



# Folkhälsorapport 2019

## Stockholms län



# Förord

Den dramatiska förbättringen av svensk folkhälsa sedan slutet av 1800-talet beror till stor del på ekonomisk och social utveckling. Några centrala förebyggande hälsoinsatser, såsom assisterad förlossning, vaccinationer och systematisk skadeprevention, har också bidragit. Först under 1950-talet innebär medicinska landvinningar att även hälso- och sjukvårdens mer traditionella, behandlande uppdrag börjar påverka folkhälsan på allvar.

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 sjukdomsörändringen.

Sedan den förra folkhälsorapporten har samarbete med Karolinska Institutet och det globala sjukdomsörändringprojektet Global Burden of Disease lett till att vi numera kan presentera särskilda modelleringar för sjukdomsörändringen i länet. Nytt är också att vi kompletterar perspektivet med en systematisk genomgång av de övergripande socio-ekonomiska förutsättningarna för hälsa: utbildning, arbete och inkomst.

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  
Verksamhetschef, CES

Anton Lager  
Huvudredaktör, Folkhälsorapport 2019

# Innehåll

Förord .....	3
Författare .....	5
Om CES .....	6
Sammanfattning .....	7
<b>Introduktion och metod</b> .....	11
<b>Ekonomiska och sociala förutsättningar</b> .....	21
Introduktion .....	22
Utbildning .....	27
Arbete .....	33
Inkomst .....	41
Diskussion .....	45
<b>Risikfaktorer</b> .....	49
Rökning .....	51
Alkoholvanor .....	59
Narkotikavanor .....	65
Fysisk aktivitet .....	73
Matvanor .....	79
Övervikt och fetma .....	85
Högt blodsocker .....	93
Högt blodtryck .....	99
Högt kolesterol .....	105
Nedsatt njurfunktion .....	113
<b>Sjukdomar och skador</b> .....	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
Själv mord och självskaador .....	179
<b>Utmaningar</b> .....	187
Fysisk hälsa .....	188
Psykisk hälsa .....	190
Jämlig hälsa .....	193

# Författare

## Avsnitt

### INTRODUKTION OCH METOD

### EKONOMISKA OCH SOCIALA FÖRUTSÄTTNINGAR

### RISKFaktorER

Rökning

Alkoholvanor

Narkotikavanor

Fysisk aktivitet

Matvanor

Övervikt och fetma

Högt blodsocker

Högt blodtryck

Högt kolesterol

Nedsatt njurfunktion

### SjukDOMAR OCH SKADOR

Hjärtinfarkt och stroke

Smärta i rygg och nacke samt migrän

Demens

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Falolyckor

Diabetes

Cancer

Depression och ångest

Själv mord och självskador

### UTMANINGAR

## Författare

Vicky Bartelink, Anton Lager

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

Rosaria Galanti

Peter Allebeck, Andreas Lundin

Peter Allebeck, Andreas Lundin, Marie Warolén

Daniel Berglind, Yvonne Forsell

Emma Patterson, Sara Raposo Liselotte Schäfer Elinder

Hrafnhildur Gudjonsdottir, Pernilla Svefors, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager

David Ebbevi, Anton Lager

Pernilla Svefors, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager

Pernilla Svefors, Diego Yacamán Méndez, Anton Lager

Theo Bodin

Emelie Andersson, Vicky Bartelink

Nika Dominika Seblova

Hans Gilljam, Veronica Costea

Lisa Blom

Diego Yacamán Méndez, Pernilla Svefors

Miriam Elfström

Kyriaki Kosidou, Beata Jablonska, Susanne Wicks, Andreas Lundin, Christina Dalman

Gergő Hadlaczky, Sebastian Hökby

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.

**Referensgrupp:** 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.

**Referera till rapporten som:** Bartelink V, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2019. Stockholm. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. **Referera till specifika kapitel i rapport enligt (exempel):** Galanti R. Rökning. I Bartelink V, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2019. Stockholm. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019.

# Om CES

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) ska bidra till en god och jämlik 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.

CES etablerades 1 april 2012 när Karolinska Institutets folkhälsoakademi överfördes till Stockholms läns landsting (numera Region Stockholm). CES tillhör Stockholms läns sjukvårdsområde, och arbetar på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) inom Region Stockholm.

På CES bedrivs folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt folkhälsoarbete. Arbetet sker i nära samverkan med akademien, 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, vårdprogram 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 kunskaps-spridning.

# Sammanfattning

## Vi lever längre och är friskare

År 2018 är den förväntade medellivslängden vid födseln 85 år för kvinnor och 81 år för män i Stockholms län. Sett över alla dessa levnadsår är den genomsnittliga funktionsförlusten på grund av sjukdom eller skada blott fjorton procent (tretton år) för kvinnor och tolv procent (tio år) för män. Ökningen som skett de senaste två seklen är nästan ofattbar. Under 99,9 procent av mänsklighetens tvåhundrausenåriga historia har medellivslängden varit omkring 30 år. I länet var den 31 år för kvinnor och 25 år för män så sent som år 1865.

En minskning av riskfaktorer i närtid lovar gott även för fortsatt positiv utveckling av livslängden. Mellan år 2002 och 2018 har exempelvis daglig rökning 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

Ojämligheten i hälsa i Stockholms län är fortsatt stor även om den långsamt tycks gå åt rätt håll. Om alla hade haft samma låga risk att dö för tidigt som femtedelen med högst inkomst hade 34 procent av dödsfallen undvikits år 2015–2017, medan 38 procent hade kunnat undvikas år 2005–2007. Invånare med enbart förgymnasial utbildning och låg inkomst har sämst hälsa och flest riskfaktorer för sjukdom. Till exempel är daglig rökning tre gånger vanligare bland personer med enbart förgymnasial utbildning, än bland eftergymnasialt utbildade.

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 länets invånare lever i relativ fattigdom, vilket också ger utslag i sjukdom och förtida 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

Under de senaste decennierna ökar det narkotikarelaterade bidraget till sjukdoms-  
bördan, och hela 97 procent av bidraget beräknas vara relaterat till tungt missbruk. Samtidigt är skattningarna osäkra, och mörkertalen sannolikt stora. Det är därför angeläget att förekomsten av drogbruk och drogrelaterad sjukdomsbörda följs noggrant. Det är en utmaning som ställer krav på metodutveckling.

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 trots 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 sjukdomsburden och till ojämlikheten i hälsa i Stockholms län. Evidensbaserade insatser, såsom rökavvänjning genom kvalificerade rådgivande samtal och subventionering av nikotinersättning, 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



levnadsvanor eller livsstil inte är orsaken till exempelvis högt blodtryck eller blodsocker – eller där råd om livsstilsförändring inte räcker – finns ofta effektiva förebyggande receptbelagda läkemedel. Oavsett insats krävs noggrann uppföljning av patienten över tid.

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 sjukdomsörden i länet. Exempel på befolkningsinriktade insatser för att förebygga självmord är plattformsdörrar i tunnelbanan, barriärer vid broar och klippor samt minskad tillgänglighet till toxiska läkemedel.

## **Utmaningar för Region Stockholm**

Förutsättningarna för hälso- och sjukvården att bidra till minskad sjukdomsörda 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 vårdens framtid mer och mer av insikten att hälsan inte kan förstås frikopplad 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 primärpreventiva 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
- folkhälsoutvecklingen 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).



**Figur 1.** De 17 målen i Globala målen för hållbar utveckling.

Källa: <https://www.globalamalen.se/material/logotyper/>

## Målgrupp

Målgrupp för Folkhälsorapport 2019 är alla aktörer som kan påverka folkhälsan i Region Stockholm genom sitt arbete eller frivilligengagemang. Rapporten vänder sig också till den intresserade allmänheten.

## Struktur

Folkhälsorapport 2019 är uppdelad i fyra övergripande delar:

1. Sociala och ekonomiska förutsättningar – behandlar utvecklingen över tid för utbildning, arbete och inkomst samt inkomstjämlighet och dess samband med hälsa.
2. Riskfaktorer – behandlar de levnadsvanor och metabola riskfaktorer som har störst betydelse för sjukdomsbördan i Stockholms län (2).
3. Sjukdomar och skador – behandlar de sjukdomar, skador och dödsorsaker som har störst betydelse för sjukdomsbördan i Stockholms län (2).
4. Utmaningar – sammanfattas i centrala slutsatser för Region Stockholms arbete kring fysisk, psykisk och jämlik hälsa.

## 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 förtida död än andra. Ett tydligt exempel är personer som lever i hemlöshet, som kommer 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](http://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)

Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) är en studie av diabetesrelaterade riskfaktorer och sjuklighet som startades på 1990-talet av (dåvarande) Stockholms läns landsting i samarbete med Karolinska Institutet. SDPP-studien består av cirka 35 000 kvinnor och män som år 1992–1996 var i åldrarna 35–54 år och bodde i kommunerna Sigtuna, Värmdö, Upplands-Bro, Tyresö och Upplands Väsby. Av dessa har cirka 8 000 personer kallats till särskilda hälsoundersökningar, och uppföljningar har gjorts 10 år respektive 20 år efter studiens start (år 2002–2006 och år 2014–2017). Omkring 4 300 personer i åldrarna 53–78 år deltog i hälsoundersökningen vid tjugoaårsuppföljningen. Deltagarna har vid alla tillfällen svarat på omfattande enkäter om sina levnadsförhållanden och sin hälsa, samt genomgått glukostoleranstest och klinisk undersökning.

## VAL-databasen (VAL)

VAL-databasen är en stor administrativ databas som administreras av Region Stockholm. Databasen täcker statistik över all hälso- och sjukvård med ersättning från Region Stockholm. Förutom några enstaka privata vårdgivare utan skattefinansiering, viss basal kommunal hemsjukvård samt sjukvård inom särskilda boenden, registreras alla konsultationer och diagnoser i databasen. VAL-databasen täcker över 99 procent av hälso- och sjukhusvården och uppdateras regelbundet. Den innehåller information om varje vårdkontakt, vårdgivaren och avidentifierade uppgifter om patienten. Möjliga brister kan dock förekomma på grund av ofullständigt inrapporterad data från vårdgivare.

## Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister innehåller statistik om underliggande och bidragande dödsorsaker samt dödsdatum för personer som vid dödsfallet var registrerade i Sverige, oavsett om dödsfallet inträffade i Sverige eller utomlands. Förutom att beskriva dödsorsaker, är syftet med registret att följa dödlighetens utveckling i Sverige. Dödsorsaksregistret innehåller data från år 1961 och historisk data från år 1952–1960. Sedan år 2012 inkluderar registret också dödsfall i Sverige bland de som inte är folkbokförda i landet.

## Läkemedelsregistret

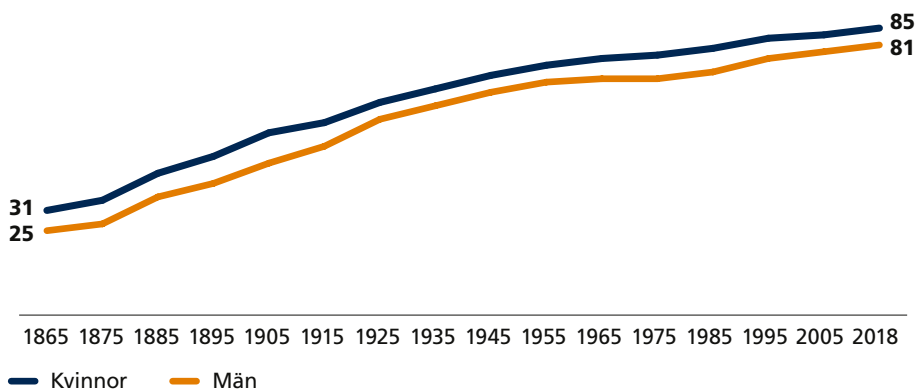
Socialstyrelsens läkemedelsregister innehåller statistik över alla läkemedel som hämtas ut på recept på apotek i Sverige sedan år 2005. Läkemedelsregistret innehåller inte information om läkemedel som används på sjukhus eller receptfria läkemedel. Dessutom täcker registret inte alla vacciner eller läkemedel som används på vårdhem.

## 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.

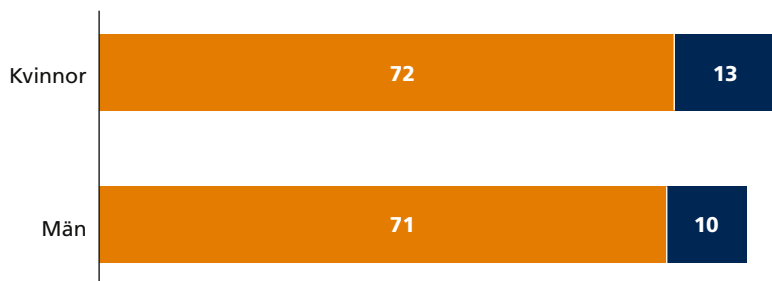
### Förväntad medellivslängd över tid



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

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

### Förväntad medellivslängd



■ Frisk förväntad medellivslängd vid födseln (HALE)

■ Total tid (år) förlorad till funktionsförlust (YLD)

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

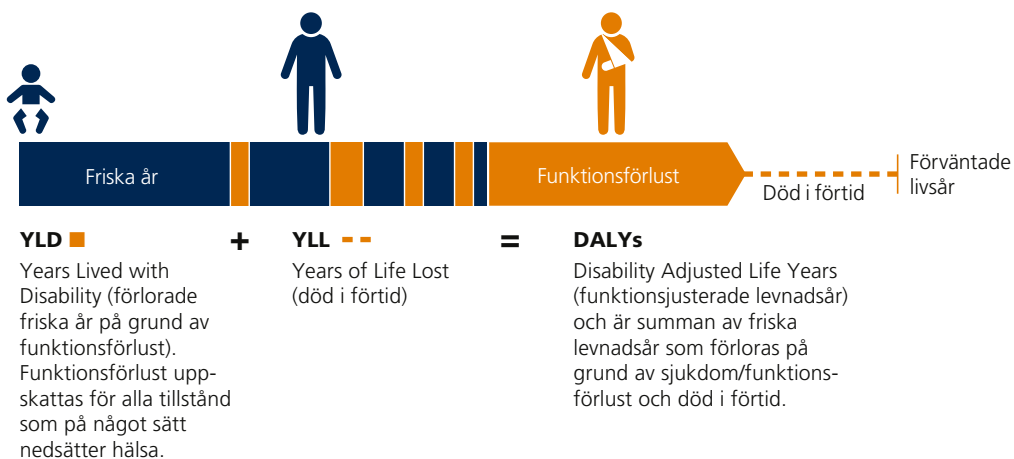
Källa: Statistiska centralbyrån (SCB) och Global Burden of Disease (GBD).



## Sjukdomsördan i Stockholms län

Sjukdomsörda är ett begrepp som syftar på de effekter ett hälsoproblem har. I Folkhälsorapport 2019 är sjukdomsördan formulerad i så kallade DALYs (Disability Adjusted Life Years), vilket är en metodik som tagits fram av Världsbanken, Harvard University och Världshälsoorganisationen (WHO). Sjukdomsörda 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 sjukdomsördan i Stockholms län år 2017 enligt det globala sjukdomsördeprojektet Global Burden of Disease (GBD) (2) (se tabell 1). Vissa sjukdomar, såsom hjärtinfarkt, bidrar till sjukdomsördan framför allt genom att orsaka förtida död (YLL). Andra sjukdomar, såsom smärta i nedre delen av ryggen, bidrar till sjukdomsördan genom att orsaka år levda med nedsatt hälsa (YLD).



**Figur 4.** Hur man mäter sjukdomsörda.

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

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

Källa: Global Burden of Disease (GBD) (data hämtade december 2018).

Folkhälsorapport 2019 avhandlar också de riskfaktorer som orsakade den största delen av sjukdomsbördan i Stockholms län år 2017 enligt Global Burden of Disease (GBD) (se tabell 2). Även om en riskfaktor bara förklarar en liten del av den generella sjukdomsbördan, kan den vara starkt bidragande för enskilda sjukdomar. Exempelvis förklarar högt blodtryck 55 procent av sjukdomsbördan orsakad av hjärtinfarkt, och rökning förklarar 21 procent av sjukdomsbördan orsakad av cancer.

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

RISKFaktorER	BIDRAG
Rökning	9,51 %
Högt BMI	9,24 %
Högt blodsocker	8,40 %
Högt blodtryck	8,03 %
Alkoholvanor	5,44 %
Högt kolesterol	3,91 %
Lågt intag av fullkorn	2,90 %
Narkotikavanor	1,92 %
Lågt intag av nötter och frön	1,68 %
Nedsatt njurfunktion	1,63 %
Högt intag av salt	1,55 %
Låg fysisk aktivitet	1,28 %

Källa: Global Burden of Disease (GBD) (data hämtade december 2018).

## REFERENSER

1. Policy Folkhälsa 2017-2021. Region Stockholm.
2. GBD Compare [internet]. Seattle: IHME; 1990-2017 [citerad december 2018]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.



# Ekonomiska och sociala förutsättningar



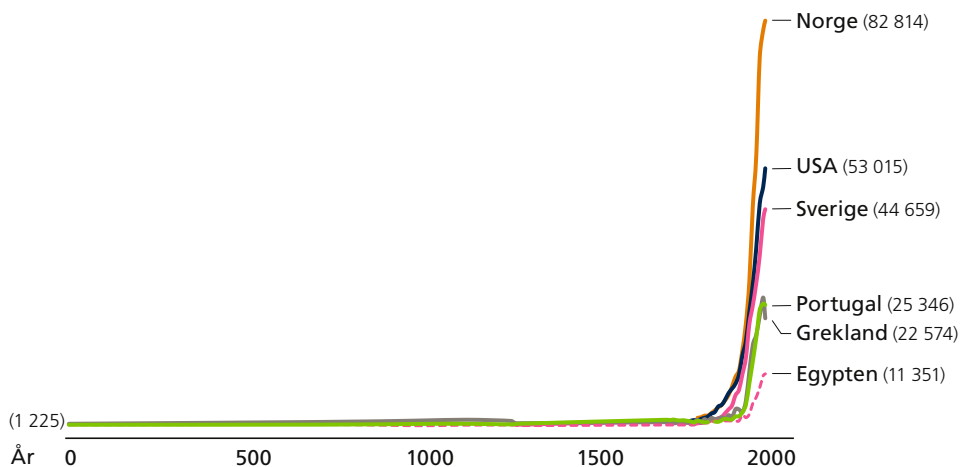
# Introduktion

## Ekonomiska, sociala och tekniska revolutioner bakom hälsoförbättringarna

Upplysningstidens tilltro till förnuftet och individens fri- och rättigheter var upprinnelsen 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)



**Figur 1.** Utveckling av bruttonationalprodukt (BNP) per capita mellan år 0 och 2016 i olika länder. Notera: Justerat för inflation, 2011 års priser i internationella dollar.

Källa: Maddison Project Database (2018).

## 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 sjukdomsburden 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

För att förstå den totala omfattningen av de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och utvecklingen över tid, redovisas andelen dödsfall i Stockholms län som hade kunnat undvikas om alla haft lika låg dödlighet som de med högst inkomst. Figur 2 visar att vart tredje dödsfall (38 procent) år 2005–2007 hade undvikits om alla hade haft höginkomsttagares låga dödlighet. År 2015–2017 hade 34 procent av dödsfallen kunnat undvikas. Motsvarande andelar baserat på utbildning är något lägre, men mönstret liknande.

### Dödsfall om alla hade samma dödlighet som de med högst inkomst



■ Andelen dödsfall som hade uteblivit    ■ Andelen dödsfall som hade inträffat ändå

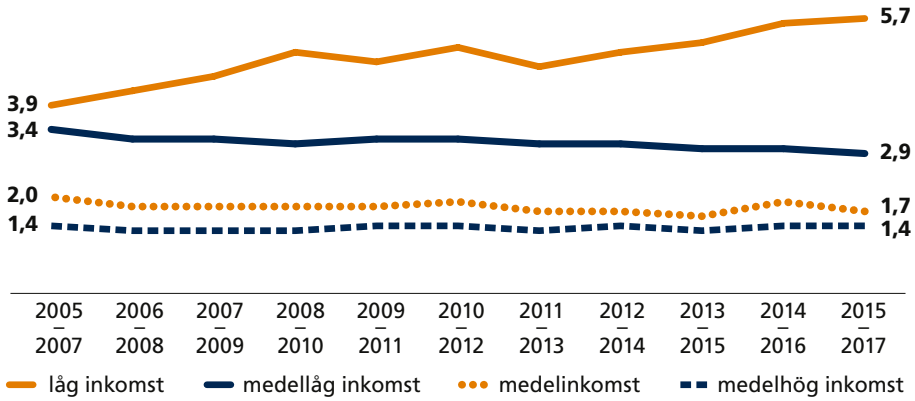
**Figur 2.** Andel dödsfall i alla åldrar som hade undvikits om alla hade haft samma låga dödlighet som femtedelen av länets befolkning med högst disponibel inkomst (summan av alla inkomster och transfereringar efter skatt) i Stockholms län (2005–2007, 2015–2017).

Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (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.

### Risken att dö i olika inkomstgrupper jämfört med högst inkomst



**Figur 3.** Relativ risk att dö (hazard ratios) i åldrarna 30–60 år i olika inkomstgrupper (20 procent med låg inkomst, 20 procent med medellåg inkomst, 20 procent med medelinkomst och 20 procent med medelhöginkomst) jämfört med de 20 procent i befolkningen med högst inkomst, över tid i Stockholms län (2005–2017).

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



1 av 3

tar inte examen  
i tid från gymnasiet.

31%  
män



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



1 av 5

slutför troligtvis  
aldrig sin totalt  
tolvåriga utbildning.



# Utbildning

Utbildning är viktigt för hälsan. Dels genom att öka möjligheter till arbete och inkomst, dels genom att ha effekt på både kognitiva och sociala färdigheter. I Stockholms län har andelen med eftergymnasial utbildning ökat mellan år 2002 och 2018, medan andelen med högst förgymnasial utbildning först minskade för att sedan stabiliseras, under samma tidsperiod.

## 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 århundrandena. 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).

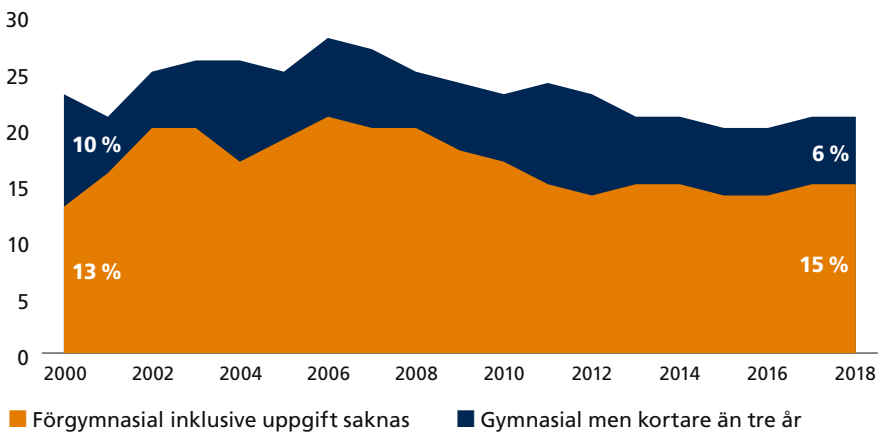
En stor studie som genomförts i Europa visade att mellan 29 och 62 procent har en begränsad eller otillräcklig nivå av hälsolitteracitet (12). Sverige är svagt representerat i kartläggningar av hälsolitteracitet (13), men en studie bland migrantpopulationen som genomfördes här visade att mer än 60 procent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



**Figur 1.** Andel 24-åringar utan treårig gymnasieutbildning, över tid i Stockholms län (2000–2018).

Källa: Utbildningsregistret.

Vid 19 års ålder, efter totalt tolv år i skolan, saknar 34 procent i Sverige en gymnasieexamen år 2018. Bland de som skrevs in på introduktionsprogram är andelen utan gymnasieexamen 92 procent. Vid 20 års ålder, efter totalt tretton år i skolan, är andelen i Sverige som saknar examen bara något lägre: 28 procent (och 85 procent bland de som skrevs in på introduktionsprogram). I Stockholms län är motsvarande andel 31 procent, enligt Kolada.

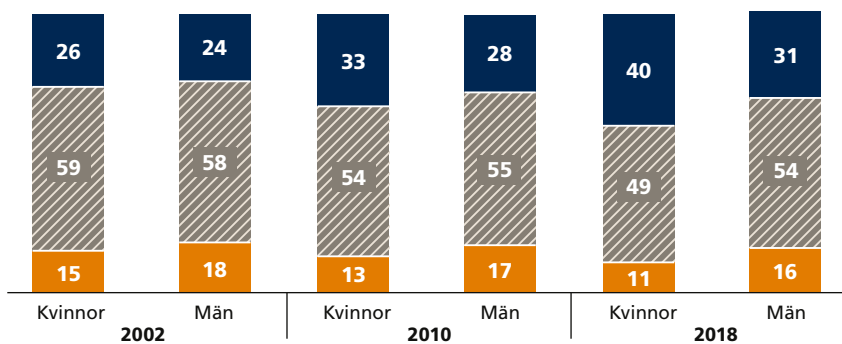
I dag är alltså nästan alla skolever inskrivna i en totalt tolvårig skolform, men en tredjedel tar inte examen i tid. Enligt Utbildningsregistret tycks den låga utbildningsnivån för många tyvärr bli permanent. De flesta som inte fullföljer gymnasiet till och med 20 års ålder, når inte heller över förgymnasial utbildningsnivå vid 24 års ålder. En liten andel har dock en utbildningsnivå motsvarande ”högst tvåårig gymnasieutbildning” (se figur 1). Med tiden slutför den gruppen alltså åtminstone någon typ av kortare utbildning efter grundskolan, i regel yrkesinriktad.

### **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 Utbildningsregistret. 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



- Eftergymnasial minst 3 år
- ▨ Gymnasial samt eftergymnasial kortare än 3 år
- Förgymnasial eller saknas

**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 25–64 år med högst förgymnasial utbildningsnivå, högst gymnasieutbildning eller eftergymnasial utbildning kortare än tre år respektive eftergymnasial utbildning tre år eller längre, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

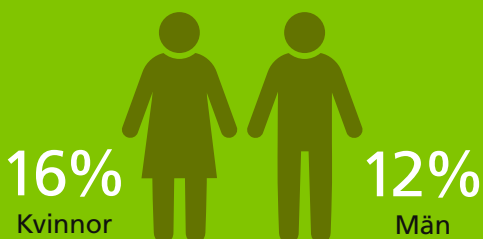
## REFERENSER

1. Wee RY. Best Countries In The World For Highly Skilled Employment. Apr. 25, 2017. Available from: [worldatlas.com/articles/best-countries-in-the-world-for-highly-skilled-employment.html](http://worldatlas.com/articles/best-countries-in-the-world-for-highly-skilled-employment.html).
2. Tillväxt- och regionplaneförvaltningen. Stockholmregionens ekonomiska struktur – en översiktlig kartläggning. 2015.
3. Feinstein L, Sabates R, Anderson TM, Sorhaindo A, Hammond C, editors. What are the effects of education on health. Proceedings of the Copenhagen Symposium” Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement; 2006.
4. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annual Review of Public Health*. 2018 Apr 1;39:273-289.
5. Wängdahl JM, Mårtensson LI. The Communicative and Critical health literacy scale– Swedish version. *Scandinavian journal of public health*. 2014;42(1):25-31.
6. Hamad R, Elser H, Tran DC, Rehkopf DH, Goodman SN. How and why studies disagree about the effects of education on health: A systematic review and meta-analysis of studies of compulsory schooling laws. *Social Science & Medicine*. 2018;212:168-78.
7. Ritchie SJ, Tucker-Drob EM. How Much Does Education Improve Intelligence? A Meta-Analysis. *Psychological Science*. 2018;29(8):1358-69.
8. Blewitt C, Fuller-Tyszkiewicz M, Nolan A, Bergmeier H, Vicary D, Huang T, et al. Social and Emotional Learning Associated With Universal Curriculum-Based Interventions in Early Childhood Education and Care Centers: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*. 2018;1(8):e185727.
9. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students’ social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*. 2011;82(1):405-32.
10. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health promotion international*. 2009;24(3):285-96.
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2): 97-107.
12. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
13. Sorensen K. Health literacy: a neglected European public health disparity: Maastricht University; 2013.
14. Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC public health*. 2014;14(1):1030.

