

LIVSSTILSRAPPORT 2008

Lägesrapport om livsstilsfrågor



www.fhi.se
A 2008:05

LIVSSTILSRAPPORT 2008

Lägesrapport om livsstilsfrågor

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Regeringsuppdrag

Redovisning av uppdrag

Regeringen har gett Statens folkhälsainstitut i uppdrag att senast den 1 oktober rapportera om livsstilsfrågor som är av stor betydelse för folkhälsan. Rapporten skall innehålla en omvärldsanalys, beskriva behoven och föreslå inriktning och prioriteringar av påföljande års arbete inom bland annat alkohol-, narkotika-, tobak - och dopningsområdet. Bifogad rapport är Statens folkhälsainstituts redovisning till regeringen med anledning av uppdraget.

Uppdraget har beretts av en styrgrupp bestående av avdelningschefer för berörda avdelningar. Jan Cedervärn, avdelningen för analys och uppföljning, Sven Andréasson, Anna Bessö, avdelningen för alkohol och narkotika och Ann-Cristine Jonsson avdelningen för levnadsvanor. Redaktörer har varit Cecilia Wadman och Hans ten Berg, avdelningen för analys och uppföljning.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Gunnar Ågren. Föredragande har varit projektledare Cecilia Wadman.

Gunnar Ågren

Cecilia Wadman

Bilaga

Rapport: Livsstilsrapport 2008. Lägesrapport om livsstilsfrågor.

Statens folkhälsoinstitut skall senast den 1 oktober varje år rapportera om livsstilsfrågor som är av stor betydelse för folkhälsan. Rapporten skall innehålla en omvärldsanalys, beskriva behoven och föreslå inriktning och prioriteringar av påföljande års arbete inom bland annat alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet.

Innehåll

SAMMANFATTNING	6
SAMMANFATTNING AV DE VIKTIGASTE ÅTGÄRDerna INOM ALKOHOL, NARKOTIKA, TOBAK OCH DOPNING	7
<i>Alkohol</i>	7
<i>Narkotika</i>	7
<i>Tobak</i>	7
<i>Dopning</i>	8
INLEDNING	9
<i>Tidigare lägesrapporter om levnadsvanor och hälsa</i>	9
<i>Levnadsvanornas betydelse för folkhälsan</i>	10
HUR HAR UTVECKLINGEN VARIT I STORT	11
SAMSPELET MELLAN LEVNADSVANOR, SJÄLV-RAPPORTERAD HÄLSA OCH SOCIALA BAKGRUNDSFÖRHÅLLANDEN	12
<i>Folkhälsa, levnadsvanor och livsstil</i>	12
LÄGESBESKRIVNING FÖR LEVNADSVANOR SOM HAR BETYDELSE FÖR FOLKHÄLSAN	16
<i>Alkohol</i>	16
<i>Regionala data</i>	19
<i>Narkotika</i>	21
<i>Regionala data</i>	24
<i>Tobak</i>	26
<i>Regionala data</i>	29
<i>Spel</i>	33
<i>Regionala data</i>	35
<i>Fysisk aktivitet</i>	37
<i>Regionala data</i>	39
<i>Matvanor och livsmedel</i>	41
<i>Övervikt och fetma</i>	41
<i>Frukt och grönsaker</i>	42
<i>Regionala data</i>	44

<i>Sexuell och reproduktiv hälsa</i>	46
LEVNADSVANOR BLAND OLIKA GRUPPER	48
<i>Yngres hälsa</i>	48
<i>Äldres hälsa</i>	49
<i>Gravida och spädbarnsföräldrar</i>	51
<i>Funktionsnedsättning</i>	51
ALLMÄN ÖVERSIKT AV FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	52
INSATSER	54
<i>Alkohol</i>	54
<i>Narkotika</i>	55
<i>Tobak</i>	56
<i>Spel</i>	57
<i>Fysisk aktivitet</i>	57
<i>Matvanor och livsmedel</i>	58
<i>Sexualitet och reproduktiv hälsa</i>	59
INRIKTNING OCH PRIORITERING AV INSATSER INOM ALKOHOL, NARKOTIKA, TOBAK OCH DOPNING...	60
<i>Prioriterade insatser inom ANTD-området under 2009</i>	60
<i>Tillgänglighetsbegränsning</i>	60
<i>Insatser inom hälso- och sjukvården</i>	61
<i>Föräldrainsatser</i>	61
<i>Barn till föräldrar med alkohol- och narkotikaproblem</i>	61
<i>Information/opinionsbildning</i>	61
<i>Fullfölja påbörjade insatser</i>	62
<i>Inriktning och prioriterade insatser inom spel, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt sexuell och reproduktiv hälsa</i>	63
<i>Spel</i>	63
<i>Fysisk aktivitet</i>	63
<i>Matvanor och energibalans</i>	63
<i>Sexuell och reproduktiv hälsa</i>	64
REFERENSLISTA	65
ÖVRIGA RESULTAT	70
BESKRIVNING AV REDOVISNINGSGRUPPER	70

Sammanfattning

Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag av regeringen att lägga en årlig livsstilsrapport. I denna redovisas de levnadsvanor som har stor betydelse för folkhälsan. Rapporten grundar sig framför allt på Statens folkhälsoinstituts årliga undersökningar av hälsorelaterade levnadsvanor, Nationella folkhälsoenkäten, men även andra datakällor har utnyttjats.

Rapportens viktigaste resultat är att levnadsvanor som medför hälsorisker har ett starkt inbördes samband och med människors sociala situation.

Andra viktiga resultat som framkommer i rapporten är att alkoholskadorna fortsätter att öka trots att ökningen av totalkonsumtionen stannat upp de senaste åren. Detta kan tyda på en viss tidsfördröjning innan skador visar sig och på att det skett en omfördelning av skadlig alkoholkonsumtion till nya grupper. Allvarligt är också den narkotikarelaterade dödligheten har ökat och nu är på den högsta nivån som registrerats någonsin. Fortfarande är dock användningen av narkotika relativt liten vid en internationell jämförelse.

Glädjande är att rökningen minskat, vilket kan ha samband med rökförbudet på restauranger som infördes 2005. Det bör dock noteras att betydande befolkningsgrupper, framför allt lågutbildade och lågavlönade kvinnor släpar efter i den gynnsamma utvecklingen.

Kraftig övervikt eller fetma har ökat bland kvinnor vilket tyvärr motsäger förhoppningarna att det skulle ha skett ett genomgripande trendbrott när det gäller ökningen av övervikt. Insatser för att stimulera till ökad fysisk aktivitet – exempelvis fysisk aktivitet på recept – fått stort genomslag.

I rapporten ställs en rad förslag till fortsatta insatser. Särskilt när det gäller alkohol, narkotika, tobak och dopning är tillgänglighetsreducerande åtgärder av central betydelse eftersom det rör sig om beroendeskapande substanser. Det ställs därför förslag om tillgänglighetsbegränsande åtgärder som innefattar såväl en anpassning av beskattningen till den allmänna prisutvecklingen och en förstärkt och samordnad tillsyn. När det gäller narkotika är det angeläget att man får genomföra rutinmässiga kontroller av droganvändning i trafiken på samma sätt som nu gäller för alkohol. Tobaksvaror bör inte få exponeras i samband med försäljning.

Viktiga målgrupper för det fortsatta arbete är äldre, där satsningar på fysisk aktivitet framstår som en central förebyggande åtgärd, barn och unga där föräldrastöd och satsning på socialt och emotionellt lärande är centrala inslag bland annat i ett drog förebyggande arbete. Personer med funktionsnedsättning uppmärksammas särskilt.

Sammanfattning av de viktigaste åtgärderna inom alkohol, narkotika, tobak och dopning

Nedan lägger Statens folkhälsoinstitut förslag på de viktigaste åtgärderna.

Alkohol

- Regeringen bör stärka satsningen på tillgänglighetsbegränsning. Hit hör spridning av Kronobergspolisens modell för att begränsa illegal alkoholhantering; begränsning av antalet serveringstillstånd och öppethållandetider samt effektivare tillsyn. Alkoholkontroller i trafiken bör genomföras mer slumpmässigt.
- Regeringen bör verka för att alkoholordgivning, baserad på screening och motiverande samtal, sprids på bred front inom hälso- och sjukvården.
- Regeringen bör verka för en fortsatt satsning på länsstyrelsens tillsynsverksamhet inom alkoholområdet med utbildning och handledningsmaterial samt kontakt med frivilligorganisationer och regionala aktörer.
- Regeringen bör överväga en anpassning av alkoholbeskattningen till den allmänna prisutvecklingen.

Narkotika

- Regeringen bör utreda möjligheten att screena för andra droger i trafiken på samma sätt som för alkohol.
- Regeringen bör verka för screening för överanvändning av narkotikaklassade läkemedel och beroendeskapande läkemedel inom hälso- och sjukvården.
- För att effektivare kunna begränsa utbudet av så kallade designer drugs bör regeringen föreslå att förordningen om förbud mot vissa hälsofarliga varor också omfattar estrar och etrar av de substanser som upptas i bilagan till förordningen.

Tobak

- Regeringen bör införa ett förbud mot att exponera tobaksvaror.
- Regeringen bör införa ytterligare skärpningar av tobakspolitiken.
- Regeringen bör verka för en fortsatt utveckling av rökfria miljöer i hela samhället.

- Regeringen bör fortsätta genomföra årliga höjningar av priset på alla tobaksvaror inklusive snus.
- Regeringen bör verka för en fortsatt satsning på länsstyrelsens tillsynsverksamhet inom tobaksområdet med utbildning och handledningsmaterial samt kontakt med frivilligorganisationer och regionala aktörer.

Dopning

- Regeringen bör, baserat på en nationell kartläggning, utveckla en handlingsplan för insatser mot dopning,

Inledning

Statens folkhälsoinstitut har från och med våren 2008 uppdraget att i en lägesrapport årligen beskriva de livsstilsfrågor som är av stor betydelse för folkhälsan. Årets lägesrapport är den första i den tänkta återkommande serien av rapporter. Rapporten ger en aktuell avstämning inom de levnadsvanor som har stor betydelse för hälsoutvecklingen i befolkningen: alkohol, tobak, spel, kost, fysisk aktivitet och en god sexualitet och reproduktiv hälsa. Rapporten ger en kortfattad beskrivning av kunskapsläget inom de ovan beskrivna levnadsvanorna och dess förekomst i befolkningen både nationellt och regionalt. Rapporten kommer vidare att beskriva behoven och föreslå inriktning och prioriteringar av påföljande års arbete inom bland annat alkohol, narkotika och tobaksområdet. Rapporten kommer inte att rapportera om dopning i år.

Rapporten baserar sig på textunderlag från flera medarbetare vid Statens folkhälsoinstitut samt en rad datakällor, bland annat Nationella folkhälsoenkäten, Stockholmsenkäten (Drogvanundersökningen), Dödsorsaksregistret och Patientregistret (Socialstyrelsen), Alkoholstatistik (Statens folkhälsoinstitut), Statistikrapport över livsmedel (Jordbruksverket).

Tidigare lägesrapporter om levnadsvanor och hälsa

Statens folkhälsoinstitut har tidigare publicerat en rad rapporter på området livsstil och levnadsvanor. Statens folkhälsoinstitut publicerade 2003 bland andra rapporten Hälsorelaterade levnadsvanor. Vad vet vi och vad behöver vi veta? 2004 publicerades den första rapporten från den nationella folkhälsoenkäten Levnadsvanor och Hälsa. Rapporten följdes av lägesbeskrivningar från den nationella folkhälsoenkäten åren 2005 och 2006. Statens folkhälsoinstitut publicerade år 2005 rapporten Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. I rapporten Särbehandlad och kränkt kartlade Statens folkhälsoinstitut, tillsammans med Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), sambanden mellan diskriminering och hälsa. År 2008 kartlade Statens folkhälsoinstitut funktionsnedsattas hälsa i rapporten Onödig ohälsa.

Statens folkhälsoinstitut har i uppgift att samordna den nationella uppföljningen av regeringens folkhälsopolitik. Resultatet redovisas i en folkhälsopolitisk rapport som regelbundet ska inkomma till regeringen. Den första folkhälsopolitiska rapporten inlämnades 2005. Den andra rapporten ska inkomma hösten 2010. Andra viktiga rapporter på området är Socialstyrelsens Folkhälsorapport och rapporter från Statistiska Centralbyrån rörande levnadsvillkor och hälsa.

Levnadsvanornas betydelse för folkhälsan

Levnadsvanor har en avgörande betydelse för folkhälsan i stort. Det hänger samman med att huvuddelen av sjukdomsburden (ett sammanvägt mått för upplevd ohälsa och förtidiga dödsfall) utgörs av icke smittsamma, ofta kroniska sjukdomar som i sin tur beror på ett samspel mellan olika bestämningsfaktorer. Levnadsvanor som kost, fysisk aktivitet, tobak och alkohol spelar en avgörande roll för sjukdomar som står för en allt större del av den samlade sjukdomsburden i Sverige, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och lungcancer och kronisk obstruktiv lungsjukdom. Också den växande psykiska ohälsan har samband med levnadsförhållanden. Olika typer av kroppsliga skador har ofta ett samband med hög alkoholkonsumtion.

En viktig ny kunskap är att levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet högt upp i åldrarna. Fysisk aktivitet minskar risken för fallskador och har exempelvis stor betydelse för att påverka depression och demenssymptom bland äldre.

Enskilda riskfaktorer samspelar med varandra och med sociala bakgrundsfaktorer. Mekanismerna bakom alkohol-, tobaks-, narkotika- och spelberoende har likheter med varandra. Övervikt har ett nära samband med brist på fysisk aktivitet och minskar i sin tur möjligheterna till motion. Samspelet mellan levnadsvanor gör att man ofta ser flera riskfaktorer hos en och samma individ.

Dålig ekonomi och brist på inflytande över arbete och livssituation ökar kraftigt sårbarheten för sjukdomar som har samband med livsstilen och minskar också i hög grad möjligheterna till förändring. När det gäller de flesta hälsorelaterade levnadsvanorna finner man därför kraftiga sociala skillnader. Kraftig övervikt och daglig rökning är vanligast bland lågavlönade och personer med kortvarig utbildning och särskilt då bland lågavlönade kvinnor, som befinner sig i en särskilt utsatt situation. För riskabel alkoholkonsumtion ser man inte ett lika tydligt mönster, däremot verkar det som om konsekvenserna i form av svåra alkoholrelaterade sjukdomar och dödsfall är kraftigt socialt snedfördelade.

Det faktum att ohälsosamma levnadsvanor ofta står i samband med en beroendeproblematik och en utsatt social situation medför att enbart informationsinsatser i allmänhet är otillräckliga för att förändra livsstilen. Detta innebär inte att informationsinsatser är verkningslösa, tvärtom är kunskap en förutsättning för att man skall kunna genomföra de samhällsförändringar som ökar förutsättningarna för mer hälsosamma levnadsvanor.

Hur har utvecklingen varit i stort

Världshälsoorganisationen, WHO, gav 2005 ut en rapport (Preventing chronic diseases – a vital investment) om att förebygga kroniska sjukdomar. Där noterar man att denna sjukdomsgrupp numera står för mer än 80 procent av sjukdomsördan i industriländerna och idag också är den viktigaste sjukdomsgruppen världen över. Sjukdomar som har samband med tobak, brist på fysisk aktivitet och övervikt ökar dramatiskt i stora delar av världen. WHO gör uppskattningen att 80 procent av alla insjuknanden i hjärt-/och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2 skulle kunna undvikas om man undanröjde kända riskfaktorer. Hälsorelaterade levnadsvanor har en långt större betydelse när det gäller att påverka den framtida sjukdomsördan än behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Samtidigt finns en outnyttjad potential för förebyggande insatser inom sjukvården. Exempel på detta är fysisk aktivitet på recept och insatser mot riskkonsumtion av alkohol. Rökavvänjning är en av de mest kostnadseffektiva insatserna som kan göras inom vården.

När det gäller långsiktiga förändringar av levnadsvanorna i Sverige är mönstret mångfacetterat. Den mest glädjande förändringen är den långsiktiga minskningen av daglig rökning som också är en viktig orsak till att hjärt- och kärlsjukdomar minskar. Ett observandum är dock att minskningen endast i begränsad grad omfattar lågavlönade kvinnor.

När det gäller alkoholkonsumtion såg man en långsiktigt minskande trend från slutet av 1970-talet till mitten av 1990-talet. Under denna tid skedde också en minskning av dödsfall i skrumplever och andra alkoholrelaterade sjukdomar samt skador. Efter 1996 har man sett en trendmässig ökning av alkoholkonsumtionen och under de senaste åren också tecken till en uppgång av alkoholism och andra skadetyper.

När det gäller narkotika har dödligheten ökat kraftigt under slutet av 1990-talet och ligger kvar på en hög nivå. Antalet unga personer som prövat narkotika har däremot varit lågt både jämfört med 1970-talet och med andra europeiska länder.

Andelen personer som är överviktiga har också ökat kraftigt. Den fysiska aktiviteten är svårare att följa över tid men sannolikt har mindre fysiskt ansträngande jobb och ökade bilresor bidragit till att vardagsmotionen minskat. De negativa konsekvenserna av kraftig övervikt och brist på fysisk aktivitet tar ofta lång tid för att utvecklas vilket kan förväntas leda till ökande framtidsproblem.

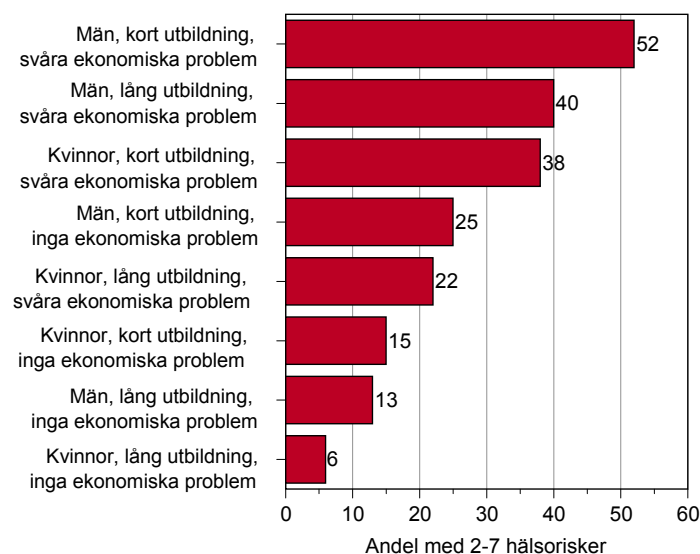
En genomgående erfarenhet när det gäller utvecklingen av hälsorelaterade levnadsvanor är att den fysiska tillgängligheten har en avgörande betydelse. Minskningen av rökningen har i hög grad underlättats av faktorer som höga tobaksskatter och rökförbud på restauranger och arbetsplatser. Alkoholskadorna har ett nära samband med totalkonsumtionen av alkohol. Det kraftiga utbudet av energirika livsmedel med hög socker- och fetthalt har kraftigt bidragit till övervikten. En generell erfarenhet är att de grupper i samhället som är mest sårbara också påverkas mest negativt av en ökad tillgänglighet.

Samspelet mellan levnadsvanor, självrapporterad hälsa och sociala bakgrunds-förhållanden

Folkhälsa, levnadsvanor och livsstil

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens samlade hälsoillstånd som innefattar både nivå och fördelning av hälsan inom befolkningen. Målet för den svenska folkhälsopolitiken är att åstadkomma en god hälsa på lika villkor för alla befolkningsgrupper. Det är således önskvärt att folkhälsan både är god och jämt fördelad inom befolkningen oavsett individens socioekonomiska förutsättningar. Begreppet livsstil har ingen entydig betydelse, men är idag ett uttryck för hur människor väljer att leva utifrån sin livssituation, som i sin tur påverkas av identitet och social tillhörighet. Förhållanden mellan livsstil och socioekonomi är viktiga komponenter för förståelsen av samband mellan levnadsvanor och hälsa på befolkningsnivå. Med levnadsvanor menas vanligen de vanor som har stor betydelse för vår hälsa.

Ohälsosamma levnadsvanor (hälsorisker) återfinns till största delen bland dem som också är socialt utsatta. En ansamling av både ohälsosamma levnadsvanor och att samtidigt sakna den skyddsfaktor som en god social situation, medför en ökad risk för att utveckla ohälsa. Utbildning, social position på arbetsmarknaden samt den ekonomiska situationen hänger starkt samman med ansamling av ohälsosamma levnadsvanor.



Figur 1. Procentuell andel personer med minst två hälsorelaterade levnadsvanor (risker) efter utbildning och ekonomisk situation, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Då utbildning och ekonomisk situation kombineras på detta sätt (figur 1) framgår det tydligt att det finns stora skillnader bland dem med kort respektive lång utbildning. Exempelvis är det

dubbelt så vanligt bland män med kort utbildning och svåra ekonomiska problem att ha minst två hälsorisker jämfört med män som har kort utbildning och inga ekonomiska problem. Bland män med lång utbildning är det tre gånger vanligare bland dem med svåra ekonomiska problem att ha minst två hälsorisker jämfört med dem som inte har ekonomiska problem. Samma förhållanden gäller även för kvinnor.

Av tabell 1 framgår hur vanliga olika ohälsosamma levnadsvanor är i befolkningen 16-84 år.

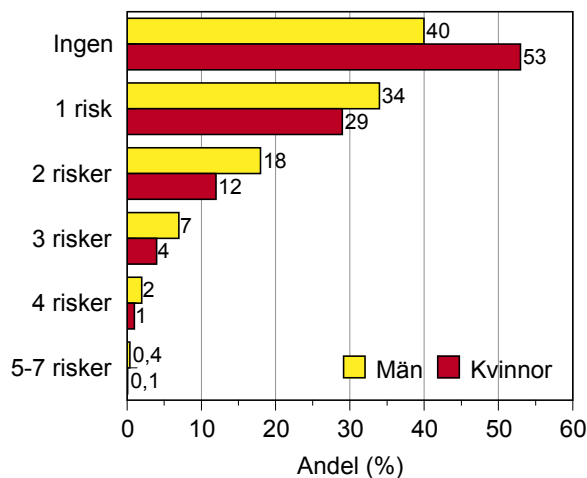
Tabell 1. Andel (procent) personer med ohälsorelaterade levnadsvanor (risker), 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden.

	Män (antal i befolkningen)	Kvinnor (antal i befolkningen)	Totalt (antal i befolkningen)
Riskabel alkoholkonsumtion	17 (586 045)	10 (326 173)	13 (912 218)
Dagligrökare	13 (451 178)	17 (590 784)	15 (1 041 962)
Fetma	11 (3 811 141)	12 (425 129)	12 (806 270)
Lite frukt & grönt	35 (1 233 829)	17 (608 239)	26 (1 824 067)
Stillasittande fritid	14 (495 111)	13 (468 620)	14 (963 732)
Riskabla spelvanor	6 (194 767)	2 (73 274)	4 (268 042)
Använt cannabis senaste året	2 (79 914)	1 (35 809)	2 (115 723)

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

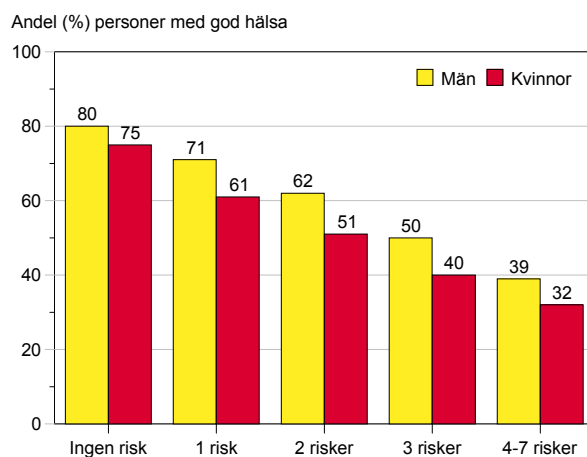
Resultat från den Nationella folkhälsoenkäten visar att förekomst av fetma är vanligare bland kvinnor. Kvinnor äter i större utsträckning frukt och grönt jämfört med män, det är dock endast 13 procent av kvinnorna och 4 procent av männen som äter frukt och grönt fem gånger per dag eller oftare som är det nationella målet. 17 procent av männen och 10 procent av kvinnorna har riskfylld alkoholkonsumtion. Vanligast är att äta lite frukt och grönsaker och minst vanligt är att ha använt cannabis senaste året och att ha riskabla spelvanor (tabell1).

Det var 47 procent av svenska befolkningen 16-84 år som inte hade någon av dessa hälsorisker, 32 procent hade en, 15 procent hade två och 7 procent hade fler än två av dessa (figur 2).



Figur 2. Procentuell andel personer med olika antal hälsorelaterade levnadsvanor (risker), 16-84 år, 2004-2007. Ålderstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Drygt hälften av kvinnorna och 40 procent av männen hade ingen av de studerade hälsorelaterade levnadsvanorna (riskerna). Det var betydligt vanligare att män hade flera hälsorisker samtidigt än att kvinnor hade det (figur 2).



Figur 3. Procentuell andel personer med god hälsa efter antal hälsorisker, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Ju fler av de sju studerade hälsoriskerna desto färre personer uppgav att de hade ett bra allmänt hälsotillstånd (figur 3).

Den självrapporterade hälsan, som dåligt allmänt hälsotillstånd, svår värk i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande följer ansamlingen av riskfyllda levnadsvanor. Dessutom följer ofta en ohälsosam levnadsvana en annan, i tabell 2 redovisas andelen inom respektive levnadsvana som samtidigt anger ytterligare två. I de flesta fall utom för om man äter lite frukt och grönt samt cannabis användning så fördelar sig andelen liknande.

Tabell 2. Andel personer (procent) minst två ytterligare hälsorisker efter hälsorisk, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat.

	Andel med minst ytterligare 2 hälsorisker (procent)	Motsvarande antal i befolkningen
Riskabla spelvanor	35	95 560
Riskabla alkoholvanor	30	246 670
Röker dagligen	31	314 570
Fetma	25	191 190
Äter lite frukt och grönsaker	22	407 550
Stillasittande fritid	33	311 690
Använt cannabis senaste året	44	53 370

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

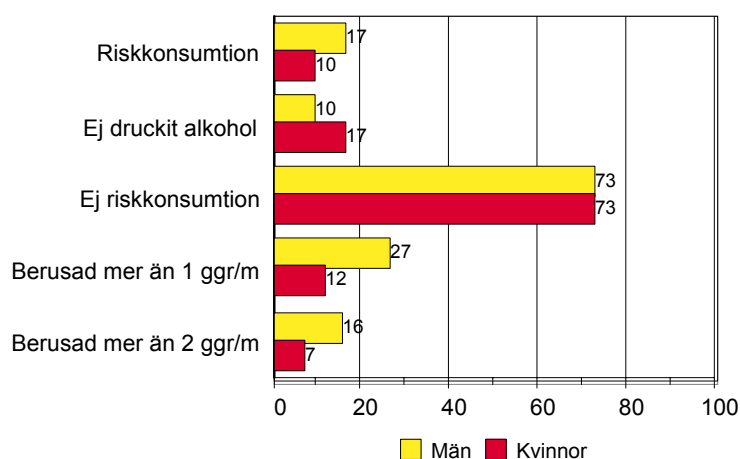
Bland dem som använt cannabis det senaste året fanns den största andelen (44 procent) som hade minst ytterligare två hälsorisker. Men då andelen som använt cannabis senaste året endast var 2 procent motsvarar detta det minsta antalet i befolkningen. Det var 26 procent som åt lite frukt och grönsaker och i denna grupp fanns den minsta andelen (22 procent) med ytterligare minst två hälsorisker men detta motsvarar över 400 000 personer i befolkningen (tabell 2).

Lägesbeskrivning för levnadsvanor som har betydelse för folkhälsan

Alkohol

Alkohol påverkar många av kroppens organ och alkohol kan relateras till en lång rad sjukdomar och skador, både kroniska och akuta. Skadliga effekter av alkohol avgörs av mängden konsumerad alkohol, individens dryckesmönster och sociala situation samt av ålder och kön. Några exempel på sjukdomar och skador som har starka samband med högt alkoholintag under lång tid är levercirros, bukspottkörtelinflammation, vissa cancerformer, hjärt- och kärlsjukdomar samt hjärnskador. Mer akuta skador och sjukdomar, som ofta har samband med berusningsdrickande, är alkoholförgiftning och olika typer av kroppsliga skador i samband med våld eller olycksfall.

Andel (%) med olika alkoholkonsumtion

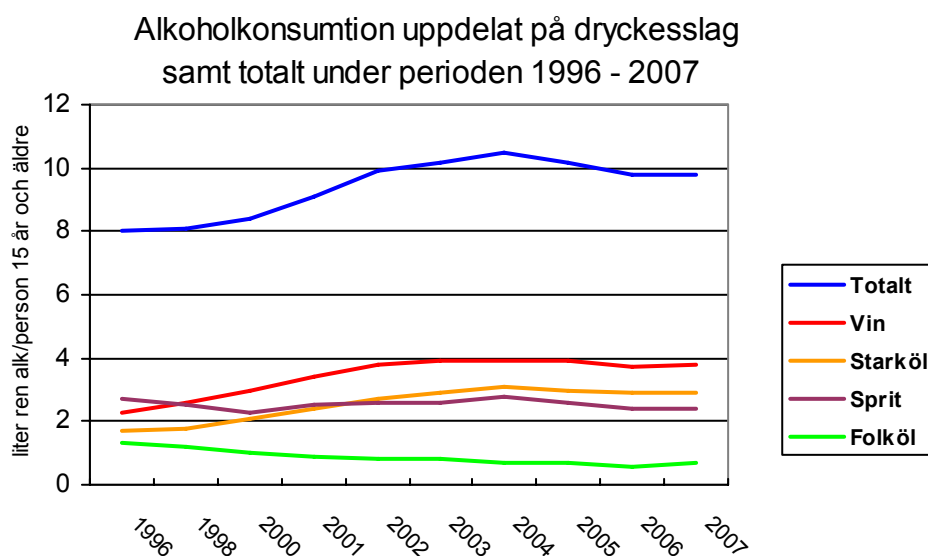


Figur 4. Alkoholkonsumtion, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat.

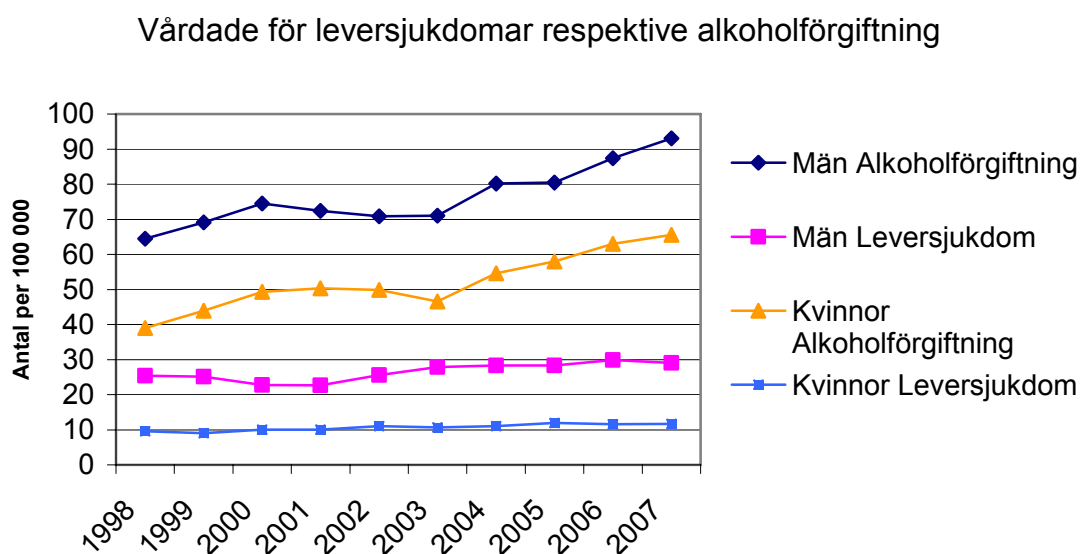
Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen män med riskabla alkoholvanor, som varit berusade mer än en gång i månaden samt varit berusade mer än två gånger i månaden var större än motsvarande andel bland kvinnor (figur 4, figur 40 i övriga resultat).

Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat med över 20 procent sedan mitten av 1990-talet och fram till 2004. Under de tre senaste åren, 2004–2007, har dock den totala alkoholkonsumtionen minskat något [1]. Trots den noterade minskningen/stagnationen i total alkoholkonsumtion har antalet personer som vårdats för alkoholförgiftningar ökat från 1998 till 2007, detta gäller för både män och kvinnor (figur 6).



Figur 5. Totala alkoholkonsumtionen i Sverige 1996-2007 (undantaget 1997 och 1999) fördelad efter dryck i liter 100 procent ren alkohol per invånare 15 år och äldre ([2])

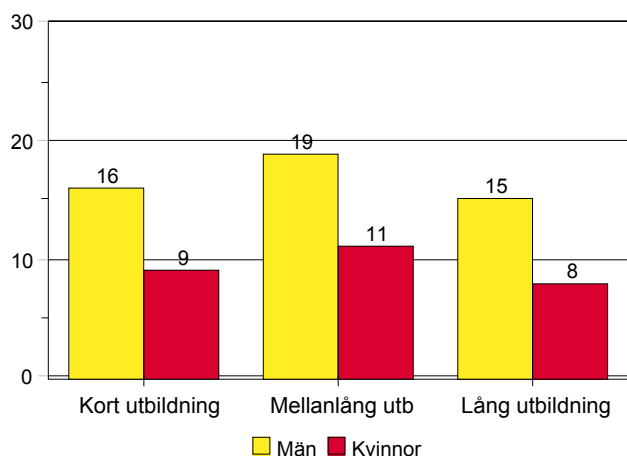


Figur 6. Vårdade med alkoholrelaterad leversjukdom (K70) respektive alkoholförgiftning som huvud- eller bidiagnos, antal per 100 000, män respektive kvinnor, 1998–2007 [3].

Det svenska berusningsdrickandet har också ett starkt samband med misshandelsbrottslighet. Ett flertal studier av personer som är lagförda för misshandel visar att ungefär 70–80 procent var påverkade av alkohol vid brottet och att 40-50 procent av offren också var påverkade vid tillfället [4]

Resultat från Nationella folkhälsoenkäten visar att andelen män med riskabla alkoholvanor¹ var större än bland kvinnor mellan åren 2004 – 2007. Unga kvinnor och män hade riskabla alkoholvanor i betydligt större utsträckning än dem som var äldre. Social position i termer av yrke och utbildning påverkar alkoholkonsumtionen (figurer i Övriga resultat).

