

Folkhälsorapport 2009

ISBN	978-91-978065-8-9
Artikelnr	2009-126-71
Omslag	Socialstyrelsen/Fhebe Hjältn
Foto	Matton
Sättning	Edita Västra Aros
Tryck	Edita Västra Aros, Västerås, mars 2009

Förord

Folkhälsorapport 2009 är den sjunde i raden av nationella folkhälsorapporter som enligt uppdrag överlämnas till regeringen. Rapporten ger en översiktlig beskrivning och analys av hur hälsotillståndet utvecklas i olika befolkningsgrupper och bidrar med underlag för hälsopolitiken.

Folkhälsorapporten vänder sig i första hand till politiker på nationell, regional och lokal nivå som genom sina beslut på olika sätt kan skapa förutsättningar för en positiv utveckling av befolkningens hälsa. Den riktar sig även till organisationer och myndigheter som arbetar med att förbättra människors hälsa, till lokala folkhälsoarbetare samt till en intresserad allmänhet. Rapporten kan dessutom komma till användning inom olika utbildningar, exempelvis hälsoinriktade utbildningar vid gymnasieskolor och universitet.

Folkhälsorapport 2009 har utarbetats vid Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen med *Maria Danielsson* som projektledare. Redaktörer för rapporten är *Maria Danielsson* (huvudredaktör) *Marie Berlin*, *Inger Heimerson* och *Mats Talbäck*. Rapporten har också granskats löpande av ett redaktionsråd: *Stig Wall* från Institutionen för Folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet, *Olle Lundberg* och *Gunilla Krantz* från Centre for Health Equity Studies (CHES) samt

Sven Bremberg, *Gunnel Boström* och *Hans Ten Berg*, samtliga från Statens Folkhälsoinstitut, *Viveca Urwitz* vid Socialstyrelsens enhet för hiv-prevention och *Petra Otterblad Olausson* och *Marianne Hanning* vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. Författare och övriga medverkande i rapporten presenteras på nästa uppslag.

Rapporten ger en övergripande bild av befolkningens hälsa och dödlighet samt hur de stora folksjukdomarna och levnadsvanorna har utvecklats. Skillnader i hälsa och hälsoutveckling mellan olika grupper lyfts fram. Under senare år har hälsoutvecklingen varit mindre gynnsam bland unga än bland äldre och en nyhet i Folkhälsorapport 2009 är en systematisk beskrivning utifrån ett åldersperspektiv med kapitel som beskriver hälsoutvecklingen över hela livscykeln. Könskillnader och socioekonomiska skillnader finns med i alla kapitel. Nytt för Folkhälsorapport 2009 är ett eget kapitel om hälsan bland utlandsfödda (kapitlet Migration och hälsa) ett kapitel om våld och dess hälsokonsekvenser samt ett kapitel om läkemedel.

Vi hoppas att rapporten ger underlag för samhällsdebatt och beslut som underlättar människors möjligheter att bibehålla och förbättra sin hälsa.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Petra Otterblad Olausson
Chef vid Epidemiologiskt Centrum

Författare

Kapitelrubrik	Kapitelförfattare	Följande personer har lämnat skriftligt underlag och/eller i övrigt bidragit med data-bearbetningar eller värdefulla synpunkter
Sammanfattning	Lise Sjöstedt, Petra Otterblad Olausson, Tove Hellerström	
1. Folkhälsan översikt	Maria Danielsson, Mats Talbäck	Denny Vågerö, Ingalill Paulsson Lütz
2. Barns hälsa	Anders Hjern	Elisabeth Landgren Möller
3. Ungdomars hälsa	Anton Lager, Marie Berlin, Maria Danielsson, Inger Heimerson	Örjan Hemström, Lars Berg
4. Hälsa i förvärvsarbetande åldrar	Maria Danielsson, Marie Berlin	Örjan Hemström, Gunilla Ringbäck Weitoft
5. Äldres hälsa	Carin Lennartsson, Inger Heimerson	Laura Fratiglioni, Mats Thorslund
6. Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär	Maria Danielsson, Inger Heimerson, Ulf Lundberg, Aleksander Perski, Claes-Göran Stefansson, Torbjörn Åkerstedt	Töres Theorell, Inga-Lill Ramberg
7. Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes	Margareta Norberg, Maria Danielsson	Kjell Asplund, Max Köster, Agneta Sjöberg, Gisela Dahlquist
8. Matvanor och fysisk aktivitet	Mette Axelsen, Maria Danielsson, Margareta Norberg, Agneta Sjöberg	
9. Sexuell och reproduktiv hälsa	Maria Danielsson, Torsten Berglund, Margareta Forsberg, Margareta Larsson, Christina Rogala, Tanja Tydén	
10. Tobaksvanor och tobaksrelaterade besvär	Maria Danielsson, Hans Gilliam, Örjan Hemström	
11. Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk	Gunnel Hensing	Lars Age Johansson, Charlotte Björkenstam
12. Våld	Karen Leander, Marie Berlin, Maria Danielsson, Annika Eriksson, Katja Gillander Gådin, Gunnel Hensing, Gunilla Krantz, Katarina Swahnberg	

Kapitelrubrik	Kapitelförfattare	Följande personer har lämnat skriftligt underlag och/eller i övrigt bidragit med data-bearbetningar eller värdefulla synpunkter
13. Migration	Anders Hjern	
14. Allergi	Lennart Bråbäck	
15. Infektioner	Martin Holmberg	Inger Andersson von Rosen, Fredrik Elgh, Maria Möllergren, Inger Riesenfeld-Örn, Anders Tegnell
16. Tandhälsa	Gunilla Nordenram	
17. Hörsel och syn	Berth Danemark, Marianne Hanning	
18. Läkemedel	Gunilla Ringbäck Weitoft, Örjan Ericsson, Johan Fastbom	
Figurerna har redigerats av Danuta Biterman.		

Innehåll

Förord	3	Sjukdomsbörda ett samlat mått på ohälsa	35
Författare	4	Bestämningsfaktorer för sociala skillnader i hälsa	37
Sammanfattning	15	Sociala skillnader i ett internationellt perspektiv.....	38
Medellivslängden ökar mest bland män och högutbildade	15	Referenser	39
Förändrade levnadsvanor	15		
Hälsoutvecklingen bland ungdomar oroande.....	16	2. Barns hälsa	41
Hälsan är ojämnt fördelad.....	16	Inledning	42
I. Folkhälsan i översikt	17	Spädbarnsdödlighet	43
Könsskillnader i medellivslängd minskar.....	19	Plötslig spädbarnsdöd	44
Skillnaderna i medellivslängd mellan låg- och högutbildade ökar	20	Moderns livsvillkor påverkar barnets överlevnad	44
Förändringar i dödsorsaksmönster mellan 1952 och 2006	20	Att födas för liten	45
Barnadödligheten har minskat mest.....	21	Tillväxthämning under fosterstadiet.....	45
Könsskillnader i dödlighet på 2000-talet	22	Att födas för tidigt	45
Männens dödsorsaksmönster liknar allt mer kvinnornas.....	23	Tvillingar	46
Utbildning och risken för tidig död	24	Medfödda missbildningar	47
Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer mindre vanligt bland högutbildade	25	Betydelsen av föräldrarnas ålder	48
Sociala skillnader i dödlighet både minskar och ökar	26	Allergi	48
Sociala skillnader större bland yngre än äldre	30	Infektioner	48
Högre utbildningsnivå en orsak till minskad dödlighet.....	30	Vaccinationer	49
Kvinnor mår sämre än män	31	Spädbarn och föräldrar i samspel	49
Hälsobesvär vanligare bland arbetare än tjänstemän	32	Amning.....	50
		Passiv rökning.....	51
		Dödsorsaker bland barn 1–15 år	51
		Olycksfall	52
		Våld	54
		Cancer	55

Psykisk hälsa och välbefinnande.....	56
Koncentrations- och uppmärksamhetssvårigheter	59
Funktionsnedsättningar	59
Att växa upp med en eller två föräldrar	60
Livsstil	61
Matvanor och motion.....	61
Övervikt och fetma.....	61
Könsskillnader	63
Internationell utblick	63
Referenser	64
3. Ungdomars hälsa	69
Sammanfattning	69
Dödsorsaker bland unga	71
Dödligheten ökar nu bland unga män	72
Olyckor	72
Våld	76
Cancer bland unga	77
Sexuell och reproduktiv hälsa bland unga	78
Självrapporterade hälsoproblem har ökat	79
Psykisk ohälsa	80
Könsskillnaderna i psykisk ohälsa är störst i tonåren	84
Vanligt med fler besvär bland unga med oro och ångest.....	84
Vanligare att ungdomar vårdas för psykiska sjukdomar	85
Självskadebeteende	86
Livsstil och levnadsvanor	89
Tobaksvanor	89
Alkohol och narkotika.....	90
Motion och matvanor.....	92
Kroppsvikt	93
Ätstörningar	94
Varför har allt fler ungdomar nedsatt psykiskt välbefinnande?	95
Dagens unga mer individualiserade	96
Färre arbetstillfällen för ungdomar	97
Fler 16–19-åringar varken studerar eller arbetar	97
Bland 16–19-åringar är oro och ångest vanligast bland flickor som varken går i gymnasiet eller arbetar	99
Färre sysselsatta 20–24-åringar, fler högskole- studenter – och fler som varken är sysselsatta eller studerar	100
Bland 20–24-åringar är oro och ångest vanligast bland kvinnliga högskolestudenter	101
Förändrad arbetsmarknad även i andra länder	102
Studieförhållanden	102
Ungdomars arbetsmiljö.....	103
Mer alkohol . . .	104
. . . och mindre sömn.....	104
Varför är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare bland unga kvinnor?	105
Referenser	107
4. Hälsa i förvärvsaktiv ålder	113
Inledning	114
Heltidsarbete har minskat bland män men ökat bland kvinnor.....	114
Dödsorsaker i åldrarna 25–64 år	116
Cancer i åldern 25–64 år.....	118
Dödsorsaksmönstrets förändring sedan år 1952.....	122
Sjukhusvård	122
Bröstcancer	124
Fler får bröstcancer men dödligheten minskar.....	124

Mammografi minskar risken för dödlig bröstcancer...	126	Multisjuklighet och läkemedelskonsumtion	171
Riskfaktorer för bröstcancer svåra att påverka	126	Levnadsvanor	172
Självskattad hälsa	127	De äldre motionerar allt mer	172
Övervikt, fetma och levnadsvanor	130	Välsmakande och rätt sammansatt mat är viktigt för de äldre	173
Sociala skillnader i hälsa och levnadsvanor	132	Rökning minskar bland män men inte bland kvinnor	174
Arbete och hälsa	137	Äldre dricker mindre alkohol än yngre	175
Nedsatt arbetsförmåga	137	Sociala faktorer	176
Sämre hälsa bland dem som är utanför arbetsmarknaden	138	Boende och hjälpbehov	176
Arbetsmiljö och ohälsa	139	Internationell utblick	178
Anmälda arbetsskador	142	Referenser	178
Referenser	144		
5. Äldres hälsa	145	6. Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär	181
Inledning	146	Inledning	182
Dödsorsaker bland äldre	147	Stress påverkar kroppen	182
Förväntad livslängd bland äldre	149	Sömnen läker och bygger upp	183
Hälsan upplevs som bättre utom bland de äldsta	150	Utvecklingen av stressrelaterade besvär i olika åldrar	184
Hjälpbehoven ökar snabbt efter 80 års ålder	151	Arbetsliv och stressrelaterade besvär	187
Folksjukdomar och funktionsnedsättningar	153	Psykisk arbetsbelastning	189
Rörelseförmåga och värk i rörelseorganen	155	Jäktigt och psykiskt ansträngande arbete vanligast i landsting och kommun	191
Hörsel och syn	157	Barnfamiljers förvärvsarbete har ökat	191
Lungfunktion	159	Höga psykiska krav i arbetslivet har samband med stressymtom i alla sociala grupper	194
Urininkontinens	159	Sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning	197
Psykisk ohälsa	160	Referenser	198
Själv mord	163		
Demens	163		
Fallskador, benbrott och benskörhet	165		
Hjärt- och kärlsjukdomar	167		
Cancer bland äldre	168		

7. Övervikt, hjärt- och kärlsjukdom och diabetes	201
Sammanfattning.....	201
Inledning.....	202
Övervikt, högt blodtryck, höga blodfetter och metabolt syndrom	204
Övervikt.....	204
Skillnader i övervikt mellan olika grupper.....	208
Högt blodtryck.....	213
Höga blodfetter.....	214
Metabolt syndrom	215
Hjärt- och kärlsjukdomar	217
Hjärt- och kärlödligheten minskar.....	219
Funktionsnedsättningar på grund av stroke kräver stora insatser	223
Sociala skillnader	223
Diabetes	226
Livsstilsförändringar och behandling minskar risken för komplikationer väsentligt.....	226
Fler har typ 2-diabetes trots att insjuknandet inte ökar	228
Diabetes bland barn och ungdomar.....	229
Psykosociala förhållanden och stress	230
Förebyggande åtgärder	231
Sverige jämfört med andra länder	233
Referenser	234
8. Matvanor och fysisk aktivitet	243
Sammanfattning.....	243
Inledning.....	244
Vad är bra matvanor?	244
Betydelsen av matens energitäthet	245
Betydelsen av fetters kvalitet	245
Betydelsen av kolhydraters kvalitet.....	246
Glykemiskt index.....	246
Salt.....	247
Förändringar av befolkningens matvanor	247
Matvanorna har förbättrats de allra senaste åren.....	247
Kvinnor och högutbildade har bättre matvanor	248
Barn och ungdomars matvanor	249
Matvanor hos äldre	249
Många försöker minska i vikt	250
Få följer radikala kostråd	250
De flesta tror att socker ligger bakom viktuppgång.....	251
Viktminskningsmetoder	252
Vad är fysisk aktivitet och hur mycket behöver vi?	253
Förändringar av fysisk aktivitet i befolkningen	254
Stillasittande fritid vanligast bland män	254
Måttlig och hög fysisk aktivitet.....	255
Referenser	257
9. Sexuell och reproduktiv hälsa	261
Inledning.....	262
Folkhälsopolitiska mål	262
Sexuellt överförda infektioner (STI)	263
Klamydia.....	263
Gonorré och syfilis.....	265
Hiv och aids	265
Herpes	267
Kondylom och HPV	267
Konsekvenser av hiv och STI	268
Ofrivillig barnlöshet	268
Livmoderhalscancer	268

Graviditet och barnafödande	269
Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning	270
Hälsa vid graviditet och förlossning	271
Oönskade graviditeter	272
Abort – att avbryta en oönskad graviditet.....	272
Aborter i de nordiska länderna.....	273
Abortvården.....	274
Förändringar i sexuella attityder och erfarenheter	275
Ungdomars sexualvanor	275
Sexualvanor bland män som har sex med män.....	276
Samkönad sexualitet och samhällets attityder	277
Internet	278
Pornografi.....	278
Värdering av sexuallivet	279
Sexuella svårigheter.....	280
Sexuellt våld	280
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	281
Insatser mot hiv och STI	281
Preventivt arbete mot hiv och STI riktat till ungdomar	281
Preventivt arbete mot hiv och STI riktat till män som har sex med män	282
Insatser mot oönskade graviditeter.....	282
Referenser	284
10. Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar	291
Sammanfattning	291
Tobakens globala spridning	292
Tobaksförsäljning och tobaksvanor i Sverige	293
Cigarettförsäljningen minskar men snuset ökar.....	293
Rökvanorna i Sverige	293
Allt fler snusar	299
Tobaksrelaterad sjuklighet	300
Rökstopp minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom inom något år.....	301
Risken för lungcancer halveras vid rökstopp i 50-årsåldern	301
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och astma.....	303
Hälsokonsekvenser av snus	305
Rökning och skillnader i medellivslängd	305
Referenser	309
II. Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk	311
Alkoholkonsumtionens utveckling och nivåer	313
Totalkonsumtionen stabiliserad på en högre nivå än tidigare.....	313
EU har högst alkoholkonsumtion i världen	315
Självskattad konsumtion och uppskattad självskattad konsumtion	315
Unga män dricker mest	316
Skolungdomars alkoholvanor – en tredjedel avstår från alkohol.....	317
Riskabelt drickande och missbruk	318
Konsekvenser av alkoholbruk och missbruk	320
Positiva hälsokonsekvenser av alkoholkonsumtion..	324
Varför dricker män mer än kvinnor?	325
Spelar alkoholpolitiken någon roll för konsumtionsnivån?	326
Bruk och missbruk av narkotika	327
Färre testar narkotika.....	327
Narkotikabruk i Europa.....	329

Tunga narkotikamissbrukare	331
Trender i narkotikarelaterad dödlighet	332
Referenser	334
12. Våld	339
Inledning	340
Våldets förekomst utifrån olika källor	341
Inneliggande på sjukhus	341
Dödligt våld	341
Unga mest utsatta för våld och hot	342
Polisanmäld misshandel	343
Sexualbrott	343
Hatbrott	343
Vem utövar våldet och var?	345
Gatuvåld och våld i hem och på arbetsplatser	345
Bekant eller obekant förövare	345
Våld mot närstående	347
Partnervåld	347
Kontrollerande eller situationsbetingat partnervåld	348
Konsekvenser av partnervåld	349
Våldet normaliseras	350
Både samhällsstruktur och individuella riskfaktorer har betydelse	351
Könsrelaterat våld i "jämförbara" Sverige	352
Våld mot kvinnor i Sverige ur ett historiskt perspektiv	354
Alkoholens roll vid partnervåld	354
Barn som upplever våld i familjen	355
Våld mot barn	355
Våld mot äldre	356
Hedersrelaterat våld	358
Tidstrender i våld	359
Inneliggande på sjukhus	359
Dödligt våld	359
Utsatta för våld och hot ökar inte längre bland unga	360
Polisanmäld misshandel ökar	362
Polisanmälda sexualbrott ökar	362
Ökning av våld i arbetslivet	364
Har det faktiska våldet ökat?	365
Referenser	367
13. Migration och hälsa	373
Sammanfattning	373
Invandringen till Sverige	374
Hur mår svenskar med utländsk bakgrund?	375
Invandrarnas barn	377
Utländsadopterade	377
Olika bakgrund och hälsa bland utlandsfödda	377
Faktorer som har att göra med det samhälle man flyttat från	378
Infektioner	378
Livsstil	379
Ackulturation, livsstil och hälsa	380
Ungdomsdiabetes och astma	381
Flyktingskap, asylprocess och papperslösa	381
Traumatisk stress i hemlandet	381
Asylprocessen	382
Stöd från familj och vänner	383
Invandrare som står utanför sjukvården	383
Att leva i Sverige med utländsk bakgrund	384
En socialt utsatt situation	384
Diskriminering och psykisk ohälsa	384
Olycksfallsskador	385

När svenskarna är avvikande.....	385
Folkhälsoinsatser	386
Referenser	387
14. Allergiska sjukdomar	391
Sammanfattning.....	391
Astma och allergiska sjukdomar	
i olika åldrar	391
Har ökningen av de allergiska	
sjukdomarna avstannat?	392
Sociala skillnader och könsskillnader i astma	
och allergi	393
Riskfaktorer för allergiska sjukdomar	394
Övervikt vanligare vid astma	394
Luftföroreningar och klimatförändring påverkar.....	394
Tobaksrök en viktig orsak till besvär	395
Andra faktorer i inomhusmiljön.....	395
Kan paracetamol öka risken för astma?	395
Leder förändrad kontakt med mikrober	
till att allergisjukdomarna ökar?	395
Förebyggande åtgärder kräver mer kunskap	
om orsaker	396
Referenser:.....	397
15. Infektioner	401
Hur vanliga är infektionssjukdomar i Sverige?.....	401
Slarv med handhygien vanlig orsak till infektioner ...	402
Antibiotikaresistens går att förhindra.....	403
Vaccinationer är en viktig hörnsten i	
infektionsbekämpningen.....	404
Pandemier förr och nu	404
Vi är bättre förberedda än förr	405
Migration och gränslöshet.....	406
Hantering av internationell smittspridning.....	406
Referenser	407
16. Tandhälsa.....	409
Fortsatt god tandhälsa	
bland flertalet unga.....	409
Barn med sämst tandhälsa har mer karies	
än tidigare.....	411
Tandvård bland vuxna.....	412
Alla anser sig inte ha råd med tandvård	
trots upplevt behov.....	413
Större tandvårdsbehov till följd av bättre	
tandhälsa bland äldre	414
Äldre med omvårdnadsbehov en ökande grupp.....	414
Stort tandvårdsbehov hos hemlösa	415
Referenser	415
17. Hörsel och syn.....	417
Sammanfattning.....	417
Hörsel	417
Tinnitus.....	418
Hörselnedsättning påverkar hälsan	419
Syn.....	420
De vanligaste ögonsjukdomarna.....	422
Skelning bland barn.....	423
Referenser	423
18. Läkemedel	425
Könsskillnader i läkemedelsanvändning.....	426
Läkemedel och äldre.....	429
Läkemedelsbehandling efter behov	
– sociala och ekonomiska faktorer	432
Läkemedelskostnader	435
Får vi de nya läkemedel vi vill ha?.....	437
Referenser	438
Sakordsregister	441

Sammanfattning

Folkhälsorapport 2009 är den sjunde nationella rapporten och redovisar hälsans utveckling i olika befolkningsgrupper och hur den påverkats av levnadsvanor och omgivningsfaktorer. Under de senaste decennierna har hälsan förbättrats vilket avspeglar sig i att medellivslängden fortsätter att öka och ökar mer bland män än bland kvinnor. Det har också funnits en ogynnsam utveckling av folkhälsan, olika symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande ökade kraftigt under 1990-talet utom bland de äldsta. Under 2000-talet tycks dock denna utveckling ha brutits utom bland ungdomar. De senaste uppgifterna som finns om hur befolkningen upplever sitt hälsotillstånd är från 2005 och speglar ett samhälle under högkonjunktur. Hälsotillståndet kan mycket väl ha försämrats sedan dess med tanke på den ekonomiska kris som gjort sig gällande under sista halvåret.

Medellivslängden ökar mest bland män och högutbildade

Den främsta orsaken till den ökande medellivslängden är att allt färre insjuknar i hjärt- och kärlsjukdomar och bland dem som insjuknar har dödligheten minskat kraftigt. Risken att dö i hjärtinfarkt har nära nog halverats de senaste 20 åren och risken att dö i stroke har minskat med en tredjedel. Minskad rökning samt lägre blodfetter och blodtryck gör att färre insjuknar. Bättre behandlingsmetoder har bidragit till att risken att dö i hjärtinfarkt eller stroke minskat dramatiskt för både kvinnor och män. Cancerdödligheten visar inte samma positiva utveckling: lungcancer minskar bland män men ökar alltså bland kvinnor och minskningen av bröstcancerdödligheten är förhållandevis liten. Skillnader i förväntad medellivslängd mellan personer med olika lång utbildning har ökat under hela 1990-talet, och fortsätter att öka under 2000-talet framför allt bland kvinnor. Det är framför allt sociala skillnader i cancerdödlighet som ökar bland kvinnor.

Förändrade levnadsvanor

Bland barn ökade övervikten kraftigt från 1980-talet till 2000-talet men nu tycks ökningen plana ut. Idag är 15–20 procent av alla barn överviktiga och 3–5 procent är feta. Barns matvanor har förbättrats, fler äter frukt och grönsaker medan konsumtionen av läsk och godis har sjunkit markant under senare år. Bland ungdomar i årskurs 9 minskar andelen rökare liksom alkoholkonsumtionen och användningen av narkotika.

Ökningen av andelen vuxna med övervikt och fetma var störst på 1990-talet och ser nu ut att avstanna. I åldrarna 16–84 år är hälften av männen och nästan 40 procent av kvinnorna överviktiga eller feta. Fetma förkortar i genomsnitt livet med 6–7 år. De allra senaste åren förefaller energiintaget via maten minska för första gången på decennier. Alkoholkonsumtionen har ökat sedan början av 1990-talet och högst alkoholkonsumtion har män i åldern 20–24 år. Den alkoholrelaterade dödligheten minskar bland män i åldern 25–64 år och ökar i åldrarna över pensionsåldern. Bland kvinnor ökar alkoholdödligheten i åldrarna 65–74 år medan den varit i stort sett oförändrad i åldern 45–64 år. Narkotikadödligheten minskade på 2000-talet efter att ha ökat dramatiskt under decennier.

Hälsoutvecklingen bland ungdomar oroande

Flera olika indikatorer pekar på att psykisk ohälsa är särskilt vanligt bland yngre kvinnor men att den ökar bland båda könen. Andelen självmordsförsök ökar kraftigt bland unga kvinnor, och allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest och för alkoholförgiftning. Under sista åren har dödligheten bland unga män ökat något till följd av en liten ökning i flera dödsorsaker, nämligen skador, alkoholrelaterade dödsorsaker och möjligen även självmord.

Hälsan är ojämnt fördelad

- Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes är vanligare bland lågutbildade.
- Rökning minskar i alla grupper utom bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning.
- Överlevnad i bröstcancer är lägre bland kvinnor med lägre utbildning.

- Svår värk och dåligt allmänt hälsotillstånd är betydligt vanligare hos arbetare än hos tjänstemän.
- Ensamstående kvinnor med barn har mer besvär av värk, oftare nedsatt psykiskt välbefinnande, röker mer och överviktiga är vanligare.
- Astma och födoämnesallergier är vanligare bland barn till föräldrar i lägre socialgrupper. De får dessutom allvarligare symtom av sin astma än barn i högre socialgrupper.
- Tandhälsan är betydligt sämre hos socioekonomiskt svaga grupper. Många anser sig inte ha råd med den tandvård de behöver.
- Ensamstående kvinnor är en våldsutsatt grupp och 15 procent av alla ensamstående kvinnor med små barn har utsatts för våld i hemmet.
- Risken för våld är större bland kvinnor med fysiska och psykiska funktionshinder samt äldre med få sociala kontakter.
- Våld och skador drabbar oftare barn i familjer med låga inkomster.
- Det är vanligare bland lågutbildade att äldre vårdas av sina anhöriga. De som har högre utbildning köper i större utsträckning dessa tjänster.
- Vissa grupper avstår oftare än andra från att hämta ut sina läkemedel: ensamstående med barn, arbetslösa, personer med sjuk- och aktivitetsersättning, personer med ekonomiskt bistånd och de som har höga avgifter för läkemedel. Ensamstående kvinnor med barn avstår i tre gånger så hög utsträckning som befolkningen i sin helhet.

Folkhälsan i översikt

Svenska mäns medellivslängd bland de högsta i världen

Medellivslängden är ett av de mest använda måtten på hur folkhälsan utvecklas och det används ofta när man jämför olika länder. Medellivslängden i Sverige år 2008 var 83,1 år för kvinnor och 79,1 år för män. I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige, vilket framgår av tabell 1 som visar de tio länder som hade den högsta medellivslängden bland kvinnor respektive män år 2006. Framförallt män i Sverige lever längre än nästan alla andra män, det var bara män från Island, Schweiz och Japan som hade en högre medellivslängd. Svenska kvinnor ligger först på delad nionde/tionde plats tillsammans med Norge. I flera länder i Sydeuropa, men också i Finland, Japan och Australien var medellivslängden bland kvinnor högre än i Sverige.

Tabell 1. Världens högsta medellivslängder

Världens tio högsta medellivslängder. Kvinnor och män år 2006.

Kvinnor	Ålder (år)	Män	Ålder (år)
Japan	85,8	Island	79,4
Frankrike	84,4	Schweiz	79,2
Spanien	84,4	Japan	79,0
Schweiz	84,2	Australien	78,7
Italien	83,9	Sverige	78,7
Australien	83,5	Canada	78,3
Finland	83,1	Italien	78,3
Island	83,0	Norge	78,2
Norge	82,9	Nya Zeland	78,1
Sverige	82,9	Spanien	77,7

Källa: OECD Health Data 2008 , Canada Pan American Health Organization (Canada)
Istat - Istituto nazionale di statistica (Italien) [1–3]

Svenska kvinnor ligger således inte lika bra till som männen vid en internationell jämförelse. Av tabell 2 framgår det att det är framförallt bland kvinnor i åldern 60–74 år som dödligheten är högre i Sverige än i flertalet av de europeiska länderna. Bland yngre kvinnor är dödligheten däremot bland de lägsta. En viktig anledning är att svenska kvinnor som idag är medelålders och äldre har rökt i högre utsträckning än vad kvinnor gjort i de flesta andra länder. Det beror på att rökning bland kvinnor blev vanligt förhållandevis tidigt i Sverige.

Tabell 2. Länder i Europa med lägst dödlighet i olika åldrar

De tio länder i Europa som har den lägsta dödligheten i respektive åldersgrupp, år 2005. Åldersstandardiserad dödlighet.

Kvinnor					
1–14 år	15–29 år	30–44 år	45–59 år	60–74 år	75+ år
Sverige	Italien*	Italien*	Spanien	Spanien	Frankrike
Norge	Tyskland	Sverige	Italien*	Frankrike	Italien*
Finland	Nederländerna	Schweiz	Grekland	Italien*	Schweiz
Italien*	Danmark	Österrike	Schweiz	Schweiz	Spanien
Frankrike	Sverige	Grekland	Sverige	Grekland	Norge
Tjeckien	Spanien	Spanien	Norge	Finland	Finland
Danmark	Slovenien	Tyskland	EU-15	Österrike	Sverige
Schweiz	EU-15	Norge	Österrike	EU-15	EU-15
Tyskland	Polen	Irland	Frankrike	Norge	Nederländerna
EU-15	Frankrike	EU-15	Irland	Sverige	Österrike
Män					
1–14 år	15–29 år	30–44 år	45–59 år	60–74 år	75+ år
Sverige	Nederländerna	Sverige	Sverige	Schweiz	Schweiz
Norge	Tyskland	Nederländerna	Italien*	Italien*	Frankrike
Irland	Sverige	Schweiz	Schweiz	Sverige	Italien*
Finland	Schweiz	Italien*	Norge	Norge	Spanien
Italien*	Danmark	Norge	Nederländerna	Grekland	Storbritannien
Frankrike	Italien*	Danmark	Irland	Frankrike	EU-15
Tyskland	Storbritannien	Tyskland	Storbritannien	Spanien	Sverige
Tjeckien	Spanien	Österrike	Grekland	EU-15	Österrike
Grekland	EU-15	Irland	EU-15	Storbritannien	Grekland
EU-15	Finland	EU-15	Spanien	Nederländerna	Finland

* År 2006 eftersom uppgift saknas för år 2005. Detta kan påverka Italiens placering. Länder vars befolkning understiger 1 miljon invånare ingår inte i jämförelsen.

Källa: WHO Mortality database (uttag 090227)

Idag röker svenska kvinnor i ungefär samma utsträckning som kvinnor i de flesta europeiska länder medan män röker i betydligt mindre utsträckning än europagenomsnittet. Nu minskar andelen rökare bland kvinnor i Sverige samtidigt

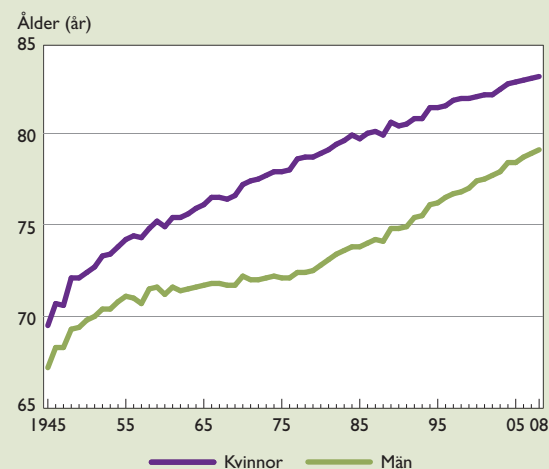
som rökning blivit vanligt bland kvinnor även i de andra länderna, vilket kan innebära att svenska kvinnors medellivslängd kommer att öka mer än i många andra europeiska länder framöver.

Könsskillnader i medellivslängd minskar

Medellivslängden i Sverige fortsätter alltjämt att öka för både kvinnor och män. Figur 1 visar att kvinnors medellivslängd har ökat stadigt sedan mitten av 1940-talet men att mäns medellivslängd ökade mycket lite under 1950-, 1960- och 1970-talen. Könsskillnaderna i medellivslängd var 2,3 år, år 1945, och var som högst 6,2 år i slutet av 1970-talet. Sedan början av 1980-talet ökar däremot mäns medellivslängd snabbare än kvinnors vilket innebär att könsskillnaderna minskar och år 2008 var könsskillnaden 4,0 år. Fyra års könsskillnad i medellivslängd är emellertid fortfarande mycket i ett folkhälsoperspektiv, redan år 1980 uppnådde kvinnor den medellivslängd som män har idag (79 år).

Figur 1. Medellivslängden i Sverige 1945–2008

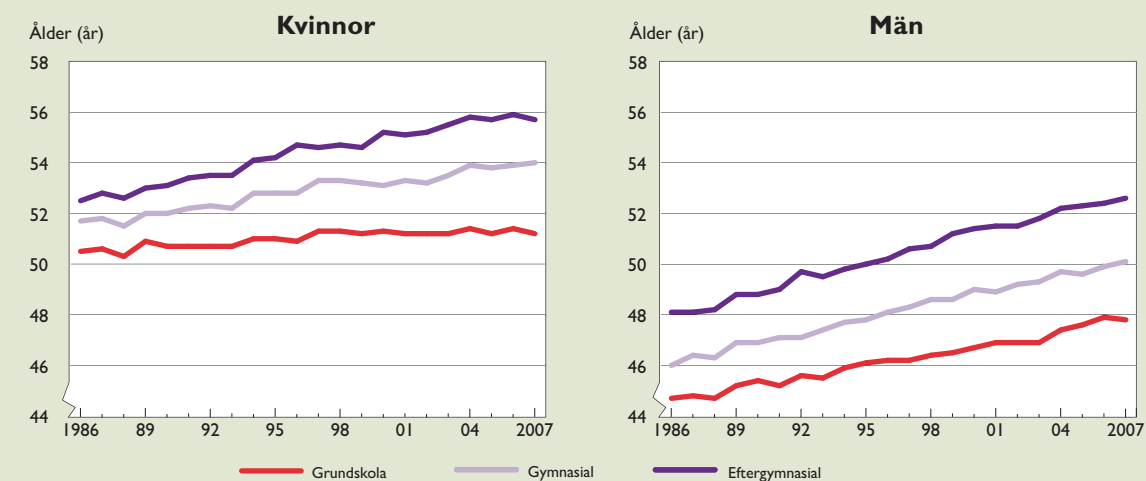
Förväntad återstående medellivslängd (vid födseln). Kvinnor och män i Sverige, perioden 1945–2008.



Källa: Befolkningsstatistiken, SCB

Figur 2. Sociala skillnader i medellivslängd 1986–2007

Förväntad återstående medellivslängd från 30 års ålder (år) fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1986–2007.



Källa: SCB [4] uppdaterat

Skillnaderna i medellivslängd mellan låg- och högutbildade ökar

Det är dock inte bara mellan könen som det finns stora skillnader i medellivslängd, skillnaden mellan personer med olika lång utbildning är ännu större och ökade mellan 1986 och 2007 (figur 2). Skillnaden i återstående medellivslängd från 30 års ålder ökade under perioden bland kvinnor från 2 år till 4,5 år och bland män från 3,4 år till 4,9 år. Män med eftergymnasial utbildning har en högre återstående medellivslängd vid 30 års ålder än kvinnor som enbart har grundskoleutbildning.

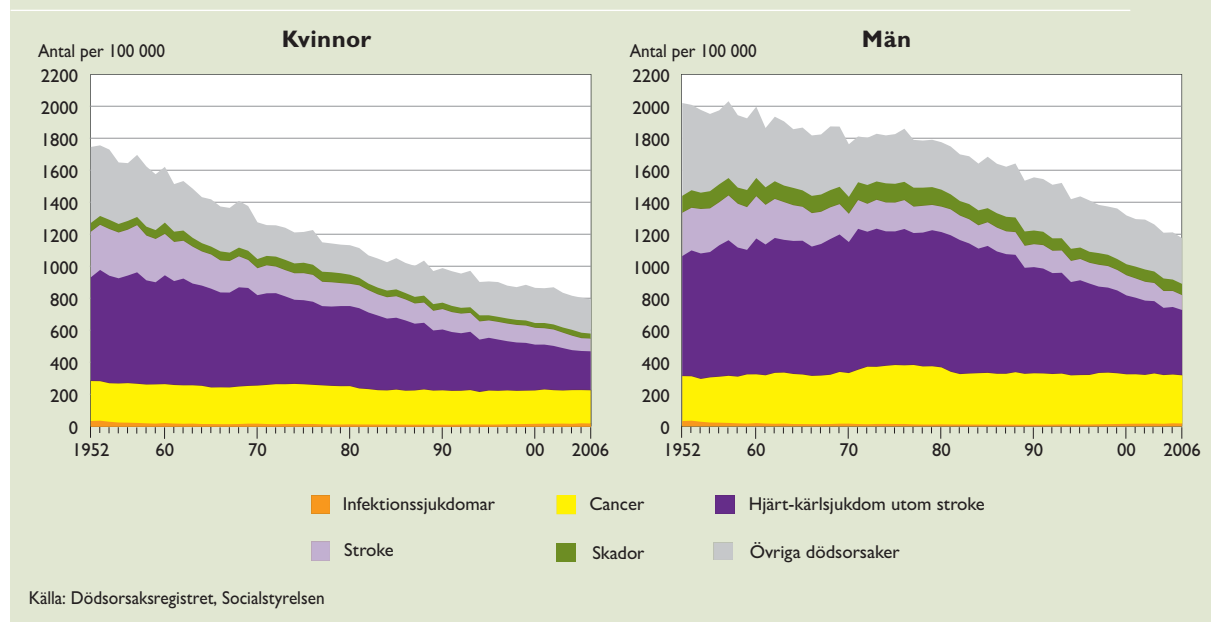
Förändringar i dödsorsaksmönster mellan 1952 och 2006

Figur 3 visar hur dödsorsaksmönstret förändrats mellan 1952 och 2006. Mest påtagligt är att risken för hjärt- och kärlsjukdomar har minskat. Antalet personer per 100 000 invånare som varje år dör i cancer har däremot inte minskat. Eftersom alla så småningom ändå kommer dö betyder en minskad dödsrisk att döden i exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar sker i högre åldrar än förut.

Bland män minskade dödligheten mycket lite under 1950-, 1960- och 1970-talet vilket avspeglades i den långsamma ökningen av medellivslängden under denna period. I flera dödsorsaker ökade till och med dödligheten bland män mellan

Figur 3. Dödlighet i olika dödsorsaker 1952–2006

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män i alla åldrar, perioden 1952–2006. Åldersstandardiserat.



1950-talet och 1970-talets slut. Figur 4 visar att andelen män som dog i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador var högre i slutet av 1970-talet än på 1950-talet. Även bland kvinnor ökade andelen som dog i cancer och skador men inte andelen som dog i hjärt- och kärlsjukdomar, som tvärtom minskade. Från slutet av 1970-talet och början av 1980-talet sjönk dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och skador bland både kvinnor och män. Särskilt markant minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland män.

Det var i åldrarna mellan 20 och 80 år som dödligheten bland män var i stort sett oförändrad under 1950- och 1960-talen samt under större delen av 1970-talet. Under samma årtionden var dödligheten också i stort sett oförändrad bland

kvinnor i åldersgruppen 15–24 år, medan den minskade bland kvinnor i alla andra åldersgrupper. Dödligheten bland barn har däremot minskat stadigt sedan 1950-talet och ända fram till idag, för både flickor och pojkar. Likaså har dödligheten bland de allra äldsta, i åldrarna över 80 år, minskat under hela perioden.

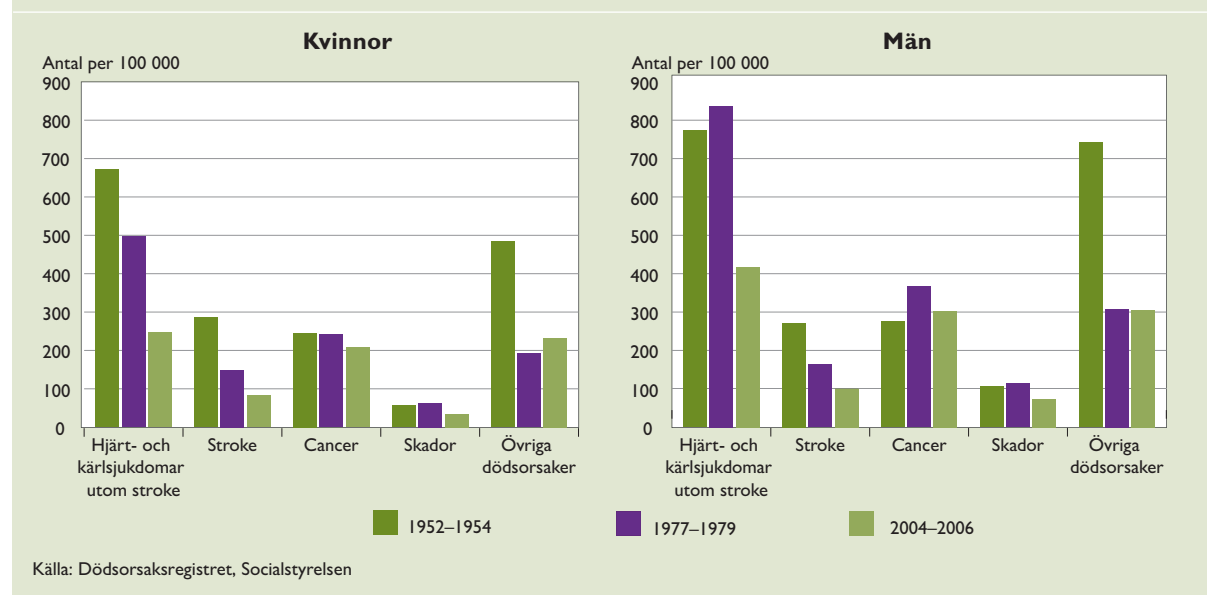
Barnadödligheten har minskat mest

Relativt sett har dödligheten sedan 1950-talet minskat mest bland barn. Andelen barn som dog i åldern 1–4 år var 8 till 9 gånger högre på 1950-talet än på 2000-talet, den högre siffran gäller för pojkar. I åldern 5–9 år var det 5 till 7 gånger vanligare att barn dog och i åldern 10–14 år var det 4 gånger vanligare (figur 5).

Figur 4. Dödlighet i olika dödsorsaker på 1950-, 1970- och 2000-talet

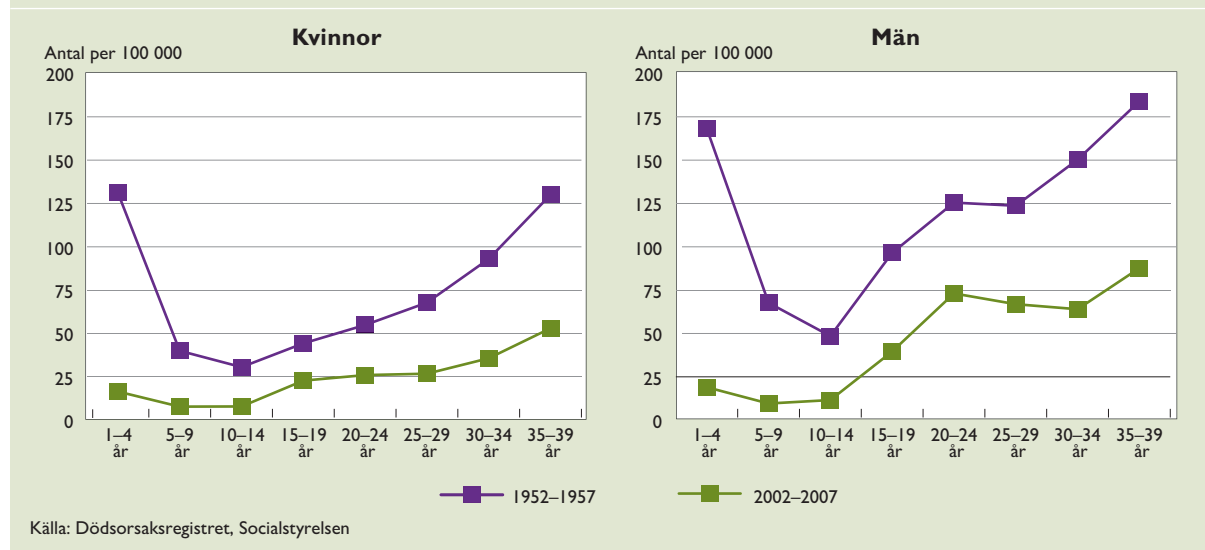
Antal döda per 100 000 efter dödsorsak, genomsnitt för åren 1952–1954, 1977–1979 och 2004–2006.

Kvinnor och män i alla åldrar. Åldersstandardiserat.



Figur 5. Dödlighet bland unga på 1950-talet och på 2000-talet

Antal döda per 100 000 åren 1952–1957 och 2002–2007. Kvinnor och män i olika åldersgrupper.



Barnadödligheten är lägst i åldern 5–14 år för båda könen och högst under det första levnadsåret. På 1950-talet dog 1 400–1 800 barn per 100 000 innan de fyllt ett år jämfört med omkring 300 per 100 000 barn idag. Det innebär att spädbarnsdödligheten var 5–6 gånger högre på 1950-talet än vad den är idag (visas inte i figuren). Fortfarande är dock dödligheten bland barn i alla åldrar högre bland pojkar än bland flickor även om könsskillnaderna har blivit mindre sedan 1950-talet.

Dödsriskerna bland vuxna har minskat mindre än bland barn relativt sett men minskningen är ändå betydande. På 1950-talet var det 2,5 gånger större risk än idag att kvinnor dog i åldrarna från tonåren fram till 50-årsåldern och dubbelt så stor risk bland män. I åldrarna över 50 år var dödlig-

heten bland kvinnor mer än dubbelt så hög som under 1950-talet och bland män 60–80 procent högre.

Könsskillnader i dödlighet på 2000-talet

Figur 6 visar att män har en högre dödsrisk än kvinnor i alla åldrar, ända upp till 95 års ålder. Störst är den relativa skillnaden mellan män och kvinnor i tjugo-årsåldern och i denna ålder är det ända upp till tre gånger vanligare att män dör än att kvinnor gör det.

Figur 6. Överdödlighet bland män i olika åldrar.

Kvoten mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, genomsnitt för åren 2003–2007. Olika åldrar*.



* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Fler män än kvinnor dör av hjärt- och kärlsjukdomar, lungcancer, olycksfall, självmord och alkoholrelaterad dödlighet. Skadedödligheten är mer än dubbelt så hög bland män som bland kvinnor (tabell 3). Hjärt- och kärl dödligheten är omkring 70 procent högre bland män när man inte tar med stokedödligheten och cancerdödligheten är 50 procent högre. I yngre åldrar är det mäns högre risk att dö i skador som har störst betydelse för att fler män än kvinnor dör, medan könsskillnaden i hjärt- och kärlsjukligheten har störst betydelse i högre åldrar.

Tabell 3. Överdödlighet bland män i olika dödsorsaker

Kvoten mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, åren 2002–2006. Olika dödsorsaker, alla åldrar sammantaget. Ålderstandardiserat.

Dödsorsak	Kvot
Skador	2,22
Hjärt- och kärlsjukdomar utom stroke	1,69
Cancer	1,47
Stroke	1,18
Infektionssjukdomar	1,00
Övriga dödsorsaker	1,34

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

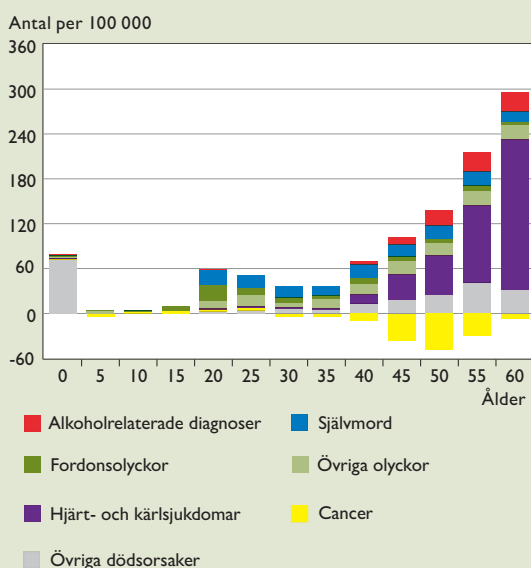
Om man istället jämför antalet fler män än kvinnor som dör per 100 000 invånare ökar denna andel med stigande ålder. Figur 7 visar att upp till 60 års ålder dör fler kvinnor än män i cancer men i övrigt överstiger männens dödsrisker kvinnornas. Figur 8 visar att med stigande ålder är det könsskillnader i hjärt- och kärlsjukdomar som har störst betydelse för att andelen män som dör är högre än andelen kvinnor (observera olika skalar i de två figurerna). Eftersom dödligheten ökar kraftigt med åldern blir könsskillnaden i dessa absoluta dödsrisker högre med stigande ålder, trots att den relativa könsskillnaden är mindre i högre åldrar än i yngre vilket visades i figur 6.

Männens dödsorsaksmönster liknar allt mer kvinnornas

Sedan 1980-talets början närmar sig som sagt mäns medellivslängd kvinnors. Det beror framförallt på att dödligheten minskat i hjärt- och kärlsjukdomar, men även dödfall i olycksfall, självmord och alkoholrelaterad dödlighet har minskat. I samtliga av dessa dödsorsaker har dödligheten minskat för både kvinnor och män. Minskningen har emellertid störst betydelse för män eftersom dessa dödsorsaker är vanligare bland män.

Figur 7. Överdödlighet bland män i olika dödsorsaker i åldrarna upp till 60 år

Skillnaden mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, åren 2002–2004. Olika dödsorsaker.

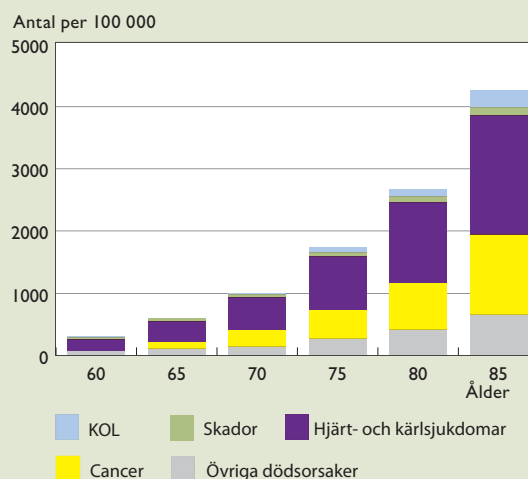


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Cancer som är den enda stora dödsorsak som är vanligare bland kvinnor, dock endast i yngre åldrar, har inte haft samma goda utveckling. Bröstcancerdödligheten har minskat något. Beträffande lungcancer har utvecklingen varit olika för män och kvinnor; lungcancer minskar bland män sedan länge men ökar bland kvinnor och först de senaste åren finns tecken på att lungcancer börjar minska även bland kvinnor (se kapitlet om Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar).

Figur 8. Överdödlighet bland män i olika dödsorsaker i åldrarna 60–85 år.

Skillnaden mellan antal döda män per 100 000 och antal döda kvinnor per 100 000, åren 2002–2004. Olika dödsorsaker.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Utbildning och risken för tidig död

Den stagnerande dödligheten bland män under 1950-, 1960- och 1970-talen berodde på att dödligheten bland arbetare ökade, i alla andra socioekonomiska grupper minskade dödligheten under denna period [5]. Sedan Folk- och bostadsräkningarna upphörde år 1990 går det inte längre att följa socioekonomiska skillnader i dödlighet. Istället kan man belysa sociala skillnader i dödlighet genom att mäta skillnader i dödlighet mellan grupper med olika lång utbildning.

Bland både män och kvinnor är dödsrisken nästan dubbelt så stor i åldern 30–74 år bland personer med enbart grundskola jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. I samtliga

utbildningsgrupper har kvinnor en lägre dödsrisk än män, när man jämför kvinnor och män från samma utbildningsgrupp. Däremot har kvinnor med grundskoleutbildning en högre dödsrisk än män med eftergymnasial utbildning.

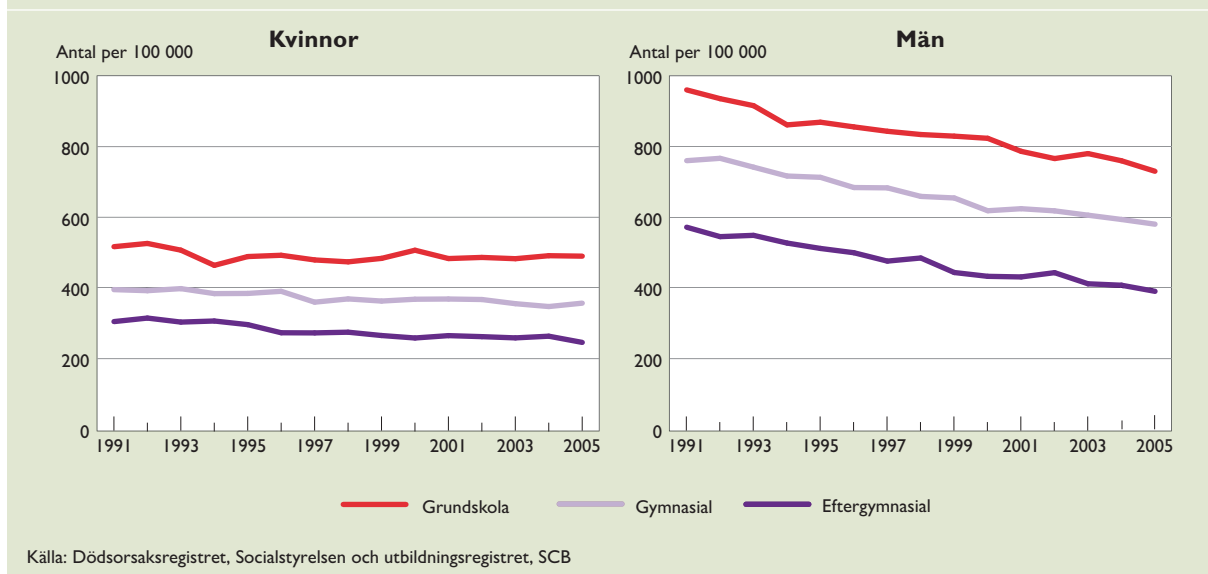
Det är bara bland kvinnor med eftergymnasial utbildning som dödligheten bland kvinnor har minskat i någon större utsträckning de senaste femton åren i åldern 30–74 år (figur 9). Mellan åren 1991 och 2005 har därför skillnaden i dödsrisk i mellan utbildningsgrupperna ökat något bland kvinnor. Bland män minskar dödligheten i alla utbildningsgrupperna och skillnaden i antalet döda per 100 000 mellan män med olika lång utbildning är i stort sett oförändrad.

Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer mindre vanligt bland högutbildade

Skillnader i dödlighet mellan personer med olika lång utbildning finns i de flesta dödsorsaker. Figur 10 visar antalet döda per 100 000 invånare i åldersgruppen 30–74 år i de tre största dödsorsakerna dvs. cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och skador. Cancer bidrar till en knapp tredjedel av skillnaden i dödlighet i åldern 30–74 år mellan kvinnor med grundskoleutbildning och eftergymnasial utbildning och med omkring en femtedel bland män. Hjärt- och kärlsjukdomar bidrar med en tredjedel bland kvinnor och närmare 40 procent bland män.

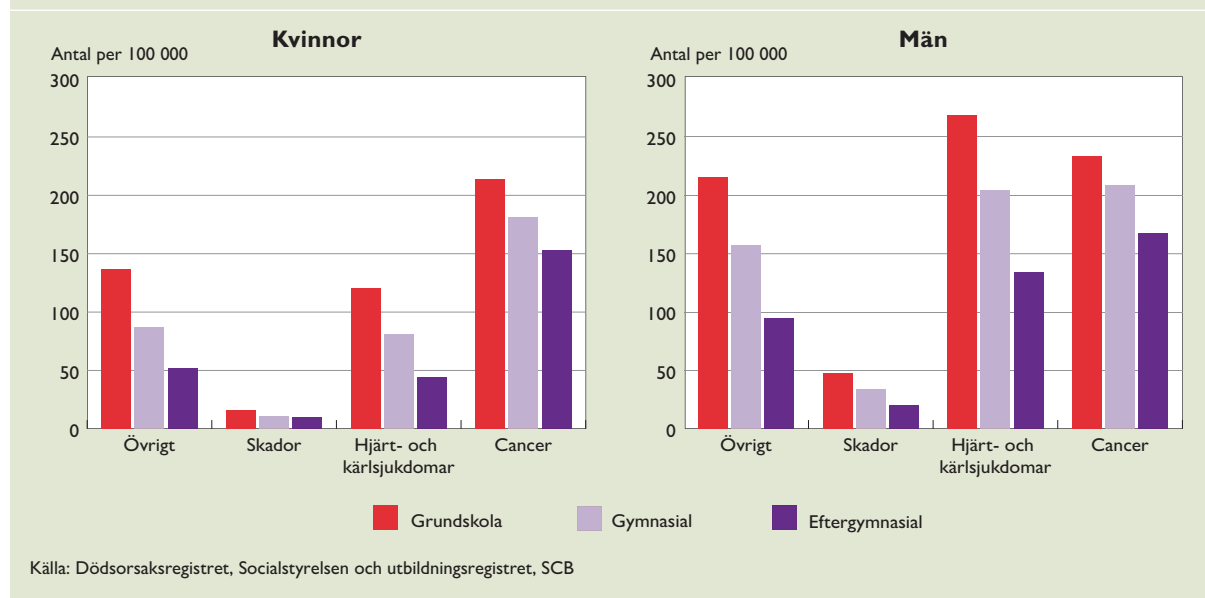
Figur 9. Dödlighet efter utbildning 1991–2005

Antal döda per 100 000 i olika utbildningsgrupper. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



Figur 10. Dödlighet i några dödsorsaker efter utbildning

Antal döda per 100 000 i olika dödsorsaker bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, genomsnitt åren 2001–2005. Åldersstandardiserat.



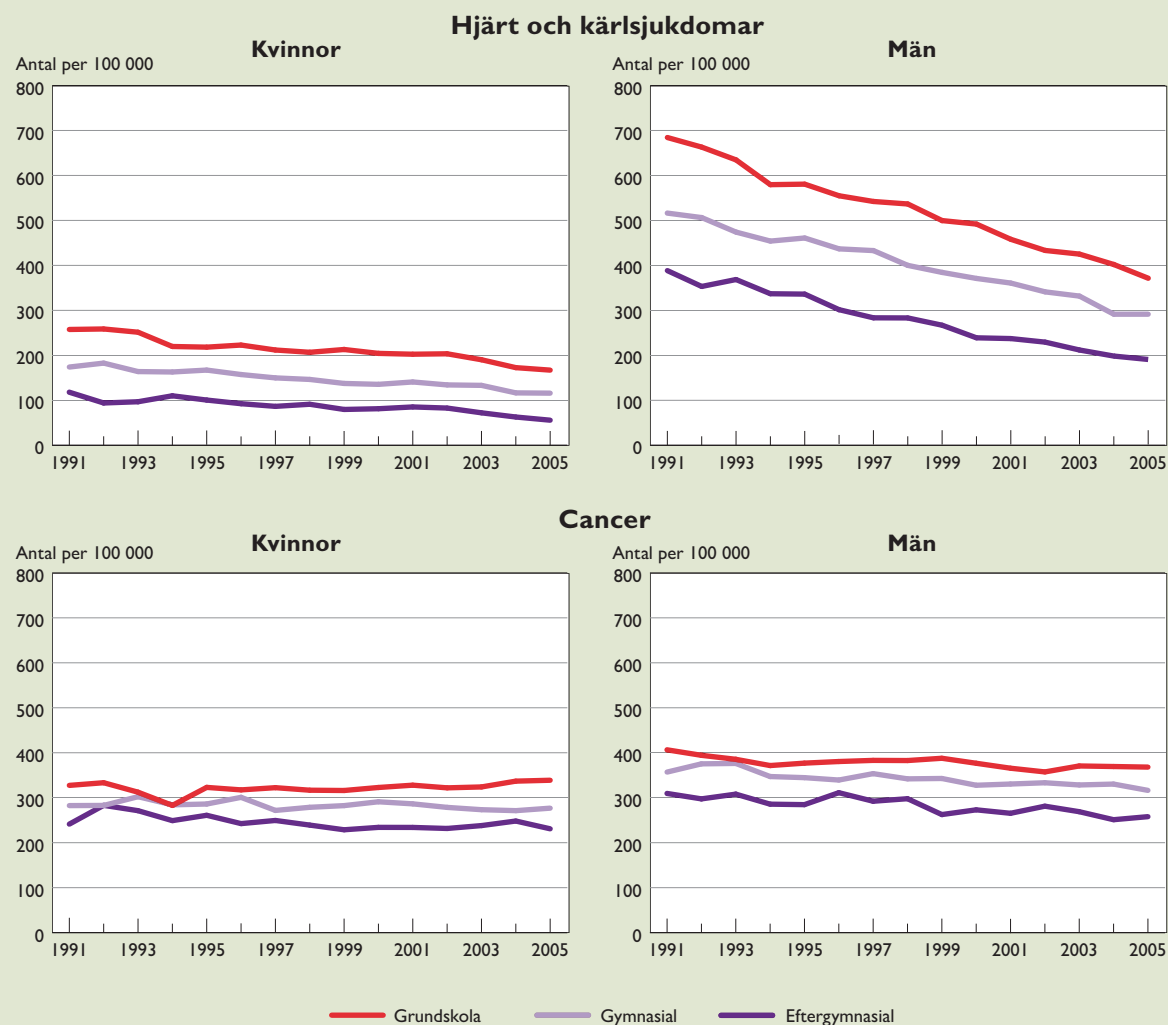
Sociala skillnader i dödlighet både minskar och ökar

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har i det närmaste halverats bland män i åldern 45–74 år i samtliga utbildningsgrupper mellan åren 1991 och 2006 (figur 11). Även bland kvinnor har hjärt- och kärldödligheten minskat i samtliga utbildningsgrupper. Skillnaderna i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar för kvinnor och män med olika lång utbildning är mindre nu än i början av 1990-talet i åldern 45–74 år, räknat i antal döda per 100 000.

Cancerdödligheten har inte minskat alls i samma utsträckning som dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland män. För 15 år sedan var det vanligare att män i åldern 45–74 år dog av hjärt- och kärlsjukdomar än av cancer, men idag är det fler som dör i cancer. Dödligheten i cancer har dock minskat bland män i alla utbildningsgrupper (figur 11). Bland kvinnor är det endast bland dem med eftergymnasial utbildning som man ser en tydlig minskning av cancerdödligheten sedan 1991. De senaste åren har cancerdödligheten inte heller minskat i denna grupp.

Figur 11. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer efter utbildning 1991–2005

Antal döda per 100 000 i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 45–74 år, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

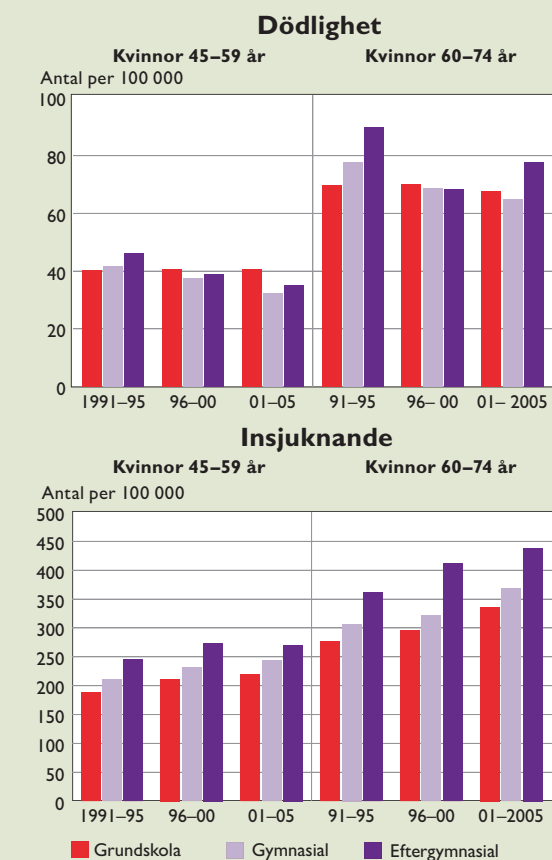
Bröstcancer och lungcancer står tillsammans för omkring 40 procent av cancerdödsfallen bland kvinnor i åldern 45–74 år. I början av 1990-talet fanns en tydlig skillnad i bröstcancerdöd mellan kvinnor i olika utbildningsgrupper (figur 12). Dödsfall i bröstcancer var vanligast bland kvinnor med eftergymnasial utbildning, och bröstcancer är en av de få dödsorsaker som var vanligare bland högutbildade än bland lågutbildade. Åren 2001–2005 är bröstcancerdödligheten bland kvinnor i åldern 45–59 år högre bland lågutbildade men i högre åldrar är det fortfarande högutbildade som har högst dödlighet. Att insjukna i bröstcancer är däremot fortfarande vanligare bland högutbildade. Flera studier visar att överlevnaden i cancer är sämre bland kvinnor med låg socioekonomisk status och att skillnaden är mest uttalad bland kvinnor under 50 år [6,7].

Lungcancer är betydligt vanligare bland lågutbildade än högutbildade (figur 13). Andelen som dör i lungcancer har ökat de senaste femton åren bland kvinnor i åldern 45–74 år utom bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Dödligheten i lungcancer avspeglar också insjuknandet eftersom lungcancer sällan botas. De viktigaste orsakerna till att sociala skillnader i cancerdödligheten har ökat är att lungcancer ökat mer bland kvinnor med kortare utbildning än bland högutbildade och att bröstcancerdödligheten minskat mer bland högutbildade än bland kvinnor med lägre utbildning. Bland män har lungcancerdödligheten minskat något i alla utbildningsgrupperna.

Att dö till följd av en skada, (självmod och olycksfall sammantaget) är betydligt vanligare bland personer med enbart grundskoleutbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning (figur 14). De höga siffrorna åren 1994 och 2004 beror på att omkring 500 personer drunknade både när fär-

Figur 12. Bröstcancer i olika utbildningsgrupper 1991–2005

Antal döda respektive insjuknade per 100 000 i bröstcancer bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor 45–59 år och 60–74 år, genomsnitt åren 1991–1995, 1996–2000 och 2001–2005. Åldersstandardiserat.

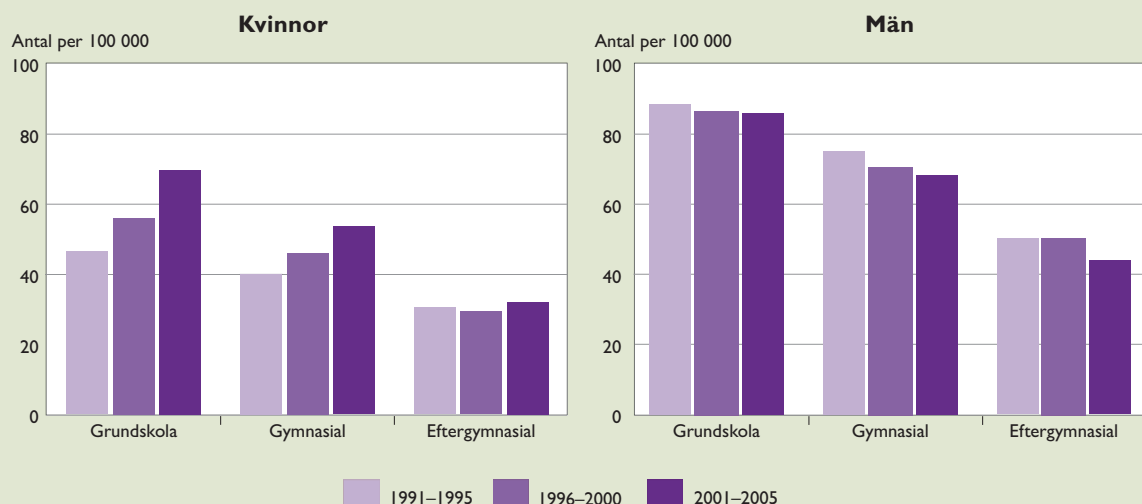


Källa: Dödsorsaksregistret och cancerregistret, Socialstyrelsen samt utbildningsregistret, SCB

jan Estonia sjönk i Östersjön och i samband med tsunamin i Sydostasien. Skadedödligheten har inte minskat de senaste femton åren och de sociala skillnaderna har snarast ökat i åldern 30–74 år.

Figur 13. Lungcancerdödlighet i olika utbildningsgrupper 1991–2005

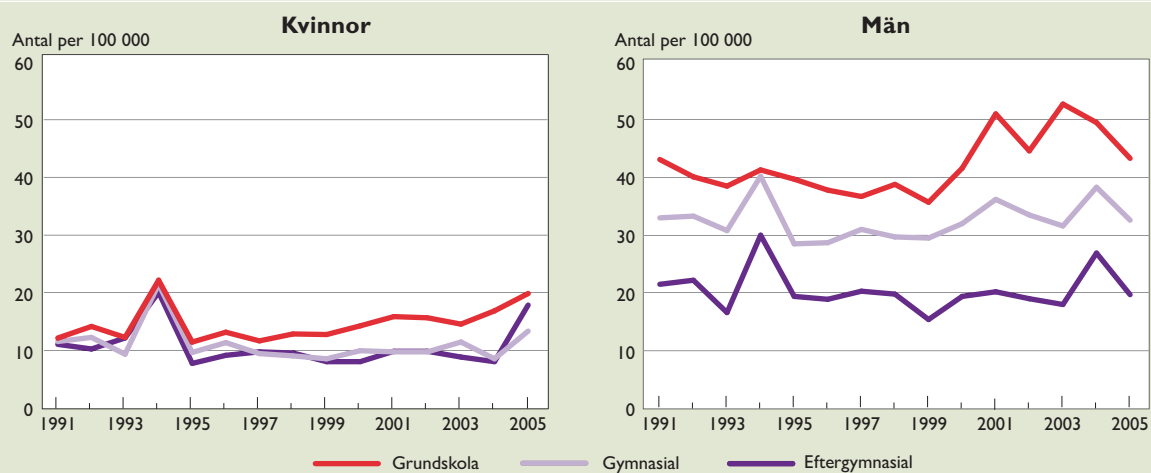
Antal döda per 100 000 i lungcancer bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 45–74 år, genomsnitt åren 1991–1995, 1996–2000 och 2001–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Figur 14. Dödlighet i skador i olika utbildningsgrupper 1991–2005

Antal döda per 100 000 i skador bland personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB

Tabell 4. Skillnader i dödlighet i olika åldrar och utbildningsgrupper

Över- respektive underrisk* att avlida i jämförelse med den genomsnittliga dödsrisken för åldergruppen, för män respektive kvinnor. Kvinnor och män 30–84 år, genomsnitt för åren 2003–2007.

Ålder	Kvinnor			Män		
	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
30–34 år	2,96	1,00	0,68	2,51	1,11	0,47
35–39 år	2,28	1,07	0,66	2,02	1,07	0,57
40–44 år	2,01	1,07	0,64	1,76	1,08	0,51
45–49 år	1,68	1,05	0,67	1,49	1,04	0,59
50–54 år	1,58	1,00	0,71	1,37	1,09	0,55
55–59 år	1,38	1,02	0,69	1,29	1,03	0,63
60–64 år	1,24	1,01	0,70	1,22	0,99	0,67
65–69 år	1,19	0,95	0,70	1,15	0,97	0,72
70–74 år	1,13	0,92	0,71	1,13	0,94	0,71
75–79 år	1,08	0,92	0,72	1,09	0,94	0,78
80–84 år	1,05	0,91	0,76	1,07	0,94	0,78

* Standardiserad dödsquot definierad som antalet döda inom en grupp med viss ålder och utbildningsnivå dividerat med det förväntade antalet döda om dödligheten var densamma som i riket totalt.

Källa: Befolkningsstatistiken och utbildningsregistret, SCB

Sociala skillnader större bland yngre än äldre

Sociala skillnader i dödsrisker är större bland yngre än bland äldre (tabell 4). Exempelvis i åldern 30–34 år har kvinnor med endast grundskola, tre gånger högre dödsrisk jämfört med riksgenomsnittet för denna åldersgrupp åren 2003–2007. För kvinnor med eftergymnasial utbildning var dödligheten istället endast 68 procent av riksgenomsnittet. Det betyder att det var 4 gånger så vanligt att kvinnor med enbart grundskoleutbildning dog i åldern 30–34 år än vad det var bland kvinnor med eftergymnasial utbildning.

Det är emellertid få som dör i åldern 30–34 år och med stigande ålder, och stigande dödlighet, minskar de relativa skillnaderna mellan utbildningsgrupperna. Men även i åldrar där risken att dö är betydligt högre är skillnaden påtaglig. Exempelvis i åldern 70–74 år har personer med enbart grundskola 60 procent högre dödsrisk än

de som har eftergymnasial utbildning, både bland kvinnor och bland män.

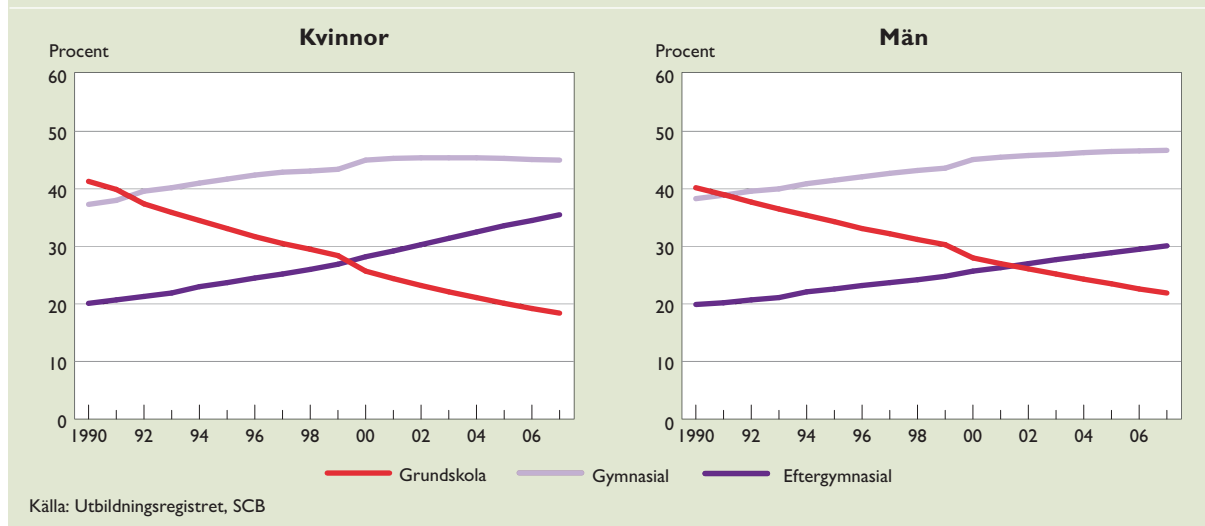
Högre utbildningsnivå en orsak till minskad dödlighet

Allt fler i befolkningen har en eftergymnasial utbildning. År 2007 hade 36 procent av kvinnorna och 30 procent av männen i åldern 30–74 år en eftergymnasial utbildning (figur 15). År 1990 hade 20 procent eftergymnasial utbildning bland både kvinnor och män. Numera har 18 procent av kvinnorna och 22 procent av männen endast grundskola jämfört med 40 procent bland kvinnor och män 1990.

Eftersom dödligheten bland högutbildade är lägre än bland lågutbildade innebär den höjda utbildningsnivån att fler tillhör gruppen högutbildade med lägre dödsrisker och färre tillhör gruppen lågutbildade med höga dödsrisker. Den höjda utbildningsnivån är sannolikt en viktig orsak till den ökande medellivslängden.

Figur 15. Utbildningsnivå 1990–2007

Andel (procent) personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1990–2007.



Kvinnor mår sämre än män

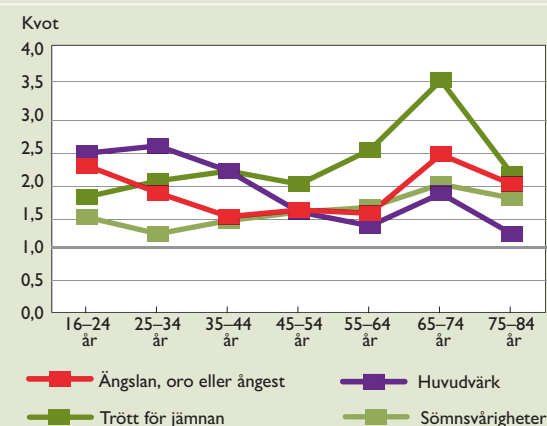
Trots att kvinnor lever längre än män är hälsobesvär vanligare bland kvinnor än bland män. Nedfatt psykiskt välbefinnande och värk är vanliga orsaker till att man upplever sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt.

Figur 16 visar hur många gånger vanligare det är bland kvinnor jämfört med män att besväras av huvudvärk, sömnsvårigheter, trötthet för jämnhet eller ångslan, oro eller ångest. I yngre åldrar är huvudvärk mer än dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män. I åldern 65–74 år är besvär med ångslan, oro eller ångest 2,5 gånger vanligare bland kvinnor, och att känna sig trött morgon, middag kväll är 3,5 gånger vanligare bland kvinnor.

Svår värk i nacke och skuldror och svår värk i ryggen är också vanligare bland kvinnor än bland män i alla åldrar (figur 17). Särskilt stor är könsskillnaden i åldern 16–24 år respektive 25–34 år där det är 4–5 gånger vanligare med svår värk i nacke och skuldror bland kvinnor än bland män.

Figur 16. Könsskillnader i psykiskt välbefinnande i olika åldrar

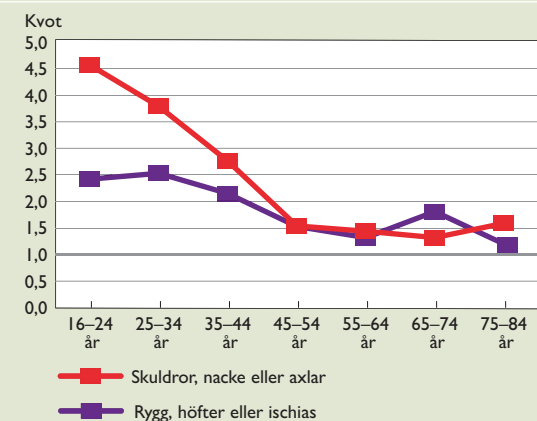
Skillnad mellan kvinnors och mäns psykiska välbefinnande mätt som kvoten mellan andelen kvinnor och andelen män som har olika psykiska besvär. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 2004–2005.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 17. Könsskillnader i värkbesvär i olika åldrar

Skillnad mellan kvinnors och mäns värkbesvär mätt som kvoten mellan andelen kvinnor och andelen män som har olika svåra värkbesvär. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 2004–2005.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Nedsatt psykiskt välbefinnande och värk i nacke och skuldror har ökat bland både kvinnor och män sedan 1980-talet, men har minskat de allra senaste åren utom bland ungdomar. Ökningen har varit större bland kvinnor räknat som antalet fler personer med besvär per 100 invånare. Flickor i åldern 15–19 år har haft den sämsta utvecklingen vilket diskuteras mer i kapitlet om ungdomars hälsa. Könsskillnaderna i dessa besvär blev större också bland kvinnor i förvärvsaktiv ålder under 1990-talet. I kapitlet om psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär framförs att psykosocial stress i arbetet blev vanligare framförallt på kvinnodominerade arbetsplatser och att kvinnors arbetstid har ökat, vilket kan ha bidragit till ökande könsskillnader.

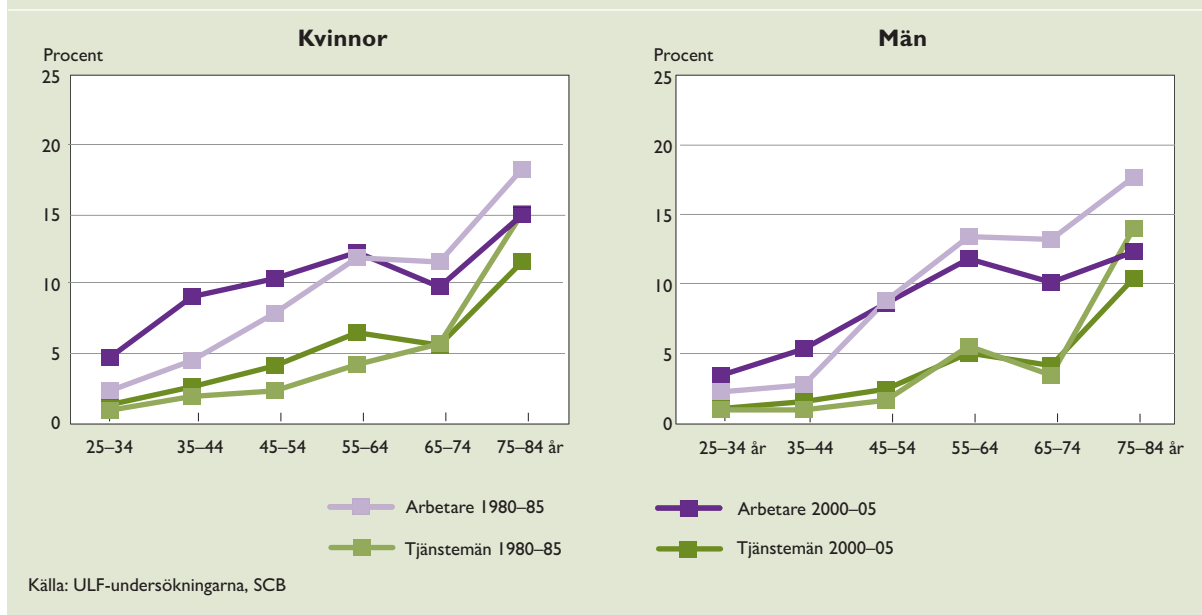
Hälsobesvär vanligare bland arbetare än tjänstemän

Att hälsotillståndet skiljer sig mellan olika socialgrupper visar sig inte bara som skillnader i risken för en förtida död utan det finns också stora skillnader i hur man upplever sitt hälsotillstånd. I alla åldrar är det vanligare att arbetare upplever sitt hälsotillstånd som dåligt än att tjänstemän gör det (figur 18). Det är också vanligare att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt med stigande ålder, med undantag för åldrarna efter pensionen där det allmänna hälsotillståndet förefaller överlag förbättras tillfälligt.

Figuren visar också att i yngre åldrar var det vanligare att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt 2000–2005 än åren 1980–1985, i synnerhet bland kvinnor. Bland äldre har hälsotillståndet i stort sett förbättrats vilket diskuteras i kapitlet om Äldres hälsa.

Figur 18. Dåligt allmänt hälsotillstånd i olika åldrar

Andel (procent) som uppger dåligt allmäntillstånd i olika åldrar bland arbetare och tjänstemän (mellan och högre tjänstemän). Kvinnor och män, åren 1980–85 respektive 2000–2005.



Figur 19 visar att de sociala skillnaderna i hur man upplever sitt allmänna hälsotillstånd har ökat under 2000-talet bland kvinnor. Andelen som upplevde sitt hälsotillstånd som gott var 70 procent bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning i åldern 30–74 år fram till mitten av 1990-talet och är idag omkring 60 procent. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning är det oförändrat omkring 80 procent som upplever sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Bland män har de sociala skillnaderna varit relativt oförändrade den senaste tjugoårsperioden.

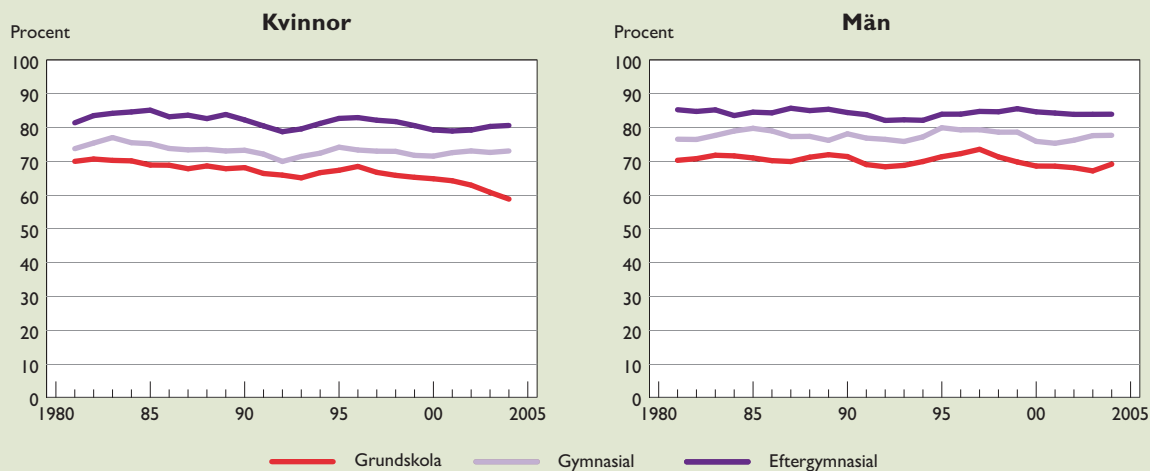
I kapitlet Hälsa i förvärvsaktiv ålder visas att hälsoskillnaderna är stora mellan arbetare och tjänstemän i framförallt värk men även nedsatt psykiskt välbefinnande och att typen av arbete har

betydelse. Det finns också systematiska skillnader i levnadsvanor när det gäller motion, kost och rökning. Figur 20 visar att andelen rökare minskat bland alla utbildningsgrupper bland män. Bland kvinnor med enbart grundskola är andelen rökare oförändrad de senaste tjugo åren, 30 procent.

Sociala skillnader i just rökning har stor betydelse för sociala skillnader i dödlighet. I en ny stor studie från Skottland undersöktes skillnaden i dödsrisk mellan rökare och icke-rökare för kvinnor och män i olika socialgrupper [8]. Skillnaden i överlevnad mellan olika sociala grupper, under de 28 år som studien löpte, var förhållandevis liten bland rökare och mindre än bland icke-rökarna. Sociala skillnader i dödlighet var överlag betydligt mindre än skillnader i dödlighet mellan röka-

Figur 19. Gott allmänt hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 1980–2005

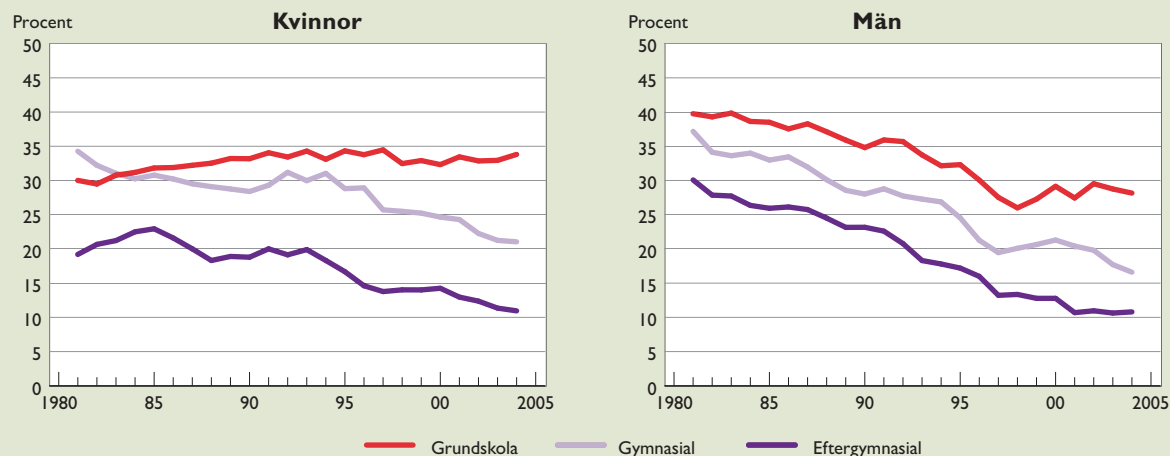
Andel (procent) som uppger gott allmäntillstånd. Kvinnor och män med olika lång utbildning, 30–74 år, perioden 1980–2005*. Åldersstandardiserat.



* Glidande treårsmedelvärde.
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 20. Rökning i olika utbildningsgrupper 1980–2005

Andel (procent) som röker dagligen. Kvinnor och män med olika lång utbildning, 30–74 år, perioden 1980–2005*. Åldersstandardiserat.



* Glidande treårsmedelvärde.
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

re och icke-rökare. Det betyder att för rökare har rökstopp avgörande betydelse för att minska dödligheten och att skillnader i rökning har mycket stor betydelse för sociala skillnader i dödlighet.

Även om rökning är en i särklass betydande riskfaktor för förtida död så har även andra levnadsvanor och levnadsomständigheter stor betydelse vilket framgår av att det finns också sociala skillnader mellan icke-rökare.

Sjukdomsbörda ett samlat mått på ohälsa

WHO och världsbanken har tagit fram ett mått som mäter den samlade betydelsen av olika folksjukdomar, den så kallade sjukdomsbördan. Med detta mått kan man jämföra vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa. Måttet väger samman sjukdomars påverkan på hälsotillståndet och hur mycket de bidrar till förtida död.

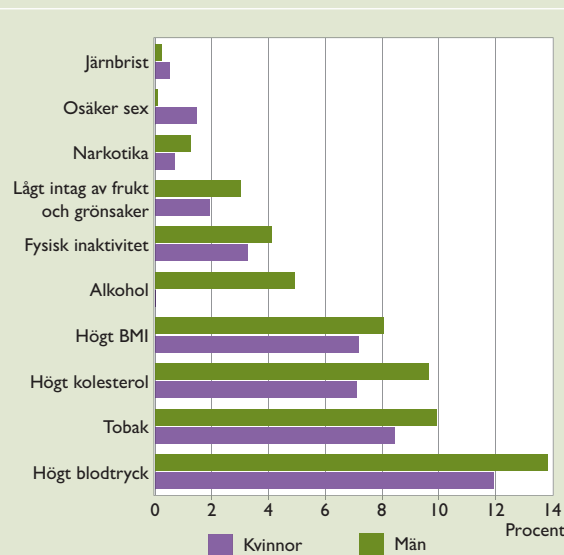
Bland både kvinnor och män i Sverige bidrar hjärt- och kärlsjukdomar mest till förtida död och neuropsykiatriska sjukdomar (exempelvis depressioner) mest till nedsatt hälsotillstånd [9]. När man väger samman dödlighet och sjuklighet så bidrar neuropsykiatriska sjukdomar mest till sjukdomsbördan bland kvinnor, 24 procent, medan bland män bidrar hjärt- och kärlsjukdomar med den största andelen, 26 procent.

Det har också gjorts en beräkning av några olika riskfaktors betydelse för den samlade sjukdomsbördan [9]. Figur 21 visar att högt blodtryck har stor betydelse och beräknas bidra till 12 procent av sjukdomsbördan i Sveriges befolkning och är den riskfaktor som i denna jämförelse har störst betydelse. Därefter kommer tobak (10 procent), höga blodfetter (8 procent) och övervikt (7 procent).

Alkohol bidrar endast till männens sjukdomsbörda och inte alls till kvinnors vilket beror på att mindre mängder alkohol har skyddande effekter i högre åldrar vilket förklaras mer i kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk. Att osäkert sex bidrar till framförallt kvinnors sjukdomsbörda beror på att sexuellt överförda infektioner kan leda till livmoderhalscancer.

Figur 21. Olika riskfaktors bidrag till sjukdomsbördan i Sverige

Några olika riskfaktors bidrag till den samlade sjukdomsbördan bland kvinnor och män i Sverige, mätt i DALY*.

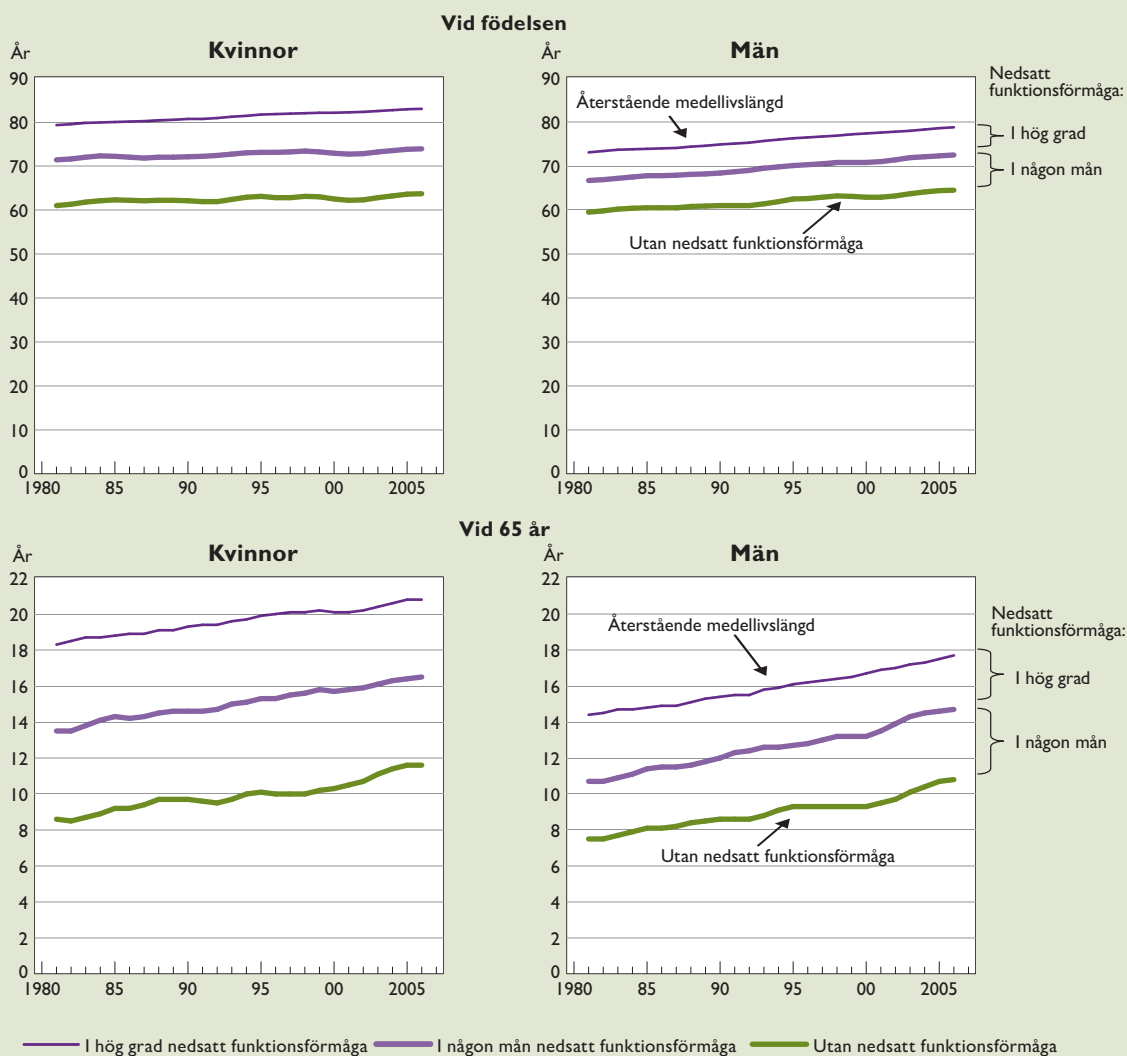


* DALY (Disability Adjusted life Years) är ett mått som väger samman förlorade levnadsår på grund av dödsfall samt år levda med funktionsnedsättning till följd av olika sjukdomsdiagnoser. Med kännedom om olika riskfaktors betydelse för uppkomsten av olika sjukdomar (relativ risk) har här gjorts beräkningar för hur stor del olika riskfaktorer bidrar till den samlade sjukdomsbördan. Bilden visar hur stor andel av den totala sjukdomsbördan som skulle försvinna om en viss riskfaktor kunde elimineras, exempelvis skulle ungefär 10 procent av all sjuklighet bland män försvinna om ingen rökte.

Källa: Moradi T et al [9]

Figur 22. Återstående medellivslängd med och utan funktionsnedsättning 1980–2007

Förväntad återstående medellivslängd (vid födelsen och vid 65 års ålder) med olika grad av funktionsnedsättning till följd av långvarig sjukdom*. Kvinnor och män perioden 1980–2007**.



* Disability Free Life Expectancy (DFLE). Med nedsatt funktionsförmåga till följd av långvarig sjukdom avses nedsatt arbetsförmåga för personer i förvärvsaktiv ålder och för ålderspensionärer nedsatt förmåga att klara olika sysslor i det dagliga livet. Beräkningarna begränsas till åldrarna 16 till 84 år, eftersom det saknas uppgifter över tid för befolkningen under 16 år och över 84 år. ** Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Beräkningar har också gjorts på socioekonomiska skillnader i sjukdomsburden, på slutet av 1990-talet [10]. Bland män beräknades att 37 procent av sjukdomsburden berodde på att hälsan var ojämnt fördelad och ej facklärda arbetare stod för en relativt större del av sjukdomsburden. Motsvarande andel för kvinnor var 30 procent.

Med hjälp av sammansatta mått kan man också visa om den ökade medellivslängden har lett till att vi lever fler år med god hälsa eller om den ökade livslängden är präglad av sjukdom. I figur 22 används ett mått där man kombinerat uppgifter om nedsatt hälsa från SCB:s ULF-undersökningar med dödlighet. Med nedsatt hälsa menas att man till följd av någon långvarig sjukdom har en nedsatt arbetsförmåga. För ålderspensionärer som inte arbetar är det istället om långvarig sjukdom är ett hinder i det dagliga livet. Kvinnors medellivslängd ökade med 4,1 år mellan 1980 och 2007. 1,3 år av denna ökning var år med i hög grad nedsatt arbetsförmåga. Mäns medellivslängd ökade under samma period 6,2 år och antalet år då sjukdom i hög grad satte ner förmågan att klara olika sysslor ökade inte alls. Det är således med friska år som mäns medellivslängd närmar sig kvinnors. Den förväntade återstående medellivslängden vid 65 års ålder ökade med 2,7 år för kvinnor mellan åren 1980 och 2007. Åren utan nedsatt förmåga att klara vardagssysslor ökade med hela 3,0 år, vilket är mer än den återstående medellivslängden har ökat. Det innebär att åren då sjukdom begränsar förmågan att klara vardagliga sysslor minskat med 0,3 år för kvinnor efter 65 års ålder. För män ökade den återstående medellivslängden vid 65 år med 3,6 år varav 3,4 år var så kallat friska år utan nedsatt förmåga att klara dagliga sysslor.

Bestämningsfaktorer för sociala skillnader i hälsa

Det övergripande målet för svensk folkhälsopolitik är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen och att särskilt uppmärksamma de befolkningsgrupper som har den sämsta hälsan.

Sociala skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika lång utbildning är betydande och skillnaderna ökade under hela 1990-talet och fortsatte att öka under 2000-talet. Könsskillnader i medellivslängd har däremot minskat kraftigt under samma period.

Sociala skillnader i sjuklighet och upplevd ohälsa kan inte mätas lika entydigt som sociala skillnader i dödlighet, men det är ändå tydligt att både sociala skillnader och könsskillnader i sjuklighet och upplevd ohälsa är fortsatt stora.

En vuxen individs hälsa påverkas av levnadsomständigheter under alla delar av livsrytmen. Vissa perioder tidigt i livet kan vara kritiska. Exempelvis löper barn som växer sämre under fosterperioden att få något högre blodtryck än andra barn och som vuxna har de större risk att drabbas av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Det är vanligare bland mödrar som arbetar i stressfyllda yrken att föda barn med låg födelsevikt [11].

Perioden omedelbart efter födelsen är också avgörande på många sätt. En god social miljö i barndomen utgör ett skydd mot ohälsa senare i livet. Hjärnans tillväxt och utveckling fortsätter starkt under de första levnadsåren, då personlighet, begåvning, motorik och språk formas. Samtliga dessa egenskaper utvecklas i samspel med den närmaste omgivningen. Barnets tidiga utveckling bestämmer på ett avgörande sätt dess möjligheter, inte enbart i skolan och så småning-

om på arbetsmarknaden, utan även hälsan under hela den vuxna perioden.

Barn råder inte över sina levnadsomständigheter, och skillnader i hälsa bland barn som har sin grund i skillnader i sociala förhållanden upplevs nog för de flesta som orättfärdiga. Vuxna har större möjligheter att påverka sin hälsa och det är inte lika självklart orättfärdigt att rökare har en sämre hälsa än icke-rökare. Men om rökning är ett sätt att hantera stress eller andra påfrestningar, och det i sin tur är kopplat till levnadsomständigheter man inte självklart rå över, kan sociala skillnader i hälsa som beror på rökning upplevas som orättfärdiga. Ojämlikheter, eller orättfärdigheten, uppstår framförallt av de olika förutsättningar under vilka man fattar sina val.

Könsskillnader i hälsa ses ofta som givna och diskuteras sällan utifrån ett socialt perspektiv eller utifrån ett ojämlikhetsperspektiv. Det är dock tydligt att könsskillnader i hälsa i hög grad är socialt påverkbara vilket visas av att könsskillnader i dödlighet har förändrats till och med mer än sociala skillnader i dödlighet.

Det finns systematiska skillnader mellan män och kvinnors sätt att leva när det gäller exempelvis rökning, alkohol och narkotikamissbruk, matvanor, motionsvanor, risktagande i trafiken, arbetsförhållanden med mera. Dessa och andra skillnader mellan könen är i hög grad påverkbara och har också förändrats.

Exempelvis minskade könsskillnaderna i rökning när allt fler kvinnor började röka på 1960- och 1970-talen. Kvinnors dödsrisk närmade sig dock inte männens eftersom kvinnors dödsrisk i hjärt- och kärlsjukdomar fortsatte att sjunka, trots att fler rökte, när männens i det närmaste stagnerade. Däremot så pågår en utjämning av könsskillnaden för lungcancer vilket är en effekt av

att könsmönstret för rökning förändrats under föregående decennier. Sedan 1980-talet är bilden den motsatta. Det är snarare så att mäns dödlighetsmönster närmar sig kvinnors och det har blivit mindre vanligt med riskfyllda levnadsvanor bland män, något som satts i samband med en ökad jämställdhet mellan könen [12].

Sociala skillnader i ett internationellt perspektiv

När man jämför sociala skillnader i hälsa mellan olika länder har det stor betydelse för resultatet om man väljer att utgå från relativa skillnader mellan olika sociala grupper eller absoluta skillnader i exempelvis medellivslängd eller dödlighet i antal döda per 100 000. Redovisar man ojämlikhet som relativa dödsrisker, dvs. dödsrisken i en grupp dividerat med dödsrisken i en annan grupp, så är de sociala skillnaderna stora i Sverige. Sverige och Norge framstår då som särskilt ojämlika, trots att arbetare i Sverige och Norge har de lägsta dödsriskerna absolut sett, och även (absolut räknat) ligger närmast tjänstemännen. Att kvoten ändå blir hög beror på att svenska tjänstemän har en extremt låg dödlighet.

Sverige har arbetat mot ojämlikhet i hälsa efter två principer som vunnit internationellt stöd: att påverka ohälsans sociala bestämningsfaktorer och att arbeta tvärsektoriellt, dvs att samarbeta över olika samhällssektorer för att främja hälsa. WHO uppmanar alla länder att också skaffa sig ett system för att löpande följa upp ojämlikhet i hälsa. En sådan uppföljning finns inte i Sverige idag. Utvecklingen mot ökade sociala skillnader i hälsa har skett trots att Sverige sedan länge antagit som folkhälsopolitisk målsättning att minska dessa.

Referenser

1. Istat - Istituto nazionale di statistica. *Italy in figures 2008* 2009.
2. OECD. *OECD Health Data 2008, December 08* [Databas på Internet]. 2008 [citerad 2009]. Tillgänglig från: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>.
3. Pan American Health Organization. *Health Analysis and Statistics Unit. Regional Core Health Data Initiative; Technical Health Information System*. Washington DC; 2007; Tillgänglig från <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=138>.
4. SCB. *Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. Perioden 1986–2003* 2004.
5. Vågerö D, Lundberg O. From description to explanation. Socioeconomic mortality differences among adults in Sweden. I: Lopez A, Caselli G, Valkonen T, red. *Adult Mortality in Developed Countries*. Oxford: Clarendon Press 1995.
6. Hemminki K, Li X. Lifestyle and cancer: effect of widowhood and divorce. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003 Sep;12(9):899–904.
7. Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Long-term inequalities in breast cancer survival- a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncol*. 2008;47(2):216–24.
8. Gruer L, Hart CL, Gordon DS, Watt GC. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *Bmj*. 2009;338:b480.
9. Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, Mathers C. Sjukdomsbördan i Sverige mätt med DALY. Neuropsykiatriska sjukdomar och hjärt-karlsjukdomar dominerar. *Läkartidningen*. 2006 Jan 18–24;103(3):137–41.
10. Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bull World Health Organ*. 2005 Feb;83(2):92–9.
11. Gisselmann MD, Hemström Ö. The contribution of maternal working conditions to socio-economic inequalities in birth outcome. *Soc Sci Med*. 2008 Mar;66(6):1297–309.
12. Danielsson M. Jämställdhet och mäns medellivslängd. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*. 2002(2–3):19–44.

Barns hälsa

Sammanfattning

Hälsosituationen för svenska barn är i flera avseenden bland de bästa i världen. Det gäller till exempel den låga spädbarnsdödligheten, den höga andelen ammade spädbarn, den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andelen som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen.

Trots den låga spädbarnsdödligheten är spädbarnsåret en riskfylld period i barns liv och antalet barn som dör då är något högre än i åldrarna 1–15 år sammantaget. Den vanligaste orsaken till att barn dör vid förlossningen är att de föds för tidigt eller att de föds för små, till följd av en tillväxthämning under fosterstadiet. 2,5 procent av alla nyfödda är tillväxthämmade och 6 procent föds för tidigt, och dessa nivåer har varit oförändrade under det senaste decenniet. Dödligheten de första levnadsveckorna fortsätter ändå att minska till följd av ett allt bättre omhändertagande i samband med förlossningen och nyföddhetsperioden. Förbättringarna har också lett till att färre för tidigt födda får en cp-skada.

Att barn föds dödfödda är däremot lika vanligt i dag som för tio år sedan och det är vanligare bland barn till mödrar med låga inkomster. Omkring 1,5 procent av alla barn föds med missbildningar eller kromosomrubbningar som är så omfattande att de leder till att barnet dör eller får betydande funktionsnedsättningar. Den vanligaste kromosomrubbningen är Downs syndrom, vilket är vanligare bland barn till äldre mödrar. I dag går det att upptäcka kromosomrubbningen under graviditeten, och antalet avbrutna graviditeter har ökat. Samtidigt har mödrarnas medelålder ökat, och därför har andelen barn som föds med Downs syndrom varit stabil. För närvarande föds årligen 20–25 barn med ryggmärgsbräck och omkring 80 graviditeter avbryts efter att man upptäckt skadan vid en ultraljudsundersökning.

I åldern 1–15 år orsakar olyckor en fjärdedel av dödsfallen bland flickor och en tredjedel bland pojkar. Tjugo procent av dödsfallen beror på cancer, både för flickor och för pojkar. Under barndomen fram till tonåren är olycksfallsdödligheten låg och könsskillnaderna små. Sverige har en av världens lägsta dödligheter även i barnaåren efter spädbarnsåret, och den viktigaste anledningen är att olycksfallsdödligheten under barnaåren är låg. Under 2000-talet

har det dock blivit vanligare att spädbarn vårdas på sjukhus på grund av olycksfall och våld, samt att 14–16-åringar skadas så svårt i moped- och mc-olyckor att de behöver läggas in på sjukhus.

Barn i årskurs 5 känner sig lika friska eller friskare i dag än för tjugo år sedan. Bland de äldre barnen har utvecklingen däremot inte varit lika gynnsam. Ända sedan 1990-talets början har andelen som känner sig mycket friska minskat i årskurs 9, särskilt bland flickorna. Bland dessa flickor har dessutom andelen som trivs med livet minskat.

Besvär som att känna sig nere, ha svårt att somna, känna sig nervös eller ha huvudvärk blev vanligare mellan 1985 och slutet av 1990-talet, bland flickor och pojkar i årskurs 5 och 9. Dessa besvär ökar dock inte längre, utom bland flickor i årskurs 9. Var tredje flicka i årskurs 9 har dock under det senaste halvåret känt sig nere mer än en gång i veckan.

Flickor i årskurs 9 känner sig allt mer stressade av skolarbetet, och andelen har ökat från 50 till nästan 70 procent under perioden 1997/98 till 2005/06. Bland elever i årskurs 5 är brist på arbetsro ett större problem. Andelen barn som rapporterar att de mobbas i skolan varje vecka har legat kring 3–4 procent sedan 1980-talet, trots att skolorna gör allt mer för att motverka mobbning.

Dagens barn äter mindre godis och dricker mindre läsk än i början av 2000-talet, och de äter också mer frukt och grönsaker. Andelen överviktiga barn har dock fördubblats och det har blivit fyra till fem gånger vanligare med feta barn under de senaste två decennierna. Under det senaste året har det dock kommit rapporter som talar för att ökningen av andelen barn med fetma har stannat upp, och att andelen kanske till och med har börjat minska.

Inledning

Tillväxt och utveckling är nyckelord för att förstå vad som är speciellt med fosterlivet och barndomen i ett folkhälsoperspektiv. Kroppsorganen anläggs i fosterlivet och utvecklas under barndomen i ett samspel mellan ärftliga faktorer och den omgivande miljön. Därför kan förebyggande insatser få särskilt stor effekt tidigt i livet innan organsystemen och beteendet har hittat sin definitiva form.

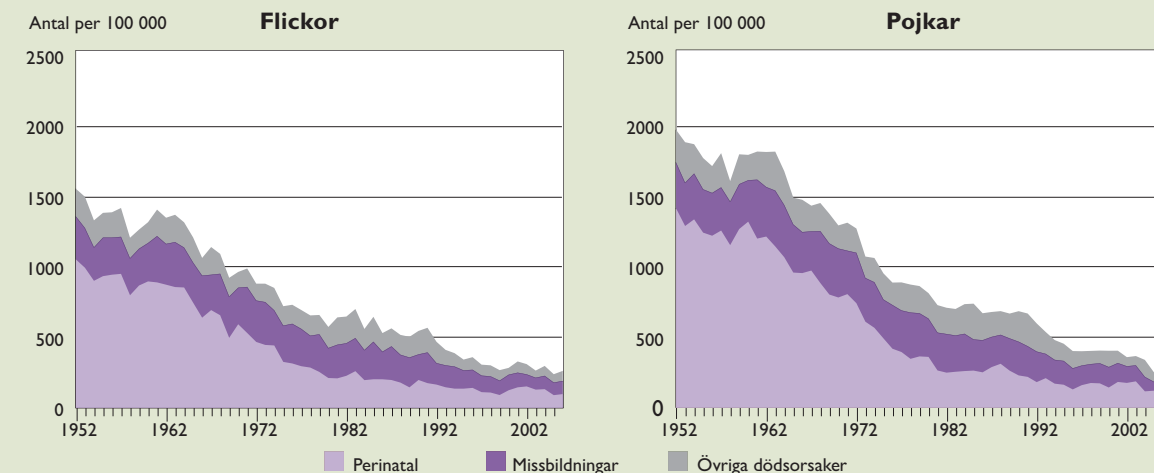
Spädbarnsperioden är en särskilt utsatt period i människans liv, och i detta kapitel beskrivs först hälsoproblem bland spädbarn och därefter för åldersgruppen 1–15 år. Senare års forskning om hjärnans utveckling har pekat på betydelsen av fosterlivet och den tidiga barndomen för människors framtida psykiska hälsa och välbefinnande. Även studier av hjärt- och kärlsjukdomar och fetma har visat att den första tiden i livet har stor betydelse [1].

Barndomen är dock inte bara en transportsträcka till vuxenlivet. Barn har rätt till ett värdigt och meningsfullt liv, och deras sårbarhet och maktlöshet gör att samhället har ett särskilt ansvar att prioritera just barnen. Det är dessa värderingar som ligger till grund för att barn bland annat har rätt till ”bästa uppnåeliga hälsa” enligt FN:s konvention om barnets rättigheter.

Barns och ungdomars uppväxtvillkor är intimt förknippade med deras hälsa. I dagens svenska samhälle kan nästan alla barn äta sig mätta och de har tillgång till kvalificerad hälso- och sjukvård. Fortfarande har dock de strukturella uppväxtvillkoren under barndomen en inverkan på människors hälsotillstånd. Familjens sociala position styr de hälsorisker barnet utsätts för under barndomen, den stimulans som familjen kan erbjuda

Figur 1. Dödsorsaker under första levnadsåret

Antal döda per 100 000 levande födda och år, uppdelat efter dödsorsak. Flickor och pojkar under första levnadsåret, perioden 1952–2006.



Plötslig spädbarnsdöd myntades som begrepp först på 1970-talet och ingår här i gruppen "övriga dödsorsaker".

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

barnet och de resurser familjen har att stötta barnet med vid påfrestningar [2–4].

Spädbarnsdödlighet

År 2007 föddes 107 000 barn i Sverige, men av dem dog 120 flickor och 148 pojkar före sin ettårsdag. Det innebär en spädbarnsdödlighet på 2,3 per 1 000 levande födda bland flickorna och 2,7 per 1 000 levande födda bland pojkarna.

Andelen barn som dör under första levnadsåret har minskat sedan länge och fortsätter att minska (figur 1). Trots den kraftiga minskningen i dödlighet är det första levnadsåret fortfarande det mest riskfyllda under barndomen och det inträffar fler dödsfall bland spädbarn än bland barn i åldrarna 1–15 år sammantaget. Drygt 40 procent

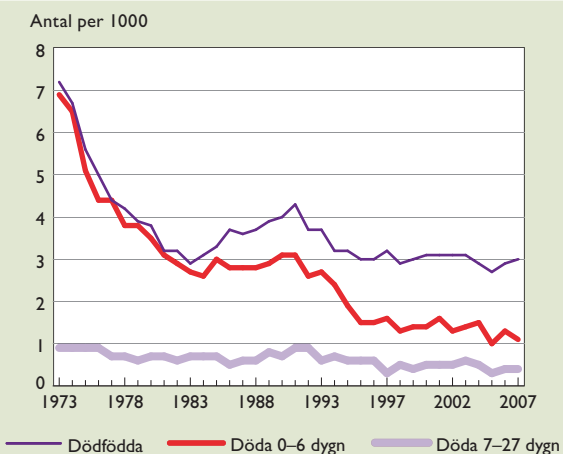
av dödsfallen bland spädbarn har orsaker som är relaterade till graviditeten, förlossningen och omställningsprocessen därefter. Omkring 35 procent beror på medfödda missbildningar och 8–9 procent beror på plötslig spädbarnsdöd. I figur 1 visas nedgången i dödlighet sedan 1952, uppdelad på de vanligaste dödsorsakerna.

Barn som var döda vid födseln ingår inte i spädbarnsdödligheten. Termen dödfödd används för barn som avlidit efter utgången av 28:e havandeskapsveckan och före eller under förlossningen. År 2007 var 326 barn dödfödda. Andelen dödfödda minskade under flera år, men sedan mitten av 1980-talet har den legat på en ganska konstant nivå (figur2). Dödligheten under de första fyra levnadsveckorna har däremot minskat kontinuerligt tack vare att sjukvården har fått bättre möjligheter att ta

hand om nyfödda som behöver sjukhusvård, t.ex. de som föds för tidigt eller med kraftig undervikt.

Figur 2. Perinatal och neonatal dödlighet

Andel (per 1 000 levande födda) dödfödda, döda inom 6 dygn respektive 7–27 dygn efter födelsen, perioden 1973–2007.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Med **perinatalt döda** avses dödfödda barn (beräknat per 1 000 levande- och dödfödda barn) samt barn som dör i första levnadsveckan (per 1 000 levande-födda barn). Så definieras termen i bl.a. det medicinska födelseregistret. Anledningen är att det i stor utsträckning är samma orsaker som ligger bakom dödsfallen omedelbart före, under och strax efter födelsen. Den perinatale dödligheten i Sverige är i dag drygt 4 per 1 000 födda barn.

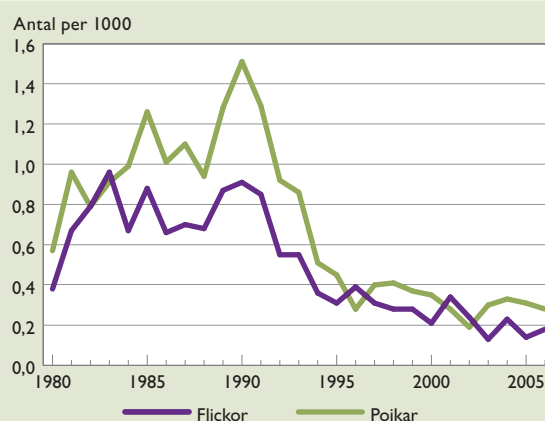
Plötslig spädbarnsdöd

År 1971 myntades uttrycket ”plötslig spädbarnsdöd” för oförklarliga dödsfall hos spädbarn. Under hela 1980-talet ökade antalet barn som avled i plötslig spädbarnsdöd i Sverige. Efter 1990 började föräldrar dock successivt att lägga

spädbarnen på rygg i stället för på mage, och sedan dess har dödligheten i plötslig spädbarnsdöd minskat (figur 2).

Figur 3. Plötslig spädbarnsdöd

Antal per 1 000 flickor och pojkar som avled i plötslig spädbarnsdöd under första levnadsåret, per år 1980–2006.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Moderns livsvillkor påverkar barnets överlevnad

Familjens sociala levnadsvillkor påverkar barns hälsa redan från allra första början genom den gravida kvinnans livsvillkor och hälsovanor. Risken för dödföddhet och död efter den första levnadsveckan är 30–40 procent högre för barn till mödrar i hushåll med låga inkomster jämfört med barn till mödrar i hushåll med högre inkomster (tabell 1). De sociala skillnaderna är mindre i samband med förlossningen och under den första levnadsveckan då den medicinska vården är särskilt betydelsefull.

Tabell 1. Spädbarnsdöd och moderns inkomst

Överrisker (relativa risker) för dödföddhet och för spädbarnsdöd beroende på moderns inkomst vid graviditeter med ett foster. Barn till mödrar med disponibel inkomst* i de lägsta två kvintilerna har jämförts med barn till mödrar med disponibel inkomst i de högsta två kvintilerna, åren 2002–2005.

	Relativ risk
Dödfödd	1,31
Död 0–6 dagar	1,13
Död 7–28 dagar	1,33
Död 29–365 dagar	1,41

* Moderns inkomst beräknad som delkomponent av hushållets disponibla inkomst två år före barnets födelse. Risken för dödföddhet var drygt 30 procent eller 1,3 gånger högre för barn till mödrar med låga inkomster än för barn till mödrar med höga inkomster.
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Att födas för liten

Den vanligaste orsaken till att spädbarn behöver sjukhusvård eller dör är att de är mindre än vad som är normalt vid födelsen, vilket ger dem sämre förutsättningar att klara den känsliga omställningsperioden efter förlossningen. Det finns två principiella orsaker till att barn är för små när de föds – tillväxthämning under fosterstadiet och för tidig födsel. Inte sällan förekommer dessa två sårbarhetsfaktorer samtidigt dvs. för tidigt födda barn är också ofta tillväxthämmade.

Tillväxthämning under fosterstadiet

Omkring 2,5 procent av alla barn föds med en tillväxthämning och andelen har inte förändrats nämnvärt under det senaste decenniet [4]. Livsstilsfaktorer som rökning och stress kan leda till dålig näringstillförsel och därmed dålig tillväxt hos fostret, men det kan också bero på sjukdomar hos modern, t.ex. havandeskapsförgiftning [4, 5]. Låg födelsevikt har visats vara förknippad med

högre risk för att drabbas av diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar i vuxen ålder [6].

Att födas för tidigt

Andelen barn som föds för tidigt (i vecka 22–38 av de 40 graviditetsveckor som utgör en normal graviditet) och mycket för tidigt (före utgången av graviditetsvecka 32) har varit konstant under det senaste decenniet. Totalt gäller det drygt 6 procent av alla nyfödda, och drygt 1 procent är mycket för tidigt födda. Barn i den senare gruppen löper också en ökad risk att drabbas av cp-skador och nedsatt syn. Andelen för tidigt födda som drabbas av cp-skador har dock minskat kontinuerligt sedan mitten av 1980-talet, troligen för att vården har blivit bättre [7]. På senare år har man också uppmärksammat att en del av de mycket för tidigt födda får koncentrations- och inlärningssvårigheter i skolan [8].

I en uppföljning av för tidigt födda barn i Sverige 1973–1979 konstaterades att något fler fick psykiatrisk vård under ungdomsåren, cirka 2,5 procent av fullgångna barn jämfört med kring 4 procent av de för tidigt födda [9]. Tre till fyra gånger så många av de mycket för tidigt födda barnen fick senare handikappsersättning och/eller förtidspension för att de hade en kronisk sjukdom eller någon bestående funktionsnedsättning, jämfört med dem som föddes efter en fullgången graviditet. Över 90 procent av de mycket för tidigt födda barnen var dock ekonomiskt självförsörjande som unga vuxna utan att visa tecken på någon allvarlig psykisk eller fysisk funktionsnedsättning [10].

Måttligt för tidigt födda, det vill säga de som är födda i vecka 33–36, är särskilt intressanta ur folkhälsosynpunkt eftersom de är så många, cirka 5 procent av alla födda. Enligt samma studie hade dessa i vuxen ålder en lägre medelinkomst än jämnåriga med liknande social bakgrund. Det är dock svårt att avgöra hur representativt detta är för de barn som föds för tidigt i dag eftersom omhändertagandet av för tidigt födda barn har genomgått en mycket snabb utveckling. Samtidigt räddar man numera fler för tidigt födda barn.

Tvillingar

Överlevnaden hos tvillingar har förbättrats dramatiskt tack vare bättre vård under graviditeten och förlossningen. 9 procent av alla tvillingar var i mitten av 1970-talet döda vid förlossningen eller dog under den första levnadsveckan, medan den andelen hade minskat till 1–1,5 procent 2003–2005. Tvillinggraviditeter ökar dock risken för tidig födsel och för dålig tillväxt hos fostren [11].

Andelen tvillingar bland nyfödda fördubblades mellan 1983 och 2003 (figur 4). Denna ökning berodde framför allt på att fler fick någon medicinsk behandling mot barnlöshet. Enligt de nya rutinerna för provrörsbefruktningsinplanteringar man dock bara ett ägg, och det är troligen också orsaken till att andelen tvillingar minskade något under perioden 2004–2007 [12].

Figur 4. Tvillingar

Andel (procent) tvillingar av samtliga levande födda barn per år 1973–2007.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Uppföljningsstudier av tvillingar födda på 1970-talet i Sverige [11] och på 1980-talet i Danmark [13] visar att de klarade sig lika bra eller till och med lite bättre än andra barn i skolan, trots att de visade tecken på en något sämre kognitiv förmåga [11]. Att vara tvilling verkar alltså i sig vara något positivt som under ungdomen och vuxenlivet vanligen uppväger de negativa konsekvenserna av för tidig födsel och dålig tillväxt i fosterlivet.

Under det senaste decenniet har användningen av provrörsbefruktningsin vitro fertilisering (IVF), ökat dramatiskt i Sverige (se kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa). År 2005 hade 3,6 procent av samtliga levande födda tillkommit genom IVF. Uppföljningar av barn födda med IVF visar att de hade 30 procent högre risk för missbildningar, men att konsekvenserna av tvilling- och trillinggraviditeter ger de dominerande medicinska problemen för dessa barn [14].

Medfödda missbildningar

Cirka 1,5 procent av alla nyfödda barn har medfödda missbildningar eller kromosomrubbingar som är så omfattande att de leder till att barnet avlider eller får någon betydande funktionsnedsättning. Denna andel har inte förändrats under de senaste decennierna. Det är betydligt vanligare med missbildningar under fostertiden, men sådana leder oftast till missfall. Tack vare ultraljudsteknologin har det under senare år blivit lättare att identifiera missbildningar tidigt i graviditeten, och enligt Socialstyrelsens statistik avbröts 22 procent av graviditeterna där barnet hade en betydande missbildning under 2003–2006.

Downs syndrom, eller trisomi 21, är den vanligaste kromosomavvikelsen hos nyfödda och förekommer hos ett av 1 000 barn. Downs syndrom leder nästan alltid till någon form av utvecklingsförsening eller förståndshandikapp där graden kan variera från lätt till mycket svår. Det är heller inte ovanligt att barnet får nedsatt syn och hörsel, och omkring 40 procent har också ett medfött hjärtfel. Överlevnaden hos barn med Downs syndrom har förbättrats dramatiskt under de senaste decennierna, och i början av 1970-talet var medelöverlevnaden cirka 35 år. Därefter har vården fått bättre metoder att behandla de medfödda hjärtfelen, vilket har medfört att medellivslängden nu är närmare 60 år [15, 16].

Äldre mödrar har högre risk att få ett barn med Downs syndrom, och sedan 1970-talet har kvinnor över 35 år erbjudits fosterdiagnostik med fostervattenprov. Antalet avbrutna graviditeter har också ökat successivt, men andelen barn som föds med Downs syndrom har ändå varit stabil eftersom mödrarna blir allt äldre. Under 2003–2006 aborterades 49 procent av fostren där Downs syn-

drom hade identifierats, enligt Socialstyrelsens statistik.

Miljömedicinska analyser visar att endast cirka 5 procent av de medfödda missbildningarna är möjliga att förebygga med dagens kunskap. Dessa missbildningar kan bero på infektioner, röntgenundersökningar, läkemedel, miljögifter och näringsbrist [17].

B-vitaminet folsyra spelar en viktig roll för utvecklingen av ryggmärgen hos fostret, vilket sker under de första veckorna av graviditeten. Låga nivåer av folsyra i blodet ökar risken för ryggmärgsbråck. Det är en allvarlig missbildning som ger betydande funktionsnedsättningar och de flesta drabbade får olika grader av förlamning av benen, nedsatt känsel och svårigheter att tömma blåsa och tarm. Omkring 90 procent utvecklar vattenskalleskalle (hydrocephalus) och får en tryckreglerande ventil inopererad. Ungefär hälften blir rullstolsburna och ytterligare en fjärdedel behöver någon form av gånghjälpmedel. De allra flesta barn med ryggmärgsbråck går dock i en vanlig skola eller förskola och som vuxna lever nästan alla ett självständigt liv, med eller utan personlig assistans.

För närvarande föds varje år 20–25 barn med ryggmärgsbråck [18] och omkring 80 graviditeter avbryts efter att man vid en ultraljudsundersökning har upptäckt skadan. Antalet graviditeter där fostret har ryggmärgsbråck bedöms ha varit relativt konstant sedan 1970-talet.

Svenska kostundersökningar visar att få kvinnor i Sverige uppnår det rekommenderade intaget av folsyra för att kunna förebygga missbildningar. Eftersom ryggmärgens struktur anläggs tidigt i graviditeten är det för sent att ta folsyratillskott redan en månad efter befruktningen, dvs. den tidpunkt då många upptäcker att de är gravida. I många länder, däribland Sverige, rekommenderas

därför kvinnor i fertil ålder att i förebyggande syfte öka sitt intag av folsyra genom att anpassa sin kost eller ta vitamintillskott. I några länder, exempelvis i USA och Kanada, kompletterar man sedan slutet av 1990-talet dessa rekommendationer med att berika mjöl eller flingor med folsyra [18]. Livsmedelsverket och Socialstyrelsen avrådde dock år 2007 från att man i Sverige ska berika mjöl med folsyra eftersom det inte finns tillräckliga kunskaper om eventuella negativa konsekvenser.

Betydelsen av föräldrarnas ålder

Under de senaste decennierna har förstföderskornas medelålder blivit allt högre samtidigt som antalet tonårsgraviditeter har minskat påtagligt, vilket också diskuteras i kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa. Det är sedan länge känt att föräldrarnas ålder påverkar barnens hälsa. Unga föräldrar har inte hunnit skaffa sig utbildning och livserfarenhet på samma sätt som äldre föräldrar och har oftare en mer utsatt social situation. Högre ålder (över 35) ökar å andra sidan risken för komplikationer under graviditeten och förlossningen på basis av det biologiska åldrandet. Barn till tonårsmödrar och mödrar över 35 år har en måttligt ökad risk att födas för små och för tidigt, vilket även leder till en ökad dödlighet. Barn med äldre mödrar föds oftare med Downs syndrom, medan barn till äldre fäder oftare drabbas av autism och schizofreni [19, 20]. Äldre mödrar ammar dock oftare sina barn och deras barn vårdas mer sällan på sjukhus på grund av olyckfall och våld [21].

Allergi

Astma och andra allergiska sjukdomar är de vanligaste kroniska sjukdomarna under barnaåren.

Astma och astmaliknande luftrörsbesvär som utlöses av förkylningsvirus drabbar cirka 20 procent av alla barn någon gång under de första två åren. De flesta av dessa barn blir dock besvärsfria före skolstarten och ofta redan i treårsåldern. I skolåldern har 5–10 procent av barnen astma. I denna åldersgrupp beror astma ofta på någon allergi, även om förkylningsvirus fortfarande är en vanlig utlösande faktor. Tack vare bra behandlingar är det få skolbarn med astma som behöver vårdas på sjukhus.

Man har uppskattat att ungefär 20 procent av alla barn har haft eksem under längre eller kortare tid någon gång under förskoleåldern. Eksem är vanligast hos små barn och 80 procent av alla barneksam debuterar före fem års ålder. Allergiska näs- och ögonbesvär kan debutera under förskoleåldern men blir allt vanligare från och med skolstarten. Den vanligaste orsaken är pollen och pälsdjur. Allergiska sjukdomar hos barn i Sverige har successivt blivit vanligare sedan 1950-talet, men det finns tecken på att denna ökning nu har stannat upp. Detta diskuteras vidare i kapitlet om allergi

Infektioner

God hygien och ett omfattande vaccinationsprogram har gjort att det är ovanligt med allvarliga infektionssjukdomar. Mindre allvarliga infektioner som öroninflammation, kräksjuka och förkylning är däremot vanliga, särskilt hos barn under tre år.

Infektioner är den dominerande orsaken till små barns vardagssjuklighet. Barn i åldern ett–två år är i genomsnitt förkylda 50 dagar om året, vilket motsvarar sju–åtta infektionsperioder per år. Därefter sjunker antalet förkylningsdagar ju

äldre de blir, och i fyraårsåldern är sjukdagarna ungefär 25 per år. Av dessa är 20 procent förkylningsdagar då barnet är så sjukt att han eller hon inte orkar med vardagsaktiviteterna [22].

Infektioner sprids lättare bland barn i grupp, och därför är sjukligheten högre bland förskolebarn än bland barn som vistas på heltid i hemmet [23]. Detta gäller dock framför allt barn under tre år. Efter treårsdagen är skillnaderna marginella mellan grupperna när det t.ex. gäller konsumtion av antibiotika eller läkarbesök [24].

Andelen barn i åldern 1–5 år som får sin tillsyn i grupp har ökat successivt sedan 1970-talet. År 2006 var 43 procent av ettåringarna och 92 procent av femåringarna inskrivna i en förskola, och totalt närmare 80 procent av alla barn 1–5 år. Ytterligare 5–6 procent hade kommunal barnomsorg hos en dagmamma [25].

Vaccinationer

Inom det svenska barnvaccinationsprogrammet erbjuds alla barn vaccinering mot åtta sjukdomar: polio, difteri, stelkramp, kikhosta, infektioner orsakade av *Haemophilus influenzae* typ B, mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Dessutom erbjuds vaccinering mot tuberkulos och hepatit B till barn med ökad risk för smitta. Vid två års ålder var närmare 99 procent av alla barn födda 2004 vaccinerade mot polio, difteri, stelkramp, kikhosta och *Haemophilus influenzae* typ B. Vaccinationstäckningen för mässling, påssjuka och röda hund var något lägre med 96 procent.

För närvarande arbetar Socialstyrelsen med att utvärdera flera nya vacciner som eventuellt ska introduceras i det allmänna vaccinationsprogrammet. Det handlar bland annat om vacciner mot pneumokocker, vattkoppor och rotavirus.

I november 2008 beslutade Socialstyrelsen att alla flickor i årskurs 5 och 6 ska erbjudas vaccin mot HPV-virus från och med 1 januari 2010 [26].

Spädbarn och föräldrar i samspel

Spädbarn är helt beroende av vuxna för att överleva. Genom samspelet med föräldrarna formas så småningom barnens sätt att hantera och reglera påfrestningar, så kallade ”anknytningsmönster”. 60–70 procent av barnen i Sverige utvecklar ett ”tryggt” anknytningsmönster där barnet använder föräldern som en bas för att utforska omvärlden [27, 28]. I flera studier har man visat att kvaliteten på samspelet mellan föräldrarna och barnet har ett samband med barnets fortsatta psykologiska utveckling. Barn med en ”trygg” anknytning under det första levnadsåret har sedan bättre relationer till sina kamrater och föräldrar under skolåren. De har lättare att förstå andra människors känslor och att kunna reglera sina egna känslor utan att bli övermannade av dem [28, 29]. Nya metoder, som hjälper föräldrar att utveckla en trygg anknytning till sina barn har visat goda resultat [30].

En nationellt representativ undersökning visar att tio procent av alla svenska spädbarnsmödrar är nedstämda under en kortare eller längre period efter förlossningen, varav ungefär hälften visar tecken på depression även under graviditeten [31]. Nedstämda mödrar upplever oftare barnet som besvärligt och har mer negativa känslor för sitt barn. Långtidsuppföljningar visar också att detta kan få bestående negativa konsekvenser för barnets beteende och utveckling [32], och det kan även öka risken för psykisk ohälsa i vuxen ålder [33]. Vården har dock utvecklat evidensbaserade metoder för att identifiera och behandla depressioner hos

spädbarnsmödrar, och de flesta av landets barnavårdscentraler tillämpar i dag dessa metoder [34–36]. Även nyblivna fäder kan bli nedstämda, vilket naturligtvis också påverkar barnen.

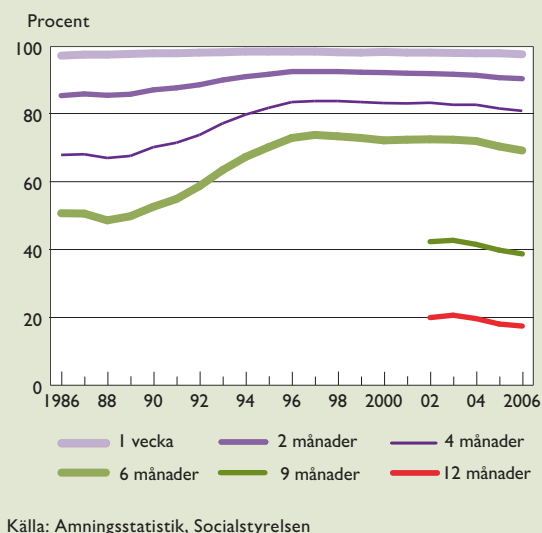
Kvinnor som är deprimerade under graviditeten och tiden efter förlossningen får svårare att ta hand om och knyta an till sina barn. Enligt en svensk studie var sådana depressioner tre gånger vanligare bland lågutbildade mödrar än bland högutbildade [31].

Amning

Amning har många viktiga fördelar för spädbarn jämfört med flaskuppfödning med modersmjölksersättning. Modersmjölken innehåller ämnen som stärker immunförsvaret, men det finns även studier som talar för att ämnesomsättningen påverkas positivt om barnen får bröstmjolk under de första veckorna. I vuxen ålder är risken mindre att drabbas av övervikt, blodfetsrubbingar, åldersdiabetes och högt blodtryck jämfört med barn som fötts upp med modersmjölksersättning. Effekten är troligen särskilt stor för barn som föds för tidigt [37, 38].

Figur 5. Amning

Andel (procent) helt eller delvis ammade spädbarn efter ålder, per år 1986–2006.



I Sverige rekommenderas enbart bröstmjolk under barnets första sex månader, vilket är i enlighet med WHO:s rekommendationer. Hela 70 procent av alla barn ammas också i minst sex månader (figur 5) och 15 procent ammas enbart, dvs. får inte välling eller någon annan kost före sex månaders ålder [39]. Mödrar i hushåll med låga inkomster är överrepresenterade bland dem som inte ammar alls eller endast kortvarigt [40].

Kommersiell modersmjölksersättning introducerades efter andra världskriget, och efter det minskade andelen ammade barn successivt fram till 1970-talet. Därefter ökade andelen helt eller delvis ammade barn fram till andra halvan av 1990-talet och har sedan dess legat på en hög nivå jämfört med andra länder.

Passiv rökning

Barn till mödrar som röker eller snusar påverkas redan i fosterlivet av de giftiga substanserna i tobaken. Rökningen påverkar fostrets tillväxt och ger sämre förutsättningar att klara omställningsprocessen i samband med födelsen. Efter födelsen är det i första hand barnens luftvägar som påverkas av tobaksrök. Barn till rökande mödrar får en sämre lungfunktion och drabbas av fler infektioner i de organ som har nära kontakt med luftvägarna, som öron och lungor [41, 42]. Effekten är särskilt stor upp till två års ålder [37].

De flesta rökande kvinnor slutar röka när de får veta att de är gravida, medan det är färre som slutar längre fram under graviditeten. När barnet är åtta månader har endast ett fåtal av kvinnorna börjat röka igen (tabell 2).

Tabell 2. Rökande mödrar

Andel (procent) rökande mödrar före, under och efter graviditeten 2006.

	Procent
Röker 3 månader före graviditet	17
Röker i graviditetsvecka 8–12	8
Röker i graviditetsvecka 30–32	6
Röker då barnet är 0–4 veckor	6
Röker då barnet är 8 månader	7

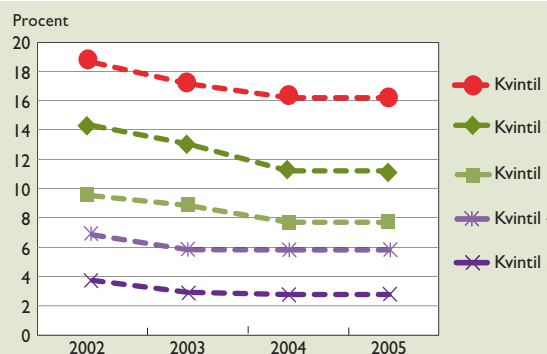
Källa: Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2006, Socialstyrelsen

Andelen kvinnor som röker vid inskrivningen på mödravårdscentralen har minskat ända sedan uppgiften infördes i medicinska födelseregistret år 1983. Sedan 1999 finns även uppgifter om fäders rökning och enligt Socialstyrelsens sammanställningar för år 2006 rökte 7 procent av mödrarna och 11 procent av fäderna när barnen var 8 månader gamla [43]. Det är vanligast att mödrar med låga inkomster röker under graviditeten,

även om andelen rökare har minskat också bland dem (figur 6).

Figur 6. Rökning och graviditet efter moderns inkomst

Andel (procent) rökare bland gravida i olika inkomstkvintiler* vid inskrivning på mödravårdscentral. Moderns inkomst utgörs av hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet (KE) två år före barnets födelse, perioden 2002–2005. Kvintil 1 innefattar den femtedel av de gravida som har lägst inkomst, kvintil 5 innefattar den femtedel som har högst inkomst.



*Kvintil: intervaller om 20 procent.

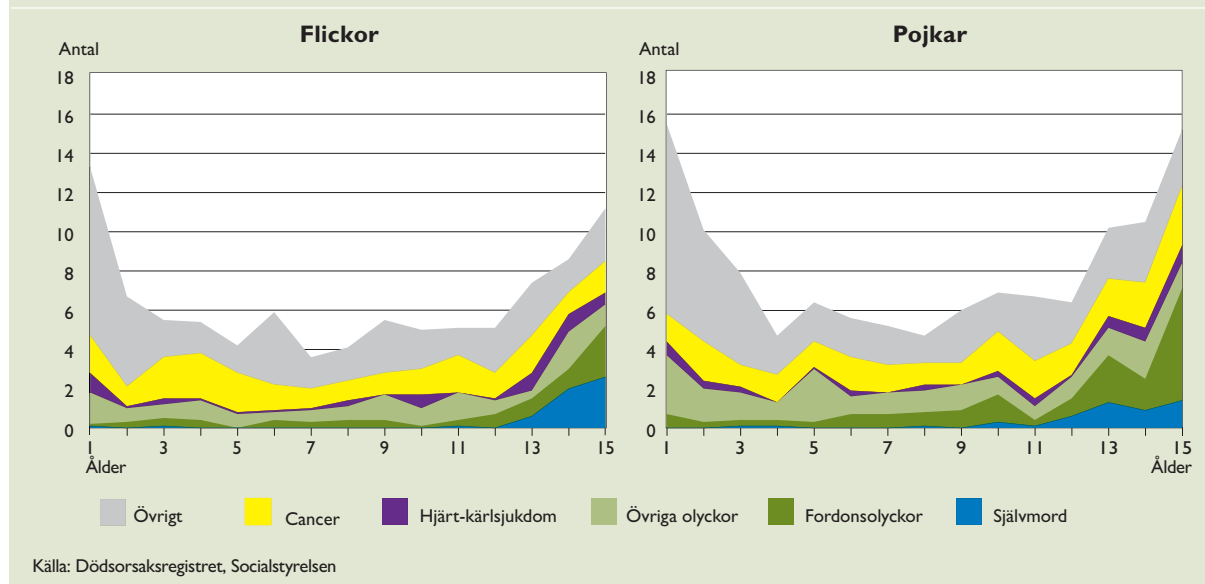
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen och inkomstregistret, SCB

Dödsorsaker bland barn 1–15 år

Under 1997–2007 dog årligen omkring 100 flickor och 130 pojkar i åldern 1–15 år. Dödligheten är mycket låg efter spädbarnsåret och fram till 12-årsåldern. Därefter stiger dödligheten, främst på grund av att fler dör i olyckor (figur 7). Motorfordonsolyckor och andra olyckor orsakar omkring en fjärdedel av dödsfallen bland flickor och en tredjedel av dödsfallen bland pojkar. Självmod står för 4–5 procent och är något vanligare bland flickor. Omkring 20 procent av dödsfallen orsakas av cancer och 10 procent av missbildningar.

Figur 7. Åldersmönster för dödsorsaker bland barn upp till 15 års ålder

Antal döda efter dödsorsak och ålder. Genomsnitt för åren 2000–06. Flickor och pojkar 1–15 år.



Figur 8 visar att barnadödligheten har sjunkit kraftigt sedan 1950-talet. En viktig förklaring är att färre dör genom olycksfall. Tidigare fanns stora könsskillnader i barnadödlighet, men skillnaden är nu marginell till följd av att färre pojkar dör i olyckor.

Olycksfall

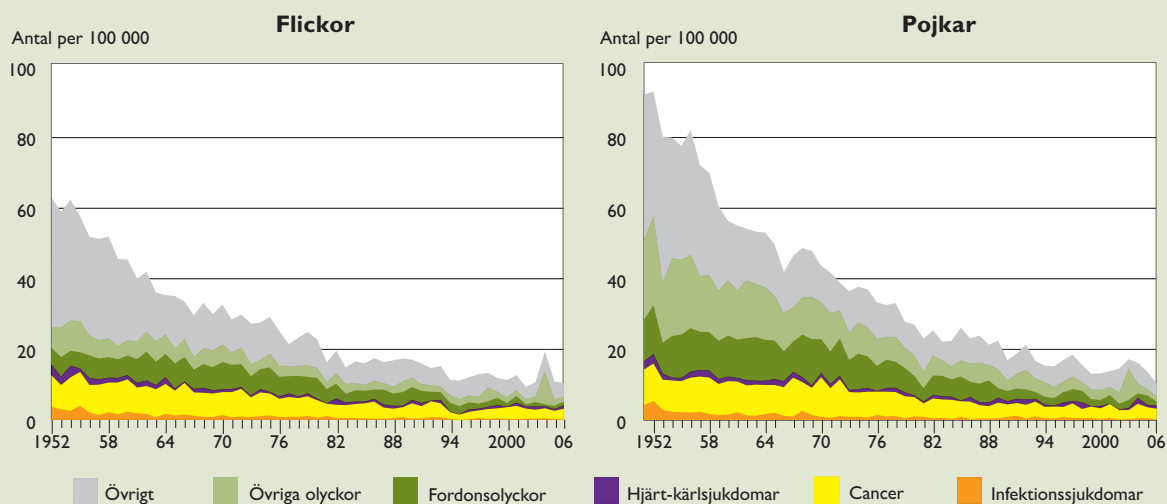
Omkring 10 procent av alla barn uppsöker varje år en akutmottagning på grund av en olycksfallsskada. De platser där barn skadas sig förändras med barnets ålder (figur 9). Små barn skadas oftast i hemmet, medan skolbarnen framför allt skadas sig i samband med sport och idrott samt i skolan.

Under tonåren rör sig barnen friare på cykel och moped, och då ökar risken att skadas i trafiken. Närmare dubbelt så många tonåriga pojkar som flickor besöker en akutmottagning för olycksfall, medan skillnaderna är mindre i yngre åldrar. En tiondel av alla barn som besökt akutmottagningen för en olycksfallsskada läggs in för sjukhusvård. Andelen barn under ett års ålder som vårdas för olycksfall har ökat under 2000-talet medan andelen har minskat något i för äldre barn.

Trafikolyckor och druckningstillbud leder oftare till svåra skador än andra olyckor, och tillsammans står de för mer än hälften av alla olyckor med dödlig utgång hos barn. Dödsfallen hos barn på grund av fordonsolyckor har minskat succes-

Figur 8. Dödlighetsutveckling bland barn efter dödsorsak

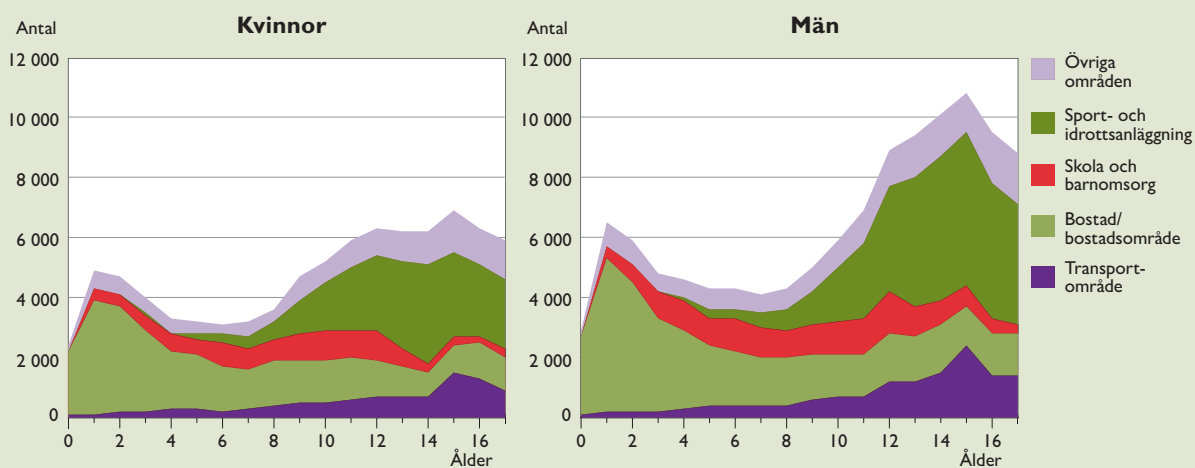
Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Flickor respektive pojkar 1–15 år, perioden 1952–2006.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 9. Akutbesök för olycksfall

Beräknat antal som uppsökt vård vid akutmottagning p.g.a. olycksfall, flickor och pojkar 0–17 år. Genomsnitt för perioden 2005–2007.

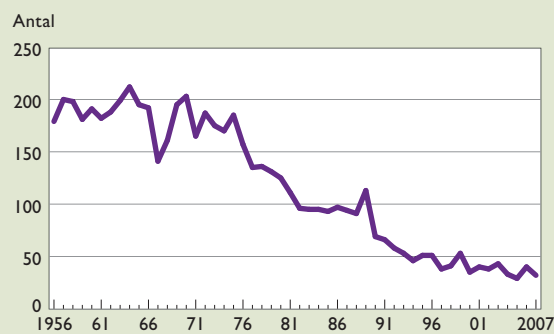


IDB täcker endast 7 % av befolkningen och antalen har räknats upp till nationella tal
Källa: IDB (Injury Data Base) Sverige (tidigare EHLASS), Socialstyrelsen

sivt ända sedan 1950-talet, trots att antalet fordon i trafiken har mångfaldigats under samma period (figur 10). Fordonsolyckorna har minskat för alla slags fordon och för fotgängare, förutom mopedolyckorna som i stället har ökat bland 15-åringar de senaste 10 åren.

Figur 10. Döda i trafikolyckor

Antal personer i åldern 0–17 år dödade i polis-rapporterade vägtrafikolyckor, perioden 1956–2007.



Källa: Vägverket

Risken att skadas i ett olycksfall under barn- domen varierar mycket mellan olika regioner och olika sociala grupper i Sverige [44]. Barn som växer upp i glesbygd vårdas oftare på sjukhus på grund av förgiftningar och skållningsskador under småbarnsåren, jämfört med barn som växer upp i tätorter [45]. I glesbygd är det också vanligare att ungdomar skadas i trafiken. Vidare är det vanligare med sjukhusvård på grund av olyckor i hemmet för småbarn som bor i hushåll med unga mödrar och i hushåll som får ekonomiskt bistånd (socialbidrag). Barn och ungdomar som bor i hushåll med låg socioekonomisk status har en högre risk att skadas i trafiken och av våld [44, 46]. Det finns alltså vissa sociala skillnader när det gäller olycksfall som varit så allvarliga att de krävt sjuk-

husvård, och dessa skillnader har i stort sett varit konstanta under hela tidsperioden 1990–2005 [46].

En samhällsekonomisk analys visar att 25 procent av dödsfallen i mopedolyckor och 37 procent av dödsfallen i personbilsolyckor bland barn i åldern 0–15 år skulle kunna undvikas om risken för barn i hushåll med låg socioekonomisk status kunde sänkas till samma nivå som för barn med hög social status [47, 48].

Våld

Svenska föräldrars inställning till kroppslig bestraffning, dvs. aga, har genomgått en genomgripande förändring under de senaste 50 åren. Endast 7 procent av föräldrarna uppgav att de var positiva till aga enligt en nationellt representativ intervjuundersökning från 2006 av föräldrar och skolbarn i årskurs 4, 6 och 9. I en liknande undersökning från 1960 var 50 procent positiva (tabell 3) [49]. Den förändrade attityden har också om-satts i handling, och andelen barn som rapporterar att de agats minskade drastiskt under samma period.

Andelen barn som agades ofta minskade mellan år 1980 och 2000 [49], men 2000–2006 ser man ingen ytterligare minskning. Vid bägge undersökningstillfällena rapporterade mellan 1 och 2 procent av skolbarnen att de ofta blivit fysiskt bestraffade under det senaste året. Ett oroande resultat i föräldrantervjuerna var att betydligt fler småbarnsföräldrar år 2006 än år 2000 rapporterade att de ”huggit tag och ruskat om” sitt barn.

Tabell 3. Aga

Andel (procent) föräldrar som är positiva till aga och andel (procent) förskolebarn som blivit agade, enligt tillgängliga undersökningar från 1960-tal till 2000-tal. Uppgifterna om agade barn kom 1960–1980 från föräldrar och därefter retrospektivt från skolelever.

	1960- tal	1970- tal	1980- tal	1990- tal	2000- tal
	Procent				
Föräldrar positiva till aga	55	35	24	15	10
Agade förskolebarn	92	50	25	20	11

Källa: Våld mot barn 2006–2007. En nationell kartläggning. Allmänna Barnhuset [49]

Kroppslig bestraffning var vanligare i familjer med svag ekonomi [49]. Barn med någon långvarig sjukdom, särskilt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, var också mer utsatta för

kroppsliga bestraffningar liksom barn i familjer där våld förekom mellan föräldrarna.

Barnmisshandel med dödlig utgång är mycket sällsynt i Sverige och har dessutom minskat något under de senaste decennierna. När ett barn dödas av en förälder rör det sig oftast om ett så kallat utvidgat självmord, där en psykiskt sjuk förälder samtidigt tar sitt eget liv [50].

Cancer

Varje år drabbas 200–300 barn i åldern 0–15 år av cancer. Drygt hälften av fallen gäller leukemier (blodcancer) och hjärntumörer. Cancer är ungefär lika vanligt bland pojkar som bland flickor.

Tabell 4. Cancer bland barn

Genomsnittligt antal cancerdiagnoser årligen (2002–2006) respektive genomsnittligt antal avlidna i cancer (2001–2005) för några vanliga cancerformer för flickor och pojkar i åldern 0–15 år. Vissa cancerformers andel (procent) av samtliga cancerdiagnoser respektive av samtliga avlidna i cancer. Antal cancerdiagnoser respektive avlidna i cancer per 100 000 barn i åldern 0–15 år.

	Cancerformer					
	Leukemier		Hjärna och ryggmärg		All cancer	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Cancerdiagnoser (antal i befolkningen)	36	46	34	34	130	144
Cancerdiagnoser (antal per 100 000)	4	5	4	4	16	16
Cancerdiagnoser (procent av samtliga cancerdiagnoser)	27	32	26	24	100	100
Avlidna i cancer (antal i befolkningen)	8	8	6	9	23	28
Avlidna i cancer (antal per 100 000)	1	1	1	1	3	3
Avlidna i cancer (procent av samtliga avlidna i cancer)	37	29	25	31	100	100

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Under de senaste tre decennierna har överlevnaden ökat kraftigt för många former av barncancer, till exempel för akut lymfatisk leukemi som är den näst vanligaste cancerformen hos barn. I dag överlever mer än 80 procent av alla barn som insjuknar i leukemi. För den vanligaste cancerformen hos barn, hjärntumörer, har dock dödligheten varit oförändrat hög. Detta är en viktig anledning till att cancer fortfarande är en av de vanligaste dödsorsakerna hos barn och ungdomar. 20 procent av dödsfallen i åldrarna 1–15 år beror på cancer (figur 7).

Den förbättrade prognosen för många cancerformer bland barn har medfört att antalet barn-canceröverlevare ökat snabbt på senare år. I december 2007 fanns det drygt 6 000 personer i Sverige

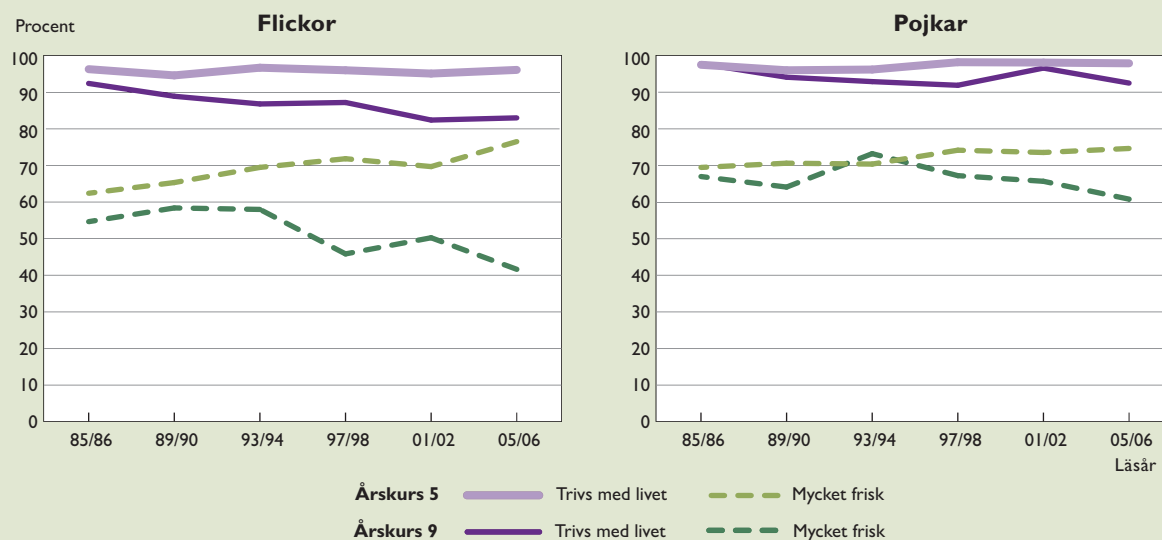
som överlevt i minst fem år efter att de drabbats av barncancer. Cancersjukdomen och behandlingen med cellgifter och strålning ökar dock risken för många olika typer av hälsoproblem senare i livet, som hormonbristtillstånd, andningsproblem och infertilitet. Dessutom finns risken att återinsjukna i cancer [51, 52]. Hjärntumörer leder ofta till bestående hjärnskador som kan medföra svårigheter i skolan och senare i arbetslivet [53, 54].

Psykisk hälsa och välbefinnande

De allra flesta skolbarn i Sverige trivs med livet och känner sig friska (figur 11). Barnen i dagens årskurs 5 mår lika bra som femmorna gjorde för tjugo år sedan, eller till och med något bättre.

Figur 11. Trivas med livet och vara frisk

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att de trivs i stort sett ganska eller mycket bra med livet respektive är mycket friska. Vissa läsår 1985/86 till 2005/06.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut

Undersökningen av skolbarns hälsovanor visar också att elever i årskurs 5 mår bättre än elever i årskurs 9, och utvecklingen har inte varit lika gynnsam bland de äldre barnen [55]. Ända sedan 1990-talets början har andelen som känner sig mycket friska minskat bland eleverna i årskurs 9. Särskilt tydligt är det för flickorna i årskurs 9, och bland dem minskar dessutom andelen som säger sig trivas med livet.

Andelen skolbarn som rapporterade att de känt sig nere, haft svårt att somna, känt sig nervösa eller haft huvudvärk ökade bland både flickor och pojkar fram till slutet av 1990-talet och början av 2000-talet (figur 12) [55]. Andelen med sådana besvär ökade inte längre under 2000-talet, utom för flickor i årskurs 9. Var tredje flicka i årskurs 9 hade under det senaste halvåret känt sig nere mer än en gång i veckan, enligt uppgifter för åren 2005 och 2006. Nästan lika många hade haft huvudvärk och svårt att somna medan en femtedel hade känt sig nervösa och haft ont i ryggen.

Enligt Skolverkets undersökningar är allt fler elever positivt engagerade i skolarbetet [56]. I 2006 års undersökning "Attityder till skolan" uppgav 87 procent av flickorna och 78 procent av pojkarna i årskurs 4–6 att de bryr sig mycket eller ganska mycket om skolarbetet. Engagemanget bland äldre elever var i stort sett lika utbrett.

I undersökningen Skolbarns hälsovanor ökade andelen flickor i årskurs 9 som uppgav att de blir stressade av skolarbetet, från 50 till nästan 70 procent under perioden 1997/98 till 2005/06 (figur 13). Bland eleverna i årskurs 5 uppgav ungefär 10 procent av både flickorna och pojkarna att de upplevde skolarbetet som stressande [55].

Stress är alltså ett större problem bland äldre än bland yngre elever, men Skolverkets undersökning visar att arbetsron är ett större problem för

de yngre. I årskurs 4–6 tyckte bara 30 procent att de alltid eller nästan alltid fick arbetsro på lektionerna. Bland eleverna i årskurs 7–9 var motsvarande andel 65 procent.

Samtidigt visar Skolverkets undersökningar att barnen trivs allt bättre i skolan. Åtta av tio elever uppgav att de trivdes bra med skolarbetet, vilket var en ökning sedan 2003 med nästan 10 procentenheter. 86 procent av eleverna rapporterade också 2006 att de blir bemötta med respekt på sin skola, vilket är en ökning från 70 procent år 2000.

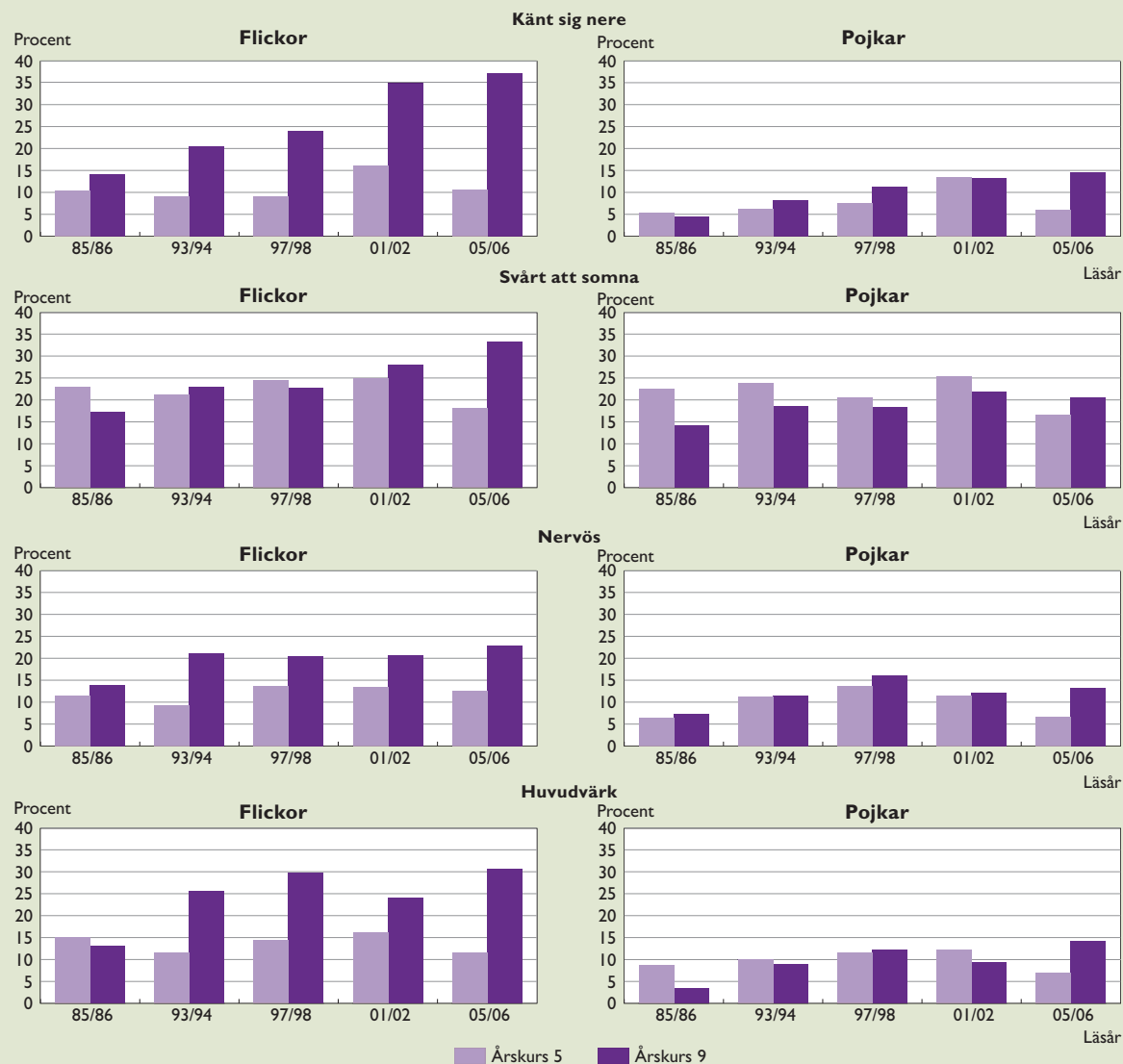
I Skolverkets undersökning år 2006 angav fler elever än tidigare, åtta av tio, att man på deras skola arbetar aktivt för att förebygga mobbning och kränkande behandling. Trots detta minskar inte andelen elever som rapporterar att de känner sig mobbade, utan det är liksom tidigare 3 procent av eleverna i årskurs 7–9 och 4 procent i årskurs 4–6 som rapporterar att de känner sig mobbade av andra elever minst en gång i veckan.

Kroppsliga och psykologiska symtom är vanligare hos skolbarn som mobbas, enligt en studie baserad på ULF-undersökningarna [57]. Bland dem som utsattes för någon form av mobbning minst en gång i veckan led nästan tre gånger så många av magont och huvudvärk, och nedstämdhet var åtta gånger vanligare än bland de elever som sällan eller aldrig mobbades. Elever som ansåg sig vara orättvist behandlade av lärare eller kände sig stressade hade oftare besvär med huvudvärk och magont samt var oftare nedstämda eller irriterade, även om det inte var lika vanligt som bland mobbade elever.

Barn från ekonomiskt svaga familjer känner sig oftare otrygga i bostadsområdet och i skolan, bland annat på grund av rädsla för våld och hot [3]. Dessa barn deltar mer sällan i organiserade

Figur 12. Olika besvär

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att de haft olika besvär mer än en gång i veckan. Vissa läsår 1985/86 till 2005/06.

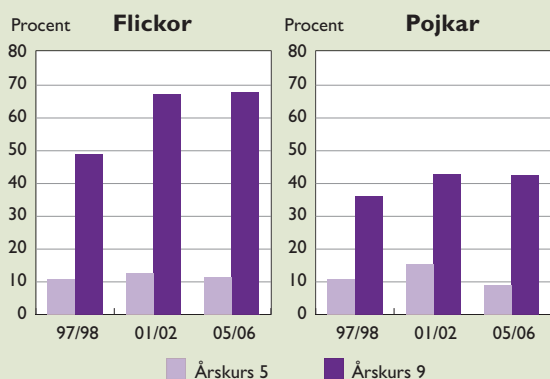


Frågan har omformulerats något i de olika frågeomgångarna. År 1985 löd frågan: Hur ofta har du följande besvär? Från år 1993 och framåt löd frågan: Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär? Svarsalternativen har varit desamma.

Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut

Figur 13. Stressad av skolarbete

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att känner sig ganska eller mycket stressade av skolarbetet. Vissa läsår 1997/98 till 2005/07.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens folkhälsoinstitut

fritidsaktiviteter, tillbringar mindre tid i fritidshus, reser mindre och har också färre kamrater.

Koncentrations- och uppmärksamhetssvårigheter

Adhd (attention deficit hyperactivity disorder) är en beteckning som allt oftare används för uttalade uppmärksamhetsproblem, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet. Svenska studier uppskattar att 3–5 procent av barnen i skolåldern uppfyller alla kriterier för adhd, och att ytterligare lika många har mildare adhd-liknande symtom [58]. Olika befolkningsstudier har visat att adhd är 3–6 gånger så vanligt hos pojkar som hos flickor [59].

Andelen svenska skolbarn som behandlades med adhd-läkemedel ökade sex gånger mellan 2001 och 2007. Detta beror huvudsakligen på att behandlingen har förändrats. Mest adhd-läkemedel förskrivs till pojkar i åldern 11–15 år, där 1,5

procent av pojkarna och 0,4 procent av flickorna behandlades med sådana läkemedel under 2006 [60].

Tvillingstudier visar att det finns en stark ärftlig komponent i uppkomsten av adhd [58], men miljöfaktorer spelar troligen också en viss roll [60]. Enligt en svensk studie var det dubbelt så vanligt att skolbarn vars föräldrar enbart har grundskole- eller gymnasieutbildning behandlades med adhd-läkemedel jämfört med barn till föräldrar med universitetsutbildning. Det var också något vanligare att barn till ensamstående föräldrar fick sådana läkemedel jämfört med barn till sammanboende föräldrar [60].

Det är dock betydligt färre barn som har Aspergers syndrom, som innebär svårigheter med det sociala samspelet, eller autism, som innebär svårigheter med språk och socialt samspel. Tourettes syndrom karaktäriseras främst av tics, dvs. återkommande reflexliknande rörelser och läten. Sammantaget drabbas uppskattningsvis 1 procent av barnen av någon av dessa s.k. neuropsykiatriska diagnoser.

Funktionsnedsättningar

Cerebral pares, cp, är den vanligaste orsaken till rörelsehinder hos barn och ungdomar, och omkring 200 barn drabbas årligen [61]. Skadan kan inträffa under graviditeten, under förlossningen eller under barnets första två år. Vanligast är att cp-skadan uppstår under slutet av graviditeten. Orsaken kan vara missbildningar, infektioner eller störningar i hjärnans blodcirkulation. Cp är vanligare bland barn som är för tidigt födda. Symtomen kan variera från en knappt märkbar håltä till att barnet inte kan styra flertalet muskler i kroppen.

Hjälpmedelsinstitutet har sedan år 2000 publicerat uppgifter om antalet barn och ungdomar i åldrarna 2–17 år som har någon funktionsnedsättning. De uppskattar att de vanligaste funktionsnedsättningarna bland barn och ungdomar är förståndshandikapp (cirka 8 000), hörselskada (8 800), rörelsehinder (7 000) och synskada som innebär nedsatt funktion trots korrigering (2 200 stycken) [62].

I oktober 2007 hade nära 5 000 funktionsnedsatta barn 0–12 år kommunal hjälp och stöd genom lagen om stöd och service. Det vanligaste stödet var en kortare tids vistelse i ett korttidshem eller hos en stödfamilj, det näst vanligaste var korttidstillsyn och därefter ledsagarservice [63].

Att växa upp med en eller två föräldrar

Hushåll med ensamstående föräldrar hade den sämsta ekonomiska utvecklingen av alla barnfamiljer under 1990-talet [3]. Barn i enförälderhushåll hade högre risk för psykisk sjukdom, självmord eller självmordsförsök, skador och missbruk, enligt registerbaserade studier av nära en miljon barn under 1990-talet [64, 65]. Dessa barn hade också en lägre utbildningsnivå vid 24–25 års ålder. Skillnaderna mellan barn till ensamstående och barn till sammanboende föräldrar fanns även när man tog hänsyn till missbruk, psykisk sjuklighet, ålder och socioekonomisk situation.

Tabell 5. Överrisker för sjukhusvård för barn till ensamstående

Relativ risk för psykiatrisk sjukdom, självmordsförsök m.m. för flickor och pojkar (5–12 år 1990) som vuxit upp med ensamstående föräldrar på 1990-talet.

Orsak till vård	Flickor	Pojkar
	Relativ risk	
Psykiatrisk sjukdom	2,1	2,5
Självmordsförsök	2,0	2,3
Trafikolyckor	1,1	1,1
Yttre våld	2,0	1,6
Fall och förgiftningar	1,2	1,1
Alkoholrelaterad diagnos	2,4	2,2
Narkotikarelaterad diagnos	3,2	4,0

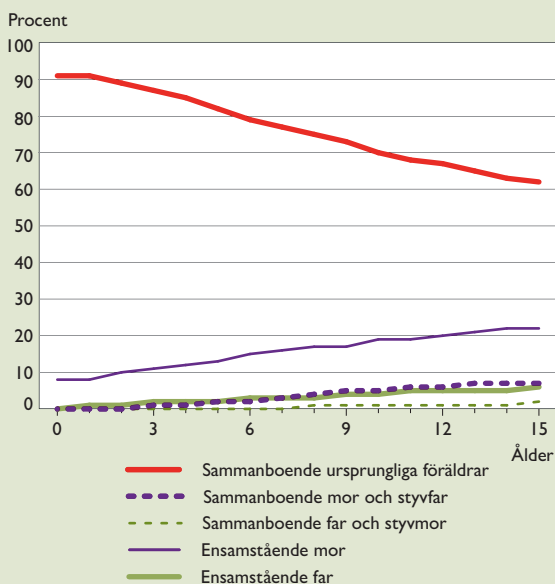
Källa: Ringbäck Weitoft Gunilla. Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill health, Umeå 2003 [65]

Det är dock relativt ovanligt att barn och ungdomar vårdas på sjukhus. När det gäller förekomsten av lättare psykiska besvär som nedstämdhet, magsmärtor och nervositet är skillnaden betydligt mindre mellan barn till ensamstående och barn till sammanboende föräldrar [66].

År 2006 bodde tre av fyra barn med båda sina ursprungliga föräldrar. Under de första levnadsåren bor omkring 90 procent med båda sina föräldrar och vid 15 års ålder är andelen drygt 60 procent (figur 14). Nästan 30 procent av alla 15-åringar bor med en ensamstående förälder, och knappt 10 procent bor i så kallade ombildade familjer, det vill säga med den ena föräldern och en styvförälder, oftast mamman och en styvpappa. 20 procent av barn till föräldrar som inte bor tillsammans har växelvis boende och ytterligare 10 procent bor delar av tiden hos vardera föräldern även om det inte är ett renodlat växelboende.

Figur 14. Barnens familjer

Andel (procent) barn i olika åldrar (0–15 år) med ensamstående mor eller far respektive sammanboende ursprungliga föräldrar eller styvföräldrar år 2007.



Källa: Registret över totalbefolkningen, SCB

Livsstil

Matvanor och motion

Dagens barn äter mindre godis och dricker mindre läsk än i början av 2000-talet samtidigt som de äter mer frukt och grönsaker, se även kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet. Flickor äter mer frukt och grönsaker än pojkar, och barn i mellanstadiet äter mer än barn på högstadiet. De allra flesta 11-åringar äter frukost varje vardag (85 procent) men andelen är lägre bland 15-åringar (60 procent bland flickor och 70 procent bland pojkar). Drygt var femte flicka och var sjätte pojke i

åldern 13–15 år hoppar över skollunchen minst en gång i veckan.

Andelen barn som säger att de ”tränar nästan inte alls” har minskat i årskurs 5, i synnerhet bland flickor (figur 15)[55]. I årskurs 9 har det däremot blivit vanligare att inte träna alls, särskilt bland flickor. Bland barnen som kommer från familjer med dålig ekonomi är det fler som bantar, sällan tränar, inte äter frukost, är överviktiga och börjar röka tidigt, jämfört med barn från familjer med bättre ekonomiska livsvillkor [48].

Övervikt och fetma

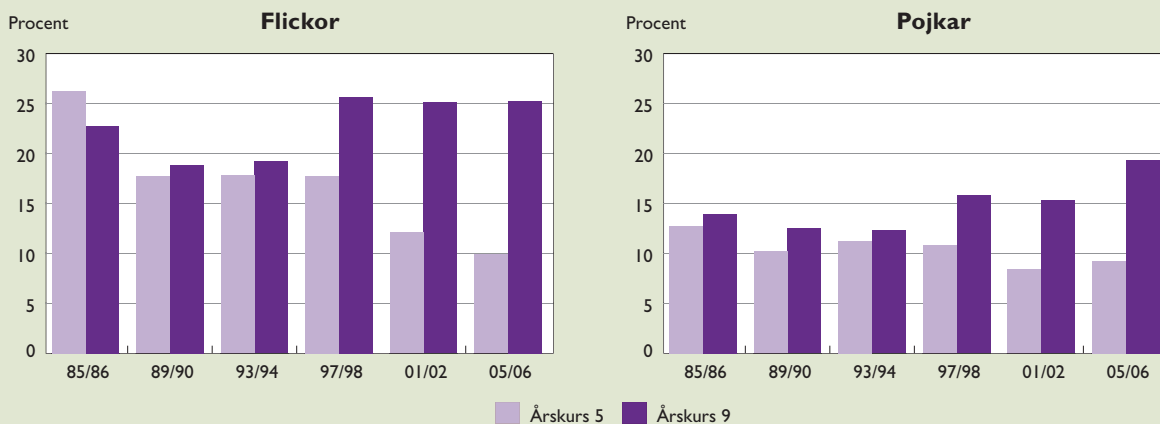
Studier från olika regioner i Sverige visar att 15–20 procent av barnen är överviktiga och att 3–5 procent är feta. Övervikt är vanligare på landsbygden [67] och bland socioekonomiskt eftersatta grupper [68].

Flera oberoende studier i olika delar av landet har visat att andelen överviktiga barn har fördubblats under de senaste två decennierna, och att andelen feta barn blivit fyra till fem gånger så stor [69, 70]. Under 2008 har det dock kommit rapporter om att ökningen av andelen barn med fetma har stannat upp, och att andelen kanske till och med har börjat minska [71]. Statens folkhälsoinstitut rapporterar att andelen 10-åringar med fetma har minskat något under perioden 2003/2004 till 2005/2006, i de fyra kommuner där man återkommande mäter skolbarnens vikt och längd [72].

Fetma påverkar hälsan och livskvaliteten negativt. Barn med fetma har en ökad risk att med tiden utveckla ortopediska problem och hjärt- och kärlsjukdomar samt att dö i förtid [73]. Det har ofta antagits att barn med fetma också löper högre risk att utveckla psykisk ohälsa än andra barn, men här är den vetenskapliga litteraturen inte helt entydig.

Figur 15. Tränar nästan inte alla

Andel (procent) flickor och pojkar i årskurserna 5 och 9 som uppgett att de tränar utanför skoltid mindre än en gång per månad. Vissa läsår 1985/86 till 2005/07.