# 53%

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

Andel med tidsbegränsad anställning



# 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

Arbete är centralt för folkhälsan. På samhällsnivå driver arbete den ekonomiska och sociala utvecklingen. På individnivå ger det inkomst – både direkt samt via pension och föräldra-, sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar. För individen ger arbete dessutom struktur i vardagslivet och sociala kontakter. De som är arbetslösa har sämre psykisk hälsa (1–3), sämre självrapporterad allmän hälsa (4), begår oftare självmord (5) och har högre risk att dö (6) än de som är sysselsatta.

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).

#### ARBETSMILJÖRISKER FÖR 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 luftföroreningar och lösningsmedel)
- fysikaliska arbetsmiljöfaktorer (t ex buller och vibrationer)
- ergonomiska arbetsmiljöfaktorer (t ex tunga lyft och repetitiva kroppsörelser).

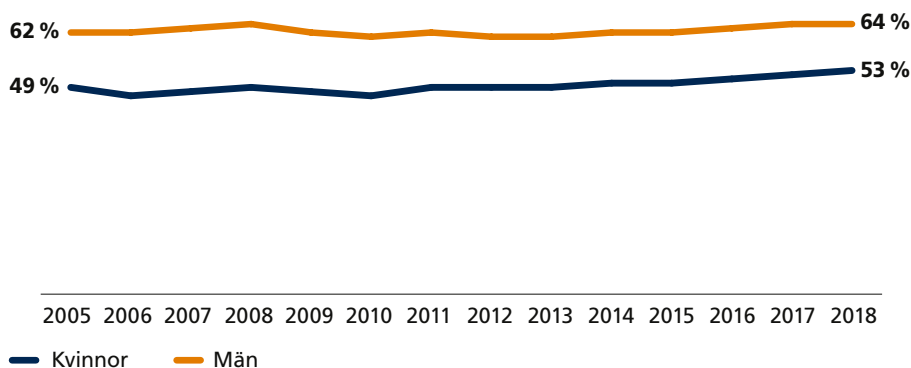
Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) ger vart fjärde år ut en rapport om arbetsmiljöhälsan i Stockholms län. Nästa år släpps Arbetshälsorapport 2020, som bland annat fokuserar på fördelning av arbetsmiljörisker efter boendeområden, utbildningsnivå och födelseland.

## Förekomst och utveckling över tid

### Andelen med heltidsarbete har ökat

Andelen vuxna i Stockholms län som har ett heltidsarbete har ökat sedan år 2005. Fler män än kvinnor har ett heltidsarbete, men könsskillnaden minskar något över tid (se figur 1). Andelen som arbetat övertid (inklusive de med överenskommen arbetstid över 40 timmar) har minskat från sex till fem procent bland kvinnor och från tio till sju procent bland män mellan år 2005 och 2018. Under samma period har även andelen kvinnor som arbetar halvtid minskat från fjorton till tolv procent, medan andelen halvtidsarbetande män ökat från sex till sju procent. Andelen i länet som har ett arbete, oavsett anställningsform eller arbetstid, har mellan år 2005 och 2018 ökat från 68 till 71 procent bland kvinnor och från 71 till 75 procent bland män. Bland ungdomar i åldrarna 15–24 år är andelarna med heltidsarbete låga och nästan oförändrade över tid (se figur 2).

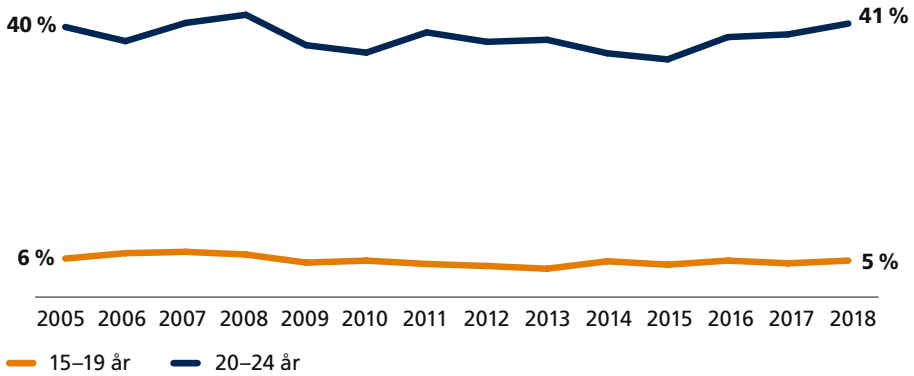
### Heltidsarbete i åldrarna 15–74 år



**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



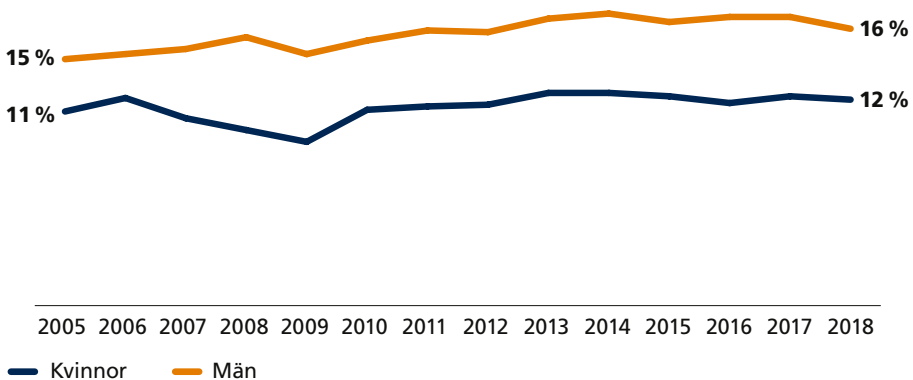
**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 15–24 år med heltidsarbete, uppdelat efter ålder, över tid i Stockholms län (2005–2018).

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).

## Tidsbegränsad anställning vanligare bland kvinnor

År 2018 har 16 procent bland kvinnor och 12 procent bland män en tidsbegränsad anställning. Andelarna har ökat något sedan år 2005 (se figur 3). Det finns även tecken på att det inom gruppen med tidsbegränsad anställning har skett en förskjutning från vikariat till vid behovsanställning.

## Tidsbegränsad anställning i åldrarna 15–74 år



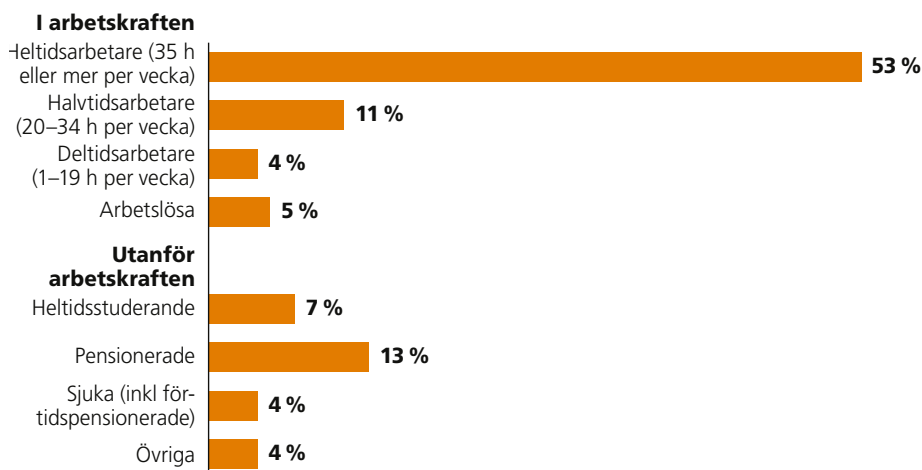
**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 15–74 år med en tidsbegränsad anställning, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2005–2018).

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).

## Två av tre personer i Sverige jobbar halvtid eller mer

Tillgänglig statistik ger en bild av arbetsmarknadstillhörighet bland befolkningen i Sverige (se figur 4). Bland de som anses befinnas i arbetskraften finns heltids-, halvtids- och deltidsarbetare samt arbetslösa. Bland de som anses befinnas utanför arbetskraften finns pensionärer, studerande, sjuka och övriga. Cirka 64 procent i åldrarna 15–74 år i Sverige jobbar halvtid eller heltid, och drygt 4 procent arbetar deltid. Andra stora grupper är pensionerade (13 procent) och heltidsstuderande (7 procent). Knappt fem procent av hela befolkningen uppfyller den officiella definitionen av arbetslöshet, och ytterligare två procent bland personer utanför arbetskraften uppger att de hade velat arbeta (ej i figur).

### Arbetsmarknadstillhörighet



**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.

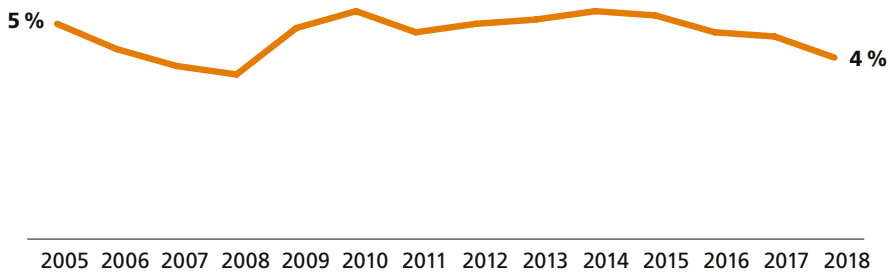
Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).

### Arbetslösheten har sjunkit

Utvecklingen över tid i Sverige visar att andelen arbetslösa har minskat mellan år 2005 och 2018. Även andelen personer utanför arbetskraften som uppger att de hade velat arbeta har minskat. Sedan år 2005 har också andelen heltidsstuderande och sjuka minskat, medan andelen pensionärer ökat.

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).

## Arbetslösa



**Figur 5.** Andel (%) arbetslösa i åldrarna 15–74 år, över tid i Stockholms län (2005–2018).

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU).

## REFERENSER

1. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of applied psychology*. 2005;90(1):53.
2. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*. 2009;74(3):264-82.
3. Bartelink VHM, Zay Ya K, Guldbrandsson K, Bremberg S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scandinavian journal of public health*. 2019; Jul 10.
4. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC public health*. 2014;14(1):1310.
5. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychological medicine*. 2014;44(5):909-17.
6. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social science & medicine*. 2011;72(6):840-54.
7. Jahoda M. *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*: CUP Archive; 1982.
8. Korpi T. Accumulating disadvantage. Longitudinal analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population. *European Sociological Review*. 2001;17(3):255-73.
9. Sverke M, Hellgren J, Näswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychol*. 2002;7(3):242.
10. Rönblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand J Work Environ Health*. 2019.
11. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health*. 2015;15(1):985.



3%

i Stockholms län uppger 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

Inkomst är viktigt för hälsan. Framför allt för våra grundläggande behov såsom rent vatten, mat eller bostad, men också för att skapa möjlighet för socialt deltagande och kontroll över sitt eget liv. I Stockholms län har medianinkomsten ökat något, men inte för femtedelen med lägst inkomst. Fram till år 2009 ökade också andelen i länet som befinner sig i relativ fattigdom, och omfattar sedan dess nästan en av fem personer.

## Introduktion

### **Tydligt samband mellan inkomst och hälsa**

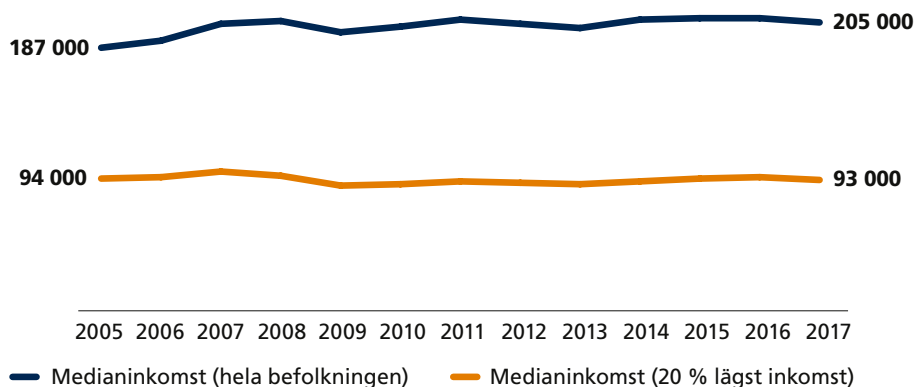
Den ekonomiska utvecklingen har varit central för hälsoutvecklingen i världen, och sambandet mellan inkomst och hälsa syns även på individnivå (1–4). På individnivå är orsakssambandet mellan inkomst och hälsa kausalt om man ser till extrem fattigdom. När inte de allra mest grundläggande behoven såsom rent vatten, mat eller bostad är tillgodosedda får det mycket snabbt dramatiska hälsoeffekter. Även om förekomsten av sådan extrem fattigdom är mycket låg i områden som Stockholms län, är inkomst tydligt förknippat med hälsa även här. Bland annat genom att skapa möjligheter för socialt deltagande och kontroll över sitt eget liv (5).

## Förekomst och utveckling över tid

### **Ingen ökning för de med lägst inkomst**

Under perioden 2002–2017 har den disponibla inkomsten (summan av alla inkomster och transfereringar efter skatt) ökat i befolkningen som helhet (se figur 1). Men det gäller inte för de med låg inkomst. Bland de 20 procenten med lägst inkomst har medianinkomsten, i reala termer, minskat från 94 000 till 93 000 mellan år 2002 och 2017.

## Disponibel medianinkomst



**Figur 1.** Disponibel medianinkomst (summan av alla inkomster och transfereringar efter skatt) (i SEK per år) i befolkningen som helhet, och i femtedelen med lägst inkomst, över tid i Stockholms län (2005–2017). Notera: Värden är justerade för inflation (2017 års priser).

Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).

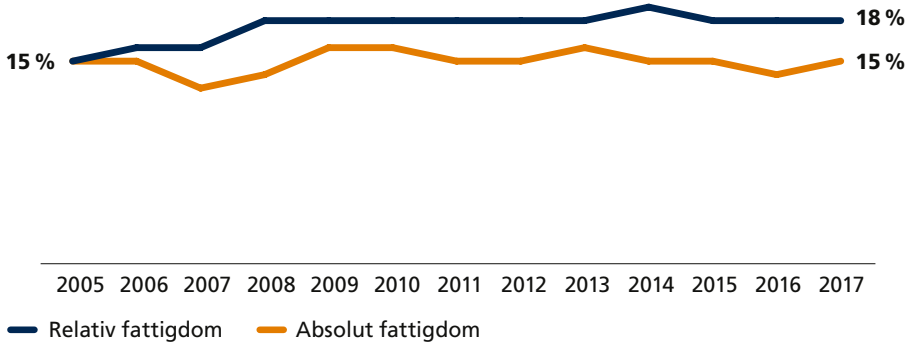
## En av fem lever i relativ fattigdom

Relativ fattigdom innebär en inkomst som är 60 procent av medianinkomsten respektive år. I figur 2 redovisas utvecklingen av den relativa fattigdomen över tid, tillsammans med andelen med lägre inkomst än det som var gränsen i kronor år 2005, det vill säga ett absolut mått på fattigdom. Figuren visar att absolut fattigdom (så som den definieras här) minskade fram till och med år 2007, men ökade kring finanskrisen år 2008 och nådde sin topp år 2009. Sedan dess sjunker den absoluta fattigdomen återigen, om än långsamt. Andelen i relativ fattigdom ökade fram till år 2009, och omfattar sedan dess nästan en femtedel av befolkningen i länet.

## Självrapporterad fattigdom och ekonomiskt bistånd minskar

Andelen i Stockholms län som själva rapporterar svårigheter att klara löpande utgifter såsom mat, hyra och räkningar har minskat mellan år 2002 och 2018, från 19 procent till 15 procent. Tre procent uppger att de har avstått från vård på grund av dålig ekonomi år 2018, vilket också innebär en minskning över tid (FHE). Även andelen vuxna i länet med ekonomiskt bistånd minskade stadigt mellan år 2000 och 2017 (se figur 3).

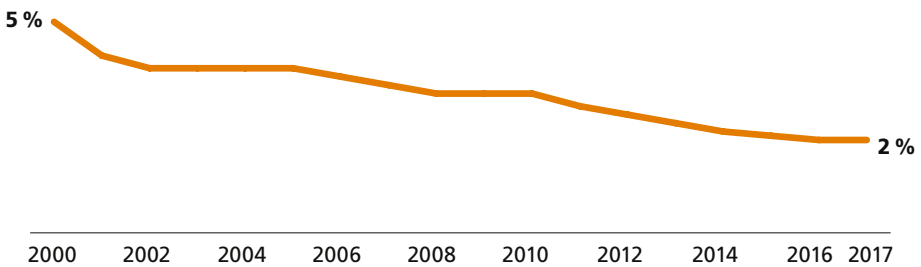
## Relativ och absolut fattigdom



**Figur 2.** Andel (%) av befolkningen i relativ (disponibel inkomst under 60 procent av medianinkomsten respektive år) och absolut fattigdom (här definierat som det reala värdet av inkomstgränsen för år 2005), över tid i Stockholms län (2000–2017).

Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).

## Ekonomiskt bistånd



**Figur 3.** Andel (%) biståndsmottagare i åldern 18 och äldre, över tid i Stockholms län (2000–2017).

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.



## REFERENSER

1. Benzeval M, Judge K. Income and health: the time dimension. *Social science & medicine*. 2001;52(9):1371-90.
2. Fritzell J, Neramo M, Lundberg O. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32(1):6-16.
3. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1186(1):56-68.
4. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Social science & medicine (1982)*. 2011;72(2):193-201.
5. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health affairs (Project Hope)*. 2002;21(2):31-46.

# Diskussion

## Inkomstjämlighet

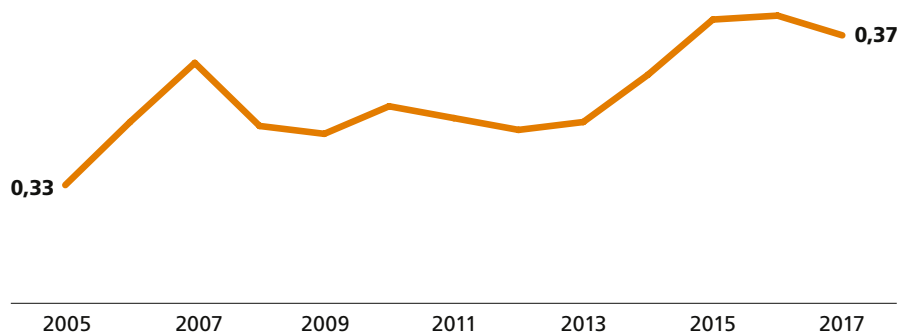
Utöver hälsans samband med utbildning, arbete och inkomst kan även fördelningen av resurser ha betydelse för folkhälsan. Om variationen i socioekonomiska resurser är stor, innebär det oftast att fler individer har kort utbildning, låg anknytning till arbetsmarknaden eller låg inkomst. Eftersom låga nivåer 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 inkomstjämlighet (+ 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 inkomstjämligheten är ett hot mot demokratin (2, 3).

Av den anledningen redovisas därför utvecklingen av inkomstjämligheten tillsammans med två övergripande indikatorer på den demokratiska utvecklingen: tilliten till andra och valdeltagande. Inkomstjämlighet redovisas i form av den så kallade Gini-koefficienten (4). Dess värde ligger mellan 0 och 1, där 0 betyder perfekt inkomstjämlighet (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.

## Inkomstjämligheten 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



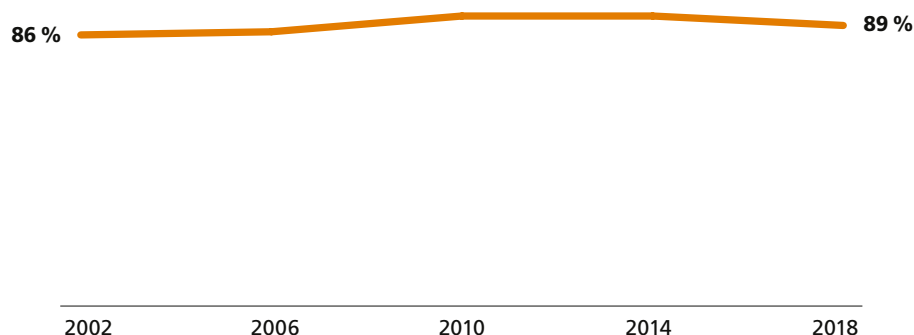
**Figur 1.** Gini-koefficient (enligt disponibel inkomst (summan av alla inkomster minus transfereringar) per konsumtionsenhet) över tid i Stockholms län (2005–2017).

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).

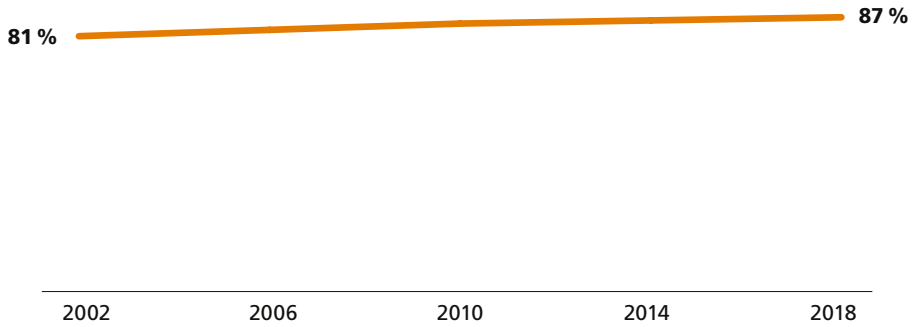
## Tillit till andra människor



**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



**Figur 3.** Andel (%) röstande i riksdagsval i åldern 18 år och äldre över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).



## REFERENSER

1. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian S, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ (Clinical research ed)*. 2009;339:b4471.
2. Gilens M, Page BI. Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups, and Average Citizens. *Perspectives on Politics*. 2014;12(3):564-81.
3. Piketty T. *Capital in the Twenty-First Century*. Harvard University Press; 2014.
4. Gini C. Variabilità e mutabilità (Variability and Mutability). Reprinted in *Memorie di metodologica statistica* (Ed Pizetti E, Salvemini, T) Rome: Libreria Eredi Virgilio Veschi (1955) ed Bologna. 1912.



# 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 förgymnasial utbildning än bland eftergymnasialt utbildade.

18 %  
år 2002



7 %  
år 2018

På 16 år har dagligrökning mer än halverats.



# Rökning

Sju procent av befolkningen i Stockholms län är dagligrökare, och andelen minskar – precis som i resten av landet. Trots detta är rökning fortfarande en av de levnadsvanor som bidrar mest till sjukdomsörskan. Dessutom kvarstår stora skillnader mellan utbildningsgrupper och inkomstnivåer. De mest effektiva preventiva insatserna riktade till hela samhället är prisökning på tobaksvaror och begränsning av tillgänglighet och försäljning av tobak. Rökavvänjning och nikotinersättning är effektiva insatser för vuxna som redan röker.

## Introduktion

### Rökning orsakar många sjukdomar

De allvarligaste hälsokonsekvenserna av rökning visar sig 20–25 år efter man börjar röka. Rökning är en riskfaktor för ett stort antal olika sjukdomar, och för flera sjukdomar är kopplingen extremt stark. Rökning ger till exempel tjugofem gånger högre risk för lungcancer, tio gånger högre risk för cancer i luftstrupen och fyra till fem gånger högre risk för munhålecancer (1). Rökning fördubblar risken för sjukdomar som KOL, cancer i matstrupen och bukspottskörteln samt hjärtinfarkt (2, 3). Dessutom försämrar rökning prognosen för flera sjukdomar, till exempel prostatacancer (4). Att sluta röka innebär stora hälsovinster. Rökare som slutar före medelåldern tjänar i genomsnitt tio levnadsår jämfört med de som fortsätter att röka (5).

### 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 spädbarnsdöd (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).

Tabell 1. **Processen från rökdebut till tobaksberoende (11)**

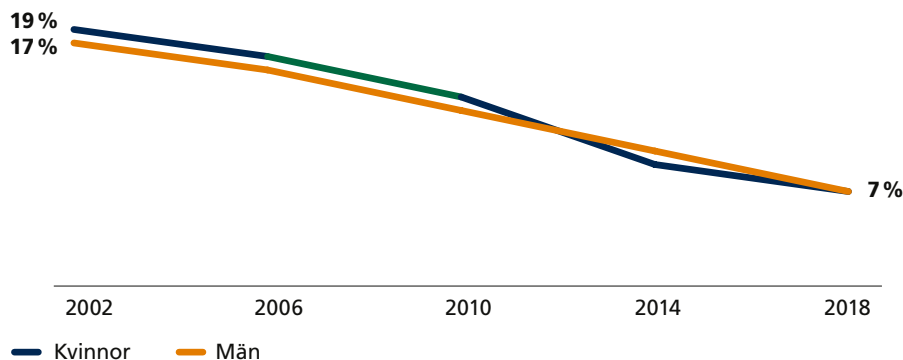
Fas 1	Benägenhet (sårbarhet för påverkan som leder till rökning).
Fas 2	Minst två av tre individer i tjugoårsåldern har testat åtminstone en till två cigaretter. Troligtvis fortsätter mindre än 50 procent av dessa ungdomar att röka efter denna fas (12).
Fas 3	Den experimentella fasen innebär återkommande 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).
Fas 4	Regelbunden rökning av varierande frekvens.
Fas 5	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.

## Förekomst och utveckling över tid

### Daglig rökning 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



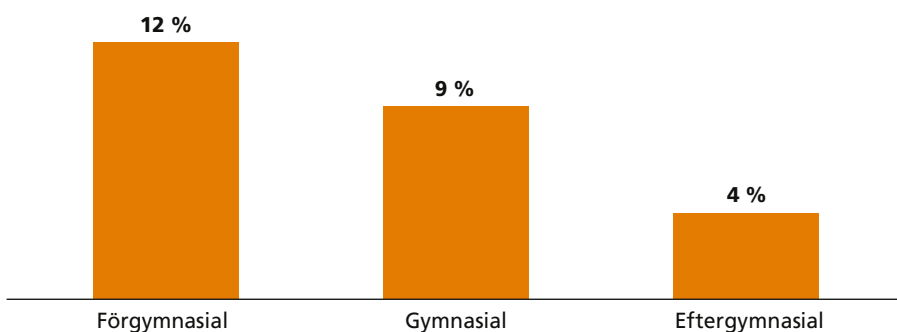
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger att de röker dagligen, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (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



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger att de röker dagligen, uppdelat efter utbildningsnivå, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (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 syns 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 år 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-cigarettor – beteenden att bevaka

Knappt tio procent av länets vuxna befolkning snusar dagligen. Skillnaderna är stora mellan könen: 16 procent bland män snusar och 4 procent bland kvinnor. Bland män har andelen snusare minskat, från 19 procent år 2002, och bland kvinnor har andelen ökat, från 3 procent samma år. År 2018 använder två procent av länets vuxna e-cigarettor (FHE), medan det återkommande bruket bland 15-åringar och 17-åringar i Sverige är cirka åtta procent (17).

