

Öppna jämförelser folkhälsa 2009

Nacka

En sammanfattning av rapporten och en presentation av Nackas siffror jämfört med kommuner i länet med liknande befolkningsmängd

I den här rapporten sammanfattas delar av rapporten "Öppna jämförelser folkhälsa 2009". Fokus är det kommunala perspektivet och data som finns på Nackanivå. Jämförande siffror presenteras för Botkyrka, Haninge, Huddinge, Järfälla, Norrtälje, Sollentuna, Solna, Stockholm, Södertälje, Tyresö, Täby och Värmdö. För att ta del av hela rapporten se

www.skl.se

www.fhi.se

www.socialstyrelsen.se

Öppna Jämförelser folkhälsa visar på både likheter och olikheter mellan kommuner och mellan landsting. Som exempel kan nämnas:

- relativt stora skillnader mellan kommuner när det gäller levnadsvanor som fysisk aktivitet och konsumtion av frukt och grönt.
- Stora skillnader finns mellan landsting i rapporterade klamydiafall bland unga samt när det gäller rökande blivande mammor.
- Relativt stora skillnader framkommer mellan könen när det gäller till exempel matvanor, där en högre andel kvinnor än män äter frukt och grönt enligt Livsmedelsverkets rekommendation.
- Könsskillnader framkommer också i vissa sjukdomsgrupper där männen i högre grad drabbas av hjärtinfarkt, sjukdomar som går att påverka med hälsopolitiska åtgärder (som till exempel motorfordonsolyckor) och lungcancer.
- Pojkar vårdas på sjukhus i högre utsträckning än flickor, på grund av olycksfallsskador.
- Fallskador är vanligare bland kvinnor än män.
- Kvinnor har högre medellivslängd än män. Skillnader mellan könen ses också när det gäller socialt deltagande där kvinnor anger mer deltagande än män.
- En högre andel kvinnor än män anger rädsla för att gå ut ensam på grund av risk för överfall.
- Från jämlikhetssynpunkt visar de flesta av de variabler vi undersökt att personer med lång utbildning har en mer fördelaktig situation. Det gäller dock inte till exempel psykiskt välbefinnande och riskabla alkoholvanor.

I rapporten redovisas 21 indikatorer uppdelade på levnadsvillkor, levnadsvanor samt hälsoeffekter. Indikatorerna är:

Levnadsvillkor

Socialt deltagande
Socialt stöd – tillit till andra
Trygg miljö
Behörighet till gymnasieskolan

Levnadsvanor

Fysisk aktivitet
Matvanor – frukt och grönt
Rökvanor
Rökande blivande mammor
Riskabla alkoholvanor

Hälsoeffekter

Självskattat allmänt hälsotillstånd
Psykiskt välbefinnande
Medellivslängd
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet
Hjärtinfarkt
Lungcancer
Skador bland barn
Fallskador bland personer 65 år och äldre
Tonårsaborter
Klamydia 15–29 år
Fetma
Tandhälsa

I rapporten redovisas också bakgrundsfaktorer som är viktiga för analysen av resultaten, eftersom de speglar förutsättningar för en god folkhälsa.

På kommunnivå görs uppdelningen av resultaten för de enskilda indikatorerna så att de 25 procent kommuner med mest fördelaktiga resultat redovisas i grön färg och de nästkommande 50procent redovisas i gul färg. De 25 procent kommuner med minst fördelaktiga resultat redovisas i rött.



Folkhälsopolitiska målområden

Folkhälsa handlar om allt från strukturella faktorer som yttre miljö och demokratiska rättigheter i samhället, till individens egna val och vanor.

Svenska nationella folkhälsopolitiska mål fastställdes år 2003 och en ny folkhälsoproposition behandlades av riksdagen år 2008. Det övergripande målet är ”att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Det övergripande målet har brutits ner i elva målområden som täcker olika sektorer i samhället.

Målområdena är 11 till antalet:

