

Levnadsvanor

Lägesrapport 2010

Innehåll

Figur- och tabellista.....	5
Förord.....	7
Sammanfattning	8
Summary	9
Inledning.....	10
Metod och statistik	11
Livsmiljöns betydelse för befolkningens hälsa	13
Lägesbeskrivning för levnadsvanor som har betydelse för hälsan.....	14
Hur vanliga är levnadsvanorna i befolkningen?.....	14
Fysisk aktivitet	16
Matvanor	20
Övervikt och fetma.....	24
Spel om pengar.....	26
Alkohol, narkotika och tobak	31
Alkohol.....	31
Narkotika.....	33
Tobak.....	35
Blandmissbruk.....	39
Sexualitet och reproduktiv hälsa	40
Lägesbeskrivning för levnadsvanor bland grupper i befolkningen.....	46
Unga vuxna	46
Äldre.....	49
Personer med funktionsnedsättning	54
Homosexuella, bisexuella och transpersoner	56
Utlandsfödda	58
Behov av forskning och utveckling.....	62
Slutsats och reflektioner.....	64
Presentation av medverkande i rapporten	66
Referenser.....	67

Figur- och tabellista

- Figur 1.** Andel (%) kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat. Sid 15.
- Figur 2.** Andel (%) kvinnor och män som äter lite frukt och grönsaker, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat. Sid 15.
- Figur 3.** Andel (%) kvinnor och män med övervikt, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat. Sid 15.
- Figur 4.** Andel (%) kvinnor och män med fetma, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat. Sid 16.
- Figur 5.** Andel (%) kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 17.
- Figur 6.** Andel (%) kvinnor och män som är stillasittande på sin fritid efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 17.
- Figur 7.** Andel kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 18.
- Figur 8.** Andel kvinnor och män som har en stillasittande fritid efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 19.
- Figur 9.** Andel (%) kvinnor och män som säger äta frukt och grönsaker fem gånger per dag efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 20.
- Figur 10.** Andel (%) kvinnor och män som säger sig äta lite frukt och grönsaker efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 21.
- Figur 11.** Andel kvinnor och män som säger sig äta frukt och grönsaker minst fem gånger per dag efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 22.
- Figur 12.** Andel (%) kvinnor och män som är överviktiga efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 24.
- Figur 13.** Andel kvinnor och män med fetma efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 26.
- Figur 14.** Andel (%) kvinnor och män som spelat senaste året efter ålder, 16-84 år, 2010. Källa: SWELOGS. Sid 28.
- Figur 15.** Andel (%) kvinnor och män som är problemspelare och är i viss risk för problemspelande efter ålder, 16-84 år, 2009. Källa: SWELOGS. Sid 29.
- Figur 16.** Andel kvinnor och män med riskabla spelvanor efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 30.
- Figur 17.** Andel (%) kvinnor och män med riskabla alkoholvanor efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 31.
- Figur 18.** Andel kvinnor och män med riskabla alkoholvanor efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 32.
- Figur 19.** Andel (%) kvinnor och män som använt cannabis senaste året efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 34.
- Figur 20.** Andel (%) kvinnor och män som röker dagligen efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 36.
- Figur 21.** Andel (%) kvinnor och män som snusar dagligen efter ålder, 16-84 år, 2010. Sid 36.
- Figur 22.** Andel kvinnor och män som röker dagligen efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 38.
- Figur 23.** Andel kvinnor och män som snusar dagligen efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat. Sid 38.
- Tabell 1.** Skillnader bland elever i årskurs 9 som har samlagsdebuterat och dem som inte har samlagsdebuterat avseende levnadsvanor och upplevelse av hälsa, angivet i procent (%). Sid 45.
- Figur 24.** Andel (%) unga kvinnor och män fördelad på levnadsvanor, 16-24 år, 2007-2010. Sid 47.
- Figur 25.** Andel (%) unga kvinnor och män fördelad på levnadsvanor, 16-24 år, 2007-2010. Sid 48.
- Figur 26.** Andel (%) äldre kvinnor fördelad på levnadsvanor, 65-74 år och 75-84 år, 2010. Sid 51.
- Figur 27.** Andel (%) äldre män fördelad på levnadsvanor, 65-74 år och 75-84 år, 2010. Sid 51.
- Figur 28.** Andel (%) kvinnor och män med funktionsnedsättning fördelad på levnadsvanor, 16-84 år, 2007-2010. Sid 55.
- Figur 29.** Andel (%) personer med respektive levnadsvana bland dem med respektive utan funktionsnedsättning, 16-84 år, 2007-2010. Sid 55.

Figur- och tabellista fortsätter nästa sida

Figur 30. Andel (%) kvinnor med respektive levnadsvana bland homo- och bisexuella respektive övriga befolkningen, 16-84 år, 2007-2010. Sid 57.

Figur 31. Andel (%) män med respektive levnadsvana bland homo- och bisexuella respektive övriga befolkningen, 16-84 år, 2007-2010. Sid 57.

Figur 32. Andel (%) kvinnor med respektive levnadsvana bland utlandsfödda respektive svenskfödda, 16-84 år, 2007-2010. Sid 60.

Figur 33. Andel (%) män med respektive levnadsvana bland utlandsfödda respektive svenskfödda, 16-84 år, 2007-2010. Sid 60.

Förord

Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att årligen rapportera om levnadsvanefrågor som är av stor betydelse för hälsan. Den här rapporten är en delrapportering av det uppdraget och ger en aktuell avstämning när det gäller de levnadsvanor som har stor betydelse för hälsoutvecklingen bland befolkningen i landet. Rapporten baserar sig i huvudsak på resultaten från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”. Undersökningen genomfördes för första gången 2004 och den följer upp förändringar i hälsa över tid som en del i uppföljningen av folkhälsopolitiken.

I årets lägesrapport är det två nyheter: en redovisning av människors livsmiljö och svaren på en ny fråga i nationella folkhälsoenkäten om människors benägenhet att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor. Livsmiljön har stor betydelse för människors hälsa. Livsmiljön är den kombination av miljöer där vi lever och verkar – allt från hemmet till samhället i stort. Personer med dålig ekonomi, kort utbildning eller bristande inflytande över sin livssituation har mindre möjligheter att förändra sina levnadsvanor i samma positiva riktning som personer med god social status. Är då också livsmiljön ogynnsam kan det innebära en svårare livssituation.

Ett prioriterat folkhälsopolitiskt mål är att minska skillnaderna i hälsa bland olika grupper i befolkningen. Rapporten fokuserar därför på hur ohälsosamma levnadsvanor hänger samman med faktorer som livsmiljö, kön, socioekonomi, funktionsnedsättning och ålder. Det som inte görs i årets rapport är att lämna förslag på nya åtgärder. Sådana förslag återfinns i Folkhälsopolitisk rapport 2010.

Årets lägesrapport har bearbetats och sammanställts av Kent Nilsson, utredare vid Statens folkhälsoinstitut. Övriga medverkande i rapporten presenteras på sidan 65.

Östersund, december 2010

Sarah Wamala
Generaldirektör

Sammanfattning

Rapporten om levnadsvanor är en sammanställning av data från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät ”Hälsa på lika villkor”. Undersökningen görs årligen sedan 2004 och redovisar beteenden när det gäller fysisk aktivitet, matvanor, spel om pengar samt alkohol, narkotika och tobak. Självrapporterade data från enkäten indikerar att levnadsvanorna har förändrats lite under senare år. Fortfarande är en tredjedel av befolkningen inte fysiskt aktiva varje dag enligt de nationella rekommendationer som finns. Dessutom konsumerar 91 procent av befolkningen inte den rekommenderade mängden frukt och grönsaker.

Vår analys av rapporterade data från ”Hälsa på lika villkor” visar att ingen förändring har skett sedan 2004 när det gäller andelen som ägnar sig åt fysisk aktivitet minst 30 minuter per dag. På samma sätt har ingen förändring skett sedan 2005 när det gäller andelen som äter minst 500 gram frukt och grönsaker per dag och andelen som har riskabla spelvanor. Befolkningens genomsnittliga vikt kan ha ökat då andelen personer med fetma ökat de senaste åren.

Andelen kvinnor och män med riskabla alkoholvanor har inte ändrats sedan 2004 och andelen dagligrökare har varit oförändrad sedan 2008. Andelen dagligrökare har dock sjunkit sedan början av 1980-talet. När det gäller narkotika frågar den nationella folkhälsoenkäten endast om cannabisanvändningen, och den har inte förändrats sedan 2004. När det gäller området sexualitet och reproduktiv hälsa ser vi att tonårsaborterna fortsätter att minska. Ungdomars sexuella risktagande visar sig hänga samman med socioekonomisk status, då elever vid yrkesförberedande (praktiska) program löper större hälsorisker än elever vid studieförberedande (teoretiska) programmen. Antalet klamydia- och hivinfektioner i Sverige har ökat svagt under hela 2000-talet.

När data från ”Hälsa på lika villkor” överförs på befolkningsnivå betyder det att 1,8 miljoner i åldern 16–84 år äter lite frukt och grönsaker. Trenden mot ökad övervikt och fetma tycks dock ha avstannat. De sociala mönstren är här tydliga. De som har kort utbildning och dålig ekonomi har oftast sämre levnadsvanor än de som har lång utbildning och god ekonomi. Till exempel röker tre gånger så många män med kort utbildning varje dag, jämfört med män med lång utbildning. Även personer med någon form av funktionsnedsättning har mer ohälsosamma levnadsvanor. De socioekonomiska mönstren går igen vid nästan varje levnadsvana som redovisas i rapporten.

Det finns också en koppling mellan befolkningens livsmiljö och levnadsvanor. Till exempel påverkar tillgängligheten till och utbudet av olika sorters livsmedel människors matvanor. Personer med riskabla spelvanor har vidare deltagit i sociala aktiviteter i lägre utsträckning och har varit utsatta för våld i högre utsträckning än personer utan riskabla spelvanor. Kvinnor och män med riskabla alkoholvanor har också utsatts för fysiskt våld och hot om våld i högre grad än befolkningen i stort. En större andel personer med stillasittande fritid känner sig otrygga jämfört med dem som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag.

Summary

Living habits. Progress report 2010

This report on living habits is a compilation of data from the Swedish National Institute of Public Health's national public health survey "Health on equal terms". The survey has been conducted annually since 2004 and presents behaviours regarding physical activity, eating habits, problem gambling and sexual and reproductive health. Self-reported data from the questionnaire indicates that living habits have changed little in recent years. One third of the population is still not physically active on a daily basis in accordance with the existing national recommendations. In addition, 91 per cent of the population does not consume the recommended amount of fruits and vegetables.

Our analysis of data reported from "Health on equal terms" shows that no change has occurred since 2004 with regard to the proportion of the population that is physically active for at least 30 minutes a day. Similarly, no change has occurred since 2005 with regard to the proportion that eats at least 500 grams of fruits and vegetables a day and the proportion that has risky gambling habits. Nor has the population's average weight changed since 2004.

The proportion of men and women with hazardous drinking habits has not changed since 2004 and the proportion of daily smokers has remained unchanged since 2008. The proportion of daily smokers has decreased since the beginning of the 1980s, however. With regard to illicit drugs, the national public health survey only asks about cannabis use, which has not changed since 2004. As to the area of sexuality and reproductive health and rights, we note that teenage abortions continue to decrease. Sexual risk-taking by adolescents has proven to be related to socioeconomic status as students in vocational (practical) programmes run higher health risks than students in university preparatory (theoretical) programmes. The number of chlamydia and HIV infections in Sweden has shown weak growth throughout the 2000s.

When data from "Health on equal terms" is translated to the population level, this means that 1.8 million people aged 16-84 eat too little fruits and vegetables. The trend towards greater overweight and obesity appears to have levelled off, however. The social patterns here are clear. Those who have short education and poor personal finances most often have worse living habits than those with extensive education and strong finances. For example, three times as many men with short education smoke every day compared with men with extensive education. Those with some form of disability also have more unhealthy living habits. The socioeconomic patterns repeat themselves in every living habit presented in the report.

There is also a connection between the population's living environment and living habits. For example, availability to and the offering of various kinds of foods affect people's eating habits. People with risky gambling habits also took part in social activities to a lesser extent and were subjected to violence to a higher extent than those without risky gambling habits. Men and women with hazardous drinking habits were also subjected to physical violence and threats of violence to a higher degree than the population at large. A larger proportion of people with sedentary leisure time feel insecure compared with those who are physically active at least 30 minutes a day.

Inledning

Statens folkhälsoinstitut har som en viktig uppgift att följa upp folkhälsopolitiken och ge underlag för olika hälsosatsningar. Som ett led i uppdraget att följa upp folkhälsopolitiken genomförs en årlig rikstäckande undersökning om folkhälsa. Undersökningen heter ”Hälsa på lika villkor” och visar hur befolkningen mår och följer upp förändringar i hälsa över tid. Den är ett fortlöpande samarbetsprojekt mellan Statens folkhälsoinstitut och Sveriges landsting och regioner. Sedan 2008 har Folkhälsoinstitutet även uppdraget att årligen rapportera om levnadsvanor som har stor betydelse för folkhälsan. I år redovisar vi inga insatser i denna rapport då insatserna tas upp i ”Folkhälsopolitisk rapport 2010” (Statens folkhälsoinstitut, 2010a).

Årets lägesrapport av levnadsvanorna redovisar förutom levnadsvanor även livsmiljö och sociala faktorer som har stor betydelse för hälsan. I år introducerades nya frågor som handlar om befolkningens vilja att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor. Frågorna gäller om man vill *öka sin fysiska aktivitet, öka intaget av frukt och grönsaker, sluta röka, sluta snusa och minska alkoholkonsumtionen*. Svartalternativen är *ja, och jag tror att jag kan klara det själv* eller *ja, men jag behöver stöd* eller *nej*.

Människors levnadsvanor samspelar med både social bakgrund och andra riskfaktorer. Vid jämförelser mellan hälsorelaterade levnadsvanor finns ofta sociala skillnader. För att nå målet med en minskad skillnad i ohälsa är det därför viktigt att ta hänsyn till hur olika levnadsvanor fördelar sig bland olika grupper i befolkningen. Personer med dålig ekonomi, kort utbildning eller bristande inflytande över sin livssituation har till exempel mindre möjligheter att förändra sina levnadsvanor i positiv riktning än andra.

Ett flertal medarbetare på Statens folkhälsoinstitut har medverkat med textunderlag för de olika sakområdena. Medarbetarna presenteras på sidan 65.

Områdena alkohol, narkotika och tobak beskrivs utförligare i rapporten ”Livsstilsrapport 2010” (Statens folkhälsoinstitut, 2010b), och därför finns det endast en sammanfattning i denna rapport. I huvudsak redovisas resultat från den nationella folkhälsoenkäten, men där det råder brist på data från enkäten har vi även använt andra datakällor. Så är fallet när det gäller sexualitet och reproduktiv hälsa, där endast uppgifter om besök på ungdomsmottagningarna hämtas från den nationella folkhälsoenkäten. Alla data är självskattade uppgifter från enkätens respondenter och när jämförelser görs mellan kvinnor och män eller mellan grupper är siffrorna som anges i texten signifikanta, dvs. det finns en statistiskt säkerställd skillnad. När det gäller figurer i rapporten kan det saknas signifikans mellan vissa jämförande staplar men dessa redovisas inte i text och lämnas utan kommentar.

Metod och statistik

Statens folkhälsoinstitut gör årligen en undersökning där landstingen i Sverige erbjuds att i samarbete med institutet ta reda på hur Sveriges befolkning mår. Undersökningen genomfördes första gången 2004. Undersökningen genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån (SCB) och består av en postenkät, och från och med år 2007 även en webbenkät. Undersökningen pågår mellan mars och juni varje år. Frågorna i den nationella folkhälsoenkäten täcker in områden som fysiskt och psykiskt välbefinnande, tandhälsa, kostvanor, rök- och snusvanor, alkoholvanor, individens upplevelse av trygghet, sociala relationer, vårdutnyttjande, hem och hushåll och ekonomiska förhållanden. För att minska antalet frågor i enkäten finns också registeruppgifter om civilstånd, födelseort, medborgarskap, utbildningsnivå, inkomst, bidrag och sjukersättning.

De flesta resultaten i denna rapport baseras på 2010 års nationella undersökning då 10 067 personer besvarade enkäten, vilket var 50,6 procent av urvalet. För att få ett tillräckligt stort analysmaterial för att analysera personer med ohälsosamma levnadsvanor som vill förbättra sina levnadsvanor har även tilläggsurvalen från Gotlands kommun, Göteborgs stad, Jämtlands läns landsting, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Västernorrland, Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting inkluderats för år 2010. Totalt besvarades enkäten av 60 866 personer. För en del redovisningsgrupper har flera år av nationella folkhälsoenkäten använts för att få ett tillräckligt stort analysmaterial, det gäller resultaten för unga vuxna, utlandsfödda och personer med funktionsnedsättning. För dem har nationella folkhälsoenkäten för åren 2007-2010 använts. Sammanlagt var det 37 296 respondenter, varav 3 872 var unga vuxna (16-24 år), 4 621 utlandsfödda och 8 540 personer hade funktionsnedsättning. Vid analys av homo- bi- och transpersoner (hbt-personer) har transpersoner uteslutits då det inte finns tillräckligt statistiskt underlag för att beskriva gruppen. För analys av bland annat homo- bisexuella personers (hb-personer) hälsa har även landstingens tilläggsurval inkluderats för åren 2007-2010. Då uppgår de svarande till 178 936 personer varav 2 190 var hb-personer. För dessa fyra år hade följande län/regioner deltagit med tilläggsurval: Gotlands kommun, Göteborgs stad, Jämtlands läns landsting, Jönköpings kommun, Landstinget Blekinge, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Halland, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Kalmar län, Landstinget Kronoberg, Landstinget Västernorrland, Landstinget Östergötland, Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västra Götalandsregionen.

Alla resultat som inte är åldersuppdelade är åldersstandardiserade efter Sveriges befolkning år 2003. När man vill jämföra sjuklighet mellan grupper behöver man nämligen ta hänsyn till skillnader i ålder mellan grupperna. Detta görs för att ohälsa och förekomst av sjukdomar i stor utsträckning beror på en individs ålder. En sådan beräkning kallas för standardvägning efter ålder eller åldersstandardisering.

Skillnader mellan staplar i diagrammen betyder inte nödvändigtvis att det finns statistiskt säkerställda skillnader. I texten kommenteras endast statistiskt säkerställda resultat med vissa undantag som tidigare nämnts. Med statistiskt säkerställd skillnad avses här att två konfidensintervall inte överlappar varandra. Se exempel nedan.

Konfidensintervall

Konfidensintervallet, som är 95 procent, anger det mest troliga värdet för respektive beräknat mått. Detta kan illustreras med följande exempel: 10 procent av de yrkesarbetande männen rökte dagligen och konfidensintervallet för denna andel är mellan 9,1 procent och 11,6 procent. Detta innebär att det var 10 procent rökare bland de yrkesarbetande män som besvarade enkäten men att andelen rökare bland alla yrkesarbetande män i riket troligtvis finns någonstans i intervallet 9,1 till 11,6 procent. Denna osäkerhet beror på att endast en mindre del av befolkningen har tillfrågats. I denna grupp ingår ganska många män, 2 809 stycken, och konfidensintervallet är därför ganska snävt. Bland arbetslösa män röker 27 procent och konfidensintervallet är 19,6 procent till 35,1 procent. Endast 156 män ingår i denna grupp och konfidensintervallet blir därför stort, med andra ord är osäkerheten större.

Skiljer sig då andelen rökande sysselsatta män från rökande arbetslösa män? Eftersom den övre gränsen för konfidensintervallet är 11,6 procent bland sysselsatta och den nedre gränsen är 19,6 procent bland arbetslösa, överlappar konfidensintervallen inte varandra. Det finns därför en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Hade däremot den nedre gränsen i konfidensintervallet för arbetslösa män varit lägre än 11,6 procent hade skillnaden inte varit statistiskt säkerställd (se tabell nedan).

Redovisningsgrupp	År	Andel	Konfidensintervall		Antal svarande
Yrkesarbetande	2008	10	9,1	11,6	2 809
Arbetslös	2008	27	19,6	35,1	156

Livsmiljöns betydelse för befolkningens hälsa

I denna rapport använder vi begreppet livsmiljö vilket avser den kombination av miljöer vi lever och verkar i såsom hemmet, bostadens närområde, arbetsplatsen, skolan och samhället. I dessa livsmiljöer förekommer ett otal aspekter som antingen fungerar som skyddsfaktorer eller riskfaktorer, vilket sammantaget kan uttrycka sig som hälsa eller ohälsa i befolkningen. Exempel på skyddsfaktorer är grönområden, trygga hemförhållanden, bra kamrater, goda grannar och god arbetsmiljö. Riskfaktorer är arbetslöshet, mobbning i skolan eller på arbetsplatsen, våld, smittspridning, en förälder med drogproblem och separation från en partner. Andra aspekter som har betydelse för livsmiljön är utbud av och tillgång till livsmedel och byggd miljö som till exempel gång- och cykelbanor.

En god fysisk och psykosocial livsmiljö kan i bästa fall fungera som en stödjande miljö i arbetet med att främja fysisk aktivitet, goda matvanor och sexualitet och reproduktiv hälsa samt minska alkoholkonsumtion, tobaksbruk och narkotikabruk.

Förutsättningarna för hälsofrämjande livsmiljöer och levnadsvanor formas främst av regionala och lokala aktörer såsom länsstyrelser, landsting och regioner, kommuner samt ideella organisationer. När det gäller arbetsmiljön har arbetsgivarna en viktig roll i att forma hälsofrämjande arbetsmiljöer i dialog med arbetstagarnas företrädare.

Några aspekter på livsmiljö som påverkar befolkningens levnadsvanor kommer att redovisas i denna rapport.

Lägesbeskrivning för levnadsvanor som har betydelse för hälsan

Hur vanliga är levnadsvanorna i befolkningen?

Varannan kvinna och var tredje man uppger att de har hälsosamma levnadsvanor och bland kvinnor som har hälsosamma levnadsvanor är det 63 procent som har lång utbildning och 43 procent har kort utbildning. Motsvarande bland män är 48 procent respektive 28 procent. Samma förhållande ses bland yrkesgrupper. Bland kvinnor som har hälsosamma levnadsvanor är det 61 procent som är mellan- och högre tjänstemän och 43 procent som är arbetare. Motsvarande bland män är 43 procent respektive 28 procent (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

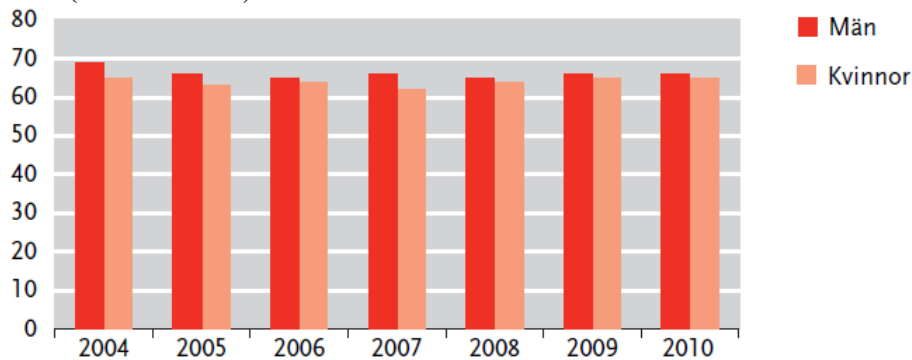
Data från år 2007–2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010e) indikerar att den vanligaste ohälsosamma levnadsvanan är att äta lite frukt och grönsaker. Minst vanligt är det att ha riskabla spelvanor och att ha använt cannabis det senaste året. Det visar ett sammanslaget resultat från de nationella folkhälsoenkäterna för perioden. Här nedan listas utöver ovan nämnda faktorer ett antal andra beteenden:

- 1. Har hälsosamma levnadsvanor:** 52 procent av kvinnorna och 35 procent av männen. Totalt 44 procent vilket motsvarar 3 188 728 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 2. Äter lite frukt och grönsaker:** 17 procent av kvinnorna och 34 procent av männen. Totalt 26 procent vilket motsvarar 1 828 266 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 3. Stillasittande på sin fritid:** 13 procent av kvinnorna och 15 procent av männen. Totalt 14 procent vilket motsvarar 980 360 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 4. Röker dagligen:** 13 procent av kvinnorna och 12 procent av männen. Totalt 13 procent vilket motsvarar 941 268 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 5. Riskabla alkoholvanor:** 10 procent av kvinnorna och 16 procent av männen. Totalt 13 procent vilket motsvarar 948 005 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 6. Snusar dagligen:** 4 procent av kvinnorna och 20 procent av männen. Totalt 12 procent vilket motsvarar 820 285 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 7. Riskabla spelvanor:** 2 procent av kvinnorna och 4 procent av männen. Totalt 3 procent vilket motsvarar 258 891 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.
- 8. Använt cannabis det senaste året:** 2 procent av kvinnorna och 3 procent av männen. Totalt 2 procent vilket motsvarar 140 681 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.

Fetma är en faktor som är relaterad till dåliga matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. 14 procent av kvinnorna och 14 procent av männen har angett att de har fetma. Totalt 14 procent vilket motsvarar 910 795 individer av befolkningen i åldern 16–84 år.