### 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.**

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

#### 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, nikotin-ersättning 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 välgjorda observationsstudier.**

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

## REFERENSER

1. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
2. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*. 2004;45 Suppl 2:S3-9.
3. Bartal M. COPD and tobacco smoke. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2005;63(4):213-25.
4. Zu K, Giovannucci E. Smoking and aggressive prostate cancer: a review of the epidemiologic evidence. *Cancer Causes Control*. 2009;20(10):1799-810.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
6. Vanker A, Gie RP, Zar HJ. The association between environmental tobacco smoke exposure and childhood respiratory disease: a review. *Expert Rev Respir Med*. 2017;11(8):661-73.
7. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med*. 2015;13:327.
8. Anderson TM, Lavista Ferres JM, Ren SY, Moon RY, Goldstein RD, Ramirez JM, et al. Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death. *Pediatrics*. 2019;143(4).
9. Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatr*. 2015;104(1):12-8.
10. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
11. Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug Alcohol Depend*. 2000;59 Suppl 1:S61-S81.
12. Rosendahl KI, Galanti MR, Gilljam H. Trajectories of smokeless tobacco use and of cigarette smoking in a cohort of Swedish adolescents: differences and implications. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(6):1021-7.
13. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, McMillan-Davey E, Clarke PB, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med*. 2003;25(3):219-25.
14. Stockholm stad. Stockholms enkäten 2018. Hämtad från: <https://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Fackforvaltningssajter/Socialtjanstforvaltningen/Utvecklings-enheten/Prevention/Stockholmsenkaten/>.
15. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2017 [Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>].
16. Stockholm Region. Årsrapport Barnhälsovård i Stockholms län 2018 Stockholm 2019. Hämtad från: [https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/barnhalsovard/bhv-rapporter/arsrapport\\_bhv\\_2018.pdf](https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/barnhalsovard/bhv-rapporter/arsrapport_bhv_2018.pdf).



17. Zetterqvist M. Skolelevers drogvanor 2018. Rapport 178 2018 [Available from: <https://www.can.se/Publikationer/rapporter/skolelevers-drogvanor-2018/>].
18. Foxcroft DR. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prev Sci.* 2014;15(6):818-22.
19. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2016;2:CD005992.
20. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Abadi M, Grube JW, Kaner E, Balassone A, et al. Tobacco outlet density and adolescents' cigarette smoking: a meta-analysis. *Tob Control.* 2019;28(1):27-33.
21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/>.
22. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2017;3:CD001292.
23. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2014(3):CD002294.
24. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2013;5:CD000165.
25. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2013(2):CD007253.
26. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2013(8):CD006102.
27. Matkin W, Ordonez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2019;5:CD002850.
28. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2016;3:CD008286.
29. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2018;5:CD000146.
30. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2016(5):CD006103.

# 15%

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

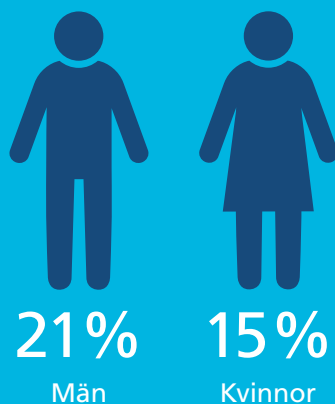
## Riskkonsumtion

Antal standardglas:



## Riskkonsumtion

Andel som uppfyller definitionen:



# 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).

### Risikfritt drickande finns inte

Risken för skador orsakade av alkoholkonsumtion ökar gradvis med ökande konsumtion. Det finns inget risikfritt 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).

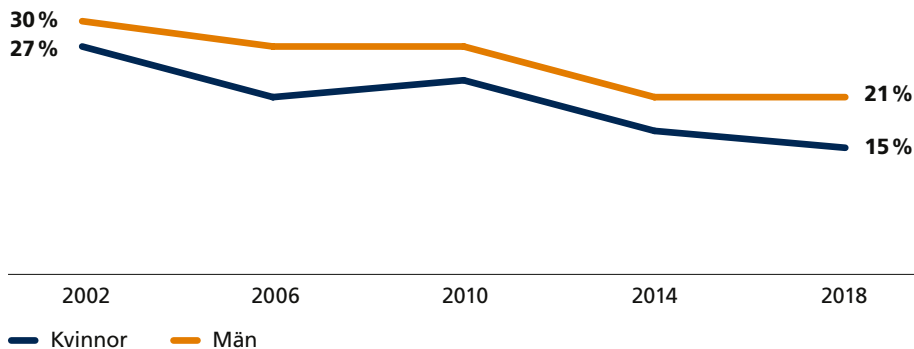
## Förekomst och utveckling över tid

### Riskbruk har minskat

Andelen med riskbruk har minskat över tid i Stockholms län. År 2018 uppfyller 21 procent av männen och 15 procent av kvinnorna i länet definitionen för riskbruk (se figur 1) (FHE). Hur stor andel av dessa som redan drabbats av etablerade konsekvenser eller är alkoholberoende är inte känt, men Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) undersökning Vanor och Konsekvenser ger en fingervisning (7). Undersökningen visar att tre procent bland kvinnor och fem procent bland män (i åldrarna 17–84 år) hade ett pågående beroende år 2013–2017. Samma andel alkoholberoende

(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 symptom eller tecken på beroende.

### Riskbruk alkohol



**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 eftergymnasialt utbildade (18 procent) och bland de med enbart förgymnasial utbildning (16 procent).

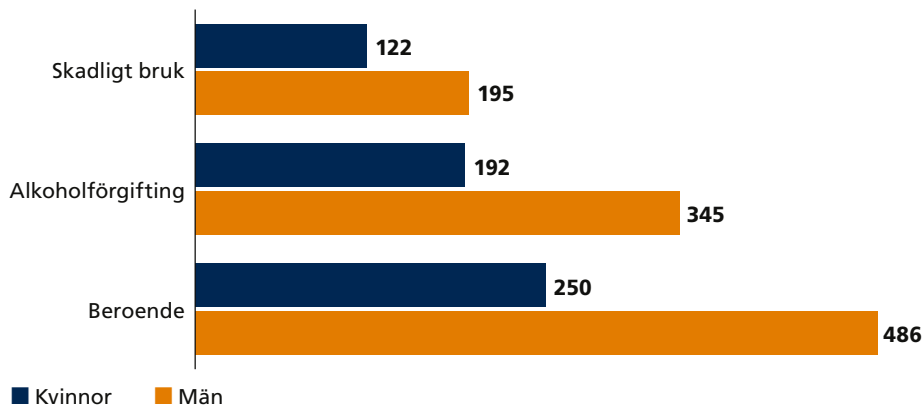
Det finns ett samband mellan förekomst av riskbruk och födelseland. Andelen med riskbruk är betydligt högre bland svenskfödda och personer födda i andra nordiska länder (22 procent) jämfört med invånare som är födda i andra delar av Europa (10 procent) respektive länder utanför Europa (7 procent) (FHE).

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

Andelen män i åldrarna 16–84 år som vårdas för alkoholberoende, skadligt bruk av alkohol och alkoholförgiftning minskar. Bland kvinnor är trenden mer stabil. Under år 2018 vårdades fler män än kvinnor i länet för alkoholrelaterade diagnoser (VAL) (se figur 2).

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).

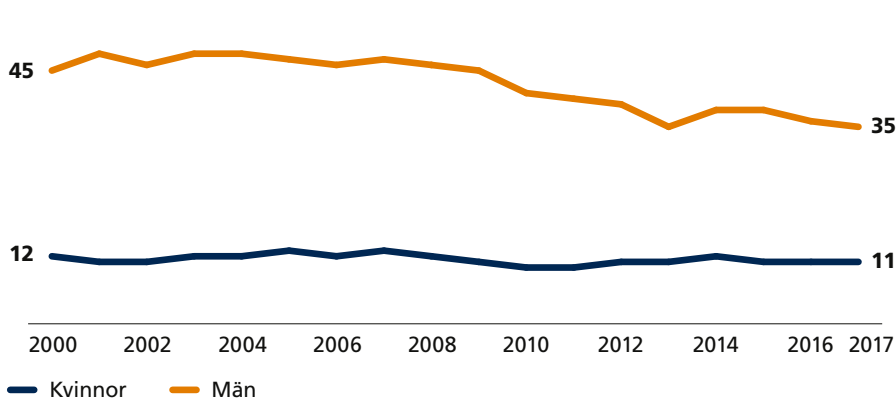
### Antal vårdade för alkoholrelaterad diagnos per 100 000 invånare



**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.

### Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare



**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 samhällsliga 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 utskänkningstillstånd för restauranger, öppettider 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 tobaksområdet (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 individriktat genom hälso- och sjukvården. Det krävs politisk ledning för att driva arbetet, men också resurser för samordning och kompetens i kommunerna. I primärvården och övrig hälso- och sjukvård är metoder för individriktade förebyggande insatser på väg att implementeras. Det är viktigt att olika ledningsorgan inom hälso- och sjukvården verkar för att stärka dessa verksamheter.

## REFERENSER

1. IHME, University of Washington, Seattle: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Griswold MG, Pullman M, Hawley C et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
3. Rehm J, Gmel G, Aasan OSM et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction* 2017; 112; 2968-1001.
4. Allebeck P, Andreasson S, Wåhlin S, m fl. Alkoholkonsumtion och risknivåer: Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer, CES rapport 2018:1.
5. Socialstyrelsen, Stockholm: <https://roi.socialstyrelsen.se/kvalitetsindikatorer/radgivning-vid-riskbruk-av-alkohol/c2c9391b-afe2-4a22-aa3b-17b891dba009>.
6. Anderson P, Crisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; 373:2234-4.
7. Sundin E, Landberg J, Ramstedt M. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) Rapport nr 174. Stockholm 2018.
8. Folkhälsomyndigheten. Uppföljning av fyra nationella satsningar för att utveckla lokalt ANDT-förebyggande arbete. Stockholm; 2019.
9. Nilsson T, Allebeck P, Leifman H, Andréasson S, Norström T, Guldbbrandsson K. Effects on alcohol consumption and alcohol related harm of a community-based prevention intervention with national support in Sweden. *Subst Use Misuse* 2018;3: 412-419.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm, Socialstyrelsen, 2018.

# 21%

av alla **dödsfall** i Stockholms län i åldrarna 25–29 år orsakas av narkotikabruk.

## Sjukdomsburda orsakad av narkotika

### 97%

Svårt substansmissbruk

### 1%

Cannabisberoende

### 2%

Kokainberoende

## Narkotika-relaterade dödsfall

# 10

per 100 000 män



# 4

per 100 000 kvinnor



# Narkotikavanor

I Stockholms län uppskattas 0,4 procent av befolkningen ha ett svårt substansmissbruk. 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 åldersgrupperna 18–64 år. Det preventiva arbetet kan fokusera på minskad tillgänglighet, sociala normer och attityder samt barn och ungas sociala kontext.

## 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, orsakas den största sjukdomsbördan och flest förlorade levnadsår av opioider, och dödligheten på grund av överdoser ökar (3, 4). Vid injicering av droger finns risk för smitta av bland annat HIV och hepatit, men injicering kan även orsaka bölder 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 når 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 skolornas 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).

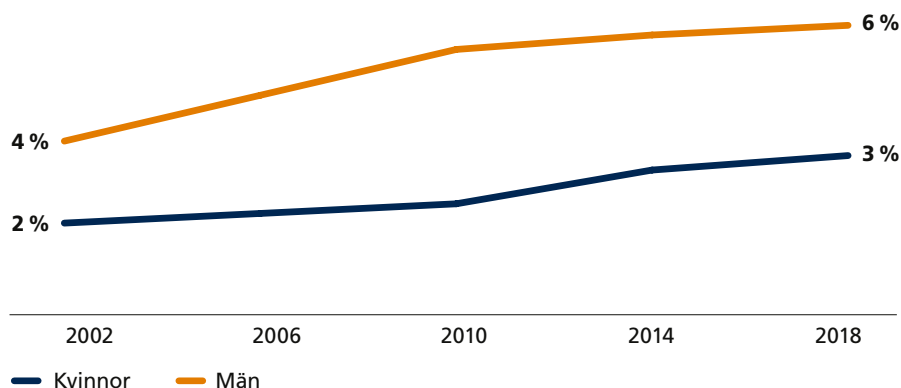
Personer med narkotiska beroende- och missbruksproblem har ofta låg socioekonomisk status och har ofta upplevt flera svårigheter tidigt i livet (8). Personer med kort utbildning hamnar oftare i beroende- och missbruksproblematik än personer med lång utbildning. Narkotikarelaterad ohälsa är vanligare i grupper med socioekonomiskt låg status, och ojämlikheten i narkotikarelaterad ohälsa ökade under perioden 1994–2011 (9). I närtid efter en frisläppning från fängelse, utskrivning från sjukhus eller avgiftningsprogram finns en förhöjd risk för dödlig överdos (10).

## Förekomst och utveckling över tid

### Användning av hasch eller marijuana har ökat

Andelen som har använt hasch eller marijuana det senaste året är högre i Stockholms län jämfört med resten av landet. År 2018 uppger fem procent i åldrarna 18–64 år i länet att de använt hasch eller marijuana det senaste året. I hela Sverige är motsvarande andel tre procent. I Stockholms län har bruket ökat mellan år 2002 och 2018, från två till tre procent bland kvinnor och från fyra till sex procent bland män (se figur 1). Andelen är högst åldrarna 18–29 år, där tolv procent uppger att de använt hasch eller marijuana det senaste året. I åldrarna 30–44 år är motsvarande andel fem procent, och i åldern 45 år och äldre mindre än en procent (FHE).

### Användning av hasch eller marijuana senaste året



**Figur 1.** Andel (%) personer i åldrarna 18–64 år som uppger att de har använt hasch eller marijuana det senaste året, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2002–2018).  
Notera: Det finns ingen data för år 2006.

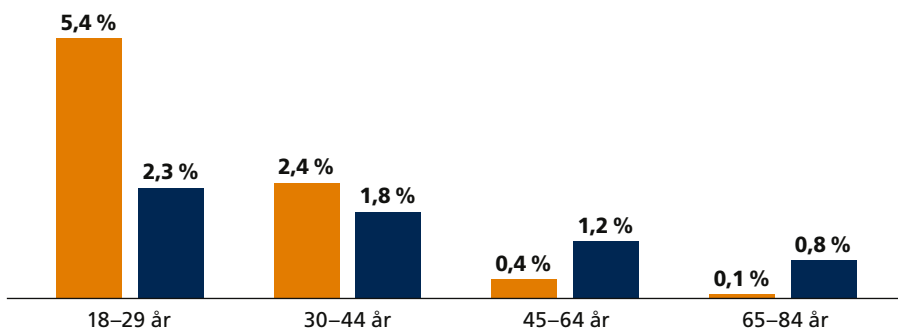
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## 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



■ Annan narkotika än cannabis ■ Narkotikaklassade mediciner på annat sätt än ordinerat

**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).

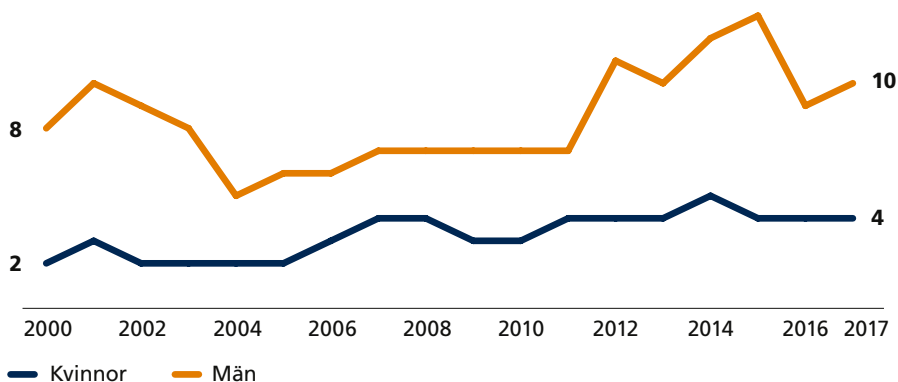
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## 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 fentanylanaloger bedömts som dödsorsak (12). År 2017 rapporterades cirka hundra

sådana fall i Sverige, och år 2018 bedöms den siffran 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



**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 EMCDDA.

## 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 narkotika-  
bruk, 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

Gruppen narkotikabrukare som använder opioider är liten. Trots det står opioidmissbruk för den största delen av den narkotikarelaterade dödligheten och sjukdomsburden (3). Därför är behandling viktigt, både för att minska skadeeffekter av bruk och för att stödja personer att komma ur riskmiljöer. När det saknas läkemedelsalternativ för substansberoende används psykologiska behandlingsmetoder (2, 14). Utöver psykologiska behandlingsmetoder används också substitutionsbehandling, där metadon och

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**

Sedan år 2018 har läkemedlet naloxon tillgängliggjorts i större utsträckning (16). Det är ett effektivt läkemedel som häver opioidöverdoser. Dock är evidensen för hur effektivt det minskar dödsfallen vid överdos osäker. Naloxon har börjat delas ut till brukare via Stockholms sprututbyte som nu har två mottagningar. Rättsmedicinalverket har redovisat en liten minskning av dödsfall orsakade av heroin mellan år 2017 och 2018 (12). Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar att personer som kan bli vittne till en överdos eller bli först på plats, ska tillhandahållas och utbildas i att administrera naloxon, samt utföra första hjälpen vid överdos (15).

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

## REFERENSER

1. Danielsson A-K, Allebeck P. Cannabis i Stockholms län. Konsumtion och konsekvenser. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Rapport 2015:1.
2. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO, 2016.
3. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry* 2018;5:987-1012.
4. Olsson P. Sveriges höga narkotikadödlighet. Vad beror den på och vad kan göras? Stockholm: Narkotikapolitiskt center, 2019.
5. Öberg J, Hradilova Sedin K. Dödligt våld i Sverige 1990-2017. Omfattning, utveckling och karaktär. Brottsförebyggande rådet Rapport 2019:6.
6. Zetterqvist M. Skolevers drogvanor 2018. Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning Rapport 178, Stockholm: 2018.
7. Babor T. Drug Policy and the Public Good. Oxford, New York: Oxford University Press, 2010.
8. Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning. Drogutvecklingen i Sverige 2019. Rapport 180, Stockholm: 2019.
9. Folkhälsomyndigheten. Socioekonomisk ojämlikhet i ohälsa kopplad till alkohol, narkotika och tobak. 2019.
10. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Prevention of drug-related deaths. Hämtad från : [http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/prevention-drug-related-deaths\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/prevention-drug-related-deaths_en).
11. Sundin E, Landberg J, Ramstedt Mats. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak. Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning Rapport 174, 2018.
12. Rättsmedicinalverket. Statistik. Hämtad från: <https://www.rmv.se/om-oss/forskning/aktuell-statistik/>.
13. Rättsmedicinalverket. Många färre dödsfall med nätdroger 2018. Hämtad från: <https://www.rmv.se/aktuellt/manga-farre-dodsfall-med-natdroger-2018/>.
14. Volkow ND, Jones EB1, Einstein EB1, Wargo EM1. Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. *JAMA Psychiatry*. 2019 Feb 1;76(2):208-216.
15. World Health Organization. Community management of opioid overdose. Geneva: WHO 2014.
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. 2019.



# 3%

av alla **dödsfall** i Stockholms län orsakas av låg fysisk aktivitet.



Rekommenderad tid för fysisk aktivitet varje vecka (vuxna).



Måttlig intensitet som raska promenader eller ...

... ansträngande intensitet som löpning.



## Mer än hälften

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





# Fysisk aktivitet

I Stockholms län anger 55 procent av invånarna att de rör sig tillräckligt enligt gällande rekommendationer. Andelen är högre bland de med längre utbildning och bland de som är födda i Sverige. Att öka möjligheter till att gå och cykla är kostnadseffektiva strategier för att öka fysisk aktivitet bland befolkningen. Inom hälso- och sjukvården kan rådgivande samtal öka fysisk aktivitet hos patienter.

## 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.

Fysisk aktivitet har många positiva fysiska och psykiska hälsoeffekter. Regelbunden fysisk aktivitet är, i ett dos-responsförhållande, kopplat till lägre dödlighet – det vill säga lägre risk att dö i förtid ju högre fysisk aktivitet (2). Det är också kopplat till lägre risk för flera sjukdomstillstånd såsom hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, vissa cancerformer och depression (3). Personer som uppnår gällande rekommendationer för fysisk aktivitet har 20 till 30 procent lägre dödlighet och minskad risk för kronisk sjukdom än de som inte uppnår gällande rekommendationer (4). Dessutom är fysisk aktivitet en del av behandlingen, och förbättrar prognosen, vid många sjukdomstillstånd såsom osteoporos, depression och metabola sjukdomar (4).

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

svenscars kondition har försämrats med omkring elva procent mellan år 1995 och 2017. Under samma tidsperiod har andelen vuxna svenscar med hälsosfarligt dålig kondition ökat från 27 till 46 procent (9).

#### NYA SÄTT ATT SAMLA FOLKHÄLSODATA

För att få bättre data om bland annat fysisk aktivitet utvecklar Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) en folkhälsoapp. Med hjälp av appen vill CES underlätta för stockholmarna att svara på frågor om sin hälsa och samtidigt få en mer objektiv bild om olika hälsoutfall och riskfaktorer. Bland annat mäts fysisk aktivitet med hjälp av stegdata i användarens telefon. Läs mer om appen på [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## 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).

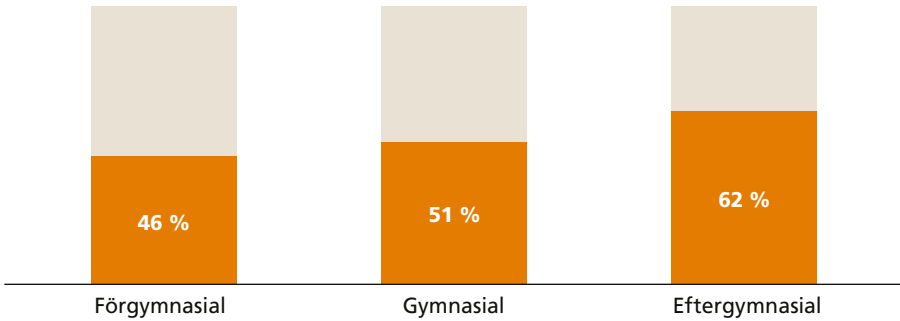
### Uppger en nivå av fysisk aktivitet som uppnår gällande rekommendationer



**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



**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 måttlig 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

Det krävs insatser av aktörer på flera nivåer och inom olika sektorer i samhället för att öka den fysiska aktiviteten och minska den sociala ojämlikheten i andelen som uppnår gällande rekommendationer. Samhällsplanering och policyer för människors möjlighet till fysisk aktivitet bör prioriteras på både regional och kommunal nivå (10). Möjligheter till aktiv transport – att kunna gå och cykla – är kostnadseffektiva strategier för att öka fysisk aktivitet bland befolkningen (11). Kommuner och stadsdelar har därför en viktig roll i och med att de har planeringsansvar för bebyggelse, trafik, miljö, omsorg, förskola och skola. Exempel på insatser är att göra parkmiljöer mer lämpliga för vuxnas fysiska aktivitet (inte bara barns), samt att prioritera cykel- och gångvägar vid stadsplanering. Ett annat exempel är att skapa en trygg utemiljö, vilket har visat sig speciellt viktigt för kvinnor (12). Fysiskt aktiva barn tenderar att även vara fysiskt aktiva i vuxen ålder (13), så både förskola och skola har stora möjligheter att främja fysisk aktivitet på samhällsnivå.

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 stegräknare 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

1. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*. 2018;320(19):2020-8.
2. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4570.
3. McKinney J, Lithwick DJ, Morrison BN, Nazzari H, Isserow SH, Heilbron B, et al. The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness. *British Columbia Medical Journal*. 2016;58(3):131-7.
4. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017;32(5):541-56.
5. Stamatakis E, Gale J, Bauman A, Ekelund U, Hamer M, Ding D. Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(16):2062-72.
6. Tucker JM, Welk GJ, Beyler NK. Physical activity in U.S.: adults compliance with the Physical Activity Guidelines for Americans. *Am J Prev Med*. 2011;40(4):454-61.
7. Prince SA, Adamo KB, Hamel ME, Hardt J, Connor Gorber S, Tremblay M. A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008;5:56.
8. Myers J, McAuley P, Lavie CJ, Despres JP, Arena R, Kokkinos P. Physical activity and cardiorespiratory fitness as major markers of cardiovascular risk: their independent and interwoven importance to health status. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;57(4):306-14.
9. Ekblom-Bak E, Ekblom O, Andersson G, Wallin P, Soderling J, Hemmingsson E, et al. Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scand J Med Sci Spor*. 2019;29(2):232-9.
10. Pratt M, Perez LG, Goenka S, Brownson RC, Bauman A, Sarmiento OL, et al. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2015;57(4):356-67.
11. Laine J, Kuvaja-Kollner V, Pietila E, Koivuneva M, Valtonen H, Kankaanpaa E. Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: a systematic review. *Am J Health Promot*. 2014;29(2):71-80.
12. Bennett GG, McNeill LH, Wolin KY, Duncan DT, Puleo E, Emmons KM. Safe to walk? Neighborhood safety and physical activity among public housing residents. *Plos Med*. 2007;4(10):1599-607.
13. Telama R, Yang X, Leskinen E, Kankaanpaa A, Hirvensalo M, Tammelin T, et al. Tracking of Physical Activity from Early Childhood through Youth into Adulthood. *Med Sci Sports Exerc*. 2013.
14. To QG, Chen TTL, Magnussen CG, To KG. Workplace Physical Activity Interventions: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*. 2013;27(6):E113-E23.
15. Morres ID, Hatzigeorgiadis A, Stathi A, Comoutos N, Arpin-Cribbie C, Krommidas C, et al. Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2019;36(1):39-53.

16. Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J. A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). *Pm&R*. 2017;9(9):S347-S84.
17. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (Reprinted from *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, vol 344, e1389, 2012). *Brit J Sport Med*. 2013;47(1):27-.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor In. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>: Socialstyrelsen; 2018.

16%

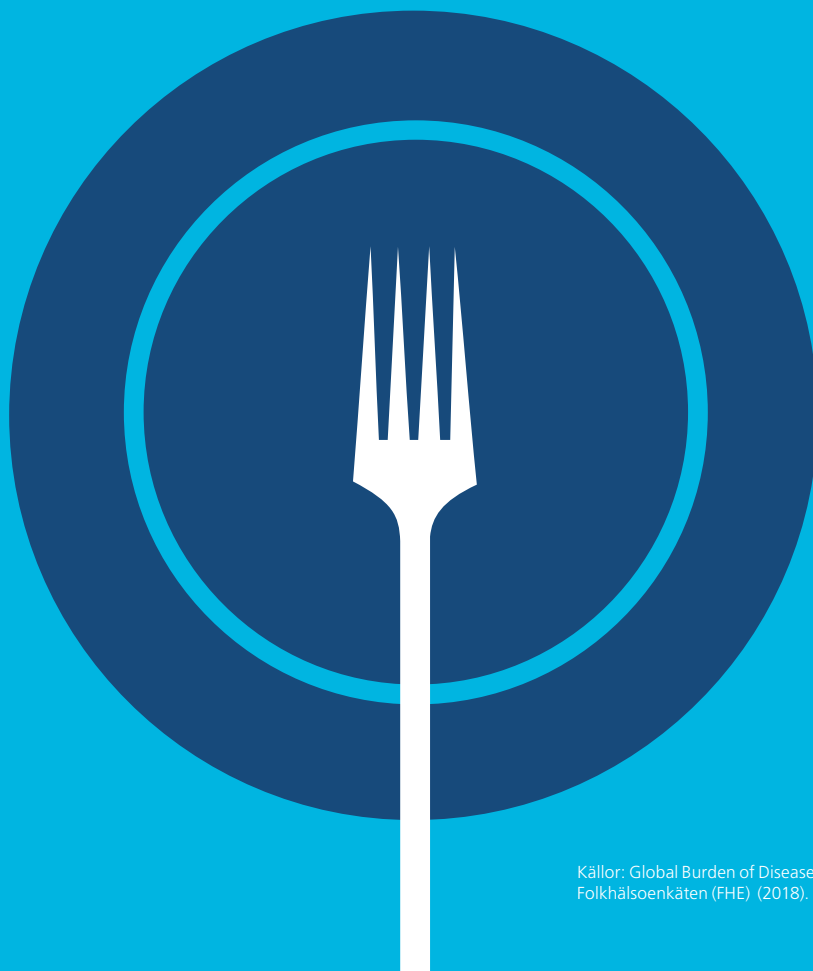
av alla **dödsfall** i Stockholms län  
orsakas av ohälsosamma matvanor.