1. Delaktighet och inflytande
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård

7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

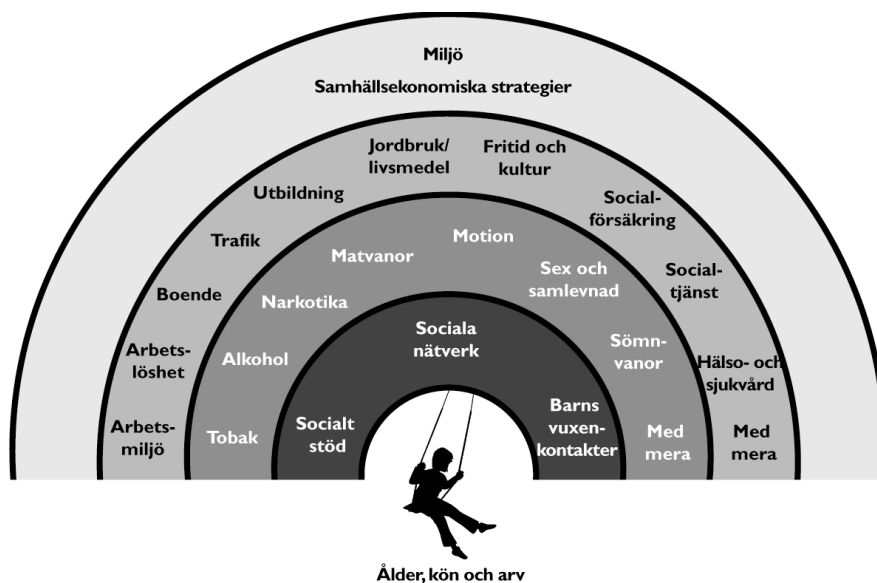
Folkhälsa

Folkhälsan påverkas av många olika faktorer som kan hänföras till en rad olika aktörer i samhället, därför är det viktigt att arbeta tvärsektoriellt. Folkhälsoarbete är oftast av långsiktig karaktär, många förhållanden samverkar och individer har olika förutsättningar. Ansvaret ligger både inom den offentliga och privata sektorn men även frivilligorganisationer och inte minst den enskilda människan, har stora möjligheter att medverka till en hälsofrämjande samhällsutveckling.

En god folkhälsa innebär inte bara att hälsan genomsnittligt bör vara så god som möjligt, skillnaderna mellan olika grupper (sociala, geografiska, ekonomiska etc.) bör också vara så liten som möjligt.

Vad bestämmer hälsan?

Termen bestämningsfaktor har kommit att användas i den folkhälsostrategiska diskussionen för att beteckna ”varje faktor som påverkar hälsotillståndet”. Det är många faktorer som samverkar på flera olika nivåer i samhället. Se figur nedan.



En del är påverkbara, inte minst via politiska beslut i till exempel sysselsättnings- och utbildningspolitik, medan andra handlar om individens egna val, som till exempel rök- eller motionsvanor. Även om individens egna val har mycket stor betydelse för hälsan, är det viktigt att komma ihåg att politiska och organisatoriska beslut om villkor och förutsättningar för att göra goda val, är faktorer som till stor del ligger på samhälls- och strukturnivå. Faktorer som arv, kön och ålder inverkar också på folkhälsan.

Folkhälsopolitik

Folkhälsa har alltså, som beskrivits ovan, en politisk dimension eftersom politiska beslut påverkar förutsättningarna för en god hälsa. Svenska nationella folkhälsopolitiska

mål fastställdes år 2003 och en ny folkhälsoproposition behandlades av riksdagen år 2008.

Kommunernas och landstingens roller och ansvarsområden

Regeringen skriver i sin proposition 2007/08:110 (2) att det är angeläget med en prioritering av sektorsövergripande samverkan med tydliga ansvarsområden och målsättningar för samverkansinsatser av hälsofrämjande karaktär. Vidare att kommunerna har ett direkt ansvar för folkhälsan. Ansvaret finns inom de flesta politikområdena. Skola och barnomsorg pekas ut som särskilt viktiga arenor, eftersom barn och ungdomar befinner sig här under en lång och betydelsefull tid av uppväxten. Regionalt utvecklingsarbete blir allt viktigare i takt med att regionerna får ökad betydelse för arbetet med hållbar tillväxt, där en god folkhälsa också stimulerar till en god tillväxt.

Hälsa och hållbar utveckling

Begreppet hållbar utveckling brukar beskrivas som en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att tära på eller äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov. Den brukar beskrivas utifrån tre baskomponenter, ekonomiskt, miljömässigt samt humant kapital. I ekonomiska tillväxtmodeller har hälsa alltmer kommit i fokus som en variabel som i hög utsträckning påverkar humankapitalet. En bra folkhälsa bidrar till en hållbar utveckling och ekonomisk tillväxt. En bra hälsa och hög medellivslängd anses bland annat leda till goda möjligheter för utbildning, produktivitet och sparande. En god individuell hälsa påverkar inte bara individen utan även dess omgivning. Det finns ett starkt samband mellan ohälsa och svag ekonomi och samhällen med höga ohälsotal har svårt att få en god ekonomisk utveckling utan att arbeta med ohälsan.

Jämlik hälsa

År 1987 väckte socialstyrelsen stor uppmärksamhet när de publicerade sin första folkhälsorapport som visade att det fanns stora sociala skillnader i hälsa. Det har gått 22 år sedan dess och som helhet har befolkningen i Sverige fått bättre folkhälsa, men de stora sociala skillnaderna i hälsa, i alla åldrar och oavsett kön, kvarstår och har i vissa avseenden ökat, enligt den senaste folkhälsorapporten. Denna skillnad är med några få undantag till de mindre gynnade gruppernas nackdel. Det är möjligt att minska skillnaderna i hälsa. Växjö utsågs år 2007 till den bästa kommunen när det gäller att utjämna skillnaderna i hälsa. Förklaring till framgången var samverkan med lokala näringslivet, frivilligorganisationer och föreningslivet, attityder bland politikerna och hög kvalitet i den kommunala servicen. Andra faktorer som har lyfts fram är en stark ekonomisk tillväxt i regionen, låg arbetslöshet, hög andel elever med fullgoda betyg samt hög andel röstande i kommunala val. I folkhälsoarbetet har man utgått från de nationella folkhälsomålen och satsat på drogfrågan, fysisk aktivitet samt cykel- och gångvägar med bra belysning.