För vissa levnadsvanor skiljer sig mönstren mellan könen. Bland män är det vanligare att ha riskabla alkoholvanor, att äta lite frukt och grönsaker och att snusa dagligen. Det har inte skett någon förändring för de som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag (figur 1). Andelen personer som äter lite frukt och grönsaker har inte förändrats sedan 2004 (figur 2). Andelen personer med övervikt har varit ganska stabil sedan 2004. Den minskning som ses i figuren bland män med övervikt ligger inom felmarginalen, dvs. det är ingen signifikant skillnad, se figur 3. Däremot verkar fetma öka bland både kvinnor och män då andelen 2008 var 12 procent och 2010 är andelen 14 procent (se figur 4). Vidare visar resultatet att andelen dagligrökare har minskat sedan 2004, medan andelen dagligsnusare är oförändrad.

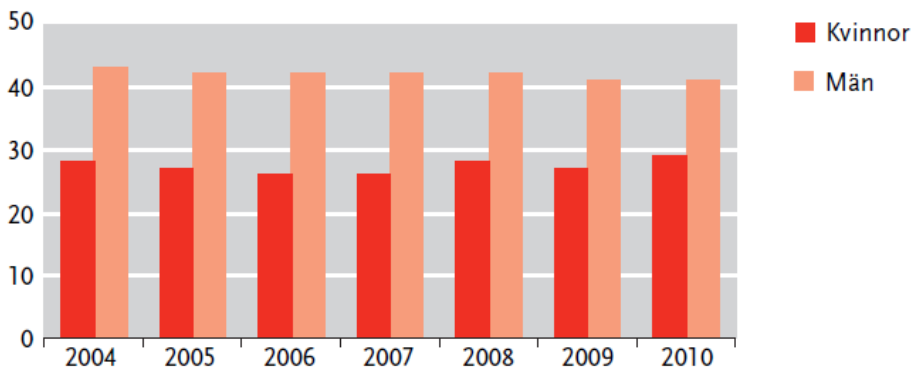
Figur 1. Andel (%) kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat.



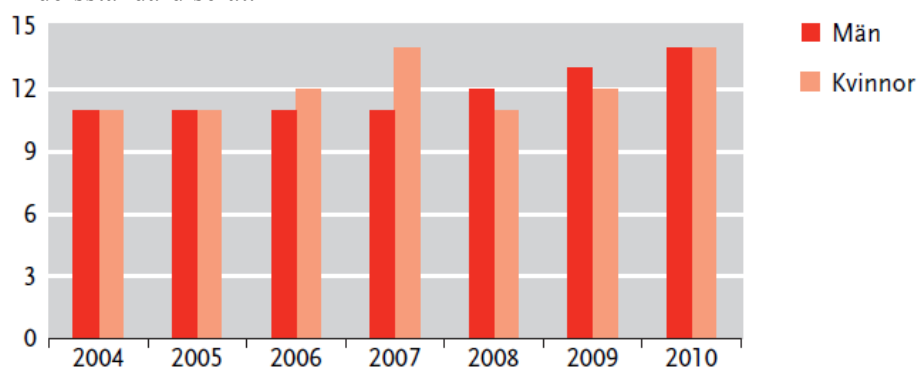
Figur 2. Andel (%) kvinnor och män som äter lite frukt och grönsaker, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat.



Figur 3. Andel (%) kvinnor och män med övervikt, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år). Åldersstandardiserat.



Figur 4. Andel (%) kvinnor och män med fetma, 16-84 år, 2004-2010 (2004 18-84 år).
Åldersstandardiserat.



Fysisk aktivitet

Data som redovisas i detta kapitel kommer uteslutande från självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

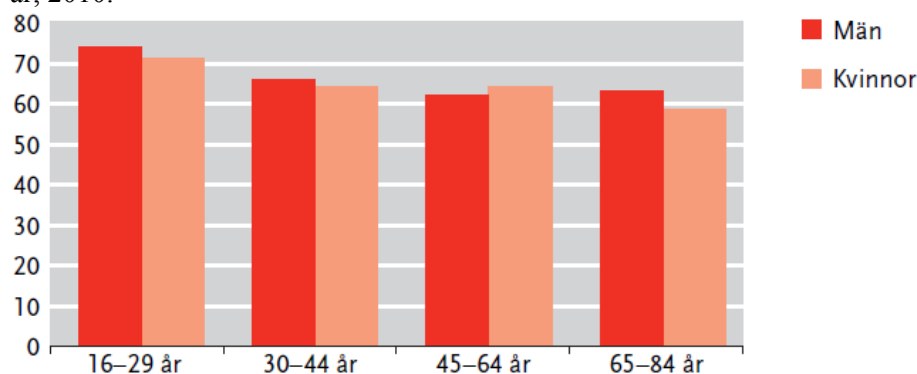
Fysisk aktivitet är en viktig friskfaktor som kan användas för att främja hälsa och behandla sjukdomar, och ett effektivt sätt att påverka befolkningens hälsa är att öka dess fysiska aktivitet. Exempel på sjukdomstillstånd som kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet är hjärt- och kärlsjukdomar, osteoporos, Parkinsons sjukdom, diabetes (Zanenco & Antunes, 2007), kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) (Donesky-Cuenco, Janson, Neuhaus, Neilands, & Carrieri-Kohlman, 2007), demens (Berchtold, 2008) och depression (Teychenne, Ball, & Salmon, 2008).

I samband med fysisk aktivitet uppmärksammas mer och mer otillräcklig fysisk aktivitet vilket i dag enligt Världshälsoorganisationen (World Health Organization [WHO], 2009a) är den fjärde största orsaken till kroniska sjukdomar och för tidig död i världen. Ny forskning visar också att stillasittande ska betraktas som en oberoende riskfaktor som bör beaktas vid rekommendation av fysisk aktivitet (Dunstan et al., 2010; Healy, 2008). Om det här får stöd i andra studier måste vi börja ta hänsyn till två skilda beteenden: dels regelbunden fysisk aktivitet som en friskfaktor, dels stillasittande som en riskfaktor. När fysisk aktivitet rekommenderas betyder det att man även bör poängtera vikten av att minska stillasittandet (Ekblom-Bak, Ekblom, & Hellénus, 2010).

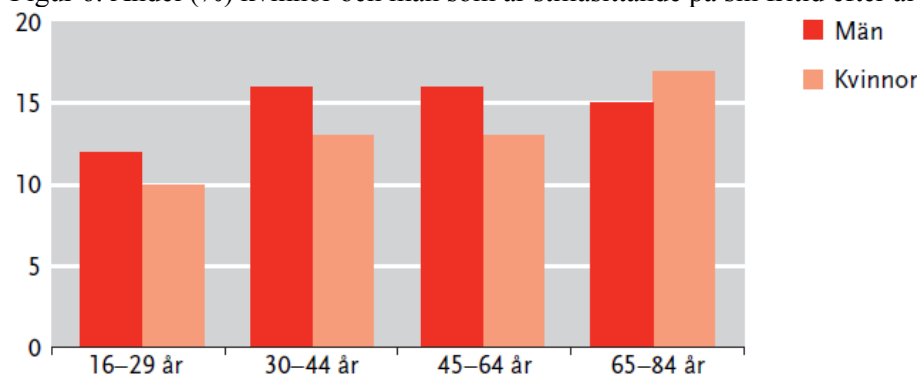
Fysisk aktivitet och stillasittande fritid

Den totala andelen personer som kan tolkas vara fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag har inte ändrats sedan 2004 och är i dag 65 procent. Det innebär att en tredjedel av befolkningen inte kommer upp i den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet per dag. Det finns ingen skillnad mellan kvinnor och män. Den åldersgrupp där flest är fysiskt aktiva är kvinnor och män 16–29 år, men det är kvinnor och män i åldern 65–84 år som rör sig minst, se figur 5. När det gäller stillasittande fritid (stillasittande fritid räknas som mindre än två timmars fysisk aktivitet per vecka) i befolkningen är det ingen förändring sedan 2004 och andelen är i dag 14 procent och det är kvinnor i åldern 65-84 år som är mest stillasittande på sin fritid (figur 6).

Figur 5. Andel (%) kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag efter ålder, 16-84 år, 2010.



Figur 6. Andel (%) kvinnor och män som är stillasittande på sin fritid efter ålder, 16-84 år, 2010.



Socioekonomiska skillnader

Det finns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper när det gäller andelen fysiskt aktiva och andelen personer med en stillasittande fritid. Generellt sett är personer som yrkesarbetar, som har en lång utbildning och som har en god ekonomi mest fysiskt aktiva. Inom dessa grupper är också andelen med en stillasittande fritid lägre jämfört med grupperna arbetslösa, personer med kort utbildning och arbetare. 2009 var det vanligast bland kvinnor med lång utbildning att vara fysiskt aktiv men 2010 är det vanligast bland dem med mellanlång utbildning. Det är ingen skillnad mellan kvinnor med kort utbildning och kvinnor med lång utbildning. 2009 var det skillnad mellan alla utbildningslängder bland män där de med lång utbildning i störst utsträckning var fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag och de med kort utbildning i minst utsträckning. Men 2010 är det ingen skillnad i fysisk aktivitet mellan män som har mellanlång utbildning och män som har lång utbildning. Andra intressanta uppgifter är att:

- 17 procent kvinnor med låg inkomst har en stillasittande fritid jämfört med 9 procent bland dem med hög inkomst.
- 22 procent män med låg inkomst har en stillasittande fritid jämfört med 11 procent bland dem med hög inkomst.

Grupper att uppmärksamma

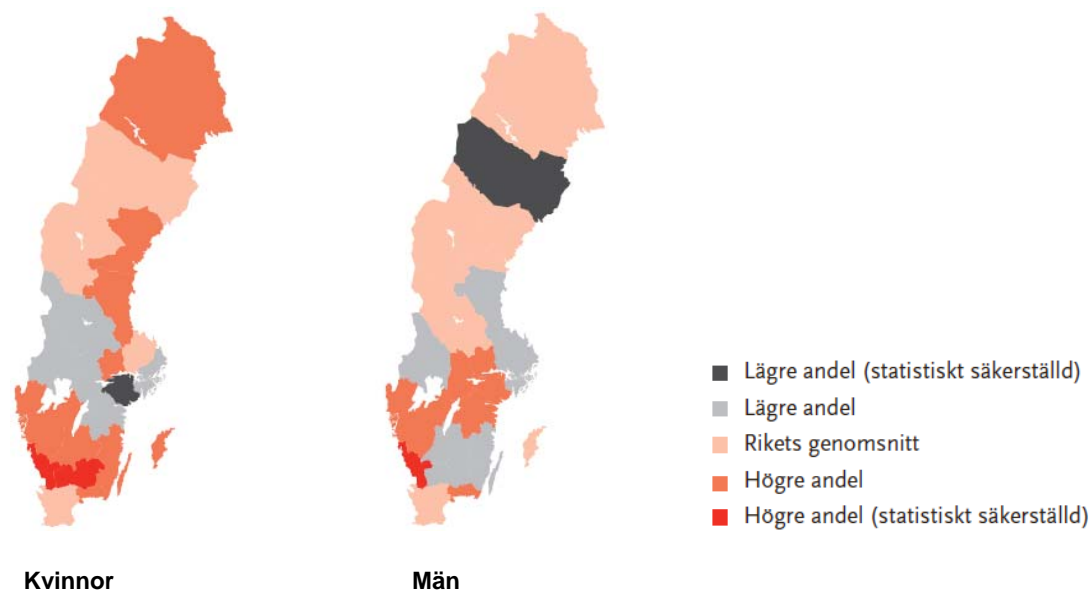
Generellt sett rapporterar arbetslösa, de med sjukersättning och de med dålig ekonomi att de rör sig mindre än andra grupper. Men även de som är födda utanför Europa rör sig mindre i jämförelse med svenskfödda. Andra intressanta uppgifter är att:

- 30 procent kvinnor och män födda utanför Europa är stillasittande jämfört med 12 procent bland svenskfödda kvinnor och män.
- 17 procent kvinnor i åldern 65–84 år har en stillasittande fritid och är den åldersgrupp bland kvinnor som har högst andel stillasittande.

Geografiska skillnader

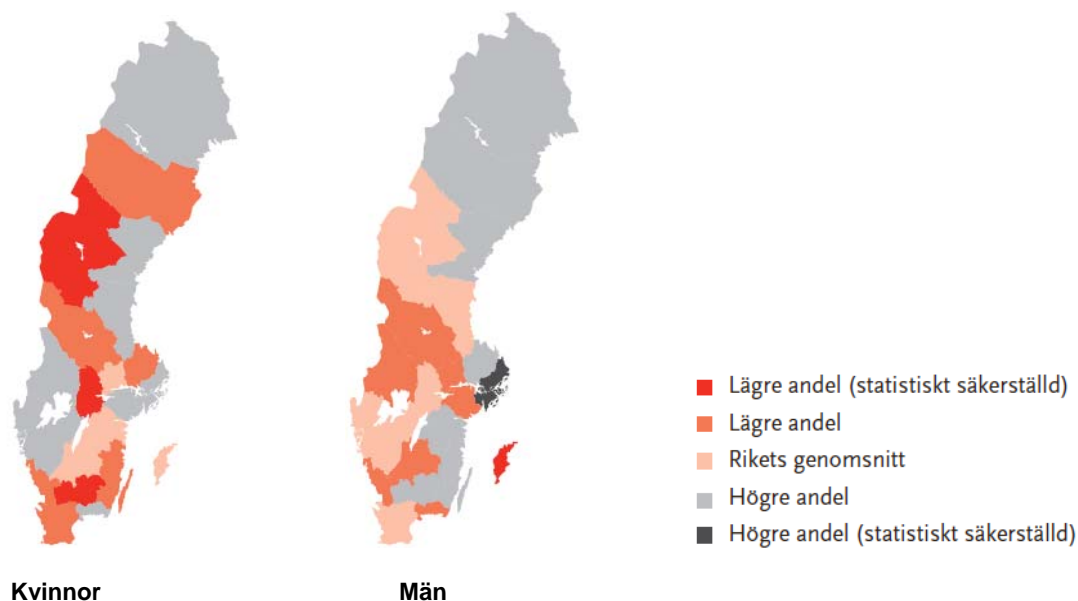
Fördelningen av personer i åldern 16–84 år som är fysiskt aktiva skiljer sig inte nämnvärt mellan olika regioner. Ett undantag är att kvinnor i Kronoberg och kvinnor och män i Halland är mer fysiskt aktiva än i övriga landet. Kvinnor i Södermanland och män i Västerbotten rör sig mindre än riksgenomsnittet, se figur 7.

Figur 7. Andel kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Stillasittande fritid är vanligare bland män i Stockholm än i andra delar av landet. Kvinnor i Kronoberg, Örebro och Jämtland är mindre stillasittande än riksgenomsnittet. Detsamma gäller män på Gotland (figur 8).

Figur 8. Andel kvinnor och män som har en stillasittande fritid efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Många vill bli mer fysiskt aktiva

Frågor om viljan att förändra sina levnadsvanor kan ge en indikation på hur förändringsbenägenheten ser ut i befolkningen. Här redovisas andelen som vill öka sin fysiska aktivitet och andelen som vill men som behöver stöd för att göra det. Bland de kvinnor och män som inte uppnår målet om minst 30 minuter fysisk aktivitet per dag är det 84 procent som vill öka sin fysiska aktivitet och 27 procent som vill men som behöver stöd för att göra det. Motsvarande bland dem som har en stillasittande fritid och vill öka sin fysiska aktivitet är 82 procent och de som anser sig behöva stöd för att göra det är 38 procent.

Livsmiljö och fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har betydelse för hälsan och ett av sätten att främja det i befolkningen är att det finns attraktiva och tillgängliga grönområden i närheten av människors bostäder. Det är framför allt viktigt för dem som bor i städer och tätorter. Det här är en livsmiljöaspekt som kan vara avgörande för att stimulera stillasittande människor att komma ut och röra på sig. Grönområden har en främjande effekt på befolkningens hälsa och uppmuntrar till hälsosamma aktiviteter som fysisk aktivitet (Mitchell & Popham, 2008). Närheten till parker och grönområden främjar promenader och annan form av fysisk aktivitet. Är avståndet längre än 1 kilometer till ett grönområde sjunker sannolikheten att människor använder området regelbundet (Faskunger, 2007).

Det finns många anledningar till att människor inte är tillräckligt fysiskt aktiva och en del av anledningarna kan handla om livsmiljön. Närområdet kring bostaden kan vara mindre attraktivt eller människor kan vara utsatta för våld eller hot om våld och det kan göra att de känner otrygghet. Analyser av data från den nationella folkhälsoenkäten visar att en större andel personer med stillasittande fritid är otrygga jämfört med dem som är fysiskt aktiva 30 minuter per dag. Det här ligger i linje med den forskning som säger att en av de viktigaste faktorerna som påverkar fysisk aktivitet bland många grupper är trygghet och säkerhet i bostadsområdet (Craig et al., 2002; Troped, Saunders, Pate, Reininger, & Addy, 2003).

Matvanor

Data som redovisas i detta kapitel kommer uteslutande från självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010c). För att få ett tillräckligt stort statistiskt material vid redovisningen av geografiska skillnader har vi slagit samman år 2007–2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010e). Orsaken till att vi även redovisar övervikt och fetma trots att de inte ingår i gruppen levnadsvanor är att de ofta beror på en kombination av levnadsvanorna fysisk aktivitet och matvanor.

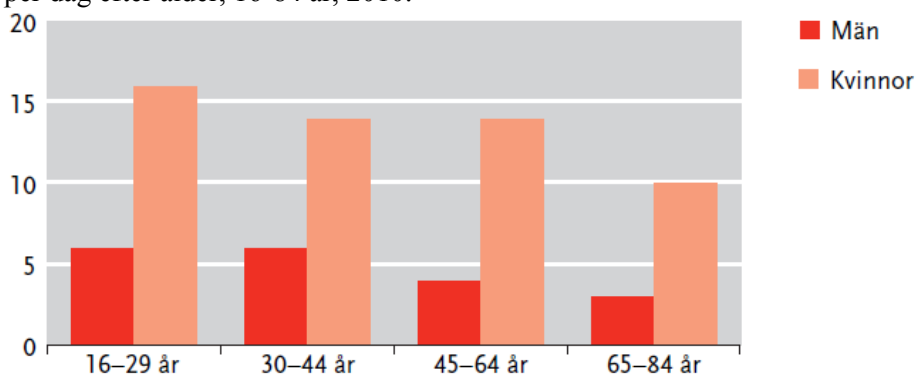
Goda matvanor är en förutsättning för en god hälsa och betydelsefullt för välbefinnandet i befolkningen. Goda matvanor kan kännetecknas av ett varierat och högt intag av frukt, grönsaker, fisk och skaldjur och fiberrika livsmedel, och en låg konsumtion av energitäta och näringsfattiga livsmedel (Livsmedelsverket, 2003). Goda matvanor kan göra följande:

- förebygga övervikt och fetma
- minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes
- förebygga tjocktarmscancer och andra typer av cancer
- minska risken för högt blodtryck och högt kolesterolvärde. (Mente, de Koning, Shannon, & Anand, 2009).

Ett sätt att få en indikation om befolkningens matvanor är att se hur många som äter lite frukt och grönsaker. Med ”lite” menas att äta frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mindre. Goda matvanor mäts i den nationella folkhälsoenkäten som befolkningens konsumtion av frukt och grönsaker. Den nationellt rekommenderade nivån för vuxna och barn över 10 år är cirka 500 gram. Vanligtvis beräknas ett konsumtionstillfälle motsvara cirka 100 gram frukt eller grönsaker, varför befolkningen rekommenderas att äta frukt och grönsaker minst fem gånger per dag (Livsmedelsverket, 2010).

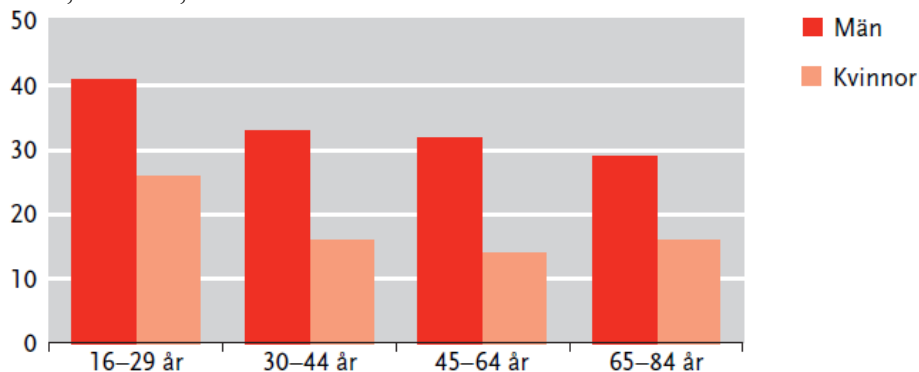
Resultatet från 2010 visar att den självskattade konsumtionsnivån inte har förändrats sedan 2005. 9 procent av befolkningen säger sig äta frukt och grönsaker fem gånger per dag eller oftare. Dubbelt så många kvinnor säger sig äta frukt och grönsaker enligt rekommendationen jämfört med männen, 14 respektive 5 procent. Kvinnor i åldersgruppen 16-29 år konsumerar mest frukt och grönsaker enligt rekommendationen och den grupp som konsumerar minst bland kvinnor är åldersgruppen 65-84 år. Bland män är det ingen skillnad mellan åldersgrupperna (figur 9).

Figur 9. Andel (%) kvinnor och män som säger sig äta frukt och grönsaker fem gånger per dag efter ålder, 16-84 år, 2010.



En fjärdedel av befolkningen säger sig äta lite frukt och grönsaker. Bland kvinnor är det 17 procent och bland män är det 34 procent. I åldersgruppen 16–29 år bedöms det vara vanligast att äta lite frukt och grönsaker; där är andelen bland kvinnor 26 procent och bland män 41 procent (figur 10). Det är ingen skillnad jämfört med föregående år.

Figur 10. Andel (%) kvinnor och män som säger sig äta lite frukt och grönsaker efter ålder, 16-84 år, 2010.



Socioekonomiska skillnader

Befolkningens matvanor skiljer sig åt när vi jämför utifrån faktorer som ekonomi, utbildning och yrkesgrupp. Till exempel äter kvinnor med hög inkomst och lång utbildning i större utsträckning frukt och grönsaker enligt rekommendationerna. 2009 gällde detta också kvinnor som var tjänstemän på mellannivå eller högre nivå. 2010 ser vi dock att kvinnliga arbetare och tjänstemän på mellannivå eller högre nivå i lika stor utsträckning äter frukt och grönt enligt rekommendationerna. Bland kvinnor som saknar kontantmarginal, har varit i ekonomisk kris eller har låg inkomst är frukt- och grönsakskonsumtionen låg jämfört med dem som har en bättre ekonomisk situation.

Bland män som säger sig äta den rekommenderade mängden frukt och grönsaker finns ingen skillnad oavsett utbildningslängd, yrkesgrupp, ekonomisk situation eller om de är arbetslösa eller har sjukersättning. När det gäller män som anser sig äta lite frukt och grönsaker ser det annorlunda ut. Det är en högre andel män som är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låg inkomst som äter lite frukt och grönsaker jämfört med dem som har en bättre ekonomisk situation. Andra intressanta uppgifter är att:

- 17 procent av kvinnorna med hög inkomst anses äta frukt och grönsaker fem gånger per dag jämfört med 12 procent av kvinnorna med låg inkomst.
- 12 procent av kvinnorna med hög inkomst anses äta lite frukt och grönsaker jämfört med 23 procent av kvinnorna med låg inkomst.
- 26 procent av männen med hög inkomst anses äta lite frukt och grönsaker jämfört med 44 procent bland männen med låg inkomst.

Grupper att uppmärksamma

Resultatet från den nationella folkhälsoenkäten visar att många grupper behöver äta mer frukt och grönsaker. Män äter lite frukt och grönsaker och så har det varit sedan 2004. Som vi har nämnt tidigare i detta kapitel är det kvinnor i åldern 65–84 år som äter frukt och grönsaker enligt de nationella rekommendationerna i minst utsträckning bland kvinnor. Så har det varit

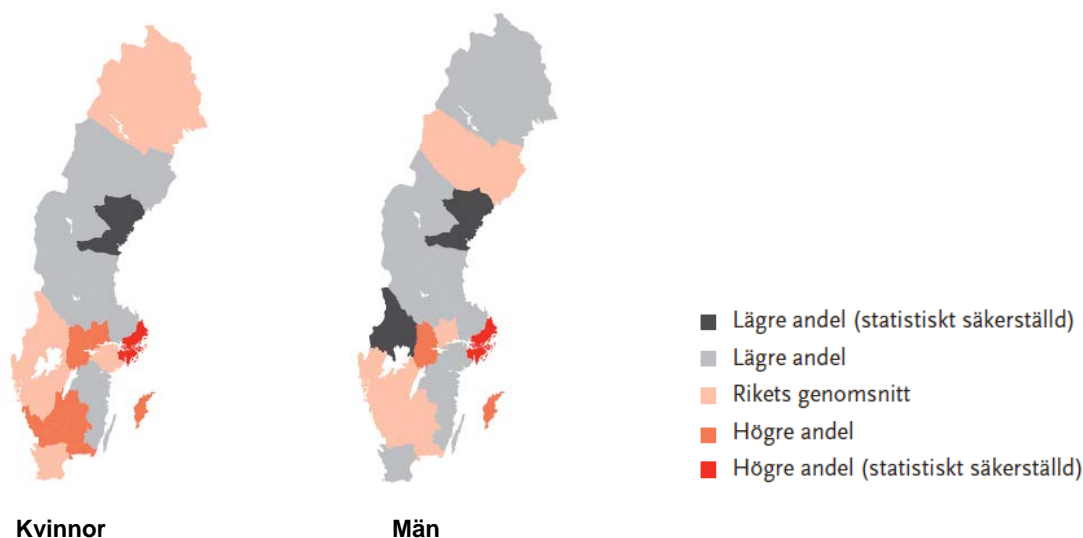
sedan 2006. 16–29-åringar är den åldersgrupp där det är vanligast att äta lite frukt och grönsaker och samma förhållande kan ses tillbaka till 2008. Det finns ingen skillnad i andelen som äter frukt och grönsaker fem gånger per dag mellan kvinnor från olika födelseländer. Bland män är det skillnad mellan män födda i Sverige och män födda i övriga Europa, där det är en lägre andel bland svenskfödda, 4 procent, jämfört med män födda i övriga Europa, som har en andel på 9 procent. Andra intressanta uppgifter är att:

- 35 procent av männen födda i Sverige äter lite frukt och grönsaker och 22 procent bland männen födda i övriga Europa.
- 8 procent arbetslösa kvinnor och kvinnor med sjukersättning äter frukt och grönsaker fem gånger per dag, att jämföra med de yrkesarbetande kvinnornas 15 procent.
- 45 procent arbetslösa män äter lite frukt och grönsaker och andelen bland män som yrkesarbetar är 34 procent.

