Folkhälsorapport 2019
Stockholms län
Förord


En positiv utveckling av folkhälsan kommer troligen vara fortsatt beroende av ekonomisk och social utveckling såväl som av prevention av specifika risker. När hela befolkningen närmat sig den låga förtida dödlighet som de med längst utbildning och högst inkomst har i dag, eller när miljöbaserad prevention gör att ingen – eller väldigt få – börjar röka, kommer medellivslängden öka substantiellt.

Men betydelsen av hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens hälsa har också potential att bli påtagligt större. En effektivare implementering av redan etablerade strategier för medicinsk primär- och sekundärprevention kan rädda ytterligare tusentals liv bara i Stockholms län. Minskade mörkertal och tillräckligt intensiv behandling av höga blodtryck och blodsocker, rökavvänjning och evidensbaserad vård för depression och ångest, inklusive för grupper som är svåra att nå, skulle lämna ett stort avtryck i sjukdomsbördan.


Folkhälsorapport 2019 bygger på underlag från ett antal experter vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) och vid systerorganisationer. Rapporten är redigerad av Vicky Bartelink och Anton Lager, vid CES. Arbetet har projektletts av Vicky Bartelink.

Stockholm, november 2019

Cecilia Magnusson  Anton Lager
Verksamhetschef, CES  Huvudredaktör, Folkhälsorapport 2019
## Innehåll

Förord .................................................................................................................. 3
Författare ........................................................................................................... 5
Om CES ................................................................................................................ 6
Sammanfattning ............................................................................................... 7

**Introduktion och metod** .................................................................................. 11

**Ekonomiska och sociala förutsättningar** ...................................................... 21
Introduktion ........................................................................................................ 22
Utbildning ............................................................................................................ 27
Arbete .................................................................................................................. 33
Inkomst ................................................................................................................. 41
Diskussion ............................................................................................................ 45

**Riskfaktorer** .................................................................................................. 49
Rökning .................................................................................................................. 51
Alkoholvänor ....................................................................................................... 59
Narkotikavänor .................................................................................................... 65
Fysisk aktivitet .................................................................................................... 73
Matvänor .............................................................................................................. 79
Övervikt och fetma .............................................................................................. 85
Högt bloodsocker ............................................................................................... 93
Högt blodtryck ..................................................................................................... 99
Högt kolesterol .................................................................................................... 105
Nedsatt njurfunktion .......................................................................................... 113

**Sjukdomar och skador** ................................................................................... 117
Hjärtinfarkt och stroke ........................................................................................ 119
Smärta i rygg och nacke samt migrän ............................................................... 127
Demens ............................................................................................................... 135
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) ............................................................ 141
Fallolyckor ......................................................................................................... 147
Diabetes .............................................................................................................. 155
Cancer .................................................................................................................. 163
Depression och ångest ...................................................................................... 171
Självmord och självskador ............................................................................... 179

**Utmaningar** .................................................................................................. 187
Fysisk hälsa ........................................................................................................ 188
Psykisk hälsa ..................................................................................................... 190
Jämlik hälsa ....................................................................................................... 193
Författare

Avsnitt

INTRODUKTION OCH METOD
Vicky Bartelink, Anton Lager

EKONOMISKA OCH SOCIALA FÖRUTSÄTTNINGAR
Vicky Bartelink, Theo Bodin, David Ebbevi, Martin Fischer, Antonio Ponce de Leon, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager

RISKFAKTORER
Rökning
Rosaria Galanti
Alkoholvanor
Peter Allebeck, Andreas Lundin
Narkotikavanor
Peter Allebeck, Andreas Lundin, Marie Warolén
Fysisk aktivitet
Daniel Berglind, Yvonne Forsell
Matvanor
Emma Patterson, Sara Raposo Liselotte Schäfer Elinder
Övervikt och fetma

Högt blodsocker
Hrafnhildur Gudjonsdottir, Pernilla Svefors, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager
Högt blodtryck
David Ebbevi, Anton Lager
Högt kolesterol
Pernilla Svefors, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager
Nedsatt njurfunktion
Pernilla Svefors, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager

SJUKDOMAR OCH SKADOR
Hjärtinfarkt och stroke
Theo Bodin
Smärta i rygg och nacke samt migrän
Emelie Andersson, Vicky Bartelink
Demens
Nika Dominika Seblova
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)
Hans Gilljam, Veronica Costea
Fallolyckor
Lisa Blom
Diabetes
Diego Yacamán Méndez, Pernilla Svefors
Cancer
Miriam Elfström
Depression och ångest
Kyriaki Kosidou, Beata Jablonska, Susanne Wicks, Andreas Lundin, Christina Dalman
Självmord och självskador
Gergö Hadlaczky, Sebastian Hökby

UTMANINGAR
Vicky Bartelink, Anton Lager

Dataunderlag och vissa analyser: Peeter Fredlund, Anders Walander, Antonio Ponce de Leon och Per Tynelius.

Redigering: Vicky Bartelink och Anton Lager.

Språkgranskning: Gunilla Eldh och Mika Gårdinger.

Layout: Fidelity Stockholm AB.

Refereringsgrupp: Cecilia Magnusson, Rosaria Galanti, Christina Dalman och Henna Hasson.

Styrgrupp: Anna Roland Andersson och Anna Jernberg Sørensen.

Värdefulla synpunkter har också lämnats av enheten för hälsoläge och vårdbehov på CES, Joanna Stjernschantz Forsberg och Johan Åhlén.


5
Om CES

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) ska bidra till en god och jämlig hälsa för befolkningen i Stockholms län genom kunskapsutveckling och kunskaps-spridning. Verksamheten innefattar epidemiologisk bevakning och analys, utveckling, utvärdering och stöd till implementering av metoder för hälsofrämjande och förebyggande arbete, riktlinjer och policyer inom folkhälsoområdet.


På CES bedrivs folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt folkhälsoarbete. Arbetet sker i nära samverkan med akademin, särskilt Karolinska Institutet. Samverkan sker också med myndigheter, andra landsting och regioner, kommuner och stadsdelar samt övriga aktörer inom folkhälsoområdet.

Huvuduppgifter för CES:

- kartläggning och analys av hälsoläge, hälsans bestämningsfaktorer och behovsanalys
- metodutveckling, identifiering, utveckling och anpassning av metoder för hälsofrämjande och förebyggande arbete
- utvärdering av riktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, policyförändringar, vårdsprogram och riktlinjer
- stöd till implementering av policyer, riktlinjer och program inom folkhälsoområdet
- expertstöd till den politiska ledningen och tjänstemannaorganisationen inom Region Stockholm (på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen)
- systematisk kunskapspridning.
Sammanfattning

**Vi lever längre och är friskare**


En minskning av riskfaktorer i närtid lovar gott även för fortsatt positiv utveckling av livslängden. Mellan år 2002 och 2018 har exempelvis dagligrökning fortsatt minska från 18 procent till 7 procent i länet. Under samma period minskade också alkoholriskbruket från 30 till 21 procent bland män och från 27 till 15 procent bland kvinnor.

**Utbildning, arbete och inkomst avgörande för hälsan**


Arbetsmarknaden är krävande och i Stockholms läns kräver majoriteten av arbeten eftergymnasial utbildning. Att elva procent av skoleverna i länet inte når målen i årskurs 9, och att 21 procent riskerar att aldrig avsluta en treårig gymnasieutbildning är därför stora folkhälsoproblem.

En av fem av länetts invånare lever i relativ fattigdom, vilket också ger utslag i sjukdom och för tidiga död. År 2015–2017 var risken att dö i åldrarna 30–60 år hela 5,7 gånger högre bland femtedelen med lägst inkomst än bland femtedelen med högst inkomst.

**Stort mörkertal kring olika riskfaktorer**

Mörkertalet är också stort när det gäller förekomsten av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Bland deltagarna i befolkningsstudien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP), som är i åldrarna 53–78 år, har omkring en fjärdedel högt blodtryck utan att ha fått diagnos. En av tre diabetiker är också odiagnostiserad. I SDPP-studien har cirka 28 procent av männen och sex procent av kvinnorna förhöjda kolesterolvärden och samtidigt hög risk för hjärt-kärlsjukdom. Dessa exempel står i skarp kontrast till nationella riktlinjer, och kan tyckas anmärkningsvärda i ljuset av att kostnadseffektiv behandling finns. En annan aktuell studie från Stockholm visar att av sex procent som är drabbade av måttligt till gravt nedsatt njurfunktion, har bara en av åtta (0,7 procent av befolkningen) fått en diagnos. Utöver mörkertalen finns drabbade som är kända i vården men underbehandlade. Exempelvis är två av tre med känt högt blodtryck underbehandlade, i SDPP-studien.

**Sjukdomar att uppmärksamma**

Mörkertalet i förekomst av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är omfattande. Det är olyckligt eftersom sjukdomsförloppet kan fördröjas om sjukdomen upptäcks. För demens är det mycket möjligt att risken att drabbas i varje given ålder har minskat något över tid, i takt med att exempelvis hjärt-kärlsjukdom gjort det. Men eftersom befolkningen blir allt äldre ökar tills det förekomsten av demens i befolkningen.

Dödsfallen på grund av fallolyckor ökade i länet fram till år 2010 och ligger kvar på en hög nivå.

Andelen i befolkningen med registrerade depressions- och ångestdiagnoser har ökat. I den utsträckning ökningen beror på att mörkertalen minskat är det goda nyheter. Men att så mycket som 25 procent av männen och 41 procent av kvinnorna i länet fått vård för psykisk ohälsa de senaste fem åren är anmärkningsvärt. Depression är en riskfaktor för självmord, men trots att fler kvinnor än män drabbas av depression, är sju av tio som dör på grund av självmord män.

Många invånare i länet lider av smärta i rygg och nacke. Tillsammans med migrän, orsakar smärta i rygg och nacke en fjärdedel av all funktionsförlust på grund av sjukdom i länet. Trots det saknas fortfarande starkt vetenskapligt stöd för behandlingar, särskilt när det gäller långvarig smärta.

**Effektiva förebyggande insatser**

Rökning är fortfarande den levnadsvana som bidrar mest till både sjukdomsbördan och till ojämlikheten i hälsa i Stockholms län. Evidensbaserade insatser, såsom rökavvänjning genom kvalificerade rådgivande samtal och subventionering av nikotinerersättning, kan bidra till att minska rökning. Kvalificerade rådgivande samtal har även visad effekt på matvanor och fysisk aktivitet. Men ett stort behov av fortsatt kunskapsutveckling kvarstår, inte minst kring kostnadseffektiviteten. I de fall där

På samhällsnivå är det viktigt att miljön är hälsofrämjande. En kostnadseffektiv strategi för ökad fysisk aktivitet är att fler invånare ges möjlighet att välja att gå eller cykla som transportmedel. Att begränsa tillgång till tobak i närheten av skolor, försäljningsförbud på sjukhus och begränsning av tillgång till alkohol är andra effektiva åtgärder för att minska sjukdomsörjan i länet. Exempel på befolkningsinriktade insatser för att förebygga självmord är plattformsdörrar i tunnelbanan, barriärer vid broar och klippor samt minskad tillgänglighet till toksiska läkemedel.

**Utmaningar för Region Stockholm**

Förutsättningarna för hälso- och sjukvården att bidra till minskad sjukdomsörjan har kanske aldrig varit bättre. För det första har kunskapsutvecklingen inneburit att vi först nyligen förstått hur stor betydelsen av åtgärder mot riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom är. Vården är central i det arbetet. För det andra tycks depression och ångest numera komma till sjukvårdens kännedom, vilket är goda nyheter eftersom det finns effektiv behandling. Slutligen präglas såväl den nationella som regionala diskussionen om vården framtid mer och mer av insikten att hälsan inte kan förstås fri kopplad från sociala och ekonomiska villkor. Det banar väg för arbetet att minska ojämlikheten i sjukdom och förtida död, tillsammans med lokala och nationella aktörer. Region Stockholm är också central i mycket av det primäpreventiva arbetet: såväl direkt, som en av länets största arbetsgivare, som indirekt, genom att utgöra länken mellan forskning och folkhälsopraktik i andra sektorer.
Introduktion och metod
Syfte

Folkhälsorapport 2019 är avsedd att underlätta folkhälsoarbete, prioritering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och planering av hälso- och sjukvården. Rapporten kartlägger därför:

- det aktuella folkhälsoläget och fördelningen över grupper
- folkhälssutvecklingen över tid
- kunskapsläget om evidensbaserade insatser.

Rapporten kan fungera som underlag i arbetet med flera av FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling i Agenda 2030 (se figur 1) samt för målen i Region Stockholms folkhälso-policy Policy folkhälsa 2017–2021 (1).

Målgrupp

Struktur
Folkhälsorapport 2019 är uppdelad i fyra övergripande delar:
1. Sociala och ekonomiska förutsättningar – behandlar utvecklingen över tid för utbildning, arbete och inkomst samt inkomstojämlikhet och dess samband med hälsa.
2. Riskfaktorer – behandlar de levnadsvanor och metabola riskfaktorer som har störst betydelse för sjukdomsbörдан i Stockholms län (2).
3. Sjukdomar och skador – behandlar de sjukdomar, skador och dödsorsaker som har störst betydelse för sjukdomsbördan i Stockholms län (2).

Riskfaktorer och sjukdomar beskrivs separat
Rapporten behandlar riskfaktorer, sjukdomar och skador var för sig. Syftet är att underlätta för läsaren att navigera i innehållet. Det är dock viktigt att uppmärksamma att många riskfaktorer och sjukdomar samvarierar och förekommer samtidigt hos en person.

Särskilda riskgrupper för ohälsa
Folkhälsorapport 2019 fokuserar i stor utsträckning på vuxnas hälsa (16 år och äldre) i Stockholms län. När det förekommer viktiga skillnader, presenteras data uppdelade efter åldersgrupper (16–29 år, 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år), kön, utbildningsnivå och födelseland (Sverige, Norden (exkl Sverige), Europa (exkl Norden) och övriga). Dessutom jämförs Stockholms län med resten av landet.

Därutöver finns många grupper som inte behandlas separat i rapporten, men som behöver extra uppmärksamhet eftersom de har påtagligt högre risk för sjukdom och för- tida död än andra. Ett tydligt exempel är personer som lever i hemlöshet, som beskrivas i en särskild rapport framöver.

FOLKHÄLSA PÅ KOMMUN- OCH STADSDELSNIVÅ
Folkhälsorapport 2019 beskriver hälsoläget i Stockholms län som helhet. För att ta reda på hur hälsofaktorerna fördelar sig, samvarierar och utvecklas över tid i Stockholms läns kommuner och stadsdelar – besök folkhalsokollen.se
Metod och material

Folkhälsorapport 2019 är baserad på en mängd olika datakällor. I det här avsnittet finns bakgrundsinformation om de datakällor som rapporten främst bygger på.

Folkhälsoenkäten (FHE)

Region Stockholms folkhälsoenkät har genomförts vart fjärde år sedan 1987. Syftet med enkäten är att ta reda på hur invånarna i Stockholms län lever och mår. Frågorna handlar bland annat om hälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete, trygghet samt sociala relationer. Från och med år 2002 har cirka 50 000 av Stockholms läns invånare ingått i tvärsnittsurvalet vid varje undersökning. Tidigare genomfördes enkäten i egen regi och med Statistiska centralbyrån (SCB) som leverantör. År 2018 valde Region Stockholm att i stället beställa ett tilläggsurval på 50 000 personer i den nationella folkhälsoenkät som genomförs av Folkhälsomyndigheten i samarbete med SCB. Det totala urvalet år 2018 var 59 161 personer i åldrarna 16–84 år. Totalt svarade 23 074 personer (39 procent) av urvalet på enkäten. Andelen svarande var betydligt högre bland äldre personer (64 procent i åldrarna 65–84 år) än i övriga åldrar (33 procent i åldrarna 16–64 år).

Folkhälsoenkäten skickades med post under perioden mars till juni 2018. Man kunde också svara på enkäten via internet, vilket drygt 60 procent gjorde. Till Region Stockholms tilläggsurval sändes två delvis olika frågeblanketter ut, en till de under och en till de över 65 år. Tre påminnelsebrev skickades ut varav det tredje även omfattade enkäten i tryckt format ännu en gång.

Om de som valt att inte besvara enkäten skiljer sig från de som svarat, kan resultatet påverkas så att det inte helt korrekt avspeglar de förhållanden som råder. För att korrigera för det har SCB tagit fram så kallade kalibreringsvikter som till viss del kan justera för systematiska skillnader mellan de som svarat respektive inte svarat, så att data kan användas som en uppskattning för hela befolkningen. Att folkhälsoenkäten bygger på självrapporterad data innebär att resultaten kan påverkas av att de som besvarar enkäten överskattar eller underskattar vissa beteenden, vanor eller tillstånd.

Stockholm diabetespreventiva program (SDPP)

VAL-databasen (VAL)


Dödsorsaksregistret


Läkemedelsregistret

Hälsoläget i Stockholms län
Vi lever längre och friskare

Den globala medellivslängden har legat mellan blygsamma 20 och 40 år under 99,9 procent av den tid som homo sapiens har existerat. Under den senaste tusendelen av vår existens har överlevnaden plötsligt skjutit i höjd. I dag är den globala förväntade medellivslängden vid födseln 73 år, varav totalt 63 förväntas vara fullt friska år. I Stockholms län har både förväntad medellivslängd vid födseln (figur 2) såväl som förväntade friska år ökat över tid. År 2018 är den förväntade medellivslängden vid födseln i Stockholms län 85 år för kvinnor (varav 72 friska år) och 81 år för män (varav 71 friska år) (se figur 3). Det innebär att medellivslängden i länet är bland de fyra högsta i landet.

**Förväntad medellivslängd över tid**

![Graph showing the expected life expectancy over time in Stockholm County](image)

**Figur 2.** Förväntad medellivslängd vid födseln, uppdelt efter kön, över tid i Stockholms län (1865–2018).

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

**Förväntad medellivslängd**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frisk förväntad medellivslängd vid födseln (HALE)</td>
<td>72</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Total tid (år) förlorad till funktionsförlust (YLD)</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 3.** Förväntad medellivslängd vid födseln i förväntade friska år och förväntade år förlorade till funktionsförlust, uppdelt efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB) och Global Burden of Disease (GBD).
Sjukdomsbördan i Stockholms län

Sjukdomsbörda är ett begrepp som syftar på de effekter ett hälsoproblem har. I Folkhälsorapport 2019 är sjukdomsbörden formulerad i så kallade DALYs (Disability Adjusted Life Years), vilket är en metodik som tagits fram av Världsbanken, Harvard University och Världshälsoorganisationen (WHO). Sjukdomsbörda enligt DALY är summan av levda år med nedsatt hälsa på grund av funktionsförlust (YLD) och levnadsår förlorade på grund av förtida död (YLL) (se figur 4).

Rapporten fokuserar på de sjukdomar och skador som har störst betydelse för sjukdomsbörden i Stockholms län år 2017 enligt det globala sjukdomsbördeprojektet Global Burden of Disease (GBD) (2) (se tabell 1). Vissa sjukdomar, såsom hjärtinfarkt, bidrar till sjukdomsbörden framför allt genom att orsaka förtida död (YLL). Andra sjukdomar, såsom smärta i nedre delen av ryggen, bidrar till sjukdomsbörden genom att orsaka år levda med nedsatt hälsa (YLD).