Tabellbilaga

I tabellbilagan som finns i huvudrapporten redovisas värden för samtliga kommuner och landsting, uppdelade på kvinnor och män. I denna sammanfattning presenteras indikatorerna som finns för Botkyrka, Haninge, Huddinge, Järfälla, Nacka, Norrtälje, Sollentuna, Solna, Stockholm, Södertälje, Tyresö, Täby och Värmdö och där signalen rött-gult-grönt markerats. Uppdelningen i rött-gult-grönt är inget betyg utan en signal. Varje kommun kan där se sina egna värden i förhållande till andras. Tabellen är färgad med grönt, gult och rött. Grön färg

betyder att kommunens värde hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden. Röd färg får de 25 procent av kommunerna som har sämst värden, och gul färg anger att kommunens värde på indikatorn ligger bland de 50 procenten i mittent.

Bakgrundsvariablerna redovisas också i tabellbilagan, dock ej rangordnade.



Behörighet till gymnasieskolan

Personer med lång utbildning har oftare bättre hälsa än personer med kort utbildning. Även om sambandet mellan hälsa och utbildning inte är helt klarlagt, visar den samlade bilden på att lång utbildning främjar hälsa i vuxen ålder. En god utbildning främjar bland annat möjligheten till vidare studier och ökade möjligheter i arbetslivet. Socioekonomiska förhållanden påverkar också människors hälsorelaterade levnadsvanor och livsvillkor, så att personer i mer gynnad ställning till exempel oftare har bättre levnadsvanor och bättre förutsättningar att göra hälsosamma val.

Behörighet till gymnasieskolan andel (%) elever med behörighet, 2008	
Botkyrka	83,9
Danderyd	98,7
Haninge	83,3
Huddinge	87,8
Järfälla	89,6
Nacka	94,7
Norrtälje	85,2
Sollentuna	91,5
Solna	90,9
Stockholm	89,3
Södertälje	78,9
Tyresö	91,7
Täby	95,5
Värmdö	94,1
Riket	88,9

Levnadsvanor

Fysisk inaktivitet, lågt intag av frukt och grönt, tobaksbruk samt hög alkoholkonsumtion finns alla med på WHO:s lista över de 7 största riskfaktorerna när det gäller sjukdomsburden, för både män och kvinnor. WHO bedömer att 80 procent av hjärt- och kärlsjukdomarna, 90 procent av all typ 2-diabetes och 30 procent av alla cancersjukdomar kan förebyggas med bättre matvanor, rökstopp och tillräcklig fysisk aktivitet. Det finns många vetenskapliga studier om varje enskild levnadsvana och dess samband med hälsa och ohälsa men det är också känt att levnadsvanorna samvarierar med varandra. Övervikt och fetma samvarierar med fysisk aktivitet och kostvanor. Mekanismerna bakom tobaks-, alkohol- och

narkotikaberoende liknar och kan förstärka varandra. Vilka levnadsvanor man väljer, beror till stor del på den sociala och kulturella omgivning man befinner sig i. De socioekonomiska förutsättningarna är också av allra största vikt när det gäller val av goda levnadsvanor. Ekonomiskt utsatta och arbetare med kort utbildning är grupper som har sämre hälsorelaterade levnadsvanor och mer ohälsa än personer med god ekonomi, arbete och lång utbildning.

Fysisk aktivitet

Kroppen fungerar bäst när den är regelbundet aktiv. Den allt mer stillasittande tillvaron utgör en stor riskfaktor och ett hot mot en god folkhälsa. Brist på fysisk aktivitet utgör enligt WHO, en riskfaktor för en rad olika sjukdomar som hjärtkärlsjuklighet, diabetes, cancer i tjocktarm och bröstcancer samt benskörhet. Benskörhet, som ökar med ålder, blir ett allt mer betydande problem eftersom befolkningen blir allt äldre och varje år inträffar cirka 70 000 benskörhetsfrakturer i landet. Sjukdomstillstånd som värk och nedsatt psykisk hälsa, bland annat depression, är diagnoser som, i vissa fall, kan behandlas med fysisk aktivitet. Måttligt intensiv fysisk aktivitet under 30 minuter om dagen, anses ha gynnsamma effekter både på den fysiska och psykiska hälsan och ger också ökad livskvalitet.

Exempel där kommunerna har möjlighet att påverka är att ge utrymme för daglig fysisk aktivitet inom barnomsorgen och skolan. Att utforma skolgårdar och lekparker till säkra och trygga miljöer som inbjuder till lek och rörelse, är viktigt. Flera kommuner har haft projekt där skolbarn ska gå och cykla till skolan via trygga miljöer, i stället för att bli skjutsade. Detta ger både en säkrare trafikmiljö med mindre antal fordon i skolans närhet och ökad fysisk aktivitet för barnen. Skolan har också en roll i att utbilda eleverna i hälsa och hälsofrämjande. Skolhälsovården har ett ansvar för det förebyggande arbetet inom skolan. Det finns många kommunala idrottsplatser och motionsanläggningar som är viktiga för att ge möjlighet till fysisk aktivitet. Att främja äldres möjligheter till daglig aktivitet och utevistelse är också angeläget. Detta kan ske genom att skapa grönområden i närheten av bostäderna och genom att skapa en trygg och säker miljö för gamla och rörelsehindrade. Kommunerna och landstingen har också ett arbetsgivaransvar för att främja möjligheter till fysisk aktivitet bland sina anställda.

Det finns vissa skillnader i fysisk aktivitet mellan utbildningsgrupperna både bland kvinnor och män, oftast till fördel för dem med lång utbildning.

