



# Folkhälsorapport 2023

## Stockholms län



# Förord

När den senaste folkhälsorapporten kom ut i november 2019 kunde ingen förutspå den dramatiska utvecklingen av covid-19-pandemin som kom över oss bara några månader senare. Nu, när vi har levt med covid-19 några år, är det dags att sätta även denna sjukdom i relation till de andra folksjukdomarna.

Det är viktigt att kunna jämföra olika folkhälsoproblem med varandra för att kunna prioritera insatser. Det enda sättet att skapa jämförbarhet är att använda sig av ett och samma mått. Med hjälp av bidrag till sjukdomsbördan kan vi jämföra de sjukdomar som främst leder till död i framtid med de sjukdomar som mest leder till funktionsförlust. Tack vare projektet Global Burden of Disease (GBD) har vi även i denna folkhälso-rapport kunna använda oss av detta mått.

För att skapa en tydlig bild av hälsoläget behöver man därefter göra analyser baserat på pålitliga datakällor. Vi har använt oss av flera olika datakällor varav folkhälsoenkäten (FHE) är en av de viktigaste. Flera kunniga statistiker och analytiker har tagit sig an arbetet att på bästa möjliga sätt utföra analyserna och kartlägga hälsoläget.

Till sist behövs experter som kan navigera i den stora mängden av vetenskaplig litteratur och data och som kan översätta denna information till kunskap. Vi är tacksamma över att de främsta experterna i Stockholms län har tagit på sig att uttala sig om vad vi kan göra för att tackla de stora folkhälsoproblemen.

Folkhälsorapport 2023 har skapats för att på ett lätt och tillgängligt sätt ge kunskap om de sociala och ekonomiska förutsättningar som är viktiga för hälsan, de riskfaktorer för ohälsa som vi kan påverka och de sjukdomar som har störst betydelse för sjukdomsbördan i Stockholms län.

Stockholm, mars 2023

Henna Hasson  
Verksamhetschef, CES

Vicky Bartelink  
Huvudredaktör

Anton Lager  
Redaktör, enhetschef  
Hälsoläge och vårdbehov

# Innehåll

Förord .....	3
Författare.....	6
Om CES.....	8
Sammanfattning.....	9
<b>Introduktion och metod.....</b>	<b>13</b>
<b>Hälsoläget i Stockholms län.....</b>	<b>21</b>
<b>Sociala och ekonomiska förutsättningar.....</b>	<b>25</b>
Utbildning.....	31
Arbete.....	37
Inkomst.....	43
Sociala relationer.....	49
<b>Levnadsvanor.....</b>	<b>55</b>
Rökning.....	59
Alkoholvanor.....	67
Narkotikavanor.....	73
Matvanor.....	81
Fysisk aktivitet.....	89
<b>Metabola riskfaktorer.....</b>	<b>95</b>
Högt blodtryck.....	101
Högt blodsocker.....	109
Övervikt.....	115
Högt kolesterol.....	123
Nedsatt njurfunktion.....	129

<b>Sjukdomar och skador</b> .....	133
Covid-19.....	139
Hjärtinfarkt och stroke.....	147
Smärta.....	155
Fallskador.....	175
Cancer.....	181
KOL.....	191
Ångest och depression.....	197
Diabetes.....	207
Demens.....	215
Gynekologiska sjukdomar.....	221
Själv mord och självskador.....	233
Astma.....	241
<b>Utmaningar</b> .....	245

# Författare

## Avsnitt

### INTRODUKTION OCH METOD

### HÄLSOLÄGET I STOCKHOLMS LÄN

### SOCIALA OCH EKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Introduktion

Utbildning

Arbete

Inkomst

Sociala relationer

### LEVNADSVANOR

Introduktion

Rökning

Alkoholvanor

Narkotikavanor

Matvanor

Fysisk aktivitet

### METABOLA RISKFAKTORER

Introduktion

Högt blodtryck

Högt blodsocker

Övervikt

Högt kolesterol

Nedsatt njurfunktion

## Författare

Vicky Bartelink

Vicky Bartelink, Anton Lager

Bo Burström, Stefan Fors, Désirée Lichtenstein

Stefan Fors

Theo Bodin

Mihretab Gebreslassie

Marie Warolén, Désirée Lichtenstein

Nina Karnehed

Joanna Stjernschantz Forsberg

Andreas Lundin, Gergö Bascovics

Gergö Bascovics, Andreas Lundin

Sara Raposo

Daniel Berglind

Boel Brynedal

Boel Brynedal

Boel Brynedal, Hrafnhildur Gudjonsdottir

Liselotte Schäfer Elinder

Boel Brynedal, Hrafnhildur Gudjonsdottir

Hrafnhildur Gudjonsdottir, Boel Brynedal

## SJUKDOMAR OCH SKADOR

Introduktion	Bo Burström
Covid-19	Stefan Fors, Per Tynelius, Maria-Pia Hergens
Hjärtinfarkt och stroke	Theo Bodin
Smärta	Mihretab Gebreslassie, Eva Skillgate
Fallskador	Stina Ek
Cancer	Marcela Ewing
KOL	Pernilla Wiebert, Ida Mogensen
Ångest och depression	Johan Åhlén
Diabetes	Diego Yacamán Méndez, Neda Rajamand Ekberg
Demens	Serhiy Dekhtyar
Gynekologiska sjukdomar	Désirée Lichtenstein, Anna Nielsen, Johanna Sieurin, Kyriaki Kosidou
Själv mord och självsador	Gergö Hadlaczky, Sebastian Hökby
Astma	Marina Jonsson
UTMANINGAR	Anton Lager, Vicky Bartelink

**Analys och dataunderlag:** Per Tynelius, Anders Walander, Andreas Lundin, Boel Brynedal, Minhao Zhou (inklusive visualiseringar av sjukdomsburda och rörelsedata).  
Analys cancerkapitlet: Fereshte Ebrahim och Daniel Öhman (Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland)

**Redigering:** Vicky Bartelink och Anton Lager

**Kommunikation:** Charlotta Kjellberg (kommunikationsredaktör) och Ulrika Berg Roos (språkgranskning)

**Layout:** Luxlucid

**Tryck:** By Wind, Ödeshög, 2023

**Styrgrupp:** CES ledningsgrupp

Tack till alla kollegor på CES som har kommit med värdefulla synpunkter.

**Referera till rapporten som:** Bartelink V, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2023. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023.

**Referera till specifika kapitel i rapporten enligt** (exempel): Fors S. Utbildning. I Bartelink V, Lager A (redaktörer). Folkhälsorapport 2023. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023.

Folkhälsorapporten är en produkt framtagen på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF).

# Om CES

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

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

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

Huvuduppgifter för CES:

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



# Sammanfattning

Medellivslängden i Stockholms län är 85 år för kvinnor och 81 år för män. Av de åren har vi i genomsnitt 72 år med god hälsa. År 2021 uppgav 79 procent av männen och 74 procent av kvinnorna i länet att de har god eller mycket god hälsa. Både medellivslängden och den självskattade hälsan ökar, men covid-19-pandemin bröt utvecklingen av livslängden, tillfälligt men tydligt. För både medellivslängd och hälsa finns också stora skillnader mellan grupper.

## Globalt projekt beräknar sjukdomsbörda

Sjukdomsbördan för Stockholms län beräknas av Global Burden of Disease (GBD), ett globalt projekt som använder nationella datasystem, enkätdata, kliniska datakällor samt vetenskaplig litteratur för att modellera sjukdomsbörda. Sjukdomsbördan är summan av de år som förlorats på grund av för tidig död och den friska tid som förlorats på grund av funktionsförlust orsakad av sjukdom eller skada.

## Pandemin slog hårt och ojämnt

Pandemin satte skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i blyxtbelysning. Den första vågen av covid-19 slog till exempel betydligt hårdare mot personer med kort utbildning. Under den första vågen sjukhusvårdades mer än dubbelt så många i gruppen med enbart förgymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning, 413 jämfört med 196 per 100 000 personer. En delförklaring var att olika socioekonomiska grupper var utsatta för smitta i olika hög grad.

Det första pandemiåret (2020) stod covid-19 för mer än åtta procent av sjukdomsbördan, enligt CES analyser. Det var mer än alla andra sjukdomar. Sjukdomsbördan av covid-19 har minskat till 1,8 procent år 2022 men är alltså fortfarande en av de sjukdomar som orsakar mest sjukdomsbörda och särskilt många förtida dödsfall i länet.

## Livslängd och hälsa hänger samman med utbildning och inkomst

Skillnaderna i livslängd och förekomst av sjukdomar i länet är så pass stora att personer som har eftergymnasial utbildning kan förväntas leva fem och ett halvt år längre än personer som inte har gått ut gymnasiet. Personer som inte gått ut gymnasiet har exempelvis 3,5 gånger högre risk för stroke och 2,6 gånger högre risk för hjärtinfarkt jämfört med personer som har eftergymnasial utbildning. I Stockholms län är den generella utbildningsnivån hög, och den har ökat påtagligt under en lång tid. Samtidigt finns det stor variation i utbildningsnivå i länet.

Den femtedel av befolkningen som har högst inkomst när de är 30 år kan förväntas leva mer än sex och ett halvt år mer än den femtedel som har lägst inkomst. Medianinkomsten i länet har ökat stadigt de senaste åren, men ökningen är störst för de med högst inkomst och skillnaderna mellan olika inkomstgrupper har ökat.

## **Rökning minskar men ohälsosamma matvanor ökar**

Rökning är den levnadsvana som orsakar störst sjukdomsbörda i länet, och rökning är vanligare i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar, till exempel kort utbildning. Rökningen minskar i alla grupper, även om minskningen inte är lika snabb i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Totalt har andelen dagligrökare minskat från 18 till 6 procent sedan år 2002. Det sker dock en uppseendeväckande ökning av e-cigarettanvändning bland ungdomar. Att stötta personer till att sluta röka är fortsatt en av de viktigaste insatserna för folkhälsan i Stockholms län, liksom att förebygga att personer börjar röka.

Ohälsosamma matvanor tycks öka i länet. Till exempel har andelen män i befolkningen som äter ohälsosamt lite grönsaker ökat de senaste fyra åren, från 34 till 40 procent (från 22 till 28 procent för kvinnor).

Det finns stor potential i insatser som påverkar levnadsvanorna på gruppnivå, som lagstiftning som begränsar rökning och alkohol, stadsplanering som underlättar fysisk aktivitet och skolmåltider som etablerar goda matvanor. Att andelen dagligrökare i länet har minskat så kraftigt beror till stor del på lagstiftning.

## **Behandling av riskfaktorer kan förebygga flera sjukdomar**

Några av de sjukdomar som orsakar störst sjukdomsbörda i länet orsakas av de metabola riskfaktorerna högt blodtryck, högt blodsocker, övervikt och obesitas, högt kolesterol samt nedsatt njurfunktion. Genom att diagnostisera och behandla metabola riskfaktorer kan flera sjukdomar förebyggas. Behandlingen består ofta av stöd till hälsosamma levnadsvanor, vid behov i kombination med läkemedelsbehandling. Behandlingen förutsätter att tillstånden upptäcks, vilket är en utmaning för sjukvården eftersom de i flera fall inte ger några symtom. Endast lite mer än en tredjedel av de som har högt blodtryck, och bara lite mer än en tiondel av alla med nedsatt njurfunktion, uppskattas ha fått diagnos. Även obesitas (fetma) ökar, och ökningstakten steg under pandemiåren. Övervikt och obesitas är vanligast i gruppen 45–64 år, men obesitas blir vanligare i alla grupper, även bland barn.

Att de metabola riskfaktorerna ofta är symtomfria gör att utfallet av behandlingen måste följas med provtagning och att patienter inte alltid är motiverade att fortsätta med läkemedelsbehandling. Av de som fått diagnosen högt blodtryck på vårdcentraler i Region Stockholm håller färre än fyra av tio blodtrycket på den nivå som är önskvärd

för att undvika hjärt-kärlsjukdomar. Sammantaget behövs insatser som identifierar och diagnostiserar personer med metabola riskfaktorer, insatser som behandlar faktorerna, insatser som motiverar patienter till nödvändiga förändringar och insatser som följer upp resultaten.

## **Äldre har ofta flera sjukdomar samtidigt**

Ett tjugotal sjukdomar och skador orsakar mer än hälften av sjukdomsördan i Stockholms län. Allra störst sjukdomsörda orsakas, med undantag för det första pandemiåret (2020), av hjärtinfarkt, följt av smärta i nedre delen av ryggen. Även fallolyckor, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes, stroke och olika typer av cancer bidrar mycket till sjukdomsördan. Det är också mycket vanligt att ha flera sjukdomar samtidigt, särskilt bland äldre.

## **Smärta är mycket vanligt – välfungerande behandling saknas ofta**

Smärta bidrar till en betydande del av sjukdomsördan i Stockholms län. Mellan tre och fem procent av befolkningen i Stockholms län har smärta i ryggen, nacken eller huvudet som är i hög grad funktionsnedsättande. Trots att smärta är vanligt är orsakerna till smärtan sällan kända och det saknas ofta välfungerande behandling.

## **Flera sjukdomar underdiagnostiserade trots att vård finns**

Gynekologiska sjukdomar kan medföra kronisk smärta, inkontinens, blödningar och infertilitet, och även nedsatt välbefinnande och psykisk ohälsa. Var femte kvinna i länet anger att hon har problem med urininkontinens och var tionde med avföringsinkontinens. Var tionde kvinna i fertil ålder uppskattas ha endometrios, vilket kan leda till kronisk smärta och infertilitet. Det finns ofta effektiva behandlingar mot gynekologiska sjukdomar, men endast en bråkdel av de som har besvär får diagnos. En förklaring är att gynekologiska besvär ofta ses som en naturlig del av åldrandet eller av graviditet och förlossning.

Även KOL är ett exempel på en sjukdom som är underdiagnostiserad i befolkningen trots att det finns bromsande och lindrande behandling. Den bromsande behandlingen är också mer effektiv om den sätts in tidigt. Ytterligare ett exempel är ångestsyndrom och depression. 19 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i länet har besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression, men det är en betydligt mindre andel som har fått diagnos, trots att det även här finns effektiv behandling. Mörkertalen för depression och ångest finns främst bland de yngsta och de äldsta, utlandsfödda och personer med kort utbildning. Ökad kunskap om diagnoserna och om vilken vård och egenvård som finns behövs både i befolkningen och i primärvården.

Hjärtinfarkt och stroke har minskat tack vare framgångsrika förebyggande insatser, men de är fortfarande två betydande orsaker till sjukdomsörda och det finns stor potential att ytterligare minska såväl insjuknandet som dödligheten.

## Utmaningar

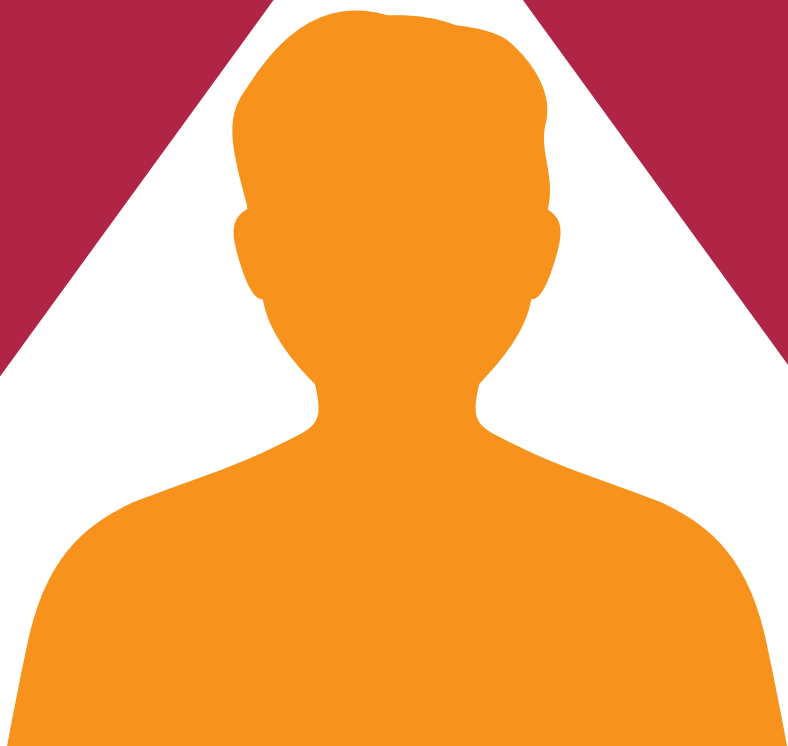
Under de kommande åren finns flera utmaningar inom folkhälsoområdet. Vi behöver öka kunskapen om allvarlighetsgrad, förekomst och orsaker för flera centrala folksjukdomar, bland annat genom satsningar för att öka deltagandet i folkhälsoundersökningar bland stora, underrepresenterade befolkningsgrupper. Vi behöver också minska underdiagnostiseringen av riskfaktorer och sjukdomar.

Det finns evidensluckor som behöver kartläggas för att möjliggöra prioritering av forskningssatsningar och beställningar av hälso- och sjukvård. Vi behöver också satsningar på att implementera bevisat effektiva metoder i vården och utmönstra bevisat ineffektiva metoder. Det är en utmaning när tillväxten av forskning och evidens ökar.

Folkhälsoarbete sker över gränserna mellan många aktörer och samverkan är viktig både inom och utom regionen. Det är viktigt att inte avgränsa det regionala arbetet för snävt utan att inkludera sektorer och problem som har hälsoeffekter först på sikt eller indirekt.

I länet finns områden där behoven av att finna och behandla riskfaktorer och sjukdomar är extra stora, och även behoven av långsiktiga samverkansrelationer och stöd till evidensbaserade metoder. Dessa områden bör prioriteras i folkhälsoarbetet.

# Introduktion och metod



# Introduktion och metod

## Syfte

Syftet med folkhälsorapporten är att skapa ett kunskapsunderlag om folkhälsa som ska underlätta prioritering och planering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt hälso- och sjukvård.