Geografiska skillnader

Det har skett små regionala förändringar sedan perioden 2006–2009 när det gäller befolkningens matvanor. 2007–2010 är det vanligare att kvinnor och män i Stockholm äter frukt och grönsaker minst fem gånger per dag jämfört med hela riket. Lägre konsumtion än riksgenomsnittet har kvinnor och män i Västernorrland samt män i Värmland, se figur 11.

Figur 11. Andel kvinnor och män som säger sig äta frukt och grönsaker minst fem gånger per dag efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Många vill äta mer frukt och grönsaker

Analyser av den nya frågan visar att det finns en vilja eller önskan om att öka sitt intag av frukt och grönsaker bland dem som inte når den rekommenderade konsumtionen. Bland dessa är det 63 procent kvinnor och 57 procent män som vill öka sin konsumtion och 6 procent kvinnor och män som anser sig behöva stöd för att göra det. 72 procent kvinnor som har sjukersättning vill öka sin konsumtion och 24 procent vill ha stöd för att göra det. 74 procent kvinnor i åldersgruppen 16–29 år vill öka sin konsumtion. Av dem i befolkningen som äter lite frukt och grönsaker är det 73 procent av kvinnorna och 65 procent av männen som vill äta

mer frukt och grönsaker. 11 procent av dem anser sig behöva stöd för att kunna öka sin konsumtion.

Livsmiljö och matvanor

Många faktorer påverkar när en person väljer mat, exempelvis kultur och vanor, tillgänglighet till och utbud av olika sorters livsmedel, marknadsföring, matpriser och inkomst. Även sociokulturella faktorer som socialt stöd i familjen och acceptans i samhället för en viss typ av matvanor är viktiga för att förstå hur matvanorna utvecklas (Brug, 2008; Brug, Kremers, van Lenthe, Ball, & Crawford, 2008).

Människor som har en livsmiljö med en utsatt ekonomisk eller social situation kan ha svårare att göra hälsosamma matval. Insatser som syftar till att förbättra matvanorna i socialt och ekonomiskt utsatta grupper har därför potential att minska skillnaderna i hälsa (WHO, 2009b).

Flera studier visar att valet av mat påverkas av tillgången till hälsosamma och prisvärda livsmedel (Carlijn et al., 2006; Glanz & Hoelscher, 2004; Kamphuis et al., 2006). Det är avgörande att det finns ett fullvärdigt utbud av livsmedel i närheten av bostaden. Det är även betydelsefullt med tillgänglighet till god och hälsosam mat under arbetstid eller i anslutning till arbetsplatsen. I takt med att fler måltider äts utanför hemmet blir maten i det offentliga rummet också av allt större vikt. Det handlar bland annat om matutbudet på flygplatser, perronger, bensinstationer, restauranger och caféer.

Ur folkhälsosynpunkt handlar det också om tillgängligheten till mindre hälsosamma livsmedel, exempelvis godis, läsk och bakverk. Att begränsa tillgången till dessa livsmedel kan också vara ett sätt att främja goda matvanor och minska övervikt och fetma i befolkningen. Tillgängligheten till livsmedel ser olika ut och förutsättningarna för att äta hälsosamt varierar, vilket leder till skillnader i hälsa bland grupper i befolkningen. Det är viktigt att de livsmedel som befolkningen förväntas äta mer av finns inom ett rimligt avstånd, till ett bra pris och i ett varierat utbud, annars kommer inte hälsoinsatser få önskad effekt (von Haartman, 2006).

Förutom en bra tillgänglighet och ett bra utbud, kan tydlig information och märkning av livsmedel och måltider underlätta hälsosamma och medvetna val för konsumenten. Ett exempel är föreningen Nyckelhålet som certifierar restauranger som serverar måltider enligt vissa kvalitetsregler. De utbildar personalen och genomgår regelbunden kvalitetskontroll. För närvarande finns cirka 400 certifierade restauranger (Nyckelhålet på restaurang, 2010).

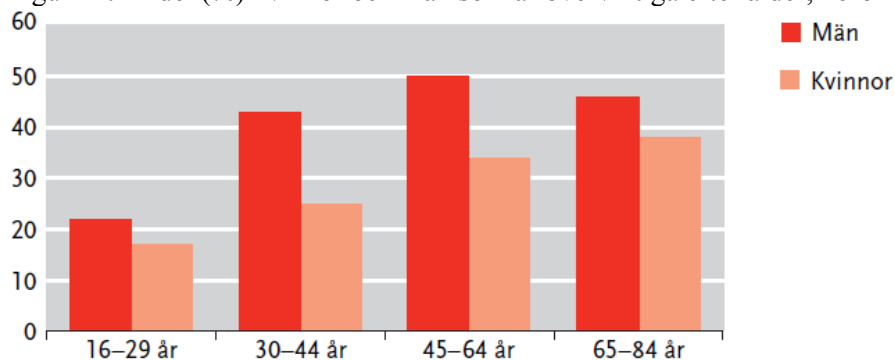
Övervikt och fetma

World Health Organization (2003) definierar övervikt som $BMI \geq 25 - < 30$ och fetma som $BMI \geq 30$. För att räkna ut en vuxen persons BMI dividerar man vikten i kilo med längden i meter upphöjt till två. För barn gäller särskilda gränser som beaktar ålder och kön. Övervikt och fetma utvecklas genom en kombination av levnadsvanor, samhällsfaktorer och arv. Den totala energiförbrukningen i förhållande till en persons matvanor och fysiska aktivitet är en central faktor vid övervikt och fetma. Det finns ett samband mellan övervikt och flera cancerformer, till exempel postmenopausal bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer (AICR, 2007). Dessutom har övervikt samband med flera andra tillstånd, som ökad risk för högt blodtryck, typ 2-diabetes och förhöjda blodfetter (WHO, 2003).

Befolkningens genomsnittliga vikt har varit relativt oförändrad mellan 2004 och 2008. Andelen personer med fetma var 12 procent 2008 men har ökat till 14 procent 2010 och ökningen gäller både kvinnor och män. Frågan är om befolkningens genomsnittliga vikt är på väg upp igen? Vidare är de sociala skillnaderna utifrån framför allt utbildning och ekonomi oförändrade när det gäller goda matvanor, övervikt och fetma.

Resultaten från den nationella folkhälsoenkäten 2010 visar att nästan var tredje kvinna i befolkningen är överviktig (BMI 25–29), och nästan varannan man. Denna nivå är för kvinnorna oförändrad sedan 2008 och för männen oförändrad sedan 2004. Andelen kvinnor och män som blir överviktiga ökar med åldern upp till 44 år, men för de två äldsta åldergrupperna 45–64 år och 65–84 år har ökningen avstannat, se figur 12. Denna utveckling med åldern gäller också fetma (BMI ≥ 30). Minst vanlig är fetma i åldersgruppen 16–29 år, där både andelen kvinnor och män är 7 procent.

Figur 12. Andel (%) kvinnor och män som är överviktiga efter ålder, 16-84 år, 2010.



Socioekonomiska skillnader

De socioekonomiska faktorerna ekonomi, utbildning och yrkesgrupp visar tydliga skillnader bland kvinnor och män med fetma. Tydligast är skillnaden mellan dem som har och dem som inte har god ekonomi. Andelen kvinnor och män med fetma är högre bland dem som upplevt ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låg inkomst än bland kvinnor och män med god ekonomi. Inga förändringar har skett sedan 2009. Socioekonomiska skillnader är inte lika uttalade bland överviktiga personer. Andra intressanta uppgifter är att:

- 19 procent kvinnor med låg inkomst har fetma jämfört med 8 procent bland dem med hög inkomst.

- 22 procent kvinnor som saknar kontantmarginal har fetma jämfört med 11 procent bland dem som inte saknar det.
- 18 procent män som saknar kontantmarginal har fetma jämfört med 13 procent bland dem som inte saknar det.

När vi ser på yrkesgrupper är andelen kvinnor med övervikt högre bland arbetare än bland mellan- och högre tjänstemän. Det är ingen förändring i dessa grupper sedan 2009. Bland män finns ingen skillnad i övervikt mellan yrkesgrupperna och det är heller ingen nämnvärd förändring sedan 2009.

Mönstret för personer med fetma är lite annorlunda jämfört med mönstret för överviktiga när det gäller yrkesgrupper. Det finns ingen skillnad mellan kvinnor med fetma som är lägre tjänstemän eller mellan- och högre tjänstemän. Andelen kvinnor med fetma som är arbetare är 18 procent. Det är ingen förändring från förra året. Bland män är andelen tjänstemän på mellannivå och högre nivå med fetma 10 procent och för arbetare är andelen 16 procent. Det är ingen förändring jämfört med 2009.

Grupper att uppmärksamma

När det gäller övervikt och fetma finns det grupper som bör uppmärksammas och det är de som har sjukersättning, är arbetslösa eller är 45–64 år och 65–84 år. Bland kvinnor är det ingen skillnad i övervikt bland dem som har sjukersättning, är arbetslösa eller är yrkesarbetare. Det var inte heller någon skillnad mellan dessa grupper 2009. Bland män är det vanligare att yrkesarbetare är överviktiga än att de som har sjukersättning är det. Det var likadant 2009. Andra intressanta uppgifter är att:

- 42 procent av de yrkesarbetande männen är överviktiga jämfört med 33 procent bland de som har sjukersättning.
- 24 procent kvinnor med sjukersättning har fetma jämfört med 11 procent bland dem som yrkesarbetar.

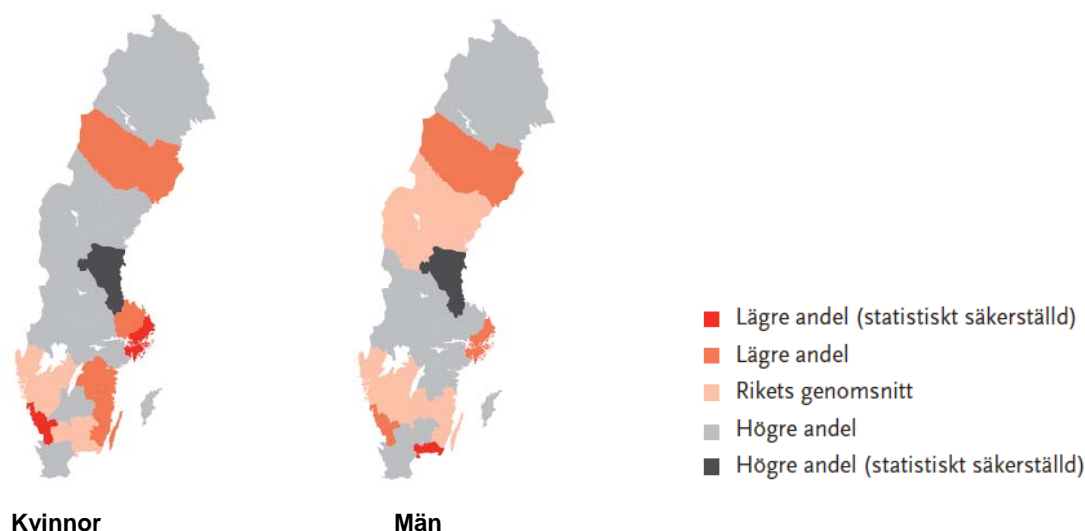
Fetma är vanligare bland kvinnor som har sjukersättning än bland dem som är yrkesarbetare. Det är ingen förändring sedan 2009. Fetma är vanligare bland män som är arbetslösa än bland dem som är yrkesarbetare, 19 procent respektive 12 procent. Förra året var det 38 procent män med sjukersättning som hade fetma jämfört med andelen arbetslösa och yrkesarbetare med fetma som var 15 procent.

Vikten i befolkningen ökar med åldern och efter 44-årsåldern avtar ökningen. 34 procent av kvinnorna i åldersgruppen 45–84 år är överviktiga. Motsvarande bland männen är 46 procent. Andelen kvinnor med fetma i samma åldersgrupp är 17 procent och männen ligger på samma nivå. Det är ingen förändring från 2009.

Geografiska skillnader

Det är bland kvinnor i Stockholm och Halland samt män i Blekinge som vi finner de lägsta andelarna av personer med fetma. De ligger lägre än genomsnittet för landet som 2007–2010 var 13 procent. Högre andelar med fetma finner vi bland kvinnor och män i Gävleborg, se figur 13 (Statens folkhälsoinstitut, 2010e).

Figur 13. Andel kvinnor och män med fetma efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Spel om pengar

I detta kapitel beskrivs i huvudsak resultatet om riskabla spelvanor från den nationella folkhälsoenkäten 2010 och SWELOGS datainsamling från 2008/09 (Statens folkhälsoinstitut, 2010c, 2010g). Där inga andra referenser anges hänvisar vi till dessa källor.

Under hösten 2010 publiceras rapporten från Statens folkhälsoinstituts nya befolkningsstudie om spel och hälsa, ”Swedish Longitudinal Gambling Study” (SWELOGS). Där presenteras mer ingående resultat om spelande och spelproblem i olika grupper, hur spelandet på specifika spelformer ser ut och vad det finns för samband mellan spelproblem och hälsa, ekonomi och sociala faktorer. I år har även ”Folkhälsopolitisk rapport” (2010a) publicerats, där bestämningsfaktorn överdrivet spelande beskrivs och Folkhälsoinstitutets syn på det förebyggande arbetet i spelfrågan presenteras mer ingående. I Folkhälsopolitisk rapport mäts överdrivet spelande med hjälp av indikatorerna minderårigt spelande, riskabla spelvanor och spelproblem¹. Konsumtionen av spel är relevant för diskussionen om överdrivet spelande och därför redovisas även spelandet i korthet.

Det är bland annat social skyddshänsyn som gör att spelmarknaden i Sverige är reglerad, liksom den är i de flesta länder i världen. Spel om pengar är även undantaget från andra tjänster i EU:s tjänstedirektiv. Den reglerade spelmarknaden i Sverige har i dag ett av världens mest allsidiga utbud av spelformer. Samtidigt växer den oreglerade spelmarknaden, som främst består av utlandsbaserade Internetspel utan tillstånd i Sverige. Dessutom finns en illegal spelmarknad bestående av automatspel, lägstabud-auktioner och pokerklubbar (Lotteriinspektionen, 2010).

¹ Spelproblem definieras med hjälp av mätinstrumentet Problem Gambling Severity Index (PGSI) och avser i detta sammanhang de personer som får 3 poäng eller fler på ett index med maximalt 24 poäng.

Det finns flera sätt att mäta spelproblem. *Riskabla spelvanor* är ett enklare instrument med tre frågor som används i den nationella folkhälsoenkäten för att se om personen som besvarar enkäten har riskabla spelvanor. Fortsättningsvis använder vi uttrycket riskabla spelvanor när det rör sig om resultat från den nationella folkhälsoenkäten. I övrigt använder vi huvudsakligen termen *spelproblem*.

Personer med riskabla spelvanor har sedan 2005 legat stabilt på cirka 4 procent. År 2010 ligger procentsatsen på 3 procent men skillnaden ligger inom den statistiska felmarginalen. Den nya befolkningsstudien om spel och hälsa stämmer i stort sett överens med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten. SWELOGS visar att andelen personer med spelproblem i befolkningen låg på cirka 2 procent år 2009 vilket är samma omfattning som 1997/98. Båda studierna visar att spelproblem och riskabla spelvanor är ojämnt fördelade i befolkningen – de har ökat markant i vissa grupper men minskat i andra.

Anhöriga till personer med spelproblem är viktiga att nämna i sammanhanget då de också drabbas av ekonomiska, sociala och hälsorelaterade problem (Desai, Desai, & Potenza, 2007; Nordell, 2005). SWELOGS beräknar att drygt 250 000 personer lever tillsammans med problemspelare. Av dessa personer är 75 000 barn.

Generellt om spelande

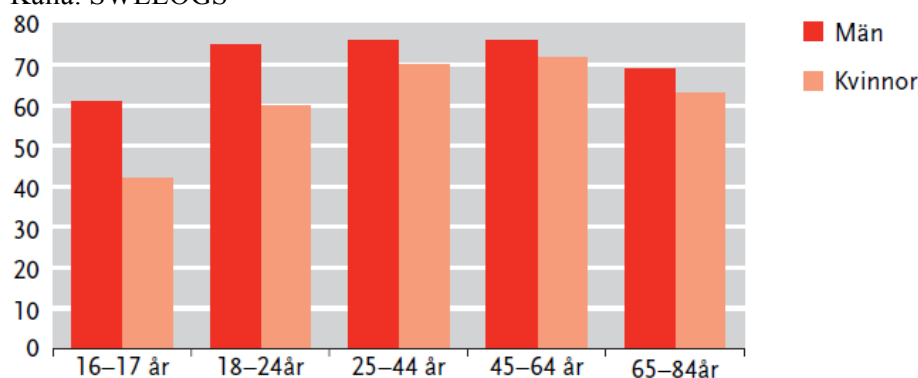
Antalet personer som spelar om pengar har minskat kraftigt. Detta ser vi både i SWELOGS (1997/98–2008/09) och i den nationella folkhälsoenkäten (2004–2010). Ändå har omsättningen på spelmarknaden ökat årligen sedan 1997 (Lotteriinspektionen, 2010). De som spelar i dag spelar därmed generellt för mer pengar än tidigare, och löper en större risk att utveckla problem med spelandet eftersom spelproblemen ligger kvar på samma nivå som innan. Det tycks framför allt vara poker, spelautomater, Internetspel och bingo som är problematiska. Samtal till Stödlinjen visar att spelare och anhöriga till stor del rapporterar problem med spelautomater och Internetspel (Statens folkhälsoinstitut, 2010h) vilket överensstämmer med resultaten i SWELOGS.

Båda undersökningarna visar att män spelar något mer än kvinnor. Enligt nationella folkhälsoenkäten hade 61 procent av kvinnorna och 66 procent av männen spelat det senaste året. Motsvarande siffror i SWELOGS är 67 procent respektive 74 procent. Skillnaden i resultat kan bero på att man i den nationella folkhälsoenkäten endast ställer en generell fråga om man spelat spel om pengar det senaste året, medan man i SWELOGS frågar om alla spelformer (9 stycken). Män spelar också för större summor, på fler spelformer och mer regelbundet än kvinnor.

Enligt SWELOGS har 72 procent kvinnor och 76 procent män i åldersgruppen 45–64 år har spelat det senaste året. Det gör åldersgruppen till den med högst andel. Det är 16–17-åringarna som avstår från spelande i högre grad, se figur 14. Trots att personer 16–24 år spelar mindre än andra grupper, är riskabla spelvanor lika frekventa i denna grupp som i de andra grupperna. I SWELOGS har gruppen ungdomar 16–17 år mer spelproblem trots att de spelar i mindre utsträckning än äldre.

Figur 14. Andel (%) kvinnor och män som spelat senaste året efter ålder, 16-84 år, 2010.

Källa: SWELOGS



Personer med lång utbildning spelar mindre än personer med kort och mellanlång utbildning. Detta visar resultatet i både den nationella folkhälsoenkäten och SWELOGS. Arbetare och lägre tjänstemän spelar mer än högre tjänstemän och övriga i den nationella folkhälsoenkäten. Socioekonomisk status som i SWELOGS definieras i tre nivåer – låg, medelhög och hög status – utifrån typ av yrke och inkomst, visar inte någon nämnvärd skillnad vad gäller spelande. Totalt är spelandet samt spelandet på lotterier i stort sett lika i alla kategorier. För övriga spelformer är det de med medelhög status som spelar mest förutom när det gäller direktsända TV-tävlingar och bingo där de med lägst socioekonomisk status spelar mest. Gruppen med högst socioekonomisk status spelar minst på poker, spelautomater, direktsända TV-tävlingar och bingo.

Var man är född spelar roll för både hur spelandet ser ut, svenskar spelar generellt mer än personer som är födda utanför Sverige. Personer födda utanför Norden spelar mindre än de som är födda i Norden (34 procent av personerna födda utanför Europa hade spelat det senaste året. Det kan jämföras med 62 procent av dem som var födda i Norden utanför Sverige och 67 procent av dem som var födda i Sverige). Enligt SWELOGS hade 45 procent av dem som var födda utanför Europa spelat det senaste året jämfört med 56 procent av dem födda i Norden och 74 procent av dem som var födda i Sverige. De som hade spelat minst, sett till spelande det senaste året, är kvinnor som inte är födda i Sverige.

Skillnader utifrån ålder och kön

Spelproblemen har ökat bland unga män i åldern 18-24 år, från 5 procent 1997/98 till 9 procent 2008/09. Resultaten pekar även på att andelen unga män med allvarliga spelproblem har ökat. I den nationella folkhälsoenkäten 2010 finns inte någon skillnad i riskabla spelvanor mellan den yngsta åldersgruppen (16-29 år) och de två äldre grupperna, vare sig för kvinnor, män eller totalt. Ett skäl kan vara att den yngsta åldersgruppen är bred, 16-29 år, i jämförelse med SWELOGS där man både analyserat gruppen 16-17 år (minderårigt spelande) och 18-24 år. Resultaten från den nationella folkhälsoenkäten visar att andelen med riskabla spelvanor är högre bland personer i åldern 65-84 år än bland personer i åldern 30-44 år.

Vidare är både riskabla spelvanor och spelproblem betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. 1,3 procent av kvinnorna och 3,2 procent av männen uppvisade spelproblem i SWELOGS och i den nationella folkhälsoenkäten hade 2 procent av kvinnorna respektive 4 procent av männen riskabla spelvanor. Samtalen till Stödlinjen för spelare och anhöriga till spelare rör i 90 procent av fallen män som spelar (Statens folkhälsoinstitut, 2010h).

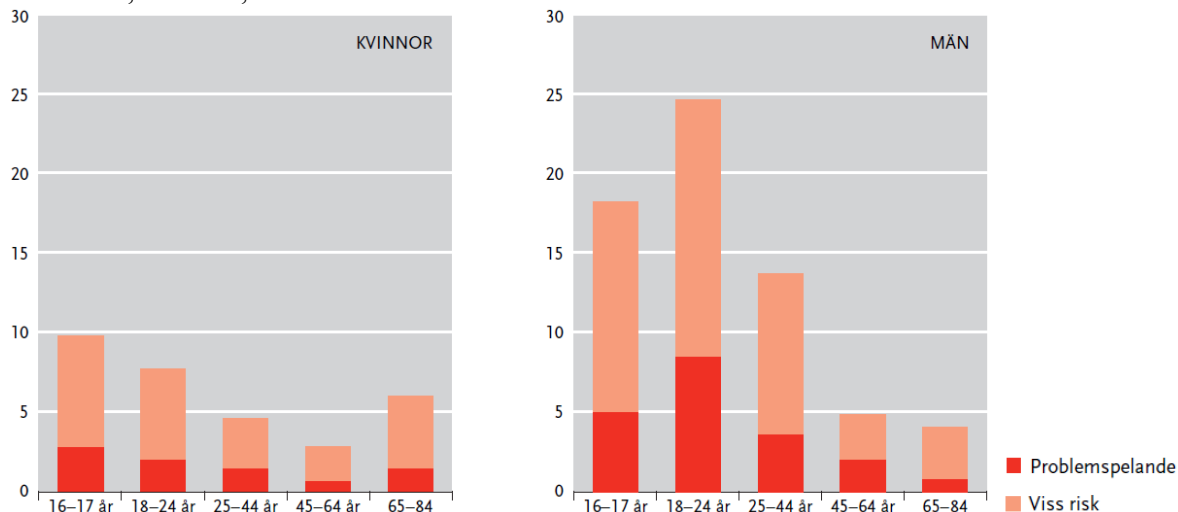
Socioekonomiska skillnader

Spelproblem förstärker de skillnader i hälsa som redan finns i befolkningen. Enligt den nationella folkhälsoenkäten har personer med kort utbildning riskabla spelvanor i högre utsträckning än personer med lång utbildning. Detta gäller både män, kvinnor och totalt i befolkningen. Andelen med riskabla spelvanor är dessutom högre bland kvinnor med kort utbildning än bland kvinnor med mellanlång utbildning. 5 procent av personerna med kort utbildning har riskabla spelvanor jämfört med 1 procent av dem med lång utbildning. Liknande samband mellan utbildning och spelproblem fanns i SWELOGS.