Källa: Skolbarns hälsovanor, Statens Folkhälsoinstitut

Barn med övervikt växer ofta upp till överviktiga ungdomar och vuxna: Cirka 80 procent av de barn som var överviktiga i 6–7-årsåldern är fortfarande överviktiga i de sena tonåren [74]. Det finns många behandlingsmetoder som ger goda resultat på kort sikt, men få kan redovisa betydande effekter av behandlingen som kvarstår mer än några år [75]. Barnfetma är också svårt att behandla, och därför är det därför angeläget att satsa på förebyggande åtgärder för att förhindra att barn utvecklar fetma. För att bromsa utvecklingen försöker flera skolor stimulera barnen till fysisk aktivitet och ge dem goda matvanor. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk genomgång av sådana program och drar slutsatsen att det går att förebygga fetma bland barn genom begränsade skolbaserade program.

Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut har nyligen formulerat en nationell handlingsplan

för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i den svenska befolkningen. Det finns dock inget tillfredsställande hälsodataunderlag som gör att man kan göra nationella uppföljningar av denna och andra förebyggande insatser mot övervikt hos barn. Socialstyrelsen har därför fått regeringens uppdrag att skapa ett nationellt hälsodataregister med barns vikt- och längduppgifter, med data från barnavårdscentraler och skolhälsovården.

Många barn är missnöjda med sin kroppsvikt och andelen ökar med åldern. Närmare tre av fyra 11-åringar tycker att de väger lagom mycket, men bland 15-åriga flickor tycker nästan hälften att de är för tjocka och omkring 10 procent att de är för magra. Bland pojkar är det nästan lika vanligt att tycka att man är för smal som för tjock, med omkring 20 procent vardera.

Könsskillnader

Redan i fosterlivet finns det skillnader mellan flickors och pojkars hälsa. Det är vanligare att pojkar föds med missbildningar som leder till att de dör i späda ålder. Ryggmärgsbräck är däremot vanligare hos flickor.

Pojkar har svårare än flickor att klara omställningsprocessen under tiden som nyfödda och det är fler som dör under förlossningen och under den första levnadsmånaden [76]. Det finns också skillnader i lungfunktion mellan nyfödda pojkar och flickor, vilket sannolikt bidrar till att pojkarna har högre dödlighet under den första levnadsmånaden och även till att pojkar har 30 procent högre risk att dö i plötslig spädbarnsdöd [77]. Det är vanligare att flickor som föds mycket för tidigt överlever än att pojkar gör det, och de för tidigt födda flickorna har bättre kognitiva förmågor vid uppföljningar i 5–6-årsåldern [78]. Cp-skador är också 30–40 procent vanligare hos pojkar [79].

Vidare är det något vanligare att pojkar vårdas på sjukhus för luftvägsinfektioner, men också för livshotande infektioner som blodförgiftning och hjärnhinneinflammation. Anledningen är sannolikt att pojkars immunförsvar fungerar sämre än flickors, eller i alla fall annorlunda [42].

I tonåren är dödsfall till följd av skador och förgiftningar vanligare bland pojkar. Könsskillnaden är dock mycket mindre nu än förr eftersom dödsfall till följd av olyckor har minskat kraftigt. Dödligheten i sjukdomar, t.ex. cancer, har också minskat med åren men där är flickor och pojkar lika utsatta.

Det finns även könsskillnader i olika indikatorer för självskattad hälsa, som att känna sig frisk, trivas med livet, vara stressad av skolarbetet, känna sig nere och känna sig nervös. För den

självskattade hälsan utmärker sig flickor i nian med sämre värden än pojkar i samma ålder och dessutom sämre värden än yngre barn. De har också svårare att somna och har oftare värk av olika slag. Det är dock främst pojkar som har problem med koncentration och uppmärksamhet.

Flickor äter mer frukt och grönsaker än pojkar, men de hoppar oftare över frukost och lunch. När det gäller motion rör sig äldre barn mindre än yngre, men i det avseendet finns det ingen större skillnad mellan flickor och pojkar.

Internationell utblick

Sverige har den näst lägsta spädbarnsdödligheten i världen med 2,8 av 1 000 barn år 2006. Det är bara i Singapore som dödligheten är lägre under det första levnadsåret. Japan, Island, Norge och Finland har dock nästan lika låga nivåer som Sverige och Singapore.

Barn i Sverige har en god fysisk hälsa i ett europeiskt perspektiv. När UNICEF 2006 jämförde hälsa och välbefinnande hos barn i åldern 0–14 år rankades Sverige på första plats bland länderna i den rika delen av världen när det gäller den fysiska hälsan. UNICEF pekade dock på den jämförelsevis höga andelen av svenska barn som växer upp med ensamstående föräldrar och upplever skilsmässor under barndomen, och därför hamnade Sverige på andra plats i den totala rankingen, efter Nederländerna [80].

I en nyligen genomförd inventering av barnsäkerhetsarbetet i Europa, Eurosafe, lyfts Sverige fram som det ledande landet i västvärlden. Man pekar dock på vissa svagheter, såsom att det saknas en stark nationell aktör som kan samordna det nationella barnsäkerhetsarbetet [81]. Sverige och Norge står också i särklass när det gäller amning

i den rikare delen av Europa. Det visade sig också att amningstidens längd har ett starkt samband med föräldraförsäkringen i respektive land – en generös föräldraförsäkring innebär alltså bättre förutsättningar för amning [82].

Under 2005–2006 genomfördes den senaste WHO-undersökningen av hälsovanor hos skolbarn i åldern 11, 13 och 15 år, i 41 länder i Europa och Nordamerika [83]. Även här beskrivs situationen i Sverige som gynnsam på många punkter. Svenska skolbarn ligger bland de allra bästa länderna när det gäller tandhygien samt nikotin-, alkohol- och narkotikabruk. De svenska skolbarnen rapporterar också oftare att de har goda relationer till sina föräldrar och kamrater än skolbarn från de flesta andra länder. När det gäller övervikt ligger Sverige förhållandevis bra till i jämförelse med andra europeiska länder. Svenska skolbarn rapporterade en låg konsumtion av läskedrycker jämfört med andra länder, men också en förhållandevis låg andel barn som är fysiskt aktiva, vilket är ett orostecken.

Självrapporterade besvär är vanligare bland 15-åringarna i Sverige än i de flesta andra europeiska länder, och det är också vanligt att inte trivas särskilt bra i skolan samt att känna sig pressad av skolarbetet. Ett positivt tecken i denna undersökning är dock att en liten andel rapporterar att de varit utsatta för mobbning, vilket gäller svenska barn i alla åldrar [84].

Referenser

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Early Childhood Development: A Powerful equalizer*. World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health, 2007. Final Report.
2. Shonkoff JP, Philips DA, red. *From neurons to neighbourhood – the science of early childhood development*. Washington: National Academy Press; 2000.
3. Socialdepartementet. Ekonomiskt utsatta barn. Stockholm: 2004. Ds 2004:41.
4. Cnattingius S, Haglund B. Decreasing smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births. *Am J Public Health*. 1997 Mar;87(3):410–3.
5. Borders AE, Grobman WA, Amsden LB, Holl JL. Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb;109(2 Pt 1):331–8.
6. Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *Bmj*. 1995 Jul 15;311(6998):171–4.
7. Hack M, Costello DW. Decrease in frequency of cerebral palsy in preterm infants. *Lancet*. 2007 Jan 6;369(9555):7–8.
8. Hack M, Merikatz IR. Preterm delivery and low birth weight--a dire legacy. *N Engl J Med*. 1995 Dec 28;333(26):1772–4.
9. Lindström K, Lindblad F, Hjern A. Preterm birth and psychiatric disorders in young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*. 2008;in press.
10. Lindström K, Winblad B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*. 2007 Jul;120(1):70–7.
11. Ekeus C, Hjern A. Twins have better school performances than singletons despite cognitive deficits. *insänd för publicering*. 2008.

12. Socialstyrelsen. *Assisterad befruktning 2004*. Stockholm: 2007. Statistik: Hälsa och sjukdomar 2007:3.
13. Christensen K, Petersen I, Skytthe A, Herskind AM, McGue M, Bingley P. Comparison of academic performance of twins and singletons in adolescence: follow-up study. *BMJ*. 2006 Nov 25;333(7578):1095.
14. Sutcliffe AG, Ludwig M. Outcome of assisted reproduction. *Lancet*. 2007 Jul 28;370(9584):351–9.
15. Baird PA, Sadovnick AD. Life expectancy in Down syndrome. Prune belly anomaly in Down syndrome. *J Pediatr*. 1987;110(6):849–54.
16. Frid C, Bjorkhem G, Jonzon A, Sunnegardh J, Anneren G, Lundell B. Long-term survival in children with atrioventricular septal defect and common atrioventricular valvar orifice in Sweden. *Cardiol Young*. 2004 Feb;14(1):24–31.
17. Socialstyrelsen. *Miljöhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen; Institutet för Miljömedicin; Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Arbets- och miljömedicin, 2005. Tematisk översikt och analys.
18. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Nyttan av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: 2007. SBU rapport nr. 183.
19. Zammit S, Allebeck P, Dalman C, Lundberg I, Hemmingson T, Owen MJ, et al. Paternal age and risk for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183:405–8.
20. McIntosh GC, Olshan AF, Baird PA. Paternal age and the risk of birth defects in offspring. *Epidemiology*. 1995 May;6(3):282–8.
21. Ekeus C. *Teenage parenthood. Parental characteristics* [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health; 2004.
22. Uldall P. *Spæd- og småbørns almindelige sygelighed forekomst og sociale konsekvenser*. København: FADL's Forlag; 1986.
23. Socialstyrelsen. *Smitta i förskolan*. Kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
24. Hjern A, Haglund B, Rasmussen F, Rosén M. Socio-economic differences in daycare arrangements and use of medical care and antibiotics in Swedish preschool children. *Acta Paediatr*. 2000 Oct;89(10):1250–6.
25. Skolverket. *Uppföljning av reformen maxtaxa, allmän förskola mm*. Skolverket, 2006. Rapport 278.
26. Socialstyrelsen. *Rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus (HPV) 2008*.
27. Broberg A. Anknäringsteori. I: Broberg A, Almquist K, Tjus T, red. *Klinisk barnpsykologi; Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och kultur; 2003. s. 106–26.
28. Bohlin G, Hagekull B, Rydell A-M. Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*. 2000;9:24–39.
29. Thompson T. The legacy of early attachments. *Child Development*. 2000;71:145–52.
30. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun;8(2):97–104.
31. Murray D, Cooper P. Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*. 1997;27(253–60).
32. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005 Dec;7(4):349–67.
33. Broberg A. A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatrica*. 2000;434:37–42.

34. Wickberg B, Hwang B. *Post-partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
35. Massoudi P, Wickberg B, Hwang P. Screening for postnatal depression in Swedish child health care. *Acta Paediatr*. 2007 Jun;96(6):897–901.
36. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying. *Lancet*. 2004 May 15;363(9421):1642–5.
37. Persson L-Å. *Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding protects babies*. Amarillo: Pharmasoft; 2004.
38. Socialstyrelsen. *Amning av barn födda 2005*. Statistik: Hälsa och sjukdom. Stockholm: 2007. 2007:12.
39. Wallby T, Hjern A. Breastfeeding in ethnic and socio-economic context. *Acta Paediatrica*. 2008;97:1542–5.
40. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics*. 1996;97(4):560–8.
41. Hjern A, Haglund B, Bremberg S. Lower respiratory tract infections in social and ethnic context. *Pediatric Perinatal Epidemiol*. 2000;14:53–60.
42. Socialstyrelsen. *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*. Statistik: Hälsa och sjukdom. Stockholm: 2007. 2007:125–11.
43. SOU. *Sociala skillnader i skaderisker: En rapport om den socioekonomiska fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige*. . Stockholm: 2002. SOU 2002:68.
44. Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Andersson R. Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatr*. 2001 Jan;90(1):61–8.
45. Räddningsverket; NCO – Nationellt centrum för lärande från olyckor. *Sociala bakgrundsfaktorer hos skadade barn och ungdomar*. Karlstad: 2008. NCO 2007:13.
46. Hasselberg M, Laflamme L, Ringbäck-Weitof G. Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Dec;55(12):858–62.
47. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
48. Allmänna Barnhuset. *VÅLD MOT BARN 2006 – 2007. En nationell kartläggning*. Stockholm: Allmänna Barnhuset, 2007.
49. Janson S, Moniruzzaman S, Hjern A. Kan barnamord förebyggas. *Läkartidningen*. 2007;104(10):776–81.
50. Möller T, Garwicz S, Barlow L, Winther J, Glatte E, Olofsdotir G, et al. Decreasing late mortality among five year survivors of cancer in childhood and adolescence: A population-based study in the Nordic countries. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19:3173–81.
51. Oeffinger KC, Buchanan GR, Eshelman DA, Denke MA, Andrews TC, Germak JA, et al. Cardiovascular risk factors in young adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2001 Oct;23(7):424–30.
52. Hudson MM, Mertens AC, Yasui Y, Hobbie W, Chen H, Gurney JG, et al. Health status of adult long-term survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Jama*. 2003 Sep 24;290(12):1583–92.
53. Hjern A, Lindblad F, Boman KK. Disability in adult survivors of childhood cancer: a Swedish national cohort study. *J Clin Oncol*. 2007 Nov 20;25(33):5262–6.
54. Danielson M. *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006* Statens Folkhälsoinstitut, 2006.

55. Skolverket. *Attityder till skolan 2003*. Stockholm: Skolverket, 2007. Rapport 243.
56. Hjern A, Alfven G, Östberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr*. 2008 Jan;97(1):112–7.
57. Socialdepartementet. *Ekonomiskt utsatta barn*. Stockholm: 2004. Ds 2004:41.
58. Socialstyrelsen. *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: 2002. Kunskapsöversikt.
59. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Aug;36(8):1036–45.
60. Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Lindblad F. Social adversity predicts medicated ADHD - a national cohort study. *submitted*. 2008.
61. Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrant P. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995–1998. *Acta Paediatrica* 2005;287–94.
62. Hjälpmedelsinstitutet. *Så många barn ...har någon långvarig sjukdom eller något funktionshinder*. 2002. Statstiksammanställning januari 2002.
63. Socialstyrelsen. *Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS år 2007*. Statistik Socialtjänst. Stockholm: 2008.
64. Weitof-Ringbäck G, Hjern A, Haglund B, Rosén M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 2003 Jan 25;361(9354):289–95.
65. Weitof-Ringbäck G. *Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill health* [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet, Medicinskodontologiska fakulteten; 2003.
66. Brolin Låftman S, Östberg V. Barn och ungdomars sociala relationer och psykiska välbefinnande. I: Bygren M, Gähler M, Nermo M, red. *Familj och arbete – vardagsliv i förändring*. Stockholm: SNS förlag; 2004.
67. Ekblom Ö, Oddson K, Ekblom E. Health-related fitness in Swedish adolescents between 1987 and 2001. *Acta Paediatrica*. 2004;93:681–86.
68. K:son Blomquist H, Bergström E. Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socio-economic level. . *Acta Paediatr* 2007;96:113–6.
69. Boström M, Garback A, Nyberg G, Wikzén M, Karpmyr M, Marcus C. STOPP: Stockholm Obesity Prevention Project. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(suppl 1).
70. Petersen S, Brulin C, Bergström E. Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umea, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatr*. 2003 Jul;92(7):848–53.
71. Socialstyrelsen. *Folkhälsa – Lägesrapport 2006*. Stockholm: 2007. Lägesbeskrivningar.
72. Lager A. *Övervikt bland barn – system för nationell uppföljning: 2005–2006 års uppföljning* Statens folkhälsoinstitut och Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholms universitet/ Karolinska Institutet, 2007.
73. Mossberg HO. 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*. 1989 Aug 26;2(8661):491–3.
74. Dietz W. Childhood obesity: Susceptibility, cause and management. . *J Pediatr*. . 1983;103:676–86
75. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD001871.
76. Pollak A, Birnbacher R. Preterm male infants need more initial respiratory support than female infants. *Acta Paediatr*. 2004 Apr;93(4):447–8.

77. Elsmen E, Hansen Pupp I, Hellström-Westas L. Preterm male infants need more initial respiratory and circulatory support than female infants. *Acta Paediatr.* 2004 Apr;93(4):529–33.
78. Jennische M, Sedin G. Gender differences in outcome after neonatal intensive care: speech and language skills are less influenced in boys than in girls at 6.5 years. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):364–78.
79. Hjern A, Thorngren-Jerneck K. Perinatal complications and socio-economic differences in cerebral palsy in Sweden – a national cohort study. *BMC Pediatrics.* 2008 Oct 30;8:49.
80. UNICEF Innocenti Research Centre. *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries* 2007. Report Card 7.
81. European Child Safety Alliance (Eurosafe). *Child safety report card 2007 – Sweden.* Amsterdam, Netherlands: 2007.
82. Staehelin K, Berteau PC, Stutz EZ. Length of maternity leave and health of mother and child—a review. *Int J Public Health.* 2007;52(4):202–9.
83. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al., red. *Inequalities in young people's health. Health Behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen: World Health Organization, The Regional Office for Europe; 2008. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5.
84. WHO Europe. *Young people's health in context. Health Behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen: WHO, 2008.

Ungdomars hälsa

Sammanfattning

I detta kapitel beskrivs folkhälsans utveckling i åldersgruppen 16–24 år, en ålder då unga människor befinner sig i brytningstiden mellan barndom och vuxenliv. I kapitlet beskrivs både skolungdomar i gymnasieåldern och ungdomar som gått vidare till studier eller arbete.

Liksom för den övriga befolkningen har efterkrigstidens välfärdsutveckling inneburit bättre hälsa för de unga. Sedan 1990-talet har ungdomsgenerationen däremot haft en sämre hälsoutveckling än övriga åldersgrupper, framför allt när det gäller den psykiska hälsan.

Sedan mätningarna började i slutet av 1980-talet har andelen ungdomar i åldern 16–24 år som upplever ängslan, oro eller ångest ökat, och den fortsätter alltjämt att öka. Åren 1988–1989 uppgav 9 procent av kvinnorna och 4 procent av männen att de hade besvär av ängslan, oro eller ångest. Åren 2004–2005 hade andelen ökat till 30 procent bland kvinnor och 14 procent bland män.

Ökningen gäller inte bara självrapporterade besvär som ängslan, oro och ångest, utan det har också blivit vanligare att ungdomar vårdas på sjukhus för depression och för ångesttillstånd. Andelen 20–24-åringar som vårdats för depression dubblerades mellan 1997 och 2007, bland både kvinnor och män, och i åldern 16–19 år är det nu fyra gånger så vanligt med sådan vård. Andelen ungdomar som gör självmordsförsök ökar också kraftigt. Bland kvinnor har ökningen skett sedan början av 1990-talet och bland män sedan slutet av 1990-talet. Självmordsförsök bland ungdomar är tre gånger så vanligt bland kvinnor som bland män.

Olyckor och självmord är de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar. Omkring en fjärdedel av alla kvinnor och män som dog i åldern 16–24 år begick självmord och 27 procent av kvinnorna och 40 procent av männen dog i olyckor. Självmord bland ungdomar var vanligare på 1970-talet än på 1990-talet. Antalet självmord har under de senaste tio åren minskat i flera åldersgrupper men inte bland ungdomar. Tendensen är snarare att självmorden möjligen ökar något i denna åldersgrupp. Självmord är dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. Trots att självmord är en vanlig dödsorsak i åldersgruppen 16–24 år är andelen som begår självmord lägre än i högre åldrar. Det är dock

svårt att bedöma utvecklingen av självmord bland ungdomar eftersom det gäller ett förhållandevis litet antal och det finns ganska stora ”slumpmässiga” variationer från ett år till ett annat.

Alkoholkonsumtionen bland 15–16-åriga flickor och pojkar ökade enligt självrapporterade uppgifter under andra halvan av 1990-talet, men den har minskat under de senaste åren. Äldre ungdomars alkoholkonsumtion förefaller däremot fortsätta att öka in på 2000-talet, men här räcker inte kunskapsunderlaget för att utvecklingen ska kunna bedömas. Fler ungdomar vårdas på sjukhus för alkoholförgiftning i dag jämfört med början av 1990-talet. Vård av den anledningen har ökat mer bland kvinnor än bland män, och är i dag lika vanlig för båda könen. Bland män har även dödsfallen som orsakats av alkohol ökat under 2000-talet, men inte bland kvinnor.

Sjukhusvård till följd av narkotikamissbruk ökade bland både kvinnor och män från början av 1990-talet fram till början av 2000-talet, men ökar inte längre. Dödsfall till följd av narkotikamissbruk visar samma utveckling, dvs. ökade också kraftigt under 1990-talet, främst bland män, och har minskat under 2000-talet. Betydligt fler män än kvinnor vårdas eller dör på grund av narkotikamissbruk.

Sammantaget har ökningen av dödsolyckor och dödsfall orsakade av alkohol- och narkotikamissbruk, samt något fler självmord, lett till att dödligheten bland män 16–24 år har ökat något sedan mitten av 1990-talet. Det är dock ovanligt att dö under ungdomsåren, och i genomsnitt dör årligen omkring 120 kvinnor och 300 män i åldern 16–24 år.

Betydligt fler kvinnor än män upplever sig ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Skillnaderna är störst bland yngre ungdomar i åldern 16–19 år, där 29 procent av kvinnorna och 7 procent bland

männen uppgav besvär av ängslan, oro eller ångest åren 2004–2005.

Nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i samtliga ungdomsgrupper oavsett familjeförhållanden, födelseland, arbetsmarknadsstatus, föräldrarnas socioekonomi med mera. Ökningen är däremot olika stor och graden av besvär skiljer sig åt.

Bland 16–19-åringarna är ängslan, oro eller ångest vanligast bland dem som varken studerar eller arbetar, men det är en förhållandevis liten grupp. De allra flesta studerar, och det är tredubblingen av besvär bland studerande tonårsflickor som framför allt står för ökningen i åldersgruppen under de senaste tjugo åren.

I åldern 20–24 år har oro, ängslan och ångest ökat mest och är vanligast bland studerande kvinnor, men även betydligt fler studerande män lider av dessa besvär. De 20–24-åriga kvinnor och män som huvudsakligen yrkesarbetar har mindre besvär än studerande.

Det är oklart varför psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar, men ungdomars livsvillkor har förändrats betydligt vilket skulle kunna vara en förklaring till hur de upplever sin psykiska hälsa. I dag har ungdomar väsentligt sämre möjligheter att få ett heltidsarbete efter grundskolan och gymnasiet jämfört med för tjugo år sedan. Det är möjligt att många studerar trots att de egentligen hellre skulle vilja arbeta och att studenter har fått sämre arbetsförhållanden. Samtidigt som fler ungdomar studerar jämfört med tidigare generationer är det fler ungdomar som inte har någon sysselsättning alls, d.v.s. som varken arbetar, studerar, är värnpliktiga eller hemarbete. Det är dock oklart hur dessa förändringar påverkar den psykiska hälsan. Det är också oklart varför könsskillnaderna är så stora och varför de är större i åldern 16–19 år än i 20–24-årsåldern.

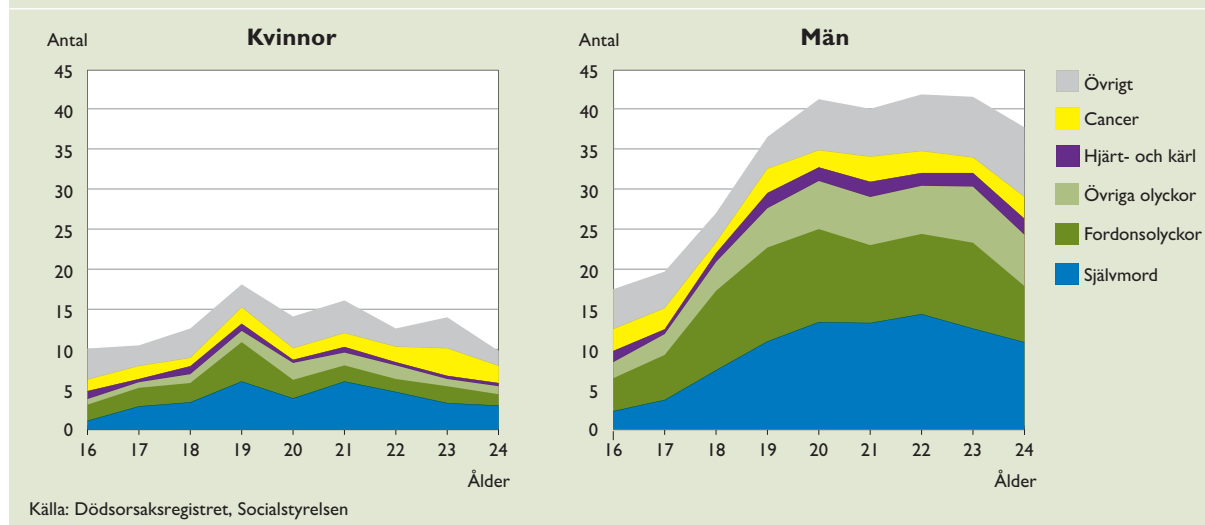
Dödsorsaker bland unga

I åldersgruppen 16–24 år dör ungefär 120 kvinnor och 300 män varje år. Figur 1 illustrerar hur antalet avlidna förändras med stigande ålder i det aktuella åldersspannet. Antalet män som dör ökar kraftigt mellan 16 och 20 års ålder. Bland kvinnor finns ingen sådan tydlig ökning, men däremot en topp vid 19 års ålder till följd av fordonsolyckor. I 20-årsåldern är det närmare tre gånger så många män som kvinnor som dör. Betydligt fler unga män än kvinnor dör i självmord, fordonsolyckor och övriga olyckor samt på grund av alkohol- och narkotikamissbruk. Alkohol är också en viktig bidragande faktor till dödsfall i olyckor och självmord [1].

Dödsfall som inträffar i åldrarna 16–24 år beror huvudsakligen på skador, varav ungefär hälften orsakas av olyckor och hälften av självmord. Under 2000–2006 dog i genomsnitt varje år 34 kvinnor och 89 män i självmord (inklusive oklara fall), 20 kvinnor och 78 män i fordonsolyckor och 10 kvinnor och 44 män i övriga olyckor (exklusive tsunamikatastrofen i Sydostasien). Julen 2004 inträffade tsunamikatastrofen i Thailand, där många svenskar vistades, och 40 ungdomar mellan 16 och 24 år från Sverige avled. Under perioden 2000–2006 dog också i genomsnitt 13 kvinnor och 63 män om året i alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser. Vidare dog i genomsnitt 5 kvinnor och 8 män om året på grund av våld eller andra övergrepp från en annan person. 17 kvinnor och 23 män dog årligen i cancer.

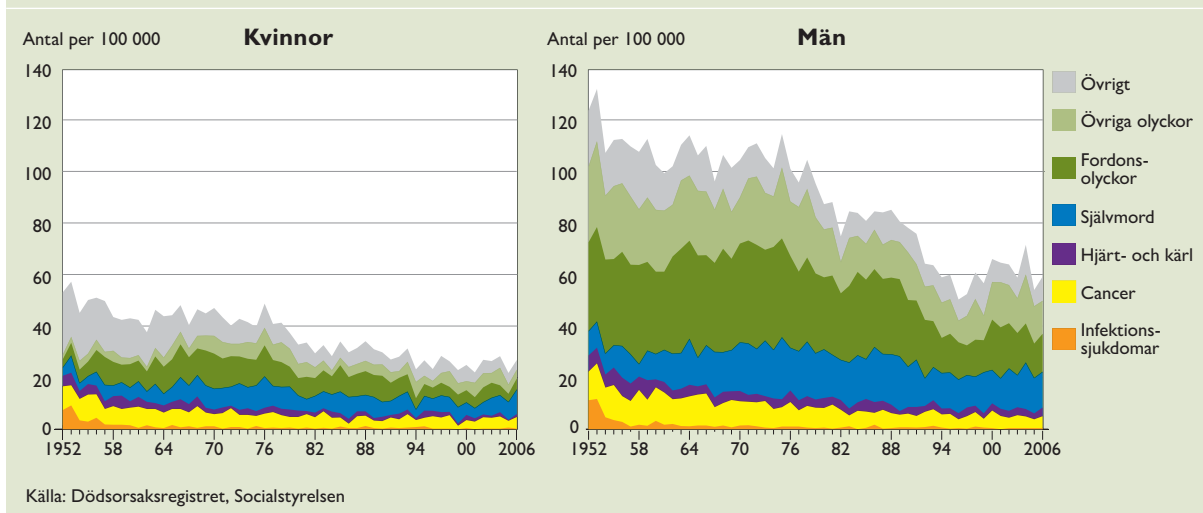
Figur 1. Åldersmönster för dödsorsaker bland unga

Antal döda efter dödsorsak och ålder. Genomsnitt för åren 2000–06. Kvinnor och män 16–24 år.



Figur 2. Dödlighetsutveckling bland unga efter dödsorsak

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1952–2006.



Dödligheten ökar nu bland unga män

Jämfört med 1950-talet har dödligheten i det närmaste halverats för både kvinnor och män i åldern 16–24 år (figur 2). Dödligheten var emellertid i stort sätt oförändrad från mitten av 1950-talet till slutet av 1970-talet, bland både kvinnor och män. Under denna period minskade andelen som dog i infektionssjukdomar men i gengäld ökade andelen som begick självmord, och olycksfallsdödligheten var i stort sett oförändrad bland män medan den ökade bland kvinnor. Sedan mitten av 1970-talet fram till mitten av 1990-talet sjönk dock dödligheten markant, framförallt till följd av att antalet fordonsolyckor minskade kraftigt.

Sedan mitten av 1990-talet har dödligheten bland unga män ökat något. Under åren 2005–2006 dog fler till följd av olyckor, alkohol- och narkotika samt självmord jämfört med åren 1997–1998.

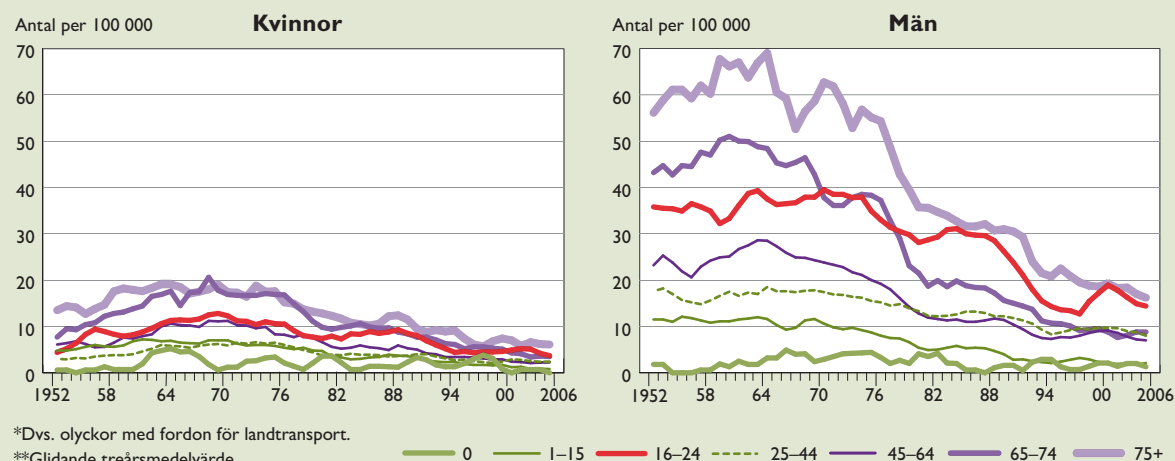
Olyckor

Fordonsolyckor med dödlig utgång är numera vanligare bland ungdomar i åldern 16–24 år än i någon annan åldersgrupp, med undantag för de allra äldsta, 75 år och äldre (figur 3). Dödsfall i fordonsolyckor ökade fram till början av 1970-talet men har sedan minskat i alla åldersgrupper både bland kvinnor och män. Under slutet av 1990-talet ökade dock dödsfallen i fordonsolyckor bland 16–24-åringar, särskilt bland män, men de senaste åren har utvecklingen återigen vänt nedåt.

Sedan mitten av 1990-talet är det allt fler unga män som vårdas på sjukhus för fordonsolyckor (figur 4). De allra senaste åren har utvecklingen vänt, men antalet ligger fortfarande lite högre än åren 1997–1998. Mäns högre risk för att råka ut för fordonsolyckor syns tydligt även i patientstatistiken.

Figur 3. Dödlighet i fordonsolyckor

Antal döda per 100 000 invånare i fordonsolyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1952–2006**



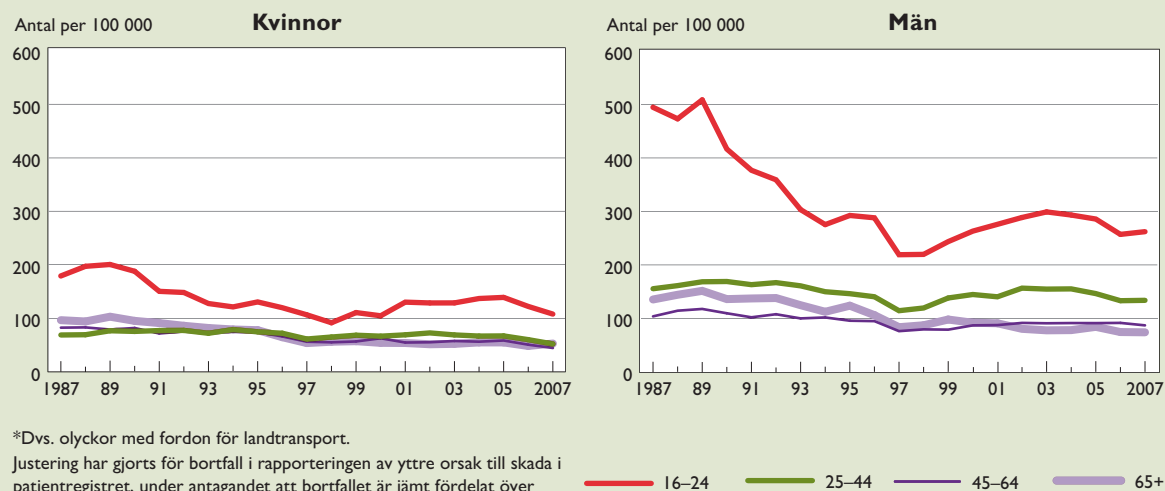
*Dvs. olyckor med fordon för landtransport.

**Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 4. Sjukhusvårdade till följd av fordonsolyckor

Antal personer per 100 000 invånare som årligen vårdats på sjukhus till följd av fordonsolyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 1987–2007.



*Dvs. olyckor med fordon för landtransport.

Justering har gjorts för bortfall i rapporteringen av yttre orsak till skada i patientregistret, under antagandet att bortfallet är jämt fördelat över samtliga typer av skador.

Källa: Patientregistret

I mer än var tredje dödsolycka bland unga män har alkohol bidragit till olyckan, men bara i drygt var tionde bland unga kvinnor [2]. Män 20–24 år är dessutom den grupp som i högst utsträckning dricker sig berusade (se vidare kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol och narkotikamissbruk). Unga förarens olyckor beror också på bristande erfarenhet. Framförallt är unga män överrepresenterade vid singelolyckor, olyckor med höga farter och olyckor där föraren har förlorat kontrollen över bilen [3]. De flesta olyckor där ungdomar är inblandade inträffar under helger, på kvällen eller under natten.

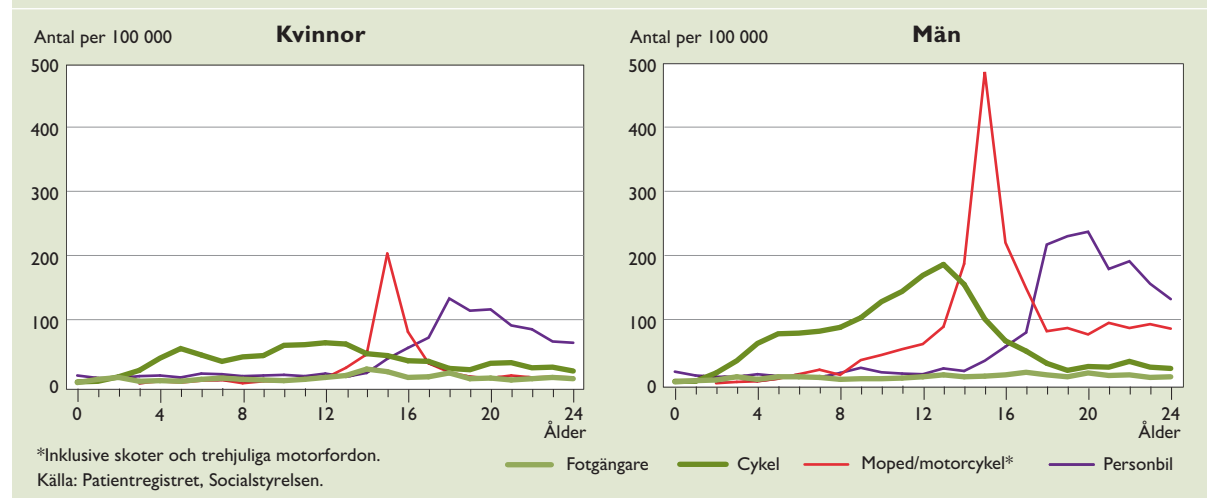
Orsaken till skador i trafiken förändras med stigande ålder (figur 5). I lägre åldrar är cykelolyckor vanligast men i 15–16-årsåldern ses en kraftig topp när det gäller andelen som får vård på grund av mopedolyckor. Efter tonåren dominerar olyckor i personbilar.

Mopedolyckorna har ökat bland 15–16-åringarna under den senaste tioårsperioden, inget annat trafikslag visar någon motsvarande ökning. Bakom den här utvecklingen ligger en kraftig ökning av antalet mopeder i trafiken, och då särskilt av klass 1-mopederna (EU-mopederna) [4]. Antalet ungdomar som skadades i personbilsolyckor ökade också fram till år 2004 men har därefter minskat.

Ungdomar som bor på en mindre ort löper flera gånger högre risk att dö i en personbilsolycka jämfört med ungdomar som bor i någon av de tre storstadsregionerna Stockholm, Göteborg eller Malmö (figur 6). Ungdomar i mellanstora städer löper också större risk än storstadsungdomarna, men lägre risk än ungdomar i glesbygd och mindre tätorter. Det beror till stor del på att hastigheterna på vägarna är högre i mindre tätbefolkade områden.

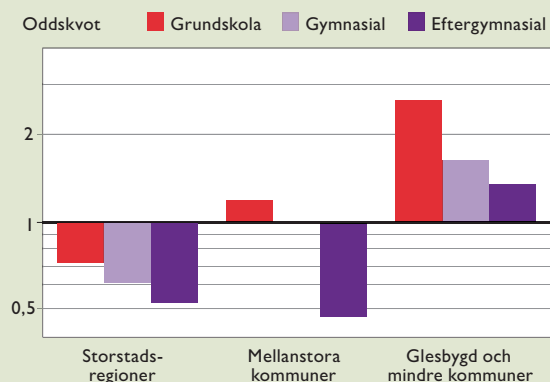
Figur 5. Åldersmönster för sjukhusvård till följd av fordonsolyckor

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus till följd av olika fordonsolyckor. Kvinnor och män 0–24 år. Genomsnitt för åren 2005–2007.



Figur 6. Dödsolyckor med personbil efter kommun och moderns utbildning

Risken, i relation till jämförelsegruppen, för dödsfall i personbilsolyckor bland ungdomar i åldern 15–24 år efter typ av folkbokföringskommun* och moderns högsta utbildningsnivå åren 2002–2005. Observera logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsegrupp (oddskvot=1) är ungdomar i mellanstora kommuner, vars mödrar har en gymnasieutbildning. En oddskvot på 0,5 för en viss grupp betyder att risken att dö i en personbilsolycka är ungefär hälften så stor som risken i jämförelsegruppen, och en oddskvot på 2 för en annan grupp betyder att risken är ungefär dubbelt så stor. Justerat för ålder och kön.

*Storstadsregioner innefattar storstäder och förortskommuner.

Mellanstora kommuner innefattar större städer, pendlingskommuner och kommuner med mer än 25 000 invånare. Glesbygdskommuner och mindre kommuner innefattar övriga kommuner.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE-databasen, SCB.

Figuren visar också att föräldrarnas utbildningsnivå har betydelse: ju lägre utbildningsnivå mamman har, desto högre är risken för en dödlig personbilsolycka (figur 6). De sociala skillnaderna är större på mindre orter än i storstäder. Det beror sannolikt på att de förorter i storstäderna där utbildningsnivån är som lägst i regel har den bästa trafikplaneringen, exempelvis 1970-talets miljöprogramsområden.

Faktaruta I

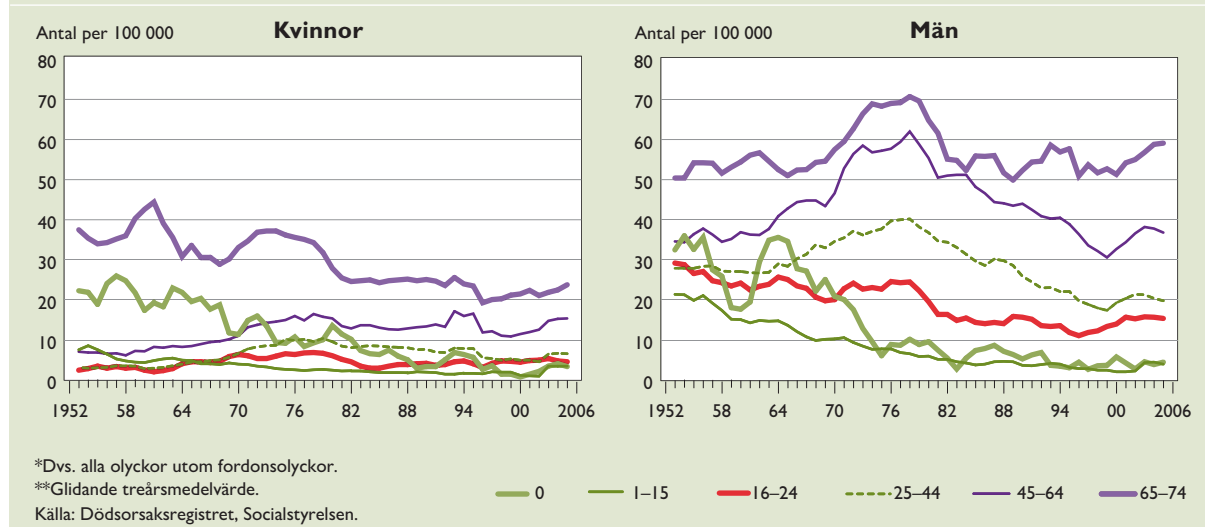
Kommungrupperna enligt Svenska Kommunförbundet (2005)

Indelningen har gjorts av Svenska Kommunförbundet efter vissa strukturella egenskaper hos kommunerna (bl.a. befolkningsstorlek, nattbefolkningens (16–64 år) pendlingsmönster och näringslivsstruktur):

1. **Storstäder** Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.
2. **Förortskommuner** Kommun där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet skall vara någon av storstäderna.
3. **Större städer** Kommun med 50 000–200 000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent.
4. **Pendlingskommuner** Kommun där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun.
5. **Glesbygdskommuner** Kommun med mindre än 7 invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare.
6. **Varuproducerande kommuner** Kommun med mer än 40 procent av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år, anställda inom varutillverkning och industriell verksamhet. (SNI92)
7. **Övriga kommuner, över 25 000 inv.** Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mer än 25 000 invånare.
8. **Övriga kommuner, 12 500–25 000 inv.** Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har 12 500–25 000 invånare.
9. **Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.** Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mindre än 12 500 invånare.

Figur 7. Dödlighet i övriga olyckor

Antal döda per 100 000 invånare i övriga olyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, 1952–2006**.



Dödsfall till följd av andra olyckor än med fordon är vanligare med stigande ålder (figur 7). Dessa olyckor har minskat från slutet av 1970-talet, med undantag för kvinnor i åldern 45–64 år. Bland män i åldern 16–24 år har förutom fordonsolyckor även övriga olyckor ökat. Även bland män i andra åldersgrupper har dödsfallen i övriga olyckor ökat sedan slutet av 1990-talet.

Våld

I ULF-undersökningen för åren 2004–2005 uppgav 12 procent av kvinnorna och 17 procent av männen i åldern 16–24 år att de hade utsatts för våld eller hot det senaste året, vilket är mer än i andra åldersgrupper. Omkring 4 procent av kvinnorna och 10 procent av männen uppgav att de varit utsatta för så pass allvarligt våld att det

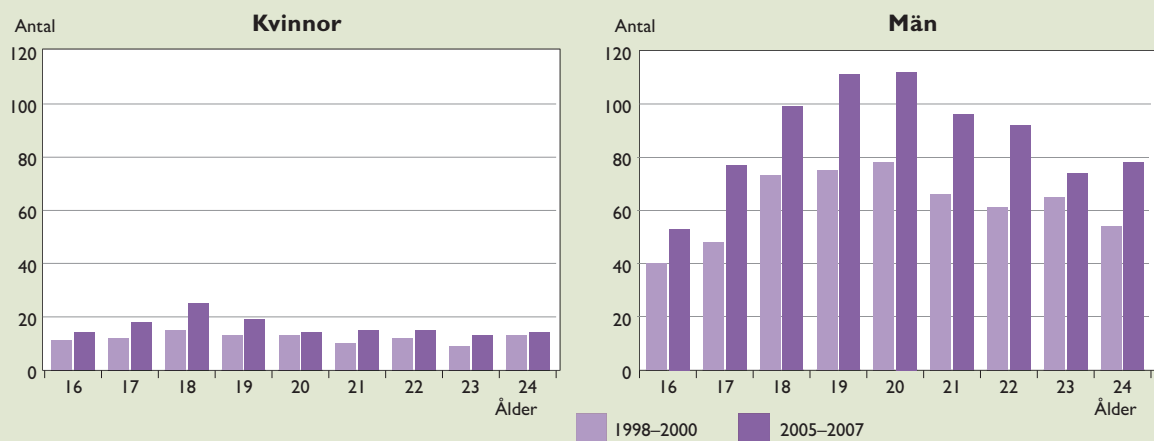
ledde till kroppsskada. Andelen ungdomar som utsatts för våld ökade från början av 1980-talet fram till mitten av 1990-talet, och har därefter minskat bland män och avstannat bland kvinnor (se figur 12 i kapitlet Våld).

Det är vanligare att kvinnor avstår från att gå ut på kvällen på grund av att man är orolig för att blir överfallen, rånad eller ofredad på något annat sätt. Åren 2004–2005 uppgav ungefär 9 procent av de unga kvinnorna och 1 procent av männen att de av det skälet hade avstått från att gå ut på kvällen under det senaste året.

Kvinnor och män drabbas generellt sett av olika typer av våld, vilket diskuteras vidare i kapitlet om Våld. Unga män (16–24 år) råkar ut för gatuvåld tre gånger så ofta som unga kvinnor, medan unga kvinnor dubbelt så ofta som unga män utsätts för våld i bostaden.

Figur 8. Vårdade ineliggande på sjukhus till följd av övergrepp

Antal personer som vårdats på sjukhus till följd av övergrepp tillfogat av annan person. Kvinnor och män 16–24 år, genomsnitt för åren 1998–2000 och för 2005–2007.



Under perioden 2005–2007 vårdades årligen i genomsnitt 150 kvinnor och 800 män i åldern 16–24 år på sjukhus till följd av våld. Antalet vårdade är högst i 20-årsåldern (figur 8). Det verkar ha blivit något vanligare att ungdomar drabbas av grovt våld eftersom våld som leder till sjukhusvård har ökat mellan 1998–2000 och 2005–2007 (figur 8). Sjukhusvård på grund av våld är vanligare bland ungdomar än i övriga åldersgrupper, men dödsfall till följd av våld är däremot vanligare i medelåldern.

Cancer bland unga

Cancer är ungefär lika vanligt bland kvinnor som bland män i åldern 16–24 år och varken insjuknandet eller dödligheten har förändrats nämnvärt sedan 1980-talet. Omkring 260 ungdomar insjuknar i cancer varje år och omkring 40 dör (tabell 1). De vanligaste cancerformerna bland unga kvinnor är Hodgkins lymfom (cancer i lymfsystemet), malignt melanom och hjärntumör. Unga män drabbas främst av testikelcancer, Hodgkins lymfom och hjärntumör. Prognosen för att överleva cancer beror i allmänhet på hur tidigt cancer upptäcks, men nästan alla fall av Hodgkins lymfom och testikelcancer botas helt.

Tabell 1. De vanligaste cancerformerna i åldern 16–24 år

Insjuknade och döda i de vanligaste cancerformerna, beräknat som ett genomsnitt för åren 2002–2006 för insjuknande och 2001–2005 för dödlighet. Kvinnor och män 16–24 år. Antal, antal personer per 100 000 invånare samt procent av samtliga cancerfall och cancerdödsfall.

Kvinnor	Lymfom	Malign hud-tumör, exkl. melanom	Hjärna och ryggmärg	Sköldkörtel	Leukemier	All cancer
Antal						
Cancerdiagnoser	25	18	17	12	7	126
Avlidna i cancer	1	0,2	4	0,2	4	17
Procent av samtliga						
Cancerdiagnoser	20	14	14	10	6	100
Avlidna i cancer	7	1	23	1	21	100
Antal per 100 000						
Cancerdiagnoser	5	4	4	3	2	27
Avlidna i cancer	0,3	0,0	1	0,0	1	4
Män	Testikel	Lymfom	Hjärna och ryggmärg	Leukemier	Malign hud-tumör, exkl. melanom	All cancer
Antal						
Cancerdiagnoser	39	23	15	10	7	134
Avlidna i cancer	0,4	2	4	5	1	20
Procent av samtliga						
Cancerdiagnoser	29	17	11	8	5	100
Avlidna i cancer	2	11	19	26	4	100
Antal per 100 000						
Cancerdiagnoser	8	5	3	2	1	27
Avlidna i cancer	0,1	0,5	1	1	0,2	4

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

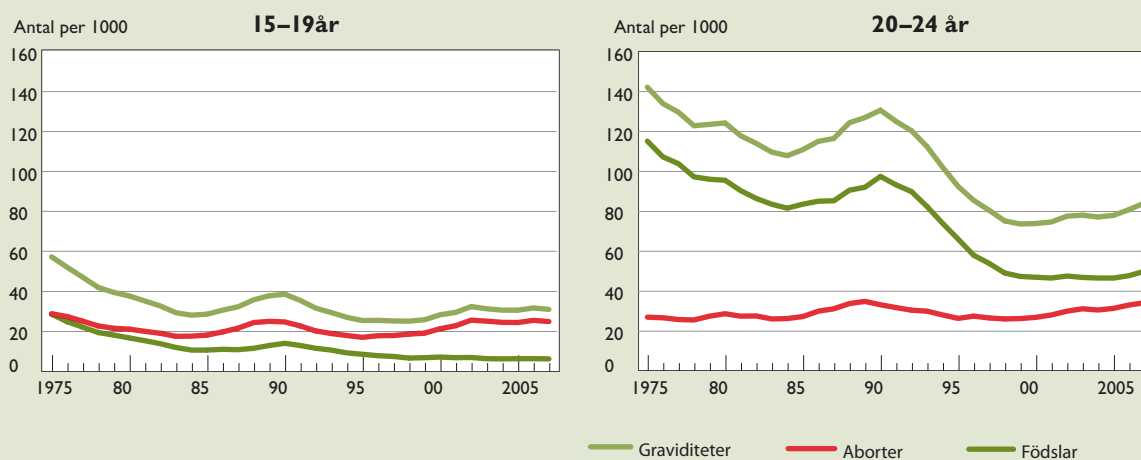
Sexuell och reproduktiv hälsa bland unga

Ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa beskrivs mer utförligt i kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa och nedan presenteras endast några av huvuddragen. Ungdomar har fått en mer liberal attityd till tillfälliga sexuella kontakter. Det är vanligare att man har samlag första kvällen med en ny bekantskap och det är också vanligare att

inte använda kondom, trots att de flesta unga vet att kondom ger ett gott skydd mot könssjukdomar och graviditet. Klamydia har ökat kraftigt sedan mitten av 1990-talet i åldrarna 15–19 år och 20–24 år, både bland kvinnor och män (figur 1, Sexuell och reproduktiv hälsa). Graviditeter och aborter ökade också (figur 9). Under de allra senaste åren har ökningen dock avstannat när det gäller aborter och andelen 15–19-åringar som blir gravida, medan klamydia fortsätter att öka.

Figur 9. Graviditetstal, aborttal och födelsetal

Antal graviditeter, aborter och födslar per 1 000 kvinnor i ålder 15–19 år respektive 20–24 år, perioden 1975–2007.



Källa: Abortstatistiken, Socialstyrelsen och befolkningsstatistiken, SCB.

Det är ovanligt att tonåriga kvinnor föder barn. År 2007 föddes omkring 6 barn per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år, och födelsetalet har legat på samma nivå de senaste fem åren efter att tidigare ha minskat under många år. Andelen som väljer att avsluta sin graviditet med en abort har ökat kontinuerligt sedan 1995, både i åldersgruppen 15–19 år och 20–24 år. 85 procent av alla gravida 15–19-åringar och 44 procent av alla gravida 20–24-åringar valde abort år 2007. Kvinnor skjuter upp sitt barnafödande och medelåldern vid första barnets födelse var 28,6 år 2007 mot 24,4 år 1975. Under samma period steg också männens medelålder vid första barnets födelse, från 27,0 till 31,1 år. Sedan år 2004 ökar varken mödrars eller fäders ålder vid första barnets födelse och det finns till och med en tendens till att fler kvinnor i åldern 20–24 år föder barn. År 2007 föddes 50 barn per 1 000 kvinnor i åldern 20–24 år.

Självrapporterade hälsoproblem har ökat

Nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit vanligare bland unga (figur 10). Mellan åren 1988–1989 och 2004–2005 tredubblades andelen ungdomar som uppgav att de under de senaste två veckorna besvärats av ängslan, oro eller ångest, bland både kvinnor och män. Likaså tredubblades andelen som uppgav att de haft sömnbesvär under de senaste två veckorna. Ständig trötthet, det vill säga att vara trött morgon, middag och kväll, ökade också. Under de första fem åren på 2000-talet avtog dock ökningen av sömnbesvär och ständig trötthet, till skillnad mot känslor av ängslan, oro och ångest som fortsatte att öka.

Det är också fler som besväras av värk i nacke och skuldror. I dag är det betydligt vanligare bland både kvinnor och män att ha värk i nacke och skuldror jämfört med i början av 1980-talet. 40 procent av kvinnorna i åldern 16–24 år uppger att de har sådan värk, varav en knapp fjärdedel anger att värken är svår. Vidare har en tredjedel av kvinnorna värk i ländryggen, liksom en fjärdedel av alla män. Värk i ländryggen har dock inte ökat nämnvärt sedan 1980-talet, men den typen av värk har heller inte ett lika starkt samband med stress som värk i nacke och skuldror (se kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär). Både värk och nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män.

De allra flesta i åldersgruppen 16–24 år uppfattar sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott, men 14 procent av kvinnorna och 10 procent av männen ansåg inte att de hade god hälsa åren 2004–2005. I figur 10 visas andelen ungdomar som inte uppgav ett gott allmänt hälsotillstånd mellan 1988 och 2005 i SCB:s ULF-undersökningar. Under en period i början av 1990-talet ökade denna andel. Därefter har den varit ganska oförändrad bland de unga kvinnorna, medan de unga männen skattar sitt hälsotillstånd som något bättre än tidigare.

År 2004–2005 uppgav närmare 30 procent

av både kvinnorna och männen i åldersgruppen 16–24 år att de hade en långvarig sjukdom. Denna andel har ökat något över tiden, liksom i de övriga åldersgrupperna. Bland ungdomar rör det sig dock ofta om mindre allvarliga tillstånd som inte påverkar förmågan att klara sig själv eller arbeta, men omkring 14 procent av kvinnorna och 9 procent av männen uppgav att deras arbetsförmåga åtminstone i någon mån var nedsatt på grund av sjukdom. Drygt 3 procent av såväl kvinnor som män uppgav en i hög grad nedsatt arbetsförmåga, och 1,5 procent av kvinnorna och 0,5 procent av männen uppgav en nedsatt rörelseförmåga.

Psykisk ohälsa

Utöver SCB:s ULF-undersökningar finns flera andra intervju- och enkätundersökningar som visar att ett nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit vanligare bland ungdomar sedan början av 1990-talet. I figur 11 visas en sammanställning av resultaten från flera studier, vissa med ett riksrepresentativt urval och andra med ett regionrepresentativt. Sammantaget tyder dessa studier på att självrapporterade psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar sedan 1990-talet och att betydligt fler kvinnor än män har ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Figur 10. Självrapporterade besvär

Andel ungdomar (procent) som uppger att de har olika besvär. Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1988–2005*.



*Glidande treårsmedelvärde.

**Sömnpblem samt trötthet avser de senaste två veckorna.

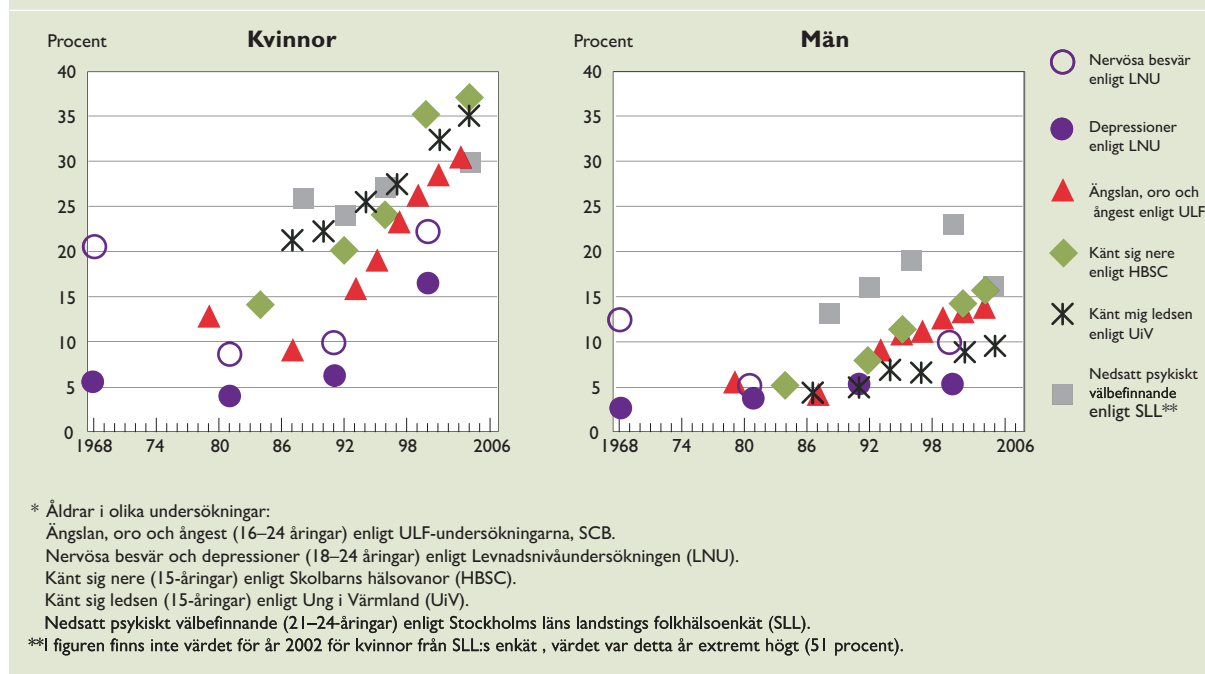
***Frågan lyder: Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Är det gott eller mycket gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt?

Punkter representerar genomsnitt för åren 1988-89.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur 11. Psykisk ohälsa bland ungdomar

Andel (procent) ungdomar som uppger psykisk ohälsa i olika undersökningar sedan år 1968. Kvinnor och män i olika åldrar*.



Tabell 2 visar hur vanligt det är att lida av ängslan, oro eller ångest bland ungdomar med olika bakgrund. Ungdomar som bor med sina föräldrar har mindre besvär än de ungdomar som lämnat föräldrahemmet och bor ensamma. Denna skillnad är tydligare bland unga män än bland unga kvinnor. Kvinnor som bor i glesbygd har betydligt mindre besvär än kvinnor i storstäder. Bland män är förhållandet det motsatta; män i glesbygd har mer besvär, men skillnaderna är mindre bland män. Om föräldrarna är arbetare eller tjänstemän verkar bara ha marginell betydelse för dessa besvär.

Kvinnor som studerar, eller både studerar och arbetar, har mer besvär än kvinnor som arbetar eller är arbetssökande. Bland män har i stället ar-

betssökande mer besvär än studerande och arbetande. De som är fast anställda på heltid har mindre besvär än andra anställda.

Försämringen av det psykiska välbefinnandet är inte begränsad till ungdomar från någon särskild social bakgrund, åtminstone inte någon bakgrund som går att urskilja i ULF-undersökningarna. Tabell 2 visar att besvär av ängslan, oro och ångest har ökat bland ungdomar oavsett deras ursprung, familjeförhållanden, socioekonomi, anställningsförhållanden eller arbetsmarknadsstatus, och påverkas inte av om man bor i glesbygd eller i städer. Känslor av ängslan, oro eller ångest har blivit tre gånger så vanligt, både bland gymnasieungdomar och bland unga som nyss påbörjat sitt vuxenliv.

Tabell 2. Ängslan, oro eller ångest i olika befolkningsgrupper

Andel (procent) personer som uppgav lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i olika befolkningsgrupper. Kvinnor och män 16–24 år. Genomsnitt för åren 1988/89 och 2004/05.

Befolkningsgrupp	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
	Procent		Procent	
Ålder				
16–19 år	8	29	2	7
20–24 år	9	32	5	18
Födelseland				
Sverige	9	30	4	13
Annat land	13	32	9	20
Familjetyp				
Bor med en förälder	4	31	6	17
Bor med två föräldrar	9	27	2	7
Ensamstående	10	37	6	22
Sammanboende	9	27	5	19
Föräldrarnas socioekonomiska grupp				
Arbetare	7	30	3	16
Tjänstemän*	10	30	4	13
Kommungrupp**				
Storstad, Förort, Större stad, Pendling	10	32	4	14
Varuproducerande, Övriga 25 000+	9	31	4	10
Glesbygd, Övriga -25 000	4	17	3	18
Arbetsmarknadsstatus				
Arbetsökande	19	27	11	23
Studerande	9	32	3	12
Sysselsatta***	8	26	3	13
Sysselsatta och studerande	10	36	7	14
Övrigt	9	18	10	26
Anställningsförhållande				
Ej anställd	10	31	4	14
Fast anställd heltid	9	14	2	12
Fast anställd deltid	5	34	7	21
Tillfälligt anställd	7	33	6	11
Samtliga 16–24 år	9	30	4	14

* Minst en förälder som är tjänsteman.

** Kommungrupper enligt Svenska Kommunförbundet (se Faktaruta 1).

1+2+3+4: Storstäder, Förortskommuner, Större städer och Pendlingskommuner

6+7: Varuproducerande kommuner och Övriga kommuner, över 25 000 invånare

5+8+9: Glesbygdskommuner och Övriga mindre kommuner

*** Sysselsatta innefattar personer som är anställda, egna företagare eller jordbrukare.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Faktaruta 2

Sysselsatta enligt AKU, Statistiska centralbyrån

Sysselsatta omfattar personer som under en referensvecka utförde något arbete (minst en timme), antingen som avlönade arbetstagare, som egna företagare (inklusive fria yrkesutövare) eller oavlönade medhjälpare i företag tillhörande make/maka eller annan medlem av samma hushåll (=sysselsatta, i arbete). Till sysselsatta räknas även personer som inte utförde något arbete enligt ovan, men som hade anställning, arbete som medhjälpande hushållsmedlem eller egen företagare (inklusive fria yrkesutövare) och var tillfälligt frånvarande under hela referensveckan. Orsak till frånvaron kan vara sjukdom, semester, tjänstledighet, (t.ex. för vård av barn eller studier), värnplikts-tjänstgöring, arbetskonflikt eller ledighet av annan anledning. Frånvaron räknas oavsett om den varit betald eller inte (=sysselsatta, frånvarande från arbetet).

Personer som deltar i vissa arbetsmarknadspolitiska program räknas som sysselsatta. Det kan gälla t.ex. offentligt skyddat arbete, Samhall, start av näringsverksamhet eller anställning med lönebidrag eller anställningsstöd.

Könsskillnaderna i psykisk ohälsa är störst i tonåren

Något fler flickor än pojkar i årskurs 5 uppger att de känner sig nere, känner sig nervösa eller har huvudvärk, men könsskillnaderna är små (se kapitlet Barns hälsa). I årskurs 9 är dessa besvär vanligare än i årskurs 5 för både pojkar och flickor, men ökningen är mycket större bland flickorna. Könsskillnaderna är därför betydligt större i årskurs 9, nästan tre gånger fler flickor än pojkar känner sig nedstämda när de går i årskurs 9.

I åldrarna 16–19 år finns det också en stor könsskillnad när det gäller psykiskt välbefinnande (tabell 2): 29 procent av kvinnorna uppger ångslan, oro eller ångest jämfört med 7 procent av männen. Sådana känslor blir dock vanligare bland männen i åldrarna 20–24 år, när många flyttat hemifrån och börjat studera eller arbeta.

Både bland skolbarn och bland ungdomar verkar det som om andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i takt med åldern. Skolbarn och ungdomar brukar dock vanligtvis inte ingå i samma undersökningar, med samma frågor, och därför går det oftast inte att avgöra om besvären ökar eller minskar vid övergången från grundskola till gymnasium. Det finns dock en studie från 2004 omfattande nästan 10 000 Stockholms elever i grundskolans årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2, där ett av de övergripande resultaten var att psykisk ohälsa var vanligare bland gymnasieeleverna än bland grundskoleeleverna för bägge könen [5]. Det psykiska välbefinnandet försämrades dock tidigare för flickor och kvinnor än för pojkar och män. Redan i årskurs 9 är andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande hög bland flickor, medan andelen bland män ökar markant först efter gymnasieåren.

Vanligt med fler besvär bland unga med oro och ångest

Oro, ångslan och ångest är ofta förknippade med andra hälsobesvär (tabell 3). Majoriteten av dem som rapporterar oro, ångslan eller ångest anger att de också känner sig nedstämda. Nästan hälften har sömnbesvär och drygt hälften har värk i nack- och skulderregionen. Vidare är det vanligare att de som besväras av ångslan, oro eller ångest också röker och är fysiskt inaktiva, jämfört med unga som inte har dessa besvär. Däremot är förekomsten av övervikt ganska lika.

Tabell 3. Andra hälsoproblem bland personer med oro, ängslan eller ångest

Andel (procent) med andra hälsoproblem hos kvinnor och män i åldersgruppen 16–24 år som har, respektive inte har, besvär av ängslan, oro eller ångest. Genomsnitt åren 2000–2005.

	Kvinnor		Män	
	Lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest		Lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	
	Har	Har inte	Har	Har inte
	Procent		Procent	
De senaste två veckorna:				
Känt sig ledsen eller nere hela eller delar av tiden*	69	24	64	16
Besvär med sömnen	45	18	46	14
Ständig trötthet	28	10	20	6
Återkommande huvudvärk	38	19	18	8
Värk i skuldror, nacke eller axlar	54	35	35	17
Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias	42	27	34	20
Ingen motion	10	6	15	9
Röker dagligen	22	14	16	10
Övervikt eller fetma (BMI $\geq$ 25)	13	14	23	21

* Genomsnitt åren 2004/05.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

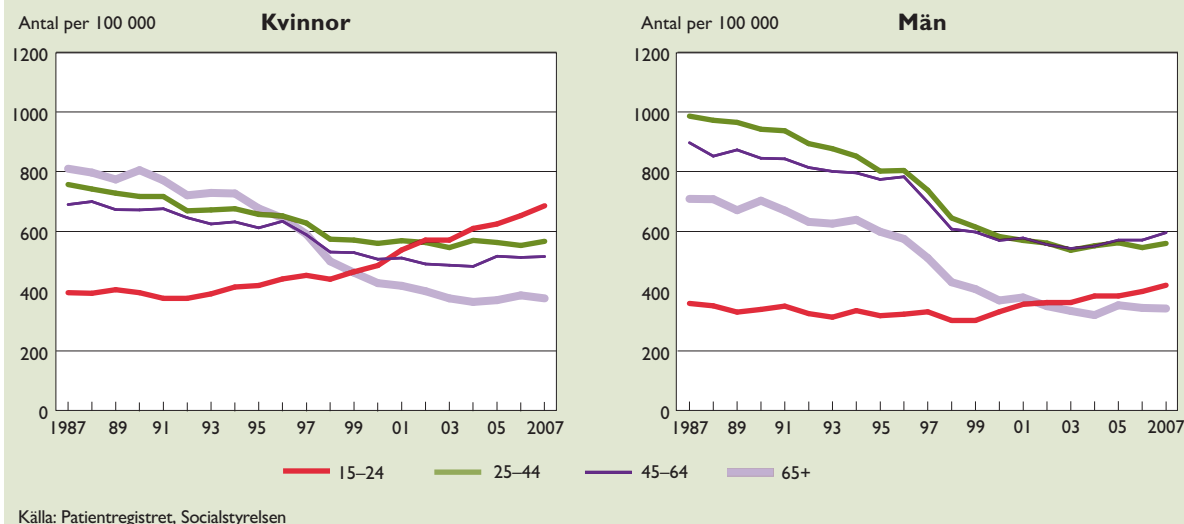
Vanligare att ungdomar vårdas för psykiska sjukdomar

Andelen unga som läggs in för psykiatrisk sjukhusvård har ökat sedan andra halvan av 1990-talet. Figur 12 visar att det bara är i ungdomsgruppen som andelen vårdade ökar, och alltså inte bland de äldre. Särskilt stor har ökningen varit bland kvinnor. I åldersgruppen 15–24 år hade år 2007 cirka 0,7 procent av kvinnorna och 0,4 procent av männen vårdats inom barn- och ungdomspsykiatrik eller allmänpsykiatrisk slutenvård.

De flesta med någon psykisk sjukdom vårdas dock inte på sjukhus utan inom psykiatrisk öppenvård eller på vanliga vårdcentraler. Den psykiatriska öppenvården har bara rikstäckande statistik för de allra senaste åren, varför det är för tidigt att avläsa några trender. Från Stockholms län finns det dock psykiatrisk öppenvårdsstatistik sedan en längre tid, och den visar att de ungas andel av patienterna har ökat [6].

Figur 12. Psykiatrisk slutenvård

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats inom allmänpsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1987–2007.



Figur 13 visar att det framförallt är vård för depressioner och ångestsyndrom som har blivit vanligare, men även sjukhusvård för psykosjukdomar har ökat något för bägge könen. Sjukhusvård för depressioner och ångesttillstånd är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män.

Självskaadebeteende

Själv-mord bland ungdomar har inte ökat under de senaste 15 åren, men de har heller inte minskat (figur 14) vilket gäller för alla andra åldersgrupper (se figur 2 i kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär). Fortfarande är dock själv-mord mindre vanligt bland ungdomar än bland äldre. Själv-mord är mycket ovanligt före tonåren, men ökar successivt under tonårsperioden för att därefter ligga på i stort sett samma

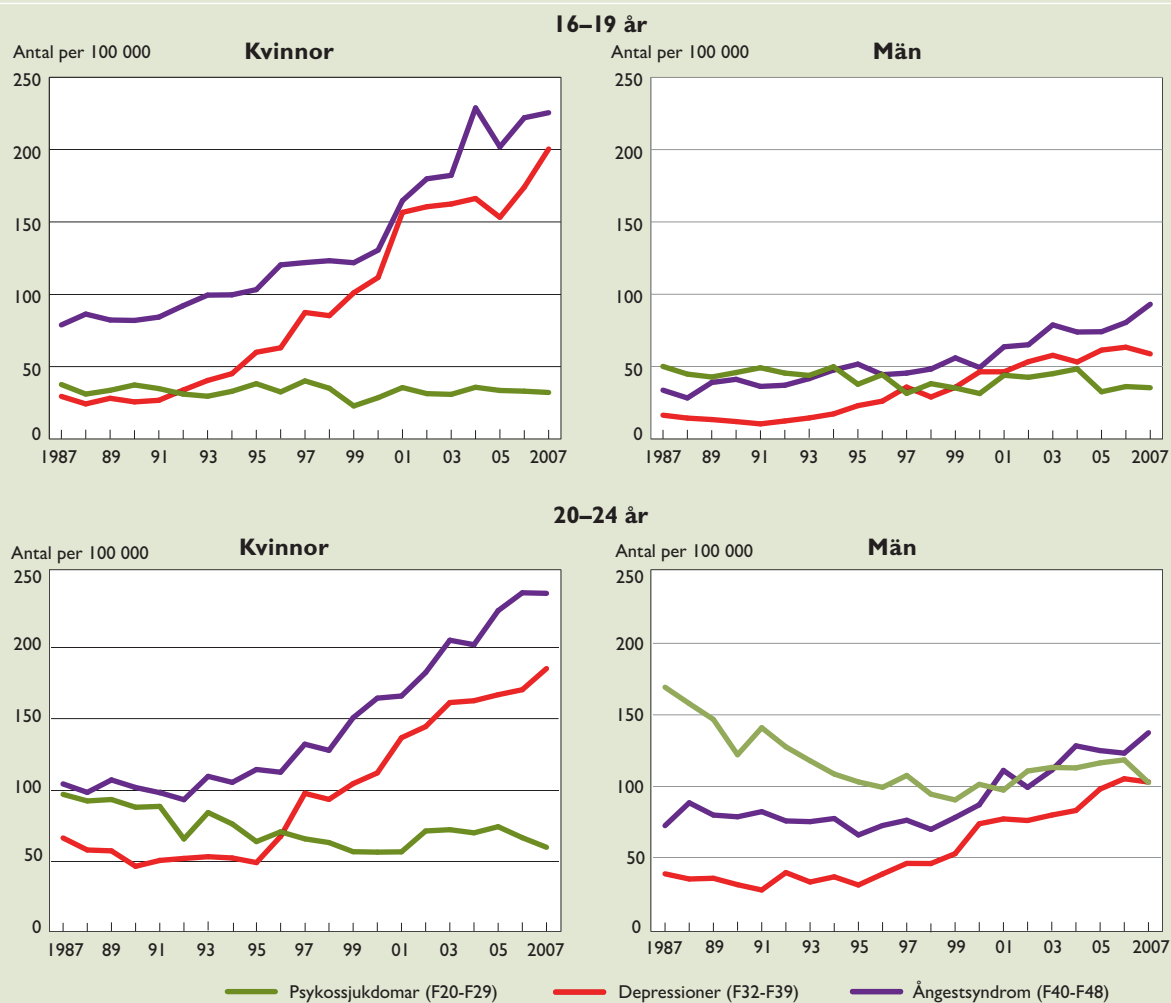
nivå fram till 30-årsåldern (figur 1). Dubbelt så många unga män som kvinnor tar sitt liv.

Själv-mordstankar och själv-mordsförsök är relativt vanliga, och i Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät år 2007 uppgav 20 procent av kvinnorna och 13 procent av männen i åldern 16–29 år att de någon gång i livet haft själv-mordstankar. 6 procent av kvinnorna och 4 procent av männen hade någon gång försökt att ta sitt liv.

Sjukhusvård på grund av själv-mordsförsök eller andra själv-destruktiva handlingar har ökat kraftigt bland unga kvinnor sedan början av 1990-talet (figur 15). Även bland män ökar själv-mordsförsöken, men det är ändå tre gånger så många kvinnor som vårdas för själv-mordsförsök. I åldersgruppen 16–24 år vårdades drygt 350 kvinnor per 100 000 och omkring 160 män per 100 000

Figur 13. Slutenvård bland unga för olika psykiska sjukdomar

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för olika psykiska sjukdomar*. Kvinnor och män 16–19 år och 20–24 år, perioden 1987–2007.

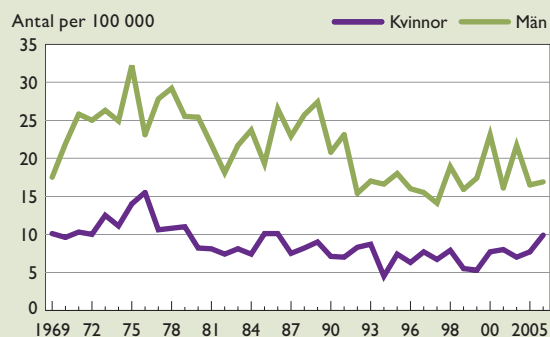


* ICD10-koder inom parentes vid linjeförklaring.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Figur 14. Självsmord bland unga

Antal personer per 100 000 i invånare som dött till följd av självmord (inklusive oklara fall). Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1969–2006.



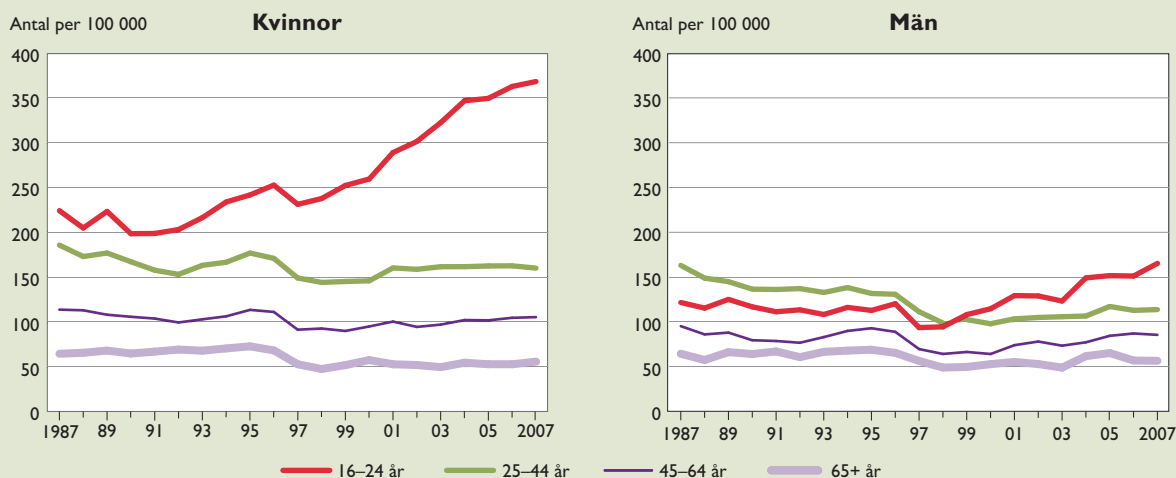
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

åren 2005–2007. Självsmordsförsök är mycket vanligare bland unga än bland medelålders och äldre. Ungefär 90 procent av självsmordsförsöken bland kvinnor och 80 procent bland män sker genom förgiftning, i allmänhet med läkemedel.

Självsmordsförsöken har ökat bland ungdomar. Bland kvinnor födda på 1980-talet är det en betydligt större andel som har vårdats inlaggande på sjukhus för självsmordsförsök jämfört med kvinnor födda på 1970-talet (figur 16). Det är framför allt i de sena tonåren som självsmordsförsöken varit vanligare bland åttioåringar än sjuttioåringar. Självsmordsförsök var vanligast vid 19 års ålder bland kvinnor och vid 22 års ålder bland män, åren 2005–2007.

Figur 15. Självsmordsförsök i olika åldrar 1987–2007

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för självsmordsförsök och andra självtillfogade skador (inklusive oklara fall). Kvinnor och män i olika åldrar, perioden 1987–2007.

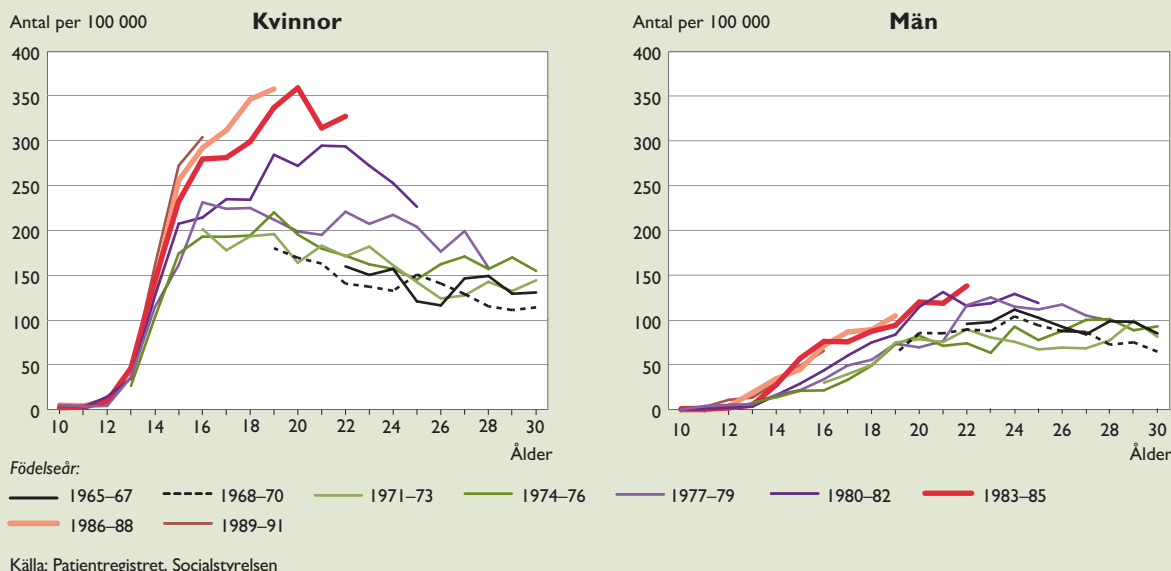


Justering har gjorts för bortfall i rapporteringen av yttre orsak till skada i patientregistret under antagandet att bortfallet är jämt fördelat över samtliga skadediagnoser.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 16. Självmordsförsök efter ålder och födelseår

Antal personer per 100 000 invånare som årligen vårdats på sjukhus för självmordsförsök, efter ålder och födelseår. Kvinnor och män 10–30 år, perioden 1987–2007.



Livsstil och levnadsvanor

Ungdomen är den period då människors levnadsvanor formas, och dessa vanor kan ha stor betydelse för hälsan under hela livet. För unga kan en livsstil med tillhörande levnadsvanor markera samhörighet med en viss grupp, och livsstilen kan även få en viktig identitetsskapande innebörd [7]. Levnadsvanorna har också betydelse för hur man skapar sin könsidentitet. Människors mat- och motionsvanor formas bland annat av estetiska kroppsideal som ofta skiljer sig åt mellan könen. När det gäller exempelvis tobak och alkohol får vissa varor en sorts könsmärkning. Män väljer exempelvis oftare öl, kvinnor oftare vin, nästan bara män snusar osv. Dessa mönster och ideal är dock föränderliga över tiden och möjliga att påverka.

Ungdomsåren i sig innebär ofta en viss livsstil som för de flesta kommer att modifieras senare i livet. Levnadsvanorna förändras också genom olika faser i livet, som när man flyttar till sitt första egna boende, när man går från studentliv till förvärvsarbete och när man får barn. Exempelvis dricker både kvinnor och män mest alkohol mellan 20 och 24 år, varefter konsumtionen avtar med stigande ålder. Nedan beskrivs utvecklingen för några levnadsvanor som har betydelse för hälsan samt ett avsnitt om kroppsvikt och ätstörningar.

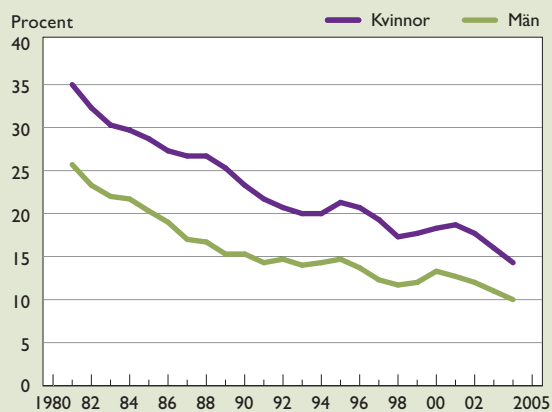
Tobaksvanor

Rökningen har minskat kraftigt bland unga liksom den övriga befolkningen, och har åtminstone sedan 1980-talet varit vanligare bland kvinnor

(figur 17). I början av 1980-talet rökte 35 procent av kvinnorna dagligen och 25 procent av männen i åldern 16–24 år. År 2004–2005 rökte 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen.

Figur 17. Dagligrökare i åldern 16–24 år

Andel (procent) personer som röker dagligen. Kvinnor och män i åldern 16–24 år, perioden 1980–2005*.



*Glidande treårsmedelvärde.

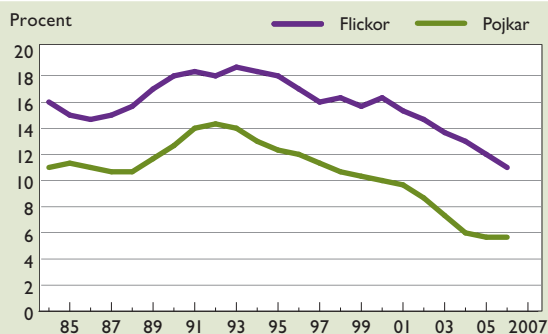
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Även i årskurs nio är det fler flickor än pojkar som röker, och så har det varit allt sedan 1980-talets början (figur 18) enligt de klassrumsundersökningar som har genomförts av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). År 2006 rökte 11 procent av flickorna och 5 procent av pojkarna, mot 18 respektive 14 procent för femton år sedan när andelen rökare var som störst.

År 2006 snusade 13 procent av pojkarna dagligen eller nästan dagligen, liksom 3 procent av flickorna. Andelen som snusar i årskurs 9 nådde sin högsta nivå runt millennieskiftet, och har där efter minskat.

Figur 18. Rökning i nionde klass

Andel (procent) flickor och pojkar som röker dagligen eller nästan dagligen, perioden 1983–2007*.



* Glidande treårsmedelvärde

Källa: Drogutvecklingen i Sverige 2007, CAN [8]

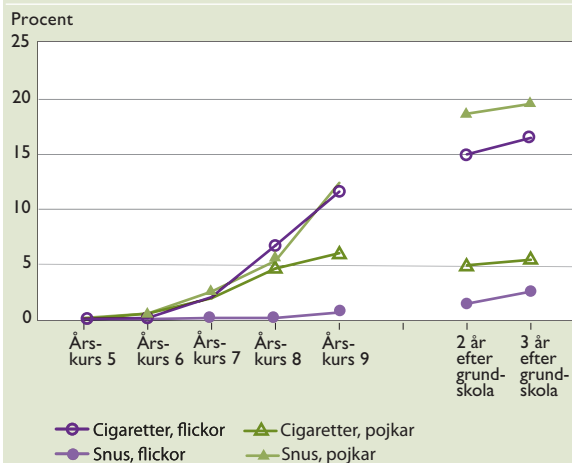
I undersökningen Barns rökning och miljö i Stockholms län (BROMS) följde man en grupp skolelevs tobaksbruk från årskurs 5 till och med tre år efter att de gick ut grundskolan [9]. Denna undersökning visar att det största nytillskottet av rökare kommer de två sista åren i grundskolan (figur 19). Efter årskurs 9 är det inte särskilt många pojkar som börjar röka, men efter grundskolan ökar däremot andelen pojkar som snusar. Andelen flickor som röker fortsätter dock att öka även efter grundskolan. Flickor upp till 18 års ålder exponeras sammantaget för mindre nikotin än vad pojkar gör, men mer för tobaksrök.

Alkohol och narkotika

Alkoholkonsumtionen bland skolbarn i årskurs 9 ökade under andra halvan av 1990-talet. Den högsta nivån uppnåddes år 2005 bland flickor och år 2000 bland pojkar, men därefter har alkoholkonsumtionen minskat (figur 7 i kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk) [8]. Berusningsdrickande i årskurs 9 följer i prin-

Figur 19. Etablering av tobaksbruk

Andel (procent) flickor och pojkar som rökt eller snusat dagligen. En grupp pojkar och flickor har följts från årskurs 5 i grundskolan till 3 år efter att de gick ut grundskolan. Åren 1998–2005.



Källa: Barns rökning och miljö i Stockholms län (BROMS)

cip samma utveckling, och har också minskat under senare år från att ha ökat under 1990-talet. Pojkar dricker i genomsnitt något mer än flickor och blir också något oftare berusade.

Under de allra senaste åren har även gymnasieungdomars alkoholvanor undersökts. Resultaten visar att kvinnor och män i gymnasiets årskurs 2 dricker mer alkohol än skolungdomar i årskurs 9, och könsskillnaderna är betydligt större i gymnasiet. Undersökningarna i gymnasiet har dock pågått för kort tid för att visa hur alkoholvanorna bland gymnasieungdomar utvecklas.

Sedan 1970-talet har det blivit vanligare att inte dricka någon alkohol alls, och år 2007 rapporterade 28 procent av flickorna i årskurs nio att de inte dricker alkohol, liksom 34 procent av pojkarna. I gymnasiets årskurs 2 är det 10 procent av

flickorna och 12 procent bland pojkarna som inte dricker alkohol.

Alkoholvanorna bland äldre ungdomar är inte lika väl undersökta. Bland annat SIFO och TEMO har gjort undersökningar i gruppen 16–24 år, men tillvägagångssättet har förändrats mellan undersökningarna vilket gör det svårare att bedöma utvecklingen [8]. Det verkar emellertid som om alkoholkonsumtionen bland 16–24-åringarna ökade under 1990-talet liksom i årskurs 9. Däremot ses inte motsvarande minskning i början av 2000-talet som för barnen i årskurs nio.

Män i åldersgruppen 20–24 år dricker störst mängd alkohol jämfört med alla andra åldersgrupper, bland både kvinnor och män. I genomsnitt motsvarade deras konsumtion 14 burkar starköl per vecka. Även bland kvinnor är konsumtionen högst i åldern 20–24 år, motsvarande knappt två flaskor vin per vecka.

Under 1990-talet blev det också vanligare att ha använt narkotika, men användningen har sedan minskat under 2000-talet. År 2007 hade 5 respektive 6 procent av flickorna och pojkarna i årskurs nio prövat narkotika någon gång, och 1 respektive 2 procent hade använt narkotika den senaste månaden. I årskurs två på gymnasiet hade 13 respektive 17 procent av flickorna och pojkarna prövat narkotika.[8]

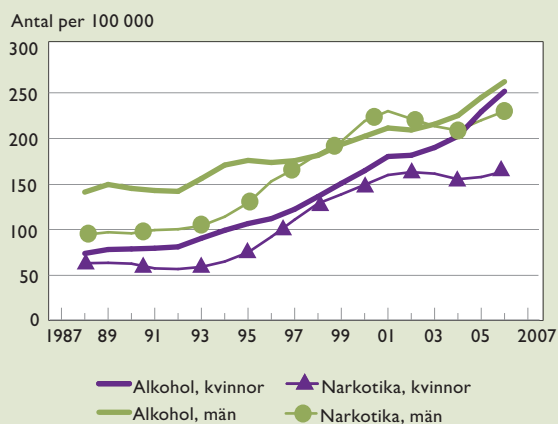
Sjukhusvård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser

Sedan början av 1990-talet är det också fler i gruppen 16–24 år som får sjukhusvård för såväl alkohol- som narkotikarelaterade diagnoser. Vård för narkotikarelaterade diagnoser har dock inte ökat under de allra senaste åren (figur 20). Sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser var i början av 1990-talet dubbelt så vanligt bland män som bland

kvinnor, men är i dag nästan lika vanligt för båda könen. Fler män än kvinnor vårdas för narkotikarelaterade diagnoser, och där har könsskillnaderna i stället förstärkts. I dag är skillnaden mellan könen betydligt större för narkotikarelaterade diagnoser än vad den är för alkoholrelaterade diagnoser. Alkohol- och drogvanor och dess hälsokonsekvenser beskrivs mer utförligt i kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk.

Figur 20. Sjukhusvårdade med alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser

Antal personer per 100 000 som sjukhusvårdats någon gång under året med alkohol* och narkotikarelaterade** diagnoser. Kvinnor och män 16–24 år, perioden 1987–2007***.



* Dvs. toxisk effekt av alkohol (ICD10/koden T51) eller psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol (ICD10-koden F10).

** Enligt Socialstyrelsens lista [10].

*** Glidande treårsmedelvärden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

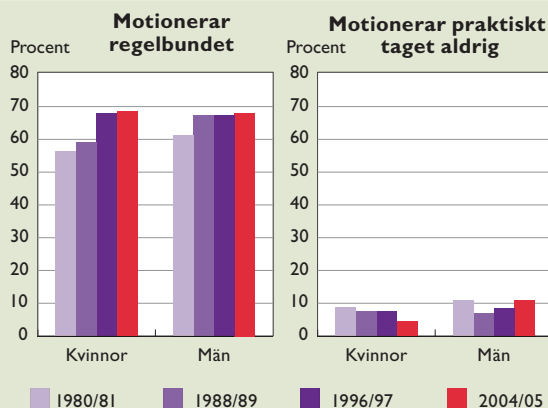
Motion och matvanor

I åldern 16–24 år motionerar två av tre regelbundet och motion är numera lika vanligt bland kvinnor som bland män, till skillnad från hur det

var på 1980-talet när män motionerade mer (figur 21). Andelen som inte motionerar alls har minskat bland kvinnor men inte bland män, och det är fler män än kvinnor som inte motionerar, 11 procent jämfört med 5 procent.

Figur 21. Ungas motionsvanor

Andel (procent) personer som uppgav att de regelbundet motionerar eller att de praktiskt taget inte motionerar alls. Kvinnor och män 16–24 år, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Det är vanligare att pojkar deltar i någon organiserad träning. Enligt Riksidrottsförbundets undersökningar tränar och tävlar drygt hälften av alla ungdomar (13–20 år) i någon idrottsförening [11]. Fotboll och innebandy är vanligast bland pojkar medan fotboll och ridning är vanligast bland flickor. Organiserad träning är vanligare bland ungdomar som bor på landsbygden, bor i villa eller bor med två föräldrar, och runt 80 procent av dem som inte tränar i någon idrottsförening tränar på egen hand. Andelen som tränar organiserat minskar med ökande ålder medan andelen som tränar på egen hand ökar. Slutligen har Riks-

idrottsförbundet noterat en svag ökning av det organiserade idrottsutövande under 2000-talet.

De flesta unga äter lunch så gott som varje dag. Vissa hoppar dock över lunchen flera gånger i veckan, vilket är vanligare bland flickor än bland pojkar. Bland 16–18-åriga flickor är det 14 procent som låter bli att äta lunch flera gånger i veckan jämfört med 7 procent av pojkarna [12]. Det är vanligare att ungdomar med högutbildade mödrar äter skollunch än att ungdomar med lågutbildade mödrar gör det. Också grönsaks- och fruktätande har en social gradient på så sätt att flickor med högutbildade mödrar äter mer grönsaker och frukt än flickor med lågutbildade mödrar.

Ungdomarnas konsumtion av frukt och grönsaker respektive chips, sötsaker och läsk kan ge en indikation på hur hälsosamma deras matvanor är (figur 22). Det är vanligare att äta frukt och grönt i åldern 16–19 år än i åldern 20–24 år bland såväl kvinnor som män, enligt ULF-undersökningarna. Färre män 20–24 år äter choklad och sötsaker

samt dricker läsk jämfört med män i tonåren, men bland kvinnor i åldern 20–24 år är andelen som äter sötsaker lika stor som bland tonåringarna. Sammantaget är det 20 procent av kvinnorna och 40 procent av männen i åldersgruppen 16–24 år som inte äter frukt eller grönsaker dagligen. Män dricker avsevärt mycket mer läsk än kvinnor medan skillnaderna är mindre när det gäller konsumtionen av choklad, sötsaker och chips.

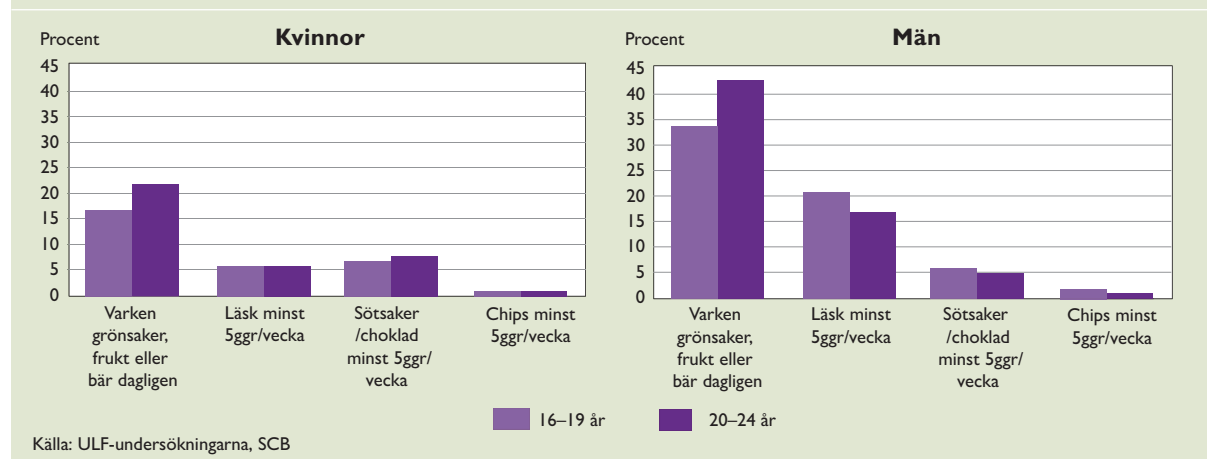
En liten grupp ungdomar är vegetarianer eller veganer: 6 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna i åldern 16–18 år, enligt ULF-undersökningarna om barn och ungdom 2004/05. En del av dessa vegetarianer äter dock fisk. [12]

Kroppsvikt

Övervikt och fetma har blivit vanligare bland ungdomar, och ökningstakten var snabbast under första halvan av 1990-talet (figur 23). 13 procent av alla kvinnor 16–24 år har antingen övervikt eller fetma, liksom 20 procent av männen. Ande-

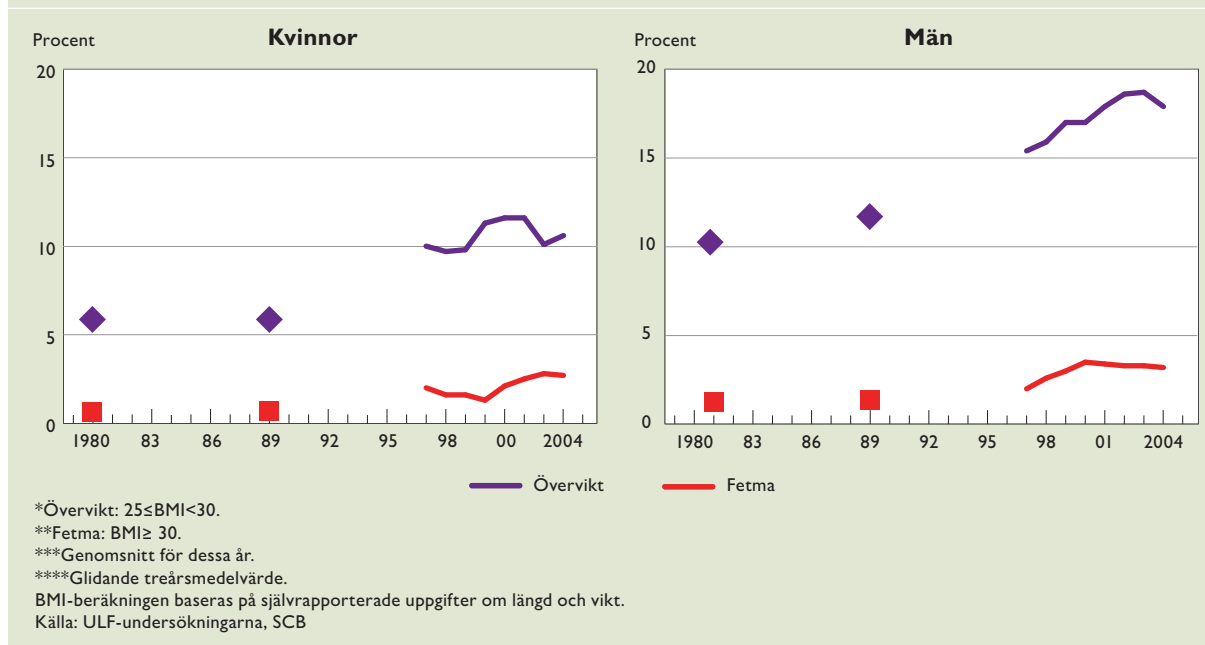
Figur 22. Matvanor bland unga

Andel (procent) personer som dagligen varken åt grönsaker, frukt eller bär, eller som minst fem gånger i veckan drack läsk, eller åt sötsaker alternativt choklad, eller åt chips. Kvinnor och män 16–19 år respektive 20–24 år, åren 2004/05.



Figur 23. Övervikt och fetma bland 16–24-åringar

Andel (procent) personer med övervikt* och med fetma** bland kvinnor och män 16–24 år, åren 1980/81*** och 1988/89*** samt perioden 1996–2005****.



larna baseras dock på egenrapporterade vikt- och längduppgifter, vilket sannolikt innebär en viss underskattning. Sedan slutet av 1990-talet har ökningen av övervikt bland unga kvinnor avtagit, medan övervikten bland män ökade fram till de allra senaste åren. Fetma (BMI över 30) är lika vanligt för båda könen och förekom hos 3 procent åren 2004–2005.

Bland unga kvinnor var det ungefär lika vanligt med undervikt och övervikt år 2004–2005, men bland unga män var övervikt fyra gånger vanligare än undervikt. Dessa skillnader mellan könen kan bero på att unga kvinnor och män har olika kroppsideal [13], vilka kan påverka de lev-

nadsvanor som har betydelse för kroppsvikten.

Undervikt ($\text{BMI} < 18,5$) har blivit vanligare bland unga kvinnor, från 7 procent 1996/97 till knappt 10 procent mellan 2000 och 2005 [14]. Ökningen av psykisk ohälsa sedan mitten av 1990-talet kan också ha bidragit till att fler unga kvinnor är underviktiga.

Ätstörningar

För personer som lider av ätstörningar har vikten och kroppsformen central betydelse för hur de värderar sig själva. Försök att kontrollera kroppen leder till ätstörningar som i sin tur kan leda till näringsbrist, undervikt eller övervikt. Långtifrån

alla som är över- eller underviktiga lider dock av någon sjuklig ätstörning.

Det finns olika former av ätstörningar. Anorexia nervosa innebär självsvält, medan personer med bulimia nervosa hetsäter för att därefter försöka bli av med maten de ätit genom att kräkas. En tredje typ av ätstörning är hetsättningsstörning. Den liknar bulimia nervosa men personen försöker inte göra sig av med maten, och riskerar i stället att bli överviktig. Minst 3 procent av alla unga kvinnor har någon av dessa ätstörningar. Dessutom finns även s.k. ospecifika ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för anorexia nervosa, bulimia nervosa eller hetsättningsstörning.

Anorexia nervosa är ungefär 10 gånger vanligare bland unga kvinnor än bland unga män [15] och beräknas förekomma hos 0,2–0,4 procent av kvinnorna i åldern 12–25 år [16]. Ungefär 1 procent har bulimia nervosa, och hetsättningsstörningar förekommer bland 2–3 procent av de unga. Anorexi brukar vara vanligare än bulimi i tonåren, medan bulimi är vanligare efter tonårsperioden. Ospecifika ätstörningar är troligen tre till fyra gånger vanligare än de specifika syndromen [16].

Anorexia är den allvarligaste ätstörningen och den debuterar ofta i de tidiga tonåren [17]. Ofta leder sjukdomen till en mängd kroppsliga besvär, som utebliven menstruation, mag- och tarmproblem, trötthet med mera, och om självsvälten går långt kan tillståndet bli livshotande. Antalet flickor som vårdas på sjukhus på grund av anorexia nervosa har tredubblats sedan 1990, samtidigt som dödligheten har minskat drastiskt [18]. Detta talar för att det inte i första hand är fler som insjuknar, utan snarare att fler erbjuds vård och behandling. En sammanställning av internationell forskning visar inte heller några tydliga tecken på att anorexi skulle ha blivit vanligare [19].

En uppföljningsstudie av drygt 6 000 svenska kvinnor som varit inlagda på sjukhus för anorexia nervosa någon gång under perioden 1973–2003 visar att de hade sex gånger så hög risk att dö i förtid som andra kvinnor. Fortfarande 20 år efter utskrivningen var deras dödsrisker förhöjda. Av de 265 som hade avlidit var självsvält den direkta orsaken för minst 39 stycken. Den vanligaste dödsorsaken var självmord, men många hade även dött på grund av ett drogmissbruk. De flesta i studien hade insjuknat i tonåren, men dödligheten var störst bland dem som blivit inlagda första gången i 20–30-årsåldern [20].

Varför har allt fler ungdomar nedsatt psykiskt välbefinnande?

Det är oklart vad ökningen av psykiska besvär bland ungdomar beror på. Det är som beskrivits ovan inte bara självrapporterade psykiska besvär som har ökat bland unga, utan under samma period visar statistiken också att fler unga behandlats inom psykiatrisk slutenvård. De diagnoser som ökat mest inom slutenvården är depressioner och ångesttillstånd samt självmordsförsök, vilket stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig ifall det finns ett samband mellan självrapporterad psykisk ohälsa och psykiatrisk sjuklighet. Man kan alltså inte enbart förklara ökningarna av den självskattade psykiska ohälsan i enkäter och intervjuer med att ungdomar fått ett annat sätt att förhålla sig till och uttrycka psykiska besvär. I stället visar resultaten att utvecklingen av självrapporterade besvär och psykisk sjukdom i medicinsk mening följer varandra.

Förklaringen till att så många fler uppger sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande måste sökas i sådant som berör stora delar av ungdomsgruppen.

Det kan handla om kulturella eller andra genomgripande förändringar på samhällsnivå som kan ha påverkat väldigt många. Sådana förändringar kan vara begränsade till vissa miljöer där många ungdomar vistas, exempelvis hemmet, skolan eller fritidsmiljön. Det kan också röra sig om många olika förändringar som var och en inte rör majoriteten av ungdomar, men som tillsammans kan förklara förändringen i gruppen som helhet. En kombination av dessa förklaringar ligger sannolikt bakom ökningen av psykiska besvär bland ungdomar. Nedan beskrivs några stora förändringar under senare år som kan ha påverkat ungdomars psykiska välbefinnande. Detta utesluter dock inte att det också finns andra förändringar i ungdomars levnadsvillkor som kan ha haft betydelse. För de flesta levnadsvillkor saknas det dock både kunskap om hur de påverkar ungdomars psykiska hälsa och statistik över hur de har förändrats.

Dagens unga mer individualiserade

Individualiseringen har ökat bland dagens ungdomar, vilket innebär en utveckling där människor prioriterar sina egna mål i livet framför till exempel tradition, religion och nationens eller gruppens intressen. Den vetenskapliga litteraturen ger ett visst stöd för att individualisering och andra närliggande kulturella förändringar kan ha bidragit till ökningen av psykiska besvär [19]. I den så kallade World Value Study genomförs upprepade enkätundersökningar av vuxnas värderingar i nästan 100 länder [21]. De värderingar som skiljer sig mest åt mellan länderna sammanfattats i två dimensioner. I den första ställs en positiv attityd till traditionella auktoriteter såsom Gud, den egna nationen och föräldrarna mot en uppfattning som är mer ifrågasättande och sekulär, det vill

säga icke-kyrklig. I den andra dimensionen ställs människors inriktning mot överlevnad och materiella villkor mot en strävan mot individuellt självförverkligande. Svenskar har enligt denna studie högst grad av ifrågasättande och sekulära värderingar, och störst strävan till självförverkligande. I SOM-institutets undersökningar (SOM = samhälle opinion massmedia) har andelen 15–29-åringar i Sverige som värdesätter exempelvis ”ett liv fullt av njutning” och ”ett behagligt liv” ökat sedan 1980-talet [22]. Depressioner och ångestsyndrom har också kopplats till nationell individualisering i en studie [23], och i andra studier har självmord visats ha ett negativt samband med religiositet, det vill säga ju högre grad av religiositet desto lägre förekomst av självmord [22–24].

Det saknas dock studier som mer direkt kopplar individens förändrade värderingar till utvecklingen av psykisk ohälsa, snarare än att se till samhällets värderingar. Det är inte heller självklart att en ökad individualisering enbart är negativt för den psykiska hälsan. Individualisering är en process som har pågått länge och parallellt med att människor fått större möjligheter att påverka sin egen situation, vilket brukar förknippas med bättre psykisk hälsa.

Individualiseringen kan tänkas ha bidragit till en långsam internationell trend mot mer psykiska besvär under de senaste 60–70 åren [24], men det är sannolikt inte huvudorsaken till att andelen unga med psykiska besvär har fördubblats till tredubblats i Sverige sedan slutet av 1980-talet. Dessutom har ökningen av psykiska besvär varit mer beskedlig i Danmark, Finland och Norge trots att dessa länder har en liknande samhällsutveckling [19].

Färre arbetstillfällen för ungdomar

1990-talskrisen slog hårt mot ungdomarnas arbetsmarknad och kan ha inneburit förändringar för en stor del av ungdomsgruppen. Dessa förändringar kan ha bidragit till ett minskat välbefinnande och till psykisk ohälsa. Figur 24 visar att andelen heltidsarbetande ungdomar sjönk drastiskt mellan 1990 och 1993, framför allt för 20–24-åringar men också för 16–19-åringar. Arbetsmarknaden för unga återhämtade sig heller inte lika bra efter krisen som för andra yrkesverksamma grupper, se kapitlet Hälsa i förvärvsaktiv ålder. Bland 16–19-åringarna hade sysselsättningen dock börjat minska redan på 1970-talet. De psykiska besvären har bara ökat i förvärvsaktiva åldrar och

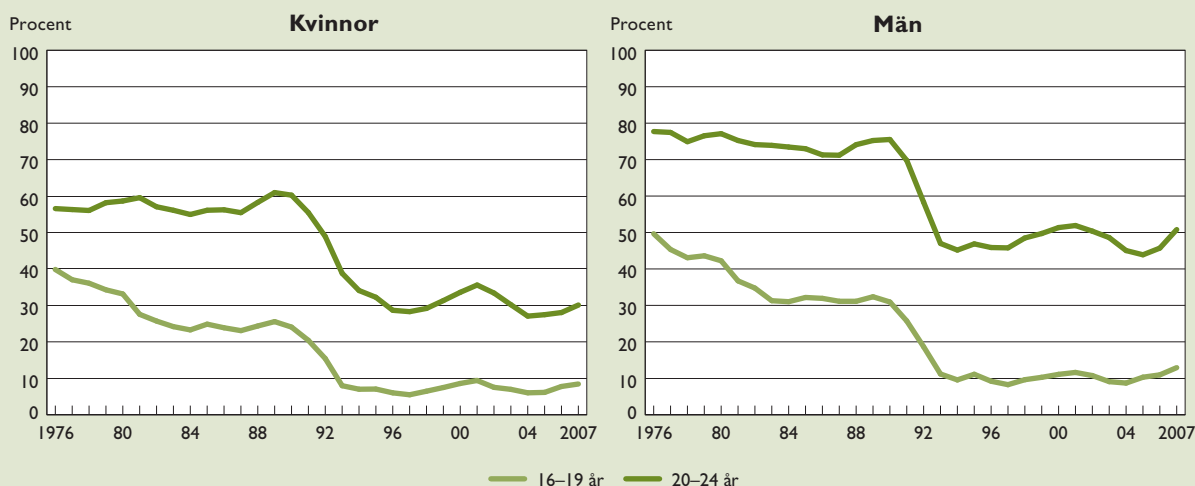
alltså inte bland pensionärer, vilket antyder att förändringarna på arbetsmarknaden har bidragit till ökningen av psykiska besvär.

Fler 16–19-åringar varken studerar eller arbetar

I åldern 16–19 år hade år 1990 en fjärdedel av kvinnorna och nästan en tredjedel av männen ett heltidsjobb. Tre år senare hade knappt en tiondel ett heltidsjobb (8 procent av kvinnorna respektive 11 procent av männen). Förlusten av heltidsarbeten innebar i praktiken att ungdomar var hänvisade till gymnasieskolan efter grundskolan, och år 2007 gick över 99 procent vidare till gymnasiet mot 85 procent i slutet av 1980-talet.

Figur 24. Andelen heltidsarbetande ungdomar 1976–2007

Andel (procent) heltidsarbetande* kvinnor och män i åldern 16–19 år och 20–24 år, perioden 1976–2007.



*Dvs. personer som har en överenskommelse om heltidsarbete enligt avtal.

Andelen som faktiskt arbetat heltid under den vecka som mätningarna genomfördes är ännu lägre.

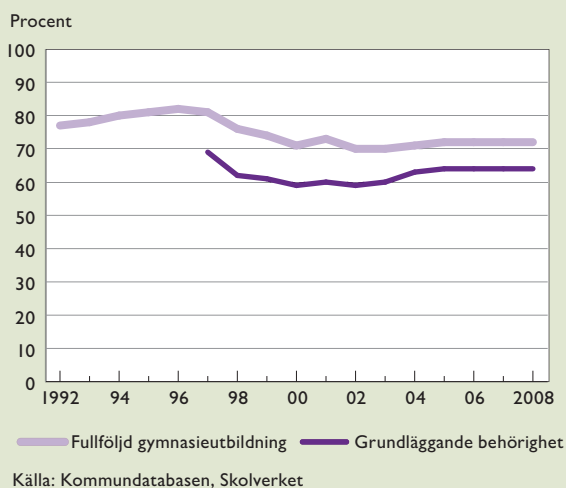
Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Med gymnasiereformen i början av 1990-talet avskaffades de ett- och tvååriga utbildningarna. Utbildningen är numera utformad i treåriga program, betygen är målrelaterade och alla har rätt att studera vidare på gymnasiet oavsett sina betyg från grundskolan. De som inte har godkända resultat i svenska, matematik och engelska är hänvisade till det individuella programmet, vilket omkring 9 procent av en årskull är inskrivna på.

Studieavbrott har blivit vanligare bland ungdomar. Var tredje elev slutar gymnasiet utan att ha nått grundläggande behörighet till högskolan [25], men de flesta avhoppet sker sent i årskurs 3. Kärnämneskursen svenska B är den kurs som flest gymnasieelever inte får godkänt på. Under första halvan av 1990-talet ökade andelen med treårig gymnasieutbildning kraftigt, och således även andelen med behörighet till högre studier. Under andra halvan av 1990-talet vände dock utvecklingen och andelen med grundläggande behörighet minskade. Anledningen var att fler avbröt en påbörjad gymnasieutbildning eller avslutade det tredje året utan att få slutbetyg (figur 25). Två av tre som inte får ett slutbetyg från gymnasiet har ändå gått kvar på gymnasiet hela det tredje året. Det finns en betydande variation mellan olika kommuner och stadsdelar när det gäller andelen som fullföljer gymnasieskolan med slutbetyg [26].

Figur 25. Fullföljd gymnasieutbildning och grundläggande behörighet

Andel (procent) 20-åringar med fullföljd gymnasieutbildning och med grundläggande behörighet till universitet och högskola, perioden 1992–2008.

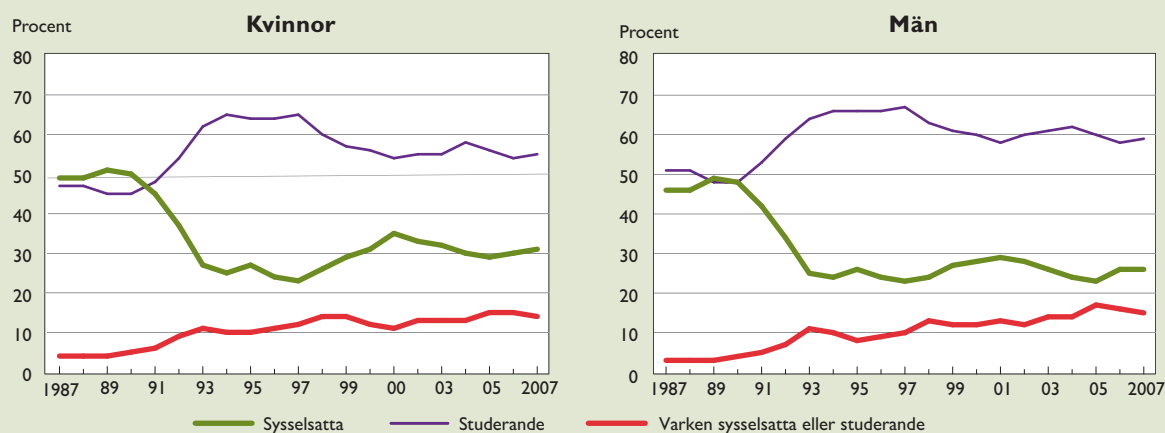


Gymnasieskolan har inte klarat av att kompensera fullt ut för bristen på arbetstillfällen för 16–19-åringar. Det finns en grupp av ungdomar som inte är sysselsatta och varken studerar, gör värnplikt eller är hemarbetande. Denna andel började öka från och med år 1990 (figur 26), från 3–4 procent upp till över 15 procent när gruppen var som störst i mitten av 2000-talet. Sedan mitten av 1980-talet har kommunerna ett uppföljningsansvar för ungdomar som varken studerar eller arbetar.

Ungdomar som har gått merparten av en gymnasieutbildning har emellertid samma chanser på arbetsmarknaden som ungdomar med slutbetyg, enligt en undersökning av Skolverket [25]. Där emot är det svårare att ta sig in på arbetsmarknaden för de elever som aldrig börjat på gymnasiet eller som hoppat av i årskurs ett eller två.

Figur 26. Sysselsättning och studier bland 16–19-åringar

Andel (procent) personer som var sysselsatta, studerande samt varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 16–19 år. Perioden 1987–2007.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

En studie genomförd av SCB visar också att ett skolavbrott tidigt i gymnasiet innebär större svårigheter på arbetsmarknaden [27]. Risken för att behöva ekonomiskt bistånd (socialbidrag) och bli förtidspensionerad var också större bland dem som hoppade av gymnasiet. Av dem som inte slutfört gymnasieskolan bodde 45 procent någon gång under de närmast följande fem åren i hushåll som hade socialbidrag, jämfört med 13 procent av dem som hade fullföljt gymnasiet. 4 procent av ungdomarna utan fullständiga betyg bodde i hushåll som mottog förtidspension eller sjukbidrag, jämfört med 0,5 procent bland dem som hade slutbetyg. En tredjedel av kvinnorna angav att de avbrutit sina gymnasiestudier på grund av skoltrötthet, liksom hälften av männen. En psykisk eller fysisk sjukdom uppgavs som skäl av var femte kvinna och var tionde man.

Bland 16–19-åringar är oro och ångest vanligast bland flickor som varken går i gymnasiet eller arbetar

I åldern 16–19 år är det väldigt stor skillnad mellan kvinnor och män när det gäller hur vanligt det är med nedsatt psykiskt välbefinnande (tabell 4). Bland de ungdomar som studerar uppgår 28 procent av kvinnorna att de har besvär med oro, ångslan eller ångest, och 8 procent bland männen. Tabell 4 visar att sysselsatta ungdomar har minst besvär av oro, ångslan eller ångest.

Tabell 4. Oro, ängslan eller ångest i olika grupper av 16–19-åringar

Andel (procent) personer som har besvär av oro, ängslan eller ångest bland sysselsatta, studerande respektive varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 16–19 år, åren 1988/89 och 2004/05.

	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
	Procent		Procent	
Studerande	9	28	2	8
Sysselsatta	5	19	2	4
Varken sysselsatta eller studerande	11	37	7	8
Samtliga	8	29	2	7

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Den högsta andelen med oro och ångest, 37 procent, finns bland de kvinnor som varken studerar eller arbetar, men oro är inte vanligare bland män som varken studerar eller arbetar än bland andra män. Vidare finns det andra undersökningar som visar att psykisk ohälsa kan vara vanligare bland ungdomar som står utanför arbetskraften, det vill säga varken arbetar eller är öppet arbetslösa [29, 30].

Ökningen av psykisk ohälsa bland 16–19-åringar beror alltså delvis på att färre arbetar. Det innebär att färre tillhör den grupp som har minst besvär, medan fler studerar eller varken studerar eller arbetar. Den viktigaste anledningen är emellertid att ett nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit vanligare i samtliga grupper. Ökningen bland studerande har dock störst betydelse eftersom de flesta 16–19-åringar studerar.

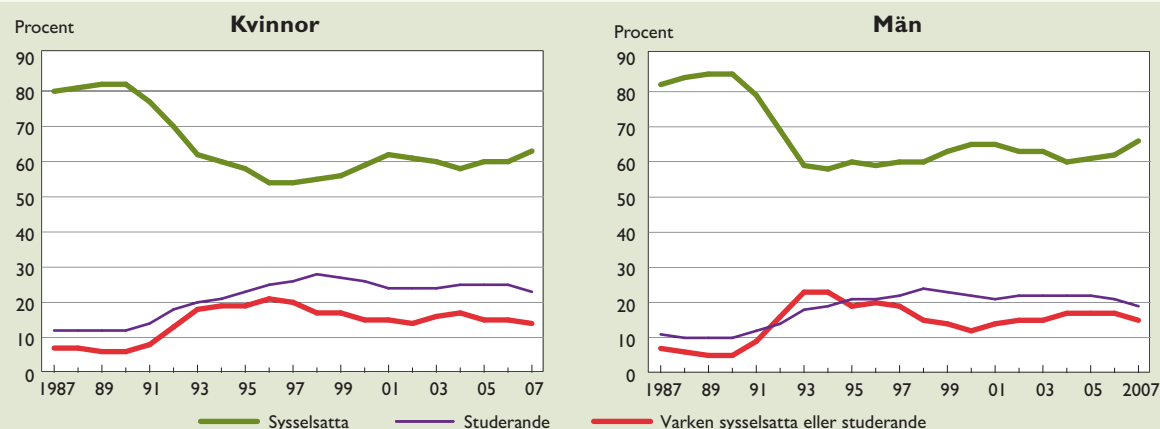
Färre sysselsatta 20–24-åringar, fler högskolestudenter – och fler som varken är sysselsatta eller studerar

1990-talskrisen slog hårt mot 20–24-åringarnas arbetsmarknad (figur 24). Före krisen, år 1990, hade omkring 60 procent av alla kvinnor 20–24 år och 75 procent av de jämnåriga männen ett heltidsjobb, vilket motsvarar 412 000 personer. År 1993 hade 250 000 i den åldersgruppen ett heltidsjobb, vilket motsvarar 39 procent bland kvinnorna och 47 procent bland männen. Sedan dess har andelen deltidsarbetande ökat något, men andelen heltidsarbetande har legat kvar på en samma nivå.

Den arbetsmarknad som väntar ungdomarna efter gymnasietiden har således förändrats, och förutom att antalet heltidsjobb har minskat kraftigt har också kvalifikationskraven inom många yrkesområden ökat. Det innebär att fler ungdomar är hänvisade till fortsatta studier även efter gymnasiet. Andelen som studerar i gruppen 20–24 år har nästan fördubblats bland kvinnorna och ökat med drygt 70 procent bland männen (figur 27). Kvinnor har också i större utsträckning än män skaffat sig en högre utbildning. Enligt SCB:s utbildningsregister hade över 40 procent av alla 24-åriga kvinnor en eftergymnasial utbildning mot drygt 30 procent av alla jämnåriga män år 2007. Andelen ungdomar med högskolebehörighet har också ökat, men trots det lämnar var tredje elev gymnasiet utan sådan behörighet och för dem har situationen på arbetsmarknaden hårdnat.

Figur 27. Sysselsättning och studier bland 20–24-åringar

Andel (procent) personer som var sysselsatta, studerande samt varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 20–24 år. Perioden 1987–2007.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna, SCB

Bland 20–24-åringar är oro och ångest vanligast bland kvinnliga högskolestudenter

Bland männen är det betydligt vanligare med ett nedsatt psykiskt välbefinnande i åldern 20–24 år än i åldern 16–19 år. 21 procent av de studerande 20–24-åringarna uppger besvär med oro, ångslan eller ångest, jämfört med endast 8 procent i åldern 16–19 år. Bland de studerande kvinnorna är det 39 procent som uppger dessa besvär i åldern 20–24 år, mot 28 procent bland 16–19-åringar. Skillnaden mellan kvinnor och män är därmed betydligt mindre bland studerande 20–24-åringar än bland 16–19-åringar (tabell 4 och 5).

Tabell 5. Oro, ångslan eller ångest i olika grupper av 20–24-åringar

Andel (procent) personer som har besvär av oro, ångslan eller ångest bland sysselsatta, studerande respektive varken sysselsatta eller studerande. Kvinnor och män 20–24 år, åren 1988/89 och 2004/05.

	Kvinnor		Män	
	1988/89	2004/05	1988/89	2004/05
	Procent		Procent	
Studerande	9	39	8	21
Sysselsatta	8	27	3	15
Varken sysselsatta eller studerande	14	30	13	24
Samtliga	9	32	5	18

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Sysselsatta 20–24-åringar har, liksom sysselsatta 16–19-åringar, mindre besvär av oro, ångslan och ångest än andra. Denna grupp är förstås betydligt större i åldern 20–24 år än i åldern 16–19 år, och när

andelen sysselsatta minskar har det större inverkan på den psykiska ohälsan bland 20–24-åringar, än vad det gör bland 16–19-åringar.

Oro, ångslan eller ångest har ökat i alla grupper bland unga 20–24 år liksom bland 16–19-åringar. Besvären har också blivit mycket vanligare bland studerande, och särskilt bland studerande kvinnor som är den grupp som har mest besvär med ångslan, oro och ångest bland 20–24-åringarna (tabell 5).

I en undersökning riktad till högskolestuderande våren 2007 uppgav sju av tio att de kände sig stressade flera dagar i veckan, tre av tio hade svårt att sova och en av fyra hade huvudvärk eller ont i magen varje veckan. Kvinnor hade mer besvär än män. [28]

Förändrad arbetsmarknad även i andra länder

Även i andra länder ser man samma utveckling bland ungdomar mot färre sysselsatta, fler studerande och fler som varken är sysselsatta eller studerar. I åtta OECD-länder minskade andelen sysselsatta 15–24-åringar från 54 procent till 46 procent mellan åren 1970 och 2006, och andelen utanför arbetskraften ökade i ungefär samma omfattning som andelen sysselsatta minskade [29].

Dessa förändringar är dock betydligt större i Sverige, vilket skulle kunna vara en anledning till att den psykiska ohälsan ökat mer bland svenska ungdomar än bland ungdomar i de övriga OECD-länderna. Sedan början av 2000-talet ligger Sverige betydligt högre än OECD-genomsnittet när det gäller andelen ungdomar som studerar i stället för att arbeta, men före det låg Sverige under genomsnittet [30]. En jämförelse mellan olika länder visar att andelen ungdomar med psykiska besvär har ökat mest i de länder som har störst ökning av andelen ungdomar som är utanför arbetskraften [19].

Studieförhållanden

Internationell litteratur pekar på att ungdomar överlag oroar sig för i huvudsak tre saker: möjligheterna att få jobb, sina utbildningsprestationer och sina relationer [31–36]. Mycket av denna forskning är dock baserad på studier av 15-åringar, det vill säga ungdomar som fortfarande går i skolan. När konkurrensen på arbetsmarknaden hårdnar är det sannolikt framförallt oron förknippad med arbete och utbildning som ökar. Svenska ungdomar tror också att stress i samband med studierna är den största orsaken till den ökade psykiska ohälsan [19].

Det är också möjligt att studenternas arbetsmiljö har försämrats. Förändringen på arbetsmarknaden innebar att gymnasieskolan plötsligt fick ansvar för nästan hela ungdomsgruppen mot tidigare omkring 80 procent. För de äldre ungdomarna fick utbildningsinstitutionerna ansvar för omkring 60 procent, mot tidigare omkring 30 procent av gruppen. En sådan snabb expansion kan ha lett till problem för undervisningen, och det är dessutom möjligt att de nytilkomna ungdomarna har sämre förutsättningar och sämre motivation. Dessa problem för skolorna på olika nivåer kan i slutänden drabba alla ungdomar.

I dag studerar alltså ungdomar längre än tidigare, vilket medför många andra förändringar som kan påverka ökningen av psykiska besvär men som vi saknar kunskap om. Exempelvis är det fler ungdomar som flyttar till storstäderna för att studera, och det dröjer längre innan de kan etablera sig på arbetsmarknaden, skaffa eget boende och bilda familj. För många unga sätter ekonomin gränser för möjligheten att flytta hemifrån och stå på egna ben [14, 37]. På 1970-talet hade mer än hälften av alla 25-åriga kvinnor och en fjärdedel av männen redan blivit föräldrar [38]. Bland

25-åringarna i dag är det bara omkring 20 procent av kvinnorna och omkring 10 procent av männen som hunnit få barn.

Ungdomars arbetsmiljö

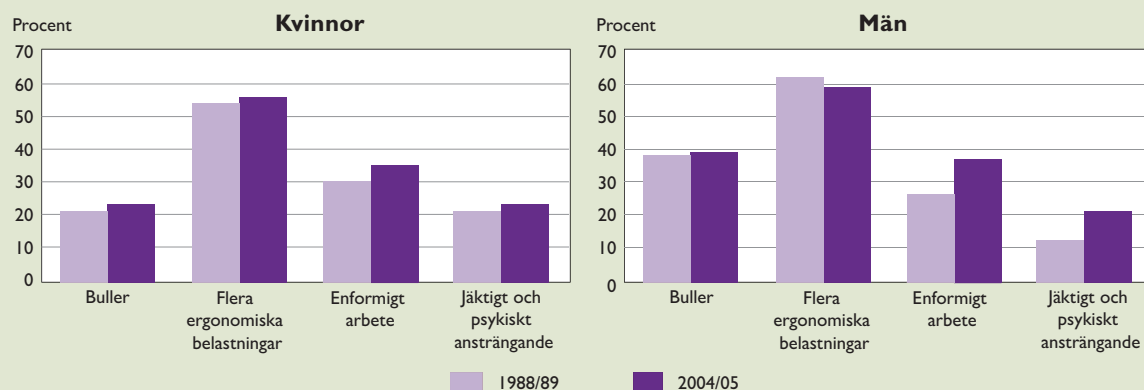
Förvärvsarbetande ungdomar har generellt sett bättre psykisk hälsa än andra ungdomar, men andelen med psykiska besvär har ökat även bland de förvärvsarbetande sedan slutet av 1980-talet. Det är möjligt att förändringar i ungdomars arbetsförhållanden kan ha bidragit till denna ökning. Exempelvis har det blivit vanligare med deltidsarbete, och tabell 2 visar att deltidsanställda har mer besvär än heltidsanställda. Enformiga arbeten samt jäktiga och psykiskt ansträngande arbeten har också blivit vanligare (figur 28), särskilt bland män. Det är möjligt att dessa försämringar i arbetsmiljön kan bero på att konkurrensen på

arbetsmarknaden har ökat. Människor är troligen mer benägna att tolerera en dålig arbetsmiljö när arbetsmarknaden hårdnar och fler är arbetslösa. Ungdomar har också ofta sämre arbetsmiljö än andra förvärvsarbetande.

ULF-undersökningarna har visat att oro, ångslan och ångest samt ständig trötthet har samband med den psykosociala arbetsmiljön (tabell 6). Bland dem med ett jäktigt och psykiskt ansträngande arbete är det upp emot dubbelt så vanligt med oro, ångslan eller ångest samt att ständigt vara trött, jämfört med dem som inte utsattes för dessa påfrestningar. Ett enformigt arbete är i nästan lika hög grad förknippat med psykiska besvär. Försämringar i ungdomarnas arbetsmiljö kan därför ha bidragit till den ökade psykiska ohälsan.

Figur 28. Ungdomars arbetsmiljö

Andelen (procent) sysselsatta som upplever problem med buller*, flera ergonomiska belastningar**, enformigt arbete samt jäktigt och psykiskt ansträngande arbete. Kvinnor och män 16–24 år, åren 1988/89 och 2004/05.



*Med buller avses antingen buller jämt eller öronbedövande buller ibland.

**Dvs. minst två av följande fem belastningar: olämpliga arbetsställningar (krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga arbetsställningar), tunga lyft, daglig svettning pga. kroppslig ansträngning, upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt skakningar eller vibrationer.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tabell 6. Arbetsmiljö och ohälsa bland ungdomar

Andel (procent) personer med lätt eller svår värk i nacke, skuldror eller axlar; värk i ländryggen; ängslan, oro eller ångest; samt ständig trötthet. Kvinnor och män 16–24 år, genomsnitt åren 2000–2005.

Arbetsmiljöproblem	Lätt el. svår värk i nacke, skuldror, axlar		Lätt el. svår värk i ländrygg		Lätt el. svår ängslan, oro, ångest		Trött för jämnan	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	Procent		Procent		Procent		Procent	
Inget buller	47	20	35	26	24	14	13	9
Buller ibland, ej öronbedövande	61	28	37	31	26	11	17	6
Buller jämt och/eller öronbedövande	61	31	60 H	31	32	14	22 H	7
Ingen ergonomisk belastning*	36 L	16 L	29 L	18 L	25	5 L	13	6
1 ergonomisk belastning	44	21	33	23	25	19	14	11
2–3 ergonomiska belastningar	54	21	41	27	25	10	17	6
4–5 ergonomiska belastningar	65 H	36 H	55	41 H	30	18	16	10
Ej jäktigt, ej psykiskt ansträngande	45	18	35	19	23	10	11	7
Jäktigt eller psykiskt ansträngande	48	26	37	31	20 L	12	14	6
Både jäktigt och psykiskt ansträngande	56	26	44	34	36 H	21 H	21	13
Enformigt arbete	51	25	44	29	35	16	23	10
Varierat arbete	49	23	36	28	21	12	11	7
Ej sysselsatta	44	22	32	19	35	21	14	7

* Med ergonomiska belastningar avses olämpliga arbetsställningar, tunga lyft, daglig svettning pga. kroppslig ansträngning, skakningar eller vibrationer, upprepade rörelser.

L Den lägsta förekomsten av besvär.

H Den högsta förekomsten av besvär.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Mer alkohol ...

Alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt bland ungdomar sedan början av 1990-talet. Det är sedan länge känt att psykiska besvär kan leda till ökad alkoholkonsumtion, och tvärtom att ökad alkoholkonsumtion kan leda till ökade psykiska besvär [39] (se också kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol och narkotikamissbruk). Det är därför troligt att den ökade alkoholkonsumtionen också har bidragit till att öka de psykiska besvären.

... och mindre sömn

Många förändringar sedan 1980-talet kan inte följas statistiskt. Den bild av ungdomars fritid som framträder från ULF-undersökningarna och undersökningen Skolbarns hälsovanor ger dock en ganska entydig bild av att ungdomar gör mer av det mesta. Tv-tittandet tycks öka, liksom dator- och Internetanvändningen. Samtidigt ökar andelen ungdomar som är fysiskt aktiva, andelen som känner sig duktiga i skolan och andelen ungdomar som träffar släktingar, vänner eller bekanta flera gånger i veckan.

Det är svårt att avgöra om dessa förändringar enbart innebär ett rikare liv eller om det också får negativa konsekvenser. En möjlig konsekvens är att sömnen har påverkats negativt. En aktuell engelsk studie pekar på att tv-tittande och datorspe-lande ökar förekomsten av extrem trötthet, men det gör också regelbunden fysisk aktivitet [40]. Tyvärr finns det inga svenska uppgifter som kan visa om ungdomarnas sömnvanor har förändrats eller inte. Det finns dock en finsk studie som visar att andelen 15-åringar som går och lägger sig efter klockan 23.00 på kvällen har ökat kraftigt, från omkring 20 procent år 1984 till mellan 50 och 70 procent 1998–2002 [41]. Antagligen går även svenska ungdomar till sängs allt senare på kvällen.

Under perioden 1979–2005 ökade andelen med sömnbesvär, från 10 till 24 procent bland 16–24-åriga kvinnor och från 8 till 16 procent bland jämnåriga män, enligt ULF-undersökningarna. Andelen 16–24-åringar som ofta var trötta ökade också under samma period, från 33 till 57 procent bland kvinnor och från 25 till 41 procent bland män. Sömn har en central betydelse för den biologiska återhämtningen och därmed också för den fysiska och psykiska hälsan. Störd sömn är inte bara ett symtom på att något inte stämmer, utan det kan också orsaka andra sjukdomar (se kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär).

Varför är nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare bland unga kvinnor?

När det gäller psykisk ohälsa bland ungdomar finns det stora skillnader mellan könen. Tabell 7 visar en sammanställning av några viktiga indikatorer på psykisk ohälsa och kolumnen längst till höger visar hur många gånger vanligare indikatorn är bland kvinnor jämfört med män. Omkring dubbelt så många kvinnor som män vårdas för självmordsförsök, har besvär av oro, ångslan eller ångest och behandlas med antidepressiva läkemedel. Mer än dubbelt så många kvinnor vårdas på sjukhus för depressioner. Självmord och sjukhusvård på grund av alkohol- och narkotikamissbruk är däremot vanligare bland män. Könsskillnaderna har blivit större för de psykiska ohälsoutfall som är vanligast bland kvinnor medan könsskillnaderna minskat för utfall som är vanligast bland män, eftersom utvecklingen varit sämre för kvinnor än för män.

Tabell 7. Könsskillnader för olika indikatorer på psykisk ohälsa

Könsskillnader i förekomst av olika former av psykisk ohälsa. Kvinnor och män 16–24 år.

Olika former av psykisk ohälsa	Förekomst		Absolut skillnad i förekomsten mellan kvinnor och män	Relativ skillnad i förekomsten mellan kvinnor och män
	Kvinnor	Män	Kvinnor–Män	Kvoten Kvinnor/Män
	Antal per 100 000		Antal per 100 000 fler kvinnor*	Gångar fler kvinnor**
Depressioner slutenvård år 2007	192	82	110	2,35
Ångesttillstånd slutenvård år 2007	232	116	116	1,99
Självbrandsdödsfall år 2006	10	17	-7	0,59
Självbrandsförsök år 2007	368	165	203	2,23
Alkohol slutenvård år 2007	275	286	-11	0,96
Narkotika slutenvård år 2007	176	244	-68	0,72
	Kvinnor	Män	Kvinnor–Män	Kvoten Kvinnor/Män
	Procent		Procentenheter fler kvinnor*	Gångar fler kvinnor**
Antidepressiva läkemedel år 2007	6,8	3,4	3,4	2,00
Oro, ångslan, ångest åren 2003–05	29	14	15	2,10
Sömnpå problem åren 2003–05	25	18	7	1,42

* Negativa tal innebär att förekomsten är högre bland män än bland kvinnor. ** Tal mindre än 1,0 innebär att förekomsten är högre bland män än bland kvinnor.
Källor: Socialstyrelsens dödsorsaksregister, patientregister och läkemedelsregister samt SCB:s ULF-undersökningar

Under barndomen finns det inte lika stora skillnader mellan pojkars och flickors psykiska ohälsa som under tonåren. I de tidiga tonåren händer något bland flickor – den självrapporterade ohälsan ökar kraftigt, och det är fler som vårdas till följd av självbrandsförsök, ätstörningar, psykiatriska diagnoser och missbruk. Även bland männen ökar den psykiska ohälsan med åldern, men först i 20-årsåldern. Ökningen är inte heller lika påtaglig som bland kvinnorna.

Vad är det då som gör att tonårsflickor mår sämre än tonårspojkar? Könsskillnaderna i vuxnas psykiska ohälsa brukar diskuteras utifrån hypoteser om könsroller [42, 43], rapporteringsbenägenhet [42–49], levnadsvanor, socioekonomi [50–53], utsatthet för övergrepp [54–58] och biologi [42, 43, 59–63]. Samma diskussioner brukar

också förekomma i studier av tonåringar även om vissa förklaringar är mer specifika för ungdomsåren, t.ex. senare års ökade krav på högre utbildning och en allt större fokusering på utseendet.

Det faktum att andelen studenter i ungdomsgruppen ökat så kraftigt har redan nämnts som en tänkbar anledning till den ökade psykiska ohälsan bland unga. I en skotsk studie [64] bland 15-åringar var flickor mer oroliga över sina skolprestationer, vilket var främsta orsaken till att den psykiska stressen ökat mer bland flickor än bland pojkar mellan åren 1987 och 1999 [36]. Också i en nordirländsk [31] och i en slovensk studie [35] var fler flickor än pojkar oroliga över sina skolprestationer. I andra studier har man dock funnit att pojkar oroar sig mer för det akademiska än flickor [32] eller att det inte finns någon skillnad

[33]. Genomgående för båda könen är dock att oro för skolan hamnar högt upp när ungdomar rangordnar olika orosmoment [31, 35, 36, 40, 41]. Det går kanske inte att avgöra om flickor eller pojkar oroar sig mest, men de ökade kraven på högre utbildning kan ha haft större inverkan på gruppen unga kvinnor eftersom en eftergymnasial utbildning i dag är vanligare bland dem än bland män.

En ökad fokusering på utseendet kan också ha ökat den psykiska ohälsan bland kvinnor. Flera studier visar att flickor oroar sig mer för sitt utseende och sin kroppsvikt än pojkar. I exempelvis den skotska studien fann man att flickors större oro över det egna utseendet bidrog till könsskillnaden i psykisk ohälsa, även om det inte förklarade varför skillnaden hade ökat under 1990-talet. Bland flickor var det nästan lika många som oroade sig för vikten som för att inte prestera bra i skolan. Bland pojkar kom oro för vikten först efter oro för att inte prestera bra i skolan, oro för hälsan, oro för arbetslöshet, oro för att inte klara sitt framtida arbete och oro för familjerelationerna [36]. Annan forskning bekräftar bilden: Unga kvinnor är mer bekymrade över kost, vikt och utseende än unga män, enligt studier med europeiska respektive amerikanska studenter [65–67]. Två studier pekar på att flickors kroppsbild och självförtroende försämras i samband med puberteten [68, 69] och den ena studien antyder också att pojkarnas självförtroende förbättras under samma period som flickornas försämras [68]. Ytterligare andra studier bekräftar könsskillnaderna i ungdomars självförtroende [70–72]. I en svensk studie fann man dessutom särskilt stora könsskillnader i självförtroende i relation till kroppsbild [73]. Dessa könsskillnader verkar även vara unika för just ungdomar [74]. Vidare tycks flickor också oro sig mer än pojkar för sina relationer

till både kamrater och familjemedlemmar [31, 32, 35, 36].

Det finns också en rad studier som undersökt könsskillnader i copingstrategier, det vill säga tillvägagångssätt för att hantera stress [70, 75–85]. Att aktivt gå in för att lösa de problem som förorsakar stressen har visat sig vara mest verksamt [81] och en finsk studie visade att pojkar använde sådana strategier i något högre utsträckning än flickor [84]. Flera studier visar även att det är vanligare att kvinnor använder sig av socialt stöd för att hantera psykiska påfrestningar [70, 75, 80, 82, 83, 85], medan fler män än kvinnor använder alkohol för att klara påfrestningar [75, 84].

Referenser

1. Mäkelä P. Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy. *European Journal of Public Health*. 1998;8:43–51.
2. Johansson P, et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm: 2006. SoRAD Report Series.
3. Vägverket. *Barn & ungdom / Ungdom*. 2007-04-05 [citerad 2009]; Tillgänglig från: http://www.vv.se/templates/page3____6439.aspx.
4. Vägverket. *Mopedolyckor efter EU-mopedens införande*. Vägverket; 2007 [uppdaterad 2007-04-05; citerad]; Tillgänglig från: http://publikation-swebbutik.vv.se/shopping/ShowItem____3557.aspx.
5. Ekstrand A. *Hur mår Stockholms ungdomar? En studie av risk- och skyddsfaktors betydelse för psykisk ohälsa*. Forsknings och Utvecklingsenheten, Stockholms stadsledningskontor, 2006.
6. Stockholms läns landsting. *Folkhälsorapport 2007*. Stockholm: 2007.
7. Chaney D. *Lifestyles*. London och New York: Routledge; 1996.

8. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Stockholm: 2007. Rapport nr 107.
9. Galanti MR, Rosendahl I, Wickholm S. The development of tobacco use in adolescence among "snus starters" and "cigarette starters": an analysis of the Swedish "BROMS" cohort. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008 10(2):315–23.
10. Socialstyrelsen. *Dödsorsaker 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007. Statistik: Hälsa och sjukdomar 2007:15.
11. Riksidrottsförbundet. *Ungdomars tävlings- och motionsvanor. En statistisk undersökning under våren 2005*. 2005. FOU-rapport 2005:6.
12. Barnombudsmannen. *Upp till 18 – fakta om barn och ungdom*. Stockholm: 2007. BR 2007:4.
13. Sweeting HN, West PB, Der GJ. Explanations for female excess morbidity in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 2007 Oct 22;7(1):298.
14. Socialstyrelsen. *Folkhälsa och sociala förhållanden 2008*. Lägesrapporter 2007.
15. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Anorexia Nervosa in young men: A cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2006 Dec;39(8):662–6.
16. Statens Folkhälsoinstitut. *Prevention av ätstörningar – Kunskapsläget idag 2004* [citerad. R 2004:40. Tillgänglig från: <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200440preventionatstorningar.pdf>.
17. Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female inpatients with anorexia nervosa: 9 to 14 year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*. 2006 Nov;189:428–32.
18. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1433–5.
19. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm: Fritzes; 2006. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. SOU 206:77. SOU 206:77
20. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*. 2009 Jan;194(1):10–7.
21. World Values Survey. *World Values Survey. The most comprehensive investigation of Political and Sociocultural change*. 2006 [citerad 2009–01–16]; Tillgänglig från: <http://www.worldvaluessurvey.org/>.
22. Holmberg S, Weibull L, red. *Lyckan kommer, lyckan går: trettio kapitel om politik, medier och samhälle. SOM-undersökningen 2004*. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet; 2005. SOM-rapport nr 36.
23. Maercker A. Association of cross-cultural differences in psychiatric morbidity with cultural values: a secondary data analysis. *German Journal of Psychiatry* 2001;4:17–23.
24. Rutter M, Smith D, red. *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester: Wiley for Academia Europaea; 1995.
25. Skolverket. *Skolverkets aktuella analyser 2008. Studieresultat i gymnasieskolan – en statistisk beskrivning av ofullständiga gymnasiestudier*. Stockholm: 2008.
26. Sveriges kommuner och landsting. *Öppna jämförelser 2008: Gymnasieskola*. Stockholm: 2008.
27. Statistiska centralbyrån. *Ungdomar utan fullföljd gymnasieutbildning*. Stockholm: 2007. Tema: Utbildning 2007:04.

28. Statistiska centralbyrån (SCB). *Högskolestuderandes levnadsvillkor. Enkätundersökning bland högskolestuderande våren 2007*. 2007. Sveriges officiella statistik. Statistiska meddelanden.
29. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD. Stat Extracts/Labour/Labour Force statistics. 2009 [cited 2009-01-16]; Available from: <http://webnet.oecd.org/wbos/index.aspx>.
30. Statistiska centralbyrån. *Svensk utbildning i internationell statistik 2005*. Stockholm: 2005.
31. Gallagher M, Millar R. Gender and age differences in the concerns of adolescents in Northern Ireland. *Adolescence*. 1998 Winter;33(132):863–76.
32. Gibson JT, Baker CE, Showalter SM, Al-sarraf Q, Atakan SA, Borgen WA, et al. Gender and culture: reported problems, coping strategies and selected helpers of male and female adolescents in 17 countries. *International journal for the advancement of counseling*. 1992 Sep;15(3):137–49.
33. Hankin BL, Mermelstein R, Roesch L. Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Development*. 2007 Jan–Feb;78(1):279–95.
34. Shih JH, Eberhart NK, Hammen CL, Brennan PA. Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006 Feb;35(1):103–15.
35. Tomori M, Zalar B, Plesnicar BK. Gender differences in psychosocial risk factors among Slovenian adolescents. *Adolescence*. 2000 Autumn;35(139):431–43.
36. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003 Mar;44(3):399–411.
37. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
38. Persson L. *Hur många barn får jag när jag blir stor? Barnafödande ur ett livsperspektiv*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2002. Demografiska rapporter 2002:5.
39. Malmgren L, Ljungdahl S, Bremberg S. *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
40. Viner RM, Clark C, Taylor SJ, Bhui K, Klineberg E, Head J, et al. Longitudinal risk factors for persistent fatigue in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2008 May;162(5):469–75.
41. Tynjälä J, Kannas L. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina 1984–2002 [Skolbarns sovvanor, sömnens kvalitet och trötthet åren 1984–2002] I: Kannas L, red. *Koululaisten terveys ja terveystähtäytyminen muutoksessa: WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta [Skolelevers hälsa och hälsobeteende i förändring: 20 år av WHO:s skolbarns hälsovanor]*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto; 2005.
42. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000 Dec;177:486–92.
43. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003 Sep;108(3):163–74.
44. Salokangas RK, Vaahtera K, Paciriev S, Sohlman B, Lehtinen V. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders*. 2002 Apr;68(2–3):215–20.
45. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Are there sex differences in the reliability of a lifetime history of major depression and its predictors? *Psychological Medicine*. 2001 May;31(4):617–25.

46. Mirowsky J, Ross CE. Sex Differences in Distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*. 1995 Jun;60(3):449–68.
47. Sigmon ST, Pells JJ, Boulard NE, Whitcomb-Smith S, Edenfield TM, Hermann BA, et al. Gender Differences in Self-reports of Depression: The Response Bias Hypothesis Revisited. *Sex Roles*. 2005 September;53:401–11.
48. Beyer S. Gender Differences in Self-Perception and Negative Recall Biases. *Sex Roles*. 1998;38:103–33.
49. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychological Medicine*. 1994 Feb;24(1):97–111.
50. Hemström Ö, Krantz G, Roos E. Changing gender differences in musculoskeletal pain and psychological distress. I: Fritzell J, Lundberg O, red. *Health inequalities and welfare resources: continuity and change in Sweden*. Bristol: Policy Press; 2007. s. 43–66.
51. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*. 2004 Apr;7(2):133–48.
52. Statistiska centralbyrån. *Sammanräknad förvärvs-inkomst 2005*. Stockholm: SCB; 2007 [citerad 070927]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/templates/tableOrChart____159837.asp.
53. Statistiska centralbyrån. *Disponibel inkomst för hushåll efter hushållstyp*. Stockholm: SCB; 2007 [citerad 070927]; Tillgänglig från: http://www.scb.se/templates/tableOrChart____163552.asp.
54. Hagquist C, Nilsson T, Forsberg E. *Ung i Värmland 1988–2002: en undersökning bland niondeklassare*. Karlstad: Karlstad universitet; 2004.
55. Arbetsmiljöverket. Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 2005*. Stockholm: 2006. Statistiska meddelanden AM 68 SM 0601.
56. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research* 2006 Feb;40(1):1–21.
57. Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychological Medicine*. 2002 Aug;32(6):991–6.
58. Gådin KG, Hammarström A. A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European Journal of Public Health*. 2005 Aug;15(4):380–5.
59. Kendler K.S, Gatz M, Gardner C.O, Pedersen N.L. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *The American Journal of Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):109–14.
60. Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and Behavior*. 2006 Nov;50(4):534–8.
61. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*. 1999 Sep;29(5):1043–53.
62. Goldberg D. The aetiology of depression. *Psychological Medicine*. 2006 Oct;36(10):1341–7.
63. Noble RE. Depression in women. *Metabolism*. 2005 May;54(5 Suppl 1):49–52.
64. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003 Mar;44(3):399–411.
65. Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *International journal of obesity and related metabolic disorders*. 1995 Oct;19(10):723–30.

66. Rozin P, Bauer R, Catanese D. Food and life, pleasure and worry, among American college students: gender differences and regional similarities. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003 Jul;85(1):132–41.
67. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999 Oct;33(2):163–80.
68. Benjet C, Hernandez-Guzman L. Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*. 2001 Spring;36(141):47–65.
69. Meland E, Haugland S, Breidablik HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*. 2006 Sep 6.
70. Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high school students. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002;56(2):121–5.
71. Bergman MM, Scott J. Young adolescents' well-being and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*. 2001 Apr;24(2):183–97.
72. Bolognini M, Plancherel B, Bettschart W, Halfon O. Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. *Journal of Adolescence*. 1996 Jun;19(3):233–45.
73. Rätty LK, Larsson G, Söderfeldt BA, Larsson BM. Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *The Journal of Adolescent Health*. 2005 Jun;36(6):530.
74. Feingold A. Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1994 Nov;116(3):429–56.
75. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2002 Oct;252(5):201–9.
76. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002 Aug 7;288(5):581–8.
77. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002 Sep 11;288(10):1235–44.
78. Aksaray G, Kortan G, Erkaya H, Yenilmez C, Kaplanoglu C. Gender differences in psychological effect of the August 1999 earthquake in Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(5):387–91.
79. Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*. 2003 Aug 6;290(5):612–20.
80. Solomon Z, Gelkopf M, Bleich A. Is terror gender-blind? Gender differences in reaction to terror events. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005 Dec;40(12):947–54.
81. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*. 2002 Dec;25(6):551–603.
82. Tamres LK, Jenicki D, Helgeson VS. Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*. 2002;6(1):2–30.

83. Vulic-Prtoric A, Macuka I. Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy*. 2006 Jun;79(Pt 2):199–214.
84. Hanninen V, Aro H. Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science & Medicine*. 1996 Nov;43(10):1453–60.
85. Pitkänen T. Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1999 Sep;40(3):197–207.

Hälsa i förvärvsaktiv ålder

Sammanfattning

I detta kapitel beskrivs hälsan i åldersgruppen 25–64 år där de flesta människor är förvärvsarbetande. De förvärvsaktiva åldrarna sträcker sig över en lång period i livet, vilket innebär att sjukdomspanoramat ser olika ut i början och i slutet av perioden. I denna åldersgrupp dör exempelvis 10–20 gånger fler vid 64 års ålder än vid 25 års ålder.

I åldern 25–44 år har olyckor allt sedan 1950-talet varit den största dödsorsaken bland män, följt av självmord, medan cancer under samma tid har varit den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 25–44 år.

Bland män i åldern 45–64 år var hjärt- och kärlsjukdomar länge den vanligaste dödsorsaken, men denna dödlighet har minskat mycket kraftigt och cancer är numera en lika vanlig dödsorsak. Bland kvinnor i åldern 45–64 år har cancer varit den största dödsorsaken sedan 1952, liksom den varit bland de yngre kvinnorna.

Fler kvinnor än män dör i cancer i förvärvsaktiv ålder, vilket beror på att bröstcancer och cancer i livmoder och äggstockar ofta drabbar kvinnor redan före pensionsåldern. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor, och insjuknandet i bröstcancer ökar men inte dödligheten som snarare har minskat något. Totalt är det dock betydligt fler män än kvinnor som dör i förvärvsaktiv ålder, vilket beror på mäns högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar, olyckor och självmord samt alkoholrelaterade dödsorsaker. Dödligheten i dessa dödsorsaker har minskat betydligt de senaste 25 åren vilket har inneburit att även könsskillnaderna i dödlighet har minskat.

Nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit allt vanligare under 1990-talet, och det psykiska välbefinnandet försämrades mer bland de yngre än bland de äldre. Bland kvinnor i åldern 25–44 år har andelen med ångslan, oro eller ångest fördubblats sedan slutet av 1980-talet och besvären är numera vanligare än i åldern 45–64 år, vilket inte var fallet på 1980-talet. Under de allra senaste åren har utvecklingen dock vänt och det psykiska välbefinnandet tycks bli bättre bland både kvinnor och män och i bägge åldersgrupperna.

Psykisk ohälsa och värk är de vanligaste orsakerna till nedsatt arbetsförmåga. Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom har också blivit vanligare bland kvinnor i alla åldersgrupper sedan 1980-talet. Även bland män ses

ökningar i de yngre åldersgrupperna, medan arbetsförmågan förbättrats bland män i åldern 55–64 år. Sedan slutet av 1990-talet är det vanligare att arbetsrelaterade besvär uppges vara orsakade av stress eller andra psykiska påfrestningar.

Arbetsolyckor som medför en långvarig frånvaro är vanligast bland unga män. Dessa olyckor har generellt minskat de senaste åren, men ökat i en del av byggsektorn. Dödsolyckor i arbetet är vanligast inom jord- och skogsbruk och förekommer oftast bland män över 55 år. De senaste åren har dödsolyckor i arbetet ökat något, framför allt i byggbranschen. Arbetssjukdomar är vanligare bland kvinnor än bland män och har minskat med 54 procent mellan åren 2003 och 2007.

Bland män i förvärvsaktiv ålder liksom bland kvinnor i åldern 25–44 år är det betydligt färre som röker i dag än på 1980-talet. Andelen rökare bland kvinnor 45–64 år har länge varit oförändrad, men den har börjat minska något. Likaså har den alkoholrelaterade dödligheten minskat bland män i bägge åldersgrupperna och bland kvinnor 25–44 år, men bland kvinnor i åldern 45–64 år har alkoholdödligheten varit i stort sett oförändrad med en liten ökning på 1990-talet.

Sedan 1980-talet har det blivit vanligare att både kvinnor och män motionerar regelbundet. I åldern 25–44 år är motion lika vanligt bland kvinnor som bland män, men i åldern 45–64 år är det vanligare att kvinnor motionerar. Andelen överviktiga ökade kraftigt under 1990-talet, och mer bland yngre än bland äldre. Under 2000-talets första år har dock ökningstakten bromsats upp, framför allt bland kvinnor. Övervikt är i dag vanligare bland män.

Arbetare har mer hälsobesvär och högre dödlighet än tjänstemän. Också rökning och fetma är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Skillna-

der i arbetsmiljön och familjesituationen är viktiga orsaker till skillnader i hälsa mellan olika grupper. Ensamstående mödrar har mer hälsobesvär och högre risk för sjuklighet och död än andra grupper.

Inledning

I detta kapitel beskrivs hälsan i åldersgruppen 25–64 år där de flesta är förvärvsarbetande. Eftersom människor är förvärvsaktiva under en så lång period i livet beskrivs hälsotillståndet bland yngre, 25–44 år, och äldre, 45–64 år, var för sig där det är möjligt. Kapitlet tar upp några aspekter på arbetslivets betydelse för hälsan och hur det påverkar sociala skillnader i hälsa. I kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär analyseras hälsoutvecklingen i förvärvsaktiv ålder närmare och relateras till förändringar i bland annat arbetslivet.

Heltidsarbete har minskat bland män men ökat bland kvinnor

Andelen sysselsatta är högst i åldern 25–44 år, och 82 procent av kvinnorna och 90 procent av männen i denna åldersgrupp var sysselsatta år 2007 (tabell 1). I åldern 45–64 år var 76 procent av kvinnorna och 80 procent av männen sysselsatta. Även i åldersgruppen 20–24 år förvärvsarbetar majoriteten trots att många studerar. Ungdomars hälsa och arbetssituation beskrivs i kapitlet Ungdomars hälsa.

Andelen sysselsatta är alltså nästan lika stor bland kvinnor som bland män, men andelen heltidsarbetande är betydligt lägre bland kvinnor (tabell 1). Majoriteten av männen arbetar heltid, 83 procent i åldern 25–44 år och 72 procent i åldern 45–64 år. Bland kvinnor arbetar omkring hälften heltid i båda åldersgrupperna.

Tabell 1. Sysselsatta och heltidsarbetande

Andelen (procent) personer som är sysselsatta och som är heltidsarbetande*. Kvinnor och män i olika åldrar, år 2007.

Ålder	Sysselsatta		Heltidsarbetande	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	Procent		Procent	
16–19	31	25	8	13
20–24	61	65	30	51
25–44	82	90	55	83
45–64	76	80	50	72

* Har en överenskommen veckoarbetstid på 35 timmar eller mer.
Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB.

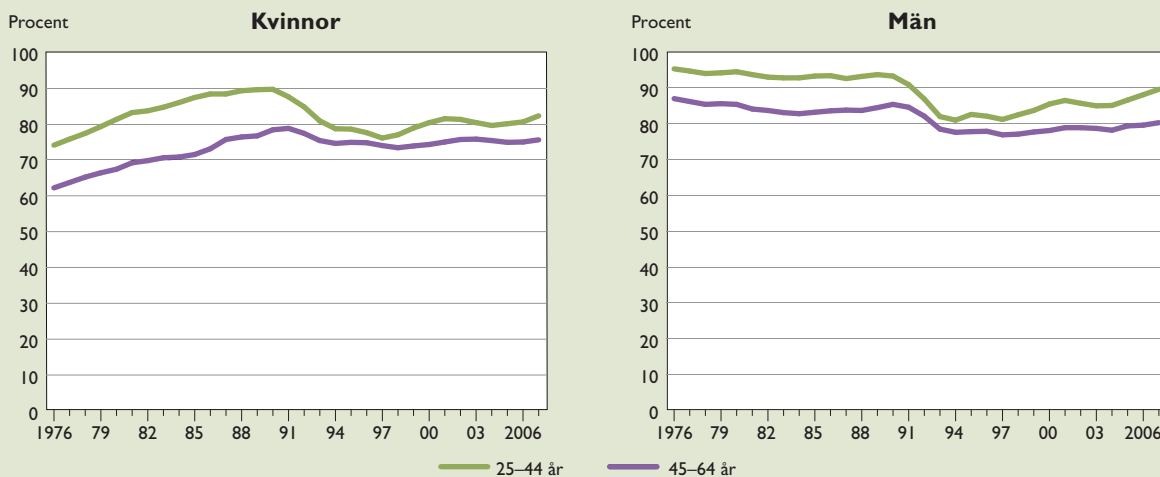
Under 1930- till 1950-talet förvärvsarbetade ungefär en tredjedel av kvinnorna och på den tiden var en ännu större andel av kvinnors arbete ”obetalt” jämfört med i dag. Statistiken över förvärvsarbetet inkluderade exempelvis inte kvinnor som arbetade i eget lantbruk, trots att manliga lantbrukare ingick [1]. Kvinnors förvärvsfrek-

vens steg sedan kontinuerligt från 1960-talet till början av 1990-talet. I samband med den ekonomiska krisen i början av 1990-talet sjönk dock både mäns och kvinnors förvärvsfrekvens, särskilt bland de yngre (figur 1). Från slutet av 1990-talet har andelen som förvärvsarbetar ökat igen i åldersgruppen 25–44 år, framför allt bland män, men ligger kvar på en lägre nivå i åldern 45–64 år. Andelen sysselsatta kvinnor och män är således fortfarande lägre än före krisen i början av 1990-talet.

Bland män ledde krisåren i början av 1990-talet till en bestående minskning av andelen heltidsarbetande i alla åldersgrupper (figur 2). Bland de yngsta på arbetsmarknaden, gruppen 16–24 år, sjönk andelen heltidsarbetande också mycket kraftigt bland både kvinnor och män och många unga studerade i stället för att arbeta. Andelen heltidsarbetande kvinnor i åldersgruppen 45–64 år har

Figur 1. Sysselsatta 1976–2007

Andel (procent) sysselsatta i befolkningen. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1976–2007.



däremot ökat kontinuerligt, även under krisåren. Även bland kvinnor i åldern 25–44 år har heltidsarbetet ökat efter en mindre nedgång under den ekonomiska krisen på 1990-talet.

Åldern 25–44 år är även den ålder då de flesta får barn. Barnafödandet har också följt konjunkturen och var som högst år 1990, vilket sammanträffade med att andelen sysselsatta kvinnor var som högst i denna åldersgrupp. Därefter sjönk barnafödandet fram till år 2000 och har de senaste åren stigit igen. År 2007 var barnafödandet dock fortfarande lägre än år 1990 (se kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa).

Dödsorsaker i åldrarna 25–64 år

Drygt 2 000 kvinnor och 6 000 män dör årligen i åldersgruppen 25–64 år. Antalet ökar kraftigt med stigande ålder och det är 10–20 gånger fler

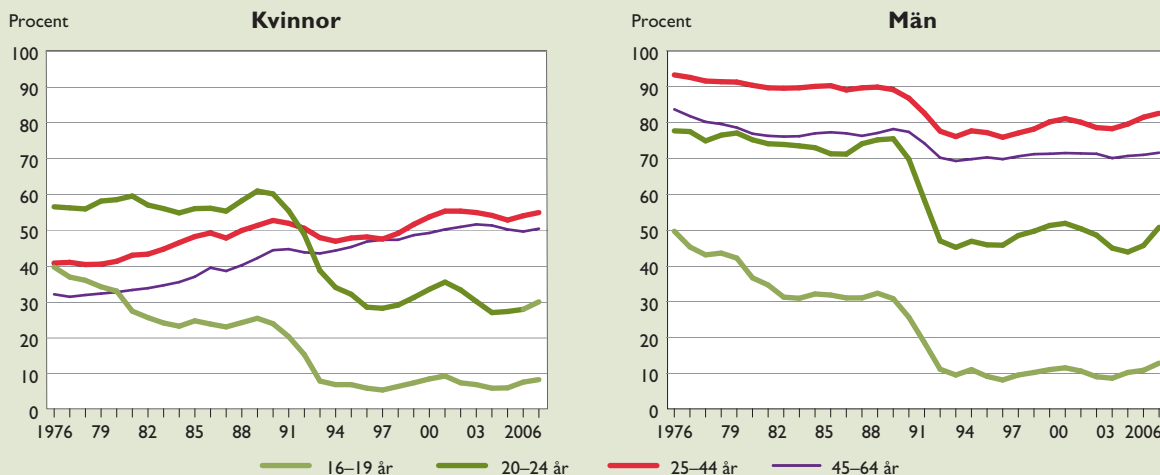
som dör vid 64 års ålder än vid 25 års ålder (figur 3). Det är framför allt dödligheten i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar som ökar med ökad ålder. Observera att skalorna i figur 3 är olika för åldersgruppen 25–44 år och 45–64 år.

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar, olyckor och självmord har ett annat åldersmönster än hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. När det gäller dessa dödsorsaker inträffar flest dödsfall vid omkring 55 års ålder, med undantag för fordonsolyckor (figur 4). Dödsfall i fordonsolyckor sjunker med stigande ålder bland män, medan det inte förändras nämnvärt bland kvinnor. Det är betydligt vanligare att män dör i fordonsolyckor än att kvinnor gör det.

Mäns högre risk att dö i åldern 25–44 år beror huvudsakligen på att fler män dör i självmord, olyckor och alkoholrelaterade sjukdomar. I åldern 45–64 år börjar hjärt- och kärlsjukdomar och

Figur 2. Heltidsarbetande 1976–2007

Andel (procent) heltidsarbetande i befolkningen. Kvinnor och män i olika åldergrupper, perioden 1976–2007.

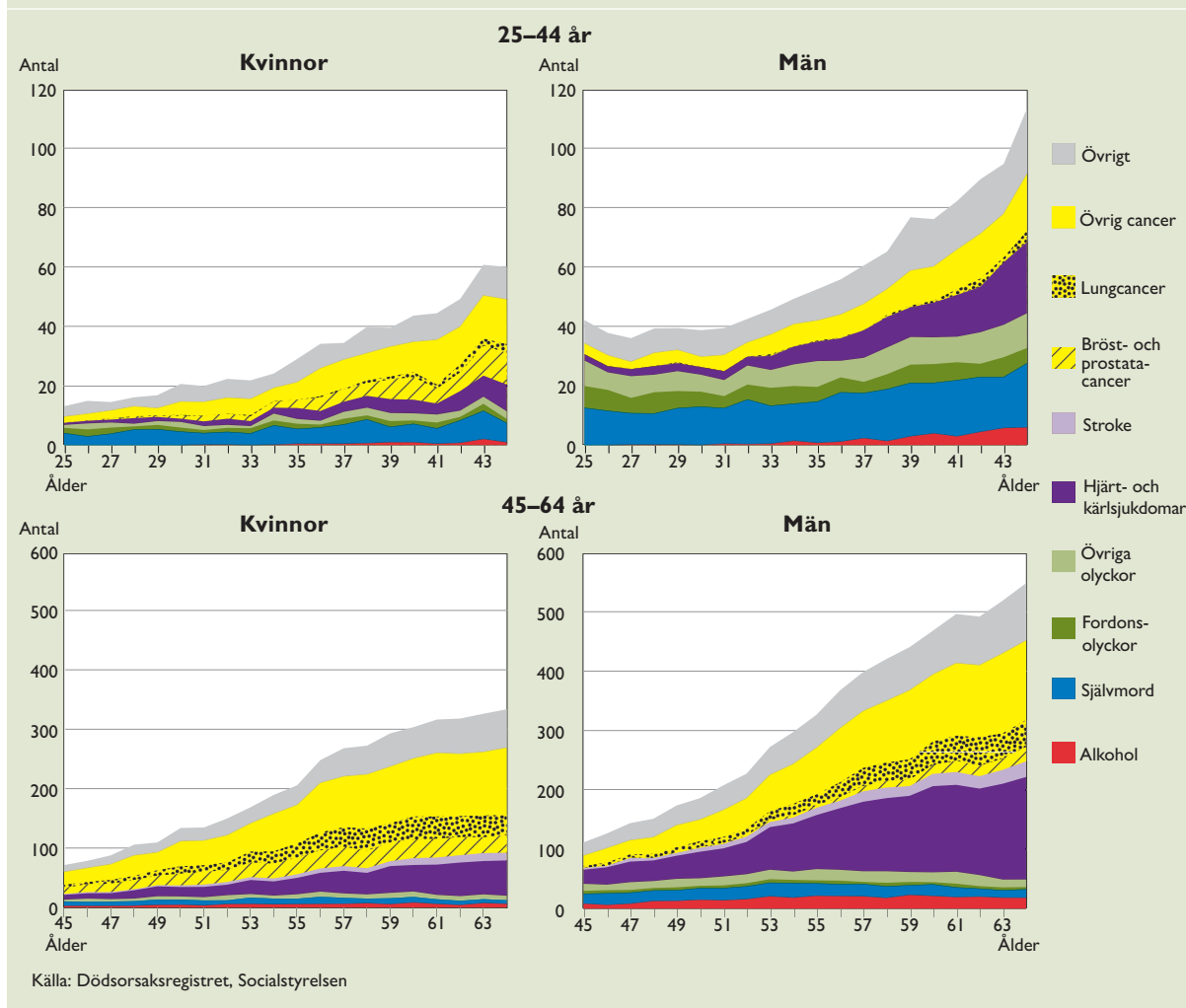


Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Figur 3. Åldersmönster för dödsorsaker bland 25–44 och 45–64-åringar

Antal döda per år efter dödsorsak och ålder. Kvinnor och män, genomsnitt åren 2000–2006.

Observera olika skalor för åldersgrupperna.

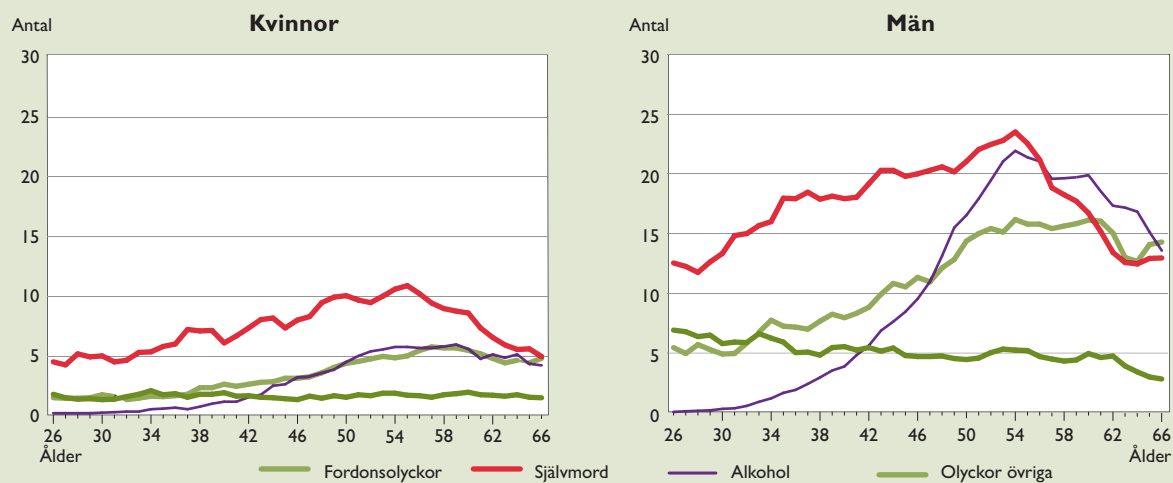


cancer att bli en allt vanligare dödsorsak. Mäns högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den viktigaste anledningen till att fler män än kvinn-

or dör i åldersgruppen 45–64 år. Fler kvinnor än män avlider däremot i cancer i åldern 25–44 år.

Figur 4. Åldersmönster för dödsfall i olyckor, självmord och alkoholrelaterade orsaker

Antal döda per år efter dödsorsak och ålder. Kvinnor och män 26–66 år, genomsnitt åren 1997–2004.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

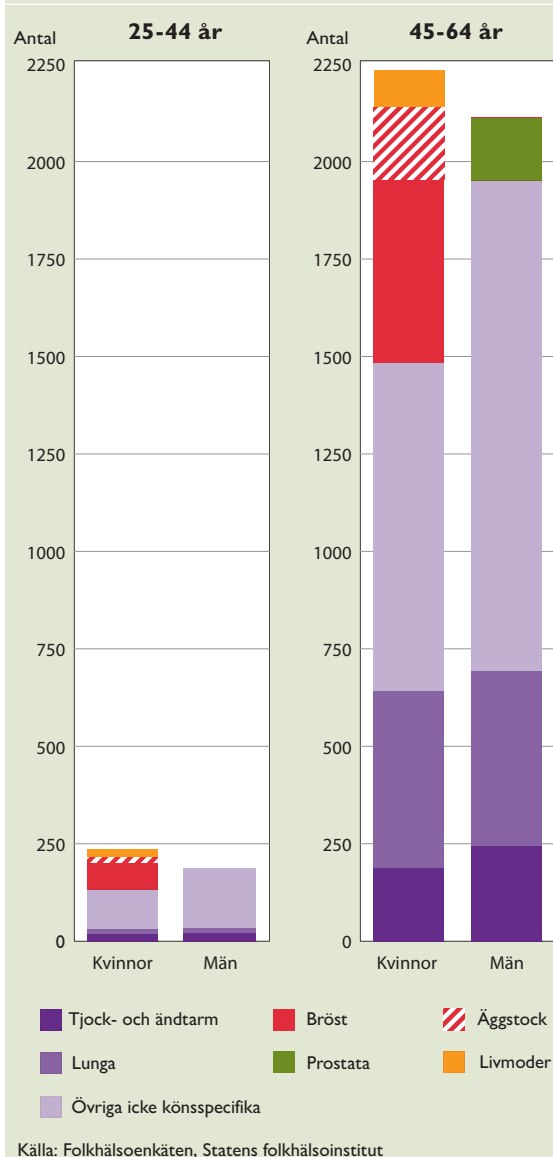
Cancer i åldern 25–64 år

2001–2005 dog varje år omkring 240 kvinnor och 190 män i åldern 25–44 år i cancer, och i åldern 45–64 år dog omkring 2 250 kvinnor och 2 100 män (figur 5). Det är alltså fler kvinnor än män som dör i cancer i dessa relativt unga åldersgrupper, vilket beror på att bröstcancer, livmodercancer och äggstockscancer drabbar kvinnor redan i förvärvsarbetande åldrar. Åren 2004–2006 var medianåldern 72 år för dem som dog i bröstcancer, 67 år för livmoderhalscancer, 75 år

för livmodercancer och 71 år för äggstockscancer. Medianåldern för dödsfall i prostatacancer var 81 år. I de cancerformer som inte är köns-specifika dör fler män än kvinnor i förvärvsaktiv ålder (figur 5). Dessutom är det något vanligare att män dör till följd av cancer i bukspottkörtel, urinblåsa och tjock- och ändtarm. Att dö i lungcancer i förvärvsaktiv ålder är ungefär lika vanligt bland kvinnor som bland män.

Figur 5. Antal döda i cancer

Antal döda per år i olika cancerformer. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, genomsnitt åren 2001–2006.



Det är betydligt fler som insjuknar än som dör i cancer eftersom en del blir botade och andra överlever länge trots sin cancer. Varje år insjuknar omkring 1 600 kvinnor och 900 män i åldern 25–44 år i cancer, och i åldern 45–64 år insjuknar omkring 8 100 kvinnor 7 400 män.