**Fysisk aktivitet
andel (%) fysiskt aktiva minst 30 min.
per dag, 18–80 år,
2006–2008**

Botkyrka	Inga data på kommunnivå
Danderyd	Inga data på kommunnivå
Haninge	Inga data på kommunnivå
Huddinge	Inga data på kommunnivå
Järfälla	Inga data på kommunnivå
Nacka	61
Norrtälje	Inga data på kommunnivå
Sollentuna	Inga data på kommunnivå
Solna	Inga data på kommunnivå
Stockholm	63

Södertälje	Inga data på kommunnivå
Tyresö	Inga data på kommunnivå
Täby	Inga data på kommunnivå
Värmdö	Inga data på kommunnivå
Riket	64,2

Rökvanor

Rökning är den enskilt största riskfaktorn för sjukdom och förtida död i västvärlden idag. I Sverige avlider ungefär 7 000 personer årligen i sjukdomar relaterade till rökning, även om vi ser en positiv utveckling i Sverige då antalet rökare minskar. Omkring 90 procent av alla lungcancerfall och 20 procent av all hjärtkärslsjuklighet anses bero på rökning.

Rökare har också ökad risk för bruk av andra droger som till exempel ökat bruk av alkohol. Ekonomiska beräkningar visar att en rökare kostar samhället 1,2 miljoner mer än en icke-rökare under sin livstid, räknat i nettoutgifter för sjukvård, sjukpenning, förtidspensionering och äldreomsorg. Tre av fyra rökare i vuxen ålder vill sluta röka och många vill ha professionell hjälp.

Idag finns en rad verksamma och kostnadseffektiva metoder för rökstopp men tillgången på dessa är otillräcklig. Det är ovanligt att ungdomar börjar röka efter 19 års ålder. Därför är det tidiga förebyggande arbetet av största vikt. Barnomsorg och skola har en särskilt viktig roll i det förebyggande tobaksarbetet. Att se till att tobakslagen efterlevs, både vad gäller försäljning och för näringsställen, är andra viktiga insatser på den kommunala sidan. Upprättande av kommunala handlingsplaner, samarbete med andra aktörer som studieförbund, idrotts- och frivilligorganisationer, arbetsförmedling med flera, främjar det tobaksförebyggande arbetet.

Resultaten visar att andelen rökande kvinnor är högre än andelen rökande män. Andelen dagligrökare är högre bland personer med kort utbildning än bland dem med lång utbildning.

	Rökvanor andel (%) dagligrökare, 18–80 år, 2006– 2008
Botkyrka	21,6
Danderyd	10,7
Haninge	16,4
Huddinge	17,9
Järfälla	15,6
Nacka	12,7
Norrtälje	19,4
Sollentuna	14,7
Solna	15,1
Stockholm	16,3
Södertälje	21,4
Tyresö	14,9
Täby	10,6
Värmdö	16,1
Riket	14,4

Rökande blivande mammor

Rökning under graviditeten ökar risken för dålig fostertillväxt, och därigenom också sannolikt risken för ökad sjuklighet i framtiden. Plötslig spädbarnsdödlighet, fosterdöd samt luftvägssymtom senare i livet är konstaterade effekter av rökning under graviditeten. De flesta av de skadliga ämnena i cigaretttrök passerar moderkakan och överförs via blodet till fostret. Kolmonoxiden i röken påverkar bland annat syreupptagningen med sämre syresättning som följd. Fostrets blod tar dessutom upp dubbelt så mycket kolmonoxid som mammans och den giftiga gasen stannar också kvar längre i fostret.

År 2006 var 7,5 procent av alla blivande mödrar i Sverige dagligrökare och daglig rökning var vanligast bland de unga, under 19 år. 25 procent av de ensamstående blivande mammorna var dagligrökare vid inskrivningen hos mödrahälsovården, (graviditetsvecka 8–12). Det här visar på vikten av tidiga samhällsinsatser mot rökning, till exempel inom skola och fritidsverksamhet. På familjecentralerna finns också möjlighet till dialog angående rökvanor. Kommunens möjlighet till information, utbildning och handlingsplaner för tobaksfria miljöer, återfinns inte minst inom barnomsorg och skola och ur ett arbetsgivarperspektiv. Resultaten visar att andelen rökande blivande mammor varierar mellan 4 och 9 procent på länsnivå samt mellan 0 och 26 procent på kommunnivå.

	Rökande blivande mammor andel (%) rökare vid inskrivning till mödrahälsovården (gravv. 8–12), 2005–2007
Botkyrka	9,9
Danderyd	1,3
Haninge	10
Huddinge	6,6
Järfälla	6
Nacka	3,2
Norrtälje	13,1
Sollentuna	3,8
Solna	2,8
Stockholm	4,3
Södertälje	9,1
Tyresö	7,7
Täby	2,3
Värmdö	5,7
Riket	7,5

Hälsoeffekter

Världshälsoorganisationens, WHO:s, hälsodefinition från 1946, beskrev hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp. Det betyder att begreppet hälsa inte enbart är ett motsatt begrepp till ohälsa och sjukdom, utan att det också finns en dimension som handlar mer om människan i sitt sammanhang. Om man därför betraktar hälsan som upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling, blir hälsa en förmåga att förverkliga viktiga mål, det vill säga ett medel för att uppnå det goda i livet. Brist på hälsa och välbefinnande leder nästan alltid till nedsatt handlingsförmåga.