Totalt sett har arbetare i större utsträckning riskabla spelvanor än lägre tjänstemän och högre tjänstemän. För kvinnor och män enskilt syns dock ingen skillnad i utsatthet för riskabla spelvanor mellan lägre tjänstemän och arbetare. Lägst andel problemspelare finner vi bland dem med högst socioekonomisk status, där det är 1 procent eller hälften jämfört med de två övriga kategorierna. Andelen med viss risk för spelproblem (1–2 poäng på PGSI) minskar med ökande grad av socioekonomisk status från cirka 6 procent bland dem med låg socioekonomisk status till 4 procent bland dem med hög status. Bland kvinnorna skiljer de med låg socioekonomisk status sig från de övriga med ungefär dubbelt så hög nivå av såväl viss risk som problemspelande.

SWELOGS data visar att unga spelar mindre men har mer spelproblem, se figur 15. Liknande förhållanden finns i andra grupper. Även personer födda utanför Sverige, arbetslösa, de som saknar kontantmarginal och studerande spelar mindre men har spelproblem i högre utsträckning än sina jämförelsegrupper.

Figur 15. Andel (%) kvinnor och män som är problemspelare och är i viss risk för problemspelande efter ålder, 16-84 år, 2009. Källa: SWELOGS.



Grupper att uppmärksamma

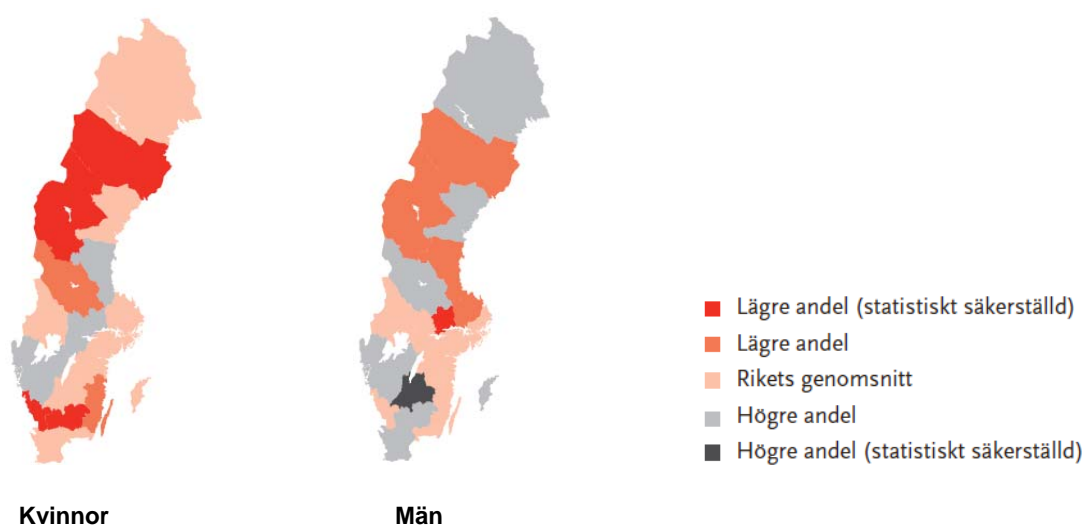
Bland ekonomiskt utsatta personer, bland dem som är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låg inkomst samt bland utlandsfödda, är andelen med riskabla spelvanor högre än bland personer som inte är ekonomiskt utsatta respektive är födda i Sverige. Vidare är riskabla spelvanor vanligare bland arbetslösa män än bland män som arbetar eller studerar. Bland kvinnor med sjukersättning eller sjuk- och aktivitetsersättning är riskabla spelvanor vanligare än bland kvinnor som arbetar. Totalt sett är andelen med riskabla

spelvanor högre bland både arbetslösa och personer med sjukersättning än bland dem som arbetar.

Geografiska skillnader

De riskabla spelvanorna fördelar sig något olika regionalt och är generellt sett vanligare i storstäder. I SWELOGS fann man att spelproblem är vanligare i storstäder som Malmö, Göteborg och Stockholm vilket även var fallet i studien från 1997/98 (Rönneberg et al., 2000). I Halland, Kronoberg, Jämtland och Västerbotten finns en lägre andel med riskabla spelvanor jämfört med hela riket bland kvinnor. I Västmanland är riskabla spelvanor mindre vanliga bland män. Bland män i Jönköping är andelen med riskabla spelvanor högre än i riket i stort (figur 16).

Figur 16. Andel kvinnor och män med riskabla spelvanor efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Många försöker minska sitt spelande

När det gäller spelvanor finns en fråga i nationella folkhälsoenkäten som frågar om man försökt minska sitt spelande. Den är annorlunda utformad än för de andra levnadsvanorna där man även frågar om man vill ha stöd för att göra sin förändring. Den frågan finns inte inom spelvanor. 69 procent av dem i befolkningen som har riskabla spelvanor har svarat att de försökt minska sitt spelande. Det innebär 76 procent kvinnor och 67 procent män.

Livsmiljö och spel om pengar

I den nationella folkhälsoenkäten 2010 undersöktes om det fanns samband mellan riskabla spelvanor och tre faktorer som rör livsmiljö. Områdena som undersöktes var om man deltar i olika sociala aktiviteter, om man har någon att dela känslor med och anförtra sig åt och om man har varit utsatt för fysiskt våld de senaste 12 månaderna. Personer med riskabla spelvanor har deltagit i sociala aktiviteter i lägre utsträckning, har sämre socialt stöd och har varit utsatta för våld i högre utsträckning än personer utan riskabla spelvanor. SWELOGS fann liknande samband men mer könsspecifika. Det var främst kvinnor med spelproblem som hade lågt socialt stöd och män med spelproblem som hade varit utsatta för våld.

Alkohol, narkotika och tobak

Data i detta kapitel utgår från självrapporterade uppgifter i den nationella folkhälsoenkäten, ”Hälsa på lika villkor”. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010c). Vad gäller narkotika ställs enbart frågor om cannabisanvändning i enkäten eftersom det är det mest använda narkotikapreparatet i Sverige. Frågor om dopning ingår inte i den nationella folkhälsoenkäten.

Hänsyn har inte tagits till andra källor som exempelvis Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Dock använder vi vid ett tillfälle CAN som källa under rubriken Blandmissbruk. För djupare analyser hänvisas till ”Livsstilsrapport 2010” (Statens folkhälsoinstitut, 2010b) där hela ANDT-området (Alkohol, Narkotika, Doping och Tobak) behandlas.

Alkohol

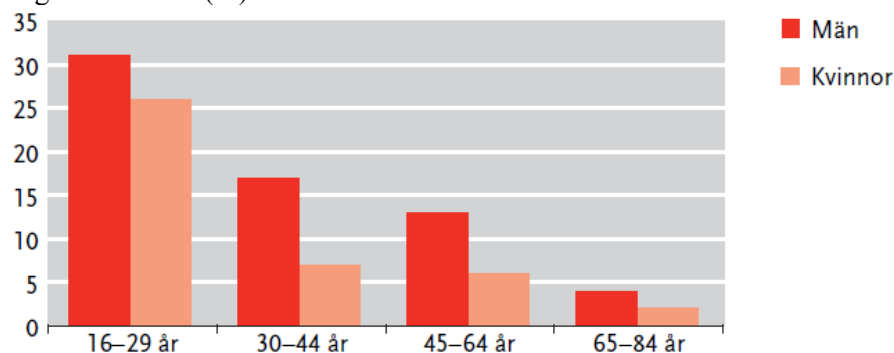
Alkohol påverkar många av kroppens organ och kan relateras till en lång rad sjukdomar och skador, både kroniska och akuta. Vilka skadliga effekter som alkohol ger avgörs bland annat av följande:

- mängden konsumerad alkohol
- individens dryckesmönster och sociala situation
- individens ålder och kön.

Några exempel på sjukdomar och skador som har starka samband med ett högt alkoholintag under lång tid är skrumplever, bukspottkörtelinflammation, vissa cancerformer, hjärt- och kärlsjukdomar samt hjärnskador. Mer akuta skador och sjukdomar, som ofta har samband med berusningsdrickande, är alkoholförgiftning och olika typer av kroppsliga skador i samband med våld, trafikolyckor och olycksfall (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Kontinuerlig storkonsumtion som inte orsakar berusning kan leda till vävnadsskador och beroende. Beroendet kan leda till både medicinska och sociala problem (T. F. Babor, 2004). Exempel på social problematik är familjeproblem, barns utsatthet i missbrukarmiljöer, oförmåga att sköta sitt arbete. För år 2010 framgår det att cirka 10 procent av kvinnorna och 16 procent av männen har riskabla alkoholvanor. Dessa andelar är oförändrade sedan 2004. Det är åldersgruppen 16-29 år som har högst andel riskabla alkoholvanor, 26 procent bland kvinnor och 31 procent bland män, se figur 17.

Figur 17. Andel (%) kvinnor och män med riskabla alkoholvanor efter ålder, 16-84 år, 2010.



Vad är riskabla alkoholvanor?

Riskabla alkoholvanor bedöms i den här rapporten utifrån fyra frågor i ”Hälsa på lika villkor”. Ett summaindex beräknas anpassat efter kön, och individer över ett visst värde anses ha riskabla alkoholvanor, en alkoholkonsumtion som kan påverka hälsan negativt.

Socioekonomiska skillnader

Beträffande utbildningsnivå och riskabla alkoholvanor ses ingen signifikant skillnad, andelen för kvinnor varierar mellan 10-20 procent vare sig det gäller kort eller lång utbildning. Männerna uppvisar heller inte någon signifikant skillnad, andelen varierar mellan 15-20 procent. Inte heller hos yrkesgrupperna, arbetare och tjänstemän, ser vi någon skillnad i riskabla alkoholvanor, vare sig bland kvinnor eller män. Samma gäller för ekonomi.

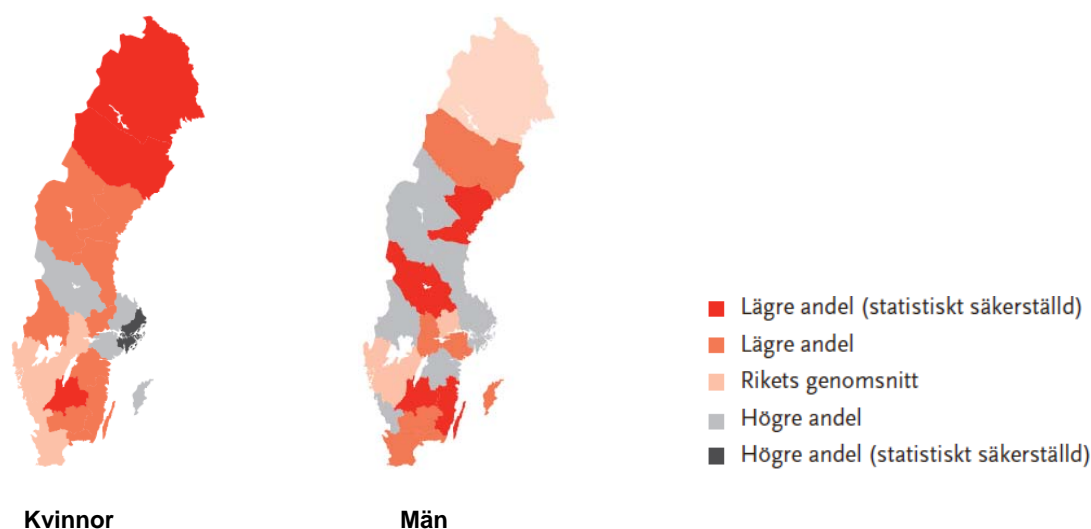
Grupper att uppmärksamma

Mest alkohol konsumerar yrkesarbetande och arbetslösa män där andelen med riskabla alkoholvanor är 20 procent. Bland kvinnor är det heller ingen större skillnad mellan arbetslösa (13 procent) och yrkesarbetande (12 procent) när det gäller riskabla alkoholvanor. Beträffande ålder är riskabla alkoholvanor vanligast i den yngsta åldersgruppen, 16–29 år, där andelen kvinnor är 26 procent och andelen män 31 procent. Det är ingen signifikant skillnad mellan könen i denna åldersgrupp. Kvinnor och män över 65 år dricker däremot väsentligt mindre jämfört med övriga åldersgrupper och riksgenomsnittet.

Geografiska skillnader

När det gäller riskabla alkoholvanor finns regionala skillnader bland könen. Bland män är andelen med riskabla alkoholvanor lägre än riksgenomsnittet i Jönköping, Kalmar och Västernorrland och bland kvinnor i Jönköping, Västerbotten och Norrbotten. Kvinnor i Stockholm har en högre andel med riskabla alkoholvanor jämfört med riksgenomsnittet, se figur 18.

Figur 18. Andel kvinnor och män med riskabla alkoholvanor efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Många vill minska sin alkoholkonsumtion

Av de med riskabla alkoholvanor vill cirka hälften minska sin alkoholkonsumtion. Det finns ingen skillnad mellan kort och lång utbildning vare sig det gäller kvinnor eller män. Bland män med låg inkomst ser vi en större andel som vill minska sin konsumtion, i jämförelse med männen med hög inkomst. Av dem som har riskabla alkoholvanor önskar 7 procent stöd att minska sin alkoholkonsumtion. Av höginkomsttagarna uppger 3 procent att de önskar stöd.

Livsmiljö och riskabla alkoholvanor

Som tidigare nämnts finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och våld. Dryckesmönstret, särskilt berusningsdrickande, verkar ha stor betydelse för våldets uppkomst. Risken för våldsamma händelser ökar i takt med ökad berusningsfrekvens (Thomas F. Babor, 2004). Personer med riskabla alkoholvanor har i högre grad utsatts för fysiskt våld och hot om våld jämfört med befolkningen i övrigt. Detta gäller både män och kvinnor. Andra intressanta uppgifter är att:

- 5,1 procent av kvinnorna med riskabla alkoholvanor har varit utsatta för fysiskt våld jämfört med 2,5 procent i hela befolkningen. För män är motsvarande siffror 6,3 procent respektive 4,0 procent.
- 8,0 procent av kvinnorna med riskabla alkoholvanor har varit utsatta för hot om våld jämfört med 4,6 procent i hela befolkningen. För män är motsvarande siffror 6,0 procent respektive 4,1 procent.
- 46,5 procent av kvinnorna med riskabla alkoholvanor har varit utsatta för våld i hemmet jämfört med 26,9 procent i hela befolkningen. För män är motsvarande siffror 14,0 procent respektive 10,1 procent.

Undersökningsgruppen av kvinnor som har varit utsatta för våld i hemmet är litet, strax över 100 stycken, men enligt andra studier finns ett samband mellan våld i hemmet och alkohol (Wramner, Pellmer, & Hellström 2010).

Narkotika

Narkotika brukar delas in i följande sex grupper (Wramner et al., 2010, s. 137) enligt FN-konventionerna mot narkotika:

- Cannabis
- Centralstimulantia
- Hallucinogener
- Opiater
- Sedativa droger
- Designer drugs.

Den som använder narkotika löper kraftigt ökade risker att drabbas av olika slags negativa hälsoeffekter. Dessa kan vara medicinska eller sociala, och de kan vara akuta eller uppstå först efter en längre tids användning (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

I den nationella folkhälsoenkäten ställs enbart frågor om cannabisanvändning när det gäller narkotika eftersom cannabis är det mest använda narkotikapreparatet i Sverige.

Cannabisanvändning

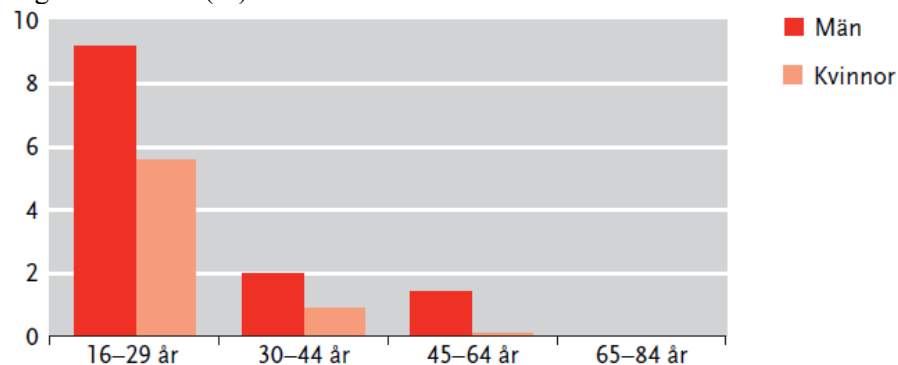
Cannabis är vanligtvis inkörsporten till grövre narkotikaanvändning. Bland personer med tungt narkotikamissbruk i Sverige har minst 60 procent tidigare använt cannabis. Tungt missbruk definieras enligt WHO som att ha injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna eller ha använt narkotika dagligen den senaste månaden. Cirka 80 procent av den cannabis som finns i Sverige kommer från Marocko och den säljs under olika namn som kitt, gräs, brass, joint, sinsemilla, sticka, holk och braja (Wramner et al., 2010, s. 137).

Cannabis är i flera länder i Europa den drog som är mest använd av ungdomar, näst efter alkohol och tobak. I ett internationellt perspektiv uppger en relativt liten andel av befolkningen i Sverige att de någon gång har använt cannabis.

12 procent av svenskarna mellan 16 och 64 år uppger att de har använt cannabis någon gång, medan genomsnittet i Europa ligger på 22,5 procent år 2010. Vidare har 0,8 procent av den svenska befolkningen använt cannabis under den senaste månaden, att jämföra med det europeiska genomsnittet på 3,7 procent (Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk [ECNN], 2010).

Cannabisanvändningen i Sverige har generellt sett inte förändrats sedan 2004. Under åren 2005–2008 har andelen legat på cirka 2 procent per år. Den ökning till 3,7 procent som sågs bland män år 2009 ser vi inte 2010 då andelen är 2,3 procent. Cannabisbruket är vanligast bland unga män i åldern 16–29 år och 9,2 procent har använt cannabis senaste året, vilket inte är någon skillnad från 2009 (figur 19). Det är lika vanligt med cannabisanvändning bland män med lång och kort utbildning.

Figur 19. Andel (%) kvinnor och män som använt cannabis senaste året efter ålder, 16-84 år, 2010.



Det är svårt att ge en precis och entydig bild av hur omfattande problematiken med narkotika är i Sverige, bland annat eftersom all icke-medicinsk befattning med narkotika är kriminaliserad. Men svårigheterna beror också på att narkotikaanvändningen är mångfacetterad d v s allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbundet och skadligt bruk (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Det finns många myter om cannabis, till exempel att det är en drog som inte har några negativa följdverkningar och att cannabis är ofarligt att använda. Men det finns tvärtom många risker förknippade med denna drog. Cannabisrökning kan framkalla, orsaka återfall i

och försämra flera psykiska sjukdomar och störningar. Bestående hjärnskador, minskad intellektuell kapacitet och kognitiva funktionsnedsättningar är andra negativa följdverkningar av ett cannabismissbruk. Återkommande perioder av cannabisintag kan leda till bestående funktionsnedsättningar även om rökaren har varit drogfri i flera år (Wramner et al., 2010). Ett missbruk och en eller flera psykiska sjukdomar som uppträder samtidigt, det vill säga dubbeldiagnos, är vanligt vid cannabismissbruk (Ramström, 2009).

Andra sjukdomstillstånd som kan orsakas av cannabisanvändning är kronisk bronkit, cancer i luftstrupen, lungcancer och ökad infektionsbenägenhet. Det finns även en ökad risk att unga drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar i anslutning till cannabisanvändning.

Socioekonomiska skillnader

Det finns ingen skillnad bland yrkesgrupperna arbetare, lägre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå och högre nivå när det gäller att ha använt cannabis det senaste året och vi ser ingen förändring sedan 2008. Inte heller när det gäller utbildningslängd ser vi någon skillnad under det senaste året. Det är heller ingen skillnad mellan yrkesarbetande och arbetslösa kvinnor och män. Cannabisbruk förekommer främst hos unga kvinnor och män i åldersgruppen 16–29 år. Bland dem som har använt cannabis det senaste året är det vanligare att ha varit i ekonomisk kris både bland kvinnor och män.

Bland män som uppger att de har använt cannabis den senaste månaden är det ingen skillnad i utbildningslängd. Ej heller ser vi någon skillnad vad gäller yrkesgrupperna arbetare, lägre tjänstemän och tjänstemän på mellannivå och högre nivå. Detsamma gäller för ekonomi.

Geografiska skillnader

Regionala data för cannabisanvändning visar att bruket är mer vanligt i län som Stockholm, Uppsala, Gotland, Västra Götaland och Skåne.

Tobak

Alla som röker skadas av sitt bruk. Tobaksrökning har ett direkt samband med ett 40-tal olika sjukdomar, varav de vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer och flera andra former av cancer. Varannan rökare dör av sitt bruk och i genomsnitt lever en rökare 10 år kortare än en icke-rökare (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004). I Sverige avlider varje år cirka 6 400 personer på grund av sin rökning (Socialstyrelsen, 2009a; Statens folkhälsoinstitut, 2009b). Att vara utsatt för passiv rökning innebär i stort sett samma sorts risker som att röka själv, om än i lägre grad. Risken att drabbas av sjukdomar på grund av passiv rökning ökar ju större exponeringen är (The Ontario Tobacco Research Unit, 2001).

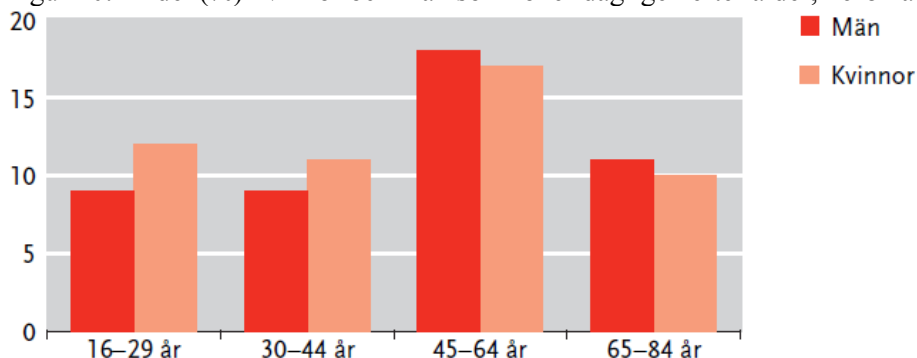
Även snusning är förenat med allvarliga hälsorisker. Snusning ökar risken för cancer i bukspottkörteln (Cnattingius et al., 2005), matstrupe och magsäck (Boffetta, Hecht, Gray, Gupta, & Straif, 2008; Luo et al., 2007; Zendejdel et al., 2008), dödlig hjärtinfarkt, dödlig stroke (Boffetta & Straif, 2009; Cnattingius et al., 2005; Hergens, 2007), förhöjt blodtryck (Cnattingius et al., 2005; Hergens, 2007) samt olika typer av munslemhinneförändringar (Cnattingius et al., 2005). Det finns även indikationer på att snusning ökar risken för diabetes

och metabolt syndrom² (Norberg, Stenlund, Lindahl, Boman, & Weinehall, 2006), för tidig förlossning, reducerad födelsevikt och havandeskapsförgiftning (England et al., 2003).

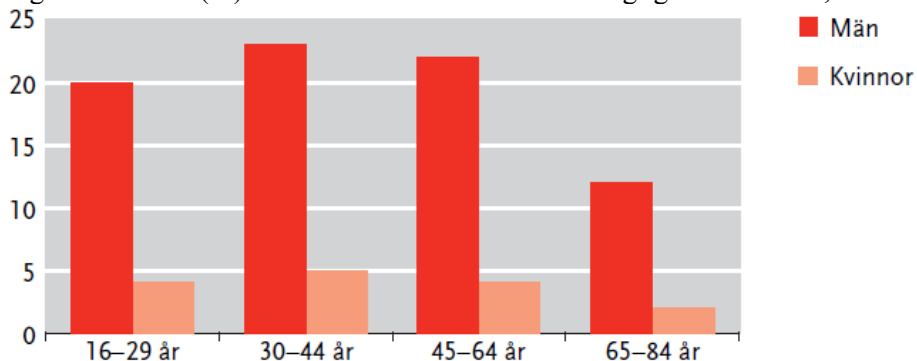
Tobaksbruket

Totalt sett har tobaksbruket inte förändrats nämnvärt i befolkningen sedan 2006, vare sig det gäller snusning eller rökning, men en nedåtgående trend av andelen dagligrökare i landet ses alltsedan början av 1980-talet. 13 procent kvinnor röker jämfört med 12 procent bland män (ingen signifikant skillnad). Andelen män som snusar dagligen har inte förändrats sedan 2004. Män snusar dagligen i betydligt högre utsträckning än kvinnor, 20 respektive 4 procent. Vid en jämförelse mellan åldrar finns flest dagligrökare i åldersgruppen 45–64 år (figur 20). Männerna snusar mer än kvinnorna men det är ingen skillnad mellan åldersgrupperna för de båda könen i åldersspannet 16 och 64 år, se figur 21.

Figur 20. Andel (%) kvinnor och män som röker dagligen efter ålder, 16-84 år, 2010.



Figur 21. Andel (%) kvinnor och män som snusar dagligen efter ålder, 16-84 år, 2010.