Folkhälsorapporten går igenom de riskfaktorer och sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsbördan i Stockholms län, samt visar hur bestämningsfaktorer, riskfaktorer och sjukdomar utvecklas över tid samt hur de är fördelade mellan grupper.

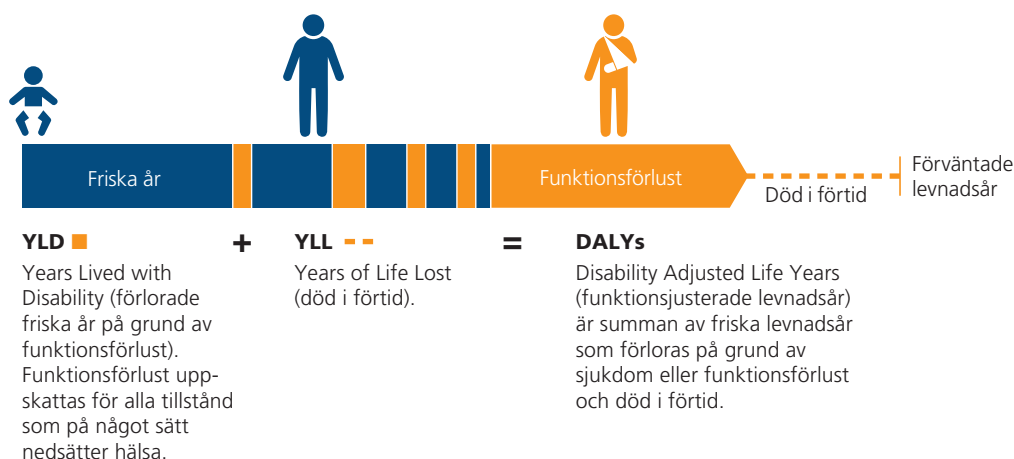
Folkhälsorapporten fungerar som underlag till arbetet med Region Stockholms utvecklingsplans prioritering ”Nå en jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet” (RUF5 2050) samt regionens folkhälsopolicy ”God hälsa och minskade hälsoklyftor i befolkningen”. Den ansluter också till målet ”God hälsa och välbefinnande”, ett av FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling, Agenda 2030.

## Målgrupp

Målgruppen för folkhälsorapporten är alla aktörer som kan påverka folkhälsan i sitt arbete eller frivilligengagemang, inom till exempel regionen, kommuner och stadsdelar, vården, länsstyrelsen eller patientföreningar. Rapporten vänder sig även till den intresserade allmänheten. Folkhälsorapporten skrivs av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF).

## Sjukdomsbörda

Rapporten använder begreppet sjukdomsbörda för att beskriva hur mycket olika tillstånd påverkar hälsan på samhällsnivå. Sjukdomsbördan definieras som funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALYs). Det är summan av år som förlorats på grund av för tidig död och friska år som förlorats på grund av funktionsförlust orsakad av sjukdom eller skada (se figur 1). På det sättet kan man jämföra olika sjukdomar med varandra trots att de får olika konsekvenser, till exempel kan hjärt-kärlsjukdom som leder till död i förtid jämföras med smärta som leder till funktionsförlust men inte till död.



**Figur 1.** Hur man mäter sjukdomsbörda.

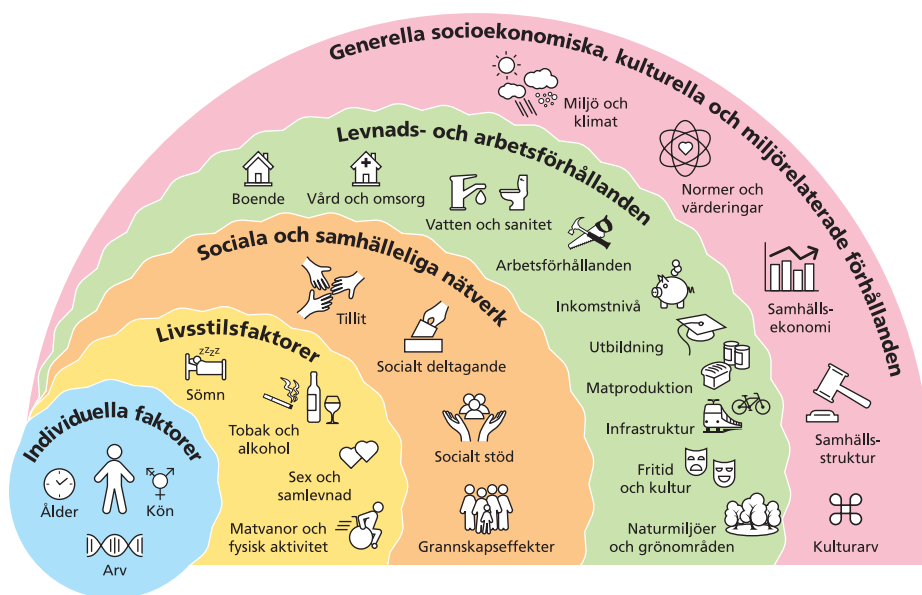
## Urväl av sjukdomar och riskfaktorer

I folkhälsorapporten beskrivs de sjukdomar och riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsbördan i Stockholms län, uträknat enligt Global Burden of Disease (GBD) för år 2019. Global Burden of Disease är ett globalt projekt som använder nationella datasystem, enkätdata, kliniska datakällor samt vetenskaplig litteratur för att modellera sjukdomsbörda. Utöver dessa beskrivs även covid-19.

## Rapportens struktur

### Sociala och ekonomiska förutsättningar

Olika faktorer påverkar hälsan på olika nivåer, vilket kan visualiseras i den så kallade regnbågsmodellen (se figur 2). I kapitlet sociala och ekonomiska förutsättningar beskrivs de faktorer som har effekt på hälsan genom levnads- och arbetsförhållanden samt sociala och samhälleliga nätverk. De faktorerna ligger utanför de individuella riskfaktorerna så som ohälsosamma levnadsvanor och metabola riskfaktorer, och de kan påverka hälsan både direkt och indirekt. En direkt påverkan kan vara att en person avstår vård på grund av dålig ekonomi. En indirekt påverkan kan vara att personer med kort utbildning röker i högre utsträckning och därför har större risk att drabbas av lungcancer.



**Figur 2.** Regnbågsmodell Region Stockholm baserad på Dahlgren och Whitehead (1991).

## Sjukdomar och riskfaktorer

Rapporten beskriver levnadsvanor, metabola riskfaktorer och sjukdomar var för sig för att underlätta läsbarheten och navigeringen genom rapporten. Men på individnivå har vi ofta flera sjukdomar och riskfaktorer samtidigt (se Sjukdomar och skador, Introduktion). Vissa riskfaktorer definieras som sjukdomar vid en viss gräns och de beskrivs då tillsammans, till exempel övervikt och obesitas.

Riskfaktorer som beror på närmiljö eller arbetsmiljö beskrivs inte i folkhälsorapporten utan behandlas i arbetsmiljörapporten och miljöhälsorapporten som publiceras av Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM).

Folkhälsorapporten fokuserar i stor utsträckning på riskfaktorer och sjukdomar bland personer som är 16 år och äldre i Stockholms län. När det är möjligt redovisas utveckling över tid. Viktiga skillnader mellan olika grupper redovisas uppdelat efter kön, åldersgrupper, utbildningsnivå (som mått på socioekonomi) och födelseland (uppdelat på Sverige, övriga Europa samt länder utanför Europa).

### FOLKHÄLSA PÅ LOKAL NIVÅ

Folkhälsorapporten fokuserar på det regionala hälsoläget. Det finns dock stora skillnader inom Stockholms län. Därför finns folkhälsokollen.se som ett komplement till folkhälsorapporten. Där kan man utforska bestämningsfaktorer, riskfaktorer och sjukdomar på stadsdels-, kommun- och kommunaldelnivå.



## Utmaningar

I sista delen av rapporten (Utmaningar) sammanfattas slutsatser av rapporten i form av utmaningar för folkhälsan i Stockholms län.

## Metod och material

Folkhälsorapporten bygger på flera datakällor där CES i hög grad har gjort egna analyser, samt på vetenskapliga referenser. Nedan beskrivs de främsta datakällorna som ligger till grund för folkhälsorapporten.

## Vetenskaplig litteratur – uttalanden om samband

Tumregeln när vi refererar till vetenskaplig litteratur har varit: Resultat från två eller fler experiment av god kvalitet rapporteras som ”stöd från experiment”. Resultat från minst fem observationsstudier redovisas beroende på hur starkt sambandet är som ”mycket tydligt samband” ( $RR \geq 4$ ), ”tydligt samband” ( $RR 2-4$ ) eller ”visst samband” ( $RR 1,5-2$ ). Enstaka studier redovisas beroende på hur starkt sambandet är som ”mycket tydligt samband i enstaka studier” ( $RR \geq 4$ ) eller ”tydligt samband i enstaka studier” ( $RR 2-4$ ). Vid svaga samband ( $RR < 2$ ) rapporteras inte enstaka studier.

## Folkhälsoenkäten (FHE)

Region Stockholms folkhälsoenkät, Hälsa Stockholm, har skickats ut vart fjärde år sedan 1990. Deltagarna svarar på frågor som handlar om hälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete, trygghet och sociala relationer. Antalet deltagare har varierat från cirka 34 000 till cirka 22 000.

År 2021 valde Region Stockholm att tidigare lägga folkhälsoenkäten på grund av covid-19-pandemin. Totalt 47 621 individer födda 2005 eller tidigare bjöds in, varav 48 procent (22 927 deltagare) besvarade enkäten. Enkäten kunde besvaras digitalt på internet samt via en mobilapp, Hälsometern, som CES har utvecklat för insamling av hälsodata. Den som ville kunde också fylla i en pappersenkät. Enkätdata länkades till sociodemografiska registerdata, till exempel utbildning och födelse land, som förvaltas av Statistiska centralbyrån (SCB).

De som deltar kan skilja sig från övriga befolkningen när det gäller sociodemografisk bakgrund, vilket kan medföra att resultaten inte blir representativa för hela befolkningen. Därför har resultaten justerats med hjälp av så kallade kalibreringsvikter.

Folkhälsoenkäten bygger på självrapporterade uppgifter vilket innebär att resultaten kan påverkas av att de som svarar överskattar eller underskattar vissa beteenden, vanor eller tillstånd.

## VAL-databaserna (VAL)

VAL-databaserna är administrativa sjukvårdsdatabaser som innehåller data om vårdkontakter inom den hälso- och sjukvård som får ersättning från Region Stockholm. Databaserna innehåller information om typ av vårdkontakter, diagnoser, vårdgivare och avidentifierade uppgifter om patienten. Vårdkontakter inom öppenvård, slutenvård och arvoderade privatkliniker ingår i databaserna, inklusive hemsjukvård, vårdkontakter via nätläkare och utomlandsvård. Vårdgivare utan skattefinansiering och primärkommunal sjukvård ingår inte.

På grund av ändringar i rapporteringssystem kan förändringar i dataregistrering förekomma över åren. Diagnoserna som rapporteras i folkhälsorapporten avser andelen som har fått en diagnos under det föregående året. Diagnoser finns registrerade inom avtalsbaserad öppenvård, slutenvård och hos arvoderade privatpraktiker, däremot inte inom hemsjukvård, utomlänsvård eller nätläkare.

## Annan registerdata

*Socialstyrelsens dödsorsaksregister* innehåller data om dödsorsaker och dödsdatum för individer som var folkbokförda i Sverige när dödsfallet inträffade (oavsett var dödsfallet skedde). Från och med 2021 ingår även individer som avled i Sverige utan att vara folkbokförda här. I folkhälsorapporten har data använts för personer som har varit folkbokförda i Stockholms län.

*Socialstyrelsens läkemedelsregister* innehåller data om läkemedel som har hämtas ut på recept på apotek och läkemedel som används på vårdhem från och med år 2005. Data om läkemedel som används på sjukhus ingår inte, och inte heller receptfria läkemedel.

*Statistiska centralbyråns befolkningsregister* LISA, STATIV, RTB och GEO används för att kartlägga de sociodemografiska indikatorerna och för filtrering med sociodemografiska faktorer (ålder, kön, utbildning och födelseland).

## SCAPIS

Swedish Cardiopulmonary Bioimage Study (SCAPIS) är en kohortstudie med syftet att studera (riskfaktorer för) hjärt-kärlsjukdomar och KOL som utförs av Karolinska Institutet (KI) och Region Stockholm i samarbete med andra svenska universitet och universitetssjukhus. Stockholmsdelen av studien inkluderar lite mer än 5 000 slumpvis utvalda individer mellan 50 och 65 år bosatta i Stockholms län. Data har samlats in med hjälp av enkäter, analyser i donerade blodprov, blodtrycksmätning, spirometri med mera. Databasinsamlingen genomfördes mellan år 2013 och 2018.

## SDPP

Stockholms diabetespreventiva program (SDPP) är en kohortstudie av diabetesrelaterade riskfaktorer som utfördes av Region Stockholm i samarbete med KI. Studien innehåller data från 35 000 individer i Stockholms län, som var i åldrarna 35–56 år under åren 1992–1996. Runt 8 000 av dessa deltog i omfattande hälsoundersökningar. Dessa individer följdes även upp ungefär 10 år och 20 år senare. Vid alla hälsoundersökningar genomfördes glukostoleranstest och mätning av blodtryck, längd och vikt. Deltagaren lämnade också blodprov och besvarade enkäter. För de 3 600 personer i åldrarna 53–78 år som deltog vid tjugooarsuppföljningen (år 2014–2017) analyserades kolesterol och njurfunktion i de insamlade blodproverna.

## Journaldata (Take Care-data)

Inför folkhälsorapporten gjordes ett uttag ur Region Stockholms journalsystem Take Care som analyserats av CES. Uttaget innefattar alla besök som genomförts på regionens egna vårdcentraler under åren 2015–2021 för personer 18 år eller äldre, och alla söktermer och laboratorieanalyser som rör blodtryck, kolesterol, njurfunktion, blodsocker, vikt och längd. Detta innefattar runt 770 000 personer med sammanlagt 10,2 miljoner besök.

När värden för blodtryck eller kolesterol anges har ett medelvärde räknats ut från alla mätningar på samma patient.

## Rörelsedata insamlad av CES

*Hälsometern* är Region Stockholms folkhälsoapp som samlar in data över antal steg med hjälp av den accelerometer som finns i smarta mobiltelefoner. Data finns för 665 individer mellan 17 och 85 år bosatta i Stockholms län som frivilligt laddat ned Hälsometern.

*Rörelseprojektet* är en klusterrandomiserad studie som CES genomför sedan år 2020 på 124 slumpvis utvalda förskolor i alla 13 stadsdelar i Stockholms stad. Rörelseprojektet studerar vilken effekt det får på förskolebarns nivåer av fysisk aktivitet när man inför policyer för fysisk aktivitet på förskolan. I folkhälsorapporten används baslinjedata (före randomisering) från 2 215 barn i åldern 3–5 år (snittålder 3,9 år) som burit en accelerometer under en vecka.

# 74%

av kvinnorna i Stockholms län uppger att de har god eller mycket god hälsa. Bland männen är andelen 79 %.

Medellivslängd i Stockholms län:



Genomsnittligt antal år som "förloras till funktionsförlust" av den förväntade medellivslängden:



Förväntat antal återstående levnadsår efter 30 år:



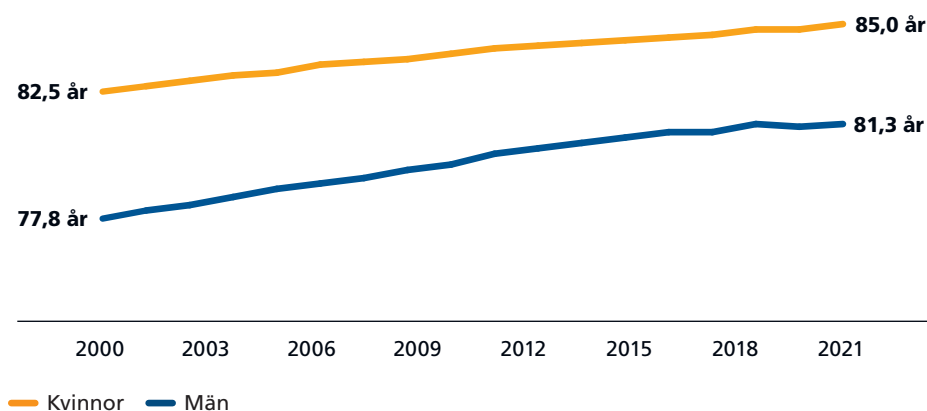
# Hälsoläget i Stockholms län

Medellivslängden ökar i Stockholms län, och de flesta uppger att de har god eller mycket god hälsa. Det finns dock stora skillnader mellan åldersgrupperna och mellan personer med olika livsvillkor. Hjärtinfarkt och stroke orsakar störst sjukdomsburda i länet. År 2020 fick dock covid-19 en mycket stor och plötslig effekt på sjukdomsburdan.

## Medellivslängden ökar men stora skillnader kvarstår

År 2021 är den förväntade medellivslängden 73 år globalt. I Europeiska unionen är den 80 år och i Sverige 82 år (1). I Stockholms län är den ännu högre: 85 år för kvinnor och 81 år för män (år 2017–2021) (se figur 1). Den förväntade medellivslängden har ökat under de senaste åren. På grund av covid-19-pandemin ser man en minskning, men utvecklingen har återhämtat sig efter det.

## Förväntad medellivslängd vid födseln



**Figur 1.** Förväntad medellivslängd vid födseln (femårsmedelvärden), i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

Notera: Siffrorna visas som femårsmedelvärden för att dataunderlaget ska bli tillräckligt stort för analyser.

Det finns dock stora skillnader mellan olika grupper i Stockholms län, till exempel grupper med olika lång utbildning och grupper med olika hög inkomst. För att jämföra det brukar man analysera förväntad medellivslängd vid 30 års ålder eftersom de flesta har slutfört sin utbildning då. I Stockholms län förväntas individer med enbart förgymnasial utbildning leva 2,5 år kortare än personer som slutfört gymnasiet och 5,5 år kortare än personer med eftergymnasial utbildning (50,6 år, 53,1 år och 56,0 år är den återstående medellivslängden vid 30 års ålder).