Av alla kvinnor som *insjuknar* i cancer i åldern 25–44 år drabbas 36 procent av bröstcancer och 1 procent av lungcancer, och av dem som *avlider* i cancer dör drygt 30 procent i bröstcancer och knappt 7 procent i lungcancer (tabell 2). Bland de kvinnor i åldern 45–64 år som insjuknar är det 41 procent som får bröstcancer och 7 procent som får lungcancer, men av dem som avlider är det 21 procent som dör i bröstcancer och 20 procent i lungcancer. Lungcancer har således en mycket sämre prognos än bröstcancer. Tjock- och ändtarmscancer, livmoderhalscancer och malignt melanom utgör var och en mellan 6 och 9 procent av det totala cancerinsjuknandet. Livmoderhalscancer och malignt melanom upptäcks och botas dock i mycket hög grad och står bara för någon enstaka procent av dödligheten. Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen som kvinnor i förvärvsaktiv ålder dör av.

Av alla män som insjuknar i cancer i åldern 25–44 år insjuknar de flesta i testikelcancer, men få dör i denna cancer eftersom den botas i hög grad. Bland männen som får en cancerdiagnos i åldern 45–64 år är prostatacancer vanligast (36 procent) medan lungcancer och tjock- och ändtarmscancer är de vanligaste diagnoserna bland dem som dör i cancer i denna ålder (22 respektive 11 procent).

Tabell 2. De vanligaste cancerformerna i åldern 25–64 år

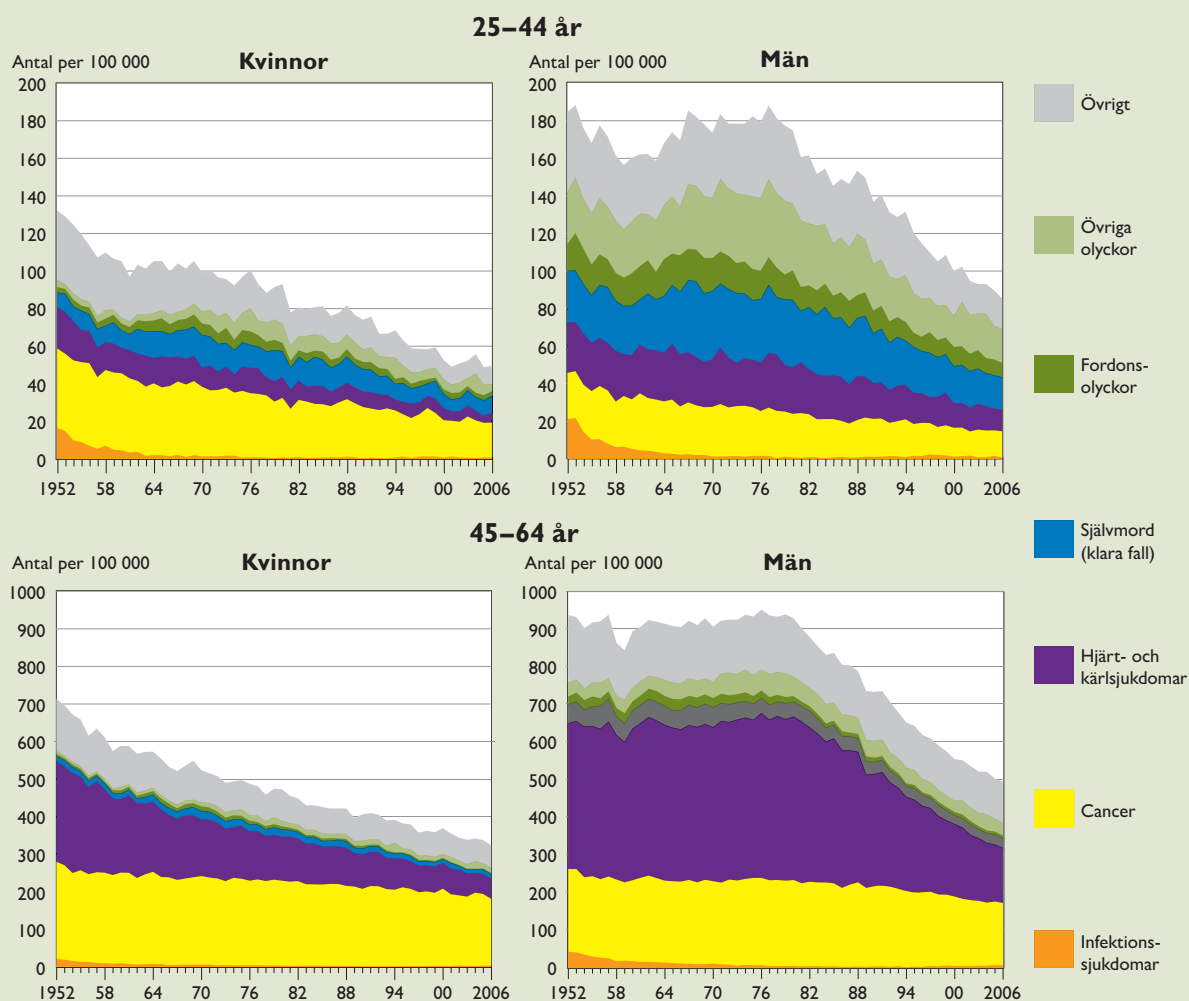
Insjuknade (genomsnitt för åren 2002–2006) och dödsfall (genomsnitt för åren 2001–2005) i de vanligaste cancerformerna (sorterat efter antal insjuknade i respektive grupp). Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år. Antal, procent av samtliga fall samt antal per 100 000 invånare.

Kvinnor 25–44 år	Bröst	Malignt melanom	Livmoderhals	Hjärna	Tjock- och ändtarm	Äggstock	Lunga	All cancer
Antal insjuknade	581	205	165	85	71	57	22	1 618
Antal döda	71	13	16	22	18	15	16	237
% av alla insjuknade	36	13	10	5	4	4	1	100
% av alla döda	30	6	7	9	8	6	7	100
Insjuknade per 100 000	49	17	14	7	6	5	2	136
Döda per 100 000	6	1	1	2	2	1	1	20
Kvinnor 45–64 år	Bröst	Tjock- och ändtarm	Lunga	Livmoderhals	Malignt melanom	Äggstock	Bukspottkörtel	All cancer
Antal insjuknade	3 266	620	559	467	364	325	130	8 067
Antal döda	477	182	453	22	56	193	144	2 247
% av alla insjuknade	41	8	7	6	5	4	2	100
% av alla döda	21	8	20	1	3	9	6	100
Insjuknade per 100 000	282	53	48	40	33	31	11	695
Döda per 100 000	42	16	39	2	11	5	13	195
Män 25–44 år	Testikel	Malignt melanom	Hjärna	Tjock- och ändtarm	Leukemier	Lunga		All cancer
Antal insjuknade	190	127	88	72	37	23		908
Antal döda	4	13	35	19	13	14		190
% av alla insjuknade	21	14	10	8	4	3		100
% av alla döda	2	7	20	11	8	8		100
Insjuknade per 100 000	15	10	7	6	3	2		73
Döda per 100 000	0	1	3	2	1	1		14
Män 45–64 år	Prostata	Tjock- och ändtarm	Lunga	Urinblåsa	Malignt melanom	Bukspottkörtel		All cancer
Antal insjuknade	2 663	702	524	398	374	148		7 385
Antal döda	146	239	450	50	71	171		2 095
% av alla insjuknade	36	10	7	5	5	2		100
% av alla döda	7	11	22	2	3	8		100
Insjuknade per 100 000	226	60	44	34	32	13		626
Döda per 100 000	12	21	38	4	6	15		179

Källa: Dödsorsaksregistret och cancerregistret, Socialstyrelsen

Figur 6. Dödsorsakernas utveckling i åldersgrupperna 25–44 år och 45–64 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak* bland kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1952–2006. Observera olika skalor för åldersgrupperna.



*Sättet att klassificera dödsorsaker har förändrats något under tidsperioden. Det innebär att bara självmord som betecknas som klara fall går att jämföra över en lång tidsperiod och finns med i figur 6. I den statistik som vi för idag (exempelvis i figur 4), räknas även misstänkta självmord där uppsåtet är oklart in i statistiken, eftersom man anser att det ger en mer korrekt bild.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödsorsaksmönstrets förändring sedan år 1952

Kvinnors risk att dö i förvärvsaktiv ålder har minskat kontinuerligt sedan 1950-talet (figur 6). Dödsrisken bland män var däremot i stort sett oförändrad under 1950-, 1960- och 1970-talet, varefter en mycket snabb minskning inleddes i början av 1980-talet. Skillnaden mellan mäns och kvinnors dödsrisker var som högst 1978; då dog nästan 500 fler män än kvinnor per 100 000 invånare jämfört med 170 fler i dag.

Den minskande dödligheten bland kvinnor och män i åldern 45–64 år beror huvudsakligen på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat (figur 7). Cancerdödligheten har också minskat, men inte alls lika mycket. I dag är därför cancer, och inte hjärt- och kärlsjukdomar, den vanligaste dödsorsaken för både kvinnor och män i åldern 45–64 år (figur 7). I åldern 25–44 år har olyckor

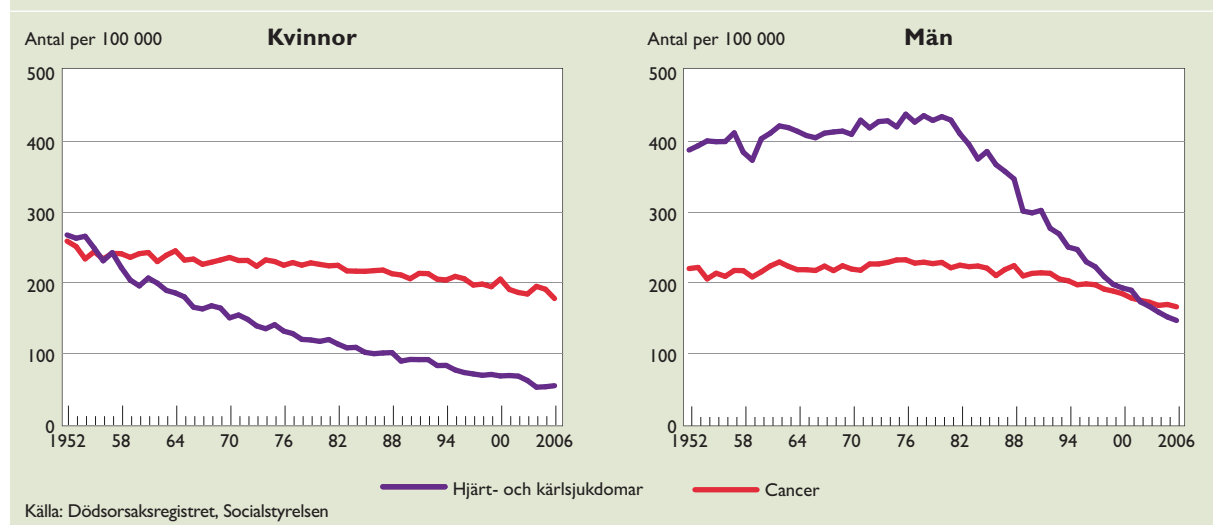
allt sedan 1950-talet varit den största dödsorsaken bland män, följt av självmord, medan cancer har varit den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 25–44 år under hela perioden.

Sjukhusvård

I åldersgruppen 45–64 år är det lika vanligt bland kvinnor som bland män att vårdas på sjukhus. Däremot bland yngre, i åldern 25–44 år, är det 3,6 gånger vanligare att kvinnor vårdas på sjukhus än att män gör det (figur 8). Det beror på komplikationer i samband med graviditet och förlossning, vilket två tredjedelar av alla sjukhusvårdade kvinnor i denna åldersgrupp vårdas för. Normala förlossningar är naturligtvis ännu vanligare och är inte inräknade i denna jämförelse. Det innebär att det varje år är ungefär 8 procent av kvinnorna i åldersgruppen som sjukhusvårdas på grund av dessa komplikationer.

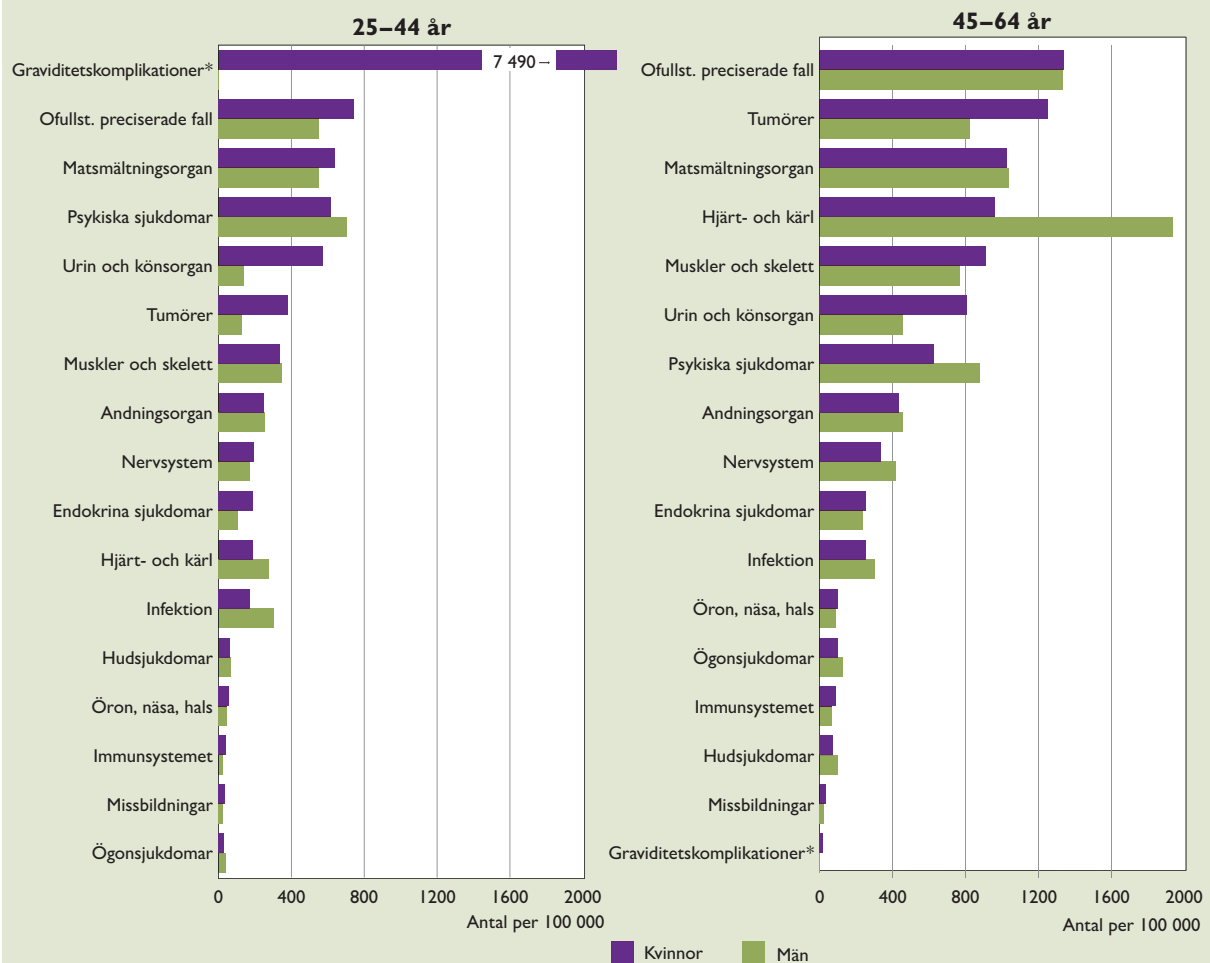
Figur 7. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer 1952–2006

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer per 100 000 invånare. Kvinnor och män 45–64 år; perioden 1952–2006.



Figur 8. Slutenvård i olika sjukdomar

Antal personer per 100 000 invånare som vårdades för olika diagnoser inom slutenvård under år 2006. Kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år.



*Här inkluderas komplikationer till graviditet och förlossning. Normala förlossningar är inte inkluderade.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Gynekologiska sjukdomar bidrar också till att fler kvinnor än män vårdas på sjukhus. Bortser man från gynekologiska och urologiska (urinorganens) sjukdomar samt komplikationer vid graviditet och förlossning är dock könsskillnaden i andelen vårdade försumbar, även i åldern 25–44 år. Det är emellertid något fler män som får sjukhusvård.

Psykiska störningar, inklusive sådana som förorsakats av missbruk, är den vanligaste diagnosen bland män i åldern 25–44 år och den tredje vanligaste bland kvinnor. År 2007 vårdades 21 000 män och 16 500 kvinnor i åldern 25–64 år för någon sådan diagnos. Av dessa vårdades hälften av männen och en fjärdedel av kvinnorna på grund av psykiska störningar eller beteendestörningar som orsakats av så kallade psykoaktiva substanser, oftast alkohol och till en mindre del narkotika, sömntabletter och andra lugnande medel. Det innebär att 6 000 fler män än kvinnor i åldern 25–64 år har vårdats för en sådan ”missbruksdiagnos” och det är huvudförklaringen till att fler män än kvinnor vårdas för psykiska störningar.

Män vårdas också i något högre utsträckning för psykos (cirka 3 000 män och 2 600 kvinnor år 2007), framför allt för schizofreni. Däremot är det vanligare att kvinnor vårdas för depressioner (4 500 kvinnor mot 3 500 män), ångestrelaterade sjukdomar (3 000 kvinnor mot 2 000 män) och personlighetsstörningar (900 kvinnor mot 400 män).

Kvinnors högre risk att drabbas av tumörer i förvärvsaktiv ålder syns också i patientstatistiken, liksom mäns högre risk att få hjärtkärslsjukdomar. Det är betydligt vanligare att kvinnor vårdas för tumörer, både i åldern 25–44 och 45–64 år. I den äldre åldersgruppen är hjärt- och kärlsjukdomar mycket vanligare bland män än bland kvinnor.

Bröstcancer

Bröstcancer är den i särklass vanligaste cancerformen bland kvinnor. Varje år insjuknar omkring 7 000 kvinnor i bröstcancer, det vill säga 15–20 kvinnor dagligen. Bröstcancer står för ungefär 30 procent av det totala cancerinsjuknandet bland kvinnor i alla åldrar.

Bröstcancer drabbar kvinnor förhållandevis tidigt i livet. Medianåldern är 62 år (genomsnitt för åren 2000–2006), vilket innebär att hälften av alla som får bröstcancer är 62 år eller yngre. Detta kan jämföras med att kvinnors medianålder är 68 år för alla cancerformer sammantaget, inklusive bröstcancer. Medianåldern för bröstcancerdiagnos ökade under 1960-, 1970- och 1980-talen, från 60 till som högst 66 år, och har därefter minskat (figur 9). Figur 9 visar också åldersfördelningen bland kvinnor som fick bröstcancer åren 2000–2006. Vid 50 års ålder finns en insjuknandetopp som sannolikt beror på att många landsting kallar kvinnor till den första mammografiundersökningen det år man fyller 50.

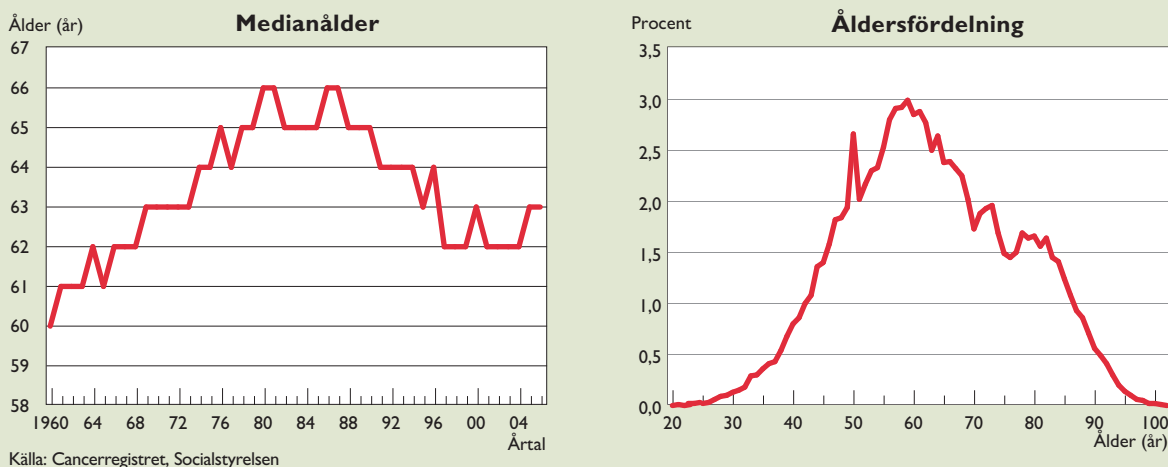
Fler får bröstcancer men dödligheten minskar

Bröstcancer blir allt vanligare och insjuknandet har ökat bland både yngre och äldre sedan 1960 (figur 10). Trots detta har dödligheten i bröstcancer minskat, eftersom prognosen är bättre ju tidigare diagnosen kan ställas. Andelen som dör i bröstcancer har minskat i alla åldersgrupper

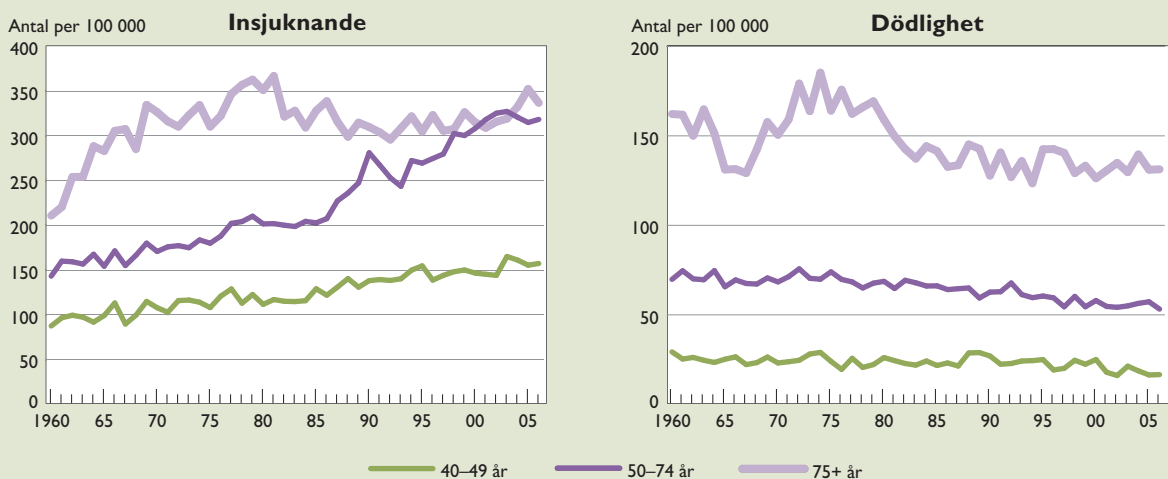
Bröstcancer har i dag en förhållandevis god prognos och möjligheterna att överleva bröstcancer har ökat stadigt sedan 1960-talet (figur 11). Måttet ”relativ överlevnad” används för att mäta överlevnad för bröstcancerpatienter i förhållande till jämnåriga kvinnor utan bröstcancer. Kvinn-

Figur 9. Ålder vid insjuknande i bröstcancer

Medianåldern vid insjuknande i bröstcancer 1960–2006 och åldersfördelningen (procent) för insjuknade i bröstcancer åren 2000–2006. Kvinnor i alla åldrar.

**Figur 10. Insjuknande och dödlighet i bröstcancer 1960–2006**

Antal per 100 000 kvinnor som insjuknat respektive dött i bröstcancer under perioden 1960–2006. Kvinnor i olika åldersgrupper; perioden 1960–2006. Åldersstandardiserat. Observera olika skalor för insjuknande och dödlighet.

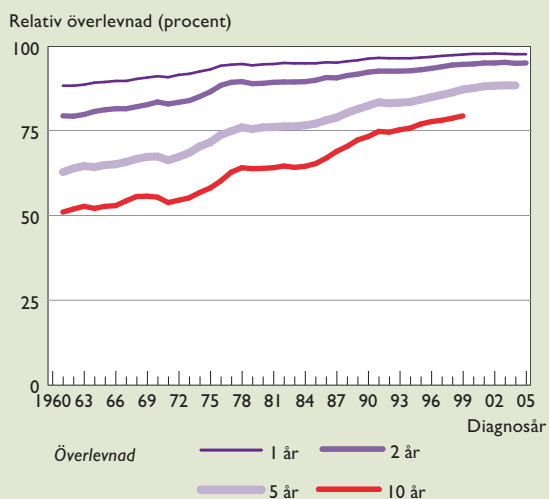


Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

or som diagnostiserades år 1960 hade en relativ 10-årsöverlevnad på 50 procent, vilket innebär att hälften dog inom tio år till följd av bröstcancer. År 2000 beräknades 10-årsöverlevnaden vara 80 procent, det vill säga att 20 procent beräknas dö inom tio år till följd av sin bröstcancer. Allt fler har, eller har haft, bröstcancer eftersom både överlevnaden och insjuknandet ökar, samtidigt som befolkningen blir större och dessutom äldre. År 2006 beräknades omkring 82 000 kvinnor leva med en bröstcancerdiagnos.

Figur II. Relativ överlevnad efter bröstcancerdiagnos 1960–2006

Andel (procent) kvinnor som överlever 1, 2, 5 respektive 10 år efter bröstcancerdiagnos i förhållande till överlevnaden bland jämnåriga kvinnor. Perioden 1960–2006*.



* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Mammografi minskar risken för dödlig bröstcancer

Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks i samband med en mammografiundersökning. Bröstcancerscreening med mammografi startades i mitten av 1980-talet och har därefter byggts ut successivt. Mammografiscreening beräknas kunna minska risken att dö av bröstcancer med åtminstone 30 procent eftersom cancer kan upptäckas och behandlas i ett tidigare och mer gynnsamt stadium [2]. Socialstyrelsen rekommenderar landstingen att erbjuda mammografiscreening till alla kvinnor i åldrarna 40–74 år. Rekommendationerna är starkast för åldrarna 50–69 år där effekterna på dödligheten har varit tydligast. Landstingen rekommenderas att kalla kvinnor med 18 månaders intervall om de är yngre än 55 år och med 2 års intervall om de är över 55 år. Risken att insjukna i bröstcancer ökar med åldern, men eftersom cancerformen då får mindre betydelse i förhållande till andra dödsorsaker utförs ingen screening över 74 års ålder. I dag erbjuder alla landsting mammografi i åldern 50–69 år, men ett stort antal landsting följer inte Socialstyrelsens rekommendation om att erbjuda mammografi mellan 40–74 års ålder. Bristen på utbildade röntgenologer är ibland ett hinder.

Risikfaktorer för bröstcancer svåra att påverka

Det finns ett stort antal kända riskfaktorer för bröstcancer. Bland annat har kvinnor som har fött barn lägre risk att insjukna i bröstcancer än kvinnor som inte har fött barn. Risken för bröstcancer minskar också ju yngre kvinnan är vid första barnets födelse. Likaså minskar risken för bröstcancer vid sen pubertet och vid tidigt klimakterium. Bröstcancertumörer är ofta beroende av det

kvinnliga könshormonet östrogen för sin tillväxt, och de ovanstående riskfaktorerna har alla betydelse för när och i vilken grad östrogen påverkar bröstvävnaden. Tidig pubertet och sent klimakterium innebär alltså att bröstkörteln exponeras för östrogen under en längre period av livet.

Bröstcancer kan initieras långt innan cancern utvecklas, och det finns teorier om att denna process kan starta redan före födseln om fostret utsätts för höga östrogennivåer, som exempelvis vid tvillinggraviditeter.

Bröstkörtelvävnaden förefaller bli mer motståndskraftig mot cancer efter det att en kvinna fött sitt första barn. Att föda barn tidigt innebär att denna motståndskraft kommer tidigare i livet. Risken för bröstcancer är 30 procent lägre för dem som fött sitt första barn vid 20 års ålder än för dem som fick första barnet vid 35 års ålder. Under graviditet är visserligen östrogennivåerna höga och det är också påvisat att bröstcancer-risken är förhöjd i 10–20 år efter en förlossning [3], men därefter minskar risken för bröstcancer eftersom bröstkörteln blivit mer motståndskraftig. Det finns inget som visar att amning påverkar risken för bröstcancer.

Risken för cancer är större i ett bröst där mjölkkörtlarna sitter tätt jämfört med ett bröst som innehåller mer fettväv. Det beror troligen på att det då finns fler körtelceller som kan omvandlas till cancer. Det finns också ett samband mellan kvinnors längd och risken för bröstcancer. För varje ökning av kvinnans längd med 15 cm beräknas risken för bröstcancer öka med 40 procent. Detta innebär att en kvinna som är 175 cm lång har 40 procents högre risk att drabbas av bröstcancer än en kvinna som är 160 cm lång.

Övervikt är en skyddsfaktor mot bröstcancer före klimakteriet, men efter klimakteriet blir det i stället en riskfaktor. Före klimakteriet kan övervikt leda till en störd östrogenproduktion och kroppen påverkas totalt sett av mindre östrogen. Efter klimakteriet, när äggstockarnas hormonproduktion upphör, bidrar övervikt i stället till att öka cancerrisken.

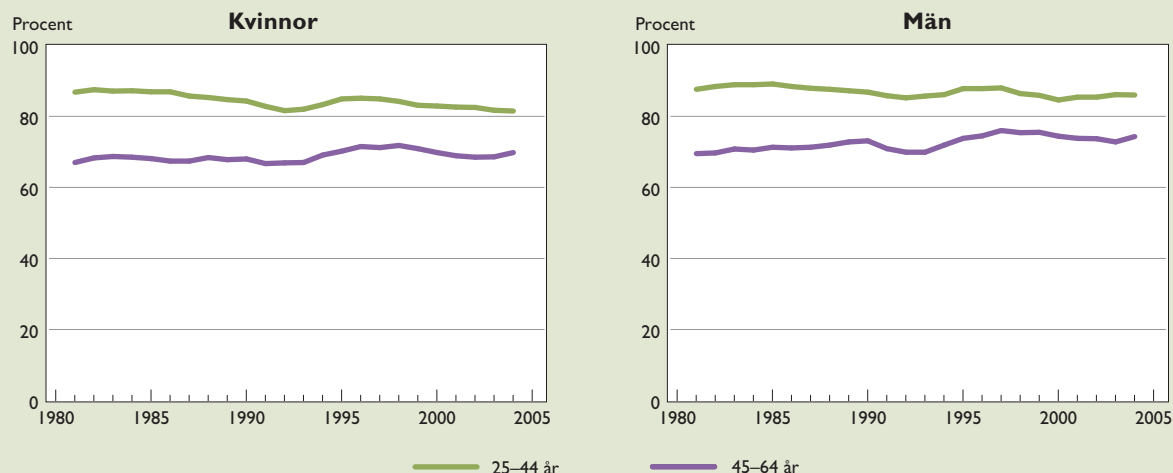
Riskfaktorerna som nämns ovan är de viktigaste, och de går inte att undvika eller på ett enkelt sätt välja bort. Enda undantaget är övervikt efter klimakteriet, vilket går att påverka. Det finns dock riskfaktorer som går att påverka, t.ex. låg fysisk aktivitet och en hög alkoholkonsumtion, men dessa riskfaktorer har inte lika tydlig effekt på insjuknandet.

Självskattad hälsa

Under åren 2003–2005 bedömde drygt 80 procent av kvinnorna och männen i åldern 25–44 år sitt allmänna hälsotillstånd som gott (figur 12). Bland personer i åldern 45–64 år ligger motsvarande andelar knappt 10 procentenheter lägre. Under perioden 1980–2005 minskade skillnaden mellan åldersgrupperna, eftersom färre 25–44-åringar numera bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott, samtidigt som fler 45–64-åringar gör det. I bägge åldersgrupperna är det något vanligare att männen upplever sitt hälsotillstånd som gott jämfört med kvinnorna.

Figur 12. Gott allmäntillstånd

Andel (procent) personer som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott*. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1980–2005**.



* År 1996 ändrades svarsalternativen från "gott" till "gott" respektive "mycket gott".

**Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

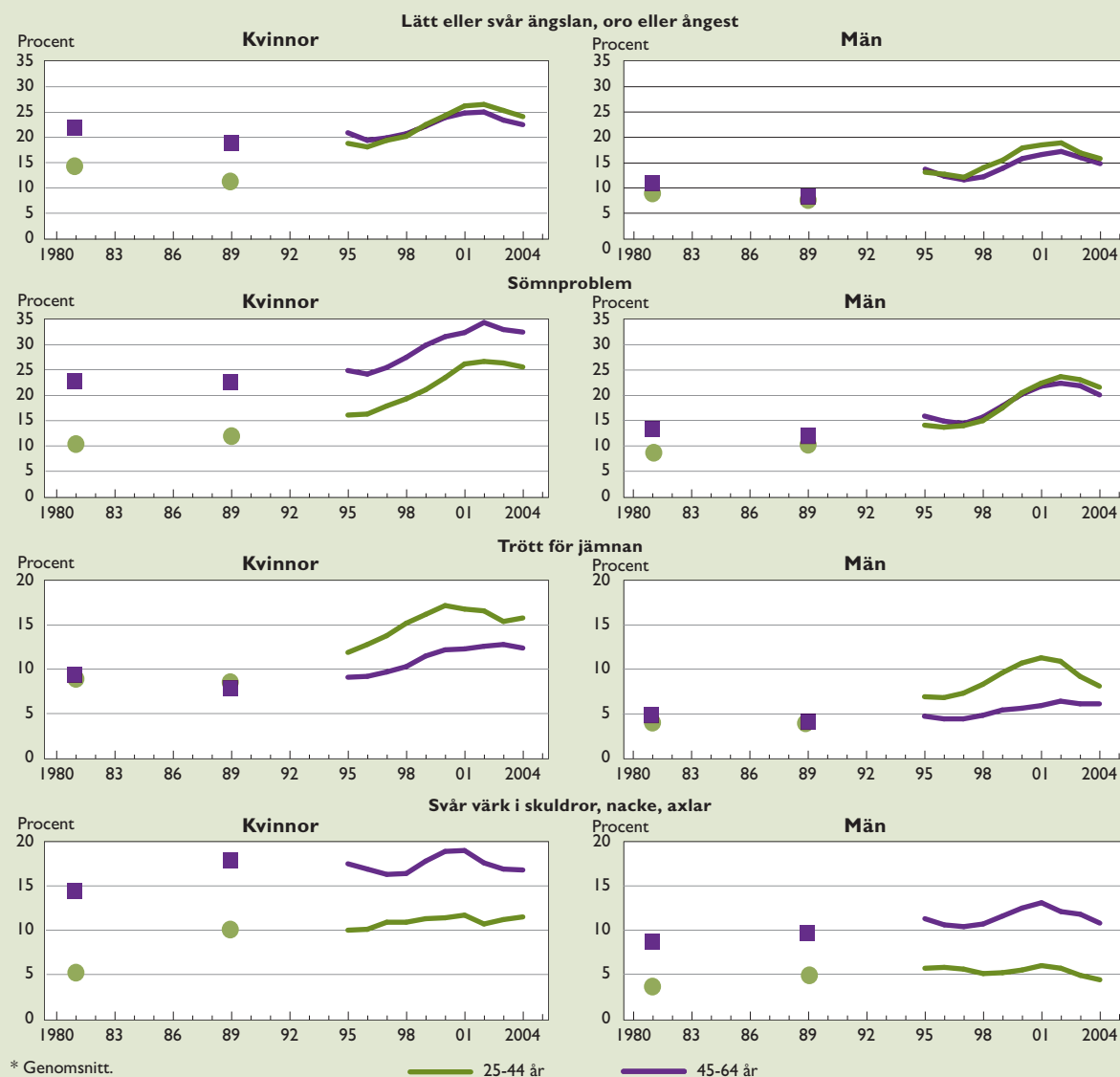
Nedsatt psykiskt välbefinnande är en vanlig orsak till att man uppfattar sitt hälsotillstånd som mindre gott. Figur 13 visar hur kvinnor och män har bedömt sin egen hälsa vid olika tidpunkter mellan 1980 och 2005. Jämfört med 1980-talet har det blivit vanligare att uppleva ångslan, oro eller ångest, ständig trötthet och sömnbesvär, både bland kvinnor och bland män. Dessa symtom har ökat mer i åldern 25–44 år än i åldern 45–64 år. Bland kvinnor i åldern 25–44 år har andelen med ångslan, oro eller ångest fördubblats sedan slutet av 1980-talet, och sådana besvär är numera vanligare i den gruppen än i åldern 45–64 år. Under de allra senaste åren har utvecklingen dock vänt och det psykiska välbefinnandet tycks bli bättre

bland både kvinnor och män och i bägge åldersgrupperna.

Andelen som uppger att de har svår värk i nacke och skuldror ökade under 1980-talet bland både kvinnor och män i bägge åldersgrupperna, men har sedan dess inte ökat (figur 13). Däremot har nack- och skuldervärk som inte bedömts som svår ökat ända sedan 1980-talet bland både kvinnor och män i bägge åldersgrupperna, vilket inte visas i figuren. Värk i ländryggen har inte ökat i samma utsträckning som värk i nacke och skuldror. Svår ryggvärk har till och med minskat bland män.

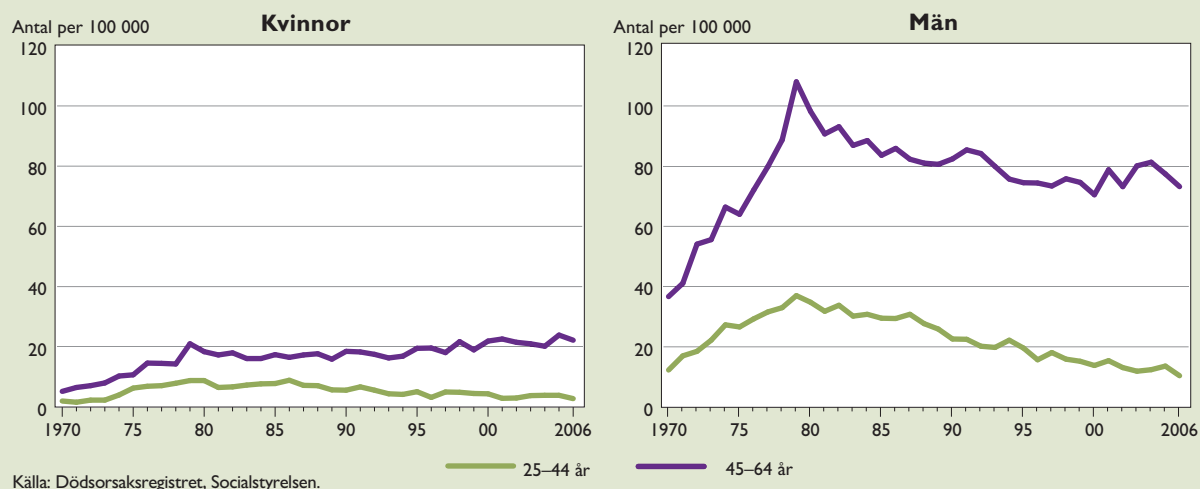
Figur 13. Olika självskattade besvär

Andelen (procent) personer som uppgav lätt eller svår ängslan, oro eller ångest, sömnproblem, ständig trötthet respektive svår värk i skuldror, nacke eller axlar. Kvinnor och män i olika åldrar, åren 1980–1981*, 1988–1989* och 1994–2005**.



Figur 14. Alkoholrelaterad dödlighet 1970–2006

Antal döda per 100 000 invånare i alkoholrelaterade diagnoser. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1970–2006.



Övervikt, fetma och levnadsvanor

Det finns inga undersökningar som på ett tillförlitligt sätt visar hur alkoholkonsumtionen har förändrats i åldrarna 25–44 år och 45–64 år. Där-
emot kan man få en bild av konsumtionen genom att följa förändringar av den alkoholrelaterade dödligheten. Denna inkluderar dock sjukdomar som utvecklas efter ett mångårigt missbruk, men dödsrisken påverkas också av det aktuella missbruket.

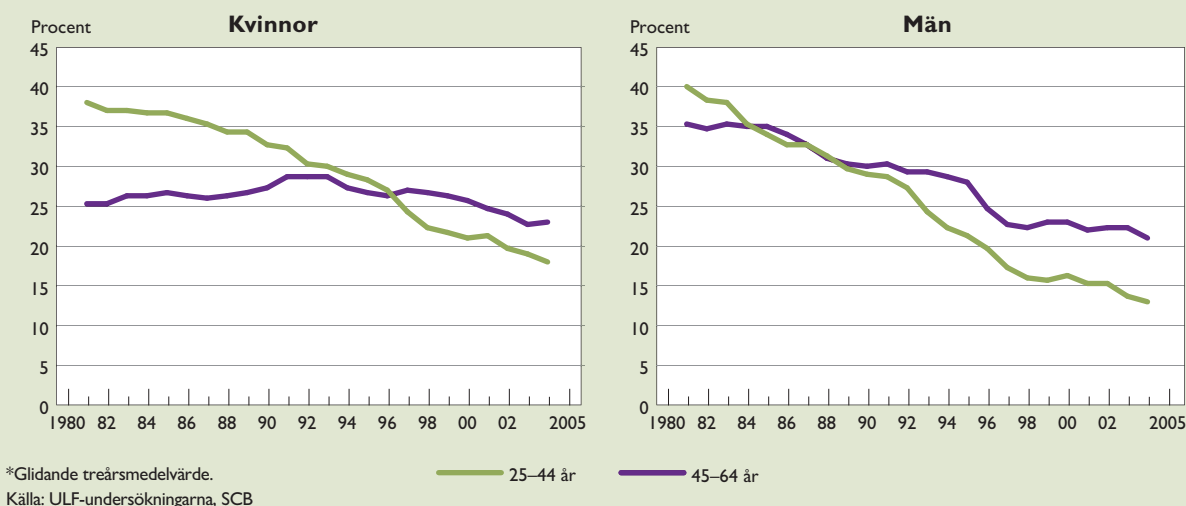
Bland män har den alkoholrelaterade dödligheten minskat markant i åldern 25–44 år sedan slutet av 1970-talet (figur 14). Också i åldern 45–64 år har den alkoholrelaterade dödligheten minskat bland män, men i betydligt långsammare takt. Bland kvinnor har den alkoholrelaterade dödligheten minskat i åldersgruppen 25–44 år men i åldern 45–64 år har alkoholdödligheten

i stort sett varit oförändrad med en viss ökning under 1990-talet. Att dö i en alkoholrelaterad diagnos är vanligast i 50-årsåldern, vilket visades i figur 4. Unga står dock för den högsta alkoholkonsumtionen med en topp i åldern 20–24 år, se vidare kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol och narkotikamissbruk.

Betydligt färre röker i dag än på 1980-talet då omkring 40 procent av både kvinnor och män i åldern 25–44 år rökte dagligen (figur 15). I dag är motsvarande andel 18 procent bland kvinnor och 13 procent bland män. Också i åldern 45–64 år har rökning minskat påtagligt bland män sedan början av 1980-talet, medan andelen rökande kvinnor i denna åldersgrupp ökade ända fram till början av 1990-talet. Först därefter har den minskat något. I kapitlet Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjuk-

Figur 15. Röker dagligen 1980–2005

Andel (procent) personer som uppgav att de röker dagligen. Kvinnor och män 25–44 respektive 45–64 år, perioden 1980–2005*.



domar beskrivs närmare hur dessa könsskillnader påverkar mäns och kvinnors sjuklighet.

Regelbunden motion minst en gång i veckan har sedan 1980-talet blivit vanligare i förvärvsaktiv ålder, enligt ULF-undersökningarna. I början av 1980-talet motionerade män något oftare än kvinnor men sedan mitten av 1990-talet är det i åldern 25–44 år lika vanligt att kvinnor motionerar som att män gör det. I åldern 45–64 år motionerar numera fler kvinnor än män. Bland tjänstemän är det ingen större skillnad mellan kvinnors och mäns motionsvanor, men bland arbetare motionerar kvinnor mer än män [4]. De som har ett kroppsligt ansträngande förvärvsarbete motionerar något mindre på sin fritid än de som inte har det [4].

Andelen som uppger att de ”praktiskt taget inte får någon motion alls på fritiden” har minskat bland kvinnor i alla socioekonomiska grup-

per, enligt ULF-undersökningarna. Bland män har den andelen dock bara minskat bland högre tjänstemän. Andra undersökningar visar inga förändringar av andelen som inte motionerar alls, se vidare kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet.

Övervikt är vanligare med stigande ålder och är också vanligare bland män än bland kvinnor (figur 16). Förekomsten av övervikt har ökat kraftigt sedan 1980-talet och ökningen har varit större i åldrarna 25–44 år än i åldrarna 45–64 år. Under 2000-talet har denna ökning dock bromsats upp bland kvinnor och de allra senaste åren även bland män. Under de senaste åren förefaller matvanorna ha förbättrats och det genomsnittliga energiintaget via kosten minskar för första gången sedan 1980, enligt Jordbruksverkets produktionsstatistik. Detta diskuteras vidare i kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet.

Figur 16. Övervikt och fetma i olika åldrar 1980/81–2004/05

Andelen (procent) personer med övervikt*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, olika år 1980/81–2004/05.



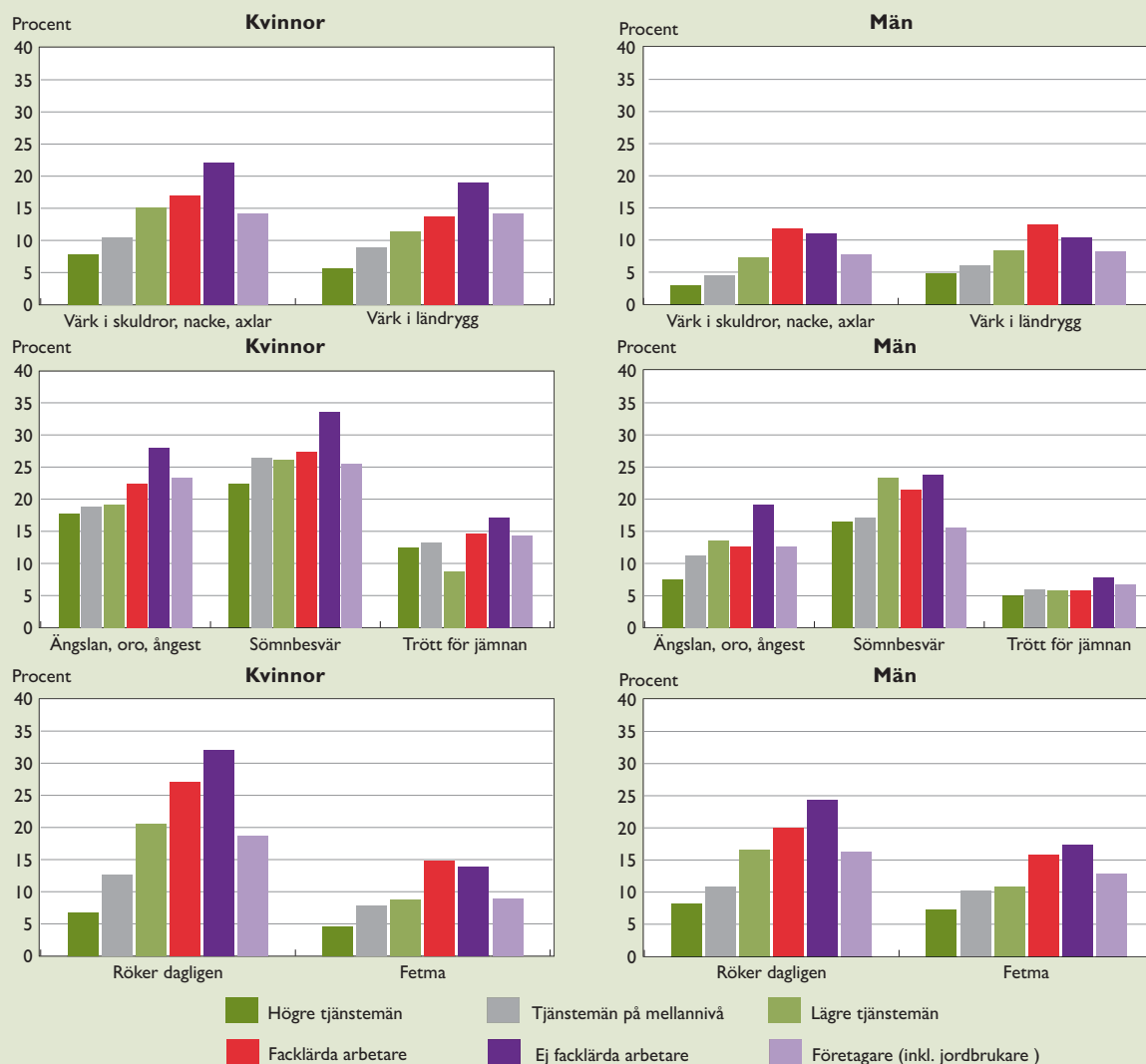
Sociala skillnader i hälsa och levnadsvanor

I översiktskapitlet visades att det finns betydande sociala skillnader beträffande risken för en förtida död. Det finns också stora sociala skillnader i hur man upplever sin hälsa. Figur 17 visar att skillnaderna är särskilt stora mellan socioekonomiska grupper när det gäller värk, större än skillnaderna för nedsatt psykiskt välbefinnande. Det finns också stora skillnader mellan socioekonomiska grupper beträffande rökning och fetma. Exempelvis rökte 32 procent av kvinnliga facklärdas arbetare jämfört med 7 procent av de kvinnliga högre tjänstemännen. Hela 17 procent av manliga arbetare som inte är facklärdas var feta, jämfört med 8 procent bland de högre tjänstemännen.

Värk i rörelseorganen beror mer på enskilda arbetsmiljöfaktorer än på socioekonomiska förhållanden som utbildning eller inkomst [5]. Det är huvudsakligen skillnader i den fysiska belastningen i arbetet som leder till att förekomsten av värk i rörelseorganen skiljer sig mellan socioekonomiska grupper [6]. Skillnaderna i arbetsmiljön är också stora mellan olika socioekonomiska grupper (tabell 3). En tredjedel av ej facklärdas arbetare upplever sitt arbete som enformigt, något som knappast förekommer bland högre tjänstemän. Ungefär sju av tio arbetare har mellan två och fem ergonomiska belastningar, men bara var tjugonde av de högre tjänstemännen.

Figur 17. Socioekonomisk grupp och ohälsa

Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma*, fördelat efter socioekonomisk grupp**. Kvinnor och män 25–64 år, åren 2004–2005. Åldersstandardiserat.



* BMI ≥ 30 . BMI-beräkningen baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt.

** Socioekonomisk grupp baseras på nuvarande yrke för sysselsatta och senaste yrke för de som inte var sysselsatta.

Studerande som inte har haft ett tidigare arbete är inte inkluderade.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tabell 3. Arbetsmiljö och socioekonomisk grupp

Andelen (procent) i olika socioekonomiska grupper som i sin arbetsmiljö är utsatta för buller, flera ergonomiska belastningar, enformigt arbete samt jäktigt och psykiskt ansträngande arbete. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt för åren 2000–2005. Åldersstandardiserat.

Socioekonomiska grupper	Buller*		Flera ergonomiska belastningar**		Enformigt arbete		Jäktigt och psykiskt ansträngande arbete	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	Procent		Procent		Procent		Procent	
Ej facklärd arbetare	32	45	67	70	32	34	28	22
Facklärd arbetare	19	68	69	74	14	24	52	22
Lägre tjänstemän	11	23	15	31	15	15	26	41
Tjänstemän på mellannivå	22	19	22	14	5	6	47	45
Högre tjänstemän	7	6	6	5	3	2	47	44
Företagare (inkl. jordbrukare)	11	31	47	56	11	11	24	29
Samtliga	19	33	35	41	14	16	39	34

*Med buller avses antingen konstant buller eller öronbedövande buller ibland.

**Dvs. minst två av följande fem belastningar: olämpliga arbetsställningar (krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga), tunga lyft, daglig svettning pga. kroppslig ansträngning, upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt skakningar eller vibrationer.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Ett jäktigt och psykiskt ansträngande arbete är däremot vanligt i samtliga socioekonomiska grupper, och till skillnad från de flesta andra arbetsmiljöbelastningar är det vanligare högre upp på den socioekonomiska skalan. Ett undantag är dock kvinnor i facklärd arbetaryrken där hela 52 procent uppger att de har ett jäktigt och psykiskt ansträngande arbete. En vanlig yrkesgrupp bland dem är undersköterskor.

Familjesituationen har också betydelse för hälsa och välbefinnande. Ensamstående kvinnor med barn har genomgående mer besvär av både värk och nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med sammanboende med eller utan barn och ensamstående utan barn (figur 18). Samma mönster kan däremot inte ses när det gäller andelen med fetma.

Ensamstående mödrar löper också högre risk för att dö i förtid [7] och för att drabbas av någon svårare sjukdom [8]. Vidare har betydligt fler ett

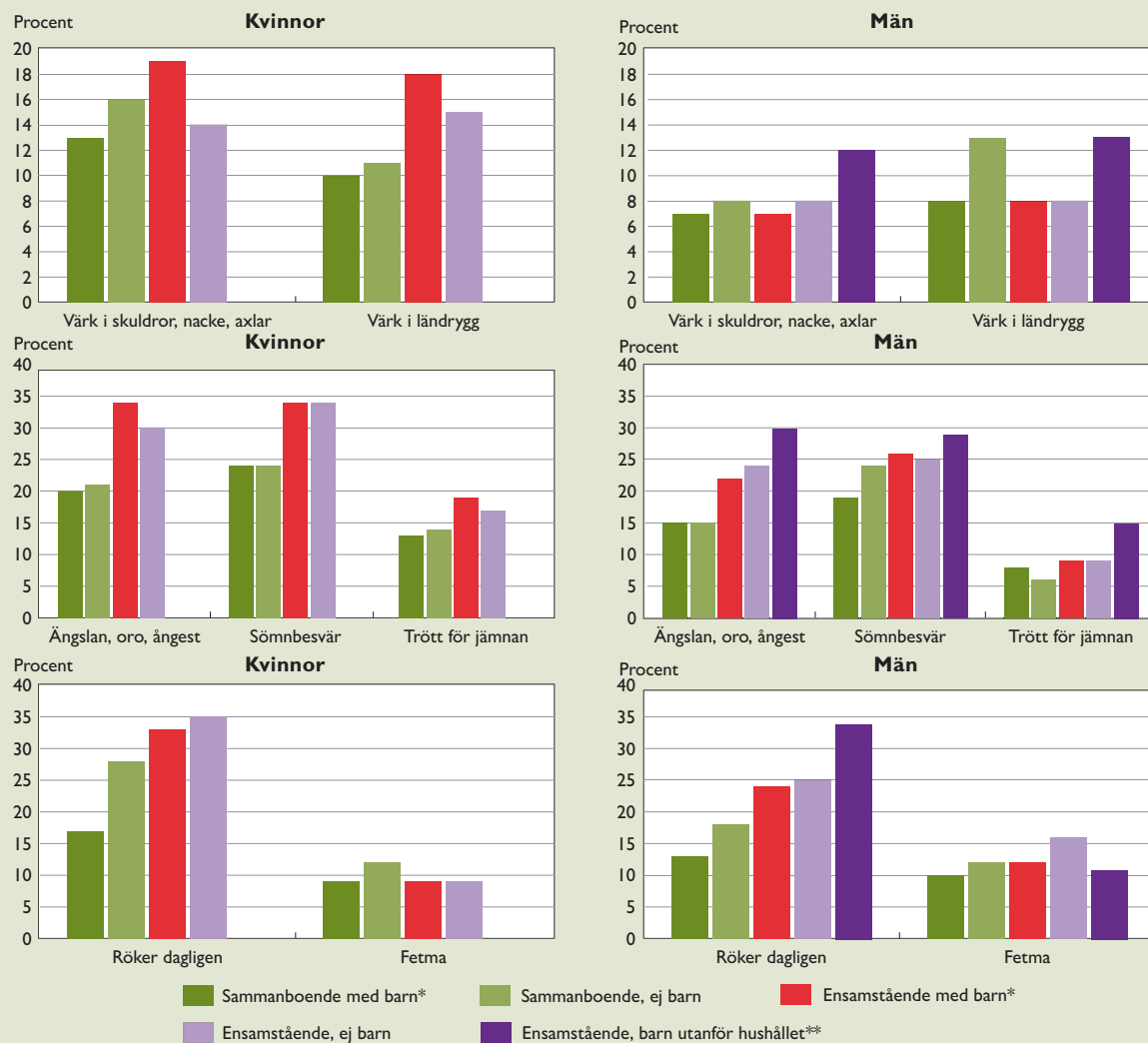
nedsatt allmänt hälsotillstånd jämfört med sammanboende mödrar [9].

Figur 18 visar att mäns psykiska välbefinnande genomgående är sämre bland ensamstående och bland dem som har barn utanför hushållet. Ensamstående män röker också mer än sammanboende män, i synnerhet den grupp av ensamstående män som inte bor tillsammans med barn de betalar underhåll för. Just denna grupp av fäder löper en starkt förhöjd risk att dö i förtid av skador och alkoholrelaterade orsaker, men även av hjärtinfarkt [10].

Ensamstående föräldrar har generellt sett sämre ekonomi och har ofta större problem med att få tiden att räcka till, vilket kan påverka hälsa och välmående. Nedsatt hälsotillstånd kan även ha bidragit till separationen och kan också ha påverkat vem som fått vårdnaden om gemensamma barn.

Figur 18. Familj och ohälsa

Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma fördelat efter familjesammansättning. Kvinnor och män 35–50 år, åren 2000–2005.



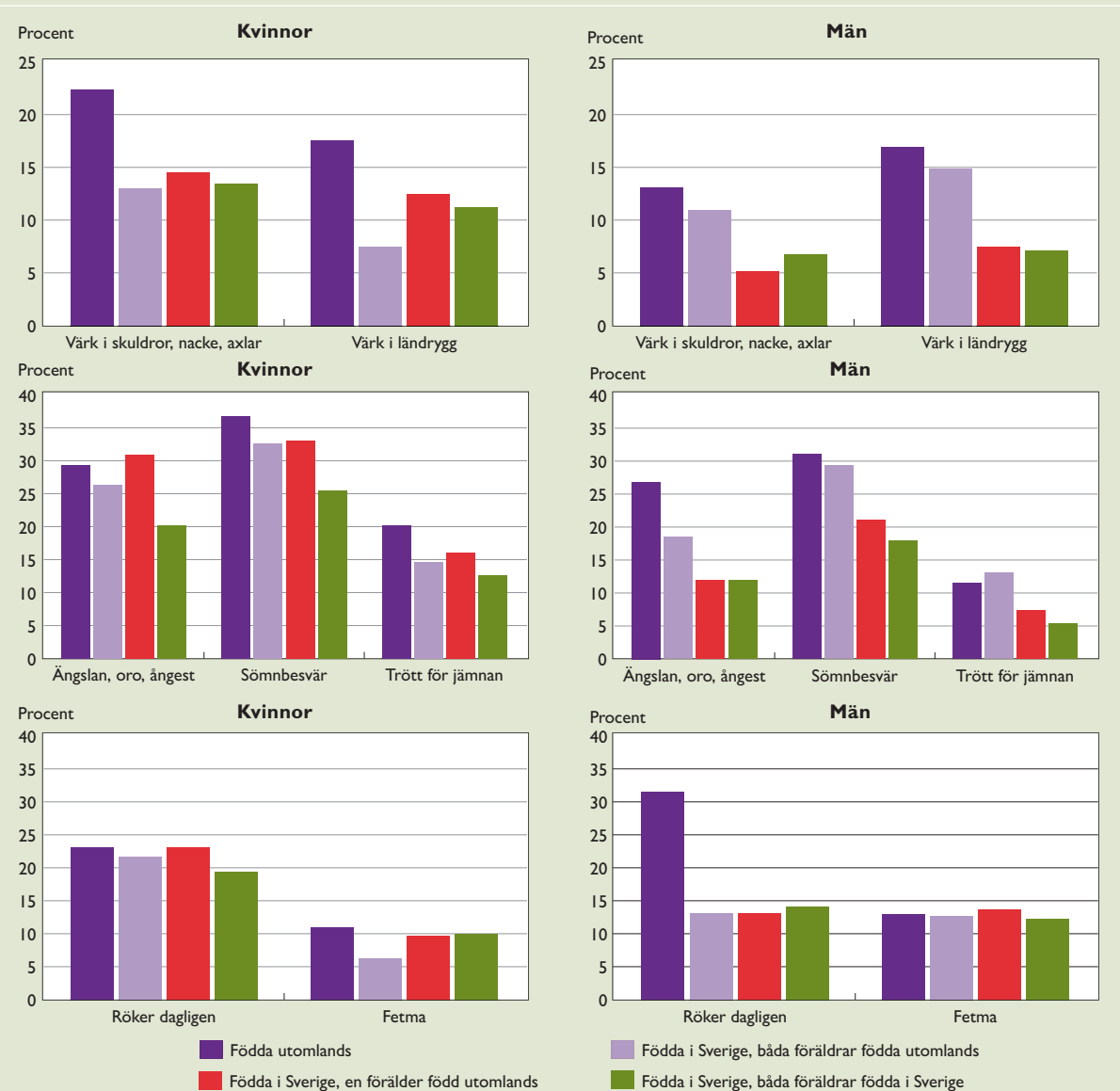
* Avser barn som bor helt eller delvis i undersökningspersonens hushåll.

** "Barn utanför hushållet" betyder att undersökningspersonens hushåll betalar underhållsbidrag för barn som inte bor i hushållet och att personen uppgett att de har barn som inte bor i hushållet. Antalet ensamstående kvinnor som hade "barn utanför hushållet" var så litet att resultaten för denna grupp inte redovisas i figuren.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur 19. Ursprung och ohälsa

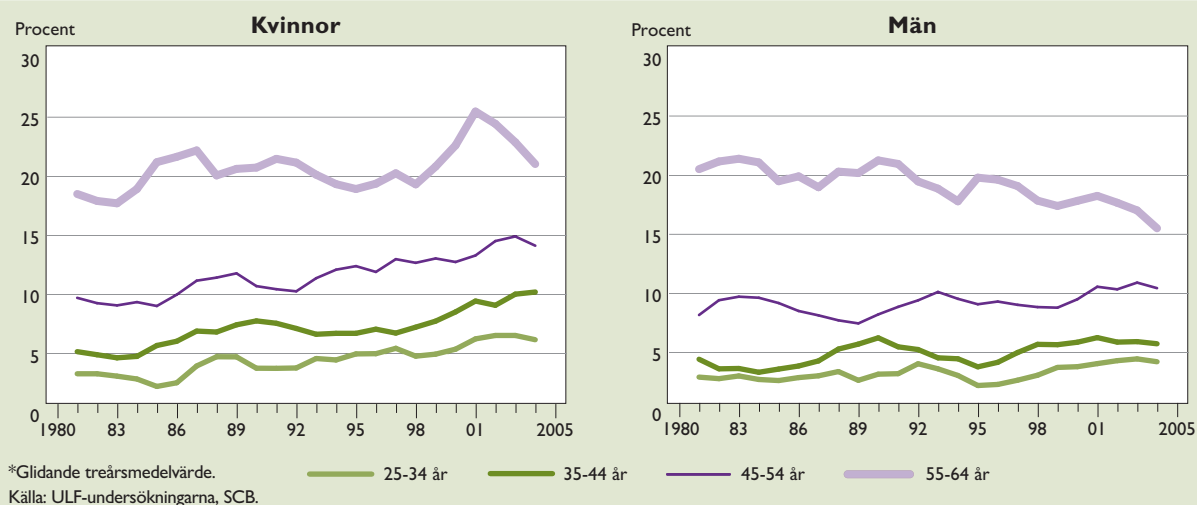
Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma fördelat efter ursprung. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt för åren 2004–2005. Åldersstandardiserade tal.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 20. Nedsatt arbetsförmåga 1980–2005

Andel (procent) personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1980–2005*.



Det är vanligare att personer som är födda utomlands har nedsatt psykiskt välbefinnande och värkbesvär än personer födda i Sverige (figur 19). Rökning är ungefär lika vanligt bland utlandsfödda och sverigefödda kvinnor, medan det är dubbelt så vanligt att utlandsfödda män är rökare jämfört med män som är födda i Sverige. Hälso-skillnader mellan sverigefödda och utlandsfödda människor och dess orsaker diskuteras mer i kapitlet Migration och hälsa.

Arbete och hälsa

Nedsatt arbetsförmåga

Nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom var lika vanligt bland kvinnor som bland män på 1980-talet, men sedan dess har det blivit vanligare bland kvinnor (figur 20) och andelen

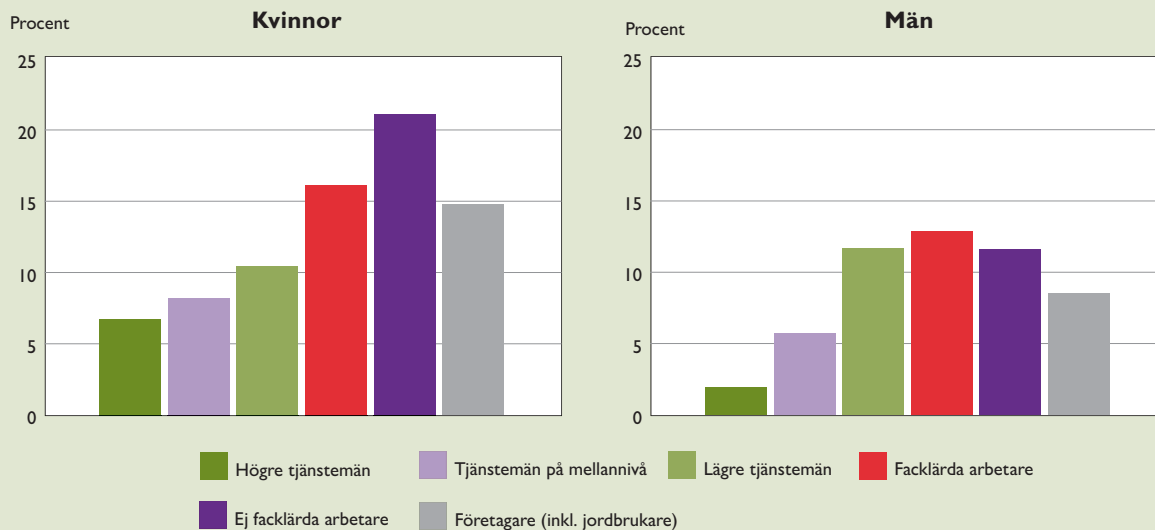
har ökat bland kvinnor i alla åldersgrupper i förvärvsaktiv ålder. Under samma period har andelen med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom minskat bland män i åldersgruppen 55–64 år, och för de övriga åldersgrupperna ses en svag ökning.

Nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom är starkt relaterat till vilken typ av yrke man har eller har haft, vilket avspeglar sig i de stora skillnader som finns mellan olika socioekonomiska grupper (figur 21). Skillnaderna är betydligt större bland kvinnor än bland män.

Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är olika vanligt i olika familjekonstellationer, och det är mindre vanligt bland sammanboende med barn som bor i hushållet jämfört med de flesta andra familjekonstellationer (figur 22). Ensamstående mödrar är den grupp som oftast uppger nedsatt arbetsförmåga. Nedsatt arbetsförmåga på grund

Figur 21. Nedsatt arbetsförmåga i olika socioekonomiska grupper

Andel (procent) personer som uppger nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i olika socioekonomiska grupper. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt åren 2004–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

av sjukdom är också vanligare bland personer som är födda utomlands än bland sverigefödda (figur 22). Personer som är födda i Sverige av två utlandsfödda föräldrar uppger bättre arbetsförmåga än övriga grupper.

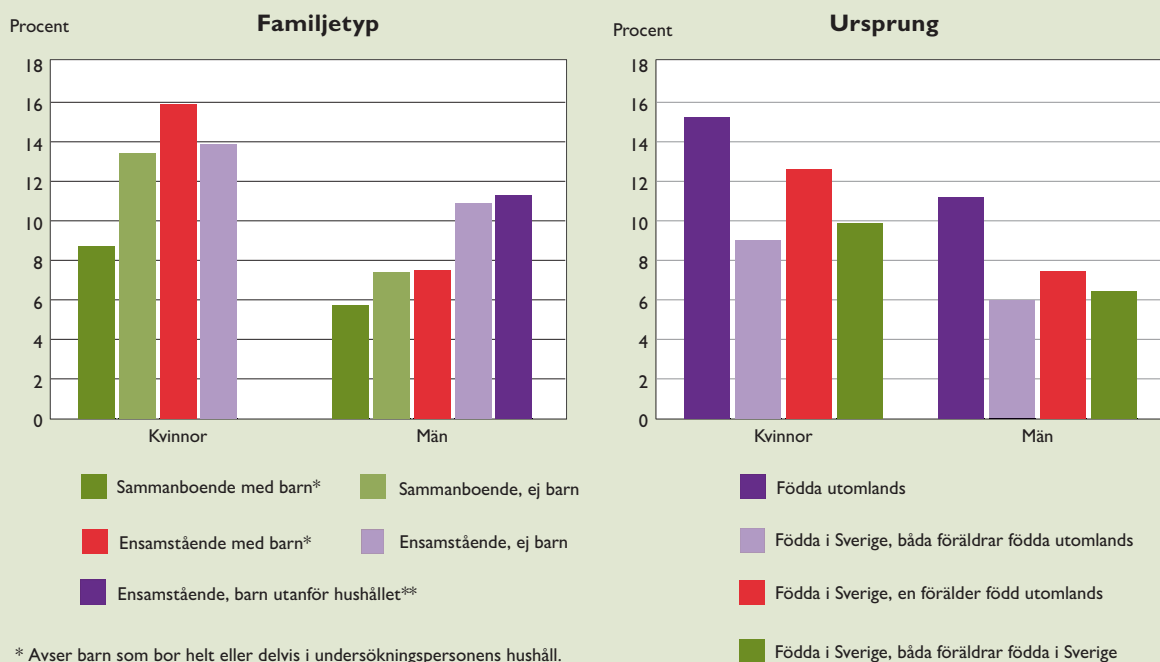
Sämre hälsa bland dem som är utanför arbetsmarknaden

Hälsan har stor betydelse för att man ska kunna arbeta ända fram till pensionen, men också för att man överhuvudtaget ska komma in på arbetsmarknaden. De vanligaste orsakerna till att människor beviljas sjuk- och aktivitetsersättning är värk i rörelseorganen och psykiska besvär [11]. I figur 23 jämförs hälsan åren 2004–2005 mellan

sysselsatta och de som står utanför arbetsmarknaden, nämligen de som har sjuk- eller aktivitetsersättning, är arbetslösa, hemarbetande eller studerande. Svår värk är mycket vanligt bland dem som har sjuk- eller aktivitetsersättning, och ett nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland dem som står utanför arbetsmarknaden än bland sysselsatta. Studenter, både kvinnor och män, har mer besvär än sysselsatta när det gäller det psykiska välbefinnandet men inte när det gäller värk. Andelen rökare och andelen feta är lägre bland sysselsatta och studenter jämfört med övriga grupper.

Figur 22. Nedsatt arbetsförmåga fördelat efter familjetyp och ursprung

Andel (procent) personer i olika familjetyper och med olika ursprung som uppger i hög grad nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Kvinnor och män 35–50 år, åren 2000–2005.



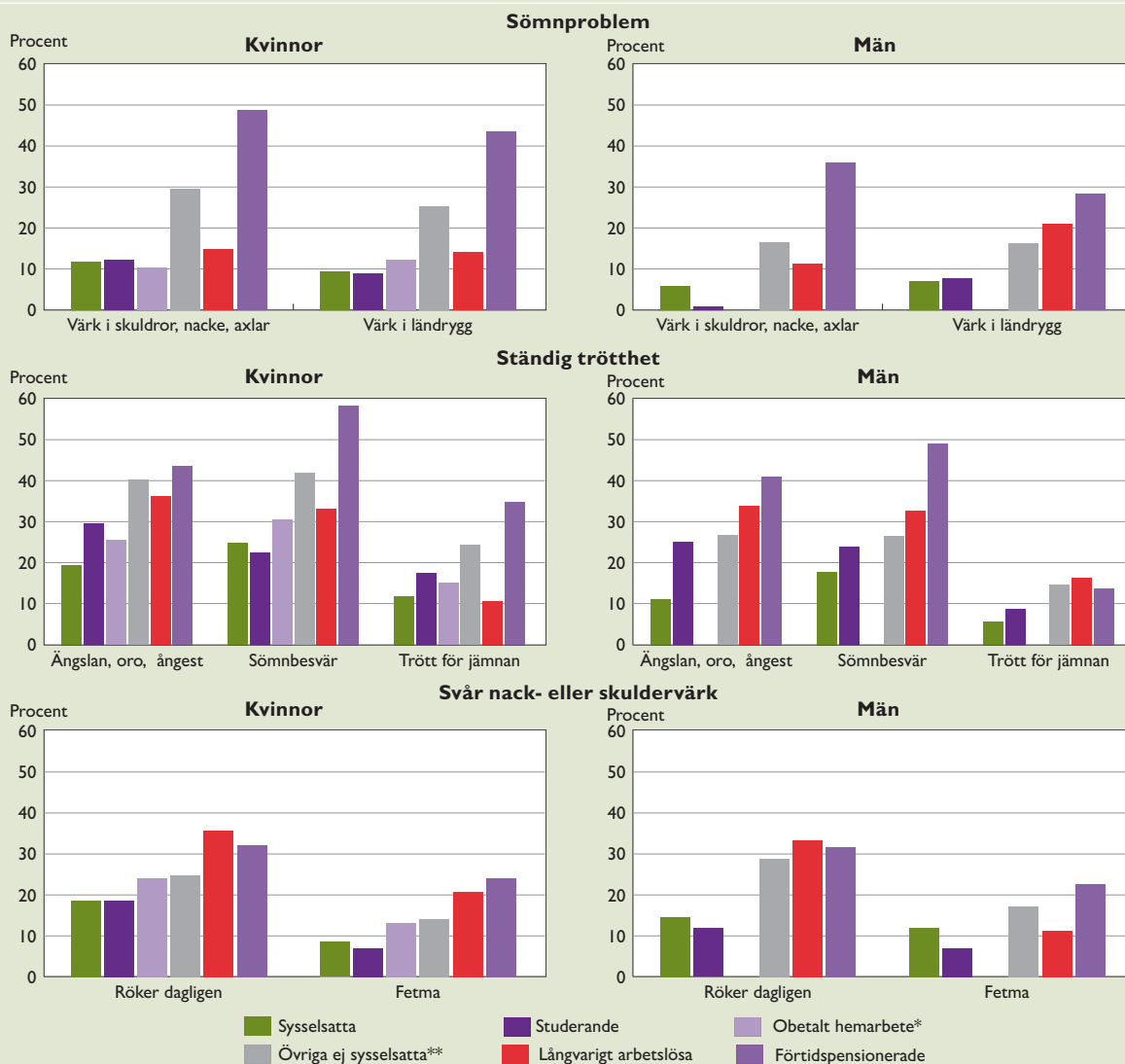
Arbetsmiljö och ohälsa

Förvärvsarbete ger naturligtvis en inkomst, men också en social identitet och ett socialt stöd, något som bidrar till en god hälsa. Nedan diskuteras emellertid endast riskerna i arbetsmiljön eftersom de har studerats mer än arbetets hälsobringande effekter. När man undersöker hur vanliga olika hälsobesvär är bland personer med olika arbetsmiljörelaterade belastningar riskerar dock arbets-

miljöns betydelse att underskattas [12]. Det beror på att de som drabbas av ohälsa i högre grad än andra lämnar sitt arbete och i stället tar ett lättare arbete eller hamnar utanför arbetsmarknaden. En del går också ned i arbetstid när hälsan försämras, vilket är en viktig anledning till att deltidsarbetande män har sämre hälsa än heltidsarbetande [13]. När kvinnor arbetar deltid beror det oftare

Figur 23. Sysselsättning och ohälsa

Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma fördelat efter sysselsättningsstatus. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt åren 2004–2005. Åldersstandardiserat.



*Obetalt hemarbete förekommer nästan bara bland kvinnor.

**Övriga ej sysselsatta är kortvarigt arbetslösa samt personer som inte söker arbete.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

på familjeskäl än på nedsatt arbetsförmåga. Detta medför att det inte finns några tydliga skillnader i ohälsa mellan kvinnor som jobbar heltid och deltid.

Risken att underskatta arbetsmiljöns betydelse för ohälsan gäller i synnerhet om arbetet kräver full fysisk eller psykisk funktionsförmåga. Dålig hälsa kan också leda till att man inte kan ta arbeten som kräver god hälsa. Det innebär att främst starka och friska människor får arbete i vissa krävande arbetsmiljöer. Inte oväntat har de yngsta på arbetsmarknaden, 16–29-åringarna, de fysiskt mest krävande och monotona jobben [14].

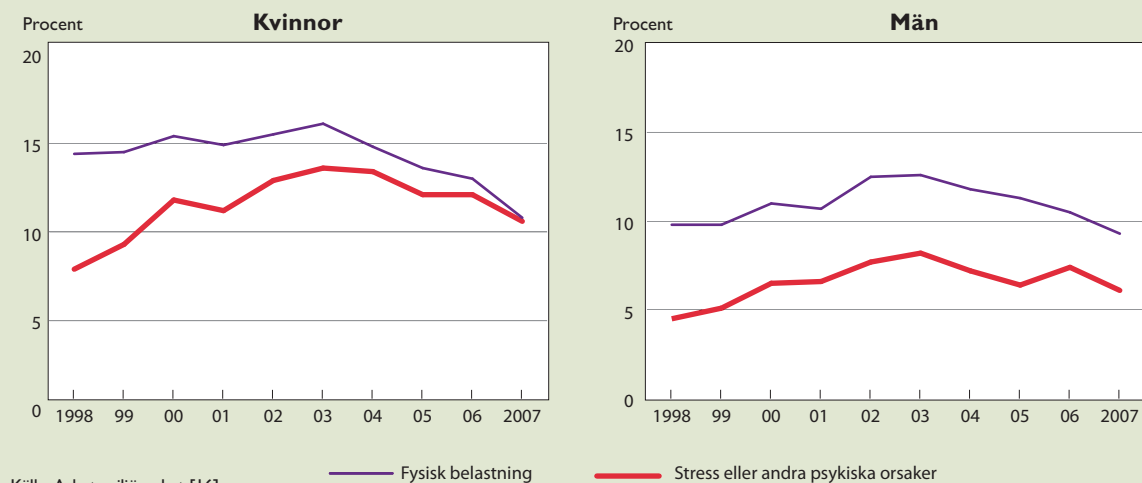
Arbetsmiljöverket genomför varje år intervjuundersökningar [15] där arbetstagare får svara på om de haft några kroppsliga eller andra besvär till följd av arbetet som gjort det svårt att utföra arbetet eller att utföra det dagliga hemarbetet, under

de senaste tolv månaderna. År 2006 svarade 27 procent av kvinnorna och 21 procent av männen att arbetet hade orsakat sådana besvär, och både kvinnor och män uppgav framför allt kroppsliga besvär. Av samtliga sysselsatta uppgav 9 procent att besvären även medfört sjukfrånvaro.

Mellan 1997 och 2003 fördubblades andelen som uppgav stress eller andra psykiska påfrestningar i arbetet som orsak till hälsobesvär, bland både kvinnor och män, men har därefter minskat något (figur 24), visar Arbetsmiljöverkets undersökningar [15]. Även besvär till följd av fysisk belastning ökade fram till 2003 för att sedan minska. I kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär diskuteras hur utvecklingen av nedsatt psykiskt välbefinnande och värk i befolkningen kan relateras till bland annat förändringar av arbetsmiljön.

Figur 24. Orsaker till arbetsrelaterade besvär 1997–2007

Andel (procent) sysselsatta som uppger att de har besvär till följd av fysisk belastning respektive stress eller andra psykiska orsaker på arbetet. Kvinnor och män, perioden 1997–2007.



Många socialsekreterare, kuratorer samt gymnasie- och grundskolelärare anger att *psykiska påfrestningar* har orsakat besvär som gjort det svårt för dem att utföra sitt arbete eller att utföra det dagliga hemarbetet [15]. *Tung manuell hantering* är en vanlig orsak till besvär bland kokerskor, undersköterskor samt byggnads- och anläggningsarbetare. *Påfrestande arbetsställningar* orsakar besvär hos många kvinnor som arbetar som frisörer, kokerskor, undersköterskor samt process- och maskinoperatörer. Bland män är besvär av påfrestande arbetsställningar vanligast bland målare, lackerare, skorstensfejare, byggnadsträarbetare, inredningssnickare och installationstekniker.

Anmällda arbetsskador

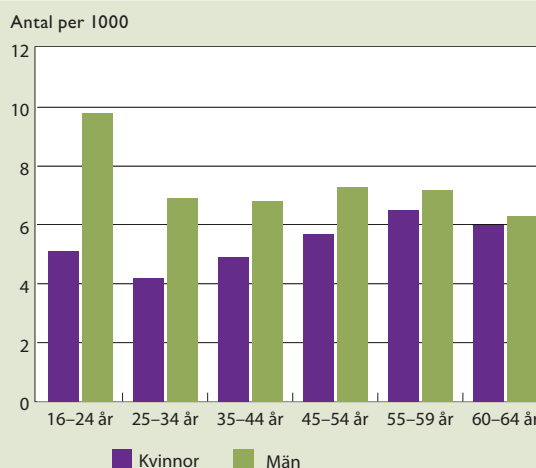
År 2007 registrerades 93 000 arbetsolyckor och 12 000 arbetssjukdomar i den officiella arbetsskadestatistiken [16]. Olyckorna inträffade samma år som de anmälades medan arbetssjukdomar ofta beror på en långvarig skadlig inverkan av arbetsbelastningar.

Omkring 29 000 arbetsolyckor medförde sjukfrånvaro, varav en tredjedel ledde till frånvaro i över 14 dagar. Arbetsolyckorna som leder till frånvaro minskade med 5 procent mellan 2005 och 2007 [16] och det är framför allt olyckor med lång frånvaro som minskar [17]. I en del av byggsektorn har risken för arbetsolyckor emellertid ökat de senaste två åren.

Arbetsolyckor är vanligare bland män än bland kvinnor, och år 2007 inträffade 8 arbetsolyckor per 1 000 förvärvsarbetande män och 5 per 1 000 förvärvsarbetande kvinnor. Högst andel arbetsolyckor återfinns bland män i åldersgruppen 16–24 år (figur 25).

Figur 25. Anmällda arbetsolyckor

Antal anmällda arbetsolycksfall per 1 000 förvärvsarbetande. Kvinnor och män i olika åldrar år 2007. Fall med minst en frånvarodag. Arbetstagare och egenföretagare.



Källa: AVISA, Arbetskraftsundersökningarna (AKU), Arbetsmiljöverket [17]

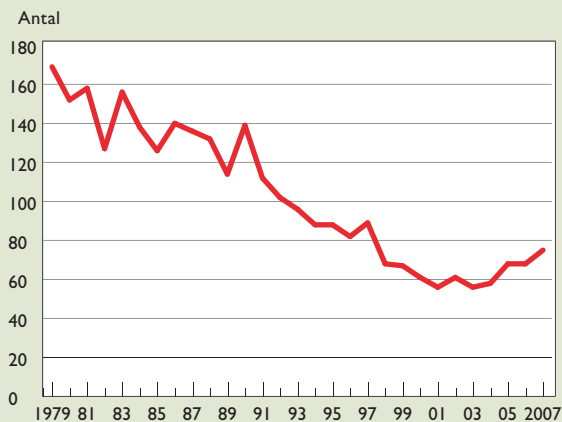
De största riskerna för arbetsolycksfall finns för kvinnor och män i näringsgrenarna trävaruutlverkning, transportmedelstillverkning, stål- och metallframställning, utvinning av mineral och avfallshantering [16].

År 2007 inträffade 75 dödsolyckor bland förvärvsarbetande, vilket motsvarar 1,7 dödsfall per 100 000 sysselsatta. Mer än 90 procent av olycksfallen med dödlig utgång inträffar bland män. Risken att råka ut för en dödsolycka i arbetslivet är störst bland personer över 55 år och näst störst bland personer under 30 år [17]. Risken är också större bland egenföretagare än bland anställda. Den i särklass mest drabbade branschen är jord- och skogsbruk (24 dödsolyckor på 100 000 sysselsatta) och näst vanligast är byggverksamhet (6 dödsolyckor på 100 000 sysselsatta) [17].

Fram till år 2003 minskade det årliga antalet dödsolyckor i arbetslivet (figur 26), men mellan åren 2003 och 2007 ökade antalet dödsolyckor med 35 procent medan antalet förvärvsarbetande ökade med 9 procent. Ökningen av dödsolyckorna tycks ha fortsatt under första halvan av år 2008 [17]. I byggbranschen hade dubbelt så många omkommit under första halvåret 2008 jämfört med samma period 2007. Enligt Arbetsmiljöverket kan denna ökning bero på att många startar egna företag inom bygg- och anläggningsbranschen utan att ha tillräckliga kunskaper i arbetsmiljöfrågor. En annan förklaring är att de stora företagen numera i allt högre grad anlitar mindre företag i sina byggprojekt och att de inte ställer tydliga arbetsmiljökrav på dessa underleverantörer.

Figur 26. Dödsfall till följd av olyckor på arbetsplatser 1979–2007

Antal olycksfall med dödlig utgång på arbetsplatser, perioden 1979–2007*.



* Estoniakatastrofen som inträffade år 1994 är inte inräknad.

Källa: Arbetsmiljöverket

Arbetssjukdomar är vanligare bland kvinnor än bland män, och 2007 anmäldes 3 arbetssjukdomar bland kvinnor jämfört med 2 bland män per 1 000 förvärvsarbetande. Antalet arbetssjukdomar har dock minskat med 54 procent sedan år 2003 då vi hade den senaste toppen, och minskningen är lika stor för kvinnor som för män [16].

Risken för arbetssjukdomar ökar med åldern. Den vanligaste orsaken till arbetssjukdomar är fysisk belastning, vilket ligger bakom 50–60 procent av alla anmälda arbetssjukdomar bland både kvinnor och män [18]. Bland kvinnor var psykosociala och organisatoriska faktorer den näst vanligaste orsaken, och de stod för var tredje arbetsjukdom. Buller var näst vanligast bland män (16 procent). Kemiska och biologiska ämnen orsakar 8–9 procent av arbetssjukdomarna bland både kvinnor och män.

Risken för att drabbas av någon arbetssjukdom varierar i olika näringsgrenar, men för kvinnor är risken i särklass störst inom transportmedelstillverkning (14 per 100 000 förvärvsarbetande). Bland män är risken störst vid stål- och metallframställning (7 per 100 000). Vid jämförelse mellan olika yrken visar det sig att kvinnliga montörer har störst risk att råka ut för en arbetsjukdom [16].

Referenser

1. Stanfors M. *Education, labor force participation and changing fertility patterns. A study of women and socioeconomic change in twentieth century Sweden*. [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds Universitet, Department of Economic History; 2003.
2. Benshlomo Y, Smith GD, Shipley M, Marmot MG. Magnitude and Causes of Mortality Differences between Married and Unmarried Men. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1993;47(3):200–5.
3. Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, Ekblom A, Pavia M, Adami HO. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. *The New England Journal of Medicine*. 1994 Jul 7;331(1):5–9.
4. Skjöld C. Arbetets fysiska krav påverkar motionsvanorna. *Välfärd*. 2007(3):12–3.
5. Gillen M, Yen IH, Trupin L, Swig L, Rugulies R, Mullen K, et al. The association of socioeconomic status and psychosocial and physical workplace factors with musculoskeletal injury in hospital workers. *Am J Ind Med*. 2007 Apr;50(4):245–60.
6. Aittomäki A, Lahelma E, Rahkonen O, Leino-Arjas P, Martikainen P. The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *Eur J Public Health*. 2007 Apr;17(2):145–50.
7. Ringbäck Weitoft G, Haglund B, Rosén M. Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet*. 2000;355:1215–19.
8. Ringbäck Weitoft G, Haglund B, Hjern A, Rosén M. Mortality, severe morbidity and injury among long-term lone mothers in Sweden. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31:573–80.
9. Fritzell S, Ringbäck Weitoft G, Fritzell J, Burström B. From macro to micro: The health of lone mothers during changing economic circumstances. *Social Science and Medicine*. 2007;65:2474–88.
10. Ringbäck Weitoft G, Burström B, Rosén R. Premature mortality among lone fathers and childless men. *Social Science and Medicine*. 2004;59:1449–59.
11. Försäkringskassan. *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2006 2007*. Statistik 2007:2.
12. Garcia A, Checkoway H. A glossary for research in occupational health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;57:7–10.
13. Hemström Ö. Does the work environment contribute to excess male mortality? *Social science & medicine*. 1999 Oct;49(7):879–94.
14. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 2007*. Stockholm: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån, 2008. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:4.
15. Arbetsmiljöverket. *Arbetsorsakade besvär 2006*. Arbetsmiljöverket, Statistiska centralbyrån, 2006. Statistiska meddelanden AM 43 SM 0601.
16. Arbetsmiljöverket. *Arbetskador 2007 preliminära uppgifter*. Solna: 2008. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:2.
17. Arbetsmiljöverket. *Analys av utveckling av dödsfall till följd av olyckor på arbetsplatser*. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2008.
18. Arbetsmiljöverket. *Statistik om belastningsergonomi*. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2007. Arbetsmiljöstatistik, rapport 2007:6.

Äldres hälsa

Sammanfattning

Över 17 procent av Sveriges befolkning, eller ungefär 1,6 miljoner människor, är 65 år eller äldre. De äldres andel i befolkningen har ökat i mer än ett sekel och beräknas fortsätta att öka till följd av att medellivslängden ökat och stora årskullar nu når pensionsåldern. Bland dem som uppnått 65 års ålder hade kvinnor år 2007 i genomsnitt 21 år kvar att leva och män hade 18 år kvar.

De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Risken att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt har minskat och insjuknandet har förskjutits till högre åldrar. Insjuknandet i cancer har däremot ökat, medan dödligheten har minskat. Detta beror på att cancer oftare upptäcks på ett tidigt stadium samt att behandlingarna mot cancer har blivit effektivare. De vanligaste cancerformerna bland äldre är prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer samt lungcancer.

Andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat, men bland kvinnorna är det framförallt de yngre pensionärerna som rapporterar bättre hälsa. Bland männen har förbättringar av det allmänna hälsotillståndet skett i alla åldersgrupper enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden. Andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom har ökat, medan andelen som har sjukdomar eller besvär som hindrar deras dagliga liv har minskat. Andelen som har nedsatt rörelseförmåga har minskat sedan 1980-talet, medan värkbesvär är ungefär lika vanligt.

Besvär med ångslan och oro samt sömnbesvär är vanligt förekommande bland de äldre, och liksom i yngre åldrar vanligare bland kvinnor än bland män. Bland de allra äldsta, 85 år och äldre, rapporterar var tredje kvinna och närmare var femte man att de besväras av ångslan, oro eller ångest. Kvinnor konsumerar också betydligt mer psykofarmaka än män. Dock är det fler män än kvinnor som begår självmord. En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år.

I Sverige beräknas 142 000 personer lida av en demenssjukdom. Det finns fler dementa kvinnor än män, dels beroende på att kvinnor löper högre risk att drabbas, dels för att deras andel i befolkningen är högre än männens i de äldsta åldersgrupperna.

Varje år drabbas ungefär var tredje person som är 60 år eller äldre av en fallolycka, och varannan person över 80 år. Frakturer i handleden är vanligt bland yngre pensionärer, medan höftfrakturer oftast drabbar de allra äldsta.

Dagens äldre motionerar betydligt mer än tidigare generationer. Andelen som ägnar sig åt trädgårdsarbete, promenader eller strövar i skog och mark har också ökat.

Rökning har sedan länge minskat bland äldre män men däremot inte bland äldre kvinnor. Detta avspeglar sig i förekomsten av lungcancer som har ökat bland kvinnor och minskat bland män. Personer över pensionsåldern dricker mindre alkohol än yngre åldersgrupper.

Över hälften av både kvinnor och män över pensionsåldern är överviktiga. Övervikt är vanligare bland äldre än i yngre åldersgrupper, men förekomsten har inte ökat lika mycket bland de äldre som bland yngre. Bland de äldsta finns också många underviktiga, och en ofrivillig viktförlust bland äldre kan vara ett tecken på undernäring eller sjukdom.

Efter 80 års ålder blir det snabbt vanligare att man får svårt att sköta sin personliga omvårdnad, och i åldrarna 85 år och däröver behöver närmare hälften av kvinnorna och drygt en tredjedel av männen hjälp med den personliga omvårdnaden. Förmågan att klara vardagliga aktiviteter påverkas inte bara av den kroppsliga funktionsförmågan, utan beror också på omgivningsfaktorer som boendeform, avstånd till affärer och tillgång till hjälpmedel.

Allt fler äldre bor kvar i eget boende högt upp i åldrarna, vilket inte enbart beror på ett mindre behov av vård och omsorg. Antalet platser i särskilda boenden har minskat kraftigt och motsvarar i dag inte antalet behövande. I stället har det blivit vanligare att man får hjälp av anhöriga. Kvinnor

lever oftast längre än sin äldre make och hjälper honom under hans sista år, och därför är det oftast ensamstående kvinnor som på äldre dagar behöver kommunala omsorgsinsatser.

Inledning

I detta kapitel betraktas åldrarna från 65 och över något kategoriskt som ”pensionsåldern”. I verkligheten varierar åldern för pensionering, även om pension vid 65 års ålder fortfarande är det vanligaste. Det biologiska åldrandet följer inte heller någon fast kronologisk ålder, utan olika människor åldras i olika takt beroende av miljöfaktorer och genetiska förutsättningar.

Dagens ålderspensionärer är födda under 1900-talets fyra första årtionden och har upplevt det moderna samhället och den svenska välfärden växa fram. De äldsta pensionärerna har upplevt två världskrig och 1930-talets depression. De yngsta var barn under andra världskriget och har levt större delen av sina liv under efterkrigstidens välfärdsutveckling. I dag kan de flesta som går i pension i Sverige se fram emot många relativt friska år, ett fortsatt aktivt liv med socialt deltagande och förhållandevis hög levnadsstandard. Denna period i livet brukar kallas ”den tredje åldern”. De flesta får också uppleva ”den fjärde åldern” – då sjukdomar och funktionsnedsättningar sätter gränser för hur man klarar sin vardag – men den livsfasen har förskjutits högre upp i åldrarna. I befolkningen ser man inget kraftigt ökat behov av hjälpinsatser från andra förrän i 80-årsåldern. I livets slutskede drabbas de flesta dock av allt fler hälsoproblem vilket ger upphov till en stor efterfrågan på vård och omsorg. Endast en minoritet av de äldre avlider hastigt utan att få några påtagliga hälsoproblem [1, 2].

Över 17 procent av Sveriges befolkning, eller ungefär 1,6 miljoner människor, är 65 år eller äldre. De äldres andel i befolkningen har ökat och beräknas fortsätta öka till följd av att medellivslängden har ökat och att stora årskullar nu når pensionsåldern. År 2030 beräknas drygt var femte svensk vara ålderspensionär.

En åldrande befolkning innebär ett stort behov av välfungerande hälso- och sjukvård samt social omvårdnad. I genomsnitt tillbringas de sista två åren i livet i omsorg, och mycket talar för att de kommunala hjälpinsatserna redan i dag är otillräckliga för de allra äldsta [1].

Dödsorsaker bland äldre

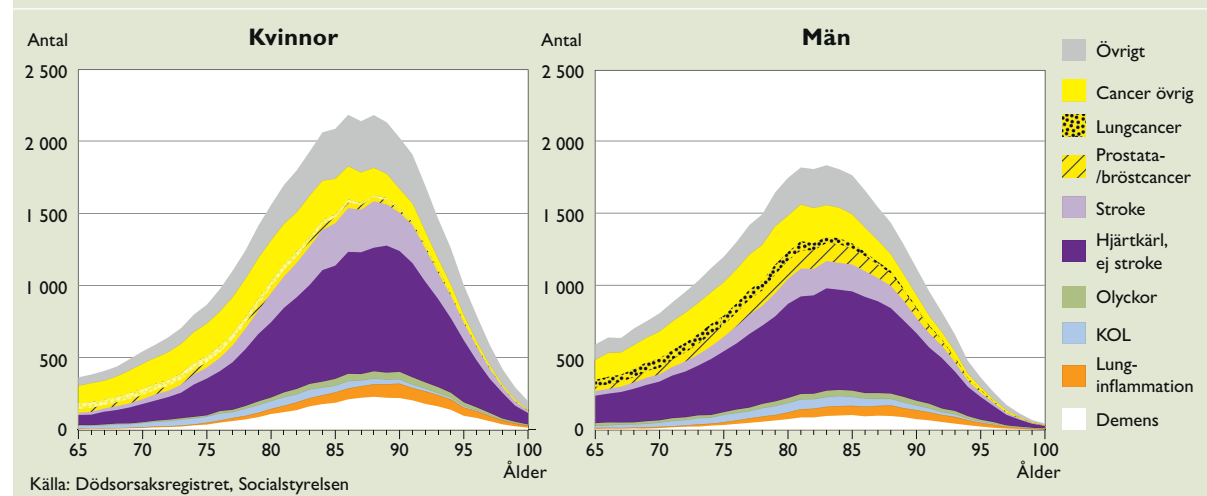
De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer (figur 1). De flesta cancerdödsfallen bland äldre inträffar vid något yngre åldrar än dödsfallen i hjärt- och kärlsjuk-

dom. Dödsfall i prostatacancer, som är den vanligaste cancersjukdomen bland män, inträffar dock oftast först efter 80 års ålder. Bland de äldsta är demens en vanlig dödsorsak, likaså lunginflammation som drabbar sköra äldre personer betydligt hårdare än yngre, och inte sällan får ett dödligt förlopp. Den vanligaste dödsåldern för kvinnor är 87 år och för män 82 år.

Figur 2a och 2b visar dödlighetsutvecklingen från 1952 till 2006. Bland kvinnor har dödligheten minskat i stort sett kontinuerligt, både i åldersgruppen 65–74 år och bland 75 år och äldre. Bland männen har däremot dödligheten minskat kontinuerligt endast bland de äldsta männen, och i gruppen 65–74 år var dödligheten i stort sett oförändrad mellan 1952 och 1980. Hjärt- och kärl dödligheten ökade till och med bland 65–74 åriga män under 1950-, 1960- och 1970-talet. Först i början av 1980-talet sjönk dödligheten bland 65–74 åriga män, framför allt på grund av att dödligheten i

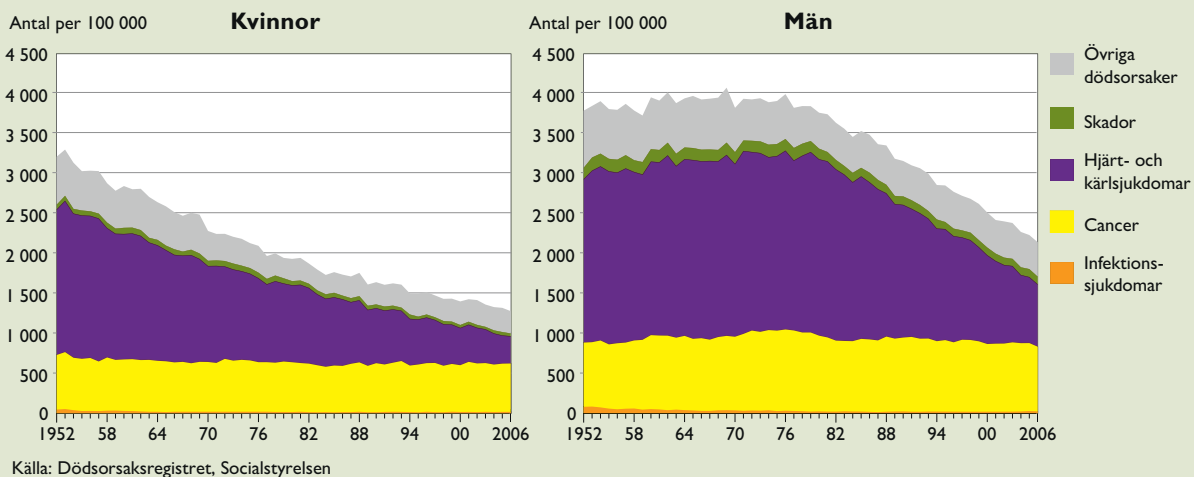
Figur 1. Åldersmönster för dödsorsaker bland äldre

Antal döda efter dödsorsak och ålder. Genomsnitt för åren 2000–06. Kvinnor respektive män 65 år och äldre.



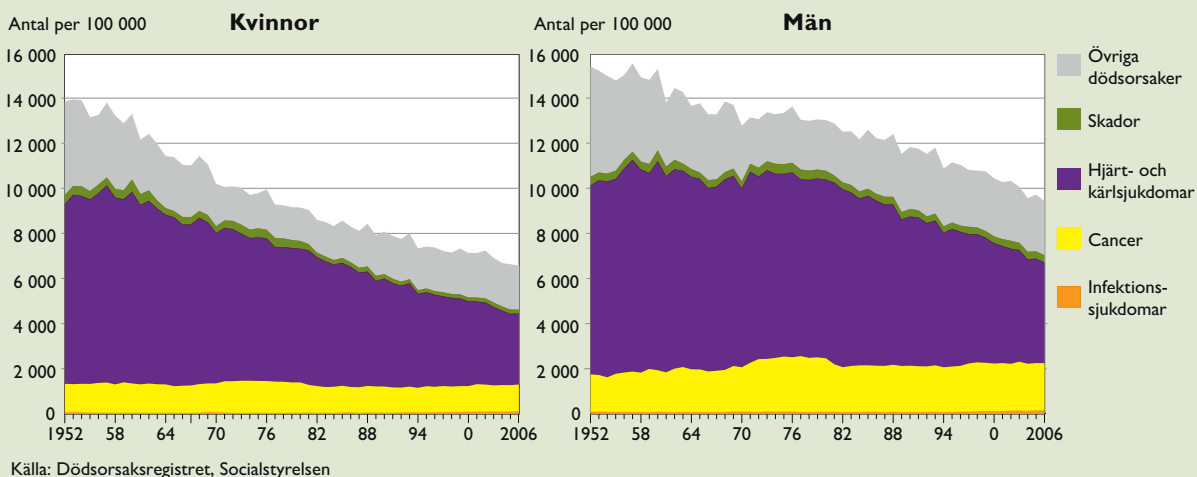
Figur 2a. Dödsorsaker bland personer 65–74 år

Antal döda per 100 000 och år uppdelat efter dödsorsak. Kvinnor och män 65–74 år, perioden 1952–2006. Observera olika skalor på y-axeln i figur 2a och 2b.



Figur 2b. Dödsorsaker bland personer 75 år och äldre

Antal döda per 100 000 och år uppdelat efter dödsorsak. Kvinnor och män 75 år och äldre, perioden 1952–2006.



hjärt- och kärlsjukdomar minskade kraftigt. Motsvarande dödlighetsutveckling som för 65–74 åriga män finner man också för män i medelåldern (se kapitlet om förvärvsaktiv ålder).

Hjärt- och kärlsjukdomar var tidigare den helt dominerande dödsorsaken bland äldre kvinnor och män, men cancers relativa betydelse som dödsorsak har ökat i takt med den kraftiga minskningen av hjärt- och kärlsjukdomar. År 2005 var det ungefär lika vanligt att dö i en cancer som i en hjärt- eller kärlsjukdom bland män i åldern 65–74. Bland kvinnor i samma åldersgrupp var det vanligare att dö i cancer än i en hjärt- eller kärlsjukdom. I åldersgruppen 75+ dominerar fortfarande hjärt- och kärlsjukdomarna som dödsorsak.

Förväntad livslängd bland äldre

År 2007 var medellivslängden 83 år för kvinnor och 79 år för män. Fram till år 2050 beräknas medellivslängden öka ytterligare, till 86 år för kvinnor och 84 år för män [2].

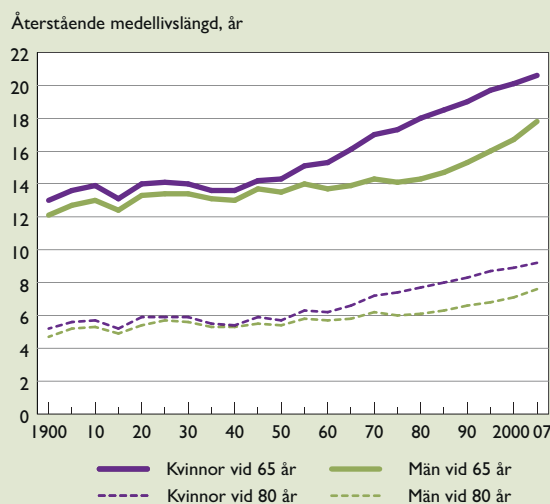
Den återstående livslängden för dem som uppnått 65 års ålder beräknas vara i genomsnitt 21 år för kvinnor och 18 år för män, om 2007 års risker att dö vid varje given ålder fortsätter att gälla. Bara sedan år 1990 har livet efter ålderspensionen förlängts med 1,6 år för kvinnor och 2,6 år för män. Sannolikt fortsätter dock dödsriskerna att sjunka och dagens 65-åringar kommer då troligen att leva ännu längre. Den återstående medellivslängden har ökat kraftigt även bland personer som uppnått 80 års ålder och är nu 9 år för kvinnor och 8 år för män. Kvinnors andel av befolkningen ökar också ju högre upp i åldrarna man kommer. Vid 62 års ålder finns det lika många män som kvinnor, men i befolkningen över 65 år är 56 procent kvinnor och vid 80 år och över är kvinnor-

na närmare dubbelt så många som männen (1,8 kvinnor per man).

Könsskillnaden i den återstående medellivslängden är tre år vid 65 års ålder. Under första halvan av 1900-talet var könsskillnaden mycket liten (figur 3), men sedan 1950-talet har 65-åriga kvinnors återstående medellivslängd ökat snabbare än mäns. Könsskillnaden i livslängd bland de äldre var som störst omkring år 1980. Under 1960- och 1970-talet ökade könsskillnaden i återstående medellivslängd och har minskat sedan 1980. Denna utveckling beror främst på den ovan beskrivna könsskillnaden i hjärt- och kärl dödlighet.

Figur 3. Återstående medellivslängd 1900–2007

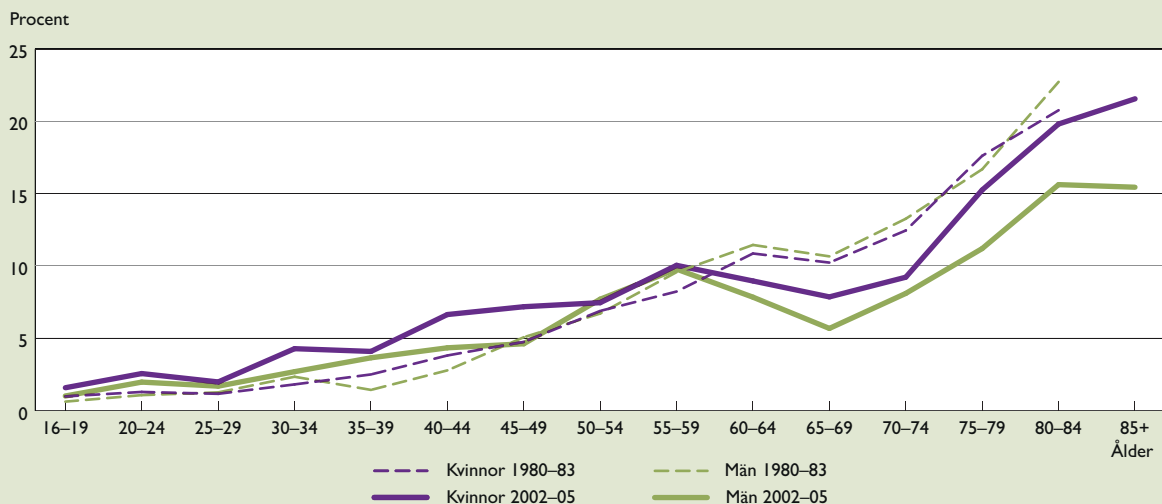
Återstående medellivslängd (antal år) vid 65 års ålder och vid 80 års ålder. Kvinnor och män, perioden 1900–2007.



Källa: Befolkningsframskrivningar, SCB

Figur 4. Dåligt allmänt hälsotillstånd

Andel (procent) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt* efter ålder. Kvinnor och män 16+ år, åren 1980–83** respektive 2002–05. Direkt och indirekt intervjuade



* År 1996 ändrades svarsalternativen från "Dåligt" till "Dåligt" och "Mycket dåligt".

** Perioden 1980-83 ingick bara personer upp till 84 år i undersökningen.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Hälsan upplevs som bättre utom bland de äldsta

En människa kan uppleva sin hälsa som bra eller dålig oavsett om hon eller han har några sjukdomar eller inte. Den subjektiva upplevelsen av hälsa påverkas bland annat av vilka krav man ställer på den egna hälsan och vilka referensramar man har. Äldre personer har till exempel i allmänhet lägre krav än yngre på vad man betraktar som "god hälsa" [3]. I takt med att man blir äldre och får fler sjukdomar och funktionsnedsättningar upp-

lever dock allt fler sin hälsa som dålig. Ett undantag är åldern 65–69 år, då människor i genomsnitt uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som bättre än i åldern 60–64 år (figur 4). Denna förbättring vid övergången till pensionsåldern är tydligare för kvinnor än för män, och tydligare i dag än för tjugo år sedan. Arbetare upplever också en större förbättring av sitt allmänna hälsotillstånd än tjänstemän (se kapitlet Folkhälsan i översikt).

Dataunderlag

I detta kapitel redovisas resultat från bland annat Statistiska centralbyråns intervjuundersökningar av levnadsförhållanden (ULF) och Undersökningen om äldres levnadsvillkor (SWEOLD). I ULF finns årlig information om personer upp till 84 år, men för personer äldre än 84 år bara för 1988–89 och år 2002 och framåt, och därför går det inte att visa någon kontinuerlig trend för dem. I figurerna resulterar det i att åldersgrupperna upp till 84 år kan visas som heldragna linjer medan åldersgruppen 85+ visas som punkter eller mycket korta linjer. SWEOLD-undersökningen saknar övre åldersgräns och utfördes åren 1992, 2002 och 2004.

Ett problem vid urvalsundersökningar om hälsa är att människorna med den sämsta hälsan av olika skäl inte deltar i undersökningen. De faktiska hälsoförhållandena i befolkningen är därför sannolikt något sämre än statistiken visar. Eftersom undersökningarna upprepas på ett likartat sätt, med samma brister, kan man ändå uttala sig om hur hälsan har förändrats i befolkningen mellan olika tidpunkter.

Bland de äldre kan till exempel demens eller andra sjukdomar hindra en del från att själva besvara frågorna i undersökningen. Ibland svarar då någon anhörig i intervjupersonens ställe, så kallad indirekt intervju. I detta avsnitt har indirekt intervjuade inkluderats i de flesta analyser. Undantag är till exempel frågor om värk, som bedömts svåra att besvara i en annan persons ställe. I ULF är endast några få procent av intervjuerna indirekta förutom i den äldsta åldersgruppen (85+), där de är omkring 20 procent.

Figur 5 visar att det mellan åren 1980 och 2005 blev vanligare att skatta sitt allmänna hälsotillstånd som gott, utom bland kvinnor över 75 år. Sedan slutet av 1990-talet är det snarare en allt mindre andel kvinnor över 75 år som upplever ett gott allmänt hälsotillstånd. Sett över hela perioden 1980–2005 har andelen som uppger ett gott allmänt hälsotillstånd inte heller ökat bland kvinnor över 75 år. En annan befolkningsbaserad undersökning, SWEOLD, har visat en försämring även bland de äldsta männen (77+) vilkas hälsa försämrades mellan två mätningstillfällen, åren 1992 och 2002.

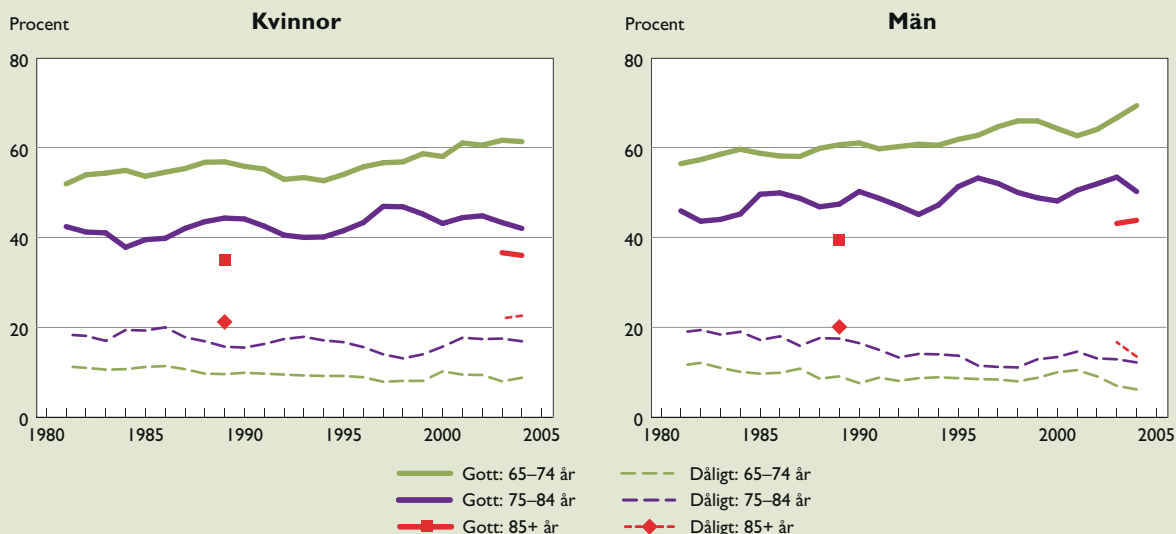
Hjälpbehoven ökar snabbt efter 80 års ålder

Förmågan att klara vardagliga aktiviteter beror inte bara på den kroppsliga funktionsförmågan utan också på omgivningsfaktorer som boendeform, avstånd till affärer och tillgång till hjälpmedel.

Kvinnor uppger oftare än män att de har problem med att städa och handla mat (tabell 1), det vill säga sysslor som är tunga och kräver muskelstyrka. Tidigare uppgav äldre män betydligt oftare än kvinnor att de behövde hjälp med matlagning. Denna könsskillnad beror sannolikt mer på bristande vana och kunskap än problem med kroppslig funktion, och har nästan försvunnit de senaste åren [4]. Fram till mitten av 1990-talet fick de äldre något bättre förmåga att klara matinköp, matlagning och städning men därefter har inga förbättringar skett.

Figur 5. Allmänt hälsotillstånd

Andel (procent) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott respektive dåligt*. Kvinnor och män 65–74 år och 75–84 år perioden 1980–2005** samt 85+ år åren 1988/89*** och 2002–2005**. Direkt och indirekt intervjuade.



* År 1996 ändrades svarsalternativen från "Gott" till "Gott" och "Mycket gott" respektive från "Dåligt" till "Dåligt" och "Mycket dåligt".

**Treårs glidande medelvärde

*** Avser genomsnitt för åren 1988 och 1989.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tabell 1. Behov av hjälp med matinköp, matlagning respektive städning

Andel (procent) som behöver hjälp med inköp av livsmedel, matlagning och städning. Kvinnor och män 75–84 år och 85+ år, genomsnitt för åren 2002–2005. Direkt och indirekt intervjuade.

Hjälpinsats	Åldersgrupp år	Kvinnor	Män
		Procent	
Matinköp	75–84	27	15
	85+	60	47
Matlagning	75–84	13	16
	85+	40	40
Städning	75–84	30	20
	85+	66	51

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

ADL, *aktiviteter i dagligt liv*, är ett uttryck som beskriver förmågan att klara de vardagliga aktiviteterna. Personlig ADL gäller förmågan att klara sin egen omvårdnad som att stiga upp och lägga sig, klä sig, äta själv samt sköta daglig hygien och toalettbesök. Instrumentell ADL (IADL) gäller vardagssysslor som matinköp, matlagning, städning samt transporter.

Svårigheter att klara den personliga omvårdnaden (personlig ADL) blir vanliga först vid mycket hög ålder, och de första svårigheterna brukar gälla att bada och duscha. Få behöver hjälp med den egna omvårdnaden före 80 års ålder, men därefter sti-

ger andelen som behöver hjälp snabbt med ökande ålder (tabell 2). I åldrarna 85 år och däröver behöver 44 procent av kvinnorna och 36 procent av männen hjälp med sin personliga omvårdnad. Andelen som behöver hjälp med bad eller dusch, av- och påklädning eller stiga upp och lägga sig har inte förändrats nämnvärt de senaste två decennierna.

Tabell 2. Behöver hjälp med den egna omvårdnaden (personlig ADL)

Andel (procent) som behöver hjälp med en eller flera av följande sysslor: Stiga upp/lägga sig, klä sig, äta, sköta sin dagliga hygien och sina toalettbesök. Kvinnor och män 69+ år fördelat efter ålder, år 2004. Direkt och indirekt intervjuade.

Åldersgrupp år	Kvinnor	Män
	Procent	
69–74	4	4
75–79	8	9
80–84	21	14
85+	44	36

Källa: SWEOLD/Aging Research Center (ARC)

Folksjukdomar och funktionsnedsättningar

Vi lever allt längre, men är det friska år som läggs till livet eller är det år med svåra hälsoproblem? Det finns tre dominerande hypoteser om den ökade livslängdens samband med ohälsa. Den första är att sjukligheten kommer senare i livet och under en kortare period av livet, så att friska levnadsår ersätter sjukdomsår och den tid före döden som man lever med sjukdomar och funktionsnedsättningar förkortas. Den andra hypotesen innebär att sjuklighet drabbar oss under en lika lång period i slutet av livet, men att perioden skjuts upp till en allt högre ålder. Den tredje går ut på

att den ökade livslängden även innebär en längre tid med ohälsa och besvär. I dag finns inget definitiva svar på vilken av dessa hypoteser som är sann. Flera av de stora folksjukdomarna har dock förskjutits högre upp i åldrarna samtidigt som en mindre andel i varje given ålder anger att de har hindrande sjukdomar och besvär.

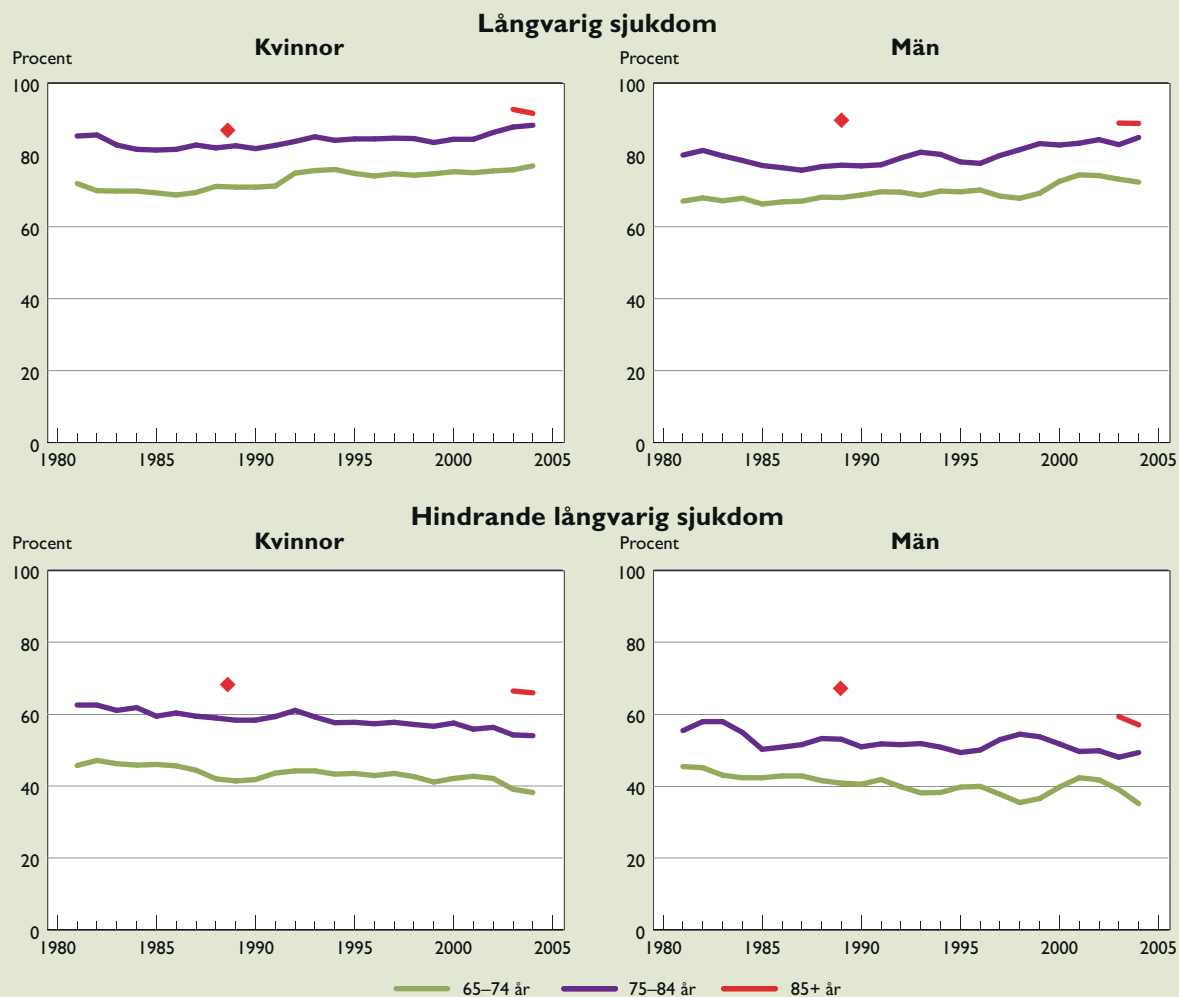
Enligt de senaste decenniernas ULF-undersökningar ökar andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom, något besvär efter olycksfall, ett handikapp eller någon annan svaghet. Däremot har andelen med sjukdomar eller besvär som hindrar deras dagliga liv minskat. Det verkar alltså som om antalet sjukdomar har ökat, medan de sjukdomar som är förknippade med hinder och funktionsnedsättningar har minskat (figur 6) [5]. Det totala uttaget av receptbelagda läkemedel har också ökat, enligt uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Sammantaget skulle detta kunna tyda på att fler diagnoser ställs än tidigare.

Det kan finnas flera förklaringar till denna utveckling. En förklaring skulle kunna vara att sjukdomarna har blivit fler, men att den tekniska utvecklingen och förbättringar i bostäderna och närmiljön gör att de sjuka i mindre utsträckning än tidigare upplever några hinder och funktionsnedsättningar. Även förbättrade behandlingsmetoder inom vården skulle kunna medföra att de som drabbats av en sjukdom inte har lika stora besvär av den som tidigare.

En annan tänkbar förklaring är att de sjuka egentligen inte har blivit fler, utan att det bara är fler som upptäcks och får en diagnos i ett tidigt skede. Exempelvis har förekomsten av prostatacancer ökat kraftigt i befolkningen samtidigt som vården har infört en ny diagnostisk metod. Det har också blivit vanligare att äldre behandlas för

Figur 6. Långvariga sjukdomar och besvär

Andel (procent) som har någon långvarig sjukdom eller något besvär efter en olycka respektive andelen som hindras i olika sysselsättningar på grund av sjukdomen eller besväret. Kvinnor och män 65–74 år och 75–84 år perioden 1980–2005* samt 85+ år, åren 1988/89** och 2002–2005*. Direkt och indirekt intervjuade.



* Glidande treårsmedelvärde.

** Avser genomsnitt för åren 1988 och 1989.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

benskörhet (osteoporos) för att förebygga frakturer, vilket kan innebära att de i högre utsträckning uppfattar benskörhet som en sjukdom. Ökningen av antalet sjuka kan alltså bero på att befolkningen har blivit mer medveten om en viss sjukdom, eller att vårdpersonalen oftare eftersöker och behandlar riskfaktorer eller sjukdomar i ett tidigt skede. Fler sjukdomar bland de äldre behöver med andra ord inte innebära att de har blivit sjukare.

Rörelseförmåga och värk i rörelseorganen

En god rörelseförmåga är av central betydelse för att kunna klara sig på egen hand, och för en god rörelseförmåga krävs olika kroppsfunktioner såsom muskelstyrka, balans, koordination och kondition. Rörelseförmågan kan också minska på grund av värk, vilket är vanligt bland äldre. Andelen personer som har svårt att röra sig ökar med åldern (tabell 3), och kvinnor har sämre rörelseförmåga än män. I ULF-undersökningarna anger 64 procent av kvinnorna och 51 procent av männen i åldersgruppen 85+ så svåra rörelsehinder att de behöver något hjälpmedel.

Tabell 3. Nedsatt rörelseförmåga och svårt rörelsehinder

Andel (procent) med nedsatt rörelseförmåga* och svårt rörelsehinder**. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år respektive 85 år +, genomsnitt för åren 2002–05. Direkt och indirekt intervjuade.

Åldersgrupp	Nedsatt rörelseförmåga		Svårt rörelsehinder	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
år	Procent		Procent	
65–74	42	30	15	11
75–84	71	52	37	26
85+	90	83	64	51

* Nedsatt rörelseförmåga innebär att man inte kan springa en kortare sträcka och heller inte kan stiga på en buss obehindrat eller ta en kortare promenad.

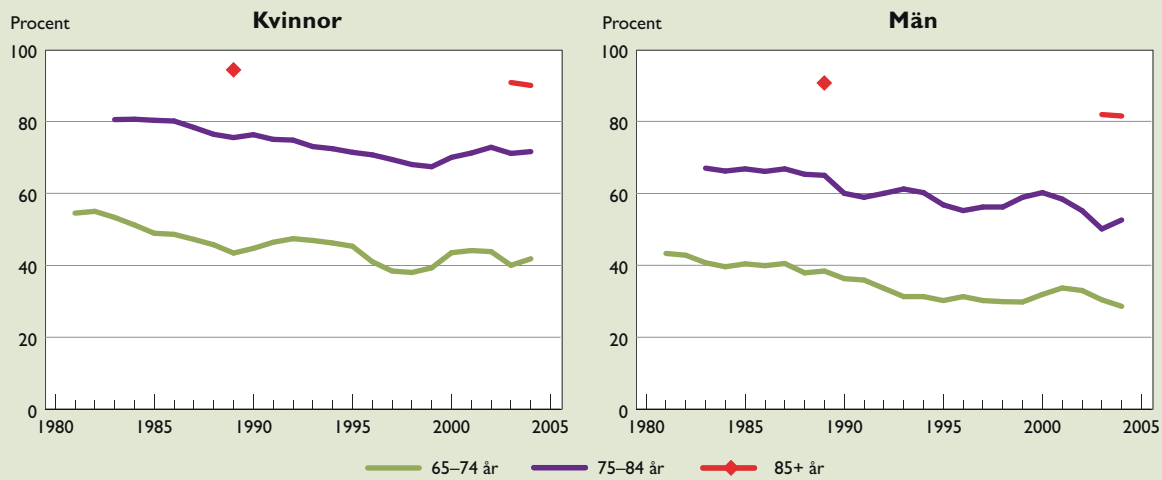
** Svårt rörelsehinder innebär att man behöver hjälpmedel för att kunna förflytta sig utomhus eller inomhus. Personer med ett svårt rörelsehinder ingår även i gruppen med nedsatt rörelseförmåga.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Enligt ULF-undersökningarna har de äldres rörelseförmåga förbättrats påtagligt och andelen kvinnor och män med nedsatt rörelseförmåga har minskat sedan 1980-talet, både bland yngre och äldre pensionärer (figur 7). Även andelen som har ett så svårt rörelsehinder att de behöver hjälpmedel har minskat. En del av förklaringen till detta skulle kunna vara minskat insjuknande i stroke, att färre i åldersgrupperna under 84 år drabbas av höftfrakturer samt att vården har gjort många höft- och knäledsoperationer under senare år [6].

Figur 7. Nedsatt rörelseförmåga

Andel (procent) med nedsatt rörelseförmåga*. Kvinnor och män 65–74 år och 75–84 år perioden 1980–2005** samt 85+ år åren 1988/89***, 2002–2005**. Direkt och indirekt intervjuade.



* Nedsatt rörelseförmåga innebär att man inte kan springa en kortare sträcka och dessutom inte kan stiga på en buss obehindrat eller ta en kortare promenad.

** Glidande treårsmedelvärde. Åren 1980–1981 ingick bara personer upp till 74 års ålder i undersökningen. Åren 1982–1987 och 1990–2001 ingick personer upp till 84 års ålder. Åren 1988–1989 och 2002–2005 fanns ingen övre åldersgräns.

*** Avser genomsnitt för åren 1988 och 1989.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Det finns få undersökningar på befolkningsnivå där man testat människors funktionsförmåga och rörlighet, men i SWEOLD har intervjupersonerna fått genomgå flera enkla funktionstester. Vid dessa tester, liksom i intervjufrågorna, har andelen med någon funktionsnedsättning ökat mellan

undersökningstillfällena år 1992 och 2002 (tabell 4). Vid båda tillfällena hade kvinnor både sämre testad funktionsförmåga och sämre självrapporterad rörelseförmåga jämfört med män [7].

Tabell 4. Testad respektive självrapporterad nedsatt rörelseförmåga

Andel (procent) med testad respektive självrapporterad nedsatt rörelseförmåga. Kvinnor och män 77–79 år, 80–84 år och 85+ år, åren 1992 och 2002. Endast direktintervjuade.

Kön	Nedsatt testad funktionsförmåga (1)		Nedsatt självrapporterad rörelseförmåga (2)	
	1992	2002	1992	2002
Kvinnor				
77–79	48	38	44	53
80–84	50	65 *	51	67 **
85+	70	73	69	75
Alla	56	63	56	68 **
Män				
77–79	26	44	26	35
80–84	37	47	32	49 *
85+	57	58	69	64
Alla	39	50 *	41	51 *

Signifikansnivå för test av förändring mellan åren: *5% **1%.

(1) Nedsatt testad funktionsförmåga innebär att respondenten inte klarat minst ett av följande: Resa sig från en köksstol utan att använda händerna, från stående plocka upp en penna från golvet, sittande nå tårna på vänster fot med höger hand respektive höger fot med vänster hand, med vänster hand nå höger örsnibb och omvänt, lyfta ett kilo till axelhöjd, placera händerna under låren med handflatorna nedåt eller med framtsträckta armar vrida händerna.

(2) Nedsatt självrapporterad rörelseförmåga innebär att man svarat att man inte klarar ett av följande: Stå utan stöd, resa sig från en stol utan hjälp, gå 100 meter utan besvär eller gå i trappor.

Källa: SWEOLD/Aging Research Center (ARC).

Värk från rörelseorganen är vanliga i befolkningen och besvaren ökar med högre ålder. I ULF-undersökningarna anger omkring var tredje kvinna och nästan var fjärde man över pensionsåldern att de har problem med svår värk (figur 8). Kvinnor rapporterar mer värk än män, vilket överensstämmer med att de också har sämre rörelseförmåga. Könsskillnaden är större bland de allra äldsta än i åldrarna strax efter pensionen. Andelen med svår värk ökade under 1990-talet för att åter minska på 2000-talet.

Hörsel och syn

Hörsel- och synnedsättningar diskuteras i detalj i kapitlet Hörsel och syn. I den äldre befolkningen är det dock vanligt med hörsel- och synnedsättningar, och för de drabbade blir det svårare att ha kontakt med andra människor och att aktivt delta i samhället. Tabell 5 visar förekomsten av nedsatt hörsel och nedsatt syn i ULF-undersökningarna åren 2002/03.

Tabell 5. Nedsatt hörsel och syn

Andel (procent) som har svårt att höra ett samtal mellan flera personer respektive inte kan läsa en dagstidning utan problem. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år och 85+ år, åren 2002/03. Direkt och indirekt intervjuade.

Åldersgrupp år	Nedsatt hörsel		Nedsatt syn		Nedsatt hörsel och syn	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
65–74	18	31	3	2	1	1
75–84	28	40	11	7	4	3
85+	53	58	27	19	18	14

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur 8. Svår värk – utveckling över tid

Andel (procent) som uppgivit svåra besvär av värk i nacke, axlar, skuldror, i rygg eller i leder. Kvinnor och män 65–74 år och 75–84 år åren 1988/89* och 1994–2005** samt 85+ år* åren 1988/89* och 2002–2005**. Endast direktintervjuade.



*Avser genomsnitt för åren 1988 och 1989.

**Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Nedsatt hörsel är i dag en av få funktionsnedsättningar som oftare drabbar män än kvinnor. Kvinnor lever dock längre, och därför finns det ändå fler äldre kvinnor än män som har hörselproblem. Den vanligaste orsaken till hörselnedsättningar är åldersbetingade förändringar i innerörat. Andelen med självrapporterade hörselproblem ökade påtagligt bland ålderspensionärer fram till mitten av 1990-talet, men därefter har ingen ytterligare ökning skett [4].

Synnedsättningar är däremot vanligare bland kvinnor än bland män, men det finns flera svenska studier som visar att synförmågan bland de äldre generellt sett har förbättrats sedan början av 1980-talet. Den vanligaste orsaken till nedsatt syn bland äldre är grå starr, och den främsta för-

klaringen till förbättringen är sannolikt det stora antalet starroperationer som numera utförs.

En del äldre drabbas av både nedsatt hörsel och syn, och rapporterar i ULF-undersökningarna att de har svårt att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer och dessutom har svårt att kunna läsa en dagstidning. Dessa funktionsnedsättningar gör det mycket besvärligt att kommunicera och de drabbade får också sämre orienteringsförmåga. Därmed försämras också deras möjligheter att fungera väl i vardagen. I åldersgruppen 65–74 uppgår 1 procent av både kvinnor och män att de har både nedsatt syn och hörsel. I åldersgruppen 85+ är denna andel 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen.

Lungfunktion

I SWEOLD-undersökningarna ingår ett test på lungfunktionen, ett så kallat PEF-test (peak expiratory flow), där man med en enkel mätare kontrollerar det maximala utandningsflödet i liter per minut. Testet är utvecklat för kliniskt bruk och används bland annat vid uppföljning av astma-behandling. Toppflödet har visat sig ha ett starkt samband med människors allmäntillstånd och prestationsförmåga. Ett samband med dödlighet finns också. [8].

Tabell 6. Peak Expiratory Flow Rate

Medelvärde (liter/minut) från Peak Expiratory Flow Rate. Kvinnor och män 77–79 år, 80–84 år respektive 85 år eller äldre, åren 1992 och 2002.

Kön	Åldersgrupp (år)	Medelvärde (liter/minut)	
		1992	2002
Kvinnor	77–79	302	269 *
	80–84	292	259 **
	85+	239	215
	Alla	279	247 ***
Män	77–79	450	408
	80–84	398	384
	85+	351	371
	Alla	403	386
Båda könen		331	307 **

Signifikansnivå för test av förändring mellan åren: * 5%, ** 1%, *** 0,1%.

Källa: SWEOLD/Aging Research Center (ARC)/Centre for Health Equity Studies (CHESS).

Utandningskapaciteten minskar med åldern, liksom förmågan att utföra testet på rätt sätt. Undersökningen visar att kvinnorna i samtliga tre åldersgrupper fått sämre lungfunktionen mellan 1992 och 2002 (tabell 6). För männen låg 2002 års genomsnittliga värden på nära nog samma nivåer som 1992 [7].

Bland de äldre kvinnorna har det för varje generation blivit vanligare med rökning, vilket är en

möjlig förklaring till att gruppens lungfunktion har försämrats över tid. Kapitlet Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar visar också att kvinnor har fått en ökad dödlighet i kroniska lungsjukdomar som huvudsakligen beror på rökning och som tar lång tid att utveckla.

Urininkontinens

Urininkontinens (ofrivilligt urinläckage) är ett vanligt problem bland äldre enligt SWEOLD-undersökningen år 2002 (tabell 7). Problemet hade också ökat jämfört med samma undersökning 1992. En tänkbar orsak till ökningen kan vara att urininkontinens har blivit mindre genant och att fler därför rapporterar sina besvär. Det finns dock sannolikt fortfarande ett mörkertal.

Tabell 7. Inkontinensbesvär

Andel (procent) som har inkontinensbesvär. Kvinnor och män i åldersgrupperna 77–79, 80–84, 85+, åren 1992 och 2002. Direkt och indirekt intervjuade.

Åldersgrupp år	Kvinnor		Män	
	1992	2002	1992	2002
77–79	32	42	18	42
80–84	28	54	28	44
85+	43	63	32	55
Totalt	34	56	26	47

Källa: SWEOLD/Aging Research Center (ARC)/Centre for Health Equity Studies (CHESS).

Urininkontinens är vanligare bland kvinnor, vilket beror på att muskulaturen i bäckenbotten ofta försvagas av förlossningar och sedan försvagas ytterligare när kvinnors östrogennivåer sjunker efter klimakteriet. Även slemhinnorna i underlivet blir skörare efter klimakteriet, vilket ökar risken för urinläckage. Bland äldre män är en godartad förstoring av prostatakörteln en vanlig orsak till inkontinensbesvär. Vidare kan neurologiska sjuk-

domar, till exempel demens, multipel skleros (ms) och Parkinsons sjukdom, ge upphov till inkontinensbesvär hos både kvinnor och män.

Obehag och skamkänslor kan leda till att äldre med urininkontinens isolerar sig. Det har också visat sig att de inte får tillgång till medicinsk utredning och behandling i den utsträckning de skulle behöva [9].

Psykisk ohälsa

Åldrandet ökar risken för psykisk ohälsa på grund av sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Till exempel kan äldre drabbas av nedstämdhet och ångest för att de förlorar en social identitet efter pensionen, får sämre kroppslig funktionsförmåga eller förlorar sin livskamrat. Med psykisk ohälsa menas här allt från självrapporterade psykiska problem eller besvär som till exempel oro, ångest och sömnproblem till psykiska sjukdomar, exempelvis psykos eller depression.

Självrapporterad psykisk ohälsa

I ULF-undersökningarna finns flera frågor som rör det psykiska välbefinnandet (tabell 8). Resultaten

visar exempelvis att besvär av oro samt sömnproblem ökar med stigande ålder, och liksom i yngre åldrar drabbas fler kvinnor än män. Bland de allra äldsta (85+) rapporterar nästan var tredje kvinna och närmare var femte man ångslan, oro eller ångest.

Nedstämdhet, ångest och andra psykiska besvär kan vara normala reaktioner på psykiska påfrestningar. Om besvären fördjupas eller blir långvariga kan de också vara symptom på en psykisk sjukdom. Oro och ångest kan ge upphov till sömnbesvär, men bland äldre är det också vanligt att sömnstörningar beror på olika sjukdomstillstånd, exempelvis urininkontinens eller kronisk smärta.

Bortsett från en del relativt kraftiga fluktuationer finns det ingen tydlig trend i utvecklingen av besvär av oro, ångslan eller ångest (figur 9) samt sömnproblem bland de äldre sedan 1980-talet. Här skiljer sig äldre personer från de yngre åldersgrupperna som har haft en betydligt mer negativ utveckling sedan mitten av 1990-talet. Numera är dessa besvär ungefär lika vanliga bland yngre som bland äldre, trots att ett nedsatt psykiskt väl-

Tabell 8. Självrapporterade psykiska besvär

Andel (procent) som uppgett att de under de två senaste veckorna haft besvär av ångslan, oro eller ångest; besvär med sömnen; varit ständigt trötta; känt sig ledsna eller nere; känt sig ensamma eller övergivna; känt sig värdelösa eller inte lika mycket värda som andra. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år respektive 85+ år, genomsnitt åren 2002–05. Endast direktintervjuade.

Besvär	Kvinnor			Män		
	65–74 år	75–84 år	85+ år	65–74 år	75–84 år	85+ år
	Procent			Procent		
Ångslan, oro eller ångest	24	29	30	11	15	17
Besvär med sömnen	35	40	37	18	21	25
Ständig trötthet	7	9	12	3	4	6
Ledsen eller nere (1)	23	29	33	9	15	20
Ensam och övergiven	10	20	28	5	9	19
Värdelös eller mindre värd (2)	8	10	12	3	6	9

Åren 2002–03 var ordalydelsen: (1) "olycklig eller nedstämd"; (2) "underlägsen och inte lika mycket värd som andra".
Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

befinnande tidigare var betydligt vanligare bland äldre. Psykisk ohälsa är också vanligare bland personer som är ensamstående eller har ett dåligt socialt nätverk.

Psykisk sjukdom

I åldrarna 65 år och däröver beräknas 10–15 procent lida av en depression, varav ungefär 5 procent av en svår depression. Omkring 2 procent beräknas ha en psykosjukdom och 3–5 procent ett generaliserat ångestsyndrom [10, 11]. I den befolkningsbaserade studien H70 i Göteborg fann man att ungefär 30 procent av alla personer över 70 år hade en psykisk sjukdom av lättare eller svårare grad [6]. Depression, ångest, psykotiska symtom och personlighetsförändringar kan dock

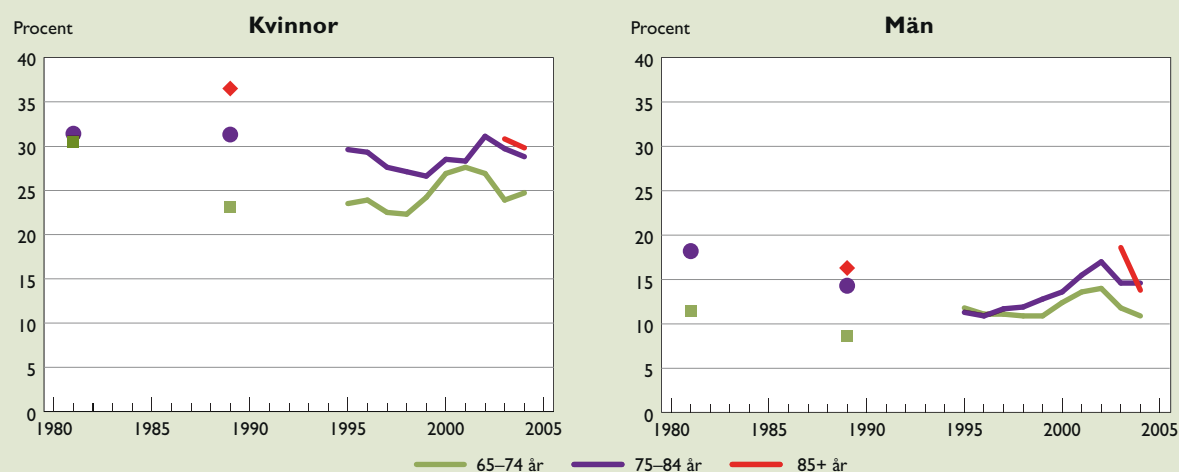
vara tidiga tecken på demens, och omvänt kan också psykiska sjukdomar hos äldre förväxlas med demens.

Konsumtion av psykofarmaka

Fler kvinnor än män tar ut läkemedel mot depressioner, ångest och sömnproblem, så kallade psykofarmaka, enligt Apotekets försäljnings-siffror (figur 10). Mest psykofarmaka tas ut av de allra äldsta, personer över 85 år, och sömnmedel är det vanligaste bland dessa läkemedel. Omkring 30 procent av kvinnorna och 20 procent av männen i gruppen 85+ tar ut något antidepressivt medel och det är nästan lika vanligt med lugnande medel. I åldrarna 85 + tar 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen ut neuroleptika på recept.

Figur 9. Besvär av ängslan, oro eller ångest

Andel (procent) som har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor och män i ålder 65–74 år och 75–84 år, åren 1980/81*, 1988/89* och 1994–2005** samt i ålder 85+ år åren 1988/89* och 2002–2005**. Endast direktintervjuade.



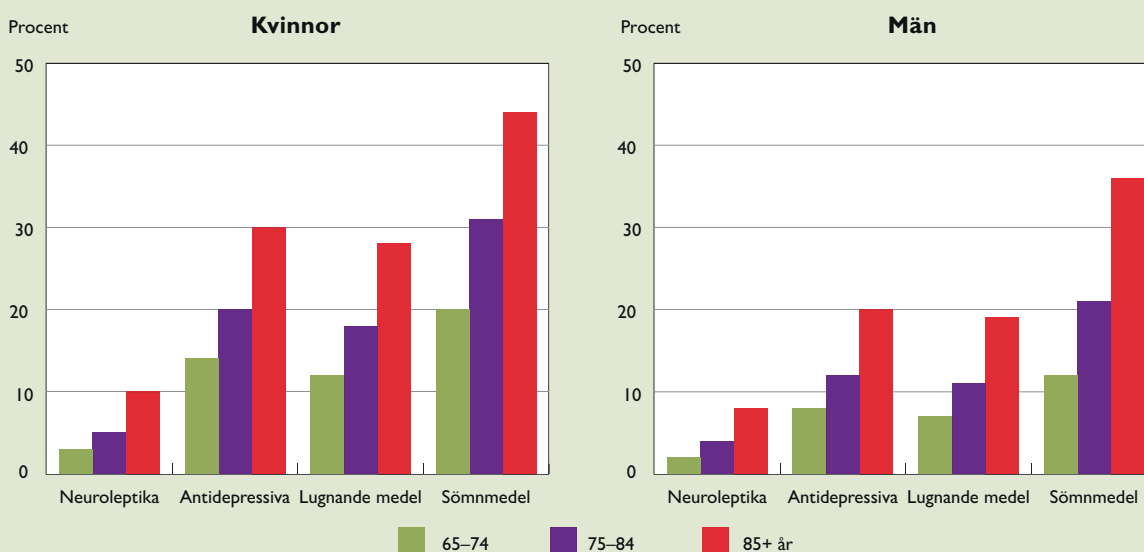
* Avser genomsnitt för åren 1980 och 1981 respektive 1988 och 1989.

** Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 10. Psykofarmaka på recept

Andel (%) som hämtat ut neuroleptika, antidepressiva, lugnande medel eller sömnmedel på apotek. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 65+ år, år 2007.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har uppmärksammat att många äldre får orimligt många läkemedel och i allt för höga doser (se vidare kapitlet Läkemedel). Risken för övermedicinering är särskilt stor vid behandling med psykofarmaka eftersom depressions- och orostillstånd bland äldre är vanliga och svårbedömda, och tillgången till expertkunskaper i äldrepsykiatri begränsade. Det finns också stora regionala skillnader i förskrivningen av psykofarmaka till äldre. I figur 11 visas hur stor andel av personer 80 år och äldre i olika län som har tagit ut minst tre olika sorters psykofarmaka, av alla i åldersgruppen som tagit ut förskrivna läkemedel.

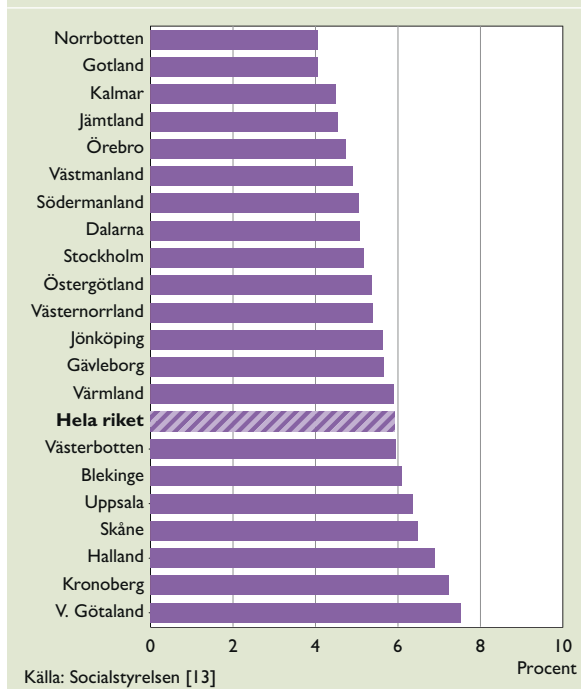
Samtidigt som många äldre övermedicinerar är det också vanligt att psykisk ohälsa hos äldre för-

blir upptäckt. En av orsakerna är föreställningen om att det är naturligt att känna sig trött på livet när man blir gammal. Många, inte minst de äldre själva, upplever också psykisk ohälsa som stigmatiserande och söker kanske i stället hjälp för fysiska symtom. Den psykiska ohälsan kan på så sätt öka behovet av annan vård och omsorg [12].

Socialstyrelsen har bedömt att vården och omsorgen av äldre med psykiska sjukdomar och besvär är otillräcklig, och myndigheten har nyligen föreslagit åtgärder som inkluderar en gemensam strategi för att förbättra omhändertagandet [11].

Figur 11. Psykofarmakaanvändning i olika regioner

Andel (procent) personer med tre eller flera psykofarmaka i olika län. Personer 80 år och äldre med förskrivna läkemedel, oktober – december 2007.



Själv mord

År 2006 var det 85 kvinnor och 222 män över 65 år som begick självmord. Själv mord är vanligare bland män som fyllt 75 år än i gruppen 65–74 år, men för kvinnor finns ingen tydlig skillnad mellan dessa åldersgrupper. Själv morden minskar dock bland män men inte bland kvinnor (figur 12). En fjärdedel av samtliga självmord inträffar bland personer över 65 år.

Demens

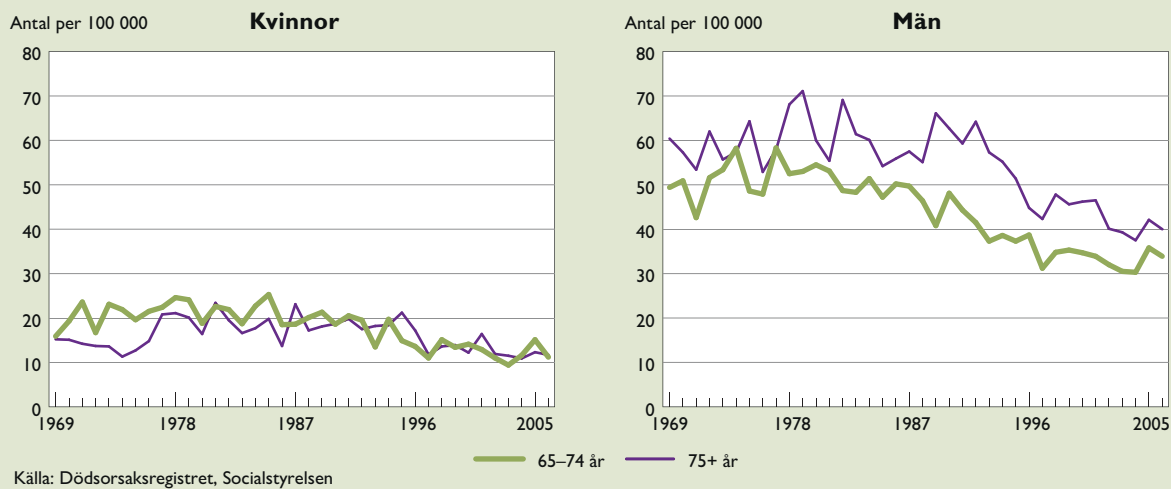
En demenssjukdom är en vanlig orsak till funktionsnedsättningar och till att den äldre blir beroende av andras hjälp. Ofta bidrar demens även till andra hälsoproblem bland äldre, exempelvis fallolyckor, brännskador och urininkontinens. I Sverige bor omkring hälften av alla med demens på särskilda boenden.

Demens kan yttra sig på olika sätt, men alla drabbas av en gradvis försämring av de intellektuella funktionerna. Till symtomen hör personlighetsförändringar, depressiva eller psykotiska symtom (främst vanföreställningar) och beteendestörningar (till exempel aggressivitet, skrik eller vandringsbeteende). Graden av symtom beror både på hjärnskadans omfattning och på samspelet med omgivningen, och därför krävs både kunskap och engagemang av de personer som ska hjälpa den dementa i det dagliga livet.

I Sverige beräknas 142 000 personer lida av en demenssjukdom. Andelen äldre med en demenssjukdom fördubblas för varje femårsklass över 65 års ålder (tabell 9). I åldrarna 60–64 år beräknas 1,5 procent lida av demens, medan närmare hälften i åldrarna över 95 år har en demenssjukdom. Kvinnor löper högre risk att drabbas av demens än män i samma ålder. I de allra äldsta åldrarna är andelen kvinnor i befolkningen väsentligt större än andelen män, och därför finns det också betydligt fler dementa kvinnor än män. Studier från olika delar av världen har inte påvisat någon uppenbar geografisk skillnad i hur vanligt det är med demenssjukdomar. Man har inte heller kunnat se att risken att drabbas skulle ha ökat eller minskat, men antalet dementa kommer troligen att öka eftersom antalet äldre blir fler. [15–18]

Figur 12. Självsmord

Antal döda per 100 000 i självmord (inklusive oklara fall). Kvinnor och män 65–74 år och 75 år eller äldre, perioden 1969–2006.



Tabell 9. Förekomst av demens

Andel (procent) kvinnor och män som har någon demenssjukdom i olika åldersgrupper över 75 år. År 1993.

Åldersgrupp år	Andel med demens
	Procent
75–79	14
80–84	19
85–89	25
90–94	37
95+	48

Källa: von Strauss, Viitanen, De Ronchi, Winblad, Fratiglioni [14].

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och förorsakar 50–60 procent av alla demensfall. Omkring 20–25 procent av demensfallen är orsakade av åderförkalkning och de övriga fallen beror på andra neurologiska sjukdomar, till exempel Parkinsons sjukdom.

I tabell 10 redovisas några skydds- respektive riskfaktorer för demenssjukdom. De viktigaste strategierna för att förebygga demens är att förebygga och behandla riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar (högt blodtryck, diabetes, övervikt, rökning m.fl.) samt att främja en aktiv och stimulerande livsstil för de äldre.

Tabell 10. Skydds- och riskfaktorer för demens

	<i>Skyddsfaktorer</i>	<i>Riskfaktorer</i>
Starka vetenskapliga bevis	Fysisk aktivitet Mental aktivitet sent i livet Behandling av högt blodtryck	Diabetes Stroke Högt blodtryck i medelåldern
Svagare vetenskapliga bevis	Kostfaktorer Måttlig alkoholkonsumtion Gott socialt nätverk sent i livet Fysisk aktivitet i medelåldern Antioxidanter	Hög kolesterolhalt Rökning Fetma Högt blodtryck sent i livet Lågt blodtryck sent i livet Hjärtsvikt "Tyst" stroke Depression Låg socioekonomisk status Trauma mot huvudet Inflammationsmarkörer Brist på vitamin A, B12, C, E eller folsyra

Källa: Fratiglioni, L. et al, 2007. Qiu, C et al, 2007.

Neuroleptika är en grupp läkemedel som i huvudsak är avsedda för behandling av psykoser, men det är inte ovanligt att dementa personer får sådana läkemedel för att behandla orostillstånd. På senare tid har dock denna neuroleptikabehandling ifrågasatts eftersom medicinen kan ge allvarliga biverkningar hos äldre. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med nya riktlinjer för att behandla demens, där man kommer att rekommendera en minskad användning av läkemedel. Det är möjligt att ett förbättrat psykosocialt omhändertagande i vissa fall skulle kunna minska behovet av psyko-farmaka.

Fallskador, benbrott och benskörhet

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer, och varje år drabbas ungefär var tredje person som är 60 år eller äldre och varannan person över 80 år [15]. Särskilt hos äldre kan dessa olyckor leda till skador som innebär nedsatt fysisk rörlighet och

därmed ett ökat beroende av andra. I takt med att fler sjukdomar behandlas framgångsrikt blir funktionen i rörelseorganen viktigare för de äldres livskvalitet och möjlighet att klara sina dagliga sysslor.

Yrsel är ganska vanligt bland äldre och kan vara en anledning till fallolyckor. Besvär med yrsel och balans kan vara en konsekvens av naturligt åldrande och avtagande muskelstyrka, men yrsel beror också ofta på akuta eller kroniska sjukdomstillstånd eller läkemedelsbehandling. Även relativt lindriga sjukdomstillstånd, som urinvägsinfektioner, kan försämra balansen hos en äldre skör person. Närmare 40 procent av alla höftfrakturer inträffar i äldreboenden eller på sjukhus [16], och en stor del av fallolyckorna på sjukhus förorsakas av akuta förvirringstillstånd som i sin tur är en följd av andra akuta sjukdomstillstånd eller läkemedelsbiverkningar [15]. Många fallolyckor och benbrott beror dessutom på "snubbelfällor" i

omgivningen, som lösa mattor eller trösklar och hala ytor inom- eller utomhus.

Bensmärhet (osteoporos) är en viktig orsak till att äldre lättare än yngre drabbas av frakturer vid fallolyckor. Med åldern minskar bentätheten och skelettet blir allt skörare. Denna process börjar redan i 30-årsåldern men den individuella variationen är stor. Bensmärhet går dock att påverka, och fysisk aktivitet verkar förebyggande medan rökning och hög alkoholkonsumtion ökar risken för bensmärhet. För kvinnor påskyndas utvecklingen efter klimakteriet på grund av att östrogennivån sjunker. Personer med hög risk för frakturer kan behandlas med kalcium och D-vitamin eller andra förebyggande läkemedel.

Vid svår bensmärhet räcker det med ett lindrigt trauma för att en person ska få sprickor eller brott i skelettet. Med dagens risknivåer kommer varannan medelålders kvinna att någon gång under sin livstid drabbas av en fraktur till följd av bensmärhet, liksom var fjärde man. Personer med bensmär-

het genomgår ofta ett slags ”frakturkarriär”: Benbrott i handleden är vanligast för gruppen 55–65 år medan kot- och höftfrakturer vanligen inträffar omkring 15 år senare. Mellan 5 och 10 procent av alla som har haft en höftfraktur drabbas också av en andra höftfraktur [17].

Risken av att drabbas av en höftfraktur har minskat i samtliga åldersgrupper bland de äldre: 65–74 år, 75–84 år och 85+. För männen har denna minskning pågått sedan mitten av 1990-talet och för kvinnorna under ännu längre tid. Så gott som samtliga höftfrakturer opereras. Antalet kvinnor och män över 85 år som opereras för höftfrakturer har ökat stadigt sedan åtminstone 1987, trots att risken för höftfrakturer alltså har minskat (figur 13). Det ökande antalet beror på att befolkningen i denna åldersgrupp också har ökat. I hela åldersgruppen över 65 år drabbas ungefär lika många kvinnor av en förstagångsfraktur i höftleden i dag som i början av 1990-talet, men deras genomsnittsalder har blivit högre.

Figur 13. Höftfrakturer

Antal opererade för förstagångsfraktur i höftleden. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år och 85+ år, perioden 1987–2007.



Efter en höftfraktur följer en omfattande rehabilitering för att personen ska återfå sin muskelstyrka och funktion. I en studie baserad på akutfall på Södersjukhuset i Stockholm var det endast hälften av höftfrakturpatienterna som hade fått tillbaka sin tidigare funktionella status ett år efter frakturen [12]. Det nationella kvalitetsregistret RIKSHÖFT har visat att av dem som bor i eget

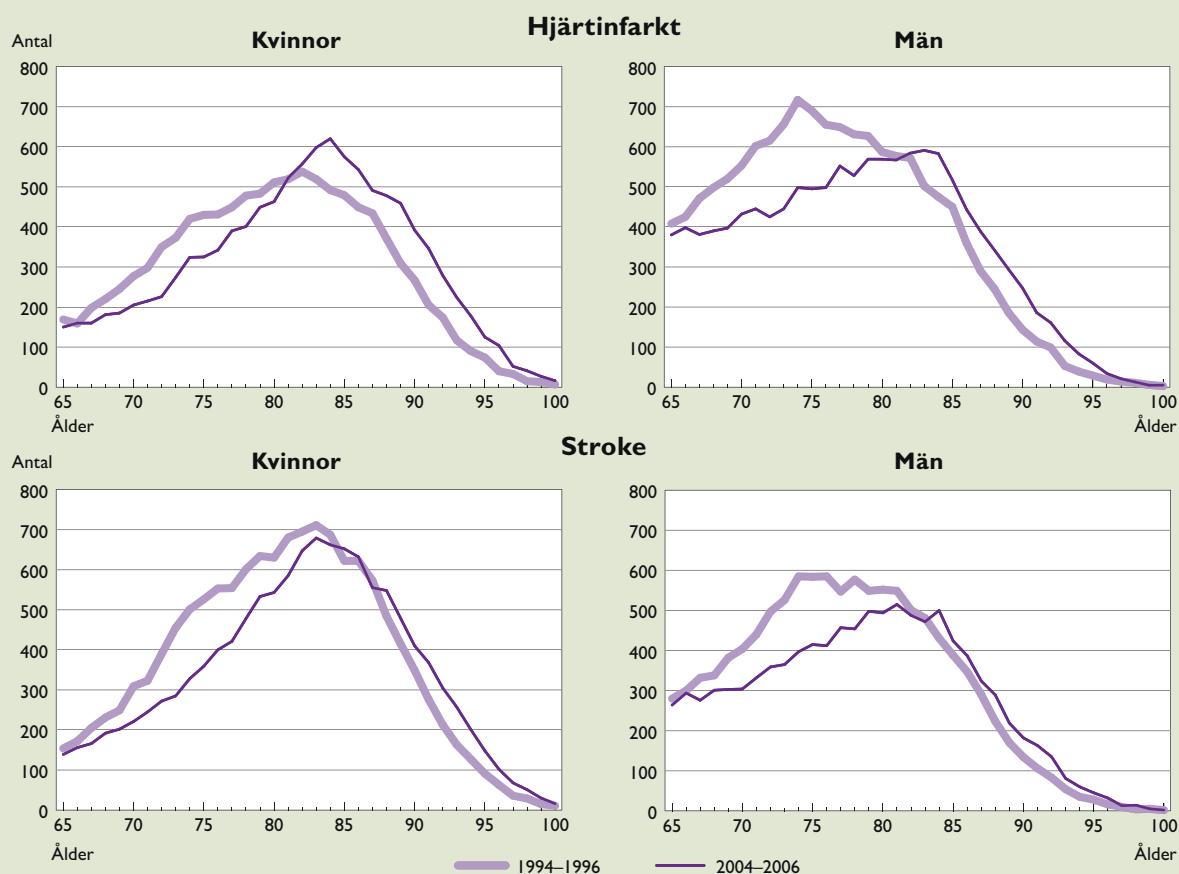
hem vid tiden för frakturen har endast 75 procent kunnat återvända till eget boende 120 dagar efter frakturen [16].

Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är den sjukdomsgrupp som orsakar flest dödsfall, och de flesta dödsfallen drabbar personer över pensionsåldern. Av alla som

Figur 14. Förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke i olika åldrar

Antal insjuknade i förstagångshjärtinfarkt och förstagångsstroke vid varje given ålder. Kvinnor och män 65–100 år, genomsnitt för åren 1994–96 och 2004–06.



dör i en hjärt- eller kärlsjukdom har 96 procent av kvinnorna och 89 procent av männen passerat sin 65-årsdag. Vanligast är hjärtinfarkt och stroke.

Hjärt- och kärlsjukdomar är också vanliga orsaker till funktionsnedsättningar bland äldre [18], och särskilt stroke leder ofta till kvarstående rörelsenedsättningar i armar och ben, afasi eller andra symtom. Hjärtsvikt, kärlkramp och fönstertittarsjuka (förträngningar i benens blodkärl med påföljande ansträngningsrelaterad kramp) minskar också rörelseförmågan. Det är dock lättare att mäta dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar än att avgöra hur vanligt det är med funktionsnedsättningar till följd av dessa sjukdomar.

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har, som tidigare framgått, minskat i den äldre befolkningen. Även risken att insjukna i hjärtinfarkt eller stroke har minskat vid varje given ålder, och insjuknandet har förskjutits upp till högre åldrar (figur 14). Av figuren framgår att den vanligaste åldern för en förstagångshjärtinfarkt har förskjutits från 82 år till 84 år för kvinnor, och från 74 till 83 år för män under perioden 1994/96 till 2004/06. Den vanligaste åldern för förstagångsinsjuknande i stroke är oförändrat 83 år för kvinnor, medan den för män har förskjutits från 75 till 81 år.

Människor är alltså generellt sett äldre när de insjuknar i hjärtinfarkt och stroke, vilket innebär en folkhälsovinst eftersom de friska levnadsåren blir fler. Denna förskjutning behöver däremot inte betyda att det totalt sett är färre som insjuknar i dessa sjukdomar. Eftersom de äldre blir allt fler i befolkningen kommer också fler att drabbas om insjuknanderisken inte förändras. Även om sjukdomsrisken minskar något skulle det faktiska antalet fall ändå kunna öka [19]. Strokerisken har dock minskat så kraftigt att antalet sjuka också

har minskat, trots en åldrande befolkning. I åldersgruppen 65–100 år minskade antalet fall av *förstagångsstroke* med 8 procent bland kvinnor och 9 procent bland män under perioden 1994/96 till 2004/06. Under samma period minskade även det faktiska antalet *förstagångshjärtinfarkter* bland män med 6 procent, medan antalet ökade med 4 procent bland kvinnorna i åldersgruppen 65–100 år.

Viktiga orsaker till den minskade risken för att insjukna i hjärtinfarkt och stroke är minskad rökning, lägre blodfettssnivåer och lägre blodtryck i befolkningen. Vården efter en stroke eller en hjärtinfarkt har också förbättrats på senare år, vilket har lett till en ökad överlevnad med mindre funktionsnedsättningar och bättre livskvalitet [20, 21]. En detaljerad diskussion om hjärt- och kärlsjukdomar finns i kapitlet Övervikt, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Cancer bland äldre

Omkring två tredjedelar av alla som insjuknar i cancer är 65 år eller äldre. De vanligaste cancerformerna bland kvinnor över 65 år är bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och livmodercancer (tabell 11). Män drabbas främst av prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och cancer i urinblåsan. Cancer är vanligare bland män än bland kvinnor i åldrarna över 65 år, vilket främst beror på att prostatacancer är vanligt bland äldre män.

Tabell II Cancer i åldern 65 år och äldre

Insjuknade i cancer år 2006 respektive avlidna i cancer år 2005, för några vanliga cancerformer bland kvinnor och män i åldern 65 år och äldre. Antal och antal per 100 000 invånare årligen samt förekomsten i procent av samtliga cancerdiagnoser och cancerdödsfall inom åldersgruppen.

Kvinnor	All cancer	Bröst	Tjock- o ändtarm	Malign hud- tumör, exkl. melanom	Lunga	Liv- moder	Malignt melanom i huden	Ägg- stock	Bukspotts- körtel
Antal									
Cancerdiagnoser	14 010	3 144	2 036	1 522	927	871	524	392	290
Avlidna i cancer	7 761	964	1 028	17	1 043	142	120	386	631
Procent av samtliga									
Cancerdiagnoser	100	22	15	11	7	6	4	3	2
Avlidna i cancer	100	12	13	0,2	13	2	2	5	8
Antal per 100 000									
Cancerdiagnoser	1 575	353	229	171	104	98	59	44	33
Avlidna i cancer	877	109	116	2	118	16	14	44	71
Män	All cancer	Prostata	Tjock- o ändtarm	Malign hud- tumör, exkl. melanom	Urin- blåsa	Lunga	Malignt melanom i huden	Bukspotts- körtel	
Antal									
Cancerdiagnoser	17 806	6 314	2 186	2 048	1 269	1 202	618	271	
Avlidna i cancer	9 126	2 296	1 057	24	412	1 432	165	519	
Procent av samtliga									
Cancerdiagnoser	100	36	12	12	7	7	4	2	
Avlidna i cancer	100	25	12	0,3	5	16	2	6	
Antal per 100 000									
Cancerdiagnoser	2 604	923	320	300	186	176	90	40	
Avlidna i cancer	1 353	340	157	4	61	212	25	77	

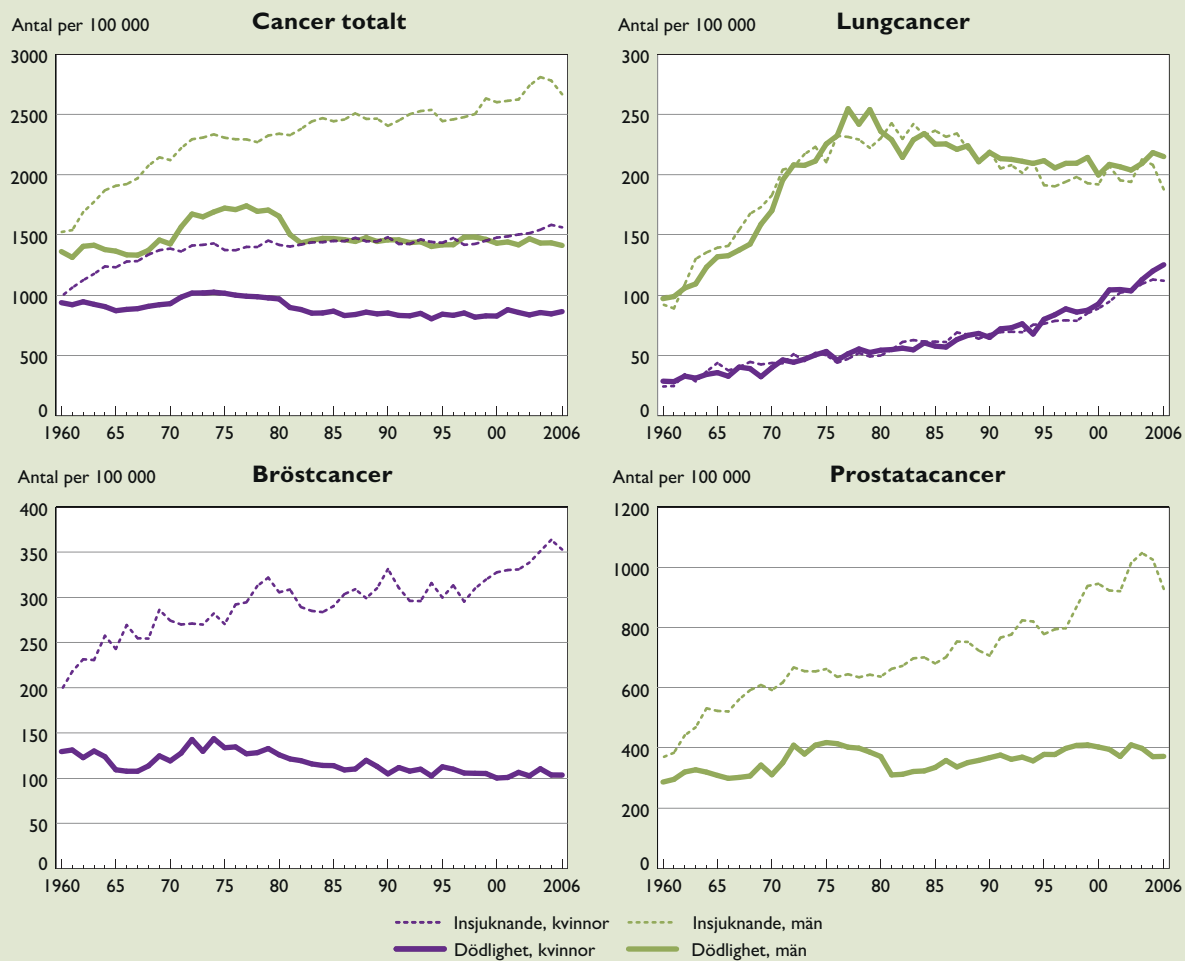
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Det är betydligt fler som insjuknar i cancer än som dör av cancer. En del blir botade, andra hinner dö av någonting annat än sin cancersjukdom. Dödligheten varierar mellan olika cancerformer, och för kvinnor beror de flesta dödsfallen på lungcancer och tjock- och ändtarmscancer trots att fler får bröstcancer. Detta beror på att prognosen för bröstcancer är bättre. Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män över 65 år, både när det gäller insjuknande och dödlighet.

Andelen män i gruppen 65 år och äldre som insjuknar i cancer har ökat medan dödligheten i stort sett har varit oförändrad sedan mitten av 1980-talet (figur 15). Det ökade cancerinsjuknandet bland män beror till stor del på att fler drabbas av prostatacancer. Även bland kvinnorna finns en viss ökning av insjuknandet i cancer medan dödligheten har varit oförändrad.

Figur 15. Cancerutvecklingen bland äldre

Insjuknande (antal per 100 000) och dödlighet i cancer totalt, prostatacancer, bröstcancer, lungcancer bland kvinnor och män 65 år och äldre. Perioden 1960–2006. Åldersstandardiserat. Observera olika skalor*.



Den högre nivån av cancer under 1970-talet beror på att en vidare definition av cancerdödlighet tillämpades, så att cancer oftare angavs som underliggande dödsorsak.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Ökningen av prostatacancer beror sannolikt främst på att vården har börjat använda en ny diagnostisk metod, PSA-prov (prostata-specifikt antigen). Ett enkelt blodprov kan ge en god indikation på om man bör misstänka prostatacancer, och sedan kan man ställa en definitiv diagnos med ett cellprov från prostatakörteln. Den ökade användningen av PSA-prov har lett till att fler patienter som diagnostiseras med prostatacancer har tumörer som växer så långsamt att de inte kommer att leda till någon förtida död. Den ökande testningen har också medfört att fler yngre män diagnostiseras med tidig prostatacancer, vilket i viss mån har minskat de mer avancerade sjukdomsfallen. Dödligheten i prostatacancer har i stort sett varit oförändrad sedan slutet på 1990-talet.

För kvinnor är det vanligt att insjukna i bröstcancer redan före 65 års ålder. Fallen i denna grupp har också ökat, vilket diskuteras i kapitlet om förvärvsarbetande åldrar. Andelen kvinnor, 65 år och äldre, som insjuknar i bröstcancer har också ökat, medan dödligheten i bröstcancer har minskat.

Däremot har både insjuknandet och dödligheten i lungcancer ökat bland äldre kvinnor, och antalet fall har fördubblats sedan 1970-talet. Antalet män som insjuknar i lungcancer har dock sjunkit sedan 1980-talet. Dessa trender speglar utvecklingen av tobaksrökning, rökning har minskat bland äldre män men ökat bland äldre kvinnor (se nedan och kapitlet Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar). Fortfarande är det dock fler män än kvinnor i gruppen 65 år och äldre som får lungcancer. I hela befolkningen är det ungefär lika många.

Insjuknandet i tjock- och ändtarmscancer har ökat något bland de äldre. Dödligheten har dock minskat, sannolikt för att behandlingen har blivit bättre. [22]

Multisjuklighet och läkemedelskonsumtion

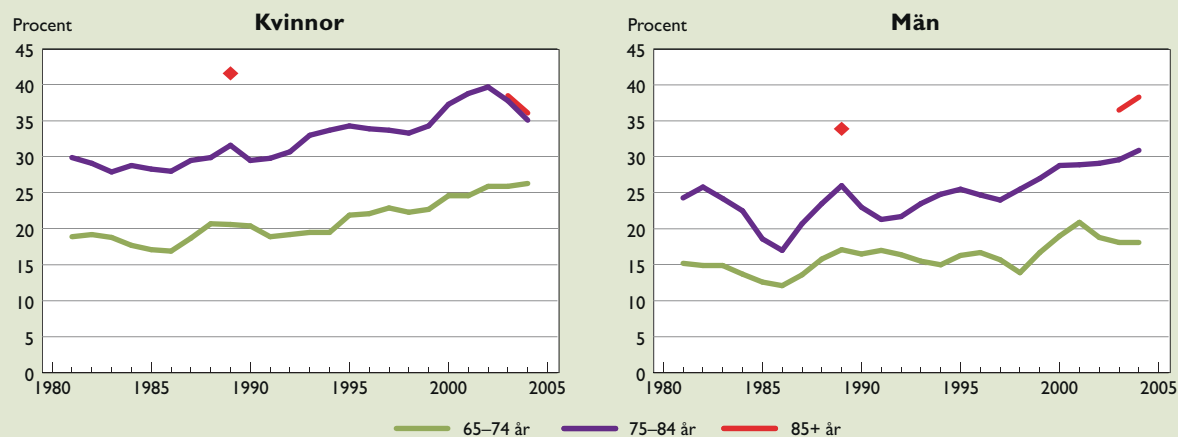
Med stigande ålder ökar också sannolikheten att drabbas av flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet. Att ha många sjukdomar samtidigt påverkar människors livskvalitet, fysiska funktionsförmåga och behovet av hälso- och sjukvård [23].

Multisjuka behöver ofta hjälp från flera olika vård- och omsorgsgivare, men dessvärre finns det stora brister när det gäller att samordna insatserna till multisjuka [23]. Ersättningssystem inom primärvården som uppmuntrar till många snabba patientbesök riskerar också att försvåra för personer som har flera, ofta komplexa, hälso-problem.

Som tidigare framgått har andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom ökat de senaste decennierna, samtidigt som en allt mindre andel säger sig ha sjukdomar och besvär som hindrar deras dagliga liv. Andelen som uppger tre eller flera sjukdomar eller besvär har ökat mer än andelen som endast har en sjukdom eller ett besvär (figur 16) [5].