![Diagram](image)

**Figur 4.** Hur man mäter sjukdomsbörda.
Tabell 1. **Bidrag till sjukdomsbördan (i DALYs) av de sjukdomar och skador i Stockholms län år 2017 som behandlas i Folkhälsorapport 2019.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>SJUKDOMAR OCH SKADOR</th>
<th>BIDRAG</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hjärtinfarkt</td>
<td>6,96 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Smärta i nedre delen av ryggen</td>
<td>5,18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Migrän</td>
<td>3,94 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Demens</td>
<td>3,44 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)</td>
<td>3,39 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Fallolyckor</td>
<td>3,37 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Smärta i nacken</td>
<td>2,98 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ 2-diabetes</td>
<td>2,92 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Lungcancer</td>
<td>2,78 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>2,27 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Stroke</td>
<td>2,22 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ångest</td>
<td>2,09 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Självskador</td>
<td>1,78 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Tjock- och ändtarmscancer</td>
<td>1,78 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabell 2. **Bidrag till sjukdomsbördan (i DALYs) från de riskfaktorer i Stockholms län år 2017 som behandlas i Folkhälsorapport 2019.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>RISKFAKTORER</th>
<th>BIDRAG</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rökning</td>
<td>9,51 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Högt BMI</td>
<td>9,24 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Högt blodsocker</td>
<td>8,40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Högt blodtryck</td>
<td>8,03 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Alkoholvanor</td>
<td>5,44 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Högt kolesterol</td>
<td>3,91 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågt intag av fullkorn</td>
<td>2,90 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Narkotikavanor</td>
<td>1,92 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågt intag av nötter och frön</td>
<td>1,68 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nedsatt njurfunktion</td>
<td>1,63 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Högt intag av salt</td>
<td>1,55 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Låg fysisk aktivitet</td>
<td>1,28 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

**REFERENSER**

Ekonomiska och sociala förutsättningar
Introduktion

Ekonomiska, sociala och tekniska revolutioner bakom hälsoförbättringarna

Upplysningstidens tilltro till förnuftet och individens fri- och rättigheter var uppfinnelsen till bättre livsvillkor och hälsa. Det syns inte minst i omkring fördubblad medellivslängd, globalt, de senaste 200 åren. Utvecklingen har drivits av en dramatisk industriell och ekonomisk revolution (se figur 1) samt av sociala revolutioner såsom införandet av allmän skolgång, allmän rösträtt och mödra- och barnhälsovård.

Även om den ekonomiska och sociala utvecklingen har sina egna mål och medel, och engagerar långt fler än de som sysslar med hälsa, så handlar folkhälsoarbete till viss del om att förstå och värna denna positiva samhällsutveckling.

**BNP per capita sedan år noll (utvalda länder)**


Socioekonomiska skillnader i hälsa

Socioekonomiska skillnader i hälsa engagerar många som är intresserade av samhällsfrågor. Fler anser bland annat att ojämlikhet i hälsa är ett problem, än att ojämlikhet i inkomst är det. De socioekonomiska skillnaderna i hälsa tycks också illustrera ett, ofta stort, utrymme för förbättringar av hälsan och minskningar av sjukdomsboärden i stort. Om exempelvis högutbildade och högavlönade tjänstemän har en förväntad medellivslängd på över 90 år, är en tolkning som ligger nära till hands att samma medellivslängd borde vara uppnåelig för bredare grupper av befolkningen inom en överskådlig framtid.
Något färre dödsfall kan förklaras av inkomst och utbildning


Dödsfall om alla hade samma dödlighet som de med högst inkomst

<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Undvikande andel</th>
<th>Inträffande andel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2005–2007</td>
<td>38 %</td>
<td>62 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2015–2017</td>
<td>34 %</td>
<td>66 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicine (CES).

Relativa risken att dö i förtid har ökat för de med lägst inkomst

Kopplingen mellan socioekonomi och risken att dö är särskilt stark i åldrarna under 60 år, och den kopplingen blir dessutom starkare över tid. År 2005–2007 hade 57 procent av dödsfallen i åldrarna 30–60 år i Stockholms län kunnat undvikas om alla hade haft höginkomsttagarnas låga dödlighet. År 2005–2017 har den andelen ökat till 61 procent. Över tid är den relativa dödligheten konstant bland femtedelen i länet med medelhög, det vill säga näst högst, inkomst, medan den relativa dödligheten har minskat bland de med medelinkomst och medellåg inkomst (se figur 3). I gruppen som tillhör femtedelen med lägst inkomst i länet har i stället den relativa dödligheten ökat mycket tydligt över tid.

Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).
11% av grundskoleeleverna i Stockholms län är inte behöriga till gymnasiet men alla utom 2 % skrivs ändå in där.

40% kvinnor

31% män
Andel med treårig eller längre eftergymnasial utbildning i åldrarna 25–64 år.

1 av 3 tar inte examen i tid från gymnasiet.

1 av 5 slutför troligtvis aldrig sin totalt tolvåriga utbildning.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).
Utbildning


Introduktion

Utbildning en central del i den sociala och ekonomiska utvecklingen

Utbildning har varit en central del i den snabba ekonomiska och sociala utvecklingen de senaste århundradena. I de flesta länder är tiden när en majoritet av befolkningen arbetade manuellt i jordbruket förbi, och moderna ekonomier är beroende av arbetskraft som kan läsa, skriva och räkna. I mer utvecklade ekonomier är kraven på arbetsmarknaden ännu högre. I dag tillhör Sverige det tjugotal länder där nästan hälften av jobben kräver eftergymnasial utbildning (1). I Stockholms län har den ekonomiska utvecklingen gått längre än i övriga landet, och här kräver numera en majoritet av arbeten eftergymnasial utbildning (2).

Samband mellan utbildning och hälsa

Folkhälsovetenskapen är oftast inriktad på sambandet mellan utbildning och hälsa på individnivå. Individer med lång utbildning har i genomsnitt bättre hälsa än de med kort utbildning. Sambandet är kontinuerligt, det vill säga gäller över hela utbildningslängdsskalan (3), och återkommer för såväl ökad risk att dö som för sjukdomar och sämre självskattad hälsa (4, 5). Det finns stöd från experiment att sambandet mellan utbildning och hälsa, på individnivå, delvis är kausalt (6).

En del av förklaringen till detta ligger i sambandet mellan utbildning, yrke och inkomst. Man kan exempelvis inte bli advokat utan att ha studerat juridik, och advokater har omkring dubbelt så hög medianlön som andra anställda. Utbildning har också direkta effekter, oberoende av vad utbildningen leder till för arbete och inkomst. Dit hör effekterna på kognitiva och sociala färdigheter. Det finns stöd från experiment att längre utbildning leder till högre intelligens (7), som i sin tur är förknippat med lägre sjuk- och dödlighet. Särskilda kurser i emotionella och sociala färdigheter leder bland annat till direkt observerbara minskningar av mobbning och psykisk ohälsa, liksom till bättre studieresultat (8, 9).
HÄLSOLITTERACITET

Hälsolitteracitet innebär att både kunna läsa och ta till sig hälsoinformation. Det innebär också att kunna uttrycka sina behov till vårdpersonal och agera utifrån givna instruktioner (10).

Att ha låg hälsolitteracitet är förknippat med lägre hälsorelaterad kunskap och förståelse av hälsorelaterade meddelanden, felaktig användning av läkemedel, färre vaccinationer och screening, sämre hälsa och högre risk att dö bland äldre (11).

En stor studie som genomförts i Europa visade att mellan 29 och 62 procent har en begränsad eller otillräcklig nivå av hälsolitteracitet (12). Sverige är svagt representerat i kartläggningar av hälsolitteracitet (13), men en studie bland migrantpopulationen som genomfördes här visade att mer än 60 procent hade en begränsad eller otillräcklig nivå av hälsolitteracitet (14).

Förekomst och utveckling över tid

En tredjedel saknar gymnasieexamen efter tolv år

År 2018 är 11 procent av 16-åringarna i Stockholms län inte behöriga till något gymnasieprogram, och i Sverige är motsvarande andel 16 procent samma år. Men nästan alla (97,5 procent av de som gick ut årskurs 9 år 2018 i Sverige, enligt Kolada) skrivs in på gymnasiet ändå, och de som är obehöriga hamnar på så kallade introduktionsprogram.

Andel 24-åringar utan treårig gymnasieutbildning

![Andel 24-åringar utan treårig gymnasieutbildning, över tid i Stockholms län (2000–2018).](image)

<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Förgymnasial inklusive uppgift saknas</th>
<th>Gymnasial men kortare än tre år</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>13 %</td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>10 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: Utbildningsregistret.


**Andelen med eftergymnasial utbildning har ökat**

År 2018 har 89 procent av alla kvinnor och 84 procent av alla män i åldrarna 25–64 år i Stockholms län mer än förgymnasial utbildning, enligt Utbildningregistret. Andelen som har minst en treårig eftergymnasial utbildning är 40 procent bland kvinnor och 31 procent bland män i samma åldrar (se figur 2). Andelen är högre i länet jämfört med övriga landet och dessutom har det skett en kraftig ökning över tid. År 2002 var andelen med minst en treårig eftergymnasial utbildning 26 procent bland kvinnor och 24 procent bland män. Ökningen kan förklaras av utbyggnaden av universitet och högskolor i Sverige som pågick fram till och med 1970-talet, samt av inflyttningen av högutbildade.

Andelen i åldrarna 24–64 år med högst förgymnasial utbildning är 11 procent bland kvinnor och 16 procent bland män år 2018. För män har minskningen över tid varit blygsam; år 2002 hade 18 procent högst förgymnasial utbildning.
**Utbildningsnivå**

![Bar chart](image)


Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).
REFERENSES


53% bland kvinnor och 64 % bland män i Stockholms län har ett heltidsarbete.

Andel med tidsbegränsad anställning

16% kvinnor
12% män

4 % av den arbetsföra befolkningen i åldrarna 15–74 är arbetslösa.

Arbete

Att så många som möjligt har möjlighet att arbeta är viktigt för en god hälsa i befolkningen. I dag är situationen Stockholms län i stort sett likadan som år 2005, men de flesta av de små förändringarna som skett är positiva såsom minskad arbetslöshet och ökad andel heltidsarbetande.

Introduktion

**Arbete är viktigt för hälsa**


Ökad belastning i form av ekonomiska svårigheter och förlust av daglig struktur och sociala nätverk anses vara viktiga riskfaktorer för ohälsa under själva arbetslösheten (7), tillsammans med ökad förekomst av skadligt alkoholbruk och tobaksrökning (8). Även osäkra anställningar är kopplade till ökad risk för psykisk ohälsa (9–11).

**ARBETSMILJÖRISKR FOR HÄLSA**

I arbetsmiljön finns flera viktiga risker för hälsan. Dessa brukar delas in i fyra kategorier:

- organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer (t.ex obalans mellan krav och kontroll, omorganisationer, orättvis behandling, mobbning samt hot och våld)
- kemiska arbetsmiljöfaktorer (t.ex luftförurreningar och lösningsmedel)
- fysikaliska arbetsmiljöfaktorer (t.ex buller och vibrationer)
- ergonomiska arbetsmiljöfaktorer (t.ex tunga lyft och repetitiva kroppssrörelser).

Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) ger vart fjärde år ut en rapport om arbetsmiljöhälso i Stockholms län. Nästa år släpps ArbetshälsoRAPPORT 2020, som bland annat fokuserar på fördelning av arbetsmiljörisker efter boendeområden, utbildningsnivå och födelseland.
Förekomst och utveckling över tid

Andelen med heltidsarbete har ökat


**Heltidsarbete i åldrarna 15–74 år**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>62 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
<td>53 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
<td>64 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 15–74 år med heltidsarbete, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2005–2018).

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).
**Heltidsarbete i åldrarna 15–24 år**

![Graph showing full-time employment rates in the age groups 15–19 and 20–24 years from 2005 to 2018.](image)


*Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).*

**Tidsbegränsad anställning vanligare bland kvinnor**


*Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).*
Två av tre personer i Sverige jobbar halvtid eller mer


**Figur 4.** Sveriges arbetsföra befolkning i åldrarna 15–74 år efter arbetsmarknadstillhörighet år 2018. Gruppen ”arbetslösa” består till en tredjedel (två procent) av heltidsstuderande. I gruppen ”övriga” ingår bland annat deltidsstudenter, hemarbetare och värnpliktiga.

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).

**Arbetslösheten har sjunkit**


Arbetslösheten i Stockholms län har under en längre tid varit lägre än andelen i hela Sverige, men följer huvudsakligen samma utvecklingsmönster. Sedan år 2014 har arbetslösheten i länet sjunkit och närmar sig år 2018 de nivåer som fanns innan finanskrisen år 2008 (se figur 5).

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).
REFERENSER


3% i Stockholms län uppgar att de har avstått från vård på grund av dålig ekonomi.

1 av 5 levde i relativ fattigdom år 2017 (18%).

15% har det senaste året haft svårt att klara löpande utgifter för hyra, mat och räkningar.

Inkomst


Introduktion

Tydligt samband mellan inkomst och hälsa


Förekomst och utveckling över tid

Ingen ökning för de med lägst inkomst

En av fem lever i relativ fattigdom


Självrapporterad fattigdom och ekonomiskt bistånd minskar

Relativ och absolut fattigdom


Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).

Ekonomiskt bistånd


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.
REFERENSER


Diskussion

Inkomstojämlikhet

Utöver hälsans samband med utbildning, arbete och inkomst kan även fördelningen av resurser ha betydelse för folkhälsan. Om variationen i socioekonomiska resurser är stor, innebär det oftast att fler individer har kort utbildning, låg anknytning till arbetsmarknaden eller låg inkomst. Eftersom låga nivåer av sådana resurser i genomsnitt är förknippade med sämre hälsa, ger en sådan fördelning på samhällsnivå sämre folkhälsa. Hur inkomst är fördelat på samhällsnivå kan också ha effekt – utöver effekten av individens inkomst på den egna hälsan – men den effekten är i så fall liten. I en systematisk sammanställning av studier där man statistisk kunnat kontrollera för effekten av individens inkomst, var en påtagligt högre nivå av inkomstojämlikhet (+ 0,05 Gini) förknippat med endast åtta procent högre risk att dö (1). Det som, för folkhälsan, motiverar en särskild bevakning av ojämlikheter i inkomst, i tillägg till bevakningen av vad som händer med fattigdomen, är snarare att inkomstojämlikheten är ett hot mot demokratin (2, 3).

Av den anledningen redovisas därför utvecklingen av inkomstojämlikheten tillsammans med två övergripande indikatorer på den demokratiska utvecklingen: tilliten till andra och valdeltagande. Inkomstojämlikhet redovisas i form av den så kallade Gini-koefficienten (4). Dess värde ligger mellan 0 och 1, där 0 betyder perfekt inkomstjämlikhet (alla har samma inkomst) och 1 betyder perfekt inkomstojämlikhet (en person har all inkomst och resten har ingen). Högre värden i Gini-koefficienten motsvarar alltså större ojämlikhet.

Inkomstojämlikheten ökar

Gini-koefficienten i Stockholms län är högst i hela Sverige och stiger dessutom över tid, från 0,33 år 2004 till 0,37 år 2017 (se figur 1). Utvecklingen efter år 2013 drivs i stort sett av snabbast ökad inkomst bland de fem procent i länet med högst inkomst.
**Gini-koefficient**

![Gini-koefficient](image)

**Figur 1.** Gini-koefficient (enligt disponibel inkomst (summan av alla inkomster minus transfereringar) per konsumtionsenhet) över tid i Stockholms län (2005–2017).

Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).

**Tillit och valdeltagande**

Ingenting tyder på att den ökande ekonomiska ojämlikheten än så länge har översatts i försämrade övergripande förutsättningar för demokratin. De allra flesta i länet uppger att de kan lita på andra människor i sitt bostadsområde och andelen har ökat över tid, från 86 procent år 2002 till 89 procent år 2018 (se figur 2). Även valdeltagandet i riksdagsval har ökat, från 81 procent år 2003 till 87 procent år 2018 (se figur 3).

**Tillit till andra människor**

![Tillit till andra människor](image)

**Figur 2.** Andel (%) i åldern 18–84 år som uppger att ”man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet” över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).
Valdeltagande i riksdagsval

81 % 87 %


Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).
REFERENSER


Risikofaktorer
14% av alla dödsfall och 5% av all funktionsförlust i Stockholms län orsakas av rökning.

Dagligrökning är tre gånger vanligare bland personer med enbart förnygynsial utbildning än bland eftergymnasialt utbildade.

18% år 2002

7% år 2018

På 16 år har dagligrökning mer än halverats.

Rökning


Introduktion

Rökning orsakar många sjukdomar


Passiv rökning mest skadlig för små barn

Passiv rökning innebär inandning av rök från andras tobaksrökning, och är skadligt framför allt för små barn som får förhöjd risk för öroninflammation, astmaanfall, irritation och infektioner i luftvägar (6). Risken för högt blodtryck och rubbad metabolism av kolhydrater i vuxen ålder ökar också av passiv rökning. Rökning under graviditet är skadligt för fostret och ökar risken för låg födelsevikt, för tidig födsel, foster- och plötslig spådbarnsdöd (7, 8) och påverkar även hjärnans utveckling negativt under fosterstadiet (9).

Sociala faktorer och tillgänglighet påverkar eskaleringen

Huruvida och hur snabbt man under ungdomstiden eskalerar från icke-rökare till så kallad experimentell rökare tycks bero på sociala faktorer, normer och beteenden i den nära miljön samt tillgänglighet till tobak (10). Hur snabbt utvecklingen till dagligrökning och beroende går (se tabell 1) påverkas även i stor utsträckning av stressfaktorer i vardagslivet, psykisk ohälsa och genetisk sårbarhet för beroende (10).
Folkhälsorapport 2019

Tabell 1. Processen från rökdebut till tobaksberoende (11)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fas 1</th>
<th>Benägenhet (sårbarhet för påverkan som leder till rökning).</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fas 2</td>
<td>Minst två av tre individer i tjugoårsåldern har testat åtminstone en till två cigaretter. Troligtvis fortsätter mindre än 50 procent av dessa ungdomar att röka efter denna fas (12).</td>
</tr>
<tr>
<td>Fas 3</td>
<td>Den experimentella fasen innebär återkommande men långt ifrån regelbunden rökning. Omkring 20 procent upplever röksug (ett av de första symtomen på beroende), samt förlust av kontroll över sitt beteende även när de bara röker då och då. Risken för upptrappning och beroende ökar i takt med hur ofta man röker (13).</td>
</tr>
<tr>
<td>Fas 4</td>
<td>Regelbunden rökning av varierande frekvens.</td>
</tr>
<tr>
<td>Fas 5</td>
<td>Tobaksberoende som kännetecknas av tolerans (behov att öka dosen för att uppnå samma effekt), abstinens (fysiska besvär när man försöker sluta) och förlorad kontroll över rökningen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Förekomst och utveckling över tid

**Dagligrökning har mer än halverats sedan år 2002**

Andelen dagligrökare bland länets vuxna befolkning har mer än halverats mellan år 2002 och 2018, från 18 procent till 7 procent (se figur 1). Utvecklingen ligger i linje med resten av landet. År 2018 är andelen dagligrökande män likvärdig med andelen dagligrökande kvinnor, och andelen är högst i åldrarna 45–64 år (9 procent) (FHE).