Det finns även skillnader mellan inkomstgrupper. Den femtedel som har lägst inkomst när de är 30 år förväntas leva 6,7 år kortare än femtedelen med högst inkomst (49,1 år jämfört med 55,8 år är den återstående medellivslängden vid 30 års ålder).

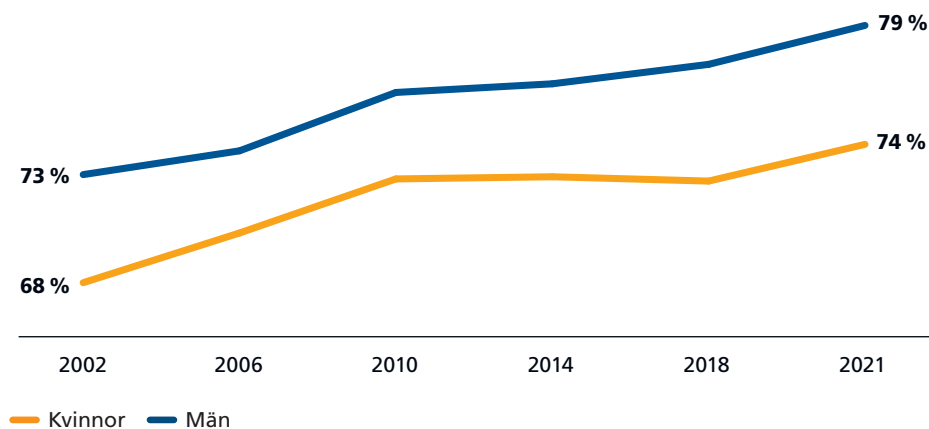
Den förväntade medellivslängden varierar mellan 81,5 och 85,9 år mellan kommuner och stadsdelar i Stockholms län, år 2017–2021. Det är i huvudsak ett resultat av sambanden med socioekonomi på individnivå (se Sociala och ekonomiska förutsättningar, Introduktion).

Av den totala förväntade medellivslängden vid födseln förväntas totalt i genomsnitt 10 år ”förloras till funktionsförlust” (YLD) för män och 13 år för kvinnor (2).

## Allt fler uppger god eller mycket god hälsa

Andelen med god eller mycket god självskattad hälsa har ökat de senaste åren (se figur 2). År 2021 uppger 79 procent av männen och 74 procent av kvinnorna att de hade god eller mycket god hälsa. Andelen sjunker dock påtagligt med åldern (FHE).

### God eller mycket god självskattad hälsa



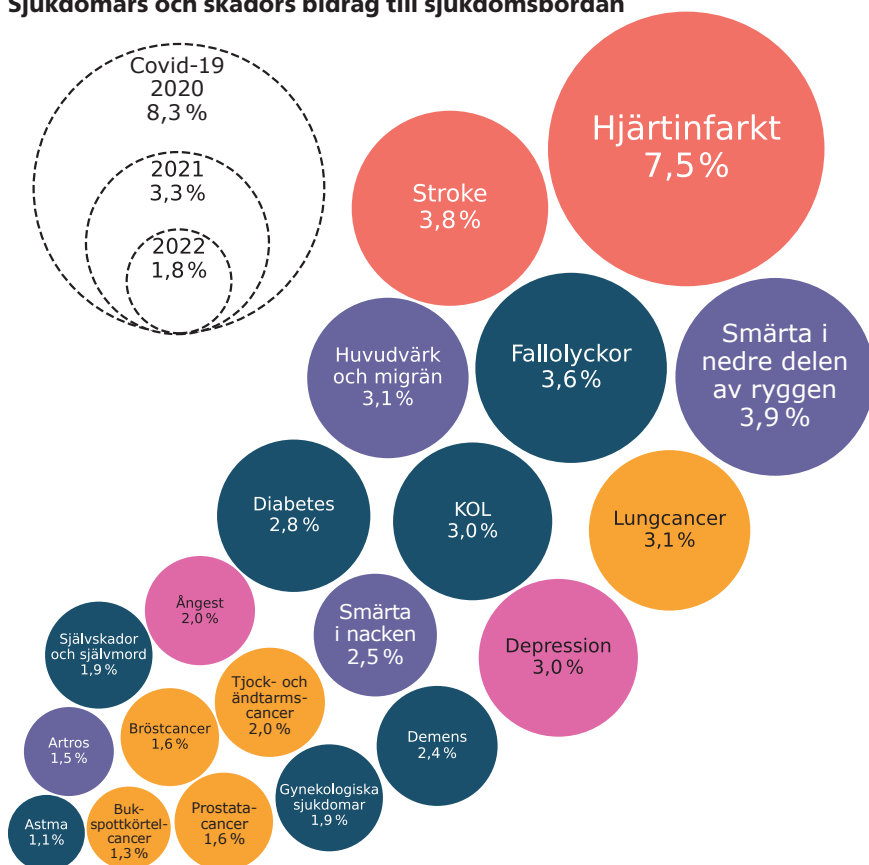
**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger att de har god eller mycket god hälsa, i Stockholms län år 2002–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Sjukdomsördan i Stockholms län

Hjärtinfarkt och stroke står för den största delen av sjukdomsördan i Stockholms län, följt av smärta (ryggsmärta, nacksmärta, migrän och artros) (se figur 3). De står för cirka elva procent var av sjukdomsördan i länet (2). De olika sjukdomarna bidrar dock till sjukdomsördan på olika sätt: hjärt-kärlsjukdom främst genom förtida död, smärta enbart genom förlorad funktion.

## Sjukdomars och skadors bidrag till sjukdomsördan



**Figur 3.** Visualisering av de sjukdomar och skador som tas upp i folkhälsorapporten och hur stor sjukdomsörda dessa bidrar till i Stockholms län.

Källa: Global Burden of Disease (GBD) och Socialstyrelsens dödsorsaksregister; CES (covid-19-bubbla).

## Den första covid-19-vågen gav stor och plötslig sjukdomsörda

Covid-19 fick en stor och plötslig effekt på samhället och på sjukdomsördan. År 2019 orsakade alla luftvägsinfektioner tillsammans lite mer än en procent av sjukdomsördan i Stockholms län. Det första pandemiåret (2020) stod covid-19 ensam för mer än åtta procent av sjukdomsördan, enligt preliminära beräkningar (CES). Sjukdomsördan av covid-19 gick därefter ned till 3,3 procent år 2021. Men fortfarande år 2022 är bidraget från covid-19 så påtagligt (1,8 procent) att det slår sig in bland de sjukdomar som orsakar störst sjukdomsörda i länet.

Det största bidraget till sjukdomsördan av covid-19 ligger i andel dödsfall. Man räknar med att 94 procent av sjukdomsördan beror på att individer dör i förtid (CES). År 2020 stod covid-19 för 18 procent av alla dödsfall, år 2021 gick andelen ned till 7 procent och år 2022 till nästan 4 procent. Mer om covid-19 finns i kapitlet Sjukdomar och skador.



## REFERENSER

1. World Bank. Life expectancy at birth 2021 [december 2022]. Hämtad från: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.





# Sociala och ekonomiska förutsättningar



# Sociala och ekonomiska förutsättningar

Sociala och ekonomiska förutsättningar har stor betydelse för hälsan, både direkt och indirekt. O gynnsamma villkor för hälsan är till exempel låg inkomst, kort utbildning, osäker anställning och otrygg miljö. Sådana livsvillkor är vanligare i vissa bostadsområden, och därmed är också sjukdomar och för tidig död vanligare där.

## **Socioekonomiska faktorer påverkar hälsan**

Hälsan varierar påtagligt med socioekonomiska faktorer så som utbildning, inkomst, arbete, boende och sociala relationer. Hälsan är sämre i grupper med kort utbildning och låg inkomst, bland arbetslösa och personer med osäkra anställningar eller sämre arbetsmiljö, bland de som har otrygga boendeförhållanden och bland de som har bristande eller otrygga sociala relationer eller som är utsatta för våld (1–3).

Sambanden mellan socioekonomiska faktorer och hälsa kan gå i båda riktningarna. Låg inkomst kan orsaka sämre hälsa, men sjukdom och ohälsa kan också göra att en individ inte kan arbeta för sin försörjning utan blir hänvisad till bidrag och därmed låg inkomst (2, 3).

## **Vanligt att en person har flera ogynnsamma livsvillkor**

Ofta sammanfaller flera ogynnsamma livsvillkor hos samma individ, vilket är förknippat med ännu sämre hälsa (2). Det är till exempel många i länet som har kort utbildning och låg inkomst, saknar arbete eller har osäkra anställningar, har dåliga boendeförhållanden, låg tillit till grannar och till samhälleliga institutioner samt rapporterar att de har avstått från att söka vård eller att hämta ut läkemedel av ekonomiska skäl.

## **Sjukdomar är vanligare i områden där många är socioekonomiskt sårbara**

Socioekonomiskt sårbara personer bor ofta bland andra med liknande sårbarheter (1) men man har inte kunnat hitta några tydliga negativa hälsoeffekter av denna segregation i sig, trots omkring 30 års forskning på området med avancerade statistiska metoder (4).

Att det finns många socialt sårbara i enskilda områden innebär större förekomst av sjukdom där. Det illustreras till exempel när man studerar skillnader i medellivslängd mellan områden: under perioden 2017–2021 är medellivslängden högst i Danderyd och på Östermalm, där den är nästan 86 år, medan den är lite mer än fyra år kortare i Enskede-Årsta-Vantör och Skärholmen, lite mindre än 82 år.

Men den kortare medellivslängden och den högre förekomsten av sjukdomar skulle alltså inte förebyggas om segregationen hävdes. Det är i första hand individens egna sårbarheter, som exempelvis oavslutade studier, arbetslöshet eller låg inkomst som har betydelse.


Frågan om segregationens betydelse för folkhälsan fick dock förnyad relevans under covid-19-pandemin, då en stor andel av sjukdomsördnan som uppstod i socialt sårbara områden inte uppenbart kunde förklaras enbart av sammansättningen av individuella förhållanden i områdena. Rena områdeseffekter är rimliga givet att individens risk att smittas påverkas av andras risk att vara smittade (5).

### **Särskilt utsatta grupper löper större risk för ohälsa**

Även om hälsan utvecklas positivt för de flesta i Stockholms län finns det grupper med sämre livsvillkor och sämre hälsa där inte bara sämre sociala och ekonomiska förutsättningar är en gemensam faktor (3).

**Nyanlända flyktingar, asylsökande och personer utan uppehållstillstånd** har som grupp ökad risk för sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Hälsan varierar också mellan individer, bland annat beroende på vilka stressfaktorer man utsatts för före, under och efter flykten (6). Antalet asylsökande har varierat påtagligt över tid och minskat de senaste åren. År 2021 sökte cirka 11 000 personer asyl i Sverige, det lägsta antalet under 2000-talet (7).

**Hemlösa personer** är en grupp med mycket hög sjuklighet och dålig hälsa som exponeras för många samtidiga riskfaktorer (8). I Socialstyrelsens senaste nationella kartläggning var 33 000 personer hemlösa, varav cirka 6 000 i akut hemlöshet. I en intervjuundersökning bland 148 hemlösa personer i Stockholm uppgav 49 procent av kvinnorna och 38 procent av männen att de utsatts för våld under det senaste året. Många saknade socialt stöd och rapporterade att de kände otrygghet. Hemlösa kvinnor har en särskilt utsatt position. Bland hemlösa är även missbruk och psykisk sjukdom vanligare än bland befolkningen i stort. Hemlösa personer har sämre hälsa, högre sjuklighet i folksjukdomar och mer samsjuklighet både vad gäller somatiska och psykiska sjukdomar (8).



**Hbtqi-personer**<sup>1</sup> har sämre hälsa, framför allt psykisk hälsa, än befolkningen i stort. Skillnaderna i hälsa kan delvis förklaras av att denna grupp oftare blir utsatt för våld, trakasserier och diskriminering (9–11). Hbtqi-personer innefattar en relativt stor del av befolkningen. Av unga i Stockholms län definierar sig 2,7 procent som homosexuella, 8,4 procent som bisexuella och 1,5 procent som transpersoner (FHE).

En väsentligt högre andel homo- och bisexuella rapporterar symtom på depression eller ångestsyndrom jämfört med heterosexuella, och risken för självmordstankar är flera gånger högre (FHE, 12). Tidigare undersökningar visar även på en mycket hög utsatthet för psykisk ohälsa, inklusive självmordstankar och självmordsförsök, bland transpersoner (9).

---

1. Hbtqi-personer är ett samlingsbegrepp som innefattar homo- och bisexuella, transpersoner, queera personer och personer med intersexvariation.

## REFERENSER

1. Burström B BK, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län Öppna jämförelser. Rapport 2014:3. Stockholm: CES/Stockholms läns landsting; Rapport 2014:3.
2. Allebeck P BB, Hensing G, Kristensen M. Socialmedicin: individ, hälsa och samhälle. Socialmedicin: individ, hälsa och samhälle. Lund: Studentlitteratur; 2015.
3. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M, et al. Health inequality--determinants and policies. Scand J Public Health. 2012;40(8 Suppl):12-105.
4. Oakes JM, Andrade KE, Biyoow IM, Cowan LT. Twenty Years of Neighborhood Effect Research: An Assessment. Curr Epidemiol Rep. 2015;2(1):80-7.
5. Bell M, Hergens M-P, Fors S, Tynelius P, de Leon AP, Lager A. Individual and neighborhood risk factors of hospital admission and death during the COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. BMC Medicine. 2023;21(1):1.
6. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40.
7. SCB. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/asylsokande-i-sverige/>.
8. Warolén M, Burström B, Teni F, Kullberg S, Irestig R, Burström K, Lager A. Hälsa och livsvillkor bland personer i hemlöshet i Stockholms län 2019: En enkätintervjustudie. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; Region Stockholm; 2021.
9. Walter Söderberg A, Trankell D, Brandén G. Psykisk ohälsa och utsatthet bland hbt-personer i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:8 (kortrapport).
10. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2014.
11. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Halmstad: Folkhälsomyndigheten, 2015.
12. Åhlén J, Dal H, Muwonge J, Lundin A, Wicks S. Psykisk ohälsa i Stockholms län – nuläge och förslag. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:13.

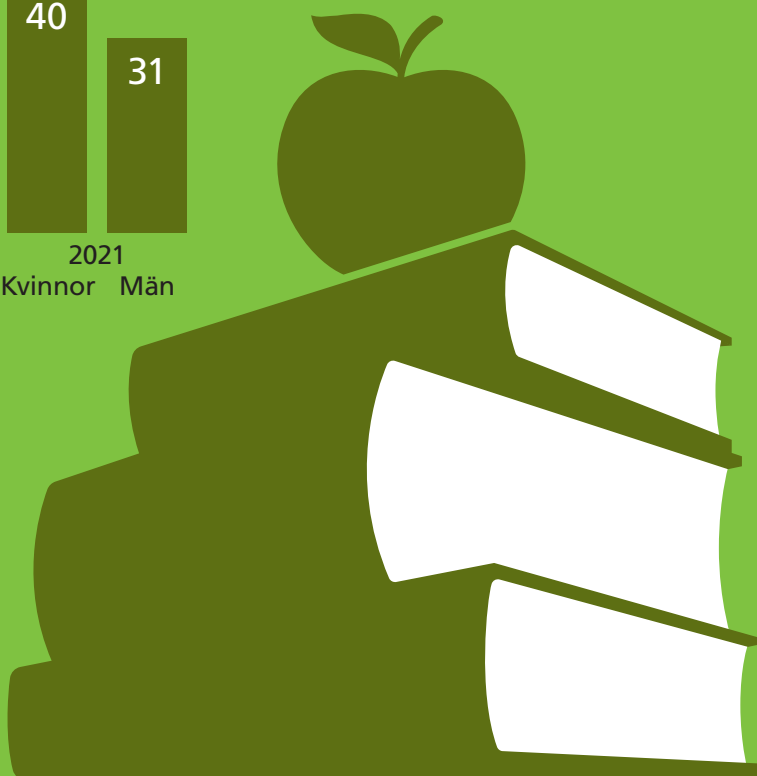
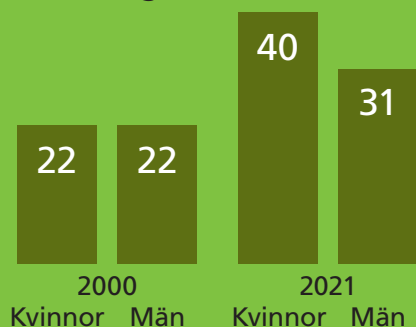
Personer med längre utbildning har i genomsnitt bättre hälsa och längre livslängd.



1 av 5

24-åringar har inte gått ut gymnasiet.

Andel (%) med eftergymnasial utbildning ökar:



# Utbildning

Det finns ett starkt samband mellan utbildning och hälsa. De som har längre utbildning lever i genomsnitt längre och har bättre hälsa. I Stockholms län är den generella utbildningsnivån hög, och den har ökat påtagligt under en lång tid. Samtidigt finns det stor variation i utbildningsnivå i länet.

## Introduktion

### Stark koppling mellan utbildning och hälsa

Personer som har en längre utbildning har i genomsnitt starkare koppling till arbetsmarknaden, högre inkomster, bättre hälsa och längre livslängd än personer med kortare utbildning (1, 2). Utbildning spelar också en central roll för hur socioekonomiska förhållanden ärvs över generationer. Till exempel är barns prestationer i skolan kopplade till föräldrars utbildning (3). Det innebär att utbildning kan bidra till att vidmakthålla sociala ojämlikheter. Å andra sidan innebär det också att utbildningssystemet kan bidra till att bryta det sociala arvet och öka den sociala rörligheten.

I folkhälsorapportering används utbildning ofta som indikator på generell socioekonomisk position (4). Utbildning har betydelse för möjligheterna att få attraktiva och välbetalda yrken. Utbildningsnivån fixeras också förhållandevis tidigt i livet, vilket gör att den är mindre känslig för påverkan från hälsovariationer senare i livet än till exempel inkomst (5).