Den generella hälsoutvecklingen har under en lång tid varit mycket god i Sverige. Men det finns också flera tecken på en sämre hälsoutveckling. Den psykiska ohälsan

ökar bland unga och särskilt bland unga kvinnor, övervikt och fetma har blivit ett allt större problem, smärttillstånd och skador fortsätter att öka. Barn i hushåll med en utsatt ekonomisk situation, löper dessutom ökad risk för sjuklighet och död under nyföddhetsperioden. De löper också ökad risk för psykisk ohälsa och ökad risk för att råka ut för skador och olycksfall.

Att mäta och beskriva befolkningens hälsa är inte helt enkelt. Hälsö- och sjukvårdens register ger bland annat en bild av sjukdomsutbredningen i befolkningen.

Människor upplever emellertid sjukdom och besvär på olika sätt även om de har fått samma diagnos i ett vårdregister. Att använda sig av självskattad hälsa som komplement till registerdata, innebär att det är individens egna tolkningar av hur man ser på sin hälsa och sin livssituation, som är i fokus.

Självskattat allmänt hälsotillstånd

Frågor om självskattad hälsa har sedan länge använts för att mäta befolkningens hälsa. En relativt enkel fråga om hur man ser på sitt allmänna hälsotillstånd, anses vara ett bra mått på individens välbefinnande. Studier där man jämfört självskattad hälsa från enkätstudier och dödlighet från register, har visat att personer som anger en god självskattad hälsa lever längre än personer som anger att de har dålig hälsa. Kvinnor anger dock dålig hälsa i högre utsträckning än män, trots att kvinnorna i genomsnitt lever längre än männen. Det finns också en social gradient i självskattad hälsa, så att arbetare oftare anger sämre hälsa än tjänstemän. Det finns också sociala skillnader i förutsättningar som skapar ojämlik hälsa, som är viktiga att ta hänsyn till.

Resultaten visar på skillnader i självskattat allmänt hälsotillstånd och män anger bättre hälsa än kvinnor. Andelen personer med bra/gott allmänt hälsotillstånd finns i många fall i högre grad bland dem med lång utbildning, jämfört med dem med kort utbildning.

Självskattat allmänt hälsotillstånd andel (%) med bra självskattat hälsotillstånd, 18-80 år 2006–2008	
Botkyrka	62
Danderyd	82,3
Haninge	71,9
Huddinge	69,7
Järfälla	66,9
Nacka	74,2
Norrtälje	68,5
Sollentuna	76,4
Solna	72,5
Stockholm	72,3
Södertälje	63,3
Tyresö	69,9
Täby	76
Värmdö	71,1
Riket	70,4

Psykiskt välbefinnande

Psykisk ohälsa är ett begrepp som innefattar en rad olika aspekter av psykiska problem. Det gäller allt från problem som trötthet, oro och ångest till depression och andra manifesterade psykiska sjukdomar som schizofreni. Mätningar av psykisk ohälsa i befolkningen sker ofta genom enkät- eller intervjuundersökningar. Sådana undersökningar visar att mellan 20 och 40 procent av Sveriges befolkning anger att de lider av olika grad av psykisk ohälsa. Särskilt unga kvinnor är drabbade. Nedsatt psykiskt välbefinnande står tillsammans med värk för tre fjärdedelar av all sjuk- och aktivitetsnedsättning bland kvinnor och två tredjedelar bland män, enligt den senaste folkhälsorapporten. Psykisk ohälsa är således ett folkhälsoproblem som orsakar stort lidande och medför omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser inte bara för dem som drabbas utan även deras anhöriga.

Psykiskt välbefinnande av mer allmän karaktär, handlar ofta om individens förmåga att hantera olika stressituationer. Det kan handla om att befinna sig utanför arbetsmarknaden eller om man har ett arbete, om stress i arbetslivet. Det kan handla om en besvärlig utsatt ekonomisk situation, dåliga sociala kontakter eller utanförskap eller om dåliga levnadsvanor och missbruk. Buller, tillgång till grönområden, trafikplanering och kommunikationer är faktorer som påverkar på olika sätt. Det betyder att många faktorer inverkar och att ansvaret för ett gott psykiskt välbefinnande i befolkningen, kan relateras till olika aktörer i samhället.

En trygg uppväxtmiljö och möjlighet till en bra skolgång, kan förbereda barn och unga på livet och dess händelser. Att sedan skapa förutsättningar för de unga att komma in i vuxensamhället med arbete och delaktighet, är mycket viktigt för det psykiska välbefinnandet. Ekonomiska neddragningar inom skola och omsorg är faktorer som minskar möjligheterna till god psykisk hälsa bland barn, unga och deras föräldrar. Här har kommunerna ett särskilt ansvar. Både kommuner och landsting har som arbetsgivare en viktig roll när det gäller arbetsklimat och arbetsrelaterad stress.

Indikatorn redovisas i rapporten som andel personer med självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande på kommunnivå samt landstingsnivå och då även med uppdelning av grupper med kort respektive lång utbildning samt kön. I drygt hälften av länen är andelen kvinnor som anger nedsatt psykiskt välbefinnande högre än andelen män med nedsatt psykiskt välbefinnande.