**Personer som röker dagligen**

![Diagram över andel (%) som röker dagligen från 2002 till 2018](image.png)

**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger att de röker dagligen, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Folkhälsoenkät (FHE).
Det sociala gapet kvarstår

Trots att dagligrökning minskar i alla grupper kvarstår de sociala skillnaderna i rökning. Den skillnaden är oförändrad sedan år 2002. Andelen dagligrökare är tre gånger högre bland individer med enbart förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasialt utbildade (se figur 2). I Stockholms län kan man se stora geografiska skillnader i förekomst av rökning. Dagligrökning är fyra gånger vanligare i bostadsområdet med högst förekomst (tolv procent), än i bostadsområdet med lägst förekomst (tre procent) i länet (FHE). Skillnaden förklaras i mångt och mycket av andel invånare som har en eller flera markörer för social utsatthet.

Dagligrökare efter utbildningsnivå

<table>
<thead>
<tr>
<th>Utbildningsnivå</th>
<th>Andel (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Förgymnasial</td>
<td>12 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasial</td>
<td>9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Eftergymnasial</td>
<td>4 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: Folkhälsöenkäten (FHE).

Minskning av rökning bland ungdomar

Även bland ungdomar har förekomsten av rökning minskat. År 2014 uppgav 17 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna i årskurs 9 i Stockholm stad, daglig- eller tillfällig rökning. År 2018 är andelen 13 respektive 6 procent. Samma trend syncs i gymnasiets årskurs 2, där förekomsten bland pojkar sjunkit från 25 till 17 procent (14).

Barn i vissa områden betydligt mer utsatta för passiv rökning

År 2017 rökte i genomsnitt tre procent bland kvinnor i Stockholms län i början av graviditeten, men det fanns stora skillnader mellan olika kommuner och stadsdelar, och andelen varierade mellan en och åtta procent (15). Bland spädbarn 0–4 veckor födda är 2017, hade knappt nio procent minst en förälder som rökte. Återigen var skillnaderna stora mellan olika kommuner och stadsdelar och andelen varierade mellan noll och tjugo procent (16).
**Snus och e-cigaretter – beteenden att bevaka**


**Insatser**

**Insatser till hela befolkningen**

Generella insatser riktade till hela befolkningen syftar till att begränsa tillgång till tobak samt normalisera icke-rökning. Dessa generella insatser kan på ett indirekt sätt underlätta både att inte börja röka och att sluta röka (18) (se tabell 2).

Tabell 2. **Generella insatser som är relevanta för Region Stockholm samt kommuner och stadsdelar i länet, och som har stöd från experiment eller välgjorda observationsstudier.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>INSATS</th>
<th>EXEMPEL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lagstiftning/policy mot rökning (19)</td>
<td>Tillsyn av den nya tobakslagen i länets kommuner.</td>
</tr>
<tr>
<td>Begränsa tillgång (20)</td>
<td>Försäljningsförbud på sjukhus samt begränsat tillstånd för tobaksförsäljning i närheten av skolor.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Insatser till riskgrupper och rökare**

Selektiva insatser är insatser som riktas till grupper eller individer som har förhöjd risk att börja röka eller eskalera sin rökning (18). Bland de med förhöjd risk finns personer med psykisk ohälsa, gravida kvinnor som är före detta rökare och riskerar återfall efter graviditeten, samt socialt utsatta småbarnsföräldrar.

Indikerade insatser riktas till personer som redan har ett etablerat beteende och röker regelbundet (18) (se tabell 3). Rådgivning under vårdbesök och via telefon, nikotinerätting och andra läkemedel är evidensbaserade insatser som bör implementeras systematiskt av hälso- och sjukvården, enligt Socialstyrelsens riktlinjer (21).
**Prioriterade insatser till särskilt utsatta grupper**

För att minska rökning i särskilt utsatta befolkningsgrupper behövs samverkan på flera nivåer mellan olika aktörer såsom vård, skola och socialtjänst. Det behöver utvecklas metoder som ökar tillgänglighet till rökavvänjning i bostadsområden och grupper där förekomsten av rökning är störst.

Tabell 3. **Indikerade insatser som är relevanta för Region Stockholm samt kommuner och stadsdelar i länet, och som har stöd från experiment eller väljorda observationsstudier.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>INSATS</th>
<th>EXEMPEL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal</td>
<td>Rökfria operationer (24).</td>
</tr>
<tr>
<td>(22, 23) i vården enligt Socialstyrelsens riktlinjer (21).</td>
<td>Kostnadsfritt rådgivande samtal i tandvård och primärvård.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostnadsfritt kvalificerat rådgivande samtal i primärvård.</td>
<td>Införande av rökavvänjningsprogram i rutiner för psykiatrisk vård (25, 26).</td>
</tr>
<tr>
<td>Enkla råd och rådgivande samtal i samband med cancerscreening.</td>
<td>Kvalificerat rådgivande samtal via telefon (27).</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostnadsfri tillgång för rökare med hänvisning från vård eller</td>
<td>Drift och utveckling av den nationella Sluta-Röka-Linjen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sluta-Röka-Linjen.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nikotinersättning som läkemedel (28, 29).</td>
<td>Kostnadsfri tillgång för patienter i rökavvänjningsprogram.</td>
</tr>
<tr>
<td>Receptbelagda läkemedel (30).</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
REFERENCES


15% av alla dödsfall i Stockholms län i åldrarna 15–49 år orsakas av alkoholkonsumtion.

Risikokonsumtion
Antal standardglas:

- Mer än 14 standardglas per vecka för män
- Mer än 9 standardglas per vecka för kvinnor
- Mer än 5 standardglas per tillfälle oberoende av kön

Risikokonsumtion
Andel som uppfyller definitionen:

- 21% Män
- 15% Kvinnor

Alkoholvanor

Andelen med alkoholvanor klassade som riskbruk minskar i Stockholms län. För män har också andelen som vårdats för alkoholrelaterade diagnoser samt alkoholrelaterade dödsfall minskat. Bland kvinnor är andelarna lägre, och trenden över tid mer stabil. Tillgängligheten till alkohol påverkar konsumtionen såväl som skadeverkningarna.

Introduktion

Alkoholkonsumtion som riskfaktor

Ett flertal sjukdomar och akuta tillstånd är helt orsakade av alkoholkonsumtion, framför allt alkoholberoende, alkoholskador och alkoholförgiftningar. Alkoholkonsumtion är också en riskfaktor för bland annat cancer, hjärt-kärlsjukdom och olycksfall (1, 2). Dessutom är alkohol en bidragande orsak till sociala problem, men omfattningen av sådana konsekvenser är svårare att mäta (3).

Riskfritt drickande finns inte

Risken för skador orsakade av alkoholkonsumtion ökar gradvis med ökande konsumtion. Det finns inget riskfritt drickande, men tumregeln för så kallad lågriskkonsumtion är mindre än tio standardglas alkohol per vecka, och mindre än fyra standardglas vid varje tillfälle (3, 4). Begreppen riskbruk och riskkonsumtion brukar användas för att beskriva drickande med hög risk för alkoholrelaterade problem. Riskbruk innebär mer än fjorton standardglas per vecka för män och mer än nio standardglas per vecka för kvinnor, eller mer än fem standardglas per tillfälle oberoende av kön (5). Risken för riskbruk och skador beror på faktorer hos både individen och samhället. Hos individen påverkar såväl genetik som uppväxtförhållanden. På samhällsnivå påverkar priser, öppettider och åldersgränser omfattningen av alkoholrelaterade problem och skador (6).

Förekomst och utveckling över tid

Riskbruk har minskat

(i åldrarna 19–70 år) redovisades i en svensk studie år 2004–2007 (7), men den studien visade dessutom att 25 procent bland kvinnor respektive 19 procent bland män hade något symtom eller tecken på beroende.

### Riskbruk alkohol

![Riskbruk diagram](image_url)

**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger en alkoholkonsumtion som definieras som riskbruk, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

### Riskbruk högst bland unga

Högst andel med riskbruk finns i den unga befolkningen i länet (21 procent i åldrarna 16–29 år), och bland de i övre medelåldern (20 procent i åldrarna 45–64 år). Riskbruk är vanligare bland de med enbart gymnasieutbildning (20 procent) än bland efter-gymnasialt utbildade (18 procent) och bland de med enbart förgymnasial utbildning (16 procent).

Det finns ett samband mellan förekomst av riskbruk och födelseland. Andelen med riskbruk är betydligt högre bland svenskfödda och personer födda i andra nordiska länder (22 procent) jämfört med invånare som är födda i andra delar av Europa (10 procent) respektive länder utanför Europa (7 procent) (FHE).

### Vård för alkoholrelaterade sjukdomar och skador hos män minskar

Andelen män som dör av alkoholrelaterade sjukdomar eller skador minskar tydligt i Stockholms län, liksom i resten av Sverige. Bland kvinnor i länet är antal alkoholrelaterade dödsfall lägre än bland män, och trenden över tid mer stabil (se figur 3) (Socialstyrelsens dödsorsaksregister).

**Figur 2.** Antal per 100 000 invånare i åldrarna 16–84 år som vårdats för alkoholrelaterade diagnoser (skadligt bruk, alkoholförgiftning eller beroende), uppdelat efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: VAL-databasen.

**Figur 3.** Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare i åldrarna 16–84 år, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Alkoholrelaterade dödsfall har definierats som dödsfall med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak.

Källa: Socialstyrelsens Dödlighet i alkoholindex.
**Insatser**

**Minskad tillgång till alkohol**

På statlig nivå finns samhälleliga insatser som syftar till att begränsa alkoholkonsumtion och därigenom minska riskbruk. Alkoholmonopolet och högre skatt på drycker med en alkoholhalt högre än 2,8 volymprocent är exempel på sådana insatser. Åldersgränser för inköp av alkohol på systembolag, restauranger och i affärer är ytterligare en begränsning för unga personer, som utgör en sårbar grupp. Det finns stark evidens för att alkoholbeskattning minskar alkoholkonsumtion, och att det reducerar akuta och kroniska skadeverkningar relaterade till alkohol (6). På kommunnivå kan man påverka alkoholkonsumtion, bland annat genom utskänkningsstillstånd för restauranger, öppet-tider och reglering av alkohol i samband med evenemang. Statliga myndigheter, såsom Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, är viktiga i arbetet att sprida kunskap om evidensbaserade metoder. Samarbete mellan dessa myndigheter och vissa kommuner har lett till förstärkt infrastruktur inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaks-

området (ANDT) samt användning av evidensbaserade metoder för att påverka alkoholkonsumtion (8). I deltagande kommuner minskade alkoholkonsumtion och skadeverkningar, medan det inte gjorde det i kommuner som inte deltog (9).

**Screening för riskbruk i primärvården**

Det finns god evidens för att man kan minska förekomsten av riskbruk och även risken för beroendesjukdom genom att identifiera personer med riskbruk i primärvården och i övrig hälso- och sjukvård (10). Screening för riskbruk i kombination med rådgivande samtal sker på många håll inom primärvård, mödravård och viss akutvård. Värdefulla insatser görs alltså redan, men man behöver förstärka utbildningsinsatser och incitament om arbetet ska kunna nå bredare inom hälso- och sjukvården. För att stödja arbetet har Region Stockholm tagit fram ett nytt vårdprogram för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor där ny information om alkohol och risknivåer ingår.

**Vägen framåt**

Som tidigare nämnt, finns stark evidens för att kommuner, stadsdelar, regioner och landsting kan arbeta med att minska tillgängligheten till alkohol, exempelvis genom att reglera utskänkningsställen och öppettider, och individinriktat genom hälso- och sjuk-
vården. Det krävs politisk ledning för att driva arbetet, men också resurser för samord-
ning och kompetens i kommunerna. I primärvården och övrig hälso- och sjukvård är metoder för individinriktade förebyggande insatser på väg att implementeras. Det är viktigt att olika ledningsorgan inom hälso- och sjukvården verkar för att stärka dessa verksamheter.
1. IHME, University of Washington, Seattle: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
21% av alla dödsfall i Stockholms län i åldrarna 25–29 år orsakas av narkotikabruk.

Sjukdomsbörda orsakad av narkotika

97 % Svårt substansmissbruk

1 % Cannabisberoende

2 % Kokainberoende

Narkotikarelaterade dödsfall

10 per 100 000 män

4 per 100 000 kvinnor

Narkotikavanor

I Stockholms län uppskattas 0,4 procent av befolkningen ha ett svårt substansenmissbruk. Opioider står för merparten av den totala narkotikarelaterade sjukdomsbördan och den ökande narkotikarelaterade dödligheten. Cannabis är den mest använda narkotikan, och i länet ökar användningen över tid i åldrarna 18–64 år. Det preventiva arbetet kan fokusera på minskad tillgänglighet, sociala normer och attityder samt barn och ungas sociala context.

**Introduktion**

**Opioider bidrar mest till sjukdomsbördan**

Cannabis är den mest använda narkotikan och förekommer oftast i form av hasch eller marijuana (1, 2). Annan narkotika såsom kokain, amfetamin, metamfetamin och opioider, finns också i olika former och vissa injiceras. Även om cannabis är vanligast förekommande, orsakar den största sjukdomsbördan och flest förlorade levnadsår av opioider, och dödligheten på grund av överdoser ökar (3, 4). Vid injiceringsdroger finns risk för smitta av bland annat HIV och hepatitis, men injiceringsdroger kan även orsaka bönder och andra former av bakteriella infektioner som kan bli mycket allvarliga (3). En stor del av de opioider som bidrar till hög dödlighet är läkemedel, bland annat Fentanyl och Tramadol, som när brukare antingen genom läckage från hälso- och sjukvården eller via internet (4).

De problem som är kopplade till narkotikabruk, utöver risken för förtida död, är framför allt beroende och annan psykisk ohälsa (2). Cannabisbruk är kopplat till flera psykiska sjukdomar på både kort och lång sikt, och den kognitiva förmågan påverkas även negativt vid regelbundet och långvarigt bruk (1, 2). Psykisk sjukdom i sig kan dock också vara en orsak till bruk.

Narkotika orsakar dessutom stora kostnader för bland annat polisiärt arbete, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Både internationellt och lokalt drivs kriminaliteten till stor del av narkotikahandeln, och i Sverige ses en utveckling där våld och dödsskjutningar ökat i kriminella kretsar de senaste åren (5). Även detta bidrar till stora samhällskostnader men också till ökad känsla av otrygghet och personligt lidande för drabbade och anhöriga.

**Socioekonomi en viktig prediktor för framtida bruk**

Tillgång till narkotika är en grundläggande riskfaktor för narkotikabruk (2, 6, 7). Andra faktorer tycks också viktiga, exempelvis sociala normer och attityder (2). Studier av skolungdomars narkotikavanor visar att fler elever har möjlighet att testa droger än andelen som faktiskt gör det (6). Vidare har den psykosociala miljön betydelse; att växa upp i ett hem där alkohol- eller narkotikabruk förkommer, ökar risken för eget bruk (7).
Skolundersökningar visar även att ungdomar som prövat narkotika trivs sämre i skolan och lider mer av olika psykosociala besvär (8).


**Förekomst och utveckling över tid**

**Användning av hasch eller marijuana har ökat**


**Användning av hasch eller marijuana senaste året**

![Diagram](image)

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Användning av andra narkotiska preparat och receptbelagda läkemedel

Andelen som uppger att de har använt andra narkotiska preparat såsom amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD, är lägre än andelen som använt hasch eller marijuana. Mindre än en procent av personer i åldrarna 18–84 år i länet har använt sådana narkotiska preparat det senaste året, och bruket är vanligare bland unga än bland äldre personer (se figur 2).

I en enkätundersökning från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), genomförd år 2017, uppger bara 0,2 procent av den vuxna befolkningen i Sverige att de använt opioider det senaste året. Men i samma enkät uppger fem procent att de använt narkotikaklassade läkemedel på annat sätt än läkare ordinerat det senaste året – det vill säga ofta opioider (11). I Stockholms län uppger 1,5 procent i åldrarna 18–84 år att de använt läkemedel på annat sätt än läkare ordinerat det senaste året. Andelen är högst i åldrarna 18–29 år (se figur 2).

Användning av narkotika

![Diagram](https://example.com/diagram.png)

**Figur 2.** Andel (%) personer i åldrarna 18–84 år som uppger att de har använt annan narkotika än hasch eller marijuana (t ex amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD) det senaste året samt andelen (%) som uppger att de har använt receptbelagda mediciner (narkotikaklassificerade läkemedel som t ex Tramadol eller bensodiazepiner) på annat sätt än läkare ordinerat, det senaste året, uppdelat efter ålder, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Den narkotikarelaterade dödligheten ökar

Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat under 2000-talet (se figur 3). Olika former av opioider är vanligast förekommande vid narkotikarelaterade dödsfall (8). Mellan år 2000 och 2017 har dödligheten ökat från 2 till 4 narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 kvinnor och från 8 till 10 per 100 000 män i Stockholms län. Nyligen har Rättsmedicinalverket rapporterat om en dramatisk minskning av antal ärenden där fentanylanalogn bedömts som dödsorsak (12). År 2017 rapporterades cirka hundra
sådana fall i Sverige, och år 2018 bedöms den sifran ligga kring ett tiotal. Förklaringen tros vara att utbudet minskat efter att två personer under år 2018 dömdes för vållande till annans död efter att ha förmedlat opioider via internet (13).

**Narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 invånare**

![Graph showing narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 invånare](image)

**Figur 3.** Antal narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 invånare i åldrarna 16–84 år, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2017).

Källa: Folkhälsomyndigheten, dödsfall med narkotikadiagnos enligt EU:s narkotikabyrå EMCCDA.

**Insatser**

**Preventivt arbete behövs på flera nivåer**

Preventivt arbete för att förhindra bruk av narkotika behöver fokusera på tillgänglighet, sociala normer och attityder, samt barn och ungdomars sociala kontext (2). Insatser behövs på flera nivåer och inom flera arenor såsom lokalsamhället och skolan. Dessutom behöver insatserna både vara universella och specifikt riktade mot riskgrupper (2, 14). Riktade insatser kan vara att identifiera och stödja de med ökad risk för narkotikabruk, exempelvis personer med svagt socialt nätverk och dålig anknytning till arbetslivet, samt barn och ungdomar med bristande stöd i hemmet.

Majoriteten av narkotikan som konsumeras i Sverige är insmugglad, och endast en liten andel kommer från svenska cannabisodlingar eller medicinsk sektor (8). Trots att många insatser har gjorts och mycket arbete har lagts på att stoppa trafiken och försäljningen av preparat, har förekomsten av narkotika i samhället ökat de senaste tio åren.

**Behandling av substansberoende viktigt**

buprenorfin är de vanligaste medlen, för beroende av heroin och andra opioider (14). Preventivt arbete mot opioidöverdoser bör innefatta en översyn över förskrivning av opioider inom vården (15). Det innebär både att begränsa olämplig förskrivning samt att i större utsträckning behandla personer med olika former av opioidberoende.

**Utbildning i insatser vid överdos**


Det är angeläget att genomföra nya kartläggningar av det grava missbruket – ingen samlad skattning av förekomsten har gjorts sedan år 2007 (8).
REFERENSER

3% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av låg fysisk aktivitet.