Socioekonomiska skillnader

Kvinnor med kort och mellanlång utbildning röker dagligen i högre utsträckning – 20 procent respektive 13 procent. Detta kan jämföras med 9 procent av kvinnorna med lång utbildning. Männerna uppvisar samma mönster; störst andel dagligrökare finns bland personer med kort utbildning jämfört med dem som har lång utbildning, 17 respektive 5 procent. Dagligrökning är även vanligare bland dem som är arbetare och lägre tjänstemän. Detta gäller både för kvinnor och män. Det är också betydligt vanligare att personer i en utsatt ekonomisk situation

² Metabolt syndrom är ett samlingsnamn för ett antal faktorer som ökar risken för att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar såsom bukfetma, förhöjd mängd triglycerider (fett) i blodet, låg andel HDL-kolesterol i blodet, högt blodtryck, nedsatt glukostolerans och diabetes typ 2.

eller med låg inkomst är dagligrökare jämfört med andra. Vad gäller snusbruk så finns sociala skillnader i bruket, även om de inte är lika tydliga som bland rökarna. Det är dock mycket tydligare att män med lång utbildning är dagligsnusare i mindre omfattning än män med kortare utbildning. Andra intressanta uppgifter är att:

- 23 procent av dem som är arbetslösa är dagligrökare jämfört med 12 procent bland yrkesarbetarna.
- 20 procent kvinnliga arbetare är dagligrökare jämfört med 8 procent kvinnliga mellan- och högre tjänstemän. Motsvarande siffror för män är 15 respektive 5 procent.
- 19 procent av befolkningen som har låg inkomst är dagligrökare jämfört med 8 procent bland dem med hög inkomst.

Grupper att uppmärksamma

Yrkesarbetande kvinnor och män är dagligrökare i mindre utsträckning än de som är arbetslösa. Det är också vanligare att röka dagligen bland personer med låg inkomst, personer som är ekonomiskt utsatta och personer som är utlandsfödda.

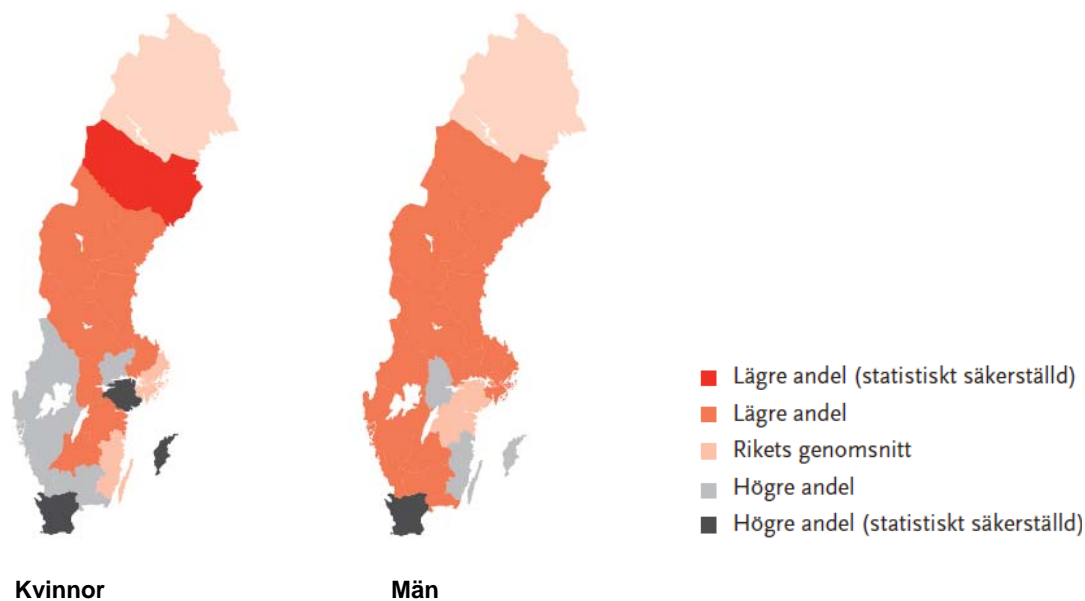
Andelen män som snusar skiljer sig inte nämnvärt mellan åldersgrupper, med undantag för den äldsta åldersgruppen, 65–84 år, där en mindre andel anger att de snusar dagligen. Det är också mindre vanligt att män som studerar snusar dagligen än de som yrkesarbetar. Andelen snusare bland män födda utanför Norden är låg, eftersom snusning av tradition är en utpräglad nordisk vana. Bland kvinnor är skillnaderna små mellan olika åldersgrupper, sysselsättningsgrupper, utbildningsgrupper och socioekonomiska grupper.

Andelen personer som utsätts för passiv rökning har minskat sedan 2004. Den största minskningen skedde efter 2005, då lagstiftningen om rökfria serveringar började gälla. Personer i åldersgruppen 16–29 år utsätts oftare för passiv rökning än äldre. Andra utsatta grupper är personer med kort utbildning, de med arbetaryrken och de med en ekonomiskt utsatt situation. Även personer födda utanför Norden utsätts för passiv rökning oftare än de som är födda i Norden.

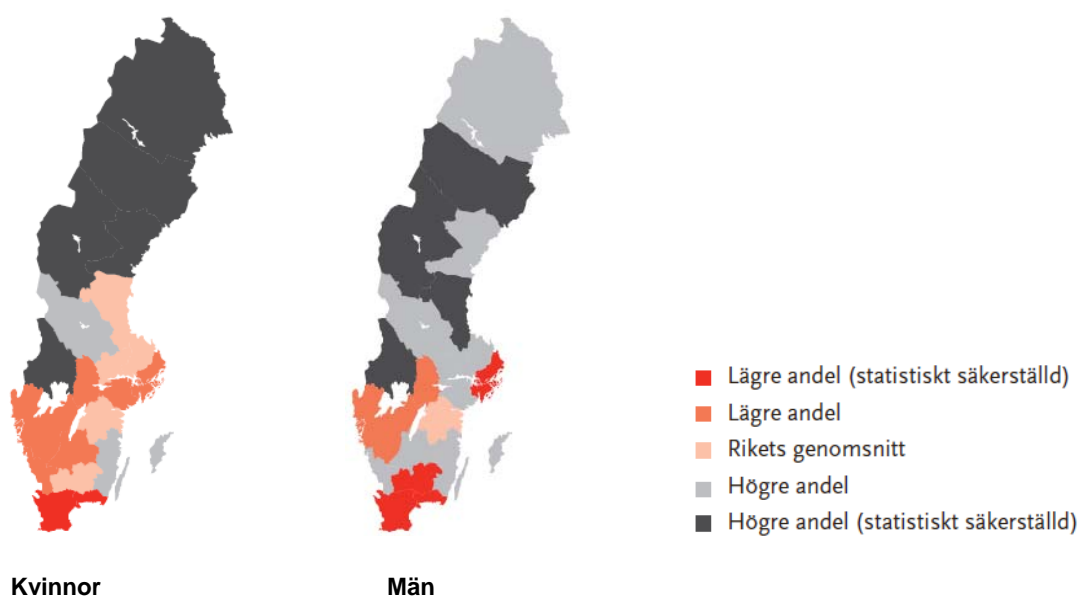
Geografiska skillnader

Män i Skåne röker dagligen i större utsträckning än män i övriga Sverige. Motsvarande förhållande gäller för kvinnor i Södermanland, Skåne och på Gotland. Kvinnor i Västerbotten röker mindre än riksgenomsnittet (figur 22). Snusning är mest utbredd i norra Sverige, och Västerbotten, Jämtland, Gävleborg och Värmland har den högsta andelen manliga dagligsnusare. Flest kvinnliga snusare finns i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Västernorrland och Värmland. Kvinnor i Blekinge och Skåne snusar mindre än riksgenomsnittet och samma gäller män i Skåne, Kronoberg och Stockholm, se figur 23.

Figur 22. Andel kvinnor och män som röker dagligen efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Figur 23. Andel kvinnor och män som snusar dagligen efter landsting/region, 16-84 år, 2007-2010. Åldersstandardiserat.



Många vill sluta röka och snusa

Andelen av dagligrökarna som önskar sluta röka är 72 procent. Fördelningen mellan könen är i princip jämn. Dagligrökande kvinnor och män med kort och mellanlång utbildning önskar i högre grad sluta röka. Vad gäller inkomst och kontantmarginal ses ingen större skillnad i kvinnors och mäns önskan att sluta röka.

Av dagligsnusarna uppger 42 procent att de önskar sluta snusa. Vi ser ingen skillnad vare sig det gäller utbildningsnivå, inkomst eller kön.

- Av dagligrökarna uppger 33 procent att de behöver stöd med att sluta röka – fler bland dem med kort och mellanlång utbildning. Vad gäller hög eller låg inkomst ses ingen skillnad mellan män och kvinnor.
- Bland dagligsnusarna uppger 13 procent att de behöver stöd med att sluta snusa. Andelen kvinnor som snusar dagligen och som har mellanlång utbildning önskar i högre grad hjälp med att sluta snusa. Dagligsnusande män med kort utbildning önskar i högre grad sluta snusa jämfört med högutbildade.

Livsmiljö, rökning och snusning

En större andel dagligrökare med kort utbildning än med lång utbildning utsätts för passiv rökning hemma, 35 procent jämfört med 21 procent. Också en större andel utsätts för passiv rökning på arbetet, 20 procent jämfört med 6 procent. De utlandsfödda är i högre grad utsatta för passiv rökning jämfört med svenskfödda. Att inte ha en rökfri arbets- och hemmiljö gör det sannolikt svårare att sluta röka eftersom omgivningen där vi befinner oss påverkar oss på många olika sätt. Dagligrökare har en större andel som saknar en nära vän, saknar praktiskt stöd samt lågt socialt deltagande jämfört med dem som aldrig rökt och skillnaden förklaras inte av olika utbildningslängd. Dagligrökare tycks också i större utsträckning ha utsatts för fysiskt våld och hot om våld jämfört med icke-rökare. Dagligsnusare däremot tycks inte vara mer socialt utsatta än icke-snusare.

Blandmissbruk

Cannabis fungerar ofta som en inkörsport till andra illegala droger och ett eventuellt blandmissbruk (Ramström, 2009). Missbruk av flera olika droger i kombination, ett så kallat blandmissbruk är den vanligaste formen av missbruk. Debutdrogen kan vara utgångspunkt för missbruket, och skälet till att kombinera olika droger kan vara dels önskan om en ökad effekt, dels önskan om att lindra eller minska de negativa effekterna av ett preparat (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN], 2008).

Bland dem som röker dagligen och har riskabla alkoholvanor är det en större andel som har använt cannabis det senaste året jämfört med befolkningen i övrigt. För män är andelen 14,6 procent jämfört med 2,8 procent i hela befolkningen. Motsvarande siffror för kvinnor är 7,2 respektive 1,2 procent.

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Detta kapitel hämtar data från den nationella folkhälsoenkäten endast i avsnittet om ungdomsmottagningarna som innehåller sammanslagna data från 2007–2010 inklusive tilläggsurval (Statens folkhälsoinstitut, 2010d). Övriga uppgifter kommer från andra källor som refereras löpande i texten.

Sexualitet och reproduktiv hälsa omfattar ett stort antal skilda frågor som alla hänger samman:

- Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer
- uppmärksammande av orättvisa skillnader mellan olika grupper
- preventivmedel
- sexualundervisning
- säkra aborter
- mödravård och vård av nyfödda
- tillgång till skydd mot sexuellt överförbara infektioner (STI)
- frihet från diskriminering, könsstympning, sexuellt och annat könsrelaterat våld och tvång
- rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma (Regeringens prop. 2007/08:110).

Uppbyggnad av hälsosystem, utbildningsväsen och rättsväsen är därför viktiga förutsättningar för en framgångsrik SRHR-politik (Regeringens prop. 2002/03:35; WHO, 1997, 2008, 2009). Sveriges nya folkhälsopolitik betonar vikten av arbeta förebyggande och att det därför är särskilt angeläget att främja sexualitet och reproduktiv hälsa bland ungdomar och unga vuxna (Regeringens prop. 2007/08:110). Redovisningen avgränsas därför främst till ungdomar och unga vuxna.

Allt färre tonårsaborter

Under det första halvåret 2010 utfördes 19 084 aborter i Sverige. Det är en ökning med 414 fler fall per 1 000 kvinnor (1,6 procent) jämfört med samma period 2009. Tonårsaborterna minskade med 7 procent enligt halvårsstatistiken för fjärde året i följd, till skillnad för alla andra åldersgrupper där aborttalen var något högre första halvåret 2010 än samma period året innan. En ökande trend kan ses i utvecklingen av aborttalet per 1 000 kvinnor under hela 2000-talet. De flesta aborterna görs i åldersgruppen 20–24 år (Socialstyrelsen, 2010b).

Vissa regionala skillnader i antalet aborter per 1 000 kvinnor kan ses under det första halvåret 2010 jämfört med samma period 2009. Dessa skillnader får tolkas med försiktighet med anledning av att små förändringar i absoluta tal kan ge relativt stora förändringar i regioner med lågt invånartal. Aborttalen var högst i Malmö, Stockholm samt på Gotland. De lägsta aborttalen återfanns i Kronobergs län, Blekinge län och Jönköpings län. Bland tonåringar var aborttalet högst i Stockholms kommun, Södermanlands län och på Gotland medan de lägsta aborttalen fanns i Kronobergs, Kalmar och Östergötlands län (Socialstyrelsen, 2010b).

Sexuellt överförda infektioner – STI

Den vanligaste anmälningspliktiga infektionen i Sverige är klamydia. Mellan januari och juli 2010 anmäldes 17 253 fall av klamydia till Smittskyddsinstitutet. Det är en minskning med 8 procent sedan motsvarande period förra året, då 18 764 fall anmäldes. Antalet anmälda

klamydiainfektioner har minskat sedan 2007 (Smittskyddsinstitutet, 2010). Övriga sexuellt överförda infektioner som är anmälningspliktiga är gonorré, syfilis och hiv. Även herpes och kondylom är sexuellt överförda infektioner, men dessa ligger inte inom ramen för anmälningspliktiga infektioner i smittskyddslagen. Kondylom och herpes är troligtvis mer vanligt förekommande i befolkningen än klamydia, vilket är viktigt att beakta eftersom dessa infektioner också kan leda till allvarliga konsekvenser för hälsan. Kondylom är könsvårter orsakade av ett virus. I de flesta fall läker infektionen ut av sig själv, men i sällsynta fall kan en särskild variant av viruset ge upphov till livmoderhalscancer.

Relativt stor tilltro till kondom som skydd

Av sexuellt aktiva 16–17-åringar uppger 67 procent av pojkarna och 42 procent av flickorna att de eller deras partner har använt kondom den senaste månaden. I hela gruppen 16–24-åringar är andelen som uppger att de har använt kondom någon gång den senaste månaden lägre, 47 procent bland män och 33 procent bland kvinnor. Under hela perioden 1987–2007 har andelen 16–17-åringar som använt kondom någon gång den senaste månaden legat högre än genomsnittet i befolkningen (Herlitz, 2008).

Sexuellt våld och tvång

Fysiskt och psykiskt våld eller tvång samt sexuella övergrepp förekommer ofta tillsammans och kan inte alltid urskiljas från varandra. Var tionde invånare är offer för våld, hot eller trakasserier varje år. Särskilt utsatta är ungdomar och ensamstående kvinnor med små barn. Ofta leder våld i nära relationer till ohälsa, som exempelvis psykisk ohälsa och kroniska smärtor, men också självmordsförsök (Socialstyrelsen, 2005, 2010a; Sutherland, Bybee, & Sullivan, 1998).

Kvinnor, flickor, män och pojkar som uppger ett allmänt dåligt hälsotillstånd har i högre grad än andra tvingats till sexuella handlingar någon gång (Gisela Priebe, Hansson, & Svedin, 2010). Sexuella övergrepp i barn- och ungdomsåren är också förknippade med självskadande handlingar och sexuellt risktagande senare i livet. Bland flickor och pojkar är psykosomatiska problem, ätstörningar, självmordsförsök eller annat självskadande beteende vanligt. Båda könen har också skolkat och använt narkotika mer än barn som inte har utsatts för övergrepp (Forsberg, 2005; Lewin et al., 1998; Spak, Allebeck, Spak, & Thundal, 2001).

Under första halvåret 2010 anmäldes cirka 8 460 sexualbrott, vilket är en ökning med 12 procent jämfört med första halvåret 2009. Totalt anmäldes cirka 2 900 våldtäkter under första halvåret 2010, vilket är oförändrade siffror jämfört med samma period 2009. Av dessa var cirka 1 260 våldtäkter mot barn i åldern 0–17 år. Cirka 8 procent av offren var pojkar. Bland de vuxna offren var drygt 97 procent kvinnor och knappt 3 procent män (Brottsförebyggande Rådet, 2010).

Socioekonomiska skillnader

I dag finns ingen enskild datakälla som kan ge en samlad bild av hälsoskillnaderna mellan olika grupper avseende hela målområde 8: sexualitet och reproduktiv hälsa. Det finns inga nationella uppföljningsstudier som systematiskt samlar in data inom området på befolkningsnivå, där också viktiga bakgrundsvariabler finns med att ta hänsyn till, såsom exempelvis socioekonomiska och demografiska faktorer, funktionsnedsättning, psykisk hälsa, sexuell identitet och etnicitet.

Sexuellt risktagande och socioekonomi

I Sverige används olika gymnasiala programinriktningar som en indikator på socioekonomi bland ungdomar. Undersökningar belyser sexuellt beteende och attityder till sexualitet bland gymnasieelever. Elever som studerade på yrkesförberedande (praktiska) program löpte större hälsorisker än elever som studerade på studieförberedande (teoretiska) program.

Genomgående för dessa studier var att de på olika sätt visar ett högre risktagande och en högre utsatthet, exempelvis var det vanligare med rökning, tidigare sexuell debut, låg preventivmedelsanvändning, erfarenhet av sexuella övergrepp och fler sexuella partner jämfört med elever på studieförberedande program (Karin Edgardh, 2002; Holmberg & Berg-Kelly, 2002; Häggström-Nordin, Hanson, & Tydén, 2002; Klanger, Tydén, & Ruusuvaara, 1993; Makenzius, Gillander-Gådin, Tydén, Romild, & Larsson, 2009).

Sexuella övergrepp och socioekonomi

Nordiska studier visar att sexuella övergrepp är starkt sammanlänkat med socioekonomisk utsatthet (Gisela Priebe et al., 2010; Gisela Priebe & Svedin, 2009). Ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn lever oftast inte med båda föräldrarna, har föräldrar med lägre inkomst, har lägre självkänsla och har samlagsdebuterat tidigare än ungdomar som inte varit utsatta för sexuella övergrepp. En annan studie visar att förövarna ofta själva har varit utsatta för sexuella övergrepp (Seto et al., 2010).

Grupper att uppmärksamma

En jämförelse har gjorts bland både flickor och pojkar som har samlagsdebuterat före respektive efter 15 års ålder (Edgardh, 2000; K Edgardh, 2002; Edgardh & Ormstad, 2000). Resultatet visar att såväl flickor som pojkar med samlagsdebut före 15 års ålder skilde sig som grupp från dem som hade debuterat senare. De med tidig samlagsdebut hade i större utsträckning erfarenhet av exempelvis sex vid första träffen och oral- och analsex. Vidare hade de haft fler sexualpartner och mer erfarenhet av att ha varit gravid eller att ha orsakat graviditet. Även sexuella övergrepp rapporterades i högre frekvens i gruppen med tidig sexualdebut.

Att bli mamma i tonåren är ibland associerat med negativa effekter på hälsan för både mamman och hennes barn. En svensk studie jämförde tonårsmödrar (15–19 år) med äldre mödrar (25–32 år). Resultatet visade att tonårsammorna hade en mer socialt utsatt situation, mer erfarenhet av skolmisslyckanden och hade generellt mer riskfyllda levnadsvanor. Tonårsmammorna hade även lägre upplevelse av stöd från omgivningen, lägre självkänsla och mer depressiva symtom än de äldre mödrarna, vilket är faktorer som kan påverka föräldraskapet på ett negativt sätt. (Hertfelt Wahn & Nissen, 2008; Hertfelt Wahn, Nissen, & Ahlberg, 2005)

Livsmiljö

Statens folkhälsoinstituts årliga undersökning ”Hälsa på lika villkor” (Statens folkhälsoinstitut, 2010d) visar att det finns skillnader bland grupper som besöker ungdomsmottagningarna. För att få ett tillräckligt statistiskt underlag för analyserna har data från åren 2007–2010 och tilläggsurval från olika landsting inkluderats. De studerade åldersgrupperna är 16–24 år och de har svarat på frågan om de har besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna. Resultatet visade att inga förändringar har skett sedan den senaste rapporteringen från 2006–2008 och det är intressant att nämna att:

- 26 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–24 år har under de senaste tre månaderna besökt en ungdomsmottagning, jämfört med 5 procent av männen i samma åldersgrupp.
- 5 procent av männen med funktionsnedsättning i åldersgruppen 16–24 år har besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna, jämfört med 25 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning i samma åldersgrupp.
- 19 procent av de arbetslösa kvinnorna i åldersgruppen 20–24 år har besökt en ungdomsmottagning, vilket är något lägre än de 22 procent som finns bland dem som yrkesarbetar eller studerar.
- 16 procent av de utlandsfödda kvinnorna i åldersgruppen 16–24 år har besökt en ungdomsmottagning, jämfört med 27 procent av de svenskfödda kvinnorna i samma åldersgrupp. Ingen skillnad finns mellan svenskfödda och utlandsfödda män; 5 procent av alla män i åldersgruppen har besökt en ungdomsmottagning.
- 29 procent av kvinnorna i gruppen homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer) i åldersgruppen 16–24 år har besökt en ungdomsmottagning, jämfört med 26 procent som är genomsnittet bland samtliga kvinnor i samma åldersgrupp. Likaså är andelen bland männen i hbt-gruppen något högre än bland männen i genomsnitt i åldersgruppen 16–24 år, 8 respektive 5 procent.

Som vi tidigare har beskrivit visar studier att tidiga samlagsdebutanter (14 år eller yngre) och elever på yrkesförberedande program tar fler sexuella risker men också generellt har mer riskfyllda levnadsvanor, jämfört med ungdomar med senare samlagsdebut och elever på studieförberedande program. Skillnaderna mellan elever på grundskolan är mindre studerade och därför har Statens folkhälsoinstitut analyserat data från undersökningen ”Skolbarns hälsovanor”, genomförd 2009/2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010f). Resultaten i tabell 1 som bygger på svaren från elever i årskurs 9 visar att tidiga samlagsdebutanter (14 år eller yngre) har en mer riskfylld och problematisk livssituation än de som inte har samlagsdebuterat.

- Samlagsdebutanterna har en mindre positiv inställning till skolan och upplever skolarbetet som svårare. De tidiga samlagsdebutanterna bland flickorna upplever också ett lägre stöd från föräldrarna.
- Samlagsdebutanterna har en lägre tilltro till att de kommer läsa ett studieförberedande (teoretiskt) program efter åk 9.
- Samlagsdebutanterna har mer riskfyllda levnadsvanor när det gäller alkohol, narkotika och tobak.
- Samlagsdebutanterna har mer riskfyllda levnadsvanor när det gäller att råka ut för skador och hamna i slagsmål.
- Flickorna som har samlagsdebuterat är mindre fysiskt aktiva än de flickor som inte har samlagsdebuterat. För pojkarna är det tvärtom; samlagsdebutanterna är mer fysiskt aktiva än pojkarna som inte har samlagsdebuterat.
- De som har samlagsdebuterat, framför allt de som har debuterat före 15 års ålder, upplever en sämre hälsa jämfört med dem som inte har samlagsdebuterat (tabell 1).

Resultatet från tabell 1 understryker behovet av att arbeta brett med frågor om levnadsvanor som också inkluderar sexualitet och samlevnad – resultaten visar att olika riskfyllda levnadsvanor starkt hänger samman. Ett undantag finns dock, och det gäller fysisk aktivitet

bland pojkarna. De pojkar som har samlagsdebuterat är nämligen mer fysiskt aktiva än de pojkar som inte har samlagsdebuterat. Resultatet ger utrymme för spekulationer om varför pojkar som är mer fysiskt aktiva har en tidigare samlagsdebut än pojkar som inte är fysiskt aktiva. Motsatt spekulation kan således appliceras på flickorna. Resultatet har dock inget genomgående mönster som motsäger teorin om att riskfyllda levnadsvanor hänger starkt samman. Mot bakgrund av att grundskolan når ut till de flesta barn och ungdomar i Sverige, till skillnad från den frivilliga gymnasieskolan, är också grundskolan en viktig arena att arbeta förebyggande på.

Tabell 1. Skillnader bland elever i årskurs 9 som har samlagsdebuterat och dem som inte har samlagsdebuterat avseende levnadsvanor och upplevelse av hälsa, angivet i procent (%).

Levnadsvanor och hälsa	Ålder för samlagsdebut			
	Ej samlagsdebut	Samlagsdebut 14 år eller yngre	Samlagsdebut 15 år eller äldre	P-värde
	Flickor/pojkar % n 704/720	Flickor/pojkar % n 238/208	Flickor/pojkar % n 96/116	Flickor/pojkar
Upplevelser av skolan				
Tycker bra om skolan	79/73	61/56	67/66	**/**
Upplever arbetet i skolan som svårt (både det som görs i skolan och läxor som görs hemma)	32/26	52/40	51/35	**/**
Om jag har problem i skolan försöker mina föräldrar att hjälpa mig	85/86	78/82	84/89	*/ns
Jag kommer troligt vis gå ett studieförberedande (teoretiskt) program efter åk 9	57/51	36/35	45/44	
Jag kommer troligtvis gå ett yrkesförberedande (praktiskt) program efter åk 9	31/32	43/33	44/34	
Alkohol, narkotika och tobak				
Har druckit så mycket att de har blivit riktigt full en gång eller flera	24/22	80/62	60/53	**/**
Har testat hasch eller marijuana	1/4	18/25	7/15	**/**
Röker regelbundet	12/9	54/42	38/2	**/**
Snusar regelbundet	1/4	12/30	1/18	**/**
Skador och slagsmål				
Har skadat sig så pass illa att det krävt behandling av läkare eller sjuksköterska under det senaste året	30/36	42/59	34/53	*/**
Har varit i slagsmål under det senaste året	24/33	48/62	26/52	**/**
Fysisk aktivitet				
Tränar 1–7 gånger i veckan (utanför skoltiden), så de blir svettig eller andfädd	78/81	70/86	70/90	*/*
Hälsa				
Upplever sin hälsa som mycket bra eller bra	85/92	62/83	75/93	**/**
Har känt sig nere ungefär en gång i veckan eller mer under de senaste 6 månaderna	48/22	66/28	62/22	**/ns
Har känt sig irriterad eller på dåligt humör ungefär en gång i veckan eller mer under de senaste 6 månaderna	65/48	81/60	73/60	**/**

* 95% signifikans, ** 99 % signifikans

ns= Ingen signifikant skillnad

Det interna bortfallet i analyserna för flickornas svar översteg inte mer än tre procent. För pojkarna var det interna bortfallet generellt högre men översteg inte mer än 8 procent.