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 sötade drycker. Mest hälsosamma matvanor har kvinnor, äldre och personer med lång utbildning. För att främja hälsosamma matvanor behövs tvärspektoriella 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 sjukdomsburden 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 sjukdomsburden. Sambandet mellan matvanor och hälsa är dock komplext, och människor äter 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).

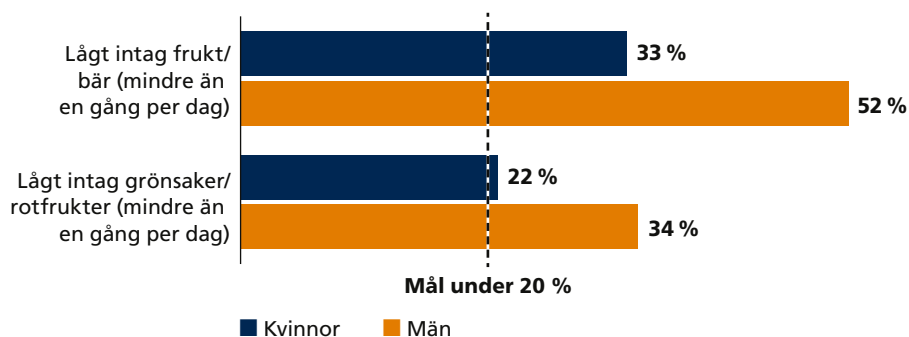
## Förekomst och utveckling över tid

### Nationella mål för matvanor långt ifrån uppfyllda

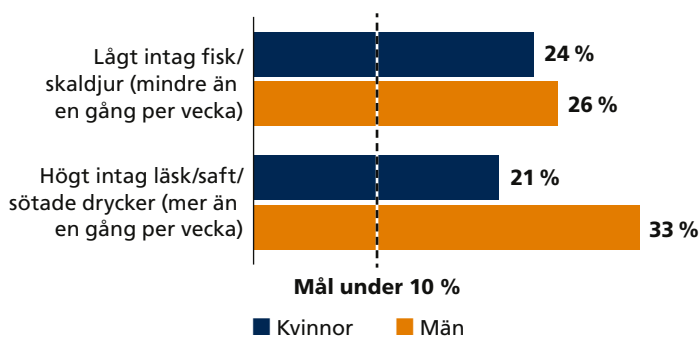
Enligt Livsmedelsverkets nationella mål för indikatorer för ohälsosamma matvanor ska följande uppnås år 2020: Andelen av befolkningen som äter grönsaker respektive frukt mer sällan än en gång per dag ska vara under 20 procent, och andelen som äter fisk mer sällan än en gång per vecka såväl som de som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



#### Lågt intag fisk samt högt intag läsk



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

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

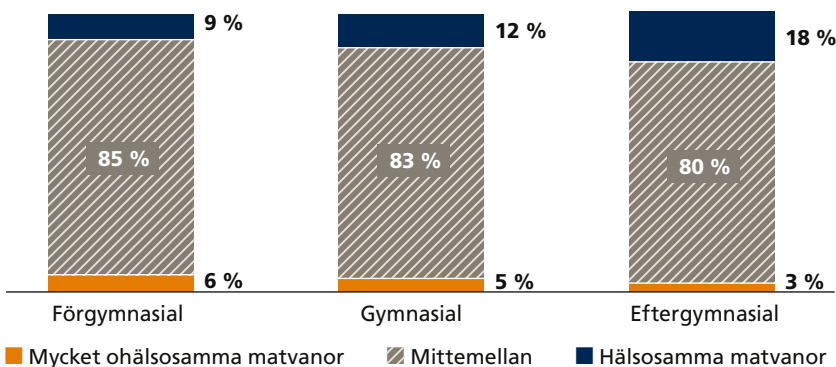


## Tydliga sociala skillnader syns

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 ”mitten mellan”. 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).

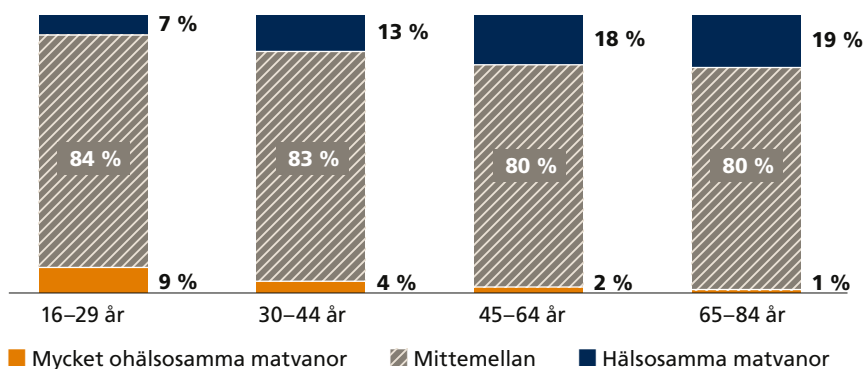
### Matvanor efter utbildningsnivå



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

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Matvanor efter åldersgrupper



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med "mycket ohälsosamma", "mitten mellan" och "hälsosamma" matvanor, uppdelat efter ålder, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### Tvärssektoriella 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 komplexa situation tillkommer ojämlikheten i befolkningen där de med kortast utbildning och lägst inkomst har sämst förutsättningar att göra hälsosamma matval (7). Det krävs därför tvärssektoriella insatser på flera nivåer i samhället för att främja hälsosammare matvanor i befolkningen och för att minska ojämlikheten i hälsa (8).

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket presenterade år 2017 rapporten "Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet". Där föreslås åtgärder som kan genomföras av aktörer på nationell, regional och kommunal nivå samt inom förenings-, närings- och arbetslivet (9). Kunskapsöversikten från Karolinska Institutet (10) som låg till grund för rapporten fann visst stöd för insatser inom barnhälsovården och skolan, samt för ekonomiska styrmedel, lagstiftning och policyer. En ny systematisk sammanställning har visat stöd från naturliga experiment att skatt på sötade drycker har en negativ effekt på konsumtionen (11).

Vidare finns visst stöd från experiment att kvalificerade rådgivande samtal i primärvården har effekt på hälsosamma matvanor, och enligt Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor bör kvalificerade rådgivande samtal om matvanor erbjudas (12). Nya satsningar på detta område bör utvärderas i kontrollerade randomiserade experiment.

## REFERENSER

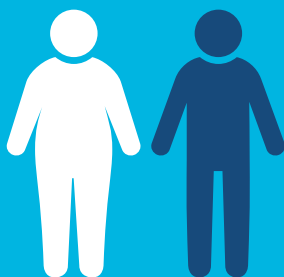
1. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018(392):1736-88.
2. Schwingshackl L, Bogensberger B, Hoffmann G. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(1):74-100.e11.
3. Blundell JE. What foods do people habitually eat? A dilemma for nutrition, an enigma for psychology. *Am J Clin Nutr*. 2000;71(1):3-5.
4. Livsmedelsverket. Att följa förändringar i befolkningens matvanor. 2016 Contract No.: Rapport 20-2016.
5. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. 2018.
6. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791-846.
7. Zorbas C, Palermo C, Chung A, Iguacel I, Peeters A, Bennett R, et al. Factors perceived to influence healthy eating: a systematic review and meta-ethnographic synthesis of the literature. *Nutr Rev*. 2018;76(12):861-74.
8. Rutter H, Savona N, Glonti K, Bibby J, Cummins S, Finegood DT, et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet*. 2017;390(10112):2602-4.
9. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. 2017.
10. Bergström H, Lynch C, Rahman S, Schäfer Elinder L. Insatser för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. En kartläggande litteraturöversikt. Karolinska Institutet; 2017.
11. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genc M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2019;20(9):1187-204.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2018.

# 12%

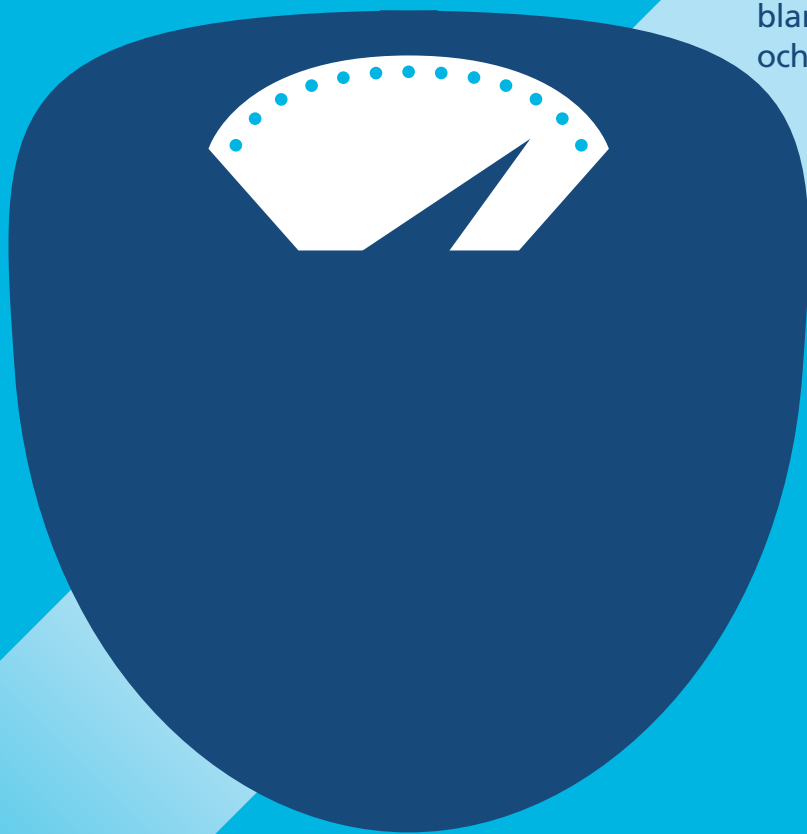
av alla **dödsfall** i Stockholms län orsakas av övervikt och fetma.

## 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/m<sup>2</sup>) innebär övervikt och ett BMI över 30 (kg/m<sup>2</sup>) 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 följsjukdomar, innebär stora kostnader för samhället i form av produktionsbortfall, sjukvård, sjukskrivning och förtida död (1).

### Miljöförändringar bakom ökningen

I Sverige har förekomsten av fetma tredubblats sedan 1980-talet, och i dag är över en miljon vuxna drabbade. Skillnader i kroppsstorlek och BMI mellan individer kan förklaras av interaktionen mellan miljö, levnadsvanor och genetiska faktorer. Under den korta period som fetma ökat så här kraftigt har inte våra gener förändrats, utan ökningen beror i grunden på en obalans mellan energiintag och energiförbrukning (2–4).

Vissa förändringar som ligger till grund för denna energiobalans 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 kroppssammansättning (6), vissa läkemedel (t ex neuroleptika, antidepressiva, anti-epileptika, 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.

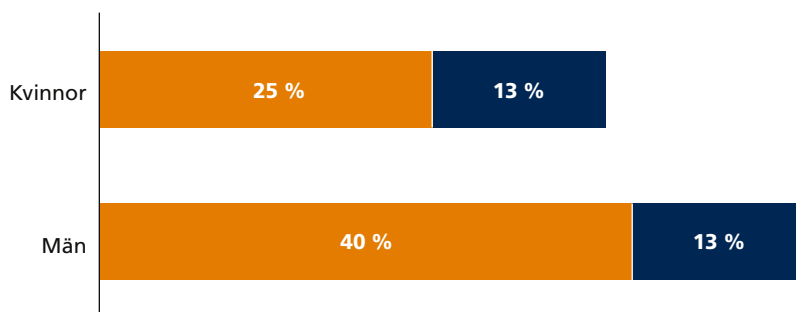
## Förekomst och utveckling över tid

### Mer än hälften av männen har övervikt eller fetma

År 2018 har 45 procent av den vuxna befolkningen i länet ett BMI över 25, och därmed övervikt eller fetma. Det är något lägre än i hela Sverige där andelen är 53 procent. Bland kvinnor i länet är andelen med övervikt eller fetma 38 procent, och bland män 53 procent. Andelen som har ett BMI mellan 25 och 30, och därmed har övervikt men inte fetma, är 25 procent bland kvinnor och 40 procent bland män. Andelen med fetma (BMI över 30) är däremot lika stor hos kvinnor som män: 13 procent (se figur 1) (FHE).

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



■ Övervikt (BMI 25–30) ■ Fetma (BMI över 30)

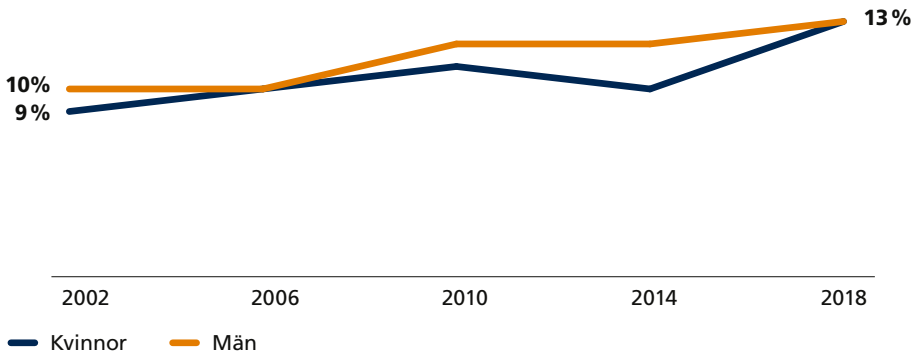
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med övervikt (BMI 25–30 kg/m<sup>2</sup>) och fetma (BMI över 30 kg/m<sup>2</sup>), uppdelat efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

### Fortsatt ökning av fetma

Över en miljon av Sveriges vuxna invånare har fetma (BMI över 30). Det innebär, som tidigare nämnt, en tredubbling sedan 1980-talet. I Stockholms län har fetma fortsatt öka bland både kvinnor och män mellan år 2002 och 2018 (se figur 2). Andelen med övervikt (BMI 25–30) i länet har däremot varit relativt stabil sedan år 2002 (FHE).

## Utveckling av fetma över tid



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

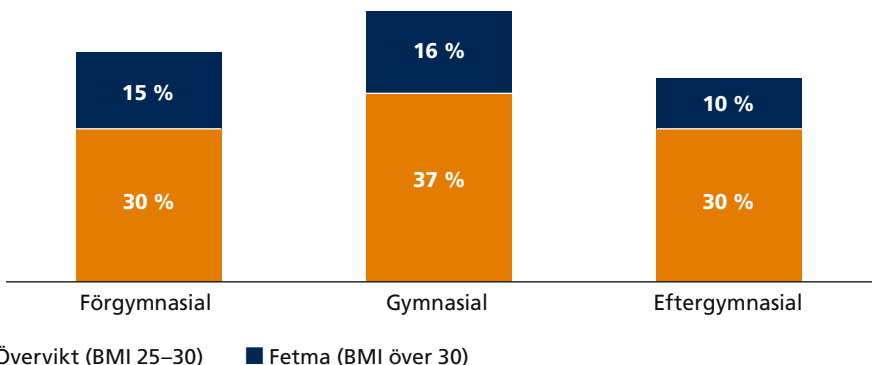
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Utbildningsnivå påverkar förekomst av övervikt och fetma

I Stockholms län är förekomsten av övervikt och fetma högst bland personer med enbart 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 är födda 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



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år med övervikt (BMI 25–30 kg/m<sup>2</sup>) och fetma (BMI över 30 kg/m<sup>2</sup>), uppdelat efter utbildningsnivå, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### **Internationella och lokala mål**

Världshälsoorganisationen (WHO) har antagit handlingsplaner mot övervikt och fetma både för barn (10) och för vuxna (11). Målet är att stoppa ökningen av fetma i den vuxna befolkningen till år 2020. Det sammanfaller med målet i Region Stockholms Handlingsprogram övervikt och fetma 2016–2020 (HPÖ).

### **En mer hälsofrämjande miljö**

En stor fördel med övergripande förändringar av den fysiska miljön som gynnar hälsosamma 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 förekomsten 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

1. Andersson E, Welin K-O, Steen Carlsson K. Kostnader för fetma i dag och år 2023. Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, 2018 2018:3.
2. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011;378(9793):804-14.
3. Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev*. 2006;27(7):750-61.
4. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791-846.
5. Statens folkhälsoinstitut. Stillasittande och ohälsa – en litteratursammanställning. Östersund: 2012.
6. Westerterp KR. Control of energy expenditure in humans. *European journal of clinical nutrition*. 2017;71(3):340-4.
7. Stockholms läns läkemedelskommitté. Tema Fetma. Evidens. 2016(5).
8. van der Valk ES, Savas M, van Rossum EFC. Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Curr Obes Rep*. 2018;7(2):193-203.
9. Fatima Y, Doi SA, Mamun AA. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev*. 2015;16(2):137-49.
10. Commission on Ending Childhood Obesity. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity Geneva: World Health Organization, 2016.
11. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
12. Olstad DL, Ancilotto R, Teychenne M, Minaker LM, Taber DR, Raine KD, et al. Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*. 2017;18(7):791-807.
13. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genc M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2019;20(9):1187-204.
14. Bleich SN, Vercammen KA, Zatz LY, Frelief JM, Ebbeling CB, Peeters A. Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2017.
15. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD012651.
16. Ek A, Lewis Chamberlain K, Sorjonen K, Hammar U, Etmnan Malek M, Sandvik P, et al. A Parent Treatment Program for Preschoolers With Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2019;144(2).

- 
17. Hillier-Brown FC, Bambra CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal-level interventions at reducing socio-economic inequalities in obesity among adults. *Int J Obes (Lond)*. 2014;38(12):1483-90.
  18. Scandinavian Obesity Surgery Registry. SOReg:s Årsrapport 2017. [www.ucr.uu.se/soreg](http://www.ucr.uu.se/soreg): 2018.
  19. Jansson A. Fetmakirurgi bör kunna erbjudas före 18 vid allvarlig fetma. *Läkartidningen*. 2019;03.
  20. International Surgical Outcomes Study. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries. *Br J Anaesth*. 2016;117(5):601-9.



# 14%

av alla **dödsfall** i Stockholms län orsakas av högt blodsocker (fastebloodsocker 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 sjukdomsördan 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 diabeteskomplikationerna, som i sin tur också driver mycket av bidraget till sjukdomsördan från diabetes såsom nervskador, blindhet och diabetesfot förklaras också av högt blodsocker.

## Förekomst och utveckling över tid

### Troligtvis har en av fyra högt blodsocker

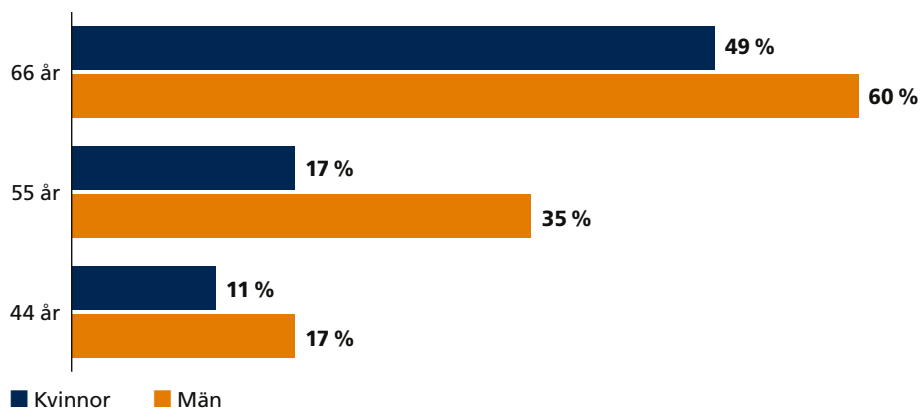
Den verkliga förekomsten av högt blodsocker i Stockholms län är inte känd. Men man kan anta att det går omkring tre personer med förhöjda nivåer på varje person med diabetes (6). Baserat på det antagandet är förekomsten av högt blodsocker 24 procent bland vuxna i länet.

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 åldrarna 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).

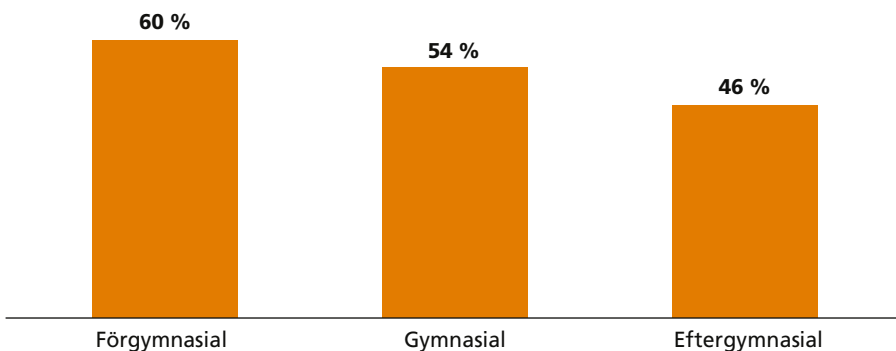
### Högt fasteblodsocker



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 35–78 år med ett fasteblodsockervärde över 5,4 mmol/l, uppdelat efter kön och genomsnittsålder, i SDPP-studien i Stockholms län (1992–2017). Notera: Andelen med högt fasteblodsocker inkluderar även individer med diabetes.

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).

## Högt fasteblodssocker efter utbildningsnivå



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 53–78 år med ett fasteblodssockervärde över 5,4 mmol/l, uppdelat efter utbildningsnivå, i tjuugoårsuppföljningen av SDPP-studien i Stockholms län (2014–2017). Notera: Andelen med högt fasteblodssocker inkluderar även individer med diabetes.

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).

## Insatser

### Blodssockerkontroll hos diabetiker viktig

Samhällsinsatserna för att förebygga högt blodsocker är samma som insatserna mot övervikt och fetma och låg fysisk aktivitet. Hälso- och sjukvården kan också hålla nere blodssockernivåerna hos de som drabbas och därmed förebygga en betydande del av all cancer, hjärt-kärlsjukdom, njursvikt och demens. Viktigast är en fullgod blodssockerkontroll av de som redan har diagnostiserats med diabetes, vilket också förebygger mer direkta komplikationer. Data från Nationella diabetesregistret visar att variationen i olika primärvårdsenheters målnuppfyllelse är mycket stor. Socialstyrelsen bör också överväga att utreda om diabetesläkemedel ska kunna erbjudas i förebyggande syfte.

### 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).

## REFERENSER

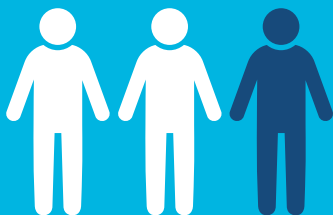
1. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *The New England journal of medicine*. 2001;345(11):790-7.
2. Williamson DA. Prevention of type 2 diabetes: what is the right target population? *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*. 2018;13(6):295-305.
3. Bergmann N, Gyntelberg F, Faber J. The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome: a systematic review of prospective cohort studies. *Endocrine connections*. 2014;3(2):R55-80.
4. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*. 2009;373(9677):1773-9.
5. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg M, et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *Journal of internal medicine*. 2017;281(4):398-406.
6. Collaboration ERF. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*. 2010;375(9733):2215-22.
7. Ali MK, Bullard KM, Saydah S, Imperatore G, Gregg EW. Cardiovascular and renal burdens of prediabetes in the USA: analysis of data from serial cross-sectional surveys, 1988-2014. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2018;6(5):392-403.
8. Selph S, Dana T, Blazina I, Bougatsos C, Patel H, Chou R. Screening for type 2 diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2015;162(11):765-76.





# 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. Gränssättningen underlättar diagnostik och behandling, men långs 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).

Högt blodtryck förekommer ofta utan symtom och påverkar därför inte livskvaliteten. Tillståndet klassas i stället som en sjukdom eftersom det ökar risken för annan sjuklighet och död. Vanliga följdverkningar av högt blodtryck är skador på hjärta, njurar, hjärna, blodkärl och ögon. Det finns stöd från experiment för att högt blodtryck orsakar hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och övrig hjärt-kärlsjukdom (4).

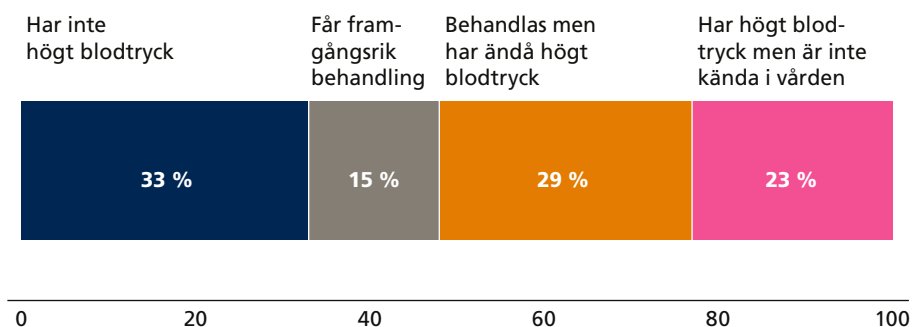
## Förekomst och utveckling över tid

### **Mörkertalet i högt blodtryck är stort**

Mörkertalet i förekomsten av högt blodtryck är stort. I studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) med deltagare i åldrarna 53–78 år, har till exempel 23 procent av alla deltagare ett odiagnostiserat högt blodtryck (se figur 1). SDPP-studien visar också att två av tre patienter som får behandling ändå inte uppnår fullgod blodtryckskontroll. Den totala förekomsten av högt blodtryck år 2014–2017 var 67 procent.

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 undersökningstillfället), 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



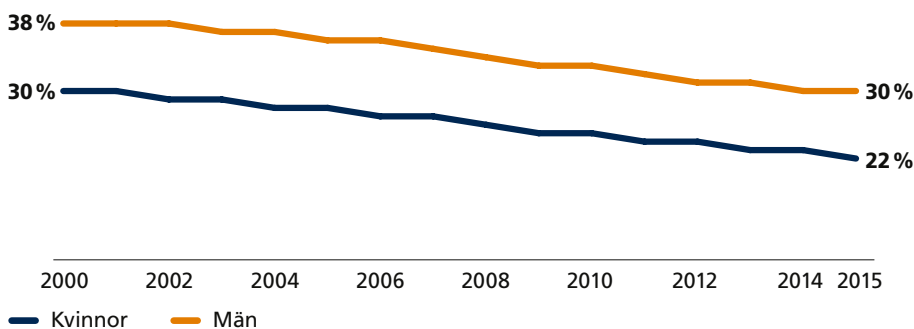
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 53–78 år i SDPP-studien som inte har högt blodtryck, får framgångsrik behandling, får behandling men ändå har högt blodtryck, eller har högt blodtryck men är inte kända i vården i Stockholms län (2014–2017).

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



**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

Europeiska kardiologisällskapet och Europeiska hypertonisällskapet rekommenderar kontroll av blodtryck minst vart femte år för alla över 18 år (4). I dag har redan över 90 procent av invånarna i Stockholms län kontakt med öppenvården inom en femårsperiod. Det finns således möjlighet att genomföra blodtryckskontroller utan ett särskilt besöksprogram. Framtidens vårdinformationsmiljö kan utformas så att den stödjer förloppet efter att ett högt blodtryck uppmätts, oavsett var i öppenvården detta skedde, samt så att systemet signalerar när det gått för lång tid sedan någon blodtrycksmätning över huvud taget gjordes. En sådan systematisk uppföljning har potential att påtagligt minska så väl mörkertalet som underbehandlingen och dödligheten.

### Effektiv behandling finns men följsamheten brister

För den som diagnostiserats med högt blodtryck finns effektiv behandling. I första hand rekommenderas livsstilsförändringar såsom viktnedgång, motion, rökstopp, sunda alkoholvanor, saltrestriktion och minskad stress (4). Experiment visar att livsstilsinterventioner har effekt på högt blodtryck som motsvarar behandling med ett läkemedel (så kallad monoterapi) (5). Effekten är dock ofta kortvarig eftersom livsstilsförändringen blir temporär för många (6). I andra hand är läkemedel en effektiv behandling (7), men även i sådan behandling är bristen på följsamhet ett problem (8). Detta kan motverkas genom att reducera antalet doseringstillfällen (8), och med kombinationsbehandling med flera läkemedel med enskilt låga doser när bristen på följsamhet beror på biverkningar (4). Utfallet förbättras dessutom med regelbunden uppföljning, och i viss mån om patienter stötts med påminnelser och utför egna blodtrycksmätningar i hemmet (9). Framgångsrik blodtrycksbehandling med livsstilsförändringar eller läkemedel har ett mycket tydligt samband med minskad sjuklighet och död. Blodtrycksbehandling är därmed en mycket angelägen uppgift för vården.