Rekommenderad tid för fysisk aktivitet varje vecka (vuxna):
- 150 minuter
- 75 minuter

Måttlig intensitet som raska promenader eller ...

... ansträngande intensitet som löpning.

Mer än hälften av de som sitter stilla mer än tio timmar per dag uppger en nivå av fysisk aktivitet under gällande rekommendationer.


**Introduktion**

**Regelbunden fysisk aktivitet kopplat till lägre dödlighet**

Enligt internationella och nationella rekommendationer bör vuxna varje vecka uppnå minst 150 minuters fysisk aktivitet av måttlig intensitet såsom raska promenader, eller 75 minuter av ansträngande intensitet såsom löpning – alternativt en kombination av dessa (1). Det finns inga nationella rekommendationer kring stillasittande.


Stillasittande är kopplat till ökad risk för förtida död och hjärt-kärlsjukdom hos de mest inaktiva – medan fysisk aktivitet försvagar sådana samband (5). Således förefaller inte stillasittande i sig vara en oberoende riskfaktor för ohälsa vid tillräckliga nivåer av fysisk aktivitet.

**Fysisk aktivitet är svårt att mäta med enkätfrågor**

Fysisk aktivitet är ett komplext beteende som är svårt att mäta med enkätfrågor. Självrapporterad enkätdata ger inte en korrekt bild, och ofta överskattas nivåer av fysisk aktivitet (6). En systematisk sammanställning av den vetenskapliga litteraturen visar låg överensstämmelse mellan objektiva mått av fysisk aktivitet (till exempel rörelsemätare) och självrapporterad data för fysisk aktivitet (7). Den effekt fysisk aktivitet har på hjärta och muskler kan dock mätas med andra objektiva mått såsom konditionsnivå, vilket ofta mäts i syreupptagningsförmåga. När objektiva mått på kondition används ses en stark koppling till hälsoutfall såsom risk för hjärt-kärlsjukdom (8). Vuxna

**Förekomst och utveckling över tid**

**Fysisk aktivitet är ojämlikt fördelat**

Drygt hälften av befolkningen i åldrarna 16–84 år i Stockholms län uppger att de är så pass fysiskt aktiva att de uppnår gällande rekommendationer för fysisk aktivitet (se figur 1). Andelen är högst i åldrarna 30–44 år (58 procent), och fördelat efter utbildningsnivå är andelen högst bland de med eftergymnasial utbildning (62 procent) (se figur 2). Andelen personer som uppnår gällande rekommendationer för fysisk aktivitet skiljer sig en del baserat på födelseland. Andelen är högst bland personer födda i Sverige (62 procent), följt av personer födda i övriga Norden (56 procent), och något lägre bland personer födda i övriga Europa (47 procent) och utanför Europa (34 procent). Det finns inga stora skillnader mellan könen. Mer än hälften (54 procent) av de som sitter stilla mer än tio timmar per dag uppger en nivå av fysisk aktivitet som inte når upp till gällande rekommendationer (FHE).

**Uppger en nivå av fysisk aktivitet som uppnår gällande rekommendationer**

![Figur 1. Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger en nivå av fysisk aktivitet som uppnår gällande rekommendationer för fysisk aktivitet (sammanlagt 150 minuter fysisk aktivitet per vecka av måttlig intensitet, eller 75 minuter av ansträngande intensitet, alternativt en kombination) i Stockholms län (2018). Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).]
Uppger en nivå av fysisk aktivitet som uppnår gällande rekommendationer efter utbildningsnivå

![Diagram showing percentages of various educational levels achieving the recommended level of physical activity.]

**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger en nivå av fysisk aktivitet som uppnår gällande rekommendationer för fysisk aktivitet (sammanlagt 150 minuter fysisk aktivitet per vecka av mättlig intensitet, eller 75 minuter av ansträngande intensitet, alternativt en kombination), uppdelat efter utbildningsnivå, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

**Insatser**

**Insatser som ökar möjligheten till fysisk aktivitet**


Andra viktiga aktörer är arbetsgivare som kan möjliggöra hälsofrämjande aktivitet på arbetsplatsen. Det finns visst stöd för att interventioner på arbetsplatser som innefattar till exempel en steğräknare eller webbaserade metoder kan öka fysisk aktivitet hos medarbetare (14).

**Rådgivande samtal i vården kan öka fysisk aktivitet**

Det finns stöd från experiment att fysisk aktivitet kan förbättra prognosen hos de som redan insjuknat i till exempel depression (15) eller cancer (16). Det finns dessutom stöd från experiment att rådgivande samtal har en positiv effekt på fysisk aktivitet hos patienter i primärvården (17). Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar rådgivande samtal med eventuell förskrivning av fysisk aktivitet på recept (18).
REFERENSER


16% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av ohälsosamma matvanor.

Andel vuxna som inte äter grönsaker eller frukt varje dag

28 % 43 %

Matvanor

Matvanorna i Stockholms län ligger långt ifrån de uppsatta målen för intag av frukt, grönsaker, fisk samt läsk och andra sörtade drycker. Mest hälsosamma matvanor har kvinnor, äldre och personer med lång utbildning. För att främja hälsosamma matvanor behövs tvärsektoriella insatser på flera nivåer i samhället. I dag finns lovande insatser i form av ekonomiska styrmedel, lagstiftning och policyer inom barnhälsovården och skolan, samt kvalificerade rådgivande samtal inom vården. Samtidigt behövs mer kunskapsutveckling.

Introduktion

Kostens sammansättning viktig för folkhälsan

Ohälsosamma matvanor är en allvarlig riskfaktor för kroniska sjukdomar och orsakar uppskattningsvis åtta procent av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län (1). Totalskattningen är baserad på sambanden mellan femton kostfaktorer (livsmedel och näringsämnen) och ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes och vissa former av cancer. Lågt intag av fullkorn, nötter, frön, frukt och grönsaker samt högt intag av salt står för den största delen av sjukdomsbördan. Sambandet mellan matvanor och hälsa är dock komplext, och människor är betydligt fler livsmedel och näringsämnen än de femton inkluderade kostfaktorerna. Det är troligtvis hela kostens sammansättning som har störst betydelse på lång sikt (2).

Utmaning att mäta matvanor

Våra matvanor påverkas av många faktorer vilket gör ätbeteendet mycket komplext att undersöka. I likhet med fysisk aktivitet är matvanor därför också svårt att mäta med enkätfrågor, eftersom sådana förlitar sig till minnet och den kognitiva förmågan hos respondenterna. Det är dessutom vanligt att uppge hälsosammare matvanor än vad man i själva verket har (3). Eftersom lämpliga objektiva alternativ saknas, är enkäter trots allt oftast den rimligaste metoden när matvanor ska studeras i stora befolkningsundersökningar. I Folkhälsoenkäten (FHE) ställs fyra frågor om matvanor som har valts ut för att de kan anses vara indikatorer för hela kostens sammansättning (4).
Förekomst och utveckling över tid

**Nationella mål för matvanor långt ifrån uppfyllda**

Enligt Livsmedelsverkets nationella mål för indikatorer för ohälsosamma matvanor ska följande uppnås år 2020: Andelen av befolkningen som äter grönsaker respektive frukt mer sällan än en gång per dag ska vara under 20 procent, och andelen som äter fisk mer sällan än en gång per vecka såväl som de som dricker läsk oftare än en gång per vecka ska vara under 10 procent (4).

År 2018 är matvanorna i Stockholms län långt ifrån de nationella målen (se figur 1). Målet för intag av grönsaker är det som är närmast att uppfyllas, men det är fortfarande en dryg fjärdedel (28 procent) av vuxna i länet som inte äter grönsaker dagligen (FHE).

**Lågt intag frukt och grönsaker**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mål under 20 %</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lågt intag frukt/ bär (mindre än en gång per dag)</td>
<td>33 %</td>
<td>52 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågt intag grönsaker/ rotfrukter (mindre än en gång per dag)</td>
<td>22 %</td>
<td>34 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Lågt intag fisk samt högt intag läsk**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mål under 10 %</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lågt intag fisk/ skaldjur (mindre än en gång per vecka)</td>
<td>24 %</td>
<td>26 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Högt intag läsk/saft/ sötade drycker (mer än en gång per vecka)</td>
<td>21 %</td>
<td>33 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med ohälsosamma matvanor, uppdelt efter kön, i Stockholms län (2018). Notera: De vertikala streckade linjerna visar Livsmedelsverkets nationella mål för varje indikator på ohälsosamma matvanor.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).
**Tydliga sociala skillnader syns**

 För att få en samlad bild av matvanor hos länets befolkning skapades utifrån fyra enskilda matvanor ett index med tre kategorier: mycket ohälsosamma matvanor, hälsosamma matvanor och ett ”mittemellan”. I indexet innebar mycket ohälsosamma matvanor ett intag av frukt och grönsaker högst 1,3 gånger per dag (5), intag av fisk mindre än en gång i veckan och intag av läsk mer än en gång i veckan. Enligt denna definition har ett fåtal (fyra procent) i länet mycket ohälsosamma matvanor. Däremot är andelen högre högre bland män (sex procent) än kvinnor (tre procent), och högst bland yngre och bland de med enbart förgymnasial utbildning (se figur 2 och 3).

I indexet innebar hälsosamma matvanor ett intag av frukt och grönsaker mer än tre gånger per dag (5), intag av fisk minst två gånger per vecka ( motsvarar gällande nationella kostråd) och intag av läsk mer sällan än två gånger per vecka (det omvända måttet för ohälsosamma matvanor, eftersom definition för ett hälsosamt intag av läsk saknas). Enligt denna definition är andelen i länet med hälsosamma matvanor låg (14 procent). Andelen är lägre bland män (10 procent) än kvinnor (18 procent), och lägst bland de yngre och bland de med enbart förgymnasial utbildning (se figur 2 och 3).

**Matvanor efter utbildningsnivå**

![Diagram](image)

**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med ”mycket ohälsosamma”, ”mittemellan” och ”hälsosamma” matvanor, upptäckt efter utbildningsnivå, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).
Insatser

Tvärsektoriella insatser behövs

Faktorer som ligger bakom ohälsosamma matvanor, och även låg fysisk aktivitet och övervikt, är komplexa och kopplade till en ohållbar samhällsutveckling (6). Vi lever i en miljö som ger ständig tillgång till energität och relativt näringsfattig mat. Andra faktorer som påverkar vad vi äter är pris och marknadsföring, samt attityder och samhällstrender. Snabb spridning av ovetenskaplig information kan leda till förvirring och att man gör mindre hälsosamma matval. I denna redan kompexa situation tillkommer ojämlikheten i befolkningen där de med kortast utbildning och lägst inkomst har sämst förutsättningar att göra hälsosamma matval. I denna redan kompexa situation tillkommer ojämlikheten i befolkningen där de med kortast utbildning och lägst inkomst har sämst förutsättningar att göra hälsosamma matval (7). Det krävs därför tvärsektoriella insatser på flera nivåer i samhället för att främja hälsosammare matvanor i befolkningen och för att minska ojämlikheten i hälsa (8).

REFERENSER

12% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av övervikt och fetma.

1 av 2 vuxna män har övervikt eller fetma.

Förekomsten av fetma ökar bland både män och kvinnor.

Övervikt och fetma

år 2018 har 45 procent av alla vuxna i Stockholms län övervikt eller fetma, vilket är lägre än i hela Sverige. Bland kvinnor i länet är andelen 38 procent, och bland män 53 procent. Övervikt och fetma är också vanligare bland personer med kort utbildning och bland äldre. Fetman ökar i samhället huvudsakligen som en följd av förändringar i livsmiljön som har lett till en obalans mellan energiintag och energiförbrukning. I dag är kunskapsläget bäst för förebyggande program i skolåldern och kirurgisk behandling. Mer forskning behövs kring insatser för att effektivt förebygga övervikt och fetma, speciellt i grupper med låg socioekonomisk status.

Introduktion

Högt BMI ökar risken för många sjukdomar

Kroppsmasseindex (BMI) är ett mått på förhållandet mellan en persons vikt och längd, och används för att definiera övervikt och fetma. Ett BMI mellan 25 och 30 (kg/m²) innebär övervikt och ett BMI över 30 (kg/m²) motsvarar fetma. Både fetma och övervikt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, njursjukdomar, cancer, muskel- och skelettsjukdomar, neurologiska sjukdomar, kronisk respiratoriska sjukdomar och sjukdomar i matsmältningsorganen. Dessutom är fetma en kronisk sjukdom i sig som, tillsammans med dess följdsjukdomar, innebär stora kostnader för samhället i form av produktionsbortfall, sjukvård, sjukskrivning och förtida död (1).

Miljöförändringar bakom ökningen


Vissa förändringar som ligger till grund för denna energibalans är relaterade till det globala livsmedelssystemet och den fysiska samhällsplaneringen. Tillgången på energirika, processade och billiga livsmedel med höga halter av socker och fett och låg näringskvalitet har ökat stort. Dessa livsmedel marknadsförs effektivt mot konsumenter—inte minst barn (2). Samtidigt har förändringar i den fysiska miljön, motorisering och automatisering av arbetslivet lett till minskad fysisk aktivitet och energiförbrukning (5). Individens energibalans påverkas dessutom av kroppsstorlek och kroppssammanläggning (6), vissa läkemedel (t ex neuroleptika, antidepressiva, antiepileptika, anti-diabetika) (7), stress genom ökad utsöndring eller känslighet mot kortisol (8) och brist på sömn hos barn (9) med risk för att utveckla övervikt och fetma.
Förekomst och utveckling över tid

Mer än hälften av männen har övervikt eller fetma


De här uppskattningarna av förekomst av övervikt och fetma är troligen i underkant. Eftersom övervikt och fetma är förknippat med socialt stigma tenderar människor att underskatta den egna vikten och överskatta kroppslängden, vilket ger ett lägre BMI.

Övervikt och fetma

![Diagram övervikt och fetma]

**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med övervikt (BMI 25–30 kg/m²) och fetma (BMI över 30 kg/m²), uppdelat efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Fortsatt ökning av fetma

Utveckling av fetma över tid

![Diagram](attachment:image.png)

**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år med fetma (BMI över 30 kg/m²), uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Folkhälsomyndigheten (FHM).

**Utbildningsnivå påverkar förekomst av övervikt och fetma**

I Stockholms län är förekomsten av övervikt och fetma högst bland personer med endast gymnasieutbildning, och lägre bland personer med för- eller eftergymnasial utbildning (se figur 3). Övervikt och fetma är också vanligare i högre åldrar. I åldern 45 år och äldre har mer än hälften av befolkningen övervikt eller fetma. BMI över 30, det vill säga fetma, är vanligast i åldrarna 45–64 år där andelen är 17 procent, och i åldrarna 65–84 år där andelen är 16 procent.

Förekomsten av övervikt och fetma är lägst bland personer som föddes i Sverige (43 procent), och högre bland personer födda i Norden utanför Sverige (56 procent), i övriga Europa (49 procent) och i länder utanför Europa (50 procent) (FHE).

**Övervikt och fetma efter utbildningsnivå**

![Bar chart](attachment:chart.png)

**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med övervikt (BMI 25–30 kg/m²) och fetma (BMI över 30 kg/m²), uppdelat efter utbildningsnivå, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsomyndigheten (FHE).
Insatser

Internationella och lokala mål


En mer hälsofrämjande miljö

En stor fördel med övergripande förändringar av den fysiska miljön som gynnar hälso-sama matvanor och fysisk aktivitet är att de når alla samhällsgrupper. Forskning tyder på att policyinsatser såsom ekonomiska styrmedel inte ökar social ojämlikhet, vilket rena kunskapsbaserade insatser har en tendens att göra (12). Punktskatt på sötade drycker kan minska konsumtionen (13), men det återstår att bevisa att sådana skatter också minskar förorekomsten av fetma i befolkningen.

Förebyggande insatser och behandlingsprogram i skolan fungerar

Interventionsstudier har visat att intensiva program som främjar hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet, riktade till både skolan och hemmet och som varar i mer än sex månader, är effektiva för att förebygga övervikt och fetma bland barn i skolåldern (14). För barn mellan sex och elva år kan också längre behandlingsprogram mot fetma ha effekt (15). För barn i förskoleåldern har ett behandlingsprogram mot fetma riktat till föräldrar visat god effekt (16), medan det saknas stöd för förebyggande insatser i barnhälsovård och förskola (14).

Gruppbaserad rådgivning i primärvården ger resultat på kort sikt

Utmaningen är större när det gäller prevention och behandling av övervikt och fetma bland ungdomar och vuxna. Gruppbaserade interventioner inom primärvården för personer med låg socioekonomisk status kan minska övervikt och fetma på kort sikt men är svåra att vidmakthålla på lång sikt (17).

Fetmakirurgi är effektivt

Under 2017 opererades 1 360 vuxna patienter för fetma i Region Stockholm. Behandlingen är mycket effektiv när det gäller viktminskning, och erbjuds allt fler unga (18, 19). Fetmakirurgi är dock inte riskfritt och det är därför viktigt att patienter följs upp noga under lång tid (20).
REFERENSER


14% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av högt blodsocker (fasteblodsocker över 5,4 mmol/liter).

1 av 4 vuxna uppskattas ha högt blodsocker.

Stor variation i behandlingsresultat

Mellan 1 och 36 procent av typ 2-diabetikerna inom länets primärvårdsenheter har långtidssocker över 70. Socialstyrelsens mål är färre än tio procent.

Högt blodsocker

Kontinuerligt höga nivåer av blodsocker är skadligt för bland annat kärlen och uppskattas förklara vart sjunde dödsfall i Stockholms län genom att orsaka hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes, njursvikt och demens. En viktig del i arbetet med att förebygga hjärt-kärlsjukdom, cancer, njursvikt och demens på befolkningsnivå är därför intensiv blodsockersänkande behandling av diabetiker. Men även fasteblodsocker på så låga nivåer som strax över 5,4 millimol per liter (dvs under såväl diabetes- som pre-diabetesgränserna) är förknippat med risker, och sådana nivåer är mycket vanliga.

Introduktion

Fasteblodsocker används oftast som mått

När blodsocker mäts beräknas antalet glukosmolekyler i varje liter blod, och måttet anges i millimol per liter (mmol/L). Blodsockret påverkas direkt vid måltider, och med olika effekt beroende på vad man ätit och druckit. Efter fem till tio timmar tenderar dock blodsockret att återgå till ett och samma utgångsvärde för varje individ. Av den anledningen gör man ofta en mätning av blodsockret efter fasta. Redan höga normala värden av det så kallade fasteblodsockret (över 5,4 millimol per liter) är förknippade med risker.

Övervikt förknippat med högt blodsocker

Högt blodsocker beror på nedsatt känslighet för insulin hos kroppens celler (insulin-resistens) eller nedsatt funktion hos de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln. Det är mycket tydligt att övervikt, fetma och bukfetma ökar risken att drabbas. Andra faktorer som har samband med högt blodsocker är exempelvis tobaksbruk, fysisk inaktivitet, ohälsosamma matvanor, stress, att man tidigare haft graviditetsdiabetes, ärftlighet för typ 2-diabetes och etnicitet (1–5).