### Gymnasieutbildning är särskilt viktig

Bland unga som inte slutfört en gymnasieutbildning är arbetslösheten högre än bland de som gjort det, och möjligheterna att välja ett attraktivt yrke är begränsade (1). En studie av personer födda år 1972–1977 pekar på att gruppen som inte slutför sin gymnasieutbildning också har en betydligt högre risk att dö i förtid (6).

Flera olika mekanismer har föreslagits ligga bakom sambandet mellan utbildning och hälsa (7, 8):

1. Selektion: De egenskaper som påverkar om en person går en längre utbildning eller inte påverkar också hälsan.
  - Hälsoselektion: Personer som har hälsoproblem tidigt i livet har ofta svårt att genomgå en längre utbildning, vilket bidrar till sambandet mellan utbildning och hälsa.
  - Indirekt selektion: Vissa individuella egenskaper, till exempel god kognitiv förmåga, kan bidra både till en längre utbildning och till en god hälsa. Social rörlighet leder till att dessa egenskaper blir vanligare i grupper med lång utbildning, vilket kan bidra till sambandet mellan utbildning och hälsa.

## 2. Sociala effekter: Utbildning kan påverka hälsan genom en rad olika mekanismer:

- Personer med längre utbildning har större möjligheter att välja yrken som är gynnsamma för hälsan.
- Personer med längre utbildning har ofta bättre möjligheter att ta till sig information om hur man påverkar sin hälsa.
- Utbildning påverkar de personliga egenskaper som bidrar till bättre hälsa (till exempel kognitiva förmågor).
- Personer med längre utbildning umgås ofta med andra personer med längre utbildning. Inom sådana resursstarka nätverk kan hälsofrämjande information och normer spridas och förstärkas.

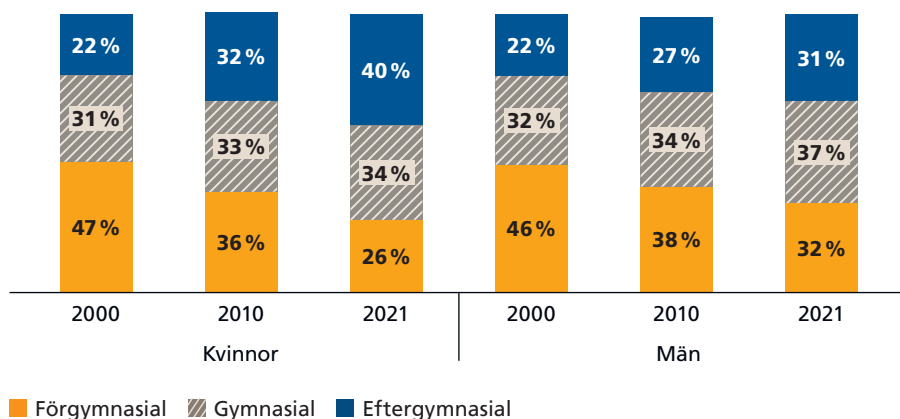
## Förekomst och utveckling över tid

### Utbildningsnivån ökar i Stockholm

Den vuxna befolkningen i Stockholms län har generellt en hög utbildningsnivå jämfört med övriga landet. År 2021 hade 40 procent av kvinnorna i Stockholms län en eftergymnasial utbildning, jämfört med 33 procent i Sverige som helhet. För män var motsvarande siffror 31 jämfört med 23 procent.

Ökningen av andelen med lång utbildning är kraftigare bland kvinnor än bland män. År 2000 var andelen med eftergymnasial utbildning lika stor bland kvinnor och män (22 procent), men år 2021 hade andelen ökat till 40 procent av kvinnorna och 31 procent av männen (se figur 1).

### Utbildningsnivå över tid



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 25–74 år per utbildningsnivå, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

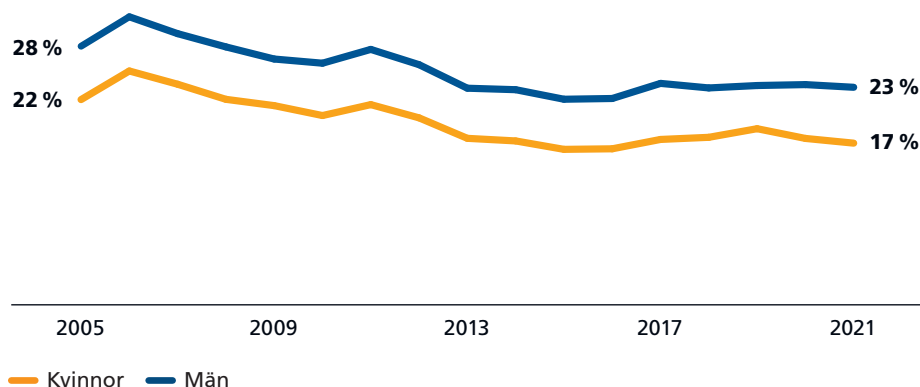


Även andelen som har gymnasieutbildning ökade något för både kvinnor och män under perioden. På motsvarande vis har andelen i befolkningen som endast har förgymnasial utbildning minskat för både kvinnor och män, men minskningen var kraftigare bland kvinnorna än bland männen. Sammantaget har utvecklingen lett till ökande könsskillnader, där kvinnor i dag tenderar att ha längre utbildning än män.

### En av fem 24-åringar saknar treårig gymnasieutbildning

För både kvinnor och män har andelen 24-åringar som inte har en treårig gymnasieutbildning minskat kontinuerligt fram till år 2015. Därefter har den ökat något igen (se figur 2). Totalt saknar en av fem 24-åringar i länet en treårig gymnasieutbildning år 2021. Under hela perioden är det en större andel 24-åriga män än kvinnor som inte har en treårig gymnasieutbildning.

#### 24-åringar utan treårig gymnasieutbildning



**Figur 2.** Andel (%) 24-åringar utan treårig gymnasieutbildning, i Stockholms län år 2005–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Utbildningsregistret/STATIV.

Det finns också stora skillnader mellan områden i länet när det gäller hur många som saknar treårig gymnasieutbildning. I Rinkeby-Kista, Nykvarn och Sigtuna saknar 37–38 procent av 24-åringarna gymnasieutbildning. På Norrmalm och Kungsholmen är det endast 9 procent år 2021 (Utbildningsregistret/STATIV).

## REFERENSER

1. Östergren, O. Understanding the educational gradient in mortality. Stockholm university; 2017.
2. Karlsson, I. Perspektiv på arbetsmarknadsläget för personer med kort utbildning. Arbetsförmedlingen; Analys 2018:5.
3. SCB. Elever i årskurs 9 med högutbildade föräldrar presterar bättre. 2021.
4. SOU 2016:55. Det handlar om jämlik hälsa. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/sou-201655-det-handlar-om-jamlik-halsa-utgangspunkter-for-kommissionens-vidare-arbete/>.
5. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Ann NY Acad Sci.* 2010; 1186: 56-68.
6. Döring, N., Lundberg, M., Dalman, C., Hemmingsson, T., Rasmussen, F., Wallin, A. S., Wicks, S., Magnusson, C. & Lager, A. Labour market position of young people and premature mortality in adult life: A 26-year follow-up of 569 528 Swedish 18-year olds. *The Lancet Regional Health – Europe.* 2021; 3, 100048.
7. Mackenbach, J. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine.* 2012; 75: 761-769.
8. Lager, A. & Bremberg, S. Utbildningens betydelse för hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2013; 90(5), 715-725.



8%

tror inte att de kommer att orka arbeta kvar inom sitt nuvarande yrke om två år med tanke på sin hälsa.



Sjukskrivning på grund av stress har blivit fyra gånger vanligare sedan 2010.



89%

av de anställda männen i Stockholms län arbetar heltid.



80%

av de anställda kvinnorna i Stockholms län arbetar heltid.

# Arbete

Det är viktigt för folkhälsan att så många som möjligt har ett arbete. Arbetslösheten har varit lägre i Stockholms län än i Sverige som helhet under en längre tid. För de som har ett arbete är säkra arbetsförhållanden och trygg anställning viktigt för hälsan. Sjukskrivningar på grund av stressrelaterad ohälsa har blivit fyra gånger vanligare under de senaste tolv åren.

## Introduktion

### **Arbete är viktigt för hälsan**

Att ha ett arbete är positivt för hälsan. Varaktig sysselsättning ger inkomst och grundtrygghet vilket är förutsättningar för att leva ett gott och hälsosamt liv. Det ger också en känsla av sammanhang, bidrar till mening och mål i livet samt till sociala kontakter och stöd. Arbetslöshet är starkt förknippat med ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor, och orsakssambanden går i båda riktningarna (1).

Att förlora arbetet är förknippat med försämrat psykiskt välbefinnande, och arbetslösa har en högre risk för självmord. Viktiga förklaringar till hälsoeffekterna av arbetslöshet är den ökade belastningen i form av ekonomiska svårigheter och förlust av skyddande faktorer, som sociala nätverk, liksom ökad förekomst av tobaksrökning och skadliga alkoholvanor bland arbetslösa.

### **Anställningsotrygghet ökar risken för psykisk ohälsa**

För de som arbetar är anställningsförhållanden och anställningstrygghet kopplat till hälsa. Systematiska översikter visar på tydliga samband mellan upplevd anställningsotrygghet och ökad risk för psykisk ohälsa (2, 3). Låg anställningskvalitet är ett samlingsbegrepp som oftast inkluderar brist på anställningstrygghet, låg eller oförutsägbar lönenivå samt brist på facklig representation. Det har visat sig vara kopplat till både psykisk ohälsa och hjärt-kärlsjukdom (4, 5). Låg anställningskvalitet är förknippat med nästan lika höga risker för psykisk ohälsa som arbetslöshet (6).

Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa är lika viktigt för folkhälsan som att minska arbetslösheten, eftersom de flesta vuxna i länet är yrkesverksamma och förväntas klara ett långt arbetsliv med stigande pensionsålder. Särskilt viktig är frågan om fysiskt belastande arbete, som är det mest utslagsgivande i frågan om ett långt arbetsliv och en trygg ålderdom. I många arbetaryrken är sannolikheten att arbeta hela vägen till pension betydligt lägre än för tjänstemannayrken (7).

## Risikfaktorer i arbetsmiljö

Det finns flera arbetsmiljörelaterade riskfaktorer för ohälsa. De brukar delas in i fyra övergripande områden:

1. Organisatoriska och sociala arbetsmiljörisiker, till exempel obalans mellan krav och kontroll, omorganisationer, orättvis behandling, mobbning samt hot och våld. För flera av dessa exponeringar finns en tydlig koppling till risk för depression och utmattningssyndrom (8).
2. Kemiska arbetsmiljörisiker, till exempel vissa luftföroreningar som kan orsaka astma och KOL eller produkter som orsakar handeksem.
3. Fysikaliska arbetsmiljörisiker, till exempel buller som ökar risken för hörselskador. Vibrationer är en vanlig orsak till nervskador i händer.
4. Ergonomiska arbetsmiljörisiker, till exempel tunga lyft och repetitiva kroppsrörelser som ökar risken för smärta i rygg, nacke och skuldror.

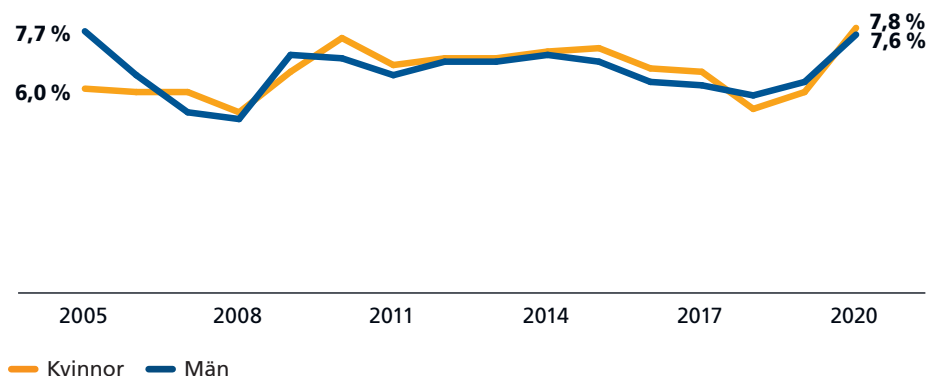
En fördjupad analys av arbete och hälsa presenteras i Arbetshälsorapport 2023, från Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM).

## Förekomst och utveckling över tid

### Arbetslösheten steg under pandemin

Arbetslösheten har under en längre tid varit lägre i Stockholms län än i Sverige som helhet men den följer huvudsakligen samma trender. I spåren av pandemin ökade arbetslösheten i Sverige tydligt under 2020 och låg fortsatt på höga nivåer första halvåret 2021, för att sedan minska under andra halvåret 2021 och fortsatt under 2022. Stockholms län följer samma trend (9) (se figur 1).

## Arbetslöshet över tid



**Figur 1.** Andel (%) av arbetskraften i åldrarna 15–74 år som är arbetslösa, i Stockholms län år 2005–2020, uppdelat efter kön.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB), Arbetskraftsundersökningarna (AKU).


## Skillnaderna i deltidsarbete minskar mellan könen

Tidsbegränsade anställningar är vanligare bland kvinnor än bland män och vanligare bland personer med förgymnasial utbildning. Utlandsfödda och personer med kort utbildning har sämre anställningsvillkor, farligare jobb, och sämre tillgång till företagshälsovård.

Deltidsarbete är fortsatt vanligare bland kvinnor än bland män, även om skillnaderna minskar mellan könen. I Stockholm är det vanligare att kvinnor har en överenskommen arbetstid mer än 35 timmar i veckan (80 procent) jämfört med riket (77 procent). För män är andelen 89 procent både i Stockholm och i riket (10). Arbetare jobbar i större utsträckning deltid än tjänstemän.

## Sjukskrivningar på grund av stress ökar

Stress, fysiskt tungt arbete, skiftarbete, buller, motoravgaser, damm, asbest, kvarts och passiv rökning orsakar totalt cirka 5 500 arbetsrelaterade dödsfall per år i hela Sverige (11). Sedan 1990-talet har framför allt kemiska risker minskat samtidigt som sociala och organisatoriska risker har ökat. Därför ser vi en kontinuerlig förskjutning i typen av arbetsrelaterad sjukdomsbörda.



Den sjukdomsbörda i länet som är relaterad till cancerframkallande ämnen i arbetsmiljön har halverats sedan 1990 (12). Samtidigt ökar sjukdomsbördan till följd av ergonomiska risker något (12). Sjukskrivningarna på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa har blivit fyra gånger vanligare för både män och kvinnor sedan 2010 (13). Arbetsmiljöriskerna är ojämnt fördelade mellan länets boenderegioner och mellan personer med olika utbildningsnivå och födelseland. Åtta procent av den vuxna befolkningen i Stockholms län uppger att de, med tanke på sin hälsa, inte tror att de kan arbeta i sitt nuvarande yrke om två år. Andelen är större för dem med kort utbildning: 18 procent av de med förgymnasial utbildning jämfört med 10 procent av de med gymnasial och 5 procent av de med eftergymnasial utbildning.



## REFERENSER

1. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa. En kunskapsöversikt Kommissionen för jämlik hälsa. 2016.
2. Sverke M, Hellgren J, Näswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of occupational health psychology*. 2002;7(3):242.
3. Rönnblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2019.
4. Matilla-Santander N, Muntaner C, Kreshpaj B, Gunn V, Jonsson J, Kokkinen L, et al. Trajectories of precarious employment and the risk of myocardial infarction and stroke among middle-aged workers in Sweden: A register-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2022;15:100314.
5. Jonsson J, Muntaner C, Bodin T, Alderling M, Rebeka R, Burstrom B, et al. Low-quality employment trajectories and risk of common mental disorders, substance use disorders and suicide attempt: a longitudinal study of the Swedish workforce. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47(7):509-20.
6. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC public health*. 2015;15(1):985.
7. Kadefors R, Nilsson K, Rylander L, Östergren P-O, Albin M. Occupation, gender and work-life exits: a Swedish population study. *Ageing & Society*. 2018;38(7):1332-49.
8. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. SBU; 2014.
9. Statistiska centralbyrån. Arbetskraftsundersökningarna (AKU) [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/arbetskraftsundersokningar/arbetskraftsundersokningarna-aku/>.
10. Statistiska centralbyrån (SCB). Arbetskraftsundersökningarna. Stockholm 2021.
11. Arbetsmiljöverket. Kunskapssammanställning 2019:1 Arbetsrelaterad dödlighet – delrapport 1 Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2019.
12. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
13. Försäkringskassan. Antal personer som är sjukskrivna på grund av stress. 2022.

# 17 %

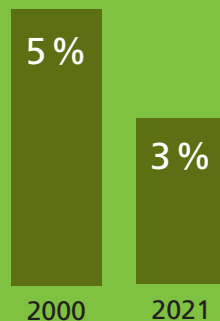
av befolkningen i Stockholms län lever med låg ekonomisk standard.



Låg ekonomisk standard innebär att man lever i ett hushåll vars disponibla inkomst är mindre än 60 procent av medianvärdet i länet.



Andel som avstått sjukvård på grund av dålig ekonomi:



# Inkomst

En god ekonomi är viktig för hälsan. Den ger inte bara tillgång till mat och bostad, den ger dessutom bättre möjligheter till social delaktighet och självbestämmande. Medianinkomsten i Stockholms län har ökat, och de senaste åren har färre fått ekonomiskt bistånd och färre har avstått från att söka vård eller hämta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi. Men fortfarande har nästan en femtedel av befolkningen låg ekonomisk standard.

## Introduktion

### **Inkomst påverkar hälsan direkt och indirekt**

Låg inkomst är förknippad med sämre hälsa (1–3). Inkomsten kan påverka hälsan direkt om man inte har råd med grundläggande, materiella resurser som mat och bostad. Den kan också påverka hälsan indirekt genom att orsaka stress, begränsa det sociala deltagandet och ge sämre självbestämmande och lägre status i samhället (1–5). Brist på ekonomiska resurser är även förknippat med ohälsosamma levnadsvanor (6).