Andel med riskabla alkoholvanor (%)



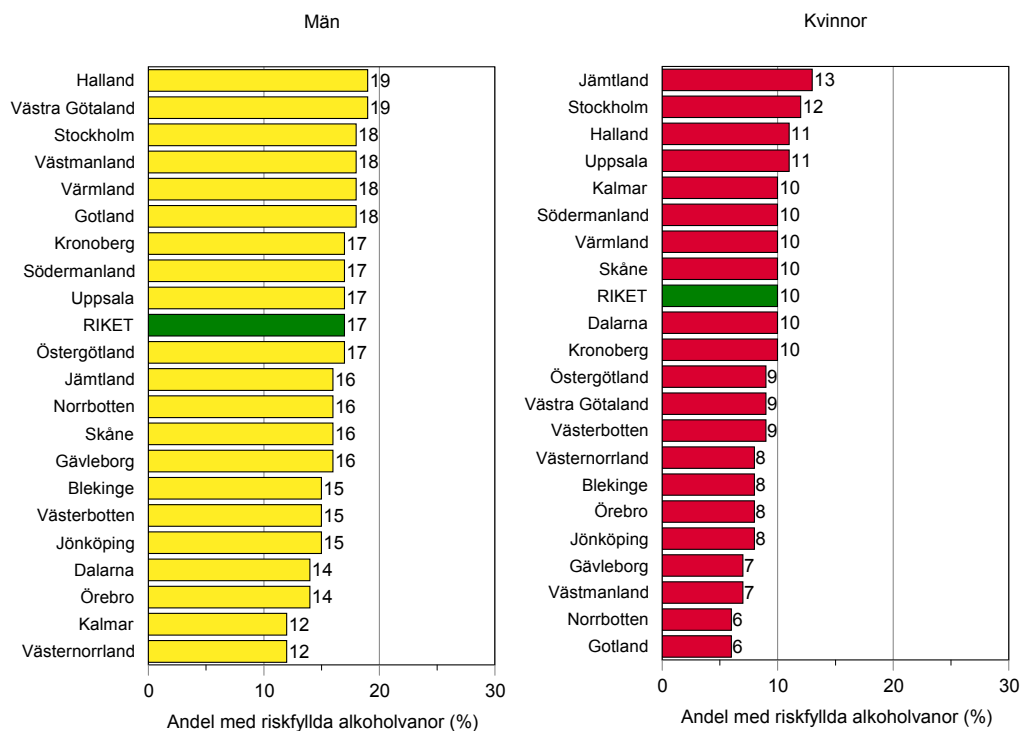
Figur 7. Andel med riskabla alkoholvanor efter utbildning, 16-74 år, 2004- 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen män med riskabla alkoholvanor var större bland män och kvinnor med mellanlång utbildning jämfört med män och kvinnor med kort eller lång utbildning (figur 7, figur 46 i övriga resultat).

Män och kvinnor med tjänstemannayrken på lägre nivå och mellanlång utbildning hade i större utsträckning riskabla alkoholvanor än män och kvinnor med tjänstemannayrken på mellan eller högre nivå samt arbetaryrken och lång samt kort utbildning. Det var mindre vanligt med riskabla alkoholvanor bland män som hade sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning än bland män med sysselsättning. För kvinnor fanns inga statistiska säkerställda skillnader. Det var vanligare med riskabla alkoholvanor bland män och kvinnor med lägre inkomstnivåer än bland dem med högre. Män och kvinnor födda i Norden hade större andel riskabla alkoholvanor än bland dem födda utanför Norden (figurer i övriga resultat).

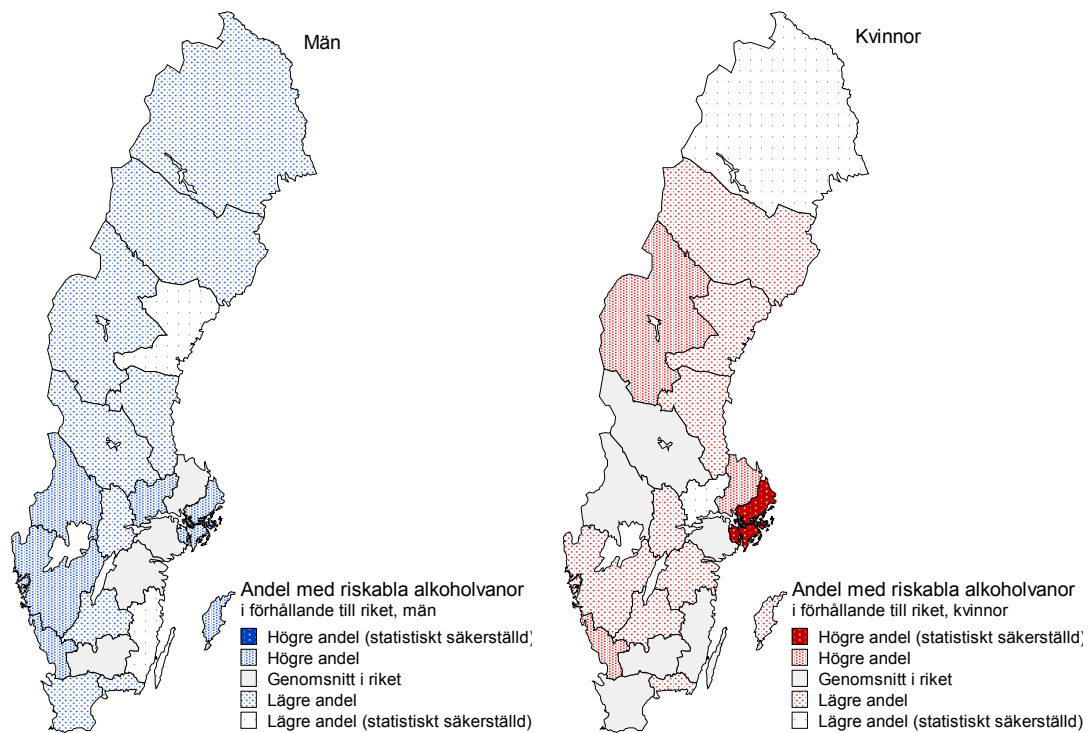
¹ Riskfylld alkoholkonsumtion har i Nationella folkhälsoenkäten beräknats genom ett summaindex, baserat på frågeinstrumentet AUDIT som har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) i syfte att identifiera personer vars alkoholkonsumtion kan skada deras hälsa.

Regionala data



Figur 8. Andel (procent) med riskabla alkoholvanor, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare med riskabla alkoholvanor bland kvinnor i Stockholm än bland dem i riket. Bland män i Västernorrland, Kalmar och kvinnor i Västmanland samt Norrbotten var det mindre vanligt med riskabla alkoholvanor än bland dem i riket (figur 8 och 9).



Figur 9. Andel (procent) med riskabla alkoholvanor, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.²

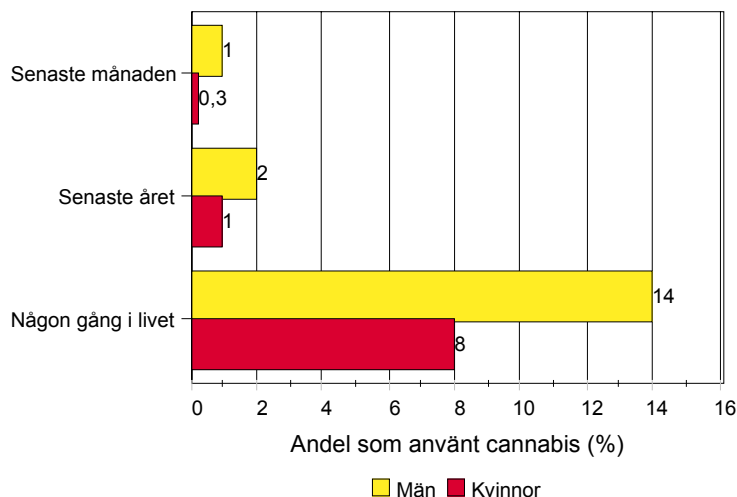
² Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.

Narkotika

Det är svårt att ge en precis och entydig bild av narkotikaproblemets omfattning i Sverige, bland annat eftersom all ickemedicinsk befattnings med narkotika är kriminaliserad men också för att narkotikaanvändningen är mångfacetterad och innefattar allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbunden användning och skadligt bruk. Inom denna grupp är heroin, amfetamin och cannabis de vanligaste preparaten, men det är ytterst vanligt med kombinationsbruk som ofta innefattar alkohol och beroendeskapande mediciner. Även narkotikaanvändning medför kraftigt ökade risker för skador av olika slag. Skadorna kan vara medicinska eller sociala och de kan vara akuta eller uppstå först efter en längre tids användning. Ett antal undersökningar pekar på att det finns en social gradient i såväl bruk som skadligt bruk, men att den är mer tydlig för skadligt bruk [5].

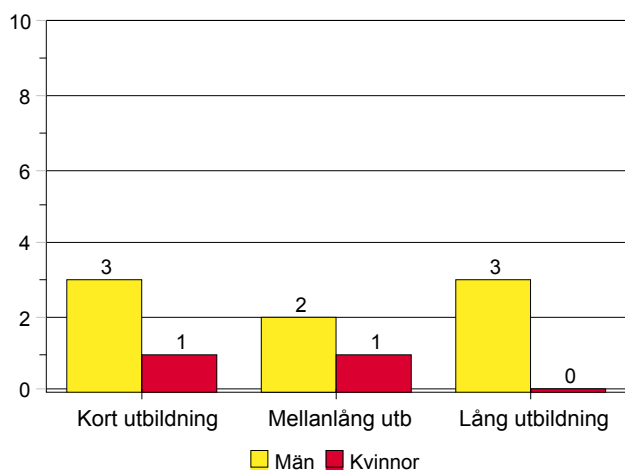
I nationella folkhälsoenkäten ställs enbart frågor om cannabisanvändning eftersom detta är det mest använda narkotikapreparatet i Sverige. Det var vanligare bland män än bland kvinnor att ha använt cannabis någon gång i livet, det senaste året samt den senaste månaden (figur 18, figur 64 i övriga resultat).



Figur 10. Andel som använt cannabis, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Unga kvinnor och män, 16-29 år hade använt cannabis i större utsträckning än dem som var äldre. Andelen män som använt cannabis var större än andelen kvinnor i samtliga åldersgrupper (figurer i övriga resultat).

Andel som använt cannabis under det senaste året (%)



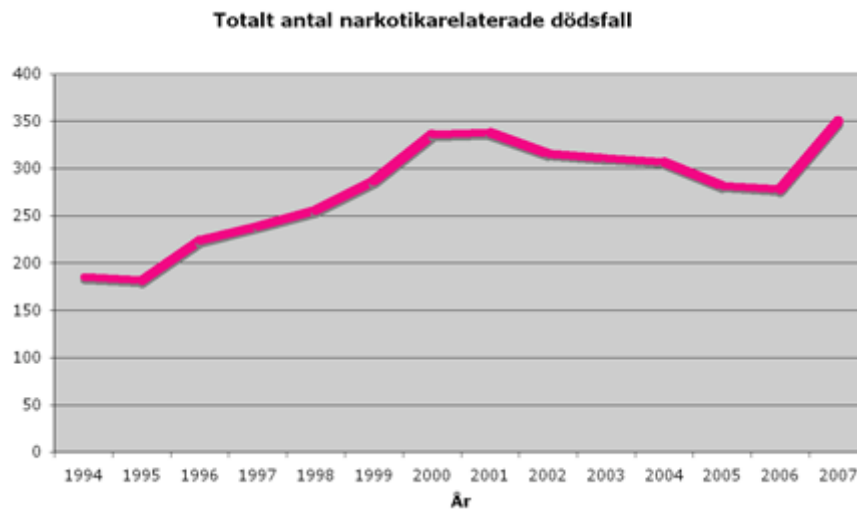
Figur 11. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader i cannabisanvändning fanns mellan män med olika utbildningsnivå. Det var vanligare bland kvinnor med kort och mellanlång utbildning att ha använt cannabis de senaste tolv månaderna än bland kvinnor med lång utbildning (figur 19, figur 70 i övriga resultat).

Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns i cannabisanvändning mellan de socioekonomiska grupperna. Bland män var det vanligare att ha använt cannabis de senaste tolv månaderna bland dem med låg inkomstnivå jämfört med dem med medelhög och hög inkomstnivå. Arbetslösa män hade i större utsträckning använt cannabis det senaste året jämfört med män med sysselsättning, sjukpenning eller sjuk/aktivitetsersättning. Det var även vanligare bland män födda i övriga Norden jämfört med män födda i Sverige. Cannabisanvändning var mindre vanligt bland kvinnor från övriga Norden än bland svenska kvinnor (se övriga resultat).

För år 2007 uppgick antalet dödsfall med påvisad förekomst av narkotika i kroppen till 350 individer enligt rättsmedicinska data, vilket innebär en tydlig uppgång sedan 2006. Nationellt ligger det narkotikarelaterade dödstalet på knappt fyra per 100 000 invånare [6].

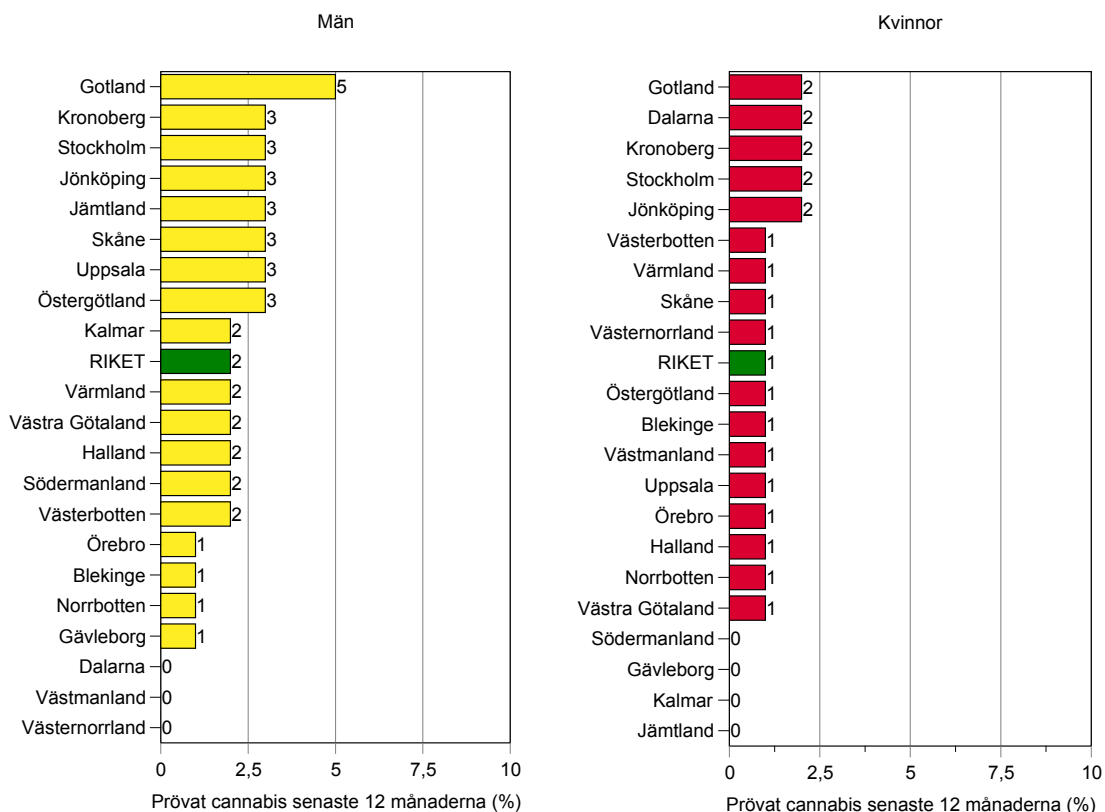
Begreppet narkotikarelaterad död är i praktiken ofta svårt både att definiera och fastställa. Dödsfallet kan vara direkt förorsakat av användandet, alternativt kan orsakssambandet vara indirekt. Andra inverkanse faktorer kan vara olyckor och våld som har samband med narkotikakonsumtionen och/eller ruset samt preparatens psykiska effekter [7]. Det är också viktigt att komma ihåg att ett preparat kan påvisas i kroppen utan att detta behöver ha en direkt koppling till dödsfallet.



Figur 12. Dödsfall med relaterad narkotikaanvändning [8].

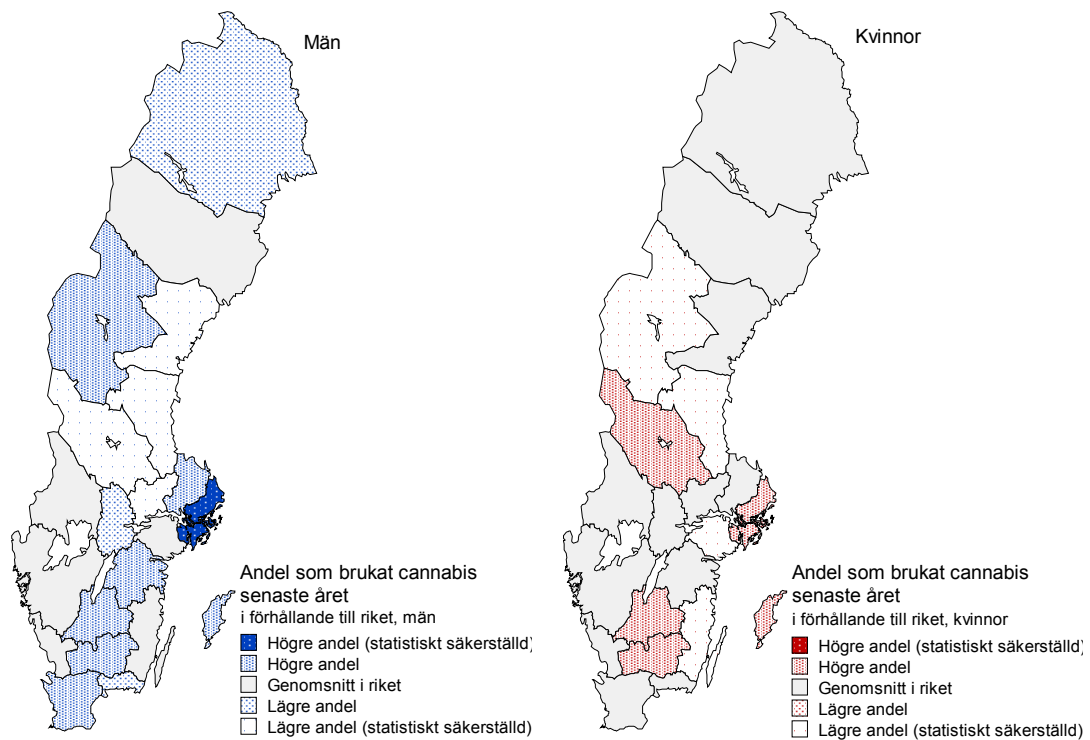
Antalet dödsfall med påvisad narkotikaförekomst ökade mellan 1995 och 2000. Mellan 2000 och 2006 skedde en tillbakagång av antalet dödsfall, för att sedan öka fram till 2007 (figur 12).

Regionala data



Figur 13. Andel (procent) som använt cannabis de senaste tolv månaderna efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män och kvinnor i Stockholm hade prövat cannabis i större utsträckning än dem i riket (figur 13 och 14).



Figur 14. Andel (procent) som prövat cannabis, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.³

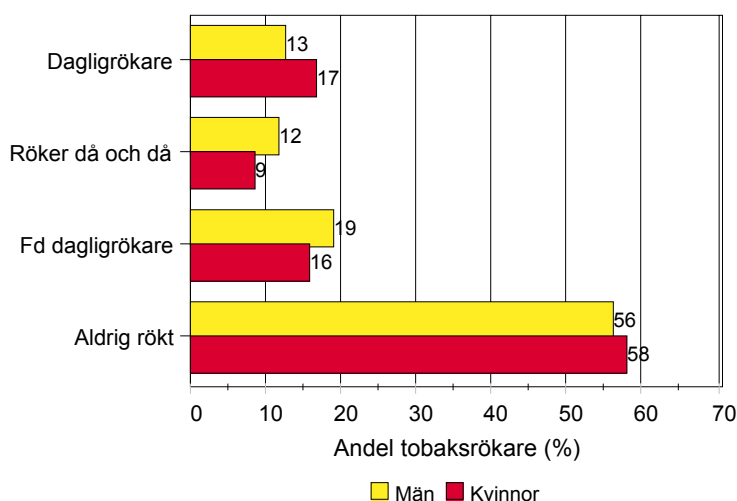
³ Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.

Tobak

Tobaksrökning är den största och vanligaste orsaken till sjukdom, lidande och förtida dödsfall i vårt land. Över en miljon svenskar röker och nästan lika många snusar. Alla som röker skadas av sin rökning och ett 40-tal sjukdomar, varav flera dödliga, har ett direkt samband med rökning. De vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer och flera andra typer av cancer.

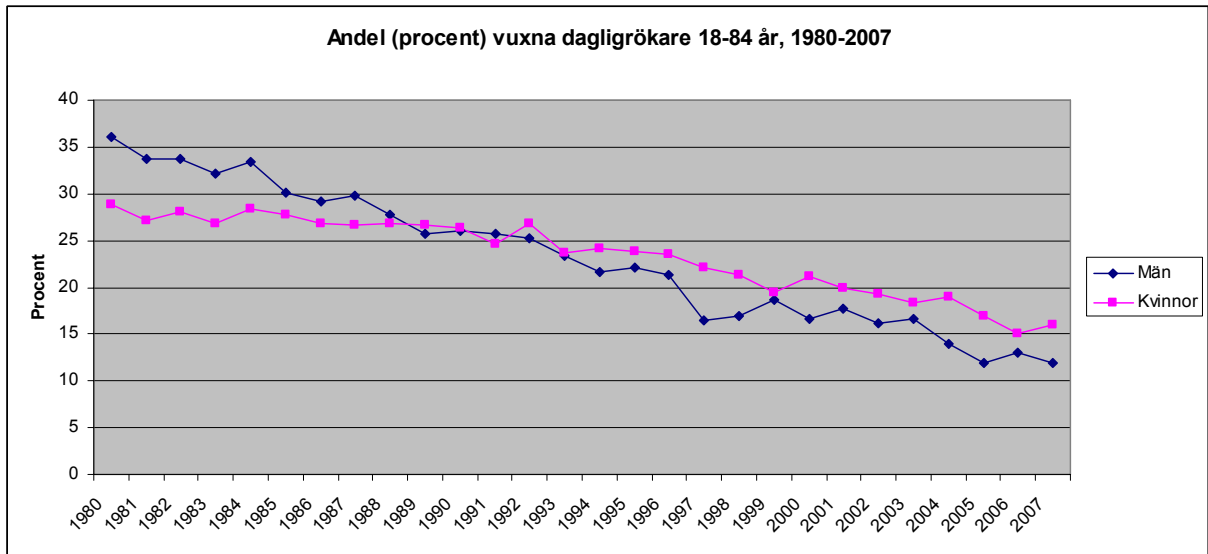
Varannan rökare dör i förtid av sitt bruk och förlorar i genomsnitt cirka sju- till åtta år av sin förväntade livstid. Även passiv rökning är skadlig och leder förutom akuta effekter i näsa, ögon, hals och luftvägar till ökad risk för till exempel hjärtinfarkt och lungcancer. I Sverige beräknas cirka 6 400 personer dö i förtid per år av sin egen rökning och ytterligare minst 500 av passiv rökning.



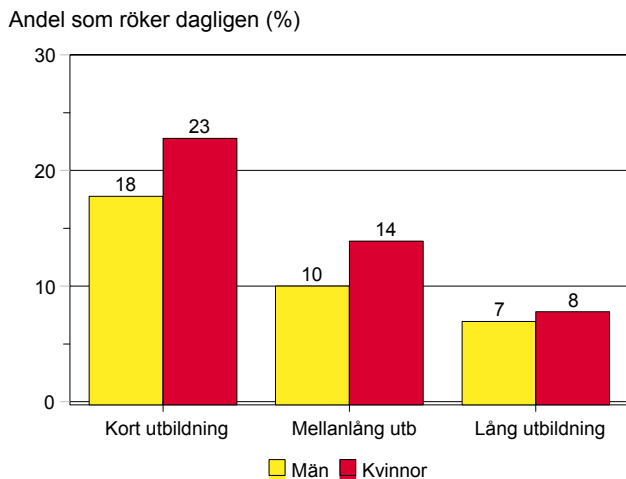
Figur 15. Andel som röker dagligen, då och då, före detta dagligrökare och de som aldrig rökt dagligen, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel kvinnor än män var dagligrökare men det var vanligare att röka då och då bland män än bland kvinnor. Det var vanligare bland kvinnor än bland män att aldrig ha rökt dagligen (figur 15, figur 48 i övriga resultat).

Under de senaste årtiondena har rökningen minskat bland både män och kvinnor [9] [10] i synnerhet bland kvinnor i fertil ålder [10] [10] och bland gravida kvinnor [11]. Även bland ungdomar syns en minskad tobaksanvändning över en tioårsperiod [12]. Statistik över svenskarnas rökvanor finns även från SCB från åren 1980 – 2007. 1980 rökte 36 procent av männen och 29 procent av kvinnorna [10] men andelen rökare har sedan dess minskat kraftigt (figur 17).



Figur 17. Andel (procent) vuxna dagligrökare 18-84 år, 1980 – 2007. Åldersstandardiserat. [13]



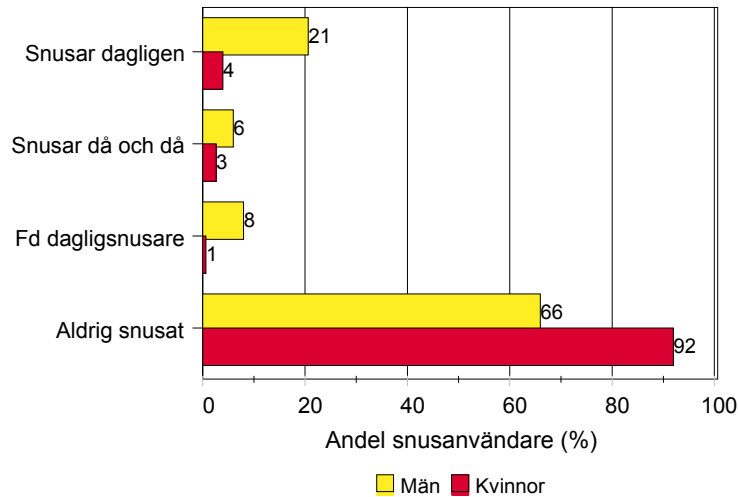
Figur 18. Andel dagligrökare efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Ju kortare utbildning desto större andel kvinnor och män var dagligrökare. Drygt var femte kvinna och knappt var femte man med kort utbildning var dagligrökare jämfört med knappt var tionde kvinna respektive var tjugonde man med lång utbildning (figur 18, figur 55 i övriga resultat).

Det var vanligare att röka dagligen bland arbetslösa män och kvinnor samt bland män och kvinnor som hade sjukpenning eller sjuk/aktivitetsersättning än bland dem med sysselsättning. Både män och kvinnor i arbetaryrken var dagligrökare i större utsträckning än manliga och kvinnliga tjänstemän. Ju kortare utbildning desto större andel kvinnor och män var dagligrökare. Det var vanligare att vara dagligrökare bland män och kvinnor med lägre inkomst än bland män och kvinnor med högre. En betydligt större andel män och kvinnor födda i övriga Europa var dagligrökare jämfört med svenskfödda män och kvinnor (figurer övriga resultat).

Även snusning är förenat med allvarliga hälsorisker och är ett omdebatterat tobaksbruk där den vetenskapliga forskningen länge varit eftersatt. Snus innehåller till exempel flera cancerframkallande ämnen. De starkaste indikationerna finns för bukspottkörtelcancer men det finns

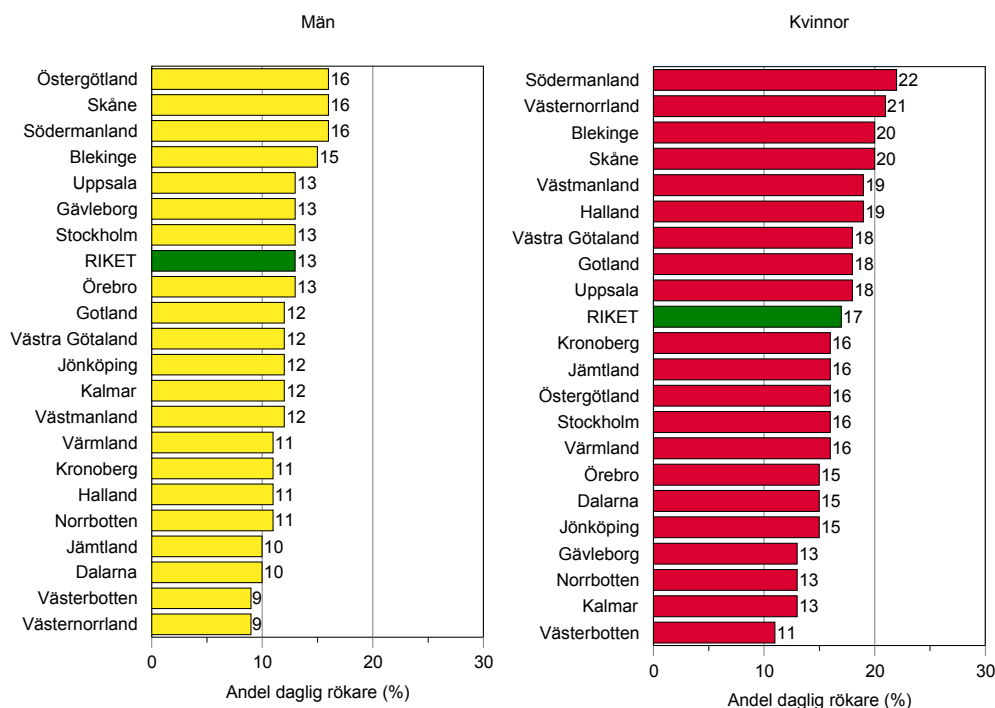
också forskning som tyder på förhöjd risk för till exempel munhålecancer [14] [15]. Snus förefaller öka risken för högt blodtryck, vilket är en känd riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar [16]. Nyare studier har även visat på samband med åldersdiabetes. Blandbruk av snus och tobak är vanligt bland snusare [17] [18].



Figur 16. Andel som snusar dagligen, då och då, före detta snusare och de som aldrig snusat dagligen, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

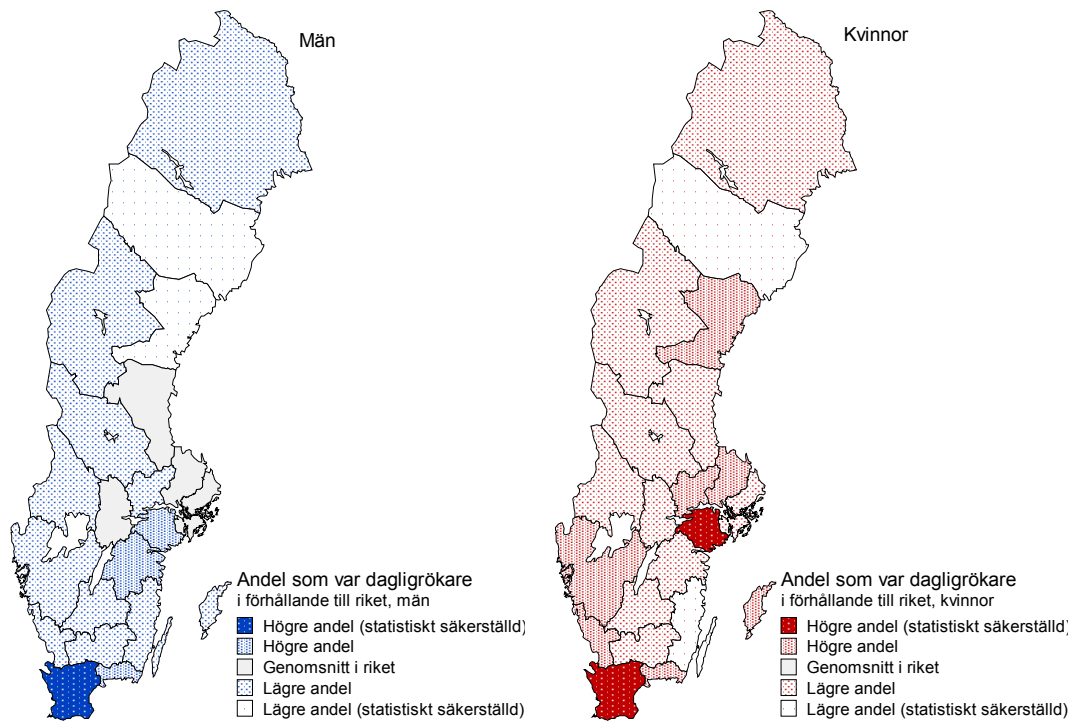
En betydligt större andel män än kvinnor snusade dagligen, då och då eller var före detta snusare. Det var 92 procent av kvinnorna som aldrig snusat dagligen (figur 16, figur 49 i övriga resultat).

Regionala data



Figur 19. Andel (procent) som var dagligrökare, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

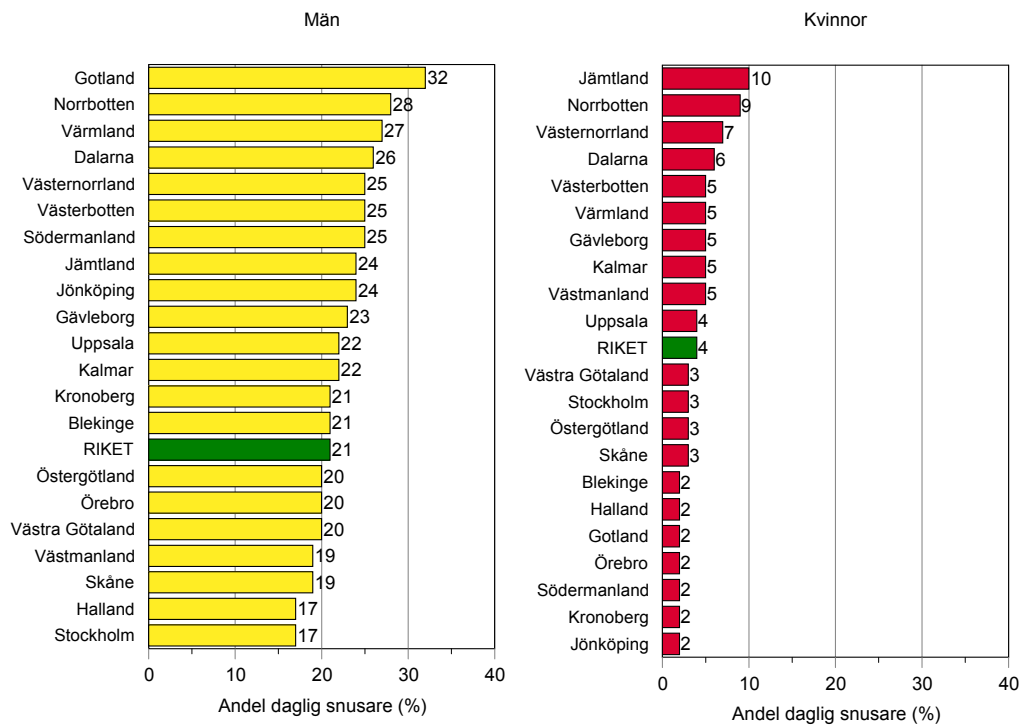
Män i Skåne och kvinnor i Sörmland rökte dagligen i större utsträckning än dem i riket. Bland kvinnor och män i Västerbotten, män i Västernorrland och kvinnor i Kalmar var det mindre vanligt att röka dagligen jämfört med dem i riket (figur 19 och 20).



Figur 20. Andel (procent) som var dagligrökare, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.⁴

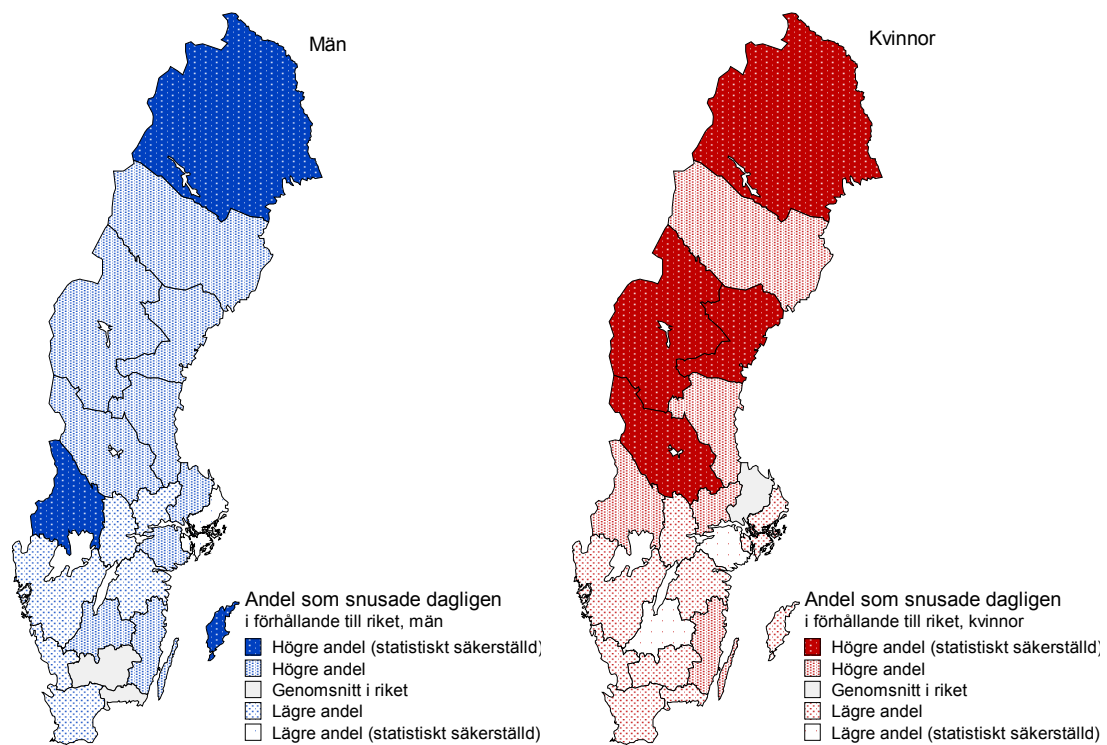
⁴ Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.