Högt fasteblodsocker orsakar framför allt hjärt-kärlsjukdom

Högt fasteblodsocker bidrar till sjukdomsbördan genom att i första hand orsaka hjärt-kärlsjukdom, och därefter diabetes, men även cancer, njursvikt och demens. En stor del av blodsockerbördan drabbar de som redan har så höga sockernivåer att de också uppfyller diagnoskriteriet för diabetes. Många av de mer klassiska diabetesskomplikationerna, som i sin tur också driver mycket av bidraget till sjukdomsbördan från diabetes såsom nervskador, blindhet och diabetesfot förklaras också av högt blodsocker.
Förekomst och utveckling över tid

Troligtvis har en av fyra högt blodsocker


Det saknas även bra data om förekomsten av högt blodsocker i länet över tid. I studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) finns dock ett urval av kvinnor i åldrarerna 53–56 år som deltagit vid samtliga datainsamlingar över flera år. Bland dessa kvinnor höjdes de genomsnittliga nivåerna av fasteblodsocker signifikant (+ 0,3 mmol/liter) under den senaste tioårsperioden.

Högt blodsocker vanligare bland äldre

Förekomsten av högt blodsocker ökar med åldern (se figur 1). Liksom typ 2-diabetes, är högt blodsocker något vanligare bland personer med kort utbildning än bland de med lång utbildning (se figur 2).

Högt fasteblodsocker

49 % 60 %

45 % 35 %

11 % 17 %

Kvinnor Män

Högt fasteblodsocker efter utbildningsnivå

<table>
<thead>
<tr>
<th>Utbildningsnivå</th>
<th>Andel (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Förgymnasial</td>
<td>60 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasial</td>
<td>54 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Eftergymnasial</td>
<td>46 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).

**Insatser**
**Blodsockerkontroll hos diabetiker viktig**

**Viktigt att upptäcka de med högt blodsocker**
Om hälso- och sjukvården ska kunna bidra till det förebyggande arbetet riktat till de som har högt blodsocker behöver dessa personer först identifieras. Det är en utmanande uppgift eftersom tillståndet utvecklas smygande under många år och oftast inte ger några symtom förrän mycket sent. Det är inte ovanligt att högt blodsocker upptäcks först i samband med en hjärtinfarkt eller andra allvarliga sjukdomstillstånd (7). Socialstyrelsen rekommenderar i dag att individer med riskfaktorer såsom övervikt, rökning, högt blodtryck och högt kolesterol provtas för högt blodsocker vid kontakt med hälso- och sjukvården (8).


18% av alla dödsfall i Stockholms län förklaras av högt blodtryck.

2 av 3 i åldrarna 53–78 år som får behandling har ändå högt blodtryck (i SDPP-studien).

67% i åldrarna 53–78 år har högt blodtryck (i SDPP-studien).

Högt blodtryck

Högt blodtryck är vanligt oavsett socioekonomisk status, och uppskattas förklara 18 procent av dödsfallen i Stockholms län. Samtidigt finns det kostnadseffektiv behandling, både i form av stöd till livsstilsförändringar och läkemedel. Insatser ger hälso- och sjukvårdssystemet stora möjligheter att förbättra folkhälsan.

Introduktion

Ålder och ärftlighet stora riskfaktorer för högt blodtryck

Högt blodtryck, eller hypertoni, innebär att blodtrycket i genomsnitt överstiger vissa gränsvärden. Blodtryck mäts i millimeter kvicksilver och anges i enheten mmHg. Mätningen görs två gånger, dels när hjärtat pumpar ut blod (systoliskt tryck), dels när hjärtat slappnar av (diastoliskt tryck). Gränsen för högt blodtryck är ett systoliskt tryck på 140 mmHg eller mer, eller ett diastoliskt tryck på 90 mmHg eller mer. Gränsättningen underlättar diagnostik och behandling, men längs med hela blodtrycksskalan finns en kontinuerlig riskökning. Den som har ett blodtryck på 150/100 har alltså en högre risk än den som har ett blodtryck precis över 140/90, även om båda får samma diagnos: högt blodtryck. Det här har på senare tid fått betydelse i rekommendationer om graderad kontroll och behandling.

Hög ålder och ärftlighet är de viktigaste riskfaktorerna för utvecklingen av högt blodtryck, men kost, övervikt och fetma har också tydliga samband. Andra riskfaktorer med ett visst samband med högt blodtryck är alkoholkonsumtion, låg fysisk aktivitet, rökning och stress (1–3).


Förekomst och utveckling över tid

Mörkertalet i högt blodtryck är stort

I SDPP-studien mättes högt blodtryck med ett enstaka mätvärde, och resultaten ska därför tolkas med viss försiktighet. Ett enstaka mätvärde kan påverkas av felkällor som vitrockshypertoni (ett blodtryck som bara är högt i vården) eller maskerad hypertoni (i det här fallet ett tryck som är högre i den stressiga vardagen än vid undersöknings-tillfället), och kan därför inte användas som grund för behandling av individen. Som indikator på förekomsten av högt blodtryck på gruppnivå fungerar ett enstaka mätvärde däremot bra, och resultaten visar således på stort utrymme för förbättring inom vården vad gäller diagnostik såväl som behandling av högt blodtryck.

Högt blodtryck

<table>
<thead>
<tr>
<th>Har inte högt blodtryck</th>
<th>Får framgångsrik behandling</th>
<th>Behandlas men har ändå högt blodtryck</th>
<th>Har högt blodtryck men är inte kända i vården</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>33 %</td>
<td>15 %</td>
<td>29 %</td>
<td>23 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 53–78 år i SDPP-studien som inte har högt blodtryck, får framgångsrik behandling, får behandling men ändå har högt blodtryck, eller har högt blodtryck men är inte kända i vården i Stockholms län (2014–2017).

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).

**Högt blodtryck vanligare i gruppen med kort utbildning**

I SDPP-studien är högt blodtryck mycket vanligt i samtliga grupper, men förekomsten är något högre bland män och bland personer med kort utbildning. Över tid sjunker andelen personer i Sverige med högt blodtryck (se figur 2).
Andel med högt blodtryck över tid

![Diagram showing the percentage of people with high blood pressure over time, separated by gender, from 2000 to 2015.](image)

**Figur 2.** Andel (%) med högt blodtryck i befolkningen, uppdelat efter kön, över tid i Sverige (2000–2015).

Källa: NCD-RisC database.

**Insatser**

**Stor potential i systematisk uppföljning**


**Effektiv behandling finns men följsamheten brister**

REFERENSER


9% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av högt LDL-kolesterol.

Andel med högt kolesterol och hög risk för hjärt-kärlsjukdom (enligt SCORE) i åldrarna 53–78 år, i SDPP-studien.

28% bland män
6% bland kvinnor

16% av personer över 40 år hämtade ut läkemedel mot högt kolesterol under 2018.

Högt kolesterol

För mycket kolesterol i blodet kan leda till fettinlagring i blodkärlen och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar såsom hjärtinfarkt och kärlkramp. Kolesterolnivåerna bland befolkningen i Stockholms län och i resten av Sverige har troligen sjunkit över tid, men de uppskattas fortfarande förklara nästan vart tionde dödsfall i länet. Livsstilsförändringar och tablettbehandling till personer med måttlig till hög risk är centrala för att sänka kolesterol-nivåerna och minska risken för hjärt-kärlsjukdom.

Introduktion

Högt kolesterol är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom

Kolesterol är ett fettämne som är nödvändigt för cellers funktion och för att bilda kroppens hormoner. För mycket kolesterol i blodet kan leda till fettinlagring i blodkärlen (ateroskleros) och därmed öka risken för hjärt-kärlsjukdomar. Risken att drabbas av högt kolesterol påverkas av ärtliga faktorer och levnadsvanor såsom matvanor, låg fysisk aktivitet, och rökning (1). Fettinlagring i artärerna ökar risken för hjärtinfarkt, stroke, kärlkramp och perifer kärlsjukdom (2, 3). Kolesterol delas in i HDL-kolesterol och LDL-kolesterol. HDL är det ”goda kolesterol” som minskar ateroskleros, och LDL är det ”onda kolesterol” som bidrar till ateroskleros. Vid behandling eftersträvar man att minska nivåerna av LDL och höja nivåerna av HDL. Den vanligaste formen av läkemedel som används för att sänka kolesterol är statiner.

Förekomst och utveckling över tid

Högt kolesterol är underbehandlat

Högt kolesterol är underdiagnostiserat och underbehandlat såväl i Stockholms län som internationellt (4, 5), vilket är en av anledningarna till att det är ont om exakta data kring förekomsten. En fingervisning om problemets storlek ges i data från studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) med deltagare i åldrarna 53–78 år.

Högt kolesterol

Kvinnor

Män

■ Normalt kolesterol  ■ Högt kolesterol
■ Högt kolesterol och samtidigt hög risk för kardiovaskulär sjukdom

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).

Uthämtning av läkemedel relativt oförändrad senaste decenniet


Blodfettsänkande medel per 1 000 invånare

Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister.

**Högt kolesterol efter utbildningsnivå**

![Figur 3: Genomsnittligt totalkolesterol (mmol/l) i åldrarna 53–78 år, uppdelat efter utbildningsnivå, i SDPP-studien i Stockholms län (2014–2017). Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).](image)

Kollesteroinväer i befolkningen sjunker

Upprepade tvärsnittsstudier tyder på att kollesteroinväernas bland befolkningen i Sverige, i våra grannländer, och i andra undersökta länder i västvärlden har sjunkit (7). Delvis troligen tack vare förbättrade matvanor (8, 9). Även om kollesteroinväernas i befolkningen har sjunkit över tid uppskattas de fortfarande förklara nästan vart tioande dödsfall i länet. Hälften av alla hjärtinfarkter och en fjärdedel av alla strokefall i länet, orsakas av högt kolesterol (10).

**Insatser**

**Hälsosamma levnadsvanor och läkemedelsbehandling kan sänka blodfetter**

Stöd från experiment visar att minskat intag av transfett och mättat fett (11), viktnedgång och regelbunden fysisk aktivitet (12) har positiv påverkan på blodfetterna och minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom. Läkemedelsbehandling som sänker blodfetterna minskar risken att dö i förtid och risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom (13, 14). I dag erbjuds läkemedel till personer med manifest hög eller mycket hög risk för hjärt- och kärlsjukdom. Riskbedömningen baseras på nivån av kolesterol i blodet, förekomst av andra sjukdomar, om personen röker, är överviktig eller har ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom. Även de med mättlig risk, vars kollesterolvärden inte förbättrats av råd om ändrade levnadsvanor, kan ha nytta av läkemedelsbehandling (15).
Sammanställningar av randomiserade studier har rapporterat att läkemedelsbehandling med statiner minskar både risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdom och risken att dö om man drabbas, samt att de är kostnadseffektiva, även hos personer med låg risk (16). Huruvida individer drar nytta av långsiktig statinanvändning för primärprevention, och därmed kostnadseffektiviteten, har visat sig bero mer på behandlingens påverkan på livskvalitet, än graden av kardiovaskulär risk (17). Det finns stöd från experiment, med uppföljning upp till fem år att läkemedlen är säkra.
REFERENSER


Av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av nedsatt njurfunktion.

Andel med nedsatt njurfunktion i olika grader

- 5,5 % Måttligt nedsatt
- 0,4 % Svårt nedsatt
- 0,1 % Gravt nedsatt

1 av 8 av dessa har en registrerad diagnos (0,7 % av befolkningen).

Källor: Global Burden of Disease (2017), (9).
Nedsatt njurfunktion

År 2006–2011 hade sex procent över 18 år i Stockholms län mättligt, svårt eller gravt nedsatt njurfunktion, men bara 0,7 procent hade en diagnos. Tidig upptäckt av nedsatt njurfunktion kan bromsa fortsatt försämring och därmed även riskerna för bland annat hjärt-kärlsjukdom. Förbättring av kost och motion samt vissa läkemedel bidrar till att bromsa sjukdomsförloppet.

**Introduktion**

**Nedsatt njurfunktion – ett växande folkhälsoproblem**


Nedsatt njurfunktion delas in i fem stadier där den allvarligaste formen kräver dialys eller njurtransplantation (se tabell 1) (2). Kroniskt nedsatt njurfunktion, eller kronisk njursvikt, utvecklas långsamt. Symtomen kan komma först när njurfunktionen blir så nedsatt att slaggprodukter börjar ansamlas i blodet och ger symtom som trötthet, aptitlöshet, illamående, kräkningar, försämrad muskelkraft och klåda.

De vanligaste orsakerna till nedsatt njurfunktion är diabetes, högt blodtryck och inflammation i njurarnas kärlnystan (glomerulonefrit) (3). Andra riskfaktorer med visst samband är övervikt (4) och rökning (5). Nedsatt njurfunktion är ett globalt växande folkhälsoproblem eftersom förekomsten av diabetes ökar och befolkningen blir allt äldre.

**Tabell 1. Stadier av nedsatt njurfunktion och angelägna åtgärder (2)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>NEDSATT NJURFUNKTION ENLIGT GFR*</th>
<th>ANGELÅGNA ÅTGÄRDER</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stadie 1 Nej (GFR över 90 %) men andra tecken på njurskada (oftast protein i urinen)</td>
<td>Upptäckt, behandling av samsjuklighet, bromsa och följa förloppet.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadie 2 Lätt (GFR 60–89 %)</td>
<td>Upptäckt, behandling av samsjuklighet, bromsa och följa förloppet.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadie 3 Måttligt (GFR 30–59 %)</td>
<td>Som stadie 1 och 2 samt upptäckt och behandling av komplikationer.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadie 4 Svårt (GFR 15–29 %)</td>
<td>Som stadie 1–3 samt förberedelse för dialys eller transplantation.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stadie 5 Gravt (GFR lägre än 15 %)</td>
<td>Dialys eller transplantation.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Glomerulärfiltrationshastighet*
Viktig riskfaktor för utveckling hjärt-kärlsjukdom och förtida död


Förekomst och utveckling över tid

Stor andel med nedsatt njurfunktion är ouptäckt

Av alla över 18 år i Stockholms län hade 5,5 procent måttligt nedsatt njurfunktion (stadie 3), 0,4 procent svårt nedsatt njurfunktion (stadie 4) och 0,1 procent gravt nedsatt njurfunktion (stadie 5) år 2006–2011 (9). Den exakta andelen i länet med nedsatt njurfunktion i de lägre stadierna är okänd, men i norska data har 3,1 procent nedsatt njurfunktion i stadie 1 och 3,4 procent i stadie 2 – och totalt 11 procent i något stadie (10). Av de med måttligt, svårt eller gravt nedsatt njurfunktion (stadie 3–5), var det bara en av åtta (0,7 procent av befolkningen) som hade en registrerad diagnos (9). År 2018 har mörkertalet minskat, men det är fortfarande bara 1,5 procent av befolkningen över 18 år som har en registrerad diagnos, trots att den verkliga förekomsten av nedsatt njurfunktion troligen är mer än fem gånger så hög.

Utöver den betydligt högre förekomsten bland äldre, är nedsatt njurfunktion vanligare bland personer med kort utbildning enligt studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) (se figur 1). Dessutom förekommer skillnader i förekomst kopplat till etnicitet (6).

Nedsatt njurfunktion (stadie 3–5) efter utbildningsnivå

**Figur 1.** Andelen (%) i åldrarna 53–78 år med nedsatt njurfunktion i stadie 3 eller högre, uppdelat efter utbildningsnivå, i SDPP-studien i Stockholms län (2014–2017).

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).
Insatser

Hälsosamma levnadsvanor kan bromsa njursjukdom

För att förebygga sjukdomen måste de vanligaste underliggande orsakerna förebyggas och behandlas: diabetes och högt blodtryck. Men att tidigt diagnostisera och utreda nedsatt njurfunktion är också av stor vikt för att minska risken för att tillståndet försämtras (11).

Nedsatt njurfunktion är obotligt, och behandling syftar främst till att bromsa ytterligare njurfunktionsnedsättning och att minska risken för hjärt-kärlsjukdom (12). Grunden i detta är förbättrade levnadsvanor såsom rökstopp, viktnedgång, regelbunden fysisk aktivitet, bättre matvanor, samt särskilt anpassade läkemedel som reglerar blodtryck. När den nedsatta njurfunktionen beror på en primär sjukdom i njurarna, behandlas den primära sjukdomen. Sent i sjukdomsförloppet tillkommer behandling av komplikationer och ställningstagande huruvida dialys eller njurtransplantation är aktuell.
REFERENSER


Sjukdomar och skador
26% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av hjärtinfarkt och stroke.

Fler män än kvinnor dör i hjärtinfarkt och stroke.

Hjärtinfarkt: 87 per 100 000 män

Stroke: 41 per 100 000 kvinnor

Hjärtinfarkt: 75 per 100 000 män

Stroke: 61 per 100 000 kvinnor

Hjärtinfarkt och stroke

Hjärtinfarkt och stroke är två av de vanligaste dödsorsakerna, men både insjuknande och dödsfall minskar sedan flera decennier. År 2017 orsakades 18 procent av dödsfallen i Stockholms län av hjärtinfarkt, och 8 procent orsakades av stroke. Sjukdomarna är vanligare bland män, och förekomsten varierar mellan olika områden i länet. De viktigaste riskfaktorerna som går att förebygga och behandla är rökning, diabetes, ogynnsamma blodfetter, högt blodtryck samt dålig social och organisatorisk arbetsmiljö.

Introduktion

Hjärtinfarkt och stroke kan förebyggas


Riskfaktorer för hjärtinfarkt och stroke

Hjärtinfarkt och stroke har liknande riskfaktorer även om vissa skillnader finns. De viktigaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt som går att förebygga är rökning, diabetes, ogynnsamma blodfetter, högt blodtryck samt dålig social och organisatorisk arbetsmiljö (2, 3). Högt blodtryck, nedsatt njurfunktion och förmaksflimmer har tydliga samband med en ökad risk för stroke (4–6). Även övervikt och fetma ökar tydligt risken för hjärtinfarkt (7, 8), men sambandet blir svagt om hänsyn tas till andra riskfaktorer som ogynnsamma blodfetter och högt blodtryck (2).

Socioekonomiska faktorer påverkar dödligheten

Både hjärtinfarkt och stroke är betydligt mer förekommande bland äldre personer, och män drabbar generellt tidigare i livet än kvinnor. Risken att dö av hjärtinfarkt och stroke varierar med olika socioekonomiska faktorer, framför allt inkomst men också yrke, utbildning och socioekonomiska villkor under barndomen (9, 10).
Förekomst och utveckling över tid

**Insjuknande och dödsfall i hjärtinfarkt och stroke minskar**

Nya fall av både hjärtinfarkt och stroke har minskat successivt de senaste två decennierna. Sedan år 2001 har insjuknandet i hjärtinfarkt halverats bland män och kvinnor i länet (se figur 1). År 2017 insjuknade 407 per 100 000 män och 171 per 100 000 kvinnor. Stroke följer numera samma trend. År 2017 insjuknade 377 per 100 000 män och 283 per 100 000 kvinnor (se figur 2).

Hjärtinfarkt är den vanligaste orsaken till dödsfall i Sverige och globalt, men dödligheten har minskat mycket snabbt i Stockholms län sedan år 2000. I länet orsakade hjärtinfarkt 18 procent av dödsfallen år 2017. Fler män än kvinnor dör av hjärtinfarkt. År 2017 var antalet dödsfall 87 per 100 000 män, och 41 per 100 000 kvinnor (se figur 3). Stroke orsakade åtta procent av dödsfallen i länet år 2017. Fler män än kvinnor dör av stroke: 75 per 100 000 män jämfört med 61 per 100 000 kvinnor, samma år (se figur 3).

**Akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare**

![Graph showing the decrease in acute myocardial infarction per 100,000 inhabitants over time in Stockholm County (2000–2017).](image)

**Figur 1.** Antal insjuknanden i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare i åldern 20 år och äldre, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2010).

Källa: Socialstyrelsens hjärtinfarktstatistik.

**Stora skillnader i länet**

Färre och färre insjuknar alltså i hjärtinfarkt och stroke, trots att befolkningen i genomsnitt blir allt äldre. Däremot kvarstår stora skillnader mellan olika områden i länet. Att drabbas av hjärtinfarkt är nästan tre gånger vanligare i Norrtälje än i Sundbyberg. Och att drabbas av stroke är mer än dubbelt så vanligt i Upplands Bro, Skärholmen, Botkyrka, Rinkeby-Kista och Södertälje än i Danderyd och på Östermalm.
**Stroke per 100 000 invånare**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>690</td>
<td>377</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>493</td>
<td>283</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 2.** Antal insjuknanden i stroke per 100 000 invånare i åldern 20 år och äldre, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2010).

Källa: Socialstyrelsens strokestatistik.

**Dödlighet hjärtinfarkt och stroke per 100 000 invånare**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Akut hjärtinfarkt kvinnor</th>
<th>Akut hjärtinfarkt män</th>
<th>Stroke kvinnor</th>
<th>Stroke män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>277</td>
<td>61</td>
<td>87</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>150</td>
<td>75</td>
<td>131</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>131</td>
<td>61</td>
<td>117</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>117</td>
<td>41</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>87</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>75</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>61</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>41</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2016</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2017</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 3.** Antal dödsfall i akut hjärtinfarkt och stroke per 100 000 invånare i åldern 20 år och äldre, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2010).

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik.
Insatser

**Behandling av högt blodtryck och kolesterol**


Motion, viktnedgång och en kosthållning som består av mycket frukt och grönsaker har visst vetenskapligt stöd för att behandla riskfaktorer som högt blodtryck och diabetes, men det är svårare att påvisa ett orsakssamband mellan dessa beteendeförändringar och risken för stroke och hjärtinfarkt (2, 18). För rökare är rådgivning, via till exempel Sluta-Röka-Linjen, och läkemedelsbehandling välfungerande och kostnadseffektiva metoder för rökstopp. En kombination av livsstilsförändringar och läkemedelsbehandling är rekommenderade preventiva insatser, särskilt för personer med flera riskfaktorer (18).

**Många exponeras för luftföroringar**

Det finns ett visst samband mellan luftföroringar och hjärt-kärlsjukdom såsom hjärtinfarkt och stroke, och eftersom så många exponeras är det ett potentiellt folkhälsoproblem (19). Nivåerna av skadliga luftföroringar har minskat kraftigt under en längre tid, men jämfört med övriga Sverige rapporterar dubbelt så många invånare i Stockholms län dålig luftkvalitet utomhus.
REFERENCES


22% av all **funktionsförlust** (YLD) i Stockholms län orsakas av smärta i rygg och Nacke samt migrän.

3 av 10 lider av huvudvärk eller migrän.

50% har smärta i Nacke.

40% har smärta i Ryggen.

Smärta i rygg och nacke samt migrän

Sammantaget har smärta i rygg och nacke samt migrän en påtaglig effekt på hälsan hos invånarna i Stockholms län. Cirka 30 procent i länet lider av huvudvärk eller migrän, 49 procent har smärta i nacke och 44 procent har smärta i ryggen. Trots sjuklighetens omfattning och stora kostnader för sjukvården och samhället, saknas starkt vetenskapligt stöd för effektiva behandlingar särskilt för långvarig smärta i rygg och nacke.

RYGGSMÄRTA

Introduktion

Yrkesmässiga ergonomiska faktorer är en stor riskfaktor

Smärta i nedre delen av ryggen är relaterad till betydande funktionsförlust och sjukskrivning och medför stora kostnader för individen och samhället (1). Återfallen bidrar till sjukdomsbördan; 73 procent av individer som drabbats av en episod av smärta i nedre delen av ryggen har återkommande smärta inom ett år (2).

Yrkesmässiga ergonomiska faktorer står för 18 procent av funktionsförlusten (YLD) orsakad av smärta i nedre delen av ryggen i Stockholms län (3). En aktuell sammanställning av systematiska sammanställningar pekar även på tydliga samband med bland annat sömnproblem, andra fysiska påfrestningar (t ex att köra bil mer än två timmar), monotont arbete och mental stress (4).

Förekomst och utveckling över tid

En av tio kvinnor har svåra besvär av ryggsmärta

År 2018 uppgjer 44 procent av befolkningen i Stockholms län att de har besvär av ryggsärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias, och för 8 procent av dessa är besvären svåra. Svåra besvär av ryggsmärta är vanligare bland kvinnor (tio procent) än bland män (sex procent) (se figur 1). Andelen med svåra besvär av ryggsmärta, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias har legat på ungefär samma nivå det senaste årtiondet, och andelen är lägst bland unga och ökar med åldern. Fyra procent i åldrarna 16–29 år har svåra besvär jämfört med tolv procent i åldrarna 65–84 år (FHE). En liknande åldersgradient är synlig i andelen som har sökt vård år 2018: 15 procent av personer över 80 år har fått en diagnos för ryggsjukdom jämfört med 5 procent i åldrarna 20–39 år (VAL).
Måttligt till svagt stöd för förebyggande åtgärder och smärtstillande läkemedel

Det finns olika åtgärder för att förebygga smärta i nedre delen av ryggen. En kombination av fysisk aktivitet och utbildning i till exempel lyftteknik, minskar risken för en period av smärta i nedre delen av ryggen. Ryggbälten, ergonomiska skosulor eller utbildning som inte kombineras med fysisk aktivitet förebygger inte ryggsmärta (5).

Många med akut smärta (smärta som pågått mindre än fyra veckor) i nedre delen av ryggen förbättras över tid och söker ingen vård för sin smärta. Insatser för de som söker vård har ofta liten eller måttlig effekt på ryggsmärta. Det finns visst stöd från experiment för värmebehandling och läkemedelsbehandling (6).

För patienter som besväras av kronisk smärta (smärta som pågått mer än tolv veckor) i nedre delen av ryggen finns visst stöd från experiment för läkemedelsbehandlingar, fysisk aktivitet, multidisciplinär behandling, akupunktur samt mindfullness-baserad stressbehandling (6).

NACKSMÄRTA

Introduktion

Nacksmärta kan leda till påtaglig funktionsförlust

Nacksmärta är en vanligt förekommande funktionsförlust och en av våra största folksjukdomar. Den enda tydliga riskfaktorn för nacksmärta är att man har lidit av det tidigare. Det finns samband mellan nacksmärta och rökning och mellan nacksmärta och att vara kvinna, men dessa samband är svaga (7).
**Förekomst och utveckling över tid**

**Hälften av befolkningen har värk i skuldror, nacke eller axlar**

År 2018 uppgör hälften av länets befolkning att de har värk i skuldror, nacke eller axlar. Sju procent av befolkningen uppgör att besvären är svåra. Det finns stora skillnader mellan könen. Fyra procent bland män uppgör att de har svåra besvär jämfört med nio procent bland kvinnor (se figur 2). Andelen som lider av svåra besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar har legat på ungefär samma nivå det senaste årtiondet, och andelen är lägst i åldrarna 16–29 år (tre procent) och högst i åldrarna 45–64 år (nio procent (FHE)).

![Svåra besvär av nacksmärta](image)

**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger att de har svåra besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar, uppdelat efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

**Insatser**

**Tillräckligt vetenskapligt stöd saknas**

Det saknas tillräckligt vetenskapligt stöd för merparten av de behandlingar av nacksmärta som används i dag, trots att det finns många utvärderingar. Exempel på utvärderade behandlings är ergonomiska åtgärder, fysioterapi, mer generell fysisk aktivitet, manuell terapi, fysikaliska behandlingar (t.ex. stödkragar och akupunktur), rådgivning och kognitiv beteendeterapi (KBT). Samma gäller läkemedelsbehandling som också saknar starkt vetenskapligt stöd (7). Det innebär att sammantaget ger det aktuella kunskapsläget inte tillräcklig vägledning i valet av behandling.

**MIGRÄN**

**Introduktion**

**Kronisk migrän har stor påverkan på både individ- och samhällsnivå**

Migrän definieras som en kronisk neurologisk sjukdom kännetecknad av återkommande anfall av måttlig till svår huvudvärk. Andra vanliga symtom är överkänslighet mot ljus
eller ljud, yrsel, illamående, känsla av smärta vid beröring av huden och synförändringar (8). Migrän kan delas upp i episodisk migrän som innebär färre än 15 dagar med huvudvärk per månad, och kronisk migrän som innebär 15 dagar med huvudvärk per månad eller fler. Episodisk migrän utvecklas ofta till kronisk migrän (9). Kronisk migrän har en betydande effekt på livskvalitet, funktionsförlust, medicinska kostnader och multisjuklighet (10).

Det finns ett tydligt samband mellan depression och överanvändning av läkemedel för episodisk migrän och utveckling av kronisk migrän (10). Närmare hälften av alla personer som lider av kronisk migrän har överanvänt läkemedel för episodisk migrän. Överanvändningen innebär en stor utmaning, framför allt för förskrivare (8).

Förekomst och utveckling över tid

**Tre av tio lider av huvudvärk eller migrän**


**Svåra besvär av huvudvärk eller migrän**

![Diagram](image-url)

**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger att de har svåra besvär av huvudvärk eller migrän, uppdelat efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).
**Insatser**

**De flesta med migrän söker inte vård**

Endast fyra av tio som lider av kronisk migrän söker vård, och bara en fjärdedel av dem får rätt diagnos (11). Därtill får bara hälften av patienterna med rätt diagnos behandling (11). Akut behandling av migrän fokuserar på läkemedel och beteendeförändring. Dessutom är det viktigt att utbilda patienter om potentiella konsekvenser av överanvändning av läkemedel. Individer med kronisk migrän som överanvänder läkemedel rapporterar sämre livskvalitet, svårare funktionsförlust samt större förlust i produktivitet jämfört med individer med kronisk migrän som inte överanvänder läkemedel (8).

Preventiv medicinsk behandling syftar till att minska frekvens, svårighetsgrad och varaktighet av migränanfall för personer med frekvent migrän. Preventiv medicinsk behandling rekommenderas när migränattacker inträffar ofta eller har stor inverkan på livskvalitet. När preventiv medicinsk behandling är olämplig (oftast på grund av otillräcklig behandlingseffekt eller oönskade sidoeffekter) kan psykologisk behandling såsom biofeedback, avslappningsträning och kognitiv beteendeterapi (KBT) vara bra alternativ (8).
REFERENSER


11% av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av Alzheimers sjukdom.

Mindre än 1% i åldrarna 65–69 år har en demensdiagnos.

18% i åldrarna 85–89 år har en demensdiagnos.

50–70% av all demenssjukdom orsakas av Alzheimers sjukdom.

Källor: Global Burden of Disease (2017), Socialstyrelsens patientregister (sluten- och öppenvård), Stockholms läns primärvårdsdata och Socialstyrelsens läkemedelsregister (2016), (1).
Demens


Introduktion

Demens påverkar livskvaliteten


Alzheimers sjukdom står för 50–70 procent av all demesssjukdom

Det finns olika neurologiska störningar som orsakar demenssjukdom. Den mest kända och vanligaste störningen är Alzheimers sjukdom (AS) som tycks stå för 50–70 procent av demensfallen. En annan vanlig störning är vaskulär demens. Vaskulär demens beror på hjärt-kärlsjukdom och utgör 20 till 25 procent av alla demensfall (1).

Förekomst och utveckling över tid

Stabilisering av andelen med registrerad demensdiagnos

Registerdata underskattar antalet demensfall

I analyser baserade på registerdata, saknas demensfall om man jämför med befolkningsstudier (5). År 2016 saknas upp emot 6 000 fall. Underskattningen är störst i åldrarna 90 år och äldre. Enligt registerkällor är förekomsten 21 demensfall per 100 invånare i den gruppen, men enligt befolkningsstudier är förekomsten närmare 30 fall per 100 invånare (6). En specifik grupp som ofta saknas är personer som bor i särskilt boende – vilket också är en grupp med hög demensförekomst (7).

Demensdiagnos utveckling över tid


Källa: Socialstyrelsens patientregister (sluten- och öppenvården), Stockholms läns primärvårdsdata och Socialstyrelsens läkemedelsregister.
Demensdiagnos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>64–69 år</td>
<td></td>
<td>1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–74 år</td>
<td></td>
<td>2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>75–79 år</td>
<td></td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>80–84 år</td>
<td></td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>85–89 år</td>
<td></td>
<td>15 %</td>
</tr>
<tr>
<td>90–94 år</td>
<td></td>
<td>17 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Figur 2. Andel (%) i åldern 64 år och äldre med en demensdiagnos, uppdelat efter kön och ålder, i Stockholms län (2016).

Källa: Socialstyrelsens patientregister (sluten- och öppenvården), Stockholms läns primärvårdsdata och Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Demensdiagnos efter utbildningsnivå

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>Förgymnasial</th>
<th>Gymnasial</th>
<th>Eftergymnasial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>75–79 år</td>
<td>6 %</td>
<td>5 %</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>80–84 år</td>
<td>11 %</td>
<td>10 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>85–89 år</td>
<td>17 %</td>
<td>17 %</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>90–94 år</td>
<td>21 %</td>
<td>22 %</td>
<td>19 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Figur 3. Andel (%) i åldern 75 år och äldre med en demensdiagnos, uppdelat efter utbildningsnivå och ålder, i Stockholms län (2016).

Källa: Socialstyrelsens patientregister (sluten- och öppenvården), Stockholms läns primärvårdsdata och Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Insatser

Levnadsvanor och kontroll av vaskulära sjukdomar viktigt

I nuläget finns inget botemedel för demenssjukdomar (8) och medicinsk vård är därför begränsad till att i stället behandla symtomen. Däremot finns riskfaktorer för demens som är påverkbara, och att förändra förekomsten av dessa kan ha inflytande på både förekomst och utveckling av demenssjukdomar. Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer från år 2019 (9) sammanfattar kunskapsläget kring påverkbara riskfaktorer.
för kognitiv försämring och demens. De handlar om hälsosamma levnadsvanor och kontroll av vaskulära sjukdomar och riskfaktorer. Därutöver finns mycket lovande forskning kring de positiva effekterna av kognitiv aktivitet (10).

Demensutveckling kan påverka hjärnan i tio till tjugo år innan man får en klinisk diagnos (11). Därför är det viktig att ha hälsosamma levnadsvanor under hela livet, men även att förbättra sina levnadsvanor senare i livet kan spela roll. Stöd från experiment visar att fysisk aktivitet kan förbättra kognitionen bland de med demensdiagnos (12), men man har inte kunnat se någon positiv effekt på själva livskvaliteten (13). Experiment ger också stöd till att kontroll av vaskulära sjukdomar och riskfaktorer såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck och övervikt kan påverka demensförekomst (14).
REFERENSER


4% av alla dödsfall i Stockholms län och 3% av all funktionsförlust (YLD) orsakas av KOL.

Antal KOL-relaterade dödsfall år 2018

Ökar bland kvinnor
29 per 100 000 kvinnor

Minskar bland män
26 per 100 000 män

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)


Introduktion

KOL innebär förträngning av luftvägarna

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en inflammatorisk luftvägs- och lungsjukdom som är vanligast bland äldre och kännetecknas av att lungfunktionen successivt försämras. KOL innebär en kronisk förträngning (obstruktion) av luftvägarna till följd av att man andats in skadliga ämnen. Lungfunktionsnedsättningen beror ofta på långvarig inflammation orsakad av kronisk bronkit (rökhasta) eller emfysem (hålrum på lungvävnaden). Det kan ibland vara svårt att skilja KOL från astma, som är en annan obstruktiv lungsjukdom men där förträngningen av luftvägarna kommer och går. Astma-besvär beror på känslighet för externa faktorer och är, till skillnad från KOL, vanligast bland yngre människor (1).

KOL ger slem, hosta och svåra andningsbesvär

KOL ger andningsbesvär, slemproduktion och hosta, och med tiden påverkas även andra organ i kroppen. Om sjukdomen får utvecklas bryts väggar och stödjevävnad ner i de minsta luftblåsorna och i de fina luftvägarna. Det leder dels till att kontaktytan mellan luft och blod i luftblåsorna minskar, dels till att luften får svårt att passera genom skadade och trånga luftvägar. Resultatet blir dåligt syresatt blod och högt andningsmotstånd, vilket upplevs som mer eller mindre svår andfåddhet vid ansträngning. Andfåddheten förvärtras yttreligare av de slem och hosta som KOL ger. I svåra fall av KOL är man andfådd även i vila och kan behöva syrgasbehandling. KOL diagnostiseras tidigt och säkert med en så kallad spirometer, som mäter lungkapaciteten genom ett andningsprov (2).

Rökning vanligaste orsaken

Cigarrettrökning är den enskilt vanligaste orsaken till KOL (3). Rökandepatienter med KOL förlorar inte bara lungfunktion, utan får med åldern också andra sjukdomar och diagnoser. De blir ofta så kallat multisjuka patienter, vilket snabbt ökar komplexiteten i omhändertagandet (3).
Förekomst och utveckling över tid

Äldre är mest drabbade, men mörkertalet är stort

År 2015 till 2018 fick 1,5 procent av befolkningen i Stockholms län diagnosen KOL. En undersökning bland personer (40 år och äldre) i Uppsala avslöjade dock att 16 procent hade KOL men att endast 30 procent av dessa blivit diagnostiserade (4). Det är alltså svårt att säga exakt hur många som har KOL, och mörkertalet tycks vara stort. Däremot är det tydligt att äldre personer är drabbade i betydligt större utsträckning än yngre. Andelen med diagnostiserad KOL i äldrarna under 45 år är en procent och bland personer 85 år eller äldre är andelen åtta procent i Stockholms län (VAL).


Fler kvinnor dör i KOL

Sedan år 2000 har antalet dödsfall på grund av KOL minskat bland män men ökat bland kvinnor (se figur 1). Nu är det för första gången i historien vanligare att kvinnor dör i KOL. År 2018 är dödstalet 29 per 100 000 kvinnor och 26 per 100 000 män (Socialstyrelsens dödsorsaksregister).

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.
Insatser

**Rökstopp kan förhindra utvecklingen av KOL**

De flesta fall av KOL kan förebyggas. Eftersom rökning är den största riskfaktorn bör insatser som minskar rökning och exponering för tobaksrök prioriteras. Det finns stark evidens för att rökförbud på allmänna platser och beskattning av tobaksprodukter påverkar rökvanor och minskar exponering för passiv rökning (5). På individnivå är den mest effektiva metoden för att sluta röka att man får kvalificerat rådgivande samtal med hälso- och sjukvårdspersonal, enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Metoden innebär att stödet anpassas efter individens personliga omständigheter såsom ålder, hälsa, risknivå och motivation (6). Rökavvänjning kan även kompletteras med nikotinersättning eller läkemedel (1), vilket kan förhindra eller fördröja utvecklingen av KOL.