Figur 16. Minst tre långvariga sjukdomar eller besvär

Andel (procent) som har minst tre långvariga sjukdomar eller besvär. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år perioden 1980–2005* samt 85+ år åren 1988/89**, 2002–2004*. Både indirekt och direkt intervjuade.



* Glidande treårsmedelvärde.

** Avser genomsnitt för åren 1988 och 1989.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Äldre och multisjuka personer tar ofta många olika läkemedel dagligen, ibland över tio stycken, vilket innebär en stor risk för övermedicinering, läkemedelsinteraktioner och biverkningar. Med många tabletter att hålla reda på ökar också risken för misstag i läkemedelshanteringen. Felbehandling och biverkningar av läkemedel är vanliga orsaker till sjukhusvård bland äldre [24]. Socialstyrelsen har i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utvecklat kvalitetsindikatorer [25], och i flera rapporter har man utvärderat och diskuterat kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling [1, 26, 27]. Läkemedelsbehandling av äldre diskuteras också i läkemedelskapitlet.

Levnadsvanor

Hälsosamma levnadsvanor minskar risken för att insjukna i de flesta stora folksjukdomar. De

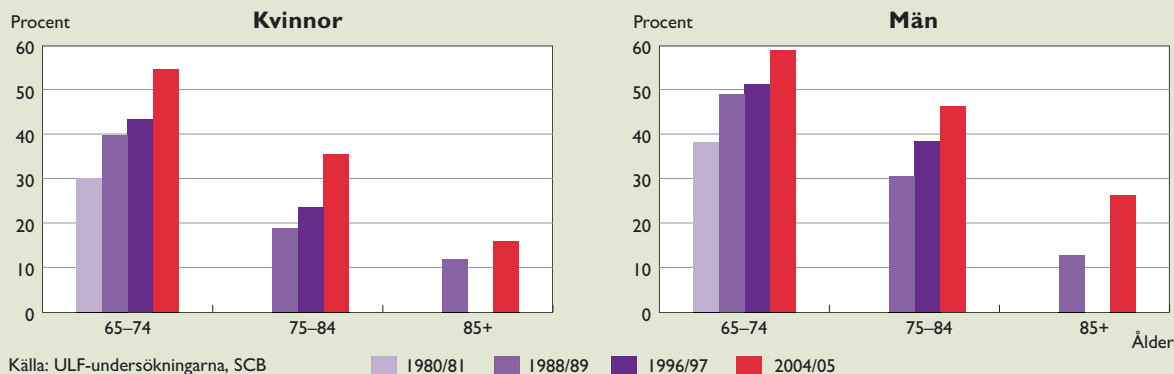
har också omedelbara positiva effekter på välbefinnandet och bidrar till att människor kan vara friska och vitala högt upp i åldrarna.

De äldre motionerar allt mer

De äldre i dag motionerar mer än tidigare generationer (figur 17) och andelen helt inaktiva har minskat. Fler ägnar sig åt trädgårdsarbete, promenader eller strövar i skog och mark [28]. Att äldre blivit mer fysiskt aktiva kan vara en följd av att deras funktionsförmåga har blivit bättre, men fysisk aktivitet gör också att man kan upprätthålla en god funktionsförmåga. Män motionerar mer än kvinnor i samtliga åldersgrupper över pensionsåldern. En anledning kan vara att nedsatt rörelseförmåga och värk är vanligare bland kvinnor (se ovan).

Figur 17. Regelbunden motion

Andel (procent) som motionerar regelbundet minst en gång i veckan. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år respektive 85+ år, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05. Direkt intervjuade utom personer boende på institution.



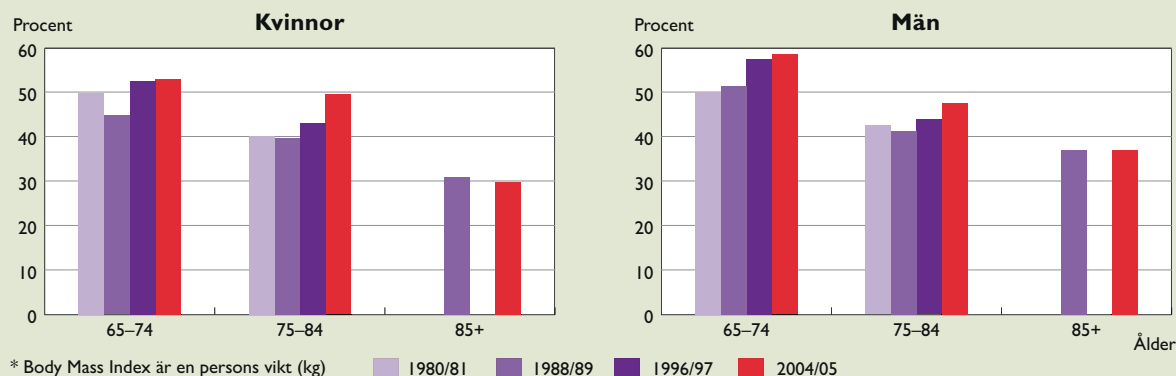
Välsmakande och rätt sammansatt mat är viktigt för de äldre

Med stigande ålder minskar kroppens behov av energi, men äldre har ett lika stort behov av näringsämnen som yngre personer. Det är alltså ännu viktigare för äldre att maten innehåller mycket näring i förhållande till energi. För en del äldre kan det vara svårt att anpassa sig till det minskande energibehovet, vilket ökar risken för övervikt. Fetma innebär en hög belastning på både hjärtat och kroppens rörelseorgan, och särskilt för de äldre kan fetma minska människors möjligheter att röra sig och klara sin egen vardag. Samtidigt kan en lättare övervikt snarast ses som ett hälsotecken bland äldre, eftersom allvarliga sjukdomar ofta leder till vikttnedgång.

I ULF-undersökningen år 2005 var drygt hälften av både kvinnor och män över pensionsåldern överviktiga, det vill säga hade ett BMI på 25 eller högre (figur 18). Ungefär 10 procent av männen och närmare 20 procent av kvinnorna led av fetma (BMI på 30 eller högre). Det finns fler överviktiga bland äldre än bland yngre, men efter pensionsåldern minskar andelen överviktiga med stigande ålder. Övervikt har också blivit vanligare bland de äldre, liksom i den övriga befolkningen, även om övervikt bland äldre inte har ökat lika mycket som bland yngre.

Figur 18. Övervikt

Andel (procent) som har övervikt eller fetma (BMI* på 25 eller högre). Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år respektive 85+ år, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05. Endast direktintervjuade.



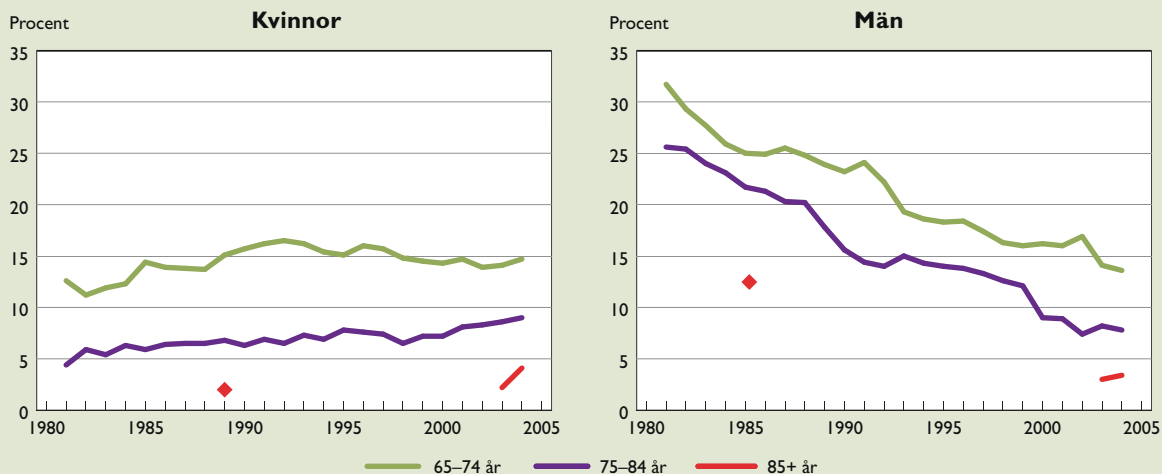
Undervikt är ofta ett tecken på ohälsa bland äldre. En vanlig orsak till undervikt är aptitlöshet, som kan bero på till exempel sämre tandstatus, medicinering, stillasittande, svårigheter att svälja, förstoppning, brist på sociala kontakter samt sämre lukt- och smaksinne. Svåra sjukdomar innebär också ofta aptitminskning och vikt-nedgång, samtidigt som den sjuka personen får svårare att handla och laga mat. Det är då särskilt viktigt att den mat som erbjuds inom omsorgen är rätt sammansatt, aptitretande och välsmakande.

Rökning minskar bland män men inte bland kvinnor

Bland de äldre männen har rökningen minskat kraftigt i många år (figur 19), och sedan början av 1990-talet ser man också en långsam minskning bland kvinnor 65–74 år. Andelen rökare ökar dock fortfarande bland de äldsta kvinnorna, över 75 år. Utvecklingen har inneburit att det i början av 2000-talet var ungefär lika många kvinnor som män i åldersgruppen 65–84 år som rökte.

Figur 19. Daglig rökning

Andel (procent) som röker dagligen bland kvinnor och män 65–74 år och 75–84 år perioden 1980–2005* samt 85+ år åren 1988/89** och 2002–2005*. Endast direktintervjuade.



* Glidande treårsmedelvärde.

** Avser genomsnitt för åren 1988 och 1989.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Äldre dricker mindre alkohol än yngre

Personer över pensionsåldern dricker betydligt mindre alkohol än yngre, men liksom i de övriga åldersgrupperna dricker män mer än kvinnor. Undersökningar av självskattad alkoholkonsumtion visar att de äldre mäns konsumtion har ökat under senare år, medan kvinnornas inte har förändrats (tabell 12). Den självskattade alkoholkonsumtionen brukar dock vara lägre än den faktiska alkoholkonsumtionen eftersom många underskattar sitt drickande. Självskattningarna för alla åldersgrupper sammantaget motsvarar endast cirka 30–40 procent av den mängd alkohol som har sålts [29]. Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser har ökat stadigt bland både kvinnor

och män i åldern 65–74 år sedan början av 1990-talet, se vidare kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk. Alkoholrelaterad dödlighet är också betydligt vanligare bland män.

Tabell 12. Självskattad alkoholkonsumtion

Självskattad alkoholkonsumtion (liter 100-procentig alkohol per person), kvinnor och män 65+ år, åren 2003–2006.

	100 % alkohol (liter/person)			
	2003	2004	2005	2006
Kvinnor	1,7	1,6	1,9	1,7
Män	3,9	4,2	4,3	4,7

Källa: Boman, Hradilova Selin, Ramstedt, Svensson, [29].

Sociala faktorer

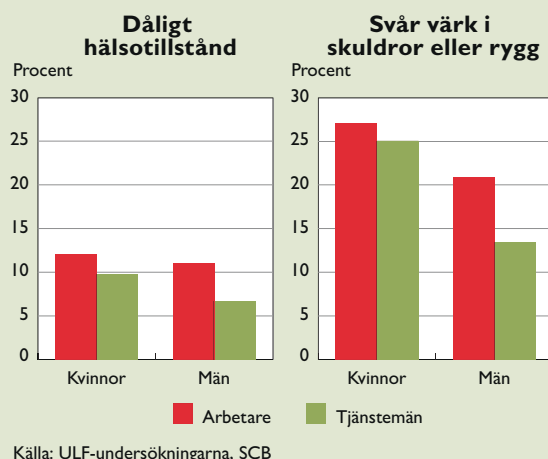
Socioekonomiska skillnader i hälsa

De äldre i dag har haft gynnsammare uppväxtvillkor än tidigare generationer – de har högre utbildning, bättre ekonomi och högre materiell standard. Andelen med endast folkpension har minskat eftersom en större andel av befolkningen har förvärvsarbetat. Detta är sannolikt viktiga faktorer för den positiva hälsoutvecklingen som pågått i ett längre perspektiv. Det allra senaste decenniets ekonomiska utveckling har också gynnat äldre mer än yngre åldersgrupper. De äldre drabbades i mindre utsträckning av den ekonomiska krisen i början av 1990-talet och därefter har generationsskillnaderna ökat när det gäller ekonomiskt välstånd [30]. Könsskillnaderna och de socioekonomiska skillnaderna i levnadsvillkor kvarstår dock efter pensionsåldern; exempelvis får män i genomsnitt ungefär 60 procent högre pension än kvinnor enligt SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK).

Bland äldre liksom bland yngre finns det socioekonomiska skillnader i hälsa, när det gäller de flesta sjukdomar och besvär. Figur 20 visar att ett dåligt allmänt hälsotillstånd och svår värk är vanligare bland äldre som varit arbetare än bland dem som varit tjänstemän.

Figur 20. Socioekonomiska skillnader i hälsa

Andel (procent) bland arbetare och tjänstemän som uppgett dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd respektive svår värk i skuldror eller rygg. Kvinnor och män 65–84 år, genomsnitt för åren 2000–2005. Endast direktintervjuade.



Även SWEOLD-studien visar att det finns stora hälsoskillnader mellan arbetare och tjänstemän. Nästan dubbelt så många pensionerade arbetare upplever sin hälsa som sämre än ”bra”, jämfört med pensionerade tjänstemän på hög nivå och mellannivå. Fler pensionerade arbetare än tjänstemän har också nedsatt rörlighet, högt blodtryck och besvär med smärta. Klasskillnaderna när det gäller dessa hälsoproblem har varit oförändrade mellan mättillfällena år 1991/92 och år 2000/02 [31].

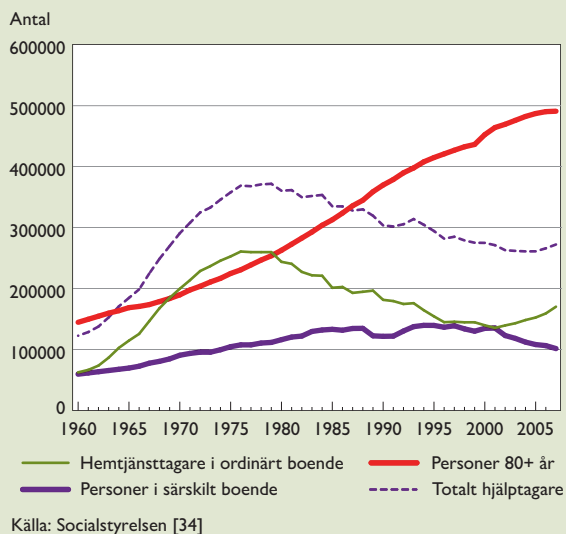
Boende och hjälpbehov

Allt fler äldre bor kvar i eget boende högt upp i åldrarna. Under 1960- och 1970-talen ökade antalet platser i särskilt boende (figur 21), men sedan mitten av 1980-talet har det inte tillkommit några

nya platser och under senare år har antalet platser dessutom minskat med över 20 procent. Den minskade tillgången till särskilt boende motsvaras inte av ett minskat behov av vård och omsorg. I stället kan man se den avstannade utbyggnaden under 1980-talet som en reaktion på 1960- och 1970-talens kraftiga expansion av institutionsboende, med studier som visade på "onödiga" flyttningar till institutioner [32]. Utvecklingen har sedan dess styrts av en kombination av sämre ekonomi samt en förändrad syn på hur man bäst tar hand om äldre personer som behöver hjälp [33]

Figur 21. Hemtjänsttagare

Antal hemtjänsttagare i ordinärt boende, antal personer i äldreboende samt antal personer i befolkningen 80 år och äldre, perioden 1960–2007.

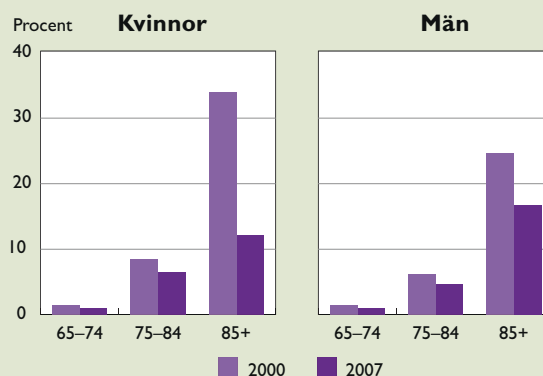


I åldersgruppen 75–84 år bodde år 2007 omkring 6 procent av kvinnorna och 5 procent av männen i särskilt boende (figur 22). I gruppen 85 år och äldre var 12 procent av kvinnorna institutions-

boende liksom 17 procent av männen. Det innebär en minskning sedan år 2000, med ungefär 22 procentenheter för kvinnor och 8 procentenheter för män. Denna minskning beror på en medveten politik som gått ut på att minska institutionsboendet och i stället satsa på vård och omsorg i hemmet. Det är alltså fler kvinnor än män som bor på en institution, och dessutom är institutionsboende vanligare bland personer med arbetarbakgrund än med tjänstemannabakgrund.

Figur 22. Särskilt boende

Andel (procent) i särskilt boende 31 oktober 2000 och 2007. Kvinnor och män 65–74 år, 75–84 år respektive 85+ år.



Dagens institutioner har bara plats för de allra sjukaste, vilket innebär att vårdtyngden för äldre i särskilt boende har ökat markant [37]. De flesta platser beviljas i dag till dementa personer som inte klarar sig själva hemma. Det är också betydligt fler kvinnor än män som behöver, och får, äldreomsorg. Kvinnor är oftare ensamstående när de blir gamla och hjälpbehövande, medan fler män har en hustru i livet under den period då de har svårt att klara sig själva.

Antalet vårdplatser på sjukhus har också minskat kraftigt på grund av effektiviseringar och besparingar. Mellan åren 1992 och 2006 minskade antalet platser inom geriatrik med 74 procent och inom medicin med 31 procent. Detta har lett till att många äldre skrivs ut från sjukhusen trots att de har förhållandevis stora behov av medicinsk vård och rehabilitering, vilket bidrar till att öka vårdtyngden på särskilda boenden.

Äldre som tidigare skulle ha kunnat få en plats i särskilt boende bor nu i stället hemma och har hemtjänst. Det innebär att hemtjänsten fått fler vårdtagare med stora behov. Figur 21 visar att det faktiska antalet som får hjälp från hemtjänsten har minskat kraftigt sedan 1980-talet, trots att antalet personer 80 år eller äldre har ökat med mer än 20 000 under samma period.

Många äldre vill vårdas hemma så länge som möjligt. För andra, särskilt de ensamstående, kan det vara förknippat med mycket oro och ångest att inte få möjlighet till tillsyn dygnet runt när de känner att de inte klarar sig själva längre. Vid ansökningar om kommunal äldreomsorg tar man dock sällan hänsyn till ensamhet i kombination med nedstämdhet och otrygghetskänslor. I stället bedöms ansökningarna framför allt utifrån personens fysiska funktionsförmåga och därmed de fysiska behoven samt kommunens möjligheter att ge hemtjänst [1].

En stor del av den omsorg som tidigare var offentlig och avlönad sköts i dag av familjen som ”oavlönad omsorg”, samt av privat inköpta tjänster. Denna förändring har ett tydligt köns- och klassmönster – lågutbildade äldre får oftare sina anhöriga som vårdare, och arbetarklassens döttrar har fått ett ökat anhörigansvar. Att köpa privata tjänster är vanligare bland högutbildade äldre [38].

Internationell utblick

Det är stora skillnader mellan olika länder i Europa beträffande hur äldre personer uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd. I Litauen och Ungern uppger mindre än 9 procent i åldersgruppen 65–74 år att de har en god eller mycket god hälsa, och endast 6 procent i Lettland, som ligger lägst. Det kan jämföras med Danmark, Irland, Sverige och Storbritannien där över 60 procent anser att deras hälsa är god eller mycket god.

Inom EU27-området är den återstående medellivslängden vid 65 år längst bland franska kvinnor med 23 år och franska män med drygt 18 år. Kortast medellivslängd efter 65 år har bulgariska kvinnor, 16 år, och lettiska män med 13 år. Svenska kvinnor lever som tidigare framgått i genomsnitt 21 år sedan de fyllt 65, och männen i 18 år.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: 2008. Lägesrapporter 2007.
2. Statistiska centralbyrån. *Sveriges framtida befolkning 2008–2050*. Stockholm: 2008. Statistiska meddelanden BE 18 SM0801.
3. Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London and New York: Routledge; 1990.
4. Parker MG, Schön P, Thorslund M. Utvecklingen av äldres funktionsförmåga. I: Vogel J, Häll L, red. *Äldres levnadsförhållanden; Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2006. s. 329–67. *Levnadsförhållanden rapport 112*.
5. Rosen M, Haglund B. From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33(2):151–5.

6. Socialstyrelsen. Kapitel 5: Folksjukdomar/folkhälsoproblem. I: *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
7. Thorslund M, Lennartsson C, Parker MG, Lundberg O. De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Könsskillnaderna är stora – kvinnorna mår sämre än männen visar nya data. *Läkartidningen*. 2004 Apr 22;101(17):1494–9.
8. Cook N, Evans D, Scherr P, Speizer F, Taylor J, Hennekens C. Peak expiratory flow rate and 5-year mortality in an elderly population. *American Journal of Epidemiology*. 1991;133:784–94.
9. Socialstyrelsen. *Inkontinensvården i ordinärt och särskilt boende. Resultat av enkäter och intervjuer bland brukare och personal*. Stockholm: 2003. Uppföljning och utvärdering.
10. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *En osynlig grupp*. Stockholm: 2007. Rapporter 2007:12.
11. Socialstyrelsen. *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Stockholm: 2008. Lägesbeskrivning.
12. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Äldres hälsa och välbefinnande*. Stockholm: 2001.
13. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2008*. Stockholm: 2008.
14. von Strauss E, Viitanen M, De Ronchi D, Winblad B, Fratiglioni L. Aging and the occurrence of dementia: findings from a population-based cohort with a large sample of nonagenarians. *Archives of Neurology*. 1999;56(5):587–92.
15. Gustafson Y, Jarnlo GB, Nordell E. Fall och höftfraktur hos äldre går att förebygga. *Läkartidningen*. 2006 Oct 4–10;103(40):2997–9.
16. Thorngren KG. Höftfrakturer ett enormt folkhälsoproblem. *Läkartidningen*. 2006 Oct 4–10;103(40):2990–2.
17. Lofman O. Epidemiologin för frakturer. *Läkartidningen*. 2006 Oct 4–10;103(40):2956–8.
18. Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; Stockholms läns landsting; Socialstyrelsen, 1998.
19. Ahlbom A, Gustavsson A. *Sjukdomspanoramat i en åldrande befolkning*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007.
20. RIKS-HIA, SEPHIA, SCAAR. *Årsrapport 2007*. Uppsala: 2008.
21. Socialstyrelsen. Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: 2008. Jämförelser mellan landsting 2008.
22. Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland. *Incidens och prevalens av cancer, Stockholm-Gotlandregionen 2000–2006*. Stockholm: 2007.
23. Fratiglioni L, von Strauss E. *Multisjuklighet och demens. Vad kan förebyggas?* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, 2007.
24. Paul E, End-Rodrigues T, Thylen P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvard av äldre. En klinisk retrospektiv studie. *Läkartidningen*. 2008 Aug 27–Sep 2;105(35):2338–42.
25. Socialstyrelsen. *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi*. Socialstyrelsens förslag. Stockholm: 2003. Kunskapsöversikt.
26. Socialstyrelsen. *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Stockholm: 2004. Uppföljningar och utvärderingar.
27. Socialstyrelsen. *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÅLLA-Projektet. En tillämpning av kvalitetsindikatorer för analys av läkemedelsanvändningen hos äldre med dosexpedition på kommunala äldreboenden i ett svenskt län*. Stockholm: 2004. Lägesbeskrivning.

28. Häll L. Äldres fritid. I: Vogel J, Häll L, red. *Äldres levnadsförhållanden; Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2006. s. 503–36. Levnadsförhållanden rapport 112.
29. Boman U, Hradilova Selin K, Ramstedt M, Svensson J. *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006*. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), 2007. SoRAD rapportserie, nr 48.
30. Vogel J. De äldres hälsoutveckling. I: Vogel J, Häll L, red. *Äldres levnadsförhållanden; Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2006. s. 273–304. Levnadsförhållanden rapport 112.
31. Fors S, Lennartsson C, Lundberg O. Health inequalities among older adults in Sweden 1991–2002. *European Journal of Public Health*. 2008 Apr;18(2):138–43.
32. Thorslund M. Om att ta bort institutionsplatser trots allt fler äldre. Erfarenheter från 8 års utvecklingsarbete i Sundsvall. *Läkartidningen*. 1988(47):4023–6.
33. Thorslund M. Det nygamla gränssnittet: äldrevården och dess omorganisationer. I: Blomqvist P, red. *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS förlag; 2007.
34. Socialstyrelsen. Kapitel 8: De äldres sociala situation. I: *Social rapport 2006*. Stockholm: 2006.
35. Socialstyrelsen. *Äldre – vård och omsorg år 2000. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: 2001. Statistik – Socialtjänst 2001:3.
36. Socialstyrelsen. *Äldre – vård och omsorg år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: 2008. Statistik – Socialtjänst 2008:7.
37. Socialstyrelsen. *Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2005*. Stockholm: 2006. Underlag från experter.
38. Larsson K, Szebehely M. Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna. I: Vogel J, Häll L, red. *Äldres levnadsförhållanden; Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2006. s. 411–20. Levnadsförhållanden rapport 112.

Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär

Sammanfattning

Stress kan beskrivas som en obalans mellan de krav som ställs på oss och vår förmåga att hantera dem. Kroppens stresssystem är anpassade till att möta plötsliga fysiska hot, men idag utsätts vi oftare för psykisk och psykosocial stress som är långvarig. Långvarig stress kan ge upphov till flera olika besvär exempelvis försämrade prestationsförmåga, kronisk trötthet, olust, nedstämdhet, minnesstörningar, sömnproblem, domningar och diffusa muskelsmärter. Så småningom kan symtomen leda till depression, posttraumatiska stressyndrom och utmattningssyndrom samt även till kroniska smärttillstånd, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Sömn är en viktig motvikt till stress och ger kroppen nödvändig återhämtning. God sömn är därför en förutsättning för att vi ska klara av påfrestningar och behålla en god hälsa.

Det psykiska välbefinnandet i befolkningen har försämrats sedan 1980-talet och under samma tidsperiod har också värkbesvär ökat. Symtom som ångest, ångslan oro, ständig trötthet och värk i nack- skulderregionen har alla utvecklats på ett likartat sätt. I befolkningen ses en ökning under hela 1990-talet, en kulmen omkring år 2001 och därefter en viss minskning. Bland de unga har ingen minskning skett under de första åren på 2000-talet utan besvären har istället fortsatt att öka.

Sedan mitten av 1990-talet har andelen med stressymtom ökat när sysselsättningen har ökat och minskat när sysselsättningen har minskat. Bland de förvärvsarbetande har det blivit vanligare att man upplever sitt arbete som jäktigt och psykiskt ansträngande sedan början av 1980-talet. Detta kan tyda på att förvärvsarbetets balans mellan hälsosamma och ohälsosamma faktorer har vägt över mot mer ogynnsamma förhållanden. De psykiska yrkeskraven har ökat bland både kvinnor och män. Det är framförallt bland landstingsanställda som dessa belastningar har ökat mest. Upprepade omorganisationer kan vara en tänkbar orsak till att jäktigt och psykiskt ansträngande arbete blivit vanligare.

Psykisk ohälsa och värkbesvär är de vanligaste diagnoserna vid nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar. Sjukfrånvarons utveckling följer i stort sett utvecklingen av stressymtom.

Inledning

Psykisk ohälsa och värk är de vanligaste anledningarna till att man upplever sitt hälsotillstånd som dåligt [1]. Tillsammans orsakar de tre fjärdedelar av alla sjuk- och aktivitetsersättningar¹ bland kvinnor och två tredjedelar bland män. I befolkningen har såväl nedsatt psykiskt välbefinnande som värk blivit allt vanligare och betydligt fler har dessa besvär idag än på 1980-talet.

Detta kapitel fokuserar på stress eftersom stress kan ge upphov till såväl nedsatt psykiskt välbefinnande som värk. Kapitlet inleds med hur kroppen påverkas av stress och sömnens betydelse för att motverka stress. Därefter visas hur olika symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande och värk har utvecklats i olika åldersgrupper.

De flesta i förvärvsaktiv ålder har ett arbete och i detta kapitel ligger tyngdpunkten på några av de förändringar på arbetsmarknaden som kan tänkas ha lett till ökad stress i stora grupper i befolkningen. Personer som inte har något förvärvsarbete har i allmänhet sämre hälsa än förvärvsarbetande, men eftersom de är en mindre grupp kan förändrade förhållanden för dessa endast ha haft mindre betydelse för hur nedsatt psykiskt välbefinnande och värk utvecklats i befolkningen.

Förändringar i befolkningens sysselsättningsgrad och andelen med jäktigt och psykiskt ansträngande arbete har under de senaste tjugo åren

haft en liknande utveckling som förekomsten av stressymtom och sjukskrivningar.

Stress påverkar kroppen

Stress kan enklast beskrivas som en obalans mellan de krav som ställs på oss och vår förmåga att hantera dem [3]. Oftast handlar det om att vi upplever att kraven är för höga, men stress kan också orsakas av för lite krav i förhållande till vår förmåga. När vi upplever stress aktiveras våra biologiska stresshanteringssystem. Kroppens stresssystem har utvecklats under helt andra förhållanden än de som råder i det moderna samhället och är anpassat till att framförallt möta plötsliga fysiska hot. I dag utsätts vi istället oftare för psykisk och psykosocial stress. Denna typ av stress aktiverar samma stresssystem, men är ofta långvarig och kan inte stängas av på samma sätt som stress kopplad till plötsliga hot och till fysisk ansträngning. När stresssystemen är aktiverade under en lång tid uppstår en permanent obalans mellan kroppens nedbrytande och uppbyggande funktioner som så småningom kan leda till både akuta och kroniska sjukdomar.

Vid en akut stressituation signalerar hjärnan till binjurarna att producera stresshormoner. Dessa hormoner bidrar till energimobilisering som ger extra kraft och koncentration. Blodtrycket ökar, blodsocker och blodfetter stiger och blodets koagulationsförmåga ökar. Dessutom minskar smärtkänsligheten, immunförsvaret aktiveras, och vissa minnesfunktioner förbättras. Muskler i ansikte, nacke och bröstorg blir spända. Vid plötsliga hot är effekterna av denna energimobilisering gynnsamma. Kroppen förbereds på en fysisk kraftansträngning, kamp eller flykt, och för att klara av kroppsskador, minska blödningar och smärta. På

¹ Sjuk- eller aktivitetsersättning kan beviljas personer i åldern 19 till 64 år som av medicinska skäl har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel [2]. Bland unga i åldern 19 till 29 år används *aktivitetsersättning*, som alltid är en tidsbegränsad ersättning. *Sjukersättning* beviljas i åldern 30 till 64 år. Sjuk- och aktivitetsersättning ersatte förtidspension och sjukbidrag från och med år 2003.

det psykiska planet känner man rädsla, irritation, ilska, fientlighet och aggressivitet. När stressituationen upphör bör dessa extraordinära funktioner snabbt stängas av för att kroppen ska få vila och återhämta sig.

Om individen upplever att faran är övermäktig är det vanligt att reagera med stresshanterings-systemets ”spela död program” som syftar till att undkomma en övermäktig angripares intresse. Den uppgivenhetspräglade stressreaktionen att spela död medför ofta svimningskänsla, trötthet, yrsel, muskelsvaghet och symtom från magen.

Vid långvarig stressbelastning kommer energimobiliseringen att medföra att nedbrytande processer dominerar över uppbyggande processer under lång tid. Det innebär att kroppen prioriterar mobilisering av energi framför tillväxt, läkning och energilagring. Dessutom förändras regleringen av kroppens stresssystem när man utsätts för upprepade stressituationer, med mycket litet utrymme för vila och återhämtning, eller är oförmögen att stänga av aktiveringen. Minnet försämras, smärtkänsligheten ökar i stället för att dämpas och immunförsvaret fungerar sämre. Uppgivetssymtom av långvarig stress kan vara ledsenhet, nedstämdhet, trötthet och depression.

Vanliga tecken på att en individ är på väg in i en allvarligare stressrelaterad situation är försämrade prestationsförmåga, kronisk trötthet, olust, nedstämdhet, brist på arbetsmotivation, minnesstörningar, sömnproblem, yrsel, domningar, tryck över bröstet, upprepade infektioner och diffus muskelsmärta. Så småningom kan symtomen utvecklas till depression, posttraumatiska stress-tillstånd och utmattningssyndrom men även till kroniska smärttillstånd, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes (se kapitlet Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes).

Kronisk stress kan medföra värkbesvär. Smärtekänsligheten ökar, både genom att smärtnervernas känslighet ökar, genom att överföringen av smärtsignalerna till hjärnan blir effektivare och genom att hjärnan tar emot dessa signaler på ett effektivare sätt. Hög stressbelastning försämrar också funktionen i musklernas känselorgan, muskelspolarna, som skickar signaler om vilken rörelse muskeln utför och vilken belastning den är utsatt för. Detta kan medföra kroniskt ökad muskelstyvhet, ökad koncentration av smärtframkallande substanser i muskeln samt försämrad muskelkontroll. Förmågan att koordinera rörelser försämras.

Sömnen läker och bygger upp

Sömnen kan ses som stressens motsats och fungerar som återställare efter stress eller annan överanvändning av kroppens energidepåer. Återhämtningen är avgörande för att läkande och uppbyggande processer i kroppen ska fungera och en förutsättning för välbefinnande och god hälsa. Personer som regelbundet sover bra tycks ha en god motståndskraft mot stressrelaterade problem. Sömnen, särskilt djupsömnen², är vår viktigaste återhämtningsperiod, då många av kroppens uppbyggande processer pågår. Sömnens huvudfunktion är att återställa hjärnan och sömnens djup och längd är direkt beroende av hur mycket energi hjärnan förbrukat. Under sömnen ökar aktiviteten av tillväxtfrämjande hormoner, exempelvis tillväxthormon och testosteron, som reparerar kroppen och återställer cellernas funktionsförmåga.

² Nattsömnen kan indelas i olika cykler av yttlig sömn, djupsömn och drömsömn. Upprepade perioder av djupsömnen förekommer under den första delen av natten.

Under sömnen hämmas dessutom aktiviteten av stresshormonerna. Även måttligt reducerad sömn leder efter några dagar till samma effekter som vi ser i samband med stress det vill säga förhöjda stresshormoner, högre nivåer av blodsocker och blodfettnivåer, och försämrat immunsvar.

Stress är en effektiv sömnstörare. Ofullständig sömn leder till ökad stress, varvid en ond cirkel kan uppstå. I tabell 1 visas att ängslan och oro är vanligare hos personer som upplever sitt arbete som jäktigt och psykiskt ansträngande och också vanligare hos personer med sömnbesvär jämfört med den övriga befolkningen. Allra mest oro, ängslan och ångest har de som både har såväl jäktigt som psykiskt ansträngande arbete och dessutom sömnbesvär.

Tabell 1. Ängslan, oro eller ångest efter psykiska yrkeskrav och sömnbesvär

Andelen (procent) sysselsatta som uppgav lätt eller svår ängslan, oro eller ångest fördelat efter psykiska yrkeskrav* och sömnbesvär åren 2004–2005. Kvinnor och män 25–64 år, åldersstandardiserat.

Psykiska yrkeskrav	Kvinnor		Män	
	Ej sömn- besvär	Sömn- besvär	Ej sömn- besvär	Sömn- besvär
	Procent		Procent	
Jäktigt och psykiskt ansträngande arbete	19	42	13	29
Jäktigt eller psykiskt ansträngande arbete	13	32	8	24
Varken jäktigt eller psykiskt ansträngande arbete	11	33	5	23

* Dvs. jäktigt och/eller psykiskt ansträngande arbete.
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Utvecklingen av stressrelaterade besvär i olika åldrar

Sömnbesvär, ängslan och oro, ständig trötthet samt värk i nack- och skulderregionen är besvär som ofta är stressrelaterade. Dessa besvär har blivit vanligare sedan 1980-talet, utom i åldrarna över pensionsåldern (figur 1). I förvärvsaktiv ålder har besvären ökat mer bland de yngre än bland de äldre. Kvinnor har genomgående mer besvär än män.

Ängslan, oro eller ångest är numera vanligast bland kvinnor i åldern 16–24 år. Såväl bland kvinnor som bland män är skillnaderna mellan olika åldersgrupper små idag jämfört med 1980-talet då oro och ångest ökade med stigande ålder och var betydligt vanligare bland äldre än bland yngre.

Ständig trötthet är vanligast i åldern 25 – 44 år bland både kvinnor och män, en ålder då många har små barn. Sömnbesvär är fortfarande vanligast bland äldre kvinnor, trots att sömnbesvär ökat mest bland yngre kvinnor. Svår värk i nack- och skulderregionen är vanligast i åldern 45–64 år för båda könen.

Nedsatt psykiskt välbefinnande och svår värk i nacke och skuldror har således utvecklats på ett liknande sätt i befolkningen sedan 1980-talet. Eftersom både värk och nedsatt psykiskt välbefinnande kan orsakas av stress kan samhällsförhållanden som inneburit förändringar i upplevd stress ligga bakom den likartade utvecklingen. Dessutom påverkar olika hälsobesvär varandra dvs. värk kan leda till nedsatt psykiskt välbefinnande och vice versa.

Figur 1. Olika besvär i olika åldrar

Andelen (procent) personer som uppgav lätt eller svår ångslan, oro eller ångest, sömnproblem, ständig trötthet respektive svår värk i skuldror, nacke eller axlar. Kvinnor och män i olika åldrar, åren 1980–1981*, 1988–1989* och 1994–2005**.



* Genomsnitt åren 1980-81 och 1988-89.

** Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Under de senaste åren har utvecklingen vänt utom bland ungdomar. Både nackvärk och nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligast åren 2000–2001 och har därefter minskat något för alla åldrar utom för åldersgruppen 16–24 år.

Nackvärk påverkas också i hög grad av fysiska belastningar. Ihållande värk i muskler är vanligt även bland personer med till synes fysiskt lätta arbeten, såsom arbete vid dator, vid telefon, i kassa eller lätta monteringsarbeten (se faktaruta Muskelvärk och stress) [4]. Fysisk styrka utgör inte något säkert skydd mot utvecklingen av värkbesvär och könsskillnader i muskelstyrka spelar inte heller någon större roll för att värk är vanligare bland kvinnor än bland män.

Oro, ångslan och ångest, sömnbesvär och ständig trötthet är också vanliga symtom vid depressioner. Mellan 4 och 10 procent av den vuxna befolkningen beräknas ha en pågående depression. Depressioner är vanligare hos kvinnor än män, 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män beräknas att någon gång under sitt liv behöva behandling för en depression. Fler behandlas med läkemedel mot depressioner allt sedan de moderna antidepressiva läkemedlen (SSRI-preparat) började användas. Det finns ingen statistik som säkert kan säga om depressioner blivit vanligare eller inte.

Självmod, som ofta är en följd av depression eller annan psykisk sjukdom, minskar utom bland unga 15–24 år (figur 2). Ungdomars psykiska hälsa diskuteras vidare i kapitlet Ungdomars hälsa.

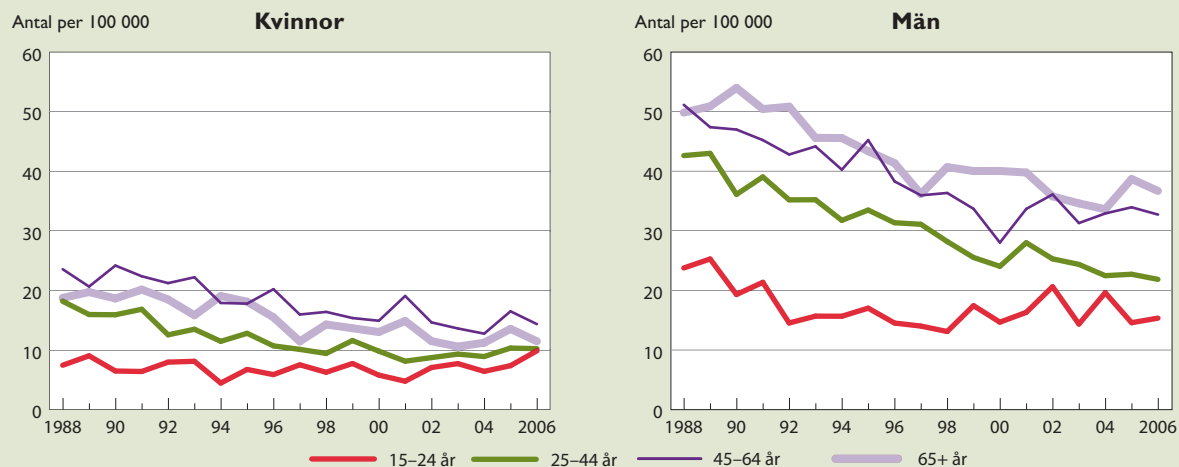
Muskelvärk och stress

Det finns flera hypoteser om varför arbete som inte kräver större muskelstyrka ändå kan ge överansträngda muskler [5]. Man har visat att när exempelvis nackmuskeln aktiveras sker det i en bestämd ordning. Vid låg fysisk belastning är det endast vissa delar av muskeln som aktiveras och med ökande belastning kopplas allt fler delar av muskeln in. När man minskar belastningen återgår muskeln till vila i omvänd ordning, så att de delar som aktiverades först vid låg belastning kommer att vila sist (askungeteorin). Detta innebär att vid en till synes låg belastning är det endast en liten del av muskeln som är i arbete och personen ifråga kanske inte upplever att musklerna arbetar förrän belastningen lett till utmattning av muskelfibrerna med störningar i ämnesomsättningen och smärta som följd. För att dessa muskelfibrer ska återhämta sig räcker det inte med att byta arbetsställning eller till lättare arbetsuppgifter, utan det krävs pauser med total vila.

En annan teori bygger på störningar i muskelspolarna som är muskelns känselorgan [6]. Muskelspolarnas funktion är att koordinera rörelser och muskelkraft. I nacken och skuldrorna ligger muskelspolarna tätare än någon annanstans i kroppen. Störningar kan exempelvis uppstå vid statiskt arbete, det vill säga arbete med små exakta rörelser. Vid sådant arbete är genomblödningen av muskeln nedsatt och det bildas bland annat mjölk-syra. Det får muskelspolarna att reagera med att öka muskelkraften och styvheten i muskeln, vilket i sin tur försvårar genomblödningen och leder till en ond cirkel.

Figur 2. Själv mord i olika åldrar

Antal döda i självmord (inklusive oklara fall) per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldrar, åren 1988–2006.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

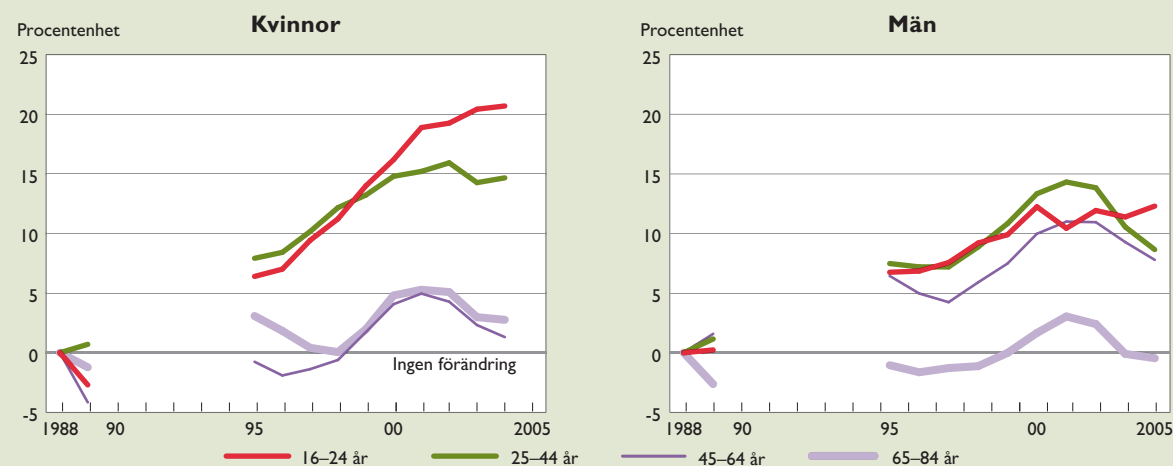
Arbetsliv och stressrelaterade besvär

Eftersom värk och nedsatt psykiskt välbefinnande utvecklats på ett liknande sätt och bägge kan vara utlösta av stress har i detta kapitel ett sammanfattande mått konstruerats som benämns stress-symtom. Måttet *stresssymtom* mäter förekomsten av *minst ett* av följande tre besvär: ständig trötthet, lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, och svår nackvärk.

Figur 3 utgår från åren 1988–1989 och visar hur många procentenheter vanligare stresssymtom blivit i befolkningen, dvs. antalet fler procent som har besvär. Man får förstås samma bild som för de enskilda symtomen redovisade ovan. Syftet med att göra ett sammanfattande mått är att på ett enklare sätt kunna jämföra utvecklingen av dessa besvär med samtidiga samhällsförändringar.

Figur 3. Förändring av andelen med stressymtom i olika åldrar

Förändring (procentenheter) av andelen personer som har stressymtom* i förhållande till nivåerna år 1988. Kvinnor och män i olika åldrar; åren 1988–1989 och 1994–2005**.



* Dvs. har minst ett av följande besvär: (i) svår värk i nacke eller skuldror; (ii) trött för jämnar; (iii) lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.

** Glidande treårsmedelvärde.

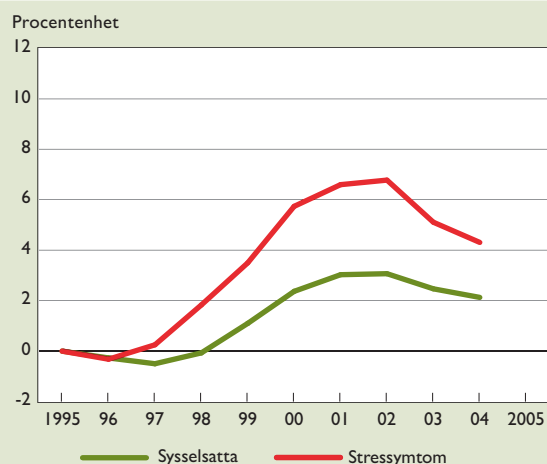
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 4 visar att stressymtom blev vanligare när sysselsättningen ökade och mindre vanligt när sysselsättningen minskade. Detta kan förefalla oväntat eftersom arbete i allmänhet anses ha positiva effekter på hälsan. En förklaring kan vara att ett ökat behov av arbetskraft leder till att personer

får arbete som av hälsoskäl tidigare stått utanför arbetsmarknaden. Det kan i sin tur innebära att det i arbetslivet finns en högre andel personer som är känsligare för arbetslivets olika krav. En annan förklaring kan vara att kraven i arbetslivet har ökat.

Figur 4. Sysselsättning och stressymtom

Förändring (procentenheter) av andelen sysselsatta och av andelen personer med stressymtom* i förhållande till nivåerna år 1995. Personer 16–64 år, perioden 1995–2005**.



* Dvs. har minst ett av följande besvär: (i) svår värk i nacke eller skuldror; (ii) trött för jämnar; (iii) lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.

**Glidande treårsmedelvärde.

Källor: ULF-undersökningarna, SCB (besvär) och Arbetskraftsundersökningar, SCB (sysselsättning).

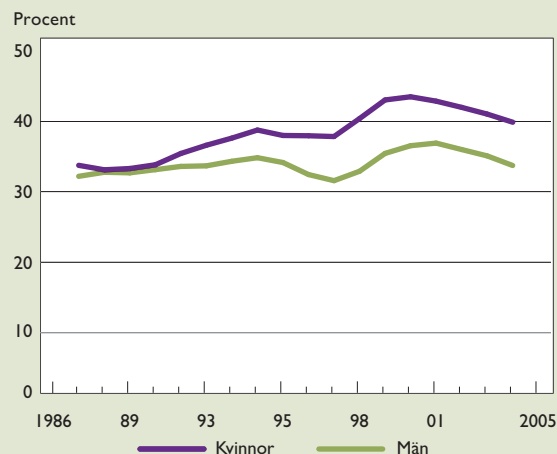
Psykisk arbetsbelastning

Kraven i arbetslivet har ökat åtminstone när det gäller upplevelsen av jäkt och psykisk ansträngning, visar ULF-undersökningarna. I genomsnitt upplevde ungefär 40 procent av kvinnorna och närmare 35 procent av männen i åldersgruppen 25–64 år sitt arbete som såväl jäktigt som psykiskt ansträngande åren 2003–2005. En ökning har pågått sedan 1980-talet och de största ökningarna skedde i slutet av 1990-talet (figur 5). Sedan den högsta nivån omkring åren 2000–01 har en viss minskning skett. Arbete som är såväl jäktigt som psykiskt ansträngande är vanligare bland kvinnor än bland män och har de senaste decennierna

ökat betydligt mer bland kvinnor än bland män. År 1986 var det lika vanligt bland män som bland kvinnor att uppleva sitt arbete som jäktigt och psykiskt krävande.

Figur 5. Höga psykiska yrkeskrav

Andelen (procent) sysselsatta som har ett arbete med höga psykiska yrkeskrav*. Kvinnor och män 25–64 år, perioden 1986–2005**.



* Dvs. att arbetet är såväl jäktigt som psykiskt ansträngande.

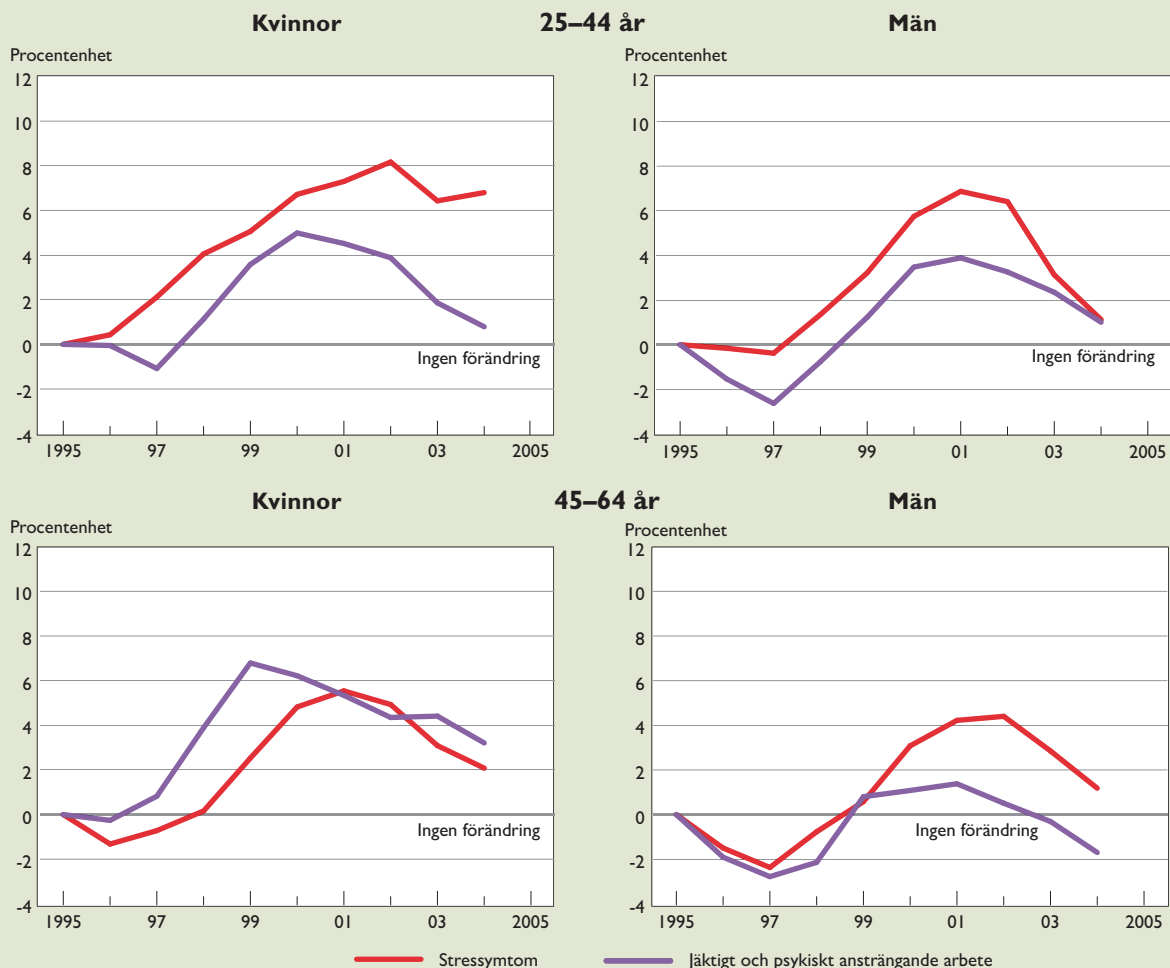
**Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur 6 visar att andelen som upplever sitt arbete som jäktigt och psykiskt ansträngande har utvecklats på ungefär samma sätt som förekomsten av stressymtom under perioden 1995–2005, för både kvinnor och män och för såväl yngre (25–44 år) som äldre (45–64 år). Att stressymtom ökar och minskar på ett i stora drag likartat sätt som upplevelsen av jäkt och psykiska krav i arbetet kan tala för att arbetsmiljön kan ha haft en stor betydelse för dessa besvär. Allra närmast följdes utvecklingen åt bland män i åldern 25–44 år och minst bland kvinnor i åldern 45–64 år.

Figur 6. Förändring av stressymtom och höga psykiska yrkeskrav

Förändring (procentenheter) av andelen i befolkningen som har stressymtom* och bland sysselsatta som upplever höga psykiska yrkeskrav** i förhållande till nivåerna 1995. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1995–2005***.



* Dvs. har minst ett av följande besvär: (i) svår värk i nacke eller skuldror; (ii) trött för jämnan; (iii) lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.

**Dvs. att arbetet är såväl jäktigt som psykiskt ansträngande.

***Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Jäktigt och psykiskt ansträngande arbete vanligast i landsting och kommun

Jäktigt arbete och psykiskt ansträngande arbete är vanligast bland både kvinnor och män som har landstinget som arbetsgivare (figur 7). Av alla förvärvsarbetande år 2007 arbetade 10 procent av kvinnorna inom landstinget och 2 procent av männen, enligt SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS). Fram till och med 1990-talskrisen upplevde kvinnor sitt arbete som jäktigt i ungefär samma utsträckning inom alla sektorer (privat, statlig, landsting och kommunal sektor). Åren efter krisen ökade andelen som upplevde sitt arbete som jäktigt mer bland landstingsanställda kvinnor än bland kvinnor i andra sektorer.

Figur 8 jämför hur det totala antalet arbetade timmar i befolkningen förändrats sen 1986 och hur många procentenheter vanligare arbeten som är både jäktiga och psykiskt ansträngande blivit. Det totala antalet arbetade timmar i befolkningen följer den ekonomiska konjunkturen med ett kraftigt ras i början av 1990-talet. I privat sektor ökar andelen med jäktigt och psykiskt ansträngande arbete när konjunkturen vänder i slutet av 1990-talet. I offentlig sektor ökar andelen med jäktigt och psykiskt ansträngande arbete även under konjunktursvackan. Det är rimligt att anta att en lågkonjunktur inte minskar arbetsbördan för grupper som arbetar inom vård- eller utbildningssektorn, snarare ökar arbetsbördan när skattemedlen minskar och resurserna krymper.

Yrken bland kvinnor där det är vanligast att uppleva sitt arbete som jäktigt och psykiskt ansträngande är grundskollärare, hälso- och sjukvårdspersonal samt förskollärare och fritidspedagoger. Bland män är det vanligast i yrken inom

universitet, gymnasie- och grundskola, service, omsorgs- och säkerhetsarbete samt ledningsarbete i stora eller medelstora företag. Gemensamt för dessa yrken är att man i stort sett hela tiden arbetar med människor. I stor utsträckning är det dessa yrkeskategorier som också upplever sina arbeten som mest meningsfulla [7]. Till dessa typer av arbeten rekryteras sannolikt oftast personer som har en förhållandevis god psykisk hälsa. Det talar för att det är typen av arbete som i högre grad är förknippad med jäkt och ansträngning och inte att det är särskilt sårbara personer som får dessa arbeten. Arbetskravens betydelse för ohälsan stöds av flera forskningsstudier där friska personer som rapporterat höga psykiska krav så småningom utvecklar psykisk ohälsa [8] och värk i nacke eller skuldror [9].

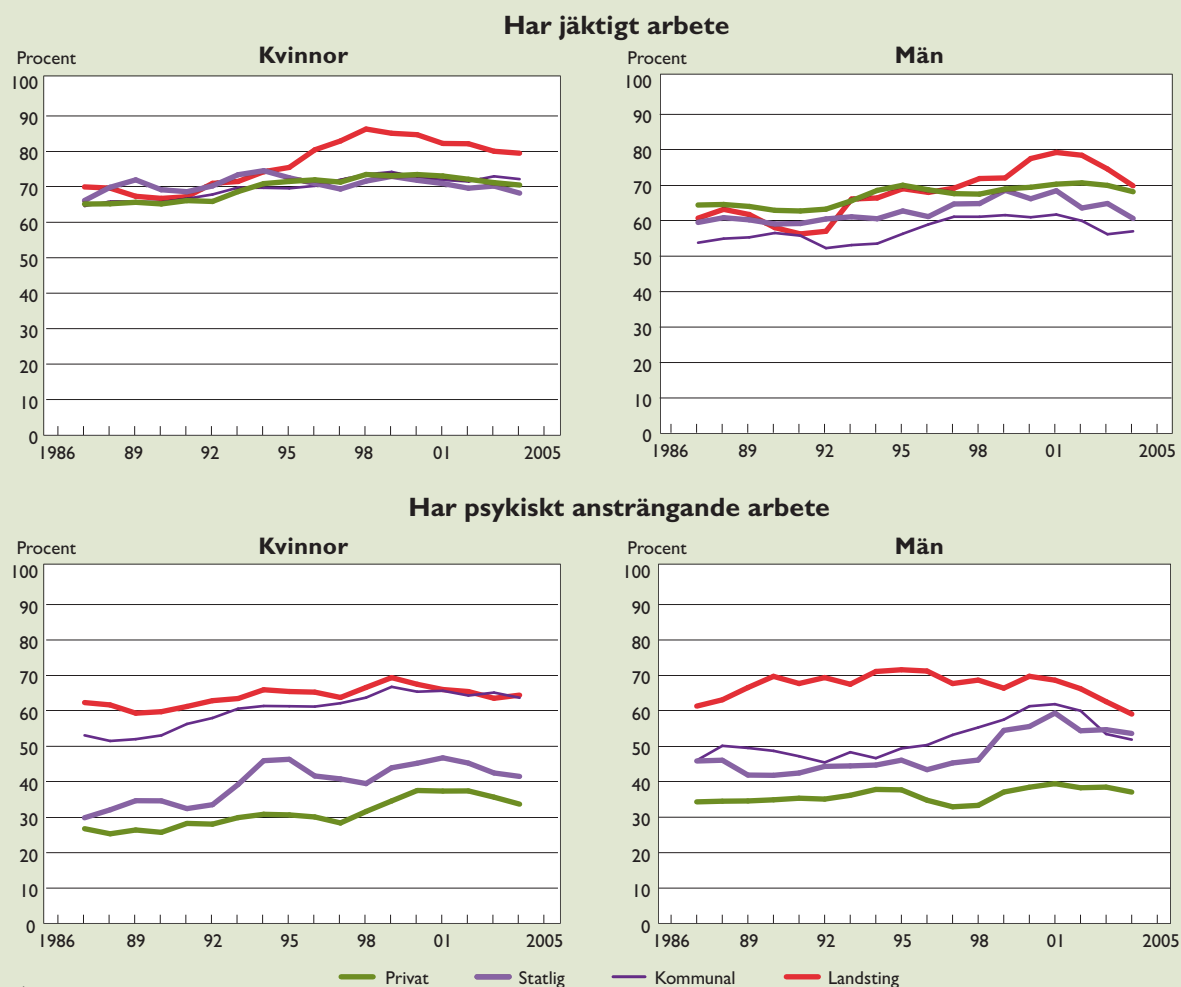
Mäns arbetsmarknad är mer differentierad än kvinnors. Inom de fem vanligaste kvinnoyrkena arbetar 27 procent av alla kvinnor medan 15 procent av alla män arbetar inom de fem vanligaste yrkena bland män. Figur 9 visar de fem vanligaste yrkena bland anställda kvinnor och män enligt ULF-undersökningarna åren 2002–2005. Undersköterskeyrket är det vanligaste bland kvinnor och omfattar 9 procent av alla anställda kvinnor, därefter kommer vårdbiträden med 6 procent av alla anställda. Bland män är det vanligaste yrket företagssäljare, vilket 4 procent av alla anställda män har. Av figuren framgår att både kvinnor och män upplever de vanligaste kvinnoyrkena som mer psykiskt ansträngande än mansyrkena.

Barnfamiljers förvärvsarbete har ökat

Kvinnors genomsnittliga arbetstid i förvärvsarbete har ökat allt sedan 1980-talet. Särskilt tydlig är ökningen bland kvinnor med små barn (figur 10). Mödrar med små barn upp till sex års ålder ökade

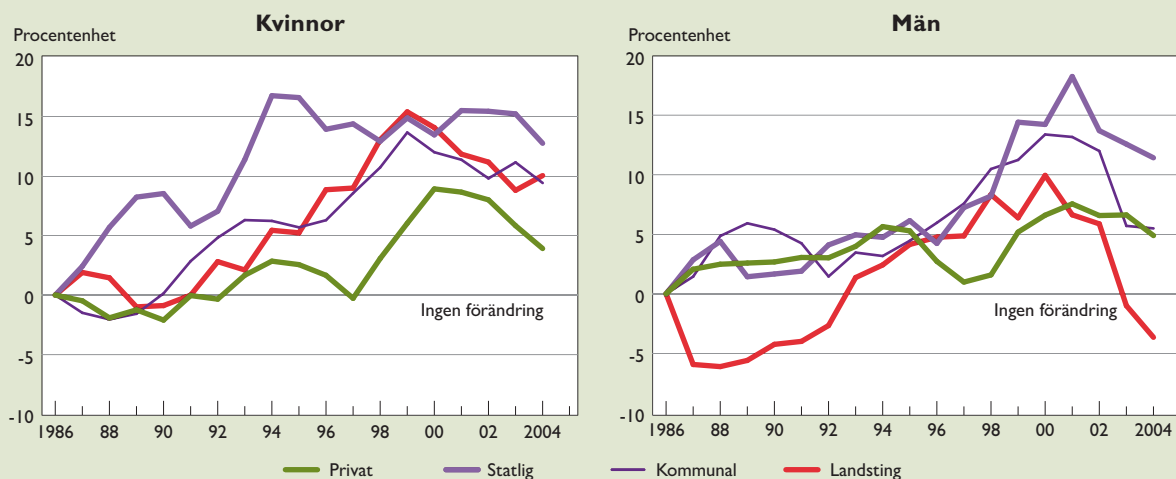
Figur 7. Jäktigt och psykiskt ansträngande arbete för anställda i olika sektorer

Andelen (procent) anställda i olika näringssektorer som uppger att arbetet är jäktigt respektive psykiskt ansträngande. Kvinnor och män 25–64 år, perioden 1986–2005*.

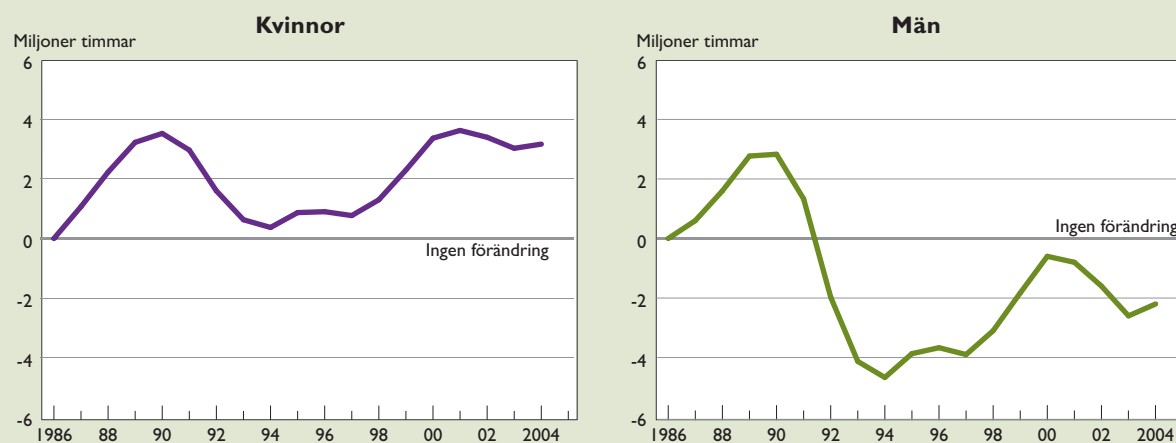


Figur 8. Såväl jäktigt som psykiskt ansträngande arbete - förändring sedan 1986

Figur 8a. Förändring (procentenhet) av andelen anställda i olika sektorer som upplever arbetet som såväl jäktigt som psykiskt ansträngande i förhållande till nivåerna 1986. Kvinnor 25–64 år, perioden 1986–2005.



Figur 8b. Förändring (miljoner timmar per vecka) av det totala antalet förvärvsarbetade timmar i befolkningen** i förhållande till nivåerna 1986. Kvinnor 25–64 år, perioden 1986–2005.



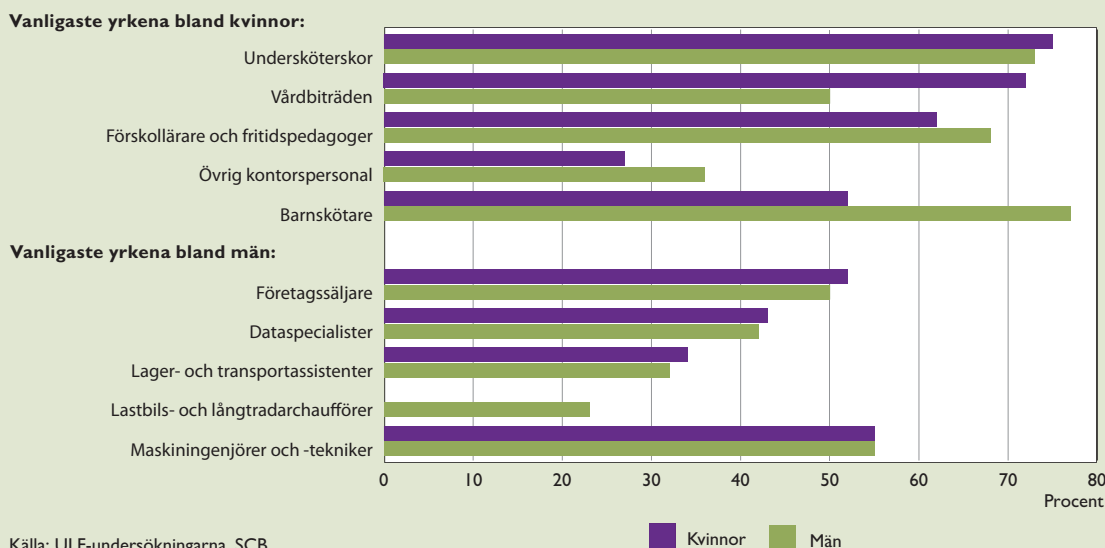
*Glidande treårsmedelvärde.

**Det totala antalet förvärvsarbetade timmar i befolkningen används här som konjunkturindikator.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 9. Psykisk ansträngning i fem vanliga yrken

Andelen (procent) anställda som uppger att arbetet är psykiskt ansträngande fördelat efter de fem vanligaste yrkena bland kvinnor respektive män i ULF-undersökningarna åren 2002–2005. Kvinnor och män 25–64 år.



sin arbetstid i förvärvsarbetet från i genomsnitt 27 till 34 timmar i veckan medan fäderna minskade sin från 41 till 39 timmar mellan 1979 och 2005. Det innebär att förvärvsarbete tar sammantaget allt mer av föräldrarnas tid i familjer med små barn vilket kan ha bidragit till att stressrelaterade besvär har ökat.

Höga psykiska krav i arbetslivet har samband med stressymtom i alla sociala grupper

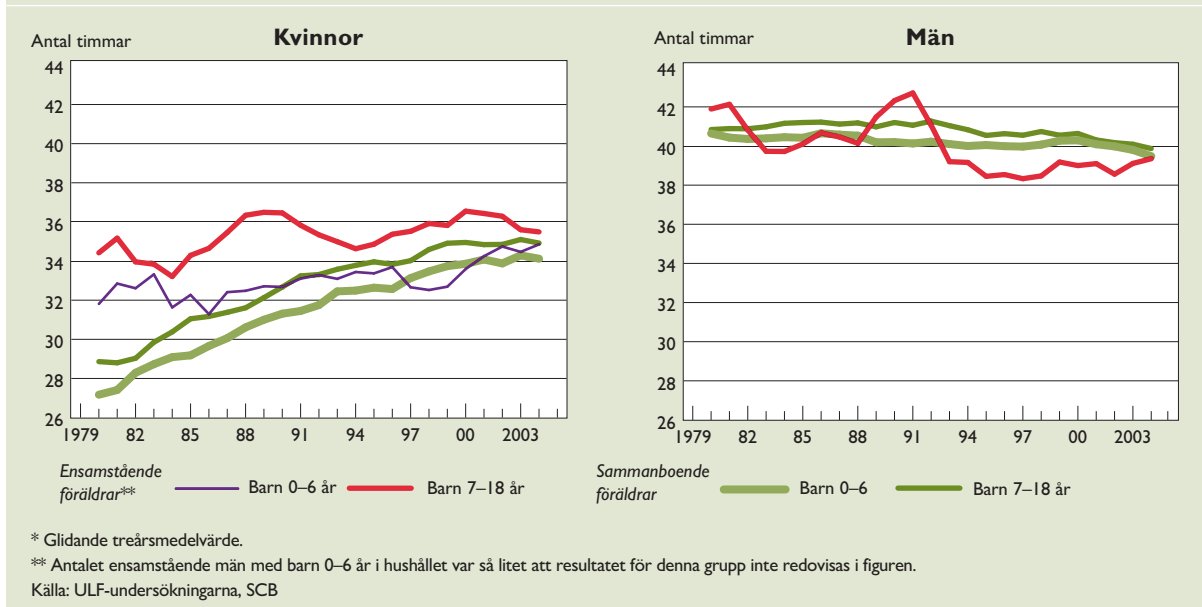
Det är vanligare med stressymtom bland personer med ett jäktigt och ansträngande arbete oavsett kön, socialgrupp, familjekonstellation, heltids- eller deltidsarbete, förekomst av ergonomiska belastningar samt upplevelse av varierat eller en-

formigt arbete (figur 11). Bland män är stressymtom dubbelt så vanligt vid jäktigt och psykiskt ansträngande arbete bland såväl högre tjänstemän som ”ej facklärd arbetare”.

Tidigare har man visat att det är gynnsamt att ha höga psykiska krav för den personliga utvecklingen och den psykiska hälsan, om man samtidigt har inflytande över sin arbetssituation. Sådana arbeten där man har både inflytande och höga psykiska krav finns i högst utsträckning bland högre tjänstemän [10]. En orsak till att även högre tjänstemän har mer stressymtom kan vara att arbetskraven under senare år ökat mer än vad som kan motverkas av fördelen med att kunna påverka sin arbetssituation. Det har framhållits att allt större ansvar läggs på individen att både definiera sina

Figur 10. Föräldrars genomsnittliga förvärvsarbets tid 1979–2005

Genomsnittlig förvärvsarbets tid (antal timmar i veckan) för sammanboende och ensamstående föräldrar, fördelat efter barnets ålder. Anställda kvinnor och män 25–64 år, perioden 1979–2005*.



arbetsuppgifter och sätta gränser för hur omfattande arbetet skall vara, samt även sätta gränser mellan arbete och övrigt liv [11]. Individer med prestationsbaserad självkänsla är särskilt sårbara för höga yrkeskrav [12]. Risken för långvarig sjukskrivning är dock fortfarande störst i arbeten där möjligheterna att påverka arbetssituationen är förhållandevis liten [13].

Organisatoriska förändringar kan ligga bakom de ökade yrkeskraven

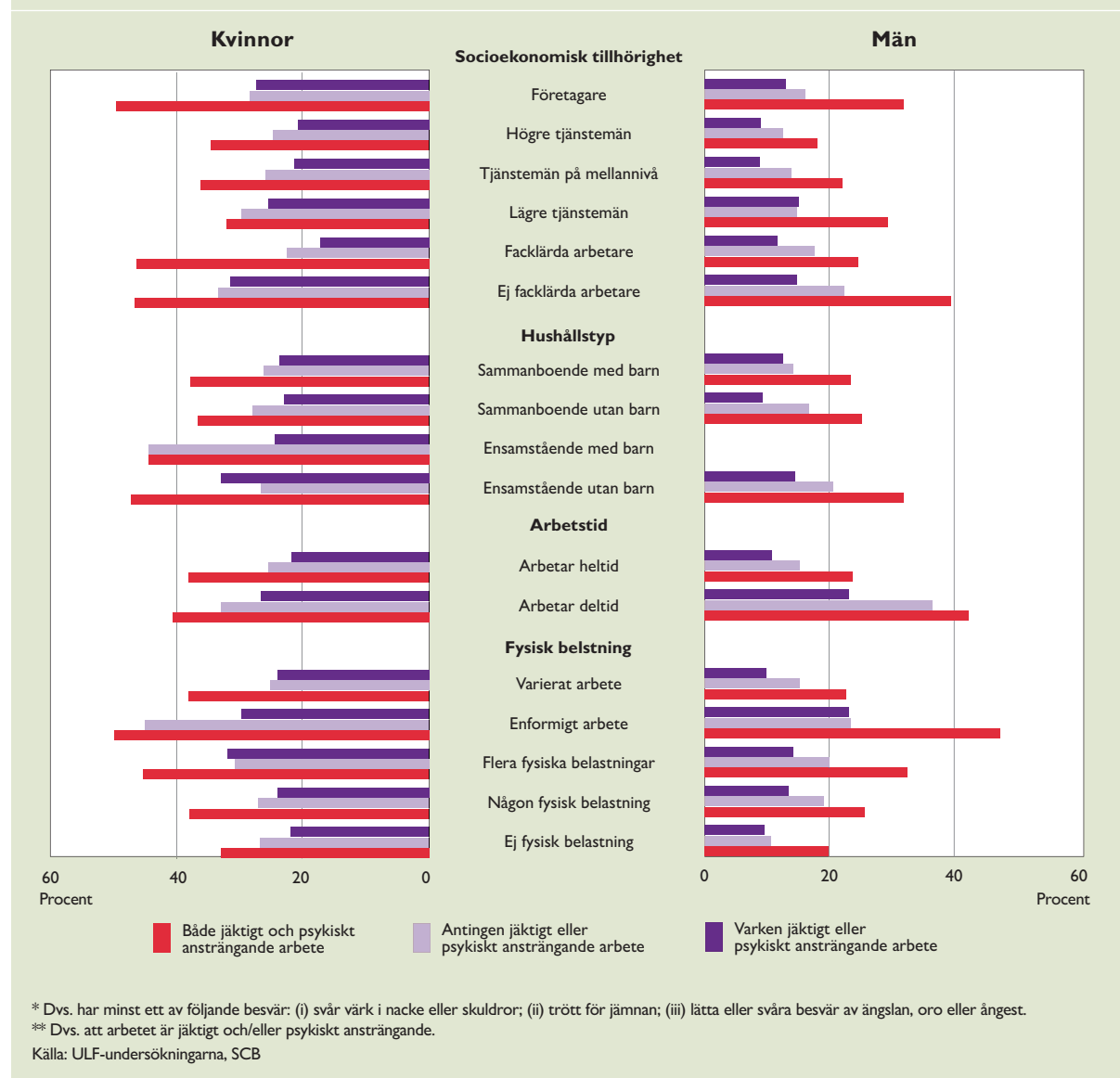
Ett skäl till att även arbeten där man kan påverka sin arbetssituation i hög grad blivit ohälsosamma under senare år kan vara att man har utsatts för organisatoriska förändringar [14, 15]. Omorgani-

sationer blev vanliga under andra halvan av 1990-talet. Större organisatoriska förändringar, som att enheter slås samman eller avknoppas, har visats öka risken för depression [8]. Upprepade nedskärningar men också upprepade snabba expansioner har visats leda till fler sjukhusinläggningar och långtidssjukskrivningar. En långsam expansion tycks däremot vara ett tecken på att arbetsplatsen mår bra och leder till minskad ohälsa [16]. Särskilt ogynnsamma för hälsan förefaller omorganisationer vara om de sker upprepade gånger under kort tid [17].

Omorganisationers negativa effekt på hälsan kan också bero på försämringar i arbetsmiljön snarare än på omorganisationen i sig [12, 18]. Arbets-

Figur 11. Stressymtom efter grad av psykiska yrkeskrav

Andelen (procent) sysselsatta med stressymtom* fördelat efter graden av psykiska yrkeskrav**. Kvinnor och män 25–64 år efter socioekonomisk tillhörighet, hushållstyp, arbetstid och fysisk belastning, år 2004/05. Åldersstandardiserat.



miljöinspektionen påtalar att under 1990-talet har en utveckling skett, särskilt inom den offentliga sektorn, mot att allt fler anställda upplever att man inte blir lyssnad på och att man genom upprepade nedskärningar och omstruktureringar frångår möjligheten att göra ett bra arbete, vilket leder till en ökad frustration [15]. Från 1997 uppgav särskilt kvinnorna i den offentliga sektorn i ökande utsträckning att de inte kunde påverka sin arbets-situation. Denna utveckling har tidsmässigt varit parallell med utvecklingen av arbetsrelaterade psykiska besvär och långtidssjukskrivning i denna grupp. Den offentliga sektorn har under dessa år liksom andra samhällssektorer haft en ökning i arbetsintensiteten men de organisatoriska förändringarna har varit särskilt uttalade där [19].

Sjukfrånvaro, sjuk- och aktivitetsersättning

Psykisk ohälsa och värk i rörelseorganen är de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning [20]. För samhället orsakar denna ohälsa minskad produktivitet och stora transfereringskostnader från sjukförsäkringssystemet.

Sjukfrånvarons utveckling liknar utvecklingen av stressymtom under perioden 1994–2005 (figur 12). Bland både kvinnor och män ökade stressymtom 1–3 år före uppgången av sjukfrånvaron och minskade före sjukfrånvaron minskade. Motsvarande samband mellan sjukfrånvaro och besvär av ångslan, oro eller ångest och allmän trötthet har också visats [21]. Sjukfrånvaro är mycket vanligare bland personer som uppger att de har nedsatt psykisk hälsa [21]. En svensk studie visar att även sömnbesvär och trötthet leder till en ökad risk för att två år senare ha en lång sjukfrånvaro [22]. En anledning kan vara att sömnbesvär visats

leda till ökad risk för muskelsmärta [23]. Dessutom ökar risken för förkylningar kraftigt vid kortare sömn och sämre sömnkvalitet [24].

Psykiska sjukdomar tillsammans med sjukdomar i rörelseorganen utgjorde 76 procent av alla nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar bland kvinnor och 65 procent bland män år 2006 (tabell 2). Med psykiska sjukdomar avses här missbruksproblematik, depressioner, schizofreni, utmattningssyndrom, psykisk utvecklingsstörning, personlighetsstörning mm. De vanligaste diagnoserna är depressioner, anpassningsstörningar och reaktion på stress samt ångestsyndrom [2].

Utvecklingen av sjuk- och aktivitetsersättningar under perioden 2000–2006 har stora likheter med sjukfrånvarons och den stressrelaterade ohälsans öknings- och minskningar. Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar har fortsatt att öka i åldern upp till 29 år men minskat betydligt i åldern 30 till 64 år.

Tabell 2. Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar efter sjukdomsgrupp

Andel (procent) nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar efter sjukdomsgrupp, år 2006. Kvinnor och män 18–64 år.

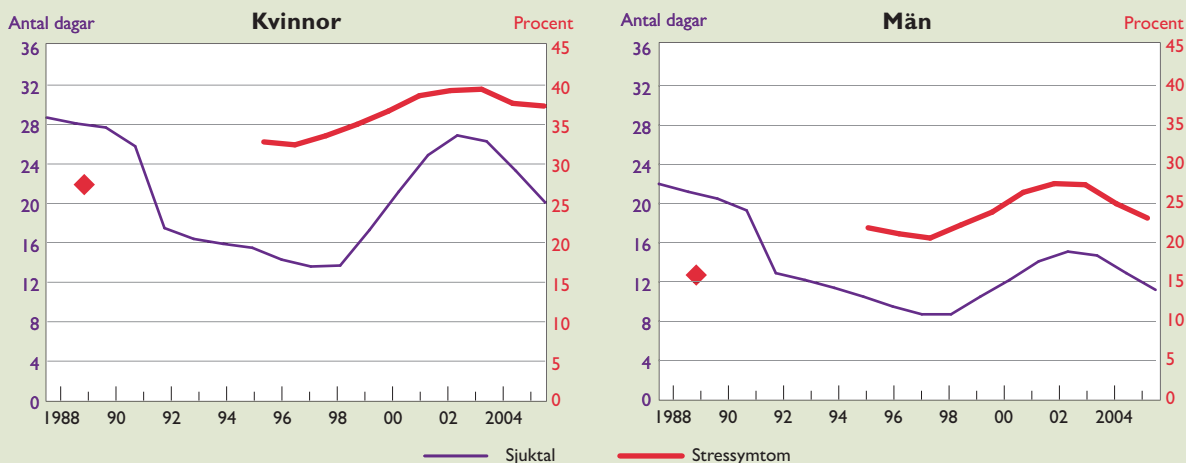
Sjukdomsgrupp	Kvinnor	Män
	Procent	
Psykiska sjukdomar och syndrom, inkl. utbränning	41,5	39,8
Sjukdomar i rörelseorganen	34,3	25,5
Hjärt- och kärlsjukdomar	3,8	9,7
Sjukdomar i nervsystemet	3,9	4,9
Skador och förgiftningar	3,2	5,1
Tumörer	2,8	3,0
Endokrina sjukdomar mm	1,3	1,4
Andningsorganens sjukdomar	1,2	1,6
Övriga	8,0	9,0
Summa	100,0	100,0
Totalt antal nybeviljade ersättningar	27 670	20 229

Källa: Försäkringskassan

Figur 12. Stressymtom och sjuktal

Andelen (procent) personer med stressymtom* och sjuktal (antal dagar)**.

Kvinnor och män 25–64 år, åren 1988–2005***.



* Dvs. har minst ett av följande besvär: (i) svår värk i nacke eller skuldror; (ii) trött för jämnar; (iii) lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.

**Antalet utbetalda dagar med sjukpenning (t.o.m. år 1997 avses dagar per sjukpenningförsäkrad, fr.o.m. 1998 avses per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning). Alla dagar räknas som EN dag oavsett om omfattningen är hel, halv osv. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i sjuktalet.

*** Glidande treårsmedelvärde utom för stressymtom åren 1988/89 som är ett genomsnitt av de två åren.

Källor: ULF-undersökningarna, SCB (besvär) och Försäkringskassan (sjuktal).

Referenser

1. Danielsson M, Biterman D. *Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
2. Försäkringskassan. *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2006 2007*. Statistik 2007:2.
3. Perski A. *Ur balans*. Stockholm: Bonnier Fakta; 2002.
4. Ariens GA, Bongers PM, Douwes M, Miedema MC, Hoogendoorn WE, van der Wal G, et al. Are neck flexion, neck rotation, and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med*. 2001 Mar;58(3):200–7.
5. Lundberg U, Wentz G. *Stressad hjärna, stressad kropp. Om sambanden mellan psykisk stress och kroppslig hälsa*. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 2004.
6. Johansson H, Windhorst U, Djupsjöbacka M, Passatore M, red. *Chronic work-related myalgia. Neuromuscular mechanisms behind work-related chronic muscle pain syndromes*. Gävle: Gävle University Press; 2004.
7. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 2007*. Stockholm: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån, 2008. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:4.

8. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*. 1998 Jun;24(3):197–205.
9. van den Heuvel SG, van der Beek AJ, Blatter BM, Hoogendoorn WE, Bongers PM. Psychosocial work characteristics in relation to neck and upper limb symptoms. *Pain*. 2005 Mar;114(1–2):47–53.
10. Kristensen TS, Borg V, Hannerz H. Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scand J Public Health Suppl*. 2002;59:41–8.
11. Allvin M, Aronsson G, Hagström T, Johansson G, Lundberg U. *Gränslöst arbete. Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Liber; 2006.
12. Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M, Ylander J. *Understanding the organisational impact on working conditions and health*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2006. Arbete och hälsa. Arbete och hälsa, Nr 2006:4.
13. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2005.
14. Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M, Ylander J. *Understanding the organisational impact on working conditions and health*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2006. Arbete och hälsa, Nr 2006:4.
15. Arbetsmiljöinspektionen. *Från frustration till total utmattning. Om brister, risker och krav i det moderna arbetslivet*. Örebro: 2002.
16. Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Oxenstierna G, Jeding K, Theorell T. Workplace expansion – an overlooked risk factor for long-term sickness absence and hospital admission. *The Lancet*. 2004;363:1193–7.
17. Grinups BS (red.), Bekkengen L, Lundberg B, Höjjer C. *Den bortglömda hälsans folk. Rapport från projektet "Långtidsfrisk i Värmland — ett vardagsbaserat hälsoarbete"*. Karlstad: Karlstads universitet, Institutionen för samhällsvetenskap, Avdelningen för genusvetenskap, 2004. Karlstad University Studies, 2004:50.
18. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*. 2000;320:971–5.
19. Theorell T. *I spåren av 90-talet*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2006.
20. Lidwall U, Skogman Thoursie, P. Sjukskrivning och förtidspensioneringar under de senaste decennierna. I: Marklund S, red. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000. s. 91–124.
21. Lindholm C, Fredlund P, Backhans M. Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. I: Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T, red. *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005. s. 39–59.
22. Åkerstedt T, Kecklund G, Alfredsson L, Selen J. Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue. *Journal of sleep research*. 2007 Dec;16(4):341–5.
23. Canivet C, Ostergren PO, Choi B, Nilsson P, af Sillen U, Moghadassi M, et al. Sleeping problems as a risk factor for subsequent musculoskeletal pain and the role of job strain: results from a one-year follow-up of the Malmo Shoulder Neck Study Cohort. *Int J Behav Med*. 2008;15(4):254–62.
24. Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. *Arch Intern Med*. 2009 Jan 12;169(1):62–7.

Övervikt, hjärt- och kärlsjukdom och diabetes

Sammanfattning

Hjärt- och kärlsjukdomar har minskat dramatiskt bland både kvinnor och män, och det är den viktigaste anledningen till att medellivslängden ökar. Under de senaste tjugo åren har hjärtinfarktdödligheten i det närmaste halverats och stokedödligheten har minskat med en tredjedel. Det beror på att färre insjuknar och att fler överlever en infarkt eller en stroke.

Minskad rökning och sjunkande blodfettsnivåer i befolkningen är huvudorsaken till att färre drabbas av hjärtinfarkt i Sverige. Bakom det minskade strokeinsjuknandet ligger också minskad rökning och lägre blodfetter, men högt blodtryck har större betydelse för stroke än för hjärtinfarkt. Den största minskningen av strokefallen har inträffat under de senaste tio åren, vilket sannolikt beror på att blodtrycksnivåerna i befolkningen har sjunkit först under senare år. Överlevnaden efter stroke och hjärtinfarkt har också förbättrats, tack vare stora framsteg i den medicinska behandlingen av hjärt- och kärlsjukdomar.

Under de senaste tjugo åren har andelen personer med övervikt eller fetma ökat. Ökningen tog fart i början av 1990-talet och är större bland män än bland kvinnor, och enligt egenrapporterade vikt- och längduppgifter, är hälften av alla män och drygt en tredjedel av alla kvinnor överviktiga eller feta. Trots denna ökande övervikt har hjärt- och kärlsjukdomar fortsatt att minska, och insjuknandet i typ-2 diabetes har heller inte ökat. En anledning kan vara att hälsokonsekvenserna av övervikt ännu inte visat sig. USA ligger tio år före Sverige i överviktsutvecklingen, och där ökade typ-2 diabetes först i mitten av 1990-talet. Sedan år 2000 ökar även hjärt- och kärldödligheten bland amerikanska kvinnor i åldern 35–54 år efter decennier av sjunkande dödlighet, och bland amerikanska män i samma åldersgrupp har nedgången mattats av. Anledningen anses vara att övervikt har blivit vanligare.

I Sverige ökar dock inte övervikten i samma takt som tidigare och det är således möjligt att en vändning är på gång. Det är dock betydligt fler barn och unga vuxna som har blivit överviktiga under de senaste tjugo åren, och därför kan ändå folkhälsan försämrats framöver eftersom hälsokonsekvenserna av

övervikt kommer först i högre åldrar. Barn med övervikt tenderar att förbli överviktiga, och därför är det särskilt viktigt att förebygga övervikt bland barn och ungdomar. De allra senaste åren finns dessutom tecken som tyder på att den gynn-samma trenden med sjunkande blodfettssnivåer och sjunkande blodtrycksnivåer kan ha brutits.

Åderförkalkning är den vanligaste orsaken till hjärt- och kärlsjukdomar, och bukfetma, höga blodfetter, högt blodtryck och högt blodsocker ökar risken för åderförkalkning. Hälften av alla som har högt blodtryck vet dock inte om att de har det. Detsamma gäller dem som har högt blodsocker (diabetes). Genom att behandla dessa riskmar-körer, med livsstilsåtgärder och läkemedel, kan man förhindra att kärlen skadas. Om exempel-vis alla med högt blodtryck kunde få ett normalt blodtryck skulle årligen omkring 6 000 personer slippa att drabbas av stroke.

Hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes går i mycket hög grad att förebygga. Våra matvanor och graden av daglig fysisk aktivitet har tillsam-mans med rökning stor betydelse för dessa sjukdo-mar, vilket beskrivs närmare i kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet och kapitlet Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar. Stress och bristande återhämtning ökar risken för hjärt- och kärlsjuk-domar, och stress har relativt stor betydelse för risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar jämfört med många andra folksjukdomar.

Risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjuk-domar och diabetes typ 2 skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper. Lågutbildade löper dubbelt så hög risk att drabbas av hjärtinfarkt som högutbildade, och för män är risken tre gånger så hög som för kvinnor. Vissa invandrargrupper har också en förhöjd risk att insjukna i hjärt- och kärl-sjukdomar och diabetes.

Inledning

I detta kapitel beskrivs hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes tillsammans, eftersom det finns star-ka kopplingar mellan dessa sjukdomar och deras riskfaktorer. Diabetes finns i två former: typ 1-diabetes som oftast börjar som en akut sjukdom och drabbar framför allt unga personer, och typ 2-diabetes som utvecklas långsamt och manifes-terar sig från medelåldern och högre upp i åldrar-na. Typ 2-diabetes kallades förr för åldersdiabetes och är den vanligaste formen, 85–90 procent av diabetikerna har typ 2-diabetes. Vid typ 1-diabe-tes utvecklas de höga blodsockernivåerna snabbt och ger akuta symtom, men vid typ 2 känner man vanligen inte av de mer måttfullt höjda socker-nivåerna. Typ 2-diabetes, liksom typ 1-diabetes, leder emellertid på sikt till skador på hjärtat och blodkärnen och det är då som symtomen uppkom-mer. Diabetes är på så vis en hjärt- och kärlsjuk-dom och en del i ett komplex av störningar i krop-pens ämnesomsättning som ligger bakom åder-förkalkningsprocessen. Hjärtinfarkt och stroke är också de vanligaste dödsorsakerna för personer som har typ 2-diabetes. Omvänt har studier visat att majoriteten som insjuknar i hjärtinfarkt och som remitteras till en kranskärloperation, har diabetes eller förstadier till diabetes, många utan att tidigare ha vetat om det [1, 2].

När symtomen väl börjar uppträda är åderför-kalkning ofta redan långt framskriden. Åderför-kalkningsprocessen börjar redan i unga år och under loppet av decennier samlas fett på insidan av kärnen, som med tiden bildar ett kalkliknande skal. Blodtrycket stiger som ett tecken på att kär-len blivit trängre och stelare, och ett högt blod-tryck påskyndar i sig också åderförkalknings-processen.

Figur 1 illustrerar ett sätt att se på riskfaktorer och riskmarkörer för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. De viktigaste biologiska riskmarkörerna är höga blodfetter, högt blodsocker, högt blodtryck och övervikt som leder till bukfetma. De biologiska riskmarkörerna påverkas av våra levnadsvanor och andra levnadsomständigheter, men även av ärftlighet. Rökning, stress, fysisk inaktivitet och andra riskfaktorer påskyndar åderförkalkningen. Hur snabbt åderförkalkningen fortskrider kan man därför i hög grad påverka med exempelvis fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor. När en person uppvisar riskmarkörer som högt blodtryck, höga blodfetter och högt blodsocker utan att vara sjuk, kan förebyggande åtgärder inklusive läkemedelsbehandling bromsa utvecklingen hos individen eller t.o.m. få den att gå tillbaka.

I en stor internationell studie beräknades att över 90 procent av alla hjärtinfarkter orsakas av påverkbara faktorer [3, 4], där rökning och höga blodfetter bedöms vara de viktigaste. Psykosociala faktorer har nästan lika stor betydelse som rökning. Därefter kommer bukfetma, högt blodtryck, lågt kostintag av frukt och grönt, fysisk inaktivitet, typ 2-diabetes och alkoholförbrukning.

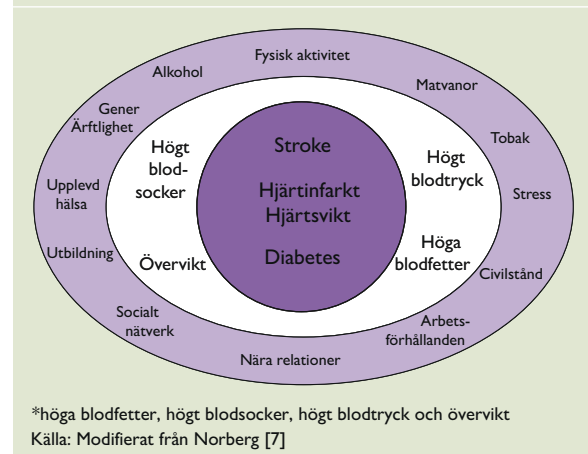
Förändringar i levnadsvanorna påverkar ofta flera riskmarkörer samtidigt, medan läkemedel huvudsakligen verkar mot enskilda riskmarkörer. Exempelvis leder fysisk inaktivitet, ohälsosam kost och stress till en ökning av vikt, blodtryck, blodfetter och sockernivåer, och i förlängningen ökar det även risken för sjukdom. Omvänt ger t.ex. ökad fysisk aktivitet gynnsamma förändringar av flera riskmarkörer samtidigt.

Levnadsvanorna hänger samman med våra livsvillkor och några av dessa livsvillkor finns med i figur 1. Risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes skiljer sig mellan

socioekonomiska grupper och mellan män och kvinnor. En viktig anledning är att det finns stora sociala och könsmässiga skillnader i människors levnadsvanor, exempelvis när det gäller kost, motion och rökning. Skillnader i psykisk belastning kan också bidra till sociala skillnader. Psykiska påfrestningar har också stor betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar [5] eftersom stresshormoner ökar blodtrycket, blodsockret, blodfetterna och upplagringen av buk fett. I dag är det färre som insjuknar i hjärt- och kärlsjukdomar, och en viktig anledning kan vara att utbildningsnivån allmänt har ökat. Bättre utbildning bidrar till att man snabbare tar till sig hälsobudskap och att man förbättrar sina levnadsvillkor, vilket också underlättar valet av hälsosamma levnadsvanor [6].

Figur 1. Riskfaktorer och hjärt- och kärlsjukdom och diabetes

Levnadsförhållanden, levnadsvanor, och biologiska riskmarkörer* som påverkar risken för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes.



Trots att utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdomar hittills är positiv finns det anledning till viss oro för den framtida utvecklingen därför att övervikt

har blivit vanligare. Övervikt, särskilt bukfetma, har en central betydelse för utvecklingen av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Anledningen är att övervikt har ett nära samband med andra riskmarkörer som högt blodsocker, höga blodfetter och högt blodtryck. Detta kapitel ägnar därför ett förhållandevis stort utrymme åt utvecklingen av övervikt i befolkningen

Kapitlet inleds med en presentation av hur riskmarkörerna övervikt, höga blodfetter och högt blodtryck har förändrats i befolkningen. Därefter följer en beskrivning av utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdomarna och diabetes i befolkningen. En av de viktiga anledningarna till att hjärt- och kärlsjukdomarna minskar, trots tilltagande övervikt,

är att rökningen minskar bland befolkningen. Detta beskrivs i kapitlet om tobaksvanor. Andra betydelsefulla faktorer är matvanor och fysisk aktivitet som beskrivs i nästkommande kapitel. Kapitlet avslutas med en internationell utblick och en diskussion om preventionsstrategier för att minska fetmarelaterade sjukdomar.

Övervikt, högt blodtryck, höga blodfetter och metabolt syndrom

Övervikt

Överviktiga personer har en ökad risk för att drabbas av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Faktaruta 1 - Att mäta fetma

BMI

Body Mass Index (BMI) eller kroppsmasseindex är det vanligaste måttet för att bedöma om en person är överviktig. BMI anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt (i kilogram) dividerat med kroppslängden (i meter) i kvadrat. BMI använder man för att definiera var gränsen går mellan normalvikt, övervikt och fetma, enligt följande:

Undervikt:	BMI < 18,5
Normalvikt:	18,5 ≤ BMI < 25
Övervikt:	25 ≤ BMI < 30
Fetma:	BMI ≥ 30

Exempelvis har en person som väger 70 kg och är 170 cm lång ett BMI på 24,2 kg/m², och är alltså normalviktig.

Bukfetma

Bukfetma är en form av fetma som mer handlar om en fettansamling runt organen i bukhålan och runt tarmarna än underhudsfett. Bukfetma ger en ökad risk för fetmarelaterade komplikationer.

Att mäta midjemåttet är ett enkelt och snabbt sätt att på ett indirekt sätt mäta bukfettet. Magen mäts mitt emellan nedersta revbenet och höftkammen; måttbandet hålles löst och dras ej åt.

	Män	Kvinnor	
Lätt bukfetma	midjemått över 94 cm	midjemått över 80 cm	ökad risk
Bukfetma	midjemått över 102 cm	midjemått över 88 cm	mycket ökad risk

Midja-stusskvot

Midja-stusskvoten är bättre på att förutse hjärt-kärlsjukdom än BMI.

Normalvärde: Män under 0,90 och kvinnor under 0,85.

Stussomfånget mäts som den största omkretsen runt skinkorna.

Personen behöver inte vara överviktig mätt med BMI, men kan ha hög midja-stusskvot som i sig ökar risken för fetmarelaterade komplikationer.

Övervikt åtföljs av flera förändringar i kroppen och leder till stigande blodtryck, högre blodfetter och störd sockerreglering, och alla dessa förändringar påskyndar åderförkalkningen. För att definiera var gränsen går mellan normalvikt och övervikt används ett mått som tar hänsyn till personens längd. Man använder individens vikt och dividerar den med kroppslängden i kvadrat för att få fram personens BMI (body mass index). BMI används för att definiera vad som är undervikt, normalvikt, övervikt och fetma (se faktaruta).

Det har emellertid visat sig att det framför allt är bukfetma som ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom [8] och diabetes [9]. Det beror på att fettvävnaden inne i buken, runt inälvorna, har en viktig roll i ämnesomsättningen, medan underhuds fettets viktigaste funktion är att isolera från nedkylning. I fettväven i buken bildas flera signalsubstanter som ingår i ett intrikat samspel mellan olika organ för att bland annat reglera vår aptit samt kroppens insulinnivåer, blodfetter och blodsocker. Eftersom bukfett ökar risken för sjukdom är det viktigt att också mäta bukomfånget som en indikator på övervikt. Det kan mätas som omkretsen runt buken mitt, mellan höftkammen och bröstorgans nedre kant, eller som en kvot mellan stuss och buk, se faktaruta. Personer med kraftig muskulatur kan ha högt BMI utan att vara överviktiga, och då är midjemåttet eller midje- och stussmåttet mer rättvisande. Midjemått är dock behäftat med större mätfel än BMI.

Fetma som riskmarkör för sjukdom

Man har beräknat att personer med fetma har i genomsnitt 6–7 år kortare livslängd jämfört med normalviktiga [10]. Det är framför allt den ökade risken att dö i hjärt- och kärlsjukdomar som leder till en kortare livslängd. Risken ökar gradvis med

tilltagande övervikt, redan från den övre delen av det BMI-intervall som räknas som normalvikt [11]. Enligt tabell 1 nedan är risken att drabbas av diabetes fem till tio gånger högre bland personer med fetma jämfört med normalviktiga, och risken för hjärt- och kärlsjukdom är två till tre gånger högre.

Tabell 1. Riskökning för olika sjukdomar vid fetma

Relativ risk för olika sjukdomar bland individer med fetma* jämfört med normalviktiga.

Sjukdom	Relativ risk
Typ 2-diabetes	5–10
Hjärt- och kärlsjukdom	2
Stroke	2–3
Högt blodtryck	3–5
Gallsten	3–4
Artros	2–3
Andningsbesvär inklusive sömnapné	3–4
Cancer	1,4

* Fetma: BMI ≥ 30

Feta personer löper således 5 till 10 gånger högre risk att insjukna i typ 2-diabetes jämfört med normalviktiga.

Källa: WHO 2003

Överviktiga personer lider också oftare av värk från leder och muskulatur, artros och ryggsmärtor [14]. Dessutom är det vanligare med depression och ångest vid fetma [15]. Enligt ULF-undersökningarna från Statistiska centralbyrån (SCB) rapporterar överviktiga och feta individer i högre grad hälsoproblem än vad normalviktiga gör (figur 2). Fler uppger att de har svår värk från rygg och axlar, både bland män och bland kvinnor. Sömnbesvär och svår ångslan, oro eller ångest är också vanligare, framför allt bland överviktiga och feta kvinnor jämfört med normalviktiga. ULF-undersökningen visar vidare att rökning är ungefär lika vanligt bland kvinnor oavsett viktklass, medan

bland män är rökning är vanligast bland normalviktiga. Även undervikt är förenat med en högre förekomst av samtliga dessa besvär, särskilt bland män. Undervikt är emellertid ovanligt och förekommer endast hos en procent bland män och tre procent bland kvinnor, och undervikt kan vara ett tecken på en allvarlig sjukdom.

Andelen rökare är dubbelt så hög bland personer med undervikt jämfört med normalviktiga. En vanlig uppfattning är att rökare är magrare än ickerökare, men i en svensk undersökning bland personer som söker primärvård var rökarna mer överviktiga och bukfeta än ickerökarna samtidigt som de före detta rökarna var mest överviktiga

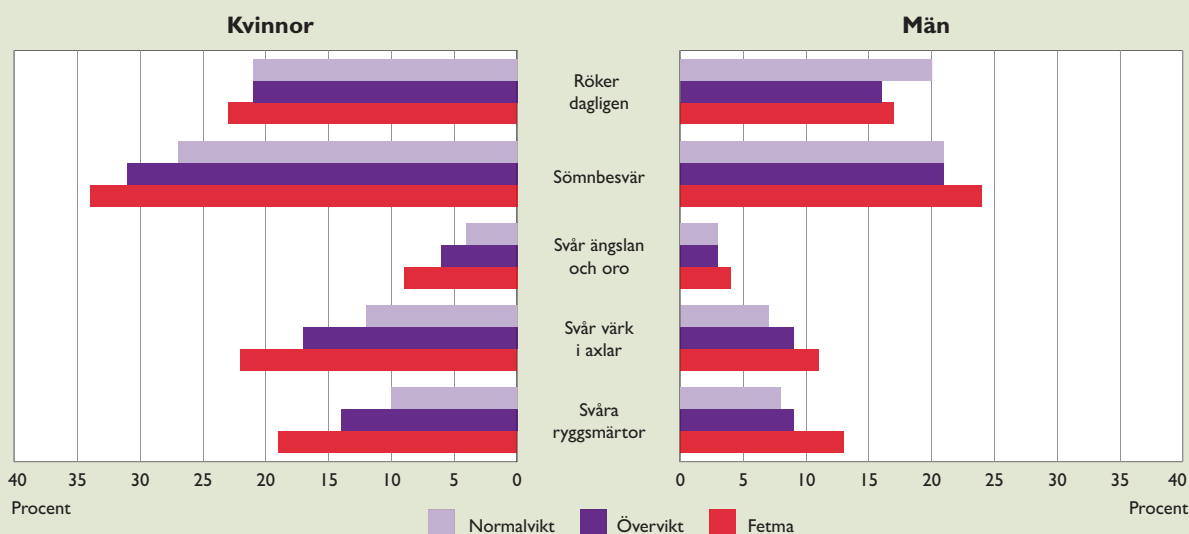
[16]. Ett par svenska studier visar också ökad förekomst av fetma bland snusare [17–19].

Upprepade andningsuppehåll under sömnen, så kallad sömnapné, har starkt samband med övervikt. Sömnapné är vanligare vid högt blodtryck, diabetes, stroke samt hjärtsjukdomar och förvärrar således riskerna med övervikt. Även astma är vanligare vid övervikt. Nedsatt fertilitet och ökad risk för graviditetskomplikationer är andra kända följder av övervikt [10].

Sjukfrånvaro, både i långa och korta perioder, är vanligare vid fetma [20, 21]. En anledning till den högre sjukfrånvaron är att en del sjukdomar är vanligare vid fetma såsom gikt, ryggvärk, artros,

Figur 2. Självrapporterade hälsobesvär bland överviktiga och feta

Andel (procent) personer som lider av svår värk i ryggen respektive skuldror, nacke eller axlar; av svår ängslan, oro eller ångest, av sömnbesvär; samt andelen som röker dagligen. Kvinnor och män i åldern 25–64 år med normalvikt, övervikt och fetma*, år 1996–2005. Åldersstandardiserat.



* BMI-bereäkningen baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt.

Normalvikt: $18,5 \leq \text{BMI} < 25$. Övervikt: $25 \leq \text{BMI} < 30$. Fetma: $\text{BMI} \geq 30$.

BMI-bereäkning baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Emellertid visade en studie från Finland att den höga sjukfrånvaron berodde lika mycket på en allmänt nedsatt fysisk funktionsförmåga och en sämre självupplevd hälsa [20]. En svensk undersökning visade att cirka 10 procent av de totala kostnaderna för produktionsbortfall på grund av sjukskrivning och sjukersättning hos kvinnor kan relateras till fetma och fetmarelaterad sjuklighet [22].

Övervikt ökar även risken för att drabbas av cancer, bland annat i matstrupe, tjocktarm, livmoder, njure och bröst [23]. Beräkningar visar att 10 procent av all cancerdöd hos icke-översiktare kan relateras till fetma [10]. För prostatacancer har man funnit att överviktiga män löper mindre risk att insjukna, men samtidigt har överviktiga män med prostatacancer en sämre prognos jämfört med normalviktiga [23].

Förekomst av övervikt och fetma

I Sverige är i dag hälften av alla män och drygt en tredjedel av alla kvinnor i åldrarna 16–84 år överviktiga eller feta, enligt egenrapporterade vikt- och längduppgifter (tabell 2). Fetma har ungefär en av tio bland både kvinnor och män. De egenrapporterade värdena innebär dock att övervikten är underrapporterad med flera procent [24, 25].

Tabell 2 visar att andelen personer med övervikt och/eller fetma har ökat mellan 1980 och 2005 (andelen anges för vart åttonde år). Den totala ökningen av andelen personer med övervikt eller fetma har varit större bland män än bland kvinnor, och för båda könen var ökningen snabbast i början av 1990-talet. Under 2000-talet har ökningstakten avtagit, framför allt bland kvinnor.

Fetma är däremot lika vanligt bland kvinnor som bland män och andelen feta har fördubblats mellan 1980 och 2005, från 5 till 10 procent. Senare data från Folkhälsoinstitutet visar att andelen feta har ökat bland kvinnor under de allra sista åren, från 11 procent 2005 till 14 procent 2007, men att andelen oförändrat har varit 11 procent bland män [26].

Den grupp som kan komma ifråga för fetmakirurgi är personer med BMI på 35 eller högre, vilket gäller uppskattningsvis 2 procent av männen och 3 procent av kvinnorna i åldrarna 16–84 år, enligt Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät. Enligt Västerbottenundersökningen ökar andelen med BMI över 35 bland både kvinnor och män i åldrarna 40, 50 och 60 år (ännu opublicerade data).

Figur 3 visar hur BMI-värdena fördelar sig bland kvinnor och män i den svenska befolkningen (16–84 år). Åren 2004–2005 var det vanligast

Tabell 2. Övervikt och fetma perioden 1980–2005

Andel (procent) med övervikt* respektive fetma** bland kvinnor och män i åldern 16–84 år, år 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.

	Kvinnor				Män			
	1980/81	1988/89	1996/97	2004/05	1980/81	1988/89	1996/97	2004/05
Övervikt	22	22	26	26	30	32	39	41
Fetma	5	5	7	10	5	5	7	10
Summa	27	27	34	36	35	38	46	51

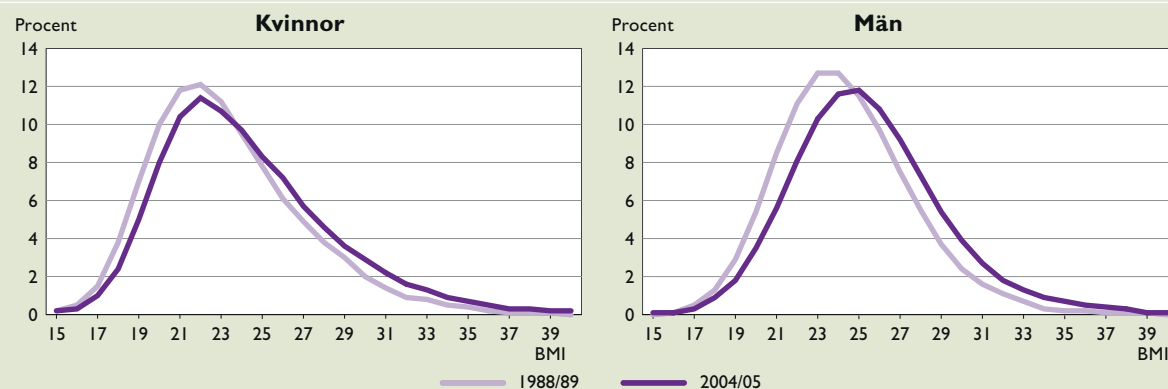
* Övervikt: $25 \leq \text{BMI} < 30$.

** Fetma: $\text{BMI} \geq 30$.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur 3. BMI-fördelning bland kvinnor och män

Andel (procent) med olika BMI-värden*. Kvinnor och män i åldern 16–84 år, åren 1988/1989 och 2004/2005. Åldersstandardiserat.



* BMI-beräkningen baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt.

Glidande medelvärden (BMI-värden)

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

att kvinnor hade ett BMI på 22 (toppen på kurvan) och vanligast bland män var BMI 25. Av denna figur framgår också att viktökningen har varit störst bland män, och för tjugo år sedan var BMI 24 vanligast bland män. Fördelningskurvan för både kvinnor och män, har flyttat till höger jämfört med för tjugo år sedan och har samtidigt blivit lite plattare, vilket innebär att fler i dag hamnar i ”högersvansen”, bland dem som lider av fetma.

Övervikt i olika åldrar bland vuxna

Andelen överviktiga eller feta enligt BMI stiger med åldern och är som högst i 70-årsåldern för kvinnor och 60-årsåldern för män (figur 4). Med stigande ålder minskar kroppens ben- och muskelmassa, vilket borde leda till ett lägre BMI ju äldre vi blir om det inte vore så att fettväven ökade. De allra äldsta har dock lägre BMI, vilket kan vara en följd av en mindre ben- och muskelmassa snarare än minskad fettväv. I de äldsta åldersgrupperna är

bukomfånget sannolikt ett bättre mått på övervikt än BMI. Förekomsten av övervikt bland de äldsta ska dock tolkas med försiktighet eftersom många sjukdomar så småningom leder till avmagring och viktnedgång. Detta är då ett tecken på ohälsa snarare än god hälsa.

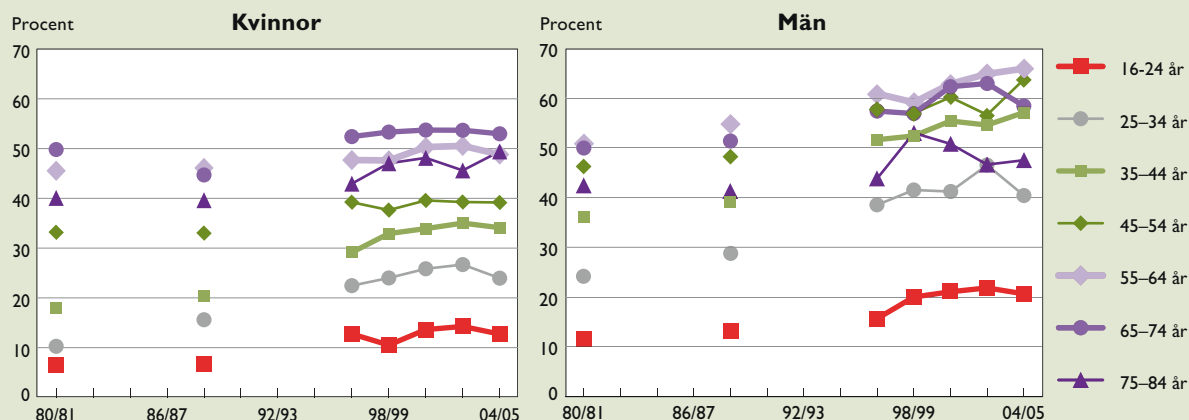
Vikten år 2005 var högre i alla åldersgrupper bland både kvinnor och män jämfört med 1980-talet (figur 4). Ökningen är störst i åldrarna under 50 år. Andelen överviktiga i åldern 16–24 år är nära nog dubbelt så stor jämfört med tjugo år tidigare. Under de senaste åren på 2000-talet har ökningstakten dock avtagit, mer bland kvinnor än bland män. Bland män ökar alltså övervikten i åldrarna 35–64 år, men inte bland kvinnor.

Skillnader i övervikt mellan olika grupper

Övervikt och fetma är vanligare i lägre socialgrupper och hos dem med kortare utbildning

Figur 4. Övervikt och fetma i olika åldrar 1980–2005

Andel (procent) personer med övervikt eller fetma* i olika åldersgrupper. Kvinnor och män 16–84 år.



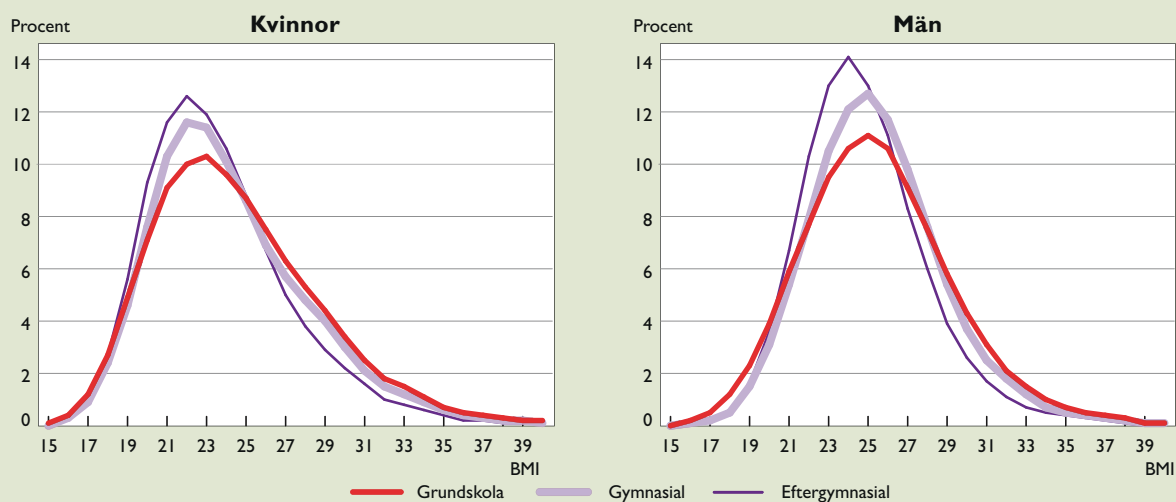
*Övervikt eller fetma: BMI ≥ 25

BMI-beräkning baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt. Direkt och indirekt intervjuade.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 5. BMI-fördelning efter utbildningslängd

Andel (procent) med olika BMI-värden* bland personer med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning (högsta utbildning). Kvinnor och män i åldern 16–84 år, år 1996–2005. Åldersstandardiserat.



*BMI-beräkning baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt.

Glidande medelvärden (BMI-värden)

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

[27–29]. Motsvarande sociala skillnader finns hos båda könen även beträffande ökat midjemått [16]. Figur 5 visar fördelningen av BMI i olika utbildningsgrupper. BMI-fördelningen är mer förskjuten åt höger för personer med lägre utbildning och spridningen inom gruppen är större, vilket ger en plattare och bredare kurva.

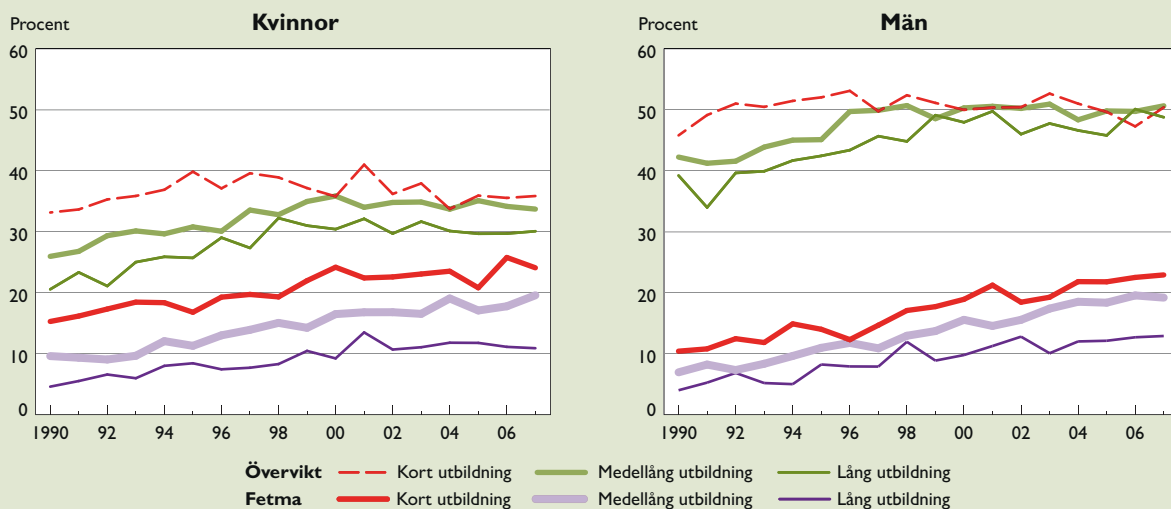
I Västerbottens hälsoundersökningar mäts BMI hos medelålders kvinnor och män, och resultaten visar en stor skillnad beträffande fetma mellan personer med olika lång utbildning (figur 6). Bland dem med hög utbildning (mer än gymnasium) har andelen överviktiga och feta inte ökat under 2000-talet, till skillnad från dem med kortare utbildning.

Fetma är vanligare på landsbygden än i städerna. Endast en mindre del av skillnaden beror på socioekonomiska skillnader mellan stad och landsbygd såsom skillnader mellan andelen arbetare och tjänstemän, utlandsfödda med mera [30]. Bukfetma är också vanligare i landsortsbefolkningen jämfört med stadsbefolkningen, särskilt hos män [16].

Enligt Folkhälsoinstitutets nationella enkät år 2007 är fetma omkring dubbelt så vanligt bland kvinnor som är födda utanför Norden, medan män födda utanför Norden däremot hade lägre förekomst av fetma än infödda män. Flera studier visar också att övervikt och fetma och andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare

Figur 6. Övervikt efter utbildningsnivå i Västerbotten

Andel (procent) personer med övervikt och fetma* efter utbildningslängd**. Kvinnor och män 40, 50 och 60 år i Västerbotten***, perioden 1990-2007.



* BMI-beräkningen baseras på uppmätt längd och vikt.
Övervikt: $25 \leq \text{BMI} < 30$. Fetma: $\text{BMI} \geq 30$.
Källa: Västerbottens hälsoundersökningar

** Kort utbildning: högst 9 år (högst grundskola el. motsvarande)
Medellång utbildning: högst 12 år (motsvarar yrkesskola/fackskola/gymnasium)
Lång utbildning: längre än 12 år (universitet/högskola).
*** Totalt har 58 000 kvinnor och 54 000 män deltagit i undersökningen.

bland både män och kvinnor i flera invandrar-grupper [31–34].

Viktutvecklingen bland barn och unga

Barn och tonåringar med övervikt har en ökad risk för att få högt blodsocker och höga blodfetter redan under barndomen [35] och även senare i vuxen ålder [36]. Övervikt eller fetma hos barn blir ofta bestående. En undersökning av barn i Östergötland, födda 1991, visade att 46 procent av alla barn med fetma i förskoleåldern även led av fetma när de gick i högstadiet och 38 procent var överviktiga. Endast 16 procent av barnen som tidigare lidit av fetma var normalviktiga [37]. Bland barn som i förskoleåldern var överviktiga men inte feta var 11 procent feta i högstadieåldern och 40 procent var överviktiga. Det var ännu vanligare att fortfarande ha övervikt eller fetma i högstadiet bland barn som varit överviktiga eller feta i mellanstadiet.

Normalviktiga barn förblir i hög grad normalviktiga, och av de normalviktiga förskole- och mellanstadiebarnen var 89 respektive 95 procent normalviktiga även i tonåren [37]. Övervikt och fetma i tonåren innebär en mycket stor risk för bestående fetma även i vuxen ålder, enligt internationella studier [38, 39]. En snabb viktuppgång i åldrarna 0–6 år ökar också risken för fetma i vuxen ålder [40].

Övervikt hos barn beräknas på ett annat sätt än hos vuxna. Viktens relation till längden, BMI, förändras under uppväxten och gränserna för vad som är ett högt BMI är lägre hos yngre barn [41]. I barn- och skolhälsovården används en längd- och viktkurva som tar hänsyn till detta och man registrerar längd- och viktuppgifter på praktiskt taget alla barn. Dessa data har dock inte sammanställts och därför finns det för närvarande inga nationellt representativa vikt- och längduppgifter

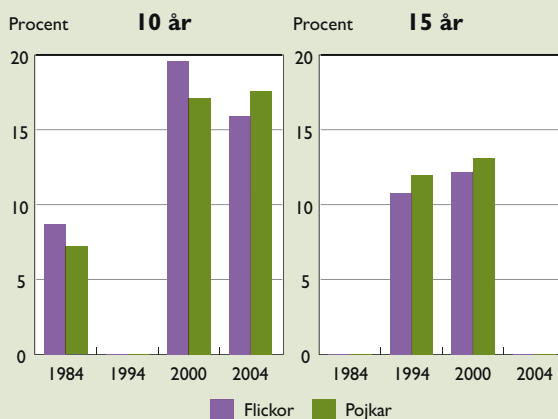
för barn och ungdomar. Socialstyrelsen har dock föreslagit en nationell databas för barns längd och vikt upp till 18 år.

Andelen överviktiga tioåringar mer än fördubblades från mitten av 1980-talet fram till 2000-talet, enligt undersökningar från olika delar av Sverige [42, 43]. Bland tioåriga flickor i Göteborg ökade andelen överviktiga från 9 procent till 20 procent, och bland tioåriga pojkar från 7 till 17 procent mellan år 1984 och år 2000 (figur 7) [42, 44]. Andelen med fetma fyrdubblades under samma period till cirka 3 procent. Undersökningen i Göteborg baseras på uppmätta längd- och viktuppgifter på mer än 4 000 tioåringar vid varje undersökningstillfälle. Mellan år 2000 och år 2004 minskade övervikten bland tioåriga flickor men inte bland pojkarna (figur 7) [44]. Även en mindre studie från Uppsala visar att andelen överviktiga (inklusive feta) tioåringar fördubblades mellan 1982 och 2002 [45].

Det finns få studier baserade på uppmätta vikt- och längduppgifter som kan visa hur övervikten har utvecklats bland tonåringar. Figur 7 visar dock att andelen överviktiga eller feta 15-åringar ökade något mellan 1994 och 2000, och år 2000 hade omkring 12–13 procent övervikt eller fetma. Denna studie är också från Göteborg och baseras på uppmätta längd- och viktuppgifter för omkring 2 000 15-åringar [46]. I en studie från sydvästra Storstockholm år 2003 var 15 procent av flickorna och 18 procent av pojkarna överviktiga [47]. Den senaste uppgiften om tonåringars vikt kommer från Östergötland år 2007, och enligt den undersökningen led 18 procent av övervikt eller fetma i högstadieåldern [37].

Figur 7. Övervikt bland barn i Göteborg

Andel (procent) barn med övervikt eller fetma*. Flickor och pojkar 10 respektive 15 år i Göteborg, år 1984–2004.



*Övervikt eller fetma: BMI ≥ 25

Källa: Sjöberg m.fl. [44, 46]

Det finns en stark social gradient i hur vanligt övervikt och fetma är även bland barn [44, 48]. De senaste 20 åren har emellertid övervikten ökat bland alla barn, även i ekonomiskt privilegierade områden. Under de allra senaste åren verkar det inte som att övervikt och fetma fortsätter att öka bland 10-åringar [44, 48, 49]. I Stockholms län har man dock funnit att fetma har blivit vanligare även under de senaste åren bland pojkar i områden med låg socioekonomisk status [48]. Det är för tidigt att säga om övervikt bland barn och ungdomar verkligen har slutat att öka och om en vändning är på gång. Viktutvecklingen förefaller också vara mer ogynnsam bland pojkar än bland flickor [44, 48].

Genernas och fosterstadiets betydelse för övervikt

Övervikt och fetma är resultatet av en samverkan mellan ärftliga faktorer och miljöfaktorer. Till miljöfaktorerna räknas framför allt fysisk inaktivitet, större intag av energi än vad man förbrukar, vissa typer av födoämnen och olika stressfaktorer (se också kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet). Ärftliga faktorer spelar också in eftersom personer med anlag för fetma lättare lägger på sig extra kilon. Det finns omfattande forskning som visar att mönstret för nedärvning är komplicerat med många inblandade gener. Vissa gener har samband med både fetma och förändringar av blodsocker och blodfetter medan andra är kopplade till övervikt utan dessa störningar. Det är därför särskilt angeläget att förebygga och behandla övervikt eller fetma hos en person som har hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes i släkten.

Den miljö som fostret utsätts för i livmodern har också betydelse för den framtida viktutvecklingen. Kraftig viktuppgång hos den blivande modern åren före graviditeten medför ökad risk för graviditetsdiabetes [50]. Graviditetsdiabetes medför risk för hög födelsevikt hos det nyfödda barnet. Det ökar i sin tur risken för övervikt under barndomen [51, 52]. Det finns dock studier som visar att risken för övervikt hos barnet minskar när mödrar får behandling för sin graviditetsdiabetes [51]. Det har av den anledningen framförts ett behov av att utveckla enhetliga nationella riktlinjer för att screena, diagnostisera och behandla graviditetsdiabetes [53]. Även det motsatta, låg födelsevikt medför en ökad känslighet med risk för fetma, typ 2-diabetes och högt blodtryck i vuxen ålder.

Högt blodtryck

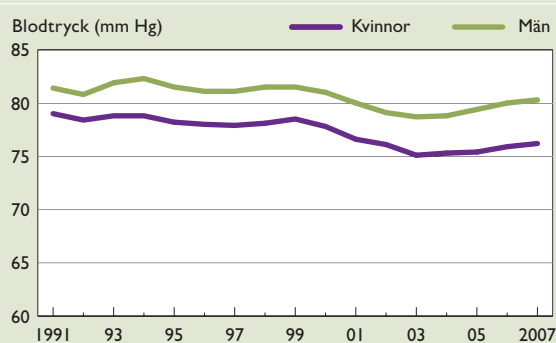
Högt blodtryck innebär, enligt WHO:s definition, ett övertryck (systoliskt tryck) på 140 mmHg eller högre och/eller ett undertryck (diastoliskt tryck) på 90 mmHg eller högre [54]. Övertrycket är det blodtryck som finns i blodkärlet när hjärtat drar ihop sig och undertrycket är blodtrycket mellan två hjärtslag. För personer med särskilt stor risk för hjärt- och kärlsjukdom bör blodtrycket vara under 130/80 mmHg. Dit räknas personer med hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och njursjukdom. Dessa gränser är riktmärken för behandling, och i själva verket finns ingen skarp gräns mellan hälsosamt och ohälsosamt blodtryck. Påverkan på blodkärlen ökar successivt från åtminstone 115/75 mmHg.

Högt blodtryck är ovanligt före 45 års ålder men det blir sedan snabbt vanligare med ökande ålder. En lätt eller måttlig ökning av blodtrycket ger inga besvär eller symtom och därför har många högt blodtryck utan att veta om det. I undersökningar där man mätt personers blodtryck, exempelvis i MONICA-studien [55] och i Västerbottens hälsoundersökningar [56], uppskattades i mitten av 1990-talet att 30 procent av befolkningen 30–60 år hade högt blodtryck och att omkring hälften inte var medvetna om det. En jämförelse mellan Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät, MONICA-studien och Västerbottenundersökningarna visar också att hälften av alla drabbade inte är medvetna om det. I Nationella Folkhälsoenkäten, där personer själva uppger om de har högt blodtryck, är förekomsten hälften så stor i motsvarande åldersgrupper, jämfört med uppmätta data från MONICA-studien och Västerbottens hälsoundersökningar. Således ger intervju- och enkätbaserade källor en kraftig underskattning av hur vanligt högt blodtryck är i befolkningen [57].

Blodtrycksnivåerna har sjunkit på senare år, enligt studier som bygger på uppmätt blodtryck [55]. Mellan 1991–1994 och 2003–2006 sjönk det genomsnittliga blodtrycket bland medelålders kvinnor i Västerbotten från 127/79 till 124/75 och bland män från 130/82 till 128/79. Denna minskning med 2–3 mm i övertryck och 3–4 mm i undertryck kan verka beskedlig, men på befolkningsnivå är den högst betydelsefull och särskilt för strokeinsjuknandet. Strokerisken mer än halveras när det undre blodtrycket i befolkningen sjunker med 10 mm Hg i genomsnitt [58]. Det är ännu för tidigt att säga om denna gynnsamma trend med sjunkande blodtrycksnivåer kommer att brytas eller till och med övergå i stigande blodtryck. I Västerbottens Hälsoundersökningar av medelålders kvinnor och män visar de sista årens mätningar att det diastoliska blodtrycket (undertrycket) tenderar att plana av och eventuellt till och med att öka. Detta gäller särskilt i åldern 40–50 år (figur 8). Bidragande till detta skulle kunna vara en tydligt ökad förekomst av övervikt och fetma i dessa åldrar. Även om detta är mycket små förändringar kan små förändringar i ett befolkningsperspektiv få stort genomslag, och det är därför viktigt att vara uppmärksam på den fortsatta utvecklingen.

Figur 8. Blodtryck i Västerbotten

Uppmätt diastoliskt* blodtryck. Kvinnor och män i åldern 40, 50 och 60 år i Västerbotten, perioden 1991–2007.



*blodtrycket mellan två hjärtslag.

Källa: Västerbottens hälsoundersökningar. Epidemiologi och Folkhälsovetenskap, Umeå Universitet.

Orsaker till högt blodtryck

Högt blodtryck är ett av de tidiga symtomen på åderförkalkning och leder dessutom till att kärlen tar ytterligare skada. Orsakerna till högt blodtryck är i stort sett de samma som orsakerna till åderförkalkning: rökning, fysisk inaktivitet, övervikt, diabetes, stress och ärftliga faktorer. Alkoholmissbruk kan också bidra till högt blodtryck. Dessutom har intaget av vanligt koksalt (natriumklorid) betydelse. Som redan nämnts har övervikt blivit vanligare bland befolkningen, men trots detta har det genomsnittliga blodtrycket inte ökat. Det är inte helt klart vilka de motverkande faktorerna är, men möjligen beror det på ett minskat intag av blodtryckshöjande natriumsalt och ett högre intag av blodtryckssänkande kalium- och magnesiumsalter som finns bland annat i frukt och grönsaker [59]. Bättre läkemedelsbehandling mot högt blodtryck har också bidragit till att blodtrycket sjunkit i befolkningen.

På samma sätt som att blodtrycket stiger av ohälsosamma levnadsvanor gäller det omvända. Hälsosam mat och fysisk träning kan var och en för sig leda till att över- och undertrycket sänks med cirka 5 mm, och utöver detta ger minskad alkoholkonsumtion och minskat saltintag vardera en blodtrycksminskning på omkring 3–4 mm [60]. En genomgripande livsstilsförändring kan därför ge lika stor effekt som en läkemedelsbehandling och är alltid ett viktigt komplement till läkemedlen.

Höga blodfetter

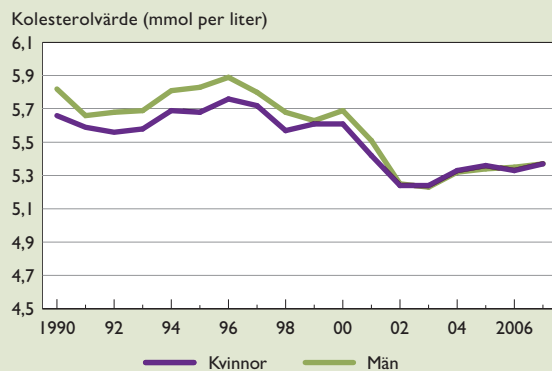
Liksom de övriga riskmarkörerna för hjärt- och kärlsjukdomar beror höga blodfetter på både genetiska faktorer och livsstilsfaktorer. Personer med höga blodfetter har ofta också högt blodtryck, diabetes och övervikt. Höga blodfetter kan behandlas med både livsstilsförändring och läkemedel. Personer som har en hjärt- och kärlsjukdom eller löper hög risk att drabbas bör ha ett kolesterolvärde på 4,5 mmol/liter eller lägre och ett värde på triglycerider, ett annat slags blodfett, under 1,7 mmol/liter.

Kolesterolnivåerna i befolkningen har sjunkit påtagligt de senaste tjugo åren, och 1986–2004 sjönk genomsnittsvärdet från 6,4 till 5,8 mmol/liter bland män och från 6,3 till 5,5 mmol/liter bland kvinnor i åldrarna 25–64 år, enligt MONICA-undersökningen i norra Sverige. Kolesterolvärdena har också minskat bland personer i åldrarna 65–74 år, och för perioden 1994–2004 sjönk de från 6,4 till 5,8 bland män och från 7,1 till 6,2 bland kvinnor. Västerbottens hälsoundersökningar som sträcker sig fram till år 2007 visar också att kolesterolnivåerna har minskat. Den nedgående trenden har dock planat ut och från år 2004 ses en tendens till uppgång både bland män och bland kvinnor (figur 9).

Högst kolesterolvärden hade personer med kort utbildning, BMI på minst 25 eller rökare visar MONICA-undersökningarna. Bland unga och medelålders män utan någon eftergymnasial utbildning påvisades en liten uppgång av kolesterolvärdena mellan 1999 och 2004. Detta beror sannolikt på ökningen av fetma, som varit tydligast bland yngre män. Vidare konstaterades att behandling med blodfettssänkande läkemedel inte haft någon större inverkan på nivån av blodfetter i befolkningen, med undantag för de allra äldsta [61].

Figur 9. Blodfettssnivåer i Västerbotten 1990–2007

Genomsnittlig nivå av kolesterol (mmol per liter) hos 40-, 50- och 60-åriga kvinnor och män i Västerbotten perioden 1990–2007.



Källa: Västerbottens Hälsoundersökningar, Epidemiologi och Folkhälsovetenskap, Umeå Universitet

Metabolt syndrom

De biologiska riskmarkörer som nämns ovan har flera gemensamma bakomliggande orsaker, och därför är det inte ovanligt att flera av dessa riskmarkörer förekommer samtidigt hos en och samma individ. Metabolt syndrom är ett uttryck

som har myntats för det tillstånd där en överviktig person, särskilt med bukfetma, också har högt blodtryck, höga blodfetter och/eller förhöjda blodsockernivåer (faktaruta 2). Det finns inget svenskt namn på denna konstellation av riskmarkörer.

Metabolt syndrom ger en påtagligt ökad risk för att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdomar och demens (se äldrekapitlets avsnitt om demens) [62]. Risken för hjärt- och kärlsjukdom är 2–3 gånger så hög för personer med metabolt syndrom jämfört med personer utan. Riskmarkörerna som ingår i det metabola syndromet har beräknats orsaka 73 procent av förstagångsinfarkterna bland kvinnor och 68 procent bland män [3]. Även risken för typ 2-diabetes är markant ökad [63, 64].

Faktaruta 2

Metabolt syndrom definierat enligt Adult Treatment Panel III

Minst tre av följande fem kriterier:

- Blodtryck $\geq 130/85$ eller blodtrycksmedicin.
- Triglycerider $\geq 1,7$ mmol/l eller medicin mot höga blodfetter.
- HDL-kolesterol $< 0,9$ mmol/l hos män, $< 1,1$ mmol/l hos kvinnor eller medicin mot höga blodfetter.
- Midjemått ≥ 102 cm hos män ≥ 88 cm hos kvinnor.
- Fastebloodsocker $\geq 6,1$ mmol/l.

WHO:s definition av metabolt syndrom

- Störd sockerreglering (typ 2-diabetes, förstadier till diabetes eller uppmätt nedsatt insulinkänslighet).

Plus minst två av följande fyra kriterier:

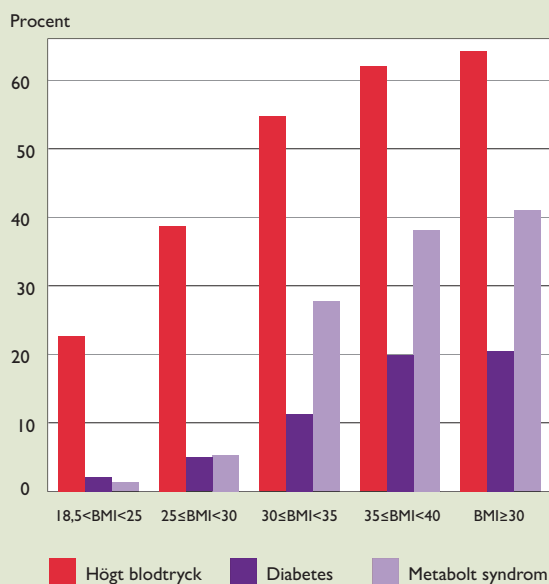
- Blodtryck $\geq 140/90$ och/eller blodtrycksmedicin.
- Triglycerider $\geq 1,7$ mmol/l och/eller HDL-kolesterol $< 0,9$ mmol/l hos män, $< 1,0$ mmol/l hos kvinnor.
- BMI > 30 och/eller midja-/stusskvot $> 0,9$ hos män och $> 0,85$ hos kvinnor.
- Äggviteutsöndring i urinen.

Risken för att drabbas av metabolt syndrom ökar med stigande BMI. Figur 10 visar förekomsten av högt blodtryck, diabetes och metabolt syndrom i olika BMI-grupper i åldrarna 40–60 år, utifrån Västerbottens hälsoundersökningar. Figuren visar att andelen som har högt blodtryck, metabolt syndrom och diabetes stiger kraftigt med stigande BMI. Det speglar hur individens risk för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes ökar med stigande BMI.

Om man däremot visar BMI för de flesta personerna som har högt blodtryck, diabetes eller metabolt syndrom så får man en annan bild (tabell 3). De flesta med högt blodtryck eller diabetes har ett BMI mellan 25 och 30 (övervikt), medan de flesta med metabolt syndrom har ett BMI på 30–35 (fetma). En förhållandevis liten andel av alla med högt blodtryck, diabetes eller metabolt syndrom har mer uttalad fetma, BMI från 35 och uppåt. Det innebär att åtgärder som ska minska förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes inte bara kan riktas mot högriskindivider som personer med fetma eller övervikt. En betydande andel som insjuknar är överviktiga eller har mindre uttalad fetma. För att nå god effekt på befolkningens hälsa krävs därför generella åtgärder som påverkar stora befolkningsgrupper.

Figur 10. Relationen mellan BMI och högt blodtryck, diabetes och metabolt syndrom

Andel (procent) med högt blodtryck, diabetes och metabolt syndrom* inom respektive BMI-klass. Personer 40, 50, och 60 år. Genomsnitt för perioden 1991–2006.



*WHO-definitionen

Källa: Västerbottens Hälsoundersökningar, Epidemiologi och Folkhälsovetenskap, Umeå Universitet.

Tabell 3. Relationen mellan BMI och högt blodtryck, diabetes och metabolt syndrom

Andelen (procent) med högt blodtryck, diabetes och metabolt syndrom*, fördelade efter BMI-klasser. Personer 40, 50 och 60 år. Genomsnitt för åren 1991–2006.

		Högt blodtryck	Dia- betes	Metabolt syndrom
		Procent		
Normalvikt	18,5<BMI<25	30	19	8
Övervikt	25≤BMI<30	46	42	30
Fetma	30≤BMI<35	18	27	44
Svår fetma	35≤BMI<40	4	9	13
Extrem fetma	40≤BMI	1	3	4
Totalt		100	100	100

*WHO-definitionen

Källa: Västerbottens Hälsoundersökningar, Epidemiologi och Folkhälsovetenskap, Umeå Universitet

Hur vanligt är metabolt syndrom?

Metabolt syndrom blir vanligare med stigande ålder. I Sverige har undersökningar i både Malmö [65] och Stockholm [66] visat att 20 procent är drabbade i 60-årsåldern, med en något större andel män än kvinnor. Från Göteborg rapporterades en förekomst på 23 procent bland 70-åringar [67]. Dessa studier bygger dock på lite olika definitioner av metabolt syndrom. I Västerbottens hälsoundersökningar fanns metabolt syndrom (WHO-definitionen) bland 3 procent av 40-åringarna, 7 procent av 50-åringarna och 16 procent av 60-åringarna år 2002–2006. Jämfört med 15 år tidigare hade förekomsten av metabolt syndrom fördubblats.

Västerbottens hälsoundersökningar visar också att metabolt syndrom är dubbelt så vanligt bland personer med endast grundskola jämfört med universitetsutbildade, och att förekomsten har ökat i alla utbildningsgrupper [18]. Rökning och hög alkoholkonsumtion ökar risken för metabolt syndrom, men också risken för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Stress kan således bidra till att människor utvecklar metabolt syndrom. Vid långvarig stress eller när man inte får chans till återhämtning (t.ex. sömnbrist) ökar blodtrycket, blodfetterna stiger, blodets koagulationsförmåga ökar, blodsockret höjs och fett ackumuleras i buken.

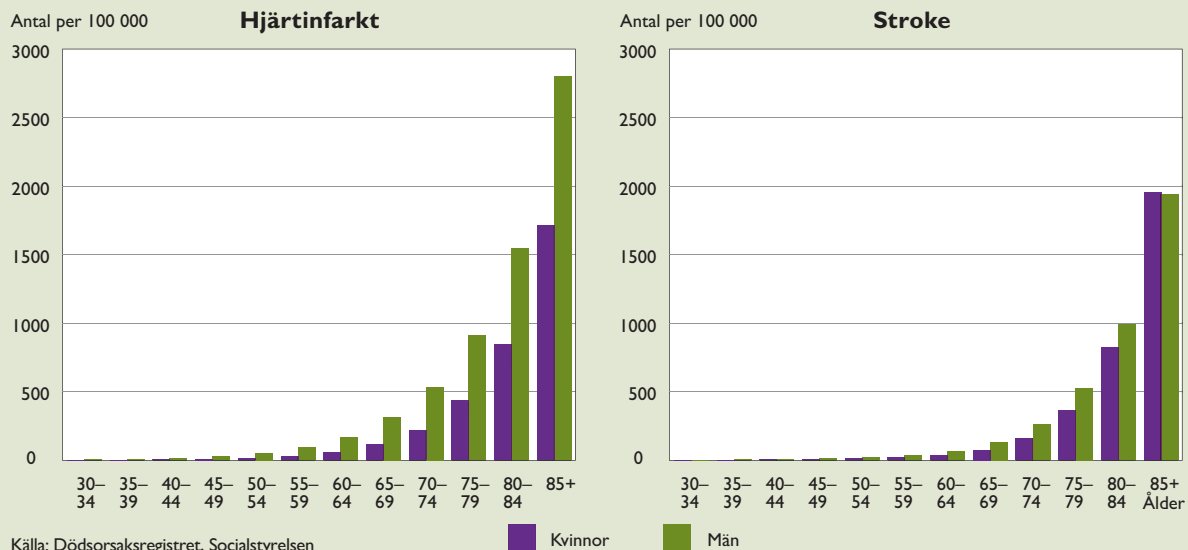
Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i Sveriges befolkning och av alla som avled 2005 dog 42 procent till följd av hjärt- och kärlsjukdom, bland både kvinnor och män. De viktigaste dödliga hjärtsjukdomarna är hjärtinfarkt och hjärtsvikt, och bland kärlsjukdomarna är det stroke (slaganfall). Förekalkningar i stora kroppspulsådern (bukaortaaneurysm) kan också leda till en plötslig död om pulsådern brister. Vidare kan åderförekalkning av benens blodkärl orsaka smärtor och leda till att benen måste amputeras, och det medför även en starkt ökad risk för att dö i en hjärt- och kärlsjukdom [68].

Risken att avlida i en hjärtsjukdom är i dag 60–70 procent högre bland män än bland kvinnor. Könsskillnaderna när det gäller stroke är betydligt mindre, 20 procent. Figur 11 visar att i alla åldersgrupper har män en betydligt större risk att dö av hjärtinfarkt medan könsskillnaderna i strokedödlighet är betydligt mindre.

Figur 11. Dödsfall i hjärtinfarkt eller stroke efter ålder

Antal avlidna i hjärtinfarkt respektive stroke (slaganfall) per 100 000 invånare. Kvinnor och män 30 år och äldre i olika åldersgrupper, år 2000–2005.



Faktaruta 3

Av alla hjärt- och kärlsjukdomar är det vanligast att dö av *hjärtsvikt*, vilket innebär att hjärtats pumpförmåga inte längre räcker till. Den nedsatta pumpförmågan gör att vatten ansamlas i kroppens vävnader. Vanliga symtom på tilltagande hjärtsvikt är att man blir andfådd, inte orkar lika mycket som tidigare och får svullna ben. *Kärlkramp* och *hjärtinfarkt* orsakas av förträngningar i hjärtats kranskärl som är de kärl som försörjer hjärtmuskeln med blod. Smärtan vid dessa tillstånd orsakas av syrebrist i hjärtmuskeln till följd av otillräckligt blodflöde. Kärlkramp och hjärtinfarkt kan i sin tur leda till att hjärtmuskeln försvagas och att personen utvecklar hjärtsvikt. Åderförkalkning i hjärtats kranskärl kan också störa hjärtrytmen.

Stroke kan utlösas av en blodpropp (80 procent av fallen) eller en blödning (20 procent). Blodproppen kan bildas i förkalkade kärl i hjärnan men kan också komma med blodströmmen från en åderförkalkad halspulsåder. Vid förmaksflimmer, som är en vanlig störning i hjärtrytmen, kan koagel bildas i hjärtats förmak och följa med blodströmmen till hjärnan. En hjärnblödning orsakas oftast av högt blodtryck med sammanhängande åderförkalkning. Orsaken kan också vara missbildade blodkärl (aneurysm) inne i hjärnan som brister, vilket även kan drabba unga individer.

Hjärt- och kärl dödligheten minskar

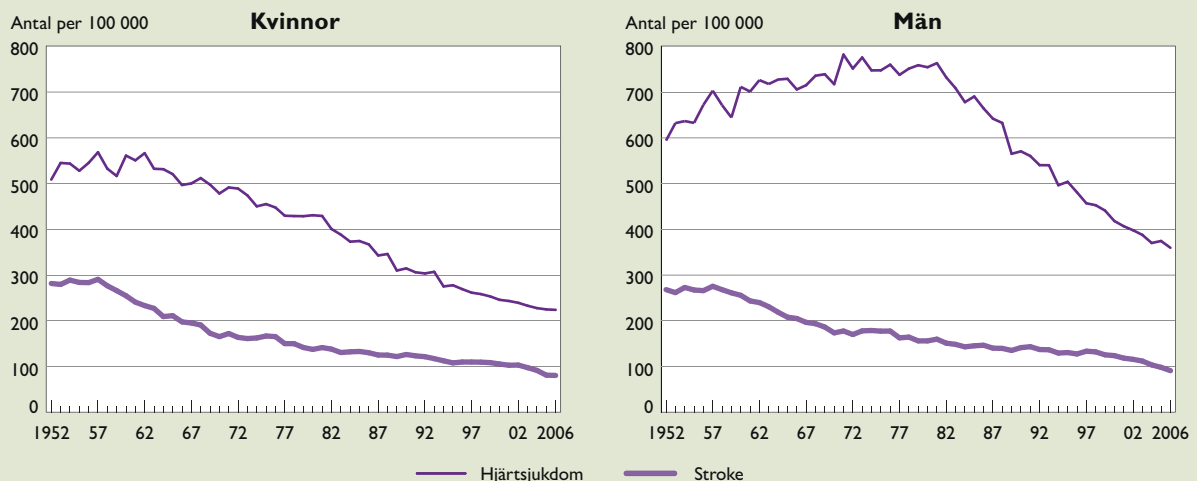
Figur 12 illustrerar risken att dö i en hjärtsjukdom respektive stroke de senaste femtio åren. Beträffande stroke har utvecklingen varit likartad för kvinnor och män medan den sett olika ut för hjärtdödligheten. Bland kvinnor har hjärtdödligheten minskat kontinuerligt åtminstone sedan början av 1960-talet, men bland män ökade dödligheten från 1950-talet fram till början av 1980-talet och har först därefter minskat.

För de senaste tjugo åren har vi även statistik över insjuknandet i en hjärtinfarkt och stroke. Det går då att få en uppfattning om hur mycket dödligheten i hjärtinfarkt och stroke har minskat som en följd av att färre har insjuknat respektive som en följd av att fler överlever en infarkt eller en stroke.

Risken att dö i en hjärtinfarkt har nära nog halverats på tjugo år (figur 13). Antalet kvinnor per 100 000 invånare som dog i hjärtinfarkt år 2006 var 44 procent lägre än år 1987, och bland män var andelen 48 procent lägre. Antalet kvinnor per 100 000 invånare som insjuknade i hjärtinfarkt år 2006 var 14 procent lägre än år 1987, och 25 procent lägre bland män. Dödligheten i hjärtinfarkt har alltså minskat mer än insjuknandet. Den minskade dödligheten i hjärtinfarkt beror således på två saker: risken att insjukna i en hjärtinfarkt har minskat, och chansen att överleva en infarkt har ökat. Män har haft en bättre utveckling vilket innebär att hjärtinfarktinsjuknandet och dödligheten har minskat mer bland män än bland kvinnor.

Figur 12. Dödlighet i hjärtsjukdom och stroke

Antal avlidna i hjärtsjukdom och i stroke (slaganfall) per 100 000 invånare. Kvinnor och män, perioden 1952–2006. Åldersstandardiserat.



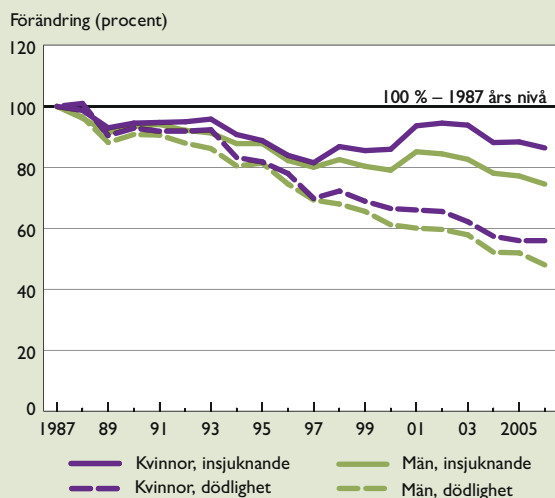
* För att kunna jämföra dödligheten i stroke och hjärtsjukdom över lång tid har en vidare definition använts än dagens vilken innefattar följande diagnoskoder (eller motsvarande) för stroke, sjukdomar i hjärnans kärl (ICD-10: I60-I69) och för hjärtsjukdom (ICD-10: I00-I13, I15, I20-I25, I27, I30-I52).

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

År 2001 ändrades kriterierna för diagnosen hjärtinfarkt och inkluderar nu även "lindrigare" fall som tidigare fick andra diagnoser. Detta innebär att något fler får en hjärtinfarktdiagnos än tidigare. Kurvan över andelen insjuknade i figur 13 ligger därför på en lite högre nivå efter år 2001 än under perioden innan, men den sjunkande trenden fortsätter för både insjuknande och dödlighet.

Figur 13. Förändring av insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt 1987–2006

Procentuell förändring av den andel i befolkningen som insjuknar respektive dör i hjärtinfarkt jämfört med nivån år 1987. Kvinnor och män 20 år och äldre, perioden 1987–2006. Åldersstandardiserat.



Referens tidpunkt (nivå=100%) är år 1987. Ändrade diagnoskriterier år 2001 innebär att fler tillstånd inkluderades i hjärtinfarktdiagnosen fr.o.m. 2002

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

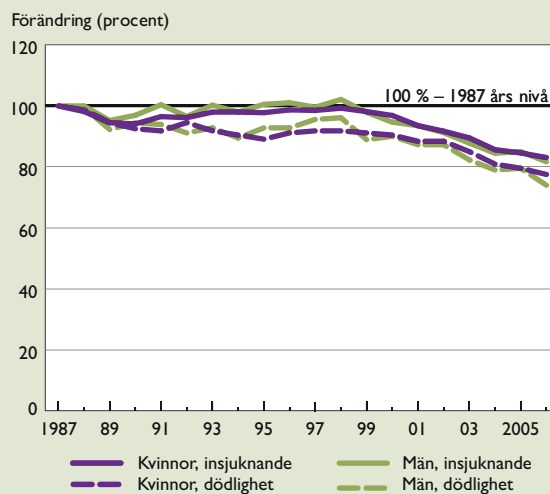
Hjärtinfarkterna har minskat stadigt sedan början av 1980-talet, men det var först från slutet av 1990-talet som insjuknandet och dödligheten i stroke minskade kraftigt (figur 14). För både kvinnor och män var risken att insjukna i stroke år 2006 när-

mare 20 procent lägre än år 1987 (figur 14). Risken att dö i stroke har minskat med 22 procent bland kvinnor och 26 procent bland män sedan 1987.

Forskningsregister har också bekräftat en minskande risk för att insjukna i stroke sedan mitten av 1990-talet [69, 70]. Nedgången gäller bara personer över 60 år vilket delvis beror på att stroke bland yngre personer ofta orsakas av något annat än en ålderförkalkningssjukdom. Också när det gäller stroke har dödligheten sjunkit mer än insjuknandet. För stroke är dock skillnaden mindre mellan utvecklingen av risken att dö och risken att insjukna, vilket betyder att strokeöverlevnaden inte har ökat lika mycket som överlevnaden efter en hjärtinfarkt.

Figur 14. Förändring av insjuknande och dödlighet i stroke 1987–2006

Procentuell förändring av den andel i befolkningen som insjuknar respektive dör i stroke jämfört med nivån år 1987. Kvinnor och män 20 år och äldre, perioden 1987–2006. Åldersstandardiserat.



Referens tidpunkt (nivå=100%) är år 1987.

Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Minskad rökning samt lägre blodfett och blodtryck har lett till att färre insjuknar i hjärtinfarkt och stroke

De viktigaste livsstilsrelaterade riskfaktorerna är desamma för hjärtinfarkt och stroke, men de har olika stor betydelse. För hjärtinfarkt är höga blodfetter och rökning viktigast [4], medan högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för stroke i ett befolkningsperspektiv [71]. Kostvanorna (med sjuknande kolesterolnivåer) och rökvanorna har också blivit markant bättre under de senaste årtiondena [61, 72], medan blodtrycksnivåerna i befolkningen inte har sjunkit lika snabbt (se även kapitlet Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar och kapitlet om Matvanor och fysisk aktivitet). Riskmarkörerna har större betydelse för hjärtinfarkt bland yngre och medelålders än bland äldre [3].

Att hjärtinfarktinsjuknandet minskar i Sverige beror huvudsakligen på minskad rökning och sjunkande nivåer av blodfetter (kolesterol) i befolkningen [73]. Minskad rökning och lägre blodfetter är också huvudförklaringen till att färre drabbas av hjärtinfarkt även i andra västländer [74–77].

En viktig anledning till att risken att insjukna i stroke minskat under framförallt de allra senaste åren är att den genomsnittliga blodtrycksnivån sjunkit efter en lång period av i stort sett oförändrade nivåer [78].

Personer med högt blodtryck löper tre gånger större risk för att få en stroke jämfört med dem som inte har någon blodtrycksförhöjning. Högt blodtryck är vanligt och om hela befolkningens blodtryck vore normalt skulle vi ha 65 fall färre av stroke per 100 000 invånare och år. Om hela befolkningen i Sverige hade ett normalt blodtryck skulle cirka 6 000 personer varje år slippa att drabbas av stroke.

En del riskfaktorer kan vara mycket viktiga att åtgärda hos den individ som bär på dem även om de betyder mindre på befolkningsnivå (tabell 4). Exempelvis löper en person med förträngningar i halspulsådern (karotisstenos) tio gånger så hög risk att insjukna i stroke. Förträngning av halspulsådern är dock relativt ovanligt jämfört med de övriga riskfaktorerna, och därför står denna sjukdom för en mindre del av insjuknandet i befolkningen (3 per 100 000 invånare).

Tabell 4. Riskfaktorers betydelse för stroke

Uppskattning av olika riskfaktorers betydelse för insjuknandet i stroke. Fall av stroke som aldrig skulle ha inträffat om man eliminerade respektive riskfaktor. Antal per 100 000 invånare. Relativ risk* för en person som har dessa riskfaktorer.

	Fall av stroke som man skulle kunna eliminera	
	Antal per 100 000	Relativ risk
Hypertoni	65	3,5
Rökning	24	-
kvinnor	-	1,8
män	-	2,5
Låg fysisk aktivitet	30	2
Diabetes	30	4
Förmaksflimmer	35	5
Hjärtsjukdom utom förmaksflimmer	7	-
Tidigare TIA/lindrig hjärninfarkt	4	5
Karotisstenos >70% m symtom	3	10,5

*Relativ risk avser risken att insjukna i stroke för dem som har en riskfaktor jämfört med en referensgrupp utan riskfaktorn.

Källa: Modifierat från Asplund [79].

Förbättrad behandling bidrar också till minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar

De sjunkande dödstalen i hjärt- och kärlsjukdomar under 1980- och 1990-talen kan ungefär till hälften förklaras av sjunkande riskfaktornivåer. Den andra hälften beror på sjukvårdens behand-

lingsinsatser och åtgärder för att förhindra att människor återinsjuknar [80]. Att hjärt- och kärl dödligheten minskar beror alltså i hög grad på att fler överlever en infarkt eller en stroke, både i det akuta skedet och på längre sikt [81]. Överlevnaden har förbättrats mer för hjärtinfarkt än för stroke.

Av alla inträffade fall av hjärtinfarkt avlider 20 procent under det första dygnet, vilket var omkring 8 000 personer år 2006. 90 procent av dem som dör under första dygnet dör innan de kommit till sjukhus, men bland dem som når behandling på sjukhus har chansen att överleva blivit allt bättre. Risken att avlida inom 28 dagar efter en infarkt har sjunkit från 35 procent 1988 till 15 procent 2006, bland dem som fått sjukhusvård.

Effektivare behandling är den främsta anledningen till att överlevnaden har ökat, men de vidgade kriterierna för hjärtinfarkt kan också ha bidragit till bättre överlevnadssiffror eftersom statistiken nu inkluderar fler infarkter av lindrigare slag. Behandlingsmetoderna vid hjärtinfarkt och kärlkramp har genomgått en dramatisk utveckling och omfattar effektivare läkemedelsbehandling som blodproppsupplösande medel, operativa ingrepp t.ex. ballongsprängning och bypass-operationer, pacemaker för att reglera hjärtats rytm och effektivare behandling av hjärtsvikt med mera. Chansen att överleva en hjärtinfarkt, om man väl kommer till behandling på sjukhus, är lika god för kvinnor som för män, när man jämför jämnåriga kvinnor och män (den åldersstandardiserade dödligheten).

Det finns dock inga riktigt avgörande teknologiska genombrott som skulle förklara den förbättrade överlevanden efter stroke under de senaste åren. I stället är det troligen flera lågteknologiska insatser som tillsammans har bidragit till den bättre prognosen. Många sjukhus har byggt särskilda

strokeenheter som kan ge bättre vård i akutskedet, och vetenskapliga studier har visat att sådana specialiserade enheter har ökat både överlevnaden och funktionen efter stroke [82, 83]. Sverige har internationellt sett varit ledande i utbygganden av strokeenheter, inte bara på universitetssjukhus utan också på små och medelstora akutsjukhus. I dag vårdas 82 procent av strokepatienterna på en strokeenhet under akutskedet [84].

Förutom ett bättre omhändertagande under akutskedet har den förbättrade långtidsöverlevnaden (1–5 år efter insjuknandet) bidragit till att minska dödligheten i stroke [69]. Den förbättrade prognosen gäller både män och kvinnor i samtliga åldersgrupper. Sannolikt beror den gynnsamma utvecklingen till stor del på en mer ambitiös läkemedelsbehandling, aktivare livsstilsinsatser (t.ex. rökstopp) och bättre rehabilitering. Det är dock inte klarlagt exakt hur mycket var och en av dessa så kallade sekundärpreventiva insatser har bidragit till att minska återfallsrisken och öka långtidsöverlevnaden.

Antalet personer som dör i hjärtinfarkt minskar trots åldrande befolkning

Sveriges befolkning blir allt äldre, men trots det minskade antalet personer som årligen avlider på grund av hjärtinfarkt mellan 1987 och 2005, från 17 100 till 9 700 personer. Omkring 30 000 personer insjuknar varje år i stroke och av dem insjuknar cirka 23 000 för första gången, enligt studier från 1999–2002 [69, 85, 86]. Om risken att insjukna i stroke inte förändras skulle den åldrande befolkningen göra att antalet förstagångsdrabbade ökar, från dagens uppskattade 23 000 per år med ytterligare cirka 3 000 fall varje år fram till 2020 [69]. De senaste årens minskning av strokerisken tyder dock på att utvecklingen kan bli bättre

än vad tidigare prognoser har visat. En effekt av den ökade överlevnaden är att allt fler människor lever med mer eller mindre avancerade hjärt- och kärlsjukdomar.

Funktionsnedsättningar på grund av stroke kräver stora insatser

De flesta som drabbas av stroke överlever och kan återvända till ett aktivt liv utan att behöva hjälp av andra. Stroke är dock en vanlig orsak till allvarliga funktionsnedsättningar, till följd av t.ex. en halvsidig förlamning eller talrubbingar. Många drabbas också av långvariga depressioner, svår trötthet, varseblivnings- och personlighetsstörningar samt utvecklar demens, vilket också kan försämra livskvaliteten efter en stroke.

I det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke följs människornas förmåga att klara vardagsaktiviteter som att äta själv, gå på toaletten och sköta sin hygien. Tre månader efter strokeinsjukandet är en femtedel beroende av andra personer för att klara de dagliga rutinerna. Denna andel har minskat något, från 22 procent 2001 till 20 procent 2006 [84]. Av dem som före insjuknandet klarade sina dagliga aktiviteter själva var det 68 procent som tre månader efter insjuknandet bodde hemma utan någon kommunal hemhjälp, 17 procent hade hemhjälp och 10 procent fanns i ett särskilt boende (5 procent hade andra vårdformer). Andelen i särskilt boende har långsamt sjunkit under 2000-talet.

Stroke får dock konsekvenser också för de anhöriga. Många av de närstående känner sig mindre tillfreds med livet och anger att de får mindre utrymme för socialt umgänge och fritidsaktiviteter [87, 88]. Kvinnliga närstående upplever sin situation som mer betungande än manliga [89], och många anhöriga upplever en psykosocial stress [90].

Enligt den senaste större kostnadsberäkningen kostar en patient med stroke i genomsnitt cirka 640 000 kronor, med en högre kostnad för kvinnor än för män [91]. Detta innebär en årlig samhällskostnad på 12 miljarder kronor (2002) för strokepatienter [91]. En motsvarande beräkning (dock inte med identisk metodologi) baserad på data från 1991, har kommit fram till en samhällskostnad på 10 miljarder per år [92]. De anhöriga står dock för mycket omfattande insatser som dessa kostnadsberäkningar inte tar hänsyn till. Stroke drabbar ofta sköra personer som skulle ha haft ett betydande behov av samhällsstöd även om de inte insjuknat. Eftersom stroke huvudsakligen drabbar personer utanför arbetslivet dominerar de direkta kostnaderna (huvudsakligen sjukvård, särskilt boende och hemtjänst). De indirekta kostnaderna (förtida död, sjukskrivningar och förtidspensioner) står för cirka en femtedel av samhällets totala kostnader för stroke [91, 92]. Det finns en stor potential att minska samhällsörden genom förebyggande insatser och framsteg i behandlingen, både i akutskedet och därefter.

Sociala skillnader

Det finns stora socioekonomiska skillnader i hjärt- och kärlsjukdomar. Risken att insjukna i en hjärtinfarkt var under åren 2001–2005 omkring dubbelt så stor för personer med låg utbildning (2,4 för kvinnor och 1,8 för män) jämfört med risken för personer med hög utbildning. Med låg utbildning menas här högst två års utbildning på gymnasiet, och hög utbildning innebär eftergymnasial utbildning. För högutbildade kvinnor har risken att drabbas av en hjärtinfarkt varit oförändrad sedan 1991, medan den sjunkit något bland lågutbildade kvinnor (figur 15). Bland män har risken för hjärtinfarkt minskat i alla utbildnings-

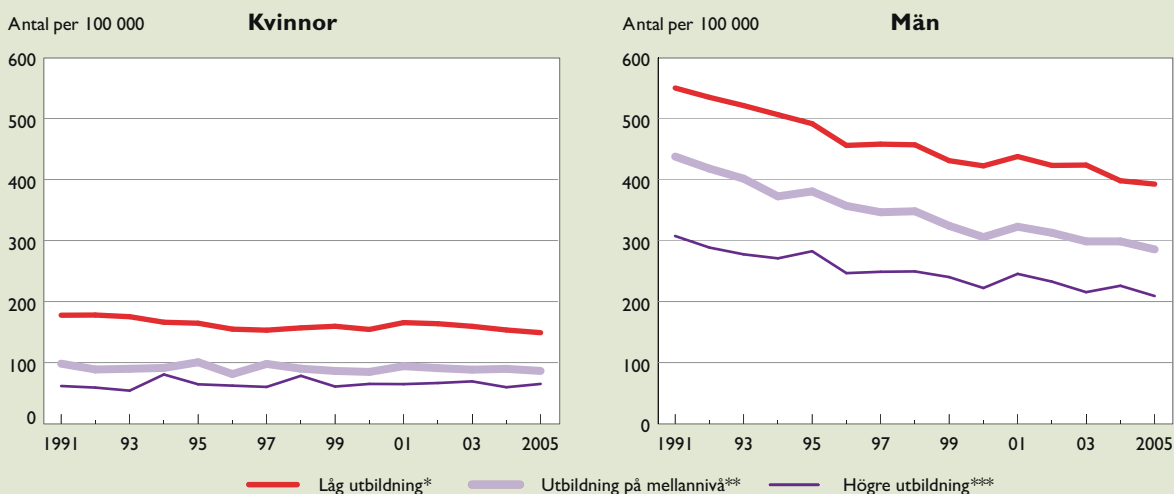
grupper. Även bland män minskar skillnaden i hjärtinfarkttrisk mellan låg- och högutbildade. De sociala skillnaderna, mätt som utbildningsnivå, är alltså något mindre nu än för femton år sedan, men de är ändå huvudsakligen bestående.

De sociala skillnaderna gäller även risken att drabbas av stroke, med en klart högre risk bland lågutbildade arbetare jämfört med högre tjänstemän (35–80 procents överrisk) [93, 94]. Denna skiktning finns hos båda könen och beror delvis på skillnader i kända riskfaktorer som blodtryck, rökning och diabetes [94], men en del av skillnaderna i strokerisken går dock inte att förklara med detta.

Det finns även betydande regionala skillnader i Sverige, där t.ex. stokedödligheten länge har varit påtagligt låg i Uppsala jämfört med många andra län (figur 16). Orsaken till de regionala variationerna är inte fullt klarlagda, men de socio-ekonomiska skillnaderna i risken för att insjukna i stroke bidrar säkert. Det finns också en öst-västlig gradient i stokedödlighet över Mellansverige där risken att drabbas är högre i den västra delen. Det har spekulerats i att boende i den östra delen klarar sig bättre tack vare en skyddseffekt av hårt vatten som innehåller mycket kalcium och magnesium – exempelvis har Uppland i allmänhet mycket hårt och Värmland mycket mjukt vatten [95, 96].

Figur 15. Insjuknande i hjärtinfarkt efter utbildning

Antal personer per 100 000 invånare som insjuknat i hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå. Kvinnor och män i åldern 20 år eller äldre, perioden 1991–2005. Åldersstandardiserat.



* Grundskola/Gymnasial utbildning högst 2-årig

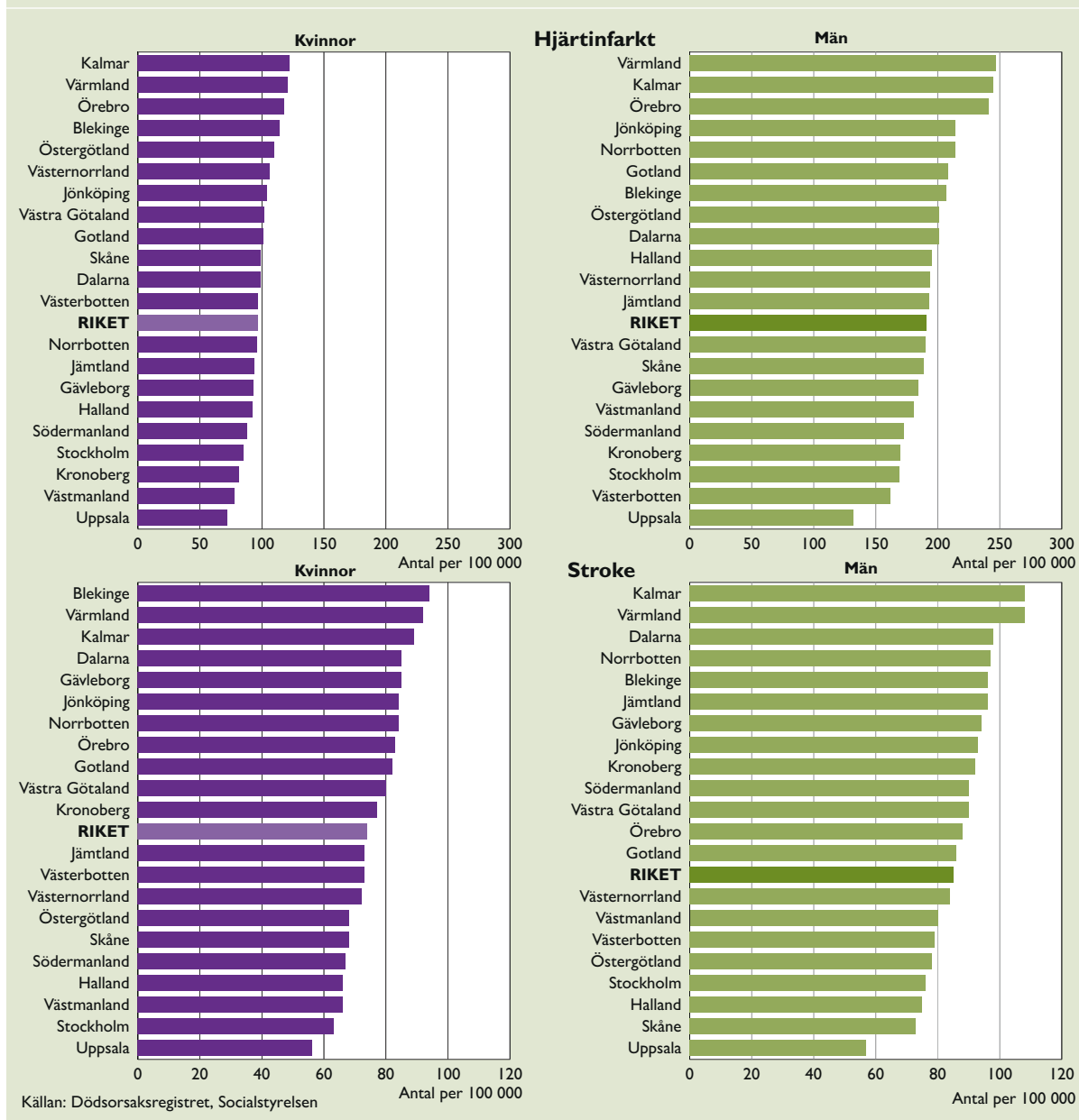
** Gymnasial utbildning längre än 2 år/Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år

*** Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB

Figur 16. Dödlighet i hjärtinfarkt och stroke efter län

Antal döda per 100 000 invånare i hjärtinfarkt respektive stroke. Kvinnor och män, genomsnitt för åren 2004-2006 i olika län. Åldersstandardiserat. Observera olika skalor för hjärtinfarkt och stroke.



En ökad sjuklighet i hjärt- och kärlsjukdomar finns bland invandrare från Finland, från länder i Mellanöstern, Asien, Balkan och Turkiet liksom från Östeuropa och Polen men inte bland invandrargrupper från Latinamerika, Afrika och övriga Europa. Skillnaderna, i jämförelse med infödda svenskar, har inte kunnat förklaras av utbildningsnivå eller arbetslöshet [32].

Diabetes

Typ 2-diabetes utgör 85–90 procent av all diabetes, och av Sveriges cirka 365 000 diabetiker är det bara omkring 40 000 som har typ 1-diabetes. Typ 2-diabetes är något vanligare bland män än bland kvinnor och hälften av dem är i yrkesverksamma åldrar. Typ 2-diabetes har ett smygande förlopp som i början inte medför några symtom och de flesta har varit sjuka i flera år innan de får sin diagnos. Det finns ett starkt samband mellan typ 2-diabetes och bukfetma, och många får högt blodtryck och höga blodfetter parallellt med att sockerregleringen försämrats. Dessa förändringar leder till åderförkalkning som redan kan vara avancerad när diabetesdiagnosen väl ställs. Det är framför allt åderförkalkningens följder som leder till komplikationer och till att individen får symtom.

Hjärtinfarkt och stroke är som redan nämnts de vanligaste dödsorsakerna vid typ 2-diabetes. Förutom skador på de stora kärlen utvecklar typ 2-diabetiker även skador på mindre blodkärl ute i vävnaderna, vilket framför allt drabbar ögon, njurar och nerver. Diabetiker riskerar därför att drabbas av synnedsättning och blindhet, och en försämrad njurfunktion som kan leda till dialysbehandling. Nervpåverkan yttrar sig ofta som känselnedsättning i fötterna vilket innebär att

man lättare skadar dem. Tillsammans med nedsatt blodcirkulation kan skadorna leda till svårsläkta sår, och ibland blir det nödvändigt att amputera fötterna.

Högt blodsocker leder även till symtom som bland annat trötthet, ökad törst och synförändringar, men vanligen först när blodsockret är en bra bit över den nivå som är gränsen för diabetesdiagnos. Till skillnad från typ 1-diabetes innebär typ 2 att blodsockret gradvis ökar under loppet av flera år, och därför är det få som har några symtom av för högt blodsocker när sjukdomen upptäcks. Det är överhuvudtaget relativt vanligt att diagnosen ställs hos personer som ännu inte fått några symtom alls av sin sjukdom. Screeningundersökningar visar att ungefär hälften av alla typ 2-diabetiker i befolkningen inte vet om att de har sjukdomen [27].

