötland minskade med en till två procentenheter.

En hälsoekonomisk utvärdering av riktade hälsosamtal i Region Västerbotten visar att de minskar risken för förtida död med 30 procent hos de som deltar.^[236] Den visar också att insatserna är mycket kostnadseffektiva och leder till en kostnadsbesparing för hälso- och sjukvården till en väldigt blygsam kostnad för samhället i stort. Trots det får förebyggande insatser bara en mycket liten andel av resurserna från stat, kommuner och regioner.

Vi kan lära av tandvården

De förebyggande åtgärderna kan inte vänta tills vi "har råd". Folk tandvården insåg på 1960-talet att det var omöjligt att "borra ifatt" kariesepidemin. Man genomförde därför en investering i kariesförebyggande arbete i bred skala, parallellt med behandlande insatser. Insatserna riktades till alla barn och innefattade flera olika insatser, så som "fluortanter" i skolan, fluortandkräm samt undervisning för barnfamiljer om "tand-troll", lördagsgodis och tandborstning. Resultatet var en gigantisk nedgång av karies. En liknande investering i hälsa är nödvändig för att möta dagens samhällsutveckling och minska undvikbar sjukdom och ohälsa.

Det tar inte alltid lång tid innan man ser effekt

Det finns en spridd uppfattning om att det alltid tar mycket lång tid att se resultat av förebyggande insatser. Men i många fall kommer effekterna snabbt. Ett exempel är rökfrihet i samband med operation. Rökare har dubbelt så hög risk att drabbas av komplikationer efter en operation jämfört med icke-rökare. Rökfrihet i samband med operation leder till minskade komplikationer, och därmed färre vård dagar, direkt efter operation. Det minskar därigenom kostnader för sjukvården inom en vecka.

Bild 2. Det delade ansvaret för hälsa.

Individen har alltid ansvar för sin hälsa; Samhället har ansvar för att skapa likvärdiga förutsättningar för alla som underlättar för individen att kunna ta ansvar för sin egen hälsa.



Illustration: Carolina Hawranek, Östergötland, 2014.

Däremot dröjer det, naturligtvis, längre tid innan man ser effekt av förebyggande insatser för barn och unga på sjuklighet och dödlighet i de stora folksjukdomarna. Därtill hamnar den ekonomiska vinsten av preventionen ofta hos en annan sektorssektor än den som genomför insatsen. Därför behöver samhället gemensamt utveckla nya former av strategiska investeringar i framtidens hälsa.

Varför har det inte blivit bättre?

Mycket har skett, inte minst i Region Östergötland. En rad viktiga politiska beslut om en bättre och jämlik hälsa är tagna. Ett nytt nationellt folkhälsopolitiskt mål beslutades av Sveriges riksdag i juni 2018, som innebär att "de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation".^[7] Östgötautskottet^[1] har bidragit till att en rad processer startat, exempelvis är jämlik hälsa idag en del i Region Östergötlands mål och vision. Men insatserna har hittills varit riktade mot individens eget ansvar för sin hälsa och inte i lika hög utsträckning på samhällets ansvar att skapa goda livsvillkor för alla. Därtill har den ekonomiska satsningen varit mycket begränsad. Även i Region Östergötland används bara en mycket liten del av de gemensamma resurserna till att förebygga sjukdom och främja hälsa.

Välbefinnandets ekonomi – en modell för nytänkande

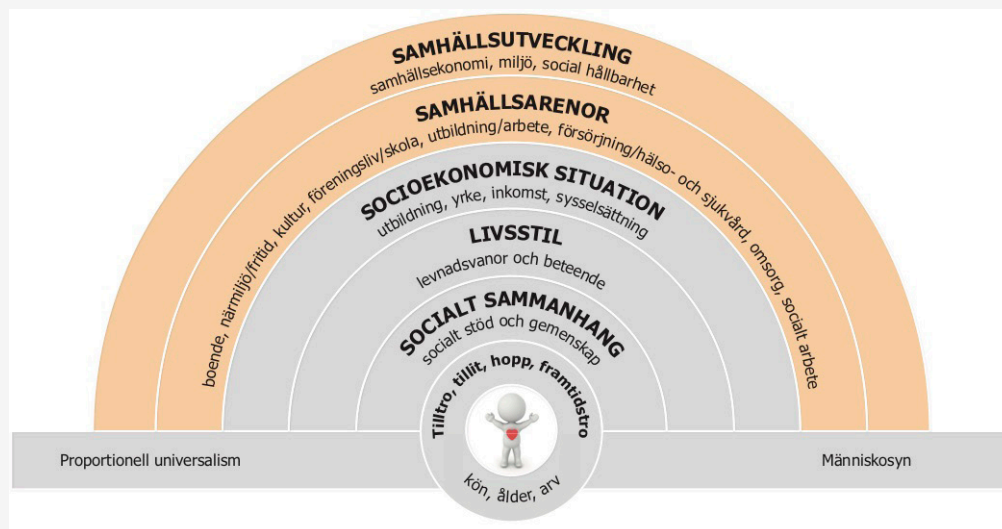
En modell för nytänkande kring välbefinnande och ekonomisk utveckling, som har anammats av ett flertal länder kallas välbefinnandets ekonomi (Wellbeing Economy).^[237] Det definieras som förmågan att skapa goda cirklar där man fokuserar på medborgarnas välbefinnande så att denna driver ekonomiskt välstånd, stabilitet och motståndskraft. Genom detta kan goda makroekonomiska resultat ge möjlighet till välfärdsinvesteringar över tid. Modellen belyser behovet av att sätta människorna i centrum och att byta ansatsen att först skapa tillväxt för att sedan omfördela dessa resurser mot en tillväxtmodell som är rättvis och hållbar från början. Den beskriver också att en ekonomi som är designad för att först och främst tjäna människors och planetens välbefinnande levererar både rättvisa och en frisk planet.

Huvuddelar i modellen för välbefinnandets ekonomi:

- Ansträngningar för att förbättra välbefinnandet ska inte ses som kostnader utan som grundläggande investeringar för att skapa fred och säkerhet samt motståndskraftiga människor, ekonomier och samhällen, både idag och för kommande generationer.
- Hälsa- och välfärdssystem belastas av att hantera effekterna av att människor lever otrygga liv. Att återskapa förlorad hälsa och välbefinnande orsakade av marknadsdrivna, enbart ekonomiska, modeller är ineffektivt och oetiskt.
- Jämlikhet är en avgörande drivkraft för att bygga bättre liv och friskare befolkning. Ojämligheter återspeglar och vidmakthåller faktorer som kan undvikas i samhället.
- Det kommer inte att vara möjligt att uppnå sunda, motståndskraftiga och sammanhållna samhällen och ekonomi när så många lämnas utanför.
- Internationellt finns det en växande rörelse för en ekonomi för välbefinnande. Beslutsfattare och samhälle måste vara en del av den rörelsen för att producera en hållbar och hälsosam tillväxt som säkerställer motståndskraftiga, hållbara och rättvisa samhällen.^[237]

Bild 3. 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.



Källa: Östgötakommisionen för folkhälsa - slutrapport, 2014.

Östgötakommisionens slutrapport är fortfarande aktuell

För att minska ojämlikhet i hälsa är det nödvändigt att skapa livsvillkor som ger alla möjlighet att påverka sin tillvaro och få möjlighet att utvecklas och leva i sociala sammanhang där de kan känna tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro.