Sammantaget lever personer med hög inkomst längre (7, 8) och har bättre hälsorelaterad livskvalitet (9) än personer med låg inkomst. Det är viktigt att notera att orsakssambanden kan gå i båda riktningarna, det vill säga att sjukdom också kan ha negativa effekter på ens inkomst.

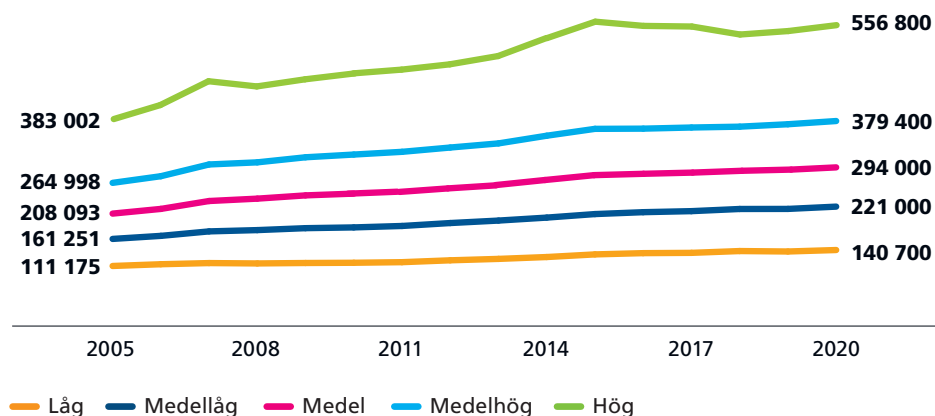
## Förekomst och utveckling över tid

### **Medianinkomsten ökar – men skillnaderna växer**

Den disponibla medianinkomsten (summan av alla inkomster och transfereringar efter skatt) har ökat stadigt de senaste åren för befolkningen som helhet i Stockholms län. Samtidigt har skillnaderna mellan olika inkomstgrupper ökat. Medianinkomsten ökar för alla inkomstgrupper, men uppgången är mycket starkare för de 20 procent som har de högsta inkomsterna (se figur 1).

Inkomstojämlikheten är större i Stockholms län än i landet som helhet. Ojämlikhet i inkomst mäts oftast med en så kallad Gini-koefficient, som anges mellan 0 och 1. Ett högre värde innebär att skillnaden mellan olika grupper är större. År 2021 var koefficienten 0,39 i Stockholms län och 0,33 i riket. Ojämlikheten i Stockholms län har ökat från 0,34 år 2011 (SCB).

## Disponibel medianinkomst över tid



**Figur 1.** Disponibel medianinkomst i kronor per konsumtionsenhet och år (summan av alla inkomster och transfereringar efter skatt, inklusive kapitalvinst) i olika inkomstgrupper (uppdelat i kvintiler), i Stockholms län år 2005–2020.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

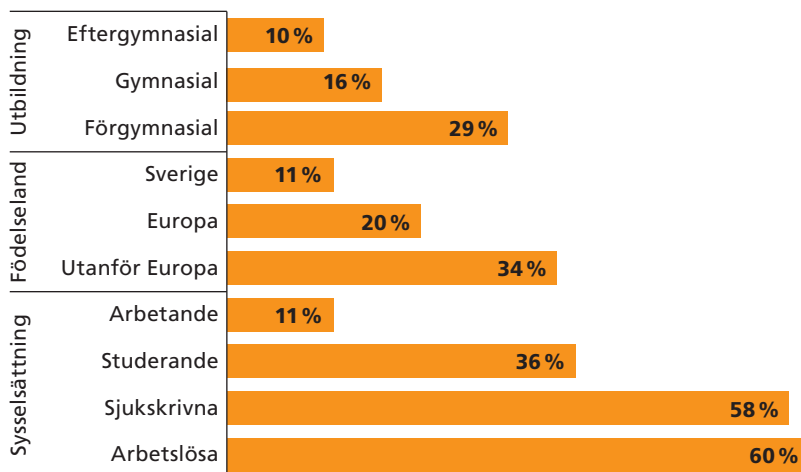
Notera: Värderna är justerade för inflation efter 2020 års priser.

## En av fem i länet lever med låg ekonomisk standard

Enligt EU-statistik levde 1,8 procent av befolkningen i Sverige år 2020 i absolut fattigdom, det vill säga med allvarlig materiell resursbrist. Det är alltså relativt ovanligt. Men 17 procent av invånarna i Stockholms län har låg ekonomisk standard. Det definieras som att man lever i ett hushåll vars disponibla inkomst är mindre än 60 procent av medianvärdet i länet. Andelen som har låg ekonomisk standard har ökat mellan år 2005 och 2020 från cirka 14 till lite mer än 17 procent.

Hur många som lever med låg ekonomisk standard ser olika ut i olika grupper (se figur 2). Nästan 60 procent av de som är arbetslösa och 58 procent av de som har någon sjukdom har låg ekonomisk standard. Förekomsten är också högre bland ensamstående kvinnor med hemmaboende barn (35 procent) än i andra typer av hushåll. Dessutom finns det stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar i Stockholms län: från en tiondel i kommunen med lägst andel till mer än en tredjedel i kommunen med högst andel år 2020.

## Låg ekonomisk standard per utbildningsnivå, födelse land och sysselsättning



**Figur 2.** Andel (%) med låg ekonomisk standard, i Stockholms län år 2020, uppdelat efter utbildning, födelse land och sysselsättning.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB), VAL-databaserna; CES.

Andelen vuxna som fick ekonomiskt bistånd minskade stadigt mellan år 2005 och 2021, från fyra till två procent av befolkningen i länet (Socialstyrelsen).

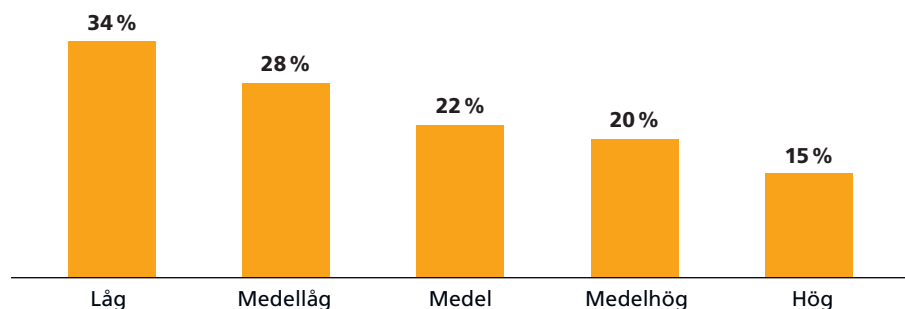
### Färre avstår från sjukvård på grund av dålig ekonomi

Andelen personer i länet som uppger att de har avstått från att söka sjukvård på grund av dålig ekonomi minskar. Mellan år 2002 och 2021 har andelen minskat från nästan fem till tre procent bland män och från sex till lite mindre än fyra procent bland kvinnor. År 2021 uppgav tre procent att de har avstått från att hämta ut läkemedel och elva procent från att söka tandvård. Trenden över tid följer samma mönster även här (FHE).

### Stor skillnad i hälsa mellan olika inkomstgrupper

Det finns tydliga skillnader i självskattad hälsa mellan olika inkomstgrupper (se figur 3). Andelen som rapporterade att de har sämre än god hälsa är 35 procent i gruppen med låg inkomst och 15 procent i höginkomstgruppen, en skillnad på nästan 20 procentenheter. I låginkomstgruppen uppger 29 procent att de har långvariga hälsoproblem som har medfört nedsatt arbetsförmåga, jämfört med 15 procent i höginkomstgruppen. Som vi nämnt tidigare är det viktigt att notera att orsakssambanden kan gå i båda riktningar.

### Sämre än god självskattad hälsa per inkomstgrupp



**Figur 3.** Andel (%) i befolkningen 16 år och äldre som har rapporterat sämre än god självskattad hälsa, uppdelat i kvintiler för disponibel inkomst, i Stockholms län år 2021. (Indelning: Låg: de 20 procent av befolkningen med lägst inkomst. Hög: de 20 procent av befolkningen med högst inkomst).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE); CES.

### Covid-19 fick störst påverkan på personer med låg inkomst

Sambandet mellan inkomst och mortalitet är också tydligt. Gruppen med låg inkomst har till exempel drabbats hårdare av covid-19-pandemin. Risken att dö med covid-19 som underliggande dödsorsak var 3,5 gånger högre i gruppen med lägst inkomst (lägsta 20 procent) jämfört med gruppen med högst inkomst (högsta 20 procent) (år 2020–2022, efter justering för ålder och kön). Om man tittar i åldersgruppen 30–60 år (där sambandet mellan inkomst och hälsa är starkast), är risken ännu högre (sju gånger högre).

Om alla grupper hade haft samma dödlighet som höginkomstgruppen hade vi kunnat undvika cirka 44 procent av dödligheten på grund av covid-19 och 31 procent av all dödlighet år 2020–2022 (justerat för ålder och kön). Motsvarande andel för åldersgruppen 30–60 år låg på 54 procent av dödligheten på grund av covid-19 och 43 procent av all dödlighet (Socialstyrelsen; CES).

Under pandemins första år var risken att dö med covid-19 dubbelt så hög för gruppen med lägst inkomst jämfört med gruppen med högst inkomst även när man justerade för ålder, kön, födelseland, bostadsområde, samsjuklighet, utbildning och yrke (10, 11).

## REFERENSER

1. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence: Money, schooling, and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1186(1):56-68.
2. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*. 2015;128:316-26.
3. Gerdtham U-G, Johannesson M. Absolute Income, Relative Income, Income Inequality, and Mortality. *J Human Resources*. 2004;XXXIX(1):228-47.
4. Marmot M. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*. 2001;322(7296):1233-6.
5. Lynch JW. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 2000;320(7243):1200-4.
6. Lundberg O, Fritzell J, Åberg Yngwe M, Kölegård ML. The potential power of social policy programmes: income redistribution, economic resources and health. *Int J Soc Welfare*. 2010;19(s1).
7. Fors S, Wastesson JW, Morin L. Growing Income-Based Inequalities in Old-Age Life Expectancy in Sweden, 2006–2015. *Demography*. 2021;58(6):2117-38.
8. Hederö K, Jäntti M, Lindahl L, Torssander J. Trends in Life Expectancy by Income and the Role of Specific Causes of Death. *Economica*. 2018;85(339):606-25.
9. Teni FS, Gerdtham U-G, Leidl R, Henriksson M, Åström M, Sun S, et al. Inequality and heterogeneity in health-related quality of life: findings based on a large sample of cross-sectional EQ-5D-5L data from the Swedish general population. *Qual Life Res*. 2022;31(3):697-712.
10. Lager A, Bartelink V, Gebreslassie M, Zhou M, Hergens MP, Nederby Öhd J, et al. Covid-19 i Stockholms län till och med mars 2021 sociodemografiska faktorer på individ- och områdesnivå. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021.
11. Bell M, Hergens M-P, Fors S, Tynelius P, de Leon AP, Lager A. Individual and neighborhood risk factors of hospital admission and death during the COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. *BMC Medicine*. 2023;21(1):1.

# 2%

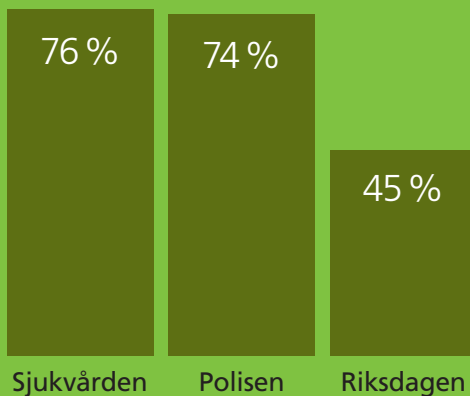
av befolkningen i Stockholms län uppger att de har blivit utsatta för våld under det senaste året.



# 1 av 3

unga vuxna (16–29 år) och äldre (85 år +) besväras av ensamhet någon gång i veckan eller oftare.

Förtroendet för myndigheter:





# Sociala relationer

Våra relationer till andra har betydelse för vår hälsa, i samhället, lokalsamhället och den närmsta familj- och vänkretsen. Andelen som har utsatts för våld under det senaste året har minskat, men samtidigt ökar andelen som inte vill gå ut ensamma av rädsla för våld. En av tre unga vuxna i Stockholms län besväras av ensamhet minst en gång i veckan, och detsamma gäller personer som är 85 år och äldre.

## Introduktion

### Relationer kan både stärka och skada hälsan

Våra sociala relationer kan ofta fungera som resurser och bidra positivt till vår hälsa (1). Omvänt kan brist på goda sociala relationer fungera som en riskfaktor för ohälsa, både psykisk och fysisk. Destruktiva relationer kan ha direkt negativa hälsokonsekvenser.

### Förtroende för myndigheter kan påverka viljan att söka vård

Tillräckligt förtroende för myndigheter är grunden för en fungerande demokrati som kan ta till vara varje individs rättigheter. Brist på förtroende kan påverka individens vilja att söka hjälp och i förlängningen påverka hälsan. I början av pandemin fann en studie att personer som var missnöjda med demokratin var mer skeptiska till att vaccinera sig (2).

### Ensamhet är förknippat med förhöjd risk för psykisk sjukdom

Med ensamhet avser vi här en subjektiv upplevelse av diskrepans mellan de relationer man har och dem man vill ha till andra människor. Ensamhet innebär alltså inte nödvändigtvis social isolering och social isolering innebär inte nödvändigtvis ensamhet. Ensamhet kan både vara en orsak till ohälsa och en konsekvens av ohälsa. Ensamma individer har ofta sämre levnadsvanor, så som rökning och sämre alkoholvanor, än icke-ensamma individer. Ensamhet är förknippat med en högre risk att få diagnos för psykisk sjukdom och bland kvinnor är det även relaterat till en högre risk att dö (3).

### Våld kan ge både fysiska skador och psykisk ohälsa

Att bli utsatt för våld kan påverka hälsan negativt på både kort och lång sikt (4). Våld i nära relationer är associerat med en tre gånger så hög risk för skador och dubbelt så hög risk för depression (4, 5). Våldet orsakar även lidande i omgivningen, inte minst för barn i familjer där våld förekommer (6, 7).

Sexuellt våld innefattar olika typer av våld som sträcker sig från verbala trakasserier till våldtäkt (4). Det finns ett tydligt samband mellan utsatthet för sexuellt våld och psykisk ohälsa, så som ökad risk för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och självmordsförsök (8). Detta gäller även vid mindre grova brott; att bli utsatt för sexuella trakasserier kan få allvarliga konsekvenser för den psykiska hälsan (9, 10).

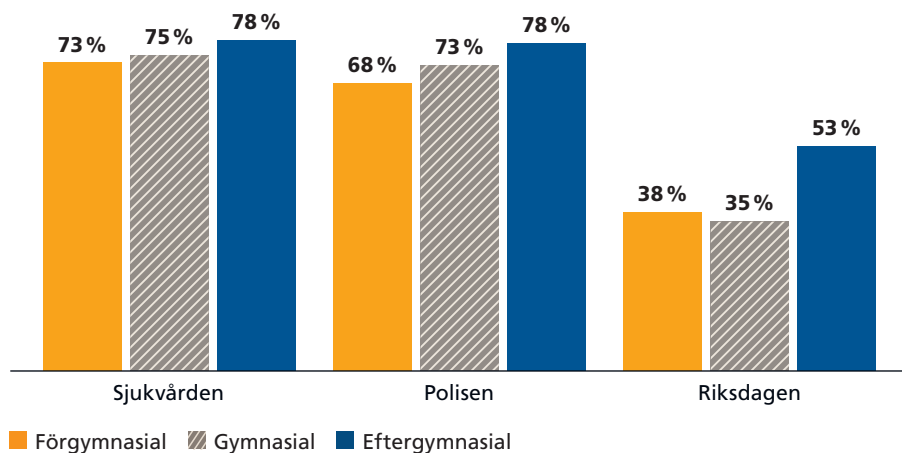
## Förekomst och utveckling över tid

### Förtroendet för myndigheter ökar över tid

Förtroendet för myndigheter och institutioner har ökat, och vuxna i Stockholms län har stort förtroende för sjukvården. År 2021 uppger 76 procent att de har förtroende för sjukvården, en ökning från 71 procent år 2002. Förtroendet för polisen ökade från 65 till 74 procent under samma period och förtroendet för riksdagen ökade från 35 till 45 procent (FHE).

Folkhälsoenkäten 2021 visar att personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning har mindre förtroende för myndigheterna jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (se figur 1). Svenskfödda har större förtroende för myndigheterna jämfört med utlandsfödda: 81 procent av vuxna födda i Sverige rapporterade mycket stort eller ganska stort förtroende för sjukvården, jämfört med 72 procent av personer födda i övriga Europa och 62 procent av personer födda utanför Europa.

### Förtroende för institutioner per utbildningsnivå



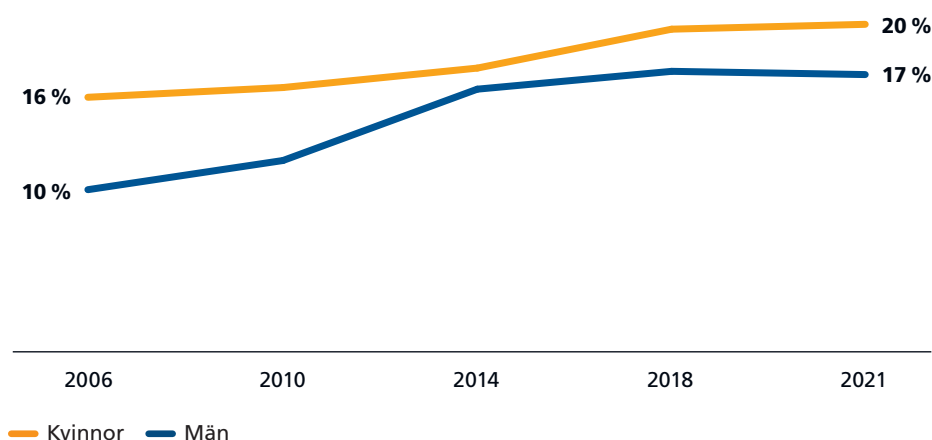
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som rapporterar mycket stort eller ganska stort förtroende för sjukvården, riksdagen och polisen, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Ensamhet besvärar många unga vuxna och äldre

Ensamhet är vanligast bland unga vuxna och bland äldre. Nästan en tredjedel av de som är 16–29 år eller 85 år och äldre besväras av ensamhet någon gång i veckan eller oftare (FHE). Vi ser ingen ökning i upplevd ensamhet mellan år 2018 och 2021 bland 18 till 84-åringar (se figur 2).