Typ 2-diabetes orsakas av en samverkan mellan genetiska faktorer och miljöfaktorer. Övervikt och fysisk inaktivitet är de viktigaste riskfaktorerna, men även stress, rökning och riskkonsumtion av alkohol har betydelse. Ärftligheten är inte helt klarlagd men det är bevisat att risken för typ 2-diabetes är klart ökad om nära släktingar har sjukdomen. Kvinnor som får graviditetsdiabetes är en särskild högriskgrupp för diabetes, framför allt under de första fem åren efter graviditeten [97].

Livsstilsförändringar och behandling minskar risken för komplikationer väsentligt

En person har förstadiet till diabetes när blodsockret är över det normala men ännu inte har passerat den blodsockernivå som markerar gränsen för diagnosen diabetes [98]. Vid förstadiet till diabetes kan man väsentligt förhindra eller för-

dröja utvecklingen till typ 2-diabetes genom att förändra sin livsstil [99]. De förändringar som kan påverka förloppet är framför allt ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, ändrad kost och inte minst rökstopp.

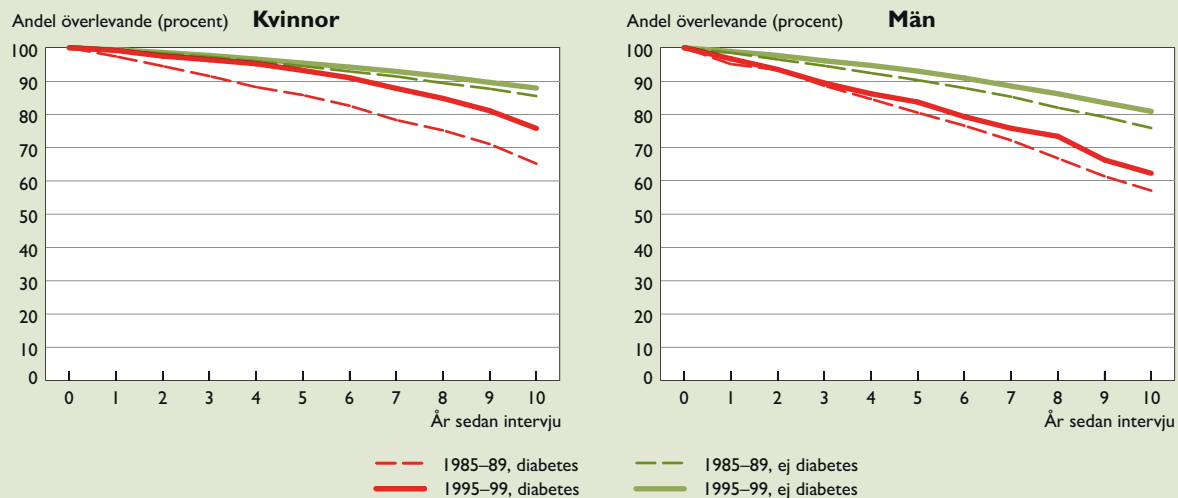
Vid manifest diabetes kan behandling bromsa utvecklingen av kärlkomplikationer [100]. Behandlingen innebär alltid livsstilsåtgärder och i regel även tablettbehandling mot högt blodsocker. Efter omkring 10–15 års sjukdom är den egna insulinproduktionen oftast så låg att även typ 2-diabetiker behöver insulinbehandling. För att minska risken för komplikationer är behandling av blodtryck och blodfetter lika viktigt som att hålla ned blodsockret [100].

I primärvården får omkring 50 procent av diabetikerna fullgod kontroll på sina blodsockernivåer [101]. Drygt 30 procent får fullgod kontroll på blodtrycket, och 40 procent på blodfetter. Enligt preliminära resultat från Nationella Diabetesregistret (NDR) har kärlkomplikationerna minskat de senaste åren, vilket pekar på att diabetesvården har blivit bättre. Diabetiker lever också allt längre.

I figur 17 jämförs överlevnaden hos 65-åriga diabetiker med jämnåriga i befolkningen, vid två perioder. För både diabetiker (röda linjer) och icke diabetiker (gröna linjer) har överlevnaden ökat, och den största förbättringen gäller kvinnliga diabetiker. Skillnaden i tioårsöverlevnad

Figur 17. Överlevnad vid diabetes

Överlevnad (i antal år) bland personer som vid intervju uppgav att de hade respektive inte hade diabetes. Kvinnor och män* intervjuade åren 1985–1989 och 1995–1999. Uppföljning t.o.m. december 2006.



* Beräknad överlevnad i antal år från 65 års ålder.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och ULF-undersökningarna, SCB

mellan kvinnliga diabetiker och icke-diabetiker är 12 procentenheter under den senare perioden (streckade linjer) jämfört med 20 procentenheter under den första perioden (heldragna linjer). Bland män var skillnaden i tioårsöverlevnad 19 procentenheter vid båda perioderna. En anledning till att överlevnaden ökar kan också vara att fler diagnostiseras tidigare i sjukdomsförloppet.

Fler har typ 2-diabetes trots att insjuknandet inte ökar

För varje genomsnittlig viktökning i befolkningen med ett heltalssteg för BMI har förekomsten av typ 2-diabetes beräknats kunna öka med 12 procent bland män och 10 procent bland kvinnor [102]. Diabetesinsjuknandet (incidensen) i Sverige har dock hittills legat stabilt trots att allt fler blivit överviktiga. Det är möjligt att en ökning i diabetesinsjuknande ännu inte har hunnit inträffa i Sverige eftersom det tar många år att utveckla diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. I t.ex. USA ökade insjuknandet i diabetes inte förrän i mitten av 1990-talet trots att övervikt och fetma bland befolkningen hade ökat stadigt sedan 1980-talet [103]. En stor befolkningsbaserad studie av 180 000 personer i Österrike visade att trots till-

tagande övervikt minskade den genomsnittliga nivån av blodfetter och blodtryck medan blodsockernivåerna ökade, i synnerhet bland yngre män [104]. Det innebär att även i Sverige skulle blodsockernivån och insjuknandet i diabetes framöver kunna öka till följd av ökande övervikt.

Trots en oförändrad risk att insjukna är det en större andel av befolkningen som lever med diabetes [105, 106]. Det beror framförallt på att diabetiker lever längre med sin sjukdom eftersom de får bättre behandling och diagnostiseras i lägre åldrar. Genomsnittsåldern för diabetesdiagnos har dock sjunkit, men det är inte klart varför. Det kan bero på att människor insjuknar tidigare och/eller på att sjukdomen upptäcks tidigare [107]. Sveriges befolkning får dessutom en allt högre genomsnittsålder och sammantaget blir det fler diabetiker som sjukvården behöver ta hand om. I områden med stor andel personer som är invandrare av utomeuropeiskt ursprung kan även detta till en del bidra till den högre förekomsten av diabetes i befolkningen.

Förekomsten av diabetes ökade mellan 1980 och 2005, i synnerhet bland män, enligt ULF-undersökningarna där personer själva uppger om de har diabetes (tabell 5). Folkhälsoinstitutets folk-

Tabell 5. Diabetesförekomst i olika åldrar

Andel (procent) bland kvinnor och män i olika åldersgrupper 16–84 år som uppgav att de hade diabetes vid intervju tillfället, perioden 1980–2005.

	Kvinnor					Män				
	1980–84	1985–89	1990–94	1995–99	2000–05	1980–84	1985–89	1990–94	1995–99	2000–05
16–44	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9
45–54	1,2	0,7	0,9	1,8	1,8	2,0	2,3	1,8	2,1	3,2
55–64	2,2	3,3	2,8	2,7	3,8	3,6	3,8	4,6	4,6	6,0
65–74	6,1	6,1	5,7	7,6	6,9	5,9	6,4	6,0	7,0	9,2
75–84	7,9	7,8	9,7	7,6	8,5	7,7	6,4	6,7	8,3	10,5
16–84	2,1	2,1	2,3	2,4	2,6	2,5	2,5	2,5	2,9	3,7

Åldersstandardiserade värden inom respektive åldersgrupp.

Källa. ULF-undersökningarna, SCB.

hälsoenkät visar också att diabetes kan ha ökat ytterligare något under de sista åren. Mellan 2004 och 2007 ökade andelen som uppgav att de hade diabetes, från 4 till 5 procent bland kvinnor och från 6 till 7 procent bland män (åldrarna 18–84 år). Enligt Internationella Diabetesfederationen har cirka 7 procent av befolkningen diabetes, vilket ligger närmare den uppskattning man får från den nationella folkhälsoenkäten än uppgifterna från ULF-undersökningarna.

Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät visar att diabetes är dubbelt så vanligt bland lågutbildade som bland högutbildade, bland både kvinnor och män. Enkäten visar också att diabetes är tre gånger så vanligt bland svenskar som är födda i utomeuropeiska länder jämfört med infödda svenskar. Dessa sociala skillnader stöds också av flera vetenskapliga studier [33]. Enligt folkhälsoenkäten är diabetes vanligare bland ekonomiskt utsatta, dvs. de som haft en ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låg inkomst [108]

Diabetes bland barn och ungdomar

Från flera håll i världen kommer rapporter om att typ 2-diabetes drabbar allt yngre och att sjukdomen ökar bland barn och tonåringar i takt med den ökande fetman bland unga. Av alla barn i Sverige med diabetes har dock endast 0,5 procent typ 2-diabetes, och någon ökning har inte kunnat säkerställas [109]. Internationella erfarenheter av barnfetmans följder talar dock för att diabetes kan bli vanligare även bland svenska barn och ungdomar om man inte lyckas motverka utvecklingen av fetma hos barn.

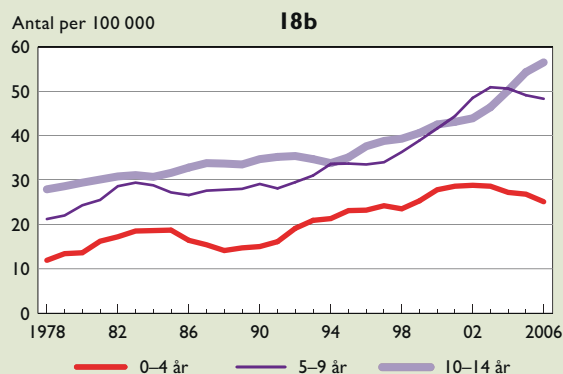
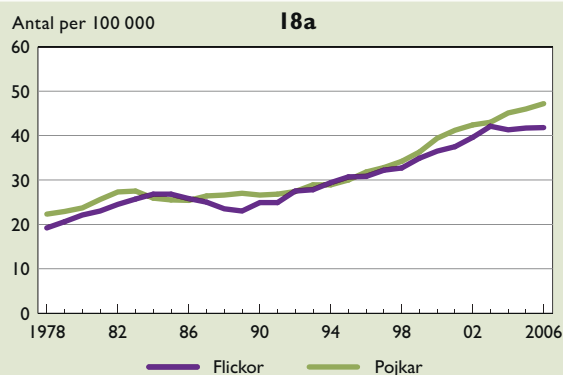
Typ 2-diabetes hos överviktiga barn uppmärksammades först bland japanska skolbarn, bland ursprungsbefolkningar i Nordamerika samt bland afroamerikaner och amerikaner med mexikanskt

ursprung i USA [110]. Senare studier från USA har visat att diabetes även finns bland vita överviktiga barn och tonåringar [111]. De första europeiska fallen av typ 2-diabetes hos vita tonåringar rapporterades 2002 från England [112]. Tyska studier har vidare visat att kraftigt överviktiga barn löper särskilt stor risk att få diabetes om de har släktingar med typ 2-diabetes, höga blodfetter eller högt blodtryck [113, 114].

Svenska barn och ungdomar med diabetes har i stort sett alltid typ 1-diabetes, och Sverige har näst Finland världens högsta insjuknandefrekvens i typ 1-diabetes bland barn. Varje år får omkring 700 barn (under 15 år) typ 1-diabetes, vilket motsvarar drygt 40 barn per 100 000 invånare. Påverkan under fostertiden, t.ex. virusinfektioner, liksom hög födelsevikt ökar risken för att drabbas av typ 1-diabetes under barndomen [115]. En analys av barn och vuxna upp till 35 års ålder visar att andelen som fått typ 1-diabetes ännu inte hade ökat [116]. Däremot har insjuknandet i typ 1-diabetes förskjutits mot yngre åldrar, vilket medför att diabetes ökar bland barn och unga (figur 18). De som tidigt insjuknar i typ 1-diabetes kan också drabbas av diabeteskomplikationer tidigare i livet. Anledningen till att diabetes debuterar tidigare anses bero på en allt högre födelsevikt och på att barn växer snabbare på längden och snabbare ökar sin fettväv, till följd av ett större energiintag under barndomen [117].

Figur 18ab. Insjuknande i diabetes typ 1 i barndomen

Antal personer per 100 000 invånare som insjuknat i diabetes perioden 1978–2006*. Flickor och pojkar i åldern 0–14 år (a) samt åldersgrupperna 0–4 år, 5–9 år och 10–14 år (b).



*tre års glidande medelvärden

Källa: Den Svenska Barndiabetesstudien, 2007, koordinator G Dahlquist, Umeå.

Vid typ 1-diabetes har bukspottkörtelns insulinproducerande celler förstörts till följd av en immunologisk reaktion och den drabbade blir då akut sjuk till skillnad från vid typ 2-diabetes. När diagnosen typ 1-diabetes ställs har man oftast inte hunnit utveckla högt blodtryck eller höga blodfetter, men risken för komplikationer i ögon, nju-

rar och nerver ökar efter ett par decenniers sjukdom. Typ 1-diabetes kan också på sikt öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar, och sjukdomen kan dessutom leda till akuta symtom på grund av för högt eller för lågt blodsocker. Sjukdomen kräver insulinbehandling 4–6 gånger dagligen.

Psykosociala förhållanden och stress

Betydelsen av socialgrupp och stress för hjärt- och kärlsjukdomar

Det finns en omfattande dokumentation som visar ett tydligt samband mellan psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom och diabetes, och lika så ett samband mellan psykosociala faktorer och riskmarkörerna övervikt eller fetma och metabolt syndrom. De psykosociala riskfaktorerna har lika stor inverkan på risken att få hjärt- och kärlsjukdom som rökning och de biologiska riskmarkörerna högt blodtryck och fetma [4]. Stress aktiverar biologiska mekanismer som verkar via nervsystemet och hormonella processer, som i sin tur aktiverar en kaskad av olika processer som leder till bl.a. bukfetma, inflammatoriska processer och störningar i kärlväggarna. Dessa processer och störningar gör att kärlen blir mindre elastiska och börjar lagra fetter, dvs. åderförkalkning. Dessutom leder de till högre blodtryck och puls, minskad insulinkänslighet med stigande blodsocker och en tendens till hopklumpning av blodplättarna som ökar risken för blodproppar.

Människor med låg socioekonomisk status har oftare än andra ohälsosamma levnadsmönster med t.ex. fysisk inaktivitet, ohälsosam kost, rökning och hög alkoholkonsumtion. Dessutom är det en större andel som har en livssituation

med dålig ekonomi, dåliga boendeförhållanden, osäkerhet på arbetsmarknaden och litet inflytande över arbetssituationen osv. Dessa psykosociala faktorer ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, både indirekt via ohälsosamma levnadsvanor, och direkt via biologiska processer som påskyndar åderförkalkningsprocessen. Dessutom kan psykosociala faktorer bidra till ett ogynnsammare sjukdomsförlopp [5].

Arbetsrelaterad stress har i många studier visats öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Det är framför allt två aspekter på människors arbetsförhållanden som intresserat forskningen kring arbetsrelaterad stress och hjärt- och kärlsjukdomar. Den ena har visat att hjärt- och kärlsjukdomar kan orsakas av den stress som uppkommer när man har ett arbete som innebär samtidigt höga krav och små möjligheter att bestämma över eller påverka arbetssituationen [118]. Den andra har påvisat skadliga effekter av en arbetsmiljö där det råder en obalans mellan den ansträngning en arbetsinsats kräver och den belöning detta ger i form av lön, utvecklingsmöjligheter, uppskattning etc. [119].

Risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar också för människor som har ett svagt socialt nätverk med små möjligheter att få uppbackning i olika problematiska situationer, eller som får lite känslomässigt stöd eller bekräftelse i sina nära relationer [5, 120]. Samtidigt har stressforskningen visat att gynnsamma förhållanden, exempelvis ett stabilt socialt nätverk och mycket stöd, kan ”buffra” eller skydda mot ett negativt inflytande ur andra aspekter [121]. En depression ökar också risken för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes [5]. Även milda besvär av depression driver på åderförkalkningen.

Psykiskt långtidssjuka personer är oftare än andra drabbade av fetma och metaboliska syn-

drom, och de har en mycket kraftigt ökad risk för att få hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes samt för att dö i förtid. Den psykiatriska sjukdomen är i sig stressande, men människor med en psykiatrisk sjukdom är ofta också socialt utsatta och har en livsstil som karaktäriseras av fysisk inaktivitet, dåliga matvanor, rökning och ökad alkoholkonsumtion. Vissa psykossjukdomar behandlas också med läkemedel som ökar risken för fetma och diabetes.

Förebyggande åtgärder

Störst individuell nytta av förebyggande åtgärder har personer som löper stor risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Detta gäller personer med flera riskmarkörer samtidigt, exempelvis bukfetma, högt blodtryck och släktingar med hjärt- och kärlsjukdomar m.m. [122]. Högriskindivider är dock endast en mindre andel av befolkningen, och därför är det inte de som står för det största antalet insjuknanden. För att uppnå goda effekter på folkhälsan krävs därför övergripande förändringar som påverkar de flestas levnadsvanor och livssituation.

Det behövs både en högriskstrategi och en befolkningsstrategi för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomarna. Högriskstrategin riktar sig till personer med hög sjukdomsrisk men som ännu inte blivit sjuka, samt till dem som redan är hjärt- och kärlsjuka för att förhindra att de återinsjuknar i t.ex. en infarkt. Syftet med befolkningsstrategin är att minska antalet som insjuknar i befolkningen som helhet. Även små sänkningar av den genomsnittliga nivån av riskmarkörer medför att betydligt färre drabbas av sjukdomarna.

Förändringar av levnadsvanor är basen för bägge strategierna, enligt det vetenskapliga underlag

som bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård hänvisar till [123]. Flera interventionsstudier har visat att livsstilsförändringar halverar risken för att högriskpersoner ska insjukna i diabetes [99]. I en finsk studie riktade till personer med fetma och förstadier till diabetes, utvecklade ingen diabetes, bland dem som nådde alla uppsatta mål (måttligt intensiv fysisk aktivitet minst 30 min/dag, viktminskning minst 5 procent, mindre än 30 procent av energiintaget från fett och mindre än 10 procent från mättat fett, samt fiberintag minst 15 gram/1000kcal).

På några håll i landet erbjuder primärvården på ett systematiskt sätt hälsosamtal med genomgång av levnadsvanorna. Om insjuknande och död i hjärt- och kärlsjukdom ska kunna påverkas i väsentlig grad måste hälso- och sjukvården även arbeta för att tidigt upptäcka riskfaktorer för kranskärslsjukdom för att förhindra insjuknande, förutom att man arbetar för att förebygga återinsjuknande eller komplikationer vid redan inträffad hjärt- och kärlsjukdom. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas att även hjärtfriska individers levnadsvanor kartläggs och dokumenteras och att råd ges om sunda levnadsvanor för att förebygga sjukdom liksom att läkemedelsbehandling efter en samlad bedömning av riskfaktorer, ska ges även i primärpreventivt syfte [123]. Man bedömer att denna möjlighet att minska hjärt- och kärlsjukligheten inte är fullt utnyttjad idag.

Rökstopp betraktas som den enskilt viktigaste åtgärden, och sjukvården bör i princip alltid ge råd om hur man kan sluta röka. Detta är dessutom en mycket kostnadseffektiv åtgärd. Personer med förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar bör även få rådgivning angående ökad fysisk aktivitet och viktminskning, vilket har gett positiva resultat [124, 125]. Omfattande vetenskaplig dokumentation talar för

att låg alkoholkonsumtion, motsvarande drygt ett glas lättvin för män och knappt ett glas lättvin för kvinnor, medför minskad risk för hjärtsjukdom, medan en alkoholkonsumtion motsvarande det fyrdubbla för män och 2,5 gånger så mycket bland kvinnor leder till ökad risk [134]. Dessa studier har ifrågasatts och andra studier visar ingen skyddande effekt av alkohol [135]. Något vetenskapligt stöd finns inte för att rekommendera personer som inte använder alkohol att börja dricka för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar.

Det är också viktigt att behandla högt blodtryck och höga blodfetter. I mitten av 1990-talet uppnådde högst en tredjedel av patienter med högt blodtryck önskade blodtrycksnivåer genom läkemedelsbehandling [55, 126]. Läkemedelskostnaden för en effektiv blodtrycksbehandling är i dag endast ett par kronor per dag. Den rekommenderade grundläggande läkemedelsbehandlingen för diabetes är också mycket billig (metformin cirka 1–2 kr/dag), liksom behandlingen för att förebygga blodproppar (acetylsalicylsyra cirka 60 öre/dag).

Omfattande forskning har ägnats åt olika metoder för att hjälpa feta människor att gå ner i vikt (se kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet). Resultaten visar att bättre kost och fysisk aktivitet kan hjälpa till att förebygga fetma i normalbefolkningen, men studierna visar också att svårigheterna är stora [124]. Det stora problemet med att behandla övervikt är att effekterna inte är bestående. Den största minskningen i diabetesinsjuknande på befolkningsnivå skulle uppnås om man kunde förhindra att människor går från normalviktiga till överviktiga [127], och därför är det särskilt angeläget att minska riskerna för att barn och ungdomar blir överviktiga. Hittills finns det inget som visar att åtgärder mot fetma hos barn och ungdomar har inneburit några negativa

konsekvenser i form av dålig tillväxt eller ökad frekvens av anorexi [124].

I november 2006 antogs ett europeiskt policydokument som officiellt sjösattes 2007 [128]. Denna akt innebär att svenska myndigheter måste vidta åtgärder mot fetmaepidemin. I dokumentet slår man fast att ökningen av fetma är ett av de största hoten mot folkhälsan samt att utvecklingen bland barn och ungdomar är särskilt alarmerande. Vidare står det att fetmaepidemin ökar hälsogapen mellan olika sociala grupper. Man ansåg att fokus skulle vara på förändringar som ändrar den sociala, ekonomiska och fysiska miljön så att det blir lättare att göra hälsosamma livsval. Exempel på konkreta åtgärder var fri frukt till skolbarn, tillgång till hälsosam mat till ett rimligt pris – i synnerhet i socialt utsatta områden, tillgång till hälsosam mat på arbetsplatser, bygga cykelvägar och liknande för att underlätta fysisk aktivitet mm. Folkhälsoinstitutet har i den folkhälsopolitiska rapporten föreslagit bland annat att insatser för stödjande miljöer för hälsa prioriteras (t. ex säkra gång- och cykelvägar), utveckling av ämnet idrott och hälsa samt arbete för goda matvanor i skolan, utveckling av styrmedel för ökad tillgänglighet av frukt och grönsaker och minskad tillgänglighet av energitäta och näringsfattiga livsmedel, insatser för att begränsa berusningsdrickande, höjningar av tobakspriset och åtgärder för att göra tobak mindre tillgängligt.

Vid svår fetma, dvs. BMI över 35, är kirurgi en bevisat effektiv åtgärd. Tidigare opererades personer med BMI över 40 men enligt nya riktlinjer sänks gränsen för kirurgi till BMI 35. Kirurgisk behandling vid svår fetma visar mycket goda resultat med en stor viktnedgång som dessutom består över tid. Individens hälsovinster är stora eftersom risken för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar

minskar påtagligt [129]. Förutom bättre hälsa och livskvalitet innebär kirurgin också samhälls-ekonomiska vinster pga. minskad sjukfrånvaro. Denna behandling är således av stort värde för individer med svår fetma, men eftersom denna grupp är liten får åtgärden också en liten effekt på folkhälsan. Bland medelålders kvinnor och män i Västerbotten hade 3,9 procent av kvinnorna ett BMI på 35–39,9 liksom 2,5 procent av männen år 2006. Omkring 1 procent av bägge könen hade ett BMI på minst 40, enligt uppmätta värden. Det visar att operationskapaciteten måste byggas ut betydligt för att möta de nya riktlinjerna.

Sverige jämfört med andra länder

Hjärtinfarkt är cirka 40 procent vanligare i Sverige jämfört med södra Europa. Förutom denna nord-sydliga gradient finns det i dag också en påtaglig väst-östlig gradient som gör att män i Östeuropa har en tiofaldigt större infarktdödlighet och sexfaldigt större stokedödlighet än män i Frankrike. Det geografiska mönstret är dramatiskt även för stroke på så sätt att stokedödligheten i Sverige är relativt låg medan den är mer än fem gånger så hög i länder som Ryssland och Lettland.

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har under de senare decennierna minskat påtagligt i Nordamerika och de flesta länder i Västeuropa [130]. Nyligen rapporterades emellertid från USA att nedgången av hjärt- och kärldödligheten i åldern 35–54 år har bromsats efter år 2000, och för kvinnorna har dödligheten till och med ökat [131]. Hjärt- och kärldödligheten fortsätter däremot att minska bland personer över 54 år i USA. Anledningen är troligen en ökande förekomst av övervikt och fetma, diabetes, högt blodtryck och metabolt syndrom.

Övervikten ökar mer i t.ex. Grekland, Tyskland, Storbritannien och USA än i Sverige, men ökningstakten är däremot lägre i t.ex. Frankrike. Sverige har hittills följt samma mönster som i USA men med 10 års eftersläpning [132]. I USA har man haft en stadig ökning av övervikt och fetma de senaste 25 åren, och där ökade insjuknandet i diabetes inte förrän i mitten av 1990-talet [103]. Det är alltså möjligt att motsvarande ökning ännu inte har hunnit inträffa i Sverige eftersom ökningen av övervikt och fetma har kommit 10 år senare här. Om Sverige får en liknande utveckling kan man förvänta sig att fler kommer att insjukna i diabetes under de kommande åren. Personer födda under 1940-talet har dock inte gått upp lika mycket i vikt under sitt liv som personer födda på 1930-talet gjorde i motsvarande åldrar [133]. Sedan mitten av 1990-talet har också alkoholkonsumtionen ökat, vilket kan bidra till att trenden vänds så att vi förutom andra negativa konsekvenser även får se stigande blodtrycksnivåer och ökande fetma samt fler som insjuknar i hjärt- och kärlsjukdomar.

Den snabbaste ökningen av övervikt och fetma under de kommande decennierna beräknas ske i utvecklingsländerna, framför allt i urbaniserade områden. WHO beräknar att cirka 80 procent av alla dödsfall som orsakas av hjärt- och kärlsjukdomar redan i dag inträffar i låg- och medelinkomstländer [130].

Referenser

1. Anderson RE, Brismar K, Ivert T. Only a minority of patients referred for elective coronary artery bypass surgery have risk factors diagnosed and treated according to established guidelines. *Diabetes & vascular disease research*. 2007 Jun;4(2):112–6.
2. Tenerz A, Norhammar A, Silveira A, Hamsten A, Nilsson G, Ryden L, et al. Diabetes, insulin resistance, and the metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction without previously known diabetes. *Diabetes Care*. 2003 Oct;26(10):2770–6.
3. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European heart journal*. 2008 Apr;29(7):932–40.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11;364(9438):937–52.
5. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005 Mar 1;45(5):637–51.
6. Schulz AJ, House JS, Israel BA, Mentz G, Dvorch JT, Miranda PY, et al. Relational pathways between socioeconomic position and cardiovascular risk in a multiethnic urban sample: complexities and their implications for improving health in economically disadvantaged populations. *Journal of epidemiology and community health*. 2008 Jul;62(7):638–46.
7. Norberg M. *Identifying risk of type 2 diabetes: epidemiologic perspectives from biomarkers to lifestyle*. [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin; 2006.
8. Hoefle G, Saely CH, Aczel S, Benzer W, Marte T, Langer P, et al. Impact of total and central obesity on vascular mortality in patients undergoing coronary angiography. *International journal of obesity*. 2005 Jul;29(7):785–91.

9. Carey VJ, Walters EE, Colditz GA, Solomon CG, Willett WC, Rosner BA, et al. Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*. 1997 Apr 1;145(7):614–9.
10. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005 Oct 1;366(9492):1197–209.
11. Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, et al. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Archives of Internal Medicine*. 2001 Jul 9;161(13):1581–6.
12. Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann B, Holm L, et al. *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats*. Søborg: Ernæringsrådet, 2003. En rapport fra Ernæringsrådet. Publ. nr. 30.
13. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation*. Geneva: 2000. World Health Organization technical report series, No 894.
14. Ells LJ, Lang R, Shield JP, Wilkinson JR, Lidstone JS, Coulton S, et al. Obesity and disability – a short review. *Obesity reviews*. 2006 Nov;7(4):341–5.
15. Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, de Girolamo G, et al. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International journal of obesity*. 2008;32:192–200.
16. Sjöholm Å. Stark koppling mellan bukfetma och socioekonomiska faktorer. "Svenska" IDEA-studien visar samband med kardiovaskulära sjukdomstillstånd. *Läkartidningen*. 2007;104(51–52):3862–66.
17. Hergens MP, Ahlbom A, Andersson T, Pershagen G. Swedish moist snuff and myocardial infarction among men. *Epidemiology*. 2005 Jan;16(1):12–6.
18. Norberg M, Stenlund H, Lindahl B, Boman K, Weinehall L. Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(6):576–83.
19. Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Cole P, Asplund K. The influence of smoking and smokeless tobacco use on weight amongst men. *Journal of internal medicine*. 2004 Jan;255(1):102–7.
20. Laaksonen M, Piha K, Sarlio-Lahteenkorva S. Relative weight and sickness absence. *Obesity (Silver Spring)*. 2007 Feb;15(2):465–72.
21. Vingard E, Lindberg P, Josephson M, Voss M, Heijbel B, Alfredsson L, et al. Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33(5):370–5.
22. Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjöström L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *International journal of obesity and related metabolic disorders*. 1996 Oct;20(10):895–903.
23. Stocks T, Lindahl B, Stattin P. Hälsosam livsstil tycks minska risken för cancer. Nytt stöd för hypotesen att övervikt och högt blodsocker ökar cancer-risken. *Läkartidningen*. 2007 Dec 19;104(51–52):3867–70.
24. Chioloro A, Peytremann-Bridevaux I, Paccaud F. Associations between obesity and health conditions may be overestimated if self-reported body mass index is used. *Obesity reviews*. 2007 Jul;8(4):373–4.
25. Neovius M, Janson A, Rossner S. Prevalence of obesity in Sweden. *Obesity reviews*. 2006 Feb;7(1):1–3.

26. Statens folkhälsoinstitut. *Statistik / Folkhälsoenkät / Resultat 2007 / Nationella data / Levnadsvanor / Övervikt & fetma / Fetma*. 2007 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.fhi.se/templates/Page____12686.aspx.
27. Eliasson M, Lindahl B, Lundberg V, Stegmayr B. Diabetes and obesity in Northern Sweden: occurrence and risk factors for stroke and myocardial infarction. *Scandinavian journal of public health Supplement*. 2003;61:70–7.
28. Manhem K, Dotevall A, Wilhelmsen L, Rosengren A. Social gradients in cardiovascular risk factors and symptoms of Swedish men and women: the Goteborg MONICA Study 1995. *Journal of cardiovascular risk*. 2000 Oct;7(5):359–68.
29. Socialstyrelsen. Kapitel 5: Folkhälsosjukdomar/folkhälsoproblem – övervikt och fetma. I: *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005. s. 111–3.
30. Socialstyrelsen. *Folkhälsa och sociala förhållanden*. Stockholm: 2003. Lägesrapport 2003.
31. Daryani A, Berglund L, Andersson A, Kocturk T, Becker W, Vessby B. Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. *Ethnicity & disease*. 2005 Spring;15(2):213–20.
32. Gadd M, Johansson SE, Sundquist J, Wandell P. Morbidity in cardiovascular diseases in immigrants in Sweden. *Juornal of Internal Medicine*. 2003 Sep;254(3):236–43.
33. Pudaric S, Sundquist J, Johansson SE. Major risk factors for cardiovascular disease in elderly migrants in Sweden. *Ethnicity & health*. 2000 May;5(2):137–50.
34. Wandell PE, Johansson SE, Gafvels C, Hellenius ML, de Faire U, Sundquist J. Estimation of diabetes prevalence among immigrants from the Middle East in Sweden by using three different data sources. *Diabetes & metabolic syndrome*. 2008 Sep;34(4 Pt 1):328–33.
35. Lindsay RS, Hanson RL, Roumain J, Ravussin E, Knowler WC, Tataranni PA. Body mass index as a measure of adiposity in children and adolescents: relationship to adiposity by dual energy x-ray absorptiometry and to cardiovascular risk factors. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2001 Sep;86(9):4061–7.
36. Sinaiko AR, Donahue RP, Jacobs DR, Jr., Prineas RJ. Relation of weight and rate of increase in weight during childhood and adolescence to body size, blood pressure, fasting insulin, and lipids in young adults. The Minneapolis Children's Blood Pressure Study. *Circulation*. 1999 Mar 23;99(11):1471–6.
37. Angbratt M, Ekberg J, Walter L. *Uppföljning av ungdomars vikt i Östergötland – vad har hänt med 91-orna?* Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland, 2008. Rapport 2008:7.
38. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *The American journal of clinical nutrition*. 2002 Sep;76(3):653–8.
39. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England journal of medicine*. 1997 Sep 25;337(13):869–73.
40. Ekelund U, Ong K, Linne Y, Neovius M, Brage S, Dunger DB, et al. Upward weight percentile crossing in infancy and early childhood independently predicts fat mass in young adults: the Stockholm Weight Development Study (SWEDS). *The American journal of clinical nutrition*. 2006 Feb;83(2):324–30.
41. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1240–3.

42. Mårild S, Bondestam M, Bergström R, Ehnberg S, Hollsing A, Albertsson-Wikland K. Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta paediatrica (Norway)*. 2004 Dec;93(12):1588–95.
43. Petersen S, Brulin C, Bergström E. Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umeå, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta paediatrica*. 2003 Jul;92(7):848–53.
44. Sjöberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Mårild S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta paediatrica*. 2008 Jan;97(1):118–23.
45. Holmbäck U, Fridman J, Gustafsson J, Proos L, Sundelin C, Forslund A. Overweight more prevalent among children than among adolescents. *Acta paediatrica*. 2007 Apr;96(4):577–81.
46. Sjöberg A. *Food habits in Swedish adolescents. Meal pattern, food choice and bioavailability of iron 1994 and 2000*. [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs Universitet, Avdelningen för klinisk näringslära; 2004.
47. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedahl C, Schäfer-Elinder L. *Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm*. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting & Statens folkhälsoinstitut, 2004. Rapport 2004:1.
48. Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L. Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *International journal of obesity*. 2008 Oct;32(10):1525–30.
49. Lager A. *Övervikt bland barn – system för nationell uppföljning: 2005–2006 års uppföljning*. Statens folkhälsoinstitut och Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholms universitet/Karolinska Institutet, 2007.
50. Hedderson MM, Williams MA, Holt VL, Weiss NS, Ferrara A. Body mass index and weight gain prior to pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Dec 7.
51. Hillier TA, Pedula KL, Schmidt MM, Mullen JA, Charles MA, Pettitt DJ. Childhood obesity and metabolic imprinting: the ongoing effects of maternal hyperglycemia. *Diabetes Care*. 2007 Sep;30(9):2287–92.
52. Lee H, Jang HC, Park HK, Cho NH. Early manifestation of cardiovascular disease risk factors in offspring of mothers with previous history of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007 Nov;78(2):238–45.
53. Persson M, Winkvist A, Mogren I. Sverige saknar enhetliga riktlinjer rörande graviditetsdiabetes. *Läkartidningen*. 2007 Nov 7–13;104(45):3365–9.
54. Chalmers J, MacMahon S, Mancina G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, et al. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *Clinical and experimental hypertension*. 1999 Feb;17(2):151–83.
55. Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma CS, Kuulasmaa KA, Marques-Vidal PM, Sans S, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*. 2006 Feb;13(1):13–29.
56. Weinehall L, Ohgren B, Persson M, Stegmayr B, Boman K, Hallmans G, et al. High remaining risk in poorly treated hypertension: the ‘rule of halves’ still exists. *Journal of hypertension*. 2002 Oct;20(10):2081–8.
57. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1903–13.

58. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*. 1990 Mar 31;335(8692):765–74.
59. Karppanen H, Mervaala E. Sodium intake and hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2006 Sep-Oct;49(2):59–75.
60. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of hypertension*. 2006 Feb;24(2):215–33.
61. Eliasson M, Janlert U, Jansson JH, Stegmayr B. Time trends in population cholesterol levels 1986–2004: influence of lipid-lowering drugs, obesity, smoking and educational level. The northern Sweden MONICA study. *Journal of internal medicine*. 2006 Dec;260(6):551–9.
62. Taylor VH, MacQueen GM. Cognitive dysfunction associated with metabolic syndrome. *Obesity reviews*. 2007 Sep;8(5):409–18.
63. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, Forsen B, Lahti K, Nissen M, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care*. 2001 Apr;24(4):683–9.
64. Wilson PW, D'Agostino RB, Parise H, Sullivan L, Meigs JB. Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulation*. 2005 Nov 15;112(20):3066–72.
65. Nilsson PM, Engstrom G, Hedblad B. The metabolic syndrome and incidence of cardiovascular disease in non-diabetic subjects – a population-based study comparing three different definitions. *Diabetic Medicine*. 2007 May;24(5):464–72.
66. Halldin M, Rosell M, de Faire U, Hellenius ML. The metabolic syndrome: prevalence and association to leisure-time and work-related physical activity in 60-year-old men and women. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 2007 Jun;17(5):349–57.
67. Gause-Nilsson I, Gherman S, Kumar Dey D, Kennerfalk A, Steen B. Prevalence of metabolic syndrome in an elderly Swedish population. *Acta Diabetologica*. 2006 Dec;43(4):120–6.
68. Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino RS, Ohman EM, Röther J, et al. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2007 Mar 21;297(11):1197–206.
69. Hallström B, Jonsson AC, Nerbrand C, Norrving B, Lindgren A. Stroke incidence and survival in the beginning of the 21st century in southern Sweden: comparisons with the late 20th century and projections into the future. *Stroke*. 2008 Jan;39(1):10–5.
70. Northern Sweden MONICA Project. *Opublikerade data*. 2008.
71. Harmsen P, Lappas G, Rosengren A, Wilhelmsen L. Long-term risk factors for stroke: twenty-eight years of follow-up of 7457 middle-aged men in Goteborg, Sweden. *Stroke*. 2006 Jul;37(7):1663–7.
72. Lindahl B, Stegmayr B, Johansson I, Weinehall L, Hallmans G. Trends in lifestyle 1986–99 in a 25- to 64-year-old population of the Northern Sweden MONICA project. *Scandinavian journal of public health Supplement*. 2003;61:31–7.
73. Wilhelmsen L, Rosengren A, Lappas G. Relative importance of improved hospital treatment and primary prevention. Results from 20 years of the Myocardial Infarction Register, Goteborg, Sweden. *Journal of internal medicine*. 1999 Feb;245(2):185–91.

74. Capewell S, Beaglehole R, Seddon M, McMurray J. Explanation for the decline in coronary heart disease mortality rates in Auckland, New Zealand, between 1982 and 1993. *Circulation*. 2000 Sep 26;102(13):1511–6.
75. Kabir Z, Bennett K, Shelley E, Unal B, Critchley JA, Capewell S. Comparing primary prevention with secondary prevention to explain decreasing coronary heart disease death rates in Ireland, 1985–2000. *BMC Public Health*. 2007;7:117.
76. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000 Feb 26;355(9205):675–87.
77. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*. 2004 Mar 9;109(9):1101–7.
78. Berg CM, Lissner L, Aires N, Lappas G, Torén K, Wilhelmsen L, et al. Trends in blood lipid levels, blood pressure, alcohol and smoking habits from 1985 to 2002: results from INTERGENE and GOT-MONICA. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*. 2005 Apr;12(2):115–25.
79. Asplund K. Stroke–riskfaktorer och primärprevention. *Läkartidningen*. 2003 Oct 30;100(44):3500–5.
80. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *The New England journal of medicine*. 2007 Jun 7;356(23):2388–98.
81. Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mahonen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K, et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000 Feb 26;355(9205):688–700.
82. Govan L, Weir CJ, Langhorne P. Organized inpatient (stroke unit) care for stroke. *Stroke*. 2008;39:2402–3.
83. Seenan P, Long M, Langhorne P. Stroke units in their natural habitat: systematic review of observational studies. *Stroke*. 2007 Jun;38(6):1886–92.
84. Riks-Stroke. *Analyserande rapport*. Västerbottens Läns Landsting, 2006.
85. Appelros P, Nydevik I, Seiger A, Terent A. High incidence rates of stroke in Örebro, Sweden: Further support for regional incidence differences within Scandinavia. *Cerebrovascular diseases*. 2002;14(3–4):161–8.
86. Stegmayr B, Asplund K. Stroke in Northern Sweden. *Scandinavian journal of public health Supplement*. 2003;61:60–9.
87. Forsberg-Warleby G, Möller A, Blomstrand C. Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004 Jan;36(1):4–11.
88. Franzen-Dahlin A, Larson J, Murray V, Wredling R, Billing E. Predictors of psychological health in spouses of persons affected by stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 May;16(5):885–91.
89. Larson J, Franzen-Dahlin A, Billing E, von Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008 Feb;45(2):257–65.

90. Thommessen B, Wyller TB, Bautz-Holter E, Laake K. Acute phase predictors of subsequent psychosocial burden in carers of elderly stroke patients. *Cerebrovascular diseases*. 2001;11(3):201–6.
91. Ghatnekar O, Persson U, Glader EL, Terent A. Cost of stroke in Sweden: an incidence estimate. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2004 Summer;20(3):375–80.
92. Terent A, Marke LA, Asplund K, Norrving B, Jonsson E, Wester PO. Costs of stroke in Sweden. A national perspective. *Stroke*. 1994 Dec;25(12):2363–9.
93. Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 Feb;83(2):92–9.
94. Peltonen M, Rosén M, Lundberg V, Asplund K. Social patterning of myocardial infarction and stroke in Sweden: incidence and survival. *American journal of epidemiology*. 2000 Feb 1;151(3):283–92.
95. Nerbrand C, Agreus L, Lenner RA, Nyberg P, Svärdsudd K. The influence of calcium and magnesium in drinking water and diet on cardiovascular risk factors in individuals living in hard and soft water areas with differences in cardiovascular mortality. *BMC Public Health*. 2003 Jun 18;3:21.
96. Nerbrand C, Svärdsudd K, Ek J, Tibblin G. Cardiovascular mortality and morbidity in seven counties in Sweden in relation to water hardness and geological settings. The project: myocardial infarction in mid-Sweden. *European heart journal*. 1992 Jun;13(6):721–7.
97. Ratner RE. Prevention of type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes. *Diabetes Care*. 2007 Jul;30(Supplement 2):S242–5.
98. World Health Organization; International Diabetes Federation. *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*. Geneva: 2006. Report of a WHO/IDF Consultation.
99. Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007 Feb 10;334(7588):299.
100. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *The New England journal of medicine*. 2003 Jan 30;348(5):383–93.
101. Eliasson B, Eeg-Olofsson K, Cederholm J, Nilsson PM, Gudbjornsdottir S. Antihyperglycaemic treatment of type 2 diabetes: results from a national diabetes register. *Diabetes & Metabolism*. 2007 Sep;33(4):269–76.
102. The DECODE Study Group. Age, body mass index and glucose tolerance in 11 European population-based surveys. *Diabetic Medicine*. 2002 Jul;19(7):558–65.
103. Centers for Disease Control and Prevention. *Diabetes / Data & Trends / National Diabetes Surveillance System*. 2007 [citerad 2008]; Tillgänglig från: <http://apps.nccd.cdc.gov/DDTSTRS/default.aspx>.
104. Ulmer H, Kelleher CC, Fitz-Simon N, Diem G, Concini H. Secular trends in cardiovascular risk factors: an age-period cohort analysis of 698,954 health examinations in 181,350 Austrian men and women. *Journal of internal medicine*. 2007 Jun;261(6):566–76.
105. Andersson DK, Svärdsudd K, Tibblin G. Prevalence and incidence of diabetes in a Swedish community 1972–1987. *Diabetic Medicine*. 1991 Jun;8(5):428–34.
106. Berger B, Stenström G, Sundkvist G. Incidence, prevalence, and mortality of diabetes in a large population. A report from the Skaraborg Diabetes Registry. *Diabetes Care*. 1999 May;22(5):773–8.

107. Jansson SP, Andersson DK, Svardsudd K. Prevalence and incidence rate of diabetes mellitus in a Swedish community during 30 years of follow-up. *Diabetologia*. 2007 Apr;50(4):703–10.
108. Statens folkhälsoinstitut. *Statistik / Folkhälsoenkät / Resultat 2007 / Nationella data / Nationella resultat från Folkhälsoenkäten 2007 Hälsa på lika villkor?*. 2008 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.fhi.se/templates/Page_____12069.aspx.
109. Dahlquist G. Epidemiologi och etiologi vid Typ 1 diabetes. *Diabetolognytt*. 2003;16(2–3):134.
110. Rosenbloom AL, Joe JR, Young RS, Winter WE. Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth. *Diabetes Care*. 1999 Feb;22(2):345–54.
111. Sinha R, Fisch G, Teague B, Tamborlane WV, Banyas B, Allen K, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *The New England journal of medicine*. 2002 Mar 14;346(11):802–10.
112. Drake AJ, Smith A, Betts PR, Crowne EC, Shield JP. Type 2 diabetes in obese white children. *Archives of Disease in Childhood*. 2002 Mar;86(3):207–8.
113. Wabitsch M, Hauner H, Hertrampf M, Muche R, Hay B, Mayer H, et al. Type II diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Caucasian children and adolescents with obesity living in Germany. *International journal of obesity and related metabolic disorders*. 2004 Feb;28(2):307–13.
114. Wiegand S, Maikowski U, Blankenstein O, Biebermann H, Tarnow P, Gruters A. Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in European children and adolescents with obesity – a problem that is no longer restricted to minority groups. *European Journal of Endocrinology*. 2004 Aug;151(2):199–206.
115. Dahlquist GG, Patterson C, Soltesz G. Perinatal risk factors for childhood type 1 diabetes in Europe. The EURODIAB Substudy 2 Study Group. *Diabetes Care*. 1999 Oct;22(10):1698–702.
116. Pundziute-Lycka A, Dahlquist G, Nystrom L, Arnqvist H, Bjork E, Blohme G, et al. The incidence of Type I diabetes has not increased but shifted to a younger age at diagnosis in the 0–34 years group in Sweden 1983–1998. *Diabetologia*. 2002 Jun;45(6):783–91.
117. Dahlquist G. Can we slow the rising incidence of childhood-onset autoimmune diabetes? The overload hypothesis. *Diabetologia*. 2006 Jan;49(1):20–4.
118. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
119. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996 Jan;1(1):27–41.
120. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999 Apr 27;99(16):2192–217.
121. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985 Sep;98(2):310–57.
122. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1981 Jun 6;282(6279):1847–51.
123. Socialstyrelsen. *Kranskärslssjukdomar – vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008* 2008. Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg.
124. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Förebyggande åtgärder mot fetma*. Stockholm: 2004. Rapport nr 173.

125. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: 2007. Rapport nr 181.
126. Klungel OH. Quality of hypertension treatment and risk of stroke in the general population. *Journal of hypertension*. 2002 Oct;20(10):1949–50.
127. Burke JP, Williams K, Narayan KM, Leibson C, Haffner SM, Stern MP. A population perspective on diabetes prevention: whom should we target for preventing weight gain? *Diabetes Care*. 2003 Jul;26(7):1999–2004.
128. World Health Organization; Regional Office for Europe. European Charter on Counteracting Obesity. Presenterad vid konferens *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity* 15–17 November 2006; Istanbul, Turkey.
129. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England journal of medicine*. 2007 Aug 23;357(8):741–52.
130. World Health Organization. *WHO / Programmes and projects / Cardiovascular diseases*. 2007 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.
131. Ford ES, Capewell S. Coronary heart disease mortality among young adults in the U.S. from 1980 through 2002: concealed leveling of mortality rates. *Journal of the American College of Cardiology*. 2007 Nov 27;50(22):2128–32.
132. Nafziger AN, Stenlund H, Wall S, Jenkins PL, Lundberg V, Pearson TA, et al. High obesity incidence in northern Sweden: how will Sweden look by 2009? *European Journal of Epidemiology*. 2006;21(5):377–82.
133. Nafziger AN, Lindvall K, Norberg M, Stenlund H, Wall S, Jenkins PL, et al. Who is maintaining weight in a middle-aged population in Sweden? A longitudinal analysis over 10 years. *BMC Public Health*. 2007;7:108.
134. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*. 2000 Oct;95(10):1505–23.
135. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Boström A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of Epidemiology*. 2007 May;17(5 Suppl):S16–23.

Matvanor och fysisk aktivitet

Sammanfattning

Sedan 1980 har våra matvanor i stora drag försämrats men de senaste åren kan man se en viss förbättring. Mellan 1980 och 2006 ökade konsumtionen av godis från 10 till 15 kilo per person och år och läskedrycker från 30 till 90 liter. Den genomsnittliga energimängden har ökat med 4 procent, vilket sannolikt har bidragit till ökningen av övervikt.

Sedan 2002 har dock energiintaget minskat, vilket motsvarar en viktminskning på två kilo per person och år givet att den fysiska aktiviteten vore oförändrad. Vi äter alltför lite frukt, grönsaker och fisk jämfört med Livsmedelsverkets kostrekommendationer. Mindre än en av tio personer äter frukt och grönsaker fem gånger om dagen. Kvinnor har bättre matvanor än män. Högutbildade har bättre matvanor än lågutbildade. Manliga arbetare med låg inkomst är de som äter minst frukt och grönsaker.

Under de senaste åren har barns matvanor förbättrats. Fler äter frukt och grönsaker och konsumtionen av läsk och godis har sjunkit markant mellan 2001 och 2005. Barn konsumerar dock fortfarande för mycket godis, läsk, glass, snacks och bakverk. I snitt drack barnen två deciliter saft eller läsk om dagen och åt 1,5 hekto godis i veckan år 2003. Ungdomar som äter frukost regelbundet har ofta bättre matvanor än andra ungdomar.

Det är vanligt att vilja gå ner i vikt. Drygt hälften av den vuxna befolkningen har försökt gå ner i vikt eller har planer på att göra det. Det finns idag flera metoder för att minska i vikt, och debatten mellan dem som är för och dem som är emot fett i kosten är polariserad. De flesta viktminskningsmetoderna innebär dock att man ökar sin konsumtion av grönsaker, frukt och baljväxter och minskar på choklad, godis, läsk och snacks.

Fysisk aktivitet har många goda effekter på hälsan och motverkar de vanligaste folksjukdomarna. Den största hälsovinsten gör de som är minst vältränade när de börjar med någon form av fysisk aktivitet.

Stillasittande fritid är vanligare bland män än bland kvinnor. Att ha en stillasittande fritid har blivit mindre vanligt bland kvinnor i alla socioekonomiska grupper men bland männen har det bara minskat i gruppen högre tjänstemän. Enligt Västerbottens hälsoundersökningar och MONICA-undersökningarna

från norra Sverige är däremot en stillasittande fritid i stort sett lika vanlig idag som för tjugo år sedan. Bland kvinnor och män födda utanför Europa är det tre gånger så vanligt som bland in-födda svenskar att ha en stillasittande fritid. Stillasittande fritid förefaller vara vanligare bland barn i Sverige jämfört med barn i andra europeiska länder

Omkring två tredjedelar av vuxna är fysiskt aktiva minst en halvtimme om dagen med en aktivitetsnivå som kan anses vara minst måttlig, och uppfyller därmed mininivån på rekommenderad fysisk aktivitet. Enligt Västerbottens hälsoundersökningar har andelen av befolkningen som är *måttligt* fysiskt aktiva minskat de senaste åren. I gengäld har dock *hög* fysisk aktivitet ökat, särskilt bland kvinnor. Bland barn och ungdomar rekommenderas en högre aktivitetsnivå vilket uppnås endast av 10–20 procent av barn i Sverige. Det är mindre än i flertalet europeiska länder.

Inledning

På ett plan är orsaken till den tilltagande övervikten enkel – vi äter för mycket i förhållande till hur mycket vi rör på oss. De bakomliggande orsakerna till detta är däremot komplexa och hänger samman med hela vår livsstil med allt mindre vardaglig fysisk aktivitet och ett obegränsat utbud av energirik mat. En bristande balans mellan hur mycket vi äter och hur mycket vi rör oss leder till att vi vanligen lägger på oss allt fler kilon under livets gång, ofta i form av bukfetma. Att förhindra viktuppgång är lättare än att gå ner i vikt när man väl är överviktig. Förebyggande insatser är därför de effektivaste åtgärderna för att bryta trenden mot en alltmer överviktig befolkning. Flera undersökningar har visat att i praktiken räcker det

inte med att vara mer fysiskt aktiv på fritiden [1]. För att behålla sin vikt eller för att gå ner i vikt behövs dessutom kostförändringar som innebär ett mindre energiintag. Hälsosam mat och fysisk aktivitet har dessutom betydande effekter på hälsan utöver viktnedgång och oberoende av om vikten minskar eller inte (se kapitlet om övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes). Därför är långvarigt stillasittande och näringsfattig mat, även oavsett viktpåverkan skadligt för hälsan. De som är inaktivast har mest att vinna, avseende förbättrad hälsa, genom att öka sin fysiska aktivitet t.ex. med dagliga promenader.

Vad är bra matvanor?

Bra matvanor, näringsrik mat och en lagom mängd mat, är en viktig förutsättning för hälsa. Livsmedelsverkets rekommendationer om vad vi bör äta utgår från de nordiska näringsrekommendationerna [2]. Utifrån hur de genomsnittliga måltidsvanorna ser ut idag rekommenderar Livsmedelsverket följande:

- Minskad konsumtion av godis, glass, bakverk, snacks och energirika drycker som läsk och alkohol (halvering på befolkningsnivå)
- Ökad konsumtion av grönsaker och frukt till 500 gram per dag (fördubbling på befolkningsnivå)
- Byte till olja och flytande matfetter, nyckelhålsmärkta mejeri- och charkuterivaror
- Fisk 3 gånger per vecka
- Begränsat intag av salt till 5–6 gram per dag (halvering på befolkningsnivå)
- Byte till fullkornsprodukter av bröd och andra spannmålsprodukter

Målsättningen med rekommendationerna är att tillgodose näringsbehovet och samtidigt minska förekomsten av övervikt, diabetes, hjärt- och kärlsjukdom och vissa former av cancer.

Betydelsen av matens energitäthet

Människan har en bristande förmåga att registrera när vi fått i oss en lagom mängd energi, vilket bidrar till att vi äter för mycket. Däremot har vi god förmåga att registrera att vi får i oss en lagom stor volym [3]. De livsmedel som ger bäst mättnad är frukt och grönsaker [3], vilket beror på att fiberrika livsmedel binder vatten vilket ger maten stor volym i förhållande till sitt energiinnehåll [4]. Ett ökat intag av frukt och grönsaker har därför en central roll för att motverka viktökning genom att mättnaden inträder innan energiintaget blivit för stort [5]. Fett och socker binder inte vatten, och en hög andel fett och socker bidrar därför med mycket energi i förhållande till sin volym. Det innebär att ju mer fett och socker maten innehåller, desto större mängd energi intar man innan man känner sig mätt. Restaurangmat och snabbmat innehåller ofta en hög andel fett och socker. Några matvanor som oftare än andra leder till ett högt energiintag har visat sig vara: att regelbundet äta restaurang- och snabbmat, äta stora portioner, dricka energirika drycker, äta lite frukt och grönsaker och ha oregelbundna frukostvanor [6].

Betydelsen av fettets kvalitet

Alla typer av fett (fleromättat, enkelomättat, mättat och transfett) innehåller samma energimängd per gram. Men det är inte bara mängden energi, utan också typen av fett som har betydelse för vår hälsa [2].

Fleromättat och enkelomättat fett är att föredra framför mättat fett ur hjärt- och kärlsynpunkt.

Långa fleromättade fettsyror är involverade i regleringen av blodflöde, blodtryck och immunförsvar. Bland de långa fleromättade fettsyrorerna bedöms s.k. omega-3-fettsyror vara särskilt gynnsamma för att motverka hjärt- och kärlsjukdom. Omega-3-fettsyror finns i fet fisk, skaldjur och i rapsolja. Kroppen kan inte tillverka långa fleromättade fettsyror utan är beroende av att få dem via maten. Viktiga källor till enkelomättat fett är raps- och olivolja, nötter och kyckling.

Mättade fettsyror finns framförallt i charkuteri- och mejerivaror. Till skillnad från fleromättade fettsyror, har kroppen inget behov av mättade fettsyror. Mättat fett har dessutom skadliga effekter. De höjer LDL-kolesterolet (det onda kolesterolet) och bidrar till fettinlagring i och omkring inälvorna och bidrar till åderförkalkning.

Transfett utgör en liten andel av det fett som vi äter, cirka 2 procent av vårt energiintag. Transfett har samma negativa effekt på LDL-kolesterolet som mättat fett, men sänker dessutom HDL-kolesterolet (det goda kolesterolet) som skyddar mot hjärt- och kärlsjukdom. Transfett är därför skadligare för hjärta och kärl än det mättade fett. Transfett finns naturligt i feta mjölkprodukter, såsom grädde och smör, men kan även framställas kemiskt ur bland annat oliv- eller rapsolja. Denna framställning kallas härdningsprocess och ändrar fettets egenskaper mot längre hållbarhet och fastare konsistens och används t.ex i småkakor och chips. Delvis härdat fett är skadligast därför det leder till en hög andel transfett, medan vid fullständig härdning bildas istället huvudsakligen mättat fett. Det finns inga belägg för att det skulle vara någon skillnad mellan naturligt och kemiskt framställda transfetters effekter på hälsan. Det är svårt för konsumenter att undvika transfett med vägledning av livsmedlens näringsdeklarationer.

För att undvika de största källorna till transfett bör man följa de allmänna näringsrekommendationerna. Framförallt är det viktigt att minska konsumtionen av feta mjölkprodukter, pommes frites, kakor och snacks.

Betydelsen av kolhydraters kvalitet

Hjärnan är beroende av kontinuerlig tillförsel av socker för att kunna fungera optimalt, vilket kräver regelbunden tillförsel av kolhydrater från kosten. Kolhydrater består liksom fett av flera olika typer [2]. Man brukar dela in kolhydrater i två grupper: de som höjer blodsockret, dvs. socker och stärkelse, och de som inte höjer blodsockret, dvs. kostfibrer. Anledningen till att kostfibrer inte höjer blodsockret är att de inte kan tas upp i blodbanan från tunntarmen, utan passerar ner till tjocktarmen, där de stimulerar tillväxten av gynnsamma tarmbakterier.

Socker, vitt bröd och godis tillför mycket energi och lite näring i förhållande till sin volym, och kan öka risken för bl.a. fetma och hjärt- och kärlsjukdom. Fiberrika livsmedel såsom grovt bröd, gryn, många grönsaker och frukter skyddar däremot mot viktuppgång, bl.a. därför att de ersätter mat med högre energitäthet exempelvis socker och fett [7]. Kostfibrer har dessutom positiva effekter på karies, tarmpassage, blodsocker och blodfetter och tycks minska risken för fetma, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och vissa former av cancer. Dessutom bidrar kostfibrer med bio-aktiva substanser (växtsteroler, antioxidanter, fytoöstrogener), mineraler och vitaminer som motverkar såväl näringsbrist som hjärt- och kärlsjukdomar.

Glykemiskt index

Glykemiskt index, GI, är en metod som används för att rangordna enskilda livsmedel med hänsyn till hur snabbt de höjer blodsockret. Kolhydratrika livsmedel som är fiberfattiga och finmalda leder till snabb och hög blodsockerstegring, medan många fullkornsprodukter har en struktur som gör att de tas upp långsammare. Det är inte bara hur finmald produkten är som är avgörande för hur snabbt blodsockret höjs, utan också i vilken matvara kolhydraterna finns, och vad vi äter för övrigt. Fabriksproducerad pasta ger t.ex. en lägre blodsockerstegring än bröd av samma mjöl på grund av att pastan bryts ner långsammare. Om man exempelvis lägger till en fet sås eller dressing får man en långsammare blodsockerstegring, eftersom fett, oavsett typ, bromsar upptag av kolhydrater. När man rangordnar livsmedel utifrån glykemiskt index, tas dock inte hänsyn till hur andra måltidskomponenter inverkar på sockerupptaget.

Några undersökningar av sambandet mellan matvanor och hälsa talar för att mat med lågt GI, dvs. mat som leder till långsamt sockerupptag, minskar risken att utveckla fetma, hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes. I experimentella studier där försökspersoner fått mat med högt respektive lågt GI har man dock inte kunna belägga någon effekt på vikt [8]. I praktiken har det visat sig, att när personer har valt livsmedel efter deras GI-värde, så har det inte fått någon större effekt på blodsockret [9, 10].

Det är ännu oklart vilken betydelse mat med lågt GI har för att motverka sjukdom hos friska. Mat med lågt GI är ofta bra mat som innehåller näringsrika fiberrika produkter och är förknippad med sunda matval överlag, vilket gör det svårt att särskilja effekten av lågt GI i sig.

Livsmedelsverkets näringsrekommendationer överensstämmer, med få undantag, med en kost med lågt GI, det vill säga att konsumtion av fullkornsprodukter, baljväxter, frukt och grönsaker bör öka, och konsumtion av godis, kaffebröd och söta drycker bör minska. Den största skillnaden är att GI-förespråkare utesluter rotfrukter, medan Livsmedelsverket anser att rotfrukters låga energitäthet och höga näringstäthet uppfyller kriterierna för hälsosamma livsmedel. Den livsmedelsgrupp som framför andra är associerad till ett lågt GI är baljväxter, exempelvis bönor, ärtor och linser. Livsmedelsverket rekommenderar en ökad konsumtion av baljväxter (ärtor, bönor, linser mm.) till 25 gram per dag eller mer (torkad vikt), vilket innebär 3 gånger mer än idag.

Salt

För mycket salt kan vara en orsak till högt blodtryck, vilket i sin tur ökar risken för att drabbas av hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och skador på njurarna. Vi äter i genomsnitt 10 till 12 gram salt per dag, vilket är dubbelt så mycket som rekommenderas. Det mesta av saltet, 60–70 procent, kommer från färdiga livsmedel som charkprodukter, bröd, matfett, ost och färdigmat och är svåra för en enskild konsument att undvika.

Förändringar av befolkningens matvanor

Jordbruksverkets produktionsstatistik är baserad på försäljningsvolymen och ger en uppskattning av hur mycket livsmedel som finns tillgängligt för konsumtion. Denna statistik ger en grov uppskattning av hur våra matvanor har förändrats de senaste decennierna [11].

Mellan 1980 och 2006 har konsumtionen av choklad, konfektyrvaror och godis ökat från omkring 10 kilo till 15 kilo per person och år. Läs-kedrycker har ökat från 30 liter till 90 liter. Trots dessa ökningar har konsumtionen av socker ändå minskat med cirka 6 procent till knappt 40 kilo per person och år, till följd av att sockermängden i andra produkter har minskat.

Konsumtionen av matfett har minskat från 25 kilo till 16 kilo mellan 1980 och 2006. Det konsumerades mer smör än lättmargarin år 1980, medan det motsatta förhållandet är vanligare numera. Konsumtionen av mjölk har minskat från 185 till 140 liter. Man drack huvudsakligen den fetare standardmjölken 1980, medan mellanmjölk är vanligast numera. De två senaste åren har konsumtionen av matfett ökat något igen.

Konsumtionen av kött, grönsaker, frukt och spannmål har ökat. Konsumtionen av frukt och grönsaker motsvarar dock mindre än 200 gram frukt per person och dag, vilket är betydligt under de 500 gram som rekommenderas.

Den genomsnittliga energimängden har ökat med 4 procent sedan 1980, vilket sannolikt har bidragit till ökningen av övervikt. Vi äter nu i genomsnitt dubbelt så mycket godis, snacks, glass, läsk och alkohol i förhållande till vad vi borde äta för att kunna täcka vårt behov av näring, och detta gäller såväl vuxna som barn [12].

Matvanorna har förbättrats de allra senaste åren

Under de allra senaste åren förefaller matvanorna ha förbättrats. Energirik näringsfattig kost minskar och för första gången sedan 1980 minskar energiintaget. Jordbruksverkets produktionsstatistik visar att mellan 2002 och 2005 har energiintaget minskat med 400 kJ (96 kcal) per person

och dag. Om hälften av minskningen antas bero på minskad konsumtion, motsvarar en sådan konsumtionsminskning en genomsnittlig viktminskning på 2 kilo per person och år, givet oförändrad fysisk aktivitet.

Den sänkta energimängden beror till 80 procent på minskad energimängd från kolhydrater. Förutom choklad, konfektyrvaror och läskedrycker minskade även konsumtionen av bröd, andra spannmålsprodukter, sirap och malt mellan åren 2002 och 2005. Det är positivt att produkter som är rika på kolhydrater och fattiga på fiber har minskat. Samtidigt är det angeläget att produkter som frukt, grönsaker och fisk ökar mer än hittills. De två senaste åren har konsumtionen av matfett, som nämnts tidigare, ökat något igen.

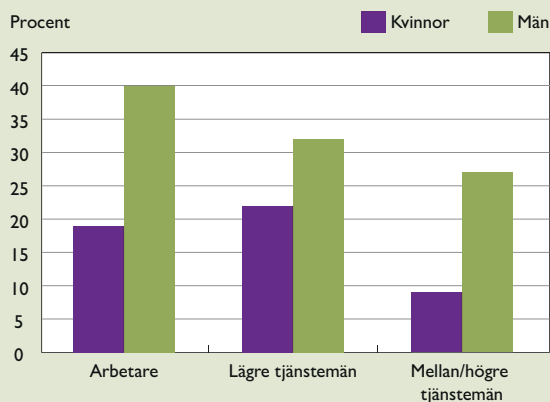
År 2005 och 2006 genomfördes en nationell undersökning bland vuxna för att mäta utvalda livsmedel, så kallade indikatorer, som i tidigare matvaneundersökningar visats spegla kostens kvalitet med hänsyn till fett, kostfibrer och socker [13]. Endast en liten andel av den vuxna befolkningen uppfyller Livsmedelsverkets råd om frukt, grönsaker och fisk. Mindre än 1 av 10 äter frukt och grönsaker 5 gånger per dag. Endast 1 av 10 äter fisk som huvudrätt 3 gånger i veckan, i genomsnitt äter man fisk och skaldjur som huvudrätt 1,4 gånger per vecka. Minst 3 skivor grovt bröd per dag har satts som önskvärd nivå, och det äter 40 procent av befolkningen. Söta och feta livsmedel, som godis, läsk/soft och kaffebröd, äter 3 av 10 minst en gång per dag. De som i minst utsträckning följer kostrekommendationerna är lågutbildade och yngre.

Kvinnor och högt utbildade har bättre matvanor

De mest aktuella uppgifterna om våra matvanor är från Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät från åren 2004 till 2007. Den visar att det är mer än dubbelt så vanligt att kvinnor når upp till rekommenderat intag av frukt och grönsaker (5 gånger per dag eller oftare), än att män gör det, 13 procent mot 5 procent. Personer med låg inkomst eller kort utbildning äter mindre frukt och grönsaker än andra. Manliga arbetare med låg inkomst är den grupp som äter minst frukt och grönsaker, och 40 procent äter *lite* frukt och grönsaker (1,3 gånger per dag i genomsnitt eller mer sällan) (figur 1). Kvinnor som är tjänstemän på mellan- eller högre nivå och har hög inkomst, är den grupp som äter mest frukt och grönsaker, och motsvarande andel som äter *lite* grönsaker och frukt är endast 9 procent bland dem. Lågt intag av frukt och grönt skiljer sig inte mellan personer födda i Sverige, Europa eller övriga delar av världen.

Figur 1. Äter lite frukt

Andel (procent) personer i olika socioekonomiska grupper som äter frukt och grönsaker mer sällan än i genomsnitt 1,3 gånger per dag. Kvinnor och män 16–84 år, år 2007. Åldersstandardiserat.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Även Livsmedelsverkets enkätundersökningar visar att det finns skillnader mellan olika grupper matvanor [13]. Män äter mer sällan frukt och grönsaker, men oftare läsk/saft och pommes frites än kvinnor. Kvinnor äter något mer godis. Det är vanligare att yngre och personer med låg utbildning äter för lite frukt, grönsaker och fisk och dricker för mycket läsk och saft. Personer i åldern 70–84 år äter mer kaffebröd än vad man gör i andra åldrar.

Barn och ungdomars matvanor

Barn äter för mycket godis, läsk, glass, snacks och bakverk enligt Livsmedelsverkets undersökning av barn i åldern 4, 8 och 11 år [14]. Nästan en fjärdedel av energiintaget kom från dessa livsmedel och andelen skulle behöva halveras. I genomsnitt drack barnen cirka två deciliter saft eller läsk per dag och åt 1,5 hekto godis i veckan. Vart tionde barn drack mer än fyra deciliter saft eller läsk per dag och åt mer än tre hekto godis i veckan. Endast 1 av 10 barn når upp till rekommendationen om 400 gram frukt och grönsaker per dag för barn, dvs. lika få som i den vuxna befolkningen. Sammantaget får barn för mycket mättade fettsyror, tillsatt socker och salt och för lite fibrer och vitamin D. I stort sett gäller samma kostråd för barn över ett års ålder, som för vuxna.

Ungdomar som äter frukost regelbundet har ofta hälsosammare levnadsvanor än de med oregelbundna frukostvanor [15, 16]. Istället för frukost, äter ungdomar ofta godis, läsk, glass, kakor, snacks, med mera som mellanmål, och alkoholkonsumtion och rökning är också vanligare bland ungdomar med oregelbundna frukostvanor.

En studie från Göteborg av 15–16-åringars matvanor [15] visar en del försämringar av mat-

vanorna mellan åren 1994 och 2000. Måltiderna blev oregelbundnare, och ungdomarna drack mer juice och läsk. En förbättring sågs också: ungdomarna åt mer grönsaker. Studien visade även att något fler flickor inte åt kött (från 2 procent till 8 procent).

En senare riksrepresentativ studie [17] av 11-, 13- och 15-åringars matvanor mellan åren 2001 och 2005 visade en förbättring av matvanorna, fler åt frukt och grönsaker, och konsumtionen av godis och läsk sjönk markant. Matvanorna hade förbättrats mer bland 11- och 13-åringar än bland 15-åringar. Det är vanligare att ungdomar med högutbildade mödrar äter skollunch samt äter frukt och grönsaker, än bland ungdomar med lågutbildade mödrar [16].

Matvanor hos äldre

Det är aldrig för sent att förebygga sjukdom genom en hälsosam livsstil [18]. Hos äldre såväl som hos yngre rekommenderas mat rik på fiber, frukt och grönsaker samt ett lågt intag av mättat fett [19]. Enligt en studie i 11 europeiska länder var hälsosamma matvanor associerade med 40 procents minskning i hjärt- och kärl dödlighet och med 20 procent i totaldödlighet hos personer i åldrarna 70–90 år [20].

Lätt övervikt ska snarare ses som ett hälsotecken än en sjukdomsrisk hos äldre. Det är viktigt för äldre att bibehålla sin vikt. Viktförlust ökar risken för bland annat lårbensfrakturer och nedsatt immunförsvar. Orsaken till viktförlust är bl.a. att aptitlöshet är vanligt hos äldre. Tillstånd som leder till aptitlöshet inkluderar försämrad tandstatus, medicinering, stillasittande, sväljsvårigheter, förstoppning, brist på sociala kontakter och försämrat lukt- och smaksinne.

Äldres behov av näringsämnen är lika stort som i yngre åldrar eller större. Det är ännu viktigare för äldre att maten innehåller mycket näring i förhållande till energi än det är i yngre, aktivare åldrar. Förmågan att bibehålla en hälsosam kost förbättras bl.a. av bra tand- och munhygien, minskat stillasittande samt bibehållet socialt kontaktnät.

Många försöker minska i vikt

Ett smalt kroppsideal i samverkan med reell viktökning i befolkningen, gör att många inte upplever sig som normalviktiga och vill gå ner i vikt. Socialstyrelsen lät genomföra en riksrepresentativ undersökning år 2007 av personer över 16 år för att undersöka hur vanligt det är att försöka gå ner i vikt, och om man följer några särskilda kostråd. En tredjedel av alla kvinnor försöker för närvarande att gå ner i vikt (tabell 1) och det gäller i alla åldersgrupper utom bland kvinnor över 65 år. Bland män är det först upp mot 50-årsåldern som en lika stor andel försöker gå ner i vikt. Det var något vanligare bland grundskoleutbildade män att försöka gå ner i vikt än bland män med längre utbildning. Någon sådan skillnad mellan kvinnor med olika lång utbildning fanns däremot inte.

Tabell 1. Försöker gå ner i vikt för närvarande

Andel (procent) kvinnor och män i olika åldersgrupper som svarat att de för närvarande försöker gå ner i vikt, år 2007.

Ålder	Kvinnor	Män
	Procent	
16–24	33	0
25–35	30	15
35–44	34	20
45–54	33	33
55–64	32	28
65+	18	28

Källa: Synovate och Socialstyrelsen.

Drygt hälften av alla män och 40 procent av alla kvinnor har *aldrig* försökt att gå ner i vikt och har inte heller sådana planer. Tabell 1 visar att i åldern 16–24 år är inga män intresserade av viktminskning mot 33 procent av kvinnorna (tabell 1). Denna könsskillnad minskar med stigande ålder och efter 45 års ålder är den för liten för att vara statistiskt säkerställd

Få följer radikala kostråd

Drygt var fjärde vuxen person, bland både kvinnor och män, uppger att de inspireras av någon speciell diet eller några speciella kostråd, som de aktivt försöker följa (tabell 2). 11 procent uppger att de följer kostråd som överensstämmer med Livsmedelsverkets rekommendationer. 6 procent av befolkningen uppger att de inspireras av GI-metoden, 8 procent bland kvinnor och 4 procent bland män. Endast en minoritet i befolkningen följer en låg-kolhydratkost (Atkins) eller stenalldersdiet, och majoriteten av dem är män.

Tabell 2. Inspireras av olika kostrekommendationer

Andel (procent) som uppger att de inspireras av respektive kostrekommendation i sina matval

Diet/kostråd	Procent
Tallriksmodellen eller Livsmedelsverkets rekommendationer	11
Annat t.ex. vegan-, diabetes- eller ekologisk kost	6
GI-metoden (glykemiskt index)	6
Viktväktarna	2
Stenalldersdieten	<1
Atkins-dieten	<1
Ingen särskild kostrekommendation	70

Källa: Synovate och Socialstyrelsen

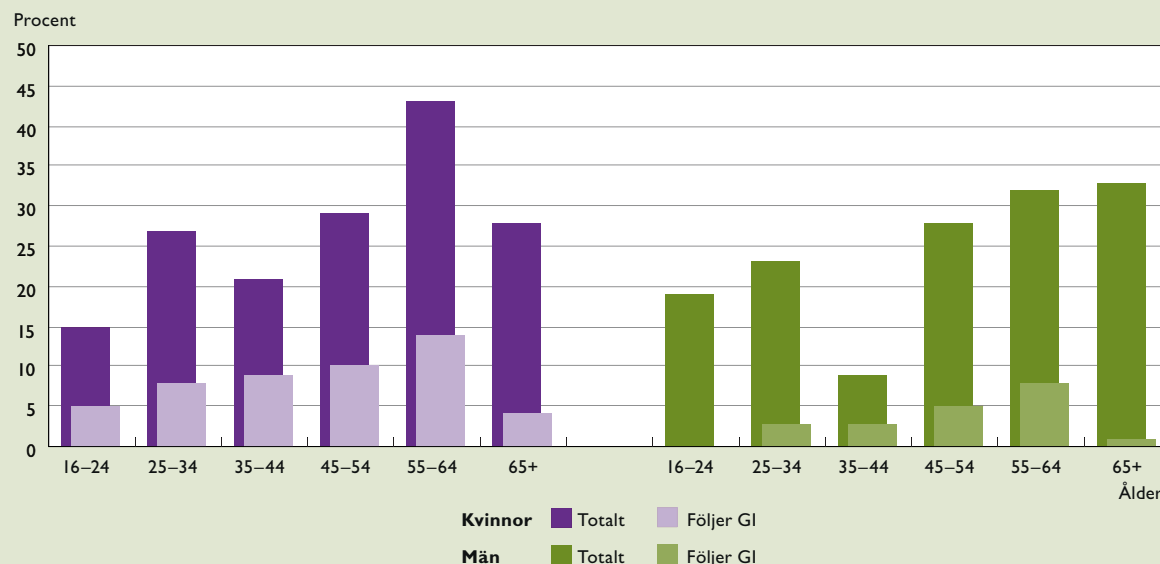
Det är vanligast att följa någon typ av diet eller kostråd i övre medelåldern (figur 2). Bland äldre är det vanligare än bland yngre att ha något hälso-besvär som medför att man följer någon kostrekommendation. Kvinnor uppger att de följer kostråd i något högre utsträckning, men endast i åldersgruppen 35–44 år fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan könen i denna undersökning. Bland män var det vanligare att högutbildade följde en diet jämfört med lågutbildade, medan någon sådan skillnad inte fanns mellan kvinnor med olika utbildningsnivå.

De flesta tror att socker ligger bakom viktuppgång

På en fråga om vad man trodde bidrog mest till viktuppgång svarade omkring 60 procent sockret, 15 procent fett, 4 procent vitt mjöl och 15 procent att alla tre livsmedlen bidrog lika mycket (figur 3). Att majoriteten ser socker, och inte fett, som det som mest bidrar till övervikt, kan vara ett resultat av de senaste årens sockerdebatt, som kan ha lett till en uppfattning att socker, men inte fett, leder till viktuppgång. Största skillnaden mellan dem som använder GI-metoden och andra är att GI-förespråkare anser i betydligt högre grad än övriga, att vitt mjöl är den främsta orsaken till fetma och att fett inte är det (figur 3).

Figur 2. Följer speciella kostråd

Andel (procent) kvinnor och män i olika åldersgrupper som aktivt försöker följa speciella kostråd samt andelen som svarade att de följer GI-metoden. Kvinnor och män 16 år och äldre, år 2007.

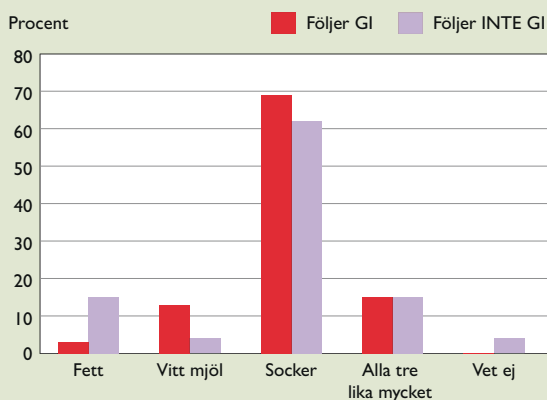


Skillnaden mellan kvinnor och män var statistiskt säkerställd endast i åldersgruppen 35–44 år ($p < 0,05$).

Källa: Synovate och Socialstyrelsen

Figur 3. Socker, fett eller mjöl som orsak till viktuppgång

Andelen (procent) personer som anser att viktuppgång orsakas av socker, fett eller mjöl bland dem som följer respektive inte följer GI-metoden. Kvinnor och män 16 år och äldre, år 2007.



Källa: Synovate och Socialstyrelsen

Att fett bidrar mest till viktproblem var det färre som trodde bland dem som försöker gå ner i vikt, jämfört med dem som inte var intresserade av att gå ner i vikt, 10 mot 17 procent. Likaså skiljde sig uppfattningen om huruvida vitt mjöl orsakar viktuppgång. Bland dem som ville gå ner i vikt var det 7 procent som trodde att vitt mjöl var den viktigaste orsaken till viktuppgång jämfört med 3 procent bland dem som inte försöker gå ner i vikt.

Viktnedgångsmetoder

Vi är utrustade med ett gott skydd mot att minska i vikt, såsom hunger och sänkt ämnesomsättning vid svält. Däremot är vi dåligt rustade mot viktuppgång. Mättnadssignalerna är svagare än hungersignalerna och vi ökar inte heller vår ämnesomsättning när vi har ätit för mycket. Med stigande ålder minskar kroppens energiförbruk-

ning till följd av minskad muskelmassa, vilket gör det lättare att gå upp i vikt i medelåldern även vid oförändrad livsstil.

För att minska i vikt måste energiintaget understiga energiutgifterna [21]. De flesta klarar av att gå ner i vikt men få klarar av att få en bestående effekt. Misslyckade viktnedgångsförsök, s.k. jo-jo bantning, leder till kaotiska matvanor och till att muskler byts ut mot fett. Detta kan leda till större och större viktproblem. Extrema viktnedgångsmetoder såsom låg-kolhydratkost leder till snabb initial viktnedgång. I allmänhet utesluter de en stor del av det man är van att äta, vilket underlättar viktnedgången. Låg-kolhydratkost leder till en initial förlust av vatten, och kolhydratbristen leder till hämmad aptit. Mer moderata viktnedgångsmetoder såsom GI-metoden, eller tallriksmodellen för viktnedgång, rekommenderar fiberrik mat och minskad mängd näringsfattig mat (godis, läsk, snacks och alkohol). Dessa rekommendationer utesluter inga livsmedel, och viktnedgången sker i långsammare takt än med extrema metoder. Ett år efter kostomläggningen har man gått ner lika mycket i vikt om man följt de etablerade kostrekommendationerna som om man följt en extrem viktnedgångsmetod.

Många dieter påstås ha näringsfysiologiska fördelar och att dessa ligger till grund för viktnedgången (ökad förbränning, mindre blodsockersvängningar etc.) men för detta är det vetenskapliga stödet svagt. Däremot har metoderna varierande effekter på ätbeteendet, och kan möjligen även ha varierande effekter på psykologiska belöningssystem. Sannolikt finns det inte en metod som är optimal för alla individer att följa. Det som visat sig vara viktigt för att viktnedgång ska lyckas är att man känner sig delak-

tig, känner att man kan påverka och att man kan stärkas genom framgång.

Befolkningen nås idag av motstridiga budskap via media och debatten är polariserad mellan förespråkare för och emot fett. Det är dock mer som förenar än som skiljer viktminskningsmetoderna åt. Flertalet viktminskningsmetoder resulterar i ett ökat intag av grönsaker och i flera fall även av frukt och baljväxter, samt ett minskat intag av choklad, konfektyrvaror, godis, läsk och snacks. De som gått ner i vikt, och lyckats bibehålla viktminskningen efter ett år, rapporterar att de äter mer grönsaker och fiber oavsett om metoden fokuserat på kolhydrater eller fett. De som skurit ner på kolhydrater har inte ökat mängden fett [22] och de som skurit ner på mängden fett har inte ökat mängden kolhydrater [23]. Gemensamt är att de ersatt en rad livsmedel med grönsaker.

Fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsan

Regelbunden fysisk aktivitet har många gynnsamma effekter på vår hälsa och motverkar våra vanligaste folksjukdomar. Personer som är fysiskt aktiva har hälften så stor risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom som inaktiva personer [24, 25]. Fysisk aktivitet motverkar utveckling av högt blodtryck och sänker blodtrycket hos personer med redan högt blodtryck [26]. Likaså motverkar fysisk aktivitet utveckling av typ 2-diabetes [27–29] och sänker blodsockret hos diabetiker [30]. Balans och muskelstyrka förbättras och ben-skörhet motverkas, vilket bland annat leder till färre fallolyckor och benbrott [24]. Fysisk aktivitet stärker immunförsvaret och motverkar depression [24]. Risken att insjukna i cancer i bland annat tjocktarm och bröst minskar [31]. Fysisk

aktivitet bromsar åldringsprocessen i arvsmassan så att kromosomerna behåller en struktur motsvarande en tio år yngre men fysiskt inaktiv persons kromosomer [32].

En del av ovanstående effekter på hälsan beror indirekt på att övervikt motverkas, men fysisk aktivitet har betydande hälsofrämjande effekter i sig själv oberoende av viktförändringar [33, 34]. Man har t.o.m. visat att en vältränad överviktig eller bukfet man har lägre risk för att dö i hjärt- och kärlsjukdomar än en otränad normalviktig man [35].

Vad är fysisk aktivitet och hur mycket behöver vi?

Med fysisk aktivitet menas att man rör på sig, dvs. använder sina muskler. Muskelarbetet stimulerar muskeluppbyggnad och fettnedbrytning och påverkar ämnesomsättningen av kolhydrater, fetter och proteiner så att förhöjt blodsocker och förhöjda skadliga blodfetter motverkas. För att uppnå dessa goda effekter behövs regelbunden fysisk aktivitet, eftersom effekten på ämnesomsättningen endast varar 1–2 dygn [36, 37].

För att främja och behålla en god hälsa rekommenderas för vuxna personer åtminstone måttlig fysisk ansträngning motsvarande 30 minuters rask promenad, minst fem och helst alla veckans dagar. Dessa 30 minuter kan delas upp i mindre perioder, t.ex. tre 10-minuters promenader, och ändå ha effekt på ämnesomsättningen [38].

Alternativt rekommenderas intensiv fysisk aktivitet under minst 20 minuter och minst tre gånger per vecka. Med måttlig fysisk ansträngning menas aktiviteter som medför att pulsen ökar något. Den fysiska aktiviteten kan anses vara intensiv när andningsfrekvensen också ökar och pulsen ökar påtagligt.

Den intensiva fysiska aktiviteten krävs om man vill förbättra konditionen, dvs. syreupptagningsförmågan. Tillräcklig fysisk aktivitet kan också uppnås om måttlig och intensiv fysisk aktivitet kombineras med t.ex. en snabb promenad under 30 minuter två dagar i veckan och ett hårdare träningspass, t.ex. jogging två dagar i veckan [39]. Utöver detta rekommenderas vuxna att styrketräna minst två gånger per vecka för att uppehålla eller förbättra muskelstyrkan.

För att förebygga att man under loppet av flera år går från normal vikt till övervikt, krävs sannolikt motsvarande 45–60 minuters rask promenad dagligen med det genomsnittliga energiintag som maten vanligen har. Personer som har gått ner i vikt behöver mer, 60–90 minuter dagligen, för att kunna behålla den uppnådda lägre vikten, alternativt mindre frekvent men intensivare fysisk aktivitet.

Barn och ungdomar rekommenderas mer fysisk aktivitet än vuxna [40–42], nämligen motsvarande 60 minuter måttligt till hög fysisk aktivitet dagligen [43]. Också för äldre personer är fysisk träning viktig för att bevara funktionen i muskler och leder, vilket minskar risken för både sjukdom och förtida död [24].

Hälsovinsten ökar med tilltagande aktivitet, men de personer som går från att vara fysiskt inaktiva och börjar med någon form av regelbunden aktivitet, t.ex. korta promenader, gör de allra tydligaste hälsovinster [44]. De som är minst vältränade har således mest att vinna på att öka sin fysiska aktivitet, eftersom redan en mindre ökning från mycket låg nivå medför positiva effekter [24]. Även bland personer som har blivit sjuka har fysisk aktivitet gynnsam inverkan och förbättrar bl.a. prognosen vid hjärtsjukdom och diabetes [45].

Aktuell forskning visar även att omfattande stillasittande i sig, och oberoende av fysisk träning, påverkar ämnesomsättningen ogynnsamt med risk för metabola störningar [46]. Att arbeta stående i stället för sittande skulle motverka detta eftersom stående innebär ständig lågintensiv aktivitet i de stora muskelgrupperna. Fysisk aktivitet och fysisk prestationsförmåga påverkar ämnesomsättningen även hos barn (9–10 år) och ungdomar (15–16 år) och redan i unga år är störningar i blodtryck, blodfetter, blodsocker och övervikt vanligare hos dem som är inaktiva [47].

Förändringar av fysisk aktivitet i befolkningen

Det är svårt att uppskatta graden av fysisk aktivitet i en befolkning. Ofta mäter man fysisk aktivitet med enkäter och intervjuer där man frågar om motionsvanor på fritiden. Motion innebär medveten fysisk aktivitet i avsikt att förbättra styrka och kondition. Det saknas kunskap om omfattningen av vardaglig fysisk aktivitet som att t.ex. regelbundet gå i trappor eller gå flera korta sträckor om dagen.

Folkhälsoinstitutet har föreslagit tre indikatorer för att mäta fysisk aktivitet i befolkningen: (1) andelen vuxna med stillasittande fritid, (2) andelen vuxna som är fysiskt aktiva på minst måttligt intensiv nivå minst 30 minuter varje dag samt (3) andelen ungdomar med minst betyget godkänt i ämnet idrott och hälsa.

Stillasittande fritid vanligast bland män

Stillasittande fritid kan uppskattas med hjälp av SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) utifrån andelen som uppger att de ”får praktiskt taget ingen motion alls

på fritiden”. En klar förbättring har skett under de senaste tjugofem åren, framförallt bland kvinnor. Andelen personer (16–74 år) som uppgav ”ingen motion på fritiden” var 14 procent för båda könen 1980/1981, och 7 procent bland kvinnor och 11 procent bland män 2004/2005.

Att ha en stillasittande fritid har blivit mindre vanligt bland kvinnor i alla socioekonomiska grupper, medan det bland män endast är bland högre tjänstemän som stillasittande fritid har blivit mindre vanligt. Bland arbetare är det lika vanligt med stillasittande fritid nu som för femton år sedan, och bland lägre tjänstemän är det t.o.m. vanligare. Stillasittande fritid var åren 2004–2005 tre gånger vanligare bland arbetare än bland högre tjänstemän bland män (14 respektive 5 procent) och dubbelt så vanligt bland kvinnor (8 respektive 4 procent).

Andra studier visar att det inte skett några större förbättringar de senaste femton åren beträffande stillasittande fritid. MONICA-studien från Västerbotten och Norrbotten visar att oförändrat omkring 20 procent bland både kvinnor och män (25–64 år) är mest stillasittande på fritiden (1990 och 2004) [48].

I Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät för perioden 2004–2007 uppgav 13–14 procent att de hade en stillasittande fritid, utan större förändring under perioden. Bland kvinnor och män som var födda utanför Europa uppgav en tredjedel att de hade en stillasittande fritid, vilket är tre gånger så vanligt som bland infödda svenskar.

Inte heller i Västerbottens hälsoundersökningar, av 90 000 personer i åldrarna 40, 50 och 60 år under åren 1990 till 2007, ser man att fysisk inaktivitet minskat påtagligt de senaste 15 åren (figur 4). I denna undersökning innebär fysiskt inaktivt att man aldrig gör ett motionspass, eller tar

en cykeltur, eller en promenad minst 2–3 gånger per månad på fritiden och att man går eller cyklar mindre än två kilometer till arbetet. Även denna undersökning visar skillnader i fysisk inaktivitet på fritiden mellan olika utbildningsgrupper i synnerhet bland män.

I en internationell undersökning av skolbarns hälsovanor använde man tv-tittande som indikator på stillasittande fritid bland barn [49]. Bland 11-åringar tittade 48 procent av flickorna och 55 procent av pojkarna på tv mer än två timmar dagligen under vardagarna, åren 2005–2006. Tv-tittande var ännu lite vanligare bland 15-åringar och omkring 60 procent av både flickor och pojkar tittar mer än två timmar per dag på vardagar. Enligt detta mått är stillasittande fritid vanligare bland barn i Sverige, än vad det är i de flesta av de andra 41 länderna som ingick i studien.

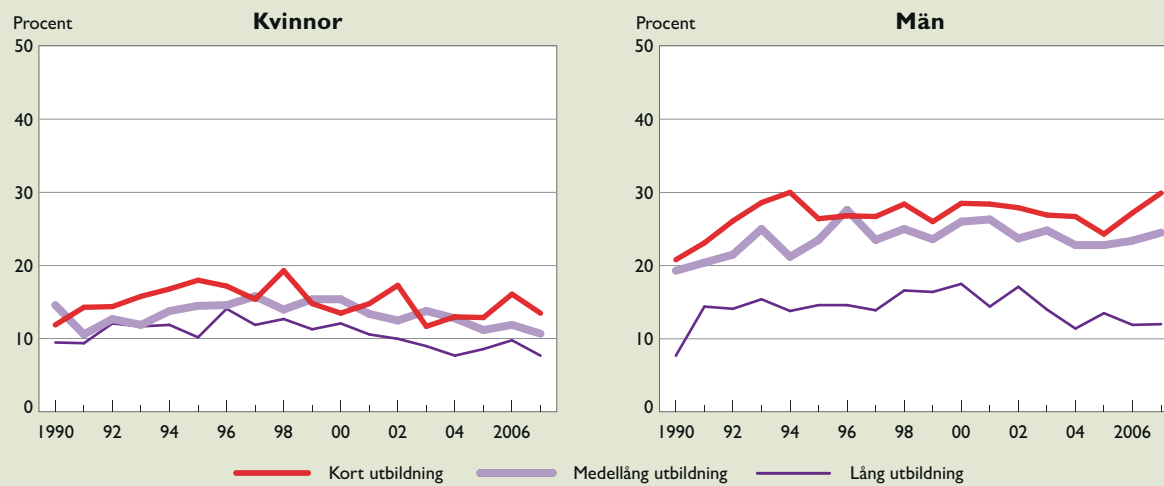
Måttlig och hög fysisk aktivitet

Den andra föreslagna indikatorn är att vara fysisk aktiv minst en halvtimme om dagen och med en aktivitetsnivå som kan anses vara åtminstone måttlig. Två tredjedelar av befolkningen i åldrarna 16–84 år uppfyller detta kriterium på fysisk aktivitet enligt Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät, och en liten minskning av andelen fysiskt aktiva har skett mellan 2004–2007. Andelen som är fysiskt aktiva är lägre bland personer med låg utbildning, bland arbetare och personer födda utanför Europa, men dessa skillnader är mindre uttalade än för stillasittande fritid.

Västerbottens hälsoundersökningar visar att andelen måttligt aktiva har minskat men att andelen som har hög fysisk aktivitet i gengäld har ökat under 2000-talet. Med måttligt aktiv menas i denna undersökning att man tränar ibland men inte regelbundet, eller man cyklar eller promene-

Figur 4. Låg fysisk aktivitet efter utbildning 1990–2007

Andelen (procent) personer som är fysiskt inaktiva*. Kvinnor och män med olika utbildningsnivå i 40-, 50- och 60-årsåldern, perioden 1990–2007.



Kort utbildning: högst 9 år (högst grundskola el. motsvarande)

Medellång utbildning: högst 12 år (motsvarar yrkesskola/fackskola/gymnasium)

Lång utbildning: längre än 12 år (universitet/högskola).

* Tar aldrig en promenad, cykeltur eller motionspass på fritiden och går eller cyklar mindre än två kilometer till arbetet.

Källa: Västerbottens hälsoundersökningar, Umeå Universitet

rar minst 2–3 gånger per vecka på fritiden, eller cyklar eller promenerar året runt till arbetet 2–5 kilometer.

Figur 5 visar att *hög* fysisk aktivitet på fritiden ökat mer bland kvinnor än bland män, och är nu vanligare bland kvinnor. Hög fysisk aktivitet på fritiden har ökat i Västerbotten bland såväl låg- som högutbildade.

För barn och ungdomar rekommenderas dubbelt så mycket fysisk aktivitet dagligen som bland vuxna, dvs. en timma om dagen, och dessutom

av både måttlig och hög intensitet. Liksom bland vuxna kan aktiviteten delas upp i flera pass under dagen. Rekommendationen uppnås endast av 20 procent av flickor i åldern 11 år och 23 procent av pojkarna, och i åldern 15 år endast av omkring 10 procent bland både flickor och pojkar, enligt den internationella undersökningen av skolbarns hälsovanor åren 2004–2005. Det är mindre vanligt att svenska barn når upp till rekommendationerna än vad det är i flertalet av de 41 studerade länderna.

Figur 5. Hög fysisk aktivitet efter utbildning 1990–2007

Andelen (procent) personer med hög fysisk aktivitet*. Kvinnor och män med olika utbildningsnivå i 40-, 50- och 60-årsåldern, perioden 1990-2007.



Kort utbildning: högst 9 år (högst grundskola el. motsvarande)

Medellång utbildning: högst 12 år (motsvarar yrkesskola/fackskola/gymnasium)

Lång utbildning: längre än 12 år (universitet/högskola).

* Genomför motionspass i träningskläder minst 2–3 ggr/vecka eller går eller cyklar året runt mer än fem kilometer till arbetet

Källa: Västerbottens hälsoundersökningar, Umeå Universitet

Referenser

1. Hu FB, red. *Obesity Epidemiology*. Boston: Oxford University Press; 2008.
2. Becker W, Lyhne N, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Thórsdóttir I, et al. *Nordic Nutrition Recommendations 2004: Integrating nutrition and physical activity*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2004. Nord 2004:13.
3. Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management. *J Am Diet Assoc*. 2005 May;105(5 Suppl 1):S98–103.
4. Ello-Martin JA, Roe LS, Ledikwe JH, Beach AM, Rolls BJ. Dietary energy density in the treatment of obesity: a year-long trial comparing 2 weight-loss diets. *Am J Clin Nutr*. 2007 Jun;85(6):1465–77.
5. World Health Organization. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva: 2003. WHO Technical Report Series 916.
6. Greenwood JL, Stanford JB. Preventing or improving obesity by addressing specific eating patterns. *J Am Board Fam Med*. 2008 Mar-Apr;21(2):135–40.

7. Astrup A, Neilsen CM, Jebb SA. Are we getting fat from the foods we do not eat? *Obes Rev.* 2004 May;5(2):89–90.
8. Sloth B, Krog-Mikkelsen I, Flint A, Tetens I, Bjorck I, Vinoy S, et al. No difference in body weight decrease between a low-glycemic-index and a high-glycemic-index diet but reduced LDL cholesterol after 10-wk ad libitum intake of the low-glycemic-index diet. *Am J Clin Nutr.* 2004 Aug;80(2):337–47.
9. Flint A, Moller BK, Raben A, Tetens I, Holst JJ, Astrup A. The use of glycaemic index tables to predict glycaemic index of breakfast meals. *Br J Nutr.* 2005 Jul;94(1):135–6.
10. Wolever TM, Gibbs AL, Mehling C, Chiasson JL, Connelly PW, Josse RG, et al. The Canadian Trial of Carbohydrates in Diabetes (CCD), a 1-y controlled trial of low-glycemic-index dietary carbohydrate in type 2 diabetes: no effect on glycated hemoglobin but reduction in C-reactive protein. *Am J Clin Nutr.* 2008 Jan;87(1):114–25.
11. Jordbruksverket. *Konsumtionen av livsmedel och dess näringsinnehåll. Uppgifter t.o.m. 2005.* Jönköping: 2007. Statistikrapport 2007:2.
12. Becker W LN, Pedersen AN, Aro A, Fogelholm M, Thórsdóttir I, Alexander J, Anderssen SA, Meltzer HM, Pedersen JJ. *Nordic Nutrition Recommendations 2004 - Integrating nutrition and physical activity.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers; Nord 2004:13.
13. Becker W. *Indikatorer för bra matvanor : resultat från intervjuundersökningar 2005 och 2006.* Uppsala: Livsmedelsverket, 2007.
14. Enghardt Barbieri H, Pearson M, Becker W. *Riksmaten – barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige.* Uppsala: Livsmedelsverket, 2006.
15. Sjöberg A. *Food habits in Swedish adolescents. Meal pattern, food choice and bioavailability of iron 1994 and 2000.* Göteborg, Sweden. ISBN 91-628-6054-2.: Thesis Sahlgrenska Academy at Göteborg University., Department of clinical nutrition; 2004.
16. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedahl C, Schäfer-Elinder L. *Compass - en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar.* Stockholm: Samhällsmedicin & Statens folkhälsoinstitut, 2004.
17. Danielson M. *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2006. 2006:10.
18. Unosson M. *Malnutrition in hospitalised elderly patients.* Linköping: Linköpings universitet 1993.
19. Bogers R, Tijhuis M, vanGelder B, Kromhout D. *Final report of the HALE project, Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe. Report 260853003.* Bilthoven, Netherlands: RIVM: 2005.
20. Knoop KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA.* 2004 Sep 22;292(12):1433–9.
21. Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML, Beetsch JW, Schoeller DA, Erond N, et al. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *American Journal of Clinical Nutrition.* 2007 Feb;85(2):346–54.
22. Feinman RD, Vernon MC, Westman EC. Low carbohydrate diets in family practice: what can we learn from an internet-based support group. *Nutrition Journal.* 2006;5:26.
23. Klem ML. Successful losers. The habits of individuals who have maintained long-term weight loss. *Minn Med.* 2000 Nov;83(11):43–5.

24. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*. 2006 Mar 14;174(6):801–9.
25. Stocks T, Lindahl B, Stattin P. Hälsosam livsstil tycks minska risken för cancer. Nytt stöd för hypotesen att övervikt och högt blodsocker ökar cancerrisken. *Läkartidningen*. 2007 Dec 19;104(51-52):3867-70.
26. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*. 2002 Apr 2;136(7):493–503.
27. Laaksonen DE, J. L, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, K. W, et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*. 2005 Jan;54(1):158–65.
28. Kilpeläinen TO, Lakka TA, Laaksonen DE, Laukkanen O, Lindström J, Eriksson JG, et al. Physical activity modifies the effect of SNPs in the SLC2A2 (GLUT2) and ABCC8 (SUR1) genes on the risk of developing type 2 diabetes. *Physiol Genomics*. 2007 Oct 22;31(2):264–72.
29. Yates T, Khunti K, Bull F, Gorely T, Davies MJ. The role of physical activity in the management of impaired glucose tolerance: a systematic review. *Diabetologia*. 2007 Jun;50(6):1116–26.
30. Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001 Sep 12;286(10):1218–27.
31. Martin-Moreno JM, Soerjomataram I, Magnusson G. Cancer causes and prevention: A condensed appraisal in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2008 Jul;44(10):1390–403.
32. Cherkas LF, Hunkin JL, Kato BS, Richards JB, Gardner JP, Surdulescu GL, et al. The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. *Arch Intern Med*. 2008 Jan 28;168(2):154–8.
33. Ekelund U, Brage S, Franks PW, Hennings S, Emms S, Wong MY, et al. Physical activity energy expenditure predicts changes in body composition in middle-aged healthy whites: effect modification by age. *Am J Clin Nutr*. 2005 May;81(5):964-9.
34. Ekelund U, Franks PW, Sharp S, Brage S, Wareham NJ. Increase in physical activity energy expenditure is associated with reduced metabolic risk independent of change in fatness and fitness. *Diabetes Care*. 2007 Aug;30(8):2101–6.
35. Lee CD, Blair SN, Jackson AS. Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *Am J Clin Nutr*. 1999 Mar;69(3):373–80.
36. Bogardus C, Thuillez P, Ravussin E, Vasquez B, Narimiga M, Azhar S. Effect of muscle glycogen depletion on in vivo insulin action in man. *J Clin Invest*. 1983 Nov;72(5):1605–10.
37. Zierath JR. Invited review: Exercise training-induced changes in insulin signaling in skeletal muscle. *J Appl Physiol*. 2002 Aug;93(2):773–81.
38. Statens folkhälsoinstitut och Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: 2003. Rapport nr 2003:44.
39. American Heart Association. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116:1081–93.

40. Saris WH, Blair SN, van Baak MA, Eaton SB, Davies PS, Di Pietro L, et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obes Rev.* 2003 May;4(2):101–14.
41. Duncan GE, Anton SD, Sydeham SJ, Newton RL, Jr., Corsica JA, Durning PE, et al. Prescribing exercise at varied levels of intensity and frequency: a randomized trial. *Arch Intern Med.* 2005 Nov 14;165(20):2362–9.
42. Wareham NJ, van Sluijs EM, Ekelund U. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proc Nutr Soc.* 2005 May;64(2):229–47.
43. World Health Organization. *WHO > Programmes and projects > Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health / Recommended Amount of Physical Activity.* 2004 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.who.int/dietphysicalactivity/fact-sheet_recommendations/en/index.html.
44. Franks PW, Ekelund U, Brage S, Wong MY, Wareham NJ. Does the association of habitual physical activity with the metabolic syndrome differ by level of cardiorespiratory fitness? *Diabetes Care.* 2004 May;27(5):1187–93.
45. Hu G, Eriksson J, Barengo NC, Lakka TA, Valle TT, Nissinen A, et al. Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to total and cardiovascular mortality among Finnish subjects with type 2 diabetes. *Circulation.* 2004 Aug 10;110(6):666–73.
46. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes.* 2007 Nov;56(11):2655–67.
47. Ekelund U, Anderssen SA, Froberg K, Sardinha LB, Andersen LB, Brage S. Independent associations of physical activity and cardiorespiratory fitness with metabolic risk factors in children: the European youth heart study. *Diabetologia.* 2007 Sep;50(9):1832–40.
48. Lindahl B, Stegmayr B, Johansson I, Weinehall L, Hallmans G. Trends in lifestyle 1986–99 in a 25- to 64-year-old population of the Northern Sweden MONICA project. *Scand J Public Health Suppl.* 2003;61:31–7.
49. WHO. *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey* 2008.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Sammanfattning

Sexuell och reproduktiv hälsa avspeglar i hög grad vårt sätt att leva och våra livsvillkor. I ett långt perspektiv har den ökande välfärden i kombination med en väl utbyggd hälso- och sjukvård lett till att det är sällsynt att mödrar dör vid förlossningen och till att spädbarnsdödligheten fortsätter att minska till nya rekordlåga nivåer internationellt sett. Graviditet och förlossning är dock fortfarande en tid i kvinnors liv som är förknippad med många hälsoproblem, och sjukskrivningar är vanliga.

Föräldrarnas ålder vid första barnets födelse stiger inte längre, den har varit densamma sedan 2004 för både kvinnor och män. Att allt fler får barn senare i livet innebär att många under en lång period dessförinnan behöver skydda sig mot oönskade graviditeter och sexuellt överförda sjukdomar som kan riskera fertiliteten. Parallellt med detta har en allt liberalare syn på sex, frikopplad från stadigvarande förhållanden, utvecklats. Sammantaget innebär detta att framförallt unga människor har fler sexualpartners än tidigare. Dessutom använder allt färre ungdomar kondom när de träffar en ny partner. Klamydia, som är den vanligaste rapporteringsskyldiga könssjukdomen, har ökat mycket snabbt och år 2007 rapporterades 47 000 fall, de flesta bland ungdomar.

Sverige har, tillsammans med Finland, lägst andel hivinfekterade i Väst-europa. Trots det finns det skäl att vara fortsatt uppmärksam på utvecklingen. Den inhemska spridningen ökade markant under år 2007, bland män som har sex med män och bland injektionsmissbrukare. Statistik från första halvåret 2008 visar ingen fortsatt ökning, tvärtom är antalet fall färre än motsvarande period året innan. I kombination med att oskyddat sex blivit vanligare finns risk för fortsatt spridning, även utanför de särskilt riskutsatta grupperna.

Livmoderhalscancer orsakas av en grupp sexuellt överförda virus. Mot några virustyper finns numera vaccin, som Socialstyrelsen föreskriver ska ingå i vaccinationsprogrammet för flickor fr. o. m. 2010. Cellprovskontroller kommer även i fortsättningen att vara nödvändiga för att förebygga livmoderhalscancer, eftersom vaccinet inte täcker samtliga potentiellt cancerframkallande virus.

Ofrivillig barnlöshet drabbar uppskattningsvis omkring 10–15 procent av alla par. En markant sänkning av kvinnors fertilitet sker vid omkring 35 årsåldern. Det verkar inte vara tillräckligt känt bland par som planerar att skaffa

barn, som därmed riskerar att vara för optimistiska beträffande antalet önskade barn. Att könsjukdomar blivit vanligare kan också påverka den framtida fertiliteten.

Tidpunkten för barnafödandet påverkas av samhällsutvecklingen och levnadsvillkoren vilket diskuterades i förra Folkhälsorapporten (2005). Aborter och barnafödandet samvarierar, det vill säga när barnafödandet ökar så ökar också andelen aborter. Ungefär en fjärdedel av alla graviditeter slutar med en abort vilket i stort sett varit fallet sedan 1975. Aborter är vanligast i 20–24-årsåldern. I Sverige är det sällsynt att kvinnor föder barn i tonåren. I åldern 15–17 år slutade 96 procent av kvinnornas graviditeter med en abort och 79 procent i åldern 18–19 år (år 2006). Andelen aborter bland tonåringar ökade under slutet av 1990-talet. Det berodde till stor del på att fler valde abort framför att föda barn, snarare än att fler tonåringar blev gravida. Under 2000-talet ökade dock även andelen tonåringar som blev gravida. Det är stora skillnader mellan hur tidigt i graviditeten som aborter utförs, i olika landsting. De flesta kvinnor som vill genomgå en abort bestämmer sig tidigt och vill ha den snabbt utförd. Vid en tidig abort kan kvinnan välja mellan en medicinsk eller kirurgisk metod.

Trots att inställningen till samkönad sexualitet har blivit mer accepterande förekommer fortfarande diskriminering på grund av sexuell läggning. Homo- och bisexuella personer har betydligt sämre psykisk hälsa än övriga befolkningen. Själv mordstankar och självmordsförsök är dubbelt så vanliga bland homo- och bisexuella personer.

Inledning

I föregående folkhälsorapport, från år 2005, presenterades för första gången reproduktiv hälsa

som ett eget hälsoområde [1]. Då fokuserade kapitlet på barnafödande. I kapitlet diskuterades hur barnafödande och barnomsorg kan förenas med ett aktivt arbetsliv och hur fertiliteten kan bevaras när barnafödandet sker allt högre upp i åldrarna. Kapitlet beskrev också kvinnors hälsa i samband med graviditet och förlossning. Årets rapport har större fokus på den sexuella hälsan.

Sexuell hälsa¹ innefattar både positiva aspekter av sexualitet och sexualitetens värde för individen, och negativa aspekter, exempelvis oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner. Det är framförallt de negativa hälsokonsekvenserna som detta kapitel handlar om.

Folkhälsopolitiska mål

År 2003 beslutade riksdagen om en ny folkhälsopolitik med elva målområden. Två av dessa målområden berör sexuell och reproduktiv hälsa: målområde 7, ”Gott skydd mot smittspridning”, och målområde 8, ”Trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa” [2, 3]. Statens folkhälsoinstitut har valt att följa utvecklingen med hjälp av tre så kallade bestämningsfaktorer, för vilka man har mätbara indikatorer. Bestämningsfaktorerna är oskyddad sex (som uppskattas utifrån indikatorerna kondom användning, klamydiautveckling och tonårsgraviditeter), tidigt omhändertagande vid abort (andel aborter i tidig graviditetsvecka) samt sexuellt våld och tvång (anmälda brott).

¹ Sexuell hälsa är enligt WHO:s definition ”ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld”. [2]

På andra viktiga områden, som exempelvis sexualvanor och sexuellt välbefinnande, har inga indikatorer tagits fram eftersom det saknas regelbunden statistik på dessa områden. På nationell nivå har två större befolkningsbaserade sexualvaneundersökningar genomförts. Den första gjordes år 1967 [4] och den andra genomfördes år 1996 [5]². Sedan år 1987 har kunskap, attityder och vanor avseende sexualitet i relation till hiv och aids, undersökts regelbundet hos människor i åldrarna 16–44 år [6]. Olika aktörer har också genomfört ett stort antal lokala studier. Folkhälsoinstitutets sammanställning ”Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 2005”, omfattar över 80 enskilda studier huvudsakligen genomförda åren 2000–2005 [7].

Sexuellt överförda infektioner (STI)

Förekomsten av klamydia har tredubblats under den senaste 10-årsperioden. Det är en dramatisk ökning som kan förklaras av flera samverkande faktorer, bland annat en förändring i unga människors sexuella beteende. Ungdomar och unga vuxna i åldrarna 15–29 år stod för 88 procent av alla klamydiafall i Sverige år 2007. Den kraftiga ökningen av klamydia kan ses som en signal om ett ökat sexuellt risktagande i denna åldersgrupp. Under rubriken *Förändringar i sexuella attityder och erfarenheter* nedan, beskrivs förändringar när det gäller antal partner och hur vanligt det är med samlag ”första kvällen” med mera.

Klamydia inkluderades i smittskyddslagen år 1988 och är en av de sexuellt överförda infektioner

(STI) som regleras av denna lagstiftning. Övriga STI som klassas som allmänfarliga sjukdomar är gonorré, syfilis och hivinfektion. Att sjukdomarna klassas som allmänfarliga innebär bland annat att undersökning är kostnadsfri för patienten liksom behandling. Laboratorier och läkare som diagnostiserar dessa sjukdomar ska anmäla inträffade fall till smittskyddsläkaren i respektive landsting och till Smittskyddsinstitutet. Den behandlande läkaren har också ansvar för att smittspårning genomförs för att hitta andra smittade och därigenom hindra fortsatt smittspridning.

Klamydia är utan jämförelse den vanligaste sjukdomen av de STI som sorteras under smittskyddslagen. Två andra mycket vanliga STI är genital herpes och kondylom, men ingen av dem faller under smittskyddslagen. Nedan följer mer detaljerade beskrivningar av de sexuellt överförda infektioner som nämnts här och de anmälningspliktiga beskrivs först.

Klamydia

Klamydia orsakas av en bakterie och behandlas med antibiotika. Ofta ger klamydia inga tydliga symtom, och det fördröjer ibland behandling. Om behandlingen dröjer eller uteblir kan det leda till att kvinnor får äggledarinflammation. Inflammationen kan skada äggledarna och öka risken för utomkvedshavandeskap och sterilitet. För män finns 1–2 procents risk att drabbas av inflammation i bitestiklarna vid obehandlad klamydia, vilket kan leda till nedsatt fruktsamhet [8]. Män kan också få inflammation i prostatan.

1989 rapporterades cirka 29 000 fall av klamydia (kvinnor och män sammantaget). De följande åren, fram till mitten av 1990-talet, halverades antalet fall och låg under några år i mitten av 1990-talet strax under 14 000 fall per år. År 1997

² Studien från år 1967 omfattade människor 18–60 år, medan 1996 års undersökning omfattade människor 18–74 år.

inträffade ett trendbrott och därefter har antalet rapporterade fall av klamydia successivt ökat och låg på drygt 47 000 fall år 2007. Det är den högsta siffran sedan rapporteringen började. Utvecklingen framgår i figur 1, uppdelad på ålder och kön för perioden 1989–2007, räknat som antal fall per 100 000 invånare.

I figur 1 kan man se en liten minskning av antalet fall under år 2005 och år 2006 och därefter en kraftig ökning. Utvecklingen hade att göra med en ny genetisk variant av klamydiabakterien, som inte upptäcktes förrän hösten 2006. Denna muterade bakterie kunde inte hittas med de diagnostiska test som två tredjedelar av de bakteriologiska laboratorerna i landet använde tidigare. Därför var klamydiaförekomsten i landet missvisande, åtminstone under år 2005 och år 2006. Rutinerna ändrades år 2007, och idag diagnostiserar samtliga laboratorier också den muterade bakterien

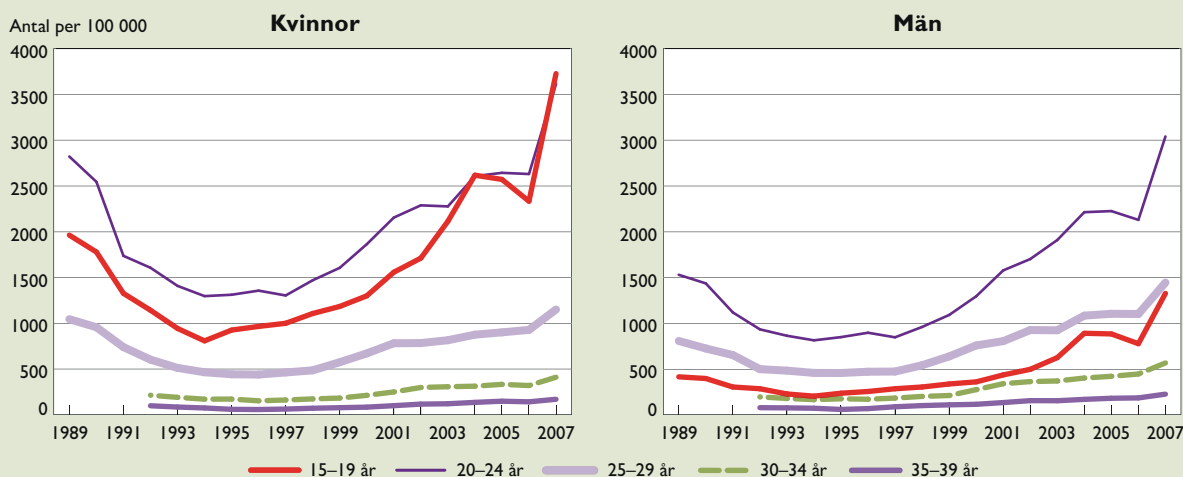
[9]. Den stora ökningen av antalet klamydiafall mellan år 2006 och år 2007 förklaras alltså delvis av en underdiagnostisering år 2006. Under 2008 minskade antalet klamydiafall något till 42 000 fall. Den långsiktiga trenden är dock att klamydia ökat kraftigt de senaste 10 åren.

Medelåldern för rapporterad smittad person är 21,5 år för kvinnor och 24 år för män år 2007. Den åldersgrupp som visat den största ökningen de senaste två åren är 15–19-åringarna. Bara omkring en fjärdedel av alla som testar sig är män. Det är dubbelt så vanligt att man hittar en klamydia-infektion bland testade män än bland testade kvinnor (14 respektive 9 procent). Det visar att riskutsatta män undersöker sig i lägre grad än kvinnor, och därför är smittspårning särskilt viktig för att finna män som bär på en klamydiainfektion.

De länder som har tillgängliga data på nationell nivå, det vill säga Norge, Danmark, Finland och

Figur 1. Klamydia

Antal anmälda fall av klamydia per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 15 till 39 år, perioden 1989–2007.



Källa: Smittskyddsinstitutet

Storbritannien, rapporterar ungefär samma förekomst av diagnostiserad klamydia som i Sverige. Klamydia är vanligast bland unga kvinnor också i dessa länder.

Gonorré och syfilis

Gonorré var vid 1970-talets början nästan lika vanlig i den svenska befolkningen som klamydia är i dag. Närmare 40 000 fall av gonorré rapporterades år 1970. Sedan minskade förekomsten successivt fram till mitten av 1990-talet, då endast 211 fall rapporterades [10]. Därefter har antalet fall ökat, och mellan år 2000 och år 2007 har antalet rapporterade fall varierat mellan 500 och 700 fall per år. Detta beror huvudsakligen på en ökad inhemsk smitta, till skillnad från mitten av 1990-talet, då nästan ingen inhemsk smitta förekom. Inhemsk smitta förekommer särskilt i storstadsområdena bland unga heterosexuella och bland män som har sex med män [10]. En liknande utveckling har skett i många andra västeuropeiska länder under samma tidsperiod [11].

År 2007 rapporterades 642 fall av gonorré i Sverige. Kvinnorna utgjorde endast 20 procent av fallen, och kvinnornas medelålder var lägre än männens, 26 år jämfört med 32 år. Män som smittats av kvinnor är vanligtvis smittade utomlands, företrädesvis i Thailand och andra länder i Sydostasien. De flesta kvinnor smittas däremot i Sverige, och det gäller också män som har sex med män. [12]

Obehandlad gonorré leder till samma typ av följsjukdomar som klamydia men i betydligt högre grad. Gonorré behandlas med antibiotika, precis som klamydia. Ett växande problem är den ökade spridningen av bakteriestammar som är resistenta mot flera vanliga antibiotika [10, 13].

Syfilis försvann nästan helt som inhemsk smitta på 1990-talet och år 1999 rapporterades färre

än 40 fall i hela landet, varav nästan alla smittats i utlandet. I början av 2000-talet ökade dock förekomsten av syfilis, och det berodde framför allt på ett utbrott bland män som har sex med män i Stockholm [14]. År 2007 inträffade 240 fall av syfilis, 51 procent av dem hade smittats i Sverige och 17 procent var kvinnor [12]. Också syfilis botas med antibiotika.

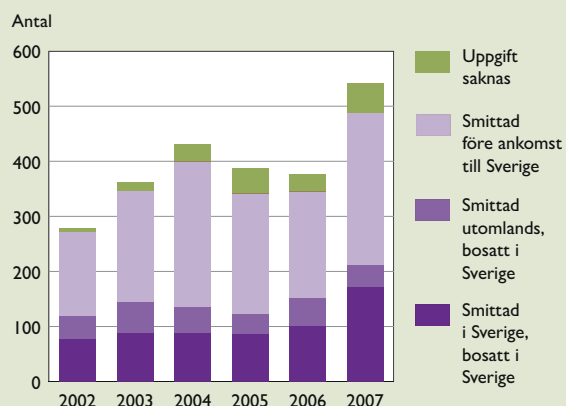
Hiv och aids

Tack vare bromsmedicinering, en virushämmande kombinationsbehandling mot hiv som introducerades 1996, har antalet hivsmittade personer i Sverige som utvecklar aids, svår immunbrist, minskat kraftigt. Antalet dödsfall har också minskat, vilket innebär att det för varje år blir fler som lever med hiv. Cirka 4 500 personer i Sverige beräknades leva med hivinfektion år 2007, och totalt har drygt 8 000 personer rapporterats hivsmittade sedan mitten av 1980-talet, då rapporteringen började [12].

Mellan år 2003 och år 2006 var antalet nyupptäckta fall av hiv något högre än under föregående femårsperiod. År 2007 rapporterades 541 nya fall av hiv, 208 kvinnor och 324 män (9 saknas uppgift på), vilket är betydligt fler fall än åren innan (figur 2). Variationerna från år till år har huvudsakligen speglat hur stor immigrationen till Sverige varit från områden i världen med hög förekomst av hiv i befolkningen, framför allt från Afrika. Under år 2007 har emellertid inhemsk smitta bland personer som är bosatta i Sverige ökat påtagligt – från 100 personer år 2006 till 171 personer år 2007 (figur 2).

Figur 2. Hivänmälda i Sverige, smittade i Sverige eller utomlands

Antal hivänmälda personer dels bland personer bosatta i Sverige vid smittotillfället som smittats i Sverige eller utomlands, dels bland invandrare som smittats före ankomsten till Sverige, perioden 2002–2007.



Källa: Smittskyddsinstitutet

Inhemsk spridning är i hög grad koncentrerad till Stockholms län, och den förekommer huvudsakligen bland injektionsmissbrukare och män som har sex med män. Under år 2007 har antalet smittade ökat betydligt bland män som har sex med män och bland intravenösa missbrukare (figur 3). Av de 228 personer som smittats i heterosexuella förhållanden under år 2007 var ett 40-tal smittade i Sverige. Medelåldern vid diagnostillfället för smittade genom heterosexuella förhållanden har legat runt 37 år de senaste fem åren. [12, 15]

Majoriteten av de män som smittats genom sex med män är smittade i Sverige. Under 2000-talet har en successiv ökning av nya hivfall skett i denna grupp, från 74 rapporterade fall år 2000 till 130 fall år 2007. Många har smittats under året före diagnosen, och det tyder på en aktuell smittspridning. Det är vanligt att man vid hivdiagnosen samtidigt är smittad av gonorré, klamydia eller

syfilis, eller haft en sådan STI nyligen. Dessa STI är med andra ord en riskmarkör för hiv bland män som har sex med män [16].

Under år 2007 ökade inhemsk smittspridning bland injektionsmissbrukare markant (figur 3). År 2007 rapporterades 61 nya fall bland injektionsmissbrukare jämfört med omkring 30 fall per år under de sista fem åren. Av de 61 nya fallen var 52 personer smittade i Sverige. Av dessa 52 personer hade 49 smittats i Stockholmsområdet, där en ökad smittspridning setts i denna grupp under år 2006 och år 2007. [12, 15]

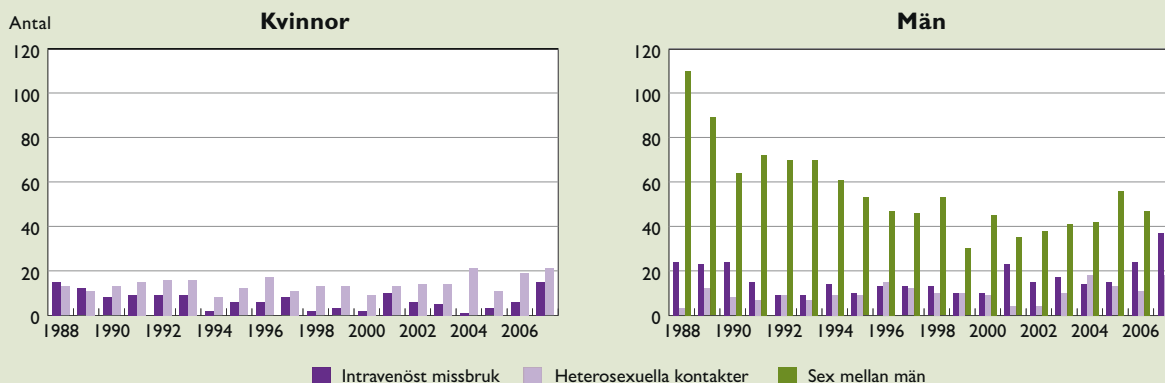
Även i övriga Västeuropa ökar antalet hivfall, framför allt till följd av immigration från länder i världen med hög förekomst av hiv, samt på grund av en ökad smittspridning bland män som har sex med män. Bland injektionsmissbrukare har hivspridningen i flertalet västeuropeiska länder minskat under 2000-talet, medan delar av Östeuropa drabbats av omfattande utbrott i denna grupp i slutet av 1990-talet och under 2000-talets början. [14].

Tiden från smittotillfälle till diagnos kan vara lång. De som i dag får diagnosen hiv, kan ha varit smittade i upp till tio års tid. År 2007 rapporterades 53 nyupptäckta hivfall med samtidig aidsdiagnos. Det visar att det finns ett mörkertal i befolkningen av personer som varit smittade länge utan att testa sig. Många av dem har dock sannolikt smittats innan de immigrerat till Sverige, men sent diagnostiserade fall förekommer även bland infödda svenskar. [12]

Alla gravida kvinnor erbjuds hivtest. Ytterst få gravida kvinnor är smittade, men de som visar sig vara smittade behandlas med bromsmediciner för att hindra att hiv överförs till barnet vid förlossningen. Det fåtal barn som i dag upptäcks vara hivsmittade har i de flesta fall blivit smittade innan de immigrerat till Sverige. [14]

Figur 3. Hivnmälda uppdelat efter smittväg

Antal hivnmälda personer som smittats i Sverige, uppdelat efter smittväg. Kvinnor och män, perioden 1988–2007.



Till dessa kommer ett mindre antal inhemska fall där det saknas uppgifter om smittväg eller kön.

Källa: Smittskyddsinstitutet

Den svenska hivpidemin har hittills kunnat kontrolleras relativt väl. Sverige har, tillsammans med Finland, lägst andel hivinfekterade i Väst-europa. Trots detta finns det skäl att vara fortsatt uppmärksam på utvecklingen. Det är oroande att den inhemska spridningen ökade markant under år 2007. Statistik för första halvåret 2008 visar dock ett minskat antal inhemskt smittade jämfört med motsvarande period året innan. Hiv intar en särställning bland de sexuellt överförda sjukdomarna genom sina allvarliga konsekvenser och genom att sjukdomen inte går att bota. Ett annat problem är att hiv kan bli resistent mot hivmediciner, och smittspridning av resistent hivstammar är ett växande hot mot det senaste decenniets behandlingsframgångar. En fortsatt stor smittspridning globalt och i vårt närområde, i kombination med mer liberala sexvanor kan förändra situationen även i Sverige.

Herpes

Herpes simplex (HSV) är ett virus som finns i två former, HSV1 och HSV2. HSV1 har huvudsakligen förekommit runt munnen och i ansiktet, medan HSV2 förekommit genitalt. Detta verkar ha förändrats, sannolikt som en konsekvens av förändringar i sexuella mönster, där framför allt oralsex har ökat. Det är svårt att finna säkra uppgifter kring förekomsten av herpes i befolkningen, och den varierar också kraftigt mellan olika länder i västvärlden. Enligt Smittskyddsinstitutet bär 50–90 procent av den vuxna befolkningen på antikroppar mot HSV1, medan 15–30 procent av de förstagsgravida har antikroppar mot HSV2. [17]

Kondylom och HPV

Kondylom är vårtor på könsorganen som orsakas av humant papillomavirus (HPV). Detta är den vanligaste sexuellt överförda infektionen bland både män och kvinnor [18]. Uppskattningsvis 70–80 procent av kvinnorna i Sverige har haft en

HPV-infektion någon gång under sin livstid. Ofta blir kvinnor smittade redan tidigt efter sexualdebuten. Det finns mer än hundra olika typer av HPV-virus, ett 40-tal orsakar kondylom (könsvärtor) och ett fåtal orsakar livmoderhalscancer. För de allra flesta läker infektionen utan att ge några symtom. Hos ett fåtal dröjer sig viruset kvar och kan orsaka cancer. En nordisk studie visar att kondylom har blivit vanligare bland unga kvinnor [19].

Konsekvenser av hiv och STI

I dag är det inte längre självklart att den som smittas av hiv utvecklar aids, eller att sjukdomen leder till en för tidig död. Däremot är hiv en kronisk sjukdom som innebär ett fortsatt liv med medicinering. Hiv innebär också i allmänhet, trots medicinering, nedsatt livskvalitet till följd av biverkningar från medicinerna, påverkan på sexuallivet, nedsatt fysisk och psykisk hälsa, samt stigmatisering och negativt bemötande som många alltjämt upplever till följd av sjukdomen [14, 20]. Det finns dessutom en risk att viruset utvecklar utveckla resistens mot medicineringen. Även de övriga STI kan leda till komplikationer, varav infertilitet och livmoderhalscancer är bland de allvarligaste. Beträffande gonorré har det blivit vanligare att bakterien är resistent mot antibiotikabehandlingen.

Ofrivillig barnlöshet

En klamydiainfektion kan ge skador på äggledarna, vilket i sin tur kan leda till svårigheter att bli gravid och till ökad risk för utomkvedshavandeskap. Alla är dock inte överens om i vilken omfattning infektionen leder till komplikationer. Vissa forskare har på senare tid ifrågasatt riskerna för följd-sjukdomar och menar att riskerna är överdrivna

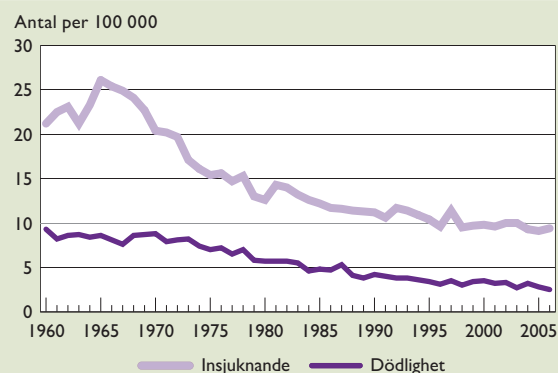
och går att minimera med snabb behandling [21]. Snabb behandling förutsätter dock att infektionen upptäcks tidigt, vilket inte alltid är fallet. Andra forskare menar att vi i dag ser färre utomkvedshavandeskap och färre kvinnor som har skador på äggledarna, på grund av att klamydiainfektionerna minskade under 1990-talet. Dessa forskare menar att sådana komplikationer kan komma att öka igen som ett resultat av den ökande förekomsten av klamydia under senare år [22].

Livmoderhalscancer

Cancer i livmoderhalsen föregås nästan alltid av en infektion med HPV. I Sverige dog 125 kvinnor av livmoderhalscancer år 2006 och 440 nya fall upptäcktes [23]. Livmoderhalscancer hör till de cancerformer som även drabbar relativt unga individer. Förutom livmoderhalscancer kan också ändtarmscancer, peniscancer och cancer i halsmandlarna orsakas av HPV [18, 24].

Figur 4. Livmoderhalscancer, insjuknande och dödlighet

Antal insjuknade och döda i livmoderhalscancer per 100 000 kvinnor och år, perioden 1960–2006. Åldersstandardiserat.



Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Hittills har livmoderhalscancer förebyggts genom regelbundna gynekologiska cellprovskontroller av kvinnor i åldersgruppen 23-60 år. Kontrollerna har funnits sedan början av 1960-talet och anses vara den viktigaste orsaken till att både antalet nya fall och dödsfallen i livmoderhalscancer har minskat. Enligt WHO:s rekommendationer bör dessa cellprovskontroller nå 85 procent av målgruppen för att vara så effektiv som möjligt [25]. Det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk cellprovskontroll visar att i Sverige nås upp till 78 procent av kvinnorna, men det finns stora regionala skillnader [26].

I dag finns ytterligare en möjlighet att förebygga livmoderhalscancer och andra cancer typer orsakade av HPV genom att vaccinera. Screeningtest för HPV kan i kombination med cellprovskontroller användas i cancerpreventivt syfte. Nyligen har också vacciner mot två HPV-typer utvecklats som beräknas ha samband med omkring 70 procent av all livmoderhalscancer. Ett av de vaccin som är tillgängliga i dag kan också förebygga några vanliga HPV-typer som orsakar kondylom. Vaccinerna skyddar inte mot en redan etablerad infektion, och därför bör man helst vaccineras innan sexualdebuten.

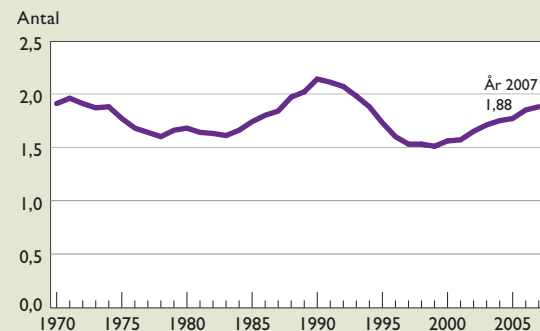
Vaccinerna ger inte skydd mot alla HPV-typer som är associerade med livmoderhalscancer. Men tillsammans med cellprovskontrollerna och HPV-screening kan HPV-vaccinet kraftigt minska antalet fall av livmoderhalscancer på längre sikt. Våren 2008 beslöt Socialstyrelsen om att HPV-vaccinering av flickor ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn och ungdomar fr. o. m. 2010.

Graviditet och barnafödande

Sedan år 2000 ökar barnafödandet. År 2007 föddes motsvarande 1,88 barn per kvinna i fruktsam ålder i Sverige, så kallad periodfruktsamhet (figur 5). Barnafödandet i Sverige tenderar att följa den ekonomiska konjunkturen, och mer om detta samband beskrevs i den förra folkhälsorapporten [1].

Figur 5. Födda barn per kvinna

Antal födda barn per kvinna (periodfruktsamhet) perioden 1970–2007.



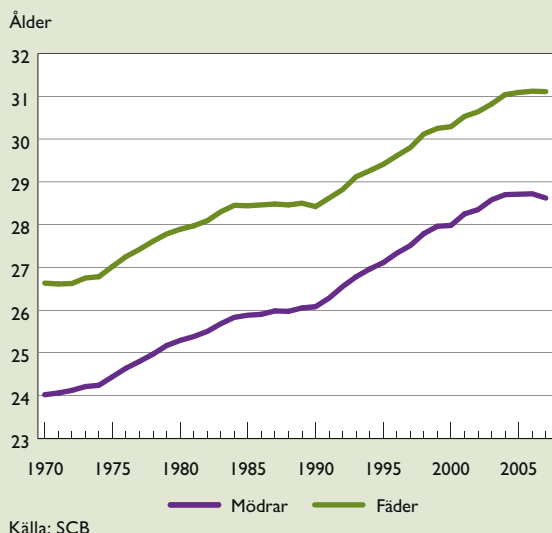
Periodfruktsamheten* anger det antal barn som kvinnor i genomsnitt skulle få under sin livstid om den fruktsamhet som rådde i olika åldersgrupper under det specifika året skulle bestå. Det är alltså ett fiktivt mått som mäter förändringar i fruktsamhet över tid.

* Även kallad summerad fruktsamhet eller TFR (Total Fertility Rate).

Källa: SCB

Medelåldern för förstföderskor år 2007 var 28,6 år och för förstagångsfäder 31,1 år. Förstföderskornas ålder har stigit kontinuerligt. År 1977 var medelåldern 24,8 år, år 1987 26,0 år, och år 1997 27,5 år. I dag verkar inte föräldrarnas ålder vid första barnets födelse öka längre, den har varit densamma sedan år 2004 för både kvinnor och män (figur 6). Hittills har varje generation kvinnor fött i genomsnitt två barn [1], men den stigande åldern för förstföderskor innebär förmodligen att genomsnittet kommer att sjunka något framöver.

Figur 6. Medelålder vid första barnets födelse
Medelålder vid första barnets födelse för mor och far, perioden 1970–2007.



Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är ett vanligt problem. Liksom i övriga Västeuropa och Nordamerika är ungefär 10–15 procent av alla par i Sverige drabbade. Efter 35 års ålder sker en markant minskning av kvinnors fertilitet. Studier bland studenter på grund- och forskarutbildningar visar att de allra flesta ville ha två eller tre barn [27]. Många planerar sitt barnafödande utifrån dålig kunskap om fruktsamhet och tenderar att överskatta förmågan att få barn relativt sent i livet.

Det är ungefär lika vanligt med andra orsaker till infertilitet än just ålder. Bland kvinnor är den vanligaste orsaken störning av ägglossningen eller skador på äggledarna. Det senare beror ofta på en könssjukdom. Fetma är en orsak till försäm-

rad ägglossning, liksom undervikt. Den vanligaste orsaken bland män är att antalet spermier är lågt eller att deras funktion är försämrad. Bland 20 procent av de par som söker för infertilitet kan man inte finna någon orsak [28].

Antalet behandlingar av ofrivillig barnlöshet, så kallad assisterad befruktning, har ökat. Assisterad befruktning innebär oftast provrörsbefruktning, In vitro fertilisering (IVF), och mer sällan insemination av spermier. Antalet barn som föds till följd av IVF har ökat kontinuerligt: från 712 till cirka 2 800 barn per år mellan år 1991 och år 2004, och utgör i dag cirka 3 procent av alla födselar.

Sedan januari år 2003 är IVF med donerade ägg och spermier tillåtet i Sverige. Tidigare var endast donation av spermier tillåten. Assisterad befruktning är förbehållet par. Det betyder att kvinnan måste vara gift, registrerad partner eller sambo, och assisterad befruktning är alltså inte tillgänglig för ensamstående kvinnor (SOSFS 2006:10 och SOU 2007:3). Från och med juli år 2005 är det dock möjligt för kvinnor i lesbiska relationer att få assisterad befruktning i Sverige [28].

Behandlingsresultaten har förbättrats. Andelen IVF-behandlingar som lett till graviditet och barn har ökat från 17 till cirka 25 procent mellan år 1991 och år 2004. Vid IVF, precis som vid alla andra graviditeter, försämras möjligheten att bli gravid med kvinnans stigande ålder. Fram till år 2003, då nya regler infördes, återfördes vanligtvis två befruktade ägg vid behandlingen. Det resulterade i en hög andel tvillinggraviditeter. Numera återförs i regel endast ett befruktat ägg för att undvika tvillinggraviditeter, eftersom tvillinggraviditeter är mer riskfyllda.

Kejsarsnittsfrekvensen vid assisterad befruktning har varierat mellan 26 och 35 procent. Det är

drygt dubbelt så högt som vid andra förlossningar för förstföderskor, vilket troligen beror på att den här gruppen kvinnor i genomsnitt är äldre. Missfall och utomkvedshavandeskap skiljer sig inte åt från andra graviditeter med ett foster. [28]

Hälsa vid graviditet och förlossning

Utgången av graviditet och förlossning är god i Sverige. Den förebyggande mödrahälsovården når närmare hundra procent av alla blivande mödrar, och den innefattar hälsoövervakning av graviditeten samt psykologiskt stöd. Numera arbetar mödrahälsovården även med att identifiera psykosociala missförhållanden och kvinnor som är utsatta för våld, för att kunna ge dem stöd och insatser så tidigt som möjligt under graviditeten.

Antalet mödrar som dör i samband med graviditet eller förlossning i Sverige har varierat mellan 2–4 kvinnor per år under 2000-talet. År 2007 dog 139 barn under första levnadsveckan och 326 var dödfödda.

Det är inte ovanligt att det under graviditeten uppstår komplikationer som kräver extra uppmärksamhet och vård. En tredjedel av kvinnorna vårdas på sjukhus någon gång under graviditeten [1]. Av närmare 100 000 förlossningar per år är tre fjärdedelar helt normala och kräver inga särskilda medicinska ingrepp. Tonåringar och kvinnor över 35 år riskerar i högre grad problem, exempelvis att föda för tidigt eller få ett barn med låg födelsevikt.

Det är mycket vanligt att kvinnan blir sjukskriven under sista delen av graviditeten [29]. Ryggvärk är den vanligaste orsaken, och det drabbar sannolikt mer än hälften av alla gravida. Även andra hälsoproblem som sömnsvårigheter, urininkontinens och mag-tarmproblem är vanliga.

Cirka 8–10 procent av alla gravida drabbas av depression. Hormonella faktorer tycks inte vara orsaken, men däremot verkar psykologiska och sociala förhållanden vara betydelsefulla. Det kan till exempel vara bristande stöd från partner, vänner och familj, ekonomiska svårigheter, ohälsa, graviditetskomplikationer eller andra stressande livshändelser [30]. Många hälsoproblem kan kvarstå i månader eller år efter förlossningen.

Övervikt och fetma leder till kraftigt ökad risk för graviditetskomplikationer som t.ex. diabetes, högt blodtryck och havandeskapsförgiftning. Av gravida med övervikt eller fetma riskerar 17 procent att insjukna i graviditetsdiabetes, jämfört med 1–3 procent bland normalviktiga. Risken ökar med graden av övervikt. Överviktiga (BMI 25–29) löper dubbel risk för graviditetsdiabetes och de med fetma (BMI 30 eller högre) minst 6 gånger högre risk [31]. Överviktiga mödrar får också större barn vilket också ökar risken för förlossningskomplikationer. Under 1990-talet ökade andelen gravida med övervikt från 20 till 25 procent och andelen med fetma från 6 till 10 procent. Sedan början av 2000-talet har andelen gravida med övervikt varit oförändrad, men andelen med fetma har ökat till 11 procent [32, 33].

Få kvinnor är nykterister och de flesta har ett etablerat konsumtionsmönster av alkohol innan de blir gravida. Ett särskilt prioriterat delmål i de nationella målen för folkhälsan som riksdagen antagit är att kvinnor inte ska dricka någon alkohol överhuvudtaget under graviditeten [34]. Anledningen till denna restriktiva hållning är att man inte vet om det finns någon nivå av alkoholkonsumtion som är oskadlig för fostret. Alkoholen i den gravidas blod når även fostrets hjärna. Studier har visat att cirka 30 procent av gravida

kvinnor dricker alkohol i större eller mindre mängd. Tre fjärdedelar av landets landsting har därför tidigare lagt sina hälsosamtal med gravida kvinnor för att informera om risker med alkohol tidigt i graviditeten. Hälsosamtalet sker då i femte till sjunde graviditetsveckan istället för i tolfte veckan [35].

Rökning innebär en risk för barnet. Fostrets tillväxt blir sämre på grund av försämrad syresättning via moderkakan och fosterdöd är vanligare. Det är också vanligare att fostret föds för tidigt, vilket innebär en ökad risk för sjuklighet och död. Av alla gravida år 2005 rökte 9 procent i sin tidiga graviditet, vilket är en minskning, jämfört med 12 procent år 2000. Det är vanligare att unga gravida kvinnor röker, 28 procent bland tonåringar och 16 procent i åldrarna 20–24 år [36].

Oönskade graviditeter

Abort – att avbryta en oönskad graviditet

Aborter och födslar tenderar att följa varandra. När barnafödandet ökar, ökar även aborterna (figurerna 5 och 7). Under babyboomen 1989–1991 var också antalet aborter högt, medan både aborterna och barnafödandet minskade under första delen av 1990-talet. Likaså sammanfaller 2000-talets ökade barnafödande med en ökning av aborttalen. Andelen som blir gravida (det sammanlagda antalet aborter och födslar) tenderar att följa den ekonomiska konjunkturen: andelen sjönk under 1990-talets lågkonjunktur, men har ökat igen under de senaste årens högkonjunktur.

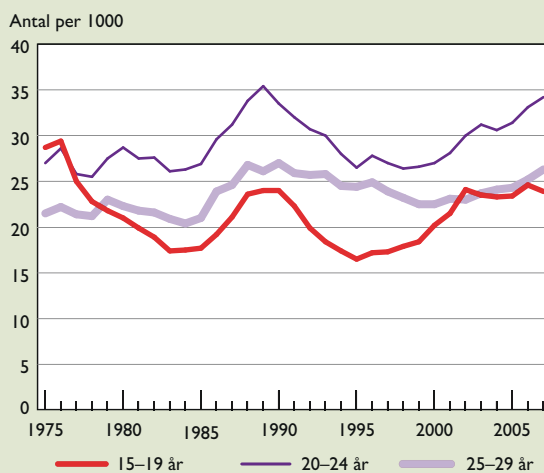
En fjärdedel av alla graviditeter i åldersgruppen 15–44 år slutade med abort år 2006. Denna andel har i stort sett varit densamma sedan 1975, men andelen aborter har förändrats betydligt

bland tonåringar. I åldersgruppen 15–17 år slutade 96 procent av alla graviditeter med en abort år 2006, jämfört med 83 procent år 1990. I åldern 18–19 år slutade 79 procent av graviditeterna med en abort år 2006, jämfört med 55 procent år 1990. En stor del av ökningen av andelen aborter bland tonåringar under slutet av 1990-talet berodde på att fler valde abort framför att föda barn, snarare än att fler tonåringar blev gravida. Under 2000-talet blev också fler tonåringar gravida än tidigare.

Enligt sexualvaneundersökningen år 1996 fanns det ingen skillnad i socialgruppstillhörighet mellan dem med och utan erfarenhet av en abort [5]. Vi vet från enstaka studier att andelen aborter bland immigranter eller barn till immigranter var högre än bland sverigefödda kvinnor [37]. Studier från Norge har visat samma resultat [38, 39].

Figur 7. Aborter uppdelat efter ålder

Antal aborter per 1 000 kvinnor och år i olika åldersgrupper 15 till 29 år, perioden 1975–2007.



Källa: Abortstatistiken, Socialstyrelsen

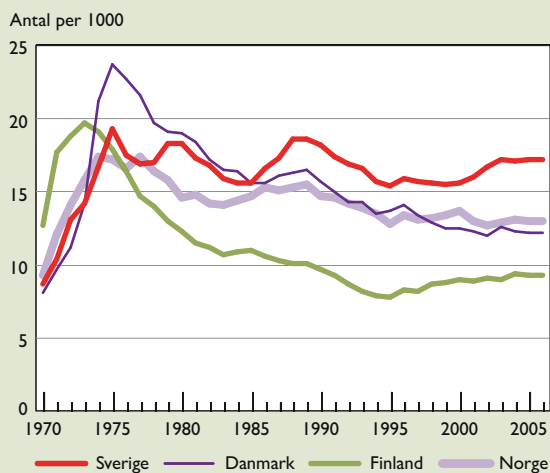
Aborter i de nordiska länderna

I Sverige, Danmark och Norge kan kvinnor göra abort på egen begäran. I Sverige gäller detta till och med den 18:e graviditetsveckan, och i Danmark och Norge till och med 12:e graviditetsveckan. I Finland måste däremot kvinnan ansöka hos läkare om att få tillstånd till abort. I alla de nordiska länderna kan sena aborter beviljas av nationell myndighet. De abortlagar som gäller i dag i Norden daterar sig från år 1973 i Danmark, år 1974 i Sverige, år 1978 i Norge och i Finland från år 1985.

I Sverige har antalet aborter per 1000 kvinnor i åldern 15–49 år legat på ungefär samma nivå sedan den nuvarande abortlagen infördes år 1975. I Finland, Danmark och Norge har andelen aborter minskat kraftigt sedan mitten av 1970-talet fram till de senaste åren. Under 2000-talet har aborttalen i våra grannländer varit relativt oförändrade (figur 8).

Figur 8. Aborter i nordiska länder

Antal aborter per 1 000 kvinnor och år, i åldern 15–49 år i nordiska länder, perioden 1970–2006.

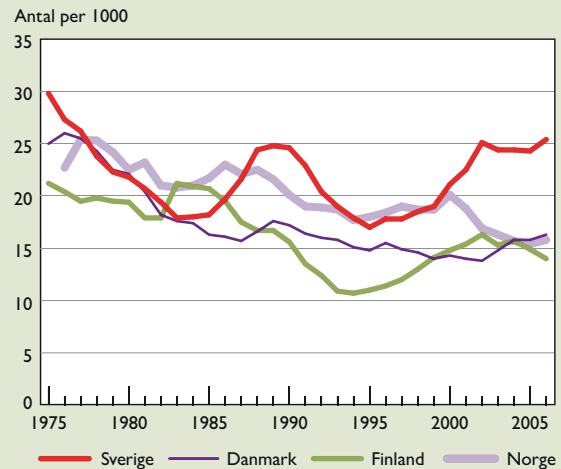


Källa: STAKES, Finland, 2008

Aborter bland tonåringar är vanligare i Sverige än i Norge, Finland och Danmark (figur 9).

Figur 9. Aborter bland tonåringar i nordiska länder

Antal aborter per 1 000 kvinnor och år, i åldern 15–19 år i nordiska länder, perioden 1975–2006.



Källa: STAKES, Finland, 2008

En viktig anledning till att aborter är vanligare i Sverige är att svenska tonåringar i högre grad väljer abort framför att föda barn, jämfört med tonåringar i framförallt Norge och Finland (tabell 1). Det är nästan dubbelt så vanligt att finska tonåringar väljer att föda barn istället för att välja en abort, jämfört med svenska tonåringar. Om man istället jämför den totala andelen tonåringar som blir gravida (det sammanlagda antalet aborter och födsler), är skillnaderna mellan länderna mindre. Det är dock fler tonåringar som blir gravida i Sverige än i de andra nordiska länderna.

Tabell 1. Födslar och aborter bland tonåringar i nordiska länder

Antal födslar respektive aborter per 1 000 kvinnor och år, i åldern 15–19 år samt procentuell fördelning av aborter respektive födslar, år 2004–2005.

	Sverige	Danmark	Finland	Norge
	Antal per 1 000 kv. och år			
Födslar	6,1	6,1	10,4	8,8
Aborter	24,4	15,8	15,3	15,6
Alla graviditeter	30,5	21,9	25,7	24,4
	Procent			
Födslar	20	28	40	36
Aborter	80	72	60	64
Alla graviditeter	100	100	100	100

Källa: Bearbetning av statistik från STAKES, Finland, 2008

Abortvården

En påtaglig förändring i och med abortlagen från år 1974 var att aborterna kom att utföras tidigare i graviditeten. Före lagändringen hade närmare hälften av alla aborter skett efter 12:e veckan, vilket innebar ett mer omfattande och riskfyllt ingrepp, särskilt på den tiden. I dag sker 93 procent av alla aborter före vecka 12. Efter 18:e graviditetsveckan får abort endast utföras efter tillstånd från Socialstyrelsen och beviljas endast om synnerliga skäl föreligger. Andelen aborter som utförs efter vecka 18 har legat under 1 procent sedan år 1975.

Medicinska aborter började användas 1992 och är en metod att framkalla abort genom läkemedel utan ett operativt ingrepp. Medicinska aborter förutsätter att aborten kan utföras tidigt i graviditeten, i regel före nionde graviditetsveckan. Vid tidig abort har kvinnan rätt att välja mellan kirurgisk och medicinsk abort. Om väntetiden för att få göra en abort är lång, kan det innebära att graviditeten passerar tidsgränsen för medicinsk abort.

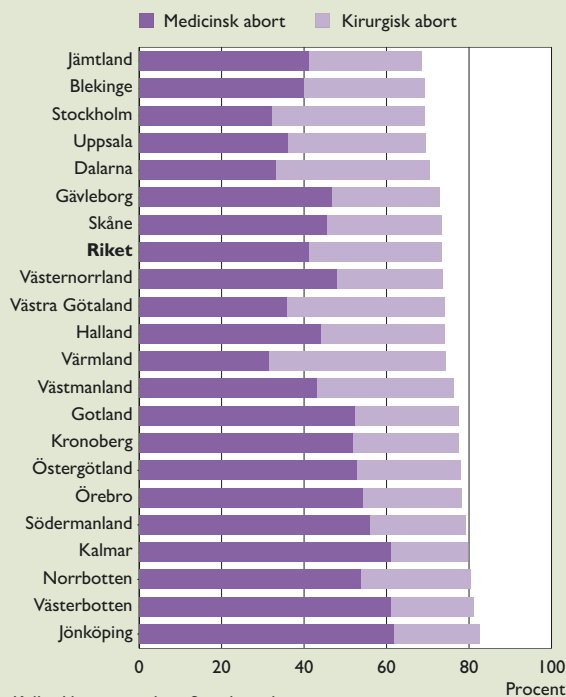
De flesta kvinnor som söker abort bestämmer sig tidigt. De har ofta redan fattat beslutet när de kommer till sjukhuset, och då vill de genomföra

ingreppet så snabbt som möjligt [40, 41]. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort (SOSFS 2004:4) står det att ”När kvinnan har bestämt sig för en abort bör den utföras snarast möjligt”.

Det finns stora regionala skillnader beträffande hur tidigt i graviditeten aborter utförs. I exempelvis Jönköpings och Västerbottens län utfördes 80 procent av aborterna före graviditetsvecka nio, jämfört med 66 procent i Jämtland och Blekinge (figur 10). En kartläggning av Socialstyrelsen år 2006 visade att också väntetiderna för en abort varierar betydligt mellan landstingen.

Figur 10. Aborter före vecka 9

Andel (procent) aborter som utförs före graviditetsvecka 9 av samtliga aborter i respektive län, uppdelade på medicinska aborter och kirurgiska aborter, år 2005–2007.



Källa: Abortstatistiken, Socialstyrelsen

Förändringar i sexuella attityder och erfarenheter

I dagens snabbt föränderliga samhälle förändras även synen på sexualiteten liksom vilka sexuella erfarenheter människor gör. En grundläggande förändring är att kopplingen mellan kärlek och sexualitet inte längre är lika stark. En stadigt ökande andel av befolkningen anser att det är acceptabelt med sex utanför etablerade kärleksrelationer. Konsekvenser av detta är bland annat ett ökande antal partner och samlag ”första kvällen”. En annan förändring är att synen på samkönad sexualitet har blivit mer öppen. Internet har kommit och används av i stort sett alla åldrar för syften som har med kärlek och sexualitet att göra, och pornografi har i dag blivit mer lättillgängligt.

Ungdomars sexualvanor

Allmänhetens attityd till tillfälliga sexuella kontakter har blivit mer liberal. Påståendet att ”samlag bör enbart förekomma i fasta förhållanden” instämde 53 procent av männen och 60 procent av kvinnorna instämde år 1987, i åldersgruppen 16–44 år. År 2007 var motsvarande siffror för män 34 procent och för kvinnor 42 procent. Synen på tillfälliga sexuella kontakter hade blivit mer tillåtande i hela åldersspannet 16–44 år [6].

Attitydförändringen avspeglar sig också hos ungdomar. Andelen som haft samlag ”första kvällen” har ökat i åldersgruppen 16–24 år sedan år 2000, och den största ökningen finns bland unga kvinnor (tabell 2). Ingen förändring har skett för män i åldersgruppen 20–24 år.

Tabell 2. Samlag ”första kvällen”

Andel (procent) som har haft samlag ”första kvällen” någon gång under de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 24 år, år 2000 och 2007.

Ålder	Kvinnor			Män		
	16–17 år	18–19 år	20–24 år	16–17 år	18–19 år	20–24 år
2000	14	25	19	20	24	39
2007	37	35	28	35	36	38

Källa: Herlitz C. [6]

I de tidigare nämnda befolkningsundersökningarna [4, 5] sågs en påtaglig ökning av antalet sexualpartner mellan år 1967 och år 1996. Den största förändringen gällde kvinnor, som år 1967 hade haft i genomsnitt 1,4 sexualpartner under livet, jämfört med år 1996 då motsvarande siffra var 4,6 partner. Motsvarande andel för männen var 4,6 respektive 7,1 partner [5]. Senare studier indikerar att antalet partner blir allt fler. Bland ungdomar har andelen som haft tre eller fler sexualpartner under det senaste året ökat i alla åldrar, utom för män i åldrarna 20–24 år (tabell 3).

Tabell 3. Tre eller flera sexualpartner

Andel (procent) som har haft tre eller flera sexualpartner under de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 24 år, år 2000 och 2007.

Ålder	Kvinnor			Män		
	16–17 år	18–19 år	20–24 år	16–17 år	18–19 år	20–24 år
2000	8	23	16	7	17	32
2007	17	25	19	11	23	26

Källa: Herlitz C. [6]

Ökningen bland yngre människor tyder på en kraftig ökning i förhållande till tidigare studier, som mätt antal partner i alla åldersgrupper. Om en 18-åring hunnit ha tre eller fler sexualpartner, kommer personen under resten av livet sannolikt

komma upp i betydligt fler partner än de tidigare genomsnitten från år 1996 på 4,6 för kvinnor och 7,1 för män.

Bland 16–17 åringar, år 2007, hade ungefär två av tre pojkar och tre av fyra flickor samlagsdebuterat [6]. Till skillnad mot antalet partner har åldern för samlagsdebut inte förändrats under senare år. Den tycks ligga relativt stabilt på drygt 16 år sedan 1960-talet [42, 43]. Flickor med utländsk bakgrund, debuterar senare än flickor med svensk bakgrund [7]. Debutåldern i övriga Norden är omkring 17 år. Även i USA, Kanada, Frankrike och Storbritannien sker samlagsdebuten vid denna ålder [44].

Vid samlagsdebuten använder cirka 60–70 procent av ungdomarna kondom [43, 45]. Kunskapen om och tilltron till att kondom är ett gott skydd mot STI har ökat mellan 1987–2007, men denna insikt har inte lett till ökad kondomanvändning [46]. Att använda kondom när man träffar en ny partner är särskilt betydelsefullt ur smittskyddssynpunkt. Samlag utan kondom ”första kvällen” har blivit vanligare bland ungdomar (figur 11). Ett ökat risktagande är särskilt påtagligt under 2000-talet. År 2007 använde närmare en fjärdedel inte kondom ”första kvällen”.

I flera studier har framkommit att de tillfrågade upplever kondom som jobbigt, dyrt att köpa samt pinsamt att föra på tal och använda [47–50]. En intervjustudie bland klamydiainfekterade ungdomar visade att männen ofta väntade på att kvinnan skulle föreslå att kondom skulle användas [51]. Kvinnorna däremot upplevde att de skulle visa bristande tillit till mannen genom att föreslå kondom och ville därför inte göra det.

Alkohol användning bidrar också till sexuellt risktagande. Den ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomar i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet, som uppmärksammas i kapitlet om

alkohol och kapitlet om ungdomar, sammanfaller i tiden med ökningen av klamydia och andra STI. I flera studier har ungdomar sagt att de någon gång ångrat samlag som de haft under alkoholpåverkan [52–54].

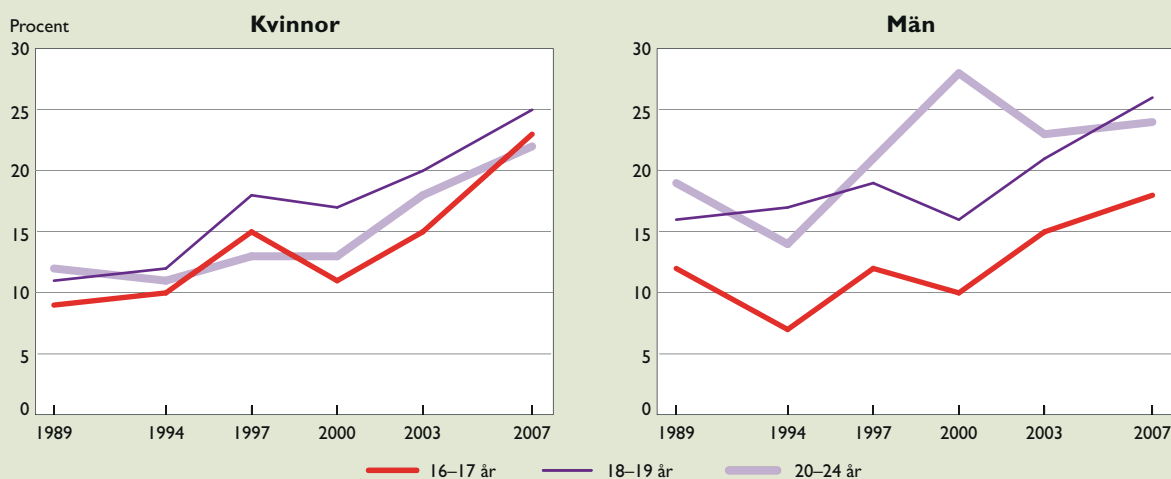
Sexualvanor bland män som har sex med män

Män som har sex med män (MSM) ändrade radikalt sitt sexuella beteende på 1980-talet när hiv och aids blev allmänt känt. De började använda kondom vid anala samlag och många minskade också antalet sexpartner. Det fick till följd att gonorré, klamydia och syfilis nästan helt försvann i denna grupp och att hivspridningen kunde begränsas till en låg nivå.

De senaste årens ökning av sexuellt överförd infektioner och en ökning av hiv visar att det sexuella risktagandet ökat bland män som har sex med män [20]. Yngre tar större risker och är inte lika konsekventa i kondomanvändningen vid analsamlag med en tillfällig partner, som de äldre är [55–57]. Det kan till en del bero på att en ny generation män som har sex med män inte har samma personliga erfarenheter av 1980-talets hivepidemi, och att de har en lägre medvetenhet om hiv. Det i sin tur kan bland annat bero på att bromsmediciner bidragit till att hiv inte längre uppfattas som en lika dramatisk sjukdom. Undersökningar vid Venhälsans mottagning i Stockholm visar också att antalet sexpartner har ökat bland män som har sex med män. Mellan år 1997 och år 2002 fördubblades nästan antalet partner som man hade haft under det senaste året, från 6 till 10 partner i medeltal. Det hade också blivit vanligare med oskyddat oralsex med tillfälliga partner, och Internet hade blivit det vanligaste sättet att träffa en sexpartner [10].

Figur 11. Inte använt kondom

Andel (procent) som inte har använt kondom vid samlag "första kvällen". Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 24 år, perioden 1989–2007.



Källa: Herlitz C. [6]

De flesta studier om sexuellt risktagande har rört män som har sex med män. En studie omfattande homo- och bisexuella kvinnor visade inga stora skillnader när det gällde sjukdomar jämfört med heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella kvinnor sökte emellertid i mindre utsträckning gynekolog och förebyggande hälso- och sjukvård, exempelvis cellprovtagning. En femtedel hade någon gång varit gravida [58].

Samkönad sexualitet och samhällets attityder

Olika attitydundersökningar visar en mer tillåtande syn på samkönad sexualitet under de tjugo år som allmänhetens attityder till hiv/aids studerats. Attityden är i dag betydligt mer positiv än 1987 [5, 6, 46, 59]. En rad nya lagar har tillkommit som också avspeglar en förändrad syn på samkönad sexualitet. Till exempel kom partnerskapslagen år

1995, och lagen mot diskriminering i arbetslivet p.g.a. sexuell läggning kom år 1999. Hets mot personer på grund av sexuell läggning kriminaliserades år 2002 genom tillägg till grundlagarnas och brottsbalkens bestämmelser om hets mot folkgrupp. Lagen om rätt till adoptionsprövning för par som ingått partnerskap kom år 2003. År 2005 kom ett förbud mot diskriminering på grund av sexuell läggning inom det sociala området som t.ex. socialförsäkringssystemet, hälso- och sjukvård med mera. Till sist, år 2006, kom lagen om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever.

Trots att inställningen till samkönad sexualitet har blivit mer tillåtande förekommer fortfarande diskriminering på grund av sexuell läggning. Antalet anmälda hatbrott mot homo- och bisexuella samt transpersoner har ökat under 2000-talet [60]. Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät år 2005

visade att homo- och bisexuella personer har betydligt sämre psykisk hälsa än den övriga befolkningen. Självmordstankar och självmordsförsök var dubbelt så vanliga bland homo- och bisexuella personer. Homo- och bisexuella ungdomar som diskrimineras och trakasseras i skolan visar fler riskbeteenden, som missbruk, självmordstankar och självmordsförsök och sexuella riskbeteenden [61, 62].

Det är logiskt om en ökad öppenhet för samkönad sexualitet också innebär att fler personer har samkönade sexuella erfarenheter. Studier av ungdomar antyder också en ökning under senare år. Vissa studier rapporterar att upp emot 8 procent av alla ungdomar säger sig ha sådana erfarenheter. Eftersom denna typ av frågor ställs på olika sätt i olika studier är det emellertid mycket svårt att dra några säkra slutsatser om omfattningen [7]. Den högsta siffran, 8 procent, finns i studier där frågan formulerats brett, som ”Har du varit sexuellt tillsammans med någon av samma kön?” Detta är en betydligt vidare fråga än ”Har du haft samlag med någon av samma kön?”, som används i flera andra studier. Som jämförelse uppgav drygt 2 procent av befolkningen år 1996 (i åldrarna 18–74 år) att de hade haft sådana erfarenheter någon gång i livet [5].

Internet

Internet har snabbt och på ett omvälvande sätt förändrat förutsättningarna för kommunikation i samhället. Det gäller i hög grad för frågor med koppling till sexualitet, ordet ”sex” är det mest sökta ordet på Internet.

En absolut majoritet av befolkningen, människor i alla åldrar, använder i dag Internet. En större svensk studie [63] konstaterar att Internet öppnat nya kontaktytor, där det är möjligt att söka nya

partner utifrån andra förutsättningar än de som gäller i exempelvis en krogmiljö. Dessa kontakter leder inte sällan till att man träffas i verkliga livet och har sex. 40 procent av kvinnorna och 35 procent av männen, hade den denna erfarenhet.

Också för män som har sex med män har Internet kommit att fungera som en arena att mötas på utan att riskera stigmatisering eller reaktioner av homofob karaktär. Den vanligaste sexuella aktiviteten på Internet var bland männen att se på erotik eller pornografi, och bland kvinnorna att flirta. Flirtande var den näst vanligaste aktiviteten för männen. Den minst vanliga aktiviteten enligt studien var att söka kontakt med prostituerade. Två procent av männen hade gjort detta.

Pornografi

I årskurs tre på gymnasiet år 2004 hade 76 procent av flickorna och 98 procent av pojkarna någon gång sett på porr [64]. I årskurs 9 år 2001–2002 hade 57 procent av flickorna och 92 procent av pojkarna tittat på porrfilm någon gång [59]. Flera studier visar att unga män är mer positivt inställda till pornografi än vad unga kvinnor är. Ungdomar och framför allt pojkar tycker att de lär sig mycket om sex via pornografi [65, 66]. Det är dock vanligt att man har ett ambivalent förhållningssätt till pornografi, och upplever det som både upphetsande och äckligt [67, 68]. Likaså kan man vara kritisk till pornografin som fenomen men samtidigt tycka att den är spännande och sexuellt upphetsande [69].

Det är oklart hur pornografi påverkar sexuellt beteende, men det förekommer att ungdomar prövar sexuella handlingar som de fått idéer till genom pornografi. Ungdomar som någon gång sett porrfilm har oftare provat analsex och oralsex än de som inte har sett sådan film [54, 70].

Pornografins kroppsideal påverkar hur unga människor uppfattar att kroppen ska se ut. I en nordisk studie uttryckte unga kvinnor, i högre grad än unga män, att de hade låg självtillit till sin kropp i förhållande till pornografins kroppsideal. Men unga män talar också om de krav som ställs på kroppen och utseendet. De känner sig osäkra på sin penis storlek och är oroade för att kvinnor ska använda pornografins kriterier när de väljer partner [71].

I djupintervjuer bland ungdomar som sett pornografi framkom att de försöker anpassa sig efter den sexuella norm som de uppfattar råder i samhället. De ansåg bland annat att stereotypa könsroller befasts i pornografin och att den skapar förväntningar och krav på att genomföra vissa sexuella handlingar [66].

Värdering av sexuallivet

På frågan ”Hur viktig är sexualiteten i ditt liv?” svarade en övervägande del av både kvinnor och män att sexualiteten är viktig, i sexualvaneundersökningen år 1996. Endast 10 procent av kvinnorna och 4 procent av männen ansåg att sexualiteten är ganska eller helt oviktig [5].

I åldrarna under 50 år uppgav omkring 60 procent av kvinnorna att de var tillfredsställda eller ganska tillfredsställda med sitt sexualliv. Bland kvinnor i åldern 50 till 74 år sjönk andelen till cirka 50 procent. Män, upp till 35 års ålder, tenderade att vara något mindre nöjda än jämnåriga kvinnor, medan män i åldersgruppen 50–65 år var något mer nöjda än jämnåriga kvinnor. Bland de äldsta (66–74 år) var skillnaderna små mellan kvinnor och män [5].

I 1996 års undersökning uppgav såväl män som kvinnor att de hade det bättre sexuellt i nuläget än när de var unga. Både yngre, 25–34 år, och medel-

ålders, 35–54 år, ansåg att de nu i större utsträckning kunde leva som de önskade jämfört med då de var yngre. Även i den högre åldersgruppen, 55–74 år, upplevde de tillfrågade att deras sexualliv var friare än i ungdomen [72].

Det har blivit vanligare att vara sexuellt aktiv i övre medelåldern. I åldersgruppen 51–55 år hade 79 procent haft samlag senaste månaden år 1996 jämfört med 63 procent år 1967. I åldersgruppen 56–60 år var motsvarande förändring mellan de båda åren 68 procent jämfört med 56 procent [4, 5].

I en svensk studie om hur män och kvinnor uppfattade sin kropp ställdes bland annat frågan om det är viktigt att vara sexuellt aktiv. För kvinnorna i åldrarna 65–85 år svarade 14 procent att det var viktigt medan motsvarande siffra för männen var 45 procent. I samma studie framkom också att yngre människor hade en mer positiv syn på att äldre kan vara sexuellt attraktiva jämfört med vad de äldre själva rapporterade [73]. Tidigare har minskad sexuell aktivitet och sexuell lust uppfattats som en naturlig del av åldrandet [74]. I dag ses sexualiteten alltmer som en integrerad del av ett gott åldrande.

De flesta ungdomar verkar vara förhållandevis nöjda med sina sexuella erfarenheter. Man blir också mer nöjd i takt med ökad erfarenhet och det är fler som säger sig vara nöjda med det senaste samlaget än med det första. Ungefär lika många unga kvinnor som unga män säger sig vara nöjda med det senaste samlaget. Däremot har betydligt fler unga män än unga kvinnor uppfattat det allra första samlaget positivt [59].

Ett tillfredställande sexualliv är sannolikt hälsofrämjande, men det saknas epidemiologiska studier som skulle kunna bekräfta ett sådant samband.

Sexuella svårigheter

Sexuella problem är vanliga. Nästan hälften av kvinnorna och en fjärdedel av männen i 1996 års sexualvaneundersökning hade erfarenhet av sexuella problem [5]. De vanligaste problemen var att inte kunna få erektion, svårighet att få orgasm och bristande sexuell lust. Drygt 20 procent av kvinnorna och 15 procent av männen uppgav att de under åren haft behov av att tala med någon om sin sexualitet. De vände sig då i första hand till läkare inom kroppssjukvården. Kvinnorna, oavsett ålder, hade oftast sökt hjälp hos gynekolog. Männen sökte sig oftast till allmänläkare och urolog.

Telefonrådgivning som fokuserar på sexuella problem har visat sig kunna fylla ett stort behov. På en del orter i landet finns sexologiska mottagningar, men flertalet landsting har ingen sexologisk mottagning alls. Väntetiderna vid de befintliga mottagningarna varierar från tio dagar upp till ett halvår [75]. Rådgivarna behöver en bred kompetens då problemen ofta är mångfasetterade och involverar kroppsliga, psykologiska och sociala perspektiv [76, 77].

Sexuellt våld

Erfarenheter av att ha blivit utsatt för sexuellt tvång har ett klart samband med en mindre positiv värdering av sexuallivet, och en högre förekomst av sexuella problem. I 1996 års studie [5] uppgav 12 procent av kvinnorna och 3 procent av männen att de tvingats till en sexuell handling. En uppföljning av kvinnor som sökt hjälp vid Rikskvinnocentrum, numera Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), visade att en tredjedel av kvinnorna som varit utsatta för våld också utsatts för sexuellt våld. En femtedel angav att de varit utsatta för våld när de var gravida [78].

De anmälda våldtäkterna har, med undantag för några år, ökat relativt kraftigt de senaste 30 åren (se kapitlet om våld). År 1975 anmäldes cirka 750 våldtäkter, och år 2006 anmäldes drygt 4 200. Bland sexualbrotten ökade antalet anmälda våldtäkter mest, med 11 procent (cirka 420 brott). Denna ökning beror sannolikt till stor del på den lagändring som infördes den 1 april år 2005 och som innebär att en del gärningar som tidigare rubricerades som sexuellt tvång och utnyttjande nu bedöms som våldtäkt. Detta stöds av att antalet anmälda brott avseende sexuellt tvång och utnyttjande minskade med 21 procent (cirka 350 brott) jämfört med år 2005. Ökningen kan också bero på en ökad benägenhet att anmäla våldtäkter. Den största ökningen utgörs av antalet anmälda fullbordade våldtäkter mot barn under 15 år som skett inomhus, som ökade med 69 procent [79].

I den nationella trygghetsundersökningen (NTU) år 2006 fann man att kvinnor uppgav att de har blivit utsatta för sexualbrott i betydligt högre utsträckning än män. Enligt NTU uppgav 1,6 procent av kvinnorna och 0,3 procent av männen att de blivit tvingade, angripna eller ofredade under år 2005. Det är framför allt de yngre åldersgrupperna som uppgav att de drabbas av sexualbrott. I åldern 16–24 år uppgav 2,6 procent att de utsattes för sexualbrott under den aktuella ettårsperioden, medan andelen utsatta sedan blir lägre ju äldre åldersgrupper som studeras. Den grupp som i störst utsträckning (4,9 procent) uppgav att de utsatts för sexualbrott är unga kvinnor i åldern 16–24 år [80].

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Primärpreventivt arbete riktas till allmänheten och till större grupper, där inga kända problem har uppstått ännu. Det kan handla om exempelvis sex- och samlevnadsarbete i skolor eller upplysningskampanjer till en större allmänhet. Sekundärpreventivt arbete är aktuellt då ett problem redan identifierats och handlar om att upptäcka problemet tidigt, behandla, ge råd och spåra smitta.

Förebyggande arbete kan också handla om hälsofrämjande insatser. Med det menas att skapa förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor, vilket inte diskuteras vidare i detta avsnitt. Hälsofrämjande insatser kan medverka till att skapa en god självkänsla och färdigheter i att kommunicera kring och bedöma hälsorisker som är grunden även för den sexuella hälsan. Det kan handla om aktiviteter i syfte att skapa ett gott psykosocialt klimat i en skolklass eller övningar för att stärka självkänsla hos en grupp tonåringar.

För att förebygga STI och oönskade graviditeter är det i stort sett samma primärpreventiva och sekundärpreventiva insatser som krävs för att ge individen grundkunskaper, attityder och färdigheter att kunna skydda sig. En utmaning i detta sammanhang är p-piller, som är ett bra skydd mot graviditet men som också kan minska motivationen att använda kondom, vilket är det enda skydd som förebygger STI.

Insatser mot hiv och STI

Den ökande spridningen av klamydia och andra STI är oroande. Framför allt oupptäckta infektioner kan leda till komplikationer av olika slag. En ökad spridning av STI hos män som har sex med män bör ses i perspektiv av att andelen

hivsmittade är betydligt högre i denna grupp än i befolkningen i stort. Det innebär en påtaglig risk för ökad smittspridning av hiv hos män som har sex med män. Den stora spridningen av STI, framför allt bland unga människor, kan också vara en varningssignal om att hiv skulle kunna få ökad spridning i Sverige även bland unga heterosexuella kvinnor och män. Den låga medvetenheten om risken för hivsmitta är ett problem både i ett allmänt liberalt förhållningssätt till sexuella kontakter och vid resor till länder där hiv-förekomsten är betydligt högre än i Sverige.