**Tidig upptäckt är viktig**


**Stöd till patienter för att hantera sjukdomen**

Personer med KOL upplever ofta stora fysiska svårigheter och begränsningar i det dagliga livet och även försämringsperioder, så kallade exacerbationer. Insatser som hjälper patienten att hantera sjukdomen kan vara att lära ut energibesparande tekniker och hantering av exacerbationer, ångest och stress. Sådan utbildning ges oftast av en utbildad astma- och KOL-sjuksköterska. Rådgivning om kost och fysisk aktivitet, läkemedelsbehandling och stöd för rökstopp är andra rekommenderade insatser, enligt Socialstyrelsens riktlinjer (1).
REFERENSER


Personer över 67 år som fallit upplever att skadan påverkar deras vardagsliv.

5% av all funktionsfärlust (YLD) i Stockholms län orskas av fallolyckor.

1 av 6 personer över 67 år uppgjer att de fallit och skadat sig det senaste halvåret.

2 av 3 personer över 67 år som fallit upplever att skadan påverkar deras vardagsliv.

Fallolyckor


Introduktion

Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen


Dålig fysisk hälsa ökar risken för fall

Fall kan inträffa på olika sätt beroende på hur frisk och aktiv en person är. Ett antal åldersrelaterade faktorer ökar risken för fall och fallskador bland äldre, däribland nedsatt balans, muskelstyrka och syn, benskörhet, samsjuklighet och läkemedelsintag (4–6). Hala underlag och dålig belysning är exempel på yttre faktorer som ökar risken för fall (4–6).

Fall ger ofta en lång och komplicerad återhämtningsperiod

Ett fall kan orsaka många olika typer av skador och konsekvenserna tenderar att bli allvarligare med åldern (4). Nästan tolv procent av alla fall leder till någon form av fraktur (7) varav cirka en procent leder till höftfraktur (8). En fallskada hos en äldre person följs ofta av en lång och komplicerad återhämtningsperiod som inte sällan resulterar i förtida död. Endast tre av fem personer i åldern 66 år och äldre lever två år efter en höftfraktur (9). Ett fall kan även medföra svåra konsekvenser i form av psykologiska problem, rädsla, isolering, depression och ökat beroende av hjälp och stöd (6).
Förekomst och utveckling över tid

Äldre och kvinnor mest utsatta för fallolyckor


**Figur 1.** Antal dödsfall relaterade till fallolyckor per 100 000 invånare i åldern 65 och äldre, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2018). Notera: Värden är älderstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Stockholm 2018).
Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Vardagspåverkan är vanligt

Ungefär 63 procent av de som fallit under 2018 uppger att fallskadan har påverkat deras vardagsaktiviteter i någon grad eller i hög grad. Fler kvinnor än män uppger att fallskadan i någon grad påverkat deras vardagsaktiviteter (se figur 2). Mer än hälften av både män och kvinnor uppger att vardagsaktiviteterna påverkades av fallskadan under en månad eller längre (FHE).
Fallolyckor är något vanligare bland utrikesfödda. Av äldre personer som är födda i Europa utanför Norden uppger 20 procent att de fallit det senaste halvåret jämfört med 15 procent av äldre personer födda i Sverige. En högre andel utrikesfödda (79 procent) uppger även att fallskadan påverkat deras vardagsaktiviteter jämfört med svenskfödda (60 procent) (FHE). Resultaten skiljer sig från uppgifter från Socialstyrelsens patientregister för hela landet, där andelen som vårdats för fallolyckor är högst bland personer födda i Sverige och i övriga Norden (10).

**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 67–84 år som uppger att fallet i någon grad eller hög grad har påverkat deras vardagsaktiviteter, uppdelt efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

**Personer i åldern 85 år och äldre söker oftast vård**

Av de som fallit uppger 46 procent bland kvinnor och 48 procent bland män att de sökt vård för följder av fallet (FHE). I Sverige har Stockholms län bland de högsta andelarna slutenvårdade kvinnor och män till följd av fallolyckor. De som oftast söker vård för fallskador i Stockholms län är de allra äldsta (85 år och äldre) och kvinnor (VAL) (se figur 3).
**Vårdsökande efter fallolycka**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>85+ år</td>
<td>17 %</td>
<td>14 %</td>
</tr>
<tr>
<td>75–84 år</td>
<td>9 %</td>
<td>7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>65–74 år</td>
<td>6 %</td>
<td>4 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 3.** Andel (%) i åldern 65 och äldre som sökt vård till följd av fallolycka, uppdaterat efter kön och ålder, i Stockholms län (2018).

Källa: VAL-databasen.

**Insatser**

**Sammanställda förebyggande åtgärder för äldre**

Förebyggande åtgärder kring fallskador bland äldre finns sammanställda i olika dokument (1, 4, 6, 11–18). De innefattar både generella insatser på samhällsnivå och insatser riktade till individen.

**Fysisk träning minskar risken för fall**


**Insatser i hemmet för att minska fallrisker**

Insatser i hemmet som syftar till att identifiera och undanröja risker för fall har stöd från experiment och kan hindra ett av fem fall (19). Insatserna är särskilt effektiva för att minska fall bland individer med hög fallrisk, och när de utförs i samråd med en arbetsterapeut (15, 19). En enstaka studie visar ett tydligt samband mellan användning av broddar bland äldre som rör sig utomhus under vintertid och minskat antal fall med 58 procent (20).
Evidensbaserade insatser finns och behöver implementeras
Andelen äldre i befolkningen kommer att fortsätta öka och de äldre kommer att leva allt längre. Utökade insatser kring fallförebyggande arbete är därför avgörande för att bibehålla livskvaliteten bland äldre, och för att undvika höga samhällskostnader (1, 21). Det finns evidensbaserade åtgärder som behöver implementeras i ökad takt och i större utsträckning parallellt med ökat tvärasektoriellt arbete. De åtgärder som stärker äldres autonomi och främjar mobiliteten bör prioriteras.
REFERENSER

13. World Health Organization. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Health Evidence Network. 2004.
5% av all funktionsförlust (YLD) i Stockholms län orsakas av diabetes.

6% har diagnosen diabetes år 2018. En tredjedel av diabetesfallen beräknas vara odiagnostiserade.

1 av 2 av patienterna med diabetes når inte behandlingsmålen avseende blodsockernivåer.

Diabetes


Introduktion

Typ 2-diabetes utgör 90 procent av alla diabetesfall

Diabetes är en kronisk sjukdom som kännetecknas av högt blodsocker och beror på otillräcklig produktion av, eller känslighet för, hormonet insulin. De vanligaste formerna är typ 1-diabetes och typ 2-diabetes, som utgör 5 procent respektive 90 procent av alla fall (1, 2).

Typ 1-diabetes orsakas av att de insulinproducerande cellerna i bukspottkörteln förstörs av kroppens eget immunförsvar. Typ 1-diabetes drabbar framför allt unga personer, även om sjukdomen också förekommer i äldre åldersgrupper (3, 4). Typ 2-diabetes orsakas av nedsatt känslighet för insulin bland kroppens celler (insulinresistens) i kombination med nedsatt funktion hos de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln. Det finns tydliga samband mellan typ 2-diabetes och högt blodtryck, högt kolesterol, övervikt och fetma, högt midjemått eller en kombination av dessa faktorer (3). Det finns också tydliga samband mellan typ 2-diabetes och ålder samt diabetes hos en nära släkting (5). Andra faktorer som har samband med diabetes är etnicitet, låg fysisk aktivitet, ohälsosam kost och tobaksbruk (1, 6–8).

Diabetes leder till skador i nerver och blodkärl

Ständigt höga nivåer av blodsocker skadar nerver och blodkärl, och kan leda till flera akuta och kroniska komplikationer såsom hjärt-kärlsjukdomar, kronisk njursjukdom, blindhet, samt ökad risk för infektioner och amputationer. Komplikationerna innebär ett stort lidande för patienten och stora kostnader för sjukvården och samhället (9, 10).
Förekomst och utveckling över tid

**Förekomst av diabetes kommer fortsätta öka**

Antalet personer i världen som lever med diabetes har ökat så mycket de senaste decennierna att man talar om det som en global epidemi (11). Trots att ökningen varit långsammare i Sverige jämfört med övriga världen, lär förekomsten av diabetes fortsätta öka kommande årtionden. Det beror främst på att förekomst av fetma ökar, att befolkningen blir allt äldre och att fler diabetespatienter överlever (12, 13).


![Diagnostiserad diabetes](image-url)


Källa: VAL-databasen.

En tredjedel uppskattas vara odiagnostiserade

Mörkertalet kring andelen med diabetes är stort. Enligt nationella uppskattningar kan en tredjedel av alla diabetesfall vara odiagnostiserade (15). Det överensstämmer väl med data från studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) där en tredjedel av diabetikerna i åldrarna 53–78 år var omedvetna om sitt tillstånd.

Andel personer med diabetes högre bland lågutbildade

Andelen i Stockholms län som har diagnosen diabetes är högre bland män och ökar avsevärt med ålder. Bland män i åldrarna 65–84 år har 20 procent diagnostiserad diabetes (se figur 2). I åldrarna 16–44 år har mindre än två procent diagnostiserad...
Diabetes (VAL). Förekomst av diabetes varierar även baserat på utbildningsnivå och födelseland. År 2018 är andelen som uppger att de har en diabetesdiagnos mer än dubbelt så hög bland personer med enbart förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasialt utbildade (se figur 3). Andelen är också högre bland personer födda utanför Sverige, än födda i Sverige (FHE).

**Diagnostiserad diabetes**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder</th>
<th>Kvinnor (%)</th>
<th>Män (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>85+ år</td>
<td>15</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>65–84 år</td>
<td>13</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>45–64 år</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: VAL-databasen.

**Självrapporterad diabetes efter utbildningsnivå**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Utbildningsnivå</th>
<th>Kvinnor (%)</th>
<th>Män (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Förgymnasial</td>
<td>6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasial</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eftergymnasial</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).
**Insatser**

**Insatser för att förbättra levnadsvanor**


För att så tidigt som möjligt identifiera personer med diabetes rekommenderar Socialstyrelsen att provtagning görs på personer med en eller flera riskfaktorer för typ 2-diabetes när de kommer i kontakt med vården. Sådan screening av hela befolkningen rekommenderas däremot inte (1, 18).

**Mer kunskap behövs om behandling med diabetesläkemedel i förebyggande syfte**


**Blodsockerkontroll för de som drabbats av diabetes**


Trots att andelen diabetespatienter med adekvat blodsockerkontroll har ökat i Stockholms län, uppnår 45 procent av patienter med diabetes fortfarande inte mål-
Folkhälsorapport 2019

REFERENSER


8% av alla **dödsfall** i Stockholms län orsakas av tjock- och ändtarmscancer och lungcancer.

**Antal insjuknade i cancer år 2017**
- 643 per 100 000 män
- 544 per 100 000 kvinnor

**Antal dödsfall på grund av cancer år 2017**
- 270 per 100 000 män
- 204 per 100 000 kvinnor

Cancer


Förekomst och utveckling över tid

Antal cancerfall fortsätter att öka

I Sverige ökar antalet cancerfall och år 2017 rapporterades totalt fler än 67 000 nya fall till Socialstyrelsens cancerregister. Samma år var bröstcancer och prostatacancer den vanligaste cancerformen bland kvinnor respektive män i landet. Trenden i Stockholms län speglar den nationella, och antalet cancerfall ökar även här. År 2017 diagnostiserades 12 295 nya cancerfall i länet, bland dessa var 6 137 män och 6 158 kvinnor.

År 2017 var insjuknandet i cancer 583 fall per 100 000 invånare i länet, 643 cancerfall per 100 000 män och 544 per 100 000 kvinnor (se figur 1). Det senaste decennierna har insjuknandet ökat, och en puckel i tidstrenden syns bland män år 2014. Den puckeln i tidstrenden kan förklaras av att forskningsstudien STHLM3 som syftade till att validera ett nytt prostatacancertest, genomfördes då. Omkring 60 000 män deltog och därmed ställdes fler diagnoser.

Nya cancerfall per 100 000 invånare

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
<td>463</td>
</tr>
<tr>
<td>Män</td>
<td>633</td>
<td>643</td>
<td>633</td>
<td>633</td>
<td>633</td>
<td>633</td>
<td>633</td>
<td>633</td>
<td>643</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.
Canceröverlevnaden ökar också

Samtidigt som antal nya fall av diagnostiserad cancer ökar, ökar också överlevnaden efter diagnos (se figur 2), och antal dödsfall minskar (se figur 3). Det beror på en kombination av tidig upptäckt och bättre behandling. Däremot ses skillnader mellan olika socioekonomiska grupper, områden och olika tumörsjukdomar (1–3). Personer med låg socioekonomisk status drabbas i större utsträckning av cancerformer som har dålig överlevnadsprognos (t ex lungcancer) och som i stor utsträckning orsakas av levnadsvanor (t ex rökning). Sociala skillnader i canceröverlevnad orsakas alltså mest av bakomliggande sociala skillnader i levnadsvanor (4).

Femårsöverlevnad


Dödsfall i cancer per 100 000 invånare

**Insatser**

**Levnadsvanor har stor betydelse för cancer**


En annan slags preventiv insats är införandet av vaccination mot humant papillomvirus (HPV) i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. HPV kan i vissa fall leda till cancer, och från och med år 2020 kommer även pojkar vaccineras. Detta efter att Folkhälsomyndigheten år 2017 bedömde att vaccinationen för pojkar uppfyller smittskyddslagstiftningens kriterier.

**Region Stockholm ledande med nya screeningprogram**


**Standardiserade vårdförlopp för att minska onödig väntan**

Numera finns nationella vårdprogram för de flesta cancerdiagnoser vilket bidrar till en god och jämlig vård för alla patienter (11). Standardiserade vårdförlopp (SVF) är ett arbetssätt inom cancervården som förvåntas förkorta tiden mellan att välgrundad misstanke om cancer uppstår till att behandling kan starta. Region Stockholm har uppnått det nationella målet att 70 procent av cancerfallen ska utredas via SVF, men inte målet att behandlingsstart ska ske inom bestämda tidsgränser hos 80 procent av dem som utreds.
TJOCK- OCH ÄNDTARMSCANCER

Förekomst och utveckling över tid

Tjock- och ändtarmscancer vanligare bland män

I Stockholms län diagnostiserades 1 192 nya fall av tjock- och ändtarmscancer år 2017. Något fler män (613 st) än kvinnor (579 st) fick diagnosen (se figur 4). Över tid har insjuknandet varit relativt stabilt utan tydliga trender, men tjock- och ändtarmscancer var vanligare bland män än kvinnor år 2017 (65 respektive 52 fall per 100 000 invånare).

Nya fall av tjock- och ändtarmscancer per 100 000 invånare

![Diagram](image)

Table: Nya fall av tjock- och ändtarmscancer per 100 000 invånare

<table>
<thead>
<tr>
<th>År</th>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>68</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2016</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>2017</td>
<td>65</td>
<td>52</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Insatser

Fler deltar i screeningprogram

LUNGCANCER

Förekomst och utveckling över tid

Lungcancer ökar bland kvinnor och minskar bland män

År 2017 diagnostiserades 843 nya fall av lungcancer i Stockholms län. Över tid har antalet minskat bland män, från över 80 nya fall per 100 000 män på 1970-talet till 40–50 fall per 100 000 män under 1990-talet. Sedan dess har minskningen stannat av och 2017 var insjuknandet 42 per 100 000 män. Bland kvinnor har förekomsten av lungcancer i stället ökat, från 16–20 nya fall per 100 000 kvinnor på 1970-talet till 25–30 under 1990-talet. År 2017 var insjuknandet 40 nya fall per 100 000 kvinnor (se figur 5). I åldrarna 35–84 år är det mer än dubbelt så många personer med enbart förgymnasial utbildning som avlider av lungcancer, än personer med eftergymnasial utbildning (14).

Nya fall av lungcancer per 100 000 invånare

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kvinnor</th>
<th>Män</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>27</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>40</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Insatser

Rökavvänjning i samband med screening

REFERENSER

7. sjuksköterskeförening S. Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer: ett kunskapsunderlag för teamet.


9% av all **funktionsförlust** (YLD) i Stockholms län orsakas av depression och ångest.

Rapporterad psykisk ohälsa

Kvinnor 27%  Män 20%

Diagnostiserad depression eller ångest

13% bland kvinnor, 6% bland män

Depression och ångest


Introduktion

Depression och ångest ofta långvarigt

Depression och ångest är de vanligaste psykiatriska tillstånden bland vuxna (1) och kan även uppstå som en del i andra psykiatriska sjukdomsförsök. Tillstånden är ofta långvariga och risken för återfall är stor. Arv och miljö och samspelet dem emellan spelar roll för uppkomsten av depression och ångest (2, 3). Även om en mängd olika riskfaktorer har identifierats är det svårt att fastslå orsakerna till depression och ångest hos den enskilda individen.

Definition av depression, ångest och psykisk ohälsa

Framträdande symtom vid depression är nedstämdhet, förlust av intresse och negativt tankeinnehåll, nedsatt lust och ork, koncentrationssvårigheter, sömnproblem och aptitförändringar. Symtomen ska pågå minst två veckor för att man ska uppfylla kriterier för en diagnos, men intensiteten och svårighetsgraden kan variera.


Man kan känna oro, sömnsvårigheter och nedstämdhet utan att nödvändigvis uppfylla kriterier för en diagnos. Psykisk ohälsa är en term som används för både mindre allvarliga psykiska problem och för allvarligare symtom som uppfyller kriterierna för diagnos. Psykisk ohälsa inkluderar olika symtom på depression och ångest men också stressreaktioner. Även lindrigare psykisk ohälsa kan ha långsiktiga konsekvenser och det är därför viktigt att följa dess utveckling över tid (4, 5).
Depression och ångest påverkar individ, familj och samhälle

Depression och ångest påverkar familjeliv, arbetsförmåga och sociala relationer. Båda tillstånden ökar risken för självmord, men är också förknippade med kortare livslängd och ökad risk att dö av andra orsaker än självmord (6, 7). Depression och ångest varierar med ohälsosamma levnadsvanor och metabola riskfaktorer, vilket kan vara en delförklaring till sambandet mellan depression och kortare livslängd (8). En annan förklaring kan vara att personer med psykiatriska tillstånd i lägre utsträckning både söker och får vård för sina kroppsliga sjukdomar (9–12).

Förekomst och utveckling över tid

Andelen vårdade har fördubblats

Mellan år 2006 och 2018 har andelen vuxna som har vårdats för diagnostiserad depression eller ångest fördubblats (se figur 1). Under år 2018 vårdades mer än dubbelt så många kvinnor som män (13 procent respektive 6 procent). En högre, vanligtvis fördubblad förekomst av depression bland kvinnor är tydlig i internationella befolkningsundersökningar och även i studier av vårdsökande (13).

Andelen personer som vårdats för depression och ångest har ökat gradvis i alla åldrar, och allra mest bland unga. Andelen vårdade är lägst i åldrarna 65–84 år (se figur 2). Vid depression och ångesttillstånd är behandling med antidepressiva läkemedel vanlig. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat i Stockholms län sedan år 2011. År 2018 förskrevs tretton procent av kvinnorna och sju procent av männen i länet antidepressiva läkemedel (Socialstyrelsens läkemedelsregister).