Det Östgötakommisionen beskriver i sin slutrapport stämmer fortfarande:

- tilltro till sin 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 en bättre hälsa på lika villkor på regional, kommunal och lokal nivå. Men 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 hälsa för alla på lika villkor, till exempel boendemiljö, skola och arbetsliv,
- arbetet behöver ske gemensamt och långsiktigt, i samverkan mellan region, kommuner och universitet, för lärande och utveckling.

Den nya folkhälsostategin utgör grunden för kommande arbete

Folkhälsostategi – för god och jämlik hälsa i Östergötland är framtagen i samarbete med länets kommuner och Länsstyrelsen i Östergötland och civilsamhället. Dess rekommendationer bygger på samma målområden som i den nationella kommissionen, med tillägg av ett mål för Fritid och Kultur (som fanns i Östgötakommisionen) samt ett om Miljö och klimat (bild 4). I folkhälsostategin formuleras också hur man kan skapa viktiga strukturella förutsättningar för arbetet mot en god och jämlik hälsa. Detta är en komplex samhällsutmaning där ingen aktör på egen hand äger problemet eller lösningen. Ökad samverkan och gemensam samordning är därför avgörande för att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa i länet. Centrala områden för att lyckas är en gemensam målbild, regional samordning, samhandling, uppföljning, utvärdering och prioritering på både regional och lokal nivå.

Styrning och ledning är avgörande för att kunna minska skillnader i hälsa och skapa förutsättningar för en jämlik hälsa och ett hållbart samhälle.^[37] Det är därför viktigt att:

- god och jämlik hälsa får hög prioritet i alla politikområden och integreras i ordinarie styr- och ledningssystem för planering mot gemensamma mål,
- kunskap om hälsans utveckling, skillnader i hälsa, dess orsaker och hur jämlik hälsa kan uppnås ligger till grund för politiska beslut, prioriteringar och utvärderingar,
- effekter på jämlikhet i livsvillkor och hälsa beaktas inför politiska beslut,
- arbetet sker utifrån ett långsiktigt investeringsperspektiv, samt att
- kompetens sprids till samhällets olika aktörer om hur förhållnings- och arbetssätt kan påverka tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro.

Bild 4. Modell över de tio målområden i Östergötlands nya folkhälsostراتيجية.

De åtta nationella målområdena med tillägg av Fritid och kultur samt Miljö och klimat.



Källa: Folkhälsostراتيجية – för god och jämlik hälsa i Östergötland, 2022.

Målområden och mål för att nå en god och jämlik hälsa

Det tidiga livets villkor: Goda och jämlika uppväxtvillkor.

Kunskaper, kompetenser och utbildning: Allas rätt till likvärdig utbildning och möjlighet till livslångt lärande.

Arbete, arbetsförhållande och arbetsmiljö: Full sysselsättning efter var och ens förmåga, ett hållbart arbetsliv och hälsofrämjande arbetsplatser.

Inkomster och försörjningsmöjligheter: Att alla människor har en trygg försörjning och en skälig levnadsnivå, att minska inkomstklyftorna och dess påverkan på hälsan i befolkningen

Boende och närmiljö: Tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad i ett område som är socialt hållbart.

Levnadsvanor: Möjliggöra hälsosamma levnadsvanor för alla

Inflytande och delaktighet: Stärka människors tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro.

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg: En jämlik hälsofrämjande hälso- och sjukvård och omsorg som systematiskt arbetar för att minska omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat.

Fritid och kultur: Möjlighet till en fritid som möter kulturella, fysiska, sociala och psykiska behov och som stimulerar till engagemang, bidrar till social gemenskap och möjliggör återhämtning.

Miljö och klimat: Ett klimatneutralt samhälle och en hållbar livsstil befolkningen.

Vi behöver agera tillsammans nu!

Förhoppningen är att du som läst denna rapport känner dig inspirerad till handling. Utvecklingen mot ökade skillnader i hälsa går att motverka och Regionen Östergötland har mycket goda förutsättningar. Nu måste arbetet gå från strategi till konkreta insatser. Detta behöver ske parallellt med insatser för ekologisk och ekonomisk hållbarhet där välbefinnandets ekonomi är en viktig ledstjärna.^[237] Tillsammans kan vi skapa förutsättningar för hållbar utveckling för framtidens Östergötland.

Bild 5. Olika domäner bidrar tillsammans till en ekonomi för välbefinnande.

En gemensam ledning och styrning är därför nödvändig för en hållbar och hälsosam tillväxt med motståndskraftiga, hållbara och rättvisa samhällen.



Källa: The Economy of Well-Being, www.oecd.org

BILAGA 1

Datakällor, statistisk metod och indikatorer

DATAKÄLLOR**Folkhälsomyndigheten (FOHM)**

- **Nationell folkhälsoenkät** – Hälsa på lika villkor (HLV): Hälsa på lika villkor är en befolkningsenkät 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. From 2022 har taket för äldre tagits bort och urvalet gäller personer 16 och äldre. Samtliga resultat från enkäten redovisas som viktade andelar, läs mer om kalibreringsvikter i Statistikdelen längre ner.
- **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 region.

Region Östergötland (RÖ)

- **LSH-studie:** Livsvillkor, stress och hälsa, är en befolkningsbaserad, prospektiv studie som genomförs av Linköpings universitet (LiU) i samarbete med Region Östergötland.
- **REBUS:** Regionens Beslutstöd- och Uppföljningssystem (REBUS) har skapats för att utgöra en flexibel plattform för uppföljning. I nuvarande version av REBUS finns uppföljningsmöjligheter inom ekonomi och vård.
- **REBUS Vård-sida:** Informationen hämtas i huvudsak från journalsystemet Cosmic och operationssystemet OpGuide.
- **REBUS KPP-sida:** På denna sida finns statistik för uppföljning inom KPP (Kronor per patient). Data hämtas från Cosmic, Heroma och Unit4 ERP genom Prodacapo/Astrada.
- **Tandhälsorapport:** Uppföljning av tandhälsan hos barn och unga i Östergötland mellan åren 1994 och 2021. Underlaget till rapporten har samlats in från auktoriserade vårdgivare inom Folk tandvården och Privattandvården i Östergötland.
- **Ungdomsenkäten Om Mig:** Är en webbenkät om hälsa och livsstil som vänder sig 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. Enkäten samlas in varje år sedan 2014.

Statistiska centralbyrån (SCB)

- **Demografisk analys:** I statistiken analyseras demografiska händelser för olika grupper i samhället, bland annat återstående medellivslängden.
- **Regiondatabas Östergötland:** Statistikdatabasen Östergötland finns fysiskt hos SCB och innehåller mikrodata för personer boende i Östergötland. Här finns information om bland annat utbildning och inkomst.
- **Statistikdatabasen:** Officiell statistik från SCB och andra myndigheter.

Socialstyrelsen (SoS)

- **Statistikdatabasen:** Innehåller uppgifter om hälsa, vårdutnyttjande, socialtjänst och personal inom hälso- och sjukvården. Uppgifterna i databasen är hämtade från Socialstyrelsens hälsodataregister, socialtjänstregister, verksamhets- och personalregister samt andra officiella statistikdatabaser. Statistikdatabasen är uppdelad i olika ämnesområden.
- **Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2020.** Officiell statistik från Socialstyrelsen som publiceras årligen. Rapporten innehåller uppgifter om rökvanor bland spädbarnsföräldrar och också utvecklingen av rökvanor bland spädbarnsföräldrars sedan 1999.
- **Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?:** Är en enkätundersökning som skickas till personer 65 år och äldre som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller som bor på särskilt boende för äldre (Säbo).