Lägesbeskrivning för levnadsvanor bland grupper i befolkningen

Unga vuxna

Data som redovisas i detta kapitel kommer i huvudsak från självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten 2007–2010. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010e). Andra källor finns som redovisar unga vuxnas levnadsvanor men dem redovisar vi inte i denna rapport.

Kapitlet om unga vuxna innefattar åldern 16–24 år. Anledningen till att denna åldersindelning skiljer sig mot övriga kapitel i rapporten där data redovisas för åldersgruppen 16–29, är att Folkhälsoinstitutet årligen har i uppgift att redovisa statistik om 16–24-åringars hälsa som en uppföljning av den nationella ungdomspolitiken.

I förhållande till genomsnittet av befolkningen har unga vuxna en mer gynnsam situation då det gäller områdena fysisk aktivitet, övervikt och fetma samt daglig rökning. Däremot är det en högre andel unga vuxna som har en riskabel alkoholkonsumtion och som har använt cannabis det senaste året, jämfört med genomsnittet. Ungas livsmiljöer karaktäriseras bland annat av att det förekommer mer fysiskt våld och hot om våld, och man upplever sig oftare ha blivit bemött på ett sådant sätt att man har känt sig kränkt. 16 procent av de unga männen saknar någon närstående att dela sina innersta känslor med. Utlandsfödda unga vuxna saknar i högre utsträckning någon att få såväl emotionellt som praktiskt stöd ifrån, jämfört med svenskfödda unga vuxna.

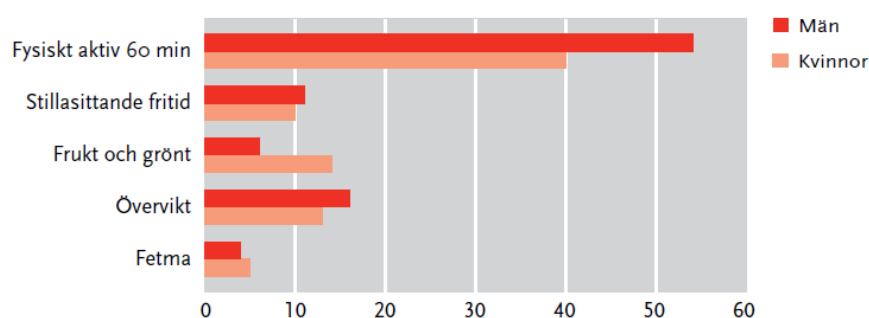
Fysisk aktivitet och matvanor

Inga tydliga förändringar har skett då det gäller unga vuxnas vanor inom områdena fysisk aktivitet och matvanor. Unga vuxna är i högre utsträckning fysiskt aktiva minst 60 minuter per dag (som är nordiska rekommendationen för barn och unga) i jämförelse med befolkningen som helhet, samt har även i något lägre utsträckning en stillasittande fritid. 54 procent av de unga männen är fysiskt aktiva 60 minuter per dag jämfört med 40 procent bland de unga kvinnorna. Bland de unga kvinnorna utmärker sig utlandsfödda personer eftersom de i lägre utsträckning är fysiskt aktiva och i högre utsträckning har en stillasittande fritid. Det är en ganska låg andel som äter frukt och grönt minst fem gånger per dag – detta gäller både bland unga vuxna och i befolkningen som helhet. Det är dock en betydligt större andel unga kvinnor som gör detta än unga män, 14 respektive 6 procent. Denna könsskillnad återfinns i befolkningen som helhet (figur 24).

Övervikt och fetma

Då det gäller förekomst av övervikt och fetma är unga vuxna bättre gynnade än den äldre delen av befolkningen, det vill säga att de i lägre utsträckning har problem med för hög vikt. Det är vanligare att unga män har övervikt än att unga kvinnor har det. Man kan även se att det är en större andel 20–24-åringar som har övervikt än 16–19-åringar. Det gäller båda könen. Fetma är lika vanligt bland könen men är, liksom övervikt, vanligare efter 20-årsåldern (figur 24).

Figur 24. Andel (%) unga kvinnor och män fördelad på levnadsvanor, 16-24 år, 2007-2010.



Alkohol

Den genomsnittliga alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs 9 var betydligt lägre hos båda könen under 2009, jämfört med under början av 2000-talet. I 2008 års undersökning av skolelevs drogvanor såg man en ökning i alkoholkonsumtionen hos båda könen i årskurs 9 men denna ökning har avtagit i 2009 års undersökning – bland flickorna har den minskat till samma nivå som 2007 och bland pojkarna var konsumtionen konstant 2008–2009 (Hvitfeldt & Gripe, 2009).

Bland unga mellan 16 och 24 år har andelen med riskabel alkoholkonsumtion varit konstant sedan 2004. Och andelen riskkonsumenter är lika stor hos unga kvinnor som män, 31 procent (figur 25). Det är däremot en högre andel unga som har riskabla alkoholvanor, jämfört med genomsnittet i befolkningen. Det är ovanligare att utlandsfödda unga vuxna har ett riskabelt alkoholbruk.

Narkotika

Liksom den genomsnittliga alkoholkonsumtionen har minskat bland elever i årskurs 9 sedan i början av 2000-talet, har andelen som provat narkotika också minskat under samma tidsperiod. Däremot har en ökning ägt rum det senaste året (Hvitfeldt & Gripe, 2009). Unga män i åldersgruppen 16 till 24 år har i högre utsträckning än unga kvinnor i samma ålder använt cannabis under det senaste året, 8 respektive 5 procent (figur 25). Det är en högre andel unga vuxna som använt cannabis senaste året, jämfört med genomsnittet i befolkningen.

Tobak

Under 2000-talets första hälft minskade andelen rökare bland eleverna i årskurs 9, för att därefter i det närmaste vara konstant bland flickorna och de senaste åren öka bland pojkarna (Hvitfeldt & Gripe, 2009). 12 procent unga kvinnor i åldersgruppen 16 till 24 år röker dagligen, jämfört med 8 procent bland de unga männen (figur 25). Daglig rökning är mindre utbredd bland unga vuxna än bland genomsnittet i befolkningen. Unga kvinnor med funktionsnedsättning och kvinnor från södra Sverige är överrepresenterade då det gäller daglig rökning, medan utlandsfödda unga män röker dagligen i högre utsträckning än unga män som är födda i Sverige.

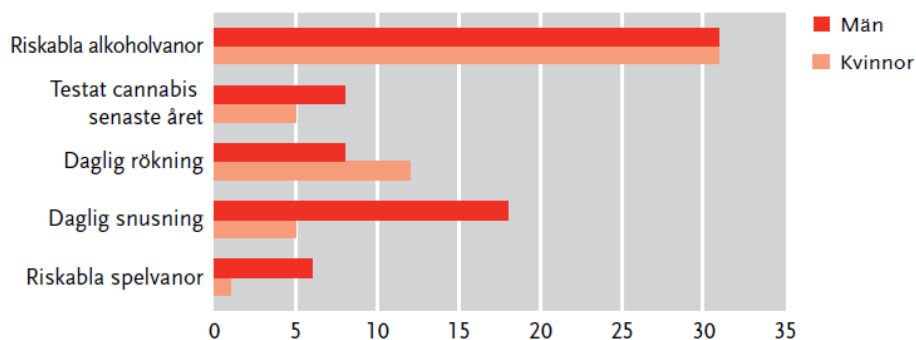
Snusning är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor. Sedan 2000 har dock andelen snusande pojkar i årskurs 9 minskat, medan snus användningen bland flickorna i samma ålder först ökade under några år för att sedan återgå till samma nivå som år 2000 (Hvitfeldt & Gripe, 2009). Bland unga mellan 16 och 24 år är det 18 procent av männen som snusar varje dag medan det är 5 procent bland kvinnorna (figur 25). Det finns en geografisk skillnad i

ungas snusvanor eftersom en högre andel unga vuxna från norra Sverige snusar dagligen än unga vuxna från södra Sverige.

Spel

Oavsett ålder är det främst män som har ett spelbeteende som riskerar att ge negativa sociala, hälsomässiga eller ekonomiska konsekvenser. Bland unga vuxna är det endast 1 procent av kvinnorna som har riskabla spelvanor, jämfört med 6 procent bland männen, se figur 25.

Figur 25. Andel (%) unga kvinnor och män fördelad på levnadsvanor, 16-24 år, 2007-2010.



Vill förändra sina levnadsvanor

Av dem med en stillasittande fritid är det 89 procent av de unga kvinnorna, respektive 70 procent av de unga männen som vill öka sin fysiska aktivitet. Det är en lägre andel unga män, jämfört med genomsnittet, som vill förändra denna vana. Av dessa är det 43 procent av de unga kvinnorna och 24 procent av de unga männen som vill få stöd i att bli mer fysiskt aktiva. 75 procent av de unga kvinnorna och 55 procent av de unga männen som inte äter frukt och grönsaker enligt rekommendationen vill öka sitt intag av frukt och grönt. Unga kvinnor tycks vara mer motiverade än genomsnittet kvinnor att förändra sina matvanor i detta avseende. Av dessa är det 8 procent av de unga kvinnorna och 10 procent av de unga männen som vill få stöd i att äta mer frukt och grönt (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

20 procent av de unga kvinnorna och 16 procent av de unga männen som har en riskabel alkoholkonsumtion vill minska sin alkoholkonsumtion. Detta är en betydligt lägre andel än genomsnittet. Det är nästan ingen som vill få stöd i att minska sin alkoholkonsumtion. Av dem som röker dagligen vill 61 procent av de unga kvinnorna och 63 procent av de unga männen sluta att röka. För de unga kvinnorna är detta en lägre andel än genomsnittet. Av dessa vill 22 procent av kvinnorna och 25 procent av männen få stöd i att sluta röka. 44 procent av de unga kvinnorna och 40 procent av de unga männen som snusar dagligen vill sluta att snusa. Det är motsvarande andel som genomsnittet. Av dessa vill 13 procent av kvinnorna och 8 procent av männen få stöd i att sluta snusa (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

Unga vuxnas livsmiljö

Unga har i lägre utsträckning än den övriga befolkningen etablerat sig på arbetsmarknaden och stadgat sig då det gäller bostad och familjebildning. För att skildra ungas livsmiljöer är det därför snarare de ungas erfarenhet och upplevelse av trygghet och sociala relationer som står i fokus.

Det är 43 procent unga kvinnor som ibland avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, detta i jämförelse med 8 procent bland de unga männen. Detta är främst en otrygghet bland unga kvinnor, eftersom motsvarande andel bland genomsnittet kvinnor är lägre. Unga män med funktionsnedsättning är också överrepresenterade då det gäller att inte gå ut på grund av rädsla. Andelen unga män som har blivit utsatta för fysiskt våld är 11 procent, vilket är högre än andelen bland unga kvinnor som är 5 procent. Att ha blivit utsatt för fysiskt våld är generellt sätt vanligare bland unga vuxna än om man ser till genomsnittet i befolkningen, likaså att ha blivit utsatt för hot om våld. Upplevelser av att ha blivit kränkt är vanligare bland unga än bland genomsnittet i befolkningen, samt vanligare bland kvinnor än bland män. Således är kränkningar mest förekommande bland unga kvinnor, vars andel här är 37 procent. Motsvarande andel bland unga män är 24 procent.

En större andel unga män saknar någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt än andelen unga kvinnor, 16 procent respektive 9 procent. Såväl utlandsfödda kvinnor som män är överrepresenterade när det gäller att sakna någon nära vän att anförtro sig åt. Endast en liten andel unga kvinnor och män saknar någon att få hjälp av då man har praktiska problem eller är sjuk. Även i detta avseende är utlandsfödda överrepresenterade.

Äldre

Data som redovisas i detta kapitel kommer från självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

Bland äldre människor finns det stora skillnader både när det gäller förutsättningar för ett gott åldrande och för hur åldrandet faktiskt ser ut. Att se alla över 65 år som en enda kategori går inte. Många människor över 65 år fortsätter arbeta och de flesta är till åtminstone 80-årsåldern fortfarande oberoende och klarar sig bra (von Strauss, Agüero-Torres, Kåreholt, Winblad, & Fratiglioni, 2003). Skillnader inom äldregruppen förutom just åldern beror också på huruvida man har en funktionsnedsättning eller inte. Enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor" uppskattas drygt en tredjedel av 65–74-åringarna och ungefär hälften av 75–84-åringarna ha en nedsatt funktion³ inom ett eller flera områden. Andra faktorer som har betydelse för hälsostatusen är ekonomiska förutsättningar, utbildningsnivå, eventuella tidigare hälsoproblem, socialt nätverk, ursprungsland, sexuell läggning och kön.

Genom olika insatser kan samhället dels göra det möjligt för äldre att skjuta på funktionsnedsättningar och beroende, dels stödja och uppmuntra val som innebär ett hälsosamt sätt att leva på. Därigenom kan äldre behålla och öka sin livskvalitet. Folkhälsoinstitutet brukar föra fram fyra hörnpelare som grundläggande för ett gott åldrande (Agahi, Lagergren, Thorslund, & Wånell, 2005):

- social gemenskap och stöd
- meningsfullhet

³ Rörelsehinder, nedsatt hörsel, nedsatt syn samt svår ångslan, oro eller ångest.

- fysisk aktivitet
- bra matvanor.

Med begreppet äldre menas i denna rapport de kvinnor och män som är 65–84 år. För att kunna göra så bra jämförelser som möjligt delar vi in dessa i 65–74 år och 75–84 år. Den nationella folkhälsoenkäten skickas ut till personer som är upp till 84 år gamla. Redogörelsen nedan bygger uteslutande på resultat från den nationella folkhälsoenkäten.

Fysisk aktivitet, matvanor och vikt

Fysisk aktivitet minst 30 minuter per dag

Resultaten från 2010 års nationella folkhälsoenkät visar att kvinnor och män som är 65–74 år är fysiskt aktiva i ungefär samma grad som befolkningen som helhet, cirka 65 procent. I åldersgruppen 75–84 år är graden av fysisk aktivitet däremot lägre, i synnerhet bland kvinnorna där andelen är 51 procent (figur 26). 57 procent av de 75–84-åriga männen är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag (figur 27). Det är inga förändringar sedan år 2005. De 65–84-åriga kvinnor och män som har en funktionsnedsättning är fysiskt aktiva i betydligt lägre grad än de som inte har någon funktionsnedsättning. Skillnaderna mellan grupperna svenskfödda respektive utlandsfödda äldre är små.

Stillasittande fritid

Kvinnor och män som är 75–84 år har en mer stillasittande fritid än övriga åldersgrupper. Tydligast är detta bland kvinnor 75–84 år (figur 26). Både kvinnor och män i åldersgruppen 65–74 år har en stillasittande fritid i ungefär samma grad som befolkningen som helhet. Det är något vanligare att 65–84-åriga utlandsfödda kvinnor och män har en stillasittande fritid än svenskfödda kvinnor och män. Huruvida man har en funktionsnedsättning eller inte bidrar sannolikt till vilken sorts fritid man har. Det är betydligt vanligare att 65–84-åriga kvinnor och män med funktionsnedsättning har en stillasittande fritid än de utan någon funktionsnedsättning.

Matvanor

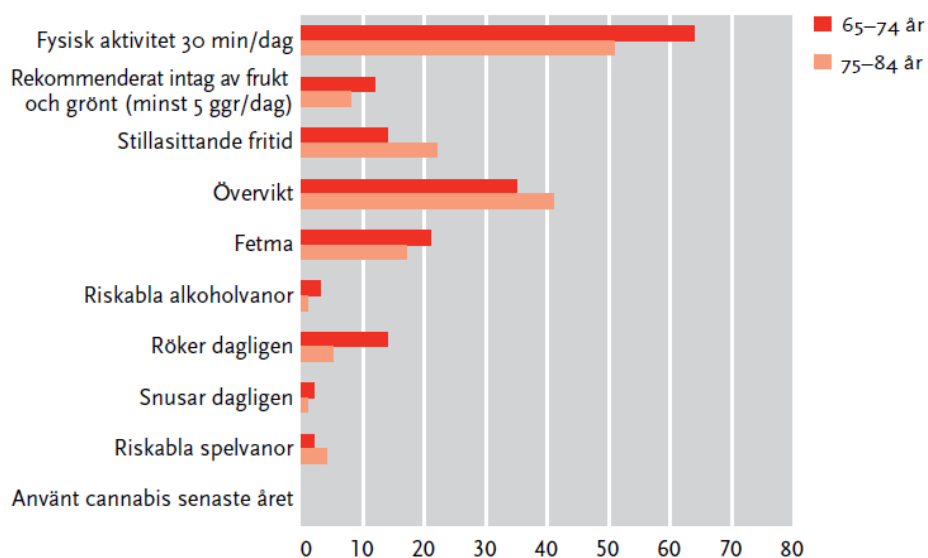
Det är en relativt låg andel överlag som äter den rekommenderade mängden frukt och grönt minst fem gånger varje dag. Mönstret för 65–84-åringar liknar det för befolkningen som helhet såväl bland kvinnor som bland män där männen alltså äter mindre frukt och grönt än kvinnorna (figur 27). Det finns inte några förändringar över tid. Det går inte att se några skillnader mellan vare sig olika socioekonomiska grupper, svenskfödda och utlandsfödda eller personer med och utan funktionsnedsättning.

Övervikt och fetma

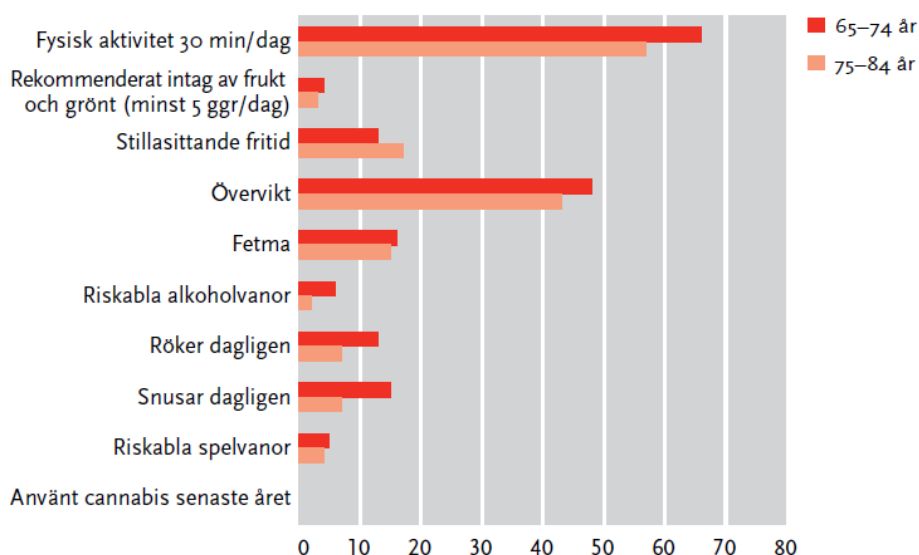
Övervikt är vanligare bland kvinnor och män som är 65–84 år jämfört med hela befolkningen. Det har inte skett några märkbara förändringar över tid. Andelen 75–84-åriga överviktiga kvinnor är 41 procent vilket är högre än bland 65–74-åriga kvinnor där andelen är 35 procent, se figur 25. Bland männen är det ett omvänt förhållande, där 48 procent av 65–74-åringarna är överviktiga jämfört med 43 procent av 75–84-åringarna (figur 27). Skillnaderna är mycket små mellan olika socioekonomiska grupper liksom jämförelser mellan svenskfödda och utlandsfödda. 65–84-åriga män utan funktionsnedsättning är överviktiga i något högre grad än de män som har en funktionsnedsättning.

Andelen 65–84-åringar som har fetma är något större än bland befolkningen som helhet. Framför allt gäller det 65–74-åriga kvinnor, där andelen är 21 procent (figur 26). Det finns en svag tendens till att andelen 75–84-åriga män med fetma har ökat över tid. Kvinnliga 65–84-åriga arbetare har fetma i något högre grad än tjänstemannagrupperna. Bland männen går det inte att säga att det finns motsvarande skillnader. Det finns en tendens till att utlandsfödda både kvinnor och män 65–84 år har fetma i något högre grad än motsvarande bland svenskfödda. Andelen 65–84-åringar med fetma är något högre bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än bland dem utan funktionsnedsättning.

Figur 26. Andel (%) äldre kvinnor fördelad på levnadsvanor, 65-74 år och 75-84 år, 2010.



Figur 27. Andel (%) äldre män fördelad på levnadsvanor, 65-74 år och 75-84 år, 2010.



Alkohol, narkotika, tobak och spel

Alkohol

I åldersgruppen 65–84 år är det mindre vanligt med riskabla alkoholvanor än bland befolkningen som helhet. Det är ett mönster som blir än tydligare i åldersgruppen 75–84 år. I åldersgruppen 65–74 år är andelen med riskabla alkoholvanor något högre bland män än bland kvinnor, 6 respektive 3 procent (figurerna 26 och 27). Dessa förhållanden är oförändrade sedan enkätundersökningarna började år 2004. Det går inte att se några skillnader mellan vare sig olika socioekonomiska grupper, svenskfödda och utlandsfödda eller personer med och utan funktionsnedsättning.

Narkotika

Enligt den nationella folkhälsoenkäten är det inte några kvinnor och män 65–84 år som har använt cannabis det senaste året.

Tobak

Andelen dagligrökare i åldern 65–74 år är bland både kvinnor och män på samma nivå som bland befolkningen som helhet, det vill säga 13 procent. Bland kvinnor och män som är 75–84 år är andelen dagligrökare betydligt färre, 5 respektive 7 procent (figurerna 26 och 27). Förändringarna över tid är små. Det finns dock en svag tendens till att andelen dagligrökare bland 75–84-åriga kvinnor och män har minskat något sedan år 2004. Skillnaderna är små mellan olika socioekonomiska grupper, svenskfödda och utlandsfödda samt mellan dem som har och inte har någon funktionsnedsättning.

Något färre snusare finns i åldersgruppen 65–84 år än bland befolkningen som helhet. Liksom bland befolkningen som helhet är det männen som utgör en betydligt högre andel snusare. Dock är andelen snusare bland männen betydligt färre vid 75–84 år jämfört med dem som är 65–74 år, 7 respektive 15 procent, se figur 27. Förändringarna över tid är mycket små. Att snusa är vanligare bland äldre manliga arbetare än bland män från tjänstemannagrupperna. Svenskfödda 65–84-åriga män snusar i högre grad än utlandsfödda i samma åldersgrupp. Mellan dem med respektive utan funktionsnedsättningar är det ingen skillnad.

Riskabla spelvanor

En låg andel äldre kvinnor och män 65–84 år har riskabla spelvanor (figurerna 26 och 27). Andelen är lika som bland befolkningen som helhet. Vi ser inga förändringar över tid. Det finns en svag tendens att riskabla spelvanor är vanligare bland utlandsfödda 65–84-åriga kvinnor jämfört med svenskfödda. I övrigt är det inte några skillnader mellan socioekonomiska grupper och personer med respektive utan funktionsnedsättning.

Många vill förändra sina levnadsvanor

När det gäller den nya frågan om viljan att förändra sina levnadsvanor svarar 62 procent i gruppen 65–84 år att de vill minska sin alkoholkonsumtion. 9 procent önskar stöd för att minska sin alkoholkonsumtion. 54 procent vill äta mer frukt och grönsaker men endast 3 procent uppger att de behöver stöd för den förändringen. Bland kvinnor och män i gruppen är det 71 procent som vill öka sin fysiska aktivitet och 24 procent anser sig behöva stöd för det. 69 procent vill sluta röka och 29 procent behöver stöd för att göra den förändringen (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

Äldres livsmiljö

De frågor i den nationella folkhälsoenkäten vi har bedömt som relevanta att redovisa här är de frågor som handlar om socialt deltagande, rädsla för att gå ut ensam, utsatthet för fysiskt våld eller hot om våld, kränkande bemötande samt avsaknad av praktiskt eller känslomässigt stöd. (För närmare beskrivning av begreppet livsmiljö se kapitlet Livsmiljöns betydelse för befolkningens hälsa i rapportens inledning).