Figur 21. Andel (procent) som snusade dagligen, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män på Gotland, i Norrbotten och i Värmland samt kvinnor i Jämtland, Norrbotten, Västernorrland och Dalarna snusade dagligen i större utsträckning jämfört med dem i riket. Bland män i Stockholm och kvinnor i Södermanland och Jönköping var det mindre vanligt än bland dem i riket att snusa dagligen (figur 21 och 22).



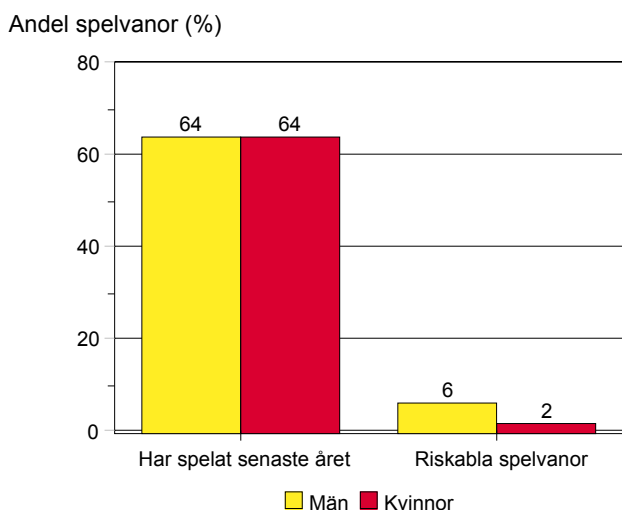
Figur 22. Andel (procent) som snusade dagligen, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.⁵

⁵ Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.

Spel

Risker för att utveckla problem med spel om pengar är en av orsakerna till att spelmarknaden är reglerad. Personer med spelproblem är oftare deprimerade, har sömnsvårigheter, lider av ångest, skuld- och skamkänslor och uppvisar olika psykosomatiska symptom [8] [19]. Skadliga effekter av spel om pengar hänger bland annat samman med hur mycket man spelar, mönstret i spelbeteendet, individens socioekonomiska situation samt kön och ålder. Det finns många likheter mellan spelproblem och andra missbruk som alkohol, tobak, narkotika och dopning. Bland annat visar biologisk forskning att beteendebaserade och substansbaserade beroenden påverkar hjärnans belöningssystem på likartat sätt [20]. En stor del av de mer generella riskfaktorerna är gemensamma för både spel och alkohol. Forskningen visar att personer med spelproblem och deras anhöriga har åtskilliga ekonomiska, sociala och hälsorelaterade problem [21]. Studier pekar till exempel på att kvinnor med en partner som har spelproblem har en högre risk att vara våldsutsatta av sin partner än i andra parrelationer [22] [23]). En persons spelproblem beräknas påverka 7-16 andra personer i omgivningen [24] .



Figur 23. Spelvanor, 16-84 år, 2004- 2007. Åldersstandardiserat.

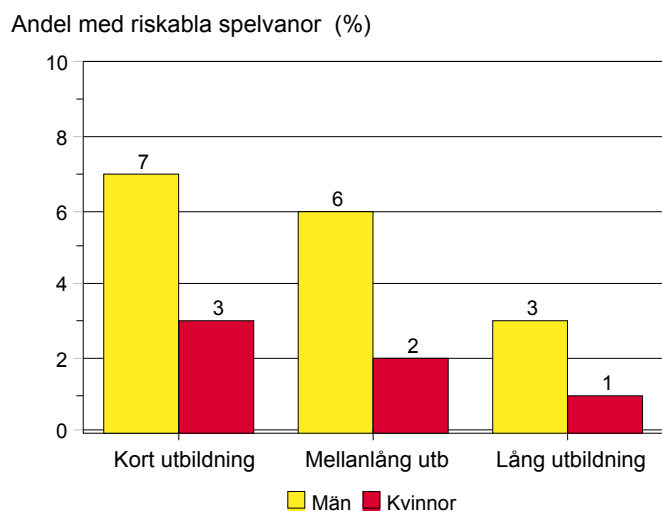
Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Riskabla spelvanor var betydligt vanligare bland män än bland kvinnor (figur 23, figur 72 i övriga resultat).

Den nationella folkhälsoenkäten visar att andelen med riskabla spelvanor⁶ har legat stabilt på en nivå om fyra procent mellan 2004 till 2007.

Riskabla spelvanor var betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Män spelar för större summor och mer regelbundet än kvinnor. Spelproblem förekommer också i betydligt större utsträckning hos män [25] [26].

⁶ För att få fram ett mått på spelproblem och spelberoende beräknas ett summaindex utifrån de tre delfrågorna om spel som återfinns i nationella folkhälsoenkäten.



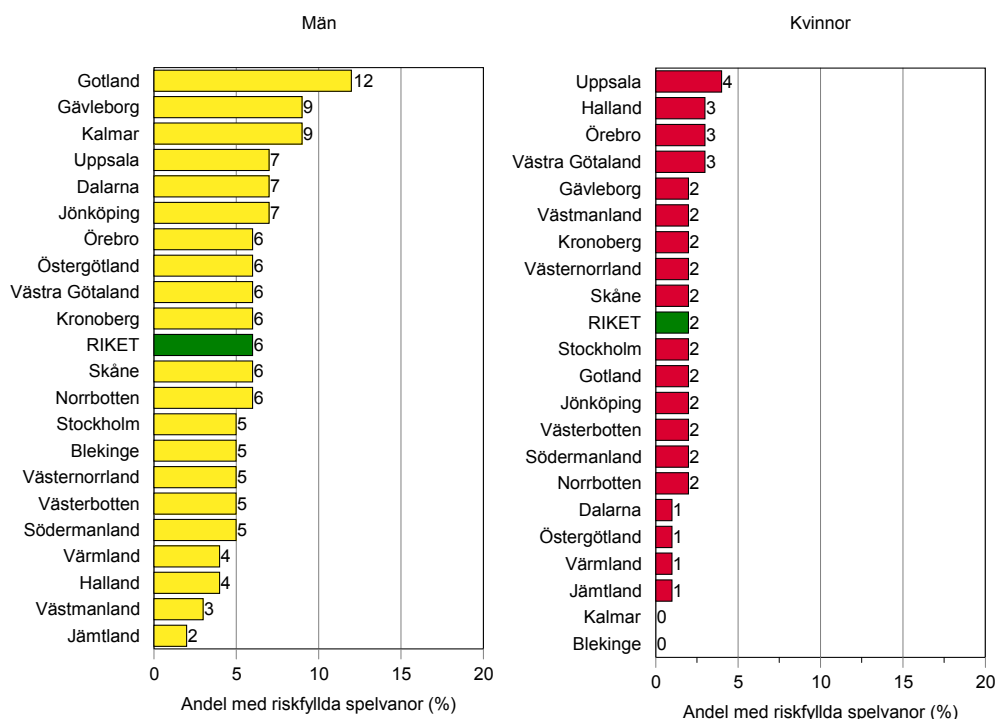
Figur 24. Andel med riskabla spelvanor efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män var det vanligare att ha riskabla spelvanor bland dem med kort utbildning än bland dem med lång. Kvinnor med mellanlång eller lång utbildning hade i mindre utsträckning riskabla spelvanor jämfört med kvinnor med kort utbildning (figur 24, figur 78 i övriga resultat).

Spelproblem var mer vanligt förekommande bland personer som var arbetslösa samt de som hade sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning, som var födda utomlands och bland vissa nationella minoritetsgrupper. Manliga tjänstemän på mellannivå eller högre hade riskabla spelvanor i mindre utsträckning än arbetare. Bland kvinnor var det vanligare med riskabla spelvanor bland arbetare än bland tjänstemän. En större andel män och kvinnor födda utanför Norden hade riskabla spelvanor jämfört med dem födda i Norden (figurer i övriga resultat).

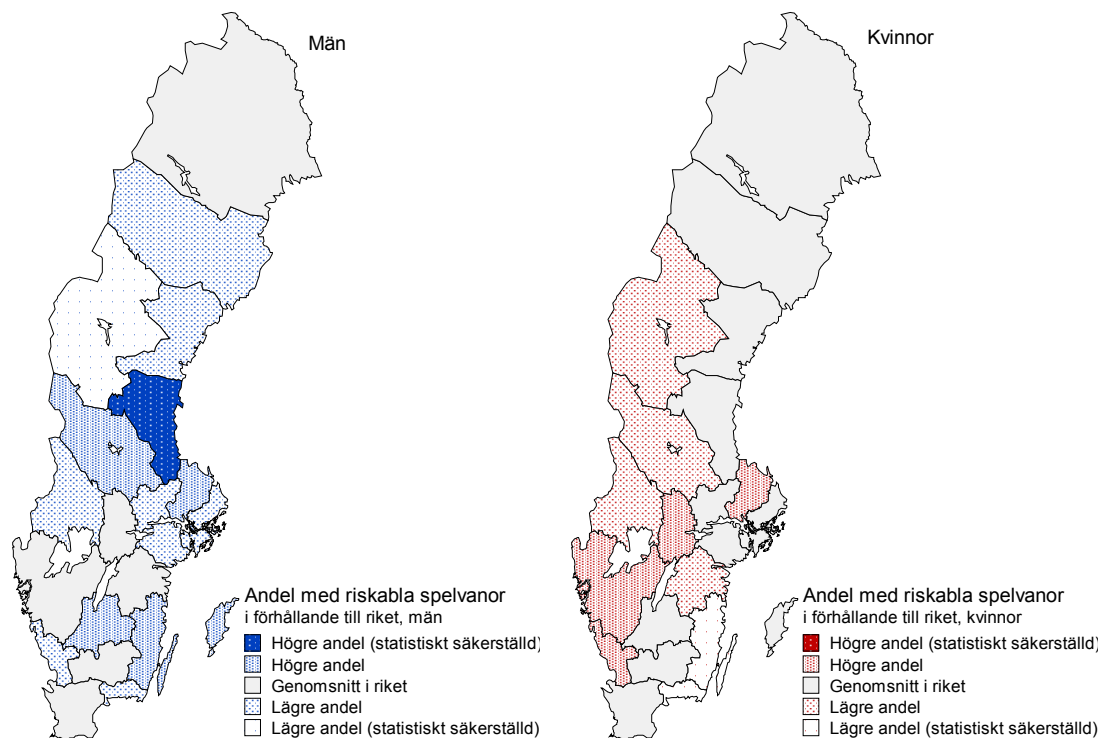
Trots att gruppen med personer med utländsk bakgrund enbart spelar i samma grad eller mindre än svenskfödda löper gruppen större risk att få spelproblem [25] [26] [27].

Regionala data



Figur 25. Andel (procent) med riskabla spelvanor, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

Män i Gävleborg hade i större utsträckning riskabla spelvanor jämfört med män i riket. Män i Jämtland och kvinnor Kalmar och Blekinge hade mindre utsträckning riskabla spelvanor jämfört med dem i riket (figur 25 och 26).



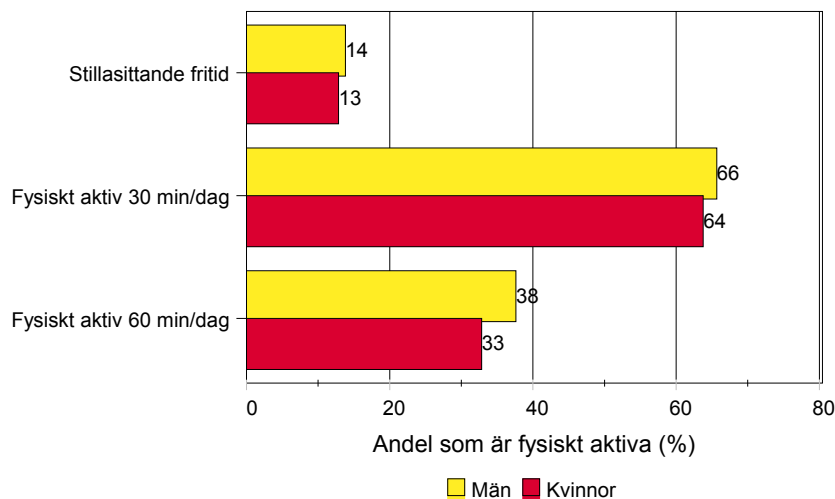
Figur 26. Andel (procent) med riskabla spelvanor, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.⁷

⁷ Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande egenskaper. En ökning av den fysiska aktiviteten tillhör de åtgärder som skulle ha den största positiva effekten på svenska folkets hälsa. Följde alla rådet om minst en halvtimmes motion varje dag, exempelvis i form av en rask promenad, skulle svenska folkets hälsa förbättras avsevärt och sjukvårdskostnaderna minska dramatiskt [28]. Regelbunden fysisk aktivitet har väl säkerställd effekt vid ett antal olika sjukdomstillstånd som exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, tjocktarmscancer och depression. Vidare förbättrar fysisk aktivitet immunförsvaret, kondition och muskelstyrka [29].



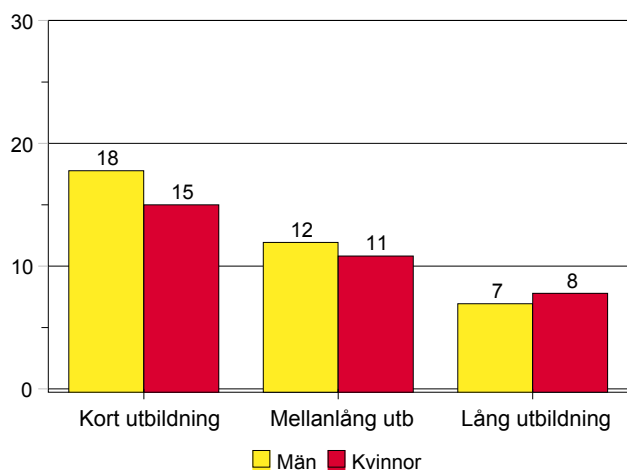
Figur 27. Fysisk aktivitet, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Mer än hälften av Sveriges befolkning var fysiskt aktiv 30 min/dag både bland män och kvinnor, 38 respektive 33 procent aktiva 60 min/dag. Det fanns inga statistiska skillnader mellan män och kvinnor inom de olika aktiviteterna (figur 27, figur 80 i övriga resultat).

Generellt sett så har kvinnor en mer stillasittande fritid⁸ än män. Både kvinnor och män tenderar att vara mer fysiskt aktiva ju yngre de är. Män och kvinnors sociala position har betydelse för den fysiska aktiviteten. Kvinnor och män med arbetaryrken samt kort utbildning var i större utsträckning stillasittande än kvinnor och män med tjänstemannaryrken och med mellanlång och lång utbildning (figurer i övriga resultat).

⁸ Stillasittande fritid innebär att man ägnar sig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden och rör sig mindre än 2 timmar i veckan (Folkhälsoenkäten).

Andel med stillasittande fritid (%)

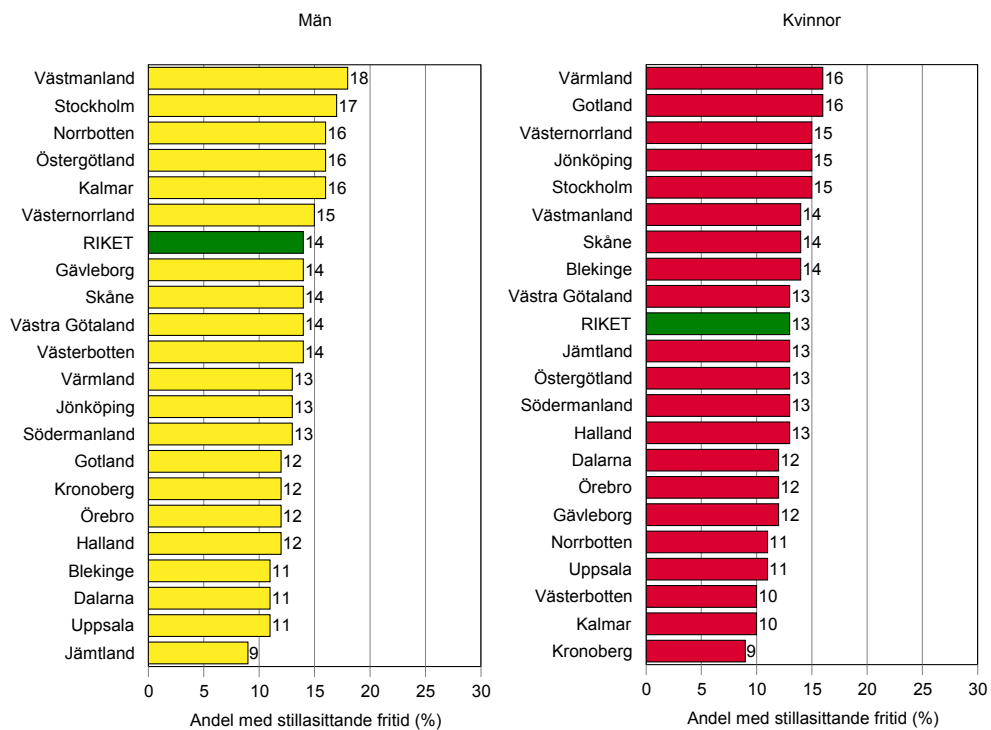


Figur 28. Andel med mest stillasittande fritid efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män och kvinnor med kort utbildning var i större utsträckning stillasittande än dem med mellanlång och lång utbildning (figur 28, figur 86 i övriga resultat).

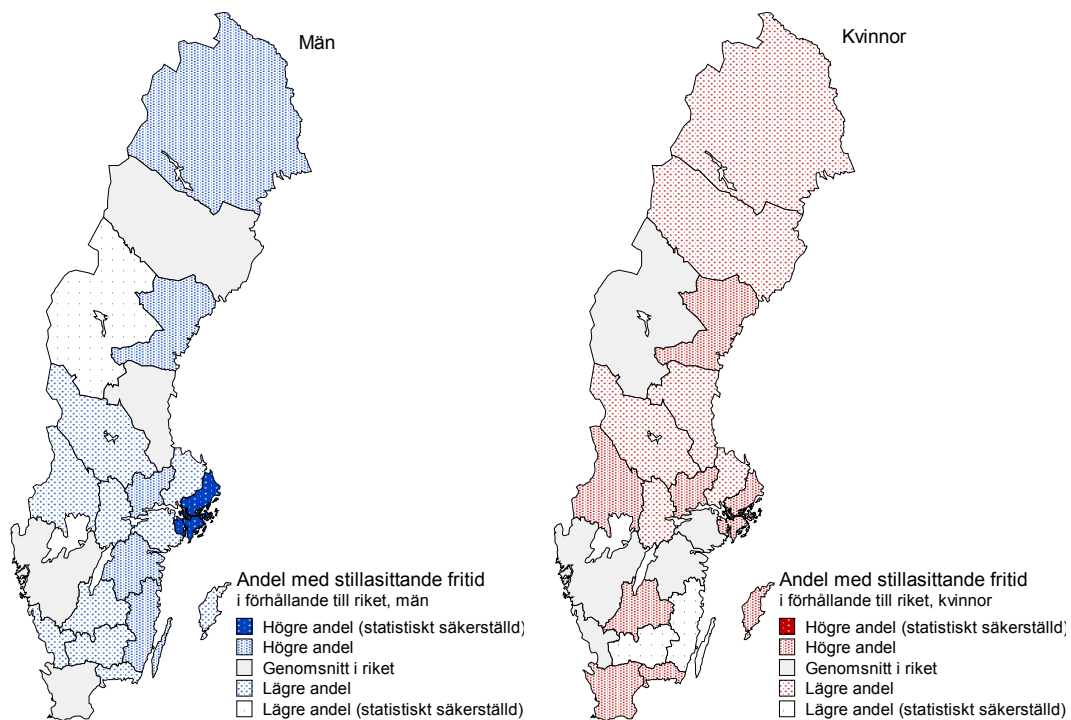
Bland kvinnor var andelen med stillasittande fritid större bland arbetslösa och dem med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning än bland sysselsatta. Även bland män var det vanligare med stillasittande fritid bland dem med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning. Både bland män och bland kvinnor i arbetaryrken fanns en större andel stillasittande än bland tjänstemän, även bland dem med lägre inkomstnivå jämfört med dem som hade en högre inkomstnivå. En betydligt större andel kvinnor födda utanför Norden var stillasittande jämfört med dem födda i Sverige. Bland män var det vanligare att ha en stillasittande fritid bland dem som inte var födda i Sverige (figurer i övriga resultat).

Regionala data



Figur 29. Andel (procent) med stillasittande fritid, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män i Stockholm hade i större utsträckning stillasittande fritid jämfört med män i riket. Bland män i Jämtland och kvinnor i Kalmar och Kronoberg var det mindre vanligt med stillasittande fritid än bland dem i riket (figur 29 och 30).



Figur 30. Andel (procent) med stillasittande fritid, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.⁹

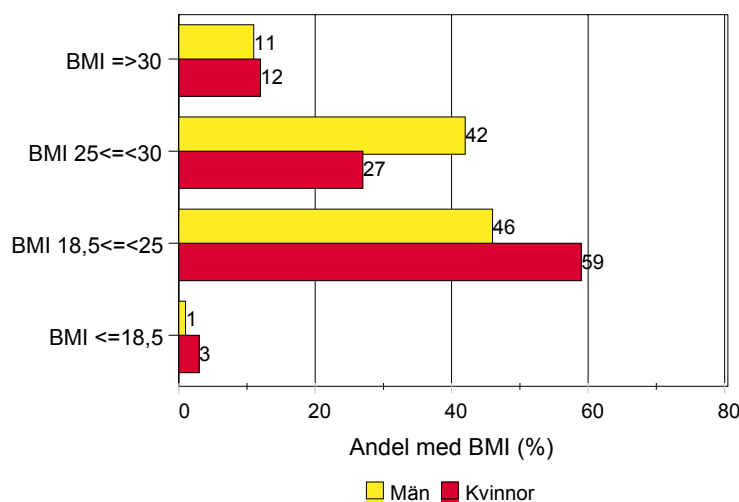
⁹ Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.

Matvanor och livsmedel

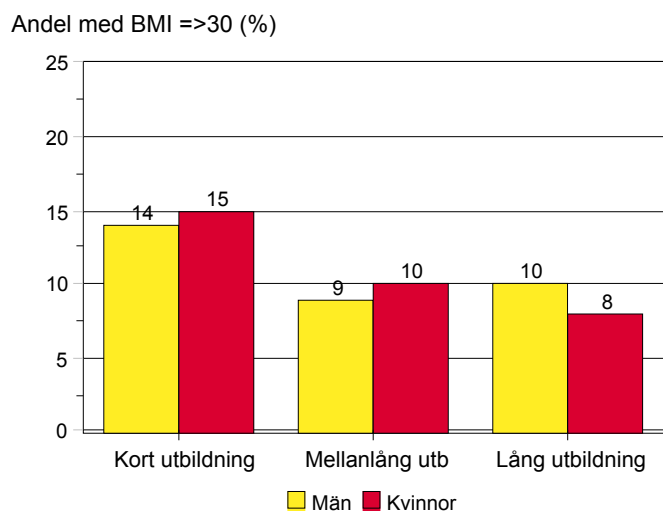
Övervikt och fetma

Fetma och övervikt åtföljs av en rad hälsoproblem med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer, bland annat tjocktarmscancer [30] [31]. Fetma utvecklas genom en kombination av livsstil, miljöfaktorer och arv. Centralt är hur fysiskt aktiva vi människor är, liksom vilka matvanor vi har. En hög konsumtion av energitäta livsmedel och sötade drycker i förhållande till energiförbrukning, är en viktig orsak till övervikt [32].



Figur 31. Andel med olika BMI, 16-84 år, 2004-2007 Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Resultat från nationella folkhälsoenkäten visar att övervikt var vanligare bland män än bland kvinnor och normalvikt vanligare bland kvinnor jämfört med män. Andelen kvinnor och män med fetma var lika stor, undervikt var dock något vanligare bland kvinnor än bland män (figur 31, figur 88 i övriga resultat). Andelen kvinnor med fetma var större år 2007 i jämförelse med åren 2004 och 2005. Fetma var vanligare bland kvinnor än bland män i åldrarna 65-84 år och ökade med ålder fram till 65 år, bland män fram till 45 år. Det fanns en betydligt större andel med fetma bland arbetslösa män och kvinnor och män och kvinnor med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning än bland sysselsatta. Bland kvinnor i arbetaryrken fanns en större andel med fetma än bland kvinnor i tjänstemannaryrken. Män i arbetaryrken och på lägre tjänstemannanivå hade i större utsträckning fetma jämfört med manliga tjänstemän på mellan eller högre nivå. Män med högst inkomst nivå hade lägre andel fetma jämfört med män i de lägre inkomstnivåerna. Fetma var vanligare bland kvinnor i de lägre inkomstnivåerna än bland dem med högre inkomstnivå (figurer i övriga resultat).

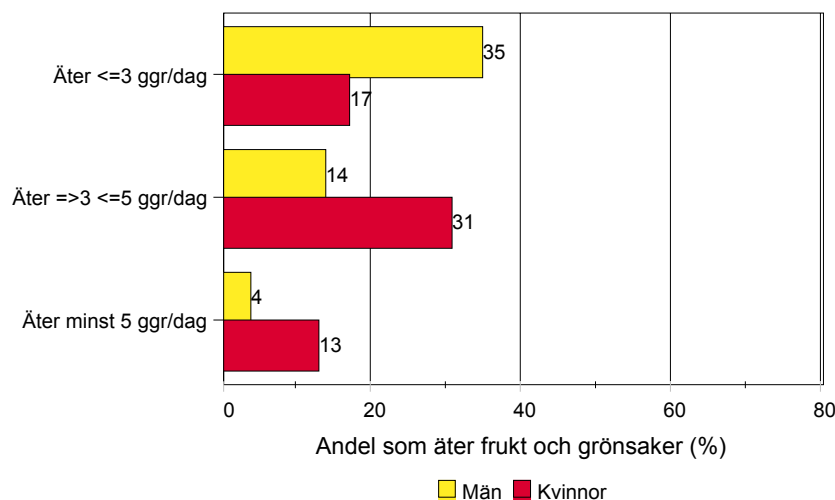


Figur 32. Andel med fetma (BMI \geq 30) efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Fetma var vanligare bland män och kvinnor med kort utbildning än bland dem med längre utbildning (figur 32, figur 94 i övriga resultat). En större andel kvinnor födda utanför Sverige hade fetma jämfört med svenskfödda kvinnor. Inga statistiskt säkerställda skillnader i fetma fanns mellan män födda i olika delar i världen (se övriga resultat).

Frukt och grönsaker

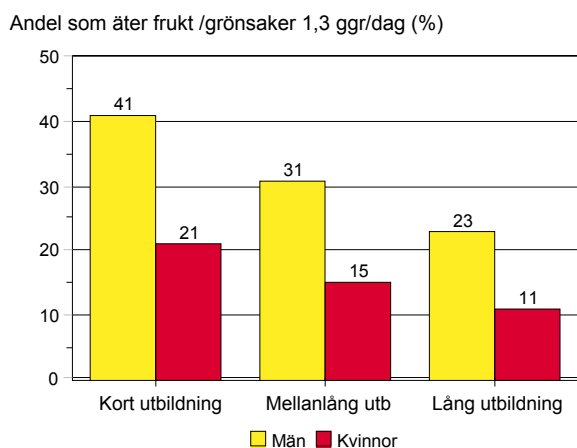
Goda matvanor i form av frukt-, grönsaks- och fettintag har visats ha samband med till exempel minskad risk för hjärt-kärlsjukdom och vissa cancerformer [33]. Kost och matvanor har även betydelse för diabetes typ II, övervikt och karies [34].



Figur 33. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan, 3 gånger per dag eller oftare och 5 gånger per dag eller oftare, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Kvinnor åt betydligt oftare frukt och grönsaker¹⁰ än män (figur 33, figur 103 i övriga resultat). Det var dock endast 13 procent av kvinnorna och 4 procent av männen som åt frukt och grönsaker 5 gånger per dag eller oftare (motsvarar det nationella målet).

Inga statistiskt säkerställda skillnader finns av befolkningen i andelen som äter mycket eller lite frukt och grönsaker mellan åren enligt nationella folkhälsoenkäten (se övriga resultat). Kvinnor åt betydligt oftare frukt och grönsaker än män. En betydligt större andel män än kvinnor i alla åldrar uppgav att de åt lite frukt och grönsaker (1,3 gånger per dag eller mer sällan). Det var en större andel kvinnor och män i åldern 16-29 år som åt lite frukt och grönsaker än bland dem som var 30 år och äldre. Även kvinnor och män som var arbetslösa och hade sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning åt lite frukt och grönsaker jämfört med sysselsatta. En större andel kvinnor och män i arbetaryrken åt lite frukt och grönsaker jämfört med dem i tjänstemannayrken. Dem med låg inkomstnivå åt lite frukt och grönsaker jämfört med högre inkomstnivå. Män och kvinnor födda i övriga Norden åt i större utsträckning lite frukt och grönt jämfört med svenskfödda män och kvinnor (figurer i övriga resultat).

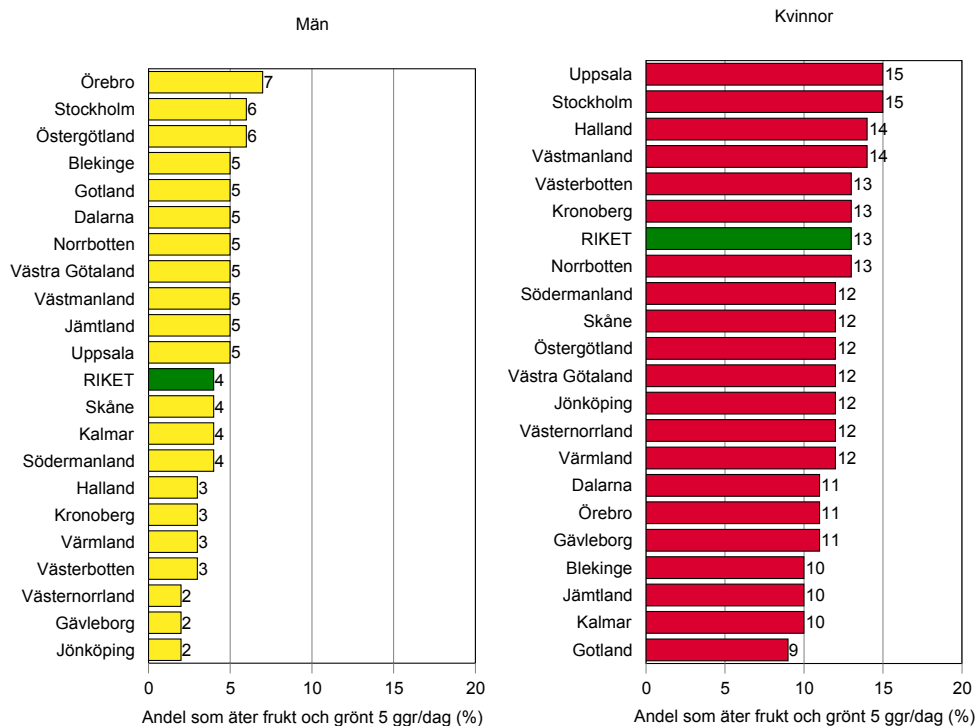


Figur 34. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

Ju kortare utbildning desto större andel kvinnor och män åt frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan (figur 34, figur 110 i övriga resultat).

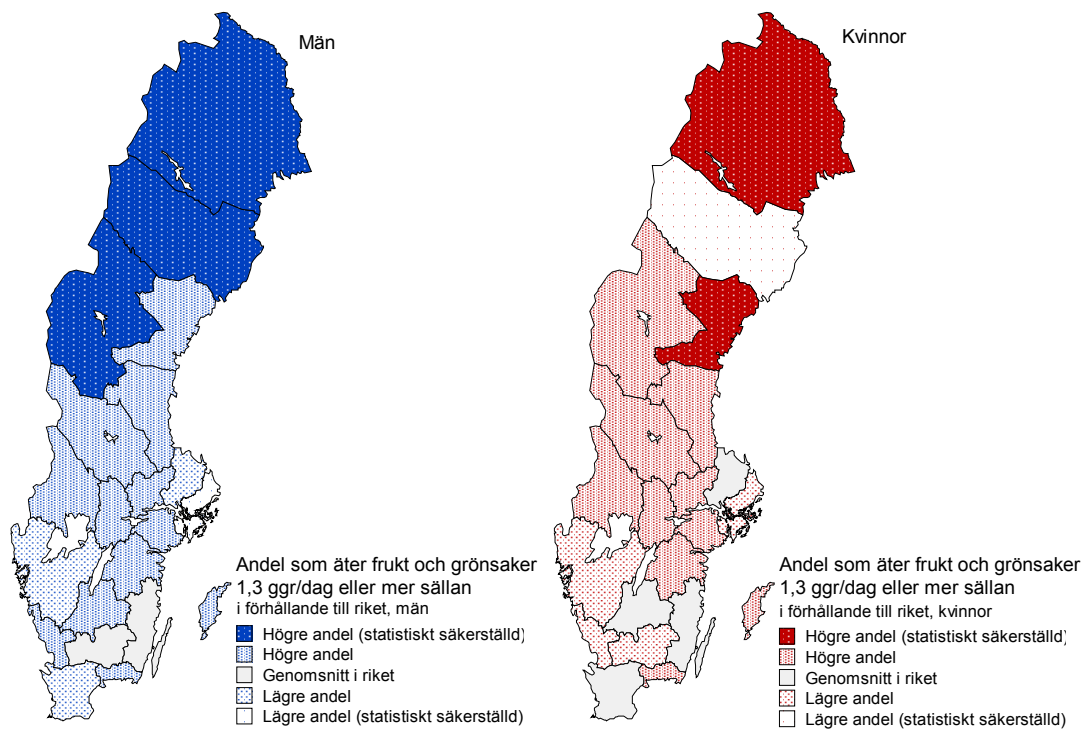
¹⁰ För att beräkna andelen som approximativt uppnår det rekommenderade intaget frukt och/eller grönsaker (minst 5 ggr/dag) ges svarsalternativen i enkäten olika vikter och de två frågorna sammanräknas till ett summaindex. Det nationella målet är att äta frukt och grönsaker minst 5 ggr/dag. De som äter frukt- och grönsaker 1,3 gånger per dag (20:e percentilen år 2004) eller mer sällan anses äta lite frukt- och grönsaker och de som äter frukt- och grönsaker 3 gånger per dag eller oftare (80:e percentilen år 2004) anses äta mycket.

Regionala data



Figur 35. Andel (procent) som äter frukt och grönsaker minst 5 gånger per dag, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

Män i Västernorrland, Gävleborg och Jönköping åt frukt och grönsaker 5 gånger om dagen eller oftare i mindre utsträckning jämfört med män i riket. Bland kvinnor i Stockholm var det vanligare att äta frukt och grönsaker 5 gånger om dagen eller oftare än bland kvinnor i riket (figur 35 och 36).