### Besväras av ensamhet



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som rapporterar att de besväras av ensamhet någon gång i veckan eller oftare, i Stockholms län år 2006–2021, uppdelat efter kön.

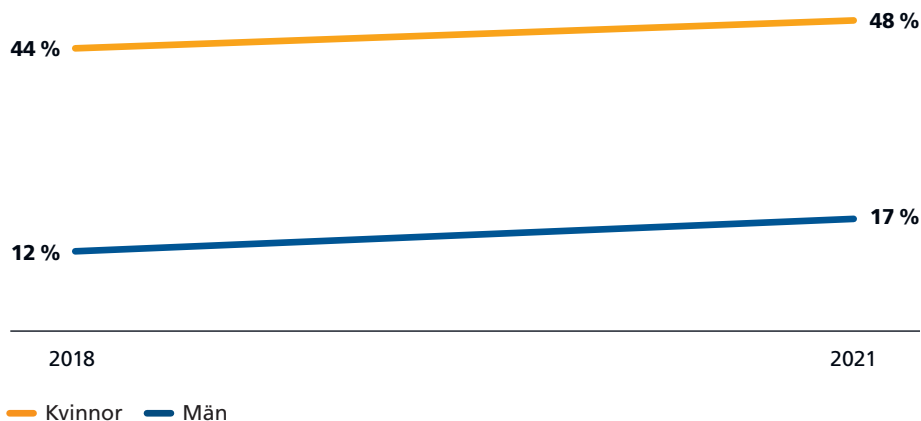
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Notera: Åldrarna 85 år och äldre är exkluderade för att möjliggöra jämförbarhet över åren.

## Färre utsätts för våld – fler känner sig otrygga

En svensk befolkningsundersökning visade att över 50 procent utsätts för grovt våld någon gång under sin livstid (11). År 2021 rapporterade två procent av befolkningen i Stockholms län att de hade blivit utsatta för våld under det senaste året (FHE), en minskning från tre procent år 2010. Samtidigt har rädslan för att gå ut ensam ökat (se figur 3).

## Rädd att gå ut ensam



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade, i Stockholms län år 2018–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Hemmet är den vanligaste platsen för våld

Sexuellt våld drabbar oftast kvinnor och fysiskt våld oftast män (11). Kvinnor är i högre grad utsatta av partners eller tidigare partners än vad män är.

Den vanligaste platsen att bli utsatt för våld är i hemmet (FHE). År 2021 anmäldes 4 856 fall av misshandel i nära relationer bland vuxna i Stockholms län, fyra av fem anmälare var kvinnor (12). Den självrapporterade utsattheten är dock betydligt högre än antalet anmälda brott (13). Det fysiska våldet i hemmet är ofta sammankopplat med ekonomiskt, psykiskt och sexuellt våld (14, 15).

År 2021 anmäldes 282 sexualbrott per 100 000 invånare i Stockholms län, varav 100 var våldtäkter (12). En av tio kvinnor och en av hundra män uppger att de har utsatts för våldtäkt eller försök till våldtäkt som vuxna (16).

En av tjugo (5,5 procent) uppger att de har blivit utsatta för sexuella trakasserier minst en gång under det senaste året (17). För kvinnor var risken att bli utsatt för sexuella trakasserier mer än tre gånger högre än för män. Risken var högst för unga kvinnor. En av tre kvinnor i åldern 16–24 år rapporterade att hon blivit utsatt. Homo- och bisexuella, och framför allt bisexuella kvinnor, har en högre risk för att bli utsatta för sexuella trakasserier än heterosexuella.

## REFERENSER

1. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2001;78(3):458-67.
2. Lindvall J, Rönnerstrand B. Challenges for public-service delivery: the case of Covid-19 vaccine hesitancy. *Journal of European Public Policy*. 2022;1-22.
3. Bartelink V, Fredlund, P. & Lager, A. Ensamhet i Stockholms län – resultat från Stockholms läns folkhälsokohort. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021.
4. WHO. Violence against women 2021 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
5. WHO, LSTHM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
6. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
7. Walker-Descartes I, Mineo M, Condado LV, Agrawal N. Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatric Clinics of North America*. 2021;68(2):455-64.
8. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;56:65-81.
9. Cortina L, Berdahl J. Chapter 25: Sexual Harassment in Organizations: A Decade of Research in Review. 2008 2022/01/27. In: *The SAGE Handbook of Organizational Behavior: Volume I – Micro Approaches* [Internet]. London: SAGE Publications Ltd. [citerad 2022]. Hämtad från: [https://sk.sagepub.com/reference/hdbk\\_orgbehavior1](https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_orgbehavior1).
10. Magnusson Hanson L, Nyberg A, Mittendorfer-Rutz E, Bondestam F, Madsen IEH. Work related sexual harassment and risk of suicide and suicide attempts: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;370:m2984.
11. Öberg M, Heimer G, Lucas S. Lifetime experiences of violence against women and men in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2021;49(3):301-8.
12. Statistikdatabasen för anmälda brott [Internet]. Brottsförebyggande rådet. 2022. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://statistik.bra.se/solwebb/action/index>.
13. Lifvin S, Molin M, Viberg J, Wallin S, Westerberg S. Nationella trygghetsundersökningen 2021 – Om utsatthet, otrygghet och förtroende. Brottsförebyggande rådet; 2021.
14. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med*. 2006;30(6):447-57.
15. Johnson L, Chen Y, Stylianou A, Arnold A. Examining the impact of economic abuse on survivors of intimate partner violence: a scoping review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1014.
16. Heimer G, Andersson T, Lucas S. Våld och Hälsa – En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa Nationellt Centrum för Kvinnofrid, NCK: Uppsala Universitet; 2014.
17. Hagland M, Kosidou K, Nielsen A. Sexuella trakasserier i Stockholms län år 2021. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2022.



# Levnadsvanor



# Levnadsvanor

Hur vi lever har stor betydelse för vår hälsa. Vad vi äter, hur vi rör oss och om vi dricker alkohol eller röker påverkar vår risk att insjukna i många olika sjukdomar. Folkhälsorapporten tar upp de levnadsvanor som har störst påverkan på sjukdomsördan: rökning, alkohol- och narkotikavanor, matvanor och fysisk aktivitet. Sämre levnadsvanor är vanligare i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Genom att identifiera i vilka grupper levnadsvanorna är som sämst kan man rikta insatser och minska hälso-skillnaderna samtidigt som den generella hälsan i befolkningen förbättras.

## **Hälso- och sjukvården ska arbeta med ohälsosamma levnadsvanor**

Åtgärder för att förebygga sjukdom är en del av hälso- och sjukvårdens uppdrag, och där ingår arbetet med att hjälpa patienter att förbättra sina levnadsvanor (1). Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer (2) och det finns ett nationellt vårdprogram som ger stöd i tillämpningen av riktlinjerna (3). De flesta av åtgärderna, oavsett levnadsvana, består av rådgivning i form av samtal.

Under 2022–2025 genomför Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin en randomiserad studie om effekterna av provtagning och hälsosamtal i primärvården för att upptäcka riskfaktorer och förebygga bland annat diabetes (se Metabola riskfaktorer). Kunskap från studien kan leda till mer effektiva förebyggande insatser.

## **Strukturella samhällsinsatser kan förbättra levnadsvanorna**

Den stora potentialen för bättre levnadsvanor finns i strukturella samhällsinsatser. Att antalet rökare har minskat så kraftigt beror i stor utsträckning på lagstiftning. Om man vill påverka den fysiska aktiviteten i befolkningen finns stor potential i samhällsbyggnad, till exempel cykel- och gångvägar, parker samt en väl utbyggd kollektivtrafik (se Fysisk aktivitet). Matvanor kan påverkas genom strukturella insatser så som skatt på sötade drycker och policyer för minskad marknadsföring av ohälsosam mat (se Matvanor).

I Sverige är den kostnadsfria skolmaten en stor folkhälsointervention, där en nyligen publicerad studie har visat att kvaliteten på skolmåltiderna har förbättrats sedan skollagen började ställa krav på näringsriktighet (4). Skolor och förskolor har en viktig roll i att etablera goda levnadsvanor hos barn, och evidensbaserade verktyg för det arbetet erbjuds av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin genom [www.elevhalsoportalen.se](http://www.elevhalsoportalen.se) och [www.skolmatsverige.se](http://www.skolmatsverige.se).



## REFERENSER

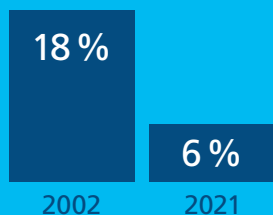
1. 1 § 2 kap. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Stöd för styrning och ledning. 2018.
3. Nationellt programområde för levnadsvanor Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. 2022.
4. Patterson E, Andersson F, Schäfer Elinder L. What works to improve school lunch nutritional quality – legislation or self-audit? *Public Health Nutrition* 2022;31 s. 1–25.

**15 %** av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av tobaksrökning.



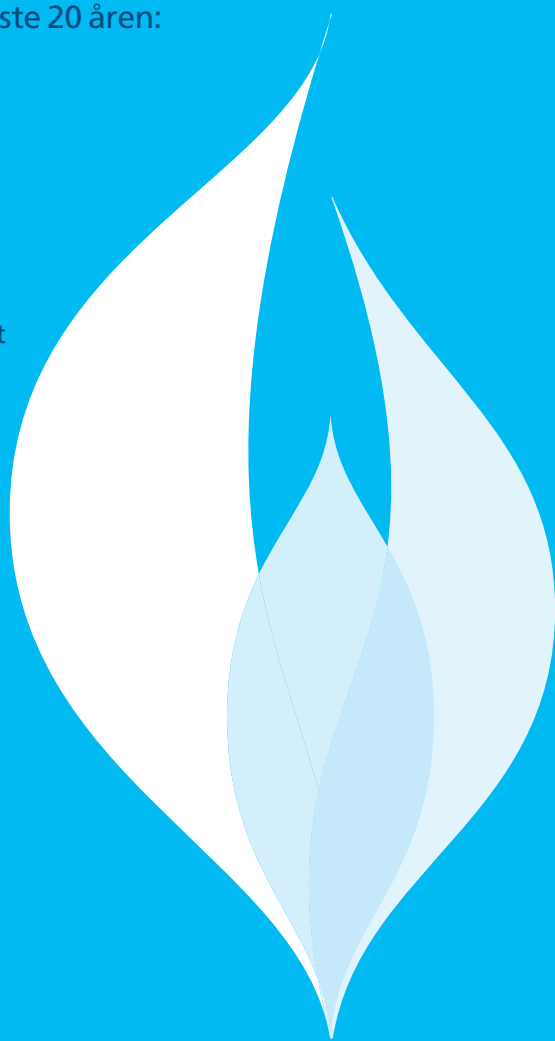
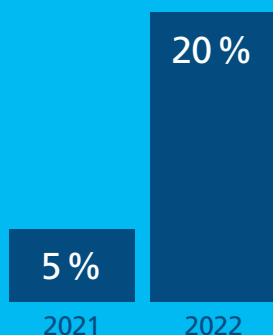
## Dagligrökning

har minskat de senaste 20 åren:



Stockholms län närmar sig målet för ett rökfritt Sverige 2025.

Andel elever i årskurs 9 som har använt e-cigarett den senaste månaden:



# Rökning

Andelen dagligrökare fortsätter att minska i Stockholms län, i dag röker under sex procent av befolkningen. Trots det orsakar rökning fortfarande tio procent av sjukdomsbördan i länet. Det finns också stora skillnader mellan olika grupper. För att minska ojämlikheten i hälsa krävs både generella insatser som når hela befolkningen och riktade insatser för socioekonomiskt svagare grupper. I motsats till rökningen ökar snusandet i befolkningen, och särskilt unga och kvinnor använder så kallat vitt snus. Användningen av e-cigarett är fortsatt låg i befolkningen i stort, men har ökat markant bland ungdomar under det senaste året.

## Introduktion

### Rökning bland det som bidrar mest till sjukdomsbördan

Rökning är en av de riskfaktorer som bidrar mest till sjukdomsbördan i Stockholms län (1). De negativa hälsoeffekterna av rökning är välkända och inkluderar bland annat ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, cancer och KOL (2). Det har uppskattats att varannan dagligrökare dör av sin rökning och att rökare i genomsnitt förlorar tio år av sitt liv (3).

Andelen rökare har minskat under de senaste årtiondena, men det finns stora skillnader mellan grupper. Rökning är betydligt vanligare bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Även i andra grupper, till exempel bland personer med psykiatriska diagnoser, är rökning vanligare än i befolkningen i stort. Eftersom rökning är starkt kopplat till sjukdom och förtida död påverkar detta jämlikheten i hälsa.

Snusande har också förknippats med hälsorisker. Nikotinet i snus ger ett starkt beroende (4) och tycks kunna öka risken för komplikationer vid graviditet, inklusive påverkan på barnet (5). Studier har också visat att det finns samband mellan snus och hjärt-kärlsjukdom (6), typ 2-diabetes (7) och vissa cancerformer (8–10).

### Nya nikotinprodukter attraherar unga

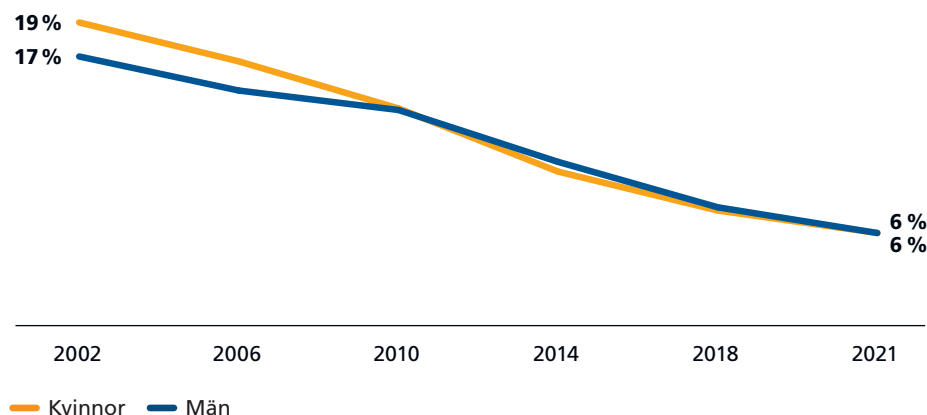
Under de senaste åren har ett stort antal nya nikotinprodukter kommit ut på marknaden, bland annat det vita snuset. De verkar attrahera nya grupper av användare, inte minst unga. Då de är nya saknar vi kunskap om långtidseffekterna, men eftersom de innehåller nikotin är de beroendeframkallande och skulle kunna medföra risker vid graviditet. Forskning tyder också på att hjärnan hos ungdomar och unga vuxna är särskilt känslig för nikotinetts effekter, och att exponering för nikotin i ung ålder kan ha bestående negativa effekter (2). Då det gäller e-cigarett kan också andra ämnen som inhaleras med ångan innebära hälsorisker (11).

## Förekomst och utveckling över tid

### Andelen dagligrökare minskar

Andelen dagligrökare fortsätter att minska i Stockholms län, liksom i Sverige. År 2002 rökte nästan 18 procent av befolkningen dagligen, medan motsvarande andel var under 6 procent år 2021 (se figur 1). Minskningen ses både bland kvinnor och män och i alla åldrar och utbildningsgrupper. Det är vanligast att röka i åldersgruppen 45–84 år (sju procent). Lika många män som kvinnor röker dagligen (FHE).

### Dagligrökare över tid



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger att de röker dagligen, i Stockholms län år 2002–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

### Andelen rökande skolungdomar minskar också

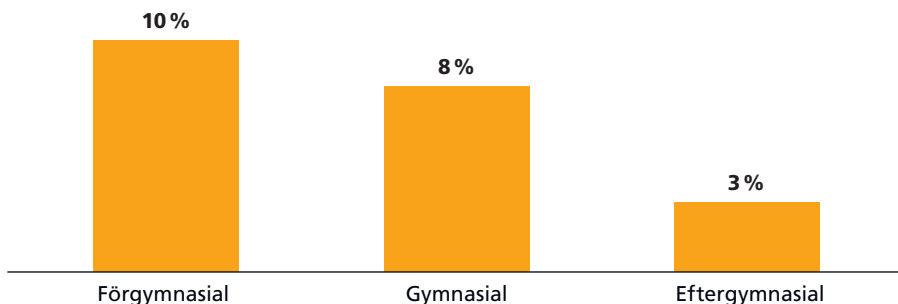
I Stockholmsenkäten 2022 uppger elva procent av flickorna och sex procent av pojkarna i årskurs 9 (i Stockholms stad) att de röker dagligen eller ibland. Motsvarande andelar i gymnasiets årskurs 2 är 21 och 17 procent. Jämfört med undersökningen år 2020 är det en minskning med två procentenheter bland både flickor och pojkar i årskurs 9 och sex respektive fem procentenheter bland flickor respektive pojkar i gymnasiets årskurs 2 (12).

### Rökning är vanligare bland personer med kort utbildning

Det är ungefär tre gånger vanligare att röka bland personer med förgymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial eller gymnasial utbildning (se figur 2). Det finns också påtagliga skillnader beroende på födelseland. Andelen rökare är dubbelt så hög bland personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige, nio procent jämfört med drygt fyra procent (FHE).

Baserat på data från Region Stockholm är det också betydligt vanligare att personer med psykiatriska diagnoser röker än befolkningen i stort (VAL, Folkvandvården). Enligt preliminära analyser röker nästan fyra av tio personer med en beroendediagnos och nästan tre av tio med schizofreni och liknande tillstånd.