Preventivt arbete mot hiv och STI riktat till ungdomar

Socialstyrelsen har tagit fram en kunskapsöversikt kring primärprevention riktad till ungdomar, baserad på internationell forskning och på svenska erfarenheter [81]. Översikten visar att det är möjligt att påverka ungdomars sexuella risktagande.

Rapportens slutsatser är att skolan är den mest centrala arenan för primärpreventivt arbete, och att insatserna blir än mer effektiva om flera olika aktörer samverkar lokalt. I insatser riktade till ungdomar är det viktigt att ta hänsyn såväl till könsskillnader som till den pågående förändringen mot alltmer liberala sexualvanor. Det är också viktigt att bygga långsiktigt hållbara strukturer för arbetet, exempelvis i form av läro- och kursplaner i skolan och stabila samarbetsformer mellan skolan och andra lokala aktörer. Insatserna bör vara baserade på såväl teoretisk kunskap som på ungdomarnas egna önskemål. Metoder som främjar dialog och reflektion, exempelvis samtalsmetodik, rollspel etc., har visat sig vara centrala för att uppnå goda resultat. Budskap om avhållsamhet har däremot inte visat sig vara effektiva.

Sverige har internationellt sett goda förutsättningar för ett primärpreventivt arbete riktat till ungdomar. Det beror dels på den obligatoriska sex- och samlevnadsundervisningen, dels på relativt god tillgång till ungdomsmottagningar, vanligen drivna av kommuner och landsting (år 2007 fanns 227 ungdomsmottagningar). Trots detta finns det anledning att uppmärksamma kvaliteten i det primärpreventiva arbetet. Sex- och samlevnadsundervisningen i skolan är, också enligt Skolverket, av mycket skiftande standard. Undervisningen behöver förbättras och arbetet måste bli mer konsekvent och genomföras systematiskt [81–83]. Sex- och samlevnadsundervisningen har varit obligatorisk i den svenska skolan i femtio år, men ämnet är fortfarande inte obligatoriskt på lärarutbildningarna. I en kartläggning från år 2004, visade det sig att bara hälften av lärarutbildningarna i Sverige hade kurser i ämnet och att endast 6 procent av lärarstudenterna fick utbildning i detta. Mycket få nyutexaminerade lärare har alltså kompetens att undervisa i sex- och samlevnad [84].

Ungdomsmottagningarna fyller en viktig funktion för unga människor (vanligen upp till 23 år). I åldersgruppen 16–26 år hade 23 procent av kvinnorna och 4 procent av männen besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna 2005–2006 [85].

Men det finns vissa problem även när det gäller ungdomsmottagningarna. Dels har de svårt att hinna med primärpreventivt arbete, särskilt i tider då personalen är upptagen med bland annat de många smittspårningsärenden som följer i klamydiaepidemiens spår, dels kräver ett framgångsrikt preventivt arbete att man når såväl kvinnor som män. Därför är det problematiskt att så få män söker sig till mottagningarna. På några

ställen i landet, bland annat RFSU i Stockholm och Mottagningen för unga män (MUM) i Göteborg, har man satsat särskilt på mottagningar som vänder sig till män. Dessa satsningar har visat sig vara framgångsrika och andelen manliga besökare har ökat kraftigt.

Preventivt arbete mot hiv och STI riktat till män som har sex med män

Män som har sex med män är en viktig grupp i arbetet mot framför allt hiv. Därför har Socialstyrelsen under år 2007 tagit fram en kunskapsöversikt för detta område [55]. Översikten över den internationella forskningen på detta område visar bland annat att förebyggande arbete som sker i grupp och som är baserat på teoretisk kunskap visat sig ha god effekt. Arbetet är särskilt effektivt när det kombinerar kunskap med möjlighet för den enskilde individen att träna kommunikationsfärdigheter. Det är också tydligt att det är viktigt att engagera män som själva har sex med män som informatörer. Rapporten pekar vidare på att det finns kunskapsluckor och ett behov av metodutveckling när det gäller sekundärprevention, bland annat i form av rådgivning i samband med hivtest. Specialutformade mottagningar är viktiga för att nå män som har sex med män, precis som för att nå andra män. Det är också av största vikt att de insatser som riktas mot ungdomar och unga vuxna sker med en medvetenhet om att män som har sex med män utgör en del av denna grupp.

Insatser mot oönskade graviditeter

Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att utarbeta ett handlingsprogram för att förebygga oönskade graviditeter. I förslaget till denna handlingsplan anger myndigheten att det övergripande målet med det förebyggande arbetet

är att de barn som föds ska vara önskade. Samhällets ansvar är att tillhandahålla kunskaper och medel för att ge människor möjlighet att fritt och ansvarsfullt planera sitt barnafödande. Uppdraget är alltså att förebygga oönskade graviditeter, vilket inte är det samma som att förebygga aborter. Avsikten är att i första hand förebygga oönskat barnafödande med preventiva åtgärder och med abort som ett komplement.

P-piller är en effektiv födelsekontrollerande metod. Utifrån försäljningssiffror för p-piller, som visar antalet sålda dygnsdoser per 1000 kvinnor i åldersgruppen 15–44 år, kan man få en uppfattning hur vanligt p-piller är i de olika nordiska länderna. Vanligast är p-piller i Danmark (319 dygnsdoser) följt av Sverige (293 dygnsdoser), Norge (253 dygnsdoser) och Finland (210 dygnsdoser) [86]. Det finns ingen jämförbar statistik om användning av kopparspiraler och kondomer.

En anledning till att antalet aborter i Sverige har ökat bland ungdomar under senare år kan vara att användningen av preventivmedel har minskat på grund av en rädsla för hormonella preventivmedel i kombination med bland annat bristfällig sexualundervisning i skolan [48, 87]. Larm om p-pillers biverkningar påverkar användningen [45]. Det finns en ambivalens bland kvinnor till att använda p-piller som inte alltid bemöts i rådgivning [88, 89]. De olika landstingens policyer för subventionerade preventivmedel varierar. Vissa landsting erbjuder ingen subventionering medan andra erbjuder helt kostnadsfria preventivmedel. Den övre åldersgränsen för subventionerna varierar mellan 19 och 24 år [90].

Sedan år 2001 finns akut p-piller receptfritt på apotek. Det är ett hormonpreparat som tas efter samlag för att förhindra att en graviditet uppstår, och är således inget abortpiller. Bland

universitetsstuderande finns studier som visar på att fler använde akut p-piller år 2004 jämfört med år 1999. Samma studier visar att de som använder akut p-piller är mer oroliga för biverkningar av konventionella p-piller än andra [52]. Akut p-piller har emellertid inte kommit att användas i den utsträckning som skulle kunna vara fallet, för att förebygga oönskade graviditeter [91–93]. Det kan bero på bristande kunskap om när akut p-piller kan användas [93]. Även i flera andra länder där akut p-piller finns tillgängligt har man konstaterat att det behövs mer information om hur och när man använder akut p-piller [94]. Studier som gjorts bland ungdomar i Sverige sedan akut p-piller blev receptfritt, visade att en tredjedel ansåg att akut p-piller var en form av abort och en fjärdedel oroade sig för biverkningar [95].

En genomgång av det nationella forskningsområdet ungdomar och sexualitet visar att en stor andel ungdomar, 71–76 procent i olika studier, använder något preventivmedel vid sitt första samlag, och 68–82 procent vid sitt senaste samlag [7]. Det är vanligare att elever på teoretiska gymnasieprogram använder preventivmedel än elever på praktiskt program, 90 procent jämfört med 64 procent [43]. Ungdomar som hoppat av gymnasiet använder preventivmedel i betydligt lägre grad än ungdomar i gymnasieskolan [96]. Vi saknar bredare kunskap om preventivmedelsanvändning efter tonåren bland andra grupper än studenter. Både aborter och klamydiainfektioner är vanligare i åldersgruppen 20–24 år än bland tonåringar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kapitel 6: Reproduktiv hälsa. I: *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
2. Statens Folkhälsoinstitut. *Målområde 7– Gott skydd mot smittspridning*. Stockholm: 2005. Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. R 2005:56.
3. Statens Folkhälsoinstitut. *Målområde 8 – Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*. Stockholm: 2005. Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. R 2005:57.
4. Zetterberg HL. *Om Sexuallivet i Sverige. Värderingar, normer, beteenden i sociologisk tolkning*. Utbildningsdepartementet. Stockholm: Esselte AB; 1969. Utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbetet (USSU). SOU 1969:2.
5. Lewin B, Fugl-Meyer K, red. *Sex i Sverige: Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 1998. 1998:11.
6. Herlitz C. *Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2007*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Underlag från experter.
7. Forsberg M. *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2006.
8. Idahl A BJ, Kumlin U, Olofsson JI. Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Human Reproduction*. 2004;19(5):1121–6.
9. Velicko I, Kuhlmann-Berenzon S, Blaxhult A. Reasons for the sharp increase of genital chlamydia infections reported in the first months of 2007 in Sweden. *Eurosurveillance*. 2007 Oct;12(10):E5–6.
10. Berglund T. *Recent trends in the epidemiology of gonorrhoea in Sweden – the role of importation and core groups* [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Departament of Medical Epidemiology and Biostatics; 2006.
11. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sexually Transmitted Infections*. 2004 Aug;80(4):255–63.
12. Smittskyddsinstitutet. *Epidemiologisk årsrapport 2007*. Stockholm: 2008.
13. Berglund T, Colucci B, Lund B, Qvarnström I, Sandström E. Ciprofloxacinresistent gonorré ökar kraftigt i Sverige. Välj rätt antibiotikum och följ upp behandlingen! *Läkartidningen*. 2004 Jul 8;101(2829):2332–5.
14. Socialdepartementet. *Samhällets insatser mot hiv/ STI – att möta förändring*. Stockholm: Fritzes; 2004. Betänkande från Hiv/aids-utredningen. SOU 2004:13.
15. Smittskyddsinstitutet. *Statistik för hivinfektion*. Stockholm; 2007 [uppdaterad 2008-09-01; citerad 2008 -01-08]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/?t=com&p=10632#statistics-nav>.
16. Bratt G, Hejdeman B. Sexuellt överförda infektioner ökar risken för HIV. Genomgång bland män som har sex med män visar starkt samband. *Läkartidningen*. 2006 Maj 3–9;103(18):1438–9.
17. Smittskyddsinstitutet. *Sjukdomsinformation om herpes simplex*. Stockholm; 2007 [uppdaterad 2008-09-01; citerad 2008 -01-08]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/herpes-simplex/>.
18. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in men. *The Lancet Infectious Diseases*. 2006 Jan;6(1):21–31.

19. Kjaer SK, Tran TN, Sørensen P, Tryggvadóttir L, Munk C, Dasbach E, et al. The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the 4 Nordic countries. *The Journal of Infectious Diseases*. 2007 Nov 15;196(10):1447–54.
20. Eriksson LE, Berglund T. *Hälsoläget bland män som har sex med män* Statens Folkhälsoinstitut, 2005. Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Bilaga 4. Rapport A 2005:19.
21. Mårdh P. Hur förklara att positiva klamydiaprover ökar när komplikationerna minskar? *Läkartidningen*. 2006;103(28–29):2156.
22. Forslin L, Kamwendo F, Bodin L, Danielsson D. Klamydia-epidemin hotar kvinnors reproduktiva hälsa. Longitudinell studie visar behovet av slagkraftig strategi för att bryta trend. *Läkartidningen*. 2006 Sep 27–Oct 3;103(39):2848–53.
23. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens statistikdatabaser / Statistik från Cancerregistret 1970–2006*. 2008 [citerad 2008-01-02]; Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/index.htm>.
24. Dahlstrand H, Hammarstedt L, Lindquist D, Romanitan M, Munck-Wikland E, Dalianis T. Virus viktig faktor vid tonsillcancer. *Tandläkartidningen*. 2007;99(5):52–5.
25. World Health Organisation. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice*. Geneva: 2006. Integrating Health Care for Sexual and Reproductive Health and Chronic Diseases.
26. Nilsson J. Stora brister i cellprovskontroller. *Dagens Medicin*. 2007;33:6–7.
27. Tyden T, Svanberg AS, Karlström PO, Lihoff L, Lampic C. Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2006 Sep;11(3):181–9.
28. Socialstyrelsen. *Assisterad befruktning 2004*. Stockholm: 2007. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:5.
29. Riksförsäkringsverket. *Gravida kvinnors situation*. Stockholm: 2003. RFV analyserar 2003:7.
30. Wickberg B, Hwang P. *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödandet*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
31. Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications, and adverse pregnancy outcomes. *Seminars in Perinatology*. 2002 Aug;26(4):286–95.
32. Socialstyrelsen. *Medicinsk födelseregistrering 2003*. Stockholm: 2005. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2005:4.
33. Socialstyrelsen. *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2005*. Stockholm: 2007. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:9.
34. Socialdepartementet. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: 2002. Prop. 2002/03:35.
35. Statens Folkhälsoinstitutet. *Tidigt hälsosamtal för gravida minskar risken för alkoholskador*. Pressmeddelande [uppdaterad 2007-05-09; citerad 2008-01-02]; Tillgänglig från: http://www.fhi.se/templates/page____10931.aspx.
36. Socialstyrelsen. *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*. Stockholm: 2007–10–31. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D94A04F3-EE31-4BFF-9126-F4246356938B/8832/200712512.pdf>.

37. Hellström L, Zätterström C, Odland V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2006 Jun;19(3):209–13.
38. Eskild A, Nesheim BI, Busund B, Vatten L, Vangen S. Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2007;86(3):298–303.
39. Helgadottir LB, Qvigstad E, Melseth E, Vangen S, Eskild A. Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i Oslo 2000–03. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2006 Jun 22;126(13):1744–6.
40. Holmgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 1988;26(4):289–95.
41. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Social science & medicine*. 2001 Dec;53(11):1481–90.
42. Edgardh K. Sexual behaviour in a low-income high school setting in Stockholm. *International journal of STD & AIDS*. 2002 Mar;13(3):160–7.
43. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health*. 2002 Apr;30(4):288–95.
44. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. *Teenage Sexual and Reproductive Behavior In Developed Countries: Country Report for Sweden*. New York and Washington: The Alan Guttmacher Institute; 2001. Occasional Report No. 7.
45. Larsson G, Milsom I, Andersch B, Blohm F. A comparison of contraceptive habits and pregnancy outcome at 19 years of age in two cohorts of Swedish women born 1962 and 1972. *Contraception*. 1996 May;53(5):259–65.
46. Herlitz C. *Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteende 1987–2003*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004. Rapport R2004:7.
47. Darj E, Bondestam K. Ungdomars syn på kondom användning. *Läkartidningen*. 2003 Oct 30;100(44):3510–2, 5–6.
48. Ekstrand M, Larsson M, Von Essen L, Tyden T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2005 Oct;84(10):980–6.
49. Ekstrand M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2007 Jun;12(2):111–8.
50. Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tyden T. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(2):124–31.
51. Christianson M, Johansson E, Emmelin M, Westman G. "One-night stands" - risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in North Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(1):44–50.
52. Larsson M, Tyden T. Increased sexual risk taking behavior among Swedish female university students: repeated cross-sectional surveys. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(8):966–70.
53. Larsson M, Tyden T, Hanson U, Haggstrom-Nordin E. Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2007 Jun;12(2):119–24.
54. Tyden T, Rogala C. Sexual behaviour among young men in Sweden and the impact of pornography. *International journal of STD & AIDS*. 2004;15(9):590–3.

55. Tikkanen R. *Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med män. En sammanfattning av och diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter*. Västerås: Socialstyrelsen; 2007. Underlag från experter.
56. Tikkanen R, Månsson S-A. *Förhandlad säkerhet och kalkylerade risker. Rapport från en enkätundersökning om socio-sexuella livsstilar och hiv-risktaganden bland män som har sex med män*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete; 1999. Rapport 1999:7.
57. Tikkanen R, Månsson S-A, Danebeck K, Eriksen N. *MSM-enkäten 2006 – en översiktlig resultatpresentation*. Malmö Högskola; 2007.
58. Moegelin L. Bilaga 4.6. Lesbisk hälsa. I: *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2005. Rapport nr A 2005:19.
59. Forsberg M. *Brunetter och Blondiner. Om ungdom och sexualitet i det mångkulturella Sverige* [doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete; 2005.
60. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). *Hatbrott 2006. En sammanställning av polisanmälningar med främlingsfientliga, islamofobiska, antisemitiska och homofobiska motiv*. Stockholm: Fritzes; 2007. Rapport 2007:17.
61. Boström G, Roth N, Nykvist K. *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2006. Rapport 2006:08.
62. Statens Folkhälsoinstitut. *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: 2005. Rapport nr A 2005:19.
63. Månsson S, Daneback K, Löfgren-Mårtensson L. *Kärlek och sex på internet*. Göteborgs Universitet och Malmö högskola; 2003. Nätsexprojektet 2003:1.
64. Swedin CG, Priebe G. Bilaga 3: Ungdomars sexualitet – attityder och erfarenheter. I: *Sexuell exploatering av barn i Sverige*. Stockholm: Fritzes; 2004. Socialdepartementet. SOU 2004:71. Betänkande av Utredningen om kunskaper om sexuell exploaterade barn i Sverige.
65. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. *International journal of STD & AIDS*. 2005 Feb;16(2):102–7.
66. Häggström-Nordin E, Sandberg J, Hanson U, Tyden T. 'It's everywhere!' young Swedish people's thoughts and reflections about pornography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006 Dec;20(4):386–93.
67. Berg L. *Äkta kärlek – heterosexuell samvaro speglar mot diskurser om kärlek, heterosexualitet och kropp* [doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet, Humanistisk-samhällsvetenskapliga vetenskapsområdet, Sociologiska institutionen; 2002.
68. Medierådet. *Koll på porr – skilda röster om sex, pornografi, medier och unga*. 2006.
69. Löfgren-Mårtensson L, Månsson S-A. "Sex över allt, typ?!" *Om unga och pornografi*. Förlagshuset Gothia; 2006.
70. Rogala C, Tydén T. Does pornography influence young women's sexual behavior? *Womens Health Issues*. 2003 Jan–Feb;13(1):39–43.
71. Sorensen AD, Knudsen SV. *Unge, kon og porno graafi i Norden – Slutrapport*. Köpenhamn: Nordisk Ministerråd; 2006.
72. Sundström K, red. *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2000.

73. Öberg P, Tornstam L. Attitudes toward embodied old age among Swedes. *International journal of aging & human development*. 2003;56(2):133–53.
74. Levy J. Sex and sexuality in later life stages. I: Rossi IS, red. *Sexuality across the life courses*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. s. 287–312.
75. Linna E, m.fl. (v)., *Sexualpolitik*. 2007. Motion till riksdagen 2006/07:So374.
76. Fugl-Meyer KS, Arrhult H, Pharmanson H, Backman AC, Fugl-Meyer AM, Fugl-Meyer AR. A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. *The journal of sexual medicine*. 2004 Nov;1(3):278–83.
77. Hedlund E, Göthberg M. Telefonrådgivning i sexuella frågor – erfarenheter från RFSU-kliniken. I: Lundberg PO, red. *Sexologi*. Stockholm: Liber; 2002. s. 378–82.
78. Stensson K, Claesson I, Heimer G. *Våldsutsatta kvinnors hälsa och livssituation – en longitudinell deskriptiv studie*. Rikskvinnocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala Universitet; 2006. Rapportserie 2006:1.
79. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). *Statistik / Anmällda brott / Tidsserier / Anmällda brott de senaste 10 åren*. 2007 [citerad 2007]; Tillgänglig från: http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=5&name=/statistik/10/10La_anm_10_ar.xls&url=/statistik/10/10La_anm_10_ar.xls.
80. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). *Nationella trygghetsundersökningen 2006. De första resultaten om utsatthet, trygghet och förtroende*. Stockholm: 2007. Rapport 2007:14.
81. Forsberg M. *Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapsöversikter och svenska erfarenheter av förebyggande arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
82. Skolverket. *Nationella Kvalitetsgranskningar*. Stockholm: Liber; 1999. Skolverkets rapport nr 180.
83. Sydsjö G, Selling KE, Nyström K, Oscarsson C, Kjellberg S. Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2006 Jun;11(2):117–25.
84. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). *Kartläggning av Sex- och samlevnadsundervisningen på Sveriges lärarutbildningar*. Stockholm: 2004.
85. Statens Folkhälsoinstitut. *Folkhälsoenkät / Resultat 2006 / Nationella data / Vårdkontakter / Ungdomsmottagning: Besökt ungdomsmottagning*. 2006 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.fhi.se/templates/Page____9863.aspx.
86. Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO). *Health Statistics in the Nordic Countries 2004*. Copenhagen: 2006.
87. Tydén T, Bingefors K, Odlin V. Oral contraceptives and compliance: reaction to cardiovascular alarm among users. *Advances in Contraception*. 1999;15(2):133–9.
88. Kero A, Lalos A. Increased contraceptive use one year post-abortion. *Human Reproduction*. 2005 Nov;20(11):3085–90.
89. Nobili MP, Piergrossi S, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient education and counseling*. 2007 Mar;65(3):361–8.
90. Socialstyrelsen. *Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel. Problem och åtgärdsförslag inom oförändrad kostnadsram*. Stockholm: 2005. Uppföljning och utvärdering.
91. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. 2006 Sep;74(3):208–13.

92. Lakha F, Glasier A. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. *Lancet*. 2006 Nov 18;368(9549):1782–7.
93. Läke-medelsverket. *Antikonception*. 2005. 2005;(16)7.
94. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*. 2005 Mar;71(3):202–7.
95. Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tydén T. Emergency contraceptive pills over-the-counter: a population-based survey of young Swedish women. *Contraception*. 2004 Apr;69(4):309–15.
96. Edgardh K. *Tonåringar, sex och samlevnad*. Förlagshuset Gothia; 1992.

Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar

Sammanfattning

I Sverige röker fortfarande knappt en miljon personer varje dag trots att rökningen har minskat under flera decennier. Numera röker 18 procent bland kvinnor och 14 procent bland män. På 1960-talet rökte omkring varannan man och var fjärde kvinna. Sedan början av 1990-talet har rökning varit vanligare bland kvinnor än bland män. Allt färre röker när de är gravida, men fortfarande röker 6 procent av de blivande mammorna.

Rökningen bland män började minska redan för trettio år sedan, och andelen rökare minskade kraftigt i alla åldersgrupper. Som en följd av den minskade rökningen har lungcancerdödligheten bland män minskat ända sedan början av 1980-talet. Likaså har hjärt- och kärl dödligheten minskat, och det har haft en avgörande betydelse för den snabba ökningen av mäns medellivslängd som skett under de senaste decennierna (se kapitlet Folkhälsan i översikt).

Bland kvinnor fortsätter lungcancerdödligheten att öka. Det beror på att andelen rökare inte har minskat på flera decennier bland kvinnor i åldrarna över 45 år. Dessutom har andelen före detta rökare ökat bland medelålders och äldre kvinnor. Först sedan mitten av 1990-talet syns en viss minskning av andelen rökare i åldern 45–64 år. I åldern 65–84 år har andelen rökare varit oförändrad de senaste tjugo åren.

Bland yngre kvinnor har däremot andelen rökare minskat stadigt de senaste decennierna. Lungcancerdödligheten i åldersgruppen 40–54 år minskar sedan 1997. Lungcancer i denna unga åldersgrupp utgör endast en mindre del av all lungcancer bland kvinnor, men det är ett tidigt tecken på att den uppåtgående lungcancer trenden håller på att brytas. Hjärt- och kärl dödligheten bland kvinnor har minskat stadigt sedan slutet av 1950-talet trots att fler kvinnor var rökare (se kapitlet Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes).

Att sluta röka minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar nästan omgående. Risken för lungcancer minskar också men betydligt långsammare än för hjärt- och kärlsjukdomar. En betydligt vanligare konsekvens av rökning än lungcancer är nedsatt lungfunktion till följd av kronisk obstruktiv lung-

sjukdom (KOL). Sjukdomen går inte att bota men sjukdomsförloppet går att hejda om man slutar röka.

Snusningen har ökat sedan början av 1970-talet. Snusets effekter på hälsan är mindre klarlagda än rökningens, men snusning ökar risken för ett antal cancersjukdomar, bland annat cancer i bukspottkörteln. Betydligt fler män än kvinnor snusar, 19 respektive 4 procent.

Skillnader i rökning har stor betydelse för skillnader i livslängd mellan kvinnor och män och mellan olika sociala grupper. Skillnaden mellan könen har minskat särskilt i dödsorsaker som har samband med rökning. Svenska män har lägst andel rökare i Europa och lägst dödlighet i lungcancer. Troligen bidrar den jämförelsevis låga andelen rökare bland män, även bakåt i tiden, till att svenska mäns medellivslängd är en av de längsta i världen. Svenska kvinnor har däremot i högre grad varit rökare än kvinnor i andra länder.

Tobakens globala spridning

Under 1900-talet ledde den globala spridningen av tobak, och då särskilt cigaretter, till en utdragen sjukdomsepidemi som länge förblev ouppmärksam. År 1950 kom studier som redovisade starka samband mellan rökning och lungcancer [1, 2]. Men först i och med 1964 års rapport från den amerikanska hälsovårdsmyndigheten [3] blev vidden av hälsokonsekvenserna känd för en bredare allmänhet [4]. En undersökning där drygt 34 000 brittiska läkare blev undersökta, kunde redan 1954 visa att rökning är den främsta orsaken till lungcancer. Vid uppföljning 50 år senare, år 2004, kunde rökningens omfattande skadeverkningar beskrivas i detalj [5]. Dessa studier visade att medicinska, sociala eller

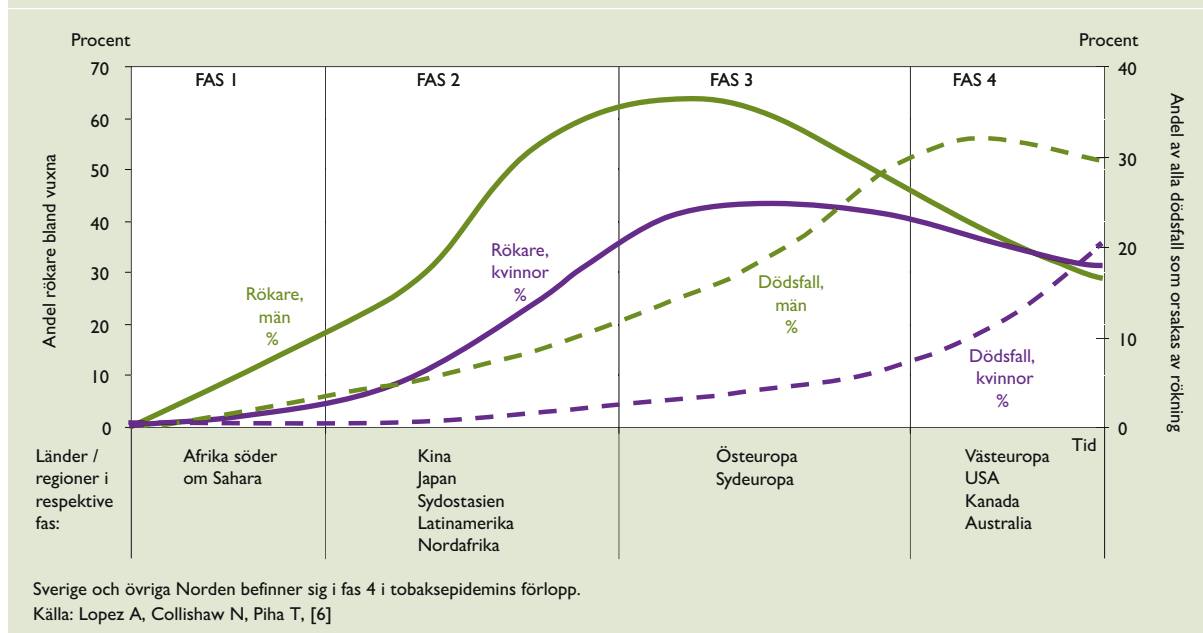
hygieniska framsteg inte kunde lindra skadeverkningarna, utan att det enda sättet att undvika skador är att sluta röka.

Det finns många länder i världen där cigarett-rökningen fortfarande ökar. Tobaksepidemins typiska förlopp kan beskrivas i en modell med fyra faser som visar hur förekomsten av rökning, och nivån på rökningens skadeeffekter utvecklas (figur 1). Hittills har rökningen först fått spridning bland män. Kvinnor har börjat röka senare och har inte rökt i samma utsträckning som män. Andelen rökare bland kvinnor har inte i något land överstigit 50 procent, bland annat som en följd av att rökningens skadeverkningar hunnit bli kända [6].

Modellen illustrerar att ökningen av tobaksrelaterade sjukdomar kom tidigare bland män än bland kvinnor, och att hälsoeffekten av minskad rökning är fördröjd och ännu bara märks bland män. I fas fyra i modellen, där Sverige befunnit sig i flera år, minskar både kvinnors och mäns rökning, men rökningens relaterade dödsfall fortsätter att öka för kvinnor. Men nu finns det tecken på att skadeverkningarna börjar minska även bland kvinnor i Sverige. Lungcancer bland yngre kvinnor minskar sedan 1997 (se vidare nedan) och Sverige håller möjligen på att lämna fas fyra. Vissa länder har dock inte följt utvecklingen som modellen förutsäger. Det beror främst på att andelen rökande kvinnor inte ökat trots en längre tids hög förekomst av rökning bland män, exempelvis i Kina (se nedan) [7].

Figur 1. Modell över tobaksepidemiens förlopp

Andel (procent) rökare (vänster skala) samt andel av alla dödsfall som uppskattas vara orsakade av rökning (höger skala) i tobaksepidemiens fyra olika faser. Kvinnor och män.



Tobaksförsäljning och tobaksvanor i Sverige

Cigarettförsäljningen minskar men snuset ökar

Cigarettförsäljningen mer än halverades mellan åren 1977 och 1998 (figur 2). Försäljningen av snus har däremot ökat stadigt sedan början av 1970-talet. Under perioden 1999–2001 ökade cigarettförsäljningen något, men har sedan fortsatt att falla.

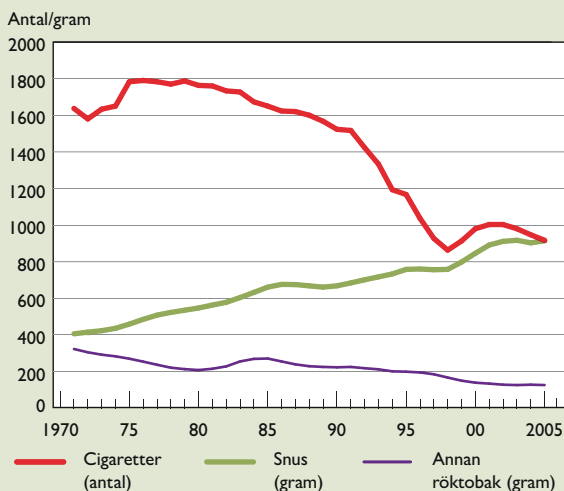
Rökvanorna i Sverige

Trots att rökningen i Sverige minskat i decennier finns det fortfarande knappt en miljon daglig-

rökare. År 2005 rökte 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i åldern 16–84 år. Under 1980-talet och större delen av 1990-talet minskade andelen rökare snabbare bland män än bland kvinnor (figur 3). Sedan början av 1990-talet har rökning varit vanligare bland kvinnor än bland män. Under 2000-talet har rökningen minskat i samma utsträckning bland kvinnor som bland män. Män röker något fler cigaretter per dag än kvinnor har så gjort sedan åtminstone 1980-talet. I genomsnitt rökte män två cigaretter mer per dag åren 2004 och 2005 [9]. Antalet tillfällighetsrökare kan uppskattas till ca 750 000 [15].

Figur 2. Tobaksförsäljning i Sverige

Årlig försäljningen av cigaretter (antal), snus (gram) och annan röktnobak* (gram) per person 15 år och äldre, perioden 1970–2006**.



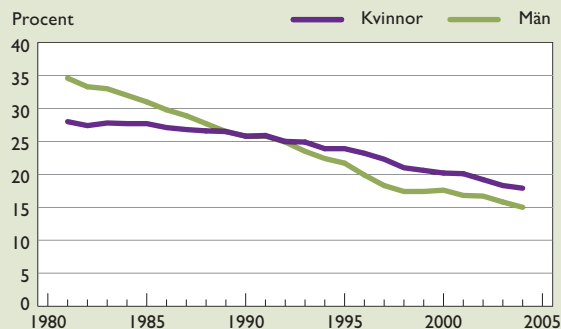
* Cigarrer, cigariller och pipetobak.

** Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [8]

Figur 3. Daglig rökning

Andel (procent) som uppgav att de rökte dagligen. Kvinnor och män i åldern 16–84 år, perioden 1980–2005*. Åldersstandardiserat.



* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tobaksepidemin i Sverige nådde aldrig samma nivåer som i flera andra europeiska länder. I exempelvis Storbritannien rökte 80 procent av männen på 1950-talet [10]. I Sverige var andelen rökande män hög under 1940-talet till slutet av 1960-talet (omkring 50 procent) och började sedan minska [11].

Kvinnorna i Sverige började röka i allt större utsträckning först på 1960-talet. I början av 1960-talet rökte ungefär var fjärde kvinna [12], och som mest rökte kvinnorna i mitten av 1970-talet, 37 procent [11]. Därefter har andelen rökare bland kvinnor minskat.

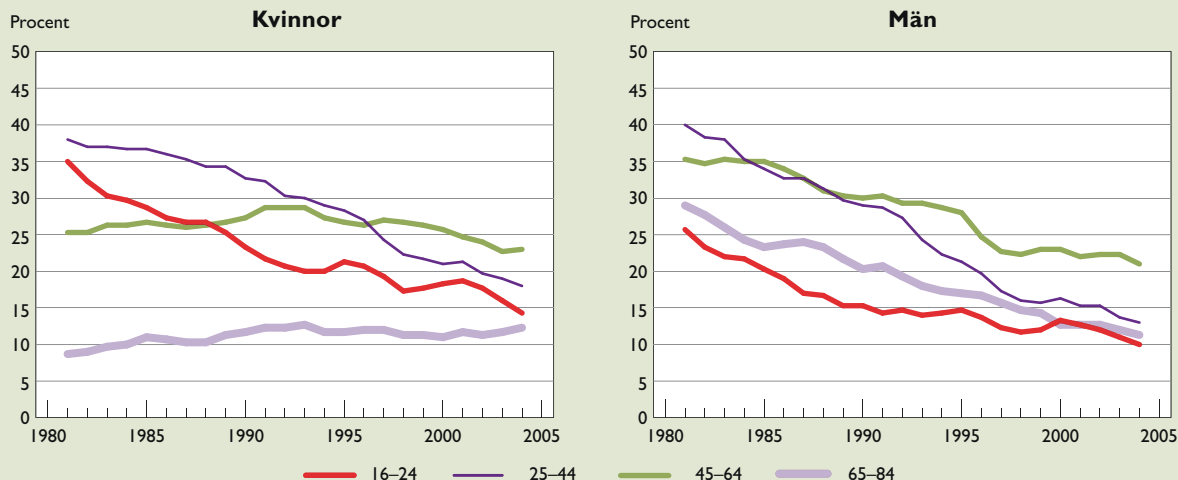
Bland kvinnor minskar andelen rökare bara bland yngre

Den högsta andelen rökare finns sedan flera år i åldergruppen 45–64 år för både kvinnor och män (figur 4). Deras rökvanor grundlades under en period, från 1950-talet fram till mitten av 1970-talet, då rökningen i Sverige ökade. Som figur 4 visar, har rökningen bland män minskat kraftigt i samtliga åldersgrupper sedan 1980.

Bland kvinnor är det endast i åldrarna under 45 år som andelen rökare minskat kraftigt. I åldern 45–64 år ökade andelen rökande kvinnor fram till mitten av 1990-talet och har därefter minskat något. Bland de äldsta kvinnorna, 65–84 år, har andelen rökare varit ganska oförändrad under de senaste tjugo åren. Det kan trots allt ses som positivt eftersom man har länge befarat att andelen rökare bland de äldsta kvinnorna skulle öka i takt med att senare födda generationer av kvinnor, som rökt mer, successivt ersätter tidigare generationer av kvinnor, som rökt i mycket liten utsträckning. Minskningen av andelen rökare i olika åldersgrupper beror både på olika generationers benägenhet att börja röka i ungdomsåren, och hur vanligt det är att sluta under vissa perioder.

Figur 4. Daglig rökning i olika åldersgrupper

Andel (procent) som uppgav att de rökte dagligen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, perioden 1980–2005*.

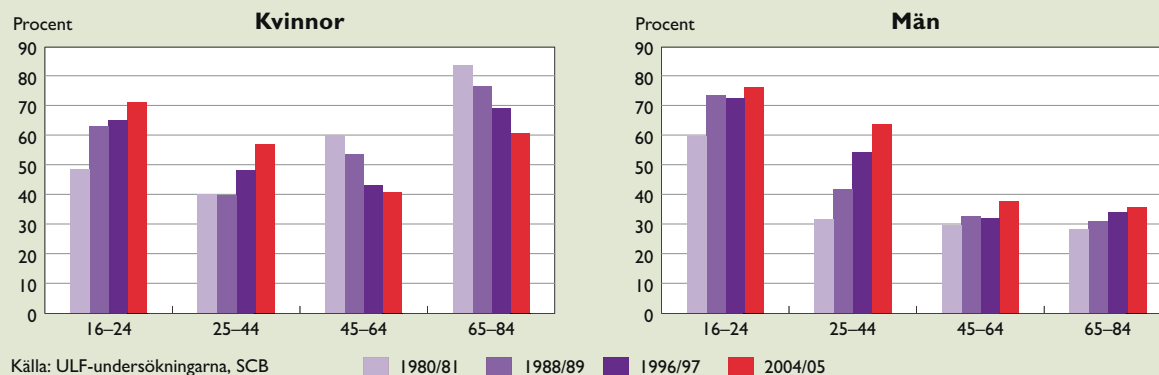


* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 5. Har aldrig rökt i olika åldersgrupper

Andel (procent) som uppgav att de aldrig har rökt. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, år 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Ur folkhälsosynpunkt är det också intressant att följa andelen som *aldrig* har rökt dagligen (figur 5). Åren 1980–1981 var andelen som aldrig rökt dagligen högst bland kvinnor i åldern 65–84 år, 84 procent. Åren 2004–2005 var det istället bland män i åldern 16–24 år där andelen som aldrig hade rökt var som störst, 76 procent. Bland män har andelen som aldrig har rökt ökat i alla åldersgrupper. Andelen kvinnor som aldrig har rökt ökar också, men bara i åldrarna under 45 år. I åldrarna över 45 år minskar alltjämt andelen som aldrig har rökt.

Flest rökare bland 40- och 50-talister

Ett annat sätt att illustrera rökvanornas förändringar är att jämföra andelen rökare i olika födelseårgångar (tabell 1). Högst andel rökare, drygt tjugo procent, finns i dag bland kvinnor och män födda på 1940- och 1950-talet. Rökningen minskade kraftigt mellan 1988/1989 och 2004/2005, i alla födelseårgångar och för båda könen. Största minskningen har skett bland män födda på 1920- och 1930-talet från nivån 25–28 procent till 8–10 procent, det vill säga en minskning med 17 procentenheter. Bland kvinnor i dessa generationer har andelen rökare inte minskat i samma utsträckning. Det innebär att det, till skillnad från 1980-talet, numera är fler kvinnor än män födda på 1930-talet som är rökare. Åren 2004–2005 var andelen rökare högre bland kvinnor än bland män i alla födelseårgångar, utom bland 1940-talister där den var lika hög, 21 procent.

Tabell 1. Rökning i olika generationer

Andel (procent) som röker dagligen i olika generationer åren 1988/89 och 2004/05 samt förändringen mellan dessa perioder. Åldersstandardiserat.

Födelse- årgång	Kvinnor			Män		
	88/ 89	04/ 05	Förändring 2004/05– 1988/89	88/ 89	04/ 05	Förändring 2004/05– 1988/89
	Procent		Procent- enheter	Procent		Procent- enheter
1900-tal	5			22		
1910-tal	10			22		
1920-tal	19	9	-10	25	8	-17
1930-tal	26	15	-11	28	10	-17
1940-tal	35	21	-14	34	21	-13
1950-tal	34	24	-9	30	21	-10
1960-tal	34	19	-15	22	13	-9
1970-tal	16			12		
1980-tal	16			12		

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Rökning minskar i alla befolkningsgrupper

Den globala tobaksepidemin har inte bara ett typiskt könsmönster utan också ett socialt mönster. Män i socioekonomiskt gynnade grupper var i allmänhet de som började röka först. När kunskapen om rökningens skadeverkningar blev kända var det samma socialt gynnade grupp som snabbast tog till sig informationen och slutade röka [6].

Sedan slutet av 1980-talet har trenden att sluta röka varit mycket stark i de flesta grupper i Sverige (tabell 2).

Tabell 2. Rökning i olika befolkningsgrupper

Andel (procent) som röker dagligen i olika befolkningsgrupper åren 1988/89 och 2004/05 samt förändringen mellan dessa perioder. Kvinnor och män 20–84 år. Åldersstandardiserat.

Befolkningsgrupper	Kvinnor			Män		
	1988/89	2004/05	Förändring 04/05– 88/89	1988/89	2004/05	Förändring 04/05– 88/89
Ursprung	Procent		Procent- enheter	Procent		Procent- enheter
Födda utomlands	35	21	-15	42	28	-15
Födda i Sverige, båda föräldrar födda utomlands	40	21	-20	31	13	-18
Födda i Sverige, en förälder född utomlands	36	23	-13	29	13	-16
Födda i Sverige, båda föräldrar födda i Sverige	26	18	-8	26	13	-13
Utbildningsnivå						
Grundskola	26	23	-3	32	20	-11
Gymnasium	33	24	-9	27	16	-11
Eftergymnasial	18	10	-7	21	9	-12
Socioekonomisk grupp						
Ej facklärd arbetare	31	25	-6	34	21	-13
Facklärd arbetare	31	27	-4	28	17	-10
Lägre tjänstemän	31	18	-13	33	15	-18
Tjänstemän på mellannivå	19	12	-7	22	10	-12
Högre tjänstemän	22	7	-15	20	8	-12
Egna företagare	25	19	-5	28	15	-13
Jordbrukare	6	2	-4	13	9	-4
Hushållstyp						
Ensamstående	27	23	-4	32	18	-14
Sammanboende	27	16	-11	25	13	-13
Samtliga	27	18	-9	27	15	-13

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Av de grupper som finns med i tabell 2 var det utlandsfödda män och kvinnor bland arbetare som hade den högsta andelen rökare åren 2004/2005. Rökvanorna hos utlandsfödda varierar med vilket ursprungsland man kommer ifrån (se även figur 5 i kapitlet Migration och hälsa). Män födda i Sverige, men vars båda föräldrar är födda utomlands,

rökte däremot inte mer än män med sverigefödda föräldrar. Det är stor skillnad på andelen rökare inom olika socioekonomiska grupper. Bland kvinnor rökte 25 procent bland arbetare och endast 7 procent bland högre tjänstemän. Bland män rökte 20 procent bland arbetare mot 8 procent bland högre tjänstemän. I alla socioekonomiska

grupper, utom bland högre tjänstemän och jordbrukare, har rökningen bland män minskat betydligt mer än bland kvinnor de senaste femton åren. Bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning i åldern 30–74 år röker över trettio procent och rökning har snarare blivit vanligare under de senaste 25 åren (se figur 20 i kapitlet Folkhälsan i översikt).

I slutet av 1980-talet rökte sammanboende och ensamstående kvinnor lika mycket. Sammanboende kvinnor har minskat sin rökning mer än ensamstående kvinnor och rökning är numera betydligt vanligare bland ensamstående.

Andelen rökare har också minskat något mer i storstäder än på landsbygden. I ULF-undersökningen för åren 2004–2005 fanns det inga skillnader i rökning mellan storstadsområden och övriga kommuner [9]. De regionala skillnaderna i rökning var större på 1980-talet än nu, enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) [8].

Rökning bland gravida och föräldrar

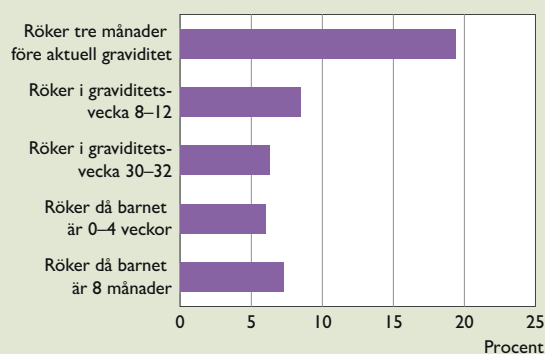
Rökning under graviditeten påverkar fostrets tillväxt och mognad och ökar risken för missfall och för tidig födsel. Det påverkar också fostrets lungtillväxt och kan påverka lungfunktionen hos barnet långt fram i livet. Tobaksrök ökar också risken för plötslig spädbarnsdöd (se vidare allergikapitlet och barnkapitlet).

Av alla kvinnor som fick barn år 2005 rökte 19 procent tre månader innan graviditeten. 6 procent rökte fortfarande i slutet av graviditeten, samt när barnet är nyfött (figur 6). I slutet av amningsperioden, när barnet är åtta månader, hade andelen rökare ökat något till 8 procent. Kvinnorna verkar med andra ord inte återuppta rökningen i någon större utsträckning efter bar-

nets födelse. Graviditet och barnafödande leder alltså till kraftigt minskad rökning bland kvinnor. Det är dock fortfarande en bit kvar till Folkhälsopropositionens mål för år 2014: en rökfri start i livet för alla.

Figur 6. Rökning före, under och efter graviditeten

Andel (procent) kvinnor som rökte dagligen före, under och efter graviditeten (barn födda 2005).

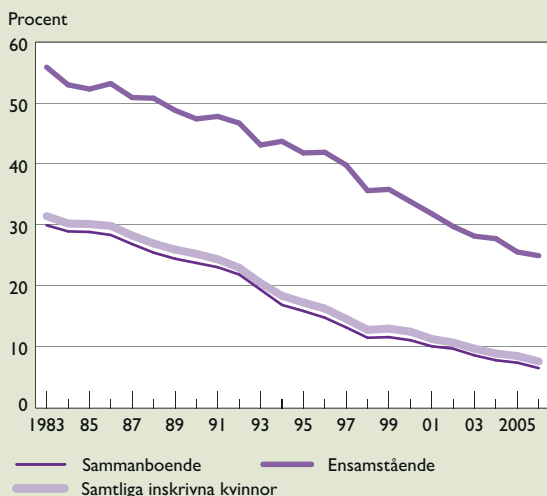


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen [13]

Rökning bland gravida kvinnor har minskat med drygt 20 procentenheter under perioden 1983–2006 (figur 7). Gravida kvinnor som är ensamstående röker i betydligt högre utsträckning (25 procent) än sammanboende (6 procent). Skillnaden mellan dessa båda grupper har dock minskat på senare år.

Figur 7. Rökning bland blivande mammor

Andel (procent) som röker dagligen bland kvinnor vid inskrivningen till mödrahälsovården, indelade efter familjesituation, perioden 1983–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Ensamstående mödrar med barn i åldern 0–17 år är dagligrökare i dubbelt så hög utsträckning som såväl ensamstående kvinnor utan barn som sammanboende kvinnor med eller utan barn i jämförbar ålder (se figur 18 i kapitlet Hälsa i förvärvsaktiv ålder).

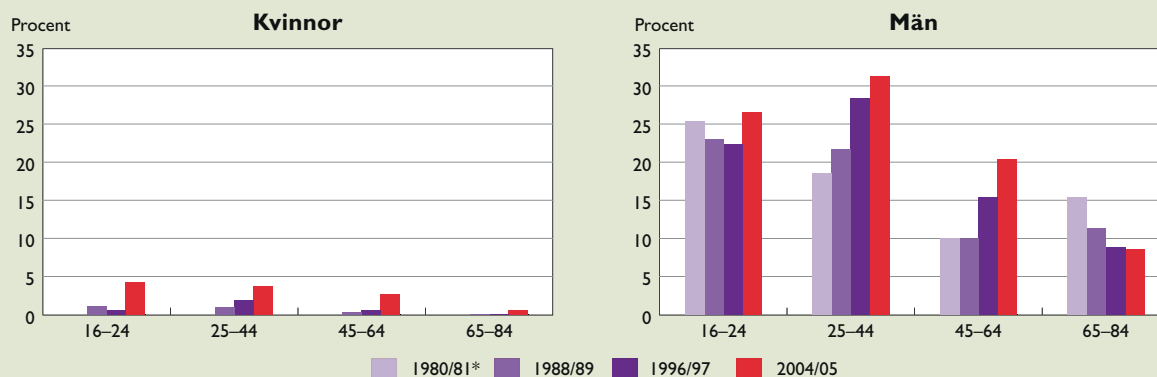
Allt fler snusar

Att snusa har blivit allt vanligare (figur 8). I dag är det fler män som snusar än som röker. Bland män 16–84 år både snusar och röker 2 procent dagligen, 21 procent snusar enbart och 12 procent röker enbart, enligt ULF-undersökningarna 2004–2005. Snus har också blivit vanligare bland kvinnor, men det är fortfarande bara 3 procent bland kvinnor 16–84 år som snusar.

Snusningen minskade fram till 1960-talet. Tidigare var det mest äldre män som snusade. Efter stora marknadsföringsinsatser under slutet av 1960-talet ökade snusningen kraftigt och har sedan dess fortsatt att öka. Högst andel snusare finns bland män i

Figur 8. Snusar dagligen

Andel (procent) som snusar dagligen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.



* Åren 1980/81 löd frågan "Snusar Ni?" och ställdes bara till män, övriga år löd frågan "Snusar Du dagligen?" och ställdes till båda könen.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

åldern 25–44 år (figur 8), men att snusa har blivit allt vanligare i alla åldersgrupper, utom bland män 65–84 år. Bland kvinnor har snus blivit vanligare framför allt under det senaste decenniet, och ökningen är störst bland ungdomar.

Eftersom snus användningen bland män har ökat, har andelen män som använder tobak i någon form inte förändrats de senaste tio åren, utan ligger kvar på 35 procent. Däremot är det färre kvinnor som använder tobak dagligen nu jämfört med för tio år sedan: 21 respektive 27 procent.

En minoritet manliga f.d. rökare rapporterar att de använt snus som medel för att sluta röka [14]. Kunskapsläget är emellertid helt otillräckligt för att dra några slutsatser om vad denna specifikt svenska företeelse kan ha haft för betydelse för folkhälsan.

En annan viktig fråga är om snuset skulle kunna vara en inkörsport till rökning. Enligt BROMS-studien (Barns rökning och miljö i Stockholms län) började en minoritet (6 procent) av snusarna röka före 19 eller 20 års ålder (se kapitlet Ungdomars hälsa). Rekryteringen av nya rökare från gruppen unga snusare var alltså under perioden 1997–2005 närmast marginell.

Sociala skillnader i snusning minskar

Åren 2004–2005 var det mer än dubbelt så vanligt att manliga facklärdade arbetare snusade, jämfört med män som arbetade som högre tjänstemän: 29 procent jämfört med 12 procent. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper har dock minskat sedan slutet av 1980-talet. Det beror på att andelen snusare har ökat mer bland tjänstemän än bland arbetare. Bland kvinnor är snusning så pass ovanligt att det är svårt att uttala sig om socioekonomiska skillnader. [9]

Inrikes födda kvinnor och män snusar i ungefär dubbelt så hög utsträckning som utrikes födda. Detta gäller alla inrikes födda, oavsett om deras föräldrar är födda utomlands eller i Sverige [9]. De flesta börjar vanligen snusa i ungdomsåren, och inte när de flyttat till Sverige som vuxna.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten finns det regionala skillnader i snusning för åren 2004–2007 [15]. Snusning är inte lika vanligt i storstadsområden som i övriga kommuner [9]. I de nordliga länen (Jämtlands, Norrbottens och Västernorrlands län) snusar 7–10 procent av kvinnorna jämfört med 2 procent längre söderut (Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs, Gotlands, Blekinge, Hallands och Örebro län). Högst andel snusare bland män finns på Gotland, 32 procent, och lägst, 17 procent, i Hallands och Stockholms län.

Tobaksrelaterad sjuklighet

Hälften av alla rökare beräknas dö till följd av sin rökning, något som i hälften av fallen inträffar redan i medelåldern [4]. I den tidigare nämnda brittiska studien bland läkare fann man att män som var födda mellan 1900 och 1930 och som hade rökt hela sitt liv, dog i genomsnitt 10 år tidigare än sina icke-rökande manliga läkarkollegor [5]. Rökare som slutade röka förbättrade sin överlevnad avsevärt. De som slutade röka före 30 års ålder hade ingen ökad risk att dö i förtid. De som slutade röka vid 40-, 50- eller 60-års ålder levde 9, 6 respektive 3 år längre än dem som fortsatte att röka [5].

Hur många cigaretter man röker har också betydelse. Risken för lungcancer har visat sig vara omkring tre gånger högre om man röker mer än 25 cigaretter per dag, jämfört med om man röker mindre än 5 cigaretter per dag [16]. Det finns dock ingen ofarlig, nedre gräns för rökning – och

även passiv rökning (miljötabaksrök) ökar risken för lungcancer och hjärt- och kärlsjukdom.

Tobaksrök är cancerframkallande. Uppemot en tredjedel av all cancerdödlighet hos män i Sverige under 1990-talet orsakades av tobaksrök. Tobaksrök orsakar dock ännu fler dödsfall i andra sjukdomar än cancer [4]. Det är framförallt hjärt- och kärlsjukdomar och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som förkortar rökarens liv.

De vanligaste cancersjukdomarna, som helt eller delvis orsakas av rökning är cancer i lungor, mage, lever, näsa, mun, luftstrupe, matstrupe, svalg, bukspottkörtel, njurar och urinblåsa. Flera av dessa tobaksrelaterade cancersjukdomar hör till de mest svårbehandlade och dödliga. Risken för bröstcancer och prostatacancer tycks inte öka av tobaksbruk [17]. Man vet inte säkert om rökning påverkar risken att drabbas av tjocktarmscancer. För vissa cancersjukdomar bidrar både rökning och alkohol till ökad risk för insjuknande. Detta gäller exempelvis cancer i luftstrupe, matstrupe och lever. Cigarettrökning är dessutom mycket vanlig bland missbrukare av alkohol.

Tobaksrökning ökar också risken för bland annat benskörhet, hörselnedsättning, struma, magsår, Crohns sjukdom, ledgångreumatism och psoriasis. Dessutom leder tobaksrökning till nedsatt fertilitet.

De flesta som börjar röka gör det före 20 års ålder, men de negativa effekterna kommer vanligen först i äldre medelåldern eller ännu senare i livet. Men det finns betydande skillnader för hur mycket, och hur snabbt, risken för en viss sjukdom minskar efter det att man slutat röka.

Rökstopp minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom inom något år

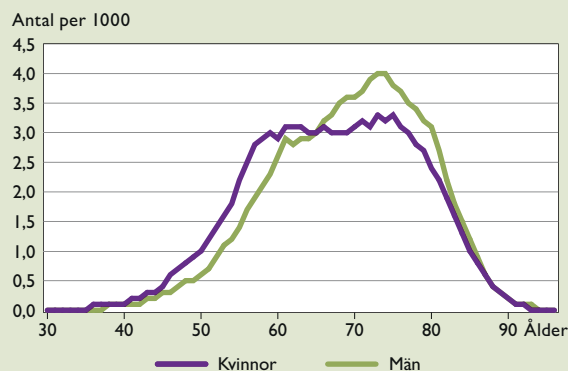
Rökning ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar bland annat genom att blodtrycket ökar, syresättningen minskar, åderförkalkning påskyndas och risken för blodproppar ökar. Rökstopp leder snabbt till minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Den som slutar att röka i samband med en hjärtinfarkt kan räkna med att risken för en ny infarkt halveras under det kommande året [18]. Efter fem år är risken lika liten som hos en icke-rökare. Därför har även kortsiktiga förändringar av cigarettkonsumtionen visats påverka dödligheten i hjärtsjukdom i flera europeiska länder, däribland Sverige under perioden 1951–1995 [19]. Förändrade rökvanor har haft större betydelse för hjärtinfarktinsjuknande än förändringar av andra kända riskfaktorer som högt blodtryck och höga blodfetter [20] (se även kapitlet Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes).

Risken för lungcancer halveras vid rökstopp i 50-årsåldern

I dag dör lika många kvinnor av lungcancer som av bröstcancer. Dessa två cancerformer är de två vanligaste orsakerna till cancerdöd hos kvinnor. Bland män är lungcancer den näst vanligaste orsaken till cancerdöd. Prostatacancer är betydligt vanligare. Tobaksrökning orsakar sannolikt lungcancer i lika hög grad bland kvinnor som bland män, och risken är också lika stor bland personer med olika etnisk bakgrund [17]. Figur 9 visar åldersfördelningen vid tidpunkten för diagnos bland dem som fick lungcancer mellan år 2000 och 2006. Upp till 65 års ålder är lungcancer vanligare bland kvinnor och därefter vanligare bland män

Figur 9. Ålder vid insjuknande i lungcancer

Antal per 1000 som insjuknat i lungcancer. Kvinnor och män i olika åldrar*. Genomsnitt för åren 2000–2006.



* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

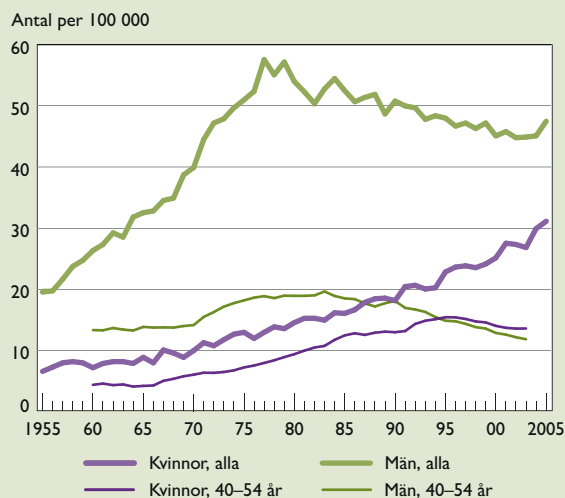
Lungcancer har en dålig prognos. Det var bara 15 procent av kvinnorna och 10 procent av männen som levde fem år efter att diagnosen ställts [21]. Inga större framsteg har gjorts beträffande möjligheterna att bota lungcancer. Det enda verkningsfulla sättet att bekämpa lungcancer är primärprevention, det vill säga att minska rökningen. Tobaksrökning orsakar cirka 80–90 procent av all lungcancer.

Från det att man börjat röka tar det omkring 20–40 år för lungcancer att utvecklas. Slutar man röka avtar risken att insjukna i lungcancer påtagligt, även om effekten inte sker lika omgående som för hjärt- och kärlsjukdomar. Först efter cirka fem år av rökstopp börjar risken för lungcancer att sjunka [17]. Efter 20 års rökstopp är risken nästan lika liten som för en person som aldrig rökt. Ju tidigare man slutar desto bättre, men även vid rökstopp först i 50-årsåldern halveras risken för lungcancer [4].

I figur 10 kan vi se att dödlighet i lungcancer ökade bland män under 1950-, 1960- och 1970-talen. Sedan började dödligheten minska igen. Det avspeglar utvecklingen av mäns rökvanor decennierna innan. Andelen rökande män var hög under 1940-talet och fram till slutet av 1960-talet, och började sedan minska.

Figur 10. Dödlighet i lungcancer

Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare och år. Kvinnor och män i totalbefolkningen perioden 1955–2005 samt i åldersgruppen 40–54 år* perioden 1960–2005. Åldersstandardiserat.



* Glidande femårsmedelvärde.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Lungcancer bland kvinnor har ökat hela tiden under perioden 1955–2006 trots att andelen rökare har minskat ända sedan mitten av 1970-talet. Det kan bero på att rökning bland kvinnor framför allt har minskat i åldrarna under 45 år, men att rökningen varit i stort sett oförändrad i åldrarna över 45 år (figur 4). En annan anledning kan vara att andelen som aldrig rökt bland äldre kvinnor

minskar (figur 5), det vill säga att andelen före detta rökare fortsätter att öka. I åldern 40–54 år, där endast en mindre andel av lungcancerdödligheten inträffar, har emellertid lungcancerdödligheten minskat sedan 1997. Det kan vara ett första tecken på en vändning bland kvinnor (figur 10).

Lungcancer vanligast bland män födda 1890–1920

Död i lungcancer var ovanligt bland män som föddes på 1860-talet men blev successivt allt vanligare i generationerna därefter (figur 11). Män födda på 1890-talet och fram till 1920-talet drabbades av den högsta dödligheten i lungcancer. Det är inte sannolikt att någon nu levande generation män kommer att få lungcancer i samma utsträckning. Lungcancerdödligheten bland män har minskat successivt för personer födda år 1910 och framåt.

Lungcancer var ovanligt bland kvinnor födda på 1800-talet men dödligheten ökade successivt för varje födelseomgång. När man jämför kvinnor i olika generationer i åldern 50–60 år, hade kvinnor födda på 1940-talet högst lungcancerdödlighet. Men lungcancerdödligheten ökar inte lika mycket med stigande ålder bland fyrtio- och femtioåringarna som den gjorde för tidigare generationers kvinnor. När rökningen minskade bland kvinnor i allmänhet så kom denna trend tidigare i fyrtio- och femtioåringarnas liv än för generationerna innan. Fyrtio- och femtioåringarna kommer därför sannolikt aldrig att drabbas av lungcancer i så hög utsträckning som kvinnor födda på 1920- och 1930-talen som rökte under en längre period av sina liv. Kvinnor födda på 1920-talet är sannolikt den generation kvinnor som förblir mest drabbad av lungcancer.

Luftföroreningar och radon ökar risken för lungcancer

Flera studier tyder på att luftföroreningar i stadsmiljö kan öka risken för lungcancer med upp till 50 procent [22]. I Socialstyrelsens Miljöhälso-rapport 2009 uppskattas luftföroreningar orsaka 200–300 lungcancerfall årligen i Sverige. I samma rapport beräknar man att radon i bostäder orsakar 500 lungcancerfall årligen. Av dessa fall inträffar 450 bland rökare och 50 bland personer som aldrig rökt. Omkring 15 procent av all lungcancer anses vara orsakad av radon. Rökare löper större risk än ickes rökare att få lungcancer av luftföroreningar och radon, eftersom de olika skadliga ämnena förstärker varandras effekter.

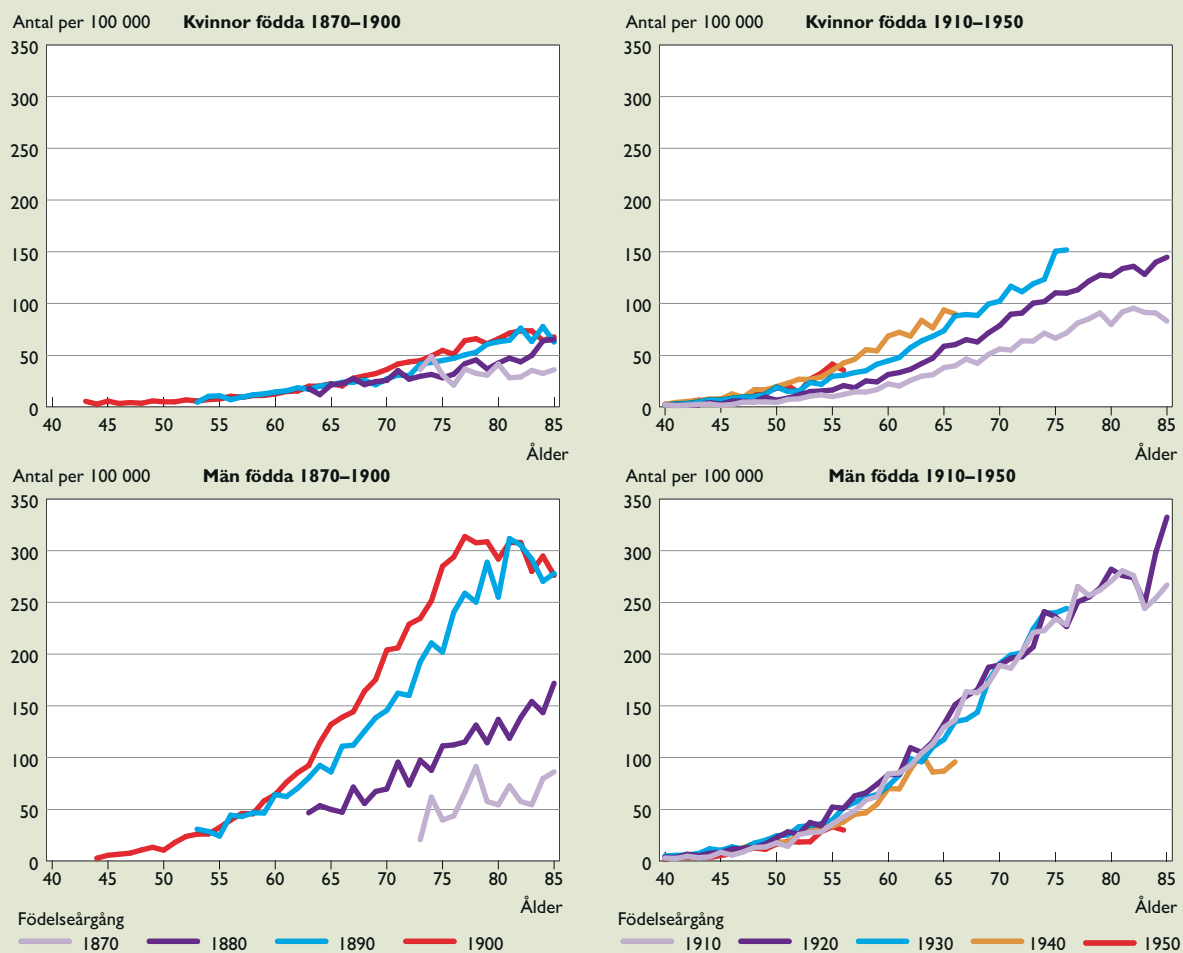
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och astma

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en betydligt vanligare konsekvens av rökning än lungcancer. Den som har KOL har en nedsatt lungfunktion, och det leder till att personen blir andfådd och trött redan vid begränsad fysisk ansträngning. Vid svår KOL drabbas den sjuke också av avmagring, benskörhet, hjärt- och kärlsjukdomar och depressioner. Sjukdomen går inte att bota, men det går att hejda förloppet om man slutar röka.

Rökande kvinnor insjuknar tidigare i livet än rökande män, och sjukdomen har ett snabbare förlopp bland kvinnor. Hjärt- och lungfonden beräknar att mellan 500 000 och 700 000 personer har KOL. 150 000 av dem har svåra besvär. KOL orsakas nästan uteslutande av rökning. Är man utsatt för andra luftföroreningar utöver tobaksrök, som damm från betong, cement, mineralfibrer, eller rök från bränt trä, ökar risken för KOL.

Figur 11. Dödlighet i lungcancer i olika generationer

Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare efter ålder och födelseårgång. Kvinnor och män, födda på 1870-talet fram till 1950-talet.



*Sedan 1952 finns dödsorsaksregistret datoriserat. Dödlighet i lungcancer som finns med i figuren är från år 1952 till 2005. Avgränsningen från 1952 innebär att för äldre födelseårgångar saknas uppgifter om död i lungcancer i yngre åldrar

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

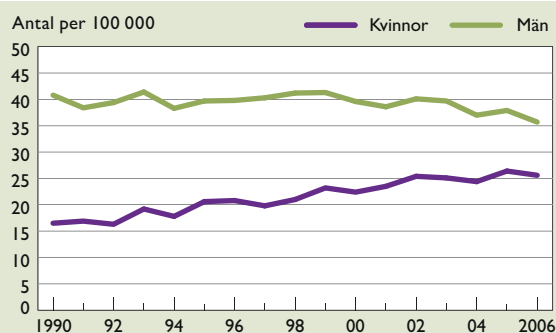
Astma förvärras av tobaksrök, och tobaksrök leder inte bara till att symtomen av befintlig astma förvärras, utan leder också till att astma utvecklas (se allergikapitlet).

Dödligheten i kroniska sjukdomar i andningsorganen har ökat långsamt bland kvinnor och minskat något bland män sedan 1990 (figur 12). Kvinnors risk att dö i dessa sjukdomar har närmast

sig männens och könsskillnaden är bara hälften så stor som den var år 1990.

Figur 12. Dödlighet i kronisk sjukdom i nedre luftvägarna

Antal avlidna i kronisk sjukdom i nedre luftvägarna* per 100 000 invånare och år. Kvinnor och män, perioden 1990–2006. Åldersstandardiserat.



*inkluderar kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), bronkit, emfysem och astma

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Hälsokonsekvenser av snus

Snusning ökar risken för munslemhinneförändringar, cancer i bukspottskörtel, matstrupe och magsäck, dödlig hjärtinfarkt, och förhöjt blodtryck [33–37]. Det finns indikationer på att snusning ökar risken för dödlig stroke, diabetes och metabolt syndrom, förtidsbörd, låg födelsevikt och havandeskapsförgiftning [38, 39].

Snusning ger en högre nikotinnivå än rökning. Därför har den som snusar ett högre nikotinberoende än den som röker. Nikotinet i snus har bedömts även öka risken att utveckla andra drogberoenden, exempelvis alkoholmissbruk [40]. Med reservation för det begränsade antalet vetenskapliga studier som finns om snus, står det ändå klart att svenskt snus inte är ofarligt men utgör en avsevärt mindre hälsorisk än tobaksrökning. Snus har

inte samma globala spridning som tobaksrökning, och forskningsstudier om snus är få jämfört med studier om rökning.

Rökning och skillnader i medellivslängd

I början av 2000-talet var antalet rökningssrelaterade dödsfall i världen ungefär 4–5 miljoner per år, en siffra som förväntas öka till 10 miljoner per år fram till år 2030 [4]. Tobaksrökning är orsak till drygt en femtedel av all hjärt- och kärlsjukdom i världen enligt WHO [26], och rökningen är som sagt också den helt dominerande orsaken till lungcancer och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Andelen dödsfall som har orsakats av rökning är högre bland män än bland kvinnor i alla länder. Som högst orsakar rökning drygt en tredjedel av männens dödsfall och en femtedel av kvinnornas [6].

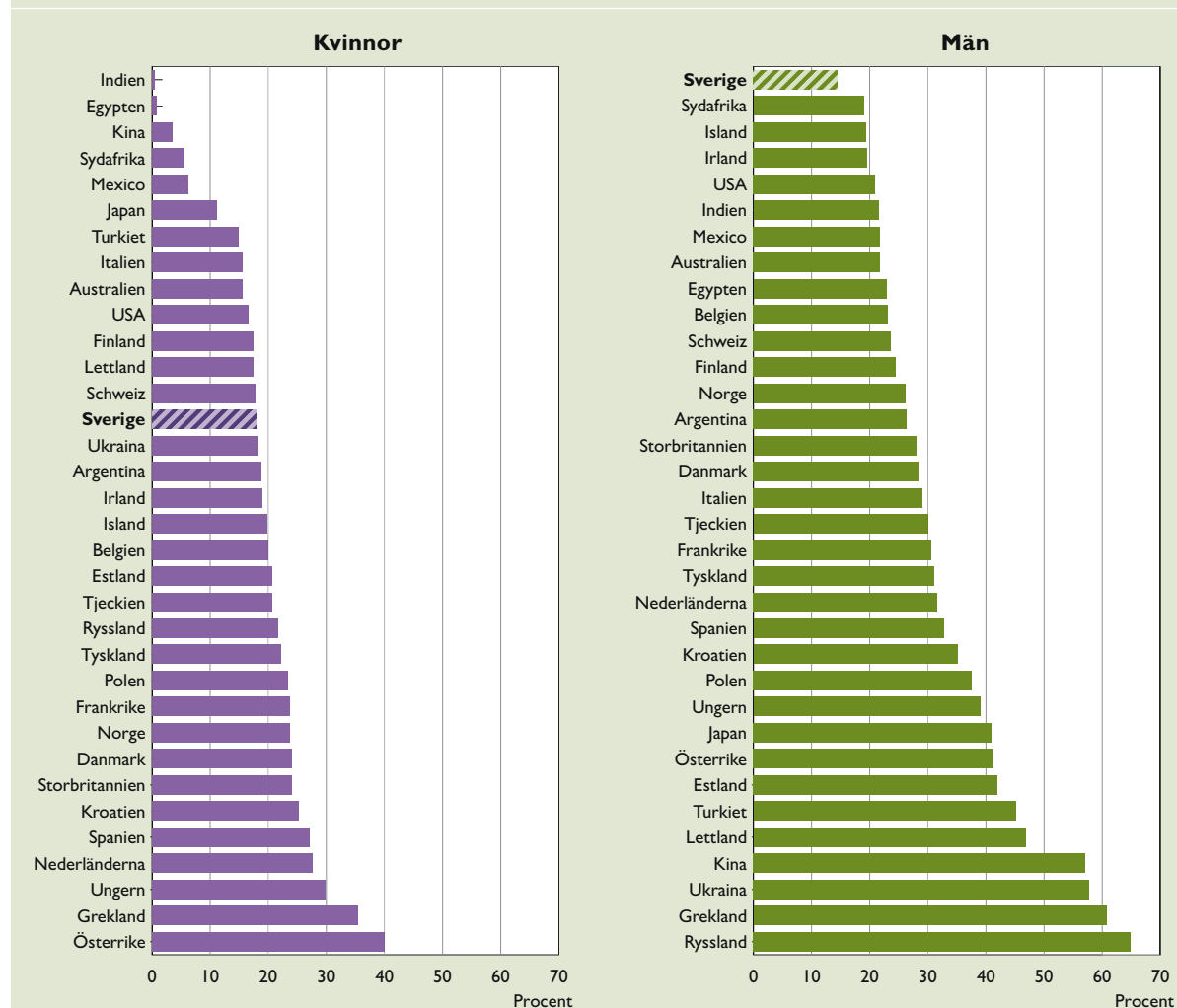
Svenska män röker minst och har lägst lungcancerdödlighet i Europa

Enligt en rapport från WHO år 2007 [27] finns det i dag fler rökare i Europa än de cirka 215 miljoner som man räknade med i sin prognos år 2002 [26]. Det är främst i länder i östra och södra Europa som rökningen ökar. Dessa länder befinner sig fortfarande i fas 3 i den globala spridningsmodellen (figur 1). Sverige skiljer sig således från genomsnittet i Europa eftersom rökningen minskar sedan långt tillbaka. I Sverige befinner vi oss i fas 4 i den globala spridningsmodellen.

Andelen av befolkningen som röker varierar mycket mellan olika länder (figur 13). Andelen män i Sverige som röker är bland de lägsta i världen. Svenska män är rökare i mindre utsträckning än män i andra europeiska länder, och USA, Japan, Kina, Indien och Australien. Svenska kvinnor har också en mindre andel rökare än i flertalet europeiska länder, men röker i högre utsträckning än kvinn-

Figur 13. Daglig cigaretttrökning i ett urval av länder

Andel (procent) dagligrökare i ett urval av länder i början av 2000-talet. Kvinnor och män.



Uppgifterna är åldersstandardiserade och hämtade från något av åren 2001 till 2006. Det finns en viss variation mellan länder när det gäller åldersintervall för olika frågeundersökningar, och jämförelser mellan länder bör tolkas med en viss försiktighet.

Källa: World Health Organisation [28]

or i USA, Japan, Kina och Indien. Att ha en högre andel rökare bland kvinnor än bland män är unikt för Sverige. Island och Irland hade samma andel rökare bland båda könen. I många länder är könsskillnaden stor. I exempelvis Ryssland och Kina rökte mer än hälften av alla män, medan andelen kvinnor som rökte var 19 respektive 3 procent.

En anledning till att Sverige sedan flera år haft den lägsta andelen rökare bland män kan vara att hälsoupplýsning om rökningens skadeverkningar kom förhållandevis tidigt i vårt land. Hälsoupplýsning är också en förklaring till att rökningen minskat påtagligt i länder som Kanada och USA [7]. Det är okänt i vilken utsträckning tillgången på snus har påverkat rökvanorna i Sverige, eftersom det inte finns många andra länder att jämföra med. Men Sverige är inte unikt vad gäller andelen personer som slutat röka.

Svenska män har lägst lungcancerdödlighet i Europa (figur 14). Bland män är lungcancer vanligt i Öst- och Centraleuropa. Bland kvinnor är lungcancer förhållandevis vanligt i Sverige jämfört med andra europeiska länder. Lungcancer är dock vanligare bland kvinnor i våra nordiska grannländer: Danmark, Island och Norge, men däremot inte i Finland. Lungcancer bland kvinnor är också vanligare i Storbritannien, Holland och Ungern än i Sverige.

Rökning bidrar till skillnader i medellivslängd

Eftersom rökning är den i särklass viktigaste orsaken till ett flertal vanliga dödliga sjukdomar har befolkningens rökvanor betydelse för medellivslängden. Skillnader beträffande rökningens etablering i olika länder bidrar till att medellivslängden i socialt och ekonomiskt jämförbara länder kan skilja sig åt med flera år. I en jämförande analys av 22 utvecklade länder fanns ett tydligt

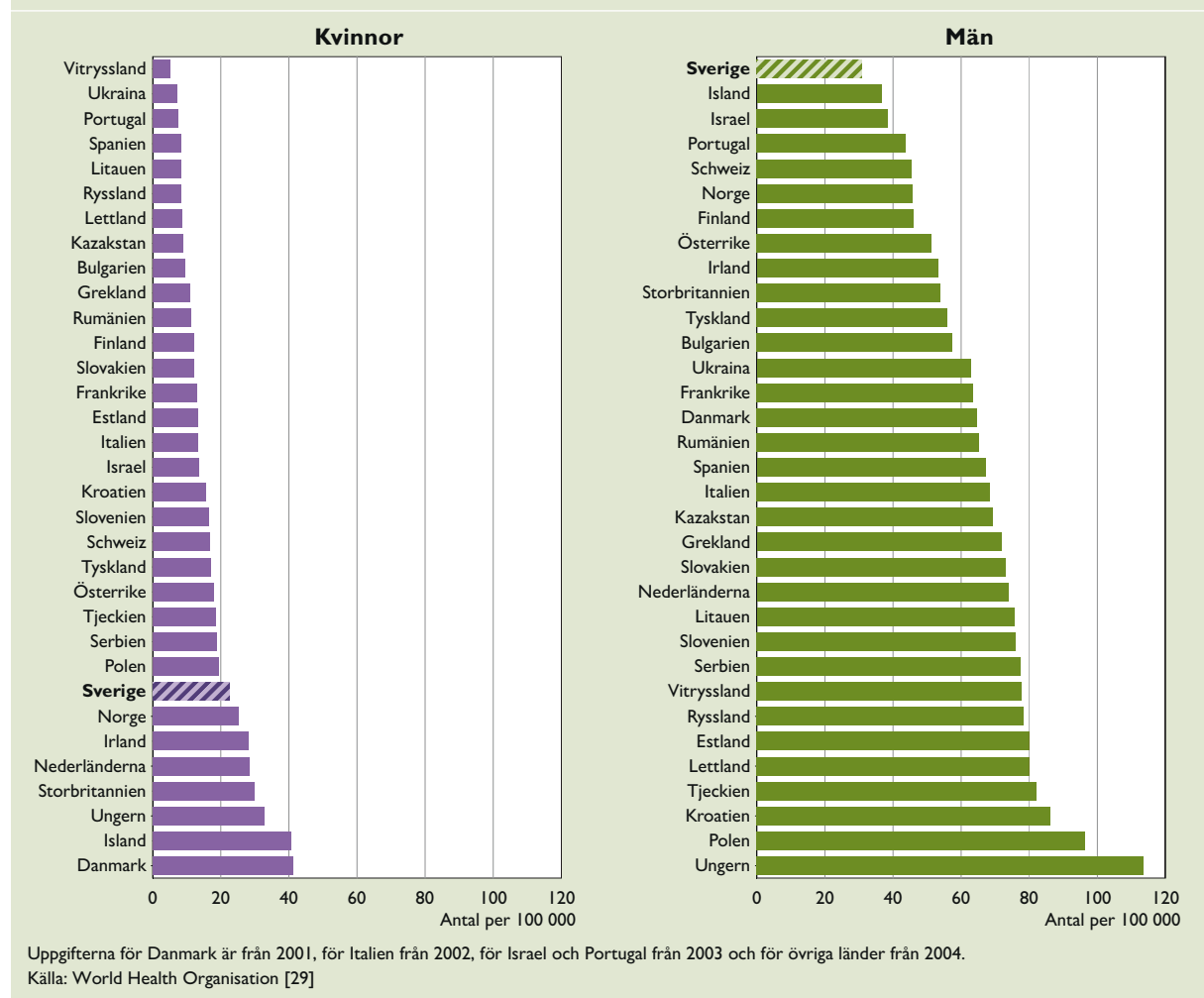
samband mellan lungcancerdödlighet och medellivslängd bland kvinnor [30]. Danmark och USA, som hade den kortaste medellivslängden för kvinnor bland länderna i denna studie, hade också den högsta dödligheten i lungcancer. Skillnader i utvecklingen av befolkningens rökvanor mellan olika länder kan vara en av de främsta orsakerna till att män i Sverige har Europas längsta medellivslängd, men också till att svenska kvinnor inte har en lika framskjuten position.

En sammanställning från WHO visar att mer än hälften av skillnaderna i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper bland män i Storbritannien, Frankrike och Polen beror på skillnader i rökning [27]. Skillnader i rökning mellan grupper med olika utbildningsnivå är stora i de flesta europeiska länder [31]. I Sverige var andelen rökare nästan lika stor bland arbetare som bland tjänstemän år 1963, 55 respektive 52 procent [11]. Under 1970- och 1980-talet minskade rökningen betydligt mer bland tjänstemän än bland arbetare. De sociala skillnaderna i rökning ökade successivt. Detta kan vara ett av huvudskälen till att skillnader i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper har varit stora ända sedan 1970-talet.

Rökning är den främsta förklaringen till att skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män i Sverige ökade under perioden 1945–1980 [32] (se också kapitlet Folkhälsan i översikt). När rökningens långa uppgående trend bröts i slutet av 1970-talet började också dödlighetsskillnaden mellan kvinnor och män att minska. Minskningen av dödsfall till följd av dödsorsaker som har samband med rökning, såsom KOL, lungcancer och hjärtinfarkt, är också de som bidragit mest till att mäns medellivslängd närmade sig kvinnors under senare tid.

Figur 14. Lungcancerdödlighet i ett antal europeiska länder

Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare och år. Kvinnor och män i ett antal europeiska länder, år 2001–2004. Åldersstandardiserat.



Referenser

1. Doll R, Hill A. Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal*. 1950;221:739–48.
2. Wynder E, Graham E. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. *JAMA*. 1950;143:329–36.
3. U.S. Public Health Service. *Smoking and health*. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, 1964. PHS Publication No 1103.
4. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, Fontham E, Franceschi S, Gao YT, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004 Jan 21;96(2):99–106.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal*. 2004 Jun 26;328(7455):1529–33.
6. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994;3:242–7.
7. Shafely O, Dolwick S, Guindon G, red. *Tobacco control country profiles (second edition 2003)*. Atlanta, USA: American Cancer Society, Inc., World Health Organization, International Union Against Cancer; 2003.
8. CAN – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Stockholm: 2007. Rapport nr 107.
9. Statistiska centralbyrån. *Alkohol- och tobaksbruk*. Stockholm: 2007. Levnadsförhållanden Rapport 114.
10. Agerberg M. Han kartlägger den växande tobaksepidemin. Intervju med Richard Peto. *Läkartidningen*. 2008;105(19):1362–5.
11. Nordlund A. *Smoking and cancer among Swedish women. Linköping Studies in Arts and Science No. 174* [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet, Institution Tema hälsa och samhälle; 1998.
12. Statistiska centralbyrån (SCB). *Rökvanor i Sverige. En postenkätundersökning våren 1963*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1965.
13. Socialstyrelsen. *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
14. Galanti, M. R., I. Rosendahl, et al. (2008). "The development of tobacco use in adolescence among "snus starters" and "cigarette starters": an analysis of the Swedish "BROMS" cohort." *Nicotine & Tobacco Research* 10(2): 315–23.
15. Statens folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor? Östersund*: 2007.
16. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*. 2000 Aug 5;321(7257):323–9.
17. Boffetta P, Trichopoulos D. Cancer of the lung, larynx and pleura. I: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D, red. *Textbook of cancer epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2002. Vol 33.
18. Hjärt-Lungfonden. *KOL*. Stockholm: 2007. En temaskrift från Hjärt-Lungfonden. 143.
19. Hemström Ö. Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. *Addiction (Abingdon, England)*. 2001 Feb;96(Suppl 1):S93–112.
20. Dobson A, Filipiak B, Kuulasmaa K, Beaglehole R, Stewart A, Hobbs M, et al. Relations of changes in coronary disease rates and changes in risk factor levels: methodological issues and a practical example. *American Journal of Epidemiology*. 1996;143:1025–34.
21. Socialstyrelsen; Cancerfonden. *Cancer i siffror 2005. Populärvetenskapliga fakta om cancer — dess förekomst, bot och dödlighet*. Stockholm: 2005.

22. Katsouyanni K, Pershagen G. Ambient air pollution exposure and cancer. *Cancer Causes Control*. 1997 May;8(3):284–91.
23. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
24. Luo J, Ye W, Zendehele K, Adami J, Adami HO, Boffetta P, et al. 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*. 2007 Jun 16;369(9578):2015–20.
26. World Health Organization. *The world health report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genève: 2002.
27. World Health Organization. *The European tobacco control report 2007*. Köpenhamn: Regional Office for Europe, 2007.
28. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER package*. Genève: 2008.
29. World Health Organization; Regional Office for Europe. *European health for all database (HFA-DB)* [Databas på Internet]. [citerad maj 2008]. Tillgänglig från: <http://www.euro.who.int/HFADB>.
30. Björk L, Hemström Ö. *Family policy, female labour force participation, fertility and the health of women in 22 OECD countries*. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHES), Stockholms universitet, Karolinska institutet, 2007. Rapport till projektet The Nordic experience: Welfare states and public health (NEWS).
31. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive medicine*. 2005 Jun;40(6):756–64.
32. Hemström Ö. Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women: a time-series analysis, 1945–1992. *Social science & medicine (1982)*. 1999 Jun;48(12):1759–77.
33. Zendehele K, et al., Risk of *gastroesophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff*. *International journal of cancer*, 2008. 122(5): p. 1095-9.
34. Cnattingius, S., et al., *Hälsorisker med svenskt snus*. 2005, Statens folkhälsoinstitut.
35. Hergens, M., *Swedish moist snuff and the risk of cardiovascular disease*. 2007, Karolinska Institutet: Stockholm.
36. Luo, J., et al., *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*, 2007. 369(9578): p. 2015–20.
37. Boffetta P., et al., *Smokeless tobacco and cancer*. *The lancet oncology*, 2008. 9(7): p. 667-75.
38. Norberg, M., et al., *Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing?* *Scandinavian journal of public health*, 2006. 34(6): p. 576-83.
39. England, L.J., et al., *Adverse pregnancy outcomes in snuff users*. *Am J Obstet Gynecol*, 2003. 189(4): p. 939-43.
40. Galanti, M.R., S. Wickholm, and H. Gilljam, *Between harm and dangers. Oral snuff use, cigarette smoking and problem behaviours in a survey of Swedish male adolescents*. *European journal of public health*, 2001. 11(3): p. 340–5.



Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk

Sammanfattning

Alkoholkonsumtionen har ökat sedan början av 1990-talet. Mellan 1990 och 2006 ökade kvinnor sin konsumtion från i genomsnitt 1,5 liter till 2,9 liter ren alkohol per person och år och män från 4,4 liter till 6,3 liter, enligt självrapporterade uppgifter. Den självrapporterade konsumtionen är emellertid mindre än den verkliga alkoholkonsumtionen som år 2006 i själva verket uppskattades vara 6,1 liter bland kvinnor och 13,6 liter bland män. Omräknat till veckokonsumtion motsvarar det 4 respektive 9,5 burkar starköl för kvinnor respektive män.

Även försäljningsstatistiken visar att alkoholkonsumtionen ökar, och den registrerade försäljningen av alkohol ökade i slutet av 1990-talet och var som högst år 2004. När den oregistrerade konsumtionen (laglig och olaglig) läggs till den registrerade försäljningen får man den så kallade totala konsumtionen, som var 9,7 liter per person år 2006 jämfört med 8,0 liter 1996. Konsumtionen av vin och starköl har ökat medan spritkonsumtionen har minskat. Trots att konsumtionen har ökat under senaste 15 åren är Sverige ett av de länder som har lägst alkoholkonsumtion i Europa. Svenska ungdomar dricker dock ungefär lika mycket alkohol som ungdomar i övriga EU, och det är konsumtionen bland medelålders som är lägre.

Det är svårare att få fram uppgifter om huruvida den riskabla alkoholkonsumtionen också har ökat. Män som dricker motsvarande två glas vin per dag eller mer, vilket kan anses vara en förhållandevis hög konsumtion, ökade från 6 procent till 8 procent mellan åren 1990 och 2002. En motsvarande konsumtion bland kvinnor är ett och ett halvt glas vin per dag eller mer, och andelen kvinnor med en sådan konsumtion har ökat från 2 procent till 5 procent.

Människors alkoholkonsumtion förändras under livsrytmen och i alla åldrar dricker kvinnor betydligt mindre alkohol än män. Mest dricker män i åldern 20–24 år med i genomsnitt 20,3 liter ren alkohol år 2002, vilket motsvarar 14 burkar starköl per vecka. För både kvinnor och män minskar konsumtionen med stigande ålder. Bland kvinnor är dock konsumtionen lägre i åldersgruppen 30–49 år, då många kvinnor har ansvar för barn, än i gruppen 50–64 år.

Det som kan bedömas som riskabla alkoholvanor är också vanligast bland unga, och 34 procent av män och 25 procent av kvinnor i åldern 16–29 år har riskabla alkoholvanor.

Alkoholkonsumtionen bland flickor och pojkar i årskurs 9 ökade också i slutet av 1990-talet, enligt egenrapporterade uppgifter. Den högsta nivån uppnåddes år 2000 och sedan dess har alkoholkonsumtionen sjunkit. Andelen i årskurs 9 som inte alls dricker alkohol har dock också ökat, och var 34 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna år 2007. Liksom bland de vuxna är det pojkar som dricker mer än flickor.

Fler män än kvinnor dör i en alkoholdiagnos, det vill säga som en direkt följd av alkoholmissbrukets skadliga effekter på kroppen. Sedan början av 1990-talet har andelen kvinnor som dör i en alkoholdiagnos ökat i åldrarna 65–74 år. Bland kvinnor i åldern 45–64 år har andelen varit oförändrad, möjligen med en svag ökning de senaste åren. Alkoholdödligheten bland män ökar i åldrarna över 65 år och minskar i hela åldersspannet 25–64 år. Under 2000-talet har andelen personer som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning ökat bland både kvinnor och män och i alla åldersgrupper.

Alkoholen har betydelse för folkhälsan på fler sätt eftersom alkohol ligger bakom en stor andel av olyckor, skador och våld. I Sverige dör cirka 3 000 personer årligen till följd av skador, och en tredjedel av dessa dödsfall uppskattas ha ett samband med alkohol. Varje år omkommer cirka 125 alkoholpåverkade personer i trafiken, vilket motsvarar cirka 20 procent av alla dödsolyckor i trafiken. Antalet alkoholpåverkade bilister, cyklister och fotgängare som dött i trafiken har dock varit relativt konstant sedan 1997.

Bland både kvinnor och män med alkoholproblem är depression två till tre gånger vanligare än hos andra. Alkoholberoende kan naturligtvis dessutom få sociala konsekvenser som i sin tur påverkar hälsan för den beroende och hans eller hennes omgivning.

Alkoholens positiva effekter på hälsan gäller framför allt hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och kognitiva funktioner, där risken för att insjukna kan minska genom alkohol i små doser, t.ex. ett glas vin per dag. I yngre åldrar finns det dock inga redovisade positiva effekter av måttlig konsumtion och berusningsdrickande innebär generellt sett större risker för hälsan..

Det förebyggande arbetet har framför allt varit inriktat på ungdomars och kvinnors alkoholkonsumtion, trots att män dricker betydligt mer. Förebyggande arbete som bygger på insikter om orsaker till de stora könsskillnaderna är viktigt för såväl kvinnors som mäns hälsa.

Under 1990-talet ökade narkotikaanvändningen bland niondeklassare. Den var som högst år 2001 men minskar nu åter. År 2007 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna att de prövat narkotika någon gång. 1 procent av flickorna och 2 procent av pojkarna i årskurs 9 har använt narkotika under den senaste månaden, vilket anses vara ett bättre mått på regelbunden användning. Antalet döda i en narkotikadiagnos har ökat dramatiskt sedan 1971. Flest dödsfall inträffade i början av 2000-talet, och antalet har därefter minskat. Dödsfall till följd av narkotikaanvändning är tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor.

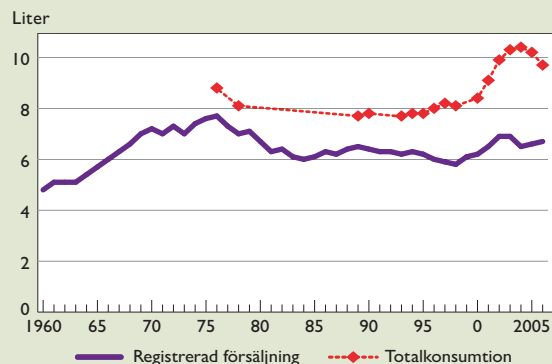
Alkoholkonsumtionens utveckling och nivåer

Totalkonsumtionen stabiliserad på en högre nivå än tidigare

År 2006 uppgick den registrerade *försäljningen* av öl, vin och sprit till 6,7 liter ren (100 procent) alkohol¹ per person över 15 år (figur 1) [1]. Motsvarande siffra 1996 var 6,0 liter. I den registrerade försäljningen ingår öl, vin och sprit som säljs via Systembolaget, restauranger och butiker [1]. När den oregistrerade konsumtionen (både laglig och olaglig) läggs till den registrerade försäljningen var den totala konsumtionen 9,7 liter per person år 2006 jämfört med 8,0 liter 1996. I faktaruta 1 presenteras en sammanfattning av de mått på alkoholkonsumtion och alkoholproblem som används i detta kapitel.

Figur 1. Alkoholförsäljning och totalkonsumtion

Alkoholförsäljning och totalkonsumtion av sprit, vin och öl (utom lättöl). Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre, perioden 1960–2006.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

¹ I fortsättningen förkortas uttrycket "liter ren (100 procent) alkohol" till "liter" eller "liter alkohol" beroende på sammanhang. Om något annat avses kommer det att framgå av texten.

Den registrerade försäljningen speglar förhållandevis väl den verkliga konsumtionen fram till mitten av 1980-talet då den oregistrerade konsumtionen var uppskattningsvis 1,0–1,2 liter per person [1]. Den registrerade försäljningen av alkohol ökade stadigt från början av 1960-talet till 1976, från 5 till 7,7 liter alkohol per invånare och år [1]. Efter 1976 sjönk försäljningen fram till 1984 och var då 6,0 liter.

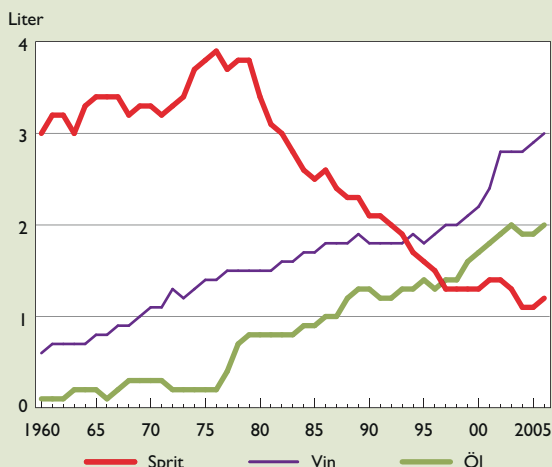
Sedan mitten av 1980-talet har den oregistrerade konsumtionen ökat, både i absoluta tal och som andel av totalkonsumtionen, i takt med att laglig privatinförsel och olaglig införsel har ökat. Den oregistrerade konsumtionen var som högst år 2004 då den lagliga privatinförseln var 2,9 liter och den olagliga 1,0 liter per person. Tillsammans utgjorde de 38 procent av totalkonsumtionen. År 2006 uppgick den oregistrerade konsumtionen till 3,0 liter per person och utgjorde 31 procent av totalkonsumtionen.

Totalkonsumtionen ökade i början av 2000-talet och den var som högst år 2004, 10,4 liter alkohol per person över 15 år. Därefter har totalkonsumtionen minskat både år 2005 och 2006 (figur 1).

Konsumtionen av vin och starköl har ökat medan spritkonsumtionen har minskat (figur 2). År 2006 konsumerades 38 procent av all alkohol i form av vin, 30 procent som starköl, 25 procent som sprit och 7 procent som folköl. Konsumtionsökningen under början av 2000-talet berodde främst på att människor dricker oftare, snarare än att de konsumerar mer vid varje tillfälle [2].

Figur 2. Försäljning av sprit, vin och öl

Försäljning av sprit, vin och öl (utom lättöl). Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre, perioden 1960–2006.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

Alkoholkonsumtion och alkoholproblem kan mätas på olika sätt. Följande termer och definitioner används:

Totalkonsumtion inkluderar den registrerade försäljningen samt den lagliga och olagliga oregistrerade konsumtionen.

Registrerad försäljning inkluderar öl, vin och sprit som säljs via Systembolaget, restauranger och butiker.

Oregistrerad konsumtion är en uppskattning av konsumtionsnivåerna, baserad på intervjuer med ett urval av befolkningen om hur mycket de dricker och hur de skaffat alkoholen de dricker. *Laglig oregistrerad konsumtion* inkluderar lagligt införd alkohol, t.ex. i samband med utlandsresor. *Olaglig oregistrerad konsumtion* inkluderar alkohol

som har tillverkats olagligt inom landet eller som olagligt förts in genom smuggling eller vidareförsäljning.

Självs kattad alkoholkonsumtion inkluderar uppgifter från intervju- eller enkätundersökningar om hur mycket alkohol en person uppger sig konsumera.

Uppräknad självskattad konsumtion inkluderar den självskattade alkoholkonsumtionen och en generell uppräknad med 40 procent eftersom man från olika studier vet att den självskattade konsumtionen vanligen underskattas med cirka 40 procent.

Intensivkonsumtion används för att beskriva hur ofta en individ dricker sig berusad eller hur ofta man vid ett och samma tillfälle dricker en större mängd alkohol (vanligen motsvarande en flaska vin).

Riskabelt drickande baseras på hur svarspersonerna i den nationella folkhälsoenkäten har svarat på frågor om hur ofta man druckit, hur mycket man dricker vid ett typiskt dryckestillfälle och hur ofta man dricker större mängder vid ett och samma tillfälle. Riskabelt drickande innebär t.ex. att ha varit berusad två till tre gånger per månad.

Alkoholmissbruk och alkoholberoende innebär att man i något olika hög grad har ett fysiskt, psykiskt och socialt behov av alkohol som man har svårt att bryta.

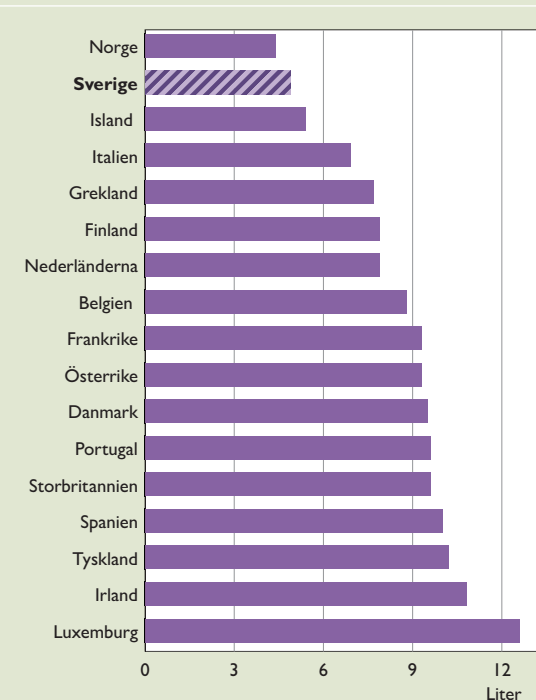
EU har högst alkoholkonsumtion i världen

EU är den region i världen där alkoholkonsumtionen är högst, och vid millennieskiftet var den 11 liter alkohol per person över 15 år. Mängden är beräknad utifrån den dokumenterade konsumtionen som inkluderar skatter och avgifter på alkoholdrycker samt t.ex. statistik över medlemsländernas produktion av och handel med alkohol [3]. Även om regionen har den högsta konsumtionen i världen har dock konsumtionsnivåerna sjunkit stadigt sedan slutet av 1970-talet. Uppskattningsvis avstår 15 procent av vuxna européer från att dricka alkohol, vilket motsvarar 55 miljoner personer. För att få fram en mer korrekt konsumtion bör man undanta dessa och dessutom lägga till information om alkoholkonsumtionen utöver den som fångas via skatter, avgifter och annan offentlig statistik, dvs. den som är baserad på självskattningar av alkohol. Totalkonsumtionen blir då 15 liter alkohol per alkoholkonsument och år [3].

Inom EU är öl den mest populära alkoholdrycken [3], med 44 procent av alkoholkonsumtionen, och därefter vin (34 procent) och sprit (23 procent). Figur 3 visar försäljningsstatistik från ett urval EU-länder samt Norge och Island, vilket i grova drag ger en bild av alkoholförsäljningen i de aktuella länderna. Man ska dock vara försiktig med alltför långtgående slutsatser eftersom försäljningsstatistiken förs på olika sätt i de olika länderna, vilket påverkar jämförelsen.

Figur 3. Alkoholförsäljning i Norden och EU15

Alkoholförsäljning i EU15* samt i Norge och Island. Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre, år 2003.



* EU15 betecknar de länder som var medlemmar i EU fram till 1 maj 2004 då en större utvidgning skedde.

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

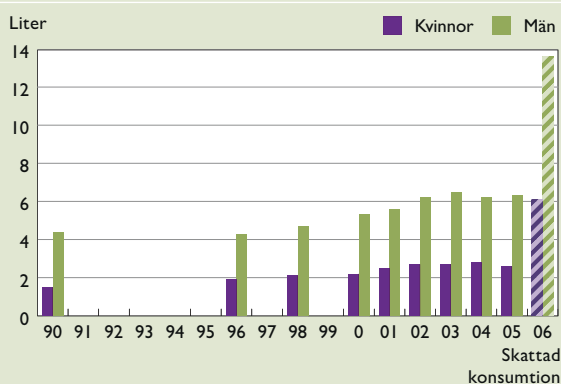
Självskattad konsumtion och uppskattad självskattad konsumtion

Ett viktigt komplement till försäljningsinformationen är den självskattade alkoholkonsumtionen som gör det möjligt att studera alkoholkonsumtionen för olika grupper i befolkningen. Intervjuundersökningar visar att både män och kvinnor ökade sin konsumtion mellan åren 1990 och 2006; män från i genomsnitt 4,4 liter per år till 6,3 liter och kvinnor från 1,5 liter till 2,9 liter (figur 4) [1, 4]. Således har män ökat sin konsumtion med

1,9 liter och kvinnor med 1,4 liter under dessa 16 år. Det motsvarar en ökning med 43 procent bland män och 90 procent bland kvinnor. [1].

Figur 4. Självskattad alkoholkonsumtion

Självskattad alkoholkonsumtion i liter ren (100 %) alkohol per invånare. Kvinnor och män, perioden 1990–2006. För år 2006 anges skattad konsumtion.



Under perioden 2003–2006 ingår personer i åldern 16–80 år och under perioden 1990–2002 personer i åldern 16–75 år.

Källa: Leifman [2], Trolldal [6], Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning [7], Boman [8].

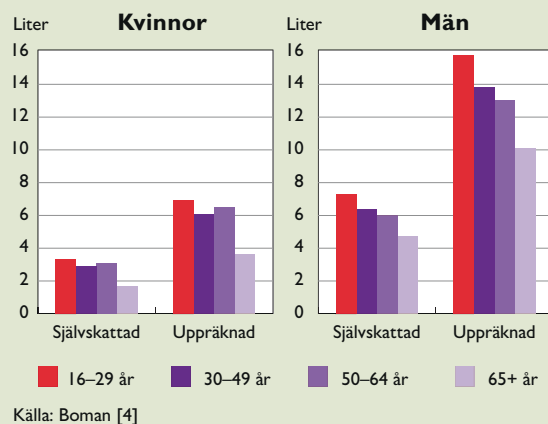
Den självskattade alkoholkonsumtionen är ungefär 40 procent lägre än den verkliga alkoholkonsumtionen. Det beror på att många personer med alkoholproblem inte svarar på intervju- och enkätundersökningar, och att de svarande tenderar att underskatta sin konsumtion [9]. Om man ökar den konsumtion som uppges i frågeundersökningar med 40 procent får man den uppräknade självskattade konsumtionen. Alkoholkonsumtionen för år 2006 blir då 13,6 liter bland män och 6,1 liter bland kvinnor (figur 4). Det motsvarar 9,5 burkar starköl (alkoholhalt 5,6 procent) per man och vecka respektive 4 burkar starköl per kvinna och vecka.

Unga män dricker mest

Alkoholkonsumtionen varierar mellan olika åldersgrupper, där den yngsta åldersgruppen dricker mest och de äldsta dricker minst (figur 5). Män i åldrarna 16–29 år drack år 2006 15,8 liter ren alkohol per person och år och kvinnor 6,9 liter [4]. Inom åldersgruppen 16–29 år hade män i åldrarna 20–24 år den högsta konsumtionsnivån, 20,3 liter alkohol per person, vilket motsvarar en genomsnittskonsumtion av 14 burkar starköl i veckan [9]. Bland unga kvinnor var det likaså 20–24 åringarna som hade den högsta konsumtionen, 8,8 liter alkohol per person år 2002. Det motsvarar en genomsnittskonsumtion per vecka av knappt två flaskor vin (1,4 liter vin, alkoholhalt 12 procent).

Figur 5. Självskattad och uppräknad självskattad alkoholkonsumtion

Självskattad och uppräknad självskattad alkoholkonsumtion i liter ren (100 %) alkohol per invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 år och äldre, år 2006.



Källa: Boman [4]

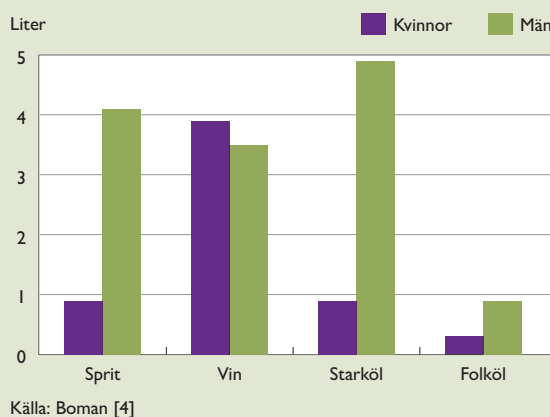
Bland män sjunker konsumtionen successivt med stigande ålder, och detsamma gäller i princip för kvinnor. Kvinnor i 30- och 40-årsåldern har dock en lägre konsumtion än övriga åldersgrupper, vilket sammanfaller med den ålder då många kvinnor har ansvar för barn. Dessutom har kvinnor och män i denna åldersgrupp den minsta ökningen av alkoholkonsumtion under 1990-talet [1, 2, 9].

Svenska ungdomar dricker ungefär lika mycket alkohol som ungdomar i övriga EU, men konsumtionen bland medelålders är något lägre i Sverige i jämförelse med andra länder i EU. Många länder i södra och centrala Europa har endast små skillnader i alkoholkonsumtion mellan olika åldersgrupper. Det svenska åldersmönstret, där unga dricker mer alkohol än andra åldersgrupper, har funnits åtminstone sedan slutet av 1970-talet. Även i Norge, Storbritannien och i viss mån på Irland dricker ungdomar mer än äldre [2].

I Sverige dricker kvinnor framför allt vin, medan männens konsumtion är mer jämnt fördelad över vin, sprit och starköl (figur 6) [4]. Denna könsskillnad finns i stort sett i alla åldersgrupper. Bland kvinnor i åldrarna 16–19 år står dock spritkonsumtionen för en högre andel (32 procent) av totalkonsumtionen jämfört med kvinnor i andra åldersgrupper [2]. Vidare är vinkonsumtionens andel av totalkonsumtionen mycket låg bland män i åldrarna 16–19 år (3 procent) och 20–24 år (9 procent). Unga män dricker framför allt starköl och folköl. Under de senaste åren är det vindrickandet som har ökat för kvinnornas del och bland männen starkölet.

Figur 6. Alkoholkonsumtion efter alkoholsort

Uppräknad självskattad alkoholkonsumtion av sprit, vin, starköl och folköl. Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare. Kvinnor och män, år 2006.



Skolungdomars alkoholvanor – en tredjedel avstår från alkohol

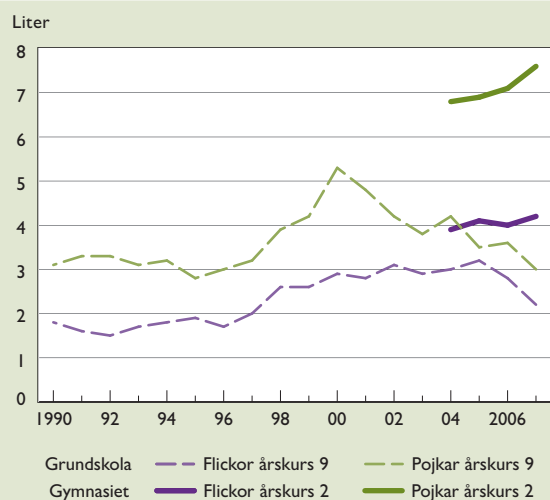
Liksom för befolkningen i övrigt ökade konsumtionen bland ungdomar i årskurs 9 i slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet [1]. Den högsta nivån bland pojkar uppnåddes år 2000 då den genomsnittliga självrapporterade konsumtionen var 5,3 liter per år (figur 7). Årskonsumtionen bland niondeklassare på 1990-talet var genomgående högre än på 1980-talet, medan 1970-talet låg mer i nivå med 1990-talet.

Könsskillnaderna i alkoholkonsumtion var som störst år 2000, då pojkar drack 2,4 liter mer än flickor. Den högsta nivån bland flickorna, 3,2 liter, uppnåddes år 2005 och då var könsskillnaden också som minst, endast 0,3 liter. Flickor i årskurs 9 har aldrig rapporterat högre konsumtion än pojkarna under de 17 år som Centralförbundet för alkohol och narkotika (CAN) har följt konsumtionsnivåerna [1, 10]. Andelen i årskurs 9 som inte alls dricker alkohol har ökat; år 2007 gällde det

34 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna [1, 10].

Figur 7. Alkoholkonsumtion bland ungdomar

Självsfattad alkoholkonsumtion i liter ren (100 %) alkohol per invånare. Flickor och pojkar i år 9 grundskolan perioden 1990–2007 och år 2 gymnasiet perioden 2004–2007.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

CAN har information om gymnasieungdomarnas självskattade årskonsumtion från 2004 till 2007, och den visar att ungdomar i gymnasiets årskurs 2 har högre alkoholkonsumtion än eleverna i årskurs 9 (figur 7) [1]. Pojkarnas självskattade konsumtion år 2007 var 7,6 liter alkohol och flickornas 4,2 liter. Andelen som inte dricker alkohol alls var 12 procent bland pojkarna och 10 procent bland flickorna.

Riskabelt drickande och missbruk

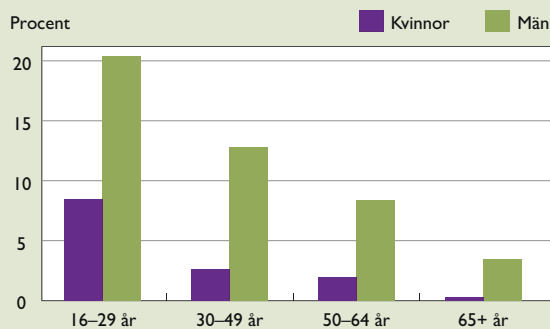
Andelen män som har en alkoholkonsumtion motsvarande två glas vin per dag eller mer, vilket kan ses som en förhållandevis hög konsumtion, ökade från 6 procent år 1990 till 8 procent år 2002 [1].

En motsvarande konsumtion bland kvinnor är ett och ett halvt glas vin per dag eller mer, och andelen kvinnor med en sådan konsumtion har ökat från 2 procent till 5 procent. Alkoholkonsumtion av denna omfattning minskar med stigande ålder och är högst bland personer under 30 år, där 15 procent bland män och 9 procent bland kvinnor har en sådan konsumtion.

Sambanden mellan alkohol och hälsa varierar med dryckesmönstret [12]. Generellt ger berusningsdrickande fler negativa hälsokonsekvenser än en hög alkoholkonsumtion som är utspridd över olika tillfällen. Annorlunda uttryckt är det skadligare för hälsan att under en kväll konsumera motsvarande en flaska vin än att konsumera samma mängd utspritt över hela veckan. År 2006 rapporterade 12 procent av männen att de under den senaste månaden haft ett dryckesmönster som kan klassas som intensivkonsumtion (se faktaruta) [4]. Motsvarande andel bland kvinnor var 3 procent. Även andelen intensivkonsumenter minskar med stigande ålder (figur 8).

Figur 8. Intensivkonsumtion av alkohol

Andel (procent) personer som rapporterar intensivkonsumtion* av alkohol. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 år och äldre, år 2006.



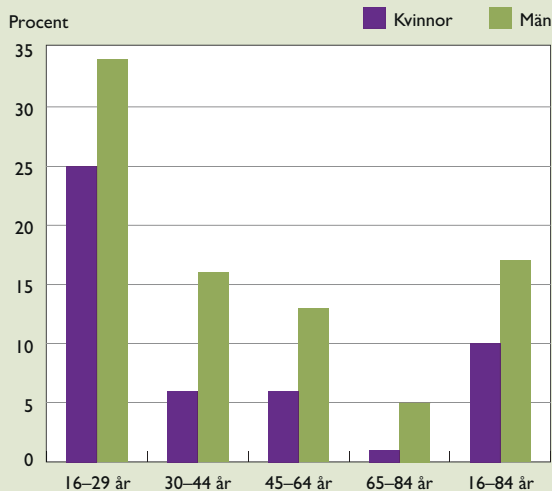
* Minst en flaska vin eller motsvarande vid ett tillfälle minst en gång per vecka.

Källa: Boman [4]

Ytterligare ett mått som används för att beskriva dryckesmönster är riskabelt drickande (se faktaruta). Enligt den nationella folkhälsoenkäten har 17 procent av männen ett riskabelt drickande, liksom 10 procent av kvinnorna (figur 9). I åldern 16–29 år är andelen riskkonsumenter som störst: 34 procent av männen och 25 procent av kvinnorna. I åldersgruppen 30–44 år har andelen sjunkit till 16 procent bland männen, och så mycket som till 6 procent bland kvinnorna. Det verkar alltså som om både män och kvinnor, men i synnerhet kvinnor, anpassar sitt konsumtionsmönster under den period då många har hemmavarande barn.

Figur 9. Riskabla alkoholvanor

Andel (procent) personer med riskabla alkoholvanor. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, år 2007.

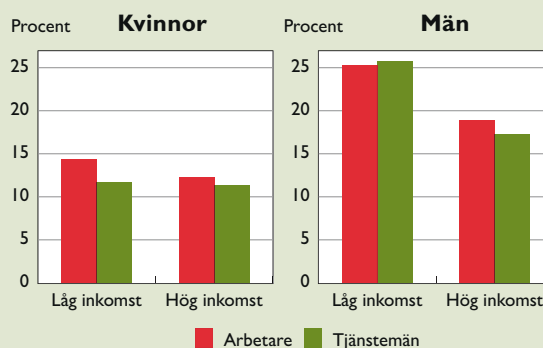


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Riskabla dryckesvanor är vanligare bland män med låg inkomst än det är bland män med hög inkomst, och det gäller både tjänstemän och arbetare (figur 10). Bland kvinnor är dessa skillnader mycket mindre.

Figur 10. Riskabla alkoholvanor efter inkomst och socioekonomisk grupp

Andel (procent) personer med riskabla alkoholvanor bland arbetare och tjänstemän med låg respektive hög inkomst. Kvinnor och män i åldern 16–64 år, år 2005–2007. Åldersstandardiserat.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Gränserna mellan bruk, missbruk och beroende är flytande. I diagnosklassifikationer används olika kriterier för att avgöra om en person är alkoholberoende [13]. Exempel på sådana kriterier är toleransökning, abstinensbesvär, behov av återställare, personen misslyckas med att begränsa sin konsumtion, mycket tid går åt till att fundera på, skaffa och dricka alkohol och att återhämta sig från sitt drickande, personen missköter familj, relationer och arbete och/eller ignorerar dem samt dricker trots kroppsliga och psykiska besvär.

I en befolkningsbaserad intervjustudie bland kvinnor i Göteborg fann man i början av 1990-talet att 1,3 procent av kvinnorna i Göteborg hade haft ett alkoholmissbruk och/eller varit alkoholberoende under det senaste året, liksom 3,9 procent någon gång under sin livstid [14]. Det finns inga motsvarande uppgifter för män från de senaste åren.

I en holländsk studie från 1998 fann man att 19 procent av männen respektive 4 procent av kvinnorna någon gång under sin livstid hade fått diagnosen alkoholmissbruk [15]. Motsvarande siffra för alkoholberoende var 9 procent respektive 2 procent. Andelen som hade fått diagnosen alkoholmissbruk under det senaste året var 7 procent av männen och 2 procent av kvinnorna, och 6 procent av männen och 1 procent av kvinnorna hade ett alkoholberoende.

Konsekvenser av alkoholbruk och missbruk

De negativa konsekvenserna av bruk och missbruk av alkohol kan delas in i tre huvudgrupper [12]. Den första är att alkoholkonsumtion ökar risken för att skador ska inträffa på jobbet, på fritiden och i trafiken och för sociala problem av olika slag [3, 12]. Den andra är en ökad risk för att bli beroende av alkohol. Det finns en rad olika faktorer som avgör om man utvecklar ett beroende av alkohol eller inte, t.ex. personens biologiska och psykologiska förutsättningar och levnadsomständigheter i barndomen och vuxenlivet [3, 12]. En person som har få biologiska, psykologiska eller sociala riskfaktorer kan också tappa kontrollen över sin alkoholkonsumtion vid akuta kriser och utveckla ett missbruk eller beroende av alkohol. Den tredje huvudgruppen gäller de biokemiska och toxiska effekter av alkohol som har en negativ inverkan på kroppen, vilket ökar risken för en rad olika typer av sjukdomar och besvär såsom psykiska problem, hjärt- och kärlsjukdom, cancersjukdom samt sjukdomar i mage och tarmar [3, 12].

Skador

Det finns ett väldokumenterat samband mellan alkohol och olika typer av skador [3, 12]. Alkohol

kan förklara 40 procent av den globala sjukdomsbördan av skador, skattad som Disability Adjusted Life Years² (DALY). Om ingen alls drack alkohol skulle alltså 40 procent av sjukdomsbördan för alla skador försvinna [12]. Enligt en svensk analys ligger alkohol bakom 35 procent av männens sjukdomsbörda av olyckor, skador och våld och 26 procent av kvinnornas [16]. Alkohol kan också öka risken för att en olycka får allvarliga konsekvenser [17]. I Sverige dör cirka 3 000 personer varje år i samband med skador, och enligt uppskattningar skulle en tredjedel kunna ha samband med alkohol.

Statistiken visar att män kör rattfulla i högre utsträckning än kvinnor. Ett sätt att uppskatta andelen rattfulla i trafiken är att använda begreppet ”trafikarbete”. Trafikarbete är den totala sträcka som körs av alla fordon under en viss tidsperiod och på ett visst vägnät. Vid Väg- och trafikinstitutet genomfördes år 2007 en omfattande kartläggning bland förare av personbilar och lätta lastbilar i Södermanlands, Örebro och Östergötlands län [18]. Det fanns en tydlig könsskillnad; rattfullas andel av trafikarbetet var 0,04 procent bland kvinnor och 0,32 procent bland män.

Enligt Vägverkets statistik har antalet alkoholpåverkade trafikanter som dött i trafiken varit relativt konstant sedan 1997, vilket inkluderar bilister, cyklister och fotgängare [19]. Varje år omkommer cirka 125 personer, vilket motsvarar cirka 20 procent av alla dödsolyckor i trafiken. Av de som dött i trafiken var en större andel av personbilsförarna alkoholpåverkade jämfört med andra typer av trafikanter. Under åren 1997 och 2006 var mellan 43 och 66 procent av personbils-

² Disability Adjusted Life Years är ett samlat hälsomått som mäter funktionsnedsatta levnadsår och förtidig död.

Tabell 1. Riskabla alkoholvanor och hälsobesvär

Andel (procent) personer med olika hälsobesvär och med riskabla respektive ej riskabla alkoholvanor. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 64 år, år 2005–2007.

		Svåra sömnbesvär		Svåra besvär med ängslan, oro eller ångest		Varit mycket stressade		Nedsatt psykisk välbefinnande	
		Riskabla alkohol- vanor	Ej riskabla alkohol- vanor	Riskabla alkohol- vanor	Ej riskabla alkohol- vanor	Riskabla alkohol- vanor	Ej riskabla alkohol- vanor	Riskabla alkohol- vanor	Ej riskabla alkohol- vanor
		Procent		Procent		Procent		Procent	
Kvinnor									
	16–29 år	6	5	10	8	7	6	33	26
	30–44 år	8	6	10	7	6	4	30	23
	45–64 år	15	10	14	5	6	4	23	18
Män									
	16–29 år	5	3	6	4	3	3	20	17
	30–44 år	4	4	7	4	2	3	18	18
	45–64 år	8	6	3	3	4	2	18	12

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens Folkhälsoinstitut

förarna som dog i trafiken alkoholpåverkade och mellan 19 och 27 procent var rattfulla (alkoholhalt $\geq 0,2$ promille).

Vidare finns det ett tidsmässigt och geografiskt samband mellan alkohol, särskilt berusningsdrickande, och våldsskador [3]. Alkoholens betydelse för våldshandlingar är i hög grad situationsberoende; samma mängd alkohol konsumerad av samma person men i olika situationer leder alltså inte alltid till våld. Den effekt som alkoholen får på en människa beror på hans eller hennes personlighet, men de kulturella förväntningarna på alkohol har också betydelse för effekten [3]. Se också kapitlet om våld.

Psykiska problem

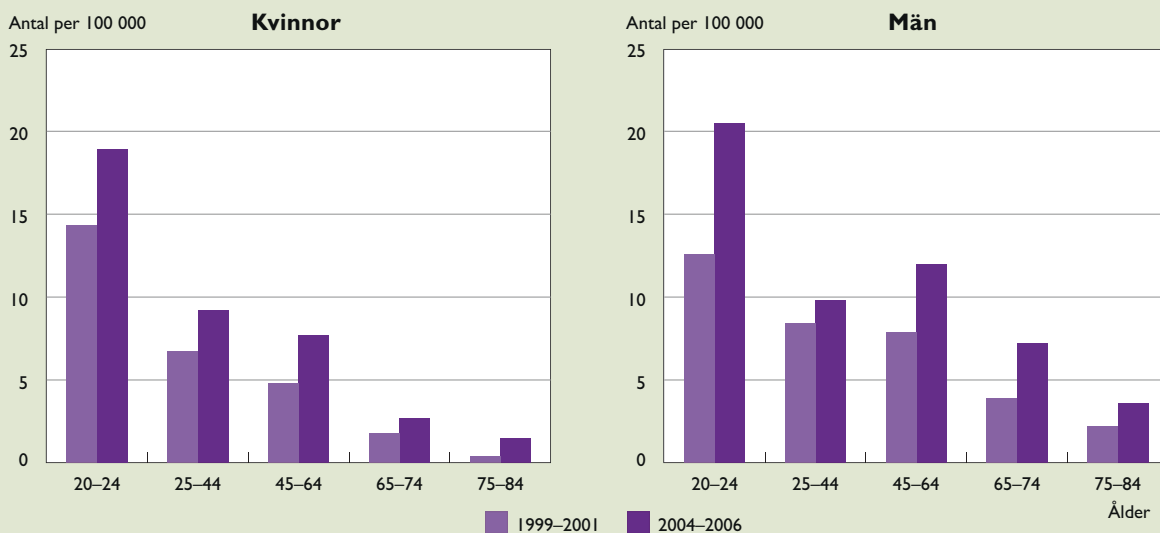
Depression och ångestsymtom är vanligt bland personer med hög alkoholkonsumtion [3, 12, 20], och sådana problem är också vanligare ju högre alkoholkonsumtionen är [20]. Bland kvinnor och män som är alkoholberoende är depression två till

tre gånger vanligare än hos andra [3]. Det är oklart om alkoholproblem föregår psykiska problem eller om människor får alkoholproblem som en följd av sina psykiska problem, och i olika studier har man försökt klarlägga sambandet [3]. Frågan är dock svår att reda ut och slutsatsen är att båda processerna förekommer. Alkoholproblem leder till en sämre psykisk hälsa och det kan lätt bli en ond cirkel när en person behöver mer alkohol för att mildra de psykiska symtomen.

Det psykiska välbefinnandet är också lägre bland riskkonsumenter av alkohol, enligt den nationella folkhälsoenkäten (tabell 1) [21]. I åldersgruppen 45–64 år är det betydligt vanligare att kvinnor med riskabel alkoholkonsumtion lider av svår ångslan, oro eller ångest jämfört med kvinnor utan. I vissa av åldersgrupperna är skillnaderna emellertid små eller obefintliga.

Figur 11. Sjukhusvårdade för alkoholförgiftning

Patienter vårdade på sjukhus för alkoholförgiftning. Antal personer per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 20 till 84 år, åren 1999–2001 och 2004–06



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Kroppsliga besvär och sjukdomar

Alkoholkonsumtion i större mängder kan bland annat öka risken för högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar, besvär från mage och tarmar samt vissa cancerformer [3, 12, 22]. Ju mer man dricker, desto mer ökar också risken för kroppsliga besvär och sjukdomar. En låg eller måttlig konsumtion kan dock enligt vissa studier ha en skyddande effekt, framför allt mot hjärt- och kärlsjukdomar men enligt vissa studier också för diabetes. De skyddande effekterna gäller främst personer i övre medelåldern och över (se nedan).

Andelen personer som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning har ökat de senaste åren, bland både kvinnor och män och i alla åldersgrupper (figur 11). Det är dock svårt att veta om denna ökning beror på den ökade totalkonsumtionen.

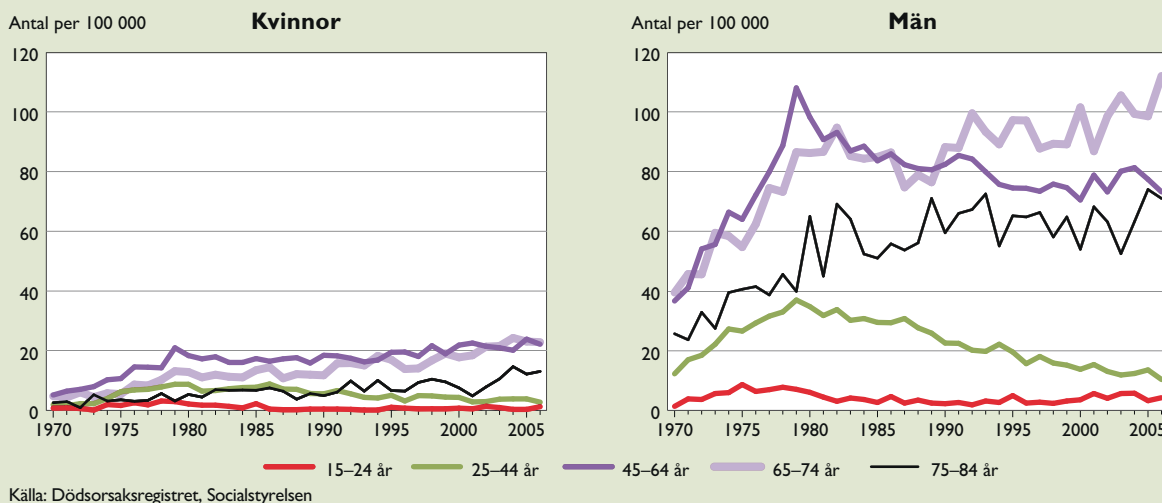
Förändringar i andelen vårdade påverkas också av förändrade vårdformer, antal vårdplatser med mera. Det var vanligare att män, i alla åldersgrupper, vårdades för alkoholförgiftning under åren 2004–2006 än att kvinnor gjorde det. Åren 1999–2001 var dock andelen kvinnor större än män när det gäller gruppen 20–24 år.

Dödlighet

Under 1970-talet ökade den alkoholrelaterade dödligheten bland både män och kvinnor [23]. År 1980 vände dock trenden: alkoholdödligheten började minska för män i åldrarna 25–64 år och har sedan dess fortsatt att minska (figur 12). För män i högre åldrar ökar däremot alkoholdödligheten fortfarande. Även bland kvinnor ökar alkoholdödligheten bland de äldre och minskar bland de yngre. Ut-

Figur 12. Alkoholrelaterad dödlighet

Dödsfall med alkoholrelaterade diagnoser. Antal avlidna per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 15 till 84 år, perioden 1970–2006.



vecklingen ser dock olika ut för kvinnor och män i åldersgruppen 45–64 år; bland kvinnor minskar inte den alkoholrelaterade dödligheten i denna åldersgrupp medan den minskar bland män.

Sjukfrånvaro

År 2003 gjorde Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknik (SBU) en genomgång av forskningsläget när det gäller sambandet mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro. Genomgången visade att det fanns fyra vetenskapliga studier som uppfyllde de kvalitetskriterier man hade ställt upp, och samtliga fyra fann ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro [24]. Däremot var fynden motstridiga i de studier som studerade alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro, så några slutsatser kunde inte dras. I en senare svensk studie fann man ett tidssamband

mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro i befolkningen. En ökning bland män med i genomsnitt 1 liter ren alkohol per person och år skedde i tiden parallellt med en motsvarande ökning av sjukfrånvaron med 13 procent [25]. Däremot fann man inget motsvarande tidssamband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland kvinnor. I amerikanska studier har man funnit att människor oftare är sjukskrivna dagen efter att de konsumerat alkohol jämfört med andra dagar [24].

DALY

Alkohol är den femte största riskfaktorn bakom den globala sjukdomsburden, efter undernäring, oskyddat sex, högt blodtryck och rökning [26]. Alkohol svarar för 4 procent av alla DALY, med 6,5 procent bland män och med 1,3 procent bland kvinnor, enligt WHO. Vidare bidrog alkohol till

3,2 procent av alla dödsfall år 2000, 5,6 procent bland män och endast 0,6 procent bland kvinnor.

I en svensk analys av alkoholens effekter på DALY uppskattade man att alkohol förklarar 4,9 procent av den totala sjukdomsbördan bland män och – 0,7 procent av den totala sjukdomsbördan bland kvinnor [16]. I både den svenska analysen och i WHO:s analys har man tagit hänsyn till de positiva effekter som alkoholkonsumtion kan ha för hälsan. Nettoeffekten av alkohol på den totala sjukdomsbördan för kvinnor i Sverige blev därmed negativ, vilket skulle innebära att hälsovinster är större än hälsoförluster. Som framgår nedan varierar de positiva hälsoeffekterna av alkohol med åldern.

Positiva hälsokonsekvenser av alkoholkonsumtion

Alkoholens eventuella positiva effekter på hälsa har varit föremål för ett stort intresse. I en internationell kunskapssammanställning med stöd av WHO konstaterar forskarna att de positiva nettoeffekterna av måttlig konsumtion av alkohol är mycket små och finns i princip endast från övre medelåldern och uppåt [12]. Enligt samma forskare är berusningsdrickande alltid förenat med ökade risker. Även i en svensk kunskapssammanställning från Folkhälsoinstitutet kom man fram till att den positiva effekten av måttlig alkoholkonsumtion endast gäller äldre, och att den främst har betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och kognitiva funktioner [22]. Enligt en europeisk rapport är det alkohol i små doser, cirka 10 gram (vilket motsvarar t.ex. ett glas vin) per dag, som kan minska risken för hjärt- och kärlsjukdom på individnivå [3]. Redan den dubbla konsumtionen (cirka 20 gram per dag) ökar risken för negativa hälsokonsekvenser av alkohol.

Samtidigt finns det andra studier som inte visar att en låg eller måttlig alkoholkonsumtion har någon positiv effekt på hjärtkärl dödligheten. I en studie av sambandet mellan alkoholkonsumtion och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom på s.k. aggregerad nivå³ fann man varken någon ökad risk eller skyddande effekt av måttlig konsumtion [27]. En annan internationell genomgång av kunskapsläget kom fram till att man ännu inte kan uttala sig om alkoholens positiva effekt på hälsan eftersom studierna på området har metodmässiga brister [28]. I de flesta studier jämför man hälsan hos dem som dricker med dem som inte dricker alkohol, och då är det svårt att skilja ut effekten av alkoholkonsumtion från andra skillnader mellan grupperna. En del avstår från alkohol på grund av t.ex. hälsoproblem, ålder eller läkemedelsanvändning. Icke-konsumenter kan därför vara sjukare än alkoholkonsumenter, trots lägre eller ingen alkoholkonsumtion, och det är svårt att mäta betydelsen av det. Ett annat problem är att måttliga konsumenter av alkohol ofta också har andra positiva hälsobeteenden vars effekter är svåra att skilja ut i vetenskapliga studier.

Folkhälsoinstitutets slutsats [22] är att det i dag inte finns något starkt vetenskapligt stöd för att rekommendera medelålders eller äldre människor med en låg eller måttlig konsumtion att förändra sina alkoholvanor – varken i den ena eller den andra riktningen. Bland yngre personer finns det dock inga redovisade positiva effekter av en måttlig konsumtion, och berusningsdrickande innebär generellt sett större risker för hälsan oavsett ålder och kön.

³ Aggregerad nivå innebär att studierna baseras på data som rör befolkningsnivån i stället för individer.

Varför dricker män mer än kvinnor?

Ett återkommande resultat i undersökningar om alkoholkonsumtion är att män dricker mer än kvinnor [1, 3]. Män konsumerar mer alkohol oavsett vilken typ av mått man använder, enligt det europeiska projektet "Gender, alcohol and culture – an international study" (GENACIS), som studerar könsskillnader när det gäller alkoholkonsumtion [29]. Totalkonsumtionen av alkohol är två till tre gånger högre bland män än bland kvinnor i de europeiska länderna. Män dricker större mängder när de dricker och de dricker oftare, och dessutom är berusningsdrickandet tre till sex gånger vanligare bland män än bland kvinnor.

Det finns biologiska skillnader mellan män och kvinnor som gör att alkoholkoncentrationen i blodet blir högre hos kvinnor trots att de har druckit samma mängd alkohol [3]. Alkoholkoncentrationen beror på mängden kroppsvätska, vilken bland annat påverkas av kroppsstorleken. En större person måste dricka mer än en mindre person innan samma alkoholkoncentration uppnås. Utöver detta bryts också alkohol ner på något olika sätt hos män och kvinnor [30]. Detta kan leda till att kvinnor snabbare får skador än män av mindre eller samma mängd alkohol, och att de snabbare riskerar att utveckla ett beroende. Skillnaderna är emellertid små och motsvarande skillnader finns också inom könen för personer med olika kroppsstorlek. Ur ett samhällsperspektiv får emellertid männens alkoholkonsumtion större negativa effekter. När det gäller folkhälsan har dessutom överkonsumtion av alkohol haft mest negativ betydelse på mäns hälsa och välbefinnande, och den har också i stor utsträckning påverkat familjen och det sociala nätverket [31].

I en nyligen genomförd studie inom ramen för GENACIS konstaterar man att könsskillnaden i

alkoholkonsumtion och dryckesmönster i olika länder varierar med hur jämställt samhället är, och i vilken utsträckning kvinnor är oberoende och självständiga [3, 32, 33]. Könsskillnaderna i konsumtionsvanor är mindre i länder som är mer jämställda länder och där kvinnor är mer oberoende. Kvinnor med högre utbildning får också mer självständiga och vävlönade arbeten, vilket anses vara en förklaring till att kvinnor i jämställda länder dricker mer [3, 34]. Det beror också på en förändring bland män, i synnerhet i de nordiska länderna, där de dricker allt mindre sprit till förmån för alkoholsvagare drycker, det vill säga anammar ett dryckesmönster som är mer likt kvinnors.

För närvarande går det inte att säkert säga om kvinnors och mäns alkoholkonsumtion har blivit mer lika i de europeiska länderna överlag, med undantag för de nordiska länderna och Storbritannien [3, 32, 33]. I Sverige har, som sagts tidigare, kvinnors konsumtion relativt sett ökat mer än mäns, 90 procent jämfört med 43 procent mellan 1996 och 2006. I absoluta tal, räknat i antalet liter, har män ökat sin konsumtion med 2,4 liter per år mot 1,9 liter bland kvinnor.

Under graviditeten rekommenderas kvinnor att avstå från alkohol på grund av de skadliga effekterna på fostret, och statistiken visar att de också följer dessa råd. I de åldrar som präglas av graviditeter och föräldraansvar dricker kvinnor mindre, medan förändringen inte är lika tydlig för männen (se figurerna 5, 8 och 9) [35–37]. I en nyligen genomförd analys vid Folkhälsoinstitutet fann man att sammanboende med barn dricker mindre än sammanboende utan barn [38]. Ensamstående drack däremot nästan lika mycket oavsett om det fanns barn i hushållet eller inte, vilket visar att det även finns andra faktorer än barn som kan spela

in. Det är alltså oftast kvinnorna som minskar sin alkoholkonsumtion under tiden de har hemmavarande barn, och anledningen kan vara den kulturella föreställningen om hur arbetet och ansvar ska fördelas mellan föräldrarna [39].

Typen av arbete kan också vara en orsak till att män dricker mer än kvinnor. Kvinnor och män arbetar i olika yrken och branscher där alkoholkulturen kan se olika ut [40, 41]. För vissa förekommer alkohol på eller i anslutning till jobbet, och alkoholen kan ibland också användas för att förstärka en viss genusidentitet på arbetsplatsen. Idrott är ytterligare en arena där alkohol spelar en viktig roll i konstruktionen av genus. Alkoholreklam förekommer ofta under fotbolls- och ishockeymatcher, både direkt genom annonsering och indirekt genom sponsring. På olika sätt förstärks då bilden av att idrott och alkohol hör samman, framför allt i mer manligt orienterade idrotter.

Hur och när man dricker alkohol är även en del av hur män och kvinnor konstruerar genus, det vill säga hur man förstärker sin kvinnlighet eller manlighet. Kvinnor och mäns olika konsumtionsmönster påverkas också av skillnader i deras handlingsutrymme [42]. Av historiska och kulturella skäl har män fått större frihet att dricka alkohol, och i vårt samhälle finns en större tolerans för att män är berusade [43, 44]. Kvinnors alkoholkonsumtion har försvårats och männens främjats av genusbaserade förväntningar på människors beteende och av hur vi formar genusidentiteter, vilket i sin tur hänger samman med hur genus skapas på samhällelig nivå [32, 45–47]. I en jämställdhetskultur som den svenska är det emellertid mindre tydligt vad som förstärker kvinnlighet respektive manlighet.

Det förebyggande arbetet har framför allt varit inriktat på ungdomars alkoholkonsumtion men

även på kvinnors konsumtion [48], trots att män dricker betydligt mer än kvinnor. Preventiva åtgärder som utgår från ett genusperspektiv kan dock kanske leda till nya infallsvinklar så att framför allt männen minskar sin konsumtion.

Spelar alkoholpolitiken någon roll för konsumtionsnivån?

Samhällskostnaderna för alkoholkonsumtionen i Sverige beräknades uppgå till 20,3 miljarder år 2002 [49]. Det motsvarar cirka 2 800 kronor per invånare och år. Denna summa ligger i nedre delen av det spann man funnit internationellt, vilket kan bero på att Sverige har haft en restriktiv alkoholpolitik. De senaste åren har dock alkoholpolitiken förändrats, bland annat genom att införselkvoterna ändrats efter inträdet i EU, genom sänkt skatt på vissa alkoholsorter och genom ökade öppettider på Systembolaget.

Alkoholpolitikens mål är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och att därmed främja folkhälsan. De viktigaste instrumenten är att begränsa tillgången och efterfrågan på alkohol samt att öka befolkningens kunskap om alkoholens negativa och eventuella positiva effekter. En del alkoholpolitiska åtgärder har varit effektiva, t.ex. minimiålder för att köpa alkohol, skatt på alkohol, restriktioner när det gäller försäljning t.ex. efter en viss tid på dygnet, statligt monopol för detaljhandelsförsäljning av alkohol och begränsningar i Systembolagets öppettider [3, 12]. En restriktiv alkoholpolitik minskar också totalkonsumtionen av alkohol i befolkningen, enligt en nyligen genomförd jämförande analys av 30 länder i Europa, Asien, Nordamerika och Australien [50].

Sådana befolkningsinriktade åtgärder kritiserar dock för att de ”drabbar” hela befolkningen

och inte enbart dem som är i riskzonen för att utveckla alkoholproblem. Man kan då undra om en restriktiv alkoholpolitik huvudsakligen leder till att det främst är de måttliga konsumenterna som dricker mindre, och i så fall skulle det inte innebära någon större vinst för folkhälsan. En kunskapsöversikt av studier från Europa, Kanada och USA visar emellertid att ju högre totalkonsumtion av alkohol man har i ett land, desto högre är också den totala dödligheten [51]. Detta samband mellan totalkonsumtion och dödlighet var starkare i länder med ett dryckesmönster som kännetecknas av intensivkonsumtion, dvs. att man dricker mycket alkohol vid ett och samma tillfälle snarare än att dricka något glas varje dag. Det aktuella forskningsläget ger alltså stöd för att en restriktiv alkoholpolitik minskar totalkonsumtionen, och att skadeverkningarna blir mindre om totalkonsumtionen minskar.

Bruk och missbruk av narkotika

I Sverige är det olagligt för privatpersoner att inneha, bruka eller sälja narkotika, och därför är det ännu svårare att få tillförlitlig information om narkotikaanvändningen än om alkoholkonsumtionen. Det är dock tydligt att ett mer utbrett narkotikamissbruk i Sverige uppstod först i slutet av 1960-talet. I detta avsnitt tar vi upp hur den tillfälliga användningen av narkotika har förändrats, och därefter hur det tunga missbruket har utvecklats sedan 1970-talet.

Färre testar narkotika

Den genomsnittliga debutåldern för att pröva narkotika är 17,5 år bland ungdomar (16–24 år) [1]. Få prövar för första gången sedan de har fyllt 21. År 1971 uppgav 16 procent av flickorna och

14 procent av pojkarna i årskurs nio att de använt narkotika åtminstone någon gång [1], men redan ett par år senare hade denna andel mer än halverats (figur 13). År 1989 hade andelen som prövat narkotika sjunkit ytterligare, till endast 3 procent bland både flickor och pojkar. Under 1990-talet ökade dock narkotikaanvändningen på nytt, och andelen niondeklassare som använt narkotika någon gång var som högst år 2001 då 10 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna hade prövat.

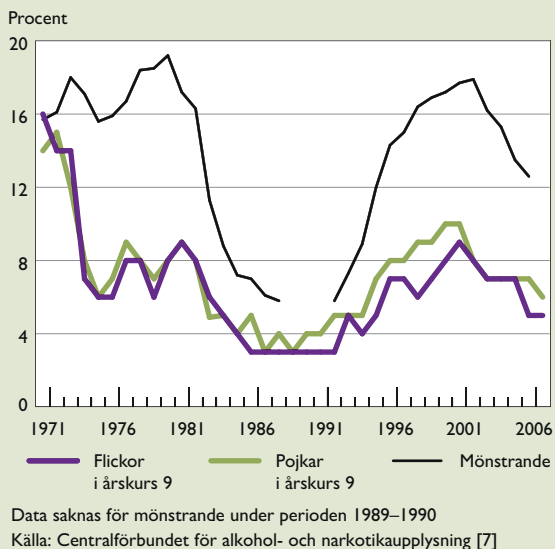
Narkotikaanvändningen bland niondeklassare minskar nu åter och år 2007 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna att de prövat narkotika någon gång. Frågan om man använt narkotika den senaste månaden anses bättre kunna visa den regelbunden användning, och 1 procent av flickorna och 2 procent av pojkarna i årskurs 9 svarade jakande år 2007 [10].

Från 2004 finns det uppgifter om gymnasieelevers narkotikaanvändning [1]. I årskurs 2 på gymnasiet var andelen pojkar som använt narkotika någon gång 17 procent år 2004, 2005 och 2007 och 16 procent år 2006. Bland flickorna var det 14 procent år 2004 och 2006 samt 13 procent år 2005 och 2007.

Redan från början av 1970-talet finns information om narkotikabruket bland mönstrande, och uppgifterna visar att utvecklingen liknar den för elever i niondeklass. Åren 1970 och 1971 uppgav 16 procent av de mönstrande att de använt narkotika någon gång, men under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet minskade andelen till 6 procent (1992). Därefter ökade användningen igen och var som högst år 2002 med 18 procent. De senaste åren har andelen minskat något och år 2006 var det 13 procent av de mönstrande som prövat narkotika någon gång.

Figur 13. Narkotikaanvändning bland unga

Andel (procent) ungdomar som någon gång använt narkotika. Flickor och pojkar i årskurs 9 samt mönstrande värnpliktiga, perioden 1971–2007.



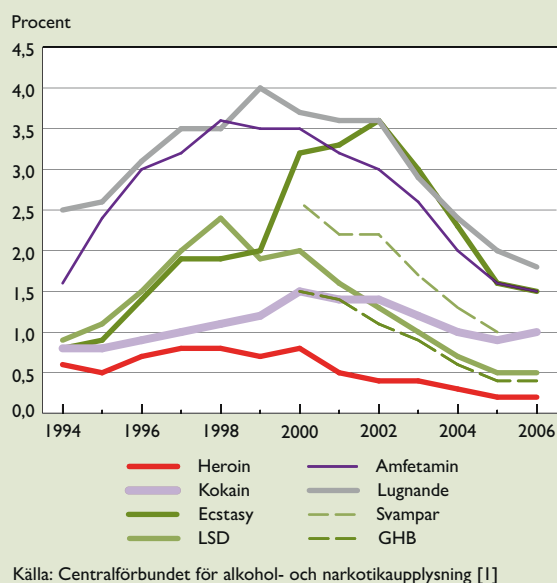
Cannabis är den vanligaste drogen i Sverige bland narkotikamissbrukare [1]. Av de mönstrande år 2006 hade 12 procent använt cannabis medan övriga droger använts av 0,2–1,8 procent. Förändringarna i figur 13 speglar därför huvudsakligen förändringar i bruket av cannabis. Andra narkotiska droger, varav lugnande, amfetamin och ecstasy är de vanligaste, förefaller ha utvecklats på samma sätt bland de mönstrande (figur 14).

Det finns betydligt mindre uppgifter om hur vanligt narkotikabruket är bland vuxna. I intervjuer år 2000 svarade 16 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i åldern 16–75 år att de använt narkotika någon gång (tabell 1) [1]. Av männen uppgav 1 procent att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna jämfört med 0 procent av kvinnorna. Det var vanligast att

någon gång ha använt narkotika i åldersgruppen 30–49 år kvinnor och män.

Figur 14. Andra typer av narkotika än cannabis bland mönstrande

Andel (procent) mönstrande värnpliktiga som någon gång har använt narkotika, åren 1994–2006.



I den vuxna befolkningen är det alltså dubbelt så vanligt att män använder narkotika som att kvinnor gör det. Likaså har pojkar i gymnasiets årskurs 2 testat narkotika i större omfattning än flickorna, medan det inte finns någon större könsskillnad i årskurs nio. Mer regelbunden användning är också vanligare bland pojkar i årskurserna nio och två än bland flickor [1].

Tabell 2. Narkotikabruk bland vuxna

Andel (procent) personer som använt narkotika någon gång respektive andel som använt narkotika under de sista tolv månaderna. Kvinnor och män i åldern 16–75 år samt alla i olika åldersgrupper (könsuppdelad statistik saknas för åldersgrupper), år 2000.

	Kvinnor 16–75 år	Män 16–75 år		Alla 16–29 år	
	<i>Procent</i>			<i>Procent</i>	
Använt narkotika någon gång	8	16	13	18	5
Använt narkotika sista 12 månaderna	0	1	2	1	0

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

Narkotikabruk i Europa

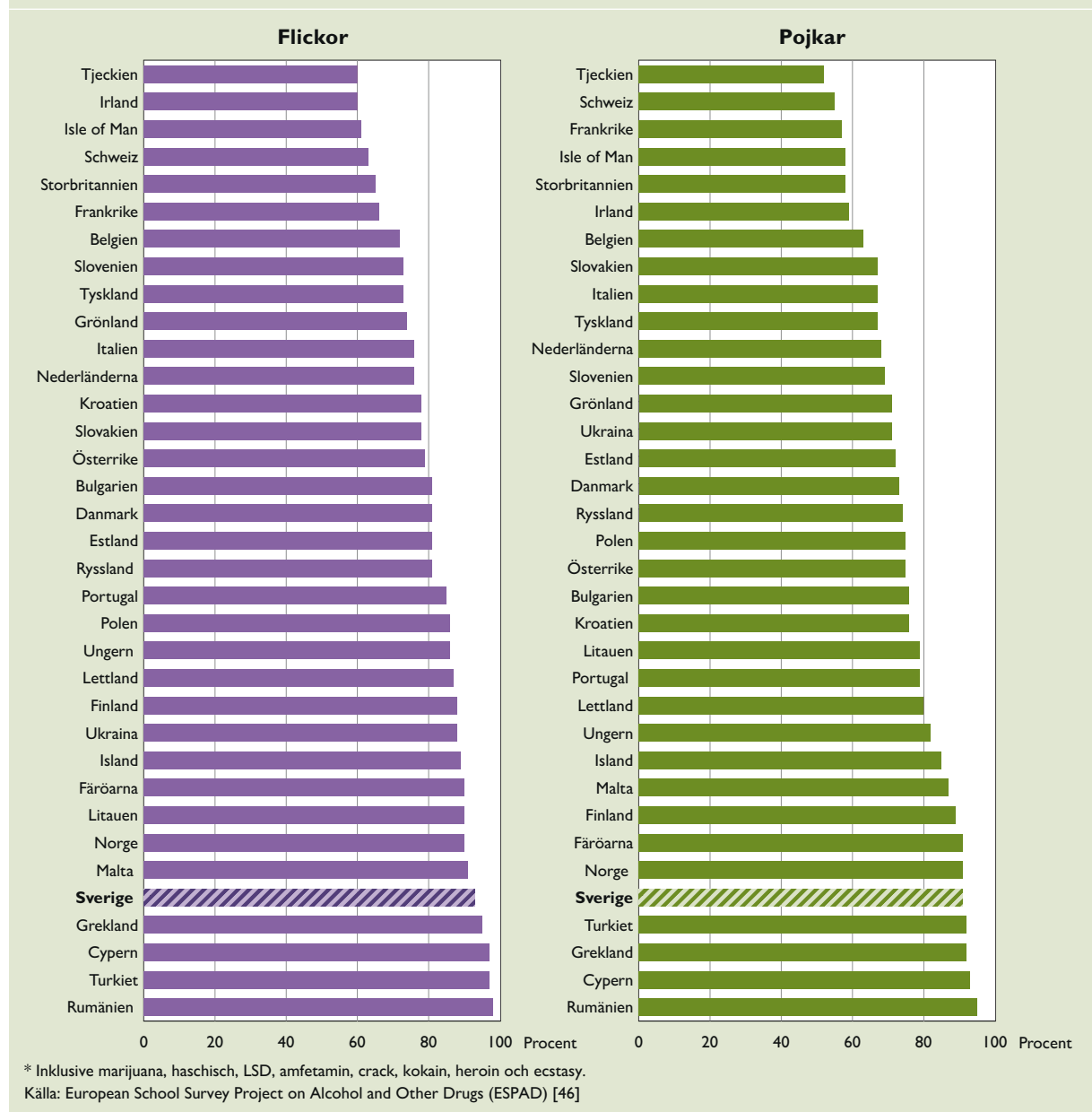
Sedan år 1995 genomförs regelbundet en europeisk kartläggning av alkohol- och narkotikabruk bland ungdomar i åldern 15–16 år inom ramen för ”The European School Survey project on Alcohol and Other Drugs” (ESPAD). Figur 15 visar andelen flickor och pojkar i åldern 15–16 år som uppger att de aldrig använt narkotika, för 35 europeiska länder. I denna undersökning från 2003 uppgav 93 procent av de svenska flickorna och 90 procent av pojkarna att de aldrig använt narkotika. Det motsvarar femte plats (flickor) respektive sjunde plats (pojkar) i Europa.

Bland pojkar är andelen som aldrig testat narkotika lägst i Tjeckien (52 procent), Schweiz (55 procent) och Frankrike (57 procent). Bland flickor är andelen också lägst i Tjeckien (60 procent) följt av Irland (60 procent). I länder där många ungdomar har testat narkotika någon gång är det också vanligt att ha använt narkotika många gånger (fler än 40 gånger under sitt liv).

Figur 15. Aldrig använt narkotika

Andel (procent) ungdomar som aldrig använt narkotika* i olika europeiska länder.

Flickor och pojkar i åldern 15–16 år, år 2003.



Cannabis är alltså den vanligaste drogen bland ungdomar i Europa, men också bland vuxna enligt statistik från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA⁴) [52]. Uppskattningsvis har över 70 miljoner eller drygt en femtedel av alla vuxna européer någon gång i livet prövat cannabis [52]. Andelen är lägst i Bulgarien (4 procent), Malta (4 procent) och Rumänien (2 procent) och högst i Danmark (37 procent), Frankrike (31 procent), Storbritannien (30 procent) och Italien (30 procent). I Sverige är det 12 procent som har prövat cannabis.

Cirka 4 procent i åldrarna 15–64 år tillhör de mer regelbundna användarna, dvs. de som använt cannabis den senaste månaden. Sverige tillhör de fyra länder som har den lägsta användningen, medan störst andel regelbundna användare finns i Spanien (9 procent), Italien (6 procent), Storbritannien (5 procent) och Frankrike (5 procent). I Sverige är det färre än 1 procent av befolkningen som använt cannabis under den senaste månaden.

Tunga narkotikamissbrukare

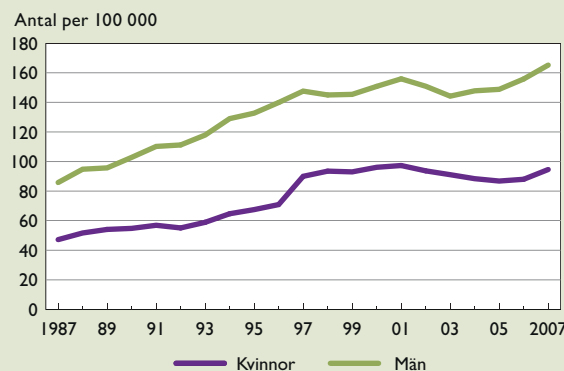
Narkotikamissbrukare har en rad hälsoproblem som beror på de olika preparatens effekter, men också på den allmänna livsföringen. Droganvändning orsakar framför allt psykiska sjukdomar. De narkotikarelaterade infektionerna hepatit C och hepatit B är också vanliga bland missbrukare. Antalet intravenösa missbrukare som hivsmittades under år 2007 ökade kraftigt jämfört med året innan, från 30 till 52 fall enligt Smittskyddsinstitutets statistik (se även kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa). Dödligheten är också högre bland personer med narkotikaproblem än bland befolkningen i övrigt [53].

Det finns ingen statistik på hur många tunga missbrukare som finns, dvs. de som injicerar narkotika, oftast heroin eller amfetamin. Majoriteten av narkotikamissbrukarna är också alkoholmissbrukare samt rökare, och många kombinerar olika narkotiska preparat och växlar mellan dem.

Ett sätt att skatta utvecklingen av det tunga missbruket är att följa hur vanligt det är att vårdas på sjukhus för narkotikamissbruk. Mätt på det här sättet har de narkotikarelaterade hälsoproblemen ökat bland både kvinnor och män (figur 16). Sjukhusvården är dock ett osäkert mått på narkotikamissbruk eftersom förändringar i vårdpraxis påverkar andelen vårdade i slutenvård jämfört med andra vårdformer. Många personer med narkotikarelaterade problem behandlas i öppenvården, och många söker också stöd inom socialtjänsten där vårdformerna varierar, från frivilliga insatser i form av t.ex. rådgivning till tvångsvård vid institutioner [54].

Figur 16. Sjukhusvårdade med drogrelaterad diagnos

Patienter vårdade på sjukhus med drogrelaterad diagnos. Antal personer per 100 000 invånare. Kvinnor och män i åldern 15–84 år, perioden 1987–2007. Åldersstandardiserat.

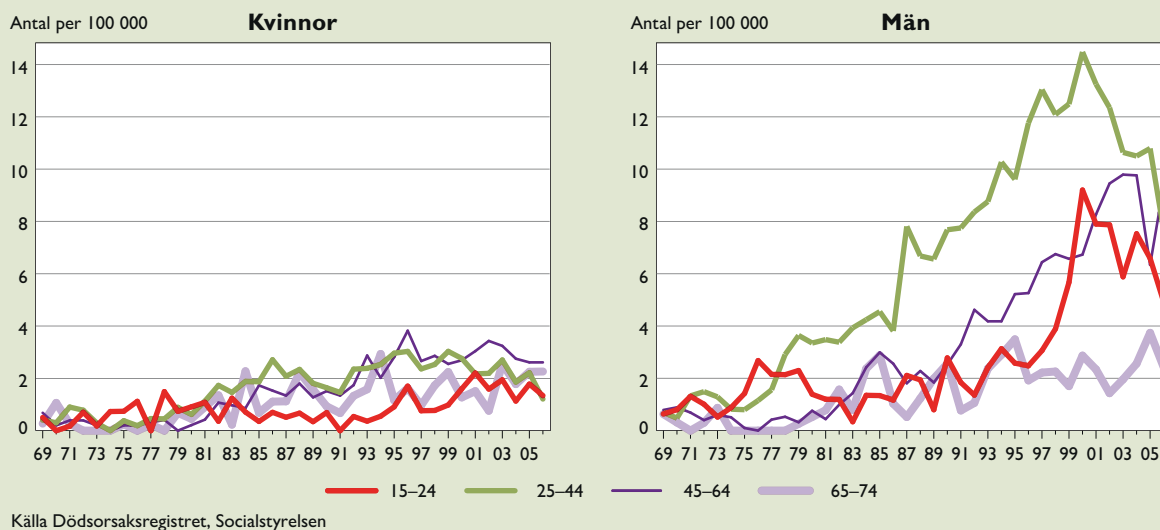


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

⁴ EMCDDA är en förkortning av det engelska namnet European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Figur 17. Drogrelaterade dödsfall i olika åldrar

Dödsfall med drogrelaterade diagnoser. Antal avlidna per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 15 till 74 år, perioden 1987–2006.



Ett annat sätt att få fram statistik är så kallade ”case finding-studier” där man räknar antalet personer som under en viss tidsperiod har kontakt med olika vårdinrättningar såsom socialtjänst, härbärgen och frivilligorganisationer. Dessa studier är dock tidskrävande och skattningarna blir osäkra, bland annat för att samma individ kan räknas vid flera tillfällen. Sådana studier genomfördes åren 1979, 1992 och 1998 och man uppskattade antalet tunga missbrukare till 15 000, 19 000 och 26 000 [55]. Det motsvarar en årlig ökning med omkring 800 personer per år under perioden 1979–1992, och omkring 1 900 personer per år under perioden 1992–1998. Någon senare skattning har inte genomförts.

Trender i narkotikarelaterad dödlighet

Som redan nämnts är dödligheten högre bland

personer med narkotikaproblem i jämförelse med befolkningen i övrigt [53]. Narkotikarelaterade dödsfall är en av de säkrare indikatorerna på narkotikaproblemets omfattning och uppgifterna används ofta vid internationell rapportering [56]. Narkotikadödligheten är högst bland män i åldern 25–44 år (figur 17). Bland kvinnor är narkotikadödligheten numera högst i åldern 45–64 år, men skillnaderna mellan åldersgrupper är små. Dödsfall till följd av narkotika är tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor. Narkotikadödligheten ökade i alla åldrar från år 1987 fram till början av 2000-talet. De senaste åren har de narkotikarelaterade dödsfallen minskat bland män 15–24 år och 25–44 år.

Den narkotiska drog som står för flest dödsfall är heroin, som tillhör gruppen opiater (figur 18). En överdos av heroin är direkt dödlig, medan

amfetamindödligheten är mer knuten till kroniska kroppsskador i organen, t.ex. hjärta och kärl, och inträffar i högre åldrar än heroindödsfallen. Många dödsfall som orsakas av amfetamin inträffar därmed i vanliga diagnoser som hjärt- och kärlsjukdomar, och därför är det många dödsfall i dödsorsaksregistret som det inte går att identifiera att de orsakats av amfetamin. Vissa narkotikapåverkade personer dör också i olycksfall, vilket också gör det svårare att få fram korrekta siffror. Figur 18 visar att antalet döda i en narkotikadiagnos var mycket lägre på 1970-talet, och allra högst i början av 2000-talet och har därefter minskat

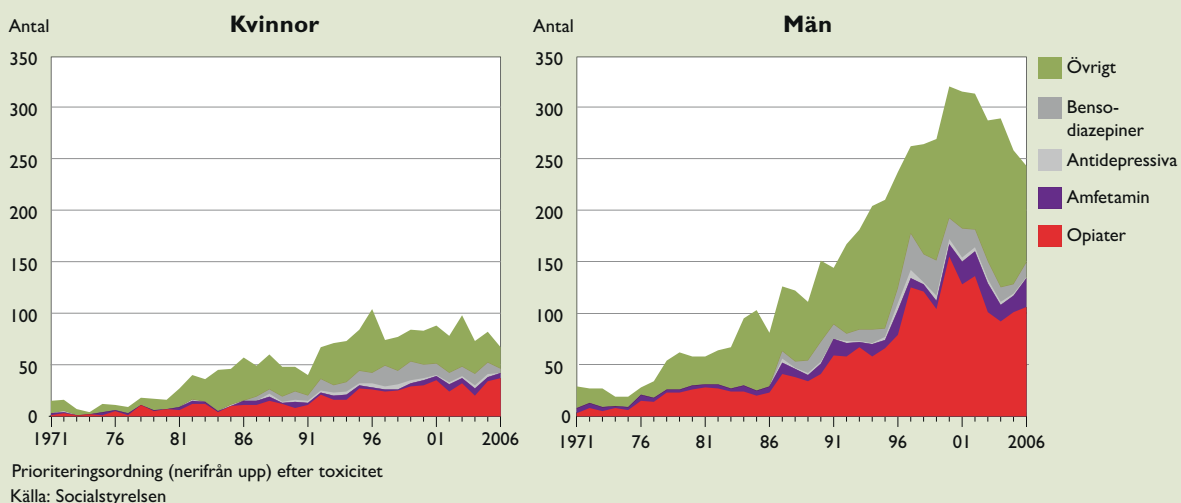
Metadon används för att behandla heroinmissbruk. Fram till år 2005 fanns en begränsning att endast 1 200 patienter samtidigt i Sverige fick behandlas med metadon, men sedan begränsningen tagits bort har antalet patienter fördubb-

lats liksom antalet dödsfall som orsakats av metadon. År 2007 var över 50 dödsfall relaterade till metadon. I nio av tio narkotikarelaterade dödsfall i Sverige gör man en rättsmedicinsk undersökning, och om man finner spår av illegala droger räknas det som ett narkotikarelaterat dödsfall. Sedan år 1994 har de narkotikarelaterade dödsfallen samlats i ett register som också anger vilka droger dödsfallen varit relaterade till. Den rättsmedicinska definitionen av narkotikarelaterade dödsfall skiljer sig dock något från den som används i Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. I den rättsmedicinska statistiken återfinns främst de plötsliga dödsfallen, och den narkotikarelaterade dödligheten är således större än vad som fångas i detta register.

Både de rättsmedicinska undersökningarna och Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar dock att antalet döda i en narkotikadiagnos ökade

Figur 18. Drogrelaterade dödsfall efter typ av drog (legala och illegala)

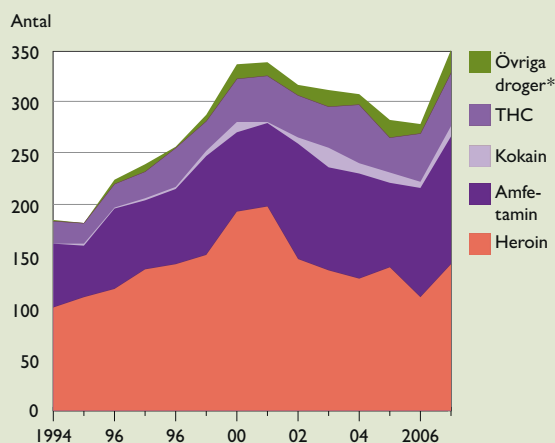
Dödsfall där rättsmedicinsk undersökning påvisat legala eller illegala droger i kroppen, efter typ av substans. Antal avlidna kvinnor och män, åren 1971–2006.



fram till början av 2000-talet för att därefter minska. Under 2006–2007 verkar det dock som om de drogrelaterade dödsfallen ökade igen, och ökningen gäller alla typer av droger (figur 19). Orsaken till detta är ännu så länge oklar.

Figur 19. Narkotikarelaterade dödsfall efter typ av drog (illegala)

Dödsfall där rättsmedicinsk undersökning påvisat illegala droger i kroppen, efter typ av substans. Antal avlidna personer perioden 1994–2007.



* Som GHB, LSD, ecstasy, metamfetamin, DOB och 4-metyltioamfetamin.

Prioriteringsordning (nerifrån upp) efter toxicitet

Källa: Statens Folkhälsoinstitut [51].

Referenser

1. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. 2007: Stockholm.
2. Leifman H and Gustafsson NK, *Skål för det nya milleniet. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. 2003, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
3. Anderson, P. and B. Baumberg, *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*, in *A report for the European Commission*. 2006 Institute of Alcohol Studies, UK: London.
4. Boman U, et al., *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006*, i *Forskningsrapport nr 48*. 2007, Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
6. Trolldal, B., U. Boman, and N.-K. Gustafsson, *Alkoholkonsumtionen och dess olika delmängder 2004*, i *SoRAD Rapportserie nr 28*. 2005, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
7. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, *Drogutvecklingen i Sverige 2006*. 2006: Stockholm.
9. Leifman H, *Bilaga 1. Vilka dricker mer alkohol i Sverige? En studie av konsumtionstrender bland män och kvinnor och olika åldersgrupper 1990–2002*, i *Forskningsrapport nr. 11: En skål för det nya milleniet; En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. 2003, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
10. Fender, E. and T. Hvitfeldt, *Skolelevers drogvanor 2007*. 2007, Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm.

12. Babor T, et al., *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. 2003, Oxford: Oxford University Press.
13. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Fourth Edition (Text Revision)* 1994, Washington DC.
14. Spak, F. and T. Hällström, *Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Sweden*. *Addiction*, 1995. **90**(8): p. 1077–1088.
15. Bijl RV, Ravelli A, and van Zessen G, *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 1998. **33**(12): p. 587–95.
16. Allebeck P, Morahdi T, and Jacobson A, *Sjukdomsbördan i Sverige. Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsbörda och riskfaktorer*. 2006, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
17. Zambon F and Hasselberg M, *Factors Affecting the Severity of Injuries among Young Motorcyclists – a Swedish Nationwide Cohort Study*. *Traffic Injury Prevention*, 2006. **7**(2): p. 143–149.
18. Forsman Å, Gustafsson S, and Varedian M, *Rattfylleriets omfattning. En metodstudie i Södermanlands, Örebro och Östergötlands län*. 2007, Väg- och trafikinstitutet: Linköping.
19. Strandroth J, et al., *Analys av trafiksäkerhetsutvecklingen 1997–2007, i Samhälle och trafik*. 2008, Vägverket.
20. Alati R, et al., *Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes*. *Addiction*, 2005. **100**: p. 643–651.
21. Statens folkhälsoinstitut, *Statens folkhälsoinstituts webbplats*. 2008 [2008-03-18]; Tillgänglig från: www.fhi.se.
22. Andréasson, S. and P. Allebeck, red. *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. R 2005:11. 2005, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
23. Socialstyrelsen, *Preliminär lägesrapport om alkoholkonsumtion*. 2007: Stockholm.
24. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*. 2003: Stockholm.
25. Norström, T., *Alkohol och sjukfrånvaro: en tidsserieanalys*. 2004, Institutet för sociala forsknings, Stockholms universitet: Stockholm.
26. WHO, *World Health Report - reducing risks, promoting healthy life*. 2002: Geneva.
27. Hemström Ö, *Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality*. *Addiction*, 2001. **96**(1 (Supplement 1)): p. S93–S112.
28. Fillmore KM, et al., *Moderate Alcohol Use and Reduced Mortality Risk: Systematic Errors in Prospective Studies and New Hypotheses*. *Annals of Epidemiology*, 2007. **17**(5): p. S16–S23.
29. Mäkelä P, et al., *Drinking patterns and their gender differences in Europe*. *Alcohol and Alcoholism*, 2006. **41**(Supplement 1): p. i8–i18.
30. Söderpalm B, *Alkoholism hos män och kvinnor – biologiska skillnader*. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2003. **80**(4): p. 298–302.
31. Hammarström A and Hensing G, *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld*, i R 2008:8. 2008, Statens Folkhälsoinstitut: Östersund.
32. Bloomfield K, Gmel G, and Wilsnack S, *Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-National Study'*. *Alcohol and Alcoholism*, 2006. **41**(Supplement 1): p. i3–i7.

33. Bloomfield K, et al., *Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'*. Alcohol and Alcoholism, 2006. **41**(Supplement 1): p. i26–i36.
34. Ahlström S, Bloomfield K, and Knibbe R, *Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings*. Substance Abuse, 2001. **22**(1): p. 69–85.
35. Holmila M, Mustonen H, and Rannik E, *Alcohol use and its control in Finnish and Soviet marriages*. British Journal of Addiction, 1990. **85**(4): p. 509–20.
36. Holmila M and Raitasalo K, *Gender differences in drinking: why do they still exist?* Addiction, 2005. **100**(12): p. 1765–1769.
37. Thundal KL, *Social conditions and lifestyle among women with alcohol related problems*, i *Avdelningen för socialmedicin*. 2001, Göteborgs universitet: Göteborg.
38. Statens folkhälsoinstitut, *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem. Omfattning och analys*. 2008: Östersund.
39. Björnberg U and Kollind A-K, *Att leva själv tillsammans*. 2003, Malmö: Liber.
40. Hemmingsson T, *Explanations of differences in alcoholism between social classes and occupations among Swedish men – a register based follow up study*, Institutet för miljömedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap. 1999, Karolinska Institutet: Stockholm.
41. Savikko A, et al., *No higher risk of problem drinking or mental illness for women in male dominated occupations*. Substance Use & Misuse, 2008. **43**(8–9): p. 1151–1169.
42. Wilsnack, R., Wilsnack, S., *Gender and Alcohol - Individual and Social Perspectives*. 1997, New Brunswick: Alcohol Research documentations, Inc., Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey 08903.
43. Eriksen S, *Alcohol as a Gender Symbol*. Scandinavian journal of history, 1999. **24**: p. 45–73.
44. Jakobsson A, Hensing G, and Spak F, *The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2008. **22**(2): p. 196–202.
45. Hensing G, et al., *Decreased risk of alcohol dependence and/or misuse in women with high self-assertiveness and leadership abilities*. Alcohol and Alcoholism, 2003. **38**(3): p. 232–238.
46. Room, R., *Gender Roles and Interactions in Drinking and Drug Use*. Journal of Substance Abuse, 1996. **8**(2): p. 227–39.
47. Wilsnack RW och Wilsnack SC, red. *Gender and Alcohol. Individual and Social Perspectives*. Alcohol, Culture, and Social Control Monograph Series. 1997, Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey.
48. Andréasson S, red. *Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. 2002, Statens Folkhälsoinstitut. Distribution Förlagshuset Gothia: Växjö.
49. Jarl J, et al., *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. 2006, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
50. Brand DA, et al., *Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries*. PLoS Medicine, 2007. **4**(4, e 151): p. 0752–0759.
51. Norström T och Ramstedt M, *Mortality and population drinking: a review of the literature*. Drug and Alcohol Review, 2005. **24**(6): p. 537–547.

52. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, *Situationen på narkotikaområdet i Europa. Årsrapport 2007*. 2007: Lissabon.
53. Socialstyrelsen, *Folkhälsa – Lägesrapport 2006*. 2006: Stockholm.
54. Socialstyrelsen, *Vuxna personer med missbrukspå problem och andra vuxna – insatser 2006*, i *Statistik*. 2007: Stockholm.
55. Olsson B, Adamsson Wahren C, and Byqvist S, *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. 2001, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm.
56. Statens folkhälsoinstitut. *Narkotikarelaterad dödlighet baserad på rättsmedicinska data*. 2008 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.fhi.se/templates/Page____9874.aspx#.

Våld

Sammanfattning

Både i Sverige och i andra länder blir det allt vanligare att betrakta våld ur ett folkhälsoperspektiv. Här redovisas våld mellan individer med tyngdpunkt på våld mot närstående och särskilt på partnervåld.

Ungefär var tionde invånare utsattes för någon form av våld, hot eller trakasserier under år 2006, enligt Nationella trygghetsundersökningen (NTU). Ungdomar och ensamstående kvinnor med små barn är särskilt utsatta för våld. I åldern 16–24 år uppgav 17 procent av männen och 12 procent av kvinnorna att de varit utsatta för våld eller allvarligt hot någon gång under de senaste 12 månaderna, enligt ULF-undersökningarna åren 2004–2005.

Pojkar och män utsätts oftare än flickor och kvinnor för dödligt våld och våld som leder till sjukhusvård. Likaså är majoriteten av brottsoffren män när det gäller polisanmälda misshandelsfall. Våld i hemmet och våld i anslutning till tjänsten drabbar däremot oftare kvinnor än män, och sexuellt våld riktas huvudsakligen mot flickor och kvinnor. De flesta kvinnor och barn som misshandlas är bekanta med förövaren, medan en minoritet av männen känner gärningspersonen. Det är fyra till fem gånger vanligare att kvinnor dödas av en partner än att män gör det. En femtedel av alla polisanmälda våldsbrott (mot kvinnor och män sammantaget) utgörs av partnermisshandel mot kvinnor, våldtäkter och grovt kvinnofridsbrott.

Partnervåld har betydande konsekvenser för den kroppsliga och psykiska hälsan, och varje år besöker mellan 12 000 och 14 000 kvinnor öppenvården till följd av våld från en partner. Våldet kan också få svåra sociala konsekvenser som isolering, ekonomiska problem, sjukskrivning och arbetslöshet med mera och den utsatta kvinnan kan hindras från att söka hjälp från exempelvis sjukvården. Våld som utövas av en partner innebär ofta att även barn drabbas. Ungefär 10 procent av alla barn har upplevt våld i hemmet och 5 procent har gjort det ofta. Många barn som upplever våld blir också själva slagna.

Socialstyrelsen uppskattade år 2006 att de samhällsekonomiska kostnaderna av våld mot kvinnor var mellan 2,7 och 3,3 miljarder kronor per år, varav direkta sjukvårdskostnader står för 38 miljoner. Risker för partnervåld påverkas av både samhällsstrukturen och individuella faktorer hos förövaren.

Tidstrenderna för våldsutvecklingen går i olika riktningar. I dag är det fler som uppger att de varit utsatta för hot eller våld än på 1980-talet, i alla åldersgrupper utom bland de äldsta (65–84 år). Under senare år har dock ökningen avstannat och bland de yngsta (16–24 år) är det till och med färre som utsätts för våld och hot.