## REFERENSER

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*. 2003;289(19):2560-71.
2. Kahan T, Dahlgren H, de Faire U. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturoversikt Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2007.
3. Takami T, Saito Y. Effects of smoking cessation on central blood pressure and arterial stiffness. *Vascular health and risk management*. 2011;7:633.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension *Journal of hypertension*. 2018;36(10):1953-2041.
5. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2006;144(7):485.
6. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee I-M, Appel LJ, West DS, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Annals of internal medicine*. 2001;134(1):1-11.
7. Law M, Morris J, Wald N. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *Bmj*. 2009;338:b1665.
8. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of systematic reviews*. 2004(3).
9. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane database of systematic reviews*. 2010(3).



# 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 kolesterolnivåerna 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 ärftliga 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 kolesterolet” som minskar ateroskleros, och LDL är det ”onda kolesterolet” 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 kolesterolet är statiner.

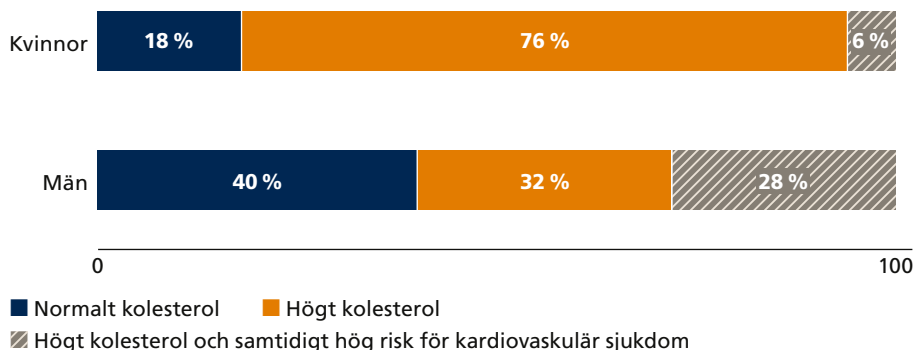
## Förekomst och utveckling över tid

### **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.

Socialstyrelsens läkemedelsregister visar att bland boende i Stockholms län i åldrarna 55–79 år, hämtade 20 procent bland kvinnor och 27 procent bland män ut blodfettssänkande läkemedel under 2016. Det är alltså en hög andel personer i den här åldersgruppen som kan förväntas behandlas för högt kolesterol. Samtidigt hade 6 procent av kvinnorna och 28 procent av männen i SDPP-studien både högt kolesterol och hög total risk för hjärt-kärlsjukdom (enligt SCORE år 2015) (se figur 1), vilket skulle kvalificera dem för behandling med statiner i låg dos (6).

## Högt kolesterol



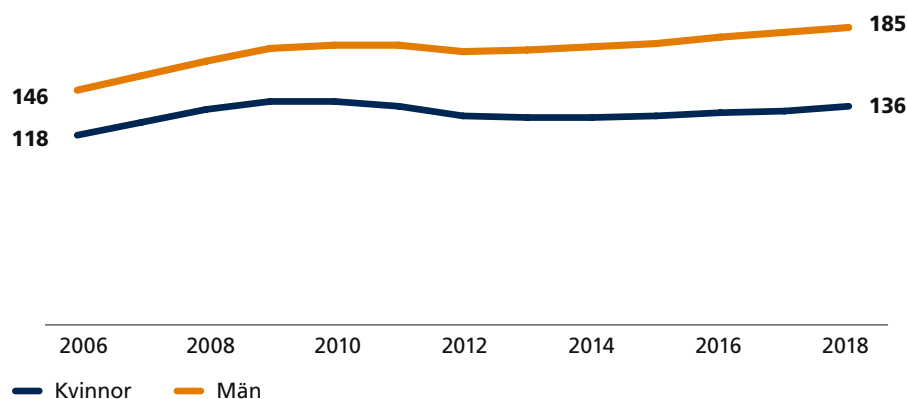
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 53–78 år som har normalt kolesterol respektive högt kolesterol med eller utan hög risk för kardiovaskulär sjukdom enligt SCORE, uppdelat efter kön, i SDPP-studien i Stockholms län (2014–2017).

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).

## Uthämtning av läkemedel relativt oförändrad senaste decenniet

Av alla över 40 år i Stockholms län hämtade 16 procent ut läkemedel mot högt kolesterol under år 2018. Bland män har andelen ökat något sedan år 2006, men nästan hela ökningen skedde före år 2010 (se figur 2). Bland kvinnor är ökningen mellan år 2006 och 2018 mer blygsam, och efter en topp under år 2009 och 2010 började andelen i stället minska – även om den stigit något igen sedan år 2013.

### Blodfettsänkande medel per 1 000 invånare

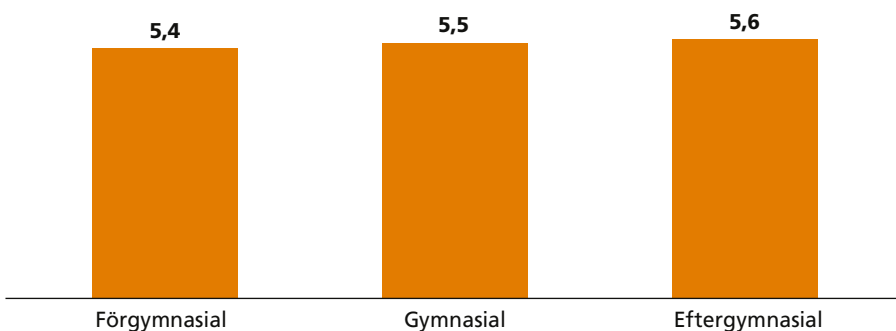


**Figur 2.** Antal per 1 000 invånare över 40 år som hämtat ut läkemedel mot högt kolesterol, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2006–2018).

Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Högt kolesterol utmärker sig som en av få riskfaktorer som då och då har den motsatta socioekonomiska fördelningen än som vanligtvis ses. Det vill säga, att den oftare förekommer bland personer med hög socioekonomisk status. Det visar även data från SDPP-studien (se figur 3). Ett liknande mönster har man också funnit i de stora Västerbottenundersökningarna.

### Högt kolesterol efter utbildningsnivå



**Figur 3.** Genomsnittligt totalt kolesterol (mmol/l) i åldrarna 53–78 år, uppdelat efter utbildningsnivå, i SDPP-studien i Stockholms län (2014–2017).

Källa: Stockholms diabetespreventiva program (SDPP).


### Kolesterolnivåer i befolkningen sjunker

Upprepade tvärsnittsstudier tyder på att kolesterolnivåerna 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 kolesterolnivåerna i befolkningen har sjunkit över tid uppskattas de fortfarande förklara nästan vart tionde 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-kärlsjukdom. Läkemedelsbehandling som sänker blodfetterna minskar risken att dö i förtid och risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdom (13, 14). I dag erbjuds läkemedel till personer med manifesterad hög eller mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdom. Riskbedömningen baseras på nivån av kolesterol i blodet, förekomst av andra sjukdomar, om personen röker, är överviktig eller har ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom. Även de med måttlig risk, vars kolesterolvärden 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

1. Forey BA, Fry JS, Lee PN, Thornton AJ, Coombs KJ. The effect of quitting smoking on HDL-cholesterol—a review based on within-subject changes. *Biomarker research*. 2013;1(1):26.
2. Collaboration PS. Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55 000 vascular deaths. *The Lancet*. 2007;370(9602):1829-39.
3. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE, et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;69(11):e71-e126.
4. Stockholm JR. Evidens - Bland de bästa läkemedlen vi har för mindre än en krona per dag 2017. Hämtad från: <https://janusinfo.se/nyheter/tidningenevidens/nr52017tema-infektioner/5/blanddebestalakemedlenviharformindreanenkronaperdag.5.710ed317161746d805221b59.html>.
5. Roth GA, Fihn SD, Mokdad AH, Aekplakorn W, Hasegawa T, Lim SS. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89:92-101.
6. Johan Hulting AM, Paul Hjemdahl, Thomas Kahan. Hyperlipidemi: Viss Region Stockholm; 2000 (uppdaterat sep 2019). Hämtad från: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Hjart-karlsystemet/Hyperlipidemi/>.
7. National trends in total cholesterol obscure heterogeneous changes in HDL and non-HDL cholesterol and total-to-HDL cholesterol ratio: a pooled analysis of 458 population-based studies in Asian and Western countries. *International journal of epidemiology*. 2019.
8. Björck L, Capewell S, O'Flaherty M, Lappas G, Bennett K, Rosengren A. Decline in coronary mortality in Sweden between 1986 and 2002: comparing contributions from primary and secondary prevention. *PloS one*. 2015;10(5):e0124769.
9. Eriksson M, Forslund A-S, Jansson J-H, Söderberg S, Wennberg M, Eliasson M. Greater decreases in cholesterol levels among individuals with high cardiovascular risk than among the general population: the northern Sweden MONICA study 1994 to 2014. *European heart journal*. 2016;37(25):1985-92.
10. Institute for Health Metrics and Evaluation UoW. GBD Compare Seattle, WA 2017. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
11. Hooper L, Martin N, Abdelhamid A, Smith GD. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane database of systematic reviews*. 2015(6).
12. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *European heart journal*. 2016;37(39):2999-3058.
13. Atorvastatin for lowering lipids - Adams, SP - 2015 | *Cochrane Library*. 2015
14. Bucher MS, Matthias B, Bernd L, Tracy RG, Heiner C. Effect of Different Antilipidemic Agents and Diets on Mortality: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(7):725-30.

- 
15. Yusuf S, Bosch J, Dagenais G, Zhu J, Xavier D, Liu L, et al. Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600176>. 2016.
  16. Taylor F, Huffman M, Macedo A, Moore T, Burke M. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013.
  17. Heller DJ, Coxson PG, Penko J, Pletcher MJ, Goldman L, Odden MC, et al. Evaluating the impact and cost-effectiveness of statin use guidelines for primary prevention of coronary heart disease and stroke. *Circulation*. 2017;136(12):1087-98.



4 %

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).





# Nedsatt njurfunktion

År 2006–2011 hade sex procent över 18 år i Stockholms län måttligt, 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

Njurarna reglerar salt- och vätskebalansen, surhetsgraden och blodtrycket. De spelar också en roll i metabolism som är viktig för skelettet. Dessutom är njurarna viktiga för produktionen av röda blodkroppar i benmärgen (1).

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)**

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

\*Glomerulär filtrationshastighet

## Viktig riskfaktor för utveckling hjärt-kärlsjukdom och förtida död

Endast en mycket liten andel av de med kronisk njurfunktionsnedsättning utvecklar avancerad njursjukdom som kräver dialys eller njurtransplantation (6). Däremot kan kronisk njursvikt påverka och skada alla vävnader och organ i kroppen, till exempel hjärta och kärl, skelett, nerver och muskler. Nedsatt njurfunktion är därmed en viktig riskfaktor för många sjukdomar och kan bland annat leda till anemi, skelettsjukdom och infektioner (6). Risken för död och hjärt-kärlsjukdom hos personer med njursjukdom är jämförbar med den vid diabetes eller högt blodtryck (7, 8).

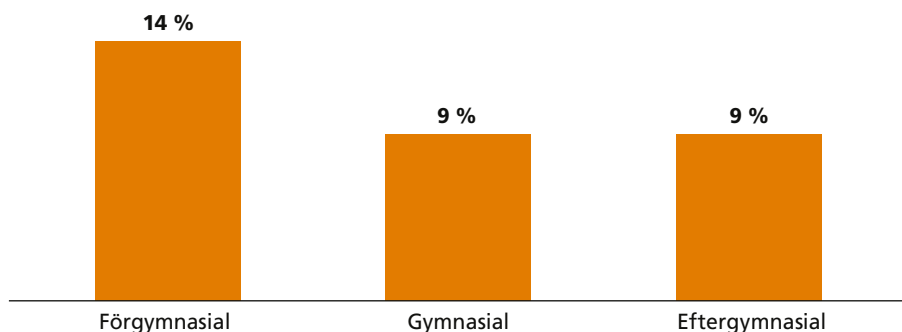
## Förekomst och utveckling över tid

### Stor andel med nedsatt njurfunktion är oupptäckt

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 försämras (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

1. Lindgren, S., Engström-Laurent, A., Karason, K., & Tiensuu Janson, E. (2017). *Medicin* (Andra upplagan.). Lund: Studentlitteratur.
2. Levey AS, Coresh J, Balk E, et al. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Ann Intern Med*. 2003;139:137–147.
3. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*. 2013;382(9888):260-72.
4. Wang Y, Chen X, Song Y, Caballero B, Cheskin L. Association between obesity and kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Kidney international*. 2008;73(1):19-33.
5. Xia J, Wang L, Ma Z, Zhong L, Wang Y, Gao Y, et al. Cigarette smoking and chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2017;32(3):475-87.
6. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 2017;389(10075):1238-52.
7. Fox CS, Matsushita K, Woodward M, Bilo HJ, Chalmers J, Heerspink HJL, et al. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without diabetes: a meta-analysis. *The Lancet*. 2012;380(9854):1662-73.
8. Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, et al. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension.
9. Gasparini A, Evans M, Coresh J, Grams ME, Norin O, Qureshi AR, et al. Prevalence and recognition of chronic kidney disease in Stockholm healthcare. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2016:gfw354.
10. <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/05/Kronisk-njursjukdom--ett-folkhalsoproblem/>
11. James MT, Hemmelgarn BR, Tonelli M. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *The Lancet*. 2010;375(9722):1296-309.
12. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJL, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. *The Lancet*. 2013;382(9889):339-52.

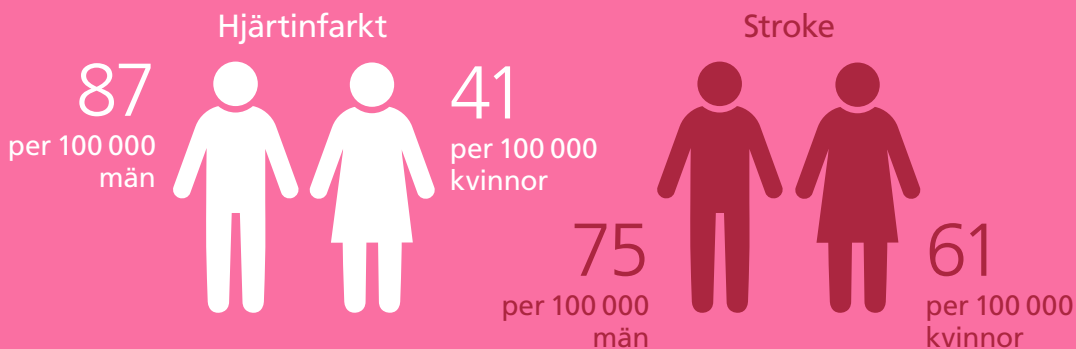
# Sjukdomar och skador



# 26%

av alla **dödsfall** i Stockholms län orsakas av hjärtinfarkt och stroke.

Fler män än kvinnor dör i hjärtinfarkt och stroke.



# Hjärtinfarkt 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

Hjärt-kärlsjukdomarna hjärtinfarkt och stroke är akuta, livshotande sjukdomstillstånd som beror på syrebrist (ischemi) till hjärtat, respektive hjärnan. Syrebristen gör att vävnaden kan dö och därmed mista en del av sin funktion. Vanliga följder av stroke är bland annat förlamning och talsvårigheter, men stroke orsakar också mer eller mindre dolda kognitiva funktionsförluster såsom hjärntrötthet, minnessvårigheter och humörsvängningar. Hjärtinfarkt kan orsaka hjärtsvikt och förmaksflimmer (1). Både hjärtinfarkt och stroke kan i stor utsträckning förebyggas, och snabbt handläggande inom sjukvården minskar dödligheten.

### 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 drabbas 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).

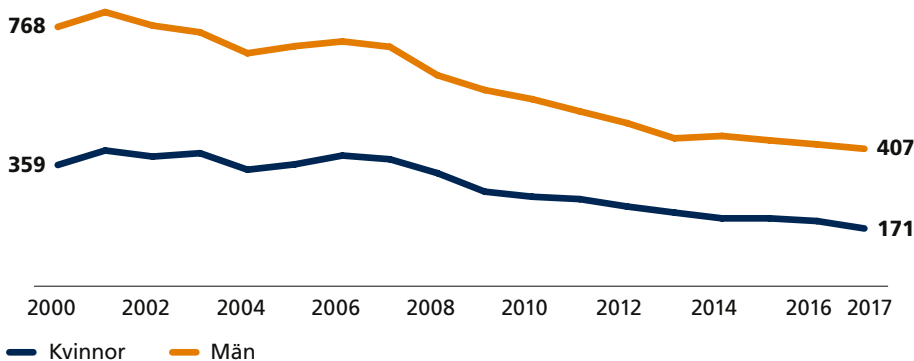
## Förekomst och utveckling över tid

### 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



**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: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2010).

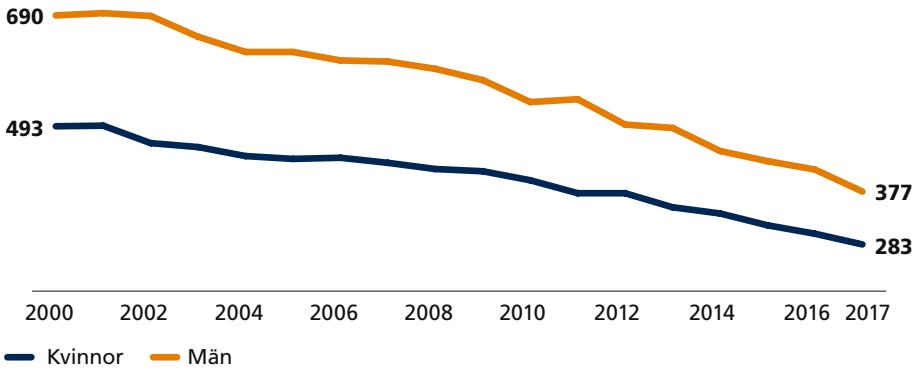
Källa: Socialstyrelsens hjärtinfarktstatistik.

### 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.



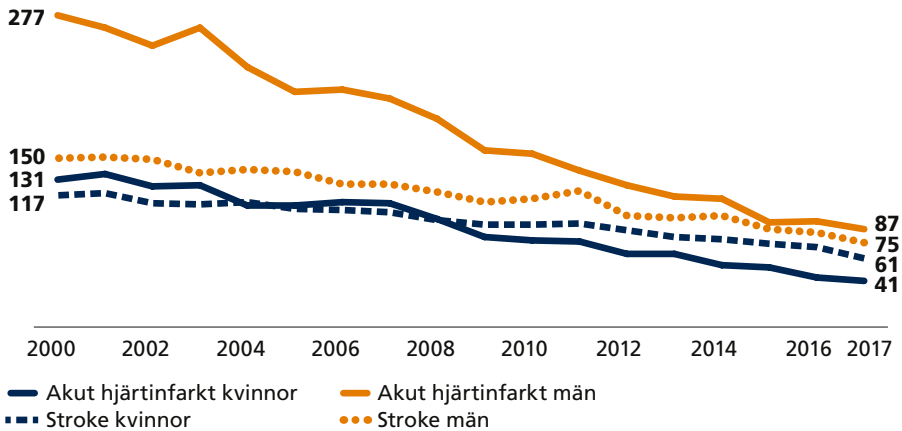
## Stroke per 100 000 invånare



**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



**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

Förebyggande åtgärder med vetenskapligt stöd riktas främst till personer med riskfaktorer för hjärtinfarkt och stroke som går att påverka. Sammanfattningsvis finns stöd från experiment för att behandla högt blodtryck (11–13) och ogynnsamma blodfetter (14, 15). Att behandla riskgrupper med acetylsalicylsyra har visat effekt (16). Hos patienter med förmaksflimmer finns stöd från experiment att använda andra blodförtunnande läkemedel för att förebygga stroke (17).


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 luftföroreningar

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

## REFERENSER

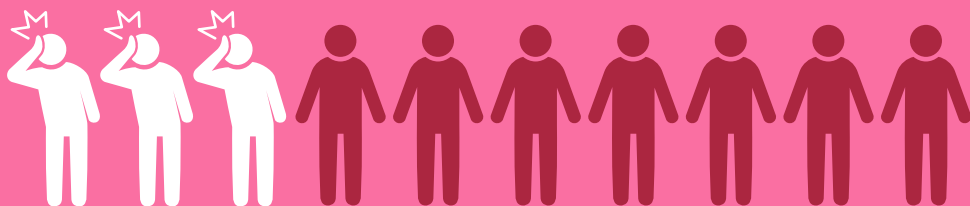
1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2012;33(20):2551–67.
2. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):937–52.
3. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):953–62.
4. Ahrén J, Andersson E, Lager A. Orsaker till stroke. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2016. Rapport 2016:6.
5. Andrew NE, Thrift AG, Cadilhac DA. The prevalence, impact and economic implications of atrial fibrillation in stroke: what progress has been made? *Neuroepidemiology*. 2013;40(4):227–39.
6. Masson P, Kelly PJ, Craig JC, Lindley RI, Webster AC. Risk of stroke in patients with ESRD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2015;10(9):1585–92.
7. Yatsuya H, Toyoshima H, Yamagishi K, Tamakoshi K, Taguri M, Harada A, et al. Body mass index and risk of stroke and myocardial infarction in a relatively lean population: meta-analysis of 16 Japanese cohorts using individual data. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(5):498–505.
8. Bodin T, Andersson E, Lager A. Orsaker till hjärtinfarkt. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2016. Rapport 2016:7.
9. Manrique-Garcia E, Sidorchuk A, Hallqvist J, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(4):301–9.
10. Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Annals of epidemiology*. 2006;16(2):91–104.
11. Wang JG, Li Y, Franklin SS, Safar M. Prevention of stroke and myocardial infarction by amlodipine and Angiotensin receptor blockers: a quantitative overview. *Hypertension*. 2007;50(1):181–8.
12. Volpe M, Tocci G, Sciarretta S, Verdecchia P, Trimarco B, Mancia G. Angiotensin II receptor blockers and myocardial infarction: an updated analysis of randomized clinical trials. *J Hypertens*. 2009;27(5):941–6.
13. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.
14. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *The Lancet*. 2010;376(9753):1670–81.
15. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(1):Cdo04816.

- 
16. Bibbins-Domingo K. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2016;164(12):836-45.
  17. Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG, et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *The Lancet*. 2010;376(9745):975-83.
  18. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754-832.
  19. Cohen AJ, Brauer M, Burnett R, Anderson HR, Frostad J, Estep K, et al. Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Diseases Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1907-18.



# 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 sjuk-skrivning och medför stora kostnader för individen och samhället (1). Återfallen bidrar till sjukdomsörddan; 73 procent av individer som drabbats av en episod av smärta i nedre delen av ryggen har återkommande smärta inom ett år (2).

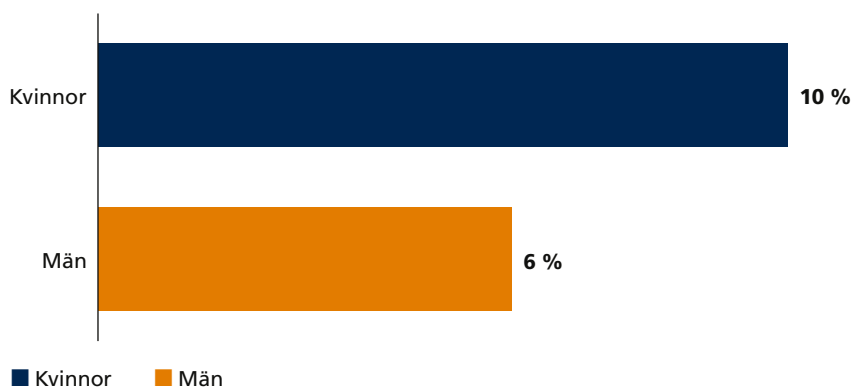
Yrkesmässiga ergonomiska faktorer står för 18 procent av funktionsförlusten (YLD) orsakad av smärta i nedre delen av ryggen i Stockholms län (3). En aktuell sammanställning av systematiska sammanställningar pekar även på tydliga samband med bland annat sömnproblem, andra fysiska påfrestningar (t ex att 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 uppger 44 procent av befolkningen i Stockholms län att de har besvär av ryggsmärtor, 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 ryggsmärtor, 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).

## Svåra besvär av ryggsmärta



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger att de har svåra besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias, uppdelat efter kön, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### 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 ryggsmärtan. 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 mindfulness-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).

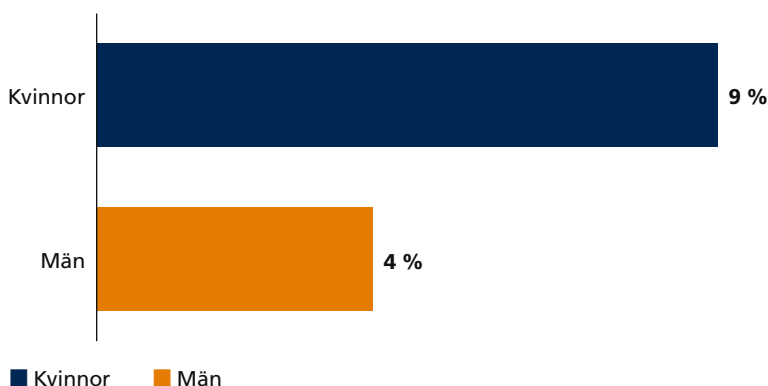


## Förekomst och utveckling över tid

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

År 2018 uppger hälften av länets befolkning att de har värk i skuldror, nacke eller axlar. Sju procent av befolkningen uppger att besvären är svåra. Det finns stora skillnader mellan könen. Fyra procent bland män uppger 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



**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 behandlingar 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 multisyjuklighet (10).

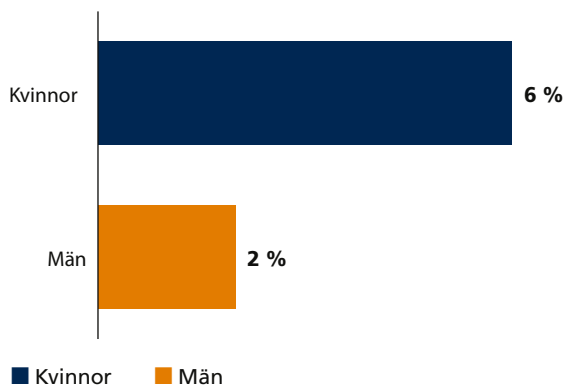
Det finns ett tydligt samband mellan depression och överanvändning av läkemedel för episodisk migrän och utveckling av kronisk migrän (10). Närmare hälften av alla personer som lider av kronisk migrän har överanvänt läkemedel för episodisk migrän. Överanvändningen innebär en stor utmaning, framför allt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

## Förekomst och utveckling över tid

### Tre av tio lider av huvudvärk eller migrän

Tre av tio personer i länet uppger att de har huvudvärk eller migrän år 2018. Andelen med huvudvärk eller migrän har legat på ungefär samma nivå sedan år 2006 (FHE). Fyra procent av befolkningen uppger att de har svåra besvär av huvudvärk eller migrän. Det finns däremot stora skillnader mellan könen: två procent bland män uppger att de har svåra besvär jämfört med sex procent bland kvinnor (FHE) (se figur 3). Det finns även stora skillnader mellan olika åldersgrupper, både vad gäller självrapporterade besvär av huvudvärk eller migrän och diagnostiserad migrän. I åldrarna 16–64 år uppger fyra procent att de har svåra besvär av huvudvärk eller migrän jämfört med två procent i åldrarna 65–84 år. Andelen med diagnostiserad migrän är högst i åldrarna 40–59 år (en procent), och är vanligare bland kvinnor (två procent) än bland män (mindre än en procent) (VAL).