### Dagligrökare per utbildningsnivå



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de röker dagligen, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

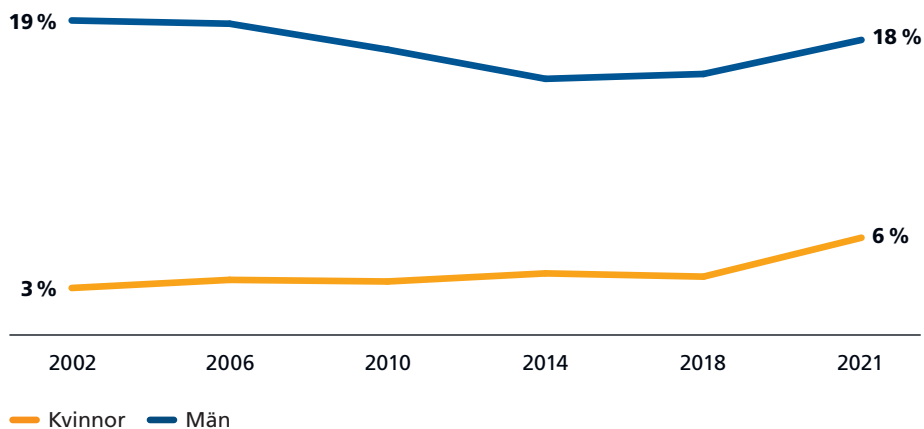
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

### Snusandet ökar bland kvinnor

Medan rökningen har minskat under de senaste åren har snusandet ökat, inte minst bland kvinnor (se figur 3). Det är fortfarande vanligare att män snusar jämfört med kvinnor och det är vanligare att unga personer snusar jämfört med äldre. Det är också mer än dubbelt så vanligt att snusa bland svenskfödda jämfört med personer födda utanför Sverige (14 procent jämfört med 6 procent). Däremot skiljer sig inte snusandet nämnvärt mellan personer med kort och lång utbildning (FHE).

Av de som snusar dagligen uppger 25 procent att de använder vitt snus. Det är vanligast bland personer under 45 år. Bland kvinnor under 45 år som snusar dagligen använder majoriteten vitt snus (FHE).

## Dagligsnusare över tid



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger att de använder snus dagligen, i Stockholms län år 2002–2021, uppdelat efter kön.

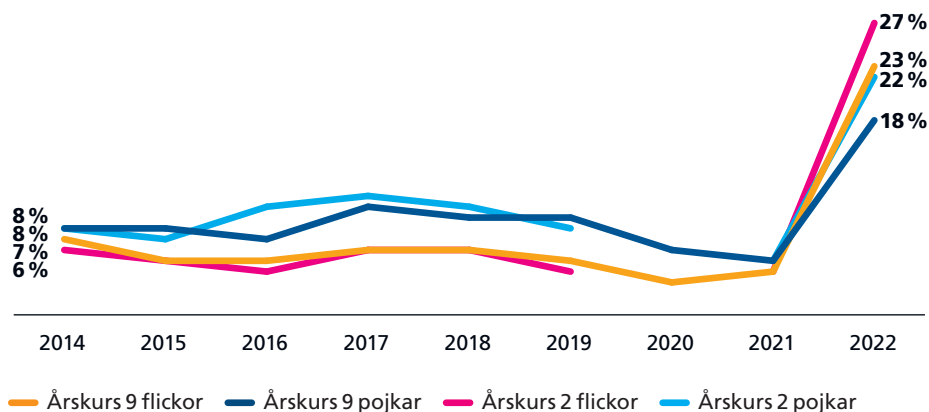
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Data från Stockholmsenkäten 2022 (för Stockholms stad) visar att snusandet har ökat kraftigt bland ungdomar under de senaste åren, främst bland flickor (12). Elva procent av eleverna i årskurs 9 och 22 procent av eleverna i gymnasiets årskurs 2 uppger att de snusar dagligen eller ibland. Bland flickor i årskurs 9 har andelen ökat från en procent år 2018 till tio procent år 2022 och i gymnasiets årskurs 2 från två till 19 procent. Nästan alla som snusar uppger att de använder vitt snus.

## E-cigarett ökar kraftigt bland ungdomar

En liknande trend som för snusning, särskilt bland flickor, ses i CAN:s nationella skolundersökning 2022, som visar att användningen av e-cigarett har ökat kraftigt bland ungdomar. År 2021 uppgav fem procent av eleverna i årskurs 9 och fyra procent i gymnasiets årskurs 2 att de hade använt e-cigarett den senaste månaden. Motsvarande andelar var 20 respektive 24 procent år 2022 (se figur 4) (13). Vad denna mycket kraftiga ökning beror på är oklart.

## Användning av e-cigarett de senaste 30 dagarna



**Figur 4.** Andel (%) elever i årskurs 9 respektive årskurs 2 i gymnasiet som har använt e-cigarett de senaste 30 dagarna, i Stockholms län år 2014–2022.

Källa: CAN:s nationella skolundersökning.

Notera: Undersökningen gjordes inte i gymnasiets årskurs 2 år 2020 på grund av pandemin.

## Insatser

### Rökfritt Sverige 2025 är inom räckhåll

Det är goda nyheter för hälsan i Stockholms län att allt färre röker, och det är en följd av ett långvarigt och systematiskt tobakspreventivt arbete. Målet för det nationella initiativet Rökfritt Sverige 2025 (att mindre än fem procent av befolkningen ska röka år 2025) verkar vara inom räckhåll. Men bakom de låga siffrorna på befolkningsnivå döljer sig stora skillnader mellan grupper och oroande trender bland unga.

### Riktade insatser kan öka jämlikheten i hälsa

För att minska andelen rökare i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar behövs fortsatt generella åtgärder som lagstiftning och prishöjningar, i kombination med lättillgängligt stöd att sluta röka, till exempel inom hälso- och sjukvården och via Sluta-röka-linjen. Det behövs även riktade insatser som kan sänka trösklarna till att få stöd och minska risken för återfall. Till exempel skulle subventionering av nikotinläkemedel kunna hjälpa fler att sluta röka. En nyligen gjord hälsoekonomisk undersökning visar att subventionering av nikotinläkemedel också har potential att vara kostnads-effektiv (14).

Hållbara rökstopp skulle eventuellt också kunna främjas om tobaksavvänjningen anpassades för att bättre ta hänsyn till faktorer som gör det svårare att sluta röka för ekonomiskt utsatta grupper, så som stressfaktorer i vardagen eller bristande socialt stöd. Det är också angeläget att personer med psykiatriska tillstånd tillfrågas om rökning och erbjuds stöd att sluta, till exempel i samband med årliga kontroller av fysisk hälsa inom psykiatrin.



## Ny lagstiftning reglerar det vita snuset

Det ökande snusandet under de senaste åren sammanfaller i tid med att det vita snuset kom ut på marknaden. Det har inte varit reglerat som andra nikotinprodukter, men en ny lag om tobaksfria nikotinprodukter trädde i kraft i augusti 2022. Lagen innehåller bland annat krav på åldersgräns vid köp av vitt snus och begränsningar i marknadsföringen av det.

Det är angeläget att fortsätta att följa utvecklingen av snusandet och användningen av e-cigaretter noga, inte minst bland unga som verkar attraheras av de nya produkterna och som lätt kan fastna i ett beroende som är svårt att ta sig ur. Det är också viktigt att öka kunskapen om nikotinets hälsoeffekter och att säkerställa att nikotinprodukter inkluderas i screeningfrågor för tobaksbruk, till exempel inom elevhälsan och mödrahälsovården.



## REFERENSER

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
4. Post A, Gilljam H, Rosendahl I, Bremberg S, Galanti MR. Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco users. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):740-6.
5. Gunnerbeck, A. Prenatal nicotine exposure and effects on the health of the newborn Diss. 2017, Karolinska Institutet.
6. Arefalk G, Hambræus K, Lind L, Michaëlsson K, Lindahl B, Sundström J. Discontinuation of smokeless tobacco and mortality risk after myocardial infarction. *Circulation*. 2014 Jul 22;130(4):325-32.
7. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg M, Nilsson P, Norberg M, Pedersen NL, Trolle-Lagerros Y, Magnusson C. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med*. 2017 Apr;281(4):398-406.
8. Araghi M, Galanti MR, Lundberg M, Liu Z, Ye W, Lager A, Engström G, Manjer J, Alfredsson L, Knutsson A, Norberg M, Palmqvist R, Gylling B, Wennberg P, Lagerros YT, Bellocco R, Pedersen NL, Östergren PO, Magnusson C. Smokeless tobacco (snus) use and colorectal cancer incidence and survival: Results from nine pooled cohorts. *Scand J Public Health*. 2017 Dec;45(8):741-748.
9. Wilson KM, Markt SC, Fang F, Nordenvall C, Rider JR, Ye W, Adami HO, Stattin P, Nyrén O, Mucci LA. Snus use, smoking and survival among prostate cancer patients. *Int J Cancer*. 2016 Dec 15;139(12):2753-2759.
10. Boffetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, Straif K. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*. 2008 Jul;9(7):667-75.
11. Länsstyrelsen Västra Götalands län Rapport nr 2018:16. Elektroniska cigaretter. En kunskapssammanställning om användning, attityder, och potentiella hälsoeffekter. Hämtad från: Elektroniska cigaretter – En kunskapssammanställning om användning, attityder, och potentiella hälsoeffekter | Länsstyrelsen Västra Götaland ([lansstyrelsen.se](http://lansstyrelsen.se)).
12. Stockholms stad. Stockholmsenkäten 2022. Urval av stadsövergripande resultat. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholmsstad/utredningar-statistik-och-fakta/undersokningar/rapport-om-ungdomars-levnadsvanor/stockholmsenkaten-2022-rapport-med-urval-av-stadsovergripande-resultat.pdf>.
13. CAN. CAN Rapport 215. CAN:s nationella skolundersökning 2022. Hämtad från: CAN:s nationella skolundersökning 2022 – CAN.
14. Gebreslassie M, Galanti MR, Lager A, Feldman I. Kostnadsfritt nikotinläkemedel som stöd till rökstopp. En hälsoekonomisk analys. Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:10.

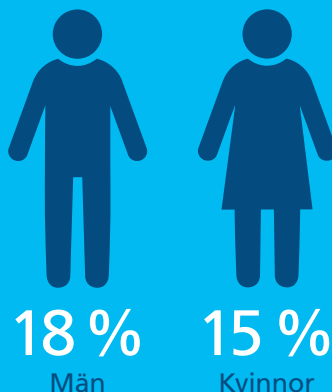
**5%** av sjukdomsördan  
i Stockholms län orsakas  
av alkoholvanor.

## Riskbruk alkohol

Antal standardglas:



Andel med riskbruk:



# Alkoholvanor

Alkoholvanor står för fem procent av sjukdomsördan i Stockholms län. 18 procent av männen och 15 procent av kvinnorna i Stockholms län har ett riskbruk av alkohol. Svenskfödda dricker mer alkohol än andra grupper, och riskbruket är störst bland yngre och bland personer i övre medelåldern. Andelen män med riskbruk minskar, samtidigt som fler män dör av alkoholrelaterade orsaker.

## Introduktion

### Riskbruk innebär avsevärda faror

Hur mycket alkohol är för mycket? Med riskbruk menas ett dryckesmönster som avsevärt ökar risken för fysiska eller mentala konsekvenser, enligt WHO:s (Världshälsoorganisationens) definition (1). Begreppet inbegriper såväl långsiktiga konsekvenser, till exempel beroendeproblem, som direkta konsekvenser, till exempel skador som uppstår när man dricker mycket vid ett och samma tillfälle. Vid riskbruk av alkohol har konsekvenserna ännu inte inträffat. När konsekvenserna faktiskt uppstår talar man inte längre om riskbruk utan om skadligt bruk eller om beroende och sjukdom.

I WHO:s definition av riskbruk specificeras ingen mängd eller frekvens, men många länder har nationella gränsvärden som används som indikation på riskbruk. I Sverige definierar Socialstyrelsen riskbruk som mer än fjorton standardglas i veckan för män och mer än nio standardglas i veckan för kvinnor eller att minst en gång i månaden dricka minst fem standardglas vid samma tillfälle för män respektive fyra för kvinnor (2). Med standardglas menas tolv gram ren alkohol, vilket ungefär motsvarar en folköl, ett glas vin eller fyra centiliter starksprit. I folkhälsoenkäten används korta screeningsskalor (AUDIT-C och AUDIT-FAST) för att ringa in riskbruk och beroende (3).

## Förekomst och utveckling över tid

### Riskbruk av alkohol minskar bland män

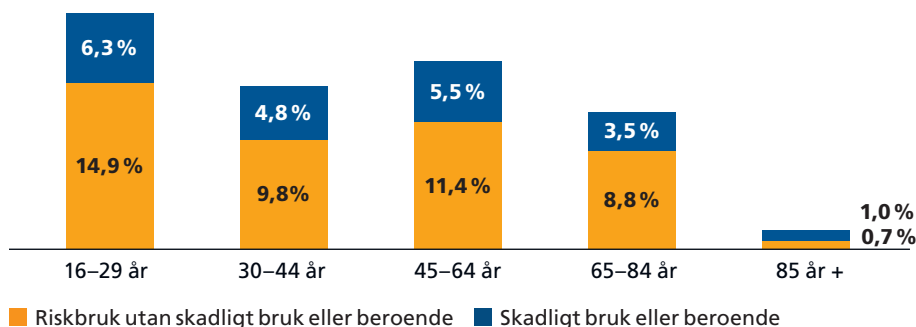
18 procent av männen och 15 procent av kvinnorna i Stockholms län uppger att de har en konsumtion som klassificeras som riskbruk av alkohol (FHE). För kvinnor har andelen varit stabil sedan 2018. Andelen för män har minskat från 21 procent år 2018. Pandemin är en möjlig orsak till minskningen, vilket försäljningsstatistiken tyder på (4).

Bland de som klassificeras som riskbrukare ingår även personer med redan utvecklade problem. Lite mindre än sju procent av männen och lite mer än tre procent av kvinnorna uppger att de har ett alkoholbruk som kan definieras som skadligt bruk eller beroende (FHE).

## Unga och svenskfödda har högst andel med riskbruk

Högst andel med riskbruk har 16–29-åringar, följt av 45–64-åringar (se figur 1). Mycket lägre andel finns bland de äldsta (FHE).

### Riskbruk och skadligt bruk av alkohol per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har ett alkoholbruk som klassificeras som riskbruk, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder samt efter andelen riskbrukare utan skadligt bruk eller beroende och andelen med skadligt bruk eller beroende.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

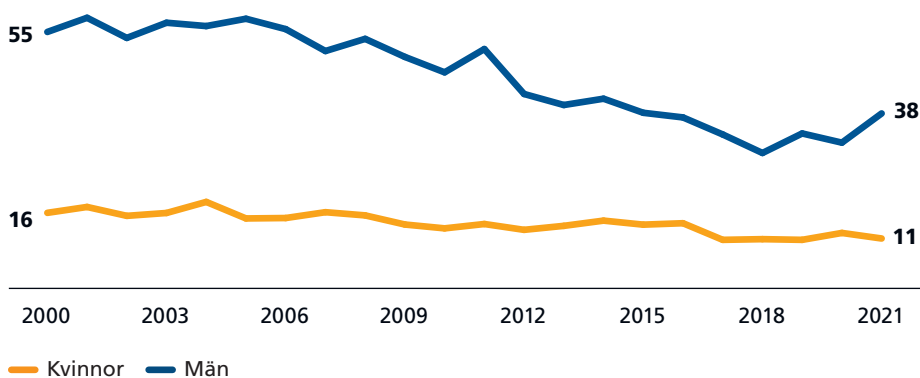
Notera: Riskbruk är definierat som sex poäng eller mer för män och fem eller mer för kvinnor i AUDIT-C-skalan och skadligt bruk eller beroende som fem poäng eller mer i AUDIT-FAST-skalan.

Det finns stora skillnader i riskbruk beroende på födelseland. Bland svenskfödda har totalt 19 procent ett riskbruk. Bland utlandsfödda från andra europeiska länder är det 11 procent och bland personer födda utanför Europa är andelen bara 7 procent. Ännu större skillnader finns mellan kommuner och stadsdelar. I innerstadsområdena Södermalm, Kungsholmen och Norrmalm är riskbruket 22–28 procent, medan det i Rinkeby-Kista, Skärholmen och Spånga-Tensta är 7–9 procent. Riskbruk är också vanligare bland personer med gymnasial utbildningsnivå (19 procent) jämfört med personer med eftergymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå (15 procent).

## Fler män dör på grund av alkohol

Alkohol bidrar till dödligheten i exempelvis cancer och hjärt-kärlsjukdomar, men den kan också utgöra en specifik dödsorsak. Den specifika, alkoholorsakade dödligheten i länet har länge minskat, men åtminstone för män är den åter på uppåtgående (se figur 2). Detta trots att andelen manliga riskbrukare har minskat mellan år 2018 och 2021.

### Alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare



**Figur 2.** Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 i åldrarna 15–84 år, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021).

## Insatser

### Förebyggande insatser på samhällsnivå

Sveriges alkoholpolitik syftar till att minska alkoholens medicinska och sociala skador genom att minska den totala konsumtionen (5). Utgångspunkten är den så kallade totalkonsumtionsmodellen – ju mindre konsumtion i befolkningen desto färre alkoholrelaterade skador. En betydande insats är att begränsa tillgången och minska efterfrågan med hjälp av alkohollagen, alkoholskatten och alkoholförordningen. De reglerar både utbudet (till exempel tillverkning, försäljning, införsel och servering av alkohol) och efterfrågan (till exempel genom priser på alkoholhaltiga drycker och begränsning av marknadsföring). Insatserna är såväl universella som riktade mot sårbara grupper, till exempel genom åldersgränser för inköp av och servering till unga.

Kommunerna har en tydlig roll i det alkoholpreventiva arbetet, bland annat genom att utöva tillsyn över alkoholservering och detaljhandels försäljning av alkoholhaltiga drycker. Länsstyrelsen samordnar kommunerna i detta och övrigt ANDTS-arbete (arbete mot alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel). Utvärdering av sådana lokala insatser har visat att de kan minska totalkonsumtionen av alkohol (6).