De polisanmällda våldsbrotten ökar, och exempelvis anmälningarna om våld i tjänsten har mer än fördubblats sedan mitten av 1970-talet. Polisanmällda våldtäkter har också ökat mycket kraftigt under senare år och offren har dessutom i genomsnitt blivit yngre. Vidare är våldtäkter och kvinnofridsbrott (sammantaget) i dag nästan lika vanliga som rån. Dessa ökande våldssiffror beror sannolikt på en kombination av ökad anmälningsbenägenhet, minskad våldstolerans, ändrade lagar samt fler begångna våldshandlingar.

Den ökning av våld som man kan utläsa ur brottsstatistiken återfinns inte i statistiken över andelen personer som fått allvarliga fysiska skador till följd av våld. De senaste tio åren har dödsfallen till följd av våld minskat, både bland kvinnor och bland män. Sjukhusstatistiken visar också att andelen vårdade varit relativt oförändrad, men det är fler som söker sjukhusvård för sexuella övergrepp.

Inledning

Det blir allt vanligare att betrakta våld ur ett folkhälsoperspektiv, både i Sverige och internationellt. WHO utnämnde i mitten av 1990-talet våldsförebyggande arbete och forskning om våld, särskilt mot kvinnor och barn, som ett prioriterat folkhälsoområde [1]. År 2002 publicerades rapporten ”World report on violence and health” [2]. Rapportens syfte var att bland annat att initiera en världsomfattande kampanj mot våld.

Det här är första gången som våld ägnas ett eget kapitel i folkhälsorapporten, vilket är ett sätt att följa WHO:s uppmaning om fokus på våld ur ett folkhälsoperspektiv.

WHO delar upp våld i tre huvudgrupper: självriktat våld, våld mellan individer och kollektivt våld. Det här kapitlet behandlar den mellersta kategorin, det vill säga våld mellan individer eller grupper av individer. Tyngdpunkten ligger på våld mot närstående och i synnerhet partnervåld. Våld mot närstående drabbar framför allt kvinnor och barn, men även gamla.

Det är svårt att säkert veta hur utbrett våldet är i samhället. Enligt polisens anmälningsstatistik blir några enstaka procent utsatta för våldsbrott varje år, men i olika undersökningar där man frågar om utsatthet för våld uppger upp emot var tionde person att de har utsatts för våld det senaste året. Det är således många våldsbrott som inte anmäls till polisen. Mörkertalen varierar beroende på bland annat typen av brott, brottets allvarlighetsgrad och offrets relation till gärningspersonen.

Grova våldsbrott anmäls oftare än lindriga, och brott där förövaren är en obekant person anmäls oftare än brott begångna av en bekant eller närstående. Man tror att de största mörkertalen finns bland sexualbrott och brott mot barn, trots att dessa brott ofta är allvarliga. Brottsförebyggande rådet (Brå) uppskattar att mindre än hälften av alla personrån polisanmäls, omkring en tredjedel av alla misshandelsfall, omkring en femtedel av alla hot och trakasserier och drygt en sjättedel av alla sexualbrott [3].

Kapitlet inleds med en översikt av hur vanligt det är att ha blivit utsatt för våld i olika åldrar. Därefter beskrivs i vilket sammanhang våldet har skett, det vill säga offrens relation till gärningsmännen och platsen för våldet. En mer

ingående beskrivning ägnas åt våld av närstående det vill säga partnervåld, våld mot äldre och hedersrelaterat våld. Kapitlet avslutas med att visa tidstrender utifrån befintlig statistik.

Våldets förekomst utifrån olika källor

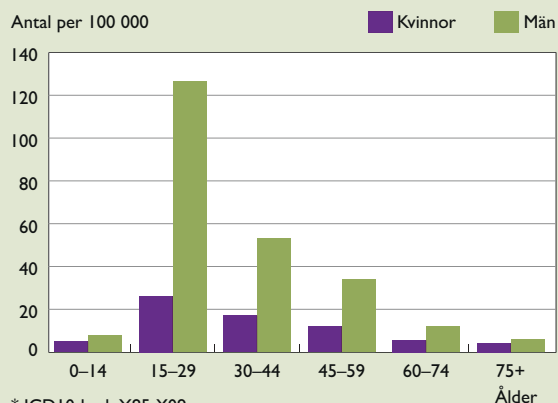
I detta kapitel används tre typer av källor för att få en uppfattning om våldets karaktär och förekomst: statistik över polisanmälda brott, frågeundersökningar samt Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister. När det gäller frågeundersökningarna kommer uppgifterna framför allt från Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar och Brottsförebyggande rådets årliga nationella trygghetsundersökningar (NTU) som genomförts sedan år 2006. Nedan följer en beskrivning av hur vanligt det är att kvinnor och män i olika åldrar blir offer för våld.

Inneliggande på sjukhus

Det är vanligare att pojkar och män, än att flickor och kvinnor, drabbas av så svåra skador efter misshandel att de vårdas inneliggande på sjukhus (figur 1). I genomsnitt vårdades omkring 2 000 pojkar och män samt 600 flickor och kvinnor om året under perioden 2005–2007. Bland både kvinnor och män är det vanligast att unga, 15–29 år, behöver sjukhusvård på grund av misshandel och i denna åldersgrupp är könsskillnaden också som störst. Skallskada är en vanlig misshandelsskada bland de sjukhusvårdade.

Figur 1. Åldersmönster bland sjukhusvårdade till följd av övergrepp

Antal per 100 000 som någon gång under året har vårdats inneliggande på sjukhus till följd av övergrepp*. Kvinnor och män i olika åldrar, genomsnitt för åren 2005–07.



* ICD 10-kod: X85-Y09

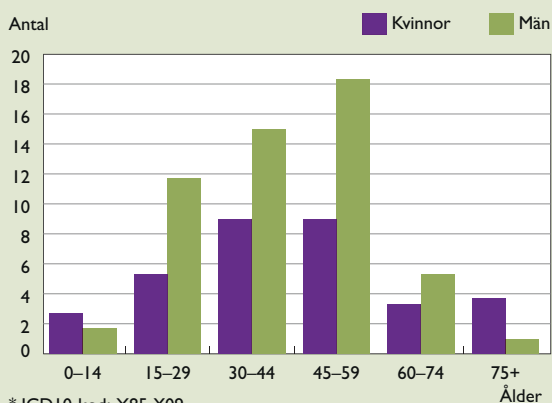
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Dödligt våld

Fler män än kvinnor dör till följd av våld. I genomsnitt dödades årligen 30 kvinnor, 51 män och 4 barn (0–14 år) under perioden 2004–2006, enligt dödsorsaksregistret. Bland barn och äldre (över 75 år) är det fler kvinnor än män som dör av våld (figur 2). Andelen män som dör till följd av våld är högst i åldersgruppen 54–59 år, men bland kvinnor är den högst i åldersgruppen 30–59 år. Drygt hälften av kvinnorna dödades av sin nuvarande eller tidigare partner, vilket innebär att fyra till fem gånger så många kvinnor som män blir offer för dödligt partnervåld [4].

Figur 2. Åldersmönster bland dödsfall till följd av övergrepp

Antal döda till följd av övergrepp*. Kvinnor och män i olika åldrar, genomsnitt för åren 2004-06.



* ICD10-kod: X85-Y09

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Unga mest utsatta för våld och hot

Ungefär var tionde invånare utsattes för någon form av våld, hot eller trakasserier under år 2006 enligt NTU (tabell 1). Hot och trakasserier var vanligast.

Tabell 1. Olika typer av våld och hot

Andel (procent) som har varit utsatta för olika typer av våld och hot de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män 16-79 år, år 2006

	Kvinnor	Män	Alla
Hot	4,9	4,2	4,6
Misshandel	2,0	3,0	2,5
därav allvarlig*	0,4	0,6	0,6
Sexualbrott	1,3	0,3	0,8
Personrån	0,7	1,4	1,1
Trakasserier	5,2	3,9	4,6
Totalt (dvs. någon form av våld/hot/trakasserier)	10,8	10,3	10,5

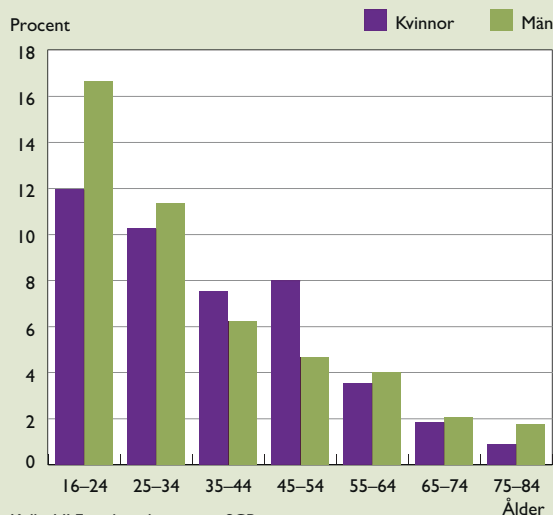
* Avser misshandel som varit så allvarlig att den lett till besök hos läkare, sjuksköterska eller tandläkare.

Källa: NTU-undersökningen, Brå

Det är vanligare att yngre personer än äldre har varit utsatta för våld eller ett allvarligt hot enligt ULF-undersökningarna (figur 3). I åldern 16-24 år uppgav 17 procent av männen och 12 procent av kvinnorna att de varit utsatta för våld eller allvarligt hot någon gång under de senaste 12 månaderna för åren 2004-2005. När det gäller medelålders personer är det i stället fler kvinnor än män som drabbas. I åldern 45-54 år hade nästan dubbelt så många kvinnor som män varit utsatta för våld eller ett allvarligt hot. Bland de allra äldsta hade fler män än kvinnor utsatts. Omkring hälften av händelserna utgjordes av fysiskt våld och den andra hälften av hotelser.

Figur 3. Åldersmönster bland utsatta för våld eller allvarligt hot

Andel (procent) som har varit utsatta för våld eller allvarligt hot de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män i olika åldrar, åren 2004/05.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Det är främst kvinnor som undviker att gå ut på kvällarna av rädsla för att bli utsatta för överfall,

rån eller annan form av ofredande. I Folkhälsoinstitutets enkät år 2007 uppgav 41 procent av kvinnorna och 9 procent av männen (18–84 år) att de ofta eller ibland avstod från att gå ut ensamma på kvällen.

Polisanmäld misshandel

Det vanligaste polisanmälda våldsbrottet är misshandel, som i brottsbalken definieras som att tillfoga en annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta eller försätta honom eller henne i vanmakt. År 2007 anmäldes över 82 000 misshandelsbrott, drygt hälften mot män och pojkar 15 år eller äldre, en tredjedel mot kvinnor och flickor 15 år eller äldre, och resten mot barn under 15 år (figur 4). Därmed var drygt 60 procent av de vuxna offren män och nästan 40 procent kvinnor.

År 2007 polisanmäldes 9 600 fall av misshandel mot barn under 15 år. Samma år började

man i statistiken för första gången redovisa misshandelsfall efter barnens kön, men uppgifterna är fortfarande ofullständiga. Däremot redovisas misshandel separat för pojkar och flickor i åldersgruppen 15–17 år (figur 4).

Sexualbrott

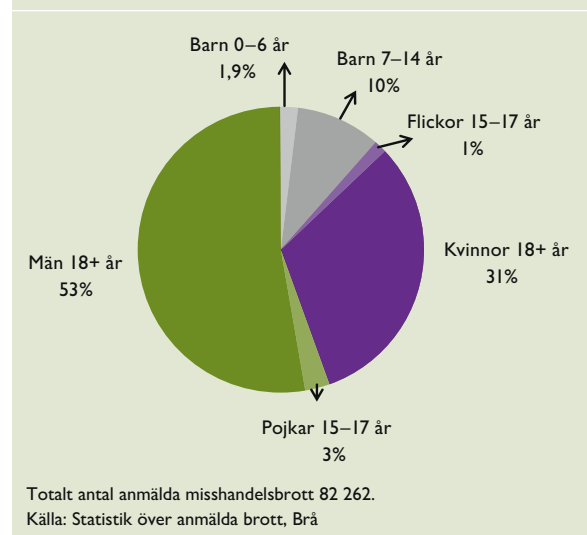
I NTU-undersökningen uppgav 1,3 procent av kvinnorna och 0,3 procent av männen att de hade blivit sexuellt tvingade, angripna eller ofredade under år 2006 (tabell 1). Bara 17 procent av dessa sexualbrott var polisanmälda [3].

Det vanligaste polisanmälda sexualbrottet är sexuellt ofredande, vilket innebär en kroppslig beröring med sexuell inriktning som inte är så närgående eller varaktig att den kan klassas som sexuellt umgänge. De utgjorde nära hälften av alla sexualbrott år 2007. Våldtäkter stod för en dryg tredjedel av sexualbrotten. Närmare 90 procent av dessa var registrerade som fullbordade våldtäkter och 10 procent som försök till våldtäkt. Vid fullbordade våldtäkter var omkring en fjärdedel av offren under 15 år [5]. Drygt en tiondel av våldtäktsoffren under 15 år är pojkar, medan våldtäktsoffer som är 15 år eller äldre som regel är kvinnor [6]. Sexuellt tvång, utnyttjande m.m. utgjorde omkring 10 procent av sexualbrotten, varav tre fjärdedelar av offren var under 15 år.

Hatbrott

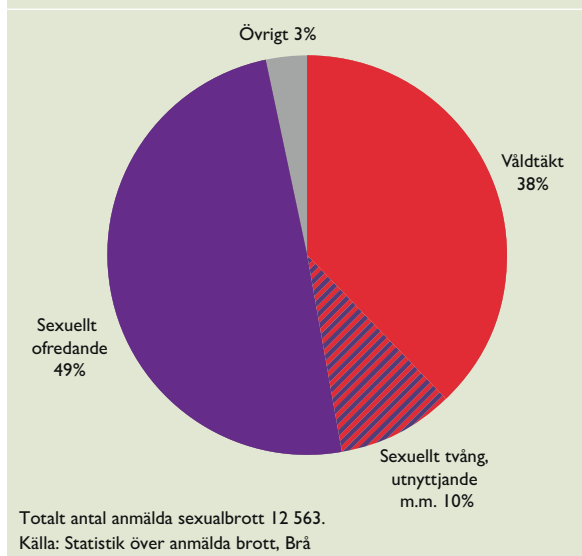
Hatbrott kan vara allt från mord till klotter på någons husvägg. Motivet är det som avgör om brottet är att betrakta som ett hatbrott. Det finns inga särskilda koder för hatbrott i polisens anmälningssystem men från år 2008 har systemet kompletterats med ett särskilt fält för misstänkta hatbrott.

Figur 4. Polisanmälda misshandelsbrott
Andel (procent) polisanmälda misshandelsbrott inklusive grov misshandel fördelat efter ålder och kön, år 2007.



Figur 5. Polisanmälda sexualbrott

Andel (procent) polisanmälda sexualbrott fördelade efter typ av brott, år 2007.

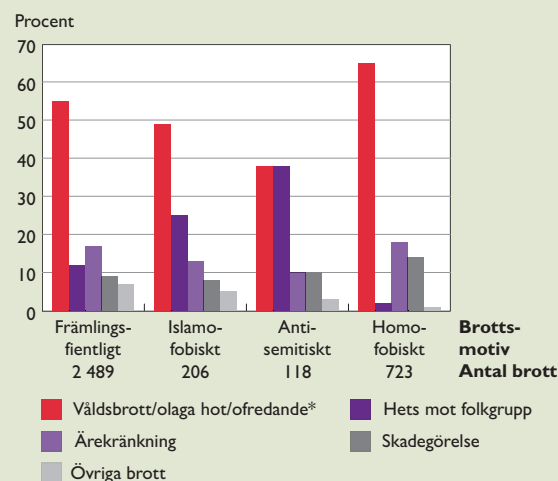


Brå gjorde år 2007 en kartläggning av hatbrott. För att ett brott skulle räknas som ett hatbrott i denna kartläggning krävdes att gärningspersonen tillhörde en definierad majoritet och offret en definierad minoritet, samt att brottet var motiverat av gärningspersonens negativa inställning till offrets hudfärg, nationalitet, etniska bakgrund, religiösa tro eller sexuella läggning. Hatbrottsmotiv identifierades i drygt 3 500 brottsanmälningar. I 70 procent av fallen var motiven främlingsfientliga medan 20 procent var homofobiska, 6 procent islamofobiska och 3 procent hade antisemitiska motiv. Drygt 20 procent av hatbrotten var våldsbrott och omkring 35 procent var olaga hot och ofredande. Vid brott med religiösa motiv var våldsbrotten inte lika framträdande som vid brott med främlingsfientliga och homofobiska motiv (figur 6). Hatbrotten berörde vanligtvis män.

Omkring 80 procent av de misstänkta gärningspersonerna var män, liksom omkring 70 procent av offren. Hatbrotten hade skett på alla möjliga platser men det var vanligare att de hade skett i skolan eller i arbetslivet än ute i nöjeslivet. [7]

Figur 6. Hatbrott

Hatbrott med olika motiv fördelade efter brottstyp, år 2007. Procent.



Brå har i två studier (åren 1996-97 och 2003-04) frågat skolor (elever i grundskolans årskurs 8-9 samt gymnasiet årskurs 1-3) om de blivit utsatta för våld någon gång under de senaste 12 månaderna på grund av sin etniska bakgrund. I den senaste undersökningen, som inkluderar drygt 10 000 ungdomar, svarade 7 procent av eleverna med utländsk bakgrund (utrikes födda med utrikes födda föräldrar) att de hade blivit det. Motsvarande andel bland eleverna med svensk bakgrund (inrikes födda med inrikes födda för-

äldrar) var 2 procent. Majoriteten av händelserna hade skett på fritiden, på gatan, på disco eller på någon fritidsgård. Inget tyder på några större förändringar mellan de två undersökningarna [8]

Vem utövar våldet och var?

Utifrån befintlig statistik kan man också få en viss uppfattning om offrets relation till förövaren. Förövarna är till övervägande del män, både när våldet riktar sig mot kvinnor och mot män. När offret är en kvinna är förövaren dock oftare en närstående person.

Gatuvåld och våld i hem och på arbetsplatser

Kvinnor utgör majoriteten, 60 procent, av offren för våld eller hot i bostaden eller i anslutning till tjänsten, medan offren på allmän plats till 70 procent är män enligt ULF-undersökningarna (tabell 2). Bland unga är det ännu tydligare skillnad mellan kvinnor och män beträffande var våldet sker. Unga män (16–24 år) är tre gånger så ofta utsatta för våld på allmän plats (s.k. gatuvåld) jämfört med unga kvinnor. Vid de polisanmälda fallen av gatuvåld var majoriteten av förövarna och cirka hälften av offren alkoholpåverkade [9]. Unga kvinnor utsätts dock dubbelt så ofta för våld och hot i bostäder jämfört med unga män. En särskilt utsatt grupp är ensamstående kvinnor med små barn där hela 15 procent utsattes för våld i bostaden under år 2003 [10].

Sammantaget var våld på allmän plats dubbelt så vanligt som våld i bostaden, enligt vad som uppgavs i ULF-undersökningarna år 2005. Underskattning av våld är större beträffande våld i bostaden eftersom gärningsmannen ofta tillhör den egna bekantskapskretsen och kanske rent av

kan ha varit närvarande vid intervjun [11]. Enligt ULF-undersökningarna åren 2000–2001 undvek kvinnor att polisanmäla uppskattningsvis 105 000 hot- eller våldshändelser av rädsla för repressalier eller av familjeskäl [12].

I tabell 2 anges antalet personer som varit utsatta för våld eller hot, men en och samma person kan ha varit utsatt för flera händelser av våld eller hot. Hälften av alla rapporterade händelser skedde i samband med yrkesutövning.

Tabell 2. Plats och typ av händelse

Uppskattat antal personer som varit utsatta för våld eller allvarligt hot fördelade efter typ av händelse och var händelsen inträffade samt könsfördelning i procent. Personer 16 år och äldre, år 2005.

	Antal personer	Könsfördelning (%)		
		Kvinnor	Män	Summa
Utsatta för våld och allvarligt hot	508 000	48	52	100
därav:				
I bostad *	106 000	60	40	100
På allmän plats	205 000	31	69	100
I anslutning till tjänsten	203 000	58	42	100
Utsatta för fysiskt våld	254 000	42	58	100
därav:				
Våld som krävde läkarvård	45 000	39	61	100

* Oftast egen bostad men inkluderar även annans bostad.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Bekant eller obekant förövare

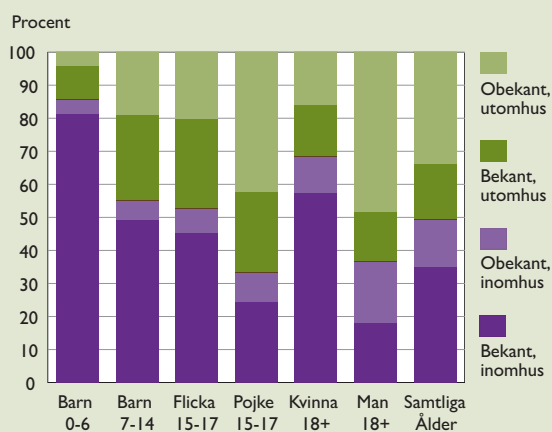
De flesta kvinnor och barn som misshandlades (drygt 70 procent) var bekanta med förövaren, medan bara drygt 30 procent av männen kände gärningsmannen. Det framgår av statistik över polisanmäld misshandel (figur 7). Kvinnans nuvarande eller före detta partner var förövare i närmare hälften av alla polisanmälda misshan-

delsfall där offren var kvinnor [13]. Stockholms läns landstings folkhälsoenkät visade samma resultat – hälften av alla kvinnor som utsatts för fysiskt våld de senaste 12 månaderna uppgav att förövaren var den nuvarande eller före detta partnern [14]. Det kan jämföras med att cirka en av tio våldsutsatta män i samma folkhälsoenkät uppgav en partner som förövare.

När det gäller polisanmäld misshandel av barn 0–6 år är gärningsmannen en bekant i nio fall av tio, ofta är det en förälder eller styvförälder, och misshandeln sker oftast inomhus. Även bland 7–14-åringarna är misshandel inomhus av en bekant gärningsperson vanligast, om än i något lägre grad. I 40 procent av fallen var den misstänkte gärningsmannen mellan 15 och 20 år.

Figur 7. Relation med förövaren och plats för polisanmälda misshandelsbrott

Olika grupper av misshandelsoffer fördelade efter offrets relation till förövaren (bekant eller obekant) och platsen för misshandeln (inomhus eller utomhus). Barn, kvinnor och män i olika åldrar, år 2007. Procent.



Källa: Statistik över anmälda brott, Brå

Av de kvinnor som fått så svåra skador till följd av övergrepp att de vårdats inneliggande på sjukhus, uppgav närmare en femtedel att de blivit misshandlade av sin partner (figur 8). Drygt en tiondel hade fått sina skador till följd av sexuella övergrepp. Bara ett fåtal män hade fått sina skador till följd av övergrepp från en partner eller någon annan bekant och inga män var inneliggande för sexuella övergrepp. Omkring 98–99 procent av dem som misstänktes för sexualbrott år 2007 var män och 20–25 procent var mellan 15 och 20 år [5].

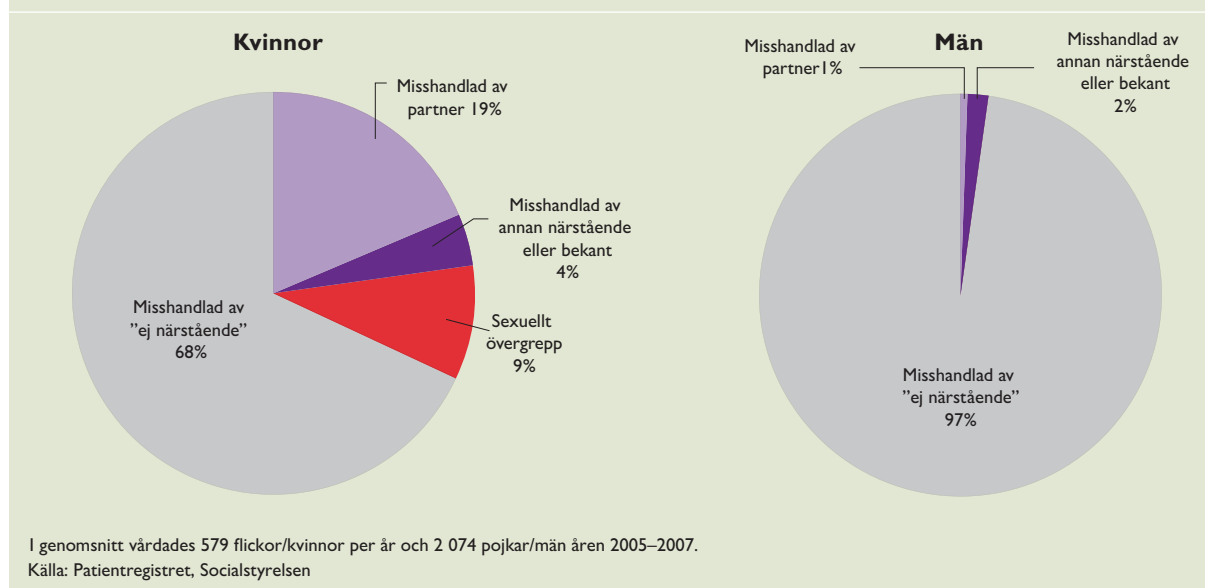
Förövaren och offret kände varandra i 70 procent av misshandelsfallen som ledde till att offret dog, och dödligt våld är vanligast i bostaden. När våldet sker på allmän plats är det vanligare att förövaren inte känner offret, och dessutom är offer och förövare då generellt yngre än vid våld i bostaden [15]. Nära 90 procent av förövarna av dödligt våld är män. Drygt hälften av de kvinnor som mördas eller dräps, det vill säga omkring 16 varje år, har dödats av sin nuvarande eller före detta manliga partner. Varje år dödas 3–4 män av en kvinnlig partner, vilket motsvarar drygt 5 procent av alla dödade män [15]. Sedan tidigt 1990-tal har således fyra till fem gånger fler kvinnor än män dödats av sin partner [13].

Dödligt våld är vanligare i socialt marginaliserade miljöer, och en stor andel av gärningspersonerna har eller har haft en psykiatrisk sjukdom. Av de män som dödat en kvinna i en nära relation begår var fjärde självmord i samband med brottet.

Beträffande polisanmälda våldtäkter bland vuxna år 2006 var offer och förövare obekanta i 33 procent av fallen och ytligt bekanta i 41 procent av fallen. Omkring 17 procent av alla polisanmälda våldtäkter inträffade inom så kallade

Figur 8. Vårdade i slutenvård till följd av olika övergrepp

Andel (procent) som någon gång under året har vårdats i slutenvård till följd av övergrepp, fördelade efter övergreppets typ. Flickor/kvinnor och pojkar/män åren 2005–2007.



nära relationer, det vill säga där gärningsmannen var offrets nuvarande eller tidigare partner [16]. Resterande 9 procent av våldtäkterna begicks av andra familjemedlemmar eller nära bekanta.

Våld mot närstående

De olika datakällorna som presenterades inledningsvis ger inte en fullständig bild av våldets omfattning, och bilden blir skev eftersom mörkertalen är större för vissa våldsbrott än för andra. Underrapporteringen är större för våld i nära relationer och i privata miljöer utan insyn. Underrapporteringen är också större för brott som upplevs som särskilt skamliga, exempelvis sexualbrott och barnmisshandel.

I detta kapitel är det huvudsakligen sexuellt våld och det våld som utövas av närstående som beskrivs närmare. Till kategorin våld mot närstående inkluderas här partnervåld, våld mot barn, våld mot äldre och hedersrelaterat våld. Våld mot närstående kännetecknas av att offret är mer eller mindre beroende av förövaren, samt att våldet ofta är upprepat och därmed ingår i offrets vardag. Sexuella övergrepp sker dock också i nära relationer och kategorierna utesluter därför inte varandra. Tyngdpunkten i detta avsnitt är på partnervåld som framför allt drabbar kvinnor och deras barn.

Partnervåld

Med partnervåld avses här våld inom en aktuell eller tidigare parrelation, det vill säga våld som

utövas av en nuvarande eller tidigare make eller maka, sambo, pojk- eller flickvän eller särbo. Svenska studier av mäns våld mot en kvinnlig partner visar att 1–3 procent av alla kvinnor har varit utsatta för fysiskt våld av sin nuvarande eller tidigare partner under det senaste året [14, 17]. Socialstyrelsen uppskattar att minst 75 000 kvinnor i Sverige utsätts för någon form av partnervåld varje år [18], men siffran är osäker och baseras på officiell statistik med de brister som det innebär. Både svenska och utländska studier visar att kvinnor som har utsatts för våld från sin manliga partner ofta har blivit utsatt flera gånger [19]. Andelen utsatta kvinnor bör därför kompletteras med hur ofta de blir utsatta, för att bilden av våldets omfattning ska bli heltäckande.

En nationell studie från år 2001 visar på en hög livstidsprevalens för våld mot kvinnor [20]. Med livstidsprevalens avses andelen som har utsatts för våld någon gång i livet efter att de fyllt 15 år. Det vanliga är annars att uppskattningarna begränsas till ett enskilt år. Enligt studien hade 7 procent av de sammanboende kvinnorna någon gång utsatts för fysiskt våld av sin nuvarande make eller sambo. Av de kvinnor som haft tidigare relationer hade 28 procent någon gång utsatts för fysiskt våld av en tidigare partner. En studie av våld i samkönade parrelationer visade att en fjärdedel av de tillfrågade personerna hade utsatts för någon form av psykologiskt, sexuellt eller fysiskt våld i en nuvarande eller tidigare parrelation (inklusive heterosexuella relationer) [21].

En studie bland gravida kvinnor i Sverige visade att närmare 3 procent hade blivit utsatta för fysiskt våld av en manlig partner, en före detta partner eller någon annan anhörig året före graviditeten, och drygt 1 procent under eller strax efter graviditeten [22, 23]. Dessa och andra stu-

dier innehåller exempel på att våldet började när kvinnan blev gravid och att ett pågående våld blev grövre under graviditeten. En WHO-studie från år 2005¹ visade att mellan 4 och 12 procent av de tillfrågade kvinnorna utsattes för fysiskt våld under graviditeten, och i över 90 procent av fallen var förövaren den biologiska fadern till barnet [24].

Internationella studier har visat att våld mot kvinnor är ett globalt problem [24, 25]. Urvalsundersökningar bland kvinnor i Kanada, Finland och Norge har redovisat höga livstidsprevalenser för partnervåld [26–29]. En översikt av undersökningar från flera västländer visade att 25–30 procent av alla kvinnor någon gång har utsatts för våld från en partner och att 2–12 procent drabbas årligen [30]. Till de allvarliga formerna av våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv hör även människohandel för sexuella ändamål, sexslaveri, exploatering av arbetskraft, fysiska och sexuella övergrepp mot prostituerade, barnamord på flickor, abort av flickfoster, försummelse av flickebarn och våldtäkt i krig [31].

Kontrollerande eller situationsbetingat partnervåld

Partnervåld kan anta många former, men man kan urskilja två huvudsakliga våldsmönster: det kontrollerande partnervåldet och det situationsbetingade partnervåldet [2, 32–34].

Det kontrollerande partnervåldet är allvarligt och eskalerande med en blandning av olika former av våld, terror, trakasserier och hot. Förövarns beteende är dominerande och kontrolleran-

¹ I studien intervjuades omkring 24 000 kvinnor i Bangladesh, Brasilien, Etiopien, Japan, Peru, Namibia, Samoa, Serbien och Montenegro, Thailand och Tanzania.

de, och en övervägande del av offren är kvinnor som utsätts av sin manliga partner [35]. Enligt WHO:s rapport om våld och hälsa finns det mycket lite som tyder på att kvinnor använder sig av detta slags partnervåld [2] och detsamma gäller kvinnors sexuella våld mot manliga partner [36]. Kvinnors våldsanvändning sker oftare än mäns i självförsvar eller i anslutning till mäns våld.

Det situationsbetingade partnervåldet utlöses vid vissa stressituationer där frustration och vrede slår över i fysisk aggression. Förövaren har oftast inget kontrollbehov. Detta relationsvåld utövas av både kvinnor och män, och i vissa relationer är våldet ömsesidigt eller initierat av kvinnan [2, 34]. Det kontrollerande partnervåldet diskuteras ofta som en process, medan det situationsbetingade partnervåldet snarare beskrivs som enstaka händelser.

Enligt WHO är det troligen lättare att fånga upp det situationsbetingade våldet i folkhälsoenkäter och liknande, medan andra metoder får användas för att studera kontrollerande våld [2]. Det finns påståenden om att kvinnor i lika hög grad som män utövar partnervåld, men de är ofta baserade på studier som främst fångar det situationsbetingade våldet och inte det våld som är ägnat åt att dominera eller bryta ner partnern [36]. Det kontrollerande partnervåldet leder i högre utsträckning än annat partnervåld till fysiska skador och kroniska ohälsotillstånd såsom rädsla (ibland rädsla för sitt liv), nedstämdhet, försvagad självkänsla och andra psykologiska tillstånd samt högre konsumtion av sjukvård och läkemedel [2, 35, 37].

Konsekvenser av partnervåld

Forskning som är baserad på både kliniska studier och frågeundersökningar visar entydigt att

partnervåld får allvarliga konsekvenser för den kroppsliga och psykiska hälsan – både på kort och på lång sikt [2, 32–34]. Även långt efter att våldet har upphört finns det en stark koppling mellan kvinnors ohälsa och deras utsatthet för våld [24].

Studier både i Sverige och i andra länder har visat att våld i hemmet har samband med självmordsförsök bland kvinnor [38–40]. I en australiensisk studie var andelen kvinnor som uppgivit att de skadat sig själva, eller nyligen stått i begrepp att göra det, nio gånger så hög bland dem som utsatts för partnervåld, som bland andra kvinnor [41]. En enkätundersökning bland kvinnor som varit i kontakt med psykiatrin inom Region Skåne år 2003 visade att 70 procent någon gång under sitt liv hade varit utsatt för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp, oftast av en närstående och ofta vid upprepade tillfällen [42]. I de fyra Norrlandslandstingen undersökte man sambandet mellan rapporterat fysiskt våld eller hot eller våld (inte begränsat till partnervåld) och rapporterad ohälsa bland både kvinnor och män. Bland kvinnor i åldern 30–44 år som varit utsatta för våld och hot var andelen som besvärades av oro och ångest mångdubbelt högre än bland dem som inte varit utsatta, efter att man tagit hänsyn till social bakgrund och rökvanor [43]. Psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män men det är inte känt hur mycket av denna ohälsa som är orsakad av våld.

Enligt en norsk studie är kombinationen av fysiskt och sexuellt våld, som präglar livet för många misshandlade kvinnor, särskilt skadligt [44]. Vissa specifika diagnoser som kvinnor söker vård för kan vara en signal på att hon varit utsatt för sexuella övergrepp, både inom och utanför nära relationer. De diagnoser som ofta har samband med sexuella övergrepp är kronisk bäcken-

smärta, andra långvariga smärttillstånd, underlivsinfektioner, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ätstörningar, självdestruktivt beteende, kronisk psykisk sjukdom och andra psykiatriska diagnoser [45–48]. Hälso problemen kan bero på våld utan att kopplingen är uppenbar för kvinnan själv eller för hälso- och sjukvården. Sexuella övergrepp leder också till flera gynekologiska och reproduktiva besvär samt sexuella problem framför allt när det gäller orgasm och sexuell tillfredsställelse [49].

I en australiensisk studie beräknade man utifrån DALY:s att våldsutsatta kvinnors sjukdomsburda till största delen bestod av psykisk ohälsa [50]. Hela 73 procent av sjukdomsburdan utgjordes av sådant som depression, ångest och självmord, medan 22 procent kom av skadligt hälsobeteende som tobaksrökning och risk- eller missbruk av alkohol och illegala droger. Mindre än 1 procent utgjordes av fysiska skador. Samma undersökning uppskattade att partnervåld orsakade nästan 8 procent av den totala sjukdomsburdan bland alla vuxna kvinnor under 45 år i den delstat i Australien där studien genomfördes.

Partnervåld kan också leda till svåra sociala konsekvenser för kvinnan, som isolering, begränsad tillgång till hjälpinstanser inklusive sjukvård [51], spända relationer med arbetsgivare samt ekonomiska problem till följd av sjukskrivningar och arbetslöshet på grund av svårigheter att upprätthålla normala arbetsrelationer [2]. Ständig rädsla och inskränkt rörelsefrihet samt vetskapen om att barnen drabbas av våldet kan också leda till en kraftigt försämrad livskvalitet [52].

Kvinnor i Sverige gör årligen mellan 12 000 och 14 000 besök i öppenvården på sjukhus, jourcentraler eller inom primärvården, till följd av partnervåld. Våld i hemmet leder också oftare till

sjukskrivning än vad gatuvåld och våld i tjänsten gör [12]. Bland personer som varit utsatta för de olika typerna av våld hade 16 procent av dem som utsattes i hemmet sjukskrivit sig, jämfört med 6 procent av dem som varit utsatta för ”gatuvåld” och knappt 3 procent av dem som varit utsatta för våld i samband med tjänsteutövning. Redovisningen var inte uppdelad på kön men pekar på att ensamstående kvinnor med barn oftare än andra söker sjukvård eller blir sjukskrivna på grund av våld [11]. Långvarig sjukskrivning, det vill säga mer än 30 dagar, är tio gånger vanligare bland dem som utsatts för våld i bostaden än bland dem som utsatts för gatuvåld. Däremot orsakar gatuvåld mer än hälften av alla våldshändelser som kräver sjukvård.

I en rapport från Socialstyrelsen år 2006 uppskattades att våld mot kvinnor kostar samhället mellan 2,7 och 3,3 miljarder kronor per år, varav direkta sjukvårdskostnader står för mellan 23 och 38 miljoner [18]. Därutöver kommer kostnader för sjukfrånvaro och förlorad framtida produktivitet.

Våldet normaliseras

En återkommande fråga är varför så många kvinnor stannar kvar i parrelationer där män utsätter dem för våld. En teori utgår från ”normaliseringsprocessen”, som beskriver hur våldet vidmakthålls genom att bli en del av vardagen, det vill säga normaliseras, och gradvis accepteras av både mannen och kvinnan [53].

Enligt denna teori präglas processen av två viktiga mekanismer. Den ena är att kvinnan isoleras och den andra är att mannen växlar mellan våld och värme. Genom hot och känslomässiga utspel kan mannen skrämman kvinnan till anpassning och gradvis isolera henne från kontakter med föräldrar, syskon, vänner och andra. Detta innebär

att hon avskärmas från människor i omgivningen som skulle kunna skydda och hjälpa henne samt visa det oacceptabla i situationen. När mannen börjar använda våld är det vanligt att han växlar mellan att vara våldsam och att vara varm och omtänksam. Han kan vara förkrossad efter att ha använt våld och lova att det inte ska ske igen. Växelspelet hjälper till att förstärka mannens makt eftersom det är han som kontrollerar växlingen mellan gott och ont. En tredje mekanism enligt denna modell är att dominansen erotiseras, och flera våldshändelser avslutas med en våldtäkt eller andra former av sexuellt våld [46]. Kvinnor som lever under sådana omständigheter kan gradvis tappa sin tidigare verklighetsuppfattning och kan till och med så småningom lägga skulden på sig själva för mannens kontrollerande och våldsamma beteende. Typiska faktorer som utlöser våld i ett sådant förhållande är mäns svartsjuka och upplevelse av äganderätt, deras förväntningar på kvinnors tjänster i hemmet samt känslan av att ha rätt att straffa ”sin” kvinna för upplevda ogärningar där hans auktoritet utmanas [54].

En del kvinnor lyckas emellertid att behålla ett nätverk av närstående personer som känner till våldet [55]. De kvinnor som klarar att göra ett definitiva uppbrott försöker ofta flera gånger innan de lyckas, och processen påverkas av känslor av kärlek, rädsla, hat, medlidande, skuld och hopp. Uppbrottet påskyndas ofta av olika ”vändpunkter”, till exempel när kvinnan inser att det kan gälla livet, att barnen är utsatta, att hon förlorar hoppet om relationen och att hjälp utifrån kommer vid rätt tidpunkt.

Våld är inte begränsat till pågående relationer. Ensamstående kvinnor är utsatta för våld eller hot sju gånger oftare än sammanboende kvinnor, enligt ULF-undersökningarna. En förklaring är

att det är både känslomässigt och praktiskt lättare att berätta om sådana händelser när man inte delar hem med förövaren. En annan förklaring är att separationer har samband med våld – dels för att en separation kan leda till våld, dels för att våld kan vara skälet för en separation. Forskning har visat att grövre våld mot kvinnor ofta sker när relationen är i upplösning. Många gånger har också hemlöshet bland kvinnor visat sig bero på att de utsattes för våld i det tidigare hemmet. [14, 35]

Ett annat anmärkningsvärt resultat från ULF-undersökningen är att ensamstående kvinnor med små barn är den grupp som löper den allra största risken att utsättas för våld. Omkring 15 procent av dem hade utsatts för våld eller hot i bostaden under år 2003 [10]. Ensamboende mammor som är socialt resurssvaga, det vill säga med flera problem avseende ekonomi, utbildning, hälsa, arbete och socialt nätverk, utsätts för upprepat våld upp till tio gånger så ofta som ensamboende kvinnor i allmänhet [14, 56].

Både samhällsstruktur och individuella riskfaktorer har betydelse

Många förklaringar till mäns våld mot kvinnor har föreslagits under åren [57], och Brottsförebyggande rådet identifierade år 1994 två grundläggande ansatser [58, 59]. Den ena svarar på varför vissa män utsätter kvinnor för våld medan andra män inte gör det. Den andra ansatsen, som författarna ansåg var överordnad, gäller betydelsen av mäns dominans över kvinnor i samhället överlag.

I underlaget till kvinnofridsreformen år 1998 identifierades bristande jämställdhet, könsdiskriminering och obalans i maktrelationer mellan könen som den grundläggande orsaken till våld mot kvinnor [60]. År 2004 publicerades en utvärdering av myndigheternas åtgärder inom området

mäns våld mot kvinnor [61], och även i den delade man upp förklaringsmodellerna i två huvudgrupper. Den första gruppen var tolkningar baserade på begreppet ”könsmaktsordning”, där våldet förstås utifrån ”en samhällsstruktur där män är överordnade kvinnor, och mäns våldsutövning därmed bekräftar en könsmaktsordning” [61]. Detta kan anses vara ett feministiskt perspektiv. Den andra gruppen av förklaringar utgjordes av så kallade ”avvikelseförståelser”, där våldet ses som ett marginellt problem och förövarna och offren är avvikande individer. I den gruppen söker man förklaringar till våldet i avvikelser hos de våldsutövande männen. Uppmärksamheten riktas mot de mest avvikande männen, de svårt psykiskt sjuka, de tyngst kriminella eller missbrukande, eller män från särskilt patriarkala kulturer. Rapportens författare ansåg dock att detta synsätt distanserar våldsamma män från andra, och osynliggör kopplingen mellan våld, kön och makt [61]. En slutsats var att myndigheterna i huvudsak tillämpar ”avvikelsemodellen” och att detta försvagar de insatser som görs för att motverka våldet.

Det har även gjorts flera försök att kombinera olika förklaringsmodeller. En ansats har varit att skilja på *grundläggande förutsättningar* för att våld kan uppstå, i detta fall könsmaktsstrukturen, och på *utlösande faktorer*, som alkohol eller individuella omständigheter [57]. I andra ansatser har det feministiska perspektivet använts som ”kitt” för att foga samman könsmaktsanalysen med andra förklaringsmodeller [62]. Begreppet ”intersektionalitet” har även lanserats för att betona att flera samhälleliga maktordningar kan påverka människors tillvaro och livsvillkor samtidigt – maktordningar som baseras på genus, etnicitet, nationalitet, sexualitet, klass och hudfärg [63].

I slutet av 1970-talet utvecklades den holistiska – även kallad den ekologiska – modellen för att förklara barnmisshandel. Bland annat WHO har applicerat modellen på förekomsten av våld generellt och även på mäns våld mot kvinnor (figur 9) [2]. Modellen är ett försök att kombinera teorier och förklaringsmodeller på olika nivåer. Utgångspunkten är att många faktorer samverkar och att det inte finns någon enskild faktor som kan förklara förekomsten av partnervåld i olika samhällen och sammanhang, eller skillnader i förekomst [64]. Exempelvis kan våldet öka vid hög arbetslöshet på grund av individuell stress, bristande samhällskontroll och mindre stöd till familjer [65]. Våldstillåtande normer i samhället gör också att våldet blir vanligare [24]. Det är viktigt att samhället kan hjälpa individer, exempelvis genom att skydda och stödja utsatta kvinnor och erbjuda behandling till män som använder våld, men om man får en strukturell förståelse för våldet blir det lättare att arbeta förebyggande [66].

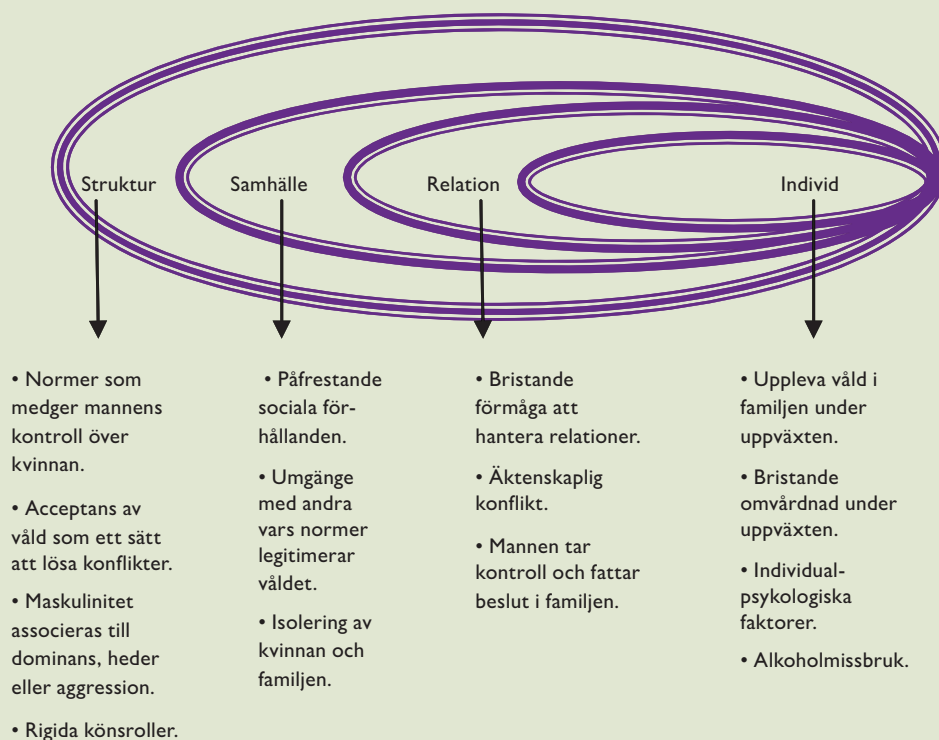
Könsrelaterat våld i ”jämställda” Sverige

Sverige har flera gånger rangordnats som ett av världens mest jämställda länder [67]. Mot den bakgrunden kan man fråga sig varför Sveriges framgångsrika jämställdhetsarbete inte i större utsträckning har lyckats sänka de höga våldsnivåerna. Internationella observatörer menar att strukturella satsningar som dem i Skandinavien är nödvändiga för att motverka partnervåld, men att de inte räcker [68].

Flera undersökningar har visat att kvinnor i Norden uppger sina tidigare relationer som betydligt mycket mer våldsamma än de nuvarande relationerna. Författarna till Slagen Dam har tolkat dessa resultat som att det är först när en kvinna

Figur 9. Den holistiska modellen

Exempel på faktorer som ökar risken för partnervåld.



Modellen först beskriven av Heise [64]

Källa: I den ursprungliga WHO-modellen användes begreppen Societal, Community, Relationship, Individual (Krug, et al., 2002; Socialstyrelsen, 2006)[18, 35]

har lämnat en relation och är borta från våldet som hon kan beskriva sina erfarenheter av våld. Det är svårt att erkänna att man lever i en relation med våld, vilket förstärks av de jämställdhetsnormer som gäller i Sverige. Dessa sätter press på kvinn-

or att tolka sin pågående relation som jämställd [20]. Å andra sidan kan resultaten tolkas som ett tecken på att jämställdheten har ökat, vilket bland annat främjat kvinnors möjligheter att göra uppbrott från våldsamma relationer [69, 70].

Våld mot kvinnor i Sverige ur ett historiskt perspektiv

Acceptansen för mäns våld mot kvinnor har varierat under historiens gång. På 1200-talet förbjöds bortförande, det vill säga att ta en hustru med tvång. Samtidigt tillät de gamla landskapslagarna den äkta mannen att använda "skälig aga mot hustrun" även om det fanns vissa begränsningar. Mannen skulle helst inte slå hustrun offentligt, döda henne eller slå henne med ett stort redskap.

I vissa fall hade kvinnan lagligt skydd mot våld, men då var det ofta i egenskap av mannens egendom. Tidiga lagar mot våldtäkt tillämpades oftast för att skydda trolovade eller gifta kvinnor från andra män. Det var först med strafflagen år 1864 som "hustruaga" omdefinierades till straffbar icke-grov "misshandel på enskild plats" och därmed kriminaliserades. Offret måste dock själv anmäla brottet för att åklagaren skulle kunna väcka åtal – därför kallades detta våld för ett "angivelsebrott". De flesta fall av våld i hemmet och våldtäktsbrott kom under allmänt åtal först i början av 1980-talet. Från att historiskt ha tillåtit många former av privat våld har rätten att utöva våld successivt överförts till staten, till militären och polisen som har befogenheter att använda våld. Samhällets officiella syn på våld mot kvinnor har påtagligt förändrats under de senaste decennierna. Nedan följer några juridiska exempel:

- 1965 Våldtäkt inom äktenskapet kriminaliserades.
- 1982 "Kvinnomisshandel", dvs. även misshandel som inte klassas som grov och som sker på enskild plats, lades under allmänt åtal. Därmed kunde även andra än offret anmäla brottet och åklagaren fick befogenhet att väcka åtal även utan offrets medgivande.
- 1984 Våldtäkt och andra sexualbrott lades under allmänt åtal; våldtäktsdefinitionen utvidgades till att bli könsneutral, inkludera fler handlingar än samlag samt täcka homosexuella övergrepp.
- 1998 Termen grov kvinnofridskränkning infördes i brottsbalken.
- 1999 Köp av sexuella tjänster kriminaliserades.
- 2003 Besöksförbudslagen skärptes till att även gälla den gemensamma bostaden.
- 2005 Sexuella handlingar med en person i "hjälpöst tillstånd", exempelvis på grund av berusning, kan i större utsträckning straffas som våldtäktsbrott.

Alkoholens roll vid partnervåld

Alkohol har en komplex roll vid partnervåld. Enligt amerikanska studier var både mannen och kvinnan nyktra vid majoriteten av de tillfällen då partnervåld förekommit [71–73], men våldet riskerade att bli allvarligare om mannen druckit [74]. Bland män som sökt vård för alkoholproblem fann man, till skillnad från män utan alkoholproblem, att risken för att mannen skulle använda fysiskt våld ökade de dagar då han druckit alkohol [75]. Enligt de amerikanska studierna löper kvinnor en mycket större risk att utsättas för våld om de lever med män som har alkohol- eller drogproblem [72]. Risken ökar också i socialt utsatta miljöer, där det även är vanligare med alkohol- och/eller drogmissbruk. Det är dock svårt att veta om våldet är en effekt av missbruket, av den sociala utsattheten eller av en kombination av dessa [76, 77].

I en svensk intervjustudie bland kvinnor med missbruksproblematik uppgav flera att en bidragande orsak till deras missbruk var att de hade utsatts för våld från en närstående man [77]. Detta väcker frågan om vad som är orsak och verkan i de studier där man funnit ett samband mellan alkoholmissbruk och våld.

När det gäller partnervåld har studier visat att alkohol spelar större roll vid situationsbetingat våld än vid systematiskt våld [20, 78]. Alkoholkonsumtion verkar främst öka risken för att våld ska utlösas och för att det ska få allvarliga konsekvenser. Ur ett befolkningsperspektiv är det andra faktorer som avgör om våld ska uppkomma eller inte. Om befolkningen helt slutade dricka alkohol skulle inte mäns våld mot kvinnor upphöra, även om omfattningen troligen skulle minska tillsammans med antalet allvarligt skadade [79].

I relationer där alkoholkonsumtionen är måttlig finns det inga studier som visar att alkohol

har något tydligt samband med våld, men det är naturligtvis glidande övergångar mellan måttlig-hetskonsumtion, riskkonsumtion och missbruk. Det finns också en risk att alkohol används som en ansvarsbefriare och tillskrivs en större roll vid partnervåld än den egentligen har. Det finns även andra droger eller mediciner som kan öka riskerna för partnervåld.

Barn som upplever våld i familjen

Våld mot kvinnor berör ett stort antal barn, och enligt en uppskattning har ungefär 10 procent av alla barn upplevt våld i hemmet och 5 procent har gjort det ofta [20, 78]. Dessa barn brukar ibland kallas ”barn som bevittnar våld”, vilket är ett tveksamt uttryck. Barn som *upplever* våld fångar bättre vad barnen är med om eftersom de psykologiska och känslomässiga övergrepp som mamman utsätts för är något som barnen också konstant lever med [80]. Forskning visar dessutom att om mamman blir slagen av sin partner så blir också barnen ofta slagna. Enligt en forskningsöversikt förekommer detta i 30–60 procent av fallen, och i en annan översikt uppskattas att 45–70 procent av barnen vars mammor blir misshandlade också utsätts för våld [81, 82].

Barn till våldsutsatta kvinnor har ofta samma symtom som barn som får illa av andra orsaker. En del barn har inga symtom alls, och åldern kan spela roll för om symtomen blir synliga och på vilka sätt de kommer till uttryck. Små barn tenderar att få kroppsliga symtom medan äldre barn ofta utvecklar ett eller flera specifika symtom, som exempelvis ätstörningar eller självskadebeteende. Effekterna påverkas också av barnets närhet till våldet, hur grovt det är, hur ofta det förekommer och om det finns andra vuxna som kan skydda och stötta barnet [83]. Studier har också visat att

flickor och pojkar reagerar på olika sätt, bland annat att flickor oftare tenderar att bli inåtvända medan pojkar blir mer utåtagerande.

Barnen kan drabbas av svåra hälsoproblem som astma, eksem, magont, sömnsvårigheter, huvudvärk, ätstörningar och långvariga psykiska problem som ångest, självdestruktivitet, aggressivitet, svårigheter i umgänget med andra samt koncentrationssvårigheter [84]. Andra symtom kan vara rädslor och fobier, självmordsbeteende, tics, sömngärning och låg självkänsla. Studier har också visat att de utsatta barnen ofta har svårigheter i skolan och genomsnittligt sämre resultat på tester som mäter språk, motorik och tankeförmåga. Dessa barn har inte sällan levt med hot och våld i familjen under en lång tid och har därmed utsatts för upprepade trauman som medfört att vissa har utvecklat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) [84].

Även som vuxna löper dessa barn en större risk att utsättas, eller utsätta andra, för övergrepp. De har också en högre alkoholkonsumtion under ungdomsåren och flickorna utsätter sig för större sexuella risker [85].

Våld mot barn

I Sverige är all kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling av barn förbjuden enligt föräldrabalken. År 1966 försvann den paragraf som gav föräldrar rätt att aga sina barn i uppfostrande syfte. Ett uttryckligt förbud infördes år 1979, och därmed blev Sverige det första landet i världen som förbjöd barnaga. Europarådets parlamentariska församling antog år 2004 en rekommendation om att förbjuda fysiskt våld mot barn i Europarådets 45 medlemsstater, och man konstaterade att barnaga strider mot både FN:s barnkonvention och Europarådets sociala stadga.

År 2006 presenterade FN en rapport om våld mot barn där man rekommenderade ett totalt förbud av fysiskt och psykiskt våld mot barn, inklusive barnaga. Än så länge är det dock bara ett tjugotal länder i världen som har förbjudit barnaga.

Enligt WHO:s beräkningar dog uppskattningsvis omkring 57 000 barn (0–14 år) i världen av dödligt våld år 2000 och små barn (0–4 år) löper dubbelt så hög risk som äldre barn (5–14 år) att dö till följd av misshandel [2]. I Sverige dog i genomsnitt 4 barn (0–14 år) varje år till följd av våldsövergrepp 2004–2006 (figur 2), och 100 barn om året vårdades inlaggande på sjukhus.

Internationella jämförelser visar att det i Sverige är betydligt ovanligare med kroppslig bestraffning av barn jämfört med andra länder. Parallellt med att attityderna mot barnaga blivit allt mer negativa har också förekomsten av barnaga minskat. Enligt tillgängliga data hade ungefär hälften av alla barn på 1970-talet blivit kroppsligt bestraffade någon gång, men under 1980-talet hade den andelen sjunkit till ungefär en tredjedel och på 1990-talet till omkring en femtedel. Antagligen är det framför allt lättare och medelsvåra former av fysisk bestraffning som är ovanligare i Sverige än i övriga länder. Allvarligare former av kroppslig bestraffning förekommer sannolikt fortfarande i samma utsträckning i Sverige som i övriga nordiska länder. Svenska studier från år 2000 anger att mellan 4 och 7 procent av alla barn någon gång blivit slagna med tillhyggen, varav 1–2 procent ofta [86]. Fortfarande agas yngre barn i högre utsträckning än äldre barn och inget talar för att andelen barn som agas skulle ha minskat ytterligare under 2000-talet [87]. I kapitlet *Barns hälsa* finns ytterligare ett avsnitt om våld mot barn.

Barnmisshandel leder sällan till åtal och endast ett fåtal av offren får behandling för det trauma de

genomgått. Det visar bland annat en uppföljning av samtliga polisanmälningar av barnmisshandel som gjordes i ett polisdistrikt perioden 1986–1996 [88]. Bara 25 av 126 anmälningar ledde till åtal, trots att det fanns dokumenterade skador i hälften av fallen. Dessutom hade bara 6 av de 126 barnen fått professionell terapi. Resultatet var detsamma i en specialstudie som genomfördes i Östergötlands län, där man följde upp alla anmälningar om barnmisshandel som kom in till socialnämnderna år 2000 [89]. Av 867 inkomna anmälningar resulterade 148 i en polisanmälan, och av dessa ledde 20 till åtal.

Våld mot äldre

Våld mot äldre förekommer i sådan omfattning och får sådana konsekvenser att det kan betraktas som ett folkhälsoproblem [90–92]. Uppskattningsvis 16 procent av alla äldre kvinnor och 13 procent av alla äldre män har enligt en svensk studie från år 2000 varit utsatta för våld i någon form efter det att de fyllt 65 år [91]. Trots det är våld mot äldre fortfarande ganska outforskat [93, 94]. Internationellt varierar skattningarna av andelen äldre som utsatts för våld och övergrepp från 1–4 procent i Norge, Australien, Kanada och USA, till 7–8 procent i Finland [91], och ända upp till 20 procent i Frankrike [95]. I studierna används dock olika definitioner och avgränsningar, och därför är det svårt att jämföra olika länder och undersökningar.

Våld mot äldre skiljer sig från våld inom andra vuxengrupper på grund av den sårbarhet och beroendeställning som många äldre befinner sig i. Till skillnad mot barn, vars utsatthet delvis kan likna äldres, är gruppen mycket heterogen med avseende på beroende och omsorgsbehov. Det har medfört oenighet om vilka händelser som ska in-

kluderas i begreppet våld mot äldre och om gruppen ska begränsas till att bara gälla äldre som behöver vård och omsorg. Vissa snävare definitioner av våld mot äldre kan exempelvis utesluta försummelse och vanvård, oavsiktliga händelser, tillfälliga händelser samt händelser utanför vård- och omsorgsrelationen. I Sverige och Norden används vanligtvis den vidare definitionen som inkluderar alla former av våld och övergrepp som begås mot personer över 65 år [94]. Forskning om våld mot äldre inriktas ofta på fem former av våld: försummelse, psykiskt våld, fysiskt våld, sexuellt våld och ekonomiskt våld. Ofta skiljer man också mellan våld som sker i hemmet och våld som sker på en institution.

Det är svårt att diagnostisera våld och övergrepp mot äldre om de själva inte kan eller vill redogöra för det. Äldres skador tolkas ofta som åldersrelaterade eftersom åldrandet kan medföra nedsatt balans som gör att man lättare faller, samtidigt som hud och skelett blir skörare och blåmärken uppstår lättare. Uppskattningsvis 70 procent av alla identifierade fall av våld mot äldre har rapporterats av vittnen eller vårdpersonal [93]. År 1999 förändrades lagstiftningen när det gäller våld mot äldre (lex Sarah) så att personalen numera har skyldighet att anmäla missförhållanden i omsorgen om äldre och funktionshindrade till tillsynsmyndigheten (kap 14 i SoL) [95]. Lagen avser endast missförhållanden i vården och inte exempelvis våld i hemmet av närstående.

Socialstyrelsen genomförde i början av 1990-talet en studie bland personalen inom hemtjänst, vårdcentraler, akutmottagningar och dagcentraler samt bland överförmyndare [90]. Undersökningen visade bland annat att äldre kvinnor utsattes för våld oftare än äldre män. Särskilt utsatta var kvinnor med fysiska eller psykiska funktions-

nedsättningar samt äldre personer med få sociala kontakter. Förövaren var oftast en manlig familjemedlem. Fysiska övergrepp var lika vanliga som psykiska och ofta förekom flera former av våld och övergrepp samtidigt. Tre typfall, eller risk-situationer, utkristalliserades. Det var (1) övergrepp som sker till följd av en ansträngd vård-situation, (2) långvariga familjeproblem, exempelvis ett missbrukande eller psykiskt sjukt barn som flyttar in hos den äldre, samt (3) långvarig kvinnomisshandel som fortsätter i högre ålder.

År 2000 genomfördes en undersökning i Umeå kommun bland personer mellan 65 och 80 år [91]. Enligt resultaten var det inte så stor skillnad i andelen kvinnor och män som någon gång utsatts för våld, 16 respektive 13 procent. Däremot visade det sig att kvinnor utsattes för mer upprepat och allvarigare våld än männen. Funktionsnedsättning och hög ålder ökade också risken för våld och övergrepp bland äldre kvinnor men inte bland äldre män. I tre fall av fyra var förövaren en man, och mer än hälften av kvinnorna hade utsatts för våld av en nuvarande eller före detta partner. Tre fjärdedelar av de kvinnor som utsatts för våld hade aldrig sökt hjälp, liksom omkring 40 procent av de våldsutsatta männen. De våldsutsatta kvinnorna mådde sämre än de utsatta männen, de hade sämre hälsa, led oftare av psykosomatiska och psykiska symtom, använde mer medicin och var också i högre grad traumatiserade av tidigare våld som inträffat före 65 års ålder. Äldre män som utsatts för upprepat våld drack sig oftare berusade än andra, men det är oklart om det var en konsekvens av eller en orsak till det våld de utsatts för.

Hedersrelaterat våld

Under senare år har hedersrelaterat hot och våld uppmärksamrats allt mer. Uttrycket används både i Sverige och internationellt för att särskilja hot och våld som utövas med hedersmotiv. Det saknas en vedertagen definition av hedersrelaterat våld, men enligt en FN-rapport är det karaktäristiskt att denna form av våld uppmuntras av kollektivet som ett led i ett strukturellt och institutionaliserat förtryck [96]. Det betyder att våld används som ett medel för att kontrollera individer, främst kvinnor och flickor, i samhällen där heder inbegriper kontroll över kvinnors sexualitet [97]. Våldet kan ses som ett sammanhängande förlopp där kontroll och frihetsinskränkning övergår i allt grövre handlingar såsom våld, misshandel och till slut hedersmord [98]. Hedersrelaterat våld riktar vanligtvis mot flickor och unga kvinnor, men bland annat FN framhåller att även HBT-personer samt heterosexuella pojkar och män kan drabbas. De kan själva utsättas för våld eller tvångsaktenskap, men de kan också tvingas att vakta på kvinnliga släktingar eller att begå brott å släktens vägnar för att de på grund av låg ålder beräknas få ett lindrigare straff [98].

Det är svårt att få en uppfattning om omfattningen av det hedersrelaterade våldet i Sverige, särskilt eftersom det är svårdefinierat. När landets länsstyrelser år 2004 sammanställde de fall av hedersrelaterat våld som var kända hos myndigheter och organisationer kom man upp till 1 500–2 000 stycken [99]. Flickor och kvinnor som hade utsatts för hedersrelaterat våld fanns i alla län i Sverige. Skolan och frivilligorganisationerna hade mest kontakt med flickorna, därefter kom socialtjänst och ungdomsmottagningar. Siffrorna beskriver bara de kända fallen, och därför är de troligen en grov underskattning.

Hedersrelaterat våld analyserades särskilt i en undersökning av gymnasieungdomars upplevda frihet att själva bestämma över sina liv [73]. En central fråga var om ungdomarna oroade sig över att inte själva få välja livspartner, och cirka 5 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna i gymnasieskolans årskurs 2 uttryckte sådan oro. Ungefär 20 procent av dessa ”oroliga flickor” hade mycket eller ganska begränsad frihet att göra egna val även i frågor som rörde vardagen. Omkring 60 procent av dem hade utsatts för kränkande behandling, hot och våld, åtminstone någon gång. Nästan hälften av de pojkar som var oroliga över att inte få välja sin livspartner hade också utsatts för kränkande behandling, hot och/eller våld. Ungdomar med utländsk bakgrund var överrepresenterade i denna grupp av ”oroliga” pojkar och flickor.

Under perioden 2003–2007 avsatte regeringen 180 miljoner kronor för insatser mot hedersrelaterat våld, bland annat genom förebyggande arbete och stöd för skyddat boende [98]. Skyddat boende för personer som utsatts för hedersrelaterat hot och våld har följts upp i en undersökning, och resultaten var blandade [100]. En tredjedel av de personer som intervjuades hade utsatts för nya hot sedan de sökte skydd, men de flesta kände sig mindre hotade än tidigare. När de kom till skyddat boendet hade många hälsoproblem som kunde relateras till det våld de utsatts för. En slutsats var att det skyddade boendet och de relaterade insatserna i de flesta fall räckte för att ungdomarna inte längre skulle utsättas för våld och förtryck under det år som uppföljningen pågick. Dock var deras psykiska lidande fortfarande betydande vid uppföljningstillfället och ungdomarna bedömdes behöva mer långsiktigt stöd [101, 102].

Tidstrender i våld

I detta avsnitt beskrivs hur våldets förekomst har förändrats utifrån de statistiska källor som presenterades i början av kapitlet. Mörkertalen är dock stora och dessutom sannolikt föränderliga, och därför är det svårt att dra några säkra slutsatser om hur den faktiska förekomsten av våld utvecklats.

Inneliggande på sjukhus

Betydligt fler män och pojkar än kvinnor och flickor vårdas inneliggande på sjukhus för skador till följd av övergrepp av en annan person, dvs. huvudsakligen misshandel (figur 10). Andelen vuxna kvinnor som vårdas för övergrepp har varit

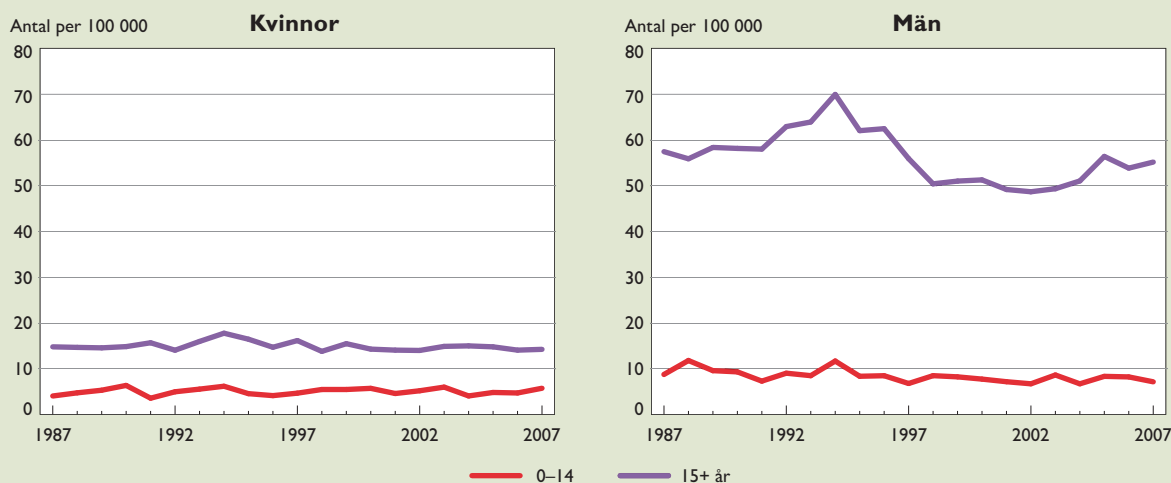
relativt oförändrad de senaste tjugo åren. Bland flickor under 15 år har sjukhusvården legat tämligen konstant kring 5 per 100 000. Bland män och pojkar har övergreppsskador som kräver inneliggande sjukhusvård sjunkit något sedan slutet av 1980-talet. För män har dock fluktuationerna mellan åren varit stora och den senaste tioårsperioden har andelen sjukhusvårdade män ökat.

Dödligt våld

Det dödliga våldet har minskat sedan början av 1990-talet. Enligt Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik har antalet flickor (0–14 år) och kvinnor (15+ år) som varje år dödas till följd av ”övergrepp av annan person” legat tämligen konstant kring 4 flickor och 32 kvinnor ända sedan 1970-talet. Där-

Figur 10. Vårdade i slutenvård till följd av övergrepp 1987-2007

Antal personer per 100 000 invånare som någon gång under året vårdats i slutenvård till följd av övergrepp*. Flickor och pojkar 0–14 år respektive kvinnor och män 15+ år, perioden 1987–2007**.



* ICD10-kod: X85–Y09. ** År 1997 skedde byte av klassificering. Justering har gjorts för bortfall i rapporteringen av yttre orsak till skada i patientregistret under antagandet att bortfallet är jämt fördelat över samtliga skadediagnoser. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

emot har andelen våldsdödade flickor och kvinnor minskat något eftersom befolkningen blivit större under perioden (figur 11).

Bland vuxna män ökade andelen som dödsats till följd av våld mellan åren 1976-78 och 1989-91, från 1,8 per 100 000 till 2,3 per 100 000 (vilket motsvarar 58 respektive 78 dödade män om året). Därefter har andelen våldsdödade män minskat till en nivå som är lägre än den var på 1970-talet. Antalet pojkar som dör till följd av övergrepp har varit oförändrad kring 3 stycken om året sedan slutet av 1970-talet.

Omkring 16 kvinnor dör varje år till följd av partnervåld. Cirka 3 män om året dödas också av en partner. Det är alltså 4–5 gånger vanligare att kvinnor dödas av en partner än att män gör det

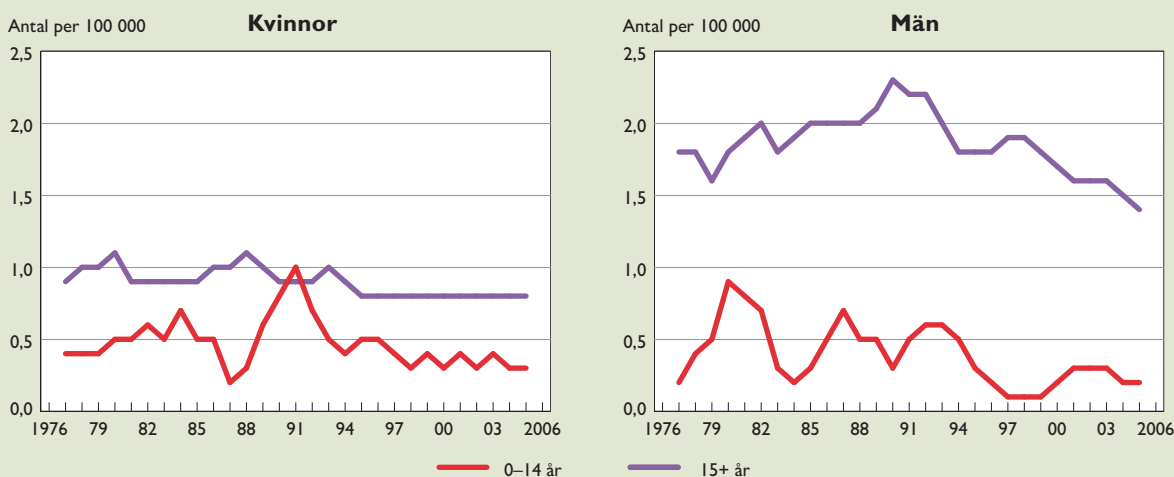
[103]. Antalet kvinnor i Sverige som dödsats av en partner har minskat sedan 1970-talet då det låg på omkring 23 per år. Enligt Brå kan det delvis förklaras av sociala förändringar, ökat skydd för kvinnor och att kvinnor är mer ekonomiskt oberoende.

Utsatta för våld och hot ökar inte längre bland unga

Att ha varit utsatt för hot eller våld är vanligare i dag än det var på 1980-talet i alla åldersgrupper utom bland de äldsta, 65–84 år. Det visar SCB:s ULF-undersökningar (figur 12). Under senare år har ökningen avstannat och antalet utsatta har till och med minskat bland de yngsta vuxna, 16–24 år.

Figur 11. Dödsfall till följd av övergrepp 1976–2006

Antal personer per 100 000 invånare som dött till följd av övergrepp*. Flickor och pojkar 0–14 år respektive kvinnor och män 15+ år, perioden 1976–2006**.



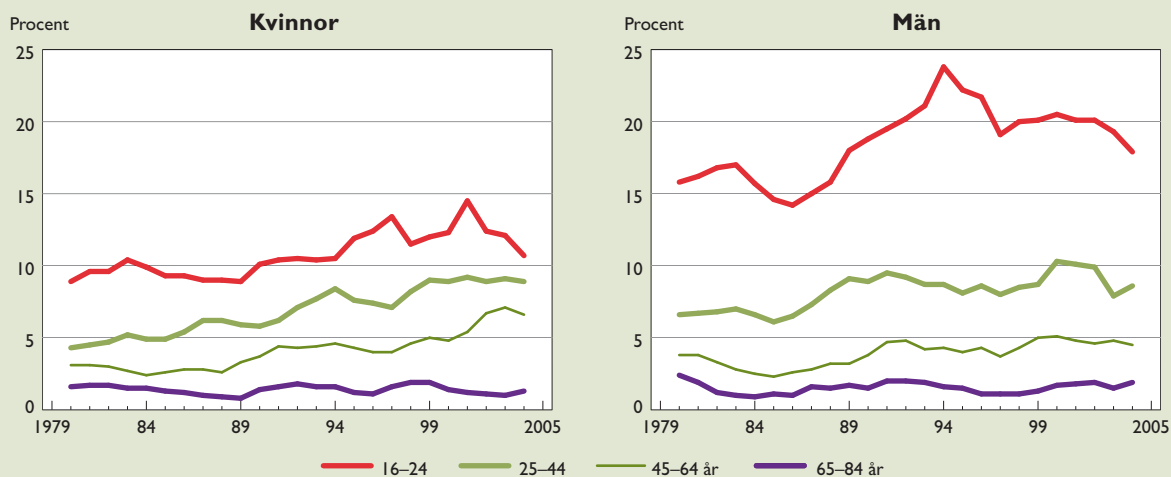
* ICD10-kod: X85–Y09.

** Glidande treårsmedelvärde

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 12. Utsatta för våld eller allvarligt hot i olika åldrar 1979–2005

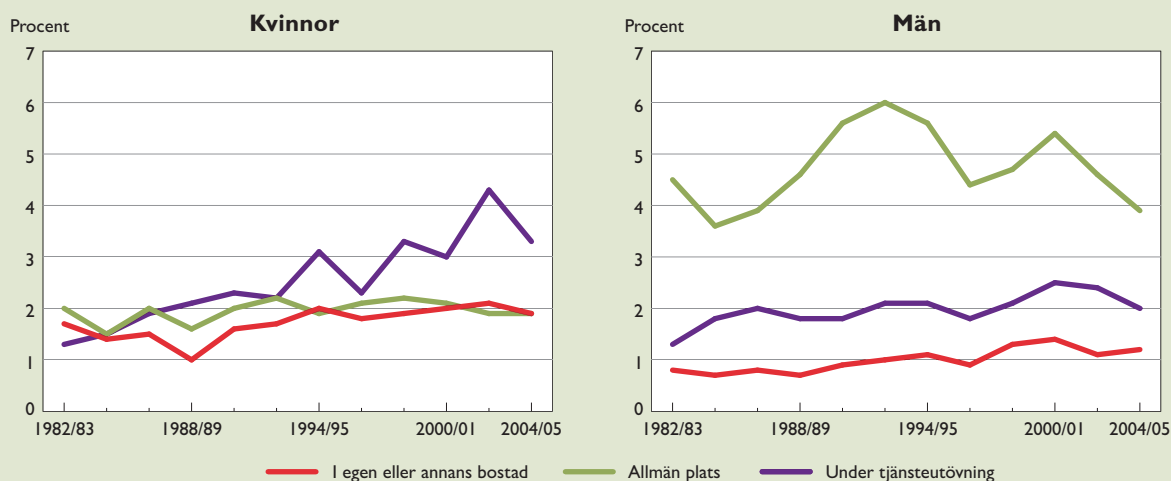
Andel (procent) som har varit utsatta för våld eller allvarligt hot de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män i olika åldrar, perioden 1979–2005*.



* Glidande treårsmedelvärde
Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 13. Plats för våld eller allvarligt hot 1982/83–2004/05

Andel (procent) som har varit utsatta för våld eller allvarligt hot i bostad, på allmän plats och under tjänsteutövning de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män 16-84 år, åren 1982/83–2004/05.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

I SCB:s intervjuundersökning kan man också analysera *var* personerna har utsatts för våld eller allvarligt hot (figur 13). Bland kvinnor har våld eller allvarligt hot under tjänsteutövning ökat mest, och det är numera vanligare än våld och hot i bostaden eller på en allmän plats. Våld i bostaden ökade bland kvinnor under början av 1990-talet men har därefter varit oförändrat. Förekomsten av våld på allmän plats har varit relativt konstant.

Män uppger framför allt att de har utsatts för våld eller allvarligt hot på allmänna platser, även kallat gatuvåld. År 2005 låg andelen på samma nivå som i början av 1980-talet, men däremellan har den både ökat och minskat. Våld och allvarliga hot i arbetslivet är mindre vanligt bland män än bland kvinnor.

Polisanmäld misshandel ökar

Polisanmälningar av misshandel har ökat kraftigt sedan 1980-talet (figur 14) [104]. År 1981 polisanmälades 100 misshandelsbrott per 100 000 kvinnor i åldern 15 år och äldre, och år 2007 polisanmälades 300. Bland män ökade under samma tidsperiod misshandelsbrotten från nästan 200 till 500 per 100 000 män. Polisanmäld misshandel är mindre vanligt bland barn än bland vuxna, men har också ökat bland barn. År 1981 polisanmälades 2 fall av misshandel per 100 000 barn 0–6 år och år 2007 anmälades 17 fall. I åldersgruppen 7–14 år ökade antalet fall per 100 000 under samma tidsperiod från 9 till 88 stycken. Både bland yngre och äldre barn sker misshandeln oftast inomhus av en bekant. Sådana misshandelsfall har också ökat mest, med en tiodubbling av de anmälda fallen mellan 1981 och 2007 (figur 15).

Polisanmälda sexualbrott ökar

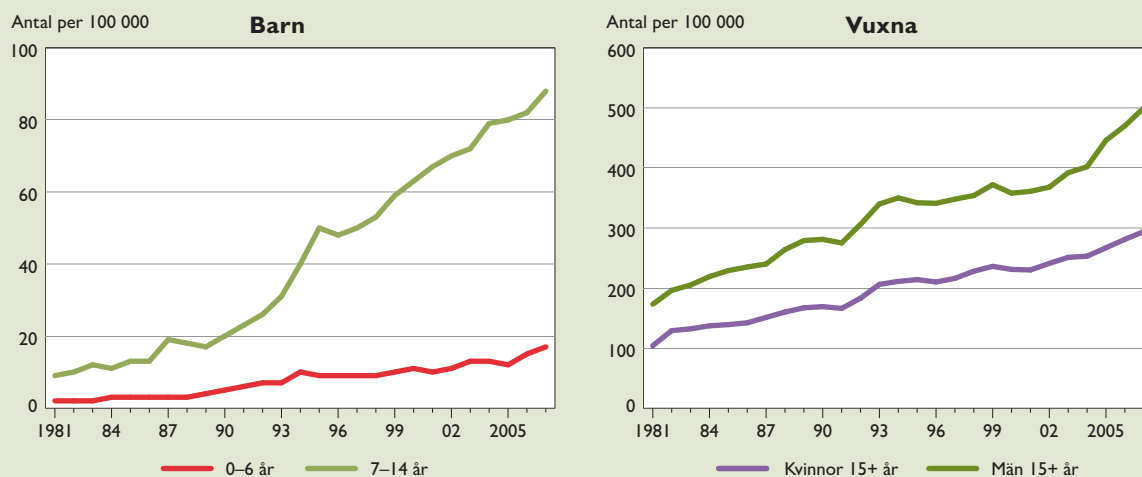
Allt fler sexualbrott polisanmäls också (figur 16), framför allt sexuellt ofredande och våldtäkter. År 2005 utvidgades definitionen av våldtäktsbegreppet till att även omfatta fall där offret befunnit sig i ett hjälplöst tillstånd, exempelvis genom kraftig berusning eller medvetslöshet. Sådana händelser rubricerades tidigare som sexuellt tvång eller utnyttjande, och de brottsrubriceringarna minskade följaktligen efter lagändringen.

Samtidigt som antalet våldtäkter ökat så har också brottsstrukturen förändrats, enligt en studie från Brottsförebyggande rådet av polisanmälda våldtäkter mot personer 15 år eller äldre perioden 1995–2006 [16]. Offren var i genomsnitt yngre än gärningspersonerna och åldersskillnaden ökade under den studerade perioden. Medan gärningspersonernas medianålder sjönk från 32 till 30 år så sjönk offrens medianålder från 27 till 24 år. Det är främst våldtäkter med en lägre förekomst av våld som ökat de senaste åren. År 2006 användes dock våld mot offret i minst 56 procent av de studerade fallen och i 32 procent av fallen hade offret dokumenterade skador.

Våldtäkter med flera gärningsmän har ökat mycket kraftigt mellan åren 1995 till 2006, från uppskattningsvis drygt 100 till omkring 550 fall om året (figur 17) [16]. År 2006 utgjorde de 18 procent av alla våldtäktsanmälningar. Våldtäkter som skett i samband med nöjesliv har också ökat kraftigt. Brå menar att denna utveckling delvis beror på att fler anmäler våldtäkter när samhället får en lägre tolerans mot sexuella övergrepp, men att ökningen också beror på en förändrad ”tillfällsstruktur” där människor har tillgång till fler nöjesställen, dricker mer alkohol samt använder Internet mer än tidigare.

Figur 14. Polisanmälda misshandelsbrott, 1981–2007

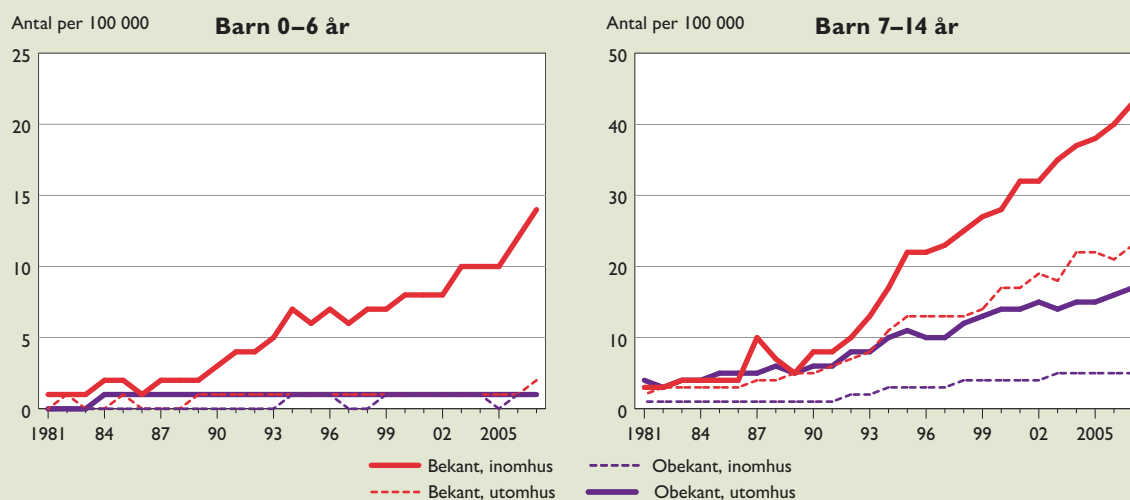
Antal polisanmälda misshandelsbrott (inklusive grov misshandel) per 100 000 fördelade efter offrets ålder och kön, perioden 1981–2007. Observera olika skalor för barn och vuxna.



Källa: Statistik över anmälda brott, Brå

Figur 15. Polisanmälda misshandelsbrott mot barn, 1981–2007

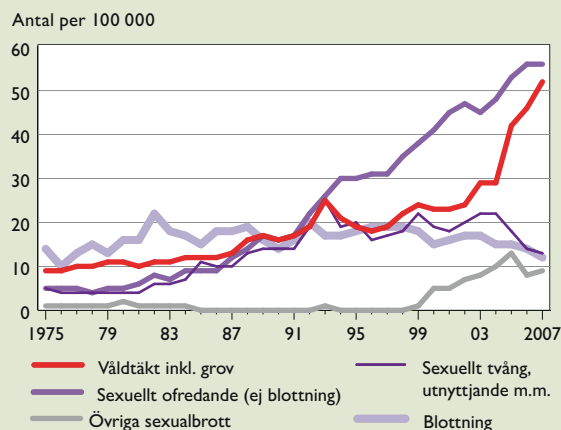
Antal misshandelsbrott (inklusive grov misshandel) per 100 000 där förövaren är bekant respektive obekant till offret och där misshandeln skett inomhus respektive utomhus. Barn 0–6 år och 7–14 år, perioden 1981–2007. Observera olika skalor för yngre och äldre barn.



Statistik över anmälda brott, Brå

Figur 16. Polisanmälda sexualbrott, 1975–2007

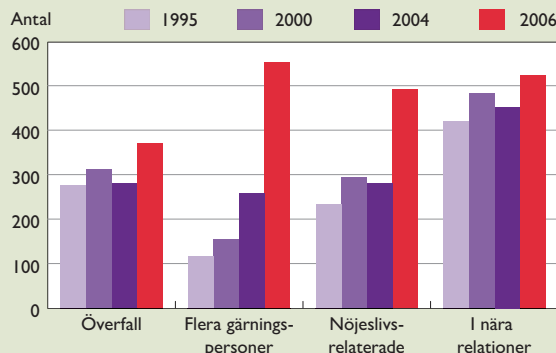
Antalet polisanmälda sexualbrott per 100 000 fördelat efter typ av brott, perioden 1975–2007.



Källa: Statistik över anmälda brott, Brå

Figur 17. Olika typer av våldtäkter

Antal* polisanmälda våldtäkter mot personer 15 år eller äldre, fördelat efter typ och årtal, åren 1995, 2000, 2004 och 2006.



* Antalet har skattats utifrån en genomgång av ett urval av polisanmälningar.

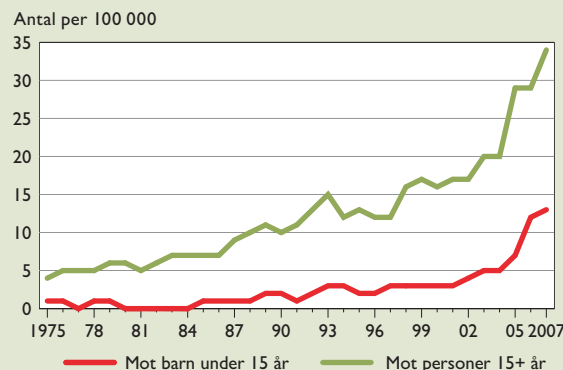
Källa: Hradilova Selin, 2008

Antalet polisanmälda våldtäkter mot barn under 15 år har också ökat kraftigt från 100 anmälning-

ar år 1975 till drygt 1 200 anmälningar år 2007, vilket motsvarar en ökning från 1 per 100 000 till 13 per 100 000 barn (figur 18). År 2007 var våldtäkterna mot barn 27 procent av samtliga fullbordade våldtäkter.

Figur 18. Polisanmälda fullbordade våldtäkter, 1975–2007

Antal polisanmälda fullbordade våldtäkter per 100 000, mot barn under 15 år respektive personer 15 år och äldre. Perioden 1975–2007.



Källa: Statistik över anmälda brott, Brå

Ökning av våld i arbetslivet

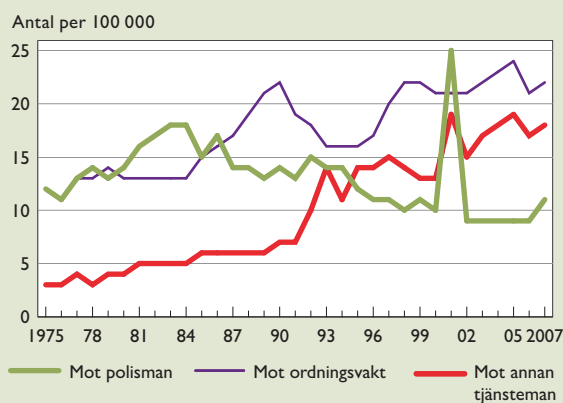
När det gäller hot och våld i arbetslivet är variationen stor mellan olika yrkesgrupper. Arbetsmiljöverket räknar med att cirka 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder drabbas av våld eller hot på arbetsplatsen, vilket motsvarar mer än en halv miljon personer per år [105]. I dag drabbas främst kvinnor, med närmare två tredjedelar av de anmälda fallen. Enligt SCB:s ULF-undersökningar har kvinnor varit mest utsatta ända sedan början av 1990-talet, men våld och hot på jobbet blir vanligare för både kvinnor och män [12].

År 2007 anmäldes cirka 4 600 våldsbrott mot tjänsteman, vilket är mer än en fördubbling sedan

mitten av 1970-talet. De anmälda våldsbrotten mot poliser har minskat sedan 1980-talet, med undantag för en tillfällig ökning i samband med oroligheterna under EU-toppmötet i Göteborg år 2001. För andra yrkesgrupper har det ökat.

Figur 19. Polisanmält våld mot tjänsteman, 1975–2007

Antal polisanmälda fall av våld mot tjänsteman per 100 000 invånare efter tjänstemannakategori och år, perioden 1975–2007.



Källa: Statistik över anmälda brott, Brå

Har det faktiska våldet ökat?

Det sammantagna antalet polisanmälda våldsbrott per 100 000 invånare har fyrdubblats sedan år 1975 (figur 20). Offrets kön registreras inte för alla våldsbrott i statistiken, och därför visas i figur 20 den sammantagna utvecklingen av våldsbrott för kvinnor och män (och barn). Närmare 80 procent av de polisanmälda våldsbrotten är misshandel. År 2007 anmäldes 900 fall av misshandel per 100 000 invånare, mot 260 per 100 000 år 1975. Misshandel är dock inte den enda typen av våldsbrott som har ökat sedan 1975 (figur 21). Brottet grov kvinnofridskränkning infördes i brottsbalken år 1998 för upprepade eller systematiska

kränkningar av kvinnor, exempelvis misshandel, hot, olaga tvång, frihetsberövande, hemfridsbrott och sexuellt tvång, där förövaren är en man som kvinnan har eller har haft en nära relation till.

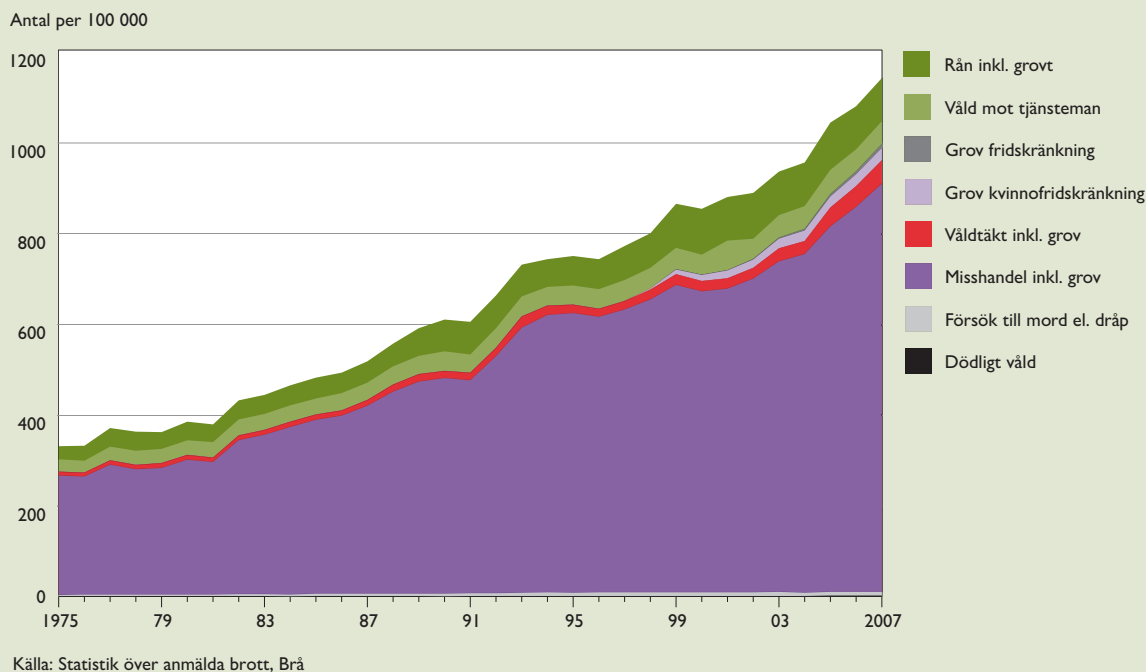
Antalet anmälda brott med denna brottsrubricering har nästan tredubblats sedan år 1999, och år 2007 polisanmäldes drygt 2 500 fall. Den närliggande brottsrubriceringen grov fridskränkning kan tillämpas på liknande våld i andra relationer, exempelvis om offret är en man, ett barn eller en annan nära anhörig. År 2007 anmäldes 830 sådana fall. År 2007 utgjorde våldtäkterna och kvinnofridsbrotten tillsammans 7 procent av alla polisanmälda våldsbrott (oavsett offrets kön) vilket kan jämföras med rånen som stod för 8 procent.

Således har våld och hot blivit vanligare både enligt brottsstatistiken och enligt vad människor uppger i olika undersökningar. Det är emellertid inte alls säkert att den kraftiga ökningen av anmälningar och en ökad rapportering i intervjuundersökningar motsvaras av en lika stor ökning av faktiska våldshändelser. Anmälningsbenägenheten kan ha ökat till följd av att den allmänna toleransen för våldsbrott har minskat. Eftersom mörkertalen är stora påverkas beskrivningen av utvecklingen i hög grad av hur många brott som upptäcks och som anmäls.

Brå har gjort specialstudier av brottsutvecklingen där man tagit hänsyn till hur människors benägenhet att anmäla olika typer av brott förändrats över tid. Mot bakgrund av dessa studier drar man slutsatsen att bland annat gatuvåldet, det vill säga brott som rubriceras som "misshandel utomhus där offret och gärningspersonen inte känner varandra", har ökat sedan början av 1980-talet [106].

Figur 20. Polisanmälda våldsbrott, 1975–2007

Antal anmälda våldsbrott per 100 000 invånare fördelat efter typ av brott, perioden 1975–2007.



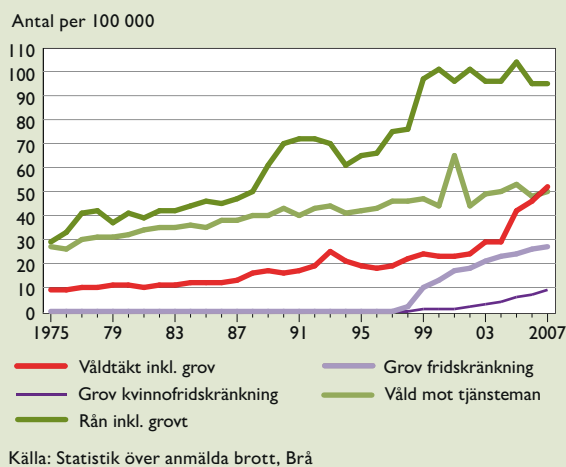
Ökningen av antalet våldtäkter beror sannolikt delvis på att definitionen av våldtäkt successivt har utvidgats i lagtexten. Den senaste lagändringen som ägde rum i april 2005 medförde också en mycket kraftig ökning av anmälningarna. En del av ökningen beror sannolikt på denna utvidgade definition och på en ökad anmälningsbenägenhet, men Brå menar att det faktiska antalet våldtäkter sannolikt också har ökat [16].

Brottsstatistiken visar en markant ökning av våldet i samhället, men samma ökning återfinns inte i statistiken över andelen personer som fått allvarliga fysiska skador till följd av våld. De senaste tio åren har dödsfallen till följd av våld mins-

kat både bland kvinnor och män, och sjukhusstatistiken visar att andelen vårdade har varit relativt oförändrad bland flickor, pojkar och kvinnor men ökat bland män. Emellertid visar en studie av patienter inom slutenvården i Stockholms län att 67 procent fler sökte vård för sexuella övergrepp år 2004 jämfört med år 1997 [107]. Den bild man får genom statistiken är särskilt ofullständig när det gäller våld i nära relationer, som sannolikt är betydligt mer utbrett än vad statistiken visar. Våld i nära relationer är enligt WHO ett folkhälsoproblem och det gäller även i Sverige.

Figur 21. Polisanmälda våldsbrott utom misshandel, 1975–2007

Antal anmälda våldsbrott utom misshandel per 100 000 invånare fördelat efter typ av brott, perioden 1975–2007.



Referenser

- World Health Assembly. *Prevention of violence: A public health priority*. WHA49.25. Geneva; 1996 [citerad 2008-10-24]; Tillgänglig från: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, red. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Töyrä A, Wigerholt J, Eriksson K. *Nationella trygghetsundersökningen 2007. Om utsatthet, trygghet och förtroende*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2008. BRÅ rapport 2008:3.
- Rying M. *Utveckling av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2007. Brå rapport 2007:6.
- Brottsförebyggande rådet. *Brå / Statistik / Anmälda brott*. [databas]; 2008 [uppdaterad 2008-03-19; citerad 2009-01-09]; Tillgänglig från: http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=2&module_instance=21.
- Grevholm E, Nilsson L, Carlstedt M. *Våldtäkt – En kartläggning av polisanmälda våldtäkter*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2005. Brå rapport 2005:7.
- Klingspor K, Molarin A, Sporre T. *Hatbrott 2007. En sammanställning av anmälningar med främlingsfientliga, islamofobiska, antisemitiska och homofobiska motiv*. Brottsförebyggande rådet, 2008. Brå rapport 2004:16.
- Ring J, Morgentau S. *Intolerans. Antisemitiska, homofobiska, islamofobiska och invandrarfientliga tendenser bland unga*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet & Forum för levande historia, 2004.
- Brottsförebyggande rådet. *Apropå 1-2006 / Den som dricker mycket riskerar begå brott*. [Hemsida]; 2006 [citerad 2009-01-09]; Tillgänglig från: http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=706&module_instance=12.
- Häll L. Ökat hot mot kvinnor. *Välfärd*. 2004(3).
- Häll L. *Offer för våld och hotelser bland kvinnor och män 1980–2003 (föredrag Almedalsveckan 2004)*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2004.
- Häll L. *Offer för våld och egendomsbrott 1978–2002*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2004. Levnadsförhållanden Rapport 104.
- Leander K. Synligt folkhälsoproblem som vi har svårt att se. *Läkartidningen*. 2008;105(7):454–6.
- Leander K. *Mäns våld mot kvinnor. Ett folkhälsoproblem*. Stockholm: Stockholm läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2007.

15. Peterson L, Rying M. Dödligt våld. I: Dolmén L, red. *Brotsutvecklingen i Sverige 2001–2003*. Stockholm: Brotsförebyggande rådet, Brå; 2004:3.
16. Hradilova Selin K. *Våldtäkt mot personer 15 år eller äldre: Utvecklingen under åren 1995–2006*. Stockholm: Brotsförebyggande rådet, 2008. Brå rapport 2008:13.
17. Nilsson L. *Våld mot kvinnor i nära relationer. En kartläggning*. Stockholm: Brotsförebyggande rådet, Brå, 2002. 14.
18. Socialstyrelsen. *Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialtjänstavdelningen, 2006.
19. Carlstedt M. *Upprepad viktimisering : en studie av utsatthet för brott i Sverige*. Stockholm: Univ., Kriminologiska institutionen; 2001.
20. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M. *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten. Uppsala University, 2001.
21. Holmberg C, Stjernqvist U, Sörensen E. *Våldsamt lika och olika: om våld i samkönade parrelationer*. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för genusstudier, 2005. Skriftserie från Centrum för kvinnoforskning vid Stockholms universitet nr 36.
22. Stenson K. *Men's Violence against Women - a Challenge in Antenatal Care* [Lic]. Uppsala: Uppsala University, Dept of Women's and Children's Health, Obstetrics and Gynecology; 2004.
23. Edin KE. *Perspectives of intimate partner violence, focusing on the period of pregnancy* [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för Folkhälsa och klinisk medicin, avdelning för Epidemiologi och folkhälsovetenskap; 2006.
24. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization, 2005.
25. Stanko E. The day to count: Reflections on a methodology to raise awareness about the impact of domestic violence in the UK. *Criminal Justice*. 2001;1(2):215–26.
26. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, Hope, Battering. A Survey of Men's Violence against Women in Finland*. Helsinki: Statistics Finland, Council for Equality, 1998. Justice 1998:12.
27. Statistics Canada. Violence Against Women Survey - Highlights. *The Daily, Statistics Canada*. 1993 Thursday, November 18.
28. Neroien AI, Schei B. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scand J Public Health*. 2008 Mar;36(2):161–8.
29. Piispa M, Heiskanen M, Kääriäinen J, Siren R. *Violence against Women in Finland*. Helsinki: National Research Institute of Legal Policy, The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI), 2006. Publication No. 225; Publication Series No. 51.
30. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific Review. *JAMA*. 2003;289(5):589–99.
31. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359(6):1232–7.
32. Johnson MP. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*. 2006;12(11):1003–18.
33. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *J Marriage Fam*. 2000;62:948–63.

34. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2000 Sep;126(5):651–80.
35. Stark E. *Coercive Control. How Men Entrap Women in Personal Life*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2007.
36. Dobash RE, Dobash RP. Women's violence to men in intimate relationships. *British Journal of Criminology*. 2004;44(3):324–49.
37. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *J Interpers Violence*. 2004 Nov;19(11):1296–323.
38. Leander K. Övergrepp mot kvinnor - vad kan göras? Stockholms läns kvinnohälsorapport, kapitel 4 Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1997;5. Sundbyberg: Socialmedicin Kronan, 1997.
39. Bergman B, Brismar B. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;83:380–4.
40. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *Int J Health Serv*. 1995;25(1):43–64.
41. Fisher C, Hunt L, Adamsam R, Thurston WE. 'Health's a difficult beast': the interrelationships between domestic violence, women's health and the health sector. An Australian case study. *Soc Sci Med*. 2007 Oct;65(8):1742–50.
42. Bengtsson-Tops A. *Vi är många. Övergrepp mot kvinnor som använder psykiatrin. En omfångsstudie*. Malmö: Malmö högskola och Riksförbundet för social och mental hälsa, 2004.
43. Danielsson I, Olofsson N, Gillander Gådin K. Våldets följder - en fråga om folkhälsa. Starkt samband mellan våld/hot och ohälsa hos både kvinnor och män. *Läkartidningen*. 2005;102(12–13).
44. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med*. 2007 Dec;22(12):1668–73.
45. Wijma B, Heimer G, Wijma K. Kan patienten ha utsatts för våld? Skall man ställa frågan – och i så fall hur? *Läkartidningen*. 2002;99(20):2260–4.
46. Risberg G. Sexualiserat våld i sociokulturellt perspektiv. Varför går du inte? Fel fråga till offer. *Läkartidningen*. 1994 Dec 14;91(50):4772–4.
47. Dahl S. *Rape – A Hazard to Health*. Trögstad, Norge: Scandinavian University Press; 1993.
48. Risberg G. Sexualiserat våld som hälsoproblem. *Läkartidningen*. 1994;91(50):4770–1.
49. Öberg K. *On conditions of Swedish women's sexual well-being. An epidemiological approach*. Uppsala: Uppsala University, Department of Neuroscience; 2005.
50. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ*. 2006 Sep;84(9):739–44.
51. McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber M, Ganz ML, Sege R. Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. *J Gen Intern Med*. 2007 Aug;22(8):1067–72.
52. Wittenberg E, Joshi M, Thomas KA, McCloskey LA. Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: a qualitative focus group study. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:67.
53. Lundgren E. *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS), 2004.
54. Dobash RE, Dobash RP. *Women, Violence and Social Change*. London & New York: Routledge; 1992.

55. Holmberg C, Enander V. *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Ystad: Kabusa böcker; 2004.
56. Estrada F, Nilsson A. Exposure to threatening and violent behaviour among single mothers. *British Journal of Criminology*. 2004;44(2):168–87.
57. Steen A-L. *Mäns våld mot kvinnor – ett diskursivt slagfält : reflektioner kring kunskapsläget*. Göteborg: Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen, 2003. Forskningsrapport 131.
58. Leander K, Danielsson M. Våld mot kvinnor. Ett socialt, kriminalpolitiskt, hälso- eller folkhälsoproblem? I: Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, red. *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälso-perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 1996.
59. Wiklund G. *Våld mot kvinnor i nära relationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 1994. Brå-PM 1994:4.
60. Arbetsmarknadsdepartementet. *Kvinnofrid*. Stockholm: 1997. Regeringens proposition. Prop. 1997/98:55.
61. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *Slag i luften. En utredning om myndigheter, mansvåld och makt*. Stockholm: Fritzes; 2004. Betänkande från Utredningen om kvinnofridsuppdragen. SOU 2004:121.
62. McPhail BA, Busch NB, Kulkarni S, Rice G. An integrative feminist model: the evolving feminist perspective on intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2007 Aug;13(8):817–41.
63. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål*. Stockholm: Fritzes; 2005. Slutbetänkande från Jämställdhetspolitiska utredningen 2004:07. SOU 2005:66.
64. Heise L. Violence against women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*. 1998;4(No. 3, June):262–90.
65. Bourgois P. In search of masculinity - violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers. *Br J Criminol*. 1996;36:412–27.
66. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Stockholm: 2007. Regeringens skrivelse 2007/08:39.
67. SocialWatch. Gender Equity Index 2008. <http://www.socialwatch.org/en/portada.htm>. 2008.
68. Ertürk Y. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences – Mission to Sweden*. United Nations, General Assembly, Human Rights Council; 2007 15 March 2006. Tillgänglig från: <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/rapporteur/annual.htm>.
69. Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HA, Ellsberg M, Watts C. Public health. Violence against women. *Science*. 2005 Nov 25;310(5752):1282–3.
70. Kyvsgaard B, Snare A. Vold mod kvinder. En- eller fler dimensionel? I: von Hofer H, Nilsson A, red. *Brott i välfärden: om brottslighet, utsatthet och kriminalpolitik*. Stockholm: Stockholms universitet, Kriminologiska institutionen; 2007. Festskrift till Henrik Tham. Rapport 2007:1.
71. Quigley BM, Leonard KE. Alcohol and the continuation of early marital aggression. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Jul;24(7):1003–10.
72. Cunradi CB, Caetano R, Schafer J. Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(4):493–500.
73. Testa M, Quigley BM, Leonard KE. Does Alcohol Make a Difference? Within-Participants Comparison of Incidents of Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2003; 18(7):735–43.

74. Leonard KE, Quigley BM. Drinking and marital aggression in newlyweds: an event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *J Stud Alcohol*. 1999 Jul;60(4):537–45.
75. Farley M, Patsalides BM. Physical symptoms, posttraumatic stress disorder, and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse. *Psychol Rep*. 2001;89(3):595–606.
76. Lown EA, Schmidt LA, Wiley J. Interpersonal violence among women seeking welfare: unraveling lives. *Am J Public Health*. 2006;96(8):1409–15.
77. Holmberg C, Smirthwaite G, Nilsson A. *Mäns våld mot missbrukande kvinnor - ett kvinnofridsbrott bland andra Mobilisering mot narkotika*. Narkotikapolitisk samordning, 2005. 8.
78. Stenson K, Claesson I, Heimer GM, Uppsala universitet, Rikskvinnocentrum, Akademiska sjukhuset (Uppsala). *Våldutsatta kvinnors hälsa och livssituation : en longitudinell deskriptiv studie*. Uppsala: Uppsala universitet : Akademiska sjukhuset : Rikskvinnocentrum (RKC), 2006. Rikskvinnocentrums rapportserie 2006:1.
79. Hammarström A, Hensing G. *Folkhälsofrågor i ett genusperspektiv – Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld*. Östersund: 2008. R 2008:8.
80. Graham-Bermann S. The impact of women abuse on children. Social development: research and theoretical perspectives. I: Holden G, Geffner R, Jouriles E, red. *Children exposed to marital violence; Theory, research and applied issues*. Washington: American Psychological Association; 1998.
81. Edleson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*. 1999;5(2):134–54.
82. Fantuzzo JW, Mohr WK. Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *Future Child*. 1999 Winter;9(3):21–32.
83. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *Future Child*. 1999 Winter;9(3):122–32.
84. Socialstyrelsen. *När mamma blir slagen: att hjälpa barn som levt med våld i familjen*. Stockholm: 2005. Lägesbeskrivning.
85. Blair-Merritt. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*. 1997;117(2):278–90.
86. SOU 2001:18. *Barn och misshandel. En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige i slutet av 1900-talet. Rapport från kommittén mot barnmisshandel*. . Socialdepartementet. Stockholm: 2001.
87. Allmänna barnhuset. *Våld mot barn 2006 – 2007. En nationell kartläggning*. Stockholm: 2007.
88. Lindell C. *Child physical abuse. Reports and interventions. Linköping University Dissertations No. 879 [Doktorsavhandling]*. Linköping: Linköping universitet, Institutionen för molekylär och klinisk medicin; 2005.
89. Socialstyrelsen. *Barnmisshandel - Att förebygga och åtgärda*. Stockholm: 2001. SOU 2001:72.
90. Socialstyrelsen. *Övergrepp mot äldre – ser vi toppen av ett isberg?* Stockholm: 1994. SoS-rapport 1994:1.
91. Eriksson H. *Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfångsundersökning i Umeå kommun*. Umeå: Brottsoffermyndigheten, 2001.
92. Hydle I, red. *Overgrep mot äldre*. Köpenhamn; 1994. Nordiska Ministerrådet. Nord 1994:2
93. Erlingsson C. *Elder abuse explored through a prism of perceptions: Perspectives of potential witnesses [Doktorsavhandling]*. Umeå: Umeå Universitet, Medicinska Fakulteten; 2007.

94. Jönsson H. Övergripp mot äldre i två perspektiv. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2004;3–4.
95. Nationellt råd för kvinnofrid. *Han var väl inte alltid så snäll. Våld mot äldre kvinnor*. Stockholm: 2002. Skrift.
96. General Assembly of United Nations. *In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General. Sixty-first session. Item 60 (1) on preliminary list. Advancement of Women. A/61/122/Add.1*. 2006 [citerad 2008-01-16]; Tillgänglig från: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/74/PDF/N0641974.pdf?OpenElement>.
97. Johnsson-Latham G. *Patriarkalt våld som hot mot mänsklig säkerhet – en kartläggning av åtgärder mot patriarkalt våld och förtryck, särskilt i hederns namn, mot kvinnor och homo- och bisexuella samt transpersoner*. Stockholm: Regeringskansliet, 2006.
98. Länsstyrelsen i Stockholms län. *Personalens möte med utsatta flickor – arbete mot hedersrelaterat våld*. Stockholm: 2006. Rapport 2006:25.
99. Länsstyrelsen i Stockholms län. *Nationell rapport om skyddat boende mm*. Stockholm: 2004. Rapport 2004:16.
100. Socialstyrelsen. *Frihet och ansvar. En uppföljning av skyddade boenden för personer som hotas av hedersrelaterat våld*. IMS, editor.; 2007.
101. Länsstyrelsen i Östergötland. *Behovet av insatser mot s.k. hedersrelaterat våld i landet – bedömning för 2007*. 2007. Rapport 2006:28.
102. Hanberger A, Wikström E, Ghazinour M. *Hur fungerar skyddat boende?* Umeå: Umeå universitet, Centrum för utvärderingsforskning, 2007. Delrapport 2 från den nationella utvärderingen av regeringens insatser mot hedersrelaterat våld.
103. Rying M. *Utveckling av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer* Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2007. Rapport 2007:6.
104. Brottsförebyggande rådet (Brå). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Stockholm; 2008 [citerad 2009-02-10]; Tillgänglig från: http://www.bra.se/extra/faq/?module_instance=2&action_question_show.478.0.=1.
105. Arbetsmiljöverket. *Våld och hot om våld (OH)*. 2007 [citerad]; Tillgänglig från: www.av.se/teman/valdochhot/statistik.
106. Kühlhorn E. Misshandel. I: Dolmén L, red. *Brottsutvecklingen i Sverige 2001–2003*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2004. Brå rapport 2004:3.
107. Kühlhorn E, Grevholm E. *Det grova våldet i sjukvårdsdata. En metodstudie*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå), 2007. 13.

Migration och hälsa

Sammanfattning

I en alltmer globaliserad värld får fler möjlighet att bosätta sig i ett annat land än det de föddes i. Som ett resultat av detta ökar andelen utlandsfödda i de flesta höginkomstländer, så även i Sverige. Den 31 december år 2006 hade 17 procent av den svenska befolkningen utländsk bakgrund, dvs. var antingen född i något annat land än Sverige (13 procent) eller hade två utlandsfödda föräldrar (4 procent). Av dessa var 52 000 utlandsadopterade. Därtill kommer asylsökande och andra migranter som saknar uppehållstillstånd, som inte finns med i befolkningsstatistiken.

Många utlandsfödda har flyttat från länder där risken att smittas av vissa svåra och långvariga infektioner är betydligt större än i Sverige. De viktigaste av dessa smittämnen är hepatit B och C, tuberkulos och hiv.

Migranterna tar med sig sin livsstil till det nya landet, t ex kost-, tobaks- och alkoholvanor. Mötet med det nya landets kultur leder till att livsstilen förändras, men lång tid efter invandringen kan inflytande av ursprungslandets livsstil ofta spåras i invandrares sjukdomsmönster. Så har t.ex. män med ursprung i Medelhavsområdet en högre risk att drabbas av tobaksrelaterad sjuklighet, som lungcancer jämfört med genomsnittsbefolkningen i Sverige, men samtidigt har de en lägre risk att drabbas av alkoholrelaterad sjuklighet, som levercirrhos.

Många betydande folkhälsoproblem orsakas av miljöfaktorer i samspel med en medfödd sårbarhet, t.ex. allergiska sjukdomar och diabetes. Förekomsten av de genetiska faktorer som orsakar denna sårbarhet skiljer sig mellan olika befolkningar i världen och fortsätter att påverka risken för dessa sjukdomar hos migranter även i det nya landet .

Flyktingen har ett annat utgångsläge än den som flyttar till ett annat land för att arbeta eller för att bilda familj. Personer som flyr från sitt hemland har nästan alltid levt en tid under stor stress innan de flyr. Själva flykten är ofta omgärdad av umbäranden och hot, och många familjer splittras under långa perioder. Efter ankomsten till det nya landet väntar en tid av ovisshet under asylprocessen innan det nya livet kan ta sin början. Detta leder sammantaget till att psykisk ohälsa är ett större problem hos nyanlända flyktingar än hos andra grupper av migranter,

Personer som lever i Sverige utan uppehållstillstånd, och utan att vara asylsökande, har en starkt begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. Enskilda landsting och ideella organisationer har tagit initiativ för att förbättra denna tillgång, men intervjustudier visar att de otillfredsställda vårdbehoven i denna grupp är mycket stora.

Ibland kan skillnader i hälsa mellan sverige-födda och utlandsfödda förklaras av ett framgångsrikt svenskt folkhälsoarbete. Sverige har varit ledande i världen när det gäller vissa typer av folkhälsoinsatser. Det gäller särskilt inom områden som barnolycksfall, karies och barnaga. Nykomlingar i det svenska samhället kan behöva en särskilt anpassad introduktion i dessa framgångsrika svenska folkhälsoprogram.

Nykomlingar i det svenska samhället hamnar ofta i bostadsområden med låg status, hänvisas till tunga och lågavlönade arbeten och är ofta även fortsättningsvis socialt utsatta på grund av diskriminering. Detta är den viktigaste förklaringen till att invandrare i Sverige med utomeuropeiskt ursprung rapporterar att de har dålig eller mycket dålig hälsa tre till fyra gånger så ofta som sverige-födda. Att motverka dessa sociala processer är därför en särskilt viktig del av folkhälsoarbetet för denna del av befolkningen.

Invandringen till Sverige

Under åren 1850 till 1930 utvandrade 1,4 miljoner svenskar, eller ungefär 20 procent av den svenska befolkningen. De flesta utvandrade till Nordamerika. Under denna period dominerade återvändarna från Amerika också invandringen till Sverige.

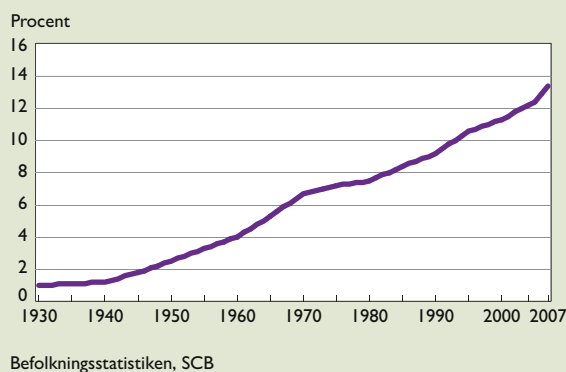
Under 1930- och 1940-talen vände utvecklingen, och andelen utlandsfödda i den svenska befolkningen har därefter ökat successivt (figur 1).

Under 1940-talet var det framför allt flyktingar från andra världskriget som sökte sig till Sverige. Under 1950- och 1960-talen fanns ett stort behov av arbetskraft inom den svenska industrin, vilket ledde till en invandring från våra nordiska grannländer. Så småningom kom invandrare även från Sydeuropa och Turkiet. Denna arbetskraftsinvandring kulminerade under de sista åren av 1960-talet. I början av 1970-talet minskade behovet av arbetskraft i den svenska industrin drastiskt och flyktingar och deras anhöriga har dominerat invandringen till Sverige sedan dess [1].

Under 1970- och 1980-talen kom många flyktingar från diktaturernas Latinamerika och den islamiska revolutionens Iran till Sverige. Under 1990-talet och de första åren av 2000-talet har flyktingar framför allt kommit från de sönderfallande f.d. kommunistiska staterna Jugoslavien och Sovjetunionen, och från inbördeskrigens Irak och Somalia.

Figur 1. Utlandsfödda

Andel (procent) utlandsfödda i den svenska befolkningen, perioden 1930–2007



Den 31 december år 2006 hade 17 procent av den svenska befolkningen utländsk bakgrund, dvs. var antingen född i något annat land än Sverige

(13 procent) eller hade två utlandsfödda föräldrar (4 procent). Av dessa var 52 000 utlandsadopterade. Därtill kommer också asylsökande och andra migranter som saknar uppehållstillstånd, som inte finns med i befolkningsstatistiken.

Flertalet som invandrat till Sverige under efterkrigstiden har varit barn eller unga vuxna i åldern 25–35 år. Efter 1975 har dock flyktinginvandringen inneburit en ökad andel invandrare i åldern 40–60 år. Andelen äldre bland de invandrade har alltid varit låg, men andelen utrikesfödda bland de äldre i den svenska befolkningen ökar. Ökningen av äldre invandrare kommer troligen att fortsätta i snabb takt under de närmaste decennierna, som en konsekvens av invandringen av unga vuxna från 1960-talet och framåt. Könsfördelningen bland invandrarna har varit ganska jämn genom åren. I åldersgruppen 20–35 år finns en viss överrepresentation av kvinnor, vilket framför allt beror på att fler utlandsfödda kvinnor än män flyttar till Sverige för att gifta sig med infödda svenskar [1].

Allt fler bosätter sig i en annan nation än den som de är födda i, för kortare eller längre perioder. Det är en del i en global utvecklingsprocess där världen knyts allt tätare samman genom ökad handel och förbättrade kommunikationer [2]. Denna utveckling påverkar folkhälsan i Sverige på många olika sätt. I detta avsnitt berörs enbart folkhälsan hos personer som migrerat till Sverige från andra länder, och deras barn. Hälsorisker som svenskar utsätts för när de reser utomlands, som exempelvis infektionssjukdomar, tas inte upp i detta kapitel men berörs i kapitlet om infektionssjukdomar. Detta kapitel tar inte heller upp hälsosituationen för de nationella minoriteter som sedan länge varit representerade i den svenska befolkningen och som har särskilda

rättigheter enligt svensk lag: samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar.

Hur mår svenskar med utländsk bakgrund?

SCB frågade i sina ULF-undersökningar år 2000–2005 ett representativt urval av den svenska befolkningen om deras hälsa. Personer med utländsk bakgrund rapporterade genomgående en sämre hälsa än personer med svensk bakgrund [3]. De intervjuade personer som var födda utanför Europa rapporterade den sämsta hälsan, och de som var födda utanför EU15¹-området hade den näst sämsta hälsan. De som var födda inom EU15-området hade en hälsa som låg nära befolkningen med svensk bakgrund.

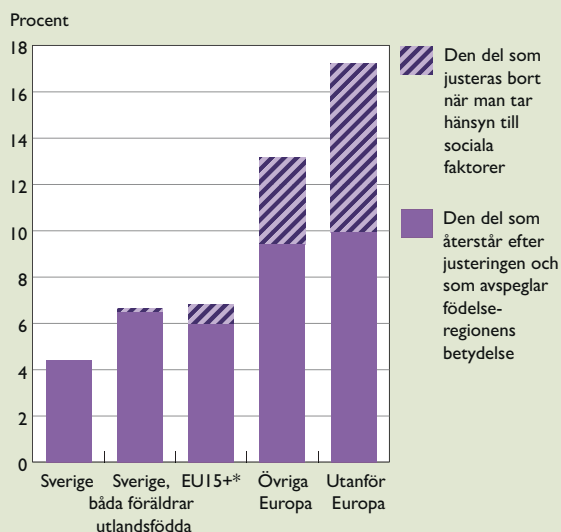
Dessa skillnader fanns för så gott som samtliga hälsorelaterade frågor. Skillnaderna var särskilt uttalade för självskattad ”dålig hälsa”, nedsatt arbetsförmåga och rörelsehinder, men även för ångslan och oro. Det var tre till fyra gånger vanligare att utlandsfödda intervjuade personer med ursprung utanför västvärlden skattade sin hälsa som ”dålig” eller ”mycket dålig”, jämfört med intervjuade personer med svensk bakgrund (figur 2). När analysen kompenserades för skillnader i sociala faktorer mellan grupperna, som hur vanligt det var att intervjuade personerna hade ett arbetyrke, hade sämre ekonomiska tillgångar och bodde i hyrd bostad, minskade skillnaderna i hälsa betydligt [3]. Detta tyder på att det i hög grad är de sociala livsvillkoren i Sverige som medför att personer med utländsk bakgrund rapporterar mer ohälsa. Andra viktiga orsaker till ett sämre hälsotillstånd är till exempel riskfaktorer som är

¹ EU bestod av 15 medlemsländer mellan 1995 och 2004

kopplade till flyktingskap och att vara nykomling i det svenska samhället. Det tar åtminstone tio år innan invandraren eller flyktingen får levnadsvillkor som motsvarar villkoren för resten av befolkningen i Sverige [4]. Om personer upplever att de diskrimineras bidrar sannolikt också det till sämre hälsa [5].

Figur 2. Hälsa efter födelseland

Andel (procent) i respektive grupp som uppger dålig eller mycket dålig hälsa, efter födelseland/-region, åren 2000–2005.



Predicerad andel baserad på logistisk regression justerad för sociala faktorer (socioekonomisk grupp, boendeform och innehav av kontantmarginal).

* Utöver EU15 ingår även Nordamerika, Australien och Nya Zeeland
Källa: ULF-undersökningarna, SCB och Socialstyrelsen [3]

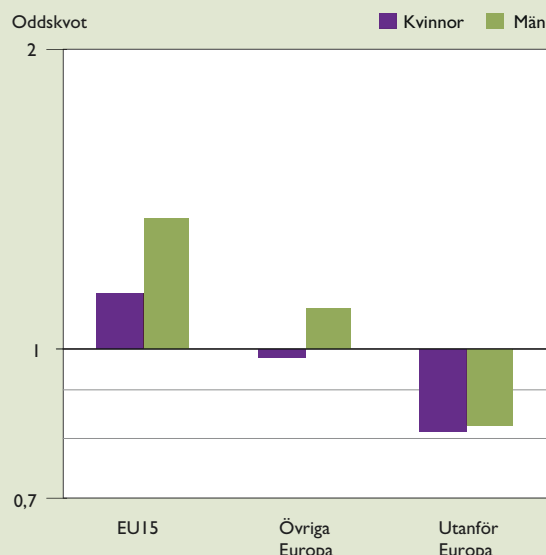
Utlandsfödda kvinnor rapporterar precis som sverigefödda kvinnor mer ohälsa än män med samma ursprung. Socialstyrelsens invandrarundersökning år 1996–1997 visade att hälsan hos kvinnor födda i Turkiet och Chile skilde sig mer från sverigefödda kvinnor än hälsan mellan män-

nen i motsvarande grupper [3]. I ULF-undersökningen år 2000–2005 var skillnaderna i ohälsa mellan sverigefödda och utlandsfödda lika stora för kvinnor och män. Det talar för att resultaten inte kan generaliseras för att gälla alla invandrargrupper [3].

När det gäller dödsrisker ser det annorlunda ut. Både män och kvinnor med ursprung utanför Europa tenderar att ha en lägre risk för tidig död än sverigefödda (Figur 3).

Figur 3. Dödsrisker för utlandsfödda

Över- och underrisker (oddskvoter) att avlida för utlandsfödda (efter födelseregion) under år 2001–2005. Enbart personer med någon form av registrerad inkomst i åldern 25–64 år. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsegrupp (oddsquot=1) är personer födda i Sverige. Justerad för ålder och kön.

Källa: Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen; LISA, SCB.

När man analyserar dödsfall bland utlandsfödda i den folkbokförda befolkningen i Sverige är

det viktigt att tänka på att dödsfall som inträffar när personen vistas utanför Sverige inte alltid rapporteras till svenska myndigheter. Detta gäller särskilt när dödsfallet äger rum utanför Europa. Denna underrapportering leder till en systematisk underskattning av de verkliga dödstalen.

Analysen som särskilt försökt ta hänsyn till underskattningen av dödstalen talar dock för att personer som är födda utanför Europa har en något lägre risk för tidig död än sverigefödda har [6]. Det gäller särskilt för alkoholrelaterad dödlighet. EU15-gruppen, där majoriteten är födda i Finland, har däremot en påtagligt ökad risk att dö tidigt jämfört med sverigefödda. Detta beror bland annat på en ökad dödlighet i hjärtkärlsjukdomar, alkoholrelaterade sjukdomar och cancer.

Invandrarnas barn

Det är viktigt för hälsan att människor som kommer till Sverige integreras i samhället. Det visar jämförelser i hälsa mellan dem som invandrat till Sverige, och invandrarnas barn som är födda i Sverige. Analyser av ULF-undersökningen ger en ganska entydig bild av att både hälsosituationen och den sociala situationen är klart bättre för personer som fötts i Sverige jämfört med deras utlandsfödda föräldrar. Intervjuer med barn och ungdomar i åldern 10–18 år ger en liknande bild. Det finns små skillnader i självrapporterad hälsa, exempelvis psykosomatiska symtom, mellan barn och ungdomar med utländsk respektive svensk bakgrund, i de undersökningar som genomförts under år 2001–2005 [7].

När det gäller allvarliga psykosociala hälsoproblem som självmord [8] och psykoser [9] är mönstret dock det omvända: invandrarnas barn löper större risker än invandrarna själva. De här problemen är minst lika omfattande, och för

narkotikamissbruk betydligt större, hos de barn som vuxit upp i Sverige än hos deras invandrade föräldrar. Att växa upp i Sverige har uppenbarligen både fördelar och nackdelar för hälsan för den som har utländskt ursprung.

Utlandsadopterade

Mycket talar för att de flesta barn som adopteras till Sverige från andra länder mår bra. Barn som adopteras från länder utanför Europa vårdas dock två till tre gånger så ofta på sjukhus under ungdomsåren pga. psykiatrisk sjuklighet som sverigefödda ungdomar. Risken är till och med något högre än för ungdomar med utländskt ursprung som vuxit upp med sina biologiska föräldrar – trots att utlandsadopterade lever i familjer som har bättre socioekonomiska livsvillkor än den genomsnittliga sverigefödda befolkningen, och mycket bättre än andra utlandsfödda. Den förhöjda risken för utlandsadopterade är särskilt uttalad för självmord och självmordshandlingar [10].

Att psykisk ohälsa är vanligare bland utlandsadopterade kan troligen till stor del förklaras av deras utsatta situation i ursprungslandet innan adoptionen, med upprepade separationer, undernäring och institutionsvistelser. Det kan dock inte uteslutas att påverkbara faktorer efter adoptionen, som diskriminering på grund av avvikande utseende och svårigheter att knyta an till de nya föräldrarna också kan bidra till denna sårbarhet [11].

Olika bakgrund och hälsa bland utlandsfödda

Invandrare har kommit till Sverige av många olika skäl, vid olika tidpunkter, från olika sociala situationer och från många länder. Befolkningen

med utländskt ursprung karaktäriseras därför av en stor mångfald (heterogenitet).

Det är troligt att arbetskraftsinvandrare hör till de friskare i den befolkning de flyttar från. Men för vissa grupper av flyktingar kan ett funktionshinder eller en kronisk sjukdom tvärtom vara en bidragande orsak till att man beviljats en fristad i Sverige. För att kunna beskriva hälsa och levnadsvillkor bland utlandsfödda på ett tillfredställande sätt behövs därför undersökningar som särskiljer de utlandsfödda med sådana bakgrunds- och selektionsfaktorer. I dag finns inga återkommande undersökningar i Sverige med ett tillräckligt stort antal invandrare för att tillåta detta. De följande avsnitten beskriver istället viktiga risk- och skyddsfaktorer för hälsa. Dessa faktorer bidrar till att hälsosituationen hos svenskar med utländsk bakgrund ofta skiljer sig från Sveriges övriga befolkning.

Risk- och skyddsfaktorer för hälsa hos svenskar med utländsk bakgrund kan delas in i tre kategorier:

- faktorer som har att göra med det samhälle och den befolkning som personen själv eller ens föräldrar flyttat från
- faktorer som har att göra med migrationen i sig och hur migration hanteras i Sverige
- faktorer som har att göra med tillvaron i det svenska samhället efter att personen fått uppehållstillstånd.

Faktorer som har att göra med det samhälle man flyttat från

Infektioner

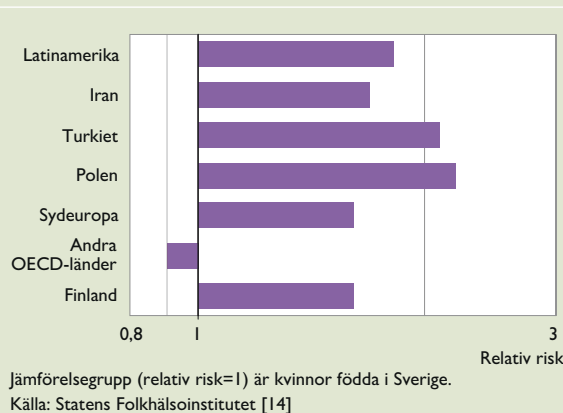
Många utlandsfödda har flyttat från länder där vissa typer av svåra infektioner är betydligt

vanligare än de är i Sverige. De viktigaste av dessa sjukdomar är hepatit B och C, tuberkulos och hiv. Fortsatta direkta och indirekta kontakter med ursprungslandet kan leda till att personen blir sjuk i någon av dessa infektionssjukdomar även efter det att den flyttat till Sverige.

Ett smittoämne vars betydelse blivit klarlagd först under de senaste två decennierna är *Helicobacter pylori*. Denna bakterie är i första hand känd för att orsaka magsår och magkatarr, men den är också en viktig riskfaktor för cancer i magsäcken [12]. Den som blir smittad blir det oftast under tidig barndom [13]. Det är en trolig förklaring till att bakterien, liksom cancer i magsäcken, är betydligt vanligare hos utlandsfödda än sverigefödda (figur 4) [14, 15]. I och med att bakterien framför allt smittar inom familjen är även de utlandsföddas barn en riskgrupp för sjukdomar som orsakas av *helicobacter* [15].

Figur 4. Magcancer bland utlandsfödda kvinnor

Över- och underrisker (relativ risk) att insjukna i magcancer under åren 1991–1998 bland utlandsfödda kvinnor, efter födelseland/-region. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Livsstil

Invandraren anländer till det nya landet med levnadsvanor formade efter det samhälle personen flyttat ifrån. Dessa vanor påverkar också levnadsvanorna i det nya landet, och i viss utsträckning även levnadsvanorna hos invandrarnas barn.

Matvanor

Matvanor varierar mycket mellan olika samhällen, och detta leder i sin tur till skillnader i förekomst av många sjukdomar i mag-tarmkanalen, som cancer i tjocktarmen. Dessa skillnader kvarstår i viss mån även hos invandrare i Sverige [14]. En låg andel fiber i kosten ökar risken för att drabbas av inflammation i tarmfickor (divertiklar) i tjocktarmen, så kallad divertikulit. Det är därför troligt att ett högt fiberintag bland invandrare från Syd-europa och utomeuropeiska länder, en kostvana

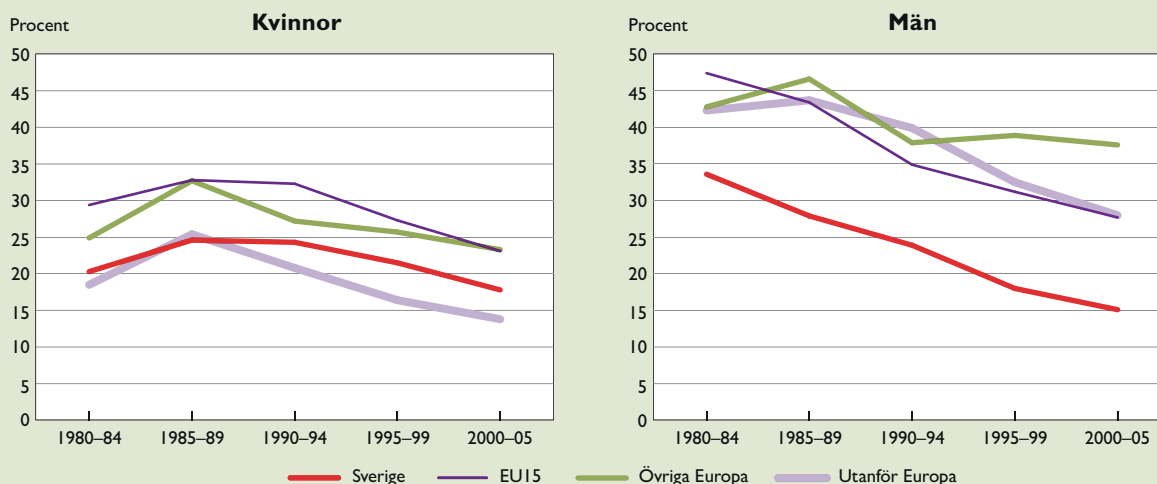
som de grundlagt i sitt ursprungsland, förklarar den låga risken för divertikulit i dessa grupper i Sverige [16].

Tobak

Andelen manliga rökare i Sverige är låg och utlandsfödda män röker mer än män födda i Sverige, enligt ULF-undersökningen (figur 5). Enligt samma undersökning använder sverigefödda män däremot betydligt oftare snus än utlandsfödda män. Kvinnor födda i andra europeiska länder än Sverige röker mer än sverigefödda kvinnor, medan kvinnor födda utanför Europa röker minst. Spädbarn med utlandsfödda föräldrar utsätts oftare för passiv rökning i hemmet [17, 18]. Det är framför allt fädernas rökning som leder till detta, eftersom mödrar från flertalet utomeuropeiska länder röker mer sällan än sverigefödda [19].

Figur 5. Dagligrökare efter födelseland

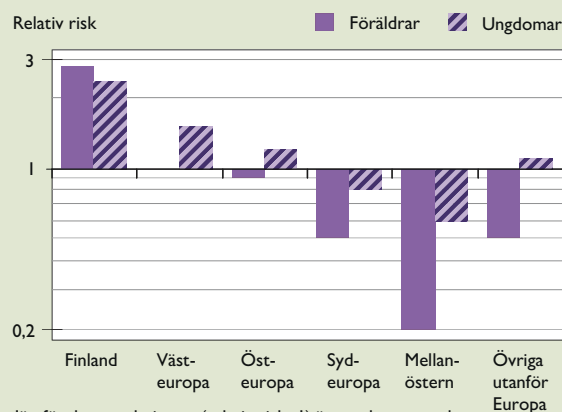
Andel (procent) dagligrökare efter födelseland/-region. Kvinnor och män i åldern 16–64 år, perioden 1980–2005. Åldersstandardiserat.



ULF-undersökningen visar att andelen rökare minskat successivt sedan 1980-talet. Det gäller både sverigefödda, och utlandsfödda med ursprung i Västeuropa och utanför Europa. Europeer utanför EU15 följer inte samma utveckling, vilket kan bero på den stora andelen rökare bland flyktingarna som invandrade från det forna Jugoslavien under 1990-talet.

Figur 6. Alkoholrelaterade sjukdomar efter utländskt ursprung

Över och underrisker (relativ risk) att vårdas på sjukhus 1991–2000 pga. alkoholrelaterade sjukdomar för ungdomar födda 1968–79 med två utlandsfödda föräldrar samt för vuxna födda utomlands (föräldragenerationen), efter de vuxnas födelseland/-region. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsepopulationen (relativ risk=1) är ungdomar med två svenskfödda föräldrar respektive vuxna födda i Sverige (föräldragenerationen). Justerat för ålder och kön.

Källa: Hjern A, Allebeck P. [20]

Alkohol

Förekomsten av alkoholrelaterade sjukdomar hos den utlandsfödda befolkningen speglar attityder och vanor som grundlagts i ursprungslandet. Finländare vårdas oftare på sjukhus för alkoholmissbruk än sverigefödda, medan invandrare från

Mellanöstern vårdas mer sällan än sverigefödda (figur 6) [14, 20]. Vård för alkoholmissbruk bland barn till utlandsfödda visar ett mönster som ligger någonstans mellan deras föräldrars och det mönster som barn till sverigefödda har (figur 6), kanske som ett tecken på att de påverkats mer än sina föräldrar av alkoholvanorna i den svenska majoritetsbefolkningen. Skolbarn i högstadiet, vars föräldrar kommer från länder utanför Europa, dricker sig mer sällan berusade än andra skolbarn. Det visar skolundersökningar i Stockholm 1996, och Malmö och Värmland 2005 [21, 22].

Ackulturation, livsstil och hälsa

Invandrarens livsstil påverkas även av det nya samhället. Socialantropologin har myntat begreppet ackulturation, som betecknar den kulturpåverkan och kulturförändring som uppstår när samhällen med olika kulturtraditioner möts [23]. Ett sådant möte kan innebära att en etnisk minoritets livsstil och attityder förändras genom påverkan från den omgivande majoritetsbefolkningen.

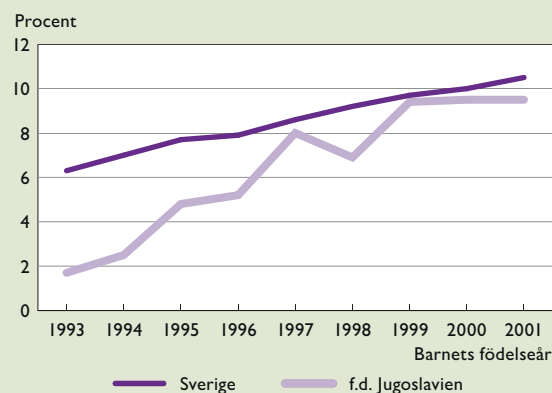
Förändrade matvanor är ett exempel på ackulturationens betydelse för folkhälsan. Studier av japaner i Stillahavsområdet under 1960- och 1970-talen visar hur japanernas ackulturation till nordamerikanska kostvanor ledde till en dramatisk förändring i sjuklighet. Studierna visade en ökad förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar och tjocktarmscancer, och en minskad förekomst av cancer i magsäcken [24].

I Sverige har ändrade matvanor och en minskad fysisk aktivitet lett till en snabb utveckling av övervikt bland vissa invandrargrupper, till exempel bland gravida kvinnor som invandrat från forna Jugoslavien. Hos dem ökade andelen personer med fetma från två procent strax efter invandringen till närmare tio procent efter åtta års

vistelse i Sverige (figur 7). En ännu snabbare utveckling av fetma har beskrivits hos flyktingbarn från Chile efter ankomsten till Sverige [25].

Figur 7. Gravida med fetma

Andel (procent) gravida med fetma från forna Jugoslavien som invandrade till Sverige 1993–1994, efter barnets födelseår.



Baserat på uppgifter från inskrivning på mödravårdscentral.
Fetma (BMI ≥ 30)
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Ungdomsdiabetes och astma

Många betydande folkhälsoproblem orsakas av miljöfaktorer i samspel med en genetisk sårbarhet som skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper i världen. Därför kan risken att drabbas variera betydligt mellan olika befolkningsgrupper, även om de har en likartad livsstil.

Barn- och ungdomsdiabetes är ett exempel på en sjukdom som orsakas av ärftliga faktorer i samspel med livsstilsfaktorer. Risken att drabbas är störst om man föds i Finland eller på Sardinien, men jämfört med flertalet regioner i världen är risken hög även i Sverige [26]. Förekomsten av barn- och ungdomsdiabetes skiljer sig enligt

samma mönster bland barn födda i Sverige beroende på föräldrarnas födelseland. Det innebär att barn som föds i Sverige av sverigefödda föräldrar har fem gånger så hög risk att drabbas av barn- och ungdomsdiabetes som barn födda i Sverige av föräldrar födda i Latinamerika, och tre gånger så hög risk som de som föds av föräldrar födda i Mellanöstern eller Östeuropa [27].

Det finns stora skillnader mellan olika invandrargrupper i Sverige när det gäller förekomsten av allergiska sjukdomar. Allergier är särskilt vanliga hos befolkningen med chilenskt ursprung jämfört med den övriga befolkningen, medan de är betydligt ovanligare hos befolkningen med turkiskt ursprung. Det är troligt att förklaringen till dessa skillnader är ett liknande samspel mellan genetisk sårbarhet och livsstilsfaktorer som vid barn- och ungdomsdiabetes [28].

Flyktingskap, asylprocess och papperslösa

Sedan mitten av 1970-talet dominerar flyktingar och deras anhöriga invandringen till Sverige. Flykten har ett annat utgångsläge än den som flyttar till ett annat land för att arbeta eller för att bilda familj. Personer som flyr från sitt hemland har nästan alltid levt en tid under stor stress innan de lämnat landet. Själva flykten är ofta omgärdad av umbäranden och hot, och många familjer splittas under långa perioder. Efter ankomsten till det nya landet väntar en tid av ovisshet under asylprocessen innan det nya livet kan ta sin början.

Traumatisk stress i hemlandet

En stor andel av de flyktingar som kommer till Sverige har innan flykten upplevt många skrämmande och kränkande situationer i samband med

krig eller politisk förföljelse. Sådana situationer kallar WHO för ”organiserat våld”. En fjärdedel av de latinamerikanska flyktingar som kom till Sverige på 1970- och 1980-talen uppgav att de utsatts för tortyr i hemlandet [14]. Av de kurdiska flyktingarna i Socialstyrelsens invandrarundersökning 1996 rapporterade så många som 40 procent att de utsatts för organiserat våld i det land de flytt från [29]. Dessa upplevelser leder ibland till att den drabbade utvecklar posttraumatiskt stresssyndrom. Ett sådant tillstånd kännetecknas av återkommande smärtsamma minnesbilder och störningar i hjärnans stresshanteringssystem. En annan vanlig följd av sådana upplevelser är depression [30].

De sammanlagda resultaten från många studier av psykiatrisk sjuklighet hos flyktingar i exil i västvärlden, visar att uppskattningsvis 8–10 procent av vuxna flyktingar och 7–17 procent av flyktingbarnen lider av posttraumatiskt stress-syndrom. Av vuxna flyktingar uppfyller 4–6 procent kriterierna för en depression och nästan lika många kriterier för ångestsyndrom [31]. Uppföljningsstudier av flyktingar visar att dessa psykiska besvär minskar med tiden, men 13–14 år efter flykten är deras psykiska besvär fortfarande vanligare än hos befolkningen i mottagandelandet [32, 33].

De posttraumatiska symtomen kan alltså orsaka lidande hos de drabbade under lång tid. Det är däremot mer oklart i hur stor utsträckning dessa symtom också påverkar flyktingarnas relationer och arbetsförmåga. En uppföljning av kambodjanska flyktingungdomar i USA visar t.ex. att det är fullt möjligt att lyckas väl med universitetsstudier och familjebildning trots långvariga och svåra symtom av posttraumatisk stress [34, 35].

Asylprocessen

Den som ansökt om asyl kallas asylsökande fram

till dess att personens ansökan behandlats färdigt av de svenska myndigheterna. Asylsökande vuxna har möjlighet att få subventionerad hälso- och sjukvård för vård ”som inte kan anstå”, dvs. vård där en måttlig fördröjning medför att patientens hälsa påverkas negativt [36]. Däremot har asylsökande barn, sedan år 1994, samma rättigheter till hälso- och sjukvård som andra barn i det svenska samhället.

Eftersom asylsökande saknar ett svenskt identitetsnummer, är möjligheten att beskriva deras hälsa i Sverige begränsad. Ett svenskt identitetsnummer skulle göra det möjligt att identifiera dem i nationella hälsodataregister.

De dominerande hälsoproblemen hos asylsökande vuxna är psykisk ohälsa och olika former av psykosomatiska besvär [36–40]. Detta understryks av danska studier som visar att det är tre gånger vanligare att asylsökande vårdas på sjukhus efter självmordsförsök, än att personer ur den övriga befolkningen gör det [41]. Stressen under asylprocessen är särskilt skadlig för flyktingar med svåra upplevelser av organiserat våld innan flykten [42].

En svensk studie av massevakuerade flyktingar från Kosovo, som hade tillfälligt uppehållstillstånd i Sverige, visade att ju längre tid flyktingarna varit i Sverige desto större var andelen som uppfyllde kriterierna för ett posttraumatiskt stresssyndrom. Studien visade också med hjälp av hormonanalyser från personernas saliv att kroppens stresshanteringssystem förändrades successivt [43]. Intervjustudier med flyktingar i Australien, som lever i ovisshet på grund av tillfälliga uppehållstillstånd, visar likartade höga nivåer av psykisk ohälsa. Ohälsan ökar också med tiden i ovisshet [44].

Även många barn visar tecken på betydande psykisk ohälsa under asyltiden [45]. Asylsökande

barn är kraftigt överrepresenterade bland de barn som vårdas i slutna barn- och ungdomspsykiatrisk vård [46]. Under åren 2002–2005 utvecklade hundratals asylsökande barn allvarliga och långvariga funktionsbortfall, s.k. uppgivenhetsyndrom [47]. Många av dessa barn krävde kraftfulla stödinsatser under lång tid, inklusive sondermatning och hjälp med toalettbestyr. Antalet barn som insjuknat på detta vis har minskat drastiskt efter förändringar i flyktingpolitiken under år 2005 och ett förbättrat stöd till familjer där asylsökande barn mår psykiskt dåligt. Med få undantag har också de barn som insjuknat tillfrisknat, ofta efter en lång rehabiliteringsperiod där de stegvis återfått funktionsförmågan [48].

Stöd från familj och vänner

Under den första tiden i det nya landet har flyktingen ett glest socialt nätverk. Delar av familjen befinner sig ofta i något annat land och man har ännu inte hunnit etablera nära sociala kontakter i exilen. Intervjustudier av flyktingfamiljer i Norge [49], Sverige [45] och Australien [50] visar att stöd från familj och vänner har stor betydelse för flyktingars psykiska hälsa under de första åren i det nya landet. De får oftast nya kontakter inom den egna flyktinggruppen. En amerikansk studie av flyktingar från Laos visar att flyktingpolitik kan spela en stor roll i detta sammanhang. Att bli hänvisad att bo på en ort, där det av geografiska skäl var svårt att etablera kontakter med medlemmar i den egna gruppen, var i denna studie en kraftfull riskfaktor för ohälsa [51].

Invandrare som står utanför sjukvården

Personer som lever i Sverige utan uppehållstillstånd och utan att vara asylsökande kallas ibland irreguljära immigranter eller papperslösa [52].

De flesta är asylsökande som fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd eller arbetskraftsinvandrare utan arbetstillstånd [53]. Hur många papperslösa som bor i Sverige vid en viss tidpunkt är av naturliga skäl omöjligt att beräkna exakt, men uppskattades till omkring 20 000 år 2003–2004 [54].

Vuxna papperslösa har endast rätt till ”omedelbar” hälso- och sjukvård, vilket är ett mycket snävt akutbegrepp. De är också betalningsskyldiga för den vård de får [36]. Detta har väckt en livlig diskussion inom läkarkåren. I Stockholm, Göteborg och Malmö har det på ideell basis öppnats särskilda läkarmottagningar för papperslösa [55, 56]. År 2000 kom staten och landstingen överens om att barn i familjer som fått avslag på sin asylansökan skulle få samma rättigheter till hälso- och sjukvård som andra barn i Sverige. Barn i övriga grupper av papperslösa har emellertid lika begränsad tillgång till vård som de vuxna.

Enskilda landsting har på egen hand utvidgat rättigheterna till vård för papperslösa, men de får inte någon ersättning från staten. Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg införde år 2006, som första sjukhus i Sverige, en policy som ger papperslösa utökade rättigheter till vård. I mars 2008 följde landstinget i Skåne län efter och införde liknande regler inom såväl öppen som slutna vård [57].

Läkare utan gränser genomförde sommaren 2005 en intervjuundersökning med patienter som besökte organisationens mottagning för papperslösa [56]. Hälften rapporterade att de avstått från att söka vård för att de varit rädda för att bli angivna till polisen, eller för att de inte kände till någon vårdgivare som skulle ta emot dem.

Att leva i Sverige med utländsk bakgrund

En socialt utsatt situation

Invandrare är nykomlingar i det svenska samhället och utsätts dessutom i många sammanhang för diskriminering, vilket medför att de befinner sig i en utsatt social position oftare än andra. Invandrare är oftare än den övriga befolkningen i Sverige arbetslösa, har ofta arbeten med en dålig fysisk och psykosocial arbetsmiljö och bor ofta trångt i bostäder i områden med låg status. Det finns också stora skillnader mellan olika invandrargrupper. Utomeuropeiska invandrare har i regel sämre materiella livsvillkor än invandrare med ursprung i Europa. Invandrarnas barn har som vuxna i allmänhet bättre materiella livsvillkor än sina föräldrar [4].

Invandrades inkomst är starkt beroende av hur länge man varit bosatt i Sverige. Det tar åtminstone tio år innan invandraren får levnadsvillkor som är jämförbara med resten av befolkningen. Emellertid förbättrar utlandsfödda i allmänhet sina livsvillkor snabbare än andra grupper med en låg social position i det svenska samhället. Så var dock inte fallet under 1990-talets krisår, snarare tvärtom: de materiella livsbetingelserna försämrades mer för de utlandsfödda än för andra grupper. Arbetslösheten ökade betydligt mer bland de utlandsfödda än bland de sverigefödda. De flyktingar som kom under dessa krisår har också haft svårare att etablera sig på arbetsmarknaden än de som anlände tidigare [4].

Diskriminering och psykisk ohälsa

Diskriminering påverkar utlandsföddas livsvillkor. Diskriminering på arbetsmarknaden leder till lägre inkomster och arbetslöshet. Diskrimi-

nering på bostadsmarknaden, i kombination med relativ fattigdom, medför att den utlandsfödda befolkningen i allt högre grad koncentreras till bostadsområden med låg status. Samtidigt minskar andelen sverigefödda i samma områden [52].

Utlandsfödda med ursprung i Nordeuropa och andra västorierade länder har ungefär samma möjligheter att bosätta sig i attraktiva bostadsområden som sverigefödda. För utlandsfödda med ursprung i icke västorierade länder utanför Europa är denna möjlighet dock högst begränsad, även lång tid efter invandringen [58]. Utlandsfödda med utomeuropeiskt ursprung utsätts oftare för våld och hot om våld eftersom de oftare bor i bostadsområden med låg status [4].

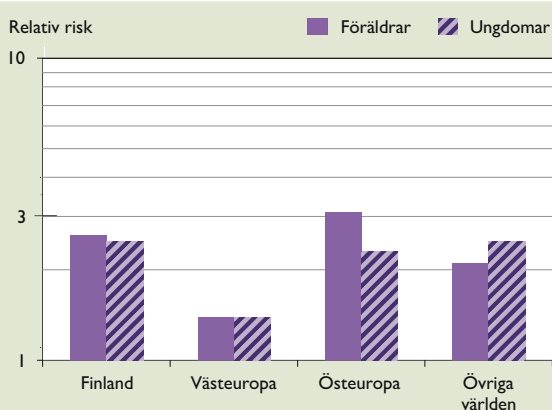
Diskriminering kan påverka hälsan indirekt genom att bidra till sämre livsvillkor. Dessutom kan upprepade erfarenheter av diskriminerande behandling ha en mer direkt påverkan på hälsan. Återkommande diskriminering kan ses som en form av kronisk stress där den diskriminerade ständigt är beredd att möta negativa reaktioner i omgivningen [59]. Invandrare som upplever sig diskriminerade rapporterar dubbelt så ofta psykisk ohälsa jämfört med andra invandrare, enligt Socialstyrelsens Invandrarundersökning 1996 [60, 61] och Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät 2006 [5]. Orsakssambandet är dock inte klarlagt i dessa tvärsnittundersökningar. Ett stort antal andra studier runtom i världen har dock visat att diskriminering på grund av hudfärg leder till sämre självrapporterad hälsa [62].

Studier har visat en ökad förekomst av psykosjukdomar hos invandrare i bland annat Storbritannien, Holland och Danmark [63]. Flera studier har pekat på att kronisk stress, p.g.a. upplevd diskriminering, kan vara en orsak till invandrades högre risk för psykoser [64, 65]. Även i Sverige

vårdas invandrare och barn till invandrare två till tre gånger så ofta som andra på sjukhus på grund av schizofreni och andra psykosjukdomar (figur 8). Denna stora risk kan till stor del förklaras av sociala faktorer som låga inkomster, ensamföräldraskap och att vara bosatt i bostadsområden med låg status. Diskriminering är sannolikt en viktig bakomliggande förklaring till detta [9]. Dessa faktorer ligger också bakom den ökade risken hos ungdomar med utländsk bakgrund att vårdas på sjukhus på grund av självmordsförsök eller självskadebeteende [66], och den ökade risken för ungdomar med utländsk bakgrund att skadas på grund av våld [67].

Figur 8. Schizofreni efter utländskt ursprung

Överrisker (relativ risk) att vårdas på sjukhus åren 1990–2001 på grund av schizofreni för ungdomar födda 1968–79 med två utlandsfödda föräldrar samt för vuxna födda utomlands (föräldragenerationen), efter de vuxnas födelseland/-region. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsepopulationen (relativ risk=1) är ungdomar med två sverige-födda föräldrar respektive vuxna födda i Sverige (föräldragenerationen). Justerat för ålder och kön.

Källa: Hjern A, Wicks S, Dalman C. [9]

Olycksfallsskador

Sociala faktorer spelar en betydande roll för den sjuklighet och dödlighet som orsakas av olycksfall. Totalt sett är dock dödligheten i olycksfall i Sverige ungefär densamma hos barn och ungdomar med utländskt ursprung, som för dem som har svenskt ursprung. Mönstren ser dock olika ut för olika typer av olyckor. Utlandsfödda barn och ungdomar skadas i mindre utsträckning i moped- och bilolyckor före 18 års ålder. De vårdas också betydligt mer sällan på sjukhus på grund av skador som brukar uppstå vid vistelser i naturen och i fritidshus, som t.ex. ormbett, skador i samband med båtfärder och förgiftningsolyckor med medel som används vid trädgårdsskötsel och jordbruk. Detta speglar skillnader i sociala uppväxtvillkor: en materiell brist kan ibland vara en skyddande faktor i dessa sammanhang. Brännskador som orsakas av hett vatten är dock vanligare hos barn med utomeuropeiskt ursprung under 3 års ålder [68]. Också drunkningsolyckor i samband med utomhusbad har rapporterats vara vanligare hos skolbarn med utländskt ursprung. Det beror troligen på en lägre nivå av simkunnighet.

När svenskarna är avvikande

Ibland kan skillnader i hälsa mellan sverigefödda och utlandsfödda förklaras av ett framgångsrikt svenskt folkhälsoarbete. Sverige har varit ledande i världen när det gäller vissa typer av folkhälsoinsatser. Det gäller särskilt inom områden som barnolycksfall, karies och barnaga. Inom dessa områden har det svenska folkhälsoarbetet t.ex. inneburit att propagera för tandborstning och lördagsgodis, simkunnighet och bilbarnstolar. Sverige var också först i världen med att införa en lag mot barnaga, 1979. Nykomlingar i det svenska samhället delar av naturliga skäl inte denna kol-

lektiva erfarenhet och det är därför inte förvånande att barn med utländsk bakgrund oavsett föräldrarnas ursprung mer sällan kan simma, oftare har karies, oftare färdas i bil utan bilbarnstol och oftare får utstå aga [68].

Folkhälsoinsatser

Att rikta folkhälsoinsatser särskilt till utlandsfödda, eller grupper av utlandsfödda med en specifik bakgrund, medför en betydande risk för stigmatisering och en förstärkt känsla av diskriminering. Därför bör sådana insatser vara väl vetenskapligt underbyggda och dessutom vara efterfrågade i den aktuella minoritetsgruppen. Insatser mot infektionssjukdomar som tuberkulos, hepatit B och hiv är exempel på åtgärder som uppfyller dessa kriterier [69].

Få människor i det svenska samhället är så beroende av svensk lag och svenska myndigheter som asylsökande. Sverige är ett av de länder i Europa som begränsar rätten till vård för människor utan uppehållstillstånd [70]. Det är troligt att dessa regler framför allt påverkat folkhälsan för asylsökande och papperslösa som inte får behandling för sina sjukdomar och hjälp med sina funktionshinder. Det påverkar dock även resten av befolkningens hälsa, genom att smittsamma sjukdomar hos människor med begränsade rättigheter till sjukvård identifieras sent i sjukdomsförloppet och därigenom lättare sprids.

Asylsökande vuxna och barn har många psykiatriska och psykosomatiska symtom. Att erbjuda meningsfulla aktiviteter och socialt stöd för asylsökande kan i viss mån förebygga dessa [71]. För barn innebär meningsfull aktivitet förskola och skola, medan den för vuxna utöver utbildning även innefattar möjligheter att förvärvsarbeta.

Alla nyinvandrade flyktingar erbjuds ett in-

troduktionsprogram i den kommun där de bostatt sig. Programmet syftar i första hand till att introducera flyktingen på arbetsmarknaden, men innehåller också allmän information om det svenska samhället och språkutbildning i svenska. Introduktionen är också en användbar plattform för folkhälsoarbete – flyktingarna kan t.ex. få information om de framgångsrika svenska folkhälsoprogrammen för bland annat karies, olycksfall och aga. En annan metod som prövats i detta sammanhang är sekundärpreventiva metoder för att identifiera flyktingar med svår psykiatrisk problematik [72].

Analyser av hälsoutvecklingen, som underlag för prioriteringar och utvärdering av tidigare genomförda insatser, är ett viktigt stöd för ett framgångsrikt folkhälsoarbete på nationell nivå. I dagsläget är Socialstyrelsens möjligheter att följa hälsoutvecklingen hos befolkningen med utländskt ursprung eller bakgrund sämre än för befolkningen i övrigt. Återkommande intervjuundersökningar, som ULF- och LNU-undersökningarna, innehåller alltför få intervjupersoner med utländskt ursprung för att kunna fånga heterogeniteten i denna del av den svenska befolkningen. Därför genomförde Socialstyrelsen år 1996 en särskild intervjuundersökning i fyra olika invandrargrupper [60]. Om det genomfördes liknande undersökningar regelbundet skulle det finnas ett bättre beslutsunderlag för folkhälsoinsatser för befolkningen med utländskt ursprung.

Social utsatthet och diskriminering är de främsta orsakerna till ohälsa hos befolkningen med utländsk bakgrund i Sverige. Att motverka dessa processer är en viktig del av folkhälsoarbetet för denna del av befolkningen.

Referenser

1. Nilsson Å. *Efterkrigstidens invandring och utvandring*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2004. Demografiska rapporter 2004:5.
2. Global Commission on International Migration (GCIM). *Migration in an interconnected world: New directions for action* 2005. Report of the Global Commission on International Migration.
3. Socialstyrelsen. Självrapporterad hälsa hos personer med utländsk bakgrund – underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat. Stockholm: 2007.
4. Vogel J, Hjerm M, Johansson S-E. *Integration till svensk välfärd? Om invandrares välfärd på 90-talet*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Arbetslivsinstitutet; 2002. Levnadsförhållanden. Rapport nr 96.
5. Wamala S, Boström G, Nyqvist K. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Jan;190:75–6.
6. Weitoft GR, Gullberg A, Hjern A, Rosen M. Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality. *International Journal of Epidemiology*. 1999 Aug;28(4):756–63.
7. Östberg V, Alfven G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish school-children. *Acta Paediatrica*. 2006 Aug;95(8):929–34.
8. Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002 Sep;37(9):423–9.
9. Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological medicine*. 2004 Aug;34(6):1025–33.
10. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*. 2002 Aug 10;360(9331):443–8.
11. Carlberg M, Nordin Jareno K, red. *Internationellt adopterade i Sverige: vad säger forskningen? En antologi*. Stockholm: Gothia; 2007. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
12. Huang J, Sridhar S, Chen Y, Hunt R. Meta-analysis of the relationship between *Helicobacter pylori* seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 1998;114:1169–79.
13. Granström M, Tindberg Y, Blennow M. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in a cohort of children monitored from 6 months to 11 years of age. *Journal of Clinical Microbiology*. 1997 Feb;35(2):468–70.
14. Statens folkhälsoinstitut. Födelselandets betydelse – en rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige 2002. Rapport 2002:29.
15. Tindberg Y, Bengtsson C, Granath F, Blennow M, Nyren O, Granstrom M. *Helicobacter pylori* infection in Swedish school children: lack of evidence of child-to-child transmission outside the family. *Gastroenterology*. 2001 Aug;121(2):310–6.
16. Hjern F, Johansson C, Mellgren A, Baxter NN, Hjern A. Diverticular disease and migration – the influence of acculturation to a Western lifestyle on diverticular disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2006 Mar 15;23(6):797–805.
17. Barnhälsovården i Stockholms läns landsting. *Årsrapport 2006*. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
18. Johansson A. *Passive smoking in children. The importance of parent's smoking and use of protective measures* [doktorsavhandling]. Linköping: University of Linköping, Department of Molecular and Clinical Medicine, Division of Pediatrics; 2004.

19. Wallby T, Hjern A. Infants' exposures to environmental tobacco smoke. Differences in smoking habits among mothers and fathers with divergent ethnic background. *Acta Pædiatrica*. in press. 2008; 97(11):1542–45.
20. Hjern A, Allebeck P. Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*. 2004 Feb;99(2):229–36.
21. Hjern A, Hagquist C. Drog, alkohol och tobaksvanor hos skolbarn med utländskt ursprung – en analys av Ung 2005. Manuskript; 2008.
22. Wallin E, Berg L, Ainetdin T, B.J.A. H, Tillgren P. *Hälsovanor hos skolbarn i Stockholms län 1996*. Sundbyberg: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicinska divisionen, Socialmedicin Kronan; 1997. Teknisk rapport. SLL Grön Rapport 293.
23. Socialstyrelsen och CEIFO. *Mångfald, integration, rasism och andra ord*. Stockholm: 1999. SOS-Rapport 1999:6.
24. Kagan A, Harris B, Winkelstein WJ, Johnson K, Kato H, Syme S, et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: demographic, physical, dietary and biochemical characteristics. *Journal of Chronic Diseases*. 1974;27:345–64.
25. Hjern A, Kocturk-Runefors T, Jeppson O, Tegelman R, Hojer B, Adlercreutz H. Health and nutrition in newly resettled refugee children from Chile and the Middle East. *Acta Pædiatrica Scandinavica*. 1991 Aug–Sep;80(8–9):859–67.
26. Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. *Diabetes Care*. 2000 Oct;23(10):1516–26.
27. Hjern A, Söderström U. Parental country of birth is a major determinant of childhood type 1 diabetes in Sweden. *Pediatric diabetes*. 2008 Feb;9(1):35–9.
28. Hjern A, Haglund B, Hedlin G. Ethnicity, childhood environment and atopic disorder. *Clinical and Experimental Allergy*. 2000 Apr;30(4):521–8.
29. Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *The Journal of nervous and mental disease*. 2000 Jun;188(6):357–65.
30. Socialstyrelsen. *Tortyr – en kunskapsöversikt*. Stockholm: 1988. Rapport 1988:40.
31. Fazel M, Wheller J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309–14.
32. Hjern A, Angel B. Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow-up. *Acta Pædiatrica*. 2000 Jun;89(6):722–7.
33. Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*. 2002 Oct 5;360(9339):1056–62.
34. Sack W, Him C, Dickason D. Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38:1173–9.
35. Sack WH, Clarke G, Him C, Dickason D, Goff B, Lanham K, et al. A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993 Mar;32(2):431–7.
36. Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*. Stockholm: 1995. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4.

37. Hjern A, Allebeck P. Health examinations and health services for asylum seekers in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1997 Sep;25(3):207–9.
38. Laban CJ, Gernaat HB, Komproue IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004 Dec;192(12):843–51.
39. Laban CJ, Gernaat HB, Komproue IH, van der Tweel I, De Jong JT. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005 Dec;193(12):825–32.
40. Sinnerbrink I, Silove DM, Manicavasagar VL, Steel Z, Field A. Asylum seekers: general health status and problems with access to health care. *Medical Journal of Australia*. 1996 Dec 2–16;165(11–12):634–7.
41. Staehr MA, Munk-Andersen E. Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001–2003. En retrospektiv undersøgelse. *Ugeskrift for Læger*. 2006 Apr 24;168(17):1650–3.
42. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*. 1997 Apr;170:351–7.
43. Roth G, Ekblad S. A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006 May;194(5):378–81.
44. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Jan;188:58–64.
45. Hjern A, Angel B, Jeppson O. Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998 Mar;26(1):18–25.
46. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
47. Socialstyrelsen. Redovisning av regeringsuppdrag om barn med uppgivenhetssymtom. Stockholm: 2005.
48. Ascher H, Gustavsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. *Läkartidningen*. 2008 Jan 9–15;105(1–2):31–3.
49. Hauff E, Vaglum P. Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *British Journal of Psychiatry*. 1995 Mar;166(3):360–7.
50. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:179–87.
51. Westermeyer J, Neider J, Callies A. Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*. 1989 Mar;177(3):132–9.
52. Socialstyrelsen. *Social Rapport 2006*. Stockholm: 2006.
53. Picum. *Book of solidarity. Providing assistance to undocumented migrants in Sweden, Denmark and Austria*. London: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (Picum); 2005. Volume/03.
54. Malmberg M. Förstudie – Migranter utan legal status. Är detta en målgrupp som bör inkluderas och kan inkluderas i Röda Korsets verksamhet? Stockholm: Svenska Röda Korset; 2004.

55. Ascher H, Bjorkman A, Bodegard G, Gustafsson LH, Hjern A, Jeppsson O, et al. Hälso- och sjukvård för asylsökande: Nytt lagförslag strider mot mänskliga rättigheter och läkaretiska regler. *Läkartidningen*. 2005 Sep 19-25;102(38):2676, 9.
56. Läkare utan gränser. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser. Stockholm: 2005.
57. Groplo G, Ahlberg B, red. *Hälsa, sjukvård och strukturell diskriminering*. Stockholm: Fritzes; 2006. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78.
58. Andersson R. Etnisk och socioekonomisk segregation i Sverige 1990–1998. I: Fritzell J, red. *Välfärdens förutsättningar*. Stockholm: Fritzes; 2000. s. 223–66. Forskarvolym från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2000:37.
59. Krantz G. Bilaga 2. I: Frykman J, red. *Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitutet; 2006. s. 63–70. R 2005:49.
60. Socialstyrelsen. Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Stockholm: 2000. Invandrades levnadsvillkor 4. SoS-rapport 2000:3.
61. Taloyan M, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist J, Kocturk TO. Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden. *Transcultural Psychiatry*. 2006 Sep;43(3):445–61.
62. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*. 2006 Aug;35(4):888–901.
63. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry*. 2005 Jan;162(1):12–24.
64. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry*. 2003 Jan;182:71–6.
65. Karlsen S, Nazroo JY, McKenzie K, Bhui K, Weich S. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological medicine*. 2005 Dec;35(12):1795–803.
66. Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Ethnicity, socio-economic status and self-harm in Swedish youth: a national cohort study. *Psychological medicine*. e-publ, 2008 Mar.
67. Hjern A, Bremberg S. Social aetiology of violent deaths in Swedish children and youth. *Journal of epidemiology and community health*. 2002 Sep;56(9):688–92.
68. Hjern A. *Migration till segregation: en folkhälso-rapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Huddinge: Centrum för barn- & ungdomshälsa, Stockholms läns landsting; 1998.
69. Sangfelt P, Reichard O, Lidman K, von Sydow M, Forsgren M. Prevention of Hepatitis B by Immunization of the Newborn Infant – a Long-term Follow-up Study in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 1995;27(1):3–7.
70. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*. 2006;16(3):285–9.
71. Hjern A, Jeppsson O. Mental health care for refugee children in exile. I: Ingleby D, red. *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. New York: Springer; 2005. s. 115–28. International and Cultural Psychology Series.
72. Ekblad S, (red). Tema: Hälsofrämjande introduktion av flyktingar och andra invandrare – teori, FoU och implikationer. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2003(1):8–81.

Allergiska sjukdomar

Sammanfattning

Astma, hösnuva och eksem har blivit ett folkhälsoproblem efter en påtaglig ökning under andra halvan av 1900-talet. Ökningen av allergi och astma verkar nu ha stannat upp, åtminstone bland barn. Före puberteten är astma och hösnuva vanligast bland pojkar men förhållandet är motsatt efter puberteten. Allergiska sjukdomar och framför allt hösnuva var på 1800-talet främst en överklassjukdom. Det gäller inte längre. Astma är idag vanligast och symtomen svårast i lägre socialgrupper. En viktig anledning är att rökning idag är vanligare i lägre socialgrupper. Bakgrunden till ökningen av astma och allergi är fortfarande inte klarlagd men verkar ha samband med förändrad kontakt med mikrober¹, framför allt bakterier och parasiter, tidigt i livet. Olika kostfaktorer kan också ha betydelse.

Det är viktigt att skilja mellan faktorer som bidrar till att sjukdomen uppkommer och faktorer som bidrar till ökade besvär. Luftföroreningar, pollen och pälsdjur bidrar till förvärrade besvär hos personer med astma och allergi men leder endast i begränsad utsträckning till utveckling av sjukdom hos dem som är friska. De samhällsekonomiska kostnaderna för exempelvis luftföroreningar kan ändå bli betydande, eftersom en stor del av befolkningen är exponerad och astma och allergi är vanligt förekommande. Andra faktorer, som exempelvis tobaksrök, kan bidra både till uppkomst av astma hos dem som är friska och ökade besvär hos dem som är sjuka.

Astma och allergiska sjukdomar i olika åldrar

Astma och astmaliknande luftrörsbesvär är vanliga hos de allra minsta barnen. En del undersökningar anger att upp till 20 procent av alla barn kan ha sådana besvär. Astma- och astmaliknande luftrörsbesvär är den vanligaste orsaken till sjukhusvård under de två första levnadsåren [1]. Symtomen är som regel utlösta av virusinfektioner och har inget samband med allergi. De flesta blir besvärsfria före skolstarten. I skollåldern har 5–10 procent av barnen astma [2] och flertalet av dem är också allergiska. Astma och allergiska sjukdomar är den vanligaste kroniska sjukdomen under uppväxtåren. Tillgång till

¹ Alger, bakterier, mögel, jästsvampar och virus, går under samlingsnamnet mikroorganismer eller mikrober

bra behandling har gjort att vård på sjukhus idag är ovanlig bland skolbarn och vuxna med astma.

Astma och allergi är separata sjukdomar men allergi är en vanlig orsak till astma. Förekomsten av astma bland vuxna är 6–7 procent och allergi bidrar till 30–50 procent av all astma hos vuxna [3, 4]. För åldersgruppen 25–56 år är den samhällsekonomiska kostnaden för astma ungefär 3,7 miljarder kronor per år. För hela befolkningen har kostnaden uppskattats till ungefär det dubbla [5, 6].

Allergiska näs- och ögonbesvär kan debutera under förskoleåldern men blir allt vanligare från och med skolstarten. De vanligaste orsakerna är pollen och pälsdjur. I åldersgruppen 25–45 år angav nästan en tredjedel att de hade allergiska besvär från näsa och ögon i en riksrepresentativ intervjuundersökning år 2004/2005, ULF-undersökningen. De samhällsekonomiska kostnaderna för allergiska näs- och ögonbesvär har beräknats till mellan 368 och 1 055 miljoner kronor [5].

Man har uppskattat att ungefär 20 procent av alla barn har haft eksem under längre eller kortare tid någon gång under förskoleåldern. Eksem är vanligast hos små barn, 80 procent av alla barn-eksem debuterar före fem års ålder. Eksem i barn- domen innebär ökad risk för yrkesrelaterat hand-eksem i vuxen ålder [7]. De totala kostnaderna för eksem, för alla åldersgrupper, ligger någonstans mellan 282 och 2 678 miljoner kronor per år [5].

Har ökningen av de allergiska sjukdomarna avstannat?

Folkhälsorapporten 2005 beskrev den snabba ökningen av astma, allergiska näs- och ögonbesvär och eksem under andra halvan av 1900-talet. Förekomsten av allergiska sjukdomar bland

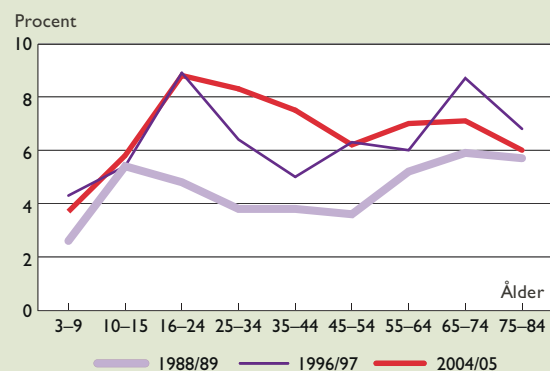
svenska värnpliktiga tredubblades på mindre än 30 år. En likartad utveckling har beskrivits i många andra höginkomstländer [8–10] och har kopplats till ökad levnadsstandard, urbanisering och en västerländsk livsstil. Ökad kännedom om allergier i befolkningen kan leda till att allt fler rapporterar symtom. I flera studier har emellertid ökningen verifierats med objektiva tester vilket starkt talar för att ökningen varit reell [11–14].

Under 2000-talet har det kommit rapporter som tyder på att ökningen av astma och andra allergiska sjukdomar har börjat plana ut i Storbritannien, Irland, Nya Zeeland och Australien [15–18]. I dessa länder finns sannolikt en miljö som gynnar uppkomsten av allergier, och allergiska besvär är därför vanliga. Den troliga förklaringen till att allergiska sjukdomar inte längre ökar i dessa länder är att man nu nått en så hög nivå av allergiska sjukdomar i befolkningen, att så gott som samtliga med ärftlig benägenhet för astma eller allergi utvecklar sjukdomen. Vi vet däremot inte vilka faktorer i miljön som varit särskilt viktiga och bidragit till den höga förekomsten av allergi och astma i dessa länder.