Övriga

- **Arbetsförmedlingen:** Från Arbetsförmedlingen har statistik över arbetslöshet i Östergötland hämtats.
- **Bostadsmarknadsenkäten (BME):** Boverket skickar i början av varje år ut en enkät till samtliga kommuner med frågor som belyser dels läget på bostadsmarknaden, dels förväntat bostadsbyggande.
- **Försäkringskassan:** Från försäkringskassan har statistik över sjukskrivning i Östergötland hämtats.
- **Gravidregistret:** är ett nationellt kvalitetsregister inom mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlösning/BB.
- **Intygsstatistik:** Statistiktjänst från Inera AB som redogör för sjukskrivningar i Sverige nationellt och för landets regioner samt värdenheter.
- **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.
- **Nationella trygghetsundersökningen (NTU):** Brottsförebyggande rådet (BRÅ) genomför årligen den undersökningen vars syfte är att undersöka människors utsatthet för brott, upplevelse av oro och otrygghet samt förtroende för rättsväsendet, liksom brottsutsattas erfarenheter av kontakter med rättsväsendet.
- **SKAPA:** Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit.
- **Valmyndigheten – Valresultat 2022:** Sammanfattning av valresultatet samt information om röstningsbeteende.

STATISTIK

- **Incidens:** Antal nya fall av en sjukdom i befolkningen under en viss tidsperiod.
- **Prevalens:** Antal befintliga fall av en sjukdom i befolkningen under en viss tidsperiod. Ofta femårsprevalens som gäller personer med sjukdomen som är vid liv vid periodens slut.
- **Kalibreringsvikter:** Vid svarsbortfall i en enkät kan det vara så att vissa grupper av urvalet svarar i mindre utsträckning än övriga, detta kallas bortfalls skevhet. För att reducera den har kalibreringsvikter beräknats. För varje svarande person har en vikt beräknats, där personer med visa attribut som är underrepresenterade bland de svarande väger högre. Syftet med detta är att kunna redovisa resultat för hela urvalet (populationen) och inte bara för de svarande.
- **Proportioner:** Representerar en del i jämförelsen mot en hel. Fördelen med att använda proportioner är att jämförelsen av förhållande mellan grupper av olika storlek kan göras likvärdigt.
 - **Procent:** När delen uttrycks som en delmängd av hundra.
 - **Promille (Per 1000):** När delen uttrycks som en delmängd av tusen.
 - **Per 100 000:** När delen uttrycks som en delmängd av 100 000. Att redovisa per 100 000 invånare ger möjlighet att på ett likvärdigt sätt jämföra populationer av varierande storlek och/eller över tid.
- **Median:** Är värdet som delar datamaterial i två lika stora delar förutsatt att det är sorterade efter storlek. Det vill säga att 50 procent av observationer ligger under medianen och 50 procent över.
- **Fraktiler:** Värderna som delar upp ett rangordnat datamaterial (efter storlek) i ett antal lika stora grupper.
 - **Percentiler:** Är de värden som delar upp datamaterialet i hundra lika stora delar. Till exempel är percentil 5 det värdet som delar så att 5 procent av observationerna ligger under och 95 procent över. Den 50:e percentilen är samma som medianen.
 - **Kvintiler:** Är de värden som delar upp datamaterialet i fem lika stora delar.
- **Signifikans:** Anger med en viss sannolikhet att skillnader finns mellan jämförda grupper. Sannolikheten som används i denna rapport är 95 procent.

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.

Ett alternativt inddelning som för vissa analyser blir relevant är att dela bakgrund utifrån födelseplats och då kan följande inddelningar göras.

- Inrikesfödd: Född i Sverige.
- Utrikesfödd: Född utanför Sverige, som kan delas vidare som.
 - Född i Övriga Norden
 - Född i Övriga Europa
 - Född i Övriga Världen
- **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 konsumtionsenhet för hushåll (inklusive kapital):** För att göra jämförelser av till exempel disponibel inkomst och ekonomisk köpkraft mellan olika typer av hushåll används ett viktsystem där konsumtionen är relaterad till hushållets sammansättning. Den disponibla inkomsten divideras med den konsumtionsvikt som gäller för hushållet medlemmar och kallas också ekonomisk standard. Skalan fastställs av SCB och bygger bland annat på budgetberäkningar utförda av Konsumentverket och underlag för bedömning av en baskonsumtion som kan beräknas för olika hushållstyper.
- **Inkomstkvintiler:**
 - **Kvintil 1:** Inkomstnivå 1 – Lägsta inkomster, inkomster som är bland 20 procenten av de lägsta inkomster i länet. För 2020 gällde en inkomst per konsumtionsenhet lägre än 149 463 kronor.
 - **Kvintil 2:** Inkomstnivå 2, inkomster som är bland 20 procenten av inkomsterna mellan kvintil 1 och 3.
 - **Kvintil 3:** Inkomstnivå 3 – Mellersta inkomster, inkomster som är bland 20 procenten av de mellersta inkomster i länet. För 2020 gällde en inkomst per konsumtionsenhet mellan 201 824 kronor och 254 684 kronor.
 - **Kvintil 4:** Inkomstnivå 4, inkomster som är bland 20 procenten av inkomsterna mellan kvintil 3 och 5.
 - **Kvintil 5:** Inkomstnivå 5 – Högsta inkomster, Inkomster som är bland 20 procenten av de högsta inkomster i länet. För 2020 gällde en inkomst per konsumtionsenhet högre än 366 954 kronor.
- **Inkomst kategorier:**
 - **Medianinkomst:** I Östergötland år 2020 var disponibel medianinkomst per konsumtionsenhet 254 917 kronor.
 - **Låg ekonomisk standard:** innebär att inkomsten per konsumtionsenhet är lägre än 60 procent av medianinkomsten för länet.
 - **Medellåg ekonomisk standard:** från låg ekonomisk standard till och med medianvärdet för länet.
 - **Medelhög ekonomisk standard:** från medianvärdet för länet till hög ekonomisk standard.
 - **Hög ekonomisk standard:** dubbel så mycket än medianinkomsten eller högre.
- **Ekonomisk utsatthet:** Personer som har låg ekonomisk standard.
- **Barnfattigdom:** Barn (0–17 år) som bor i ett hushåll med låg ekonomisk standard.
- **Självskattad ekonomi:** Viss del av de redovisade resultat delas på olika nivåer av självskattad ekonomi som definieras utifrån enkätsvar.
 - **Ungdomsenkäten Om Mig:** Frågan som ställs är, "Hur ofta upplever du att din familj har råd att göra/köpa samma saker som de flesta andra på din skola?". Svaren redovisas som ekonomiska svårigheter och delas i alltid/ofta och sällan/aldrig, ibland alternativet redovisas ej.
 - **Hälsa på lika villkor:** Frågan som ställs är, "Skulle du eller ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 13 000 kronor utan att låna eller be om hjälp?". Svaren redovisas som Ja eller Nej.
- **Inflationsjusterad inkomst:** Inkomsten justerad med hänsyn till inflationen och visar den teoretiska köpkraften i det förflutna (före inflationen). Detta beräknas med hjälp av konsumentprisindex, (KPI).
- **Konsumentprisindex, (KPI):** är en sammanställning av priser som SCB samlar in varje månad på cirka 1 600–1 700 försäljningsställen i landet. Dessa priser representerar vad den enskilde konsumenten faktiskt betalar och därför ingår även moms och eventuella rabatter.