Figur 36. Andel (procent) som äter lite frukt och grönsaker, efter län/region, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.¹¹

¹¹ Indelning i fem nivåer:

De län som har samma andel, avrundat till heltal, som rikets genomsnitt ligger i en nivå. Över och under genomsnittet finns de län med andelar som är högre respektive lägre. Några av dessa är statistiskt säkerställda, dessa är särskilt markerade.

Sexuell och reproduktiv hälsa

En god sexuell och reproduktiv hälsa kan sägas vara sexuellt välbefinnande och en sexualitet fri från negativa konsekvenser, fördomar, diskriminering, tvång och våld. Begreppet överlappas delvis av en god reproduktiv hälsa som inkluderar aspekter som reproduktiv frihet och en säker graviditet och förlossning. Det är särskilt angeläget att främja sexuell och reproduktiv hälsa bland ungdomar [35]. Oskyddat sex kan leda till att man utsätter sig själv och sina partners för hälsorisker, att bli smittad av en sexuellt överförbar infektion, hiv och/eller att bli oönskat gravid [36].

Att smittas av klamydia, vilket är den vanligaste förekommande anmälningspliktiga infektionen i Sverige, kan leda till allvarliga konsekvenser för hälsan om man drabbas av komplikationer som äggledarinflammation eller bitestikelinflammation [37] [38]. Ökningen av klamydia, som indikerar att frekvensen oskyddat sex har ökat, innebär ökad risk för att även hiv når andra grupper i samhället.

Under 2007 rapporterades 47 101 fall av klamydia, 513 fall per 100 000. Största ökningen i incidens har under dessa år skett bland kvinnor och män i åldergruppen 15-29, sedan mätningarna började i slutet på 80-talet. I denna åldersgrupp rapporterades 88 procent av alla anmälda fall. Det är en ökning med 45 procent jämfört med 2006. Siffrorna år 2006 påverkades av spridningen av en ny variant av klamydia som inte upptäcktes i vissa då vanligt förekommande testmetoder. Klamydiaökningen under 2007 förklaras därför till stor del av en övergång till en testmetod som fångade upp den nya klamydiastammen, och på en något ökad provtagning [39].

Det rapporteras fler klamydiafall bland kvinnor än män (2007 utgjorde kvinnor 57 procent av fallen), men det är också fler kvinnor än män som provtas, 70 procent av alla provtagna var kvinnor 2007. Fertiliteten hos både män och kvinnor kan påverkas negativt av komplikationer från klamydia, vilket orsakar mänskligt lidande och kostnader för samhället i form av fertilitetsutredningar [37, 40] [38]. Dessutom förknippas ofta sexuellt överförbara infektioner med skam och skuld, vilket medför psykiska påfrestningar [41].

Idag har ungdomar fler sexualpartner och fler tillfälliga kontakter, men utan att kondomanvändningen har ökat. Inställningen att det är fullt acceptabelt med tillfälligt sex har förstärkts. Andelen i åldrarna 16-44 år som uppger att de haft samlag "första kvällen" det senaste året, har nästan fördubblats på 20 år. Ungefär en fjärdedel av de sexuellt aktiva 16-24-åringarna svarade att de haft samlag "första kvällen" utan att använda kondom minst en gång under de senaste 12 månaderna [42]. Slutsatserna är att ungdomar bejakar sin sexuella lust, vilket är positivt. Det negativa i sammanhanget är att ungdomar, trots medvetenheten om risker och smittvägar, inte använder kondom i den utsträckning som är önskvärd. Det är troligen en av orsakerna till den kraftiga ökningen av klamydia senaste åren.

År 2007 genomfördes 24,8 tonårsaborter per 1 000 kvinnor (7 584), vilket innebär en minskning med 2,4 procent jämfört med 2006. Mellan 2006 och 2007 var ökningen i tonårsgruppen 5 procent. De geografiska skillnaderna är stora och den högsta frekvensen tonårsaborter hade Stockholms och Göteborgs kommun samt Gotland, 2007. Lägst var antalet tonårsaborter per 1 000 kvinnor i Kronobergs, Jönköpings och Blekinge län. Mellan 2006 och 2007 är ökningarna störst i Jämtlands län och Stockholms kommun [43]. Kvinnor som redan gjort en abort har en

ökad risk för att återigen bli oönskat gravid [44-46]. Att vara invandrarkvinna är en enskild riskfaktor för att bli oönskat gravid som slutar med en abort. Dessa kvinnor har ofta flera barn, erfarenhet av tidigare abort samt bristande kunskaper om preventivmedel [47].

Under de senaste tio åren har antalet anmälda sexualbrott ökat med 50 procent, med sexualbrott menas till exempel sexuellt ofredande, sexuellt tvång och våldtäkt. År 2007, anmäldes 12 820 sexualbrott. Ökningen beror troligtvis på att både anmälningsbenägenheten och den faktiska brottsligheten har ökat [48]. Svenska och internationella studier visar att endast omkring var femte kvinna som utsatts för våld gör en polisanmälan och beträffande sexualbrott är anmälningsbenägenheten ännu lägre [48-50]. Antalet anmälda våldtäktsbrott har kontinuerligt ökat, framför allt inomhus. Det totala antalet polisanmälda våldtäktsbrott i riket har ökat kontinuerligt från 350 våldtäkter år 1950 till 3483 år 2007. År 2007 anmäldes 3483 våldtäkter i Sverige, 38 våldtäkter per 100 000 invånare [48].

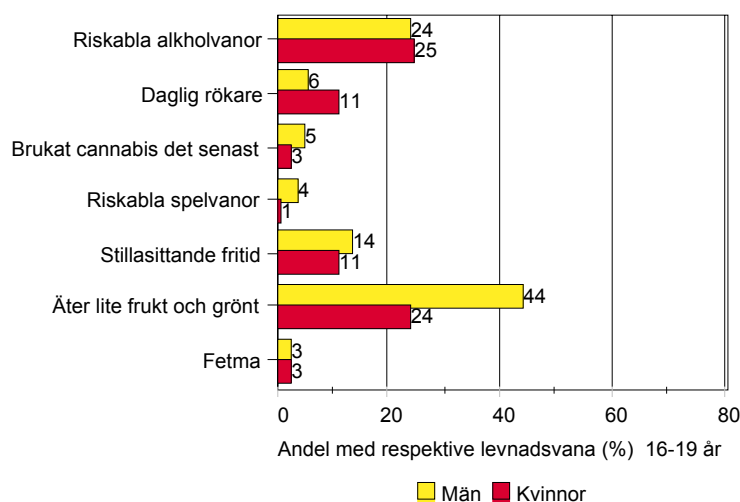
Det har skett en strukturförändring av anmälda våldtäkter och dess omständigheter. Det är framförallt våldtäkter där förövaren är obekant eller ytligt bekant som har ökat, tio procent mellan 1995-2006. Samtidigt har våldtäkter, där offret och förövaren har en nära relation minskat med 12 procent och utgör idag 17 procent av alla anmälningar. Våldtäktsöverfallen har dock minskat och utgör 1 av 10 våldtäkter. Det innebär att mindre våld ses i samband med de anmälda brotten idag men också att fler söker vård. Fler våldtäkter sker på annan plats än i förövarens eller offrets bostad [51]. Attityder och ökad alkoholkonsumtion beskrivs även som möjliga orsaker till ökningen av sexualbrott [51, 52]

Levnadsvanor bland olika grupper

Yngres hälsa

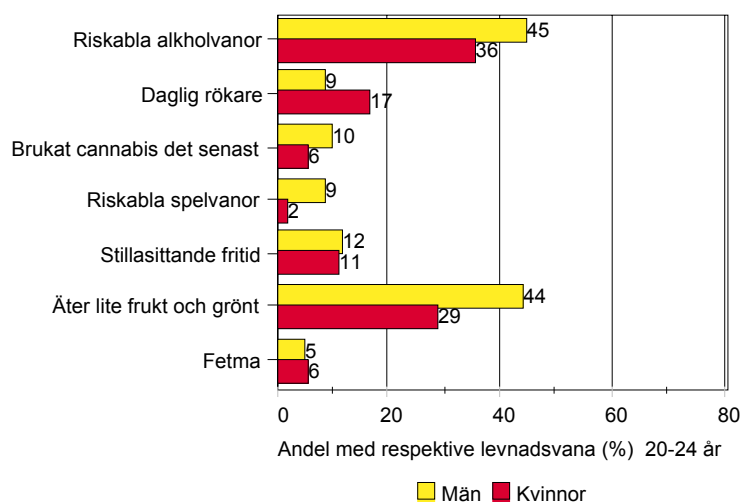
Svenska ungdomars och unga vuxnas hälsa är internationellt sett god. Däremot har förekomsten av övervikt och fetma samt psykisk ohälsa ökat på ett oroväckande sätt under de senaste 20 åren. Denna ökning följer till stora delar utvecklingen i hela västvärlden [53]. Yngres konsumtion av alkohol och illegala droger har fördubblats de senaste 15–20 åren [35]. Unga hade också riskabla alkoholvanor i betydligt större utsträckning än dem som var äldre (se övriga resultat).

Andelen med ohälsorelaterade levnadsvanor ökade i åldersgrupperna 20-24 år jämfört med åldersgrupperna 16-19 år. En förklaring till denna ökning kan vara att hälsofrämjande och förebyggande arenor som exempelvis skolan inte alltid omfattar åldersgruppen 20-24 åringar i samma utsträckning som 16-19 åringar. En annan förklaring är ökad köpkraft hos åldersgruppen 20-24 år.



Figur 37. Andel med respektive levnadsvana, 16-19 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland 16-19 åringar var det lika vanligt med riskabla alkoholvanor både bland pojkar och bland flickor. Det var vanligare bland 16-19 åringa flickor att röka mer än jämnåringa pojkar. Medan pojkar i större utsträckning än flickor brukat cannabis det senaste året, hade riskabla spelvanor och åt lite frukt och grönt (figur 37, figur 112 i övriga resultat).

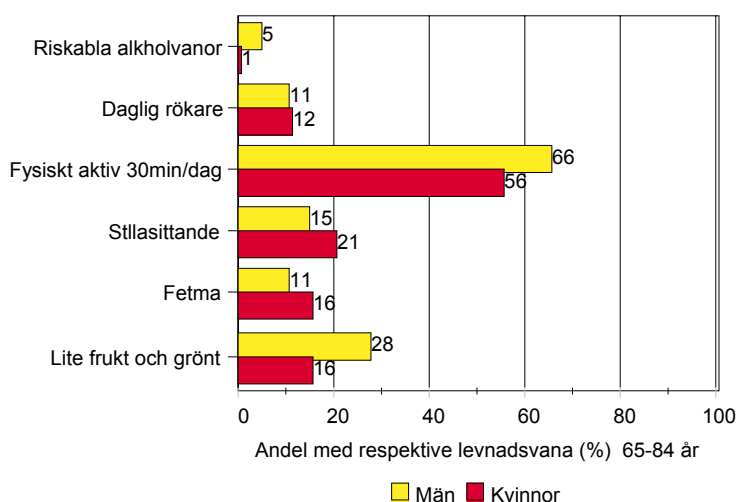


Figur 38. Andel med respektive levnadsvana, 20-24 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland unga vuxna i åldern 20-24 år var det vanligare bland män att ha riskabla alkoholvanor, att ha provat cannabis det senaste året, att ha riskabla spelvanor och att äta lite frukt och grönt än bland kvinnor. Bland kvinnor var det vanligare att vara daglig rökare än bland män (figur 38, figur 113 i övriga resultat).

Äldres hälsa

De äldres hälsa har utvecklats på ett positivt sätt under hela 1900-talet, men sedan 1997 har medellivslängden för 65-åriga kvinnor inte ökat. Här ligger Sverige efter Japan, Frankrike, Schweiz, Spanien, Australien, Italien och Kanada. De svenska männen ligger i topp tillsammans med Japan. En av förklaringarna till de svenska kvinnornas lägre position är att de röker mer än i ovan nämnda länder, särskilt i åldrarna 45-64 år, vilket förklaras av den omfattande ökningen av andelen rökande unga kvinnor som skedde på 1960- och 70-talen i Sverige. En annan är matvanorna [54].



Figur 39. Andel med respektive levnadsvana, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En stor andel av dem i åldersgruppen 65-84 år är fysiskt aktiva 30 min/dag, det är något vanligare bland män än bland kvinnor. Kvinnor är i större utsträckning än män stillasittande och det är även vanligare med fetma bland kvinnor än bland män. Bland män är det vanligare att äta lite frukt och grönt jämfört med kvinnor (figur 39, figur 114 i övriga resultat).

Utvecklingen av de äldres hälsa har stor betydelse för behoven av vård och omsorg. Denna utveckling kan påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Multisjuklighet är ett speciellt sjukdomsmönster som har samband med stigande ålder och innebär förekomst av två eller flera sjukdomar samtidigt hos en individ oavsett sjukdom. Multisjuklighet är det vanligaste sjukdomspanoramot hos äldre. Kvinnor och personer med kort utbildning är mest drabbade. Det saknas idag kunskap om hur multisjuklighet kan förebyggas. Däremot vet vi att livet som multisjuklig kan underlättas genom mer samordnade insatser av samhällets vård och omsorg. Alzheimers sjukdom är den vanligaste av demenssjukdomarna och svarar för ca 70 procent av dessa. Ärftliga faktorer förklarar 50 till 60 procent av sjukligheten. Högt blodtryck och diabetes är också viktiga riskfaktorer. Att underlätta för äldre att leva ett självständigt liv även med ohälsa och funktionshinder bör vara ett centralt mål för en hälsoinriktad samhällsplanering, men behoven är högst individuella. Ålderspensionärerna är ingen enhetlig grupp [55].

Delaktighet och inflytande är viktigt för de äldres hälsa. Psykisk ohälsa är fortfarande ett stort problem hos de äldre. När det gäller dödsorsaker är emellertid hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar helt dominerande [56].

Gravida och spädbarnsföräldrar

Rökning och alkoholkonsumtion är hälsorisker som går att förebygga i samband med graviditet. Rökning under graviditeten innebär en ökad risk för att fostret får en dålig tillväxt och föds för tidigt [53]. I genomsnitt minskar andelen kvinnliga rökare med mer än hälften från det att de blir gravida och fram till inskrivningen på mödravårdscentralen. I genomsnitt rökte år 2005 8,5 procent av de gravida vid inskrivningen. Västerbottens och Jämtlands län hade lägst andel kvinnor som rökte under graviditeten, medan gravida i Blekinges län rökte mest i hela landet. [53, 57]. Det är inte bara mammans rökning som har betydelse för barnet, utan även i familjer där endast pappan röker ser man en ökad risk för barnets hälsa. Risken ökar med graden av exponering för passiv rökning. För gravida medför även en måttlig konsumtion av alkohol en risk för fosterskador. Det är därför motiverat att särskilda åtgärder vidtas inom mödrahälsovården, även om generella åtgärder riktade mot den ökande alkoholkonsumtionen bland unga kvinnor är väl så viktiga.

Funktionsnedsättning

I många fall har ohälsan ett direkt samband med funktionsnedsättningen, men en stor del av ohälsan har samband med kända bestämningsfaktorer som ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet. Det innebär att det går att förbättra hälsan bland personer med funktionsnedsättning genom att bland annat förbättra de ekonomiska förutsättningarna, minska kränkande behandling eller bemötande (diskriminering), öka det sociala deltagandet och förändra vissa levnadsvanor.

Enligt Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät 2005–2007 hade cirka 1,5 miljoner personer i åldern 16–84 år en eller flera funktionsnedsättningar. I åldersgruppen 16–64 år fanns drygt 1 miljon och i åldern 65–84 år drygt 0,5 miljoner personer med funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningar ökar med åldern och personer med funktionsnedsättning har oftare kort utbildning och sämre ekonomisk situation jämfört med övriga befolkningen. Det var också betydligt färre som yrkesarbetade bland dem med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. En stor del av den samlade ohälsan fanns bland personer med funktionsnedsättning.

Fetma var vanligare bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen, utom bland män i åldern 65–84 år. Fetma var vanligast bland rörelsehindrade kvinnor, där hela 32 procent hade fetma. Det var genomgående en mindre andel som var fysiskt aktiva bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. Kvinnor och män med funktionsnedsättning åt mindre frukt och grönsaker jämfört med övriga befolkningen. Det var också vanligare att röka varje dag bland kvinnor och män med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. Störst var andelen dagligrökare bland kvinnor med funktionsnedsättning som saknade kontantmarginall. Av dem var det 30 procent som rökte. Det var också vanligare att ha varit utsatt för miljötabaksrök bland personer med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen, utom bland äldre män. Det var nästan lika vanligt att snusa varje dag bland kvinnor och män med funktionsnedsättning som i övriga befolkningen. Det var också nästan lika vanligt med riskabla alkoholvanor bland kvinnor och män med funktionsnedsättning som i övriga befolkningen. Det var också vanligare att ha riskabla spelvanor bland personer med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen [58].

Allmän översikt av förebyggande och hälsofrämjande arbete

Merparten, cirka 70 procent, av Sveriges sjukdomsburda består av hjärt-kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, cancersjukdomar och skador. Dessa sjukdomar kan i hög grad påverkas av förebyggande insatser. Hjärt-kärlsjukdomar kan reduceras bland annat med hälsosammare levnadsvanor som exempel minskad rökning, förändrade matvanor och ökad fysisk aktivitet tillsammans med metoder inom hälso- och sjukvården. Psykiska sjukdomar kan reduceras med förebyggande insatser i de tidiga uppväxtåren, som exempel föräldrastödsmetoder, och insatser som minskar alkoholkonsumtionen [59].

En riskfaktor är en faktor som ökar risken för ohälsa eller problem hos individer medan en skyddsfaktor är en faktor som istället skyddar individen. Risk- och skyddsfaktorer återfinns på individnivå, i familjen, skolan/kamratkretsen och på samhällsnivå. Faktorerna samspelar och interagerar. Enstaka risk och skyddsfaktorer har begränsad effekt. Förebyggande arbete bygger på kunskap om risk- och skyddsfaktorer. Effektiva insatser bygger på kunskap om påverkbara risk- och skyddsfaktorer och om insatserna syftar till att reducera en riskfaktor kallas den ofta förebyggande. Om den istället bidrar till att öka tillgången till en skyddsfaktor (friskfaktor) kallas den hälsofrämjande [60].

Traditionellt har det förebyggande arbetet inriktat sig på personer som har stor risk för ohälsa med så kallade selektiva insatser eller högriskstrategier, sådana insatser har dock visat sig vara kostsamma i förhållande till insatsernas effekter. Selektiva insatser uppfattas dessutom ofta som stigmatiserande. Erfarenheter från bland annat de Skandinaviska länderna har visat att generella insatser, det vill säga insatser riktade mot hela befolkningen, varit effektiva då hela befolkningens risknivå anses vara ganska hög, exempel beträffande bristande fysisk aktivitet eller dåliga matvanor. Generella insatser är ofta mindre resurskrävande än selektiva insatser och man undviker att stigmatisera någon enskild befolkningsgrupp. Även om den enskilde medborgaren, som har en liten risk att insjukna, inte upplever insatserna som särskilt betydelsefull är samhällsvinsten stor. Detta fenomen benämns inom folkhälsovetenskapen som ”den preventiva paradoxen”. Den bästa förebyggande effekten uppnås när man kombinerar generella insatser med selektiva insatser där man påverkar flera riskfaktorer samtidigt[61].

Förebyggande insatser kan genomföras på olika arenor. Hälso- och sjukvården har i Sverige en viktig roll i utmaningen att påverka folkhälsoproblemet kring bland annat riskbruksfrågor och en stillasittande livsstil. Läkare och sjukvårdspersonal anges ofta som trovärdiga källor till hälsoinformation och patienter förväntar sig hälsovägledning vid besök. Mödra- och barnhälsovården samt ungdomsmottagningar skulle med utökade resurser vara goda arenor för att ta upp till exempel riskbruksfrågor.

I skolåldern grundläggs många av våra levnadsvanor och livsstilar. Trivsel på skolan är en skyddsfaktor bland annat mot tobaks-, alkohol- och narkotikabruk bland barn och ungdomar. Skolsvårigheter, både vad avser kunskapsinläring och social interaktion med jämnåriga och vuxna, är en riskfaktor för riskbruk. Strukturerade program som genererar aktivt ledarskap och återkoppling på elevernas prestationer har visat positiva effekter på skolfärdigheter (förebygger

skolmisslyckanden), de främjar en positiv anknytning till skolan, förbättrar skolklimatet och ökar engagemanget i skolaktiviteter [62]. Skolmiljön påverkar även barn och ungas fysiska aktivitet och matvanor. Effekterna av skolans traditionella faktaförmedlande ANT-undervisning (om alkohol, droger och tobak) har visat sig ha en ringa effekt på ungdomars beteende på kort sikt. Kunskaper om olika drogers skadeverkningar på kort och lång sikt är trots det en viktig förutsättning för genomtänkta aktiva ställningstaganden när det gäller åtgärder mot drog-användning.

Familjen och föräldrarna är av central betydelse i allt arbete som syftar till att främja en hälsosam livsstil bland ungdomar, bra samspel i familjen skapar trygghet och är en viktig förutsättning för ett hälsosamt liv. Några *skyddsfaktorer* mot drogbruk, knutna till familjen, är:

- 1) föräldrar som poängterar att tonåringar inte ska dricka,
- 2) att det inte finns cigaretter, alkohol eller droger hemma,
- 3) att relationen mellan barn och föräldrar är varm och nära,
- 4) föräldrar som har tydliga normer och positiva förväntningar,
- 5) att barnens positiva handlingar uppmärksammas mer än de negativa och
- 6) att föräldrarna visar tydligt att de bryr sig om var barnen är och vad de gör utan att vara överkontrollerande.

Under de senaste åren har många olika föräldrastödsprogram utvecklats i Sverige, både program som vänder sig till föräldrarna när barnen är små och program som vänder sig till föräldrar med barn i tonåren. De program som riktar sig till småbarnsföräldrar brukar kallas samspelsprogram och de som vänder sig till tonårsföräldrar kallas för kommunikationsprogram. Vidare finns det program som vänder sig till föräldrar som upplever att deras barn är bråkiga och stökiga [63].

Arbetsplatsen kan vara en arena för förebyggande insatser vad gäller riskbruksfrågor men också insatser för att öka den fysiska aktiviteten. Den byggda miljöns utformning påverkar hur människor är fysiskt aktiva. Men exakt hur den inverkar på olika former av fysisk aktivitet, som lek, cykling, utomhusvistelse, motion inomhus, är ännu inte klarlagt. Platser för fysisk aktivitet och motion är bland annat parker, grönområden, anläggningar och mötesplatser i närområdet [64].

En meningsfull fritid kan förebygga drogproblem, vilket gör det till en central del av ett drogpreventivt arbete att skapa, vidmakthålla och förstärka innehållsrika och positiva fritidsaktiviteter. Om ungdomar upplever skolmiljön som negativ och organiserade fritidsaktiviteter saknas, ökar risken för att de hamnar i kamratgång med drogpositiva normer. Den skolbaserade preventionen kan inkludera fritidsverksamheten i sitt arbete [62].

Insatser

Alkohol

Riskerna för alkoholproblem reduceras mer effektivt genom generella åtgärder än genom selektiva. För största möjliga effekt krävs dock en kombination. De generella åtgärderna kan aldrig bli heltäckande. Även om exempelvis höga priser på alkohol verkar generellt dämpande på alkoholkonsumtionen, finns det ett antal situationer där denna effekt är otillräcklig och behöver kompletteras med selektiva åtgärder. Mot rattfylleri, exempelvis, är det framför allt generella åtgärder (promillelagstiftning, trafikövervakning) som är effektiva, men selektiva åtgärder riktade mot individer som dömts för rattfylleribrott ger ytterligare effekt. För gravida medför även en måttlig konsumtion av alkohol en risk för fosterskador. Det är därför motiverat att särskilda åtgärder vidtas inom mödrahälsovården, även om generella åtgärder riktade mot den ökande alkoholkonsumtionen bland unga kvinnor är väl så viktiga.

Människor med psykiska problem kan också behöva särskilda stödinsatser, liksom andra människor som hamnar i kris, exempelvis till följd av arbetslöshet. I en del fall leder psykisk sjukdom, liksom livskriser, till ett ökat alkoholbegär. I ett system där alkoholen är billig och tillgänglig leder detta oftare till ökad konsumtion och alkoholproblem än i ett system med mer begränsad tillgänglighet. För dessa grupper krävs dock kompletterande selektiva åtgärder, exempelvis i form av sekundärprevention och alkoholbehandling inom psykiatri [65].

Den förebyggande aktiviteten på alkohol- och narkotikaområdet har ökat kontinuerligt under en följd av år efter 2000, och fortsatte att öka under 2006. Mycket av den ökande aktiviteten har sin grund i de statsbidrag som utgått till kommunerna genom länsstyrelserna. Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika spelade därutöver en stor roll. Verksamhetsberättelserna från dessa båda organ visar på en bredd i de förebyggande insatserna: omfattande nationella informationsinsatser med stor bredd och variation, stöd till det lokala förebyggande arbetet, insatser inom arbetslivet, högskolor, folkbildningen, idrottsrörelsen, etniska organisationer, och mycket mer. De ökade förebyggande insatserna syftade i första hand till att minska efterfrågan på alkohol och narkotika, med ungdomar som främsta målgrupp. Däremot sågs under dessa år, från 2000 fram till 2006 ingen påtaglig satsning på tillgänglighetsbegränsning. Sammantaget sågs under 2006 ett ökat stöd bland svenskarna för en restriktiv politik inom alkohol- och narkotikaområdet. Det lokala förebyggande arbetet utvecklades och växte. Samarbetet mellan den offentliga sektorn och frivilligsektorn var dock fortfarande svagt utvecklat. Insatser riktade till barn och ungdom, särskilt inom skolan dominerade, även om en ökad satsning gjordes också på tillgänglighetsbegränsning och trafiknykterhet, liksom på prevention inom hälso- och sjukvården [66].

Narkotika

Att begränsa den fysiska tillgängligheten till narkotika är det främsta instrumentet för att minska narkotikabruket. Restriktiv lagstiftning reducerar kraftigt antalet personer som använder narkotika. Evidensen är stark för att kriminalisera de kommersiella delarna i narkotikahandlingen: produktion och försäljning, men svagare för kriminalisering av innehav och bruk av narkotika. För att en restriktiv lagstiftning ska vara effektiv krävs också effektiva kontrollåtgärder. En ensidig satsning på kontrollåtgärder i form av fler poliser, längre straff, etc. ger dock begränsade effekter på narkotikabruk och problem.

Tillgängligheten till narkotika kan bedömas utifrån flera olika indikatorer som exempelvis pris och narkotikabeslag. De fallande narkotikapriserna och de ökade beslagen under de senaste 15 åren indikerar troligen ett ökat inflöde av narkotika och en ökad tillgänglighet [69]. Sett i ett internationellt perspektiv är utbredningen av narkotikaanvändningen i Sverige blygsam. [70]. Erfarenheter från alkoholområdet visar att det är många faktorer som påverkar omfattning och allvarlighetsgrad i ett lokalt missbruksproblem. Därför bör en rad samordnade insatser användas när man försöker motverka problemen.

För ökad effektivitet behövs också insatser mot efterfrågan, där åtgärder på familje-, skol-, fritids-, arbetslivs- och trafikområdena är viktiga. Insatser för att påverka normer och attityder till narkotika är också viktiga, särskilt bland unga människor. Behandling av narkotikaproblem är effektiv när den genomförs med evidensbaserad metodik. Behandlingen i sig leder dock inte till en minskning av narkotikaproblemen i samhället. I Sverige har skadereducerande insatser som substitutionsbehandling för opiatberoende och sprututbytesprogram varit kontroversiella. Frågan har fått en pragmatisk lösning genom att de skadereducerande programmen beskrivits som medicinsk verksamhet och därmed kunnat undantas från det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle [67].

Policyfrågan för beslutsfattare på lokal, regional och nationell nivå gäller hur det förebyggande arbetet ska organiseras, och vilka resurser som ska tilldelas det. Exempel på organisatoriska frågor är antagande av policydokument i beslutande församlingar, styrning och samordning av det förebyggande arbetet, uppdrag till nämnder och förvaltningar, beslut om ekonomiska ramar och inrättande av tjänster. Det tar ofta lång tid innan preventionsinsatser ger synbara resultat, långsiktig finansiering är därför nödvändig för att få effekter [68].

När det gäller alkohol finns en hel del forskning kring effekter av preventionsprogram, men inom narkotikaområdet vet vi ganska lite om vad som fungerar och varför. Utvärderingar av lokal narkotikaprevention visar att program som framför allt bygger på utbildningsinsatser inte förmår minska problemen i någon större utsträckning – här krävs tillgänglighetsbegränsande åtgärder i kombination med lokal mobilisering. En annan viktig erfarenhet är att detta arbete kräver en hel del resurser, såväl ekonomiskt som kompetensmässigt, men kanske framför allt tålamod – det tar tid innan man kan se effekter av lokala narkotikaförebyggande program! [68].

Den förebyggande aktiviteten på narkotikaområdet, har precis som på alkoholområdet, ökat kontinuerligt under en följd av år och fortsätter att öka. Dessa insatser syftar även här på att i första hand att minska efterfrågan. [66].

Tobak

Det tobaksförebyggande arbetet inriktas på åtgärder för att minska efterfrågan på och tillgången till tobak genom att påverka de viktigaste bakomliggande bestämningsfaktorerna för tobaksbruk; pris, social acceptans och tillgänglighet. Det finns i dag internationellt och nationellt en mycket stark enighet om olika tobakspreventiva metoders effektivitet. Strategin består av ett program i flera delar riktat mot såväl breda som specifika målgrupper där ingen enskild åtgärd kan ersätta en annan. Det handlar således om en bred och enad front på internationell, nationell, regional och lokal nivå där långsiktighet, kontinuerlig finansiering och strategisk nationell samordning är nyckelfaktorer [71-73]. Sedan början av 1980-talet har tobaksbruket minskat kraftigt. Trots detta utgör det fortfarande vårt största enskilda folkhälsoproblem. Tobaksbruket är samtidigt en av de största orsakerna till skillnader i hälsa mellan olika grupper, då vissa grupper i samhället röker och snusar i betydligt högre grad än andra [74, 75]. En av de viktigaste svenska framgångsfaktorerna i tobaksarbetet har varit det successiva införandet av begränsande lagstiftning. Den opinionsbildning och samhällsdebatt som förekommit i anslutning till lagstiftningens tillkomst har påverkat den sociala acceptansen för rökning kraftigt [76].

Prishöjningar på tobak i form av skatthöjningar har använts sparsamt i Sverige. Ungdomar och låginkomsttagare är särskilt priskänsliga vilket innebär att höjda priser även bidrar till att minska de ojämlikheter i hälsa och ekonomi som beror på rökningen [72, 77].

Förutom begränsningar i möjligheterna för inköp av tobaksvaror är även utvecklandet av rökfria miljöer en faktor som begränsar tillgängligheten för rökning. En av hörnstenarna i den svenska tobakslagen är att ingen mot sin vilja ska behöva utsättas för tobaksrök. Följaktligen är alla offentliga platser, skol- och utbildningslokaler, hälso- och sjukvården samt alla arbetsplatser inklusive serveringsmiljöer rökfria. Endast vid två tillfällen på 90-talet, samt två tillfällen de senaste två åren har tobaksskatten höjts nämnvärt. 1992 ledde höjningen till att den årliga konsumtionen av cigaretter sjönk med över 20 procent [76]. De nyligen genomförda (2007 och 2008) skatthöjningarna på cigaretter och snus har ännu inte studerats vad gäller påverkan på tobaksvanorna. Världsbanken rekommenderar en årlig höjning av tobaksskatten med 5 procent över inflationstakten. En årlig höjning skulle garantera att priset på tobak stadigt ökar, med en efterföljande minskning av tobaksanvändningen som konsekvens [72].

I Sverige begränsas tillgängligheten till tobak framförallt genom 18-årsgränsen för inköp. Provköp är en metod som innebär att ungdomar besöker försäljningsställen och försöker köpa tobak i syfte att se vilka handlare som begär att få se legitimation. Utifrån resultatet får sedan handlaren positiv eller negativ återkoppling. Provköp används olika frekvent i olika kommuner, och det är för 2007 inte känt hur många av kommunerna som använde sig av metoden.

Spel

Tillgången på spel bestäms av regeringen genom tillståndsgivning till spelarrangörer inom branschen. Utöver aktörer med tillstånd finns en ökande tillgång på spel via Internet som saknar tillstånd i Sverige samt en illegal marknad, främst för automatspel. När det gäller det illegala spelandet i Sverige behövs ökade polisiära åtgärder såväl som en mer aktiv tillsyn. Ett aktivt lokalsamhälle där spelproblem uppmärksammas kan leda till ett ökat tryck på lokala aktörer att motverka minderårigt spelande och annat illegalt spelande, som illegala pokerklubbar och spelmaskiner .

Tidigare har spelberoende varit ett relativt osynligt problem i samhället, med få personer som sökt hjälp. Det har inte heller funnits specifik spelkompetens i kommuner eller i landstingen. Sedan FHI lade fram en handlingsplan 2003-2006 har satsningar bland annat gjorts på information och utbildning till professionella nyckelgrupper, utveckling av behandlingsmetoder, stöd till kamratföreningar, forskning och en stödtelefon för spelare och anhöriga. Satsningarna, som varit internetbaserade, har nått 1000 behandlare och över 6000 personer inom kriminalvård, socialtjänst och skolan [78]. Öppenvård för spelberoende i Malmö, Stockholm och Göteborg håller på att utvärderas, och resultaten visar att behandlingarna har effekt och att det inte är någon skillnad i effekt mellan kognitiv beteende terapi (KBT) och motiverande samtal (MI) [79]. Det har även startats ett självhjälpsprogram för spelberoende via Internet. Sedan 2004 har 660 personer deltagit i projektet. Resultaten av en första utvärderingsstudie visar att behandlingseffekterna är goda och att personerna inte bara blir spelfria/spelar mindre utan även förbättrar sin livskvalitet generellt sett [80]. Hjälpökandet till existerande stödinsatser har ökat under perioden.

Genom forskning har man fått bättre data bland annat på hur kasinoetableringen och den statliga nätpokersatsningen har påverkat spelproblemen i Sverige. Forskning utgör ett viktigt underlag för politiska beslut och initiativ.

Behandlingsinsatser har visat sig betydelsefulla men behöver integreras i den ordinarie vårdorganisationen. Ökat stöd till frivillig sektorn är viktigt för att stärka lokalt förebyggande arbete. Tillgänglighetsbegränsande åtgärder behöver stärkas och kombineras med förebyggande insatser på olika nivåer, detta inte minst i själva spelmiljöerna. Informations- och utbildningsinsatser såväl på generell nivå som målgruppsanpassad bör fortsätta. Detta förutsätter ökad kunskap om verksamma risk- och skyddsfaktorer samt återkommande datainsamling om spelproblem i Sverige.

Fysisk aktivitet

Samhälleliga insatser för ökad fysisk aktivitet i befolkningen bör sträva efter att skapa stödjande vardagsmiljöer för aktiviteter som tilltalar både barn och vuxna, speciellt de med en stillasittande fritid. Om den fysiska aktiviteten hos en stor del av befolkningen ska kunna öka krävs sektorsövergripande samhällsplanering för att skapa attraktiva inne- och utemiljöer.

Insatser för att främja fysisk aktivitet på individ- eller gruppnivå bör basera sig på ett flertal metoder, så som hälsovägledning och motiverande samtal. Interventioner som inbegriper socialt stöd, hanterar hinder och stärker självförtroende är nyckelfaktorer för att främja fysisk aktivitet.