Psykiskt välbefinnande andel (%) med nedsatt psykiskt välbefinnande, 18–80 år, 2006–2008	
Botkyrka	20,8
Danderyd	18,1
Haninge	17,4
Huddinge	18,5
Järfälla	17,6
Nacka	17,3
Norrtälje	15,9
Sollentuna	19,2
Solna	17,9
Stockholm	20,9
Södertälje	16,9
Tyresö	20
Täby	15,5
Värmdö	18,6
Riket	17,7

Hjärtinfarkt

Hjärt-kärlsjukdomar är fortfarande ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige, även om dödligheten minskat kraftigt under de senaste åren. År 2005 utgjorde hjärtkärlsjukdomar

42 procent av alla dödsorsaker bland både män och kvinnor i landet.

Hjärtinfarktdödligheten har i stort sett halverats under de senaste 20 åren. Det är fler män än kvinnor som drabbas. Studier har visat att nästan 90 procent av alla hjärtinfarkter orsakas av faktorer som går att påverka. Rökning och höga blodfetter är de största riskfaktorerna men även psykosociala faktorer, fetma, lågt intag av frukt och grönt och låg grad av fysisk aktivitet utgör betydande riskfaktorer.

Personer med kortare utbildning har en högre risk att insjukna i hjärtsjukdomar, än personer med längre utbildning.

Eftersom levnadsvanor har stor betydelse för insjuknandet i hjärtinfarkt, är det förebyggande arbete mycket viktigt. Rökning påverkar kraftigt risken för insjuknande och död. Likaså är det bevisat att ökad fysisk aktivitet och stort intag av fibrer, frukt och grönt sänker risken för insjuknande.

Både kommuner och landsting är viktiga aktörer i det förebyggande arbetet.

Kommunerna har en roll inom till exempel skola och omsorgsverksamhet för att främja fysisk aktivitet, goda matvanor och tobaksfria miljöer.

Kommuner och landsting har också en arbetsgivarroll där det förebyggande arbetet viktigt. Till exempel genom ett aktivt friskvårdsarbete och rökslutarstöd för medarbetarna.

Resultaten visar att ungefär dubbelt så många män som kvinnor drabbas av hjärtinfarkt.

Hjärtinfarkt akut hjärtinfarkt, attacker per 100 000, 20 år och äldre, 2002–2006

Botkyrka	586,7
Danderyd	351,6
Haninge	529,7
Huddinge	554,4
Järfälla	478,6
Nacka	488,2
Norrtälje	568,9
Sollentuna	388,7
Solna	480,7
Stockholm	499,8
Södertälje	638,9
Tyresö	546
Täby	456
Värmdö	514,4
Riket	582,3

Lungcancer

Enligt Folkhälsorapport 2009 röker knappt en miljon personer i Sverige varje dag. Rökning är vanligare bland kvinnor än bland män. Mellan 80 och 90 procent av alla lungcancerfall orsakas av rökning. Det tar lång tid, 20–40 år, för sjukdomen att utvecklas. Det innebär att insjuknandet i dag speglar rökvanorna för 20–40 år sedan. I Sverige sjunker siffrorna för männens insjuknande medan kvinnornas ökar. Detta

beror på att män i allt högre grad slutat röka, medan kvinnorna fortsätter. I dag är lungcancer en lika stor dödsorsak som bröstcancer bland kvinnor i åldrarna 45–64 år. Bland männen i samma åldrar, är lungcancer en av de vanligaste dödsorsakerna i cancersjukdomar.

Prognosen för överlevnad är dålig, det är bara något mer än var tionde person som lever fem år efter diagnos. Att långvarigt utsättas för passiv rökning innebär också en risk att utveckla lungcancer. Sverige har infört olika restriktioner och lagar om tobaksbruk, till exempel rätt till rökfria arbetsplatser, åldersgräns för inköp av tobak samt rökfria offentliga miljöer och restauranger.

Kommunernas roll i det förebyggande tobaksarbetet har beskrivits under avsnittet om rökning. Det handlar om utbildning i skolan och att tillhandahålla rökfria lokaler samt att kontrollera att lagen om försäljning följs. De flesta som röker börjar röka före 20 års ålder och därför är det extra viktigt att följa upp åldersrestriktionerna för försäljning.

Resultaten visar att män fortfarande drabbas av lungcancer i högre grad än kvinnor.

Lungcancer
antal insjuknade i
lungcancer per 10
000,
2005–2007

	Män	Kvinnor
Botkyrka	5,3	3,7
Danderyd	3,5	2,9
Haninge	3,6	3,7
Huddinge	4,8	3,5
Järfälla	4,8	3,9
Nacka	2,7	2,3
Norrtälje	4,3	3
Sollentuna	3,5	2,8
Solna	3,7	5,2
Stockholm	4,8	3,8
Södertälje	5,6	2,1
Tyresö	5,3	2,7
Täby	3,6	3,4
Värmdö	3,2	3,4
Riket	3,8	3,1

Fallskador bland personer 65 år och äldre

Fallolyckor är den vanligaste olycksorsaken i Sverige och äldre personer är speciellt drabbade. Trots att gruppen 65 år och äldre endast utgör 17 procent av befolkningen, drabbar nästan två tredjedelar av alla dödsolyckor denna grupp.