- **Socioekonomisk status:** baseras på disponibel inkomst per konsumtionsenhet år 2020. Hushåll med en disponibel inkomst lägre än 60 procent av den nationella medianårsinkomsten definierades som hushåll med låg ekonomisk standard. För år 2020 var gränsen för låg ekonomisk standard 159 601 kronor. Områdesindelningen baseras på SCB:s områdesmätt demografiskt statistikområde (DeSO). De geografiska områdena rangordnas från högst socioekonomi med lägst andel hushåll med låg ekonomisk standard, till lägst socioekonomi med högst andel hushåll med låg ekonomisk standard och delas in i sex olika nivåer som anger den socioekonomiska statusen. Fördelningen av antalet DeSO inom de sex socioekonomiska nivåer är satta till 20-, 20-, 20-, 20-, 10- och 10 procent från högsta till lägsta.

- **Gini-koefficient:** är en ekonomisk mått för ojämligheten av vanligtvis inkomstfördelningen hos en befolkning och används för att jämföra olika länder. I denna rapport redovisas koefficienten för förmögenhetsfördelningen, och är beräknad av Credit Suisse.

Ju lägre GINI koefficient desto mer jämlikt fördelas förmögenheten inom ett land. Gini = 0 innebär att förmögenhet är helt jämlikt fördelad i landet och Gini = 1 innebär att en person äger allt. Koefficienten redovisas i denna rapport som en procentandel mellan 0 och 100.

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

- **Äldre:** Personer 65 år eller äldre räknas som i den här gruppen och kan indelas i yngre äldre (yngre än 80 år) och äldre äldre (80 år eller äldre).
- För att redovisningen av **utbildningsnivå** ska vara så korrekt som möjligt redovisas det för personer mellan 25 och 64 år. För den yngre befolkningen är det större sannolikhet att vid 25 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.
 - OBS!** Undantag görs i äldre kapitlet där alla äldre delas på utbildningsnivå då det enbart gäller äldre blir det en mer jämlik jämförelse.
- **Åldersstandardisering** görs för att ta hänsyn till att åldersfördelningen kan se olika ut i olika grupper i befolkningen, olika perioder eller olika geografiska områden. Vanligtvis välj ett års åldersfördelning som bas som används för att justera det som ska jämföras.

Kapitel 1 – Livsvillkor indikatorer

- **Fattigdom:** En person som inte har råd med fem eller fler av de poster som ingår i definitionen lever i materiell och social fattigdom. En person som inte har råd med sju eller fler av posterna lever enligt EU:s definition i allvarlig materiell och social fattigdom.
 - Kan betala oförutsedda utgifter
 - Har råd med en veckas semester per år
 - Kan betala skulder: bostadslån, hyra, räkningar, avbetalningsköp
 - Har råd med en måltid med kött, kyckling, fisk eller motsvarande vegetariskt alternativ varannan dag
 - Har råd att hålla bostaden tillräckligt varm
 - Har tillgång till bil
 - Har tillgång till internet
 - Har råd att ersätta utslitna möbler
 - Har råd att ersätta utslitna kläder
 - Har två par skor
 - Har råd att spendera en mindre summa på sig själv varje vecka
 - Har råd att regelbundet delta i någon fritidsaktivitet som kostar pengar
 - Har råd att träffa familj eller vänner för att fika eller äta middag minst en gång i månaden

- **Förtida död:** Förtida död innebär att ett dödsfall inträffar före en ålder som är rimlig för de allra flesta att uppnå. Som rimlig räknas det förväntade medellivslängd vid födseln. För männen är medellivslängden 81,2 år och för kvinnor 84,3 år i Östergötland år 2017–2021.
- **Förväntad medellivslängd vid 30 års ålder:** Anger hur länge en person som är 30 år gammal förväntas leva i genomsnitt om dödligheten förblir densamma.
- **Preventiva paradoxen:** För att en insats ska påverka folkhälsan är det mer effektivt att många med normal risk för ohälsa bättrar sig lite grann än att få med hög risk för ohälsa bättrar sig mycket. Detta kallas den preventiva paradoxen då de flesta personer ligger på en normalrisknivå.
- **Sociala gradienten:** Ojämligheter i hälsa observeras ofta längs en social gradient, vilket är en "stegvis eller linjär minskning av hälsa som kommer med en minskande social position."⁹¹ Denna lutning kan observeras när man tittar på faktorer som inkomst, utbildningsnivå, geografisk region, kön eller ursprung. Detta innebär att ju mer gynnsamma ens persons förhållanden är, desto bättre är hens chanser att njuta av god hälsa och ett längre liv.

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.
- **Förlorade levnadsår:** Förlorade levnadsår mäter skillnaden mellan ålder vid dödsfallet och medellivslängd. För männen är medellivslängden 81,2 år och för kvinnor 84,3 år i Östergötland år 2017–2021.
- **Lågt intag av frukt och grönsaker:** Personer som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan.
- **Ohälsosam levnadsvana:** Ohälsosamma levnadsvanor är lågt intag av frukt och grönsaker, otillräcklig fysisk aktivitet, stillasittande, daglig rökning, riskbruk av alkohol, cannabisanvändning, dopning och spelmissbruk.
- **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.
- **Stillasittande:** Sitter ett normalt dygn 10 timmar eller mer.
- **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.

Kapitel 3 – Psykisk hälsa

- **Psykiskt välbefinnande:** används SWEMWBS (Short Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale) som är en skala bestående av 7 påståenden som mäter positivt syn på framtiden, känsla av att vara till nytta, känsla av lugn, att kunna hantera problem på ett bra sätt, att kunna tänka klart, samt känt sig nära andra människor. De sju påståendena har fem svarskategorier från "ingen av tiden" till "hela tiden". Poängen på de 7 påståendena summeras och har delats i 3 grupper. Råpoäng konverteras till metrisk skala som sedan kategoriseras enligt nedan:
 - Lågt psykiskt välbefinnande: 7–20, 99 poäng (de 15 % med lägst välbefinnande 2018).
 - Gott psykiskt välbefinnande: 21–30 poäng.
 - Mycket gott psykiskt välbefinnande: 30, 01–35 poäng (de 15 % med högst välbefinnande 2018).