Inom hälso- och sjukvården pågår Fysisk aktivitet på recept (FaR®), som är en arbetsmetod som kan användas av den svenska hälso- och sjukvården i samverkan med idrotts- och friluftsliv samt privata aktörer för att främja fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet på recept är ett komplement till eller ersättning för läkemedel och i dagsläget används FaR® inom samtliga landsting och man har utvecklat metoden efter lokala förutsättningar [81]. I en nyligen presenterad avhandling av Lena Kallings påvisas märkbara effekter av FaR® i form av ökad livskvalité samt en större förändringsbenägenhet att gå från en stillasittande vardag till en mer aktiv [82]. Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att under 2008 och 2010 utvärdera FaR®.

Skriften Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention (FYSS) används av hälso- och sjukvårdspersonal vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept FaR®. Skriften sammanfattar hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd.

Utvecklingsarbetet "Brobygge, fysisk aktivitet och/eller läkemedel i sjukdomsprevention och behandling" slutfördes under 2008 och sammanlagt har 24 tvärprofessionella team från sex landsting och en vårdcentral deltagit i projektet. Projektet genomfördes under tiden augusti 2006 till december 2007. Samtliga team ökade markant sin förskrivning av FaR® och minst 1 586 recept har skrivits ut under tiden [83].

Även om hälsoeffekterna av fysisk aktivitet i dag är välkända och allmänt accepterade saknar vi fortfarande kunskap om processer för beteendeförändring och metoder som ökar fysisk aktivitet på befolkningsnivå.

Matvanor och livsmedel

Samhällsbaserade insatser för att främja goda matvanor i befolkningen bör skapa stödjande strukturer och miljöer som underlättar hälsosamma val av mat [84] [85]. Det finns också stöd för att målgruppsanpassade insatser ger god effekt [84] [85]. När det gäller metoder för att minska och förebygga övervikt och fetma bland barn, finns starkt vetenskapligt stöd för insatser som engagerar föräldrarna och hela familjen [85-88]. Även här är mödravårdscentralen och barnvårdscentralen, förskola, skola och fritidsverksamhet viktiga samverkanspartners och arenor.

Livsmedelstillgänglighet innefattar pris, avstånd och kvalitetsaspekter. Konsumenternas möjligheter att köpa den mat de önskar påverkas starkt av vilka butiker som finns tillgängliga [89]. Det kan både vara brist på tillgänglighet till hälsosamma livsmedel och tillgång till ett fullvärdigt livsmedelsutbud i nära anslutning till bostaden, liksom för lätt tillgång till energitäta och näringsfattiga livsmedel. Detta visar på olika förutsättningar för att äta hälsosamt beroende på vart man bor, vilket leder till ojämlikhet i hälsa. Det är viktigt att de livsmedel som befolkningen förväntas äta mer av finns inom rimligt avstånd och till ett bra pris, annars kommer inte hälsoinsatser få önskad effekt.

Livsmedelsverket har tillsammans med Statens folkhälsoinstitut, arbetsgivarorganisationer, fackföreningar, branschorganisationer med flera under 2007 tagit fram tre skrifter: Bra mat i förskolan [90], Bra mat i skolan [91], samt Bra mat på jobbet [92]. Skrifterna tar upp råd och möjligheter inom respektive arena. Det är viktiga riktlinjearbeten som på ett strukturellt sätt arbetar med förutsättningar för att en stor del av befolkningen ska kunna få näringsriktiga måltider och kunna hålla en god energibalans.

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Ungdomar och unga vuxna är den mest centrala åldersgruppen för förebyggande insatser inom sexualitet och reproduktiv hälsa. Insatserna bör utformas med hänsyn till olika gruppers behov och resurser eftersom åldersgruppen ungdomar och unga vuxna är mycket heterogen. Skolan har den absolut viktigaste rollen när det gäller att nå yngre ungdomar och tydligt utformad undervisning inom området bidrar till minskat risktagande hos ungdomar. Ansatsen bör även vara bred och omfatta flera aktörer - samordning och uthållighet över tid är centrala förutsättningar för lyckade insatser [93]. Det gäller således att hitta de arenor där samtal om sexualitet och säkrare sex kan ske på ett naturligt sätt. För unga människor är skolan och ungdomsmottagningen sådana platser.

Det förebyggande arbetet inom området sexuell och reproduktiv hälsa i Sverige ligger i linje med internationell kunskap inom området. Men kunskap om vad som faktiskt fungerar och även tydliga modeller och mål för arbetet saknas, samt uppföljning och systematisk utvärdering av effekterna [93].

Det finns begränsat med studier som har kartlagt vad för slags kunskap ungdomar har inom området för sexuell och reproduktiv hälsa. En svensk studie visade att ungdomar inte har tillräckliga baskunskaper inom området för reproduktionssystemets anatomi och fysiologi, trots läroplanens obligatoriska sex- och samlevnadsundervisning. Studien visade även att ungdomarna hade bristfälliga kunskaper om andra sexuellt överförbara sjukdomar (STI) än klamydia, så som exempelvis kondylom [94]. Flera studier har även visat att ungdomarna är missnöjda med sex- och samlevnadsundervisningen och hälsofrågor i skolan [95, 96] [97] [98]. Kunskap är en viktig förutsättning för både attityd och beteendeförändring. Det är därför angeläget att göra en översyn av den svenska sex- och samlevnadsundervisningen.

Ungdomsmottagningarna har inte en given struktur och metodbeskrivningar, vilket medför svårigheter att följa upp och utvärdera ungdomsmottagningarnas verksamhet [99]. Samtalen Motiverande samtal (MI) är ett exempel på insatser som kan utföras av Ungdomsmottagningar. Utländska studier bekräftar att MI är effektivt inom området för sexuell och reproduktiv hälsa [100] [101]. Det saknas dock utvärderingar i Sverige beträffande användningen av MI inom området för sexuell- och reproduktiv hälsa.

Sverige har till skillnad från Norge [102] och Finland [103], begränsade kunskaper om hur sexualvanorna utvecklats i hela befolkningen, eftersom den senaste sexualvanestudien med ett befolkningsurval upp i högre ålder genomfördes 1996 [104]. Det innebär bland annat att det saknas kunskaper om hur relationsmönster förändrats mellan generationer, och sedan Internets inträde. Väsentliga kunskaper för att kunna avgöra vad som utgör riskbeteenden saknas därmed [105]. En viktig förutsättning för att kunna göra prioriteringar i det preventiva arbetet är vidare aktuella kunskaper om gällande normer, värderingar, attityder till sexualitet samt sexualvanor [104]. Det förutsätter en kontinuerlig uppföljning genom beteendevetenskapliga studier [106] [104].

Inriktning och prioritering av insatser inom alkohol, narkotika, tobak och dopning

Prioriterade insatser inom ANTD-området under 2009

En rad stora satsningar har påbörjats under senare år: länssamordningen; riskbruksprojektet och ansvarsfull alkoholserving. Dessa understöds effektivt genom utvecklingsmedel som kan användas strategiskt för att främja evidensbaserat förebyggande arbete. Resurser för informationsinsatser är också mycket viktiga. Lokalt och regionalt utvecklas samarbetet med frivilligsektorn för att få ökad kraft i det förebyggande arbetet.

Denna inriktning på det förebyggande arbetet bör nu fullföljas. Med ledning av de erfarenheter som vunnits rekommenderas att insatserna under 2009 inriktas mot fem områden:

1. Tillgänglighetsbegränsning inklusive tillsyn
2. Insatser inom hälso- och sjukvården
3. Föräldrainsatser
4. Insatser för barn till föräldrar med alkohol- och narkotikaproblem
5. Information/opinionsbildning

Tillgänglighetsbegränsning

Arbetet med tillgänglighetsbegränsning bör bedrivas inom flera områden; här nämns några:

Regional struktur för tillsyn: Den regionala tillsynen inom alkohol- och tobaksområdet behöver förstärkas och utvecklas. Dels behöver länsstyrelsens reguljära tillsynsarbete förstärkas. Dels krävs insatser för att utveckla tillsynen. En del av detta utvecklingsarbete handlar om att fullfölja arbetet med att implementera STAD-metoden för ansvarsfull alkoholserving. En annan del handlar om metodutveckling av tobakstillsynen. För dessa två delar krävs ett fortsatt statligt stöd i samma storleksordning som det som utgått för ansvarsfull alkoholserving de senaste åren.

Serveringsfrågorna: En restriktiv tillståndsprövning och tillsyn över beviljade serveringstillstånd är en väldokumenterad strategi för att begränsa alkoholskador. Det handlar här om att begränsa antalet serveringsställen, särskilt inom socialt utsatta områden, liksom att begränsa serveringstiderna. Vidare behöver tillsynen effektiviseras genom utökad samverkan med polisen.

Tobakstillsyn: Ålderskontrollen avseende försäljning av tobak måste skärpas. En väl fungerande tillsyn enligt tobakslagen är ett mycket viktigt medel för att uppnå de tobakspolitiska målen. Att stimulera ett gott samarbete och förankra en effektiv tillsynsverksamhet på regional och kommunal nivå är således en viktig faktor i det långsiktiga tobakspreventiva arbetet.

Illegal alkohol: En betydande del av alkoholkonsumtionen, särskilt bland ungdomar, består av vidareförsäljning av privatimporterad alkohol och annan illegal alkohol. Här spelar polisens insatser en avgörande roll. Den modell som polisen i Växjö utvecklat med en kombination av aktiv spaning mot organiserad langning, konfiskation av all alkohol som ungdomar innehar och kontakt med föräldrar då ungdomar påträffas med alkohol, har visat sig ge mycket god effekt. Modellen bör spridas till alla polismyndigheter.

Narkotikabekämpning: Tillgänglighetsbegränsning är också av avgörande betydelse inom narkotikaområdet. Frånsett de nationella insatserna för att begränsa inflödet av narkotika i landet, spelar lokala insatser mot narkotika också stor roll. Prioriterade insatser här utgörs av arbetet mot lokala narkotikamarknader liksom att bekämpa narkotika på restauranger.

Skolan: Bland flera viktiga metoder som nu sprids inom skolvärlden är frågan om en restriktiv policy avgörande. Målet är att alla skolor antar policier som klargör regler för bl.a. alkohol och tobak inklusive tobaksfri arbetstid, nollning, skolbaler, studentfester, uthyrning av lokaler, med mera. Studentfester arrangerade på restauranger har blivit ett växande problem med fylla och bråk, vilket motiverar ökad samverkan mellan skolor, restauranger och polisen.

Insatser inom hälso- och sjukvården

Under de senaste två åren har de alkoholförebyggande insatser inom primärvård och företagshälsovård ökat kraftigt. Dels har ett nationellt kunskapscentrum, Riskbruksprojektet, byggts upp för metodutveckling och utbildning. Dels har alla landsting kunnat söka medel för alkoholförebyggande projekt. Denna utveckling finns starka skäl att fortsätta understödja. Inom ramen för riskbruksprojektet utvecklas en webbportal för levnadsvanor/livsstilsfrågor.

Föräldrainsatser

Föräldraprogram har blivit en viktig del av det förebyggande arbetet inom många kommuner. Av särskild betydelse är att se dessa som instrument för att begränsa tillgängligheten till alkohol. Många ungdomar får fortfarande alkohol genom sina föräldrar. Genom föräldraprogrammen ges också föräldrar stöd i sin föräldraroll och anknytningen till hemmet stöds för många ungdomar.

Barn till föräldrar med alkohol- och narkotikaproblem

Metoder behöver utvecklas för att identifiera barn och familjer som lever med beroendeproblem, utveckla stödjande och behandlande verksamheter för dessa barn och familjer och motivera till deltagande i dessa. Dels krävs utvecklade insatser för stöd till föräldrarna. Dels krävs utvecklade insatser för barnen, såväl gruppverksamheter som insatser för att utveckla nya kontaktvägar, exempelvis via Internet.

Information/opinionsbildning

Informationsinsatser är nödvändiga för att vinna förståelse och acceptans för de restriktiva insatser som krävs på tillgänglighetsområdet. Attityderna under de senaste åren har också blivit markant mer restriktiva. Det är nu viktigt att underhålla denna utveckling. Informationsinsatser bör utvecklas med sikte på lokala förhållanden. Informationsinsatserna bör i hög grad utgå från lokalt verkamma frivilligorganisationer, hem och skola, näringsliv, kyrkor och samfund med flera. En central uppgift är då att ta fram informationsmaterial och metoder som kan anpassas och utnyttjas lokalt.

Fullfölja påbörjade insatser

Förutom fokus på dessa prioriterade områden är det av stor vikt att en rad påbörjade insatser fullföljs. Viktigast bland dessa är att stödet för det kommunala arbetet fortsätter, där länsamordnarna har en viktig stödfunktion gentemot de kommunala samordnarna. De utvecklingsprojekt som påbörjats i ett antal län, där ett antal kommuner erbjuds särskilt utvecklingsstöd genom länsamordnarna, fullföljs och utvidgas till fler län.

Inriktning och prioriterade insatser inom spel, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt sexuell och reproduktiv hälsa

Nedan lägger Statens folkhälsoinstitut förslag på prioriterade insatser.

Spel

- Regeringen bör ta initiativ till en långsiktig och regelbundet återkommande datainsamling om spel och spelproblem i Sverige.
- Regeringen bör fatta beslut om att göra en uppföljning av handlingsplanen för spel och spelberoende 2003-2006 samt föreslå åtgärder för hur spelberoendefrågor kan integreras i ANTD-området.

Fysisk aktivitet

- Regeringen bör upprätta ett särskilt program och resurser för att inventera, rusta upp och förnya landets skol- och förskolegårdar, så att de inspirerar till lek, rörelse, idrott och utomhusundervisning.
- Regeringen bör vidareutveckla och genomföra den nationella cykelstrategin. Cykling bör inkluderas i den nationella vägdatabasen för att möjliggöra bedömningar av resursinsatserna. Planeringen av statliga vägar bör vidare beakta en god infrastruktur för säkra cykel- och gångvägar.

Matvanor och energibalans

- Regeringen bör verka för en differentierad moms/subvention av hälsosamma livsmedel, exempelvis frukt och grönsaker och nyckelhålmärkta livsmedel.
- Regeringen bör ta fram riktlinjer för offentlig upphandling av mat, såsom att ställa krav på matens kvalitet och näringsinnehåll samt matens miljöpåverkan.
- Regeringen bör verka för att all marknadsföring, framförallt TV-reklam, för ohälsosam mat och dryck riktad till barn förbjuds inom hela EU.

Sexuell och reproduktiv hälsa

- Regeringen bör införa obligatoriska kurser i sex- och samlevnad på universiteten, för utbildningar som avser att arbeta med yrken som berör ungdomar direkt eller indirekt. I särskild åtanke är lärarutbildningen.
- Regeringen bör verka för att kvalitetssäkra sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. Integrera sex- och samlevnadsundervisningen i ett bredare folkhälsoperspektiv som även beaktar genus- och jämställdhetsperspektiv.
- Regeringen bör ta initiativ till att en ny sexualvaneundersökning genomförs.

Referenslista

1. Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige under 2007. -En preliminär skattning av registrerad och oregistrerad alkohol. Ramstedt, Mats. (SoRAD), 2007
2. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), (2007), Stockholm. Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige under 2007. - En preliminär skattning av registrerad och oregistrerad alkohol. Ramstedt, Mats.,
3. Socialstyrelsen, Patientregistret, data erhållet juli 2007.
4. Kühlhorn Eckart (2004). Misshandel. I Dolmén Lars (red) Brottsutvecklingen i Sverige.
5. Hensing G. Bruk av narkotika - är det maskulint? Könsskillnader och konstruktion av genus i narkotikabruk I: Andréasson S, red. Narkotikan i Sverige: nya villkor för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt Statens folkhälsoinstitut; 2008.
6. Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret, data erhållet juli 2007.
7. Beijer U, Fridell M, Rödner S, Storbjörk J, Tengström A, Thiblin I, et al. Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige? Rapport 14, 2006. 2008-06-10; Stockholm; 2006.
8. Rättsmedicinalverket. Statistisk årsbok 2002. 2008-06-10; 2002.
9. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor. 2004-2007.
10. SCB. Undersökning av levnadsförhållanden (ULF). 1980-2003.
11. Socialstyrelsen. Fördelning av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, ungdomsvård och missbrukarvård samt vårdöverenskommelsen för utveckling av vården för personer med tungt missbruk år 2006. Uppföljning av länsstyrelsernas medelfördelning; 2007. Report No.: 2007-107-3.
12. Fender E, Hvitfeldt T. Skolelevers drogvvanor 2007. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2007. Rapport nr 108.
13. SCB. Undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2007. . Hämtad 2008-06-25 från http://www.scb.se/mplates/Product___12199.asp.
14. Protection from Second-hand tobacco smoke in Ontario: A review of evidence regarding best practices. Toronto: The Ontario Tobacco Research Unit; 2001.
15. Pechacek T, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *BMJ* 2004;328(7446):977-80.
16. SBU. Rökning och ohälsa i munnen. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm; 2002. Rapport nr 157.
17. Hälsorisker med svenskt snus, Sven Cnattingius, Rosaria Galanti, Roland Grafström, Maria-Pia Hergens, Mats Lambe, Olof Nyrén, Göran Pershagen, Seppo Wickholm November 2005.
18. Tobak och avvänjning. En faktaskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning Statens folkhälsoinstitut r 2004:29 redaktör: Barbro Holm Ivarsson, Statens folkhälsoinstitut, i samarbete med Monica Ribohn, AB Moleri. Redaktion: Margaretha Haglund och Gunnel Boström, Statens folkhälsoinstitut, samt Göran Boëthius, tobakspreventiva enheten, Östersund och Hans Gilliam, Centrum för tobaksprevention, Stockholm.
19. Jonsson J, Andrén, A., Nilsson, T., Svensson, O., Munck, I., Kindstedt, A., Rönnberg, S. Spelberoende i Sverige - vad kännetecknar personer med spelproblem? Rapport om andra fasen av den svenska nationella studien av spel och spelberoende. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.

20. Brå, Narkotikabrott 2005.
21. Desai, R., Desai, M., Potenza, M. (2007) Gambling, health and age: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2007 Dec Vol 21(4) 431-440.
22. Borrell, V.I.J & Boulet, J Exploring the links between family violence and problem gambling *West End Studies* 2007.
23. Korman, L.; Collins J.; Dutton, D.; Dhayanathan, B.; Littman-Sharp, N.; Skinner, W. Problem Gambling and Intimate Partner Violence *Journal of Gambling Studies*, Vol 24, Number 1, 2007.
24. Productivity commission 1999, Australia's Gambling industries. Report nr 10. Canberra: Ausinfo; 1999.
25. Rönberg S, Volberg, R., Abbott, M., Moore, L., Andrén, A., Munck, I., Jonsson, J., Nilsson, T., Svensson, O. Spel och spelberoende i Sverige: rapport nr 3 i Folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende, november 1999. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
26. Wadman; C Hälsa på lika villkor; resultat från Nationella folkhälsoenkäten, 2007.
27. Wardle, H., Sproston, K., Orford, J., Erens, B., Griffiths, M., Constantine, R., Pigott, S. British Gambling Prevalence Survey 2007 National Centre for Social Research, 2007.
28. FYSS 2008.
29. FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling).
30. Bogers RP, Bemelmans WJE, Hoogenveen RT et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: A meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(16):1720-1728.
31. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
32. Fysisk aktivitet och folkhälsa. Liselotte Schäfer Elinder och Johan Faskunger, red. Statens folkhälsoinstitut R 2006:13.
33. Potter JD. Ökat intag av frukt, rotfrukter och grönsaker - prevention av många tumörsjukdomar. I *längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. SBU: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. 1997, SBU - rapport 132: 97-101.
34. Folkhälsorapport 2001, kap 6. Socialstyrelsen. Stockholm 2001. .
35. Folkhälsopolitisk rapport. 2005, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
36. Darj, E. and K. Bondestam, Ungdomars syn på kondomanvändning. *Läkartidningen*, 2003. **44 (100)**: p. 3510-3516.
37. Idahl, A., et al., Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Journal of Human Reproduction* 2004. **19(5)**: p. 1121-6.
38. Mårdh PA, Ripa T, Svensson L, Weström L. Chlamydia trachomatis infection in patients with acute salpingitis. : *N Engl J Med*. 1977 Jun 16;296(24):1377-9).
39. Smittskyddsinstitutet. Fakta om smittsamma sjukdomar. Hämtad 2008 09-10 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/>.
40. Edgardh, K., Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect*, 2002. **78(5)**: p. 352-6.
41. Kahn, J., et al., Psychological, Behavioral, and Interpersonal Impact of Human Papillomavirus and Pap Test Results. *Journal of Women's Health.*, 2005. **14(7)**: p. 650-659.

42. Herlitz, C., HIV och AIDS i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1989-2007. 2007, Socialstyrelsen: Stockholm.
43. Sveriges officiella statistik. Statistik - Hälsa och Sjukdomar. Aborter 2007. Epc. 2008, Socialstyrelsen: Stockholm.
44. FHI (2005): Folkhälsopolitisk rapport 2005. Rapport 2005:5. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.
45. Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. Epidemiologiskt centrum EpC. 2005, Socialstyrelsen: Stockholm.
46. Kero, A., Paradoxes in Legal Abortion. A longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men, in The Department of Clinical Sciences, Obstetrics & Gynecology. 2002, Umeå University: Umeå.
47. Helström, L., et al., Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scand J Public Health, 2003. **31(6)**: p. 405-10.
48. Sexualbrott. Brottsförbyggande rådet (BRÅ). [cited 2008 06-28]; Available from: http://www.bra.se/extra/pod-?action=pod_show&id=-8&module-instance=2.
49. Multi-country study on women's health and domestic violence against women. 2005 [cited 2008 06-10]; Available from: http://www.who.int/gender-violence/who_multicountry_study/en/.
50. Lundgren, E., et al., Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning 2002: Uppsala.
51. Våldtäkt mot personer 15 år eller äldre. Utvecklingen under åren 1995-2006. 2008, BRÅ Brottsförbyggande rådet Stockholm.
52. Hvitfeldt, T. and L. Rask, Skolelevers drogvanor 2006. 2007, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm.
53. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Stockholm: Epidemiologiskt centrum; 2005.
54. Bättre hälsa hos äldre. statens folkhälsoinstitut 2003:41, issn: 1651-8624, isbn: 91-7257-232-9, författare: Göran Berleen
55. Multisjuklighet och demens Vad kan förebyggas? Laura Fratiglioni och Eva von Strauss Statens folkhälsoinstitut R 2006:26, issn: 1651-8624 isbn: 978-91-7257-479-3.
56. Var med och bestäm! Delaktighet och inflytande - en förutsättning för hälsosamt åldrande erfarenheter av hälsofrämjande arbete Statens folkhälsoinstitut, Östersund R 2008:11, issn: 1651-8624, isbn: 978-91-7257-530-1, redaktör: Emmy Nilsson.
57. Socialstyrelsen. Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005. Stockholm; 2007.
58. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Gunnel Boström. R 2008:17.
59. Recept för ett friskare Sverige. En översikt av den svenska folkhälsopolitiken, Gunnar Ågren och Bernt Lundgren. Statens folkhälsoinstitut R 2006:05.
60. http://www.fhi.se/templates/Page____9518.aspx.
61. Grundläggande folkhälsovetenskap, Kristina Pellmer; Bengt Wramner. Förlag Liber, år 2007 2:a upplagan.
62. Gislason; B, Löwenberg L. Skolan kan förebygga. Statens folkhälsoinstitut; 2007.
63. Andreasson S. red. (2002): Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Rapport 2002:11. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.
64. Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet. En kunskapssammanställning för regeringsuppdraget "Byggd miljö och fysisk aktivitet":Johan Faskunger. Statens folkhälsoinstitut r 2007:3.

65. Att förebygga alkoholskador: stödsinsatser för riskgrupper (2002) Rapport nr 2003:03.
66. Det drogförebyggande arbetet i Sverige 2006. Rapport om det förebyggande arbetet mot alkohol och narkotikaproblem i Sverige under 2006. Rapport nr A 2008:04.
67. Sundell K. Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk. I: Andréasson S, red. Narkotikan i Sverige: nya villkor för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt.: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
68. Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk. I: Andréasson S, red. Narkotikan i Sverige: nya villkor för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt.: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
69. Skolelevers drogvanor 2006, Rapport 103, CAN 2007, Stockholm.
70. Leifman H. Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk. I: Andréasson S, red. Narkotikan i Sverige: nya villkor för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt.: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
71. European Commission. Tobacco or Health in the European Union. European Commission. Office for Official Publication of the European Communities; 2004.
72. Prabhat J. Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington D.C: The World Bank; 1999.
73. World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2003.
74. Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten.
75. Statens folkhälsoinstitut. Minskat bruk av tobak: Var står vi i dag? Östersund; 2007. Rapport 2007:14.
76. Statens folkhälsoinstitut. Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 11 - Minskat bruk av tobak. Stockholm; 2005. Rapport 2005:60.
77. WHO regional office for Europe. Taxation of tobacco products in the WHO European Region: practices and challenges. 2004.
78. Håkan Fleischer ”Spel & spelberoende. Slutrapport.” Maj 2007.
79. Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (In prep). Motivational interviewing vs group cognitive behaviour therapy in the treatment of pathological gambling. Manuscript in preparation.
80. Per Carlbring och Filip Smit ”Randomized Trial of Internet-Delivered Self-Help With Telephone Support for Pathological Gamblers” i Journal of Consulting and Clinical Psychology (in press).
81. Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept far av Kallings, Lena V, Leijon, Matti. ISBN 9172572485. Utgivningsår 2003.
82. Kallings L. Thesis Karolinska Institutet 2008. Physical activity on prescription : Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors.
83. Brobygge – Fysisk aktivitet och/eller läkemedel i sjukdomsprevention och behandling : slutrapport 2008.
84. Vitbok: En EU-strategi för hälsofrågor som rör kost, övervikt och fetma. Bryssel: Europeiska gemenskapernas kommission; 2007.
85. Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behaviour. I Glanz K, Rimer B, Lewis FM, red. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. .
86. Sharma M. International school-based interventions for preventing obesity in children. Obes Rev. 2007 Mar;8(2):155-67.
87. Muller MJ, Danielzik S, Pust S. School- and family based interventions to prevent overweight in children. Proc Nutr Soc. 2005;64:249-54.

88. Flodmark CE, Marcus C, Britton M. Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *Int J Obes (Lond)*. 2006 Apr;30(4):579-89.
89. von Haartman F. Livsmedelstillgänglighet i Sverige. Indikatorer och metoder för kartläggning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
90. Livsmedelsverket. Bra mat i förskolan. Råd för förskola och familjedaghem. Uppsala: Livsmedelsverket; 2007.
91. Livsmedelsverket. Bra mat i skolan. Råd för förskoleklass, grundskola, gymnasieskola och fritidshem. Uppsala: Livsmedelsverket; 2007.
92. Livsmedelsverket. Bra mat på jobbet. Råd, möjligheter, förutsättningar och utmaningar. Uppsala: Livsmedelsverket; 2007.
93. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
94. Sydsjö, G., et al., Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 11:2: p. 117 - 125.
95. Ekstrand M, Larsson M, Essen von L, Tydén T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behaviour and contraceptive habits - a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005; 84:980-6.
96. Darj E, Bondestam K. Ungdomars syn på kondomanvändning. *Läkartidningen* 2003;44 (100):3510-6.
97. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: Improvement in Contraceptive Use over time. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:288-95.
98. Klanger B, Tydén T, Ruusuvaara L. Sexual behaviour among teenagers in Uppsala, Sweden. *Journal of Adolescent Health* 1993;(14):468-74.
99. Att förebygga oönskade graviditeter. Kartläggning, beskrivning och analys av verksamhetens arbete med unga och unga vuxna Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
100. Kamb L, Fishbein M, Jm D, Rhodes, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexual transmitted diseases. A randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280(13):1161-7.
101. Rietmeijer CA. Risk reduction counselling for prevention of sexually transmitted infections: how it works and how to make it work. *Sex. Transm. Inf* 2007;83:2-9.
102. Traen, B., Stigum, H., & Magnus, P. (2003) Rapport fra seksualvaneundersökelsene i 1987, 1992,1997 og 2002. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
103. Haavio-Mannila, Elina & Kontula, Osmo (2003): Sexual Trends in the Baltic Sea Area.
104. Levin, B. (red) (1998) Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, rapport 2006:18.
105. Helmius, G. (1998) in Levin, B. (red) (1998) Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
106. Zetterberg, H (1969), Om sexuallivet i Sverige. Värderingar, normer, beteenden i sociologisk forskning. Stockholm: SOU 1969:2.

Övriga resultat

Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2004-2007

Statens folkhälsoinstitut (FHI) gör en årlig undersökning där landstingen i Sverige erbjuds att i samarbete med FHI ta reda på hur Sveriges befolkning mår, undersökningen genomfördes första gången 2004. Undersökningarna genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån (SCB) och består av en postenkät, från och med år 2007 även i form av en webbenkät. Det nationella urvalet omfattade 20 000 slumpmässigt utvalda personer år 2004, 18-84 år respektive 10 000 personer (år 2005-07) i åldrarna 16-84 år.

Åren 2004-2007 har drygt 29 923 personer i åldern 16-84 år besvarat enkäten som innehåller ett 80-tal frågor. Frågorna täcker in områden som fysiskt och psykiskt välbefinnande, tandhälsa, kostvanor, rök- och snusvanor, alkoholvanor, individens upplevelse av trygghet, sociala relationer, vårdutnyttjande hem och hushåll, ekonomiska förhållanden med mera. För att minska antalet frågor i enkäten har folkbokföringsuppgifter såsom civilstånd, födelseland, medborgarskap och eventuellt invandringsår hämtats från SCB:s register över totalbefolkningen. Dessutom har också uppgifter om utbildningsnivå från utbildningsregistret samt uppgifter om inkomster, bidrag, sjukpenning och förtidspension från inkomst- och taxeringsregistret lagts till.

Resultat

Här redovisas resultat för åldrarna 16-84 år från det nationella urvalet sammanslaget för åren 2004-2007. I resultatpresentationen ingår frågor om alkohol, tobaks, cannabis, fetma, kost, fysisk aktivitet och stillasittande efter tidsserier, ålder, socioekonomisk status, utbildning, inkomstnivå och födelseland.

Resultaten är åldersstandardiserade utom de som redovisas åldersuppdelade och de skillnader som kommenteras i rapporten är statistiskt säkerställda.

Vissa figurer finns redan redovisade i rapportens löpande text med annan figur numrering.

Beskrivning av redovisningsgrupper

De *åldersgrupper* som redovisas är: 16-29 år, 30-44 år, 45-64 år samt 65-84 år. I vissa fall redovisas åldergruppen 18-29 år.

Sysselsättning redovisas i grupperna: *sysselsatta* (vilken innefattar de som yrkesarbetar), *arbetslösa*, *sjukpenning/ersättning* (vilken innefattar de med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning).

Socioekonomi redovisas i grupperna: *arbetare*, *lägre tjänstemän*, *tjänstemän på mellannivå eller högre*.

Utbildningsnivå redovisas enligt: kort, mellanlång och lång utbildning. *Kort utbildning* har personer som gått högst 11 år i skolan, motsvarande folkskola, grundskola, realskola, flickskola,

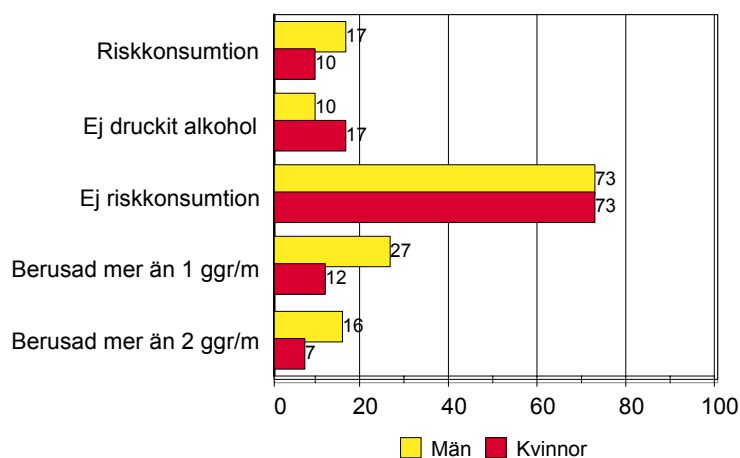
tvåårigt gymnasium eller yrkesskola. *Mellanlång utbildning* har personer som gått 12-14,5 år i skolan, motsvarande 3-4 år i gymnasium eller mindre än 120 högskolepoäng. *Lång utbildning* har personer med minst 15 år i skolan, motsvarande 120 högskolepoäng eller mer.

Födelseland redovisas efter *födda i Sverige, födda i övriga Norden, födda i övriga Europa* samt *födda utanför Europa*. Till gruppen *födda i övriga Europa* räknas också de personer som är födda i forna Sovjetunionen. I gruppen som *är födda utanför Europa* ingår de som är födda i Asien, Afrika, Nordamerika, Oceanien samt Sydamerika.

Inkomstnivå redovisas genom hushållets disponibla årsinkomst (registervariabel från Statistiska centralbyrån (SCB)): Där 1 motsvarar *den lägsta disponibla hushållsinkomsten (de som ligger under den 20 percentilen)* och 5 *den högsta disponibla hushållsinkomsten (de som ligger över den 80:e percentilen)*

Alkohol

Andel (%) med olika alkoholkonsumtion

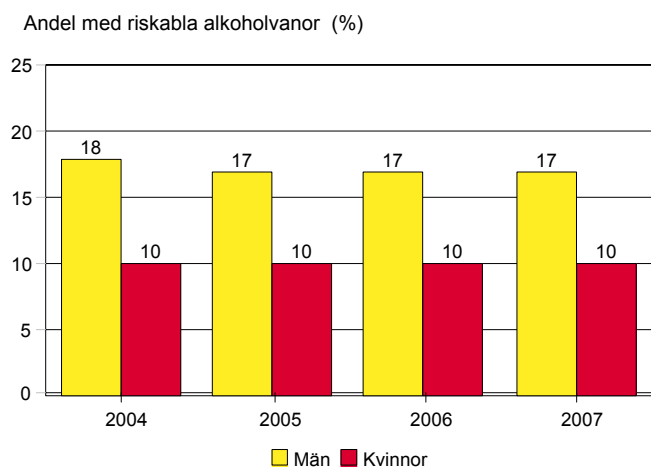


Figur 40. Alkoholkonsumtion, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen män med riskabla alkoholvanor, som varit berusade mer än en gång i månaden samt varit berusade mer än två gånger i månaden var större än motsvarande andel bland kvinnor.

Riskabla alkoholvanor

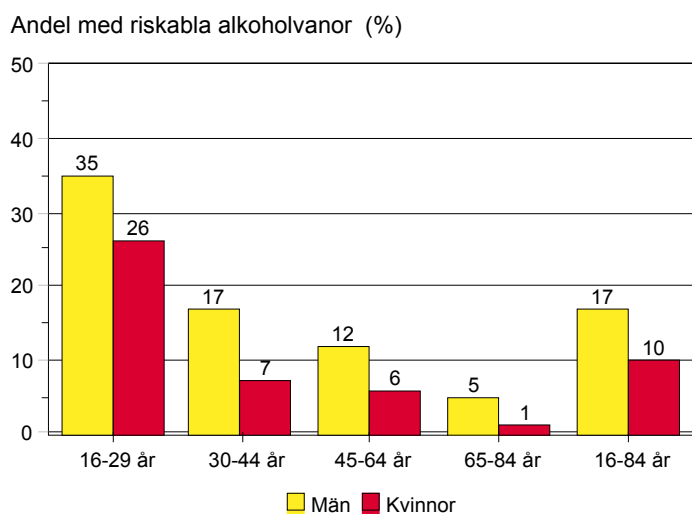
Riskfylld alkoholkonsumtion har i Nationella folkhälsoenkäten beräknats genom ett summa-index, baserat på frågesinstrumentet AUDIT som har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) i syfte att identifiera personer vars alkoholkonsumtion kan skada deras hälsa.



Figur 41. Andel med riskabla alkoholvanor, 16-84 år (för år 2004, 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen män med riskabla alkoholvanor var större än bland kvinnor alla år. Inga förändringar hade skett mellan åren.