Enligt den nationella folkhälsoenkäten blir vi mindre socialt deltagande med stigande ålder. Detta är ett av de områden där äldre utmärker sig mest gentemot befolkningen som helhet. Bland kvinnor och män i den äldsta åldersgruppen 75–84 år är det över 40 procent som har ett lågt socialt deltagande vilket klart skiljer sig från befolkningen i övrigt. Över tid verkar det dock vara en liten positiv utveckling för 65–84-åriga kvinnor och män, det vill säga färre anger i dag än tidigare år att de har ett lågt socialt deltagande. Det finns skillnader mellan socioekonomiska grupper där arbetare är socialt delaktiga i lägre grad än tjänstemannagrupperna. Det finns även det som tyder på att utlandsfödda äldre, särskilt kvinnor, är socialt delaktiga i lägre grad än svenskfödda. Motsvarande tendens finns vid jämförelse mellan äldre personer som har en funktionsnedsättning och dem som inte har någon funktionsnedsättning. Här verkar det dock ha skett en positiv utveckling där färre med funktionsnedsättning i dag anger ett lågt socialt deltagande jämfört med åren innan. Detta gäller i synnerhet för 65–84-åriga kvinnor.

Äldre kvinnor avstår oftare än äldre män från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade. Andelen äldre kvinnor som är rädda är högre än genomsnittet för alla kvinnor. Även för äldre män är andelen rädda något högre än för män i allmänhet. Dessa förhållanden är oförändrade över tid. Samtidigt som äldre är överrepresenterade vad gäller rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, visar statistiken att just dessa grupper nästan inte alls uppger att de faktiskt utsatts för fysiskt våld.

Färre kvinnor och män 65–84 år än befolkningen som helhet uppger att de har utsatts för ett kränkande bemötande. Till skillnad från de andra åldersgrupperna i befolkningen är det bland äldre ingen större skillnad mellan kvinnor och män.

Äldre kvinnor och män skiljer sig inte nämnvärt från befolkningen som helhet då det gäller någon att få stöd ifrån vid praktiska problem eller sjukdom. Motsvarande förhållanden gäller frågan om avsaknad av någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Skillnaderna är mycket små över tid och om man jämför socioekonomisk tillhörighet. Även om dataunderlaget är begränsat så finns det sådant som tyder på att utlandsfödda äldre kvinnor samt äldre kvinnor och män med funktionsnedsättning i högre grad än övriga saknar någon att dela sina innersta känslor med och någon att anförtro sig åt.

Personer med funktionsnedsättning

Data som redovisas i detta kapitel kommer från självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten 2007–2010. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010e).

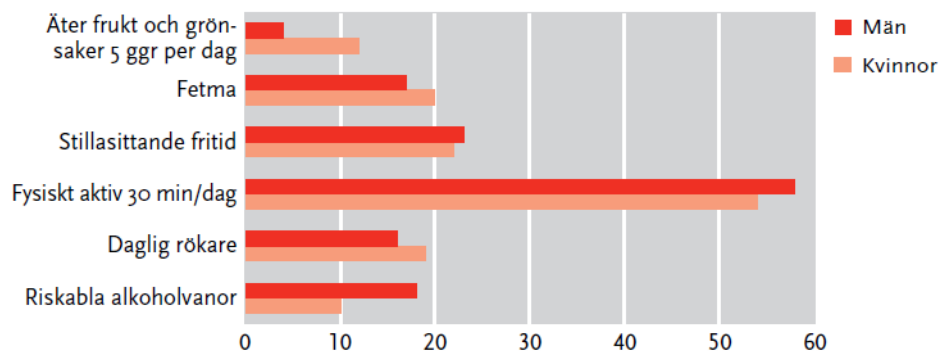
Enligt rapporten ”Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning” (Boström, 2008) hade drygt 1,5 miljoner personer i åldern 16–84 år en eller flera funktionsnedsättningar under perioden 2004–2007. Drygt 1,5 miljoner personer i åldern 16–84 år hade en eller flera funktionsnedsättningar varav 1 miljon var 16–64 år och drygt en halv miljon var 65 år eller äldre. Funktionsnedsättningarna ökar med åldern. Personer med funktionsnedsättning har också oftare en kort utbildning och en sämre ekonomisk situation jämfört med den övriga befolkningen. Dessutom har personer med funktionsnedsättning tio gånger oftare en dålig hälsa jämfört med resten av befolkningen. Resultaten från rapporten visar också att drygt 30 procent av ohälsan är påverkbar (37 procent för män och 29 procent för kvinnor) när man kontrollerar för faktorer som ålder, utbildningsnivå, kontantmarginal, stillasittande fritid, daglig rökning, kraftig övervikt, kränkande bemötande och socialt deltagande (Boström, 2008).

Med anledning av att uppgifterna i ”Hälsa på lika villkor” bygger på folkhälsoenkäten som förutsätter aktiv medverkan från den som svarar, finns det anledning att tro att bortfallet i vissa grupper är stort. Det gäller till exempel personer med intellektuell funktionsnedsättning, grav psykisk ohälsa och personer med demens. Hela gruppen är därför, med stor säkerhet, större än vad som framkommer i rapporten. Även den samlade ohälsan i gruppen kan antas vara större än vad som redovisas med tanke på de höga ohälsotal som särskilt personer med psykisk ohälsa uppvisar i andra undersökningar (Socialstyrelsen, 2010c).

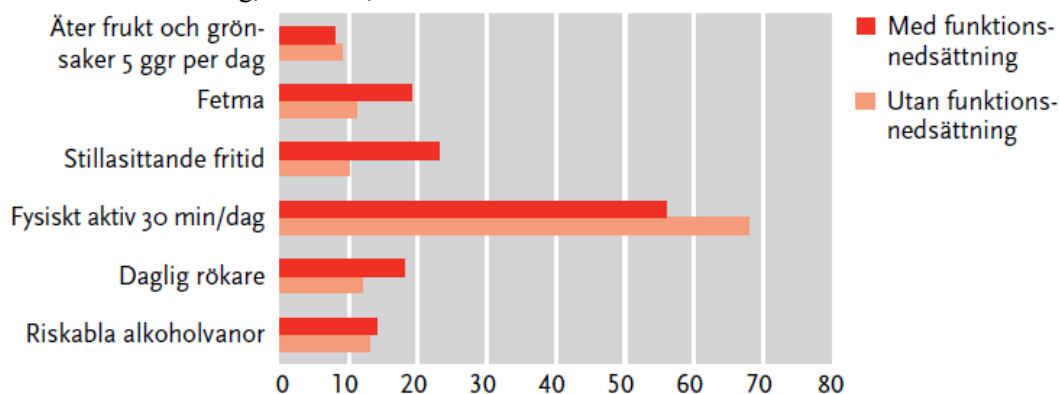
Vanligt med ohälsosamma levnadsvanor

Enligt den nationella folkhälsoenkäten är en mindre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning fysiskt aktiva än den övriga befolkningen. Kvinnor och män med funktionsnedsättning äter också mindre frukt och grönsaker, och röker oftare varje dag. Det är också vanligare att vara utsatt för passiv rökning bland personer med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen, utom bland äldre män. Det är något vanligare att snusa varje dag bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen. Riskabla alkoholvanor liksom riskabla spelvanor är något vanligare bland män med funktionsnedsättning än bland resten av befolkningen. Vidare är fetma betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen, särskilt bland kvinnor där det är dubbelt så vanligt. Stillasittande fritid är mer än dubbelt så vanligt bland både kvinnor och män med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen (figurerna 28 och 29).

Figur 28. Andel (%) kvinnor och män med funktionsnedsättning fördelad på levnadsvanor, 16-84 år, 2007-2010.



Figur 29. Andel (%) personer med respektive levnadsvana bland dem med respektive utan funktionsnedsättning, 16-84 år, 2007-2010.



Många vill förändra sina levnadsvanor

Personer med funktionsnedsättning vill förändra sina vanor när det gäller fysisk aktivitet och mat i ungefär samma utsträckning som den övriga befolkningen. Däremot är andelen som anser sig behöva stöd för detta betydligt högre bland personer med funktionsnedsättning. De som anser att de behöver stöd för att öka sin fysiska aktivitet är 38 procent bland personer med funktionsnedsättning jämfört med 21 procent bland den övriga befolkningen. De som anser att de behöver stöd för att äta mer frukt och grönt är 13 procent bland personer med funktionsnedsättning mot 5 procent bland den övriga befolkningen. Även bland dem som vill sluta röka är det fler bland personer med funktionsnedsättning som anser att de behöver stöd för det än bland den övriga befolkningen, 40 procent respektive 30 procent. Andelen personer med funktionsnedsättning som behöver stöd för att minska sin alkoholkonsumtion är 13 procent, och det är fler än i den övriga befolkningen där andelen är 5 procent (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

Livsmiljö

För personer med funktionsnedsättning är begreppet livsmiljö nära sammankopplat med tillgänglighet. Inom området socialt deltagande redovisar personer med funktionsnedsättning betydligt lägre siffror än befolkningen i övrigt. 29 procent har ett lågt socialt deltagande jämfört med cirka 16 procent för den övriga befolkningen. En del av den skillnaden kan troligen förklaras med bristande tillgänglighet i bred mening. Här ingår bland annat fysisk

tillgänglighet, tillgänglig information, frihet från allergiframkallande lukter eller ämnen och tillgång till hörselhjälpmedel eller synhjälpmedel. Men också bristande trygghet, kränkande bemötande och dålig tillit till medmänniskor kan begränsa människors livsmiljö. I samtliga dessa avseenden redovisar personer med funktionsnedsättning sämre siffror än den övriga befolkningen. Fler har också varit utsatta för hot om våld och fysiskt våld. Andra förhållanden av betydelse för livsmiljön är i vilken mån man har tillgång till emotionellt och praktiskt stöd i det dagliga livet. Här redovisar 18 procent bland personer med funktionsnedsättning att de saknar emotionellt stöd mot 10 procent i övrig befolkning. 10 procent av personer med funktionsnedsättning uppger att saknar praktiskt stöd, mot 4 procent i den övriga befolkningen (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

Det går att förbättra den allmänna hälsan i gruppen

En stor del av befolkningens samlade ohälsa finns bland personer med funktionsnedsättning. I många fall har ohälsan ett direkt samband med funktionsnedsättningen, men ca en tredjedel av ohälsan har i stället samband med kända bestämningsfaktorer som ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet. Det innebär att personer med funktionsnedsättning kan få en bättre hälsa om de till exempel

- får bättre ekonomiska förutsättningar
- behandlas eller bemöts mindre kränkande (inte diskrimineras)
- kan öka sitt sociala deltagande
- förändrar vissa levnadsvanor.

Homosexuella, bisexuella och transpersoner

Den nationella folkhälsoenkäten ger ett ganska gott underlag för att beskriva homosexuella och bisexuellas personers hälsa. Rapporterade data som finns från den här gruppen redovisas i åldersspannet 16–84 år, och fyra år är sammanslagna samt att landtingens tilläggsurval är inkluderad, 2007–2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010d), för att få ett tillräckligt stort statistiskt material. Där inget annat anges hänvisar vi till denna källa. 2007–2010 svarade 2 procent att de var homo- eller bisexuella. Det är inte meningsfullt att göra jämförelser bakåt i tiden för denna grupp då det inte finns tillförlitliga data men jämförelser görs med övriga befolkningen.

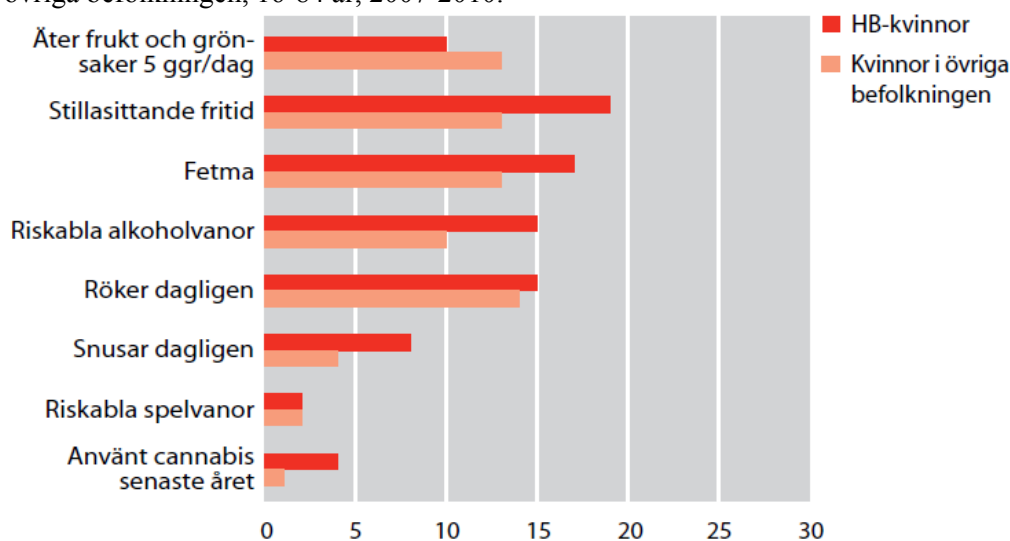
Levnadsvanor hos homo- och bisexuella personer

Homo- och bisexuella män är i mindre utsträckning fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag jämfört med män i övriga befolkningen. Bland kvinnor är det ingen skillnad. Andelen stillasittande kvinnor och män i gruppen är högre än i den övriga befolkningen. När vi tittar på denna grups matvanor äter homo- och bisexuella kvinnor i mindre utsträckning än kvinnor i övriga befolkningen frukt och grönsaker fem gånger per dag. Det är vanligare att männen i gruppen konsumerar frukt och grönsaker enligt rekommendationerna jämfört med övriga män.

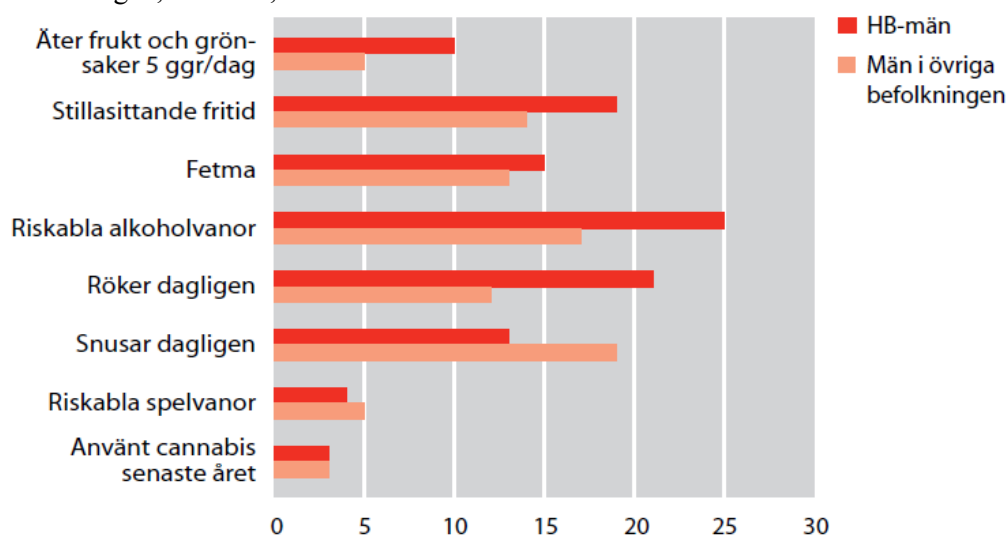
Spelvanorna skiljer sig inte bland homo- och bisexuella kvinnor och män jämfört med den övriga befolkningen, men gruppens alkoholvanor är mer riskabla. Bland homo- och bisexuella män är andelen som röker högre än bland män i den övriga befolkningen men bland kvinnor

är det ingen skillnad. Daglig snusning är vanligare bland kvinnor i gruppen och mindre vanlig bland män i gruppen jämfört med befolkningen som helhet, se figurerna 30 och 31.

Figur 30. Andel (%) kvinnor med respektive levnadsvana bland homo- och bisexuella respektive övriga befolkningen, 16-84 år, 2007-2010.



Figur 31. Andel (%) män med respektive levnadsvana bland homo- och bisexuella respektive övriga befolkningen, 16-84 år, 2007-2010.



Homo- och bisexuella i åldersgruppen 16–24 år är en liten grupp (under 100 svarande) trots att data är sammanslagna för åren 2007–2010, och därför är det inte meningsfullt att göra några jämförelser.

Socioekonomiska skillnader

Vid analys av socioekonomiska faktorer i gruppen homo- och bisexuella personer ser vi att mönstret i stort liknar hela befolkningens.

Vill förändra sina levnadsvanor

Det är för få homo- och bisexuella som svarat på denna fråga och det är därför inte meningsfullt att redovisa resultatet.

Livsmiljö

Den fysiska miljön där vi lever och verkar kan innehålla aspekter som påverkar denna grupp negativt och som har stor inverkan på deras livsmiljö. Homo- och bisexuella personer är oftare än den övriga befolkningen utsatta för kränkande behandling och hot om våld samt saknar emotionellt och praktiskt stöd. 6 procent av de homo- och bisexuella kvinnorna är utsatta för fysiskt våld jämfört med 2 procent bland alla kvinnor. Andra intressanta uppgifter är att:

- 9 procent homo- och bisexuella har utsatts för hot om våld, att jämföra med 4 procent i hela befolkningen.
- 29 procent homo- och bisexuella har utsatts för kränkande behandling eller bemötande, att jämföra med 20 procent i hela befolkningen.
- 16 procent homo- och bisexuella saknar emotionellt stöd, att jämföra med 12 procent i befolkningen.
- 11 procent homo- och bisexuella saknar praktiskt stöd, att jämföra med 6 procent i befolkningen.

Mötesplatser och sociala relationer är viktiga för alla men en del kan ha mer eller mindre svårt att hitta sociala sammanhang och mötesplatser som överstämmer med deras behov. Ett viktigt arbete för att skapa en bättre hälsa hos bland annat hbt-personer är att skapa mötesplatser för dem. Ideella organisationer som bland annat RFSL Ungdom anordnar lokala mötesplatser för hbt-personer i många åldrar, exempelvis cafékvällar, fester, läger eller festivaler. På flera platser i landet finns också särskilda sociala mötesplatser riktade till unga hbt-personer. Detta lyfts upp i Ungdomsstyrelsens rapport "Hon hen han" som en nyckelfaktor för att förbättra hälsan i gruppen (Ungdomsstyrelsen, 2010). Samtliga verksamheter av detta slag bedrivs dock med kortsiktig finansiering och otrygga förutsättningar (RFSL, 2010).

Utlandsfödda

Data som redovisas i detta kapitel kommer från självrapporterade uppgifter från den nationella folkhälsoenkäten 2007–2010. Där inga andra referenser anges hänvisar vi till denna enkät (Statens folkhälsoinstitut, 2010e).

Nykomlingar i det svenska samhället hamnar ofta i en utsatt socioekonomisk situation, bland annat när det gäller boende och arbete. Utlandsfödda utsätts också i större utsträckning än svenskfödda för olika typer av diskriminering, vilket är en viktig förklaring till att invandrare i Sverige med utomeuropeiskt ursprung oftare än svenskfödda har en dålig eller en mycket dålig hälsa. Det är inte heller ovanligt att uppleva ett utanförskap bland invandrade ungdomar med föräldrar som degraderats från sin föräldrapsituation när det gäller social status på grund av språk, arbete eller ekonomi (Socialstyrelsen, 2009b).

Personer med ett utomeuropeiskt ursprung som kommer till Sverige förändrar sina matvanor samtidigt som de rör sig mindre. Detta har lett till en snabb utveckling av övervikt bland vissa invandrargrupper (Socialstyrelsen, 2009b). En viktig del i folkhälsoarbetet är därför att förbättra de sociala förutsättningarna bland de utlandsfödda för att kunna främja och behålla goda levnadsvanor, och därmed en god hälsa.

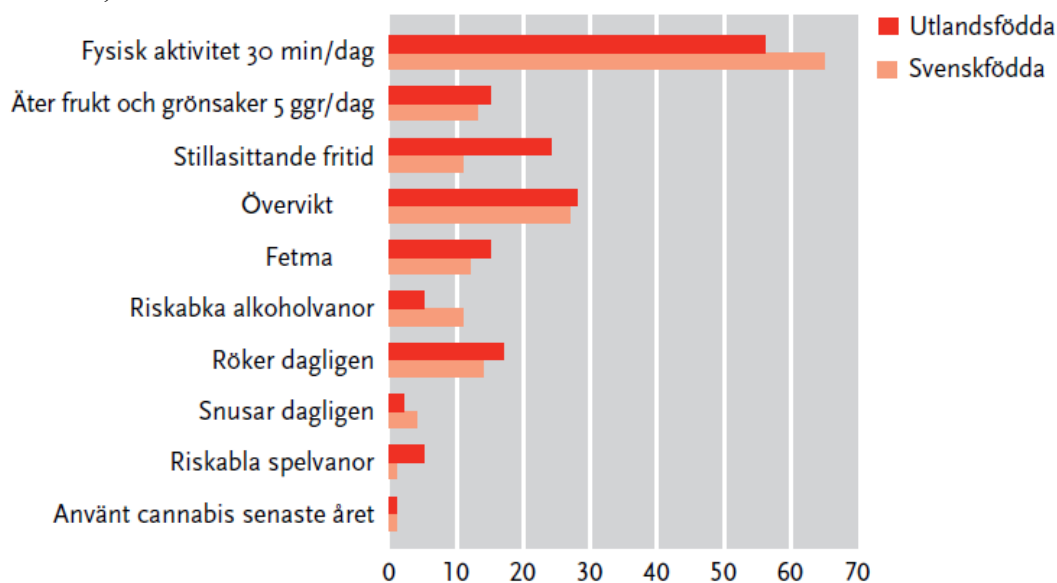
Utlandsföddas levnadsvanor

Självskattade uppgifter från utlandsfödda visar att de inte är fysiskt aktiva 30 minuter per dag i samma omfattning som svenskfödda, och en större andel med stillasittande fritid finns också i denna grupp jämfört med personer födda i Sverige. Bland utlandsfödda män äter man frukt och grönsaker fem gånger per dag i större utsträckning än bland svenskfödda, 8 respektive 4 procent. Utlandsfödda kvinnor äter frukt och grönsaker enligt rekommendationerna i samma omfattning som svenskfödda kvinnor. När det gäller fetma i den här gruppen är andelen något högre för utlandsfödda än för svenskfödda, men ser vi på övervikt finns ingen skillnad. Bland utlandsfödda kvinnor och män är det en lägre andel som har riskabla alkoholvanor i jämförelse med svenskfödda. Utlandsfödda är i större utsträckning dagligrökare än de som är födda i Sverige, och riskabla spelvanor är vanligare bland dem som är födda utanför Sverige (figurerna 32 och 33).

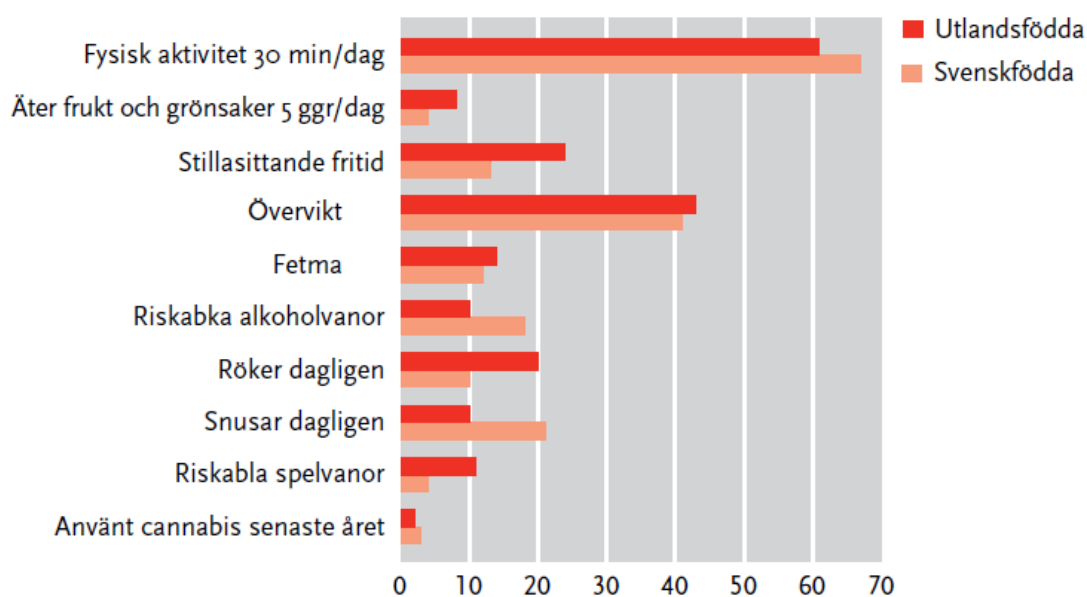
Riskabla spelvanor samt spelproblem är vanligare hos personer födda utanför Sverige trots att dessa (åtminstone de som är födda utanför Norden) spelar betydligt mindre än svenskfödda. Enligt den nationella folkhälsoenkäten hade 34 procent av personerna födda utanför Europa spelat det senaste året, jämfört med 67 procent av dem som var födda i Sverige. De som hade spelat minst var kvinnor som inte är födda i Sverige, se figurerna 32 och 33. Andra intressanta uppgifter är att:

- 24 procent av de utlandsfödda kvinnorna och männen har en stillasittande fritid, jämfört med 12 procent av de svenskfödda kvinnorna och männen.
- 5 procent av de utlandsfödda kvinnorna och 10 procent av de utlandsfödda männen har riskabla alkoholvanor, jämfört med 11 procent av de svenskfödda kvinnorna och 18 procent av de svenskfödda männen.
- 17 procent av de utlandsfödda kvinnorna och 20 procent av de utlandsfödda männen röker dagligen, jämfört med 14 procent av de svenskfödda kvinnorna och 10 procent av de svenskfödda männen.
- 8 procent av kvinnorna och männen födda utanför Europa har riskabla spelvanor, jämfört med 3 procent av de svenskfödda kvinnorna och männen.