Referenser

- Östgötakommisionen för jämlik hälsa. Östgötakommisionen för folkhälsa – slutrapport. Linköping; 2014.
- Region Östergötland. Har hälsan blivit bättre? – En analys av hälsoläget och dess utveckling i Östergötland. Linköping; 2019.
- Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2022. Stockholm; 2022.
- Marmot M, Wilkinson GR. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Socialdepartementet. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Prop. 2017/18:249. Stockholm; 2017.
- Wilkinson GR, Pickett K. The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. London: Allen Lane; 2009.
- Statens Offentliga Utredningar. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47. Stockholm; 2017.
- Statens Offentliga Utredningar. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2016:55. Stockholm; 2016.
- Marmot M. Status Syndrome: How Your Social Standing Affects Our Health and Longevity. London: Bloomsbury; 2004.
- Kristenson M, Eriksen HR, Sluiter JK, Starke D, Ursin H. Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. Soc Sci Med. 2004 Apr;58(8):1511–22.
- Kristenson M. Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 7 till Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:02. Stockholm; 2007.
- Piketty T. En kort historik om jämlikhet. Stockholm: Mondial förlag; 2022.
- Inghe G, Inghe M-B, Lindblom P. Den ofärdiga välfärden. Tredje uppl. Stockholm: Tiden; 1968.
- Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. Soc Sci Med. 2012 Aug;75(4):761–9.
- Wilkinson GR. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. 1st edition. London New York: Routledge; 1997.
- Folkhälsomyndigheten. Låg ekonomisk standard (relativ), barn [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-ekonomisk-utsatthet-barn>
- Lundberg J, Kristenson M, Starrin B. Status incongruence revisited: associations with shame and mental wellbeing. Social Health Illn. 2009 May;31(4):478–93.
- Credit Suisse Research Institute (CSRI). Global Wealth Report 2022. Leading perspectives to navigate the future. 2022.
- Folkhälsomyndigheten. Vår livsmiljös betydelse för en god och jämlik hälsa. Stockholm; 2021.
- Boverket. Boendesegregation i Sverige [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/boendesegregation/sverige/>
- Region Östergötland. Covid-19-pandemins påverkan på människors liv och hälsa i Östergötland. Linköping; 2022.
- Brydsten A. Yesterday once more? Unemployment and health inequalities across the life course in northern Sweden. Umeå universitet; 2017. (Umeå University medical dissertations).
- Olofsson J, Lundahl L. Unga möter ökade sociala risker – en bakgrund om ungdomsarbetslöshet och utanförskap. Soc Tidskr. 2013;(5):733–43.
- Socialstyrelsen. Dataanalyser av cancer 1975–2019. En registerstudie. Stockholm; 2021.
- Bartelink V, Tynelius P, Walander A, Burström B, Ponce de Leon A, Nederby Öhd J, et al. Socioekonomiska faktorer och covid-19 i Stockholms län. November 2020. Rapport 2020:10. Stockholm; 2020.
- Poortinga W. Community resilience and health: the role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. Health Place. 2012 Mar;18(2):286–95.
- Stephen G, Siobhán H, Muldoon OT, Whittaker AC. Social cohesion and loneliness are associated with the antibody response to COVID-19 vaccination. Brain Behav Immun. 2022 Jul;103:179–85.
- Constant AF, García-Muñoz T, Neuman S, Neuman T. A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. Eur J Heal Econ HEPAC Heal Econ Prev care. 2018 Jan;19(1):103–21.
- Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Stockholm; 2019.
- Folkhälsomyndigheten. Utrikesfödda och covid-19. Konstaterade fall, IVA-vård och avlidna bland utrikesfödda i Sverige 13 mars 2020 –15 februari 2021. Stockholm; 2021.
- Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för “En strategi för genomförande av funktionshindrapolitiken 2011– 2016”. Stockholm; 2016.
- Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos Hbtqi-personer [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/hbtqi-personer/>
- Region Östergötland. Resultat från Ungdomsenkäten Om mig 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Halso--och-vardutvecklingscentrum/Verksamhetsutveckling-Vard-och-Halsa/Halsoframjande/Ungdomsenkaten--Om-mig---Resultat/>
- Region Östergötland. Partnerskap för stärkt stöd till hemlösa [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://www.regionostergotland.se/ro/nyheter/nyheter/2022-04-05-partnerskap-for-starkt-stod-till-hemlosa>
- Folkhälsomyndigheten. Socioekonomiska skillnader i alkohol, narkotika och tobak – delvis olika mönster för beroende och utsatthet. Stockholm; 2018.
- Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Brottsutvecklingen till och med 2021. Kortanalys 5/2022. Stockholm; 2022.
- Region Östergötland, Kommunerna i Östergötland, Länsstyrelsen Östergötland. Folkhälsost strategi – för god och jämlik hälsa i Östergötland. Linköping; 2022.
- World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning 2022. Stockholm; 2022.
- Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet (London, England). 2020 Oct;396(10258):1223–49.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Institute for Health Metrics and Evaluation, Sweden profile. 2019.
- World Health Organization. World Health Organization. Fact sheet Noncommunicable diseases. Updated 16 September 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/dodsorsaker/>
- Fridhammar A, Hofmarcher T, Persson S. Cancer i Sverige – Hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer? IHE Rapport 2020:9. Lund; 2020.
- Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/>
- Folkhälsomyndigheten. Humant immunbristvirus (Hiv) och sexuell överförda infektioner (STI) [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/hiv-och-sti/>
- Folkhälsomyndigheten. Vad påverkar vår psykiska hälsa? [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/vad-paverkar-var-psykiska-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och spel om pengar (Spelprevention.se) [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/om-spelproblem/psykisk-halsa/>

49. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2019.
50. Folkhälsomyndigheten. Fysisk aktivitet och svenska riktlinjer [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/>
51. Folkhälsomyndigheten. Skolbarn som är fysiskt aktiva rapporterar bättre psykisk hälsa. Stockholm; 2021.
52. Folkhälsomyndigheten. Sunda matvanor bidrar till ökat välbefinnande [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://dinpsykiskahalsa.se/artiklar/dina-vanor-kan-paverka/matvanor/>
53. Folkhälsomyndigheten. Alkoholens skadeverkningar [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/>
54. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. Rökning och psykisk ohälsa bland unga – fördjupade analyser av Stockholmsenkäten 2010–2018. Faktablad 2020:2. Sto; 2020.
55. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M redaktörer., editor. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021.
56. Andersson E, Hovland A, Taube J, Kjellman B, Hedlund L, Martinsen EW. Fysisk aktivitet kan ha omedelbar effekt på depression och ångest. Träning förbättrar välbefinnande och kognition, minskar stresshormonet kortisol och ökar blodflödet i hjärnan. Läkartidningen. 2022;
57. Regionalt Cancercentrum RCC Mellansverige. Tobaksrökning och cancerbehandling En systematisk litteraturoversikt och metaanalys med fokus på effekter på behandling och toxicitet. 2021.
58. Regionala Cancercentrum i samverkan. Cancerrehabilitering. Nationellt vårdprogram. Kapitel 13.2 Alkohol. 2021.
59. Regionala Cancercentrum i samverkan. Cancerrehabilitering. Nationellt vårdprogram. Kapitel 14.1 Fysisk aktivitet och träning. 2021.
60. Regionala Cancercentrum i samverkan. Cancerrehabilitering. Nationellt vårdprogram. Kapitel 10 Nutrition. 2021.
61. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Sveriges Regioner i samverkan. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. Nationellt programområde för levnadsvanor. Stockholm; 2021.
62. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Stockholm; 2017.
63. Region Östergötland. Kunskapsunderlag om matvanor. Linköping; 2021.
64. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm; 2018.
65. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa. Bilaga 2 Beskrivning av indikatorer. Stockholm; 2014.
66. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity, 5th edition. Copenhagen; 2014.
67. 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 Sports. 2019 Feb;29(2):232–9.
68. Statistikmyndigheten (SCB). Befolkningens it-användning 2021-E-handel. Stockholm; 2022.
69. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, Daxberg E-L, Jivegård L, Jonsdottir IH, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. Br J Sports Med. 2019 Mar;53(6):383–8.
70. Kjellenberg K, Ekblom Ö, Stålmán C, Helgadóttir B, Nyberg G. Associations between Physical Activity Patterns, Screen Time and Cardiovascular Fitness Levels in Swedish Adolescents. Child (Basel, Switzerland). 2021 Nov;8(11).
71. Ekblom-Bak E, editor. Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden? Stockholm: Studentlitteratur; 2021.
72. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande: Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Stockholm; 2021.
73. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning C. Tobaksvanor i Sverige – tobakskonsumtionen i siffror med fokus på år 2017. CAN Rapport 172. Stockholm; 2018.
74. A Non Smoking Generation. Det är bara barn som börjar använda tobak: Rapport om ungas attityder till tobak 2019:1. Stockholm; 2019.
75. Karolinska Universitetssjukhuset. Graviditetsregistret, Nationellt kvalitetsregister [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://www.medscinet.com/gr/default.aspx>
76. Sveriges Riksdag. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU31 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/hardare-regler-for-nya-nikotinprodukter_H901SoU31
77. Sveriges Riksdag. Lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter [Internet]. Sverige; 2022. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20182088-om-tobak-och-liknande-produkter_sfs-2018-2088
78. Region Östergötland. Slutrapport Tobakshjälpen – implementering vid Region Östergötland. Linköping; 2021.
79. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning C. Självrapporterade rök- och snusvanor 2003–2021. CAN Rapport 211. Stockholm; 2022.
80. Folkhälsomyndigheten. Rökning och hälsorisker [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 2]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/rokning-och-halsorisker/>
81. Folkhälsomyndigheten. Nikotinprodukter och hälsorisker [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 2]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/nikotinprodukter-och-halsorisker/>
82. Folkhälsomyndigheten. Snus och hälsorisker [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 2]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/snus-och-halsorisker/>
83. Tobaksfakta. Om nya produkter med tobak och nikotin. Stockholm; 2019.
84. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning C. Trender i dryckesmonster – befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet. CAN Rapport 168. Stockholm; 2017.
85. Wåhlin S. Alkohol: en fråga för oss i vården. Stockholm: Studentlitteratur; 2015.
86. Allebeck P, Andreasson S, Wåhlin S, Ramstedt M, Gripenberg J, Damström-Thakker K, et al. Alkoholkonsumtion och risknivåer: Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm; 2018.
87. Folkhälsomyndigheten. Det svenska samhällets kostnader för narkotikabruk. Stockholm; 2022.
88. Englund A, Svensson J. Ungas riskuppfattning och bruk – hänger det ihop? – Substansanvändning och riskuppfattning bland skolungdomar i de svenska ESPAD undersökningarna 1995 – 2019. Stockholm; 2020.
89. Folkhälsomyndigheten. Vårt arbete inom dopning [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/vad-vi-gor-inom-andts/dopning/>
90. Folkhälsomyndigheten. Dopingens fysiska konsekvenser [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/dopingens-skadeverkningar/dopingens-fysiska-konsekvenser/>
91. Folkhälsomyndigheten. Dopingens psykiska konsekvenser [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/dopingens-psykiska-konsekvenser/>
92. Folkhälsomyndigheten. Så här används dopningsmedel i Sverige [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/dopningsmedel-och-dess-anvandning/sa-har-anvands-dopningsmedel-i-sverige/>
93. Folkhälsomyndigheten. Vem använder dopning? [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/dopningsmedel-och-dess-anvandning/vem-anvander-dopning/>

94. Folkhälsomyndigheten. Kunskapsstöd för att förebygga spelproblem: Spel om pengar är en folkhälsofråga. Stockholm; 2022.
95. Folkhälsomyndigheten. Statistik om spelandet i Sverige [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 6]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/statistik/spelande/>
96. Länsstyrelsen Östergötland i samverkan med Boxholm, Finspång, Kinda L, Mjölby, Motala, Norrköping, Söderköping, Vadstena, Valdemarsvik, Ydre Å, Östergötland och Ö kommuner samt RÖ och polisområde. Regional ANDTS-strategi. Förebyggande arbete inom alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Östergötlands län 2022-2026. Regional ANDTS-strategi Rapport 2022:31. Linköping; 2022.
97. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017 – Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017. Stockholm; 2019.
98. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev* [Internet]. 2010;17(2):110–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
99. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978 Mar;19(1):2–21.
100. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
101. Folkhälsomyndigheten. Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på? Stockholm; 2019.
102. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015 Mar;128:316–26.
103. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May;14(4):245–58.
104. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A. Nyanlända och asylsökande i Sverige : En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie. Huddinge; 2016.
105. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness--an interview study. *Nord J Psychiatry*. 2014 Feb;68(2):100–6.
106. 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 Aug;134 Suppl:71–9.
107. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. *Aust Health Rev*. 2019 Feb;43(1):43–8.
108. OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris; 2018.
109. Rodgers SM. Transitional Age Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth: Issues of Diversity, Integrated Identities, and Mental Health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017 Apr;26(2):297–309.
110. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). *Psykiatrins siffror. Barn- och ungdomspsykiatri. Kartläggning 2021. Uppdrag psykisk hälsa*. Stockholm; 2022.
111. Socialstyrelsen. *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019*. Stockholm; 2019.
112. Socialstyrelsen. *Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka*. Stockholm; 2021.
113. Socialstyrelsen. *Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn*. Stockholm; 2019.
114. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm; 2021.
115. Folkhälsomyndigheten. *Statistik om suicid* [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>
116. Folkhälsomyndigheten. *Ett kunskapsstöd om suicid bland barn. Suicid bland barn i Sverige*. Stockholm; 2021.
117. Socialstyrelsen. *Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021*. Stockholm; 2022.
118. Barnens rätt i samhället (BRIS). *Bris: oroande att psykisk ohälsa ökar bland 11-åringar* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.bris.se/om-bris/press-och-opinion/pressmeddelanden/bris-oroande-att-psykisk-ohalsa-okar-bland-11-aringar/>
119. Folkhälsomyndigheten. *Psykosomatiska besvär, barn* [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/psykosomatiska-besvar-bland-skolelever/>
120. Folkhälsomyndigheten. *Fördjudad analys: Utvecklingen av suicid bland unga 15–29 år i Sverige. Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år*. Stockholm; 2022.
121. Mittendorfer-Rutz E, Hagström A, Hollander A-C. High Suicide Rates Among Unaccompanied Minors/Youth Seeking Asylum in Sweden. *Crisis*. 2020 Jul;41(4):314–7.
122. Socialstyrelsen. *Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*. Stockholm; 2013.
123. Folkhälsomyndigheten. *Narkotikarelaterade dödsfall* [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotikarelaterad-dodlighet/>
124. Region Östergötland. *Må bra med kultur och natur* [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Halso--och-vardutvecklingscentrum/Verksamhetsutveckling-Vard-och-Halsa/Halsoframjande/Kultur-och-halsa/Ma-bra-med-kultur/>
125. Cairns J-M, Graham E, Bamba C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2017 Nov;192:102–11.
126. Hollander A-C, Pitman A, Sjöqvist H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, et al. Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-born majority population. *Br J Psychiatry*. 2020 Dec;217(6):686–92.
127. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry*. 2014 Sep;205(3):246–7.
128. Region Stockholm. *Förskrivning av beroendeläkemedel vid oro och sömnproblem ska minska* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://janusinfo.se/nyheter/tidningenevidens/nr12019temaklokallistan/1/medelvidorochsomnproblemskaminska.5.23f85a0e16990175898e16a8.html>
129. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 233*. Stockholm; 2015.
130. Regeringen. *Regeringsbeslut: Uppdrag att göra en kartläggning och en analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre. S2022/02310 2022*.
131. Cacioppo JT, Patrick W. *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: WW Norton & Co; 2008.
132. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006 Mar;21(1):140–51.
133. Peplau LA, Russell D, Heim M. The Experience of loneliness. In: Frieze IH, Bar-Tal D, Carroll JS, Tapp JL, editors. *New approaches to social problems*. 1st editio. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
134. Poelmans S, Rock D, Siegel D, Payne J. The Healthy Mind Platter. *Neuroleadersh J*. 2012;4:1–23.
135. Folkhälsomyndigheten. *Skolbarns hälsovanor – Statistik* [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/>
136. Dückers M, Frerks G, Birkmann J. Exploring the plexus of context and consequences: An empirical test of a theory of disaster vulnerability. *Int J Disaster Risk Reduct* [Internet]. 2015;13:85–95. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212420915300042>
137. Skolverket. *Analys av familjebakgrundens betydelse för skolresultaten och skillnader mellan skolor. En kvantitativ studie av utvecklingen över tid i slutet av grundskolan. Rapport 467*. Stockholm; 2018.
138. Svenska Läkaresällskapet. *Kraftsamling för ungas psykiska hälsa. Kunskapssammanfattning och förslag till interventioner från Svenska Läkaresällskapet arbetsgrupp 2021*. Stockholm; 2021.
139. Folkhälsomyndigheten. *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*. Stockholm; 2018.
140. Bryngelson A, Mittendorfer-Rutz E, Fritzel J, Asberg M, Nygren A. Reduction in personnel and long-term sickness absence for psychiatric disorders among employees in Swedish county councils: an ecological