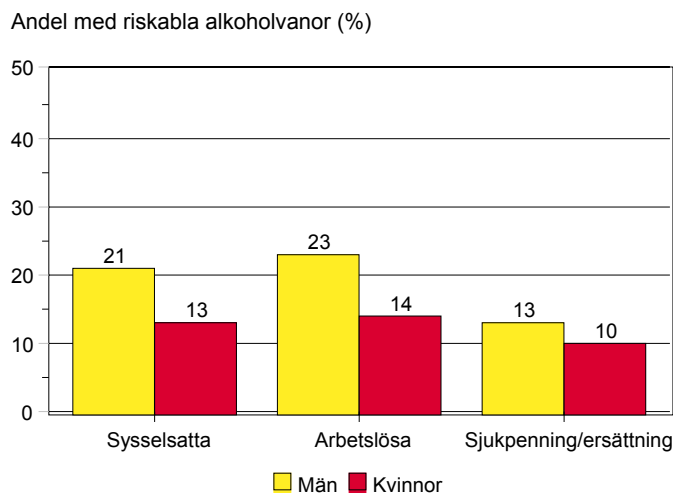
Ålder



Figur 42. Andel med riskabla alkoholvanor olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Riskabla alkoholvanor var vanligare bland män än bland kvinnor i alla åldersgrupper. Unga kvinnor och män, 16-29 år, hade riskabla alkoholvanor i betydligt större utsträckning än dem som var äldre.

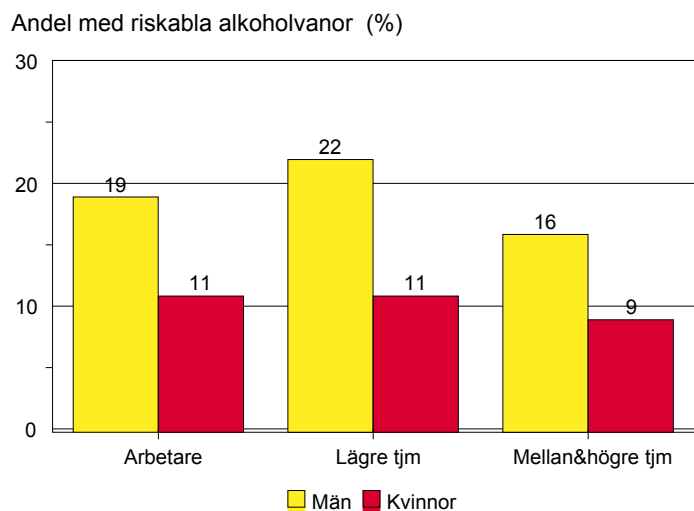
Riskabla alkoholvanor



Figur 43. Andel med riskabla alkoholvanor efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var mindre vanligt med riskabla alkoholvanor bland män som hade sjukpenning eller sjuk/aktivitetsersättning än bland män med sysselsättning. För kvinnor fanns inga statistiska säkerställda skillnader.

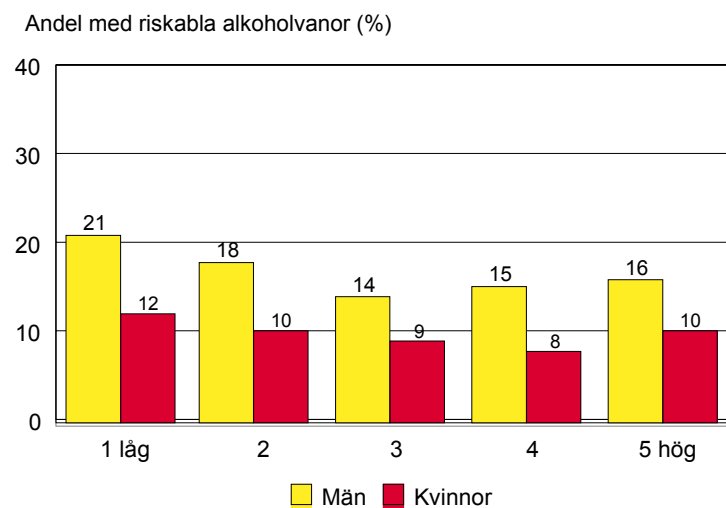
Socioekonomi



Figur 44. Andel med riskabla alkoholvanor efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var mindre vanligt med riskabla alkoholvanor bland män och kvinnor i tjänstemannyrken på mellannivå eller högre jämfört med dem i arbetaryrken eller tjänstemän på lägre nivå.

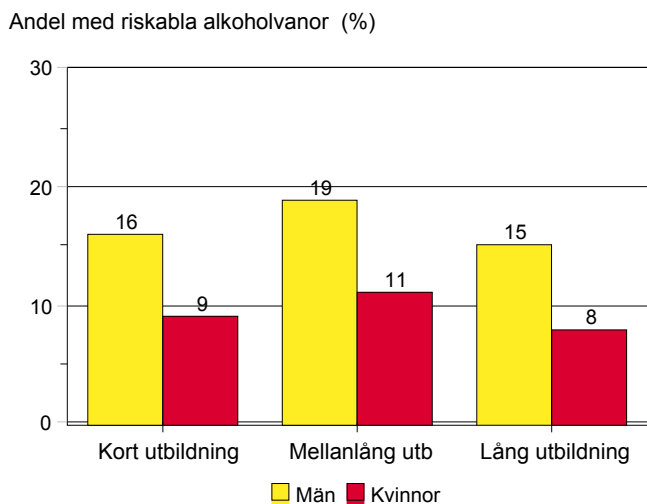
Inkomstnivå



Figur 45. Andel med riskabla alkoholvanor efter inkomstnivå, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare med riskabla alkoholvanor bland män och kvinnor med lägre inkomstnivåer än bland dem med högre.

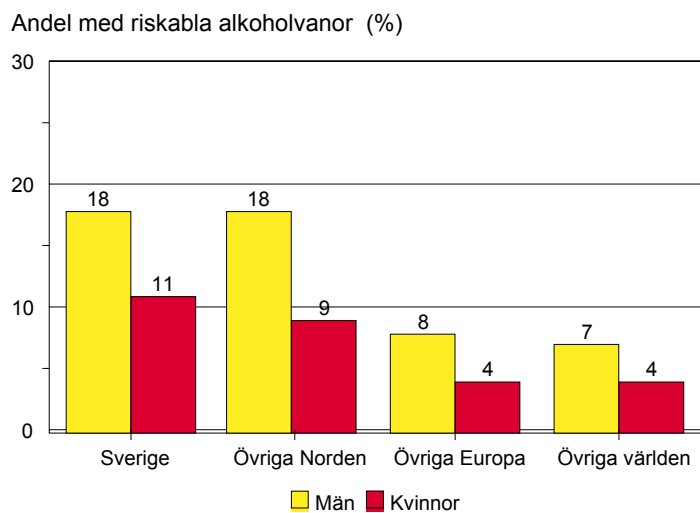
Utbildning



Figur 46. Andel med riskabla alkoholvanor efter utbildning, 16-74 år, 2004- 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen män med riskabla alkoholvanor var större bland män och kvinnor med mellanlång utbildning jämfört med män och kvinnor med kort eller lång utbildning.

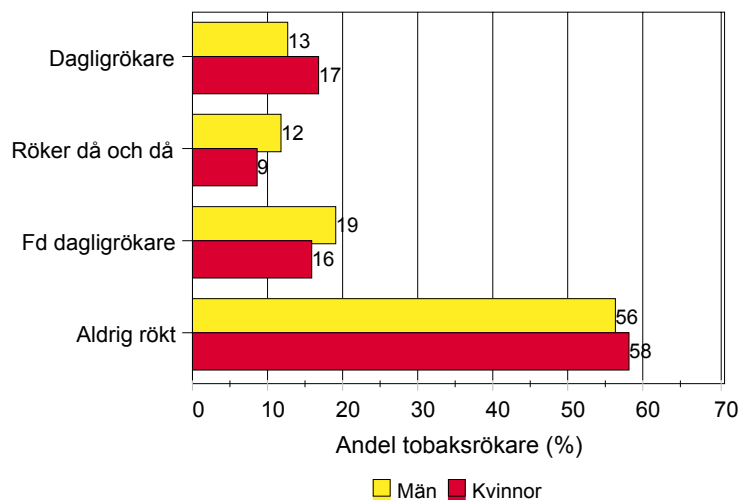
Födelseland



Figur 47. Andel med riskabla alkoholvanor efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

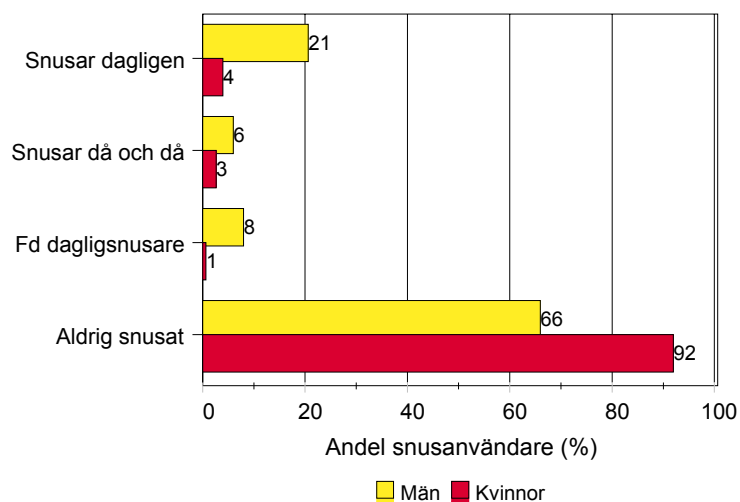
Andelen kvinnor och män med riskabla alkoholvanor var större bland kvinnor och män födda i Norden än bland dem födda utanför Norden.

Tobak



Figur 48. Andel som röker dagligen, då och då, före detta dagligrökare och de som aldrig rökt dagligen, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel kvinnor än män var dagligrökare men det var vanligare att röka då och då bland män än bland kvinnor. Det var vanligare bland kvinnor än bland män att aldrig ha rökt dagligen.

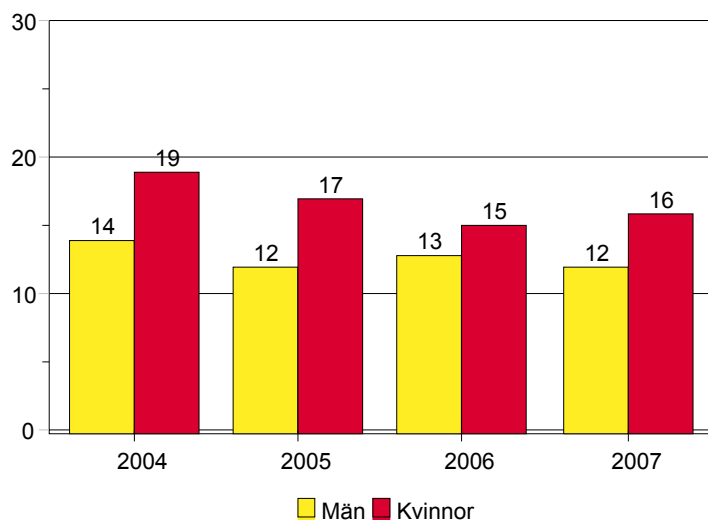


Figur 49. Andel som snusar dagligen, då och då, före detta snusare och de som aldrig snusat dagligen, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En betydligt större andel män än kvinnor snusade dagligen, då och då eller var före detta snusare. Det var 92 procent av kvinnorna som aldrig snusat dagligen.

Dagligrökare

Andel som röker dagligen (%)

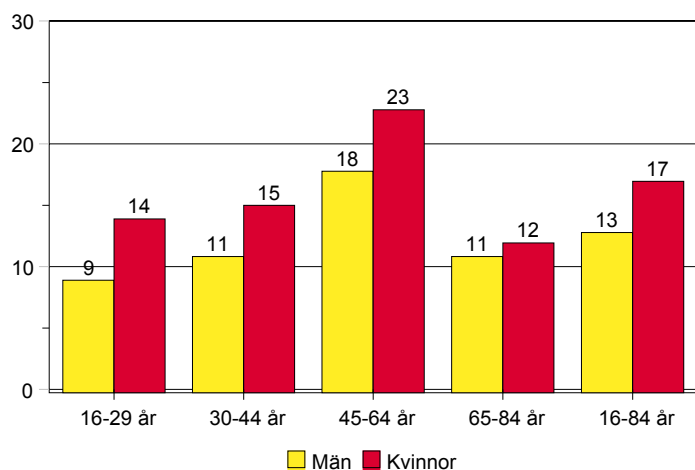


Figur 50. Andel dagligrökare, 16-84 år (för år 2004, 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen dagligrökare hade minskat med fyra procentenheter för kvinnor mellan åren 2004 och 2006. Den ökning som syns bland kvinnor år 2007 var inte statistiskt säkerställd.

Ålder

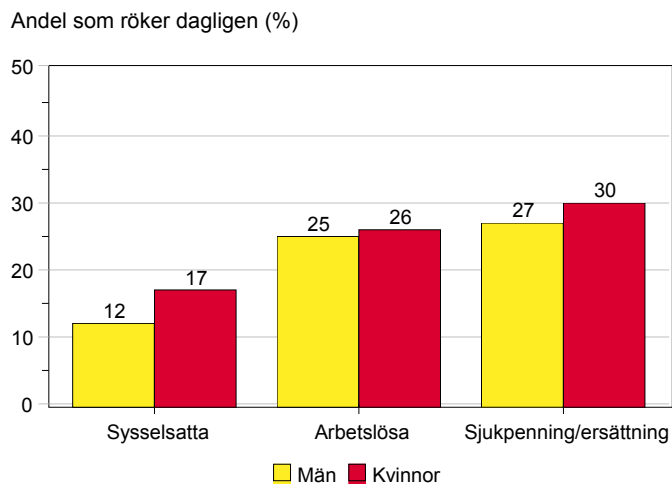
Andel som röker dagligen (%)



Figur 51. Andel dagligrökare i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel kvinnor än män i åldern 16-29 år respektive 45-64 år uppgav att de rökte dagligen.

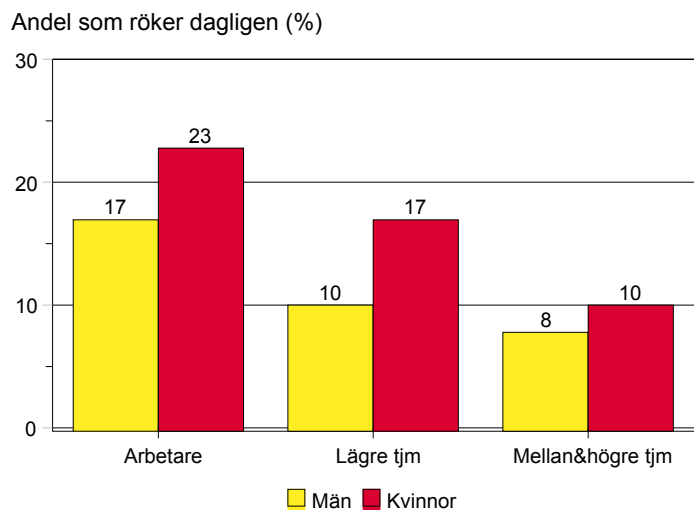
Sysselsättning



Figur 52. Andel dagligrökare efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att röka dagligen bland arbetslösa män och kvinnor samt bland män och kvinnor som hade sjukpenning eller sjuk/aktivitetsersättning än bland dem med sysselsättning.

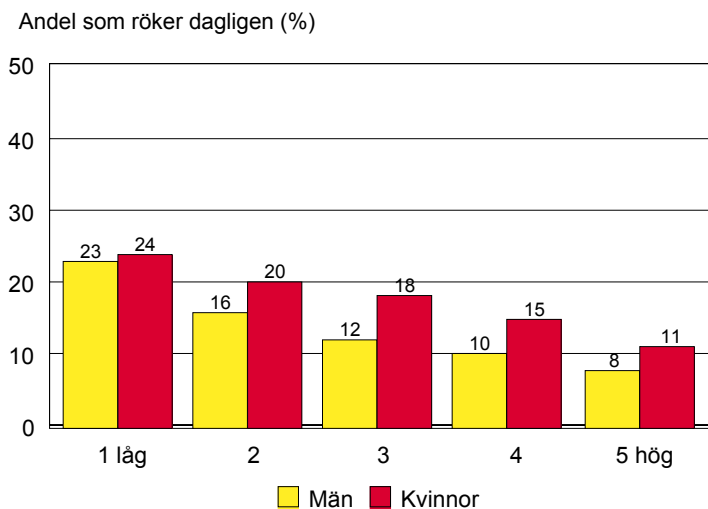
Socioekonomi



Figur 53. Andel dagligrökare efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män och kvinnor i arbetaryrken var dagligrökare i större utsträckning än tjänstemän.

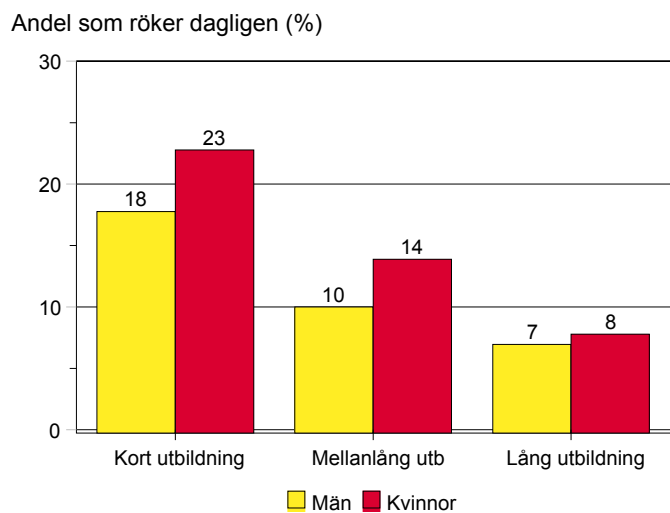
Inkomstnivå



Figur 54. Andel dagligrökare efter inkomstnivå, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att vara dagligrökare bland män och kvinnor med lägre inkomst än bland män och kvinnor med högre.

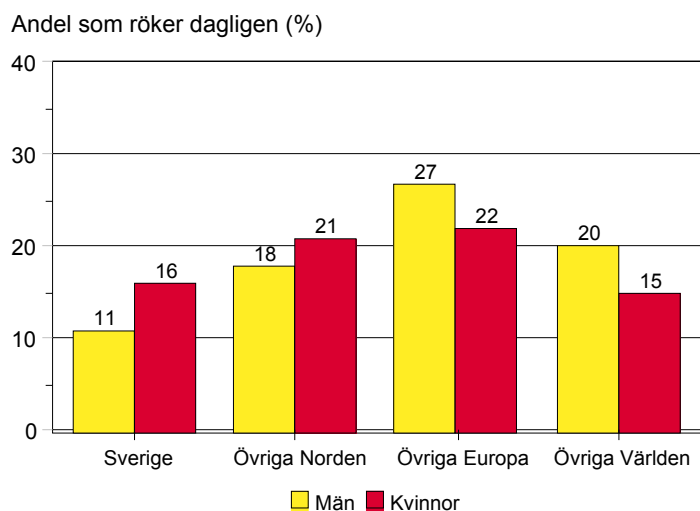
Utbildning



Figur 55. Andel dagligrökare efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Ju kortare utbildning desto större andel kvinnor och män var dagligrökare. Drygt var femte kvinna och knappt var femte man med kort utbildning var dagligrökare jämfört med knappt var tionde kvinna respektive var tjugonde man med lång utbildning.

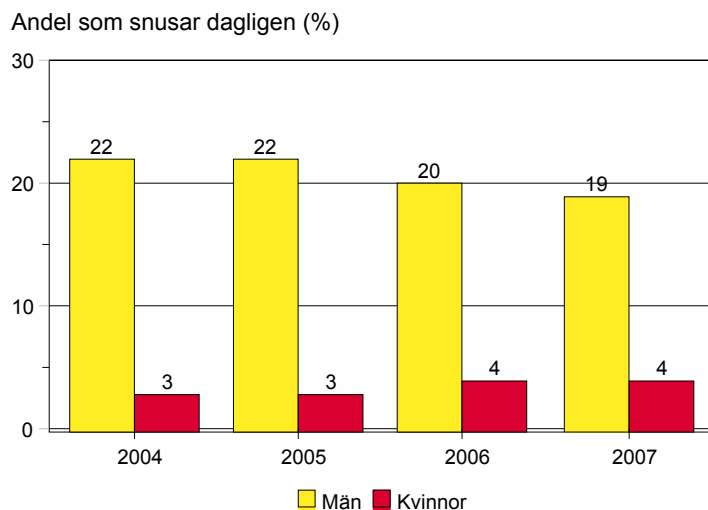
Födelseland



Figur 56. Andel dagligrökare efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En betydligt mindre andel svenskfödda män och kvinnor var dagligrökare jämfört med dem födda utanför Sverige.

Dagligsnusare

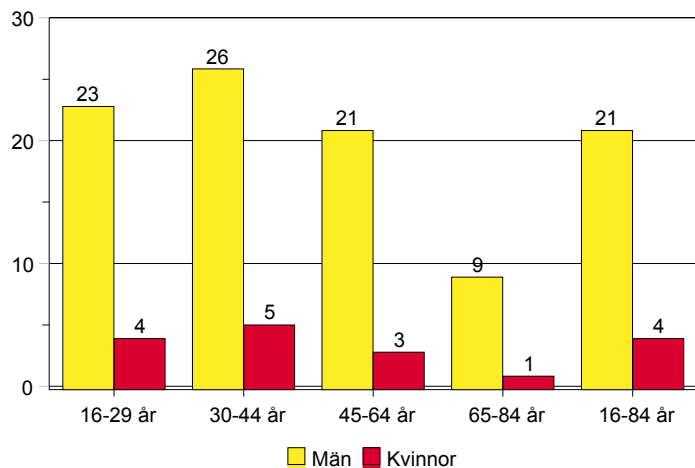


Figur 57. Andel dagligsnusare, 16-84 år (för år 2004, 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En mindre andel män snusade dagligen år 2007 jämfört med åren 2004-2005.

Ålder

Andel som snusar dagligen (%)

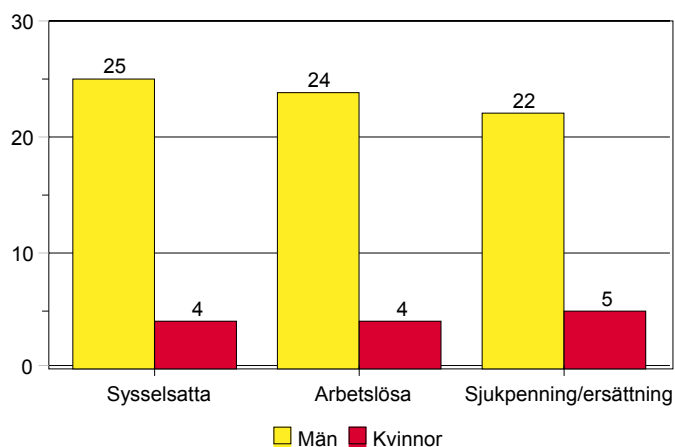


Figur 58. Andel dagligsnusare i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En betydligt större andel män än kvinnor i alla åldrar uppgav att de snusade dagligen. Minst andel dagligsnusare fanns i åldern 65-84 år.

Sysselsättning

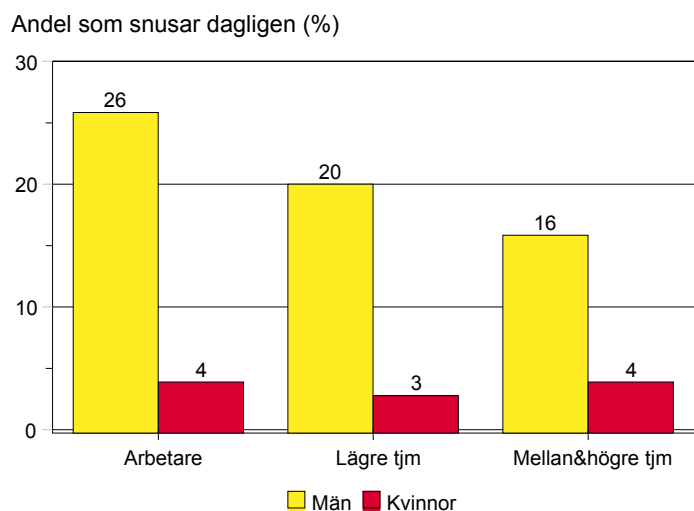
Andel som snusar dagligen (%)



Figur 59. Andel dagligsnusare efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns mellan olika sysselsättningsgrupper.

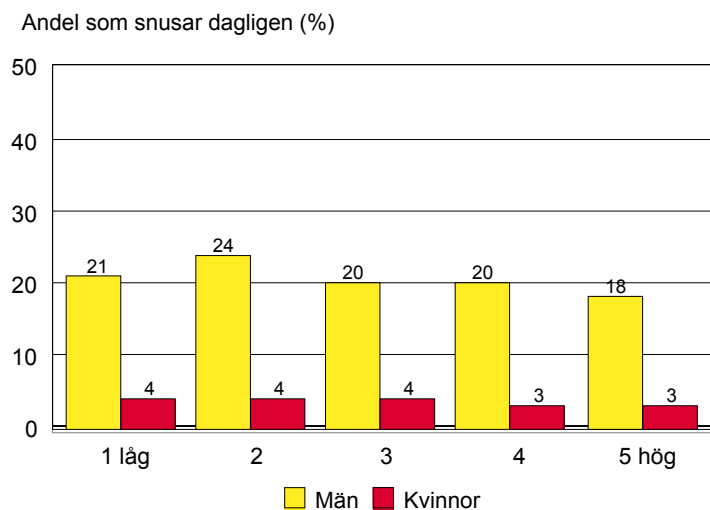
Socioekonomi



Figur 60. Andel dagligsnusare efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män i arbetaryrken snusade dagligen i betydligt större utsträckning än tjänstemän. Bland kvinnliga tjänstemän på lägre nivå var det mindre vanligt att snusa dagligen än bland kvinnor i arbetaryrken.

Inkomstnivå

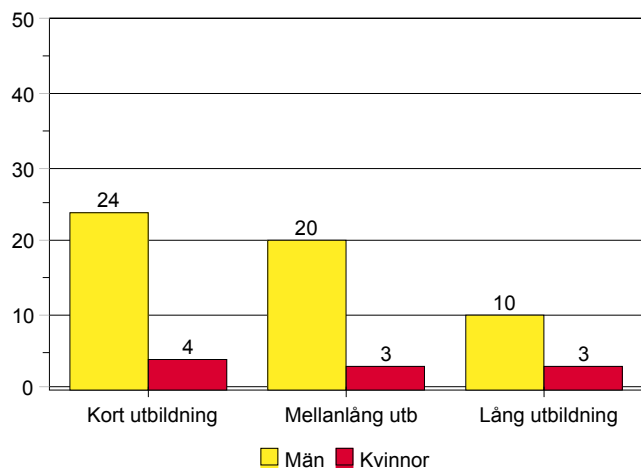


Figur 61. Andel dagligsnusare efter inkomstnivå, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns mellan olika inkomstnivåer.

Utbildning

Andel som snusar dagligen (%)

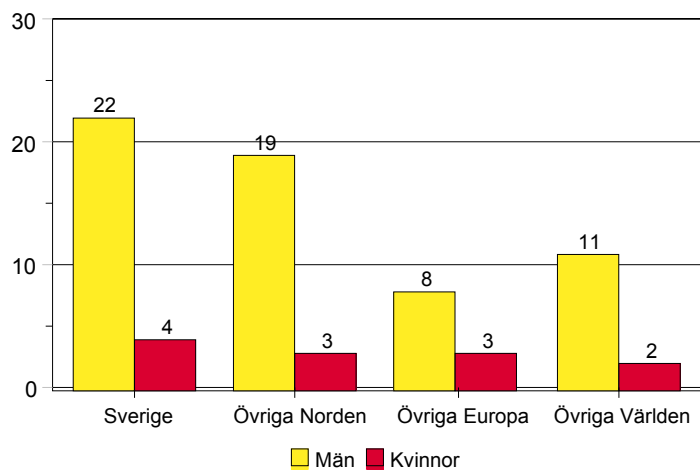


Figur 62. Andel dagligsnusare efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män med lång utbildning var det vanligare att snusa dagligen än bland män med kortare utbildning. För kvinnor fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad.

Födelseland

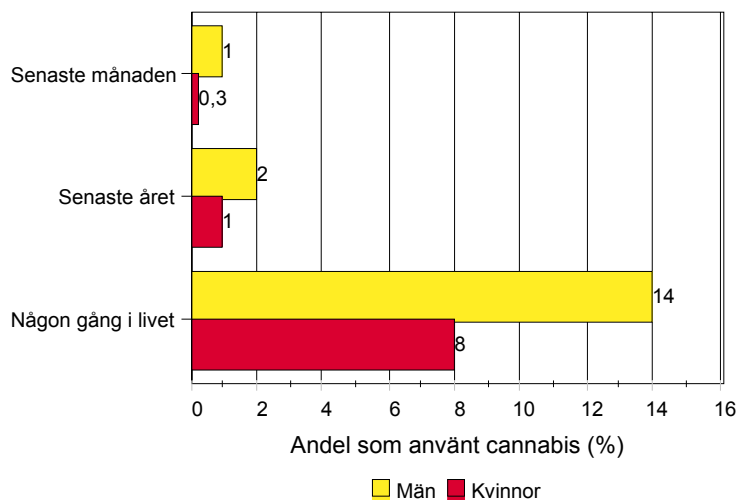
Andel som snusar dagligen (%)



Figur 63. Andel dagligsnusare efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

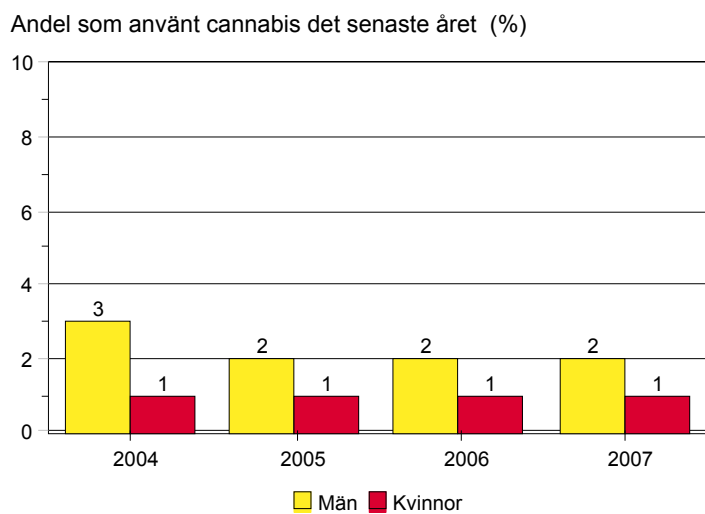
En betydligt mindre andel män födda utanför Norden snusade dagligen jämfört med män födda i Sverige. För kvinnor fanns det inga statistiska skillnader.

Cannabis



Figur 64. Andel som använt cannabis, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare bland män än bland kvinnor att ha använt cannabis.

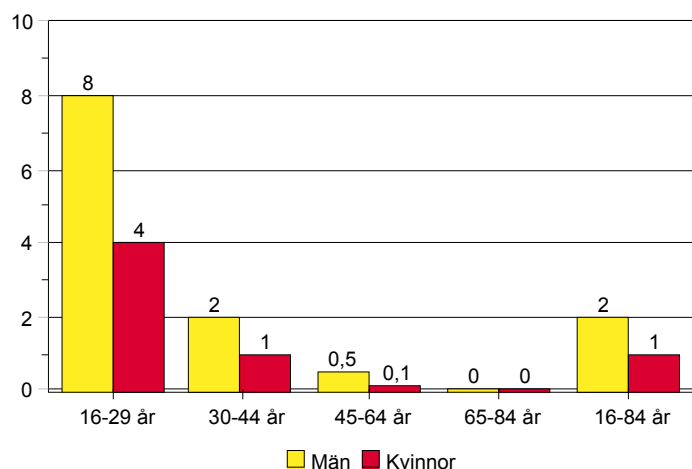


Figur 65. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna, 16-84 år (för år 2004, 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var alla år vanligare bland män än bland kvinnor att ha använt cannabis senaste 12 månaderna.

Ålder

Andel som använt cannabis under det senaste året (%)

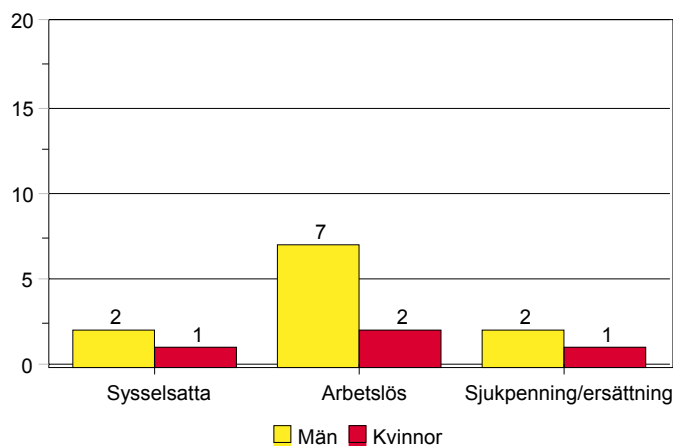


Figur 66. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Unga kvinnor och män, 16-29 år hade använt cannabis i större utsträckning än dem som var äldre. Andelen män som använt cannabis var större än andelen kvinnor i samtliga åldersgrupper.

Sysselsättning

Andel som använt cannabis under det senaste året (%)

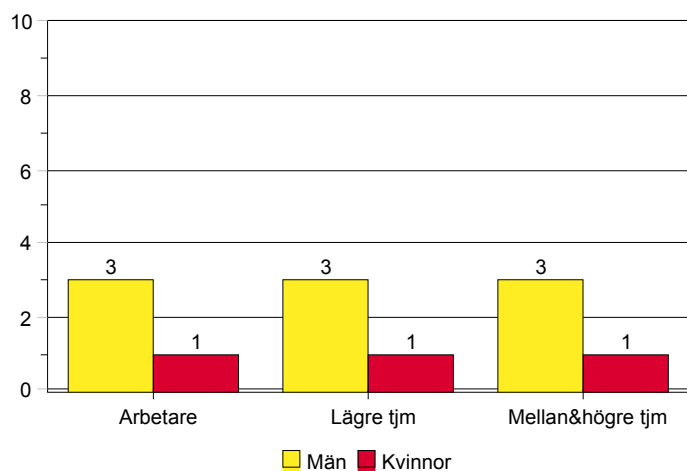


Figur 67. Andel personer som använt cannabis senaste 12 månaderna efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Arbetslösa män hade i större utsträckning använt cannabis de senaste 12 månaderna jämfört med män med sysselsättning och sjukpenning eller sjuk/aktivitetsersättning. För kvinnor fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad.

Socioekonomi

Andel som använt cannabis under det senaste året (%)

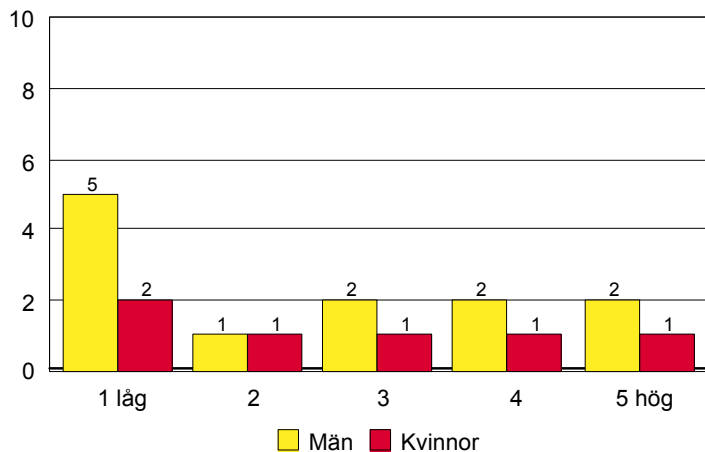


Figur 68. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna efter socioekonomi, 16-84 år, 2004- 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns i cannabisanvändning mellan de socioekonomiska grupperna.