### Svåra besvär av huvudvärk eller migrän



**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

1. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *The spine journal*. 2008;8(1):8-20.
2. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *Bmj*. 2003;327(7410):323.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation UoW. GBD Compare Seattle, WA2017. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
4. Parreira P, Maher C, Steffens D, Hancock M, Ferreira M. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. *The Spine Journal*. 2018.
5. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2016;176(2):199-208.
6. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*. 2017;166(7):514-30.
7. Lager A, Warolén M, Wennerholm P, Andersson E. Nacksmärta – orsaker och åtgärder Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2019.
8. Dodick DW. Migraine. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10127):1315-30.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2018;38(1):1-211.
10. Buse DC, Greisman JD, Baigi K, Lipton RB. Migraine Progression: A Systematic Review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019;59(3):306-38.
11. Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and chronic migraine headache: breaking down barriers to optimal treatment and prevention. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2015;55:103-22.



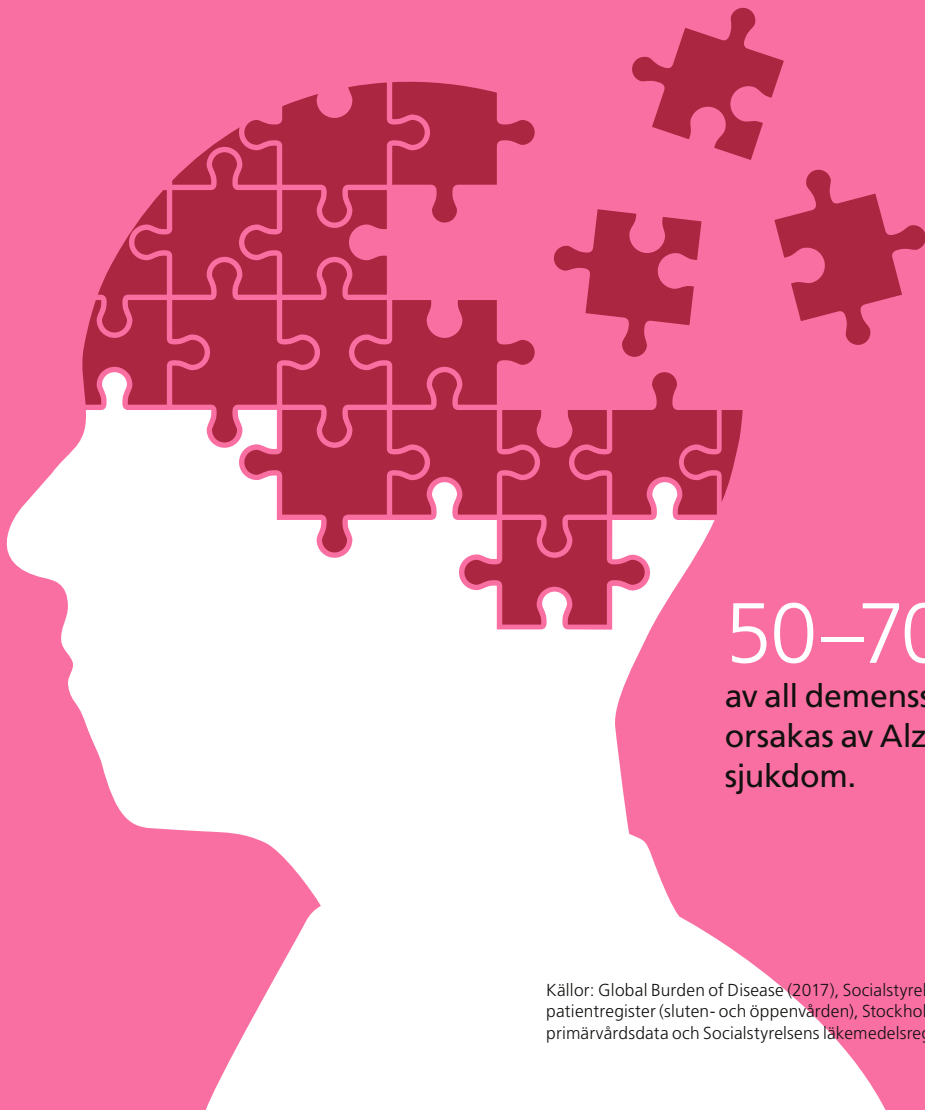
# 11%

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.

# Demens

Inom nästan alla åldersgrupper i Stockholms län har andelen med en registrerad demensdiagnos varit stabil sedan år 2006. Men eftersom befolkningen blir allt äldre, ökar ändå förekomsten av demens. Demens är vanligare bland personer med kort utbildning, men skillnaderna minskar med åldern. I nuläget finns inget botemedel för demenssjukdomar, men interventioner som förebygger tillstånd i kroppen som ökar risken för hjärt-kärlsjukdom och kognitiv aktivitet har potential att förebygga demens.

## Introduktion

### Demens påverkar livskvaliteten

Demenssjukdomar innebär en progressiv försämring av kognitiva förmågor såsom minne, att kunna planera och orientera sig samt att läsa och skriva. Med sjukdomsutvecklingen kommer även symtom som förvirring, beteendeförändring och svårigheter att äta och dricka, vilket försämrar livskvaliteten (1). Demenspatienter har ett stort vårdbehov och sjukdomen innebär en stor belastning även för anhöriga. Dessutom förkortar demenssjukdomar livet. Den största patientgruppen (där sjukdomen debuterar efter 75 år) lever i genomsnitt fem år kortare än övriga befolkningen.

### Alzheimers sjukdom står för 50–70 procent av all demenssjukdom

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

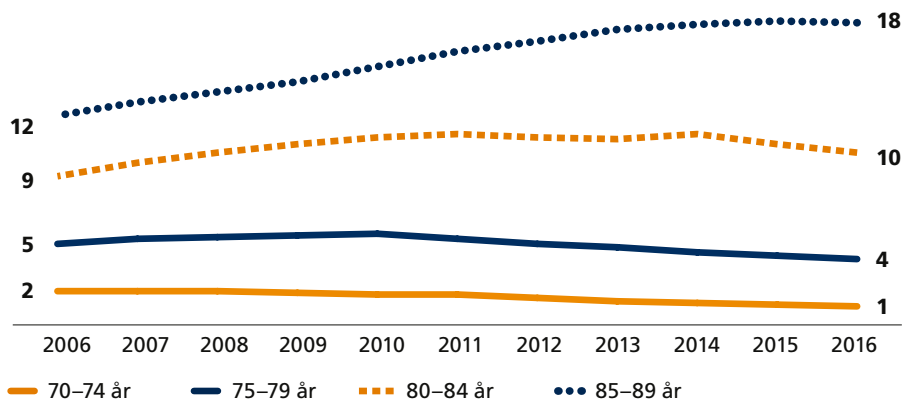
### Stabilisering av andelen med registrerad demensdiagnos

I åldrarna under 85 år har andelen i Stockholms län med en registrerad demensdiagnos varit stabil sedan år 2006. Det överensstämmer med nationella och internationella studier som visar att förekomst och nyinsjuknande av demens inom en given åldersgrupp är stabilt, eller till och med har minskat, de senaste årtiondena (2–4). Andelen med demensdiagnos i åldern 85 år och äldre har däremot ökat något (se figur 1). För att få en demensdiagnos krävs att man har så svåra symtom att man inte längre kan klara sitt vardagsliv (1). År 2016 hade 17 898 personer i Stockholms län en demensdiagnos och år 2006 var antalet 13 125. Orsaken till denna ökning är både ökad livslängd och att sjukvården oftare diagnostiserar demenssjukdom. Andelen är högre bland kvinnor (se figur 2) och bland personer med enbart förgymnasial utbildning (se figur 3).

## 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

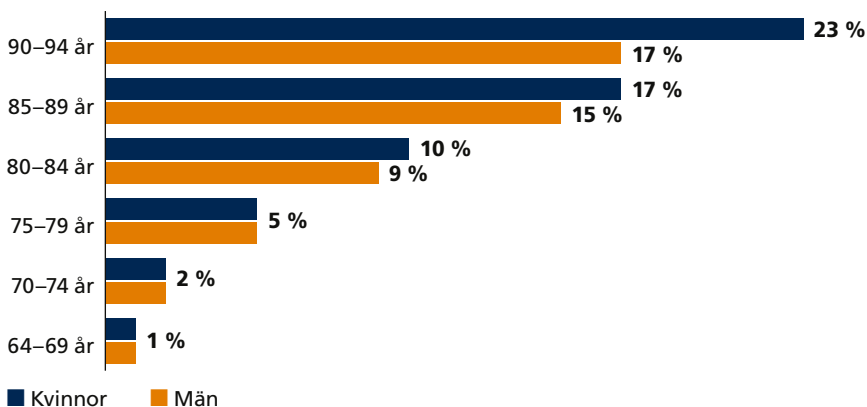


**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 70–89 år med demensdiagnos, uppdelat efter ålder, över tid i Stockholms län (2006–2016). Notera: Värderna är ålderstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Stockholm 2006).

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



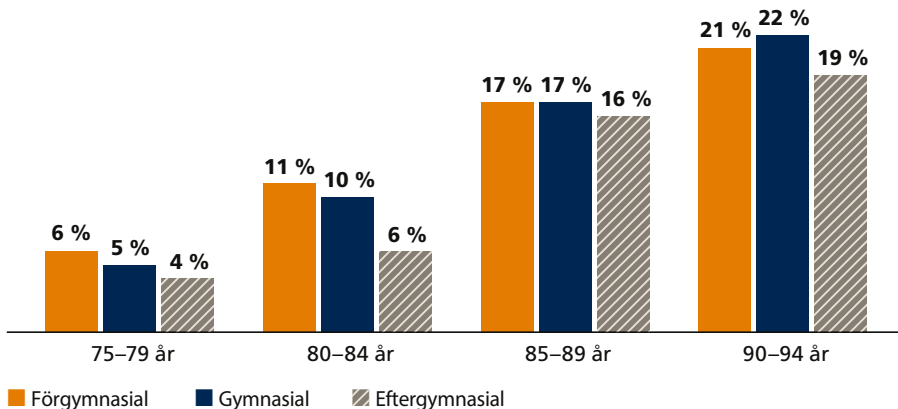
## Demensdiagnos



**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




**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 symtom. 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 viktigt 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).

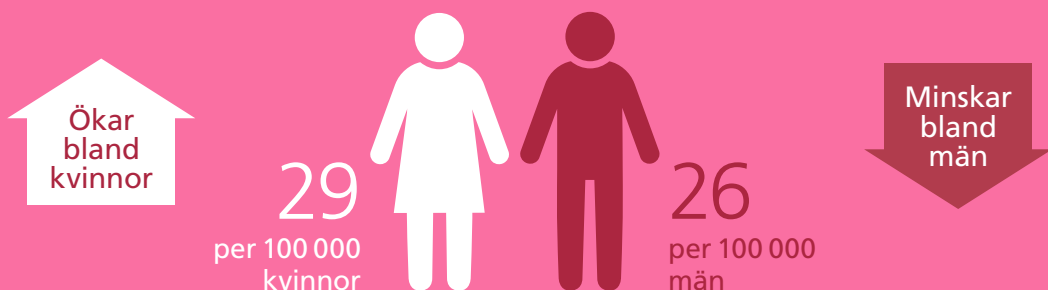
## REFERENSER

1. Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., Cedazo-Minguez, A., Dubois, B., Edvardsson, D., Feldman, H. and Fratiglioni, L., 2016. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology*, 15(5), pp.455–53.
2. Wu, Y.T., Beiser, A.S., Breteler, M.M., Fratiglioni, L., Helmer, C., Hendrie, H.C., Honda, H., Ikram, M.A., Langa, K.M., Lobo, A. and Matthews, F.E., 2017. The changing prevalence and incidence of dementia over time—current evidence. *Nature Reviews Neurology*, 13(6), p.327.
3. Qiu, C., von Strauss, E., Bäckman, L., Winblad, B. and Fratiglioni, L., 2013. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*, 80(20), pp.1888–1894.
4. Seblova, D., Quiroga, M.L., Fors, S., Johnell, K., Lövdén, M., de Leon, A.P., Svensson, A.C., Wicks, S. and Lager, A., 2018. Thirty-year trends in dementia: a nationwide population study of Swedish inpatient records. *Clinical epidemiology*, 10, p.1679.
5. Rizzuto, D., Feldman, A.L., Karlsson, I.K., Dahl Aslan, A.K., Gatz, M. and Pedersen, N.L., 2018. Detection of dementia cases in two Swedish health registers: a validation study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 61(4), pp.1301–1310.
6. Fratiglioni, L., Ding, M., Santoni, G., Berglund, J., Elmståhl, S., Fagerström, C., Lagergren, M., Sjölund, B.M., Sköldunger, A., Welmer, A.K. and Wimo, A., 2017. Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001–2013.
7. Wimo A. 2009 Fler dementa – men något minskad kostnad per person. *Läkartidningen*, 18–19 (106), pp. 1272–1282.
8. Cummings JL, Tong G, Ballard C. Treatment combinations for Alzheimer's disease: Current and future pharmacotherapy options. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019 Jan 1(Pre-print):1–6.
9. WHO. Risk reduction of cognitive decline and dementia WHO guidelines. Geneva. *World Health Organization*. ISBN. 978-92-4-155054-3.
10. Backhans M, Andersson E, Lager A. Orsaker till demens. Stockholm. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting 2017. 2017:1.
11. Rajan KB, Wilson RS, Weuve J, Barnes LL, Evans DA. Cognitive impairment 18 years before clinical diagnosis of Alzheimer disease dementia. *Neurology*. 2015 Sep 8;85(10):898–904.
12. Groot C, Hooghiemstra AM, Raijmakers PG, Van Berckel BN, Scheltens P, Scherder EJ, Van der Flier WM, Ossenkuppele R. The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Research Reviews*. 2016 Jan 1;25:13–23.
13. Ojagbemi A, Akin-Ojagbemi N. Exercise and quality of life in dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Applied Gerontology*. 2019 Jan;38(1):27–48.
14. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*. 2018 Oct 5:1.

# 4%

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

## Antal KOL-relaterade dödsfall år 2018



# Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Äldre personer är mest drabbade av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Sedan år 2000 har dödsfall i KOL minskat bland män och ökat bland kvinnor i Stockholms län. Rökning är den största riskfaktorn för KOL, och därför bör insatser som minskar rökning och exponering för tobaksrök prioriteras. Även tidig upptäckt är viktig eftersom behandling kan fördröja sjukdomsförloppet och minska patientens besvär och funktionsförlust.

## Introduktion

### **KOL innebär förträngning av luftrören**

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en inflammatorisk luftrörs- och lungsjukdom som är vanligast bland äldre och kännetecknas av att lungfunktionen successivt försämras. KOL innebär en kronisk förträngning (obstruktion) av luftrören till följd av att man andats in skadliga ämnen. Lungfunktionsnedsättningen beror ofta på långvarig inflammation orsakad av kronisk bronkit (rökhosta) 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 luftrören 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 luftrören. 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 förvärras ytterligare av den 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**

Cigarettrökning är den enskilt vanligaste orsaken till KOL (3). Rökande patienter 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

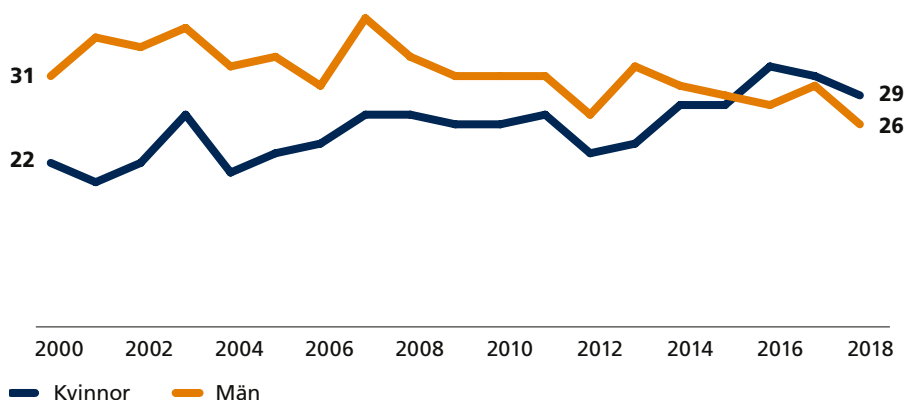
År 2015 till 2018 fick 1,5 procent av befolkningen i Stockholms län diagnosen KOL. En undersökning bland personer (40 år och äldre) i Uppsala avslöjade dock att 16 procent hade KOL men att endast 30 procent av dessa blivit diagnostiserade (4). Det är alltså svårt att säga exakt hur många som har KOL, 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 åldrarna under 45 år är en procent och bland personer 85 år eller äldre är andelen åtta procent i Stockholms län (VAL).

Man kan få en god uppfattning om hur många KOL-patienter vi kommer att ha i framtiden genom att titta på förekomst av cigarettrökning historiskt. Den fördröjda effekten beror på att cigaretter ger ett beroende som är svårt att bryta, och att livslång cigarettrökning alltid ger KOL. Ingen är genetiskt skyddad mot sjukdomen, och hur svårt man drabbas beror på hur mycket och hur länge man rökt. Det här förklarar varför en majoritet av de sjukare KOL-patienterna är 65 år och äldre. En ovanlig ärftlig sjukdom, alfa-1-antitrypsinbrist, innebär en stark riskökning för KOL och gör att den kan debutera tidigt i livet.

### 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).

#### Dödsfall i KOL per 100 000 invånare



**Figur 1.** Antal KOL-relaterade dödsfall per 100 000 invånare, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2018). Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2018).

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

Eftersom många lever med KOL utan att ha fått en diagnos är sjukdomen underbehandlad. Behandling av KOL kan fördröja sjukdomsförloppet och minska patientens besvär och funktionsförlust, vilket gör tidig upptäckt viktigt. Alla med misstänkt KOL som röker eller har rökt, bör erbjudas så kallad FEV<sub>1</sub>- och FEV<sub>6</sub>-mätning. Det är en enkel och kostnadseffektiv metod som identifierar patienter som behöver remitteras för dynamisk spirometri. Socialstyrelsen rekommenderar användning av FEV<sub>1</sub> och FEV<sub>6</sub> på alla vårdcentraler (1).

### 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 fysik aktivitet, läkemedelsbehandling och stöd för rökstopp är andra rekommenderade insatser, enligt Socialstyrelsens riktlinjer (1).

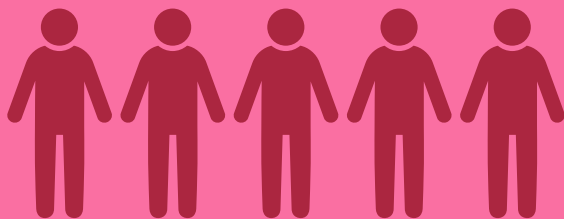
## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning. 2018.
2. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;176(6):532–55.
3. Socialstyrelsen. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. 2014.
4. Danielsson P, Ólafsdóttir IS, Benediksdóttir B, Gíslason T, Janson C. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Uppsala, Sweden - the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: Cross-sectional population-based study. *Clin Respir J.* 2012;6(2):120–7.
5. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):1–11. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2041-6>.
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.



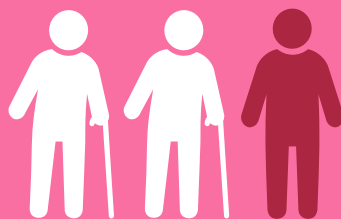


**5%** av all **funktionsförlust** (YLD)  
i Stockholms län orskas av fallolyckor.



1 av 6

personer över 67 år uppger  
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

Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen i Stockholms län, såväl som i resten av landet. Det gäller i alla åldrar, men äldre personer och kvinnor är mest utsatta. En annan utsatt grupp i länet är äldre personer födda i Europa, utanför Norden. Bland dem rapporteras fler fall och en högre andel uppger att fallskadan påverkat deras vardagsaktiviteter. Dödsfall orsakade av fallolyckor har ökat sedan år 2000 och är vanligare bland män. En effektiv åtgärd för att minska risken för fall är fysisk träning inriktad på balans och styrka.

## Introduktion

### **Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen**

Ett fall definieras som en händelse där en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om personen skadas eller inte. En fallskada är den fysiska konsekvens som uppstår vid ett fall (1) och en fallolycka är det som leder till fallet och fallskadan. Fallolyckor är den vanligaste olyckstypen i Stockholms län och i resten av Sverige. Det gäller i alla åldrar, men individer 65 år och äldre är mest utsatta. Risken för fallolyckor är högst bland de allra äldsta individerna (2, 3). Kvinnor är överrepresenterade när det gäller sjukhusinläggningar på grund av fallolyckor, medan män har större risk för dödliga fallolyckor (2, 3).

### **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 återhämningsperiod**

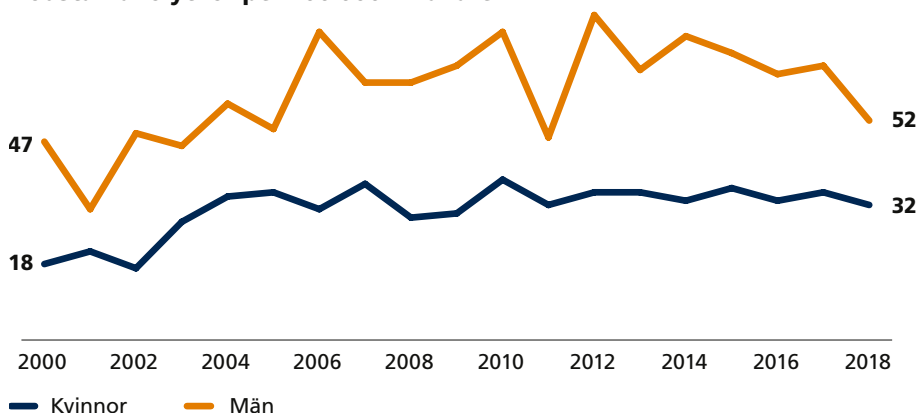
Ett fall kan orsaka många olika typer av skador och konsekvenserna tenderar att bli allvarligare med åldern (4). Nästan tolv procent av alla fall leder till någon form av fraktur (7) varav cirka en procent leder till höftfraktur (8). En fallskada hos en äldre person följs ofta av en lång och komplicerad återhämningsperiod 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

År 2018 uppger 16 procent i åldrarna 67–84 år att de under det senaste halvåret fallit omkull och skadat sig en eller flera gånger. Den andelen är oförändrad sedan 2014. Andelen fallolyckor är allra högst i åldrarna 75–84 år (18 procent) och något lägre i åldrarna 67–74 år (14 procent). Bland kvinnor uppger 17 procent att de fallit en eller flera gånger, bland män är andelen 14 procent. Av fallolyckorna har 58 procent skett utomhus, 31 procent inomhus i hemmet och 11 procent inomhus någon annanstans. En högre andel av de som fallit en eller flera gånger bor ensamma (38 procent) jämfört med de som inte fallit det senaste halvåret (30 procent) (FHE). Dödstalet orsakade av fallolyckor har ökat sedan år 2000 och är vanligare bland män än kvinnor (se figur 1).

### Dödstal fallolyckor per 100 000 invånare



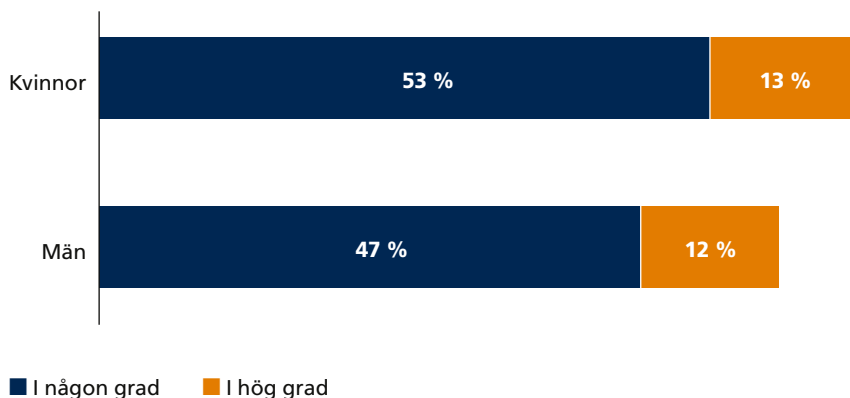
**Figur 1.** Antal dödsfall relaterade till fallolyckor per 100 000 invånare i åldern 65 och äldre, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2018). Notera: Värden är ålderstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Stockholm 2018).

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).

## Påverkan vardagsliv



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

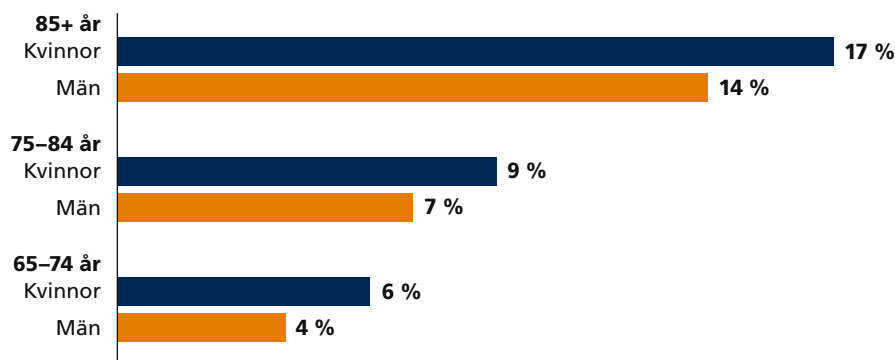
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Falloolyckor 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).

## 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 följd 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 falloolycka



**Figur 3.** Andel (%) i åldern 65 och äldre som sökt vård till följd av falloolycka, uppdelat 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

I den vetenskapliga litteraturen lyfter man fram ett flertal individuella insatser som syftar till att stärka individens fysiska förmåga och minska sårbarheten. En effektiv åtgärd för att minska risken för fall är fysisk träning inriktad på balans och styrka, vilket har stöd från experiment. Bland äldre personer som bor hemma kan den formen av träning minska antalet fall med 21 till 55 procent (14–16, 19). För att visa effekten av balans- och styrketräning i service- och äldreboenden behövs ytterligare evidens (15, 16). Det finns experiment som stödjer att fysisk träning kan minska risken för frakturer vid fall med över 60 procent (20). Dessutom finns experiment som stödjer att multifaktoriella insatser som inkluderar bland annat hälsokontroll, balans- och styrketräning och läkemedelsgenomgång minskar fall med 10 till 24 procent (14, 17, 19) både bland äldre som bor hemma (14, 17–19) och äldre som bor på service- eller äldreboenden (17).

### 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 tvärsektoriellt arbete. De åtgärder som stärker äldres autonomi och främjar mobiliteten bör prioriteras.

## REFERENSER

1. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Systematiskt arbete för äldres säkerhet – Om fall, trafikolyckor, bränder och suicid. Karlstad; 2013.
2. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker [Internet]. 2019 [citerad 2019 May 6]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.
3. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgiftningar [Internet]. 2019. [citerad 2019 May 6]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/yttreorsakertillskadorochforgiftningar>.
4. Gyllensvärd H. Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Östersund; 2009.
5. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*. 2013;75(1):51–61.
6. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva; 2007.
7. Tinetti M, Doucette J, Claus E. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43:1214–21.
8. Tinetti M, Speechley M, Ginter S. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1988;319:1701–7.
9. Söderqvist A, Ekström W, Ponzer S, Pettersson H, Cederholm T, Dalén N, et al. Prediction of mortality in elderly patients with hip fractures: A two-year prospective study of 1,944 patients. *Gerontology*. 2009;55(5):496–504.
10. Folkhälsomyndigheten. Fallolyckor bland äldre [Internet]. 2019 [citerad 2019 Aug 19]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/fallolyckor-bland-aldre/>
11. Sveriges Kommuner och Landsting. Fall och fallskador - åtgärder för att förebygga. 2011.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Falls in older people: assessing risk and prevention: clinical guideline [Internet]. 2013. Hämtad från: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-pdf-35109686728645>.
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.
14. Petridou ET, Manti EG, Ntinapogias AG, Negri E, Szczerbińska K. What works better for community-dwelling older people at risk to fall? *J Aging Health*. 2009;21(5):713–29.
15. Karlsson MK, Von Schewelov T, Karlsson C, Cöster M, Rosengen BE. Prevention of falls in the elderly: A review. *Scand J Public Health*. 2013;41(5):442–54.
16. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: An updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017;51(24):1749–57.
17. Choi M, Hector M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: A systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(2):188.e13–188.e21.