Även i Sverige finns det tecken på att ökningen av allergiska sjukdomar har avstannat. Senaste ULF-undersökningen från 2004–2005 visar att i åldrarna under 25 år ökar inte längre andelen som rapporterar allergisk astma (figur 1). Ökningen fortsätter däremot i åldrarna 25–44 år.

Figur 1. Astma vid kontakt med pollen eller pälsdjur

Andel (procent) som rapporterar astma vid kontakt med pollen eller pälsdjur i olika åldersgrupper 3 till 84 år, år 1988/89, 1996/97 och 2004/05



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

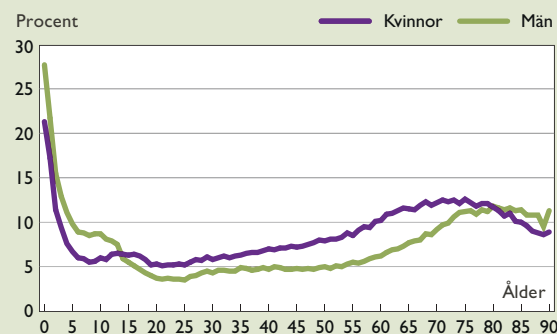
Sociala skillnader och könsskillnader i astma och allergi

Hos barn fram till förpuberteten har astma och allergiska näs- och ögonbesvär i flertalet studier varit vanligare hos pojkar. I åldrarna därefter är dessa besvär vanligare hos kvinnor. Astma är också vanligare bland pojkar fram till tonåren och vanligare bland kvinnor i åldrarna därefter, vilket avspeglas i figur 2 som visar hur vanligt det är att behandlas med läkemedel mot astma. Orsakerna till könsskillnaderna är fortfarande inte helt klarlagda. Pojkar föds med relativt sett trängre luftrör i förhållande till lungvolymen än flickor och det kan bidra till den ökade risken för astmasymtom hos pojkar. Hormonella faktorer bidrar till att astma och hösnuva blir vanligare hos flickor i och med puberteten. Många kvinnor noterar försämring av astma premenstruellt liksom under ägglossningen. Testosteron och östrogen har sinsemellan olika effekter på inflammation och immunsvaret [19].

Allergiska näs- och ögonbesvär s.k. hösnuva beskrevs på 1800-talet som en sjukdom som främst drabbade välbärgade familjer i städerna. Ökningen av allergiska näs- och ögonbesvär har varit parallell med den allmänna välfärdsutvecklingen. Hösnuva har även under 1900-talet varit vanligare bland högt utbildade och i högre socialgrupper, medan ett motsatt förhållande gäller för flertalet andra sjukdomar. Svenska värnpliktsdata tyder på att sociala skillnader i förekomsten av allergiska näs- och ögonbesvär successivt har minskat i Sverige [20]. En liknande social utjämning har också beskrivits från England [21]. Det här kan tyda på att högre socialgrupper lämnat livsstilar som gynnat uppkomst av allergi. I stället har sådana livsstilar övertagits av lägre socialgrupper. I USA talar man idag om en epidemi av astma bland barn i storstädernas slumområden. Den stora svenska BAMSE-studien i Stockholm visade att astma och födoämnesallergi vid 4 år var vanligare bland barn till föräldrar i lägre socialgrupper [22].

Figur 2. Astmamedicin

Andel (procent) personer i olika åldrar som hämtat ut minst ett recept med medicin mot astma. Kvinnor och män, år 2006



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Icke-allergisk astma har länge varit vanligare i lägre socialgrupper. Nyinsjuknande är vanligare [23] och symtomen svårare [24] hos personer från lägre socialgrupper. Bland svenska värnpliktiga har sociala skillnaderna i astmafrekvens ökat under andra halvan av 1900-talet, dvs. ökningen av astma har varit större bland värnpliktiga med fäder från lägre samhällsklasser än bland värnpliktiga från högre samhällsklasser [20]. Sociala skillnader i rök- och kostvanor kan vara betydelsefulla. Tobaksrök bidrar både till utveckling av astma och förvärrade symtom hos dem som redan har astma. Rökvanorna i befolkningen förändrades under 1900-talet. Den största andelen rökare finns idag bland lågutbildade kvinnor med barn. Intresset för kostens betydelse för astma och allergi har ökat under senare år. Ökad risk för astma och allergi har bland annat kopplats till ett lågt intag av fet fisk, frukt och vissa vitaminer (främst D och E) [25, 26].

Riskfaktorer för allergiska sjukdomar

Övervikt vanligare vid astma

Astma är vanligare hos överviktiga och feta personer. Astma kan vara ett hinder för fysisk aktivitet och därigenom öka risken för övervikt. Emellertid är det vanligare att övervikt redan finns hos den som utvecklar astma. Orsakerna till att överviktiga oftare drabbas av astma är inte klarlagda [27]. Övervikt medför däremot inte någon ökad risk för hösnuva [28, 29]. Ökad förekomst av övervikt och fetma bidrar endast till en liten del av den stora ökningen av astma i befolkningen.

Luftföroreningar och klimatförändring påverkar

Den ökade förekomsten av allergi och astma har varit parallell med den kraftiga ökningen av antalet bilar och de luftföroreningar som dessa orsakar. Det fanns 1950 250 000 personbilar i Sverige. År 2006 hade antalet stigit till över 4 miljoner [30]. På senare år har flera studier visat samband mellan exponering för bilavgaser och utveckling av astma och allergi [31–33]. Känsligheten för luftföroreningar kan påverkas av genetiska faktorer [32, 33]. Luftföroreningarnas betydelse för den ökade förekomsten av astma är emellertid fortfarande oklart. Däremot finns det övertygande belegg baserat på samstämmiga resultat från en lång rad studier att luftföroreningar bidrar till ökade besvär hos personer som redan har astma. Höjda halter av luftföroreningar kan kopplas till bland annat akutbesök, sjukhusvård, ökade symtom och reducerad lungfunktion [34]. Partiklar är den luftförorening som bedöms medföra störst hälsoproblem i svenska tätorter. Det har inte gått att fastställa någon lägsta nivå där hälsoeffekter börjar uppstå. Experimentella studier tyder på att fina partiklar i dieselavgaser är särskilt skadliga. Andra studier visar att medelstora partiklar från exempelvis vägdamm kan ha stor betydelse genom att bidra till försämringar av astma och luftvägsbesvär [35]. Små barn antas vara mer utsatta för skadliga effekter av luftföroreningar än vuxna. I förhållande till sin vikt andas barn mer än vuxna, vilket gör att de tar upp mer eventuellt giftiga ämnen per kilo kroppsvikt. Det nyfödda barnet har också ett omoget immunsystem och lungorna är fortfarande inte färdigutvecklade. Antalet lungalveoler tiodubblas under de första levnadsåren.

Den globala temperaturen stiger och detta har accelererat under de senaste årtiondena. Ett varmare klimat medför att lövsprickningen sker tidigare [36] men kan också få mer oförutsägbara effekter när nya allergiframkallande växter kan komma att etableras i Sverige. Högre temperatur och luftfuktighet kan också förväntas gynna spridning av kvalster till norra Sverige, där kvalsterallergi idag är ovanligt.

Tobaksrök en viktig orsak till besvär

Att röka innebär en ökad risk för astma [37]. Tobaksrök kan bidra både till uppkomst av astma hos dem som är friska och ökade besvär hos personer med astma. Allt färre utsätts för tobaksrök vilket minskar risken för astma både bland barn och vuxna [38, 39]. Rökning under graviditet påverkar fostrets lungtillväxt och kan påverka lungfunktionen hos barnet långt fram i livet [40]. Rökning under graviditet ökar benägenheten för virusutlöst luftrörskatarr och astma under småbarnsåren men även senare under uppväxten [41]. Rökning under graviditet kan också ha effekter som går över generationer. En uppmärksam amerikansk studie häromåret tydde på en ökad risk för astma bland barn till icke-rökande mödrar, som exponerats för tobaksrök under sitt fosterliv [42]. Den svenska BAMSE-studien visade nyligen också ett samband mellan exponering för tobaksrök och allergi mot inomhusallergen vid fyra års ålder [43]. Flertalet andra studier tyder annars på att tobaksrök inte påverkar uppkomsten av höstnuva eller utveckling av antikroppar (IgE) mot allergiframkallande ämnen [44, 45].

Andra faktorer i inomhusmiljön

Både barn och vuxna tillbringar större delen av tiden inomhus. Tobaksrök är antagligen den vik-

tigaste föroreningen i inomhusluft men många andra faktorer i inneluften påverkar vår hälsa. Det finns ett klart samband mellan fuktskador inomhus och symtom från luftvägarna men orsaks-sambanden är långt ifrån klarlagda. En sammanställning nyligen visade att fuktskador inomhus innebar en riskökning på 30–50 procent för olika typer av luftvägsbesvär [46].

Kan paracetamol öka risken för astma?

Paracetamol kan minska nivåerna av glutathion i luftvägsslemhinnan. Glutathion ingår i kroppens antioxidationsförsvar. Inflammatoriska förändringar i luftvägarna till följd av oxidativ stress är en viktig komponent vid astma. Flera välgjorda studier har visat ett samband mellan intag av paracetamol och förekomst av småbarnsastma. Riskökningen är relativt liten men kan ändå ha betydelse eftersom många barn får paracetamol vid feber eller värk. En ökad användning av paracetamol kan också vara en följd av barnets astma. Interventionsstudier är nödvändiga för att klarlägga om det finns ett orsakssamband [47].

Leder förändrad kontakt med mikrober till att allergisjukdomarna ökar?

Människan lever i nära kontakt med mängder av mikrober. En del av dessa är sjukdomsframkallande och leder till infektioner. Andra mikrober är godartade och lever i symbios med människan. Mikrober, både godartade och sjukdomsframkallande, har stor betydelse för immunsystemets utveckling. Förbättrad livsmedels-hantering, tillgång till rent vatten och en allmänt ökad levnadsstandard ledde till att människors kontakt med mikrober av olika slag förändrades påtagligt under 1900-talet. Många allvarliga infektionssjukdomar har blivit ovanliga i Sverige

men i stället har astma och allergier, liksom autoimmuna² sjukdomar som exempelvis typ 1 diabetes, kronisk inflammatorisk tarmsjukdom och multipel skleros, blivit vanligare [48]. Detta har lett fram till hypotesen att förändrad kontakt med mikrober bidragit till en ökad förekomst både av autoimmuna sjukdomar och av astma och allergi [49]

I tarmen finns 70–80 procent av kroppens immunsystem. Det nyfödda barnet har en steril tarm som snabbt koloniserar med bakterier. Tarmens kontakt med bakterier är en förutsättning för utmognaden av immunsystemet [50]. Bakterieflorens sammansättning tidigt i livet påverkar immunsvaret, vilket i sin tur har betydelse för utveckling av allergisk sjukdom [51]. Bakterieinnehållet i tarmen påverkas av bland annat levnadsstandard, förlösningrutiner, kost och antibiotika-användning. Tarmfloran hos svenska spädbarn har förändrats avsevärt bara under de senaste 30 åren [52]. Flera studier från olika länder har visat att det finns skillnader i bakterieflorea mellan allergiska och icke-allergiska barn [51, 53].

Uppväxt på bondgård med kreatur innebär ökad kontakt med många olika typer av mikrober. Att dricka opastöriserad mjölk och ha nära kontakt med kor minskar risken för allergisk sjukdom ända upp i vuxen ålder [54, 55]. Den skyddande effekten är störst hos barn som mycket tidigt i livet har kontakt med kor och/eller opastöriserad mjölk, där båda faktorerna har betydelse. Sådan uppväxt verkar dessutom ha en viss skyddande effekt gentemot inflammatorisk tarmsjukdom [56].

² En autoimmun sjukdom är en sjukdom som orsakas av att kroppens immunförsvar felaktigt reagerar mot substanser som hör hemma i kroppen. Det kan yttra sig på många olika sätt, beroende på vilken substans det är immunförsvaret reagerar på.

Det är dock viktigt att framhålla, att pastörisering av mjölk inneburit ett viktigt skydd mot listeria, EHEC, salmonella och andra allvarliga infektioner, som annars kan spridas med mjölk.

Som skydd mot allergi verkar långvarig kontakt med olika mikrober ha större betydelse än enskilda infektioner som t.ex. mässling eller tuberkulos [57]. Luftvägsinfektioner tidigt i livet snarast ökar risken för astma långt senare [58]. Det finns inte heller något vetenskapligt stöd för att vaccinationer skulle bidra till allergiökningen [59].

Förebyggande åtgärder kräver mer kunskap om orsaker

Åtgärder för att uppnå rökfria inomhusmiljöer och rökfria graviditeter har stor betydelse för att minska förekomsten av astma. Ökad amning skulle minska benägenheten för virusutlösta astmabesvär under de tidiga småbarnsåren. Andra åtgärder är effektivare avgasrening och mindre biltrafik som skulle leda till mindre besvär hos individer med astma. Latexfri operationsmiljö, tydlig innehållsdeklaration på livsmedel och kvalitetssäkrad mathantering i förskola och skola kan minska risken för akuta, allvarliga och kanske livshotande allergiska reaktioner. Därutöver är det svårt att ge förebyggande råd, eftersom orsakerna till ökningen av allergier till en stor del inte alls är klarlagda.

Allergiförebyggande råd på landets barnavårdscentraler har stor genomslagskraft men har inte alltid varit förankrade i forskning. Ett vanligt råd har varit att uppskjuta introduktionen av fasta födoämnen till senare delen av spädbarnsåret i syfte att förebygga framtida allergi mot födoämnet. Det finns dock inget vetenskapligt underlag för detta [60]. Nya studier tyder i stället på att

fiskkonsumtion under barnets första levnadsår [61] och redan under graviditeten [61–63] skulle kunna skydda mot allergisk sjukdom under småbarnsåren. Det finns också vissa belägg för att tidig kontakt med pälsallergen, som att ha djur i hemmet under uppväxtåren, skulle kunna bidra till tolerans och skydda mot uppkomsten av djurallergi [64]. Men om man redan har utvecklat astma och pälsdjurallergi så är pälsdjur i hemmet en viktig orsak till besvär och till och med indirekt kontakt med pälsdjur via skolkamrater leder till att elever får mer astmabesvär i samband med skolstart [65].

Nickelallergi orsakas av kontaktallergi och skiljer sig från luftvägsallergi och andra former av eksem. Nickeldirektivet från 2001 kommer förhoppningsvis att minska förekomsten av nickelallergi. Direktivet innebär bland annat förbud mot nickel i produkter som används i samband med håltagning eller som under lång tid är i direktkontakt med huden.

Referenser:

1. Björ O, Bråbäck L. A retrospective population based trend analysis on hospital admissions for lower respiratory illness among Swedish children from 1987 to 2000. *BMC Public Health*. 2003 Jul 11;3:22.
2. Bjerg-Backlund A, Perzanowski MS, Platts-Mills T, Sandström T, Lundbäck B, Rönmark E. Asthma during the primary school ages – prevalence, remission and the impact of allergic sensitization. *Allergy*. 2006 May;61(5):549–55.
3. Arbes SJ, Jr., Gergen PJ, Vaughn B, Zeldin DC. Asthma cases attributable to atopy: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007 Nov;120(5):1139–45.
4. Sunyer J, Jarvis D, Pekkanen J, Chinn S, Janson C, Leynaert B, et al. Geographic variations in the effect of atopy on asthma in the European Community Respiratory Health Study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2004 Nov;114(5):1033–9.
5. Jansson SA, Arnlinde MH, Dahlén SE, Lundbäck B. Okänt hur mycket astma och allergier kostar samhället. *Läkartidningen*. 2007 Sep 26–Oct 2;104(39):2792–6.
6. Jansson SA, Rönmark E, Forsberg B, Löfgren C, Lindberg A, Lundbäck B. The economic consequences of asthma among adults in Sweden. *Respiratory Medicine*. 2007 Nov;101(11):2263–70.
7. Nyrén M, Lindberg M, Stenberg B, Svensson M, Svensson A, Meding B. Influence of childhood atopic dermatitis on future worklife. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2005 Dec;31(6):474–8.
8. Haahtela T, Lindholm H, Björkstén F, Koskenvuo K, Laitinen LA. Prevalence of asthma in Finnish young men. *British Medical Journal*. 1990 Aug 4;301(6746):266–8.
9. Ninan TK, Russell G. Respiratory symptoms and atopy in Aberdeen schoolchildren: evidence from two surveys 25 years apart. *British Medical Journal*. 1992 Apr 4;304(6831):873–5.
10. Woolcock AJ, Bastiampillai SA, Marks GB, Keena VA. The burden of asthma in Australia. *Medical Journal of Australia*. 2001 Aug 6;175(3):141–5.
11. Broadfield E, McKeever TM, Scrivener S, Venn A, Lewis SA, Britton J. Increase in the prevalence of allergen skin sensitization in successive birth cohorts. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2002 Jun;109(6):969–74.
12. Burr ML, Wat D, Evans C, Dunstan FD, Doull IJ. Asthma prevalence in 1973, 1988 and 2003. *Thorax*. 2006 Apr;61(4):296–9.

13. Krause T, Koch A, Friberg J, Poulsen LK, Kristensen B, Melbye M. Frequency of atopy in the Arctic in 1987 and 1998. *Lancet*. 2002 Aug 31;360(9334):691–2.
14. Linneberg A, Gislum M, Johansen N, Husemoen LL, Jorgensen T. Temporal trends of aeroallergen sensitization over twenty five years. *Clinical & Experimental Allergy*. 2007 Aug;37(8):1137–42.
15. Anderson HR, Gupta R, Strachan DP, Limb ES. 50 years of asthma: UK trends from 1955 to 2004. *Thorax*. 2007 Jan;62(1):85–90.
16. Braun-Fahrlander C, Gassner M, Grize L, Takken-Sahli K, Neu U, Stricker T, et al. No further increase in asthma, hay fever and atopic sensitisation in adolescents living in Switzerland. *European Respiratory Journal*. 2004 Mar;23(3):407–13.
17. Gupta R, Sheikh A, Strachan DP, Anderson HR. Time trends in allergic disorders in the UK. *Thorax*. 2007 Jan;62(1):91–6.
18. Robertson CF, Roberts MF, Kappers JH. Asthma prevalence in Melbourne schoolchildren: have we reached the peak? *Medical Journal of Australia*. 2004 Mar 15;180(6):273–6.
19. Osman M. Therapeutic implications of sex differences in asthma and atopy. *Archives of Disease in Childhood*. 2003 Jul;88(7):587–90.
20. Bråbäck L, Hjern A, Rasmussen F. Social class in asthma and allergic rhinitis: a national cohort study over three decades. *European Respiratory Journal*. 2005 Dec;26(6):1064–8.
21. Butland BK, Strachan DP, Lewis S, Bynner J, Butler N, Britton J. Investigation into the increase in hay fever and eczema at age 16 observed between the 1958 and 1970 British birth cohorts. *British Medical Journal*. 1997 Sep 20;315(7110):717–21.
22. Almqvist C, Pershagen G, Wickman M. Low socioeconomic status as a risk factor for asthma, rhinitis and sensitization at 4 years in a birth cohort. *Clinical & Experimental Allergy*. 2005 May;35(5):612–8.
23. Hedlund U, Eriksson K, Rönmark E. Socio-economic status is related to incidence of asthma and respiratory symptoms in adults. *European Respiratory Journal*. 2006 Aug;28(2):303–10.
24. Mielck A, Reitmeir P, Wjst M. Severity of childhood asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*. 1996 Apr;25(2):388–93.
25. Devereux G, Seaton A. Diet as a risk factor for atopy and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2005 Jun;115(6):1109–17; quiz 18.
26. Litonjua AA, Weiss ST. Is vitamin D deficiency to blame for the asthma epidemic? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007 Nov;120(5):1031–5.
27. Beuther DA, Weiss ST, Sutherland ER. Obesity and asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2006 Jul 15;174(2):112–9.
28. Bråbäck L, Hjern A, Rasmussen F. Body mass index, asthma and allergic rhinoconjunctivitis in Swedish conscripts – a national cohort study over three decades. *Respiratory Medicine*. 2005 Aug;99(8):1010–4.
29. Chinn S. Concurrent trends in asthma and obesity. *Thorax*. 2005 Jan;60(1):3–4.
30. Statistiska centralbyrån. *Transporter och kommunikationer / Fordonsstatistik / Statistikdatabasen / Fordon enligt bilregistret efter fordonsslag och bestånd. Månad 1975M01–2008M10* [Databas på Internet]. 2008 [citerad 2008-11-03]. Tillgänglig från: http://www.scb.se/templates/Product___10506.asp.
31. Brauer M, Hoek G, Smit HA, de Jongste JC, Gerhartsen J, Postma DS, et al. Air pollution and development of asthma, allergy and infections in a birth cohort. *European Respiratory Journal*. 2007 May;29(5):879–88.

32. Melen E, Nyberg F, Lindgren CM, Berglind N, Zucchelli M, Nordling E, et al. Interactions between glutathione S-transferase P1, tumor necrosis factor, and traffic-related air pollution for development of childhood allergic disease. *Environ Health Perspect.* 2008 Aug;116(8):1077–84.
33. Salam MT, Islam T, Gilliland FD. Recent evidence for adverse effects of residential proximity to traffic sources on asthma. *Curr Opin Pulm Med.* 2008 Jan;14(1):3–8.
34. Brims F, Chauhan AJ. Air quality, tobacco smoke, urban crowding and day care: modern menaces and their effects on health. *The Pediatric Infectious Disease Journal.* 2005 Nov;24(11 Suppl):S152–6, discussion S6–7.
35. Brunekreef B, Forsberg B. Epidemiological evidence of effects of coarse airborne particles on health. *Eur Respir J.* 2005 Aug;26(2):309–18.
36. Rasmussen A. The effects of climate change on the birch pollen season in Denmark. *Aerobiologia.* 2002;18:253–65.
37. Eder W, Ege MJ, von Mutius E. The asthma epidemic. *New England Journal of Medicine.* 2006 Nov 23;355(21):2226–35.
38. Jaakkola JJ, Gissler M. Maternal smoking in pregnancy, fetal development, and childhood asthma. *American Journal of Public Health.* 2004 Jan;94(1):136–40.
39. Jaakkola MS, Jaakkola JJ. Impact of smoke-free workplace legislation on exposures and health: possibilities for prevention. *European Respiratory Journal.* 2006 Aug;28(2):397–408.
40. Silverman M, Kuehni CE. Early lung development and COPD. *Lancet.* 2007 Sep 1;370(9589):717–9.
41. Goksor E, Amark M, Alm B, Gustafsson PM, Wennergren G. Asthma symptoms in early childhood – what happens then? *Acta Paediatrica.* 2006 Apr;95(4):471–8.
42. Li YF, Langholz B, Salam MT, Gilliland FD. Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. *Chest.* 2005 Apr;127(4):1232–41.
43. Lannerö E, Wickman M, van Hage M, Bergström A, Pershagen G, Nordvall L. Exposure to environmental tobacco smoke and sensitisation in children. *Thorax.* 2007:[publicerad on-line Dec 18].
44. Hjern A, Hedberg A, Haglund B, Rosén M. Does tobacco smoke prevent atopic disorders? A study of two generations of Swedish residents. *Clinical & Experimental Allergy.* 2001 Jun;31(6):908–14.
45. Magnusson LL, Olesen AB, Wennborg H, Olsen J. Wheezing, asthma, hayfever, and atopic eczema in childhood following exposure to tobacco smoke in fetal life. *Clinical & Experimental Allergy.* 2005 Dec;35(12):1550–6.
46. Fisk WJ, Lei-Gomez Q, Mendell MJ. Meta-analyses of the associations of respiratory health effects with dampness and mold in homes. *International Journal of Indoor Environment and Health.* 2007 Aug;17(4):284–96.
47. Wennergren G, Hedlin G. Paracetamol och astma hos barn – ett möjligt samband oroar. *Läkartidningen.* 2008;105(45):3188.
48. Bach JF. The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases. *New England Journal of Medicine.* 2002 Sep 19;347(12):911–20.
49. Bloomfield SF, Stanwell-Smith R, Crevel RW, Pickup J. Too clean, or not too clean: the hygiene hypothesis and home hygiene. *Clinical & Experimental Allergy.* 2006 Apr;36(4):402–25.
50. Bengmark S. Den bioekologiska medicinen har kommit för att stanna. *Läkartidningen.* 2006 Feb 1–7;103(5):293–7.
51. Björkstén B. The gut microbiota: a complex ecosystem. *Clinical & Experimental Allergy.* 2006 Oct;36(10):1215–7.

52. Adlerberth I, Lindberg E, Åberg N, Hesselmar B, Saalman R, Strannegard IL, et al. Reduced enterobacterial and increased staphylococcal colonization of the infantile bowel: an effect of hygienic life-style? *Pediatric Research*. 2006 Jan;59(1):96–101.
53. Penders J, Stobberingh EE, van den Brandt PA, Thijs C. The role of the intestinal microbiota in the development of atopic disorders. *Allergy*. 2007 Nov;62(11):1223–36.
54. Naleway AL. Asthma and atopy in rural children: is farming protective? *Clinical Medicine & Research*. 2004 Feb;2(1):5–12.
55. von Mutius E. Asthma and allergies in rural areas of Europe. *Proceedings of the American Thoracic Society* 2007 Jul;4(3):212–6.
56. Radon K, Windstetter D, Poluda AL, Mueller B, von Mutius E, Koletzko S. Contact with farm animals in early life and juvenile inflammatory bowel disease: a case-control study. *Pediatrics*. 2007 Aug;120(2):354–61.
57. Benn CS, Melbye M, Wohlfahrt J, Björkstén B, Aaby P. Cohort study of sibling effect, infectious diseases, and risk of atopic dermatitis during first 18 months of life. *British Medical Journal*. 2004 May 22;328(7450):1223.
58. Nafstad P, Brunekreef B, Skrondal A, Nystad W. Early respiratory infections, asthma, and allergy: 10-year follow-up of the Oslo Birth Cohort. *Pediatrics*. 2005 Aug;116(2):e255–62.
59. Rottem M, Shoenfeld Y. Vaccination and allergy. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. 2004 Jun;12(3):223–31.
60. Höst A, Koletzko B, Dreborg S, Muraro A, Wahn U, Aggett P, et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Archives of Disease in Childhood*. 1999 Jul;81(1):80–4.
61. Kull I, Bergström A, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Fish consumption during the first year of life and development of allergic diseases during childhood. *Allergy*. 2006 Aug;61(8):1009–15.
62. Romieu I, Torrent M, Garcia-Esteban R, Ferrer C, Ribas-Fito N, Anto JM, et al. Maternal fish intake during pregnancy and atopy and asthma in infancy. *Clinical & Experimental Allergy*. 2007 Apr;37(4):518–25.
63. Willers S, Devereux G, Craig L, McNeill G, Wijga A, Abou El-Magd W, et al. Maternal food consumption during pregnancy and asthma, respiratory and atopic symptoms in 5-year-old children. *Thorax*. 2007:[publicerad on-line Mar 27].
64. Perzanowski MS, Rönmark E, Platts-Mills TA, Lundbäck B. Effect of cat and dog ownership on sensitization and development of asthma among preteenage children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002 Sep 1;166(5):696–702.
65. Almqvist C, Wickman M, Perfetti L, Berglind N, Renström A, Hedren M, et al. Worsening of asthma in children allergic to cats, after indirect exposure to cat at school. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2001 Mar;163(3 Pt 1):694–8

Infektioner

Sammanfattning

Historiskt sett var smittsamma sjukdomar de största hoten mot folkhälsan i både krigs- och fredstid. Dessa utgör fortfarande de vanligaste dödsorsakerna i fattiga länder. Trots att de flesta EU-länder har hög levnadsstandard, väl fungerande hygien och allmänna barnvaccinationsprogram finns det flera skäl att fortfarande betrakta smittsamma sjukdomar som potentiella hot mot folkhälsan. De framgångar vi hittills har uppnått i smittskyddsarbete genom vaccinationer, sanitetsförbättringar, livsmedelskontroll och olika hygienregler måste ständigt upprätthållas och anpassas. Smittspridning förändras också med förändrade levnadsvanor. Vi reser mer än tidigare och människor från alla delar av världen kommer hit. Våra sexualvanor har förändrats på ett sätt som har lett till ökade smittrisker, vilket beskrivs i kapitlet ”Sexuell och reproduktiv hälsa”. Det uppstår också nya, eller tidigare okända, smittsamma sjukdomar. Många smittsamma sjukdomar, som tuberkulos, hiv och hepatit, drabbar i högre grad personer som är socialt utsatta, till exempel missbrukare och hemlösa. Slutligen är också de återkommande influensapandemierna ett skäl att inte avfärda infektionssjukdomarna som ett hot mot folkhälsan.

Hur vanliga är infektionssjukdomar i Sverige?

Luftvägsinfektioner – förkylningar – hör till våra vanligaste infektioner. De påverkar välbefinnandet men leder oftast inte till allvarigare besvär. Det finns ingen säker statistik på hur vanlig sådan vardagssjuklighet är. De kartläggningar som gjorts visar att barn under de fyra första levnadsåren i genomsnitt har sex till åtta luftvägsinfektioner per år. I åldrarna därefter, upp till 19-årsåldern, minskar antalet infektioner till i genomsnitt två till tre per år. Om man blir förälder, ökar antalet infektioner igen [1]. Någon årlig systematisk uppföljning av sjukligheten hos barn i barnomsorgen finns inte i dag. Mindre studier antyder att antalet infektionssjukdomar hos daghemsbarn i dag är på samma nivå som för 20 år sedan [2].

Personer med nedsatt immunförsvar, till exempel på grund av hög ålder eller kroniska sjukdomar, är mer mottagliga för infektioner. Eftersom befolkningens medelålder ökar är det fler som lever med kroniska sjukdomar. De årliga influensa-utbrotten omfattar vanligtvis några procent av befolkningen, men kan under svåra år drabba en större andel. Mellan 100 och 4 000 personer dör varje år i influensa [3]. Det är framförallt äldre människor och personer med kroniska sjukdomar som t.ex. hjärt-kärlsjukdomar och kroniska lungsjukdomar som drabbas värst. Dödligheten kan vissa år uppgå till cirka 45 personer per 100 000, bland äldre än 65 år [4].

Utbrott av mag- tarminfektioner drabbar återkommande stora delar av befolkningen, exempelvis den så kallade vinterkräksjukan, som orsakas av calicivirus, eller salmonella och campylobacter som sprids via livsmedel och vatten [5].

Övriga smittor som förekommer i större antal är till exempel de blodöverförda virussjukdomarna hepatit C och hepatit B, med drygt 2 000 respektive 1 400 anmälda fall per år. De flesta fall av hepatit B utgörs av nyupptäckta kroniska bärare, och de flesta av dem har smittats före ankomsten till Sverige. En del av fallen av både hepatit B och C orsakas av utbrott bland intravenösa missbrukare [6].

Totalt har det anmälts drygt 8 000 fall av hiv, och omkring 4 500 av dem lever i dag. En betydande del av fallen är smittade utomlands. Spridningen av hiv i Sverige befinner sig på en internationellt sett låg nivå men har ökat under 2007, framför allt bland män som har sex med män och bland intravenösa missbrukare, enligt Smittskyddsinstitutets statistik (se kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa).

Antalet personer som drabbas av symptomgivande borreliainfektion, en fästingburen sjukdom, uppskattas till mellan 5 000 och 10 000 personer per år. Infektionen sprids huvudsakligen i södra och mellersta Sverige, men också längs Norrlandskusten [7].

Förekomsten av tuberkulos i Sverige är bland de lägsta i världen. Antalet fall av tuberkulos har dock ökat något det senaste året på grund av ett ökat antal smittade från utlandet [6].

Smittskyddsinstitutet bevakar det epidemiologiska läget när det gäller infektionssjukdomar, speciellt de som omfattas av smittskyddslagen. Den lagstadgade övervakningen av smittsamma sjukdomar regleras i smittskyddslagen, smittskyddsförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter om tillämpningen av smittskyddslagen.

Slarv med handhygien vanlig orsak till infektioner

En god handhygien är grundläggande för att förebygga smittspridning. Flera studier talar för att många inte tvättar sina händer med tvål och vatten före måltider och efter toalettbesök. En god handhygien i samband med matlagning är ännu viktigare i dag eftersom vi importerar allt fler livsmedel från länder där sjukdomsframkallande bakterier, som exempelvis salmonella, är vanligare än i Sverige. Det är generellt viktigt för att motverka vardagssmitta mellan individer och professionellt på vårdinrättningar, restauranger och så vidare där man i sin yrkesroll annars kan fungera som smittbärare.

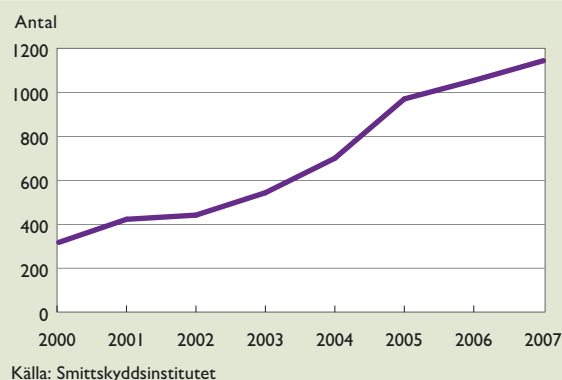
Risken för smittspridning ökar i miljöer där många samlas, som i äldreboenden, förskolor och idrottsanläggningar. Mest infektiösa är patienter på sjukhus och multisjuka äldre inom särskilt boende. Att vårdpersonalen följer grund-

läggande hygienrutiner, som att tvätta händerna, är helt avgörande för att begränsa antalet vårdrelaterade infektioner. Eftersom sådana infektioner inte registreras och rapporteras på nationell nivå finns det ännu ingen samlad bild över hur vanliga de är på svenska institutioner. Däremot vet vi från flera studier att vårdrelaterade infektioner drabbar ungefär 9 procent av alla patienter som vårdas på sjukhus [8]. Hygien kan förbättras även inom den kommunala omsorgen om grundläggande hygienrutiner tillämpas mer konsekvent [9].

Gula stafylokocker är en vanlig orsak till sårinfektioner, till exempel efter operationer. Vissa resistenta stafylokokstammar, meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), har snabbt blivit ett mycket stort vårdhygieniskt problem runt om i världen. I samtliga länder, utom i Norden och Holland, orsakas en stor andel av stafylokokinfektionerna av MRSA. Antalet rapporterade fall av MRSA i Sverige har ökat stadigt sedan sjukdomen blev anmälningspliktig år 2000 (figur 1) [10]. I dag ökar också förekomsten av MRSA i kommunala äldreboenden och hos personer som inte haft någon vårdkontakt. MRSA sprids i betydligt högre grad ute i samhället än inom svensk sjukvård. Den allmänna hygien i befolkningen är därför viktig på mötesplatser som t.ex. omklädningsrum, badhus, förskolor och solarier. MRSA har även påvisats hos sällskapsdjur, och smitta kan ske mellan människor och exempelvis hundar.

Figur 1. MRSA, antal anmälda fall

Antalet anmälda fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA), perioden 2000–2007



MRSA är endast ett exempel på en antibiotika-resistent mikroorganism som orsakar problem. Tarmbakterier som producerar enzymer som bryter ner flera antibiotika, s.k. extended spectrum betalactamases (ESBL) är ett växande antibiotika-resistensproblem inom främst sjukvården men även inom andra vårdformer som t.ex. äldreboenden. Smittan är anmälningspliktig enligt smittskyddsförordningen sedan 1 februari 2007 och antalet anmälda fall första halvåret är betydligt fler än för MRSA.

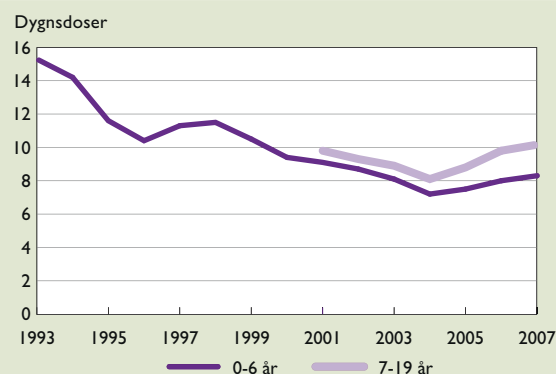
Antibiotikaresistens går att förhindra

För att minska risken för resistensutveckling mot antibiotika, måste den totala antibiotikaanvändningen bland människor och djur minska. Allmänheten har visat sig spela en central roll för att minska onödig antibiotikaanvändning. Under åren 1993–2005 halverades mängden utskriven antibiotika till barn under 6 år i Sverige efter att föräldrar informerats om möjligheterna att utan risk för komplikationer avvakta med behandling

och i flertalet fall avstå från behandling av öroninflammation. Under de senaste åren har dock antibiotika användningen bland barn ökat (figur 2).

Figur 2. Antibiotikaanvändning bland barn

Antal dygnsdoser av antibiotika per 1 000 invånare och år i åldersgrupperna 0–6 år och 7–19 år, perioden 1993–2007



Källa: Apoteket AB och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Upprepade antibiotikakurer ökar även den enskildes risk att bli bärare av resistenta bakterier, exempelvis MRSA [11]. Därför är det viktigt också för den enskilde individen – inte bara för samhället i stort – att sjukvården är restriktiv med att skriva ut antibiotika.

Vaccinationer är en viktig hörnsten i infektionsbekämpningen

Det allmänna barnvaccinationsprogrammet omfattar nästan alla barn som är födda i Sverige. Så snart vaccinationstäckningen sjunker under en viss nivå kan mässling, röda hund och påssjuka, kikhosta och till och med polio åter börja sprida sig. Mässling, som är mycket smittsamt kräver en vaccinationstäckning på cirka 90 procent för att inte börja spridas bland personer utan vaccinationsskydd.

Under senare år har ett stort antal nya vacciner utvecklats. En del är till för att hindra spridning av smitta, andra för att skydda den vaccinerade mot kronisk sjukdom, som t.ex. livmoderhalscancer eller allergier. Exempel på vaccin mot infektioner är vaccin mot vanliga typer av barn-diarré (Rotavirus), moderna vacciner för småbarn mot pneumokocker, vacciner mot allt fler typer av epidemisk hjärnhinneinflammation, och vacciner mot vattkoppor och bältros. En åldrande befolkning och en ökande andel som lever med kroniska sjukdomar medför att fler individer har ett nedsatt infektionsförsvar. Effekten av vaccinationerna är inte livslång. En fortsatt hög vaccinationstäckning i befolkningen är särskilt viktig för att minska risken för smitta bland personer utan eget vaccinationsskydd.

Pandemier förr och nu

En pandemi innebär att en infektionssjukdom sprids över stora delar av världen och drabbar en stor andel av befolkningen i varje land. De pandemier som uppträtt under 1900-talet har främst orsakats av influensavirus, men också spridningen av hiv kan ses som en pandemi, och kolera sprider sig i vågor över världen på ett pandemiskt sätt. Influensapandemier uppträder cirka tre gånger per århundrade vilket lämnat avtryck i befolkningsstatistiken.

De fyra senaste pandemierna är ryska snuvan 1889–1892, spanska sjukan 1918–1920, asiaten 1957–1958 och Hongkonginfluensan 1968–1970. Den andel av befolkningen som insjuknat vid de olika pandemierna har varierat mellan 15 och 80 procent. Spanska sjukan hade den absolut högsta dödligheten av de influensapandemier vi känner till. Fler än 20 miljoner, möjligen upp till 100 mil-

joner människor, dog i spanska sjukan. I Sverige orsakade den 35 000 dödsfall. Hälften av de drabbade var i åldrarna 20–40 år. Det skiljer denna pandemi från andra influensapandemier, där de flesta dödsfallen funnits bland de äldsta och bland de allra yngsta.

Hur en influensapandemi drabbar ett land beror på en mängd faktorer utöver virusets sjukdomsframkallande egenskaper. Samhällets sociala och ekonomiska struktur, förebyggande verksamhet och beredskap för epidemier spelar även stor roll.

Det finns två typer av influensa som drabbar människor regelbundet: typ A och typ B. Det är bara typ A som har stor förmåga att förändra sig och därmed ge upphov till nya pandemier. Förutsättningen för att en influensapandemi ska uppstå är att ett influensa A-virus får nya egenskaper som är okända för människans immunologiska system, och att den kan infektera och spridas via andningsvägarna. När världens befolkning saknar immunitet insjuknar stora delar av befolkningarna och smittan sprids snabbt. Pandemiernas ursprung har ansetts vara tätbefolkade områden där det finns nära kontakter mellan husdjur (höns, ankor, grisar) och människor, vilket är fallet i Asien. Denna närhet mellan människor och olika djur som kan drabbas av liknande virus, gör att nya smittsamma virustyper lättare kan uppkomma. Asiaten- och Hong Kong-pandemierna är resultat av sådana viruskombinationer. En nära kontakt mellan djur och människor har varit ursprunget till många nya sjukdomar med större eller mindre kapacitet att spridas som en pandemi. Ett sentida exempel är SARS (svår akut respiratorisk sjukdom).

Vi är bättre förberedda än förr

Det är svårt att förutse vad som skulle kunna utlösa nästa pandemi, eftersom vi bara har ett fåtal

pandemier som referens. Sedan influensaviruset H5N1, en fågelinfluensa, upptäcktes år 1997 har hotet om en kommande influensapandemi aktualiserats. För närvarande utgör detta virus inget pandemihot eftersom smittan inte sprids mellan människor. En sådan spridning förutsätter att viruset förändrar sina egenskaper, och det har hittills inte inträffat under de tio år som smittan varit känd. Viruset är emellertid starkt sjukdomsframkallande, och bland de individer som haft intensiv kontakt med smittade fåglar, och smittats, har dödligheten varit hög.

Världen är bättre förberedd i dag än vid de senaste pandemierna på 1950- och 1960-talet. Vi har bättre utvecklade samhällsstrukturer med större möjligheter att följa utvecklingen av en pandemi och därmed kunna vidta rätt åtgärder vid rätt tillfälle. Dessutom finns bättre behandlingsmöjligheter inom hälso- och sjukvården i dag. På senare år har smittskyddet utvecklats både globalt och nationellt med en specifik influensaövervakning, influensaberedskap och pandemiplanering. Allt detta ger oss möjligheter att upptäcka en pandemi tidigt och sprida kunskap om den så att alla genomför de mest effektiva åtgärderna vid rätt tillfälle.

Sedan 1940-talet har det funnits möjligheter att producera influensavacciner. De vacciner som används i dag är av samma typ som då, men modernare vacciner är under utveckling. Effektivare produktionsvägar gör att vi kommer att kunna få fram effektiva influensavacciner snabbare än i dag. Det är möjligt att börja distribuera ett nytt vaccin redan några månader efter att en pandemi upptäcks. En pandemi kommer ofta i flera vågor och vaccinationer skyddar åtminstone vid de senare vågorna. Vi har också sett en utveckling av mediciner som motverkar virustill-

växt (antivirala medel) som troligen kommer att kunna lindra sjukdomsförloppet hos dem som drabbas. Dessutom finns effektiva antibiotika mot bakteriella infektioner som kan komma i efterförloppet av influensa.

Sjukvården kan emellertid få svårt att klara av en pandemi. De har redan svårigheter att klara belastningen i icke-pandemiska situationer som vid de årligen återkommande influensaepidemierna. Antalet sängplatser inom vården har generellt minskat kraftigt i Sverige under de senaste decennierna och så även inom infektionssjukvården. I en pandemisk situation är dessutom sjukvårdspersonalen särskilt utsatt för smitta och kan själva insjukna, eller utebli från arbetet på grund av rädsla för smitta. Det skulle belasta sjukvården ytterligare.

I en del avseenden är samhället antagligen mer sårbart i dag än förr. Våra samhällen är mer urbaniserade än tidigare, mer komplicerade än tidigare och vi är i högre grad beroende av samhällets funktioner. Till följd av att vi reser mer i dag är det också sannolikt att en smitta kan spridas fortare än tidigare. Resistensutveckling hos bakterier och virus gentemot antibiotika och antivirala medel är ytterligare negativa faktorer.

Under de senaste åren har vi kommit långt i beredskapsplaneringen inför en ny influensapandemi. Detta arbete har pågått och pågår såväl centralt vid Socialstyrelsen som lokalt vid landets smittskyddsenheter och inom kommuner, landsting och länsstyrelser. Det har skapat en förbättrad beredskap för influensapandemier liksom för smittskyddsarbete och generell planering för utbrott av infektionssjukdomar.

Migration och gränslöshet

Ökat resande till nya länder gör att sjukdomar snabbt kan spridas över världen. Adekvat rådgivning inför resa, samt en väl fungerande sjukvård, som kan identifiera och handlägga smittor och smittrisker hos personer som vistats utomlands, har betydelse för att minimera dessa risker.

Den ökande rörligheten inom EU kan få konsekvenser för smittspridning. Fri rörlighet för sjukvårdspersonal och patienter inom EU kan komma att påverka spridningen av antibiotikaresistenta bakterier som t.ex. MRSA. Husdjur som reser tillsammans med sina ägare inom EU kan sprida zoonoser, dvs. bakterier, parasiter och virus som finns hos djur och som kan smitta människor. Ett exempel är dvärgbandmask (echinocockinfektion), som finns hos hundar och katter från vissa delar av Mellaneuropa, och som hos människor kan ge upphov till cystor i levern. Det finns också tecken på att en ökad handel med livsmedel inneburit att risken för smitta via mat har ökat.

Hantering av internationell smittspridning

Eftersom smittspridning är ett globalt problem har vi ett internationellt ansvar för att inte sprida smittor till andra delar av världen, och att på olika sätt bistå dem som drabbas i andra länder. Detta kräver samordning och kontinuerlig kommunikation med andra länder. Medlemmarna i EU har förbundit sig att meddela varandra och Kommissionen om händelser som innebär risk för smitta över gränserna. Den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC inrättades år 2004 och är stationerad i Solna. Det finns ett motsvarande globalt samarbete inom Världshälsoorganisationen (WHO). Ett reviderat regelverk, det interna-

tionella hälsoreglementet (IHR 2005), trädde i kraft år 2007 och inkluderar nu även hantering av naturkatastrofer, kemiska och radioaktiva händelser utöver utbrott av sjukdomar. Socialstyrelsen är officiell kontaktpunkt för IHR, flera nätverk inom EU och ett stort antal andra myndigheter bland dem. Smittskyddsinstitutet arbetar med sina motsvarigheter i andra EU-länder för att koordinera arbetet med hot mot infektioner.

IHR 2005 är införd i svensk lagstiftning genom en ny lag om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Den nya lagen har ersatt den tidigare lagen om karantän. Syftet är att snabbt kunna hantera och förhindra internationell spridning av smittsamma sjukdomar och andra farliga ämnen som kan innebära ett allvarligt hot mot människors hälsa. Regelverket innehåller därför bland annat bestämmelser om vilken kapacitet som ska finnas vid utsedda karantänshamnar och karantänsflygplatser. Vidare är också myndigheter rapporteringsskyldiga till Socialstyrelsen, och Socialstyrelsen ansvarar för att rapportera vidare till WHO, vid misstanke om allvarliga hot mot människors hälsa.

I Sverige har den Centrala fältepidemiologiska gruppen skapats som en resurs inom Socialstyrelsen. Gruppen ska nationellt bistå och genomföra snabb inledande bedömning av hjälpbehoven för infektionsbekämpning, samt utreda inträffade utbrott av misstänkta infektionssjukdomar i Sverige. Gruppen kan också delta i aktiviteter för epidemibekämpning inom olika internationella organisationer där Sverige är involverade, som till exempel EU, WHO och FN, och stödja svenska organisationer vid internationella uppdrag.

Referenser

1. Monto AS, Sullivan KM. Acute respiratory illness in the community. Frequency of illness and the agents involved. *Epidemiology and Infection*. 1993 Feb;110(1):145–60.
2. Socialstyrelsen. *Smitta i förskolan: kunskapsöversikt med riktlinjer*. Stockholm: under utarbetande.
3. Smittskyddsinstitutet. *Influensarapport: Årsrapport för säsongen 2006/2007*. 2007 [citerad 2008-01-08]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/publikationer/arsrapporter-och-verksamhetsberattelser/smis-arsrapporter-om-influensasasongen/>.
4. Socialstyrelsen. *Dödsorsaker 2004*. Stockholm: 2007. Sveriges officiella statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:1.
5. Livsmedelsverket. *Rapporterade matförgiftningar 2005*. 2006 [citerad 2008-01-07]; Tillgänglig från: http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=2569&epslanguage=SV.
6. Smittskyddsinstitutet. *Epidemiologisk årsrapport 2007*. Stockholm: 2008.
7. Smittskyddsinstitutet. *Epidemiologisk årsrapport 2006*. Stockholm: 2007.
8. Socialstyrelsen. *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: 2006. Underlag från experter.
9. Socialstyrelsen. *Vårdhygien i kommunerna. En enkätundersökning*. 2007. Tillsynsåterföring.
10. Smittskyddsinstitutet. *Sjukdomsinformation om meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*. 2007 [citerad 2008-01-07]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/meticillinresistenta-gula-stafylokocker/>.
11. Schneider-Lindner V, Delaney J, Dial S, Dascal A, Suissa S. Antimicrobial Drugs and Community-acquired Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, United Kingdom. *Emerging Infectious Diseases*. 2007 July 01;13(7):Online.

Tandhälsa

Sammanfattning

Tandhälsan bland barn är god och den fortsätter att förbättras. I dag är majoriteten av alla barn kariesfria, det vill säga de har aldrig haft några hål i sina tänder. Mellan åren 1985 och 2005 tredubblades andelen kariesfria 12-åringar från drygt 20 procent till knappt 60 procent. Bland de barn som har den sämsta tandhälsan har läget dock snarare försämrats under den senaste tioårsperioden.

Bland vuxna har framförallt de äldstas tandhälsa förbättrats påtagligt under senare år. Allt fler har egna tänder som kompletterats med kronor, broar och implantat. Tuggförmågan har blivit allt bättre. När allt fler äldre har egna tänder ökar behovet av munvård för att tandhälsan ska kunna bevaras livet ut.

Bland äldre som har flera olika sjukdomar och bor kvar hemma finns ett tandvårdsbehov som inte är tillräckligt tillgodosett. Många ungdomar som lämnat den avgiftsfria barntandvården söker inte tandvård i förebyggande syfte utan först när de har besvär. Andra som riskerar att få eller redan har sämre tandhälsa är socioekonomiskt svaga grupper, till exempel ensamstående föräldrar, långvarigt arbetslösa och förtidspensionärer. Många hemlösa och psykiskt sjuka har också mycket dålig tandhälsa och nås inte av den uppsökande tandvården.

Fortsatt god tandhälsa bland flertalet unga

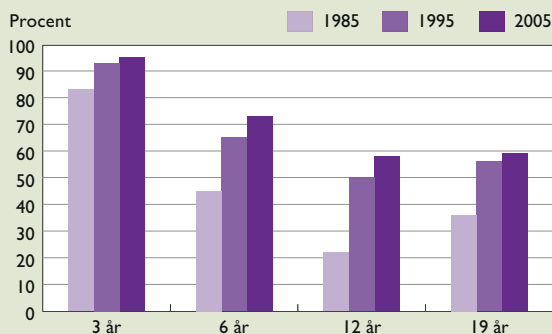
Andelen kariesfria barn har ökat kraftigt mellan åren 1985 och 2005 (figur 1). Ökningen var störst i början av perioden och har sedan successivt avtagit allt eftersom fler blivit kariesfria. År 2005 hade majoriteten av alla barn aldrig haft ett hål. Över 90 procent av 3-åringarna var kariesfria, över 70 procent av 6-åringarna och nästan 60 procent av 12- och 19-åringarna¹. Bland 12-åringarna tredubblades andelen kariesfria under perioden 1985 till 2005.

¹ Kariesförekomst mäts på ett annat sätt för ungdomar än för barn. Därför är siffrorna inte direkt jämförbara. Bland ungdomar inkluderar man även karies på tandytor mellan tänderna som endast upptäcks med röntgen.

Fluortandkrämen anses vara den främsta orsaken till att utbredningen av karies minskat kraftigt sedan slutet av 1960-talet. Fluor både förebygger uppkomsten av karies och leder till att små, initiala kariesangrepp hejdas. Tack vare fluoranvändande och bättre kunskap om kost och munhygien behöver man inte längre ”för säkerhets skull” laga tänderna med fyllningar vid mindre kariesangrepp. Tidigare gjordes fyllningar för att förhindra att små kariesangrepp blev mer omfattande. De som var barn innan fluortandkrämen fanns fick därför många fyllningar under sin skoltid och kallas därför ibland för amalgamgenerationen.

Figur 1. Kariesfria barn

Andel (procent) barn som är fria från karies vid 3, 6, 12 respektive 19 års ålder, år 1985, 1995 och 2005.



Källa: Socialstyrelsen [1]

Ett annat mått på förekomsten av karies är antalet kariesskadade tänder, så kallat DFT, där också lagade tänder räknas med. I genomsnitt hade 12-åringarna 1 skadad tand år 2005 jämfört med 3 skadade tänder år 1985. Bland 19-åringar sjönk DFT från 8 till 3 under samma period. Det är ingen större skillnad mellan flickors och pojkars tandhälsa, varken beträffande antalet kariesfria barn eller det genomsnittliga antalet kariesskadade tänder.

Fakta om karies

Munnen innehåller en rad olika bakterier. De flesta fyller en viktig funktion men vissa kan ställa till skada. Kariesframkallande bakterier är framför allt streptokocker och laktobaciller. När vi äter kolhydrater producerar de skadliga munbakterierna syra som fräter på emaljen. Födointag startar således en syraattack som pågår i ungefär en halvtimme efter att man ätit. Därför bör man undvika småätandet och begränsa intaget till fem-sex gånger om dagen. Om det vi äter innehåller mycket socker blir syraattacken intensivare. Alla sockerfria produkter är inte ofarliga för tänderna. Drycker som sötats med sötningsmedel är ofta lika skadliga för emaljen som drycker som sötats med socker.

Om syran löser upp emaljen bildas ett hål, karies, och syran fräter sig in i det mjukare dentinet. Om hålet inte behandlas kan bakterierna tränga ända in i den innersta delen, pulpan, som då inflammeras, vilket i värsta fall leder till att även käkbenet inflammeras. Eftersom emaljen är mjukare hos unga personer är risken för att få karies som störst före tjugoförårsåldern. Med stigande ålder minskar sedan salivproduktionen vilket gör att risken att få karies också är högre bland de äldsta.

Tandens naturliga försvar är den skyddande emaljen och den rengörande och reparerande saliven. Ju mer saliv man har i munnen desto bättre. Kalcium och fosfat är viktiga ämnen i saliven som hjälper till att reparera tidigare skador. Bikarbonat, som också finns i saliven, bidrar till att minska syrahalten i bakteriebeläggningen på tänderna. Dessutom innehåller saliven antimikrobiella ämnen som försvarar tänderna mot munhålets bakterier.

DFT – D=Decayed står för kariesskadad tand som har angrepp som når in i dentinet, F=Filled för tand med fyllning och T=Teeth för tand.

Implantat – skruvar som opereras in i käkbenet och som konstgjorda tänder kan förankras vid.

Karies – hål i tänderna.

Krona – tandkrona, den synliga emaljklädda delen av tanden. En konstgjord tandkrona är vanligen tillverkad av porslin eller porslinsöverdragen metall.

SiC – signifikant kariesindex som anger medelvärdet av antalet kariesskadade tänder (DFT) hos den tredjedel av befolkningen som har flest kariesskador.

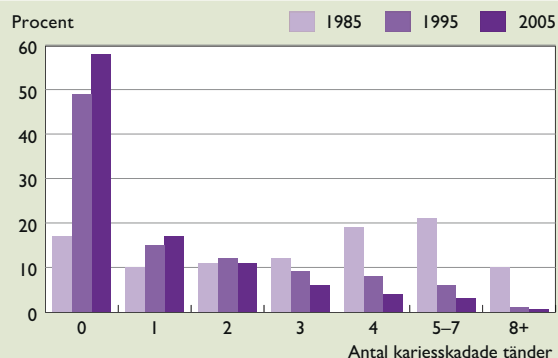
Barn med sämst tandhälsa har mer karies än tidigare

Det är mycket ovanligt att barn och ungdomar har ett stort antal kariesskadade tänder. Andelen som har minst 8 skadade tänder har sjunkit från 10 till 0,6 procent under perioden 1985 till 2005 (figur 2). För att följa utvecklingen hos den grupp som har sämst tandhälsa har ett särskilt mått skapats, signifikant kariesindex (SiC). Det anger medelvärdet av antalet kariesskadade tänder (DFT) hos den tredjedel som har flest kariesskador. Sedan år 1997 har SiC ökat något bland 12-åringar. Det betyder att den tredjedel som hade den sämsta tandhälsan har fått ytterligare försämrad tandhälsa. Tandvården har således inte lyckats minska kariesskadorna hos de barn som har mest karies. [2]

Barn från socioekonomiskt svaga grupper har rapporterats ha sämre tandhälsa än andra barn [2] och det är särskilt påtagligt bland barn med utländskt ursprung [3]. Tandhälsorapport 2006 från Stockholms läns landsting visar också att tandhälsan i samtliga åldersgrupper är sämre i socioekonomiskt svaga områden [4]. Tandhälsan hos barn i storstadsområden är också sämre än i landet i övrigt.

Figur 2. Kariesskadade tänder bland 12-åringar

Andel (procent) 12-åringar fördelade efter antalet kariesskadade tänder (DFT*) åren 1985, 1995 och 2005.



*DFT – kariesskadad tand som har angrepp som når in i dentinet
Källa: Socialstyrelsen [1]

De barn och ungdomar som inte kommer till tandvården för undersökning utgör ett särskilt problem. En studie från Stockholms läns landsting visar att problemet är större i områden där man bedömer att tandvårdsbehovet är stort [5]. Bland samtliga barn och ungdomar var det 8 procent som inte kom till undersökning under år 2006. Den högsta andelen fanns bland 19-åringarna, 11 procent, och det var fler pojkar än flickor som inte undersöktes. I en intervjuundersökning som genomfördes bland 19-åringar i Stockholms län år 2005 svarade en stor andel att man ”inte kommer att gå till tandläkaren förrän man har ont eller känner av andra besvär”. Det finns därför en uppenbar risk att initiala kariesskador utvecklas till att bli så omfattande att de ger symptom. Det leder i sin tur till en mer omfattande och kostsam behandling.

Tandvård bland vuxna

Regelbunden tandvård avtar för yngre och ökar för äldre

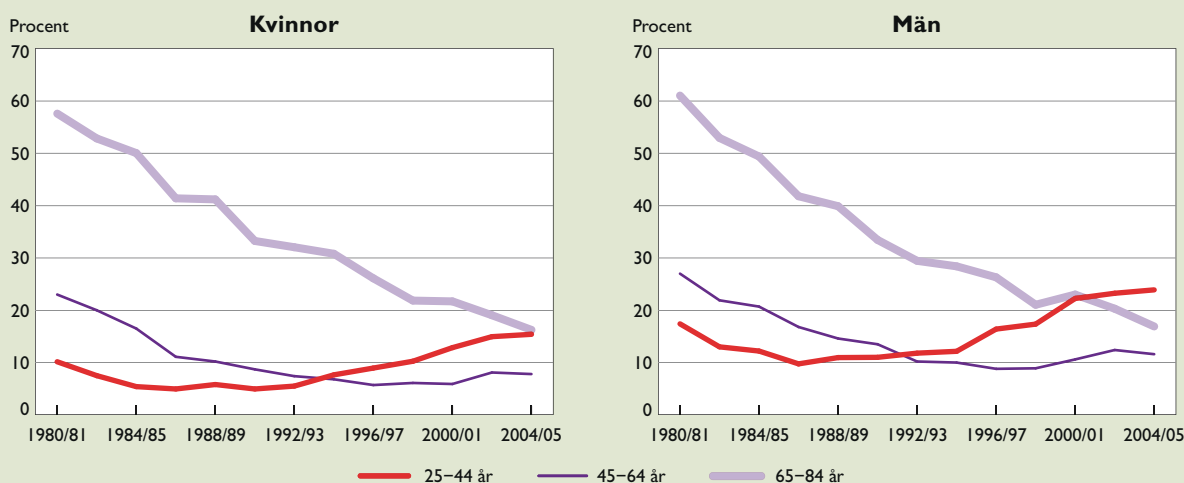
Kvinnor går oftare till tandläkaren än män. Bland yngre kvinnor och män (25–44 år) har sedan början av 1990-talet allt fler *inte* besökt tandläkare de senaste två åren medan utvecklingen varit den motsatta för de äldre (figur 3). En möjlig förklaring till att tandläkarbesöken bland yngre har minskat under de senaste tio åren kan vara att egenavgifterna i den allmänna tandvårdsförsäkringen successivt har ökat. Eventuellt kan det också bero på att tandhälsan förbättrats och att befolkningen därför inte har samma behov av tandvård.

Att tandläkarbesöken ökat bland äldre beror framför allt på att fler äldre har kvar sina egna tänder. År 1974 infördes tandvårdsförsäkringen som subventionerade alla typer av åtgärder, även dyra-

re och mer omfattande behandlingar, vilket gjort att dagens äldre har bättre tandstatus än tidigare generationer. Istället för att som tidigare ersätta förlorade tänder med avtagbara proteser kunde patienterna välja kronor, broar och under senare år även implantat. Tandvårdsförsäkringen som infördes 2002, ”Bättre tandvårdsstöd för äldre”, innebär att fasta tandproteser subventionerades för personer över 65 år genom ett särskilt högkostnadsskydd [6]. Försäkringskassan uppskattar att sedan dess har cirka 150 000 personer, 65 år och äldre, fått implantat av varierande omfattning [7]. År 2008 infördes ett nytt statligt tandvårdsstöd. Det består till ena delen av ett tandvårdsbidrag på 150 kronor per år för personer mellan 30 och 74 år, och på 300 kronor för personer mellan 19 och 30 år samt personer äldre än 74 år. Den andra delen av det nya tandvårdsstödet innebär att ersättning ges för 85 procent av kostnaderna över

Figur 3. Inga tandläkarbesök

Andel (procent) som inte har varit hos tandläkaren under de senaste två åren. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 25 till 84 år, perioden 1980–2005.



15 000 kronor och hälften av kostnaderna över 3 000 kronor upp till 15 000 kronor.

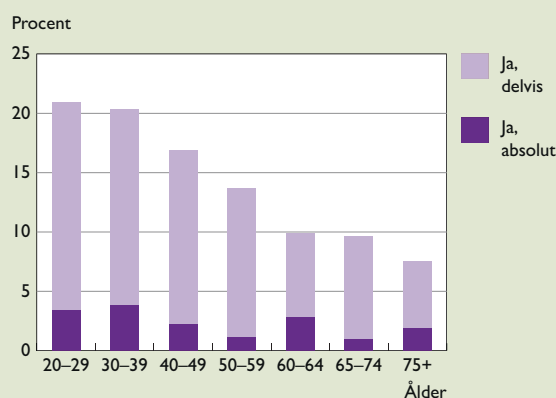
Alla anser sig inte ha råd med tandvård trots upplevt behov

I ULF-undersökningen år 2004/05 uppgav 14 procent i åldrarna 16–84 år att de under det senaste året varit i behov av tandvård, men inte sökt sådan vård. Särskilt gällde detta åldersgruppen 25–34 år där 20 procent inte hade sökt vård. Lägst andel, 7 procent, som inte sökt vård trots upplevda behov fanns i åldersgruppen 65–74 år. Den vanligaste orsaken till att inte söka vård är att man inte anser sig ha råd med det, särskilt i åldersgruppen 25–44 år. Andra grupper som i jämförelsevis hög omfattning avstår från tandvård trots att de upplever ett behov är ensamstående med barn, utlandsfödda, arbetare och personer med låg disponibel inkomst. Vanligen är det fler kvinnor än män som avstår från tandvård, utom i grupperna utlandsfödda och personer med låg inkomst, där det är fler män än kvinnor. Även den nationella folkhälsoenkäten visar att ekonomiskt utsatta personer går till tandläkaren mer sällan och har sämre tandhälsa än övriga grupper [8].

Det är inte ovanligt att tandvårdsrädsla hindrar personer från att söka tandvård. I en undersökning som genomfördes av Försäkringskassan och Socialstyrelsen år 2005 uppgav var tionde person att tandvårdsrädsla begränsade deras vårdutnyttjande, och kvinnor uppgav detta i högre grad än män [9]. Tandvårdsrädsla är vanligare bland yngre än bland äldre. Var femte person mellan 20 och 39 år uppgav att rädsla åtminstone delvis hindrade dem från att söka vård (figur 4).

Figur 4. Tandvårdsrädsla

Andel (procent) som anser tandläkarbesök så obehagliga att det absolut eller delvis hindrar dem från att söka vård. Personer 20 år eller äldre i olika åldersklasser, år 2005.



Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen [9]

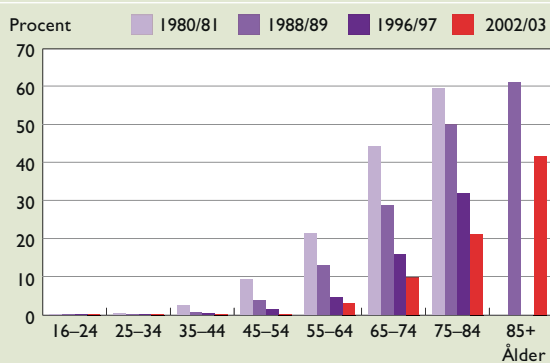
Missnöjet med de egna tänderna är också mest utbrett i åldrarna 20–39 år, där var fjärde person inte är nöjd med sina tänder, enligt ULF-undersökningen 2004/05. Undersökningen visar att tillfredsställelsen med tänderna ökar med åldern, trots att den självskattade tandhälsan var något sämre i åldrarna 45 år och däröver. De yngre pensionärsgруппerna, som i dag har god tandhälsa, vill inte bara ha en god tuggförmåga utan har också mera estetiska krav på sina tänder än tidigare generationers äldre. Också i övriga Europa tycks förväntningarna på god tandhälsa ha ökat. I en studie från år 2007 bland äldre i Europa var exempelvis yngre födelsekohorter mindre nöjda med den egna tuggförmågan än vad äldre födelsekohorter var, oavsett egen tandhälsa [10].

Större tandvårdsbehov till följd av bättre tandhälsa bland äldre

Tuggförmågan har blivit allt bättre bland de äldre. Figur 5 visar att det sker en fortsatt kraftig minskning av andelen tandlösa. I åldersgruppen 75–84 år uppgår omkring 20 procent att de har nedsatt tuggförmåga. Det finns ingen större skillnad mellan män och kvinnor när det gäller tuggförmåga eller tandlöshet.

Figur 5. Tandlösa

Andel (procent) tandlösa i olika åldersgrupper 16 år och äldre, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2002/03.



Personer 85 år och äldre ingick inte i ULF-undersökningarna 1980/81 och 1996/97

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Sverige har den högsta andelen utförda implantatbehandlingar i världen enligt en beräkning år 1998. Implantat är svårare att hålla rena jämfört med egna tänder, och får man inte bort bakterierna ökar risken för inflammation runt implantatskruven (periimplantit) [11]. Komplikationer med implantat är nu relativt vanliga [12]. År 2001 hade cirka 5 procent av personer födda år 1930 tandimplantat, och drygt 3 procent fyra eller fler implantat [13].

Ur folkhälsosynpunkt påverkar dåliga tänder, dålig tuggförmåga, kroniska orala infektioner

och tandvärk både allmäntillstånd, näringsintag, välbefinnande och livskvalitet. Extra belastande blir det för personer som redan har en skör eller sviktande allmänhälsa. Studier pågår på flera håll i världen för att klarlägga om det dessutom finns ett direkt samband mellan kronisk tandlossningsjukdom och hjärtkärslsjukdomar och diabetes. För personer med kronisk sjukdom eller handikapp ökar också riskerna för försämrad tandhälsa, bland annat på grund av muntorrhet, vilket är en vanlig biverkning av läkemedel [14].

Risken att drabbas av tandlossningssjukdom är förhöjd bland rökare. Nikotinets sammandragande effekt på blodkärlen medför att rökare kan ha inflammation i tandens fäste utan att märka det. Inflammationen kan leda till tandlossning. Snus innehåller lut som är frätande och kan leda till inflammation av munslemhinnan.

Äldre med omvårdnadsbehov en ökande grupp

Socialstyrelsen genomförde en studie av landstingens uppsökande tandvård i januari 2006. Studien visade att 40 procent av dem som var berättigade till särskilt tandvårdsstöd inte hade blivit erbjudna någon munhalsbedömning. Verksamheten fungerade sämst för dem som bodde i sitt hem [15], vilket också bekräftas av en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) från 2007 [16]. SKL skickade ut ett cirkulär i september 2007 till berörda beslutsfattare inom kommuner och landsting om att munvård för äldre och funktionshindrade är ett gemensamt ansvar, och att samarbetet mellan landstingen, kommunerna, primärvården och psykiatrien behöver förbättras [17]. Enligt tandvårdsförordningen om särskilt tandvårdsstöd [18] ska man genom uppsökande verksamhet hitta dem som har ett

varaktigt behov av omfattande kommunala vård- och omsorgsinsatser².

En rapport från Stockholms läns äldrecentrum 2007 visade att många multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet har ett stort tandvårdsbehov – både de som är berättigade till uppsökande och nödvändig tandvård och de som inte helt uppfyller kraven för att vara berättigad [19]. Rättigheten till det särskilda tandvårdsstödet påverkas av hur omfattande hjälp (bistånd) den äldre bedömts vara berättigad till i övrigt. Kraven för att få bistånd har successivt ökat med åren, och det betyder också att kraven för att få det särskilda tandvårdsstödet har ökat. Det kan göra att personen inte är berättigad till särskilt tandvårdsstöd trots att det finns ett stort faktiskt omvårdnadsbehov. Det finns en risk att problemet ökar eftersom allt fler bor kvar i det egna hemmet i enlighet med den så kallade kvarboendepincipen inom äldreomsorgen. Vårdarna som ansvarar för den dagliga munhygien har en nyckelroll för att bevara de vårdades munhälsa. Men flera studier har visat att vårdpersonal har bristande kunskaper i hur man ska sköta den dagliga munhygien åtgärder [14, 20].

² Uppsökande verksamhet ska erbjudas dem som omfattas av lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. Det ska också erbjudas dem som har varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, som får hälso- och sjukvård i hemmet eller som är bosatta i egen bostad, men har motsvarande behov som grupperna ovan. Till kretsen räknas även personer som har en psykossjukdom eller annan psykisk störning som varat längre än ett år och medfört att de inte förmår uppsöka tandvården av egen kraft eller inte inser sitt behov. Den uppsökande verksamheten betalas av landstinget.

Stort tandvårdsbehov hos hemlösa

Många hemlösa har problem med sina tänder men efterfrågar bara sporadiskt akut tandvård vid svårare besvär, visar en avhandling från 2007 [21]. Uppskattningsvis 0,2 procent av befolkningen i Sverige, ungefär 18 000 personer, är hemlösa [22]. Merparten av de hemlösa i avhandlingsstudierna var drogmissbrukare och deras dåliga tandhälsa var både ett hälsoproblem och ett socialt problem.

Hemlösa har stora svårigheter att klara av en regelbunden tandvård. De behöver individanpassade rutiner och kunnig tandvårdspersonal. Deras ekonomi är också ett stort hinder för att uppsöka tandvården. Stockholms läns landsting har inrättat en särskild tandvårdsmottagning i Stockholm för hemlösa personer, i anslutning till läkarmottagningen på Hållpunkt Maria. Liknande tandvårdsprojekt för hemlösa har startats i ytterligare några städer på senare tid. När de hemlösa får hjälp med sina tänder kan det för vissa också bli ett steg på vägen till ett ordnat liv med arbete och bostad.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2005*. Stockholm: 2006.
2. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosen M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001 Jun;29(3):167–74.
3. Hjern A, Grindefjord M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity & health*. 2000 Feb;5(1):23–32.
4. Stockholms läns landsting. *Tandhälsorapport 2006. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, 2007.

5. Stockholms läns landsting. *Uppföljning av vård-behovstillägget och bortfallsanalys år 2006*. Stockholm: 2007.
6. Socialdepartementet. *Bättre tandvårdsstöd för äldre mm*. Stockholm: 2002. Prop 2001/02:517.
7. Håkansson J. Personligt meddelande 2007.
8. Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socio-economic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006 Dec;60(12):1027–33.
9. Försäkringskassan; Socialstyrelsen. *Befolkningens tandhälsa. Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring*. Stockholm: 2006. Delrapport 2 av 3.
10. Müller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*. 2007 June;18(Supplement 3):2–14.
11. Berglundh T, Gislason O, Lekholm U, Sennerby L, Lindhe J. Histopathological observations of human periimplantitis lesions. *Journal of Clinical Periodontology*. 2004 May;31(5):341–7.
12. Roos-Jansåker AM. Long time follow up of implant therapy and treatment of peri-implantitis. *Swedish dental journal*. 2007;Supplement(188):7–66.
13. Österberg T, Carlsson GE. Dental state, prosthodontic treatment and chewing ability – a study of five cohorts of 70-year-old subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2007 Aug;34(8):553–9.
14. Fastbom J. Ökat läkemedelsintag bland äldre innebär ökad risk för problem. *Läkartidningen*. 2001 Apr 4;98(14):1674–9.
15. Socialstyrelsen. *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård 2006*. Uppföljningar och utvärderingar.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2006 års verksamhet 2007*. Uppföljning av tandvårdsstödet 2006.
17. Sveriges Kommuner och Landsting. *Munvård för äldre och funktionshindrade – gemensamt ansvar för kommuner och landsting*. 2007. Cirkulär 07:39.
18. Socialdepartementet. *Tandvårdsförordning*. Stockholm: 1998. SFS 1998:1338.
19. Juslin M, Nordenram G. *Uppsökande tandvård: många berättigade är okända*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 2007.
20. Jonsson M, Wårdh I. *Effekterna av en reform. Vårdpersonalens inställning till och kunskap om munvård vid särskilda boenden i Jönköpings län – fem år efter införandet av tandvårdsreformen 1999*. Folktandvården, Landstinget i Jönköpings län, 2007.
21. De Palma P. *Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective* [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Odontologiska Institutionen; 2007.
22. Socialstyrelsen. *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär*. Stockholm: 2006.

Hörsel och syn

Sammanfattning

Över en miljon människor i Sverige har svårt att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Det är i dag dubbelt så vanligt att yngre personer uppger att de har dålig hörsel jämfört med för tio år sedan. Denna självrapporterade ökning har dock inte kunnat bekräftas i undersökningar där man mätt hörseln.

Minst 10 000 döva och hörselskadade är under 20 år. Deras hörselskador beror i de flesta fall på ärftliga faktorer. Personer med nedsatt hörsel uppger en sämre hälsa än de som har normal hörsel. Det gäller särskilt yngre yrkesverksamma personer.

Många hör dåligt i onödan därför att de inte har de hjälpmedel de behöver. Nästan hälften av dem som skulle vara hjälpta av en hörapparat har ingen. Bara en fjärdedel av dem som har nedsatt hörsel får andra hjälpmedel som t.ex. förstärkt ljud i telefon och dörrklocka.

Varannan svensk över 16 år behöver glasögon för att kunna läsa texten i en dagstidning. En procent av befolkningen kan inte läsa texten i en dagstidning vare sig med eller utan glasögon. Det är något mindre vanligt i dag än för tio år sedan att äldre kvinnor har nedsatt syn. Det beror sannolikt på att den vanligaste orsaken till detta, grå starr, kan opereras. De flesta som opererats får mycket god syn.

Den vanligaste orsaken till blindhet hos äldre personer är åldersrelaterade förändringar av gula fläcken. Den behandling som finns har god effekt bara hos en mindre grupp, bland dem som drabbas av akuta besvär. Skelning kan leda till synnedsättning om den inte behandlas tidigt. I dag har barnavårdscentraler och skolor screening för att upptäcka skelning, vilket har lett till att andelen personer i befolkningen med skelning minskat till knappt 2 procent.

Hörsel

Många människor lider av nedsatt hörsel, och i Sverige är det över 1 miljon som har svårt att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Detta motsvarar 12 procent bland kvinnor och 16 procent bland män i åldern 16–84 år [1].

Den vanligaste orsaken är åldersbetingade förändringar av hörselorganet i innerörat. I åldrarna 75–84 år uppger närmare 30 procent av alla kvinnor och närmare 40 procent av alla män att de har svårt att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer (tabell 1). En annan vanlig orsak till hörselnedsättning är skada till följd av stark och långvarig ljudbelastning, s.k. bullerskador. Även enstaka kraftig ljudexponering, s.k. impuls ljud, kan orsaka hörselskada i synnerhet om det upprepas.

I samtliga åldrar är det vanligare bland män att höra dåligt. Den viktigaste anledningen till att fler män drabbas är att män i större utsträckning får hörselskador som orsakats av ljudbelastning. Av samma anledning är hörselnedsättning dubbelt så vanligt bland facklärd arbetare som bland högre tjänstemän. Det har blivit vanligare med hörselproblem bland yngre och det har ökat mer bland kvinnor än bland män. I åldersgruppen 35–44 år är det nästan dubbelt så vanligt att uppleva sig ha en dålig hörsel jämfört med för tio år sedan (tabell 1).

Tabell 1. Svårt att höra ett samtal mellan flera personer

Andel (procent) som uppger att de har svårt att höra ett samtal mellan flera personer med eller utan hörapparat. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, år 1990–1995 och 2000–2005

Ålder	Kvinnor		Män	
	1990–1995	2000–2005	1990–1995	2000–2005
16–24	3	4	3	4
25–34	3	5	4	6
35–44	4	8	6	10
45–54	7	10	14	13
55–64	11	15	24	23
65–74	17	18	30	32
75–84	27	28	40	38

Källa: ULF- undersökningarna, SCB

Undersökningar där man mätt hörseln, audiometri, visar inte att befolkningens hörsel skulle ha försämrats. Varför fler upplever att de har en försämrad hörsel är oklart. Antagligen ökar den upplevda hörselnedsättningen i takt med att kommunikationskraven i samhället ökar och kanske i kombination med förändringar av ljudmiljön. Det har emellertid inte blivit vanligare att arbeta i en öronbedövande bullrig arbetsmiljö under de senaste tjugo åren enligt ULF-undersökningarna.

Hörselskador drabbar också barn och ungdomar, omkring 1–2 per 1000 barn drabbas årligen. Det beräknas finnas minst 10 000 döva eller hörselskadade i åldrarna upp till 20 år [2]. De flesta hörselskador hos barn och ungdomar beror på ärftliga faktorer (50–70 procent). Bland de icke-ärftliga orsakerna finns bl.a. öroninflammationer, röda hund, herpes, biverkningar av mediciner, för tidig födsel och skallskada.

Tinnitus

En annan typ av skada på hörseln är tinnitus som ofta förekommer tillsammans med en hörselnedsättning. Tinnitus är upplevelse av ljud som uppkommer i örat utan att ljud kommer utifrån. Personer med tinnitus kan höra pip, tjut, brus, brummande eller fräsande ljud som kan vara allt från svaga till starka och oerhört störande. Ungefär 10–15 procent har besvärande tinnitus och mer än 100 000 har så svår tinnitus att hela livssituationen påverkas. Koncentrationsproblem, stress, depression och sömnproblem är vanligt bland personer med tinnitus [3].

Tinnitus orsakas framför allt av åldersförändringar i innerörat och av att man varit utsatt för höga ljudnivåer. Den kan också orsakas av trauma (skallskador), medicinering, trötthet och stress. Tinnitus är vanligare med stigande ålder.

Liksom med hörselnedsättning är det vanligare med tinnitus hos män. Studier av tinnitus pekar inte på att tinnitus har blivit vanligare.

Vid många av dagens fritidsaktiviteter (ishockeymatcher, rockkonserter, diskotek, pubar, m.m.) överskrids de gräns- och riktvärden som fastställts. Många deltagare vid dessa aktiviteter har timmarna efteråt en tillfällig hörselnedsättning ofta tillsammans med tinnitus. Djurförsök har visat att denna typ av kortare hörselnedsättningar kan leda till en permanent hörselnedsättning och tinnitus. I dag finns inga säkra uppgifter på hur omfattande problemet är, inte heller hur hörselskador i dessa fall kommer att utvecklas i högre åldrar.

Hörselnedsättning påverkar hälsan

Flertalet hörselskador (ca 80 procent) drabbar hörselsnäckan i innerörat och då förändras såväl nivån på ljudet som ljudets kvalitet. Ett samtal hörs inte bara svagare, utan också otydligare till följd av att vissa ljud, exempelvis konsonanter, faller bort. Åldersrelaterad hörselnedsättning och bullerskador är av detta slag. Hörapparater förstärker ljudet men kan endast delvis hjälpa mot förvrängningar av ljudet. Ofta förstärker hörapparater även det störande bakgrundsljudet. Det innebär att det är krävande för hörselskadade att delta i samtal där flera personer talar samtidigt, i synnerhet om det dessutom finns störande bakgrundsljud. Den hörselskadade tvingas koncentrera sig väsentligt mer än normalhörande. Denna anspänning kan vara tröttnande och kan leda till att man spänner nacke och axlar, och ge upphov till värk. Det kan också vara påfrestande att ofta behöva fråga om, för att man inte hör, och kanske ändå inte vara säker på att man uppfattat korrekt. Dessa svårigheter kan göra att hörselskadade drar sig undan olika sociala sammanhang.

Hörselnedsättning kan påverka hälsan negativt, visar flera studier [4–8]. Folkhälsoinstitutets enkät visar att personer med hörselnedsättning (med eller utan hörapparat) har sämre hälsa än normalhörande (figur 1). Hörselskadade kvinnor har sämre hälsa än hörselskadade män. Personer som har en hörselnedsättning som innebär att de inte kan höra när fler än två samtalar (inte ens med hörapparat), mår generellt sämre än personer som kan följa sådana samtal med hjälp av hörapparat.

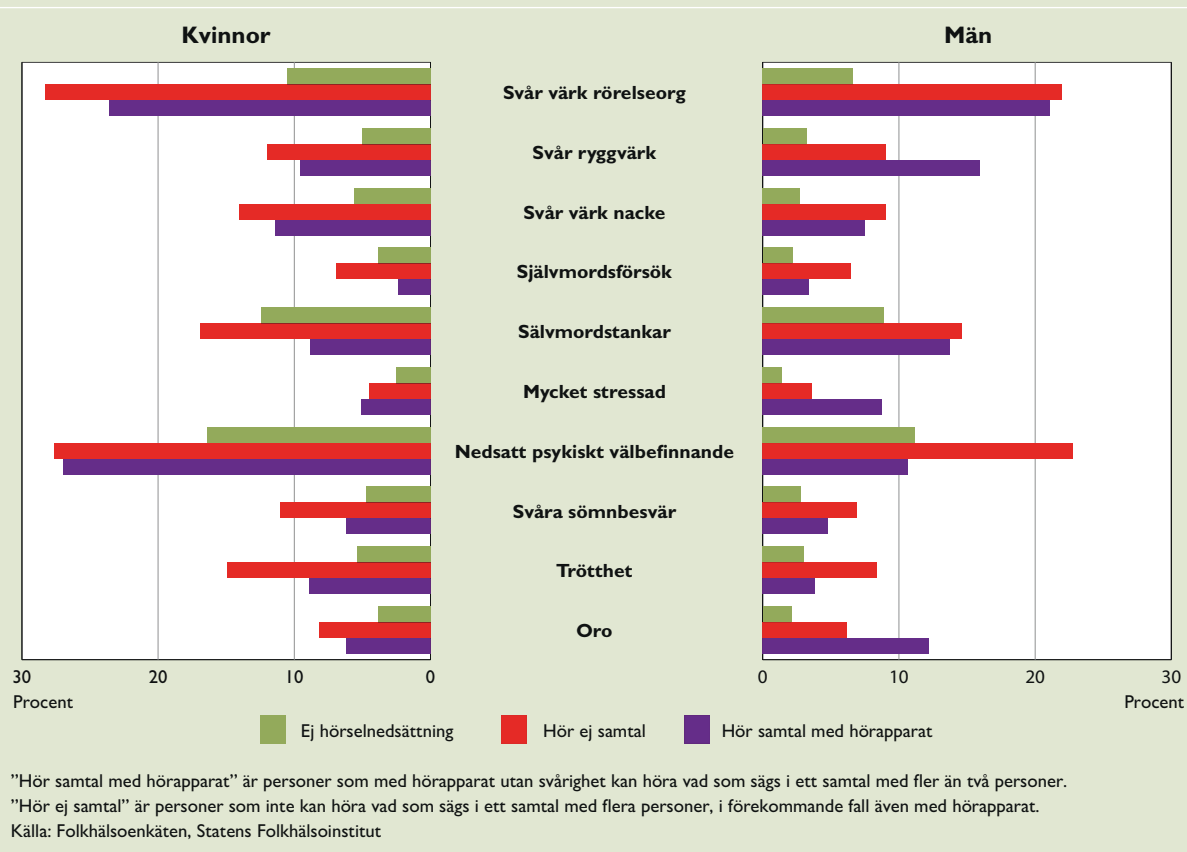
Framförallt mår yngre yrkesverksamma personer med hörselnedsättning ofta sämre än jämnåriga [9]. Många personer med hörselnedsättning har svårt att leva upp till de krav som ett modernt arbetsliv ställer. Många arbetsplatser är dåligt anpassade till hörselskadades behov, vilket till exempel kan göra det svårt att delta i samtal. Hörselskadade löper dubbelt så stor risk att bli förtidspensionerade jämfört med andra yrkesverksamma.

Många med hörselnedsättning hör dåligt i onödan därför att de inte har de hörseltekniska hjälpmedel som de behöver. Beräkningar år 2002 visade att upp mot hälften av dem som skulle vara hjälpta av en hörapparat inte har någon [10]. Denna andel har minskat något sedan dess. Enligt Hörselskadades riksförbund har andra hörselhjälpmedel utöver hörapparat kommit i bakgrunden. I dag är det bara en fjärdedel som får annat hörselhjälpmedel såsom teleslinga i telefon, förstärkt ljud i telefon och dörrklocka med mera. Sådana åtgärder var vanligare för 20 år sedan [11]. Enligt Hörselskadades riksförbund beror det på ekonomiska faktorer som brist på information.

Enbart tekniska hjälpmedel är dock ofta inte tillräcklig hjälp för personer med hörselnedsättning. Hörselrehabiliteringen omfattar åtgärder som spänner över ett vitt fält, exempelvis psyko-

Figur 1. Hälsobesvär bland personer med hörselnedsättning

Andel (procent) som uppger olika hälsobesvär bland personer med olika grad av hörselnedsättning jämfört med personer utan hörselnedsättning. Kvinnor och män i åldern 16–84 år, år 2007. Åldersstandardiserat.



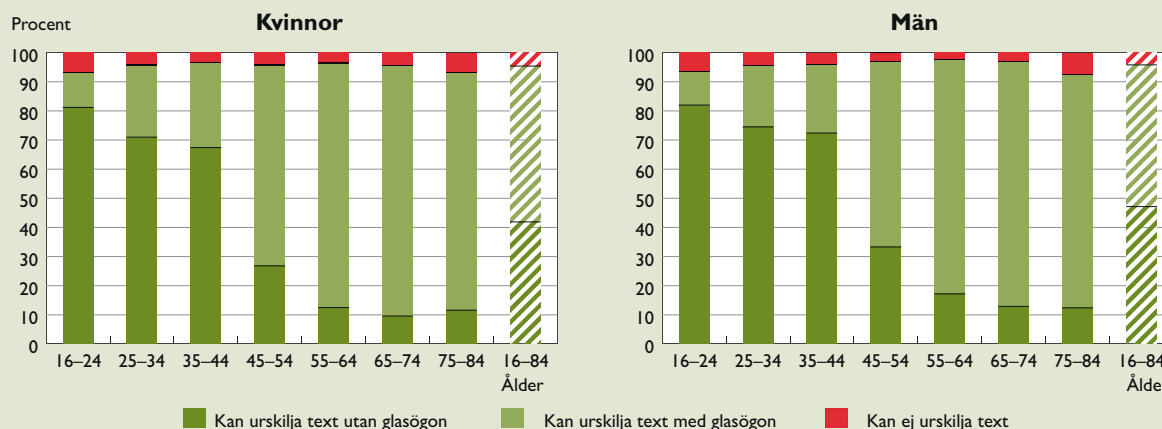
socialt stöd, kommunikationsträning, avslappnings-
träning och arbetslivsinriktad rehabilitering, åtgärder som kan förebygga negativa konsekvenser av en hörselskada och som kan innebära att hörselskadade får samma möjligheter att vara kvar i arbetslivet som andra. Andelen hörselskador kan minska genom förbättringar av ljudmiljöer och ökad användning av hörselskydd i arbetslivet och vid fritidsaktiviteter som exempelvis konserter.

Syn

En stor andel av befolkningen har nedsatt syn. Den vanligaste orsaken är brytningsfel som närsynthet, långsynthet eller astigmatism. Varannan svensk mellan 16 och 84 år behöver glasögon för att "utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning" enligt Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät (figur 2).

Figur 2. Synförmåga

Andel (procent) personer som uppger att de utan svårighet kan urskilja vanligt text i en dagstidning med eller utan glasögon. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16–84 år, år 2005–2007.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens Folkhälsoinstitut

Behovet av glasögon ökar med åldern och i de allra äldsta åldersgrupperna är det bara en av tio som kan läsa en vanlig text i en dagstidning utan glasögon. I alla åldrar är det något vanligare att kvinnor uppger att de behöver glasögon än att män gör det (figur 2).

Även ULF-undersökningarna har en fråga om synförmåga – om man kan ”läsa vanlig dagstidningstext *med eller utan* glasögon”. Drygt 1 procent av befolkningen i åldern 16–84 år uppger att de inte kan läsa texten i en dagstidning vare sig med eller utan glasögon och i åldern 75–84 år är andelen 7 procent bland män och 9 procent bland kvinnor (tabell 2). Bland kvinnor i åldern 75–84 år är det något mindre vanligt att ha nedsatt syn i dag jämfört med för tio år sedan.

Tabell 2. Starkt nedsatt synförmåga

Andel (procent) som uppger att de inte kan läsa texten i en dagstidning – med eller utan glasögon. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, år 1990–1995 och 2000–2005

Ålder	Kvinnor		Män	
	1990–1995	2000–2005	1990–1995	2000–2005
16–24	0,3	0,1	0,4	0,0
25–34	0,2	0,3	0,4	0,2
35–44	0,4	0,5	0,5	0,2
45–54	1,1	0,7	0,3	0,6
55–64	1,3	0,9	0,9	1,0
65–74	2,6	2,7	2,7	2,0
75–84	11,5	9,2	7,5	7,0

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Synskadades Riksförbund (SRF) uppskattar att omkring 100 000 personer är synskadade, det vill säga har svårt att läsa tryckt text eller har svårt att orientera sig med hjälp av synen. Av dessa antas 85 procent vara personer som har tillräckligt med syn kvar för att läsa en text om den är tillräckligt stor. Omkring 100 000 personer är inskrivna vid landets syncentraler. Cirka 10 000 personer prenumererar på dagstidning på kassett och 25 000 har bandspelare som bidragsberättigat hjälpmedel.

År 2002 fanns det cirka 2 750 barn i åldern 0–19 år med synskador enligt Barnsynskade-registret i Lund. Omkring 20 procent av dessa barn är gravt synskadade, cirka 35 procent har dessutom utvecklingsstörning, cirka 30 procent är rörelsehindrade och omkring 4 procent har även nedsatt hörsel [12].

De vanligaste ögonsjukdomarna

Den vanligaste orsaken till nedsatt syn bland äldre är grå starr (grumling av ögats lins). Andra ögonsjukdomar som också är starkt åldersrelaterade är glaukom (en sjukdom på synnerven), förändringar i gula fläcken och skador på näthinnan till följd av diabetes. Bland barn är det främst skelning som kan leda till problem med synen. De vanligaste orsakerna till allvarlig synskada hos barn är ärftlighet, virusinfektioner eller påverkan av skadliga ämnen under fosterstadiet samt förlossnings-skador.

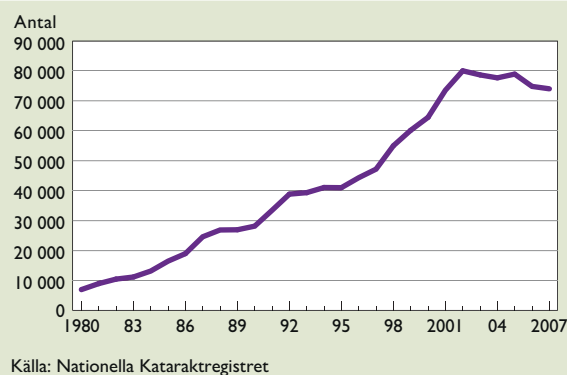
Grå starr, eller katarakt som är den medicinska termen, är en grumling av ögats lins. Det vanligaste symtomet är att synskärpan blir sämre, det blir svårare att se på långt håll och man behöver alltmer ljus för att kunna se. I åldern 65–74 år uppskattas det att grå starr förekommer i ett sent stadium hos 60 procent bland kvinnor och 50 procent bland män [13]. I åldern 75–85 år hade

andelen ökat till omkring 80 procent, fortfarande något högre bland kvinnor än bland män. Orsaker till åldersbetingad linsgrumling är inte kända.

Den enda behandling som finns är en operation, där man byter ut linsen mot en konstgjord lins. Operationen, som numera är det vanligaste kirurgiska ingreppet, sker nästan uteslutande i dagkirurgi och de allra flesta återfår en mycket god syn. Den omfattande operationsverksamheten (figur 3) är sannolikt också det huvudsakliga skälet till att andelen äldre som har nedsatt syn har minskat något under 1990- och 2000-talet (tabell 1).

Figur 3. Operationer av grå starr

Antal operationer av grå starr per år under perioden 1980–2007.



Glaukom (grön starr) orsakar skador på synnerven som så småningom leder till att synfältets omfång minskar. Sjukdomen har ett långsamt förlopp vilket innebär att sjukdomen är långt framskriden när synnedsättningen väl gett sig till känna. Risken för blindhet uppskattas ligga mellan 6 och 15 procent. Sjukdomen drabbar ungefär 2 procent av befolkningen över 50 år och 5 procent av befolkningen över 70 år. Antalet personer

i Sverige som har en glaukomdiagnos uppskattas till omkring 100 000. Glaukom har tidigare ansetts primärt vara en följd av ett för högt tryck i ögat. Numera vet man dock att glaukom kan förekomma även vid normalt eller lågt ögontryck. Orsakerna bakom glaukom är inte klarlagda och kontroll av ögontrycket samt medicinering är den vanligaste behandlingen för att förhindra eller fördröja en fortsatt försämring av synen.

Åldersrelaterade förändringar av gula fläcken gör att den centrala synskärpan och lässynen försvinner, medan det perifera seendet (ledsynen) finns kvar. Det är i västvärlden den vanligaste orsaken till blindhet hos personer över 65 år. Knappt var tredje person över 70 år har sjukdomen i någon form enligt Synskadades riksförbund. I Sverige beräknas 350 000 personer ha någon form av åldersrelaterad förändring i gula fläcken varav 45 000 har en uttalad förändring med svår synnedsättning [15]. Vanligast är att sjukdomen utvecklas successivt över en längre tidsperiod (85 procent), men akuta episoder kan inträffa med snabbt försämrad syn.

Det har funnits diskussioner om att ultraviolett och synligt ljus skulle öka risken för förändringar i gula fläcken, men en genomgång av olika studier visar att resultaten inte är entydiga [16]. Däremot har man funnit att rökning och hypertoni ökar risken. Tidigare har inga metoder funnits för att stoppa sjukdomen. Sedan några år tillbaka har nya läkemedel för injektionsbehandling i ögat visat sig ge god effekt hos en mindre grupp de som drabbas av akuta besvär med större risk för synnedsättning. För det stora flertalet med mindre aggressivt förlopp finns ännu ingen behandling.

Risken för skador på näthinnan till följd av diabetes (*diabetesretinopati*) ökar ju längre tid man haft diabetes. Synskadan förekommer både vid

typ 1-diabetes och typ 2-diabetes och efter cirka 20 års sjukdom har 90 procent av diabetikerna någon skada på näthinnan [15]. Risken minskar om blodsocker, blodfetter och blodtrycket är välkontrollerat och om tidiga förändringar i näthinnan behandlas. Endast ett fåtal diabetiker får numera en allvarlig påverkan på synförmågan.

Skelning bland barn

Skelning, det vill säga att ögonen riktas åt olika håll, är viktigt att upptäcka tidigt eftersom det annars kan leda till en bestående synnedsättning. Ungefär 3 procent av befolkningen har vad som benämns som konstant skelning [17]. För att undvika dubbelseende hämmas synen på det ena ögat vilket leder till synnedsättning på det skelande ögat. Om denna synnedsättning inte behandlas före tio års ålder blir den bestående [18]. Beräkningar visar att cirka 4 procent i en ”obehandlad” befolkning har en sådan synnedsättning (synskärpa $\leq 0,7$). Med hjälp av den screeningverksamhet som finns inom barnavårdscentralerna och i skolan, och den tidiga behandling som därmed kunnat ges har andelen minskat till knappt 2 procent i den svenska befolkningen. Framför allt är det de mer allvarliga synnedsättningarna som minskat [19].

Referenser

1. Johansson MS, Arlinger SD. Prevalence of hearing impairment in a population in Sweden. *International Journal of Audiology*. 2003 Jan;42(1):18–28.
2. Andersson G, Arlinger S. *Nordisk lärobok i audiologi*. Bromma: CA Tegner; 2007.
3. Andersson G. *Tinnitus: orsaker, teorier och behandlingsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur; 2000.

4. Danermark B, Gellerstedt L. *Att höra till. Om hörselskadades psykosociala arbetsmiljö*. Örebro: Örebro universitet, 2003. Örebro Studies.
5. Danermark B, Gellerstedt LC. Psychosocial work environment, hearing impairment and health. *International Journal of Audiology*. 2004 Jul–Aug;43(7):383–9.
6. Danermark B. Review Psychosocial effects – working age population. I: Stephens D, Jones L, red. *The impact of genetic hearing impairment*. London: Whurr Publications; 2005. s. 106–36.
7. Kramer S. The psychosocial impact of hearing loss among elderly people. A review. I: Stephens D, Jones L, red. *The impact of genetic hearing impairment*. London: Whurr Publications; 2005. s. 137–64.
8. Stephens D. The impact of hearing impairment in children. I: Stephens D, Jones L, red. *The impact of genetic hearing impairment*. London: Whurr Publications; 2005. s. 73–105.
9. Gellerstedt L, Danermark B. Hearing impairment, working life conditions and gender. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2004;6(3):225–44.
10. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Hörapparat för vuxna. Nytt och kostnader* 2003. Rapport nr 164.
11. Hörselskadades riksförbund. *Äh, det var inget viktigt ... om hörselskadades situation i Sverige*. 2007. Årsrapport 2007.
12. Synskadades riksförbund. *Barn som har en synskada*. Enskede: 2005.
13. Kahn HA, Leibowitz HM, Ganley JP, Kini MM, Colton T, Nickerson RS, et al. The Framingham Eye Study. I. Outline and major prevalence findings. *Am J Epidemiol*. 1977 Jul;106(1):17–32.
14. Lundström M, Stenevi, U., Thorburn, W., Montan P, Behndig, A., *Svensk Kataraktkirurgi. Årsrapport 2007 baserad på data från Nationella Kataraktregistret*. Karlskrona: 2007.
15. St:Eriks Ögonsjukhus. *St:Eriks Ögonsjukhus / Ögonfakta / Ögonsjukdomar / Åldersförändringar i gula fläcken (makuladegeneration)*. Stockholm; 2008 [citerad 2009-01-07]; Tillgänglig från: http://www.sankterik.se/templates/Page____2449.aspx.
16. Bressler NM, Bressler SB. Preventative ophthalmology. Age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 1995 Aug;102(8):1206–11.
17. Kvarnström G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Visual screening of Swedish children: an ophthalmological evaluation. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*. 2001 Jun;79(3):240–4.
18. Bentley-Wennhall E, Jakobsson, P., Kugelberg, U. *Nationella Medicinska Indikationer. Skelning hos barn upp till 10 års ålder. Rapport från expertgruppen för skelning*. Stockholm: 2008.
19. Kvarnström G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. *Acta Paediatrica*. 1998 Nov;87(11):1173–9.

Läkemedel

Sammanfattning

En av de vanligaste medicinska åtgärder som en läkare utför är att skriva ut läkemedel till en patient [1]. Under år 2007 hämtade två av tre svenskar ut minst ett receptförskrivet läkemedel på apotek. Varje år ökar den mängd läkemedel som apoteken lämnar ut mot recept med 3–4 procent. Under senare år har nya och effektivare läkemedel tillkommit på flera områden.

Kostnaderna för läkemedel på recept ökade med cirka 10 procent per år under perioden år 1986–2002. Därefter har ökningen gått långsammare. Det beror på att reglerna för läkemedelsförmånerna har ändrats, främst införandet av generiskt utbyte av läkemedel. De sammanlagda kostnaderna för alla läkemedel, dvs. läkemedel på recept, receptfria läkemedel och läkemedel som patienter får i samband med vård på sjukhus utgjorde 12,9 procent av de totala kostnaderna för all hälso- och sjukvård år 2005.

Kvinnors och mäns läkemedelsanvändning skiljer sig åt. Det finns även skillnader i läkemedelsanvändning mellan olika sociala grupper. Skillnaderna beror delvis på att sjukdomsbördan varierar mellan grupper i befolkningen, men det finns även könsskillnader och sociala skillnader som antagligen inte beror på skillnader i behoven hos den som använder läkemedlen. Några exempel är läkemedel mot demens och läkemedel efter hjärtinfarkt som i långtidsuppföljningar uppvisar högre användning bland högutbildade än bland lågutbildade. Personer födda utanför EU uppvisar lägre användning av rekommenderade läkemedel för hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Äldre använder läkemedel i en allt större omfattning, vilket är förenat med både nytta och risk. En stor del av de läkemedel som används mest har dokumenterad effekt vid många av de sjukdomar och tillstånd som är vanliga bland äldre. Samtidigt utgör användning av många läkemedel – så kallad polyfarmaci – en risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, det vill säga att olika läkemedel påverkar varandra. Särskilt utsatta är äldre som på grund av demenssjukdom eller multisjuklighet är känsliga för läkemedel, och är de som ofta exponeras för polyfarmaci. Detta leder i många fall till att läkemedelsbehandlingen inte är helt ändamålsenlig. Därför har Socialstyrelsen utvecklat kvalitetsindikatorer [2] och utvärderat och diskuterat kvaliteten

i äldres läkemedelsbehandling i flera rapporter [3–5]. Brister i läkemedelsbehandlingen är enligt WHO den främsta orsaken till undermålig klinisk behandling [6].

Könsskillnader i läkemedelsanvändning

Hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, fetma, cancer, psykisk ohälsa, sjukdomar i rörelseorganen, allergi och infektioner är stora folkhälsoproblem och är orsak till en stor andel av läkemedelsanvändningen (tabell 1).

Kvinnor använder mer läkemedel än män, utom bland barn och bland de allra äldsta (figur 1). Kvinnor har fler besvär som leder till kontakter med sjukvården, vilket är en orsak till könsskillnaderna, men studier har också visat att kvinnor of-

tare än män får läkemedel förskrivet vid läkarbesök [7, 8]. De stora könsskillnaderna i yngre åldrar beror till stor del på kvinnors användning av p-piller. Toppen i läkemedelsanvändningen i 18-årsåldern orsakas främst av p-piller och fyra antibiotika nämligen penicillin V (luftvägsinfektioner), pivmecillinam (urinvägsinfektioner), trimetoprim (urinvägsinfektioner) och lymecyklin (akne).

Fler kvinnor än män använder läkemedel mot smärta (tabell 1). Kvinnor som använder antiinflammatoriska och antireumatiska medel och lättare smärtlindrande medel använder också i medeltal något större mängd av dessa läkemedel räknat i dygnsdoser. När det gäller antidepressiva läkemedel och sömnmedel behandlas också

Tabell 1. De största läkemedelsgrupperna

De tio största läkemedelsgrupperna. Antal användare per 1 000 invånare. Kvinnor och män, år 2007

Kvinnor		Män	
Läkemedelsgrupp (ATC)	Antal per 1 000 inv.	Läkemedelsgrupp (ATC)	Antal per 1 000 inv.
Antibiotika (J01) exkl. metenamin (J01XX05)	292	Antibiotika (J01) exkl. metenamin (J01XX05)	216
Antiinflammatoriska/antireumatiska medel (M01A) exkl. glukosamin (M01AX05)	137	Antiinflammatoriska/antireumatiska medel (M01A) exkl. glukosamin (M01AX05)	106
P-piller, p-plåster, p-sprutor (G03A)	132	Beta-blockerare, mot högt blodtryck mm. (C07)	97
Smärtlindrande medel (N02B)	119	ACE-hämmare m.fl. mot högt blodtryck mm. (C09)	97
Beta-blockerare, mot högt blodtryck mm. (C07)	109	Blodförtunnande medel (B01AC)	86
Sömnmedel och lugnande medel (N05C)	105	Blodfettssänkande medel (C10A)	84
Antidepressiva medel (N06A)	105	Smärtlindrande medel (N02B)	70
Medel mot magsår (A02B)	93	Läkemedel vid astma och andra luftvägssjukdomar (R03)	69
Medel mot svår smärta, opiater (N02A)	91	Medel mot magsår (A02B)	65
Läkemedel vid astma och andra luftvägssjukdomar (R03)	84	Medel mot svår smärta, opiater (N02A)	64

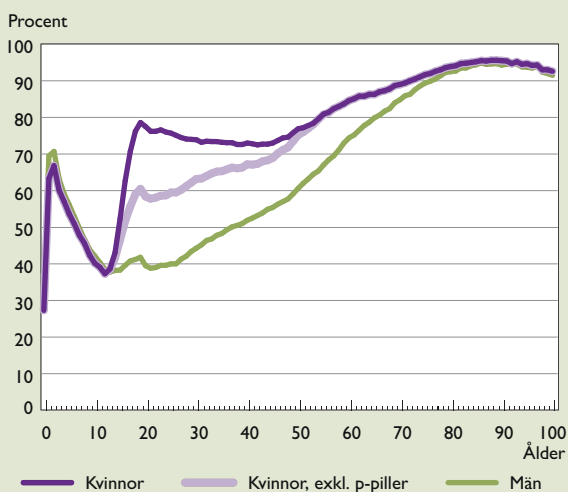
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

fler kvinnor än män. För dessa läkemedel är förhållandet mellan kvinnor och män ungefär detsamma om man jämför mängden läkemedel räknat i dygnsdoser.

Figur 2 visar ålders- och könsskillnader i läkemedelsanvändning för några av de vanligaste läkemedelsgrupperna. Infektioner är den vanligaste diagnosen inom primärvården, och antibiotika är den läkemedelsgrupp som flest patienter behandlas med. Under år 2007 fick var fjärde svensk minst en antibiotikakur och den vanligaste orsaken till behandlingen var luftvägsinfektion. Fler kvinnor än män, 1,3 respektive 1 miljon, behandlas med antibiotika. Det beror till stor del på att urinvägsinfektioner är vanligare bland kvinnor (figur 2a).

Figur 1. Hämtat ut läkemedel på recept

Andel (procent) personer som hämtat ut minst ett läkemedel på recept, efter ålder. Kvinnor och män, år 2007



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedel mot hjärt- och kärlsjukdomar hör till våra vanligaste läkemedel (figur 2b). Nästan 2 miljoner personer behandlades med sådana läkemedel år 2007. Att de används för att behandla så många beror på att de även används för att förebygga allvarlig hjärt- och kärlsjukdom, genom att behandla högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

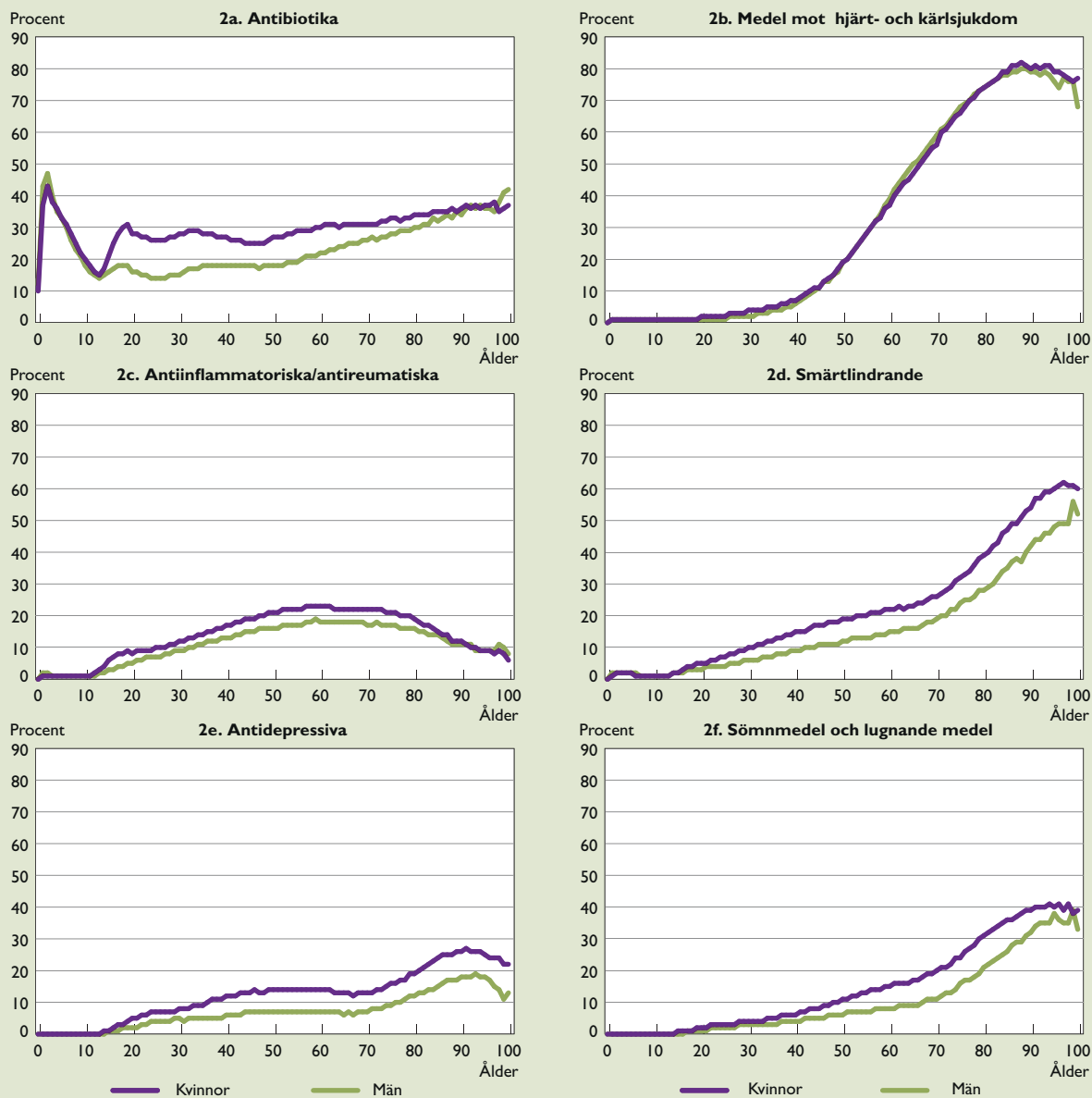
I gruppen antiinflammatoriska och anti-reumatiska läkemedel (figur 2c) finns läkemedel som även används vid lindrigare smärttillstånd. Veldigång många människor använder den typen av läkemedel och något fler kvinnor än män. Förhållandet är likartat för gruppen smärtlindrande läkemedel som bland annat innehåller opiater och paracetamol och läkemedel mot migrän (figur 2d).

Psykofarmaka används också mer av kvinnor än av män (figur 2e, 2f). Detta gäller i hög grad sömnmedel och lugnande medel samt antidepressiva medel, och i lägre grad läkemedel mot psykoser och schizofreni.

Skillnaderna mellan könen i läkemedelsanvändning överensstämmer med könsskillnader i sjuklighet. I flera kapitel i denna rapport framgår det att betydligt fler kvinnor än män lider av oro, ångslan och ångest och depressioner. Fler kvinnor än män lider av värk. Mer förvånande är att medel mot hjärt- och kärlsjukdom är lika vanligt bland kvinnor som bland män, trots att män drabbas av dessa sjukdomar i högre grad. De vanligaste läkemedlen i denna grupp är läkemedel mot högt blodtryck. Högt blodtryck är lika vanligt bland män som bland kvinnor vilket bidrar till att jämna ut könsskillnader.

Figur 2a-f. Hämtat ut minst ett läkemedel på recept

Andel (procent) personer som hämtat ut minst ett läkemedel på recept inom respektive läkemedelsgrupp, efter ålder. Kvinnor och män, år 2007



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedel och äldre

Personer som är 80 år och äldre använder idag i genomsnitt 5,8 läkemedel per person. Äldres läkemedelsanvändning har blivit alltmer omfattande. Sedan slutet av 1980-talet har den ökat med i genomsnitt drygt två preparat per person (ett preparat per årtionde) vilket innebär en ökning med 60 procent.

Orsaken till denna ökning är framför allt att nya läkemedel och behandlingsprinciper har introducerats [9]. Det har gett sjukvården större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre drabbas av, men samtidigt medför det en betydande risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Det är framförallt äldre som ofta använder många läkemedel och som dess-

utom är känsligast för dem på grund av ålder och sjukdom. Många av dessa äldre återfinns i särskilt boende, där läkemedelsanvändningen ökat från i genomsnitt åtta läkemedel per person år 1995 till tio idag [3, 10]. En annan, växande grupp är multisjuka äldre i eget boende, som i en rad undersökningar visats ha en lika omfattande läkemedelsanvändning som äldre i särskilt boende [11–15].

Kan den ökande läkemedelsanvändningen bidra till en bättre hälsa för äldre?

Användningen av hjärt-kärlläkemedel har ökat särskilt påtagligt bland de äldre, däribland blodförtunnande, blodfettsänkande medel, beta-receptorblockerande medel, kalciumantagonister och ACE-hämmare (tabell 2).

Tabell 2. Största läkemedelsgrupperna bland äldre

De 15 största läkemedelsgrupperna bland äldre. Andel (procent) användare. Kvinnor och män 80 år och äldre, år 1995 och 2005

ATC	Läkemedelsgrupp	Kvinnor		Män	
		1995	2005	1995	2005
		Procent		Procent	
B01A	Blodförtunnande medel	20	40	24	50
C07A	Beta-receptorblockerande medel mot högt blodtryck mm.	9	34	7	36
C03C	Loop-diuretika, urindrivande	33	26	32	24
N05C	Sömnmedel	28	26	18	18
N02B	Lätta smärtstillande medel	30	22	25	14
C10A	Blodfettsänkande medel	0,6	14	0,7	20
B03B	Vitamin B12 och folsyra	16	17	18	15
N06A	Antidepressiva medel	6	18	2	11
C09A	ACE-hämmare, mot högt blodtryck mm.	4	12	4	18
C08C	Kalciumantagonister, kärlelektiva, mot högt blodtryck mm.	4	14	2	15
A02B	Medel vid magsår och matstrupskatarr	5	15	3	13
A06A	Laxermedel	18	14	15	11
C01D	Nitrater, mot kärlkramp i hjärtat	17	11	19	13
A12A	Kalcium	4	15	2	4
N02A	Opiater, mot svår smärta	14	12	9	8

Tabellen är sorterad efter användning år 2005

Källa: Giron, m.fl. [16] och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Flertalet av dessa läkemedel kan vara till stor nytta för äldre, om de används rätt. Tydliga exempel är beta-receptorblockerare och ACE-hämmare, som båda visats ha god effekt avseende både sjuklighet och överlevnad vid hjärtsvikt [17]. ACE-hämmare och kalciumantagonister har visat ett motsvarande resultat vid högt blodtryck [18]. Läkemedelsgruppen blodförtunnande medel utgörs till största delen (över 80 procent) av acetylsalicylsyra i låg dos. De har i en rad studier visat god förebyggande effekt mot blodpropp vid hjärtinfarkt eller efter stroke [18]. Det finns också övertygande belegg för att blodfettsänkande läkemedel har förebyggande effekter mot hjärt- och kärlsjukdom. Däremot har studier visat att det finns en begränsad nytta av att ge blodfettsänkare till äldre utan hjärt- och kärlsjukdom (så kallad primärprevention) [18].

Andra läkemedelsgrupper vars användning ökat markant är medel vid magsår och refluxsjukdom, (återkommande besvär av sura uppstötningar). Det beror på att de så kallade protonpumpshämmarna (Losec®, Lanzo®, Omeprazol m.fl.) har introducerats och visat sig vara effektiva för läkning av magsår, främst i tolvfingertarmen, och symtomatisk behandling av refluxsjukdom [19]. Men en stor andel patienter (minst hälften) med magbesvär av denna typ har varken magsår eller påtaglig reflux [19], vilket talar för att det idag kan förekomma en betydande överbehandling med dessa läkemedel.

Det har också blivit vanligare att medicinera med kalcium, som i kombination med D-vitamin har visats reducera risken för frakturer bland äldre kvinnor i institutionsboende. Samma effekt finns sannolikt också bland dem som har eget boende [20].

Antidepressiv behandling bland äldre har blivit mycket vanligare. För att behandla depression hos äldre rekommenderas i första hand medel ur gruppen SSRI [21], som också utgör den absoluta merparten av alla antidepressiva medel som förskrivs idag. Det finns dock en mycket begränsad dokumenterad effekt av läkemedelsbehandling mot depression bland personer över 80 år [21, 22]. Studier tyder på att antidepressiva medel ofta förskrivs till äldre utan en välgrundad och aktuell medicinsk indikation [23].

Kan den ökande läkemedelsanvändningen ha negativa effekter på äldres hälsa?

Upp till var femte äldre patient som läggs in på sjukhus blir inlagd på grund av läkemedelsbiverkningar enligt både svenska och internationella undersökningar [9]. Svenska studier har även visat att läkemedelsbiverkningar orsakar dubbelt så många inläggningar på sjukhus idag som under 1970-talet [24]. En anledning till detta kan vara att allt fler äldre uppnår hög ålder och lever med flera kroniska sjukdomar. En omfattande läkemedelsanvändning är emellertid också en betydande riskfaktor, eftersom den ökar sannolikheten för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och olämplig läkemedelsanvändning [25, 26].

Vissa läkemedel kan vara direkt olämpliga för äldre på grund av att de har högre känslighet för biverkningar. Hur många äldre som ändå behandlas med dessa läkemedel kan användas som ett mått på kvaliteten i läkemedelsförskrivning till äldre [27]. En undersökning i Jönköpings län (tabell 3) visade att kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen var omfattande bland äldre i särskilt boende. De bör, på grund av hög ålder, och i många fall även demenssjukdom och/eller multisjuklighet, beteck-

nas som en riskgrupp för biverkningar och andra problem med läkemedel [3].

Tabell 3. Läkemedelsanvändning bland äldre

Andel (procent) personer i särskilt boende i Jönköpings län som använder läkemedel med dosexpediting (ApoDos). Fyra av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. Personer 80 år och äldre, år 2002

Kvalitetsindikator	Vanligt sjukhem	Demens- boende
	Procent	
Antikolinerga medel	18,8	17,8
Långverkande bensodiazepiner	15,5	10,5
Tre eller fler psykofarmaka	23,3	32,4
Interaktion, klass D	7,7	5,1

Källa: Socialstyrelsen [3]

Läkemedel med antikolinerg effekt blockerar effekterna av signalsubstansen acetylkinolin och de omfattar bl.a. inkontinensmedel, det lugnande medlet Atarax® och den äldre typen av antidepressiva medel. Om dessa läkemedel används i stor utsträckning bland äldre tyder det på bristande kvalitet i läkemedelsbehandlingen. De kan orsaka förvirring hos äldre och bör därför i regel undvikas. Långverkande benzodiazepiner (lugnande medel) kan öka risken för förvirring och fallolyckor. Behandling med flera typer av psykofarmaka samtidigt innebär en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner och kan vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Läkemedelskombinationer som kan orsaka interaktioner av s.k. klass D, kan enligt FASS ”leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svåra att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas”.

Multisjuka äldre är en växande grupp som på grund av flera sjukdomar och symtom har en omfattande läkemedelsanvändning. På grund av sjuklighet och nedsatt organfunktion är dessa personer särskilt känsliga för läkemedel, och i särskilt stort behov av en läkemedelsbehandling av hög kvalitet. Flera studier under senare år har emellertid visat att många av dem har en omfattande läkemedelsanvändning – mellan 9 och 12 preparat per person – ofta med påtagliga kvalitetsbrister [11–15].

Socialstyrelsen genomförde en registerbaserad studie av läkemedelsanvändningen bland multisjuka äldre i Sverige år 2005 [5]. De multisjuka hade i genomsnitt 9 läkemedel per person, jämfört med 5 bland övriga äldre. Det var betydligt vanligare med kvalitetsbrister bland de multisjuka än bland övriga (tabell 4). Det var framför allt vanligare att multisjuka fick tre eller fler psykofarmaka och att de fick läkemedelskombinationer som kan medföra allvarliga interaktioner av klass D.

Tabell 4. Läkemedel bland multisjuka och övriga

Andel (procent) personer bland multisjuka och bland övriga personer med förskrivna läkemedel inom fyra av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. Personer 80 år och äldre, år 2005

Kvalitetsindikator	Multisjuka	Övriga
	Procent	
Antikolinerga medel	10,6	6,4
Långverkande bensodiazepiner	7,5	5,2
Tre eller fler psykofarmaka	12,5	5,3
Interaktion, klass D	9,2	4,2

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen [5]

Läkemedelsbehandling efter behov – sociala och ekonomiska faktorer

Läkemedelsbehandling ska i första hand baseras på behov och inte på andra faktorer såsom patientens ekonomi, utbildning, födelseland eller kön. Lågutbildade använder mer läkemedel än högutbildade [28, 29] och detta stämmer överens med att sjukdomsbördan är tyngre bland lågutbildade [30]. Det finns dock exempel på att läkemedelsbehandling inte alltid är jämlik. Blodfettssänkande läkemedel [31] och östrogen [29, 32] används exempelvis i större utsträckning i grupper som är bättre gynnade i socioekonomiskt hänseende. Ett annat exempel är läkemedel mot demens som är vanligare bland högutbildade än lågutbildade [33], trots att förekomsten av demens är större bland de lågutbildade [34].

Figur 3 visar på vilket sätt socioekonomiska och demografiska faktorer kan påverka befolkningens läkemedelsanvändning. Även om olika befolkningsgrupper har en liknande sjukdomsbörda kan deras benägenhet att söka vård variera. Detta leder

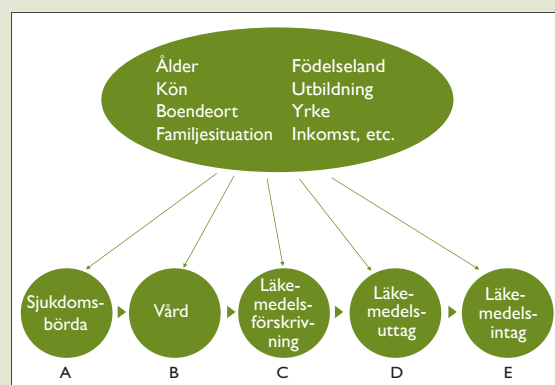
till att en del grupper inte kommer till sjukvården och följaktligen inte får läkemedel utskrivna vid behov (figur 3, punkt B). Till exempel utnyttjar lågutbildade personer och ej facklärd arbetare vården i mindre utsträckning än övriga grupper (i förhållande till sina underliggande behov) [35, 36].

När en person kommer till sjukvården verkar det förekomma skillnader i hur läkemedel skrivs ut (figur 3, punkt C). Förväntningar och kunskap, som beror på patientens utbildningsnivå, verkar ha viss betydelse för läkarens beslut att förskriva ett läkemedel. Patientens begäran om att få ett visst läkemedel har också betydelse [37].

Studier från USA, Kanada och Irland visar att socialt sämre lottade grupper i samhället får nyare och dyrare läkemedel i lägre grad [38–40]. De får istället farliga läkemedel och skadliga kombinationer av läkemedel i större utsträckning [41]. I viss mån gäller detta även för svenska förhållanden. I Socialstyrelsens analyser av läkemedelsanvändning ett till två år efter vård på sjukhus uppvisar högutbildade personer år 2005 en högre användning av modernare och dyrare typer av läkemedel vid såväl kronisk obstruktiv sjukdom (KOL), som hjärtsvikt och stroke [42]. Personer födda utanför EU, som vårdats för hjärtinfarkt, får i jämförelse med svenskfödda ofta för lite av de rekommenderade läkemedlen efter det att de skrivits ut från sjukhuset (tabell 5) [43]. En lägre användning av rekommenderade läkemedel verkar förekomma bland födda utanför EU även efter vård för hjärtsvikt, stroke och KOL [42]. Vidare visar studier av äldre i Sverige (75 år och äldre) att lågutbildade i något högre grad än högutbildade använder många läkemedel samtidigt (fem eller fler, respektive tio eller fler). De får även i högre utsträckning olämplig läkemedelsbehandling definierat enligt de kvalitetsindikatorer

Figur 3. Modell över läkemedelsanvändning

Modell över hur demografiska och socioekonomiska faktorer kan relateras till läkemedelsanvändning



Källa: Ringbäck Weitoft G, Rosén M, Ericsson Ö, Ljung R. [29]

rer som Socialstyrelsen tagit fram (tabell 3) [44], och använder mer sällan de nya läkemedel som finns på marknaden [45].

Analyserna baseras på uppgifter från Läkemedelsregistret som inrättades den 1 juli, 2005. Registret omfattar bara uppgifter om förskrivna och uttagna läkemedel, inte de läkemedel som förskrivits men inte tagits ut. Studierna kan därför inte svara på om den lägre läkemedelsanvändningen beror på läkares underförskrivning (figur 3, punkt C) eller på att patienten inte tar ut sina läkemedel (figur 3, punkt D).

Tabell 5. Betablockerare, statin eller ACE-hämmare efter hjärtinfarkt

Över och underrisker (oddskvoter) för att ha hämtat ut statin eller ACE-hämmare på apotek år 2005 efter att ha haft hjärtinfarkt under perioden 2003–2004. Folkbokförda personer i Sverige, efter födelseland

Läkemedel	Födelseland	Oddskvot
Betablockerare	Sverige	1,0 (jämförelsegrupp)
	Nordiska länderna	0,90 (0,79–1,02)
	EU25-länderna	0,79 (0,67–0,93)
	Övriga världen	0,72 (0,63–0,83)
Statin	Sverige	1,0 (jämförelsegrupp)
	Nordiska länderna	0,82 (0,73–0,93)
	EU25-länderna	0,79 (0,67–0,93)
	Övriga världen	0,75 (0,65–0,86)
ACE-hämmare	Sverige	1,0 (jämförelsegrupp)
	Nordiska länderna	1,04 (0,93–1,16)
	EU25-länderna	0,95 (0,82–1,10)
	Övriga världen	0,76 (0,67–0,86)

I analyserna har hänsyn tagits till ålder, kön, utbildning, diabetes och stroke

Källa: Ringbäck Weitoft, Ericsson Ö, Löfroth E, Rosén M [43]

Förskrivet, uthämtat, använt

I Sverige har vi goda kunskaper om den mängd receptförskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek. Däremot vet vi mindre om hur mycket som förskrivs, (figur 3, punkt C) men som aldrig hämtas ut, eller hur mycket som hämtas ut men aldrig används (figur 3, punkt E). Studier har visat att patienter inte alltid följer den läkemedelsbehandling de blivit ordinerade, främst vid kroniska sjukdomar [46]. Patientens attityd har betydelse – en skeptisk inställning, rädsla för biverkningar och en allmän motvilja mot läkemedel medför att patienten följer läkemedelsordinationen i lägre grad [47, 48]. Patienter som inte följer sin behandling kostar samhället stora summor [49].

Sedan läkemedelssystemet ändrades år 1997 får patienten betala en större andel av läkemedelskostnaden än tidigare [50]. I dag innebär högkostnadsskyddet att patienternas samlade utgifter under en tolv månaders period maximalt kan uppgå till 1 800 kronor. Trots högkostnadsskyddet förekommer det dock att patienter av ekonomiska skäl avstår från att hämta ut receptförskrivna läkemedel.

Tabell 6. Avstått från att hämta ut läkemedel

Andel (procent) personer inom respektive befolkningsgrupp som avstått från att hämta ut läkemedel på recept samt andel av dessa som uppgivit ekonomiska skäl som främsta orsak, år 2005

Befolkningsgrupper		Avstått från att hämta ut läkemedel	Därav de som avstått främst av ekonomiska skäl
		Procent	
Kön	Kvinnor	3,5	39
	Män	2,5	32
Ålder (år)	20–54	3,8	40
	55–64	2,7	32
	65–74	1,7	23
	75+	1,4	15
Hushållstyp	Ensamstående utan barn	4,0	41
	Ensamstående med barn	8,4	51
	Sammanboende utan barn	1,8	19
	Sammanboende med barn	2,8	36
Sysselsättning	Anställd, alla	3,0	33
	Företagare/jordbrukare	1,6	25
	Studerande	3,2	29
	Arbetslös	5,8	67
	Pensionär	1,5	16
	Förtidspensionär	7,1	54
Utbildning	Grundskola	3,5	41
	Gymnasium	3,7	43
	Högskola	2,4	23
Födelseland	Sverige	2,9	35
	Övriga länder	3,9	44
Disponibel inkomst per KE* (kronor)	50 000–99 000	5,4	49
	100 000–149 000	3,9	48
	150 000–200 000	2,7	27
	200 000 eller mer	1,8	16
Andra grupper	Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd	6,6	68
	Personer med sjukersättning	7,3	37
	Personer med frikort för sjukvård	3,0	37
	Personer med frikort för läkemedel	4,2	44
Utgifter för läkemedel (kronor)	Ingen utgift	1,0	8
	I–400	2,8	15
	401–900	5,3	35
	901–1 300	4,7	43
	1 301–1 800	4,5	52
	1 801 eller mer	8,3	41
Samtliga		3,0	37

*KE = konsumtionsenhet. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet är lika med hushållets disponibla inkomst dividerat med antal hushållsmedlemmar där olika personer tillskrivs olika vikt. Syftet är att kunna jämföra hushåll med olika storlek och sammansättning.

Källa: Hushållens ekonomi (HEK), SCB

Under år 2005 uppgav 3 procent i den vuxna befolkningen, 3,5 procent kvinnor och 2,5 procent män, att de låtit bli att hämta ut förskrivna läkemedel (tabell 6). Av dessa uppgav nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 30 procent av männen att de inte hade råd som främsta skäl. Av hela befolkningen var det 1,4 procent bland kvinnorna och 0,8 procent bland männen som avstått från att hämta ut läkemedel främst av ekonomiska skäl. Dessa siffror kan inte jämföras med dem som tagits fram för tidigare år då andelarna låg på mer än 3 procent, eftersom de frågor som ställdes till intervjupersonerna inte är helt jämförbara över tid [50].

Vissa grupper i befolkningen avstod från läkemedel i högre grad än andra (tabell 6). Kvinnor avstår i högre grad än män, yngre mer än äldre, och bristande ekonomi är den främsta orsaken till att avstå, ett förhållande som även gäller bland personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige. Grupper, där den största andelen avstått från läkemedel, är framför allt ensamstående med barn, arbetslösa, förtidspensionärer, personer med sjukersättning, socialbidrag och de som har höga utgifter för läkemedel.

För dessa grupper har bristande ekonomi en avgörande betydelse för beslutet att avstå läkemedel. Ensamstående med barn (som oftast är kvinnor eftersom de flesta barn folkbokförs med sina mödrar när föräldrarna inte bor tillsammans), är en av de grupper som oftast avstår från att hämta ut läkemedel. De avstår närmare tre gånger så ofta som befolkningen som helhet. Sambandet med disponibel inkomst är tydligt och andelen som både avstår och uppger ekonomin som främsta orsak stiger med sjunkande inkomst (tabell 6).

Sambanden mellan hushållets ekonomi och benägenheten att avstå från läkemedel bekräftas av annan svensk forskning. Forskningen visar att det finns ett tydligt samband mellan graden av socioekonomiskt ogynnsamma förhållanden (i detta fall ett index som baseras på om individen har socialbidrag, är arbetslös, har ekonomisk kris eller saknar kontantmarginal) och att avstå från att hämta ut förskrivna läkemedel – även efter att hänsyn tagits till kronisk sjukdom, ensamboende, riskfylld livsstil samt lågt förtroende för vården [51].

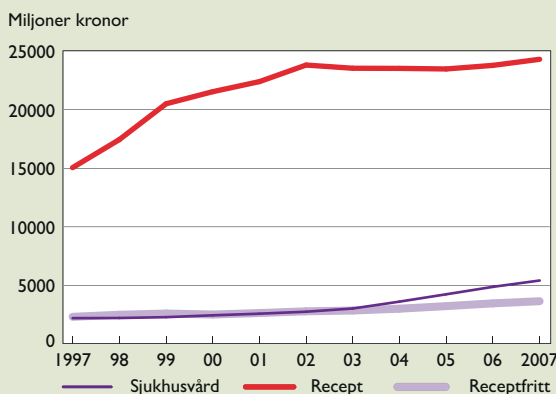
Läkemedelskostnader

Kostnaderna för läkemedel på recept ökade med cirka 10 procent per år under perioden år 1986–2002. Därefter har ökningen gått långsammare. Det beror på att reglerna för läkemedelsförmånerna har ändrats, främst införandet av generiskt utbyte av läkemedel (figur 4).

Det är inte nödvändigtvis så att de läkemedel som används av störst antal personer står för de största kostnaderna. Antibiotika används av många men behandlingstiden är i allmänhet kort och den totala mängden läkemedel blir därmed ganska liten. Då blir också kostnaderna förhållandevis låga. Kostnaderna blir större för läkemedel som används under lång tid för mer kroniska tillstånd, exempelvis läkemedel för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom och läkemedel mot astma, diabetes och depressioner.

Figur 4. Läkemedelskostnader

Läkemedelskostnader i miljoner kronor (justerat för infektioner) inom slutenvård samt för receptbelagda och receptfria läkemedel, perioden 1997–2007



Landstingen bekostar läkemedel i sjukhusvård. För läkemedel på recept står landstingen genom högkostnadsskyddet för cirka 79 procent av kostnaderna, de resterande 21 procenten är patienternas egenavgifter.
Källa: Apoteket AB

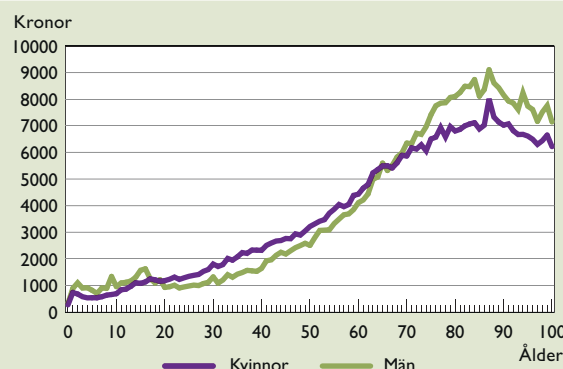
Den totala läkemedelskostnaden är högre för kvinnor än för män. Detta beror till stor del på att det finns fler kvinnor än män i de äldsta åldersgrupperna där läkemedelskonsumtionen är högst. Skillnaderna mellan män och kvinnor i läkemedelsanvändning leder också till skillnader i kostnader per person (figur 5). Kostnaderna per person är högre för män utom i de åldersgrupper där många kvinnor använder p-piller eller östrogenpreparat. Män har också högre kostnader än kvinnor, uppdelat per läkemedelsanvändare: 4 135 kronor mot 3 683 kronor. Det beror delvis på att dyra läkemedel mot blödarsjuka framför allt används av män, medan p-piller som kvinnor använder är billiga. Om p-piller och läkemedel mot blödarsjuka elimineras från jämförelsen minskar skillnaden i kostnad per patient från 452 till 319 kronor.

Inom vissa, men inte alla, läkemedelsgrupper finns det även en viss tendens att välja dyrare läkemedel till män [8]. Skillnaden i läkemedelskostnad mellan könen kan dock inte direkt användas som grund för att bedöma kvaliteten i behandlingen. En bedömning av skillnader i mäns och kvinnors läkemedelsbehandling kräver en utredning inom varje enskilt terapiområde. Detta faller utanför ramen för detta kapitel men diskuteras i en tidigare rapport från Socialstyrelsen [8].

Läkemedel vid hjärt- och kärlsjukdom (ATC-grupp C+B01AC) var år 2007 den läkemedelsgrupp som stod för de största kostnaderna, 3,7 miljarder kronor. Den genomsnittliga årskostnaden per patient (här: person som under året hämtat ut läkemedel) var 1 715 kronor för kvinnor och 2 062 kronor för män. För läkemedel vid astma och andra luftvägssjukdomar (ATC-grupp R03) var kostnaden 1,6 miljarder kronor, med en genomsnittlig årskostnad per patient på 2 199 kronor för män och 2 417 kronor för kvinnor.

Figur 5. Kostnad för läkemedel på recept

Kostnad* per person och år för läkemedel på recept uthämtade på apotek, år 2007



*Med kostnad avses läkemedelsförmånskostnad och patientens egenavgift
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Den sammanlagda kostnaden för cancerläkemedel på recept var 1,1 miljarder kronor. När det gäller receptförskrivna läkemedel mot cancer skiljer sig årskostnaden per patient påtagligt mellan könen, 13 903 kronor för män och 5 679 kronor för kvinnor. Orsaken till denna skillnad är den kotsamma behandlingen av prostatacancer. Om läkemedel mot prostatacancer (som också används mot endometriosis hos kvinnor) elimineras från jämförelsen blir kostnaden per patient 4 685 kronor för män och 5 222 kronor för kvinnor. En stor del av cancerbehandlingen äger rum i samband med sjukhusvård där kostnaden för cancerläkemedel var 1,4 miljarder kronor år 2007.

Bland de dyraste läkemedlen finns även några som används av små patientgrupper men som är extremt dyra. Det gäller bl.a. läkemedel mot blödersjuka (genomsnittlig årskostnad per patient 1,4 miljoner kronor för män), multipel skleros (98 955 kronor per patient för kvinnor) och reumatiska sjukdomar (89 076 kronor per patient för män, 81 891 för kvinnor).

Får vi de nya läkemedel vi vill ha?

Nya läkemedel är ofta dyrare än de äldre inom samma terapiområde, men kan genom nya och bättre behandlingsmöjligheter inte bara lindra patienternas lidande utan även minska samhällets sjukvårdskostnader genom att minska behovet av annan sjukvård. Under de senaste tjugo åren har det kommit en hel del nya läkemedel, som är avsedda att förebygga allvarliga sjukdomar. Ett välkänt exempel är de så kallade statinerna som sänker förhöjda blodfetter. Det har även introducerats ett antal läkemedelsteknologiskt avancerade läkemedel som inom sina terapiområden har inneburit nya behandlingsmöjligheter för ett mer begränsat antal patienter. Dessa läkemedel är ofta

mycket dyra, t.ex. vissa nya cancerläkemedel, de s.k. biologiska läkemedlen mot reumatoid artrit samt läkemedel mot hiv. Det har även kommit nya läkemedel mot andra stora folkhälsoproblem såsom depressioner och fetma.

En läkemedelsgrupp där det inte har hänt så mycket på senare år är antibiotika. Det finns dock ett stort behov av nya läkemedel mot infektioner på grund av att alltfler bakterier blir resistenta mot de antibiotika som används i dag [52]. Behovet av nya läkemedel mot infektioner har även betonats i en rapport från WHO [53].

Utvecklingen av nya läkemedel styrs till stor del av ekonomiska faktorer. Det är därför inte förvånande att de flesta nya läkemedel utvecklas inom terapiområden där det finns ett stort antal patienter, där medicineringen är kontinuerlig, kanske livslång, eller där de medicinska vinsterna med ny behandling är så stora att priset på läkemedlet kan sättas mycket högt.

När det gäller antibiotika, som botar infektionen med en kortvarig behandling, finns det inte lika stora förtjänstmöjligheter. Därför är utvecklingen av nya läkemedel inom denna läkemedelsgrupp inte lika intensiv. Det har framförts olika förslag på hur läkemedelsföretagen skulle kunna stimuleras att intensifiera utvecklingen av bl.a. antibiotika. Det kan till exempel innebära att begränsa kraven på dokumentation när nya väldigt angelägna läkemedel ska godkännas, eller att förändra patentreglerna så att patenttiden börjar räknas först när läkemedlet har uppnått en viss försäljningsvolym [54].

Referenser

1. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ (Clinical research ed)*. 1997 Oct 25;315(7115):1096–9.
2. Socialstyrelsen. *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag*. Stockholm: 2003. Kunskapsöversikt.
3. Socialstyrelsen. *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. En tillämpning av kvalitetsindikatorer för analys av läkemedelsanvändningen hos äldre med dosexposition på kommunala äldreboenden i ett svenskt län*. Stockholm: 2004. Lägesbeskrivning.
4. Socialstyrelsen. *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Stockholm: 2004. Uppföljningar och utvärderingar.
5. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: 2007. Lägesrapport 2006.
6. Sabaté E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.
7. Simoni-Wastila L. Gender and psychotropic drug use. *Medical care*. 1998 Jan;36(1):88–94.
8. Socialstyrelsen. *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: 2004. Uppföljningar och utvärderingar.
9. Fastbom J. *Äldres läkemedel*. Stockholms Läns Landsting. Forum för kunskap och gemensam utveckling, 2005. Fokusrapport från Medicinskt programarbete.
10. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. *Läkartidningen*. 2004 Mar 11;101(11):994–9.
11. Gurner U. *Dirigent saknas!* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001. Rapporter 2001:6.
12. Gurner U, Fastbom J. *Vaxholm 1:an. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm. 22 fallstudier av multisjuka 75+*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2002. Rapporter 2002:2.
13. Gurner U, Fastbom J. *Vi har inte tid – Ring akuten!* Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, 2004. Rapporter 2004:1.
14. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. *Styckevis och delt. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting, 2006. Revisionsrapport.
15. Gurner U, Thorslund M. *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre: om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och Kultur; 2003. s. 144–171.
16. Giron MT, Claesson C, Thorslund M, Oke T, Winblad B, Fastbom J. Drug use patterns in a very elderly population. A seven-year review. *Clinical Drug Investigation*. 1999 1 May;17(5):389–98(10).
17. Läkemedelsverket. *Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt. Behandlingsrekommendation*. Stockholm: 2006. Information från Läkemedelsverket 1:2006.
18. Läkemedelsverket. *Förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Behandlingsrekommendation*. Stockholm: 2006. Information från Läkemedelsverket 3:2006.
19. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Ont i magen – metoder för diagnos och behandling av dyspepsi*. Stockholm: 2000. SBU rapport 150.
20. Läkemedelsverket. *Behandling av osteoporos. Behandlingsrekommendation*. Stockholm: 2007. Information från Läkemedelsverket 4:2007.

21. Läkemedelsverket. *Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre. Behandlingsrekommendation*. Stockholm: 2004. Information från Läkemedelsverket 5:2004.
22. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: 2004. SBU Rapport 166:1(2).
23. Fastbom J, Schmidt I. Brister vid depressionsbehandling hos äldre på sjukhem i Stockholm. Diagnos ställs på lös grund, uppföljning görs sällan. *Läkartidningen*. 2004 Nov 11;101(46):3683–8.
24. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. *Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting. FORUM för Kunskap och Gemensam Utveckling, 2005. Fokusrapport från Medicinskt programarbete.
25. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Am Geriatr Soc*. 1988;36(2):142–9.
26. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Aug;52(8):1349–54.
27. Socialstyrelsen. *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
28. Nielsen MW, Gundgaard J, Hansen EH, Rasmussen NK. Use of six main drug therapeutic groups across educational groups: self-reported survey and prescription records. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2005 Jun;30(3):259–69.
29. Ringbäck Weitoft G, Rosén M, Ericsson Ö, Ljung R. Education and drug use in Sweden – a nationwide register-based study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2008;17:1020–8.
30. Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 Feb;83(2):92–9.
31. Thomsen RW, Johnsen SP, Olesen AV, Mortensen JT, Boggild H, Olsen J, et al. Socioeconomic gradient in use of statins among Danish patients: population-based cross-sectional study. *British journal of clinical pharmacology*. 2005 Nov;60(5):534–42.
32. Lawlor DA, Smith GD, Ebrahim S. Socioeconomic position and hormone replacement therapy use: explaining the discrepancy in evidence from observational and randomized controlled trials. *Am J Public Health*. 2004 Dec;94(12):2149–54.
33. Johnell K, Ringbäck Weitoft G, Fastbom J. Education and use of dementia drugs: a register-based study of over 600,000 older people. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2008;25(1):54–9.
34. Karp A, Kåreholt I, Qiu C, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. *American journal of epidemiology*. 2004 Jan 15;159(2):175–83.
35. Haglund B, Köster M, Nilsson T, Rosén M. Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2004 Dec;38(6):334–9.
36. Haglund B, Rosén M. Sprickor i välfärdsmuren. Lågutbildade missgynnas i vården. *Läkartidningen*. 1996 Oct 16;93(42):3672, 5–7.
37. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. *Family practice*. 2003 Feb;20(1):61–8.
38. Mamdani MM, Tu K, Austin PC, Alter DA. Influence of socioeconomic status on drug selection for the elderly in Canada. *The Annals of pharmacotherapy*. 2002 May;36(5):804–8.

39. Opolka JL, Rascati KL, Brown CM, Gibson PJ. Ethnicity and prescription patterns for haloperidol, risperidone, and olanzapine. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2004 Feb;55(2):151–6.
40. Vaccarino V, Rathore SS, Wenger NK, Frederick PD, Abramson JL, Barron HV, et al. Sex and racial differences in the management of acute myocardial infarction, 1994 through 2002. *The New England journal of medicine*. 2005 Aug 18;353(7):671–82.
41. Odubango E, Bennett K, Feely J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly – a population based study. *British journal of clinical pharmacology*. 2004 Nov;58(5):496–502.
42. Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvård*. Stockholm: 2008. Lägesrapport 2007.
43. Ringbäck Weitoft G, Ericsson Ö, Löfroth E, Rosén M. Equal access to treatment? Population-based follow-up of drugs dispensed to patients after acute myocardial infarction in Sweden. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2008;64(4):417–24.
44. Haider S, Johnell K, Ringbäck Weitoft G, Thorslund M, Fastbom J. The influence of educational level in polypharmacy and inappropriate drug use? a register-based study of over 600,000 older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57: 62–9.
45. Haider S, Johnell K, Ringbäck Weitoft G, Thorslund M, Fastbom J. Patient educational level and use of newly marketed drugs: a register-based study of over 600,000 older people. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2008; 64(12): 1215–22.
46. Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II). *Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna. Professionernas roll*. Stockholm: Landstingsförbundet; 2001. Tillgänglig från: www.lf.se/lakemedel.
47. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social science & medicine (1982)*. 2005 Jul;61(1):133–55.
48. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003 Oct 11;327(7419):837.
49. Krigsman K, Melander A, Carlsten A, Ekedahl A, Nilsson JL. Refill non-adherence to repeat prescriptions leads to treatment gaps or to high extra costs. *Pharmacy World & Science*. 2007 Feb;29(1):19–24.
50. Socialstyrelsen. *Vilka avstod från läkemedel år 2000? – orsaker och konsekvenser*. Stockholm: 2002. Uppföljningar och utvärderingar.
51. Wamala S, Merlo J, Bostrom G, Hogstedt C, Agren G. Socioeconomic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Jun;19(3):134–40.
52. Tickell S. *The antibiotic innovation study: Expert voices on a critical need*. React – Action on Antibiotic Resistance, 2005. November.
53. Kaplan W, Laing R. *Priority medicines for Europe and the world*. Geneva: World Health Organisation. Department of Essential Drugs and Medicines Policy, 2004.
54. Bark C. Samhället måste ta ett ökat ansvar för läkemedelsutvecklingen (intervju med Otto Cars). *Sjukhusläkaren*. 2005(1).

Sakordsregister

Abort 78, 79, 262, 272–274, 283, 348
 aborttal 272, 273
 medicinsk abort 274
 ACE-hämmare 429, 430
 Ackulturation 380
 ADL-förmåga 152, 153
 Afrika 226, 265
 Aggressivitet 183, 355
 Akne 426
 Alkohol 23, 35, 38, 64, 70–72, 74, 89–91, 104, 105, 107, 113, 114, 116, 124, 130, 134, 146, 175, 226, 244, 247, 252, 271, 276, 298, 301, 311–327, 329, 350, 352, 354, 362, 380
 konsumtion 70, 90, 91, 104, 127, 130, 166, 175, 214, 217, 230, 231, 234, 249, 271, 276, 311–327, 354, 355
 missbruk 197, 214, 312, 314, 319, 320, 321, 331, 354, 380
 sjukdomar 116, 377, 380
 Allergi 48, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397
 astma 48, 206, 303, 304, 355, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397
 eksem 48, 355, 391, 392, 397
 hösnuva 48, 391, 392, 393, 394, 395
 kontakt 397
 kost 393, 394
 kvalster 395
 mikrober 391, 395, 396
 nickel 397
 pälsdjur 397
 pollen 48, 391, 392
 råd 396
 Allergier 381, 404, 426, 435, 436
 Alzheimers sjukdom 164
 Amning 127
 Aneurysm 217, 218
 Anorexi 95, 233
 Antibiotika 49, 263, 265, 396, 403, 404, 406, 426, 427, 435, 437
 resistens 403, 404, 406

- Antidepressiva 105, 186, 427, 430, 431
 Arbetsförmåga 37, 80, 113, 137, 141, 182, 375, 382
 Arbetskador 114, 142
 Arbetslöshet 100, 103, 107, 138, 226, 339, 350, 352, 384, 409, 435
 Arbetsmarknad 38, 97, 98, 99, 100–103, 115, 138, 139, 141, 182, 188, 191, 231, 384, 386
 Arbetsmiljö 32, 102–104, 114, 132, 134, 139, 141, 143, 189, 194, 195, 231, 384, 418
 Arbetsmiljöverket 141, 143
 Artros 205, 206
 Asiaten 404, 405
 Asien 28, 71, 226, 326, 405
 Indien 305
 Irak 374
 Iran 374
 Japan 17, 63, 229, 305, 348
 Kina 292, 305
 Laos 383
 Mellanöstern 226, 380, 381
 Assisterad befruktning 46, 270
 Astma 48, 206, 303, 304, 355, 391–397, 435, 436
 riskfaktorer 51, 90, 221, 298, 301, 303, 304, 307, 391, 392, 394, 395
 Asylsökande 373, 374, 375, 381, 382, 383, 386
 Australien 382, 383
 Autoimmuna sjukdomar 160, 396, 437

 BAMSE- studien 393, 395
 Barn 21, 22, 37, 38, 41–68, 79, 84, 85, 89–91, 93, 103, 126, 127, 134, 137, 146, 184, 191, 201, 211, 212, 229, 232, 233, 243, 244, 247, 249, 254–256, 261, 262, 266, 269–273, 277, 280, 283, 298, 299, 311, 317, 319, 325, 339, 340 341, 343, 345, 347, 350, 351, 355, 356, 357, 362, 364, 365, 375, 377–386, 391–396, 401–404, 409–411, 418, 422, 423, 426, 435
 Barnafödande 116, 126
 Barnlöshet 46, 261, 268, 270
 Barn- och ungdomspsykiatrisk vård 383
 Barnomsorgen 401
 Barnvacciner 49, 404
 Benskörhet 155, 165, 166, 253, 301, 303
 Blekinge 274, 300
 Blodfetter 35, 182, 201–205, 211, 212, 214, 215, 221, 226–228, 230, 232, 245, 246, 253, 254, 301, 423, 427, 429, 430, 437
 Blodförtunnande medel 430
 Blodsocker 182, 184, 202–205, 211, 212, 215, 217, 226–228, 230, 246, 253, 254, 423
 Blodtryck 37, 50, 168, 201–206, 212–216, 218, 221, 224, 226–234, 245, 253, 254, 271, 427
 BMI 94, 173, 205, 207, 208, 210, 211, 215, 216, 228, 233, 271
 Brottsförebyggande rådet 340–342, 344, 351, 360, 362, 365, 366
 Buller 134, 143
 Bältros 404
 Blödarsjuka 436, 437

 Cancer 20, 21, 23–26, 41, 51, 55, 56, 63, 71, 77, 113, 116–120, 122, 124, 127, 145, 147, 149, 168, 169, 207, 245, 246, 253, 268, 292, 301, 303, 377–380, 426, 437
 äggstockscancer 118
 ändtarmscancer 119, 145, 168, 169, 171
 bröstcancer 28, 113, 118, 119, 124, 126, 127, 145, 168, 169, 171
 cancer i luftstruben 301
 cancer i matstruben 301
 hjärntumör 77
 levercancer 301
 livmoderhalscancer 35, 118, 119, 261, 268, 269, 404

- lungcancer 23, 24, 28, 38, 118, 119, 145, 146, 168, 169, 171, 291, 292, 300–303, 305, 307
 lymfsystemet 77
 magcancer 378, 380
 prostatacancer 118, 119, 145, 147, 153, 168, 169, 171, 207, 301, 437
 testikelcancer 77, 119
 tjocktarmscancer 119, 301, 380
 Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 90
 Demens 145, 147, 151, 160, 161, 163–165, 177, 215, 223, 425, 432
 Alzheimer 164
 Demografiska faktorer 432
 Depression 35, 49, 50, 69, 86, 95, 96, 105, 124, 146, 160–163, 181, 183, 186, 195, 197, 205, 223, 231, 253, 271, 303, 312, 321, 350, 382, 418, 427, 430, 435, 437
 Diabetes 37, 45, 164, 168, 181, 183, 201, 202–204, 205, 206, 207, 211–217, 224, 226–234, 244–246, 253, 254, 271, 312, 322, 324, 396, 414, 422, 423, 426, 435
 barn och ungdomar 381
 graviditetsdiabetes 212, 226, 271
 Internationella Diabetesfederationen 229
 Nationella Diabetesregistret 227
 typ 1-diabetes 230, 396
 typ 2-diabetes 50, 202, 203, 212, 215, 226–230, 246, 253, 423
 Dialys 226
 Diskriminering 262, 277, 351, 374, 376, 377, 384, 386
 Divertikulit 379
 D-vitamin 166, 430
 ECDC 406
 Ensamstående 59, 60, 63, 114, 134, 137, 146, 161, 177, 178, 270, 298, 299, 325, 339, 345, 350, 351, 409, 413, 435
 med barn 413, 435
 utan barn 134
 Epidemi 393, 405, 406
 Etnicitet 352
 EU 74, 311, 315, 317, 326, 355, 365, 401, 406, 407, 425
 Europa 18, 63, 64, 178, 226, 233, 244, 248, 255, 292, 305, 307, 311, 317, 326, 327, 329, 331, 375–380, 384, 386, 413
 Balkan 226
 Bulgarien 178
 Frankrike 233, 234, 276, 307, 329, 331, 356
 Grekland 234
 Irland 178, 307, 317, 329, 392, 432
 Jugoslavien 374, 380
 Lettland 178, 233
 Litauen 178
 Nordeuropa 384
 Östeuropa 226, 233, 374, 376
 Polen 226, 307
 Ryssland 233, 307
 Sardinien 381
 Storbritannien 178, 229, 234, 265, 276, 294, 307, 317, 325, 331, 392, 393
 Sydeuropa 17, 374, 379
 Turkiet 226, 374, 376
 Tyskland 234
 Ungern 178
 Västeuropa 233, 261, 266, 267, 270
 Fattigdom 384
 Fertilitet 301
 Fettsyror 232, 245, 249
 Flyktingar 374, 376, 378, 381, 382, 383, 384, 386
 Flyktingbarn 381, 382
 FN 42, 355, 358, 407

- Folkhälsoinstitutet 86, 207, 210, 213, 228, 229, 233, 248, 254, 255, 263, 277, 324, 325, 343, 384, 419, 420
- Folkhälsoinstitutets nationella enkät 86, 207, 210, 213, 229, 248, 255, 277, 300, 314, 319, 321, 413, 420
- Foster 45, 47, 51, 127, 212, 271, 272, 298, 325, 395
- Funktionshinder 36, 153, 357, 378, 386, 414, 415
- Fysisk aktivitet 33, 61–64, 92, 104, 105, 114, 127, 131, 146, 155, 166, 172, 182, 202–204, 212, 214, 221, 226, 227, 230–233, 243, 244, 248, 253–256, 303, 394
- Fågelinfluensa 405
- Födelseland 70, 381, 432
- Fönstertittarsjuka 168
- Förklaring 223
- Förlossning 122, 124, 127, 159, 261, 262, 266, 271
- Förmaksflimmer 218
- Förtidspension 182
- Förvärvsarbetande 113–115, 118, 119, 122, 124, 131, 137, 139, 142, 143, 181, 182, 184, 191, 194, 195, 197
- Företagare 84
- Förklaring 47
- Förlossning 41, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 59, 63
- Förtidspension 45, 99
- Förvärvsarbetande 32, 33
- Genetik 146, 214, 226, 264, 381, 394
- Genus 106, 352
- Gikt 206
- Glykemiskt index 246, 247, 250, 251, 252
- Gotland 300
- Grå starr 158, 417, 422
- Graviditet 41, 43–51, 59, 78, 79, 122, 124, 127, 212, 226, 261, 262, 266–274, 277, 280–283, 291, 298, 325, 348, 380, 395–397
- tonårsgraviditet 48, 262
- Gymnasiet 70, 91, 97–100
- Gynekologiska sjukdomar 124
- Göteborg 74, 161, 211, 217, 249, 282, 319, 365, 383
- H5N1 405
- Halland 300
- HBT-personer 358
- Hemlösa 401, 409, 415
- Hemlöshet 351
- Hemtjänsten 146, 176, 178
- Hiv/aids 263, 265–268, 276, 277, 281, 282, 331, 373, 378, 386, 401, 402, 404, 437
- Hjärnhinneinflammation 63, 404
- Hjärnskada 163
- Hjärtinfarkt 134, 145, 168, 201, 202, 217–223, 226, 231, 233, 247, 301, 307, 425, 430, 432
- Hjärt- och kärlsjukdomar 20, 21, 23, 25, 26, 35, 37, 38, 42, 45, 61, 113, 116, 122, 124, 145, 147, 149, 164, 167, 168, 181, 183, 201–242, 244–246, 249, 253, 254, 291, 301–303, 305, 312, 320, 322, 324, 333, 426, 427, 430, 435, 436
- riskfaktorer 35, 37, 42, 45, 50, 61, 62, 64, 84, 93, 94, 114, 127, 130, 131, 132, 134, 146, 164, 168, 173, 176, 182, 183, 201–242, 243, 244, 245–247, 249, 251, 253, 254, 255, 270, 271, 301, 322, 323, 394, 423, 426, 427, 430, 437
- Hjärtsvikt 168, 217, 218, 222, 247, 425, 430, 432
- Homo- och bisexuella 262, 277, 278
- Hot 342
- Hongkonginfluensan 404
- Hygien 402, 403
- Hälsodataregister 62
- Höftfraktur 155, 165, 166

- Hörsel 157, 158, 417–419
Hörselnedsättning 301, 418, 419
- IHR 407
Immigration 266, 272, 381, 383, 386
Immunförsvaret 63, 245, 249, 396
Individualisering 96
Infektionssjukdomar 47, 48, 49, 51, 59, 63, 72, 183, 262, 263, 276, 281, 350, 378, 386, 391, 395, 396, 401–407, 414, 426, 427, 437
bältros 404
EHEC 396
helicobacter pylori 378
hepatit B 49, 331, 373, 378, 386, 402
hepatit C 331, 402
listeria 396
luftvägsinfektioner 63, 396, 401, 426
stafylokocker 403, 404, 406
tuberkulos 49, 396, 373, 378, 386, 401, 402
vinterkräksjukan 396, 402
- Inflammatorisk tarmsjukdom 396
Influensa 402, 404–406
Influensapandemi 404, 406
Asiaten 404, 405
Spanska sjukan 404
Influensavacciner 405
Insulin 205, 227, 230
Internet 275, 276, 278, 362
Invandring 202, 211, 226, 228, 276, 344, 358, 373–390, 411
Isolering 339, 350
- Jordbrukare 298
Jämtland 300
Jönköping 274, 300, 430
- Kalcium 166, 224, 410, 429, 430
Karotisstenos 221
- Klimakteriet 126, 127, 159, 166
KOL 292, 301, 303, 305, 307, 425, 432
Kolera 404
Kolesterol 214, 215, 221, 245
Kolhydrater 246–248, 253, 410
Kondition 155, 254
Kondom 78, 261, 262, 276, 281, 283
Konjunktur 116, 191, 269, 272
Kost 38, 61, 62, 92, 93, 131, 202–204, 212, 221, 231–233, 243–252, 379, 380, 391, 394
Kostnader
astma 392
eksem 392
Kronisk smärta 160, 350
Kronobergs län 300
Kvinnofridsreformen 351
- Latinamerika 226, 374, 381
Chile 376, 381
Levnadsvanor 33, 35, 38, 61, 89, 94, 106, 130, 132, 164, 172, 203, 214, 227, 231, 232, 244, 249, 252, 281, 373, 379, 380, 381, 392, 393, 401, 435
Livskvalitet 31, 32, 33, 42, 56, 61, 63, 80, 84, 96, 97, 100, 127, 134, 138, 161, 165, 168, 171, 182–184, 223, 233, 350
Livsmedelsverket 48, 62, 244, 247
Livsstilsförändring 214, 226, 232
Livsvillkor 44, 61, 70, 96, 176, 203, 261, 262, 352, 375, 378, 384
LNU 386
Luftföroreningar 303, 391, 394
Luftvägssjukdomar 436
Lugnande medel 124, 161, 427, 431
Lungfunktion 51, 63, 159
Lungsjukdomar 159
Läkemedel 124, 161, 427, 429, 430, 431, 436
antidepressiva 105, 161, 186, 427
blodfettsänkande 429, 430

- blodförtunnande 430
- cancer 437
- folsyra 47
- hjärt- och kärl 427
- psykofarmaka 145, 161, 162, 165
- Läkemedelsanvändning 162, 165, 172, 203, 214, 222, 232, 425–440
 - könsskillnader 426
 - äldre 172, 425, 429, 430
 - övermedicinering 162, 172
- Läkemedelsbiverkningar 165, 172, 418, 430
- Läkemedelsinteraktioner 172, 425, 429–431
- Läkemedelskombinationer 425, 431
- Läkemedelskostnader 425, 435
- Lårbensfraktur 249
- Magsår 301, 430
- Malmö 74, 217, 380, 383
- Mammografi 126
- Matvanor 33, 38, 42, 48, 50, 61–63, 92, 93, 107, 131, 146, 174, 202–204, 211, 212–214, 221, 227, 229–233, 243–260, 394, 396, 410
 - Barn och Ungdomar 249
- Medellivslängd 17–20, 23, 30, 37, 38, 47, 145, 147, 149, 178, 201
- Mellanöstern 226
- Metabolt syndrom 204, 215, 216, 217, 230, 233
- Migrän 427
- Migration 137, 373, 375, 378, 406
- Miljöfaktorer 59, 146, 212, 226, 373, 381
- Minoritet 146, 250, 339, 344, 375, 380
- MONICA- studien 213
- MONICA-studien 243, 255
- MRSA 403, 404, 406
- MS 160, 396, 437
- Multisjuka 171, 172, 402, 415, 429, 431
 - äldre 402, 415, 429, 431
- Män som har sex med män 261, 265, 266, 276, 277, 278, 281, 282, 402
- Mässling 49, 396, 404
- Nack-skuldervärk 31, 32, 128
- Narkotika 35, 38, 70–72, 74, 90–104, 105, 124, 130, 175, 261, 266, 311, 312, 317, 327–337, 377, 402
- Nationalitet 344, 352
- Nationella trygghetsundersökningen 280, 339, 341, 342, 343
- Nikotin 64, 90
- Nordamerika 64, 233, 270, 326
 - Kanada 48, 276, 307, 327, 348, 356, 432
 - USA 48, 201, 228, 229, 233, 234, 276, 292, 305, 307, 327, 356, 393, 432
- Norden 210, 244, 268, 273, 276, 279, 283, 307, 325, 352, 356, 357, 374, 403
 - Danmark 46, 96, 178, 264, 273, 283, 307, 331, 384
 - Finland 17, 63, 96, 207, 226, 229, 261, 264, 267, 273, 283, 307, 377, 381, 348, 356
 - Island 17, 63, 307, 315
 - Norge 17, 38, 63, 96, 264, 272, 273, 283, 307, 315, 317, 348, 349, 356, 383
- Norrbotten 300
- Oceanien
 - Australien 17, 305, 326, 349, 350, 356, 392
 - Nya Zeeland 392
- OECD-länder 102
- Olycksfallskador 23, 28, 42, 52, 54, 113, 114, 116, 122, 142, 143, 146, 163, 165, 166, 153, 333, 385, 253
 - 386
 - barn 41, 374, 385
 - bil 385
 - brännskador 163, 385

- drunkning 385
 fallolyckor 146, 163, 165, 166, 253
 förgiftning 385
 moped 54, 74
 trafikolyckor 116
 Oro 31, 69, 70, 79, 82–84, 85, 99, 100–105, 107, 113, 128, 145, 160, 178, 181, 184, 186, 187, 197, 203, 205, 321, 349, 358
 Pandemi 263, 265–268, 276, 277, 281, 282, 401, 402, 404–406
 Papperslösa 381, 383, 386
 Parkinsons sjukdom 160, 164
 PEF- test 159
 Pensionärer 97, 113, 145, 146, 147, 150, 155, 157, 163, 167, 172, 173, 175, 176, 184, 357, 423
 Pornografi 275, 278, 279
 Posttraumatisk stressyndrom 381, 382
 P-piller 281, 283, 426, 436
 Protonpumpshämmare 430
 PSA-prov 171
 Psykisk ohälsa 31, 32, 33, 49, 57, 60, 61, 69, 70, 80–86, 94–97, 99, 100–107, 113, 124, 128, 132, 134, 137, 138, 141, 160–163, 178, 181–199, 223, 319, 349, 350, 352, 355, 358, 377, 382, 384, 409, 426
 Psykofarmaka 145, 161, 162, 165, 427, 431
 Psykos 86, 124, 160, 161, 163, 165, 231, 377, 384, 427
 Psykosociala förhållanden 161, 230, 231, 415
 stress 32, 38, 45, 57, 80, 102, 107, 141, 181–184, 187, 197, 202, 203, 212, 214, 217, 223, 226, 230, 231, 352, 395, 418
 Psykosomatisk 357, 377, 382, 386
 Pubertet 126
 Påssjuka 49, 404
 Receptorblockerare 430
 Reflux 430
 Register 382
 Resistensutveckling 406
 Resistent bakterier 404, 437
 RIKSHÖFT 167
 Riks-Stroke 223
 Risktagande 38, 263, 276, 277, 278, 281
 Rotavirus 404
 Ryska snuvan 404
 Röda hund 49, 404, 418
 Rökning 379, 380
 Rörelseförmåga 59, 60, 80, 132, 138, 145, 155–157, 160, 172, 197
 Rörelsehinder 59, 60, 155, 375, 422
 Samkönad sexualitet 262, 275, 277, 278
 Samlag 78, 263, 275, 276, 278, 279, 283, 354
 SARS 405
 SCB 30, 37, 80, 83, 84, 85, 99, 100, 101, 104, 106, 115, 134, 145, 152, 155, 157, 160, 176, 184, 191, 205, 207, 254, 341, 345, 360, 362, 364, 375, 418, 421
 Schizofreni 48, 124, 197, 385, 427
 Screening 126, 269, 417
 Sexualbrott 280, 340, 343, 346, 347, 354, 362
 Sexualvanor 78, 261–289, 340, 344, 346–349, 352, 354, 355, 358, 362, 366, 401
 Sexuellt överförda infektioner 35, 262–269, 276, 281, 282
 herpes 263, 267, 418
 hiv/aids 263, 265–268, 276, 277, 281, 282, 331, 373, 378, 386, 401, 402, 404, 437
 HPV 49, 267, 268, 269
 klamydia 78, 261, 263–266, 268, 276, 281
 syfilis 263, 265, 266, 276
 Själv mord 23, 28, 51, 55, 60, 69, 70–72, 86, 95, 96, 105, 113, 116, 122, 145, 163, 186, 262, 278, 346, 350, 377

- Självskadebeteende 60, 69, 86, 88, 95, 105, 106, 262, 278, 349, 355, 382, 385
- Sjukfrånvaro 141, 142, 197
- Sjukskrivning 182, 207, 223, 261, 271, 323, 339, 350, 435
- Skallskada 341
- Skola 37, 42, 46, 47, 52, 56, 57, 64, 96, 102, 104, 107, 233, 278, 281–83, 344, 355, 358, 386, 396, 423
- Skolbarn 48, 54, 56, 57, 59, 64, 84, 90, 229, 233, 380, 385, 392
- Smärtlindring 332, 395, 427
- Smittsamma sjukdomar 386, 401, 402, 407
- Smittskydd 263, 276, 401–403, 405, 406, 407
- Smittskyddsinstitutet 263, 267, 402, 407
- Smittspridning 262, 266, 267, 281, 401, 402, 406
- Socialstyrelsen 23, 45, 48, 49, 51, 55, 62, 78, 126, 162, 165, 169, 172, 211, 250, 339, 348, 350, 357
- Social utsatthet 386
- Socioekonomisk grupp 24, 33, 37, 54, 60, 61, 70, 82, 106, 131, 132, 134, 137, 176, 194, 203, 210, 212, 223, 224, 230, 243, 255, 272, 384, 391, 393, 394, 296, 297, 300, 307, 432, 435
- Spädbarn 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 379
- Spanska sjukan 404
- SSRI 186, 430
- Sterilitet 263
- Stockholm 74, 85, 90, 167, 212, 217, 265, 266, 276, 282, 300, 346, 366, 393, 411, 415
- Stockholm läns landstings folkhälsoenkät 346
- Stress 32, 38, 42, 45, 57, 63, 80, 86, 102, 105–107, 114, 141, 181–184, 187, 194, 197, 202, 203, 212, 214, 217, 223, 226, 230, 231, 352, 373, 381, 382, 384, 395, 418
- Stroke 23, 145, 155, 168, 201, 202, 206, 213, 217–226, 233, 247, 425, 430, 432
- Struma 301
- Studerande 69, 70, 80, 82, 84, 96, 98, 100–102, 106, 107, 138, 344, 348, 349, 354, 355, 356, 365
- Sveriges kommuner och landsting 172
- SWEOLD 151, 153, 156, 157, 159, 176
- Synnedstättning 157, 226, 417, 423
- Södermanland 300, 320
- Sömnapné 206
- Sömnmedel 161, 426, 427
- Sömnproblem 31, 79, 84, 105, 128, 145, 160, 161, 181, 183, 184, 186, 197, 205, 355, 418
- Tandhälsa 246, 342, 374, 385, 386, 409–416
- Testosteron 183, 393
- Tobaksrelaterade sjukdomar 24, 130, 159, 171, 202, 221, 292, 300, 301, 305, 425, 432
- Tobaksvanor 35, 89, 90, 233, 292, 293, 294, 300, 301
- gravida 272
- rökning 17, 18, 33, 35, 38, 45, 51, 84, 89, 90, 114, 130, 132, 134, 137, 138, 146, 159, 164, 166, 168, 171, 174, 201–206, 214, 215, 217, 221, 222, 224, 226, 227, 230–232, 249, 272, 291–310, 323, 331, 349, 350, 391, 394, 395, 414, 423
- snusning 90, 292, 293, 299, 300, 305, 307, 414
- Tortyr 382
- Trakasserier 339, 340, 342, 348
- Trötthet 31, 128, 181, 183, 184, 186, 187, 197
- Tsunamikatastrofen 71
- ULF-undersökningarna 37, 76, 80, 82, 83, 85, 93, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 131, 134, 184, 189, 191, 339, 342, 345, 351, 360, 364, 375, 376, 377, 379, 380, 386, 418
- Undervikt 94, 95, 146

- Ungdomar 32, 42, 54, 56, 59, 62, 69–112, 114, 181, 186, 202, 211, 212, 229, 232, 233, 243, 244, 249, 254, 256, 261, 263, 269, 275, 276, 278, 279, 281–283, 300, 311, 312, 317, 318, 326, 327, 329, 331, 339, 344, 345, 358, 377, 385, 409, 411, 418
- Ungdomsmottagning 282, 358
- Uppgivenhetssyndrom 383
- Urininkontinens 159, 160, 163
- Urinvägsinfektion 165, 426, 427
- Urologiska sjukdomar 124
- Utlandsadopterade 373, 375, 377
- Utlandsfödda 137, 138, 210, 297, 373–380, 384–386, 413
- Vaccinationsskydd 41, 49, 261, 269, 396, 401, 404, 405
- Vattkoppor 49, 404
- Viktminskning 94, 95, 146, 174, 211, 212, 232, 243, 244, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253
- Virus 49, 261, 267, 268, 391, 404–406
- WHO 18, 35, 38, 50, 64, 213, 215, 217, 234, 262, 269, 305, 307, 323, 324, 340, 348, 349, 352, 356, 366, 382, 406, 407, 426, 437
- World report on violence and health 340
- World Value Study 96
- Våld 42, 48, 54, 55, 57, 69, 71, 76, 77, 106, 181, 182, 262, 271, 280, 312, 320, 321, 339–372, 382, 384, 385
- arbetsplatser 345
- barn 340, 343, 346, 347, 352, 355, 356, 364
- dödligt våld 339, 340, 341, 343, 346, 356, 359, 360, 366
- gatuvald 76, 345, 350, 362, 365
- hatbrott 343, 344
- hedersvåld 341, 347, 358
- kollektivt våld 340
- kvinnors våldsanvändning 349
- livstidsprevalens 348
- mellan individer 339, 340, 342, 345, 346, 347, 348, 349, 351, 352, 354, 357, 365
- misshandel 339, 340, 343, 346, 362, 365
- mörkertal 340
- partnervåld 76, 339, 340, 341, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 357, 360, 362, 365
- polisanmälda våldsbrott 339, 340, 343, 362, 365
- sexuellt våld 339, 340, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 351, 354, 357, 362, 364, 366
- självriktat 340
- ungdomar 342
- äldre 341, 342, 347, 356, 357
- Våldsförövare 339, 345, 346, 352
- Våldstolerans 340
- Våldtäkt 280, 339, 340, 343, 346, 348, 351, 354, 362, 364, 365, 366
- Värk 31, 32, 33, 113, 128, 132, 134, 138, 141, 181, 182, 184, 186, 187, 191, 197
- svår värk 31, 104, 128, 138, 157, 176, 184, 205
- Västerbottens Hälsoundersökningar 207, 210, 213, 214, 216, 217, 243, 244, 255
- Västernorrland 300
- Yrsel 165, 183
- Åderförkalkning 164, 168, 202, 203, 205, 214, 215, 217, 218, 221, 222, 226, 230, 231, 245, 301, 430
- Ångest 31, 69, 70, 79, 82–86, 96, 99–105, 113, 128, 145, 160, 161, 178, 181, 184, 186, 187, 197, 205, 321, 349, 350, 355, 382, 427
- Äldreomsorgen 151, 152, 165, 177, 178
- Äldrevård 415, 429
- Ärftlig 42, 59, 203, 212, 214, 226, 381, 392, 417, 418, 422

Ätstörningar 89, 94, 95, 106, 350, 355

anorexia nervosa 95

bulimia nervosa 95

hetsättningsstörning 95

ungdomar 107

Öroninflammation 48, 404

Östrogen 127, 393, 432

Övervikt 35, 42, 50, 61, 62, 64, 84, 93, 94, 114,
127, 130, 131, 146, 164, 168, 173, 183, 201–208,
210–212, 214–216, 226, 228–234, 243, 244, 245,
247, 249, 251, 253, 254, 271, 380, 394

barn 62, 202, 211, 212, 229, 232, 271

fetma 42, 61, 62, 93, 130, 132, 134, 138, 173,
201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210,
211, 212, 215, 216, 226, 228, 229, 230, 231,
232, 233, 234, 244, 245, 246, 248, 251, 270,
271, 380, 394, 426, 437

äldre 146