- population-based study. *J Occup Environ Med.* 2011 Jun;53(6):658–62.
141. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Rapport 167. Stockholm; 2003.
 142. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction Of Working Life.* New York, N.Y.: Basic Books; 1990.
 143. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Rapport 2011:2. Stockholm; 2011.
 144. Svenska Läkaresällskapet. Kraftsamling för ungas psykiska hälsa [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/kraftsamling-for-ungas-psykiska-halsa/>
 145. Statens Offentliga Utredningar. Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga SOU 2021:34 del 1. Stockholm; 2021.
 146. Statens Offentliga Utredningar. Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga SOU 2021:34 del 2. Stockholm; 2021.
 147. Statens Offentliga Utredningar. God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa SOU 2021:6. Stockholm; 2021.
 148. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Väntetider i vården. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikspecialiseradvard/barnochungdomspsykiatri/bup.54393.html>
 149. Skolverket. Tidiga och samordnade insatser för barn och unga - TSI [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga>
 150. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). En väg in till hälso- och sjukvård. Beskrivning av 10 regioners arbete med mottagarfunktioner som fungerar som en väg in till råd, stöd och vid behov vård för barns psykiska hälsa. Stockholm; 2022.
 151. Voglino G, Savatteri A, Gualano MR, Catozzi D, Rousset S, Boiotti E, et al. How the reduction of working hours could influence health outcomes: a systematic review of published studies. *BMJ Open.* 2022 Apr;12(4):e051131.
 152. Hultberg A, Ahlberg G jr, Jonsdottir IH, Winroth J, Corin L, Heimdahl M. ISM-rapport 21. Hälsa på arbetsplatsen. En sammanställning av kunskap och metoder. Stockholm; 2018.
 153. Riksförbundet Hjärnkoll. (H)järnkoll. Psykiska olikheter - lika rättigheter. Vi pratar om livet män 70+ [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://hjärnkoll.se/seniorambassadorer/vi-pratar-om-livet-man-70/>
 154. Äldre i Centrum. Suicidprevention hos äldre – ett eftersatt forskningsområde [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://aldreicentrum.se/teman/pa-tal-om-prevention-2-20/suicidprevention-hos-aldre-ett-eftersatt-forskningsomrade/>
 155. Folkhälsomyndigheten. Utblick folkhälsa: Primärvården kan förebygga suicid bland äldre. Stockholm; 2018.
 156. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsomål och målområden [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>
 157. Mindshift Sverige. Psykisk hälsa är inte en vårdfråga. Det är vår gemensamma fråga! [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://mindshiftsverige.se/>
 158. Statistikmyndigheten (SCB). Medellivslängden i Sverige [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
 159. Nordens välfärdscenter. Att åldras i Norden: En kartläggning av strategier och initiativ för aktivt och hälsosamt åldrande i de nordiska länderna. Stockholm; 2020.
 160. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2020. Stockholm; 2020.
 161. Sveriges Kommuner och Regioner. Förebygga eller reparera? – ekonomi och hälsa. Utdrag ur ekonomirapporten 2019-2021. Stockholm; 2022.
 162. Folkhälsomyndigheten. Medellivslängd [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/medellivslangd/>
 163. Statistikmyndigheten (SCB). Befolkningsstatistik helåret 2021: Medellivslängden åter i nivå med 2019 [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/>
 164. Statistikmyndigheten (SCB). Stor minskning av medellivslängden under 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2021/stor-minskning-av-medellivslangden-under-2020/>
 165. Statistikmyndigheten (SCB). Efter 60: En beskrivning av äldre i Sverige. Demografiska rapporter 2022:2. Stockholm; 2022.
 166. Statistikmyndigheten (SCB). Fler äldre i alla län och kommuner 2040 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/den-framtida-befolkningen-i-sveriges-lan-och-kommuner-2022-2040/>
 167. Vårdhandboken. Munhälsa - Översikt [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/munhalsa/oversikt/>
 168. Göteborgs universitet. 70 är det nya 50 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://www.gu.se/forskning/70-ar-det-nya-50>
 169. Pensionsmyndigheten. Jämställda inkomster ger jämställda pensioner [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.pensionsmyndigheten.se/nyheter-och-press/nyheter/jamstallda-inkomster-ger-jamstallda-pensioner>
 170. Folkvandvården Östergötland. Äldre: Äldre tänder behöver mer omsorg [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.folkvandvardenostergotland.se/ft/fa-friska-tander/aldre>
 171. Socialstyrelsen. Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom. Stockholm; 2021.
 172. Folkhälsomyndigheten. Hälsosamt åldrande [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 17]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande/>
 173. World Health Organization. Summary: World Report on Ageing and Health. Geneva; 2015.
 174. Buettner D, Skemp S. Blue Zones: Lessons From the World's Longest Lived. *Am J Lifestyle Med.* 2016;10(5):318–21.
 175. Thelander K, Kristensen M. Sociala relationer och hälsa: Teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2022.
 176. Abrahamsson M, Hydén L-C, Motel-Klingebl A. Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige. 2017.
 177. Thelander K. Ensamhet dödar – ofrivillig ensamhet i Sverige. Stockholm; 2020.
 178. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010 Jul;7(7):e1000316.
 179. Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;75:96–103.
 180. Personlig kontakt med Carin Lennartsson angående SWEOLD studien. 2022.
 181. Statistikmyndigheten (SCB). Fyra procent är socialt isolerade [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/fyra-procent-ar-socialt-isolerade/>
 182. Donovan RJ, Anwar-McHenry J. Act-Belong-Commit: Lifestyle Medicine for Keeping Mentally Healthy. *Am J Lifestyle Med.* 2016;10(3):193–9.
 183. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Haro JM, Donovan RJ, Nielsen L, et al. The protective properties of Act-Belong-Commit indicators against incident depression, anxiety, and cognitive impairment among older Irish adults: Findings from a prospective community-based study. *Exp Gerontol.* 2017 May;91:79–87.
 184. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). Ett år av utmaningar. Uppföljning av ideella föreningars villkor 2021. 2021.
 185. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2022. Stockholm; 2022.
 186. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2020. Stockholm; 2020.
 187. Folkhälsomyndigheten. Digital teknik för social delaktighet bland äldre personer. Ett kunskapsstöd om möjliga insatser utifrån forskning, praktik, statistik, juridik och etik. Stockholm; 2018.
 188. Region Östergötland. ABC för god psykisk hälsa [Internet]. Linköping; 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Halso--och-vardutvecklingscentrum/Verksamhetsutveckling-Vard-och-Halsa/Halsoframjande/ABC-for-god-psykisk-halsa/>
 189. Curtin University's School of Population Health. Mentally Healthy Western Australia's Act, belong, commit: Research & Evaluation [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.actbelongcommit.org.au/about/research-evaluation/>