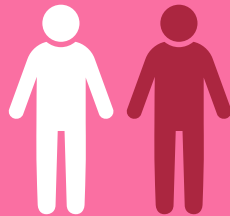
18. Stubbs B, Brefka S, Denkinger MD. What works to prevent falls in community-dwelling older adults? Umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Phys Ther.* 2015;95(8):1095–110.
19. Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Sherrington C, Gates S, Clemson L, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9).
20. McKiernan FE. A simple gait-stabilizing device reduces outdoor falls and nonserious injurious falls in fall-prone older people during the winter. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:943–7.
21. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Fallolyckor. Karlstad; 2014.

**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

Förekomst av diabetes ökar i Stockholms län, Sverige och globalt, och riskerar att öka ytterligare kommande årtionden. År 2018 har sex procent i länet diagnostiserad diabetes, men mörkertalet är stort. Viktiga riskfaktorer är hög ålder, övervikt och fetma, fysisk inaktivitet och ärftlighet. Diabetes ökar risken för andra sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, njursjukdomar, nedsatt syn och bensår. Diabetes, och dess följsjukdomar, kan motverkas genom identifiering av personer med hög risk och tidiga förebyggande insatser såsom ändrade levnadsvanor, läkemedelsbehandling och adekvat blodsockerkontroll.

## 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 bukspottkörteln. 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).

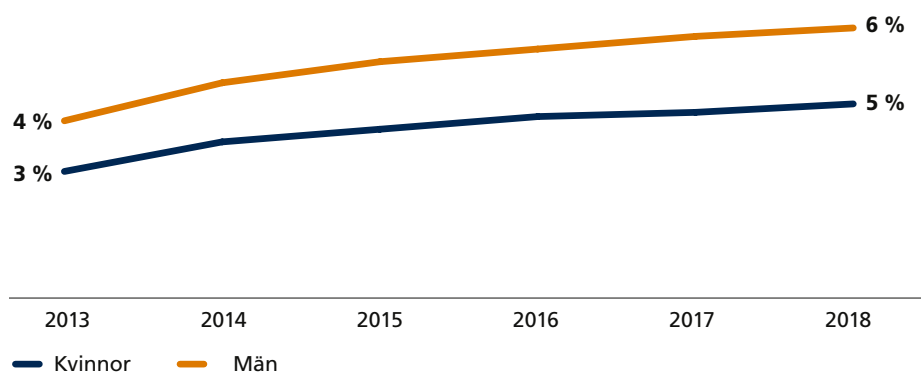
## Förekomst och utveckling över tid

### 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).

Mellan år 2013 och 2018 ökade andelen personer i Stockholms län som fick diagnosen typ 1-diabetes eller typ 2-diabetes från fyra till sex procent (VAL) (se figur 1). Under år 2018 hämtade fem procent av invånarna (över 15 år) i länet ut diabetesläkemedel, och sex procent av invånarna i hela Sverige. Andelen som får läkemedelsbehandling har ökat över tid. Skillnaden mellan andelen som har fått diagnos och de som har fått läkemedelsbehandling förklaras av att alla med diabetes inte får läkemedelsbehandling (Socialstyrelsens läkemedelsregister) (14).

### Diagnostiserad diabetes



**Figur 1.** Andel (%) som har diagnosen typ 1-diabetes eller typ 2-diabetes, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2013–2018).

Källa: VAL-databasen.

### En tredjedel uppskattas vara odiagnostiserade

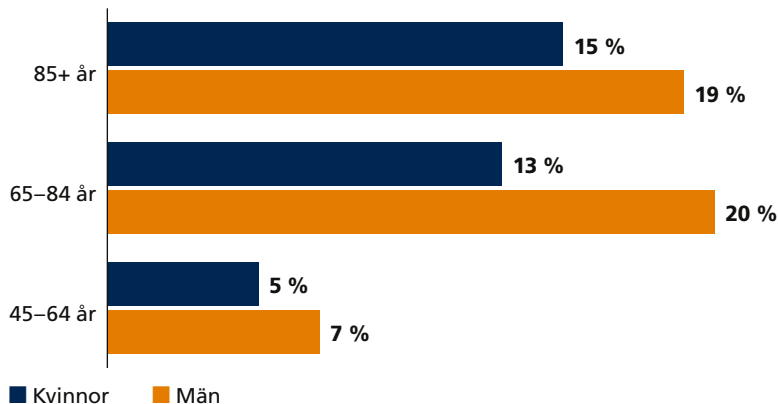
Mörkertalet kring andelen med diabetes är stort. Enligt nationella uppskattningar kan en tredjedel av alla diabetesfall vara odiagnostiserade (15). Det överensstämmer väl med data från studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) där en tredjedel av diabetikerna i åldrarna 53–78 år var omedvetna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

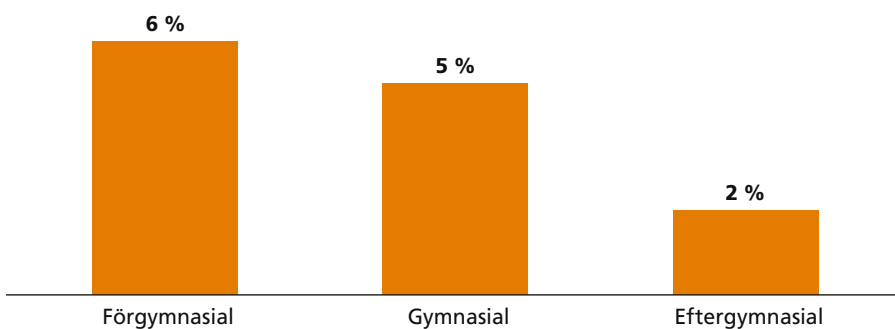
### Diagnostiserad diabetes



**Figur 2.** Andel (%) i åldern 45 år och äldre som har diagnosen typ 1-diabetes eller typ 2-diabetes, uppdelat efter kön och ålder, i Stockholms län (2018).

Källa: VAL-databasen.

### Självrapporterad diabetes efter utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16–84 år som uppger att de har diagnosen diabetes, uppdelat efter utbildningsnivå, i Stockholms län (2018).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### **Insatser för att förbättra levnadsvanor**

Förbättrade levnadsvanor såsom förbättrad kost, ökad fysisk aktivitet och viktnedgång, förebygger diabetes (2, 17). Det finns stöd från experiment att strukturerade individuella insatser för förbättrade matvanor och ökad fysisk aktivitet hos personer med hög risk för diabetes, kan fördröja – och till och med förhindra – sjukdomsutveckling (16). Just nu pågår kunskapsutveckling kring insatser på samhällsnivå såsom fler parker och cykelbanor, insatser för att öka fysisk aktivitet i skolor, reglering av livsmedelsreklam till barn samt insatser för att öka befolkningens kunskap om kost och hälsa (17).

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**

Det finns ett mycket tydligt samband mellan behandling med diabetesläkemedel för personer med förhöjt blodsocker men ännu inte utvecklad typ 2-diabetes, så kallade prediabetiker, och minskad risk för diabetes och dess komplikationer (19). Sådan behandling bör rekommenderas för prediabetiker och personer med fetma, och för kvinnor som tidigare haft graviditetsdiabetes (19). Det saknas dock evidens för långsiktiga effekter av läkemedelsbehandling för personer med lägre risknivåer (20).

### **Blodsockerkontroll för de som drabbats av diabetes**

Att hålla blodsockret under kontroll har ett mycket tydligt samband med minskad risk för diabeteskomplikationer (21). Därför är blodsockerkontroll det viktigaste målet för insatser riktade till diabetespatienter (1, 18). Bättre matvanor, ökad fysisk aktivitet samt läkemedel som sänker blodsockret bidrar till att normalisera blodsockret (16). Kirurgisk viktnedgång vid fetma kan också övervägas samt läkemedelsbehandling för högt blodtryck och högt kolesterol (22). Adekvat behandling av diabetes kan leda till så kallad remission, vilket betyder att symtomen avtar och att man inte längre uppfyller diagnoskriterierna.

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

värdet för önskvärda blodsockernivåer (23). Just nu pågår kunskapsutveckling kring förbättring av blodsockerkontroll med hjälp av exempelvis virtuella diabetesmottagningar, sensorer som ligger under huden för kontinuerlig övervakning av blodsockernivåer och insulinpumpsanordningar (18). Ett annat lovande utvecklingsområde är så kallad precisionsmedicin. Det innebär att prevention, diagnostik och behandling av diabetes anpassas efter individuell genetik och sjukdomsförlopp (24–26).

## REFERENSER

1. American Diabetes A. Standards of Medical Care in Diabetes-2018 Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes*. 2018;36(1):14-37.
2. Fadl HE, Simmons D. Trends in diabetes in pregnancy in Sweden 1998-2012. *BMJ open diabetes research & care*. 2016;4(1):e000221-e.
3. Hyttinen V, Kaprio J, Kinnunen L, Koskenvuo M, Tuomilehto J. Genetic Liability of Type 1 Diabetes and the Onset Age Among 22,650 Young Finnish Twin Pairs. *Diabetes*. 2003;52(4):1052.
4. Willemsen G, Ward KJ, Bell CG, Christensen K, Bowden J, Dalgard C, et al. The Concordance and Heritability of Type 2 Diabetes in 34,166 Twin Pairs From International Twin Registers: The Discordant Twin (DISCOTWIN) Consortium. *Twin Res Hum Genet*. 2015;18(6):762-71.
5. Marott, et al. Components of the Metabolic Syndrome and Risk of Type 2 Diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019;101(8):3212-21.
6. American Diabetes A. (2) Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38 Suppl:S8-S16.
7. Bielinski SJ, Pankow JS, Rasmussen-Torvik LJ, Bailey K, Li M, Selvin E, et al. Strength of association for incident diabetes risk factors according to diabetes case definitions: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *American journal of epidemiology*. 2012;175(5):466-72.
8. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg M, et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med*. 2017;281(4):398-406.
9. Rawshani A, Franzen S, Eliasson B, Svensson AM, Miftaraj M, McGuire DK, et al. Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2017;376(15):1407-18.
10. Garg SK, Maurer H, Reed K, Selagamsetty R. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. *Diabetes Obes Metab*. 2014;16(2):97-110.
11. N. C. D. Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*. 2016;387(10027):1513-30.
12. Andersson T, Ahlbom A, Carlsson S. Diabetes Prevalence in Sweden at Present and Projections for Year 2050. *PLoS One*. 2015;10(11):e0143084.
13. G. B. D. Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
14. Socialstyrelsen. Läkemedelsregistret 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/lakemedelsregistret/>.
15. Beagley J, Guariguata L, Weil C, Motala AA. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;103(2):150-60.
16. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393-403.

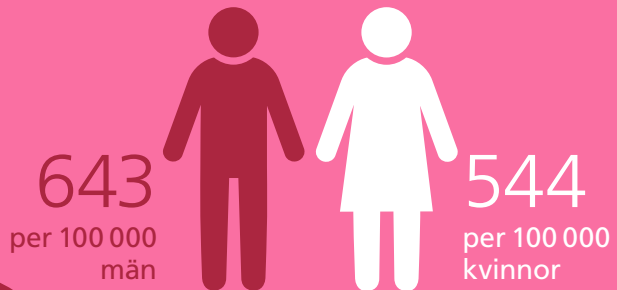


17. Alva ML. A Review of the Impacts of Different Approaches for Diabetes Prevention and a Framework for Making Investment Decisions. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(3):522.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård Stöd för styrning och ledning. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se): 2018 978-91-7555-476-1 Contract No.: 2018-10-25.
19. Diabetes Prevention Program Research G. Long-term Effects of Metformin on Diabetes Prevention: Identification of Subgroups That Benefited Most in the Diabetes Prevention Program and Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Diabetes Care*. 2019;42(4):601-8.
20. Griffin SJ, Bethel MA, Holman RR, Khunti K, Wareham N, Brierley G, et al. Metformin in non-diabetic hyperglycaemia: the GLINT feasibility RCT. *Health Technol Assess*. 2018;22(18):1-64.
21. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. - PubMed - NCBI. *Bmj*. 2000;321(7258):405-12.
22. Purnell JQ, Wolfe BM. Bariatric/Metabolic Surgery for Diabetes: Lessons From the Past and Present. 2019.
23. Götland RV. Nationella Diabetesregistret 2019. Hämtad från: <https://www.ndr.nu/#/>.
24. Ahlqvist E, Storm P, Karajamaki A, Martinell M, Dorkhan M, Carlsson A, et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6(5):361-9.
25. Fitipaldi H, McCarthy MI, Florez JC, Franks PW. A Global Overview of Precision Medicine in Type 2 Diabetes. *Diabetes*. 2018;67(10):1911-22.
26. Mahajan A, Taliun D, Thurner M, Robertson NR, Torres JM, Rayner NW, et al. Fine-mapping type 2 diabetes loci to single-variant resolution using high-density imputation and islet-specific epigenome maps. *Nat Genet*. 2018;50(11):1505-13.

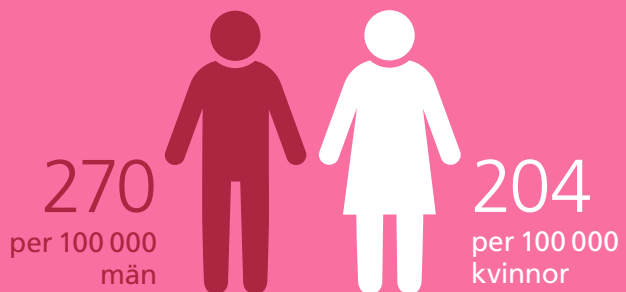
8%

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

## Antal insjuknade i cancer år 2017



## Antal dödsfall på grund av cancer år 2017



# Cancer

Insjuknandet i cancer fortsätter att öka i Stockholms län, men antal dödsfall på grund av cancer minskar. Bröstcancer, prostatacancer, hudcancer, lungcancer och tjock- och ändtarmscancer var de vanligaste cancerformerna i länet år 2017. Tjock- och ändtarmscancer och lungcancer bidrar mest till sjukdomsburden. Tidig upptäckt av cancer är viktigt, och preventiva insatser kan ha stor betydelse för insjuknandet och överlevnaden i cancer.

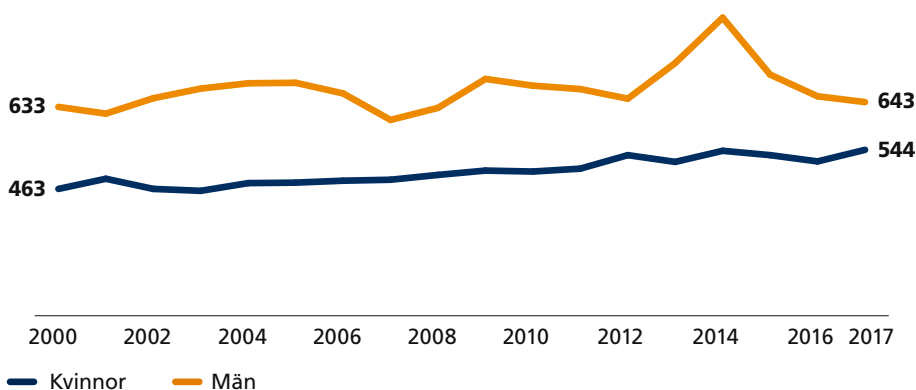
## Förekomst och utveckling över tid

### 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 prostatacancer-test, genomfördes då. Omkring 60 000 män deltog och därmed ställdes fler diagnoser.

### Nya cancerfall per 100 000 invånare



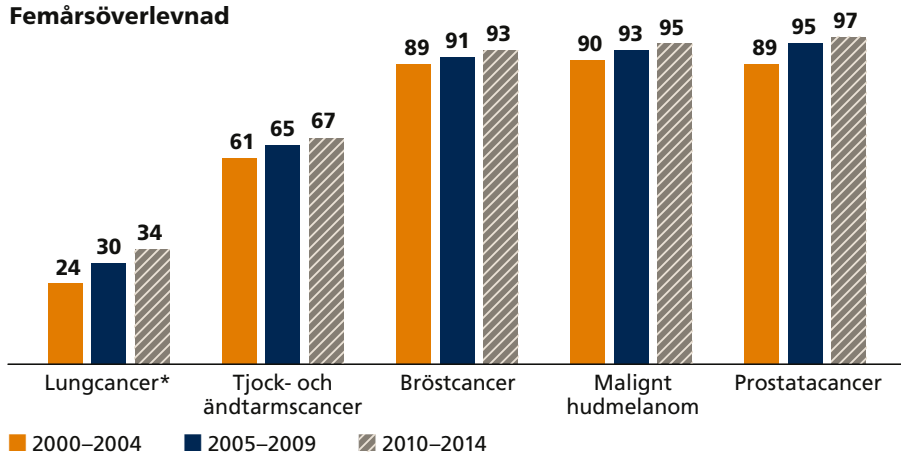
**Figur 1.** Antal nya cancerfall per 100 000 invånare, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2000).

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).

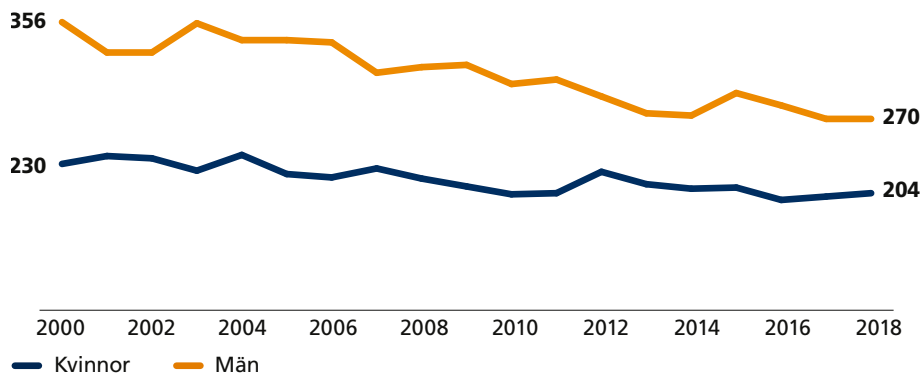
### Femårsöverlevnad



**Figur 2.** Relativ femårsöverlevnad (%) för lungcancer, tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer, malignt hudmelanom och prostatacancer efter diagnosperiod, över tid i Stockholms län (2000–2014). \* Lungcancer visar tvåårsöverlevnad.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

### Dödsfall i cancer per 100 000 invånare



**Figur 3.** Antal dödsfall orsakade av cancertumörer per 100 000 invånare, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2018). Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige 2018).

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

## Insatser

### Levnadsvanor har stor betydelse för cancer

Kända riskfaktorer för cancer är alkoholkonsumtion, övervikt och fetma, fysisk inaktivitet och exponering för UV-strålning (5). Trots att andelen rökare minskar, är tobaksrökning fortfarande den enskilt vanligaste miljömässiga orsaken till cancer (6). Därför är det viktigt med insatser som främjar goda levnadsvanor hos befolkningen. De senaste åren har till exempel en 18-årsgräns för kosmetiskt solariebruk införts såväl som en lag som förbjuder rökning på allmänna platser. Och inom cancervården har personal utbildats kring levnadsvanor i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (7)

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

Screening innebär att individer utan symtom undersöks för att identifiera en sjukdom i tidigt stadium. I Region Stockholm har screeningprogram för livmoderhalscancer, bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer länge drivits, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Det finns god evidens för att dessa program minskar den cancerrelaterade sjukdomsördan (8–10). För närvarande rekommenderar inte Socialstyrelsen screening för prostatacancer med enbart PSA-prov (mätning av halten prostataspecifikt antigen i blodet). Däremot sker en omfattande testning för prostatacancer som hälsokontroll. Det minskar risken att dö i sjukdomen om man drabbas, men leder också till omfattande överdiagnostik och överbehandling. Därför undersöks nu förutsättningarna för och effekterna av att erbjuda strukturerad information och testning för prostatacancer.

### Standardiserade vårdförlopp för att minska onödig väntan

Numera finns nationella vårdprogram för de flesta cancerdiagnoser vilket bidrar till en god och jämlik vård för alla patienter (11). Standardiserade vårdförlopp (SVF) är ett arbetssätt inom cancervården som förväntas 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.

Eftersom tjock- och ändtarmscancer och lungcancer bidrar mest till sjukdoms-  
bördan fokuserar resten av kapitlet på dessa två cancerformer.

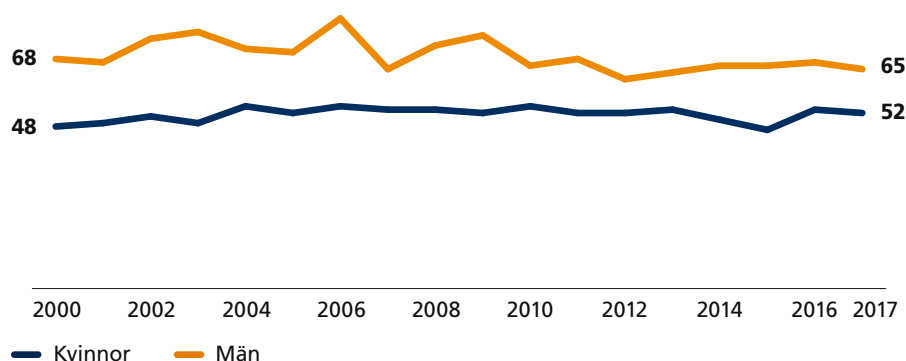
## TJOCK- OCH ÄNDTARMSCANCER

### 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



**Figur 4.** Antal nya fall av tjock- och ändtarmscancer per 100 000 invånare, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2000).

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

### Insatser

#### Fler deltar i screeningprogram

Sedan år 2014 har Socialstyrelsen rekommenderat screening för tjock- och ändtarmscancer genom test av blod i avföringen. Region Stockholm startade sitt screeningprogram redan år 2008. Programmet omfattar alla invånare i åldrarna 60–69 år. Enligt en europeisk studie är deltagarfrekvensen i Stockholm jämförelsevis hög (12), och ökar sedan år 2015 när en enklare testmetod började användas (13). År 2018 var deltagarfrekvensen 70 procent, och högre bland kvinnor och äldre personer. Region Stockholm medverkar nu i implementeringen av screeningprogrammet i resten av landet.

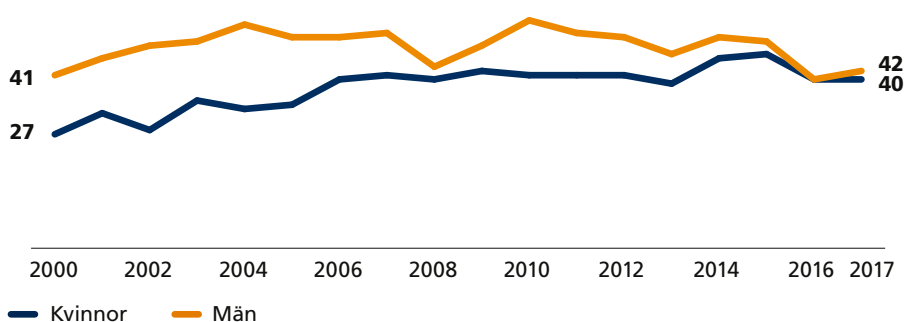
## LUNGCANCER

### 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 för gymnasial utbildning som avlider av lungcancer, än personer med eftergymnasial utbildning (14).

#### Nya fall av lungcancer per 100 000 invånare



**Figur 5.** Antal nya fall av lungcancer per 100 000 invånare, uppdelat efter kön, över tid i Stockholms län (2000–2017). Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2000).

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

### Insatser


#### Rökavvänjning i samband med screening

Lungcancer orsakas nästan alltid av rökning (15). Riktade interventioner som rökavvänjning och lungcancerscreening förväntas påverka riskbeteende, möjliggöra tidig upptäckt och behandling samt minska dödligheten i lungcancer (16, 17). EU (18) samt European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) (19) rekommenderar att medlemsländer bygger upp en infrastruktur för lungcancerscreening och implementerar pilotprojekt. Enligt uttalanden ska rökavvänjning vara en självklar del av screeningprogrammet. Ett flertal internationella studier har identifierat screeningtillfället som en möjlighet att skapa kontakt med personer med ett högriskbeteende (20–23). I ett nytt utvecklingsprogram kommer Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland (RCC) erbjuda daglig-rökande kvinnor möjlighet till rökavvänjningsstöd i samband med mammografibesök samt screening för lungcancer genom röntgen av bröstkorget.

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Cancerincidens i Sverige 2014: Nya diagnosticerade cancerfall år 2014. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen, 2014.
2. Socialstyrelsen. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2015. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen, 2017.
3. Gotland RcS. Interkulturellt informationsprojekt i Botkyrka kommun: Goda vanor för ett friskare liv. Stockholm, Sweden: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, 2017.
4. Socialstyrelsen. Cancer i Sverige – insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Stockholm: 2011.
5. Schuz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol.* 2015;39 Suppl 1:S1-10.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
7. sjuksköterskeförening S. Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer: ett kunskapsunderlag för teamet.
8. Socialstyrelsen. Screening för tjock- och ändtarmscancer: rekommendation- och bedömningsunderlag.
9. Socialstyrelsen. Screening för livmoderhalscancer – rekommendation och bedömningsunderlag. 2015.
10. Socialstyrelsen. Screening för bröstcancer - rekommendation och bedömningsunderlag. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-screeningprogram/screening-brustcancer-rekommendation.pdf>.
11. Regionala cancercentrum i samverkan. Utvärdering av de nationella vårdprogrammen inom cancer vården. 2016.
12. Klabunde C, Blom J, Bulliard JL, Garcia M, Hagoel L, Mai V, et al. Participation rates for organized colorectal cancer screening programmes: an international comparison. *J Med Screen.* 2015;22(3):119-26.
13. Blom J, Lowbeer C, Elfstrom KM, Sventelius M, Ohman D, Saraste D, et al. Gender-specific cut-offs in colorectal cancer screening with FIT: Increased compliance and equal positivity rate. *J Med Screen.* 2018;969141318804843.
14. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten 2016. Stockholm, Sweden: Cancerfonden, 2016.
15. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten Stockholm, Sweden 2018. Hämtad från: [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/?rxid=909f02a4-fb36-4d11-9e97-7e1c29191f59](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=909f02a4-fb36-4d11-9e97-7e1c29191f59).
16. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 2011;365(5):395-409.
17. De Koning H, Van der Aalst C, Ten Haaf K, Oudkerk M. Effects of Volume CT Lung Cancer Screening: Mortality Results of the NELSON Randomised-Controlled Population Based Trial. *Journal of Thoracic Oncology.* 2018;13(10):S185-S.
18. Oudkerk M, Devaraj A, Vliegenthart R, Henzler T, Prosch H, Heussel CP, et al. European position statement on lung cancer screening. *Lancet Oncol.* 2017;18(12):e754-e66.