Inkomstnivåer

Andel som använt cannabis under det senaste året (%)

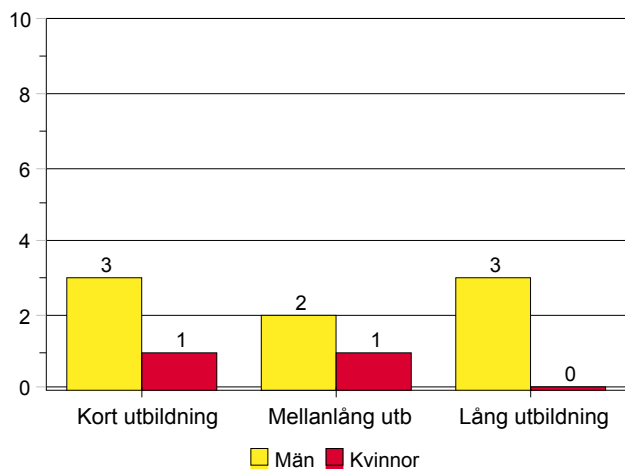


Figur 69. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna efter inkomstnivå, 16-84 år, 2004- 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män var det vanligare att ha använt cannabis de senaste 12 månaderna bland dem med i inkomstnivå 1 jämfört med dem med 2-5. För kvinnor fanns inga statistiskt säkerställda skillnader i cannabisanvändning.

Utbildning

Andel som använt cannabis under det senaste året (%)

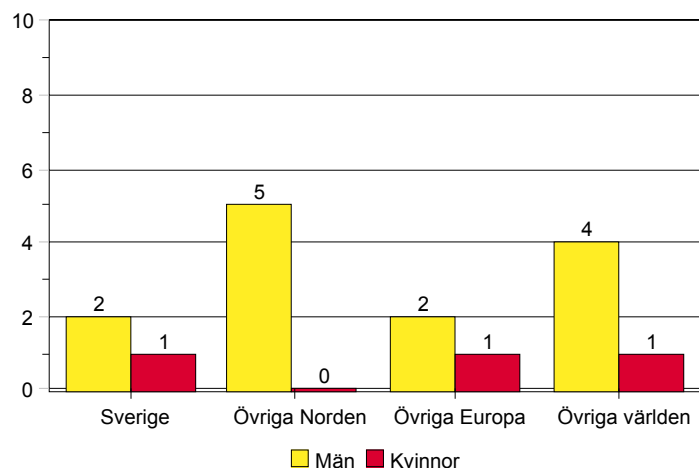


Figur 70. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader i cannabisanvändning fanns mellan män med olika utbildningsnivå. Det var vanligare bland kvinnor med kort och mellanlång utbildning att ha använt cannabis senaste 12 månaderna än bland kvinnor med lång utbildning.

Födelseland

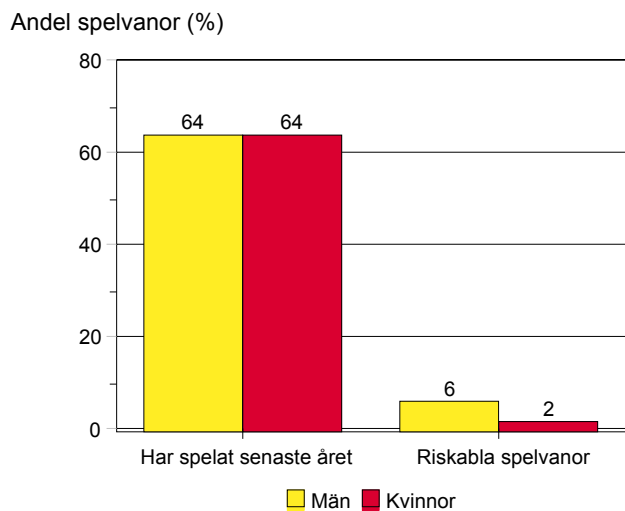
Andel som använt cannabis under det senaste året (%)



Figur 71. Andel som använt cannabis senaste 12 månaderna efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare bland män födda i övriga Norden att ha använt cannabis de senaste 12 månaderna jämfört med män födda i Sverige. Cannabisanvändning de senaste 12 månaderna var mindre vanligt bland kvinnor från övriga Norden än bland svenska kvinnor.

Spel

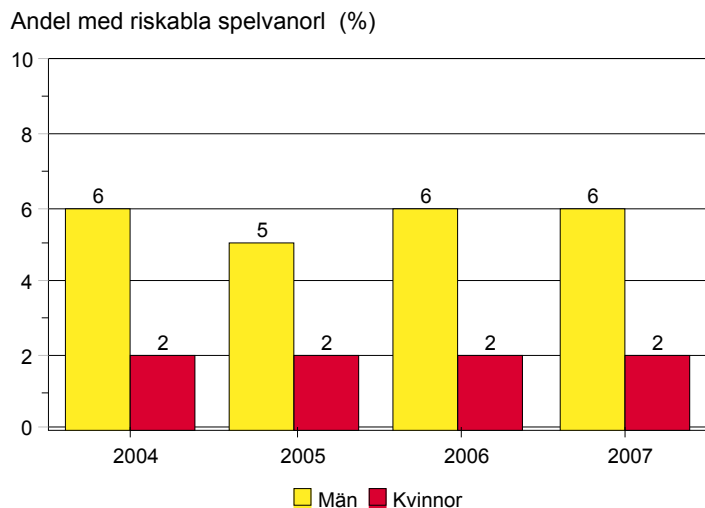


Figur 72. Spelvanor, 16-84 år, 2004- 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Riskabla spelvanor var betydligt vanligare bland män än bland kvinnor.

Riskabla spelvanor

För att få fram ett mått på spelproblem och spelberoende beräknas ett summaindex utifrån de tre delfrågorna om spel som återfinns i nationella folkhälsoenkäten.

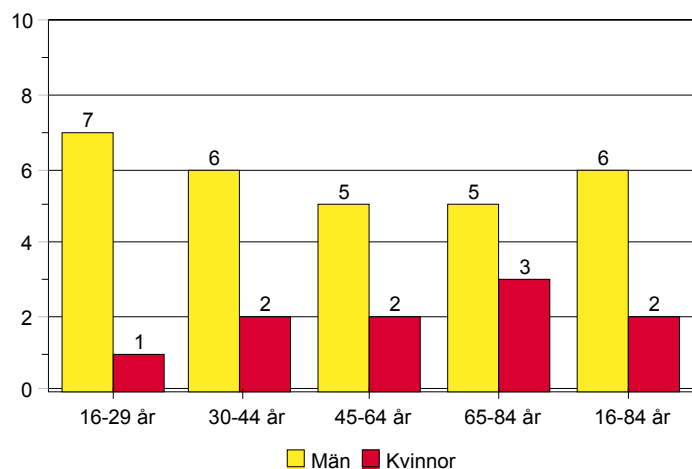


Figur 73. Andel med riskabla spelvanor, 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga förändringar kunde ses mellan åren 2004 och 2007.

Ålder

Andel riskabla spelvanor (%)

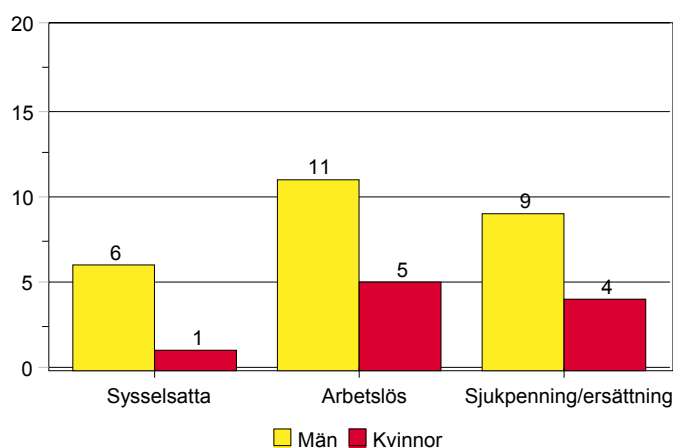


Figur 74. Andel med riskabla spelvanor olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att ha riskabla spelvanor bland kvinnor i åldern 65-84 år än bland kvinnor i åldern 16-29 år. Det var vanligare med riskabla spelvanor bland män än bland kvinnor i alla åldrar.

Sysselsättning

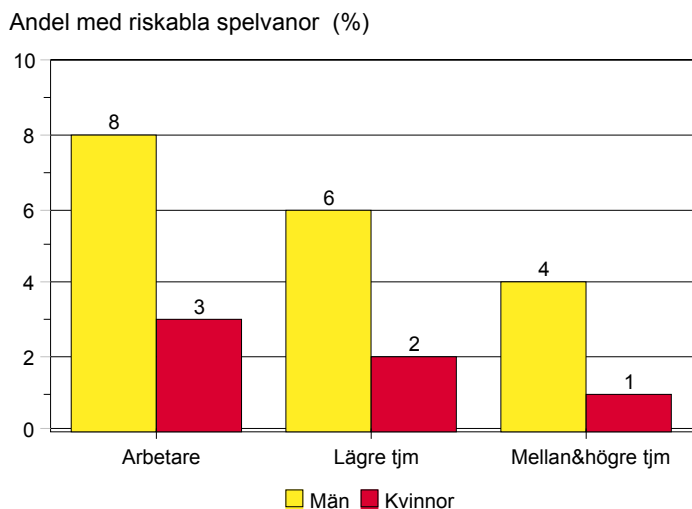
Andel med riskabla spelvanor (%)



Figur 75. Andel med riskabla spelvanor efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel män och kvinnor som var arbetslösa samt de som hade sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning hade riskabla spelvanor jämfört med dem som var sysselsatta.

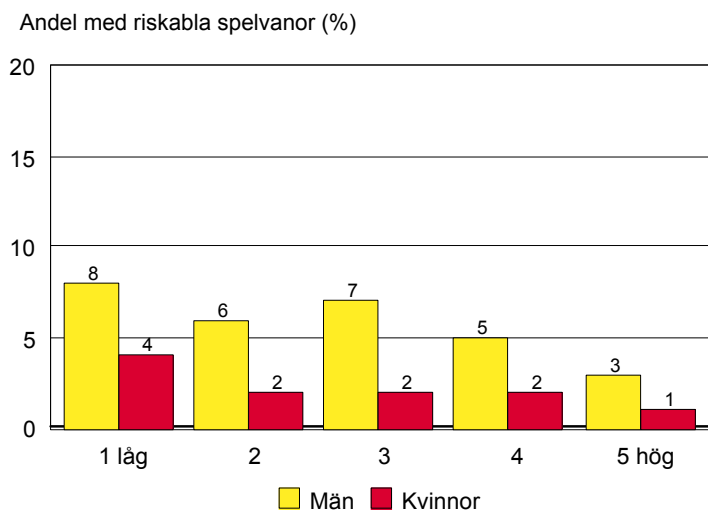
Socioekonomi



Figur 76. Andel med riskabla spelvanor efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Manliga tjänstemän på mellannivå eller högre hade riskabla spelvanor i mindre utsträckning än arbetare. Bland kvinnor var det vanligare med i riskabla spelvanor bland arbetare än bland tjänstemän.

Inkomstnivå

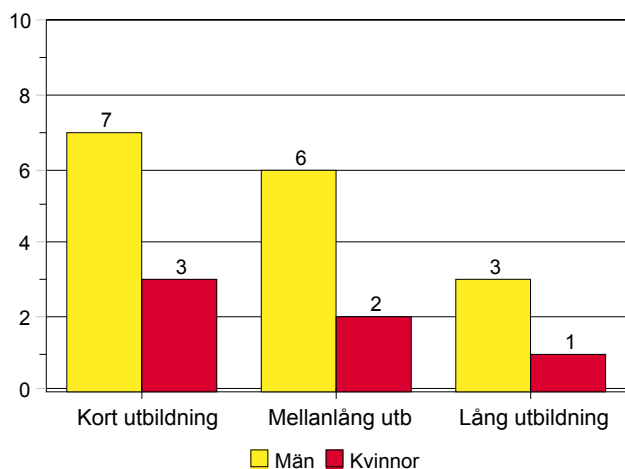


Figur 77. Andel med riskabla spelvanor efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Såväl bland kvinnor som bland män fanns det en större andel med riskabla spelvanor bland dem som hade lägre inkomstnivå än bland dem som hade högre inkomstnivå.

Utbildning

Andel med riskabla spelvanor (%)

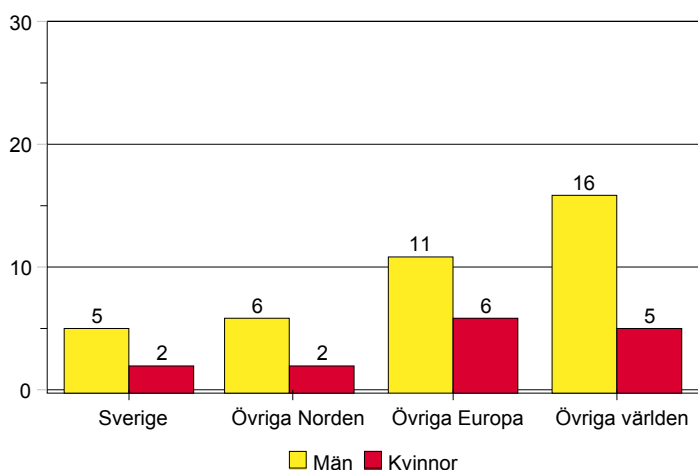


Figur 78. Andel med riskabla spelvanor efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män var det vanligare att ha riskabla spelvanor bland dem med kort utbildning än bland dem med lång. Kvinnor med mellanlång eller lång utbildning hade i mindre utsträckning riskabla spelvanor jämfört med kvinnor med kort utbildning.

Födelseland

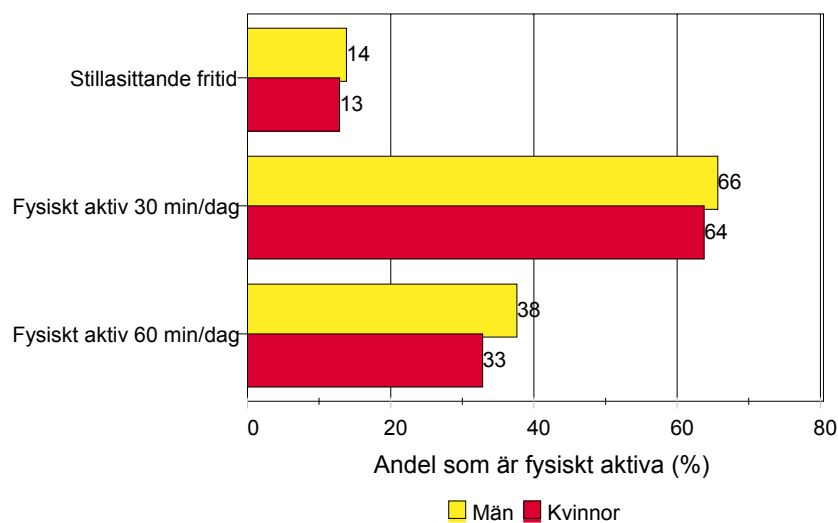
Andel med riskabla spelvanor (%)



Figur 79. Andel med riskabla spelvanor efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel män och kvinnor födda utanför Norden hade riskabla spelvanor jämfört med dem födda i Norden.

Fysisk aktivitet

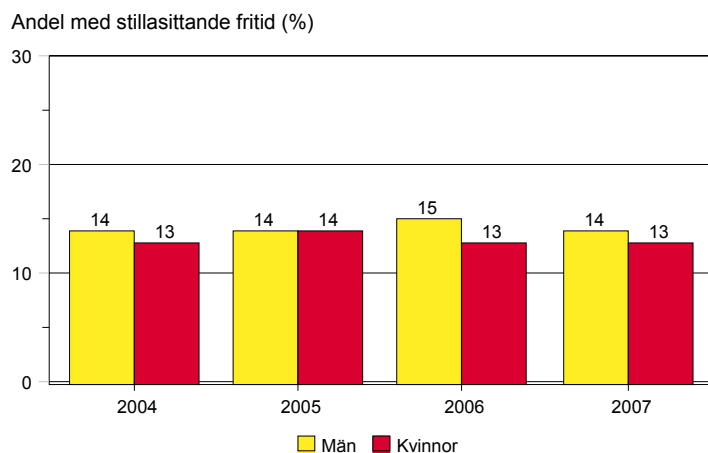


Figur 80. Andel med olika fysisk aktivitet, 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiska skillnader mellan män och kvinnor fanns i inom stillasittande fritid, fysisk aktivitet var vanligare bland män än bland kvinnor.

Stillasittande fritid

Fritiden ägnas mest åt aktiviteter som Tv tittande, läsning, bio eller annan stillasittande aktivitet.

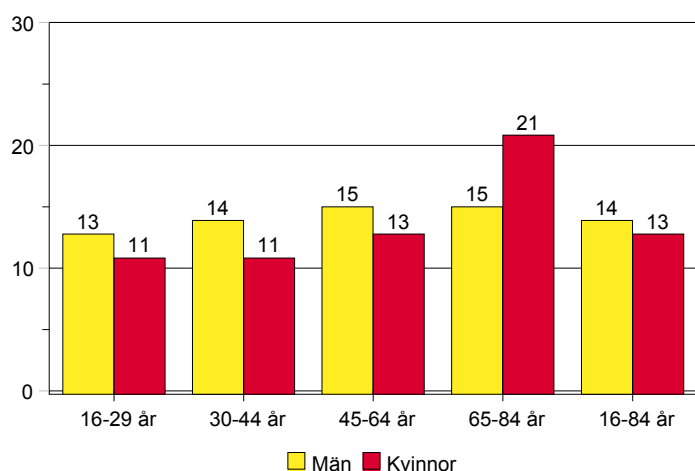


Figur 81. Andel med mest stillasittande fritid, 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen män och kvinnor med stillasittande fritid var oförändrad under perioden 2004-2007.

Ålder

Andel med stillasittande fritid (%)

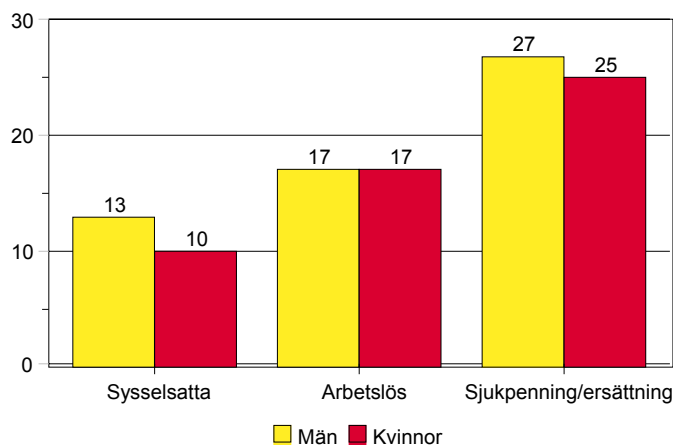


Figur 82. Andel med mest stillasittande fritid i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel män, 45-84 år än män 16-29 år, uppgav att de var mest stillasittande på fritiden. Det var vanligare med stillasittande fritid bland kvinnor i åldern 45-84 år än bland kvinnor i åldern 16-44 år.

Sysselsättning

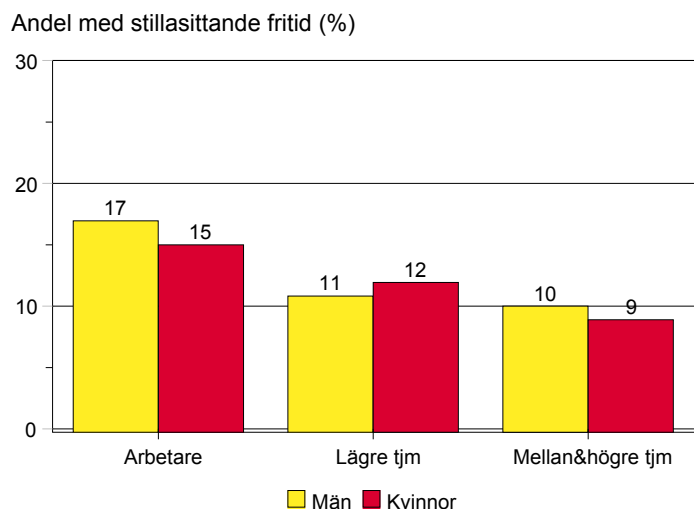
Andel med stillasittande fritid (%)



Figur 83. Andel med mest stillasittande fritid efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland kvinnor fanns en större andel med stillasittande fritid bland arbetslösa och dem med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning än bland sysselsatta. Bland män med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning var det också vanligare med stillasittande fritid än bland sysselsatta män.

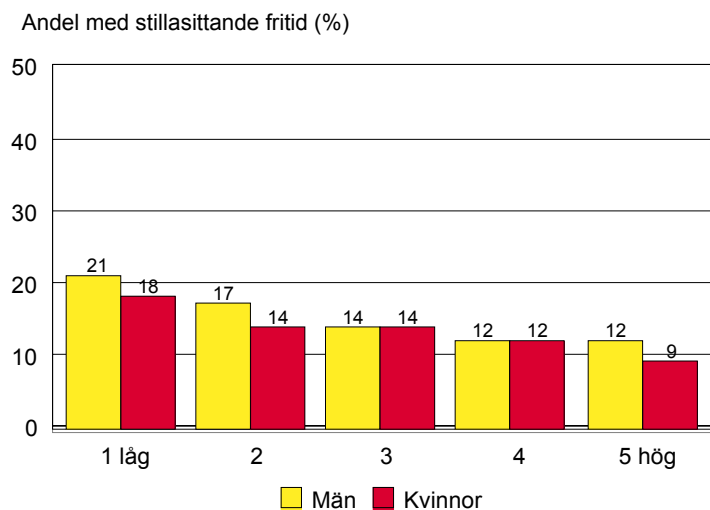
Socioekonomi



Figur 84. Andel med mest stillasittande fritid efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Både bland män och bland kvinnor i arbetaryrken fanns en större andel stillasittande än bland tjänstemän.

Inkomstnivå

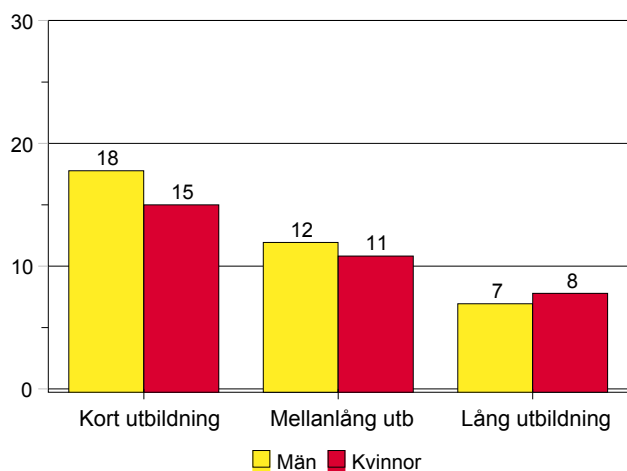


Figur 85. Andel med mest stillasittande fritid efter inkomstnivå, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Både bland kvinnor och bland män var det en större andel med stillasittande fritid bland dem med lägre inkomstnivå jämfört med dem som hade en högre inkomstnivå.

Utbildning

Andel med stillasittande fritid (%)

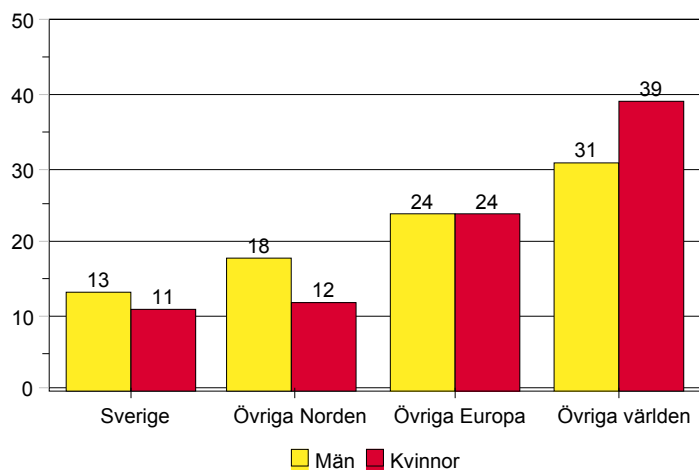


Figur 86. Andel med mest stillasittande fritid efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män och kvinnor med kort utbildning var i större utsträckning stillasittande än dem med mellanlång och lång utbildning.

Födelseland

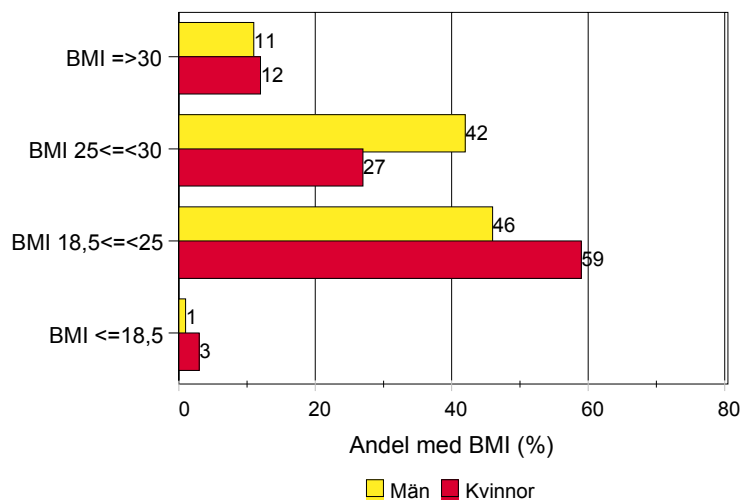
Andel med stillasittande fritid (%)



Figur 87. Andel med mest stillasittande fritid efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

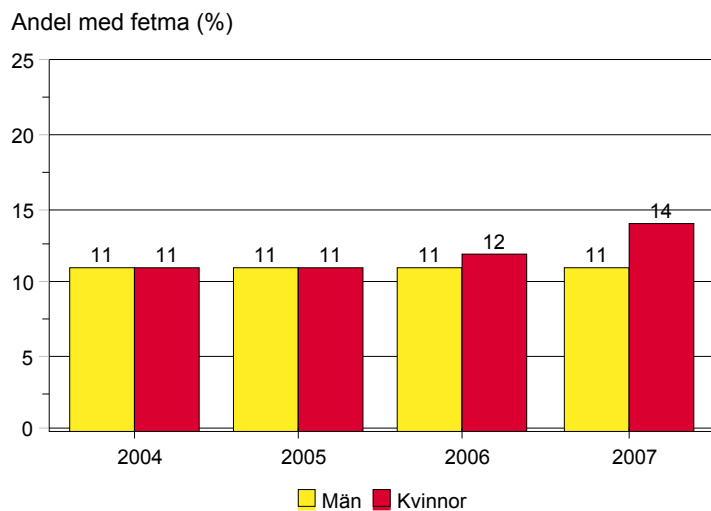
En betydligt större andel kvinnor födda utanför Norden var stillasittande jämfört med dem födda i Sverige. Bland män var det vanligare att ha en stillasittande fritid bland dem som inte var födda i Sverige.

Matvanor och livsmedel



Figur 88. Andel med fetma (BMI ≥ 30), 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

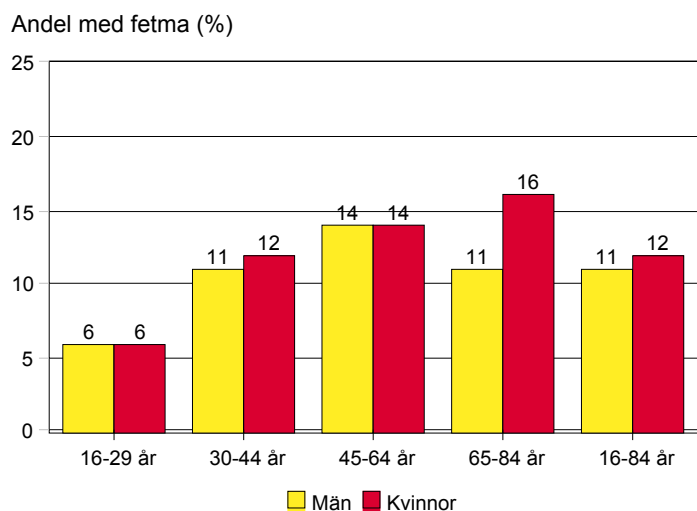
Undervikt och normalvikt var betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Övervikt var vanligare bland män än bland kvinnor.



Figur 89. Andel med fetma (BMI ≥ 30), 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Fetma var vanligare bland kvinnor än bland män år 2007. Andelen kvinnor med fetma var större år 2007 i jämförelse med åren 2004 och 2005.

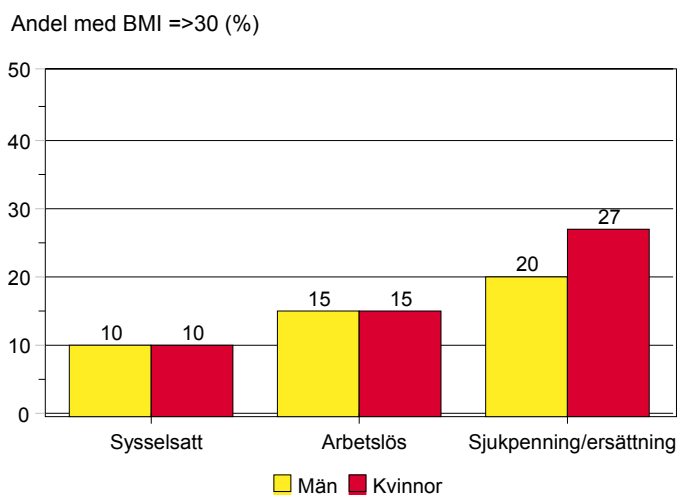
Ålder



Figur 90. Andel med fetma ($BMI \geq 30$) i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Fetma var vanligare bland kvinnor än bland män i åldrarna 65-84 år. Andelen kvinnor med fetma ökade med ålder fram till 65 år, bland män fram till 45 år.

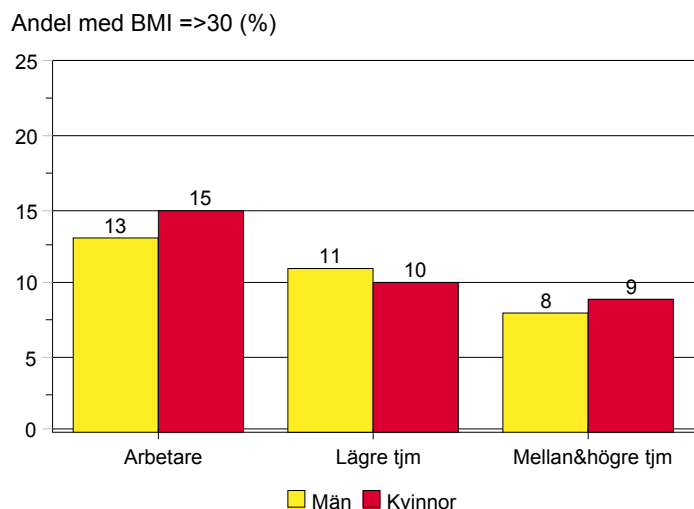
Sysselsättning



Figur 91. Andel med fetma ($BMI \geq 30$) efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det fanns en betydligt större andel med fetma bland arbetslösa män och kvinnor och män och kvinnor med sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning än bland sysselsatta.

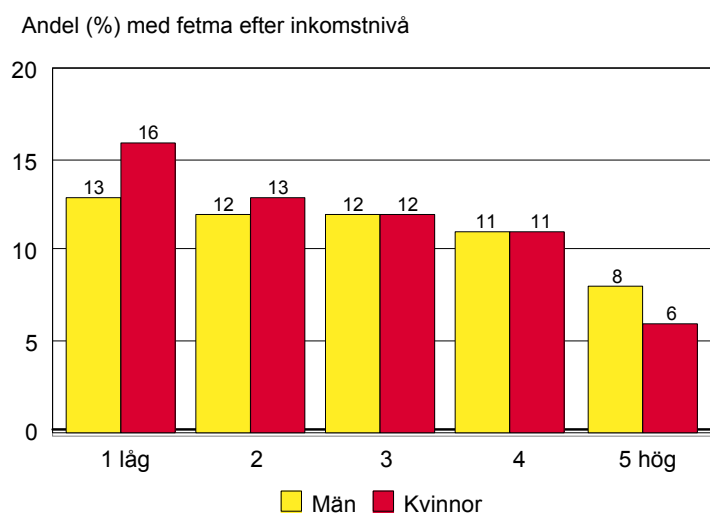
Socioekonomi



Figur 92. Andel med fetma (BMI ≥ 30) efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland kvinnor i arbetaryrken fanns en större andel med fetma än bland kvinnor i tjänstemannaryrken. Män i arbetaryrken hade i större utsträckning fetma jämfört med manliga tjänstemän på mellan eller högre nivå.

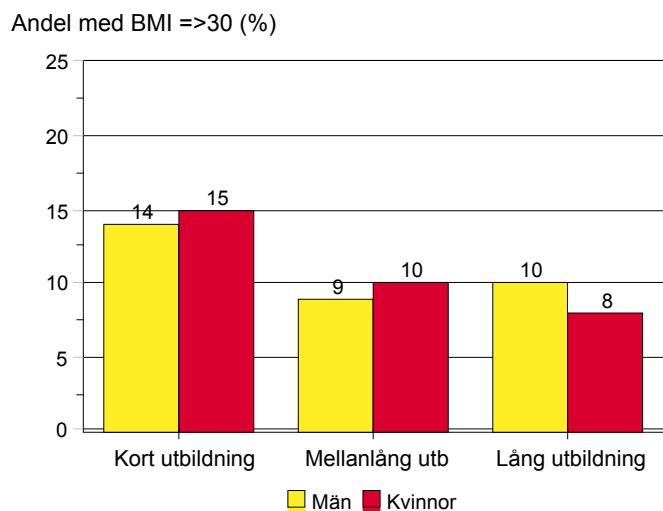
Inkomstnivå



Figur 93. Andel med fetma (BMI ≥ 30) efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män med högst inkomst nivå hade lägre andel fetma jämfört med män i de lägre inkomstnivåerna. Fetma var vanligare bland kvinnor i de lägre inkomstnivåerna än bland dem med högre inkomstnivå.

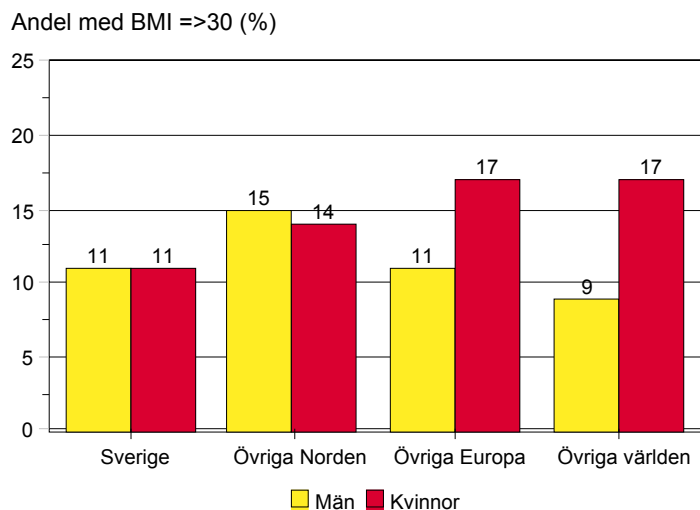
Utbildning



Figur 94. Andel med fetma (BMI \geq 30) efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Fetma var vanligare bland män och kvinnor med kort utbildning än bland dem med längre utbildning.