Figur 32. Andel (%) kvinnor med respektive levnadsvana bland utlandsfödda respektive svenskfödda, 16-84 år, 2007-2010.



Figur 33. Andel (%) män med respektive levnadsvana bland utlandsfödda respektive svenskfödda, 16-84 år, 2007-2010.



Även unga utlandsfödda 16–24-åringar rör sig mindre än motsvarande grupp svenskfödda. Andelen som är fysiskt aktiva 30 minuter per dag är lägre bland utlandsfödda och andelen stillasittande är högre än bland 16–24-åringar födda i Sverige. När det gäller konsumtionen av frukt och grönsaker fem gånger per dag är det ingen skillnad mellan utlandsfödda och svenskfödda 16–24-åringar. Bland unga vuxna är förekomsten av övervikt och fetma låg, och det är ingen skillnad mellan de grupper vi jämför i detta avsnitt. Unga utlandsfödda har riskabla alkoholvanor i mindre utsträckning än motsvarande grupp bland svenskfödda, som i jämförelse med hela befolkningen också har en högre andel riskabla alkoholvanor.

Utlandsfödda män har riskabla spelvanor i större utsträckning än svenskfödda män, 11 respektive 5 procent. Samma förhållande gäller andelen utlandsfödda som röker dagligen, som är högre än bland 16–24-åringar födda i Sverige. Andra intressanta uppgifter är att:

- 66 procent utlandsfödda i åldersgruppen 16–24 år är fysiskt aktiva 30 minuter per dag, jämfört med 75 procent bland motsvarande grupp födda i Sverige.
- 18 procent utlandsfödda i åldersgruppen 16–24 år röker dagligen, jämfört med 7 procent svenskfödda i motsvarande åldersgrupp.

Vill förändra sina levnadsvanor

Det är fler utlandsfödda än svenskfödda som vill minska sin alkoholkonsumtion, trots att utlandsfödda i mindre utsträckning har riskabla alkoholvanor. Det är en lägre andel bland utlandsfödda som är fysiskt aktiva 30 minuter per dag, och det är 37 procent som anser sig behöva stöd för att öka sin fysiska aktivitet. Bland svenskfödda är andelen 24 procent. En lika stor andel utlandsfödda som svenskfödda kvinnor äter frukt och grönsaker fem gånger per dag, men utlandsfödda män äter mer frukt och grönsaker än svenskfödda. Utlandsfödda vill dessutom i högre grad äta mer frukt och grönt och vill mer än svenskfödda få hjälp med att öka sin konsumtion. När det gäller åldersgruppen 16–24 år är det inte meningsfullt att analysera data då svarsfrekvensen är för låg (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).

Livsmiljö

Utlandsfödda är i högre grad än svenskfödda socialt utsatta och det syns tydligt då vi tittar på faktorer som att sakna emotionellt och praktiskt stöd, ha ett lågt socialt deltagande, vara utsatt för fysiskt våld och hot om våld. De flesta av dessa faktorer är psykosociala men fysiskt våld kan anses vara av mer fysisk än psykosocial karaktär. Det kan handla om våld i hemmet, på arbetsplatsen, på allmän plats eller i bostadsområdet. Fler utlandsfödda är utsatta för hot om våld och utsatta för fysiskt våld än vad svenskfödda är.

20 procent av de utlandsfödda saknar emotionellt stöd jämfört med 11 procent bland de svenskfödda, och en högre andel utlandsfödda saknar också praktiskt stöd. 33 procent utlandsfödda har ett lågt socialt deltagande medan andelen för svenskfödda är 17 procent. Det här är faktorer som kan bidra till att utlandsfödda är mer stillasittande. I kapitlet om fysisk aktivitet sågs att de som har en stillasittande fritid i högre grad känner sig otrygga i jämförelse med dem som är fysiskt aktiva. Att känna sig otrygg tyder inte på god livsmiljö och att förbättra de sociala förutsättningarna för denna grupp är viktigt då de faktorer vi sett här bidrar till en dålig livsmiljö.

Behov av forskning och utveckling

I detta kapitel belyser vi behovet av forskning och utveckling inom de områden som berörs i rapporten. Kunskapen om områdena är delvis bristfällig eller saknas helt, och behöver öka för att vi bättre ska kunna förstå människors levnadsvanor. Vi bedömer att det behövs mer forskning och utveckling på bl.a. nedanstående områden.

- **Att äta frukt och grönsaker fem gånger per dag: Skillnad mellan könen men inga skillnader bland socioekonomiska grupper bland män.** Andelen kvinnor som äter frukt och grönsaker fem gånger per dag är 14 procent och andelen bland män är fem procent. Vad ligger bakom denna skillnad? Generellt visar uppgifterna från befolkningen att de som är arbetare och har kort utbildning och låg inkomst har sämre levnadsvanor än de med bättre social position. Detta mönster ser vi inte bland män som uppger att de äter frukt och grönsaker enligt de svenska rekommendationerna. Andelen som gör det är 5 procent, oavsett om de har arbete, är arbetslösa eller har sjukersättning, och oavsett utbildningslängd eller inkomstnivå. Dessa faktorer påverkar alltså inte mäns konsumtion av frukt och grönsaker. Varför?
- **Den byggda miljön har betydelse för fysisk aktivitet, särskilt hos personer med olika funktionsnedsättningar.** Forskning på området har visat sig vara ytterst knapphändig. Personer med funktionsnedsättning är en stor grupp i samhället som uppvisar stora ohälsotal. Vi vet att personer med funktionsnedsättning generellt är mindre fysiskt aktiva och mer stillasittande jämfört med den övriga befolkningen. Vi vet också att den byggda miljön har betydelse för hur människor i allmänhet är fysiskt aktiva. Stödjande miljöer har förmåga att öka människors deltagande i fysisk aktivitet. Hur ska stödjande miljöer utformas för att olika grupper av personer med funktionsnedsättning ska öka sin fysiska aktivitet? Vilka andra faktorer påverkar graden av fysisk aktivitet i de här grupperna. Finns det funktionsnedsättningar där fysisk aktivitet kan medföra skaderisker? Hur stödjer vi aktivitet hos barn med olika funktionsnedsättningar? Vilka åtgärder i miljön ökar fysisk aktivitet hos äldre med olika funktionsnedsättningar? Är behoven olika för män respektive kvinnor. Det här är exempel på frågor som det är svårt att hitta svar på i både internationell och svensk forskning idag.
- **Människors livsmiljö är viktig för hälsan.** Kunskapen om människors livsmiljö behöver öka och Statens folkhälsoinstitut bör utreda om och hur frågor om livsmiljö ska ställas i den nationella folkhälsoenkäten. Det finns frågor i dag i enkäten som kan kopplas till livsmiljö men det finns behov av att utveckla frågorna så att de inkluderar andra aspekter av livsmiljön. Det gäller t.ex. tillgängligheten till livsmedel och avståndet till ett grönområde.
- **Regionala skillnader ses på länsnivå vid riskabla alkoholvanor.** Utifrån data från ”Hälsa på lika villkor” (Statens folkhälsoinstitut, 2010c) framträder regionala skillnader på länsnivå vid riskabla alkoholvanor, exempelvis Jönköpings och Västernorrlands län har i flera år, sedan 2004, redovisat värden under riksgenomsnittet. Vad beror de återkommande skillnaderna på vid exempelvis riskabla alkoholvanor? Vilken betydelse har det regionala och lokala folkhälsoarbetet?

- **Snusavvänjningen i landet behöver utvecklas.** Ganska många dvs. 42 % uppger att de önskar sluta snusa, endast 11 % önskar stöd för att sluta snusa. Hur upplever snusare tillgänglig snusavvänjning och hur utvecklas en effektiv snusavvänjning?

Slutsats och reflektioner

Det övergripande målet i Folkhälsopolitiken är att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Årets lägesrapport visar att inte mycket har förändrats de senaste åren när det gäller befolkningens levnadsvanor. Rapporten visar också att befolkningens levnadsvanor nästan utan undantag följer ett socioekonomiskt mönster. De med kort utbildning, låg inkomst och dålig ekonomi samt de som är arbetslösa eller har sjukersättning har i högre omfattning ohälsosamma levnadsvanor än de med en god social situation. Det ser vi genomgående i rapporten – det finns socioekonomiska skillnader oavsett om det handlar om äldre personer, personer med funktionsnedsättning, sexualitet och reproduktiv hälsa, riskabla spelvanor, riskabla alkoholvanor eller matvanor.

Vår analys av sambandet mellan levnadsvanor och ekonomiska aspekter såsom låg eller hög inkomst, kontantmarginal eller inte och ekonomisk kris eller inte visar att det är signifikanta skillnader bland både kvinnor och män när det gäller fysisk aktivitet minst 30 minuter per dag, riskabla spelvanor och dagligt rökande. Bland dem med dålig ekonomi finns fler som har riskabla spelvanor och som röker dagligen och som inte är tillräckligt fysiskt aktiva jämfört med dem som har en god ekonomi.

I lägesrapporten 2009 rapporterades att ansamlingen av två eller fler ohälsosamma levnadsvanor var kopplad till ekonomi. Andelen personer som hade en ansamling av ohälsosamma levnadsvanor var högre bland dem med svåra ekonomiska problem oavsett utbildningslängd. Exempelvis var det dubbelt så vanligt bland män med kort utbildning och svåra ekonomiska problem att ha minst två ohälsosamma levnadsvanor jämfört med män som hade kort utbildning och inga ekonomiska problem.

Det finns dock ett intressant undantag som avviker från ovanstående analys. Andelen män som äter frukt och grönsaker fem gånger per dag visar ingen skillnad oavsett om de har arbete, är arbetslösa eller har sjukersättning. Det är heller ingen skillnad på vilken yrkesgrupp de tillhör, hur kort eller lång utbildning de har eller hur deras ekonomiska situation ser ut. Andelen män som äter frukt och grönsaker enligt rekommendationerna är fem procent oavsett socioekonomisk status. Det är uppenbarligen andra faktorer än de socioekonomiska som har betydelse i detta fall.

Männen bör också uppmärksammas ur ett annat perspektiv, nämligen att de jämfört med kvinnorna i en högre utsträckning har ohälsosamma levnadsvanor. Så är fallet vid sex av nio indikatorer för levnadsvanor som används i rapporten. Det här ses bl.a. bland dem som inte äter frukt och grönsaker fem gånger per dag, de som har riskabla spelvanor, de som har riskabla alkoholvanor och de som snusar dagligen.

Det finns flera intressanta aspekter på levnadsvanor. En är de nyligen utkomna riktlinjerna från Socialstyrelsen. Det är riktlinjer som ska hjälpa vårdgivarna att välja lämpliga metoder vid mötet med patienter med ohälsosamma levnadsvanor såsom otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskabla alkoholvanor och tobaksbruk. Riktlinjerna innebär att hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete har möjlighet att intensifieras vilket kan ha stor betydelse för folkhälsan.

En annan intressant aspekt på levnadsvanor i denna rapport är svaren som redovisar frågan om man är benägen att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor. Många uttrycker en önskan om att förändra sina levnadsvanor och många anser sig behöva stöd för att göra det. Det här är en intressant grupp för hälso- och sjukvården med tanke på Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor. Men kommer hälso- och sjukvården att klara av den eventuella tillströmning av patienter som vill få stöd för att ändra sina ohälsosamma levnadsvanor? Det är osäkert och hälso- och sjukvården kan behöva samverka med andra aktörer för att klara den utmaningen.

En tredje aspekt på levnadsvanor och som har betydelse i detta sammanhang är samhällsplaneringen och den byggda miljön. För många levnadsvanor har dessa faktorer stor betydelse och det kan handla om människors tillgång till grönområden, gång- och cykelbanor för att stimulera fysisk aktivitet. Det kan vara tillgänglighet till bra och näringsrikt livsmedel. På spelområdet är det viktigt att veta hur många spelbutiker det är i en stadsdel eller ett bostadsområde. Internet gör det dock svårt att begränsa tillgången till arenor att spela på. Rökfria arenor har stor betydelse för människors hälsa och det är viktigt att miljöer upplevs vara trygga.

En fjärde aspekt på levnadsvanor är de kostnader för samhället vilket medföljer ohälsosamma levnadsvanor. Folkhälsopolitisk rapport 2010 redogör kostnader för indikatorer för levnadsvanor och som exempel kostar fysisk inaktivitet 6,8 miljarder kronor, matvanor och livsmedel 18 miljarder kronor, alkohol 17,2 miljarder kronor, narkotika 21,6 miljarder kronor, tobak 9,3 miljarder kronor och sexualitet och reproduktiv hälsa 3,4 miljarder kronor. Det bör påpekas att dessa siffror är lågt räknade. Ohälsosamma levnadsvanor kostar samhället minst 120 miljarder kronor enligt Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut uppmärksammar bl.a. samhällets kostnader för ohälsosamma levnadsvanor och den socioekonomiska innebörden för folkhälsan i ”Folkhälsopolitisk rapport”, som publicerades i november 2010. I rapporten har institutet föreslagit åtgärder som ska utjämna skillnaderna i människors olika förutsättningar för hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2010a).

Presentation av medverkande i rapporten

Följande utredare vid Statens folkhälsoinstitut har bidragit med underlag till rapporten:

Jessika Svensson, spel om pengar.

Marit von Rosen, alkohol, narkotika och tobak.

Marlene Makenzius, sexualitet och reproduktiv hälsa.

Lina Eriksson, unga vuxna.

Elisabet Olofsson, äldre.

Magnus Wimmercranz, personer med funktionsnedsättning.

Kent Nilsson, fysisk aktivitet, matvanor och vikt med stöd av *Nina Åkeson*, homosexuella och bisexuella personer samt utlandsfödda.

Agneta Brolund, stöd i informationssökning och referenshantering.

Ann-Sofie Karlsson, statistik från Nationella folkhälsoenkäten.

Anna-Karin Johansson, framställning av regionala kartor.

Rapporten är granskad av:

Lena Kallings, Med Dr och utredare vid Statens folkhälsoinstitut

Gunnar Ågren, fd generaldirektör vid Statens folkhälsoinstitut.

Styrgrupp

Uppdraget har beretts av en grupp bestående av avdelningschefer för berörda avdelningar.

Bitti Jonasson, kommunikation, *Anna Bessö*, avdelningen för unga och äldre, *Pia Lindeskog*, avdelningen för levnadsvanor och livsmiljö, *Åsa Domeij*, avdelningen för drogprevention samt *Saman Rashid*, avdelningen för analys och uppföljning.

Redaktör och projektledare har varit *Kent Nilsson*.

Referenser

- Agahi, N., Lagergren, M., Thorslund, M., & Wånell, S. E. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar: En kunskapssammanställning*. . Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- AICR. (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC: AICR: World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research.
- Babor, T. F. (2004). Alcohol policy research: A quoi bon? *Addiction*, 99(9), 1091-1092.
- Babor, T. F. (2004). *Alkohol - ingen vanlig handelsvara* (Rapport nr. 2004:45). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Berchtold, N. C. (2008). Exercise, Stress Mechanisms, and Cognition. I W. W. Spirduso, L. W. Poon & W. Chodzko-Zajko (Red.), *Exercise And Its Mediating Effects on Cognition* (Vol. 2, ss. 47-67). Champaign: Human Kinetics.
- Boffetta, P., Hecht, S., Gray, N., Gupta, P., & Straif, K. (2008). Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*, 9(7), 667-675.
- Boffetta, P., & Straif, K. (2009). Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ*, 339, b3060.
- Boström, G. (2008). *Hälsa på lika villkor. Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning* (nr. R 2008:17). Västerås: Statens folkhälsoinstitut.
- Brottsförebyggande Rådet. (2010). *Sexualbrott*. Hämtad 2010-06-10, från http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=8&module_instance=2
- Brug, J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Family Practice*, 1-6.
- Brug, J., Kremers, S., van Lenthe, F., Ball, K., & Crawford, D. (2008). Environmental determinants of healthy eating: in need of theory and evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67, 307-316.
- Carlijn, B. M., Kamphuis, C. B., Giskes, K., de Bruijn, G. J., Wendel-Vos, W., Brug, J., et al. (2006). Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults: a systematic review. *Br J Nutr*, 96(4), 620-635.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN]. (2008). *Can:s faktablad om blandmissbruk*.
- Cnattingius, S., Galanti, R., Grafström, R., Hergens, M.-P., Lambe, M., Nyrén, O., et al. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus* (Arbetsrapport nr. A 2005:15). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Craig, C. L., Msc, Brownson, R. C., PhD, Cragg, S. E., Mba, et al. (2002). Exploring the effect of the environment on physical activity A study examining walking to work. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 36-43.
- Desai, R., Desai, M., & Potenza, M. (2007). Gambling, health and age. Data from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 431-440.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519.
- Donesky-Cuenco, D., Janson, S., Neuhaus, J., Neilands, T. B., & Carrieri-Kohlman, V. (2007). Adherence to a home-walking prescription in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 36(5), 348-363.

- Dunstan, D. W., Barr, E. L. M., Healy, G. N., Salmon, J., Shaw, J. E., Balkau, B., et al. (2010). Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*, *121*(3), 384-391.
- Edgardh, K. (2000). Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sex Transm Infect*, *76*, 98-102.
- Edgardh, K. (2002). Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish boys. *Acta Paediatr*, *91*, 985-991
- Edgardh, K. (2002). Sexual behaviour in a low-income high school setting in Stockholm. *International Journal of STD and AIDS*, *13*(3), 160-167.
- Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*, *88*, 310-319.
- Ekblom-Bak, E., Ekblom, B., & Hellénus, M.-L. (2010). Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Lakartidningen*, *107*(9).
- England, L., Levine, R., Mills, J., Klebanoff, M., Yu, K., & Cnattingius, S. (2003). Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol*, *189*(4), 939-943.
- Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk [ECNN]. (2010). *Årsrapport 2010: Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Lissabon: EMCDDA.
- Faskunger, J. (2007). *Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet* (nr. R 2007:3). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Forsberg, M. (2005). *Ungdomar och sexualitet – en kunskapsöversikt 2005*: Folkhälsoinstitutet.
- Glanz, K., & Hoelscher, D. (2004). Increasing fruit and vegetable intake by changing environments, policy and pricing: restaurant-based research, strategies, and recommendations. *Prev Med*, *39 Suppl 2*, S88-93.
- Healy, G. N. (2008). Objectively Measured Sedentary Time, Physical Activity, and Metabolic Risk: The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Diabetes Care*, *31*(2), 369-371.
- Hergens, M.-P. (2007). *Swedish moist snuff and the risk of cardiovascular diseases*. Karolinska institutet, Stockholm.
- Hertfelt Wahn, E., & Nissen, E. (2008). Socialdemographic background, lifestyle and psychosocial condition of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Public Health*, *36*, 415-423.
- Hertfelt Wahn, E., Nissen, E., & Ahlberg, B. (2005). Becoming and Being a Teenage Mother. How Teenage Girls in South Western Sweden View Their Situation. *Health Care for Women International*, *26*, 591-603.
- Holmberg, L., & Berg-Kelly, K. (2002). Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: a cross-sectional survey. *Acta Paediatrica*, *91*(7), 838-843.
- Hvitfeldt, T., & Gripe, I. (2009). *Skolelevers drogvanor 2009* (CAN rapportserie nr. 118). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Häggström-Nordin, E., Hanson, U., & Tydén, T. (2002). Sex behavior among high school students in Sweden: Improvement in Contraceptive Use over time. *Journal of Adolescent Health*, *30*, 288-295.
- Kamphuis, C. B., Giskes, K., de Bruijn, G. J., Wendel-Vos, W., Brug, J., & van Lenthe, F. J. (2006). Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults: a systematic review. *Br J Nutr*, *96*(4), 620-635.
- Klanger, B., Tydén, T., & Ruusuvaara, L. (1993). Sexual behaviour among teenagers in Uppsala, Sweden. *Journal of Adolescent Health*(14), 468-474.

- Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., Månsson, S., & et al. (1998). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*: Folkhälsoinstitutet.
- Livsmedelsverket. (2003). *Svenska näringsrekommendationer översatta till livsmedel (SNÖ). Rapport 1*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Livsmedelsverket. (2010). Kostråd. Hämtad 8 december, 2010, från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Kostrad/Vuxna/>
- Lotteriinspektionen. (2010). *Spelmarknadens utveckling i Sverige och internationellt*. Strängnäs: Lotteriinspektionen.
- Luo, J., Ye, W., Zendeudel, K., Adami, J., Adami, H. O., Boffetta, P., et al. (2007). Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *Lancet*, 369(9578), 2015-2020.
- Makenzius, M., Gillander-Gådin, K., Tydén, T., Romild, U., & Larsson, M. (2009). Male students' behaviour, knowledge, attitudes, and needs in sexual and reproductive health matters. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(4), 268-276.
- Mente, A., de Koning, L., Shannon, H., & Anand, S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 169(7), 659-669.
- Mitchell, R., & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet*, 372(9650), 1655-1660.
- Norberg, M., Stenlund, H., Lindahl, B., Boman, K., & Weinehall, L. (2006). Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing? *Scand J Public Health*, 34(6), 576-583.
- Nordell, M. (2005). *Anhörig till spelberoende. En manual för stöd och behandling*. R 2005:36. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Nyckelhålet på restaurang. (2010). Nyckelhålet på restaurang. Hämtad 4 november, 2010, från http://www.nyckelhalsrestaurang.se/sidor/Om_oss.aspx
- Priebe, G., Hansson, K., & Svedin, C. G. (2010). Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population- based study with Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 40-48.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *Journal of child sexual abuse*, 18(1), 19-39.
- Ramström, J. (2009). *Skador av hasch och marijuana* (Rapport nr. R 2009:13). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Regeringens prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.
- Regeringens prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*.
- RFSL. (2010). *Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter*. Hämtad 2010-02-02, från www.rfsl.se
- Rönnerberg, S., Volberg, R., Abbott, M., Moore, L., Andrén, A., Munch, I., et al. (2000). *Spel och spelberoende i Sverige*. (nr. R 2000:21). Stockholm: International Gambling Research Team of Sweden and Swedish National Institute of Public Health.
- Seto, M., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexual Coercion Experience and Sexually Coercive Behavior: A Population Study of Swedish and Norwegian Male Youth *Child Maltreat*.
- Smittskyddsinstitutet. (2010). Statistik för klamydiainfektion. Hämtad 2010-10-28, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/?t=com#statistics-nav>
- Socialstyrelsen. (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Stockholm.

- Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Aborter i Sverige 2009*. Stockholm: EpC.
- Socialstyrelsen. (2010b). *Aborter i Sverige 2010 januari–juni. Preliminär sammanställning*.
- Socialstyrelsen. (2010c). *Alltjämt ojämligt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*.
- Spak, F., Allebeck, P., Spak, L., & Thundal, K.-L. (2001). Alkoholmissbruk och sexuella övergrepp. *Läkartidningen*, 98(10), 1109-1114.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009a). *Det drogforebyggande arbetet i Sverige* (R nr. 2009:11). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009b). *Tobak och avvänjning - En faktskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning* (Rapport nr. R 2009:17). Östersund.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Hämtad 15 november, 2010, från <http://www.fhi.se/PageFiles/10555/R2010-16-folkhalsoopolitisk-rapport-2010.pdf>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010b). *Livsstilsrapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010c). *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor*. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010d). *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor. Sammanslagen data perioden 2007-2010 inklusive landstingens tilläggsurval*. Opublicerad. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010e). *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor. Sammanslagen data perioden 2007-2010*. Opublicerad. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010f). *Skolbarns hälsovanor 2009/10*. Opublicerad. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010g). *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009: Huvudresultat från SWELOGS befolkningsundersökning*. Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut. (2010h). *Årsrapport stödlinjen 2009. A 2010:09*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Sutherland, C., Bybee, D., & Sullivan, C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Womens Health*, 4(1), 41-70.
- Teychenne, M., Ball, K., & Salmon, J. (2008). Physical activity and likelihood of depression in adults: A review. *Preventive medicine: an international journal devoted to practice and theory*, 46(5), 397-411.
- The Ontario Tobacco Research Unit. (2001). *Protection from Second-hand tobacco smoke in Ontario: A review of evidence regarding best practices*. Toronto.
- Troped, P. J., Saunders, R. P., Pate, R. R., Reininger, B., & Addy, C. L. (2003). Correlates of recreational and transportation physical activity among adults in a New England community. *Preventive Medicine*, 37(4), 304-310.
- Ungdomsstyrelsen. (2010). *HON HEN HAN. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm.
- WHO. (1997). *Resolution on violence against women*.
- WHO. (2008). *Commission on Social Determinants of Health, Closing the Gap in a Generation*.
- WHO. (2009). *Sexual and Reproductive Health - SRH*. Hämtad 2009-10-07, från http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/
- von Haartman, F. (2006). *Livsmedelstillgängligheten i Sverige. Indikatorer och metoder för kartläggning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

- von Strauss, E., Agüero-Torres, H., Kåreholt, I., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2003). Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(7), 669-677.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation* (WHO Technical Report Series nr. 916). Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2009a). *Global health risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2009b). *Interventions on diet and physical activity: what works: Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- Wramner, B., Pellmer, K., & Hellström, C. (2010). *Beroende och droger -förekomst, effekter, förändringsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur AB.
- ZanESCO, A., & Antunes, E. (2007). Effects of exercise training on the cardiovascular system: Pharmacological approaches. *Pharmacology and Therapeutics*, 114(3), 307-317.
- Zendejdel, K., Nyrén, O., Luo, J., Dickman, P. W., Boffetta, P., Englund, A., et al. (2008). Risk of gastroesophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff. *International Journal of Cancer*, 122(5), 1095-1099.