190. Region Östergötland. 1177 Östergötland: ABC för god psykisk hälsa [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.1177.se/Ostergotland/liv--halsa/psykisk-halsa/abc-for-god-psykisk-halsa/>
191. Region Östergötland. Nära vård, projekt och aktiviteter, Östergötland: ABC för god psykisk hälsa [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://naravard.regionostergotland.se/nv/projekt-och-aktiviteter/att-aldras/abc-psykisk-halsa>
192. Kunskapsguiden. Hälsa [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 21]. Available from: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/halsa/>
193. Melder C. Vilsenhetens epidemiologi En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa. Uppsala universitet; 2011.
194. Statens Offentliga Utredningar. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer Del 1. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen SOU 2017:21. Stockholm; 2017.
195. Arbetsmiljöverket. Kunskapssammanställning 2016:8 Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar. Stockholm; 2016.
196. Ersta Sköndal Bräcke högskola arbetsrapportserie. Medborgerligt engagemang i Sverige 1992–2019. Stockholm; 2020.
197. Ersta Sköndal Bräcke högskola, Statistiska Centralbyrån (SCB). Det frivilliga arbetet i Sverige som del av BNP. Stockholm; 2021.
198. Statistikmyndigheten (SCB). Allt färre är medlemmar i politiska partier [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/allt-farre-ar-medlemmar-i-politiska-partier/>
199. Statens Offentliga Utredningar. Nästa steg: Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner. SOU 2022:41. Stockholm; 2022.
200. Högskolan i Kristianstad. Projekt: ALONE-studien [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://researchportal.hkr.se/sv/projects/alone-studien>
201. Högskolan i Borås. Forskargrupper: Existentiella frågor i vårdande och lärande sammanhang [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://www.hb.se/forskning/forskningsportal/forskargrupper/existentiella-fragor-i-vardande-och-larande-sammanhang/>
202. Sjöberg M. Existentiell ensamhet hos sköra äldre personer: äldre personers upplevelser samt dokumentation i patientjournalen. Malmö universitet; 2020.
203. ALONE project. ALONE Innovative Health Professionals Training Program on Existential Loneliness among Older People [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://aloneproject.eu/>
204. Östergötlands Stadsmission. Östergötlands stadsmission: Livsberättargrupp [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://linkopingsstadsmission.se/vadvigor/livsberattargrupp/>
205. Riksförbundet Hjärnkoll. Vi pratar om livet – samtalsgrupper för seniorer [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://hjernkoll.se/seniorambassadorer/vi-pratar-om-livet-samtalsgrupper-for-seniorer/>
206. Studieförbundet Vuxenskolan. Studiematerial: Existentiell hälsa [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.sv.se/projekt/funktionsratt/studiematerial/psykisk-halsa/existentiell-halsa/>
207. Helbostad J, Frändin K, Dohrn I-M, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet Y. Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre. In: Dohrn I-M, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, editors. Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling, FYSS 2021 [Internet]. Stockholm: Läkartidningens Förlag AB; 2021. Available from: <https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2021/10/Rek-aldre.pdf>
208. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* (London, England). 2012 Jul;380(9838):258–71.
209. Franco MR, Tong A, Howard K, Sherrington C, Ferreira PH, Pinto RZ, et al. Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med*. 2015 Oct;49(19):1268–76.
210. Kunskapsguiden. Mat och näring för äldre personer [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 7]. Available from: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/mat-och-naring-for-aldre-personer/>
211. Kunskapsguiden. Måltider i äldreomsorgen [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 23]. Available from: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/mat-och-naring-for-aldre-personer/maltider-i-aldreomsorgen/>
212. ersonlig kontakt med Åsa Hjærtstrand, verksamhetschef Korpen Östergötland om Hälsoklubben. 2022.
213. Skoog I. 70 är det nya 50. Rapport 21. Delegationen för senior arbetskraft. SOU 2018:10. Stockholm; 2020.
214. Jönsson A, Mäki-Torkko E. Hörselstatus – riskfaktor och friskfaktor. *Läkartidningen*. 2020;
215. Hörselskadades riksförbund. Hörselskadade i siffror 2020. Hörselbrons nationella kvalitetsregister årsrapport 2019 [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 21]. Available from: <https://hrf.se/app/uploads/sites/13/2020/12/Statistik-2020-HRF-och-SCB-Horselbron-och-forskning.pdf>
216. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm; 2020.
217. Socialstyrelsen. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre. Stockholm; 2022.
218. Sveriges Riksdag. Webb-tv från Sveriges Riksdag, Ädelreformen [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 13]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/webb-tv/video/motion/adelreformen_gm02so436
219. Socialstyrelsen. Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. Stockholm; 2011.
220. Socialstyrelsen. Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre. Stockholm; 2021.
221. Boverket. Pandemin har påverkat bedömningarna av behovet av särskilda boendeformer [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 29]. Available from: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/aldre/sarskilda/>
222. Sveriges Kommuner och Regioner. Kostnad per patient, KPP [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp.1076.html>
223. Region Östergötland. Om Nära vård [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://naravard.regionostergotland.se/nv/om-nara-varld>
224. Region Östergötland. Äldrevårdsmottagning [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://naravard.regionostergotland.se/nv/projekt-och-aktiviteter/att-aldras/aldrevardsmottagning>
225. Sveriges Kommuner och Regioner. Leva livet ut! Hälsa, vård och omsorg till äldre - så ställer vi om för att möta framtiden. Stockholm; 2022.
226. Socialstyrelsen. Förebyggande hembesök hos äldre. Stockholm; 2022.
227. World Health Organization. Age-friendly world. Adding life to years. The WHO Age-friendly Cities Framework [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/>
228. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030. What is the UN Decade of Healthy Ageing? [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
229. Regeringskansliet, Socialdepartementet. Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan. Regeringens skrivelse 2017/18:280. Stockholm; 2017.
230. Regeringskansliet, Näringsdepartementet. För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi. Stockholm; 2017.
231. Styr- och samverkansorganisation Vision e-hälsa 2025. Vision e-hälsa 2025. Vision och strategi [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 18]. Available from: <https://ehalsa2025.se/>
232. Sveriges Kommuner och Regioner. Valfärdsteknik [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://skr.se/valfardsteknik.64112.html>
233. Socialstyrelsen. Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg under uppbyggnad [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/nationellt-kompetenscentrum-for-aldreomsorg/#:~:text=Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg är,av aktuell kunskap och arbetssätt.>
234. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard.44259.html>
235. Regeringskansliet. Agenda 2030 för hållbar utveckling [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
236. 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).
237. The Wellbeing Economy Alliance (WEAll). Wellbeing Economy Policy Design Guide: How to design economic policies that put the wellbeing of people and the planet first. 2022.



Region
Östergötland