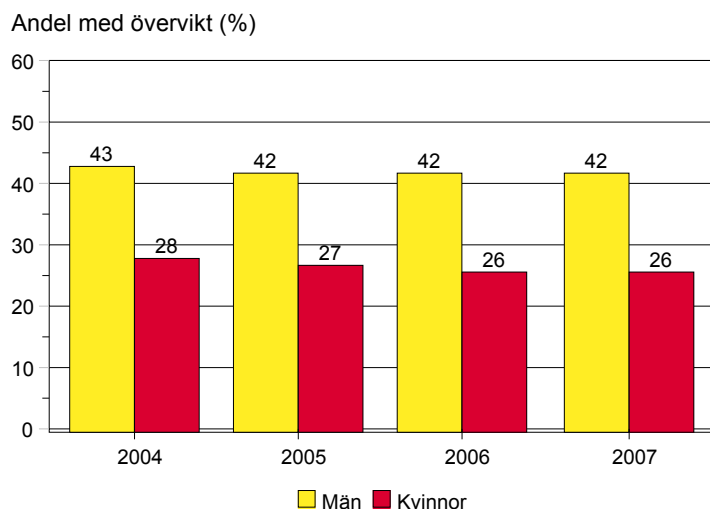
Födelseland



Figur 95. Andel med fetma (BMI \geq 30) efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel kvinnor födda i utaför Sverige hade fetma jämfört med svenskfödda kvinnor. Inga statistiskt säkerställda skillnader i fetma fanns mellan män födda i olika delar i världen.

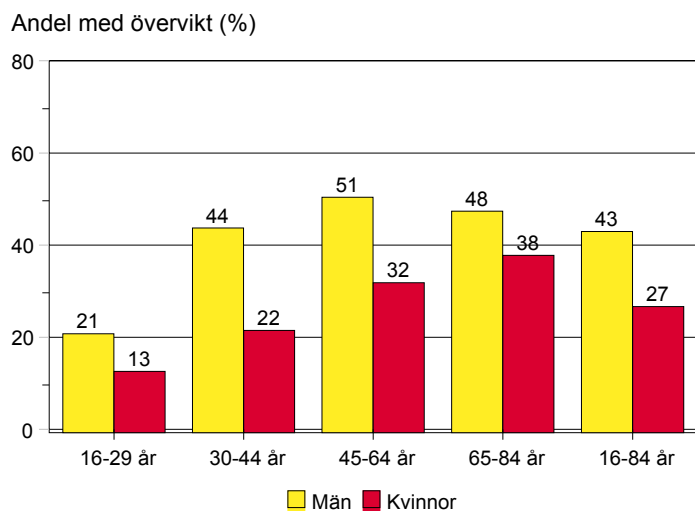
Övervikt



Figur 96. Andel med övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$), 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män hade övervikt i större utsträckning än kvinnor. Några andra statistiskt säkerställda skillnader fanns inte i andelen personer med övervikt mellan åren.

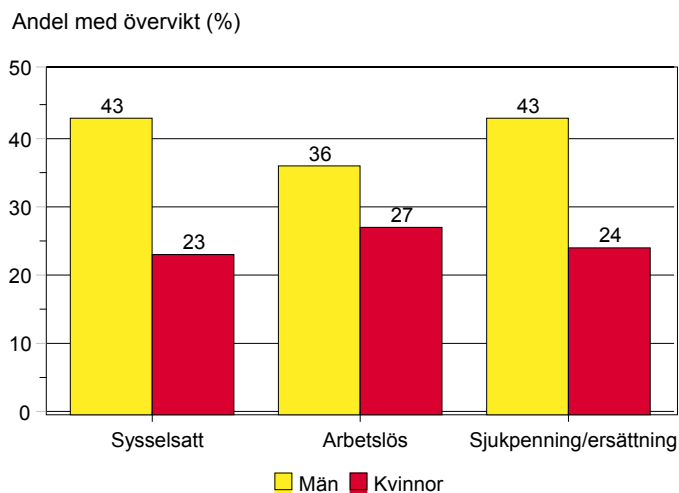
Ålder



Figur 97. Andel som har övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män i alla åldrar hade övervikt i större utsträckning än kvinnor. Andelen överviktiga kvinnor och män ökade med ålder fram till 65 år.

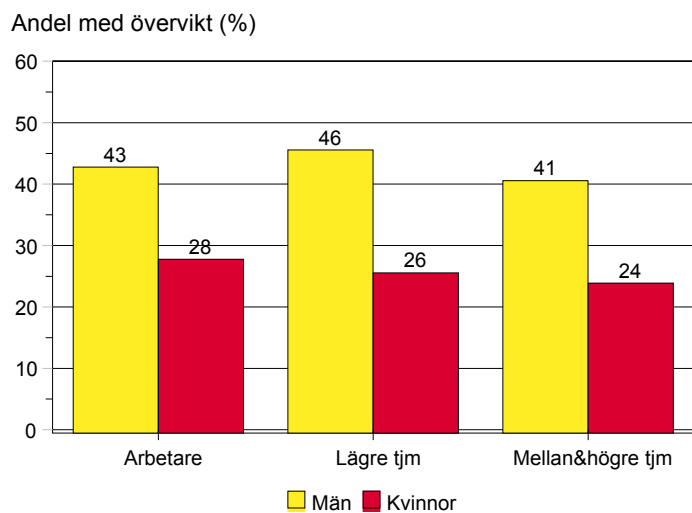
Sysselsättning



Figur 98. Andel med övervikt ($25 \leq BMI < 30$) efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Arbetslösa män hade övervikt i mindre utsträckning jämfört med sysselsatta män. Inga statistiskt säkerställda skillnader i övervikt fanns mellan kvinnor med olika sysselsättning.

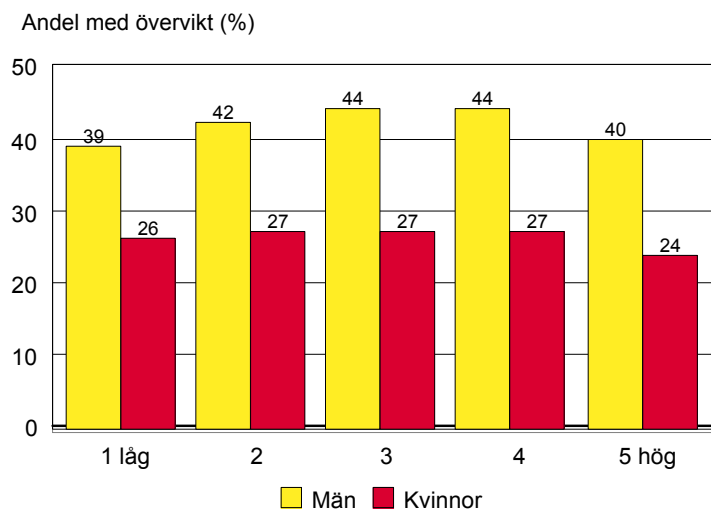
Socioekonomi



Figur 99. Andel med övervikt ($25 \leq BMI < 30$) efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare med övervikt bland kvinnliga arbetare jämfört med kvinnliga tjänstemän på mellan eller högre nivå. Inga statistiskt säkerställda skillnader i övervikt fanns mellan män i olika socioekonomiska grupper.

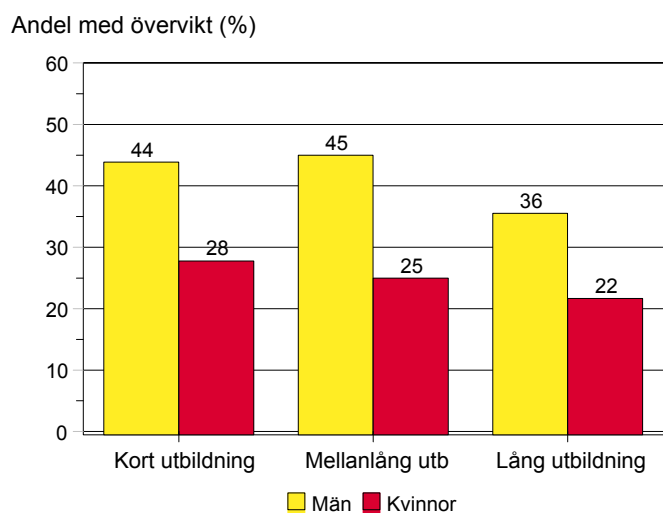
Inkomstnivå



Figur 100. Andel med övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) efter inkomstnivå, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män var det vanligare med övervikt för med inkomstnivå 3 och 4 jämfört med dem med inkomstnivå 1,2 och 5. Inga statistiskt säkerställda skillnader i övervikt fanns mellan kvinnor med olika inkomstnivåer.

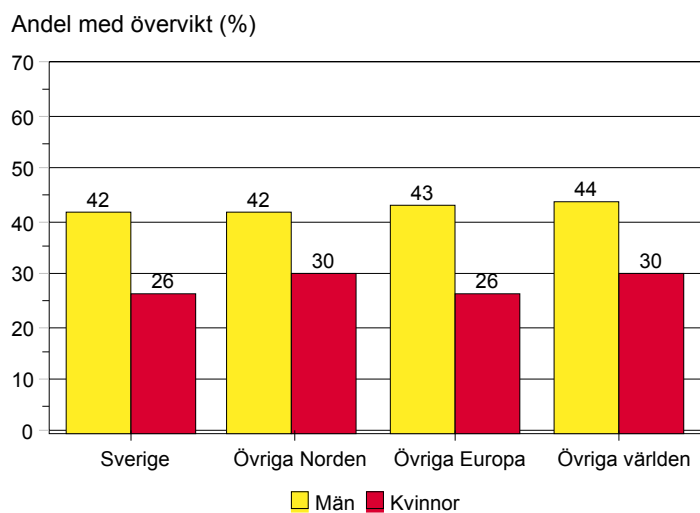
Utbildning



Figur 101. Andel med övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Män och kvinnor med lång utbildning var överviktiga i mindre omfattning än dem med mellanlång och kort utbildning.

Födelse land



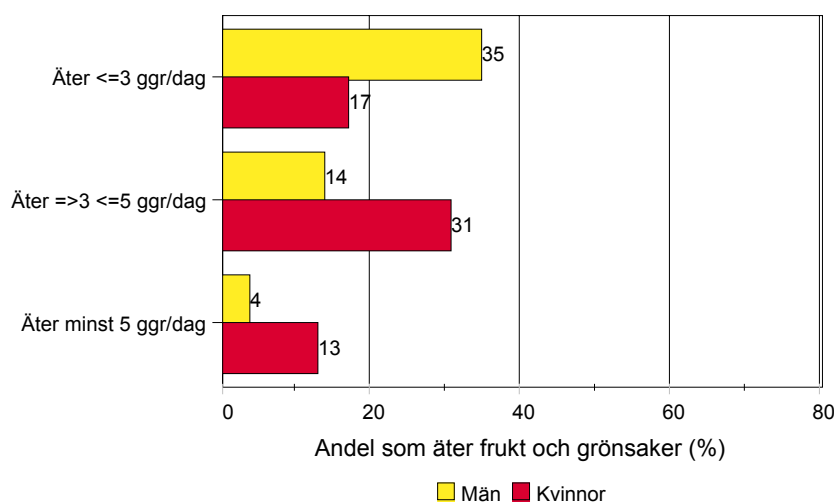
Figur 102. Andel med övervikt ($25 \leq BMI < 30$) efter födelse land, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader i övervikt fanns mellan män och kvinnor födda i olika delar i världen.

Matvanor

Frukt och grönsaker

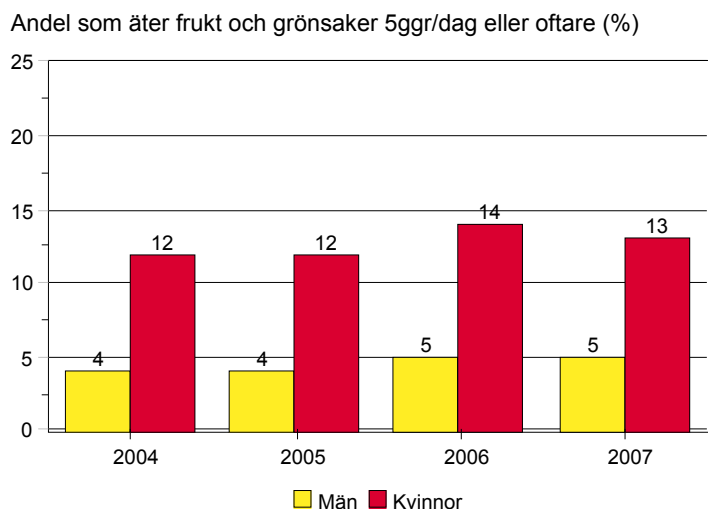
För att beräkna andelen som approximativt uppnår det rekommenderade intaget frukt och/eller grönsaker (minst 5 ggr/dag) ges svarsalternativen i enkäten olika vikter och de två frågorna sammanräknas till ett summaindex. Det nationella målet är att äta frukt och grönsaker minst 5 ggr/dag. De som äter frukt- och grönsaker 1,3 gånger per dag (20:e percentilen år 2004) eller mer sällan anses äta lite frukt- och grönsaker och de som äter frukt- och grönsaker 3 gånger per dag eller oftare (80:e percentilen år 2004) anses äta mycket.



Figur 103. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan, 3 gånger per dag eller oftare och 5 gånger per dag eller oftare, 16-84 år, 2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Kvinnor åt betydligt oftare frukt och grönsaker än män. Det var dock endast 13 procent av kvinnorna och 4 procent av männen som åt frukt och grönsaker 5 gånger per dag eller oftare (motsvarar det nationella målet).

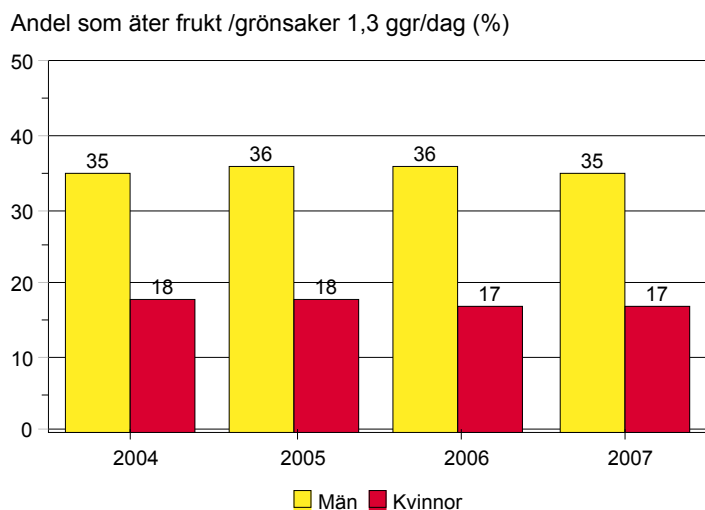
Äter frukt och grönsaker 5 gånger per dag eller oftare



Figur 104. Andel som äter frukt och grönsaker 5 gånger per dag eller oftare, 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns i andelen män och kvinnor som äter frukt och grönsaker 5 gånger per dag eller oftare mellan åren.

Äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan

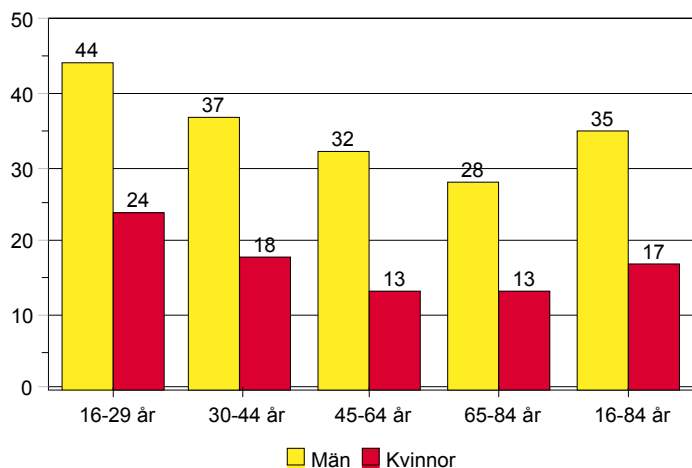


Figur 105. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan, 16-84 år (2004 18-84 år), 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns i andelen kvinnor och män som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan mellan åren.

Ålder

Andel som äter frukt /grönsaker 1,3 ggr/dag (%)

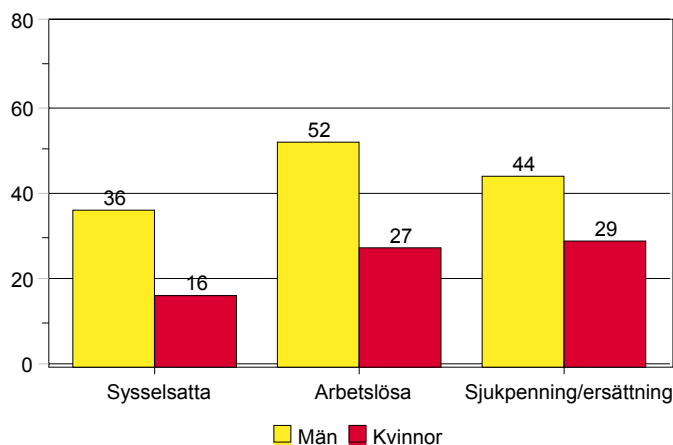


Figur 106. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan i olika åldersgrupper, 16-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En betydligt större andel män än kvinnor i alla åldrar uppgav att de åt frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan. Det var vanligare bland dem i åldern 16-29 år att äta lite frukt och grönsaker jämfört med dem mellan 30-84 år.

Sysselsättning

Andel som äter frukt/grönsaker 1,3 ggr/dag

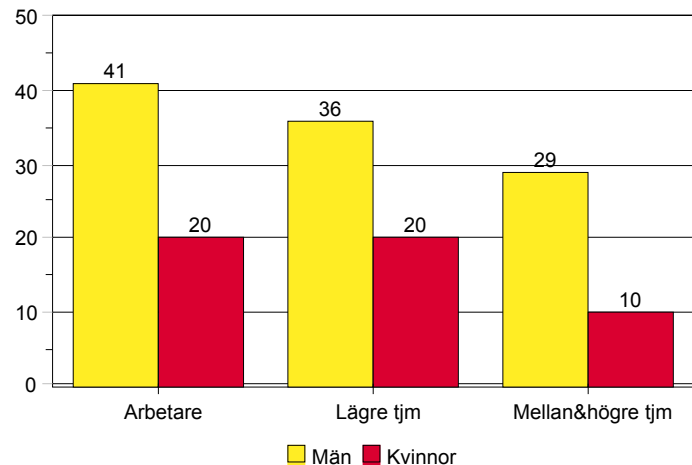


Figur 107. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan efter sysselsättning, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var en större andel bland kvinnor och män som var arbetslösa och hade sjukpenning eller sjuk-/aktivitetsersättning som åt frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan än bland sysselsatta.

Socioekonomi

Andel som äter frukt /grönsaker 1,3 ggr/dag (%)

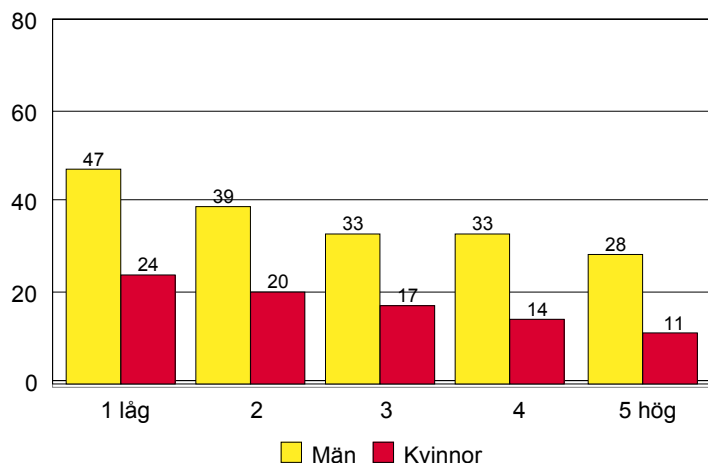


Figur 108. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan efter socioekonomi, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

En större andel kvinnor i arbetaryrken åt frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan jämfört med kvinnor i tjänstemannaryrken på mellannivå eller högre. Bland män var det mindre vanligt att äta lite frukt och grönsaker bland tjänstemän på mellan eller högre nivå jämfört med män på lägre tjänstemannanivå eller arbetaryrken.

Inkomst nivå

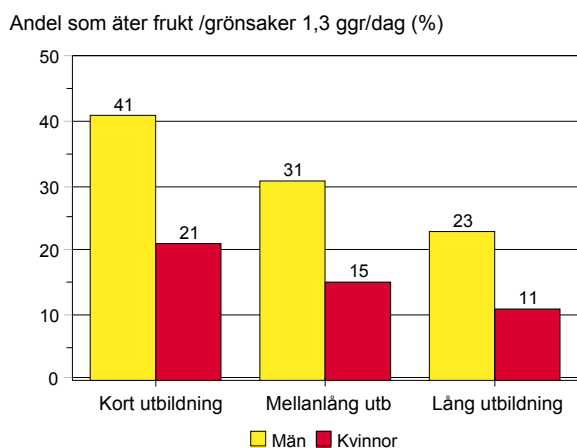
Andel som äter frukt/grönt 1,3 ggr/dag (%)



Figur 109. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan efter ekonomisk situation, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Såväl bland kvinnor som bland män var det en större andel som åt frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan bland dem med låg inkomstnivå än bland dem som hade en högre inkomstnivå.

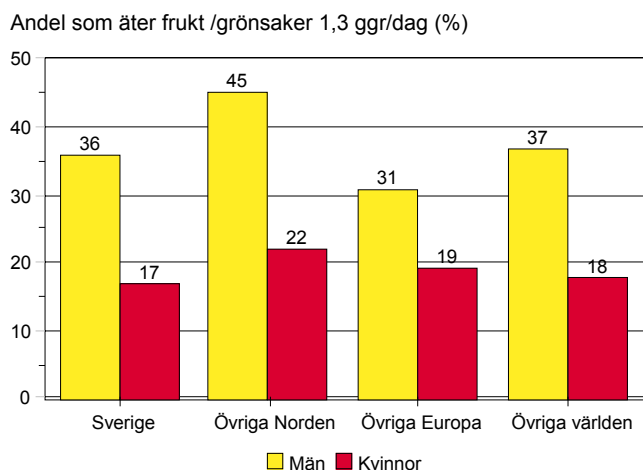
Utbildning



Figur 110. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan efter utbildning, 16-74 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Ju kortare utbildning desto större andel kvinnor och män åt frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan.

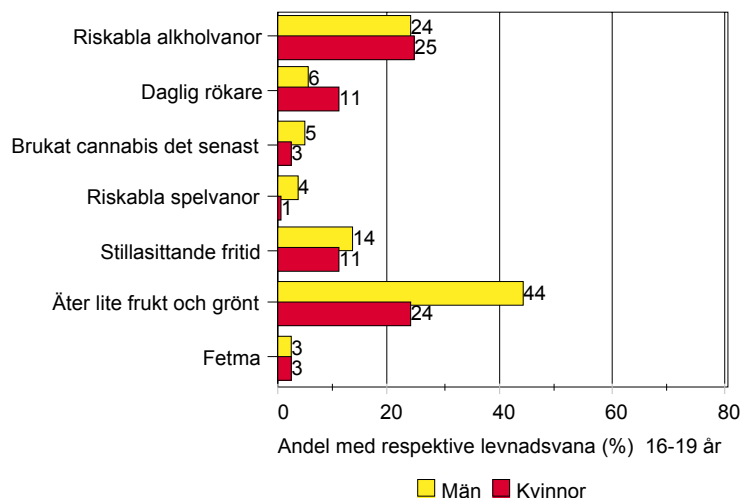
Födelseland



Figur 111. Andel som äter frukt och grönsaker 1,3 gånger per dag eller mer sällan efter födelseland, 16-84 år, 2004-2007. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

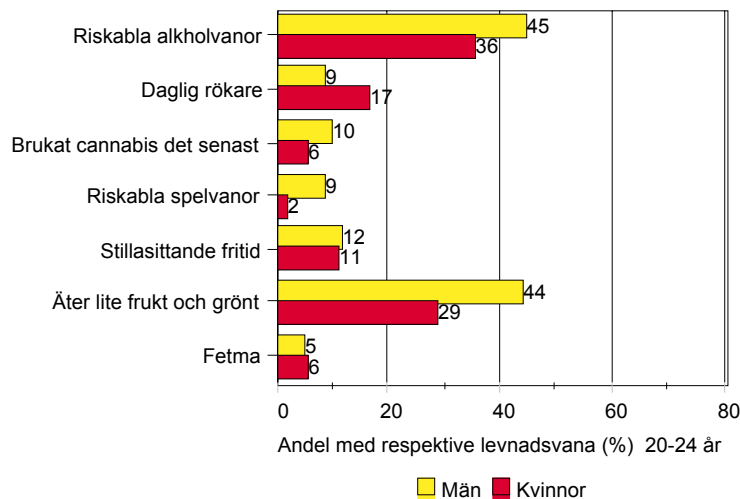
Män och kvinnor födda i övriga Norden åt i större utsträckning lite frukt och grönt jämfört med svenskfödda män och kvinnor.

Yngres hälsa, 16-24 år



Figur 112. Andel med respektive levnadsvana, 16-19 år, 2004-2007.. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

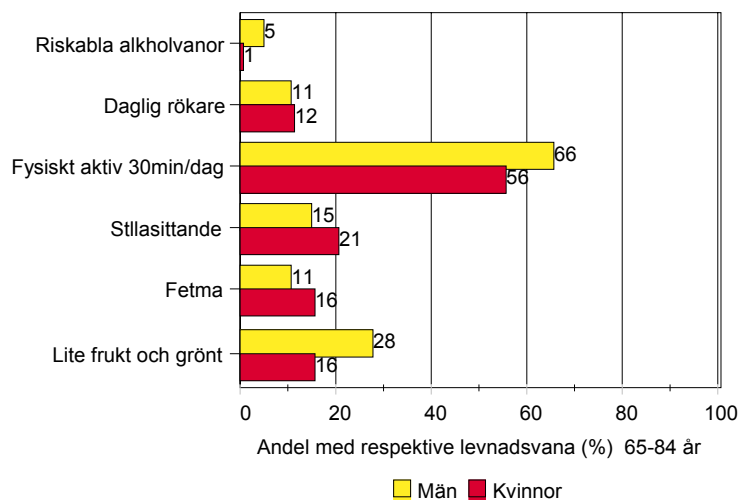
Bland 16-19 åringar var det lika vanligt med riskabla alkoholvanor både bland pojkar och bland flickor. Der var vanligare bland 16-19 åriga flickor att röka mer än jämnåriga pojkar. Medan pojkar i större utsträckning än flickor brukat cannabis det senaste året, hade riskabla spelvanor och åt lite frukt och grönt.



Figur 113. Andel med respektive levnadsvana, 20-24 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland unga vuxna i åldern 20-24 år var det vanligare bland män att ha riskabla alkoholvanor, att ha prövat cannabis det senaste året, att ha riskabla spelvanor och att äta lite frukt och grönt bland kvinnor. Bland kvinnor var det vanligare att vara daglig rökare än bland män.

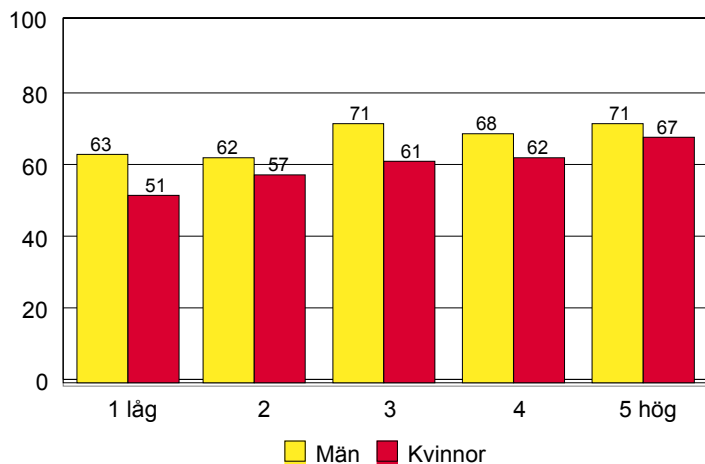
Äldres hälsa, 65-84 år



Figur 114. Andel som med olika levnadsvanor, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

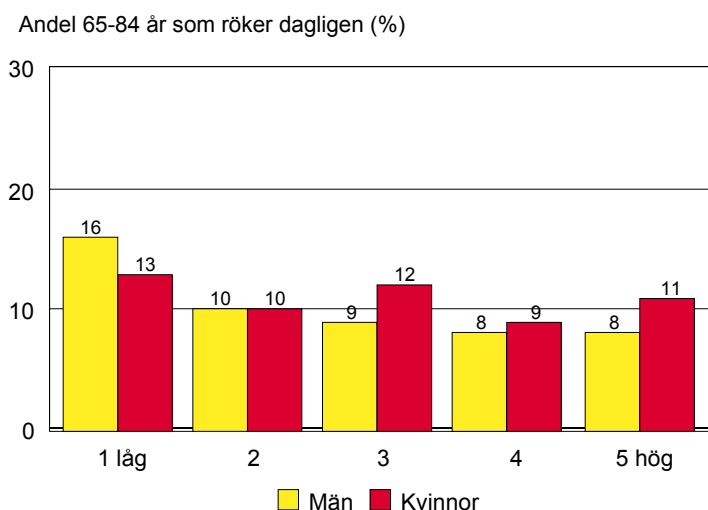
En stor andel av dem i åldersgruppen 65-84 år är fysiskt aktiva 30 min/dag, det är något vanligare bland män än bland kvinnor. Kvinnor är i större utsträckning än män stillasittande och det är även vanligare med fetma bland kvinnor än bland män. Bland män är det vanligare att äta lite frukt och grönt jämfört med kvinnor (figur 44).

Andel 65-84 år som är fysiskt aktiva 30 min/dag



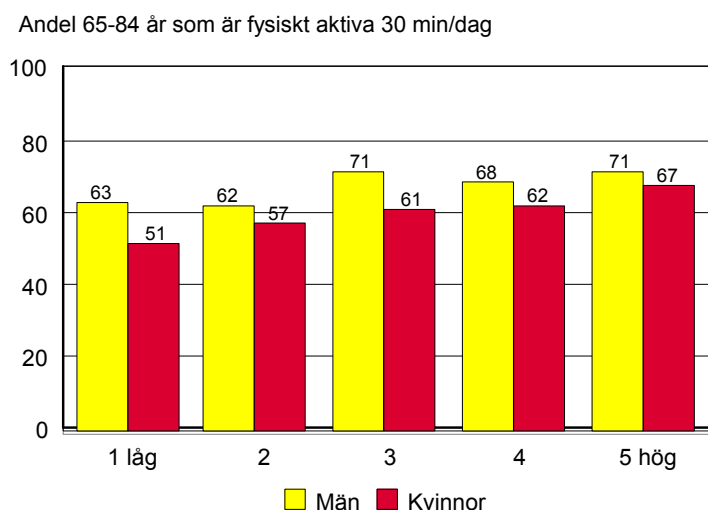
Figur 115. Andel som har riskabla alkoholvanor, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Det var en tendens till att det var mindre vanligt med riskabla alkoholvanor bland män med en inkomst på mellannivå. Bland kvinnor var skillnaderna mycket små.



Figur 116. Andel röker dagligen, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

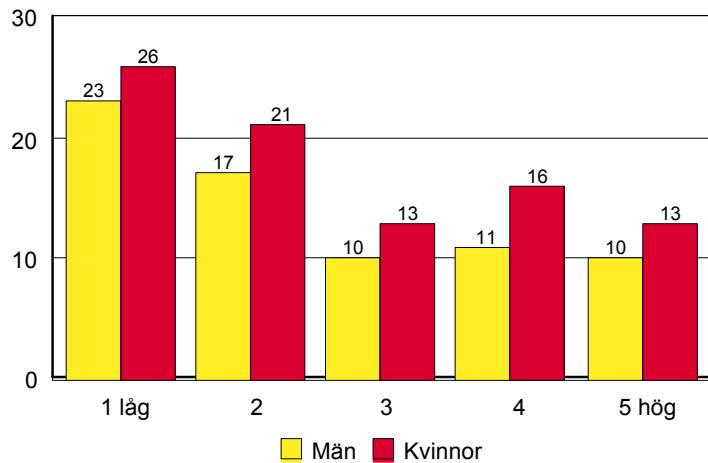
Bland män med låg inkomstnivå var det vanligare att röka dagligen än bland män med högre inkomst. Bland kvinnor var skillnaderna mycket små.



Figur 117. Andel med riskabla alkoholvanor, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män och kvinnor med högre inkomstnivåer var det vanligare med fysisk aktivitet 30 min/dag jämfört med dem i de lägre inkomstnivåerna.

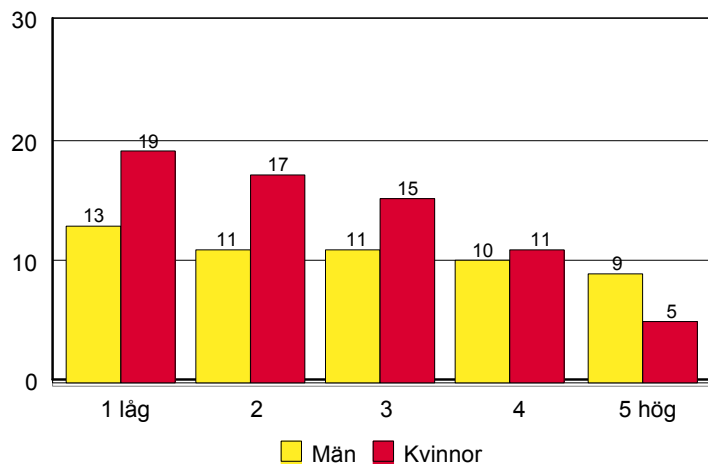
Andel 65-84 år med stillasittande fritid (%)



Figur 118. Andel som har en stillasittande fritid, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män och kvinnor med lägre inkomstnivå var det vanligare att ha en stillasittande fritid jämfört med dem med högre inkomstnivåer.

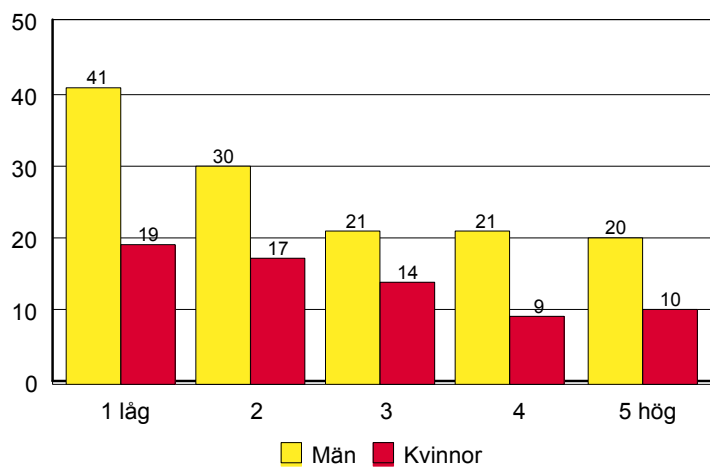
Andel 65-84 år med fetma (%)



Figur 119. Andel med fetma, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Ju lägre inkomstnivå desto högre andel personer med fetma för kvinnor. Män i den lägsta inkomstnivån hade i större utsträckning fetma jämfört med män i de högre inkomstnivåerna.

Andel 65-84 år som äter frukt/grönsaker 1,3 ggr/dag



Figur 120. Andel som äter lite frukt och grönt, 65-84 år, 2004-2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Ju lägre inkomstnivå desto högre andel personer som äter lite frukt och grönt för kvinnor. Män i de lägre inkomstnivåerna åt i större utsträckning lite frukt och grönt jämfört med män i de högre inkomstnivåerna.

LIVSSTILSRAPPORT 2008

Lägesrapport om livsstilsfrågor