I Sverige dör i genomsnitt mer än tre äldre personer varje dag till följd av fallolyckor, vilket är mer än dubbelt så många som alla dödsfall i trafiken bland äldre varje år.

Medicinering samt yrsel eller andra balansproblem är, förutom det som kan hänföras till olyckor som att halka eller snubbla, vanliga orsaker till fallskador bland äldre. Benskörhet är också en vanlig orsak till frakturer hos äldre personer. Benskörhet är vanligare bland kvinnor och ökar med åldern. Förebyggande åtgärder är bland annat fysisk aktivitet och balansträning samt näringsriktig mat.

Kommunens roll i det förebyggande arbetet finns bland annat inom omsorgsverksamheten, både när det gäller näringsriktig kost men också genom att främja förutsättningarna

för fysisk aktivitet och utevistelse. Det är aldrig för sent att börja träna och studier har visat att även mycket gamla personer kan träna upp sin fysik och sin balans. Tai chi är en träningsform som motverkar dålig balans även hos äldre. Likaså är det viktigt med en bra utemiljö med snöröjning, god belysning, viloställen etc. där äldre personer ofta rör sig. Genom att göra ”skyddsronder” hos de boende som är anslutna till den kommunala hemtjänsten, kan många fallolyckor undvikas. Många kommuner har inrättat ”fixar-tjänster” där man erbjuder hjälp med att till exempel byta gardiner och glödlampor, för att på så sätt minska fallrisken för de äldre. Fallolyckor är vanliga inom vården och omsorgsboenden och både kommuner och landsting har här ett ansvar att arbeta förebyggande. Att se över mediciner är också viktigt eftersom många läkemedel kan orsaka yrsel och risk för att ramla. Inläggningsspraxis kan variera mellan sjukhusen vilket kan påverka resultatet. Resultaten visar att det finns stora skillnader mellan kommunerna med betydligt fler äldre som vårdas på grund av fallolyckor i norra Sverige. Kvinnor skadar sig betydligt oftare än män.

**Fallskador
antal personer 65 år
och äldre vårdade
i slutna vård per 100
000,**

	2007
Botkyrka	1972
Danderyd	2718
Haninge	2214
Huddinge	2717
Järfälla	1979
Nacka	2685
Norrtälje	2148
Sollentuna	2133
Solna	3475
Stockholm	3554
Södertälje	2507
Tyresö	1746
Täby	2027
Värmdö	2078
Riket	2694

Tonårsaborter

I takt med att medelåldern för förstföderskor har stigit, har också andelen tonåringar som avslutat graviditeten med abort ökat.

I åldern 15–17 år slutade 96 procent av alla graviditeter med en abort år 2006 jämfört med 83 procent 1990. I åldersgruppen 18–19 år slutade 79 procent av alla graviditeter med en abort år 2006 jämfört med 55 procent 1990. Aborter är vanligare bland tonåringar i Sverige än i de övriga nordiska länderna. Det beror dels på att det i Sverige är färre som väljer att föda barn under tonåren än i grannländerna, men det är också vanligare att tonåringar i Sverige blir gravida, än vad det är i de andra nordiska länderna. Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att utarbeta en handlingsplan för att förebygga oönskade graviditeter. Det övergripande målet är att de barn som föds ska vara önskade.

Skolan har en mycket viktig roll i att utbilda både lärare och elever om en säker och trygg sexualitet. Kommunen har också ett ansvar i det förebyggande

arbetet för alla ungdomsverksamheter där kommunen finns med, till exempel på fritidsgårdarna. Kommunerna och landstingen har sitt gemensamma ansvar inom ungdomsmottagningarna och landstingen för annan preventivmedelsrådgivning. Resultaten visar att det finns stora skillnader mellan länen.

**Tonårsaborter
antal aborter bland
kvinnor 19 år eller
yngre per 1 000
kvinnor 15–19 år,
2005–2007**

Botkyrka	32,8
Danderyd	18,9
Haninge	34,6
Huddinge	28,8
Järfälla	25
Nacka	26,9
Norrtälje	28,1
Sollentuna	19,5
Solna	31,5
Stockholm	31
Södertälje	25,5
Tyresö	35,5
Täby	16,1
Värmdö	26,9
Riket	24,3

Fetma

Viktgränser för under- respektive övervikt och fetma har definierats av WHO. Kroppsmasseindex (Body Mass Index, BMI) uttrycker en relation mellan längd och vikt. Ett BMI över 30 klassas som sjukdomen fetma. Högt BMI utgör en riskfaktor för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar och symtom, till exempel smärta och värk, typ 2-diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter, hjärtkärlsjukdomar och vissa cancerformer, bland annat tjocktarmscancer.

I Sverige har andelen personer med fetma fördubblats sedan 1980. Det är fler barn och unga vuxna som uppvisar övervikt och fetma under de senaste decennierna, även om den uppåtgående fetmatrenden nu tenderar att avta. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, är etablerad fetma svår att behandla och man menar därför att ”effektivare förebyggande åtgärder är synnerligen angelägna”. Här pekar man både på insatser i skolan och rådgivning bland vuxna.