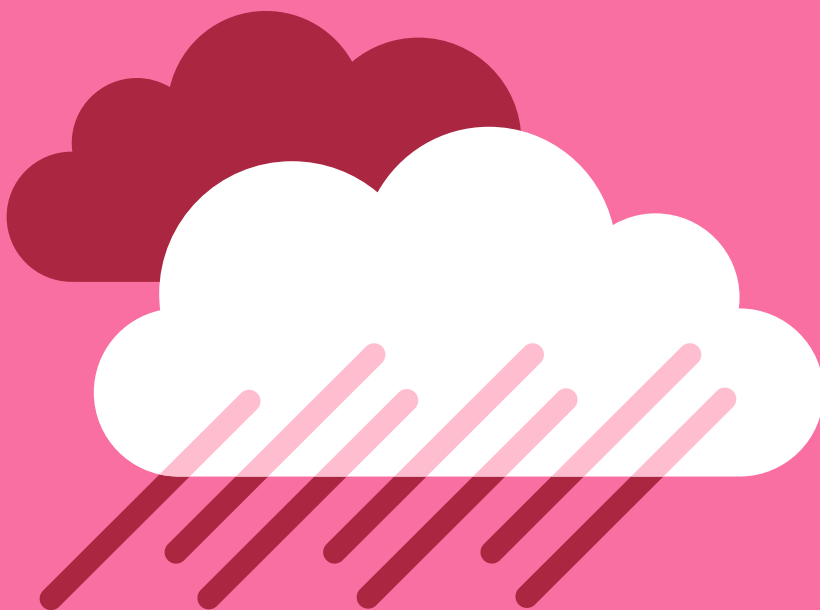
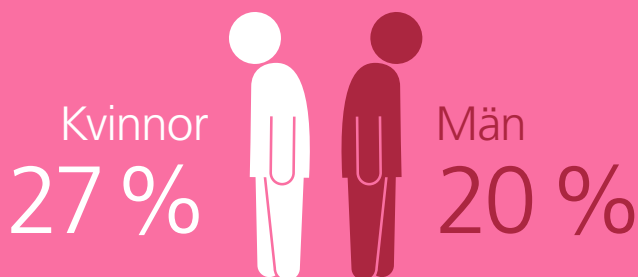


- 
19. Pedersen JH, Rzyman W, Veronesi G, D'Amico TA, Van Schil P, Molins L, et al. Recommendations from the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) regarding computed tomography screening for lung cancer in Europe. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2017;51(3):411-20.
  20. Senore C, Giordano L, Bellisario C, Di Stefano F, Segnan N. Population based cancer screening programmes as a teachable moment for primary prevention interventions. A review of the literature. *Front Oncol.* 2012;2:45.
  21. Stevens C, Vrinten C, Smith SG, Waller J, Beeken RJ. Determinants of willingness to receive healthy lifestyle advice in the context of cancer screening. *Br J Cancer.* 2018;119(2):251-7.
  22. Stevens C, Smith SG, Quaife SL, Vrinten C, Waller J, Beeken RJ. Interest in lifestyle advice at lung cancer screening: Determinants and preferences. *Lung Cancer.* 2019;128:1-5.
  23. Stevens C, Vrinten C, Smith SG, Waller J, Beeken RJ. Acceptability of receiving lifestyle advice at cervical, breast and bowel cancer screening. *Prev Med.* 2019;120:19-25.

9%

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

## Rapporterad psykisk ohälsa



Diagnostiserad depression eller ångest

13% bland kvinnor, 6% bland män

# Depression och ångest

Andelen vuxna i Stockholms län med diagnostiserad depression eller ångest har ökat mellan år 2006 och 2018. Dubbelt så många kvinnor som män får dessa diagnoser, och könsskillnaden har varit konstant över tid. Andelen vuxna som rapporterar psykisk ohälsa har varit relativt oförändrad mellan år 2002 och 2018. Personer med depression eller ångestsyndrom behandlas med antidepressiva läkemedel och olika former av psykologisk behandling, framför allt kognitiv beteendeterapi (KBT).

## 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 sjukdomsförlopp. 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.

Ångestsyndrom är ett paraplybegrepp för en grupp tillstånd som kännetecknas av ångest, rädsla, spänning, oro och stress. Dessa symtom förekommer normalt i livet som en respons på olika stimuli, men vid ångestsyndrom är symtomen oproportionellt långvariga eller intensiva i relation till den situation som utlöste dem. Hit hör diagnostiska tillstånd såsom generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi, post-traumatiskt stressyndrom och allvarlig stressreaktion.

Man kan känna oro, sömnsvårigheter och nedstämdhet utan att nödvändigtvis 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 samvarierar 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).

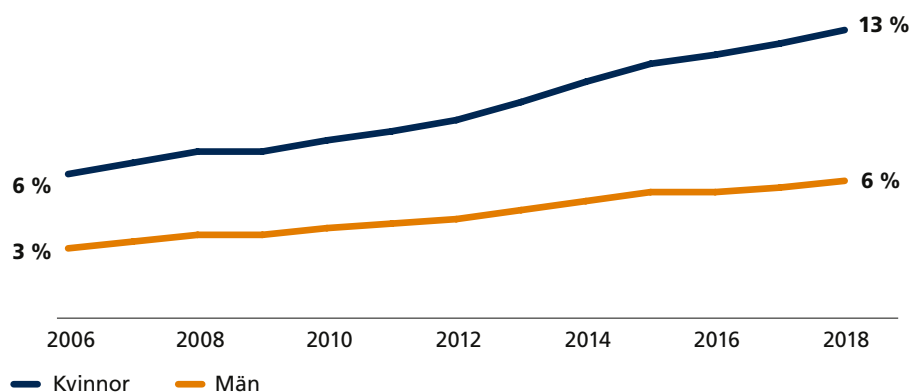
### Förekomst och utveckling över tid

#### 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).

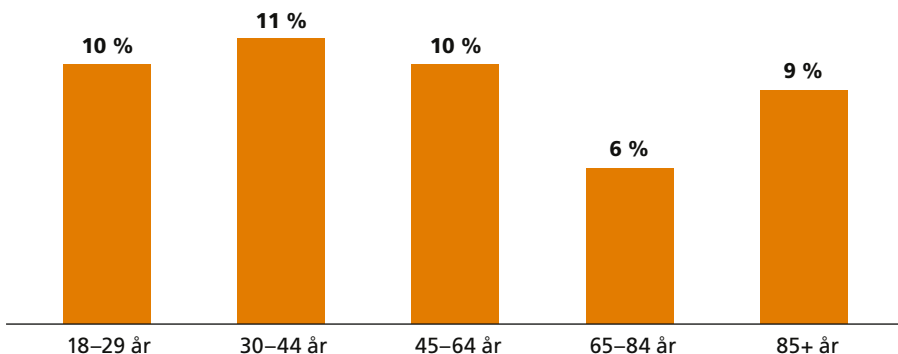
#### Diagnostiserad depression eller ångest



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

Källa: VAL-databasen.

## Diagnos depression eller ångest efter åldersgrupper



**Figur 2.** Andel (%) vårdade personer i åldern 18 år och äldre med diagnosen depression eller ångest, uppdelat efter ålder, i Stockholms län (2018).

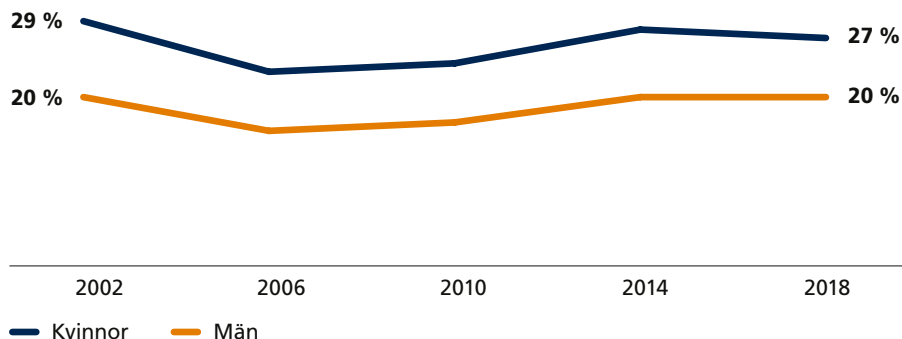
Källa: VAL-databasen.

## 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 skiljer sig förekomsten baserat på födelseland 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



**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

Vad som orsakar depression och ångest är inte fullständigt känt, men det kan ibland kopplas till negativa livshändelser eller en svår livssituation. Barndomen är viktig för vår psykiska hälsa och en god uppväxt skyddar mot psykisk ohälsa och dess konsekvenser såsom självmord, senare i livet (15). Föräldrastöd är ett sätt att främja en god uppväxt och således barns hälsa. Det finns stöd från experiment för att riktat eller indikerat föräldrastöd, det vill säga föräldrastöd som riktas till föräldrar som har problem i föräldraskapet eller som ingår i en grupp där risken för sådana problem är stor, kan minska barns utagerande beteende och stärka föräldrarna i sin föräldraroll (16, 17).

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 hälsofrämjande 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**

Många av orsakerna till psykisk ohälsa är svåra att göra något åt. Däremot kan utlösande faktorer som utgör konsekvenser av dålig arbetsmiljö, troligtvis förhindras med lagstiftning, tillsyn och systematiskt arbetsmiljöarbete. Dessutom bidrar regelbunden fysisk aktivitet och sunda levnadsvanor till bättre hälsa – inklusive psykisk hälsa. Det finns stöd från experiment för att fysisk aktivitet är en effektiv behandling vid lindrig och medelsvår depression (19). Att tidigt komma till rätta med negativ stress och sömnproblem är också viktigt för att förhindra att onda cirklar uppstår.

### **Viktigt 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

- 1 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.
- 2 Köhler CA, Evangelou E, Stubbs B, Solmi M, Veronese N, Belbasis L, Bortolato B, Melo MCA, Coelho CA, Fernandes BS, Olfson M, Ioannidis JPA, Carvalho AF. Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *J Psychiatr Res.* 2018 Aug;103:189-207.
- 3 Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2017 May 4;3:17024.
- 4 Sun Y, Möller J, Lundin A, Wong SYS, Yip BHK, Forsell Y. Utilization of psychiatric care and antidepressants among people with different severity of depression: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018 Jun;53(6):607-615.
- 5 Hogstedt C, Forsell Y, Hemmingsson T, Lundberg I, Lundin A. Psychological Symptoms in Late Adolescence and Long-Term Risk of Suicide and Suicide Attempt. *Suicide Life Threat Behav.* 2018 Jun;48(3):315-327.
- 6 Machado MO, Veronese N, Sanches M, Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Tzoulaki I, Solmi M, Vancampfort D, Schuch FB, Maes M, Fava GA, Ioannidis JPA, Carvalho AF. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Med.* 2018 Jul 20;16(1):112.
- 7 Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Mortensen PB, Laursen TM, Penninx BW. Increased mortality among people with anxiety disorders: total population study. *Br J Psychiatry.* 2016 Sep;209(3):216-21.
- 8 Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2015;14(3):339-47.
- 9 Socialstyrelsen, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. 2011.
- 10 Socialstyrelsen, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. 2011.
- 11 Socialstyrelsen, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. 2011.
- 12 Socialstyrelsen, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. 2011.
- 13 Cavanagh, Anna BA; Wilson, Coralie; Kavanagh, David; Caputi, Peter. Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry.* Issue: Volume 25(1), January/February 2017, p 29-38.
- 14 Socialstyrelsen. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. 2018 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4.pdf>.
- 15 Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ.* 2017 Apr 19;357:j1334.



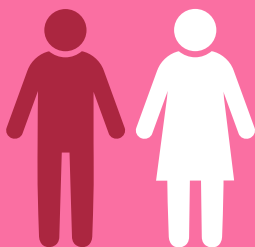
- 16 Socialstyrelsen. Effekter av föräldrastöd. Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen. 2014 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-11-12.pdf>.
- 17 <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/foraldrastodsprogram-vid-utagerande-beteende-hos-barn-effekter-och-verksamma-komponenter/?pub=40790>.
- 18 Christina Dalman, Henrik Dal, Anna-Clara Hollander, Beata Jablonska, Kyriaki Kosidou, Susanne Wicks. Fördjupning barn och unga – uppdrag psykisk hälsa. September 2017 Psykisk Hälsa, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
- 19 Hallgren M, Helgadóttir B, Herring MP, Zeebari Z, Lindefors N, Kaldo V, Öjehagen A, Forsell Y. Exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy for depression: multicentre randomised controlled trial with 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 2016 Nov;209(5): 414-420.
- 20 Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, Grant BF. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018 Apr 1;75(4):336-346.

# 19%

av alla **dödsfall** i åldrarna 15–49 år i Stockholms län orsakas av självmord och självsador.

## 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  
s självsador är

6 av 10 kvinnor  
4 av 10 män

# Själv mord och självskador

Varje år tar över 300 personer i Stockholms län sitt liv, och cirka 1 700 personer vårdas för självmordsförsök eller självskador i slutenvård. Mellan år 1980 och 2017 har självmordstalet halverats, men sedan 2000-talet har minskningen stannat av. Själv mordshandlingar förekommer i alla samhällsgrupper, och det finns inga metoder som med tillräcklig hög säkerhet kan säga vem som kommer att begå självmord. Att förebygga självmord kräver ett brett folkhälsoarbete riktat till hela befolkningen. Dessutom är uppföljning av patienter som har vårdats för självmordsförsök viktig.

## Introduktion

### Så definieras självmord, självmordsförsök och självskada

Själv mord eller suicid är en uppsåtlig och dödlig, självdestruktiv handling (1). Om handlingen inte är dödlig utgör den ett självmordsförsök. Den suicidal intentionen kan dock vara svår för läkare att fastslå. För att hellre över- än underskatta förekomsterna redovisas i det här kapitlet därför självmordsstatistik som inkluderar både säkra och osäkra fall, respektive slutenvård för självmordsförsök och självskador (utan suicidal intention) samlat. De självmordsförsök som rapporterats genom Folkhälsoenkäten (FHE) är alla avsiktliga och suicidala.

### Mycket svårt att förutse självmord

Själv mord är den yttersta konsekvensen av ett stort lidande. Lidandet kan ha orsakats av svår sjukdom, såväl psykisk som somatisk, eller av olika trauman och livshändelser. Några exempel på riskfaktorer är depression, ångest, missbruk, schizofreni, cancer, diabetes, kronisk smärta, mobbning, ensamhet, sociala konflikter och ekonomiska svårigheter (2–14). Individuella variationer i exempelvis genetisk, biologisk och neuropsykologisk sårbarhet (15) påverkar också självmordsrisken. Likaså kan yttre omständigheter, som exempelvis tillgång till dödliga medel eller icke tillgodosedda vård- och stödbehov, spela en avgörande roll för beslutet att begå en självmordshandling (1, 16, 17). 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

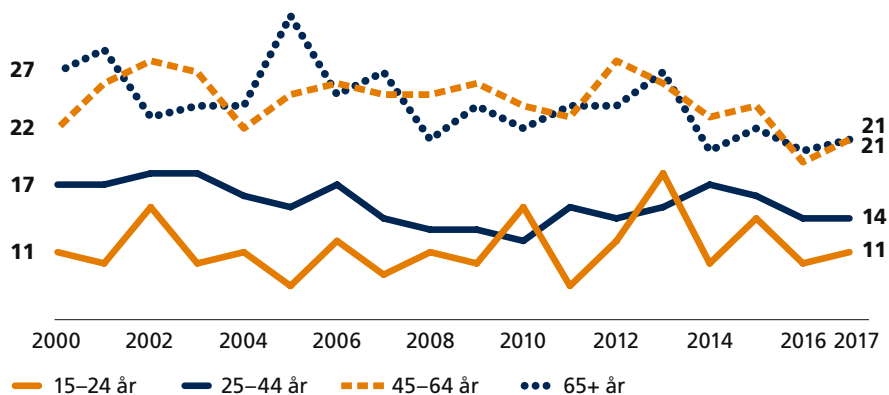
Självordshandlingar har också en starkt negativ påverkan på den psykiska hälsan hos många efterlevande anhöriga och vänner (22). Att leva under hotet av självmord är extremt stressande, liksom de somatiska och neurologiska skador som kan uppstå till följd av icke dödliga självmordsförsök. Fullbordade 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

### Självorden 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 självmordstalet halverats, både i Stockholms län och i resten av landet. Sedan 2000-talet har minskningen stannat av (se figur 1).

### Självord per 100 000 invånare



**Figur 1.** Antal självmord per 100 000 invånare 15 år och äldre, uppdelat efter ålder, över tid i Stockholms län (2000–2017).

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

### Självordsrisker högst bland de allra äldsta

År 2017 var självmordstalet högst bland länetns 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 självmordstalet 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

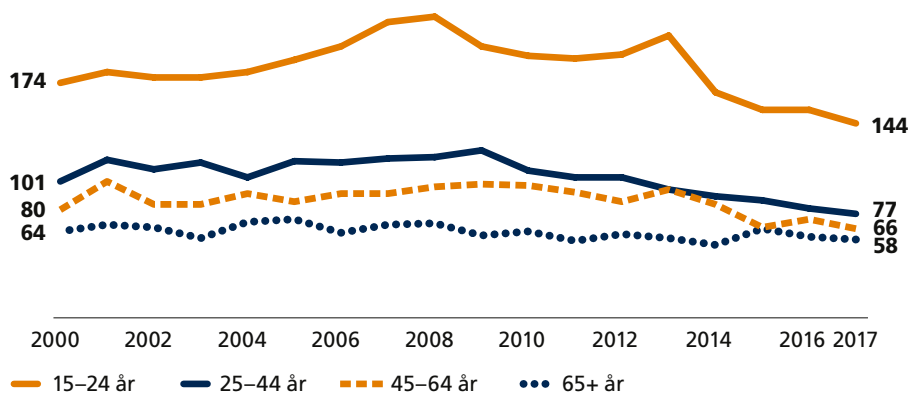
Antalet personer över 15 år som slutenvårdades för självmordsförsök och självsador i Stockholms län var år 2008–2017 i genomsnitt 1 747 per år (100 patienter per 100 000 invånare). Av dessa var 63 procent kvinnor. Det genomsnittliga antalet slutenvårdade i länet är lägre än i hela Sverige under samma 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 självrapporteringar uppger 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 självsador 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 självmordsförsök och självsador per 100 000 invånare



**Figur 2.** Antal självmordsförsök och självsador i slutenvård per 100 000 invånare 15 år och äldre, uppdelat efter ålder, över tid i Stockholms län (2000–2017).

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

## Grupper med förhöjd risk för självmord

Ett globalt fenomen är att män oftare avlider i självmord, medan självsådor och självmordsförsök är vanligare bland kvinnor (1). Andra grupper med förhöjd risk för självmord inkluderar personer med kort utbildning, personer som är ensamstående och personer utan hemmavarande barn. De som begår självmord konsumerar relativt mycket vård åren före dödsfallet, och är oftare högkonsumenter av vård, sjukskrivna eller får sjuk- och aktivitetsersättning. I Stockholms län är substansrelaterade diagnoser en av de vanligaste diagnoserna i slutenvård bland personer som begår självmord, följt av personlighetsstörningar (bland kvinnor) och ångestrelaterade tillstånd (bland män). Påtagligt få som begick självmord år 2011–2016 hade slutenvårdats för självmordsförsök inom de fem sista levnadsåren: endast sju procent bland kvinnor och fyra procent bland män. Skillnaden är emellertid stor jämfört med personer som inte begick självmord under samma tidsperiod, där mindre än en procent hade slutenvårdats för självmordsförsök (27).

### Insatser

#### Restriktion av medel som kan användas i självmordssyfte

Självmord och självsådor 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

Experiment visar att ett fåtal skolbaserade program riktade till barn och ungdomar, kan minska risken för framtida självmordshandlingar. Programmen uppmärksammar självmord och psykisk ohälsa för att öka elevernas medvetenhet och uppmuntra till hjälpsökande eller andra prosociala beteenden. För mediebaserade insatser och informationskampanjer är evidensen måttlig. Sådana kampanjer har exempelvis syftat till att sprida budskap om att självmordsbenägenhet och depression är behandlingsbart, samt att främja hjälpsökande och hjälpande beteenden genom till exempel skyltar med telefonnummer till en hjälplinje (17, 29). Generellt sett visar dessa studier på ett visst samband med reducerade självmords- eller självmordsförsökstal. Man har också sett ett visst självmordspreventivt samband med utbildningar riktade till allmänheten, vården, eller särskilda yrkesgrupper såsom räddningstjänst och polis. Många studier har dock inte funnit några sådana effekter (28).

## **Uppföljning av patienter som vårdats för självmordsförsök**

Den kliniska vårdens främsta syfte är att behandla underliggande sjukdomar och besvär som kan ge upphov till lidande. Det finns stöd från experiment att vissa psyko-terapeutiska behandlingar såsom dialektisk beteendeterapi, kan minska självskador hos patienter (30), medan evidensen för andra behandlingar är mer oklar. Det är svårt att identifiera högriskgrupper eftersom självmordsrisk inte kan förutses med hög tillförlitlighet genom screeningtester eller kliniska suicidriskbedömningar (18–21). Det finns stöd från experiment att lågintensiva uppföljningar (via telefon eller brev) av patienter som vårdats för självmordsförsök, förebygger nya suicidala handlingar (28, 31). Sådana insatser bör kunna erbjudas till alla patienter som gör självmordsförsök, särskilt med tanke på otillförlitligheten hos suicidprediktioner.

## **Ny handlingsplan för självmordsprevention**

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention har genom en systematisk litteratursammanställning tagit fram ett underlag till en förnyad självmordspreventiv handlingsplan för Region Stockholm (28). Litteratursammanställningen innehåller förslag till åtgärder med måttlig till stark evidens. I den nya handlingsplanen läggs större vikt vid breda folkhälsoinriktade strategier som viktigt komplement till kliniska behandlingar.

## REFERENSER

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2014. [citerad 2019-08-22]. Hämtad från: <http://www.who.int/iris/handle/10665/131056>.
2. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med*. 2014;44(2):279–89.
3. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. Jenkins R, editor. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000123.
4. Frasquilho D, Matos MG, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2016;16(1):115.
5. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):181–92.
6. Qin P, Webb R, Kapur N, Sørensen HT. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J Intern Med*. 2013;273(1):48–58.
7. Butwicka A, Frisén L, Almqvist C, Zethelius B, Lichtenstein P. Risks of Psychiatric Disorders and Suicide Attempts in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Population-Based Cohort Study. *Diabetes Care*. 2015;38(3):453–9.
8. Pompili M, Forte A, Lester D, Erbutto D, Rovedi F, Innamorati M, et al. Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2014;76(5):352–60.
9. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol*. 2004;22(20):4209–16.
10. Calati R, Ferraro C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho A, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. 2019;245:653–67.
11. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006;36(5):575–86.
12. Kazan D, Calear AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;190:585–98.
13. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2015;135(2):e496–509.
14. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064–74.
15. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):63–72.
16. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646–59.
17. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):994-1001.



18. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, et al. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(6):642.
19. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242. [citerad 2019-08-22]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/instrument-for-bedomning-av-suicidrisk/>.
20. Woodford R, Spittal MJ, Milner A, McGill K, Kapur N, Pirkis J, et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(1):23–40.
21. Large M, Kanesson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156322.
22. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):86–94.
23. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, et al. Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):456.
24. Scocco P, Preti A, Totaro S, Corrigan PW, Castriotta C, SOPROXI Team. Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *J Affect Disord*. 2019;244:223–30.
25. Bailey SE, Kral MJ, Dunham K. Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29(3):256–71.
26. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691–9.
27. Narusyte J, Kosidou K, Sörberg Wallin A, Dalman C. En beskrivning av personer som dött i suicid i Stockholms län under åren 2011 till 2016: sociodemografiska karaktäristika, tidigare sjukfrånvaro och vårdkonsumtion samt jämförelse med kontroller. Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES). Stockholm; 2019.
28. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP). Rekommendationer för suicidpreventiva insatser på befolkningsnivå. Centrum för hälsoekonomi, Informatik och Sjukvårdsforskning (CHIS). Stockholm; 2019.
29. Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2017;47(6):672–87.
30. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behav Ther*. 2019;50(1):60–72.
31. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts B V. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2017;210(6):396–402.



# Utmaningar



# Fysisk hälsa

Bland de sjukdomar, skador och dödsorsaker som bidrar mest till sjukdomsburden, 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



■ Metabola risker orsakade av levnadsvanor eller miljö      ▨ Metabola risker därutöver  
■ Levnadsvanor därutöver      ■ Oförklarad

**Figur 1.** Påverkbara orsaker till hjärt-kärlsjukdom i Stockholms län (2017).

Källa: Global Burden of Disease (GBD).

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 sjukdomsburden som det blir tydligt hur stort dessa riskfaktorer bidrag är till den samlade folkhälsan. Hälsa- och sjukvården kan erbjuda kostnadseffektiv behandling av kardiometabola riskfaktorer och har därför stor potential att ytterligare förebygga ohälsa och förtida död.

## 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 öppen-vårdskontakt 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**

Rådgivning om livsstilsförändring är den primära åtgärden i arbetet med att minska förekomst av högt blodtryck och andra kardiometabola risker, inklusive rökning. Det är en välgrundad åtgärd eftersom goda levnadsvanor och livsstil minskar risken även för andra hälsoproblem. Den numera mycket tydligt belagda vetenskapen om rök-avvänjningens kostnadseffektivitet, är en fingervisning om den stora potentialen. Fortsatt kunskapsutveckling om övriga livsstilsråd är angelägen. När levnadsvanor och livsstil inte är orsaken, eller råd om förändring inte räcker, finns effektiva receptbelagda läkemedel som alternativ och komplement till livsstilsbehandlingen. En åtgärd som kan bidra till minskad ojämlikhet i hälsa är att subventionera nikotinläkemedel. För båda typerna av behandling är uppföljningen viktig.

## 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 sjukdomsbördekalkylerna. 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 sjukdomsbördemodellerna.

## **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.

Totalt 18 procent av den vuxna befolkningen i Stockholms län hade kontakt med vården för psykisk ohälsa inklusive diagnostiserad ångest eller depression år 2018. De senaste fem åren har 41 procent bland kvinnor och 25 procent bland män haft minst ett besök i vården för psykisk ohälsa. Hur vård och andra välfärdsresurser ska mobiliseras för att förebygga, lindra eller bota denna utbredda ohälsa är en stor samhällsfråga.

## UTMANING 1:

### **Utred förhållandena mellan registrerade diagnoser, vård och verklig förekomst**

Andelen med registrerade diagnoser, särskilt ångest, ökar snabbt. Det är troligen delvis ett resultat av minskande mörkertal. De höga nivåerna, särskilt av ångestsjukdom, är dock något som behöver observeras och utvecklingen över tid fortsatt bevakas. Vi behöver också förstå de bakomliggande orsakerna till ångestsjukdom och depression bättre. Ett historiskt exempel på en undersökning på området är (dåvarande) Stockholms läns landstings egen studie Psykisk ohälsa, arbete och relationer (PART). I den genomgick ett representativt urval av befolkningen (inte bara de som söker vård för psykisk ohälsa) en strukturerad psykiatrisk intervju. Undersökningen genomfördes senast år 1998. En särskild satsning på rekrytering och fokus på olika befolkningsgrupper i en uppföljande studie kan ge värdefulla svar kring förhållandena mellan verklig förekomst av psykisk sjukdom, psykisk ohälsa och andelen med registrerad diagnos och vård för mildare psykisk ohälsa. Det är särskilt centralt att bevaka bidraget från utmattningssyndrom.

## UTMANING 2:


### **Säkerställ att så många som möjligt erbjuds evidensbaserad behandling**

Andelen i Stockholms län med diagnostiserad ångestsjukdom och depression ökar. I den utsträckning det beror på minskade mörkertal är utvecklingen bra för folkhälsan – men enbart om patienten också får evidensbaserad vård efter diagnostiseringen. Eftersom ökningen av vårdbehovet sker mycket snabbt, behövs särskilda satsningar på styrning och uppföljning för att säkerställa att så många som möjligt av patienterna erbjuds evidensbaserad vård inklusive råd och stöd kring sunda levnadsvanor, psykoterapi och läkemedel.

## 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 föräldrastöd 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 långtidseffekter 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 tredubblats 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 utbildningssystemen 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 hälsoskillnaderna 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 sammansatt 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

1. Institute for Health Metrics and Evaluation UoW. GBD Compare Seattle, WA2017. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
2. 1177 Vårdguiden Region Stockholm. Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/blodtryck/hogt-blodtryck/>.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin  
Box 45436  
104 31 Stockholm  
E-post [ces.sls@sl.l.se](mailto:ces.sls@sl.l.se)  
Tfn vxl 08-123 400 00

 **Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**  
REGION STOCKHOLM