Diagnostiserad depression eller ångest

![Diagram](Image)

**Figur 1.** Andel (%) vårdade personer i åldrarna 18–84 år med diagnosen depression eller ångest, uppdelt efter kön, över tid i Stockholms län (2006–2018).

Källa: VAL-databasen.
Källa: VAL-databasen.

Förekomsten av psykisk ohälsa är relativt stabil
Andelen med självrapporterad psykisk ohälsa (tre eller fler rapporterade besvär i GHQ-12) i länet har varit relativt oförändrad mellan år 2002 och 2018, och är fortsatt högre bland kvinnor än bland män (se figur 3). År 2018 rapporterar omkring 27 procent bland kvinnor och 20 procent bland män psykisk ohälsa. Skillnaden i självrapporterad psykisk ohälsa mellan kvinnor och män är alltså mindre än könsskillnaden i diagnostiserad depression eller ångest (FHE).

Det finns stora åldersskillnader i förekomst av självrapporterad psykisk ohälsa. Andelen med psykisk ohälsa är högst bland unga, och sjunker med åldern. Dessutom skiller sig förekomsten baserat på födelseeland såväl som utbildningsnivå. År 2018 är andelen med psykisk ohälsa 19 procent bland personer födda i nordiska länder utanför Sverige, 23 procent bland personer födda i Sverige, 23 procent bland födda i övriga Europa och 25 procent i övriga världen. Samma år är andelen med psykisk ohälsa lägre bland personer med gymnasieutbildning (20 procent), än bland de med enbart förgymnasial utbildning (26 procent) och de med eftergymnasial utbildning (24 procent) (FHE).
Psykisk ohälsa

![Diagram showing psychosocial health rates over time](image)

**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år med psykisk ohälsa (tre eller fler rapporterade besvär i GHQ-12), uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

**Insatser**

**Kognitiv beteendeterapi rekommenderas oftast**

Att behandla depression och ångestsyndrom med antidepressiva läkemedel och olika former av psykologisk behandling har stöd från experiment. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör psykologisk behandling användas vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom (14). Mer specifikt rekommenderar Socialstyrelsen behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) framför interpersonell psykoterapi och psykodynamisk kortidsterapi, och framför behandling med antidepressiva läkemedel (14). Vid svår depression rekommenderas läkemedel och elbehandling (elektrokonvulsiv behandling). Majoriteten av personer med diagnostiserad depression får sin behandling inom primärvården. Därför är det viktigt med hög tillgänglighet till primärvården för att tidig behandling ska kunna ges.

**Förebyggande insatser tidigt i livet**


Förskolan och skolan är viktiga för barns psykosociala utveckling, och en god skolmiljö bidrar troligen till psykisk hälsa. Likt barnavårdscentralen (BVC), är skolan en central arena för implementering av hälsorådmjänt och preventiva interventioner mot psykisk...
ohälsa. Hög tillgänglighet till insatser mot lindrigare former av psykisk ohälsa, både i och utanför hälsovården, ger möjligheter att förebygga allvarligare former av psykisk ohälsa. Samhällets och vårdens insatser kan också riktas till riskgrupper för psykisk ohälsa såsom barn och unga som lever i socioekonomisk utsatthet, barn till psykiskt sjuka föräldrar, barn och unga med migrationsbakgrund eller erfarenhet av flykt, samt barn och unga inom HBTQ-spektrat (18).

En hälsosam livsstil och regelbunden fysisk aktivitet hjälper

Viktig att identifiera hinder för vårdsökande
Förekomsten av depression och ångest är hög i befolkningsundersökningar, och en av fem vuxna kommer att drabbas av en klinisk depression under sin livstid (20). Givet de omfattande konsekvenser som psykisk ohälsa har för individen själv och för samhället, är det viktigt med effektivt omhändertagande och en hög tillgänglighet inom vården för drabbade. Det är också viktigt att identifiera grupper vars vårdkonsumtion är lägre än vårdbehovet på grund av stigmatisering av psykisk sjukdom, låg hälsolitteracitet eller brister i vården.
REFERENSER


19% av alla dödsfall i åldrarna 15–49 år i Stockholms län orsakas av självmord och självskador.

Död i självmord

7 av 10 personer som dör i självmord är män.
3 av 10 personer som dör i självmord är kvinnor.

Av de som slutenvårdas för självmordsförsök eller självskador är
6 av 10 kvinnor
4 av 10 män

Självmord och självskador


Introduktion

Så definieras självmord, självmordsförsök och självskada


Mycket svårt att förutse självmord


Därmed är det mycket svårt att förutse självmord trots att många riskfaktorer har identifierats. Metaanalyser som har utvärderat precisionen hos riskbedömningsinstrument för suicid visar att tillförlitligheten är låg hos alla kända existerande instrument (18–21).
Extremt negativ påverkan på anhöriga

Självmordshandlingar har också en starkt negativ påverkan på den psykiska hälsan hos många efterlevande anhöriga och vänner (22). Att leva under hotet av självmord är extremt stressande, liksom de somatiska och neurologiska skador som kan uppstå till följd av icke dödliga självmordsförsök. Fullbordade självmord leder ofta till en traumatisk och komplicerad sorgeprocess bland anhöriga, som ofta är av annan karaktär än sorg kopplat till dödsfall som orsakats av sjukdom eller olycka (22–25). Detta kan delvis förklaras av den skam, skuld och kulturella stigmatisering som förknippas med självmord (1, 22, 25).

Förekomst och utveckling över tid

Självmorden slutar minska

Antalet personer i Stockholms län över 15 år som tog sitt liv var under perioden 2008–2017 i genomsnitt 318 per år (18 självmord per 100 000 invånare). Av dessa var 65 procent män. Det genomsnittliga antalet självmord i länet är lägre än i hela Sverige under samma tidsperiod (19 per 100 000 invånare). Mellan år 1980 och 2017 har självmordsstalet halverats, både i Stockholms län och i resten av landet. Sedan 2000-talet har minskningen stannat av (se figur 1).

Självmord per 100 000 invånare

Självmordsrisken högst bland de allra äldsta

År 2017 var självmordsstalet högst bland länets äldre invånare, det vill säga i åldern 65 år och äldre. Snävare åldersindelningar visar att andelen var allra högst i åldern 85 år och äldre: 42 per 100 000 invånare i Stockholms län år 2017. Detta kan möjligen förklaras av ökad risk för sjuklighet och ofrivillig social isolering (26). Nationellt är självmordsstalet högst i åldrarna 45–64 år.
I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken bland unga personer i åldrarna 15–24 år. Sedan år 1994 ökar dödligheten i självmord i de åldrarna, trots den generella minskningen av självmordstal. I Stockholms län är det svårare att se förändringar över tid på grund av en mindre befolkning och mer fluktuerande självmordstal.

**Fler kvinnor slutenvårdas och mörkertalet är stort**

Antalet personer över 15 år som slutenvårdades för självmordsförsök och självskador i Stockholms län var år 2008–2017 i genomsnitt 1 747 per år (100 patienter per 100 000 invånare). Av dessa var 63 procent kvinnor. Det genomsnittliga antalet slutenvårdade i länet är lägre än i hela Sverige under samma tidsperiod (108 per 100 000 invånare). Antalet är högst i åldrarna 15–24 år, även om antalet har minskat sedan år 2007 (se figur 2).

Mörkertalet tycks däremot vara stort. Enligt självrapporterings uppgör 0,5 procent av invånarna i Stockholms län år 2010–2018 att de försökt ta sitt eget liv under det senaste året (FHE), samtidigt som endast 0,1 procent av befolkningen har behandlats för självskador i slutenvård, och 0,2 procent i slutenvård eller specialiserad öppenvård.

**Självrapportering visar minskning i självmordsförsök**

År 2018 är den självrapporterade förekomsten av både självmordsförsök och självmordstankar i Stockholms län lägre än föregående år. Andelen som uppger att de försökt ta sitt liv det senaste året är 0,3 procent (tidigare 0,5 procent) och andelen som uppger att de haft självmordstankar det senaste året är knappt 3 procent (tidigare 4 procent) (FHE).

**Slutenvård för självmordförsök och självskador per 100 000 invånare**

![Figur 2. Antal självmordsförsök och självskador i slutenvård per 100 000 invånare 15 år och äldre, uppdelat efter ålder, över tid i Stockholms län (2000–2017).](image-url)

**Källa:** Socialstyrelsens patientregister.
Grupper med förhöjd risk för självmord


Insatser

Restriktion av medel som kan användas i självmordssyfte

Självmord och självskador kan förebyggas med både kliniska och befolkningsinriktade strategier (16). Åtgärder med starkt stöd från experiment inkluderar bland annat restriktion av medel som kan användas i självmordssyfte. Detta kan exempelvis innebära plattformsdörrar i tunnelbanan och barriärer vid broar och klippor, samt begränsningar i tillgången till toxiska läkemedel och substanser. Det visar en systematisk kartläggning av evidensen för befolkningsinriktade strategier för att förebygga självmord (28).

Insatser som ökar medvetenhet och hjälpsökande beteende

Uppföljning av patienter som vårdats för självmordsförsök


Ny handlingsplan för självmordsprevention

REFERENSER


Utmaningar
Fysisk hälsa

Bland de sjukdomar, skador och dödsorsaker som bidrar mest till sjukdomsbördan, utmärker sig hjärt-kärlsjukdom som ett problem vars orsaker vi i dag förstår nästan fullt ut (se figur 1). Drygt 80 procent av dödsfallen i hjärt-kärlsjukdom i länet beror på kända och påverkbara riskfaktorer (1). Det innebär att nära 3 800 av de 4 700 invånare i Stockholms län som dog i förtid på grund av hjärt-kärlsjukdom år 2017 hade kunnat överleva.

Förebyggande insatser som syftar till att förändra miljön där individer gör sina livsval, är ofta kostnadseffektiva sätt att åstadkomma beteendeförändringar i till exempel levnadsvanor. Exempel på sådana insatser är tobaksskatter eller stadsplanering som främjar aktiv transport. Eftersom dessa insatser når alla, har de också stor potential att minska ojämlikheten i hälsa. En del av den metabola sjukligheten är dock helt oberoende av levnadsvanor eller livsstil (se figur 1). Den livsstilsberoende metabola ohälsan går inte heller alltid att komma till rätta med enbart genom råd om livsstilsförändring.

Påverkbara orsaker till hjärt-kärlsjukdom

De kardiometabola riskfaktorerna, det vill säga tillstånd i kroppen som ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, har varit kända för den medicinska vetenskapen relativt länge. Men det är först i och med de fullständiga beräkningarna av sjukdomsbördan som det blir tydligt hur stort dessa riskfaktorers bidrag är till den samlade folkhälsan. Hälso- och sjukvården kan erbjuda kostnadseffektiv behandling av kardiometabola riskfaktorer och har därför stor potential att ytterligare förebygga ohälsa och förtida död.

Källa: Global Burden of Disease (GBD).
UTMANING 1

**Fånga upp alla med högt blodtryck**

Högt blodtryck förklarar uppskattningsvis över hälften av hjärt-kärlsjukdomen i länet, uttryckt i DALYs (se förklaring s. 17). En stor andel av de som har högt blodtryck får inte behandling, och en stor andel av de som får behandling har ändå ett högt blodtryck. En möjlig åtgärd är att de över 90 procenten av den vuxna befolkningen som har en öppenvårdskontakt inom en femårsperiod, också får sitt blodtryck uppmätt minst en gång under denna period. Åtgärden är i enlighet med riktlinjer från bland andra de europeiska sällskapen för kardiologi respektive hypertoni, och med råden från 1177 Vårdguiden (2). Samordnade elektroniska journaler kan signalera om det gått för lång tid sedan den senaste mätningen eller om ett för högt blodtryck ännu inte följts upp – oavsett var i vården den tidigare mätningen genomförts.

UTMANING 2:

**Vidareutveckla livsstilsbehandlingen men glöm inte läkemedelspreventionen**


UTMANING 3:

**Förebygg hjärt-kärlsjukdom genom ytterligare satsningar på diabetesvården**

Högt blodsocker förklarar uppskattningsvis en femtedel av hjärt-kärlsjukdomen i länet. Adekvat diabetesvård är därför en avgörande folkhälsoinsats, och ytterligare ansträngningar i förbättringsarbetet för att få fler patienter att nå behandlingsmålen är därmed angelägna.
Psykisk hälsa

Mörkertalet i ångest och depression tycks minska

Förekomsten av ångestsjukdom och depression uppskattas vara 5,4 procent respektive 5,1 procent i åldern 20 år och äldre i Stockholms län (1). Andelen med en registrerad ångestdiagnos i länets vårddatabaser är i dag nästan sju procent, vilket alltså är något högre än den skattade förekomsten i sjukdomsbördekalkylen. Andelen med en registrerad depressionsdiagnos är fyra procent. Samsjuklighet mellan ångest och depression är vanligt och år 2018 fick nio procent en ångest- eller depressionsdiagnos. Under de senaste fem åren har 27 procent av kvinnorna respektive 14 procent av männen i länet fått en ångest- eller depressionsdiagnos.

Det är troligt att ökningen av diagnoser delvis förklaras av minskade mörkertal, vilket skulle innebära att vården numera når fler av de som lider av ångest eller depression än tidigare.

Ångestsjukdom är den diagnosgrupp som ökat snabbast över tid. En del av diskrepansen kan troligen förklaras av utmattningssyndrom, vilket är en ångestdiagnos som sätts i Sverige, men som inte ingår i sjukdomsbördemodelleringarna.

Psykisk ohälsa vanligt

Till det man kallar psykisk ohälsa räknas också lindrigare problematik som ger liknande eller samma symtom som vid ångestsjukdom eller depression, men utan vara tillräckligt många eller allvarliga för att patienten ska uppfylla diagnoskriterierna. Förekomsten av sådan psykisk ohälsa har ökat påtagligt sett över en längre tidsperiod.

UTMANING 1:

Utred förhållandena mellan registrerade diagnoser, vård och verklig förekomst


UTMANING 2:

Säkerställ att så många som möjligt erbjuds evidensbaserad behandling


UTMANING 3:

Stärk det förebyggande arbetet

Det uppskattas att psykisk sjukdom i 75 procent av fallen debuterar före 20 års ålder. De förebyggande åtgärderna behöver därför sättas in tidigt i livet. Det finns evidens för att förlästantäden och särskilda insatser i skolan (till exempel programmen YAM och SET) har positiva effekter på barns hälsa, och på faktorer förknippade med hälsa senare i livet (t ex skolprestationer). Region Stockholm kan bidra till ökade satsningar på sådana åtgärder, samt bidra till forskning som kan klargöra om metoderna även har långtids effekter i termer av minskad ångest och depression hos unga vuxna.
Den mildare psykiska ohälsan är med största sannolikhet möjlig att förebygga i större utsträckning än i dag. Att förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa har tre-dubblats såväl i Stockholms län som i internationella studier sedan 1980-talet, pekar om inte annat på att miljön har stor betydelse. Vad som ligger bakom ökningen är inte helt klarlagt, men förändringar på arbetsmarknaden och i utbildningsystemen är troliga förklaringar. Region Stockholm är en av Sveriges största arbetsgivare och kan därför bidra med hälsosamma arbetsplatser, uppföljning av psykisk hälsa hos medarbetare och nödvändig kunskapsutveckling på området i stort.
Jämlik hälsa

Geografiska skillnader i hälsa

Sjukdom och förtida död är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper. Eftersom Stockholms län är socioekonomiskt segregerat, rent geografiskt, uppstår också stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar. År 2018 är den förväntade medellivslängden 81 år i Skärholmen och 85 år i Danderyd. Segregationen är kraftigare, och hälsovillkoren därför större, om man gör de geografiska områdena ännu snävare och exempelvis ser till områden i den storlek som en vårdcentral typiskt betjänar.

Primärvården och personcentrering har identifierats som centrala för utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet. I en övergripande beskrivning av vad personcentrering i vården i förlängningen skulle kunna innebära, har CES kartlagt hur många av länets öppenvårdspatienter (93 procent av befolkningen under en femårsperiod), som under samma period också har minst en sjukhusinläggning, långtidssjukskrivning, psykiatrisk diagnos, period av arbetslöshet eller period av ekonomiskt bistånd. För hela 43 procent av alla patienter i öppenvården finns en sådan indikation på mer allvarlig, eller samman- satt problematik, och för 22 procent finns två sådana indikationer.

Även denna, mer sammansatta, problematik är kraftigt geografiskt snedfördelad och varierar mellan områden. Problematiken drabbar mindre än en tredjedel av patienterna i de socioekonomiskt starkaste områdena och mer än två tredjedelar i de svagaste. Den fördelningen är i sin tur ett resultat både av att sjukdomar har socioekonomiska orsaker – och socioekonomiska konsekvenser.

UTMANING 1:

Större satsning på fysisk och psykisk hälsa i utsatta områden

Att motverka socioekonomiska skillnader i hälsa handlar i huvudsak om att intensifiera allmänna åtgärder och insatser som man vet fungerar, där behoven är som störst. Om särskilda satsningar för att möta utmaningarna kring kardiometabola riskfaktorer och psykisk ohälsa börjar, eller är som kraftigast, på vårdcentraler i utsatta områden har dessa också stor potential att minska ojämlikheten i hälsa. En särskild utmaning vad gäller depression och ångest är att andelen som kommer till vårdens kännedom är påtagligt låg i flera utsatta områden.
UTMANING 2:

Se utsatta områden som centrala för pilotprojekt i utvecklingen av framtidens personcentrerade hälso- och sjukvård

Av nödvändighet har modeller för arbetssätt och samverkan redan utformats lokalt, för att bättre möta behoven hos patienter med sammansatt problematik, inklusive av psykosocial och socioekonomisk karaktär. Det gäller särskilt socioekonomiskt utsatta geografiska områden. Region Stockholm bör se till att sådana modeller utvärderas i studier med någon form av kontrollgrupper. Den typen av kunskaputveckling kan på ett tydligt sätt komplettera processerna i den nationella utvärderings- och lagstiftningsapparaten. Det kan dessutom öka primärvårdens attraktivitet. En av de vanligaste påfrestningar som personal rapporterar om i sin arbetsmiljö är nämligen inte primärt att patienterna har sammansatt och allvarlig problematik, utan tvärtom en frustration över att de inte alltid kan hjälpa patienten med, eller till, det mer samlade stöd som de förstår att patienten är i behov av.

UTMANING 3:

Följ de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och verka för evidensbaserade policyer även utanför hälso- och sjukvården

På en mer central nivå bör Region Stockholm följa utvecklingen av de socioekonomiska skillnaderna i hälsa. Utvecklingen av dessa skillnader över tid har på många sätt varit god, men ökande relativa dödlighetsrisker för den femtedel av befolkningen som har lägst inkomst såväl som ökande inkomstojämlikhet totalt sett är något som bör följas noga. Vetenskaplig evidens är normen inom hälso- och sjukvård, folkhälsoarbete och allt mer inom socialtjänsten. Region Stockholm bör verka för att evidensbaserade metoder och insatser får styra prioriteringar även inom andra samhällssektorer såsom skola och arbetsmarknadspolitik.

REFERENSER