Att informera och ge förutsättningar för goda kostvanor och främja fysisk aktivitet är angelägna uppgifter för kommunerna och landstingen. Inte minst gäller det i miljöer där barn, ungdomar och gamla befinner sig. Här har förskola, skola och omsorgsverksamhet en viktig roll.

Resultaten visar att både kvinnor och män med kort utbildning i högre grad än dem med lång utbildning har fetma, i många län.

**Fetma
andel (%) med
fetma 18–80 år,
2006–
2008**

Botkyrka	11,6
Danderyd	4,8
Haninge	14,6
Huddinge	11,5
Järfälla	10,1
Nacka	8,3
Norrtälje	15
Sollentuna	9,7
Solna	8,7
Stockholm	8,8
Södertälje	14,6
Tyresö	12,5
Täby	7,2
Värmdö	12,2
Riket	12,4

Bakgrundsvariabler

Bakgrundsvariabler är sådana som visar kommunernas struktur och befolkning. De har stort inflytande på folkhälsan, många är politiskt påverkbara. Goda uppväxtvillkor stärker både individen och dess närmaste omgivning till goda val, vare sig det handlar om levnadsvanor eller utbildning. Utbildning och sysselsättning är några av hörnstenarna för samhällsutvecklingen och bidrar i högsta grad till den ekonomiska utvecklingen, liksom till en god folkhälsa. En hög sysselsättningsgrad främjar skatteintäkterna samt sänker bidragsberoende och arbetslöshet. De senare är faktorer som påverkar hälsa negativt hos individen själv, men också hos dess närmaste omgivning. Trots kunskap om olika faktorerers betydelse för hälsa och levnadsvanor finns fortfarande stora, och i vissa fall ökande, socioekonomiska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper i Sverige. Personer med kort utbildning har ofta sämre hälsa och levnadsvanor än personer med lång utbildning. Arbetare har högre sjuklig- och dödlighet än tjänstemän i en rad sjukdomar, bland annat vissa cancer- och hjärtkärlsjukdomar. Utrikes födda uppger sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Ensamstående, speciellt kvinnor med barn, är en annan grupp som ofta uppger sämre levnadsvanor, sämre ekonomiska förutsättningar och sämre hälsa, vilket i sin tur kan påverka barnens uppväxtförhållanden negativt. Enligt SCB levde vart åttonde barn i Sverige år 2006, i familjer med så låga disponibla inkomster att de riskerade fattigdom. Studier har visat att barn som lever i familjer som är socialt mindre gynnade också rapporterar mer ohälsa som huvudvärk, ont i magen och sömnsvårigheter. En mer noggrann beskrivning av bakgrundsvariablerna finns i en separat bilaga Indikatorbeskrivning i huvudrapporten.

	Medelålder (år) 2008		Utbildning andel (%) med eftergymnasial utbildning, 16–74 år, 2008
Botkyrka	36,9	Botkyrka	25
Danderyd	40,3	Danderyd	59,4
Haninge	37,8	Haninge	22,9
Huddinge	37	Huddinge	31,7
Järfälla	39,4	Järfälla	33,4
Nacka	38,1	Nacka	44,1

Norrtälje	43,6
Sollentuna	38,1
Solna	40,4
Stockholm	39,3
Södertälje	38,8
Tyresö	37,8
Täby	39,9
Värmdö	37,4
Riket	41

Norrtälje	21,2
Sollentuna	43,4
Solna	47,7
Stockholm	46,4
Södertälje	25,4
Tyresö	30,1
Täby	47,1
Värmdö	31
Riket	30,9

**Inkomst
medianinkomst
1 000 kr, 2007**

Botkyrka	202,9
Danderyd	281,9
Haninge	229,2
Huddinge	233,3
Järfälla	242,6
Nacka	260,3
Norrtälje	211
Sollentuna	260,8
Solna	237,6
Stockholm	233,6
Södertälje	209,7
Tyresö	252,7
Täby	277,8
Värmdö	252
Riket	215,3

**Förvärsintensitet
andel (%)
förvärsarbetande,
20–64 år, 2007**

Botkyrka	71,1
Danderyd	80
Haninge	77,7
Huddinge	77,3
Järfälla	79,4
Nacka	81,7
Norrtälje	80,2
Sollentuna	81,5
Solna	77,4
Stockholm	76,7
Södertälje	72,6
Tyresö	82,3
Täby	83,6
Värmdö	84,3
Riket	77,9

**Utrikes födda
andel (%)
utrikes födda, 2008**

Botkyrka	44,8
Danderyd	15,8
Haninge	25

**Barnfattigdomsindex
andel (%) barn i
hushåll med låg
inkomst
eller socialbidrag,
2002–2006**

Botkyrka	20
Danderyd	5,1
Haninge	13,2

Huddinge	30,4	Huddinge	13,5
Järfälla	26,7	Järfälla	10,6
Nacka	20,9	Nacka	8,9
Norrtälje	11	Norrtälje	10,7
Sollentuna	22,8	Sollentuna	7,7
Solna	27,3	Solna	10,5
Stockholm	25,1	Stockholm	16,8
Södertälje	35,5	Södertälje	19,5
Tyresö	17,3	Tyresö	8
Täby	16,9	Täby	4,3
Värmdö	13,2	Värmdö	8,2
Riket	16,6	Riket	11,8

Rapporten är sammanställd av folkhälsoplanerare Nina M Granath på staben Hållbar utveckling.