## Screening och samtalsstöd för riskgrupper

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderar samtalsstöd för gravida som dricker alkohol och för personer som har ett riskbruk och som är särskilt sårbara på grund av sjukdom eller sociala omständigheter (2). Tillsammans med screening har sådana samtalsstöd länge rekommenderats av WHO (7). Även om effekten är måttlig har metoden potential att nå stora delar av befolkningen (8). I de studier som legat till grund för Socialstyrelsens rekommendation har insatsen bestått av ett till fem samtal. I mödrahälsovården och inom vuxenpsykiatri ingår screening för riskbruk som obligatoriska delar.

## REFERENSER

1. WHO. Hazardous alcohol use [citerad 2022]. Hämtad från: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/499098434>; WHO; 2022.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning. 2018.
3. Folkhälsomyndigheten. Alkohol, riskkonsumtion [citerad 2022-10-07]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-alkohol>. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022.
4. Trolldal B. PM – Alkoholkonsumtionen under pandemiåret 2020. Preliminära uppgifter. [citerad 2022]. Hämtad från: [https://www.can.se/app/uploads/2021/05/pm\\_alkoholanskaffning\\_2020.pdf](https://www.can.se/app/uploads/2021/05/pm_alkoholanskaffning_2020.pdf); Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
5. Regeringen. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2022/03/skr.-202122213/>; 2021.
6. Nilsson T, Allebeck P, Leifman H, Andréasson S, Norström T, Guldbrandsson K. Effects on Alcohol Consumption and Alcohol Related Harm of a Community-Based Prevention Intervention With National Support in Sweden. *Substance Use & Misuse*. 2018;53(3):412-9.
7. World Health O, Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in primary health care. 2nd ed ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*. 2018(2).

**2%** av sjukdomsbördan i Stockholms län orsakas av narkotika.

**65%**

av den narkotikarelaterade sjukdomsbördan orsakas av opioider.

**80%**

av den narkotikarelaterade dödligheten orsakas av opioider (främst överdoser).

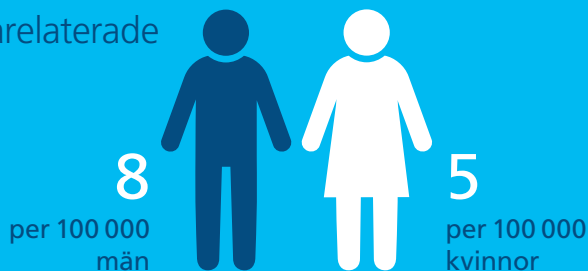


**18%**

av eleverna i gymnasiets årskurs 2 har använt narkotika under det senaste året.



Narkotikarelaterade dödsfall:





# Narkotikavanor

Narkotikarelaterad ohälsa och död drabbar till stor del den yngre delen av befolkningen i Stockholms län. Det är en av de vanligaste dödsorsakerna i åldrarna 15–49 år. Totalt orsakar narkotikaanvändning två procent av sjukdomsördan i länet. Sociala faktorer påverkar till stor del vilka som drabbas hårdast av narkotikaanvändning på samhällsnivå. Det förebyggande arbetet förutsätter en bred samverkan för att minska tillgänglighet och efterfrågan på narkotika. Även att minska skadeverkningarna av narkotikaanvändning kräver samverkan.

## Introduktion

### **Narkotika är en av de vanligaste dödsorsakerna bland yngre vuxna**

Begreppet narkotika innefattar en bred grupp substanser med olika effekter, både illegala substanser och flera typer av läkemedel som kan skapa rus. Oftast handlar det om medel som kan leda till beroende eller skador. Narkotikaorsakad dödlighet är en av de allra vanligaste dödsorsakerna i åldrarna 15–49 år i Stockholms län (1). Narkotikaanvändning står också för två procent av den totala sjukdomsördan i Stockholms län (1). Sjukdomsördan är högst i åldrarna 25–29 år och avtar sedan successivt (2).

Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste illegala substansen (3) men uppskattas bara stå för 1,5 procent av den narkotikarelaterade sjukdomsördan i Stockholms län (1). Cannabis är förknippat med psykiatriska sjukdomar och kognitiva svårigheter, och kopplingen blir starkare för dem som börjar tidigt och använder mycket (4). Opioider (heroin, syntetiska opioider och morfinliknande smärtläkemedel) står för minst 65 procent av den narkotikarelaterade sjukdomsördan och kring 80 procent av den narkotikarelaterade dödligheten, främst genom överdoser (1, 5). Amfetamin står för tio procent och kokain för fem procent av den narkotikarelaterade sjukdomsördan. Övrigt substansbruk står sammanlagt för 17 procent av den narkotikarelaterade sjukdomsördan (1).

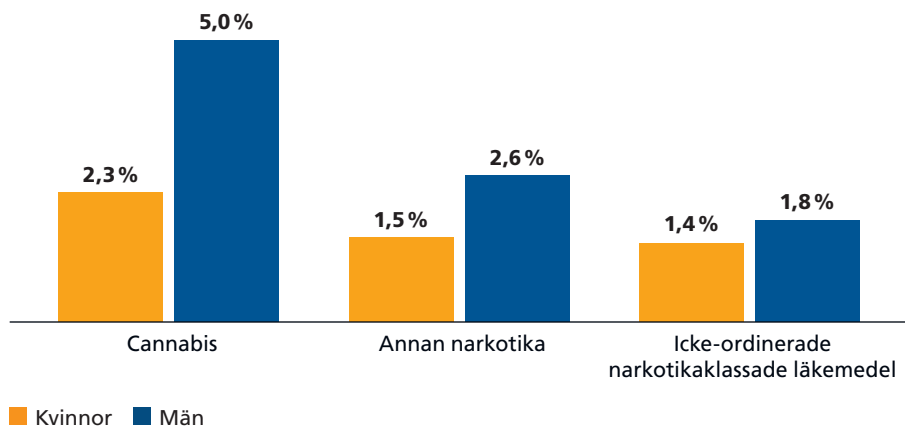
Det är vanligt att en individ använder flera olika substanser i kombination, vilket kan öka risken för överdos. Det gör det också svårare att uppskatta hur varje enskilt preparat bidrar till sjukdom och dödlighet (5). I sjukvården används termen substansbruk i stället för narkotikaanvändning.

## Förekomst och utveckling över tid

### Cannabisanvändning ser ut att öka

Användning av narkotika är vanligare hos män än hos kvinnor (se figur 1). Vanligast är användning av cannabis. Andelen som uppger att de använder cannabis har ökat något sedan år 2002, då 3,6 procent av männen använde cannabis och 1,9 procent av kvinnorna (FHE). Andelen som uppger att de använder annan narkotika än cannabis eller icke-ordinerade narkotikaklassade läkemedel har legat stabilt sedan 2018 (HLV). Andelen som uppger att de använder narkotika är högst bland de med förgymnasial utbildning (se figur 2).

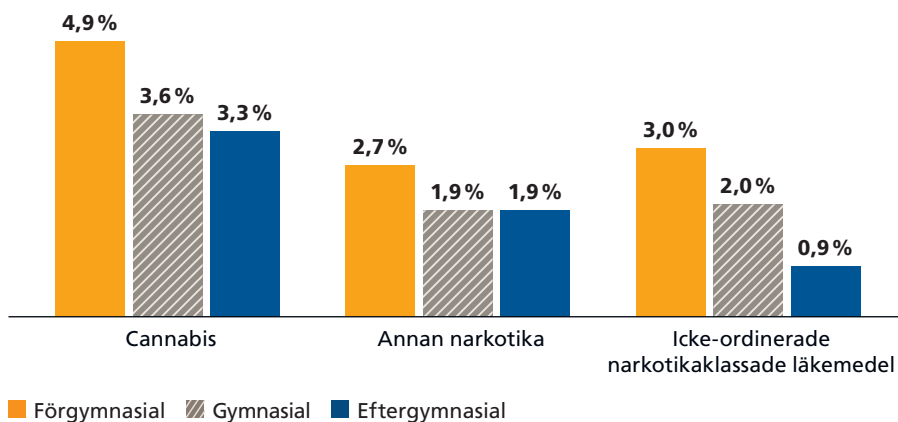
### Narkotikaanvändning i befolkningen



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har använt narkotika de senaste 12 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön och typ av narkotika.

Källa: Folkhälsoenkäten (cannabis); Hälsa på lika villkor (annan narkotika och ickeordinerade narkotikaklassificerade läkemedel).

## Narkotikaanvändning per utbildningsnivå



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har använt narkotika de senaste 12 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå och typ av narkotika.

Källa: Folkhälsoenkäten (cannabis); Hälsa på lika villkor (annan narkotika och icke-ordinerade narkotikaklassificerade läkemedel).

## Cannabisanvändning är vanligast bland unga

Narkotika är vanligast bland yngre. Åtta procent av ungdomarna i årskurs 9 och 18 procent i gymnasiets årskurs 2 anger att de har använt narkotika under det senaste året. Av dem har 80 procent använt cannabis (6).

## Narkotikarelaterad diagnos är vanligare vid kort utbildning

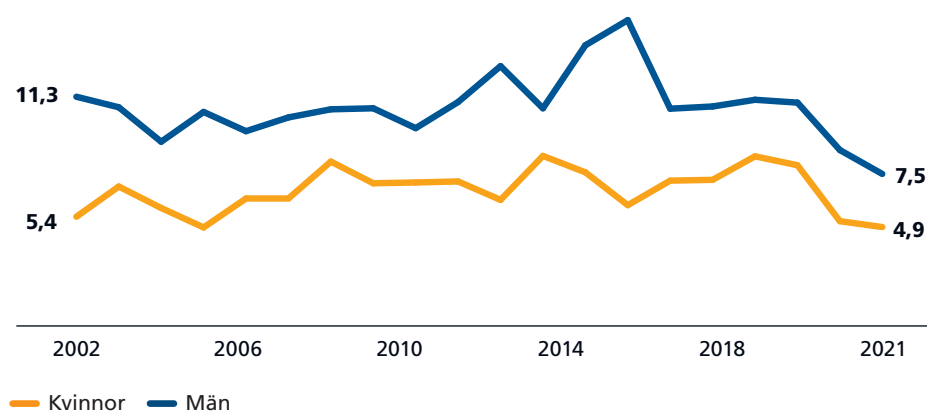
I Stockholms län har 0,3 procent av kvinnorna och 0,7 procent av männen en diagnos som är relaterad till narkotikaanvändning (VAL). Andelen har inte ökat i Stockholms län under den senaste tioårsperioden även om det finns skillnader mellan olika typer av narkotika. Den här typen av diagnoser är mer än tio gånger vanligare bland personer med enbart förgymnasial utbildning (1,2 procent) jämfört med de med eftergymnasial utbildning (0,1 procent) (VAL).

## Narkotikarelaterad dödlighet minskar de senaste tre åren

41 procent av den narkotika- och läkemedelsrelaterade dödligheten i Stockholms län år 2021 berodde på överdoser, 28 procent var självmord där narkotika eller läkemedel använts för förgiftning och 31 procent klassas som oklara förgiftningar (7). En fjärdedel av dödsfallen till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning orsakas av läkemedel som inte är narkotikaklassade (8).

Dödlighet i narkotika- och läkemedelsförgiftning i Stockholms län ökade långsamt från år 2002 fram till år 2018–2019. De senaste tre åren har dödstalen sjunkit. År 2021 låg dödligheten på den lägsta nivån i Stockholms län på över 20 år (se figur 3). Sannolikt finns det flera orsaker till denna minskning. En bidragande orsak kan vara minskad tillgång på heroin i Sverige de senaste åren (9, 10).

### Dödsfall i läkemedels- och narkotikaförgiftning per 100 000 invånare



**Figur 3.** Antal dödsfall i läkemedels- och narkotikaförgiftning per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2002–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021).

Kort utbildning är tydligt kopplad till narkotika- och läkemedelsrelaterad dödlighet bland både kvinnor och män. Bland personer med enbart förgymnasial utbildning är det dubbelt så vanligt med läkemedels- och narkotikarelaterade självmord och tio gånger vanligare med dödliga överdoser, jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (8).

Åttio procent av de som dog i narkotika- eller läkemedelsförgiftning i Sverige år 2019 hade fem år före dödsfallet haft någon psykiatrisk eller narkotikarelaterad diagnos, och mer än 40 procent hade någon form av smärtdiagnos (8). Men av de som hade en narkotikarelaterad diagnos hade endast två procent av kvinnorna och nio procent av männen fått läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende (8).

## Insatser

### **Minskad tillgång förebygger narkotikaanvändning**

Minskad tillgänglighet till narkotika sker genom internationellt samarbete, tullens beslag och polisens arbete mot organiserad brottslighet (5, 12). Tillgängligheten till narkotikaklassade läkemedel begränsas till viss del av den kontrollerade förskrivningen via sjukvården (11, 13).

### **Att upptäcka och minska narkotikaanvändningen kräver samverkan**

Kommunerna bedriver en stor del av det narkotikaförebyggande arbetet. Det sker i samverkan med flera aktörer, lokalt, regionalt och nationellt. Evidensunderlaget för narkotikaförebyggande insatser, särskilt i svensk kontext, behöver dock stärkas (14). Sjukvården, även utanför psykiatri och beroendevård, skulle kunna bidra ytterligare till att tidigt och systematiskt upptäcka substansbruk (15).

### **Behandling kräver långsiktighet**

Behandlingen av beroende kräver långsiktiga insatser, både psykosocialt och medicinskt (16). Tillgången till evidensbaserad behandling har ökat, till exempel läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Det är också viktigt att sänka tröskeln till att söka vård för individer med pågående substansbruk.

Sprututbytesprogram och så kallade brukarrum når individer som annars undviker sjukvården (11). Dessa erbjuder tillgång till psykosocialt stöd, provtagning, behandling av infektioner och utdelning av naloxon, som kan häva opioidöverdoser.

Ett beroende får både sociala och hälsomässiga konsekvenser som kan vara svåra för individer, anhöriga och samhället (17). Barn i familjer med narkotikaproblem behöver särskilt uppmärksammas.

## REFERENSER

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
2. Agardh E, Flodin P, Dalman C, Wicks S, Danielsson A-K, Allebeck P. Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självsador och deras bidrag till sjukdomsbördan. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/rapport-2021.9-psykiska-sjukdomar-beroendetillstand-och-sjalvsador-och-deras-bidrag-till-sjukdomsbordan---ef.pdf>.
3. Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021. Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/264ba5c0674247f0b36d5849888b1fbo/europeiska-webbundersokningen-narkotika-2021.pdf>.
4. Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk. Folkhalsomyndigheten.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0ec13c7b945949b0a5dece5e3938d77/halsomassiga-sociala-effekter-cannabisbruk-00062-2017-webb.pdf>.
5. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Europa.eu. [citerad 2022]. Hämtad från: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en).
6. CAN:s nationella skolundersökning 2021. CAN. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.can.se/publikationer/cans-nationella-skolundersokning-2021/>.
7. Statistikdatabaser – Dödsorsaksstatistik – Val. Socialstyrelsen.se. [citerad 2022]. Hämtad från: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_dor/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx).
8. Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar En statistiksammanställning. Socialstyrelsen.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-6-7915.pdf>.
9. Tullverket. Beslagsstatistik 2021. Tullverket.se. 2021. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.tullverket.se/download/18.a62602917de14e4327b70/1645085864507/Tullverkets%20beslagsstatistik%202021.pdf>.
10. Narkotikasituationen i Europa och världen. Folkhalsomyndigheten.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/narkotikabruket-och-utvecklingen/narkotikasituationen-i-europa-och-varlden/>.
11. Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika. Folkhalsomyndigheten.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5ce3639567ad495eae0dcec6071aaf9e/atgardsforslag-forebygga-anvandning-medicinska-sociala-skadeverkningar-narkotika.pdf>.
12. Tollin K, Hammar L, Jonsson A. Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare. Bra.se. [citerad 2022]. Hämtad från: [https://bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa70f67b/1631001260503/2021\\_10\\_Narkotikamarknader.pdf](https://bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa70f67b/1631001260503/2021_10_Narkotikamarknader.pdf).
13. Sundin E (red). Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak En studie med fokus på år 2021 i Sverige. Can.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.can.se/app/uploads/2022/03/can-rapport-209-anvandning-och-beroendeproblem-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf>.

14. Sammanfattning av forskningsresultat avseende insatser som rör narkotikabruk, med fokus på cannabis. Folkhälsomyndigheten.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/andts/narkotika/forebyggande-arbete/aterrapportering-regeringsuppdrag-s2012-3114-fst.pdf>.
15. Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Socialstyrelsen.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-4-7277.pdf>.
16. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>.
17. Narkotikaanvändningen och dess negativa konsekvenser i Sverige – Studier av socioekonomiska skillnader och hälsotillstånd hos användare och deras närstående. Folkhälsomyndigheten.se. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/n/narkotikaanvandningen-och-dess-negativa-konsekvenser-i-sverige/>.

# 14%

av alla dödsfall i Stockholms län  
orsakas av ohälsosamma matvanor.

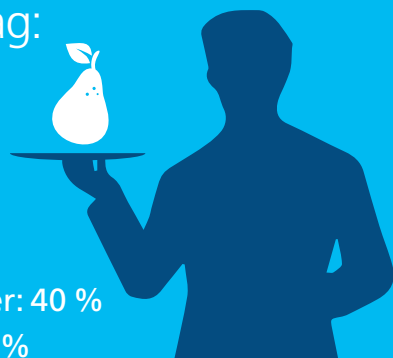
Andel vuxna som **inte** äter grönsaker  
eller frukt varje dag:



**Kvinnor**

Grönsaker: 28 %

Frukt: 39 %



**Män**

Grönsaker: 40 %

Frukt: 56 %

Andel vuxna som  
har ett högt intag  
av läsk och andra  
sötade drycker:



**25%**

Kvinnor

**35%**

Män



# Matvanor

Ohälsosamma matvanor står för sju procent av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län och det finns tydliga sociala skillnader. För att främja hälsosamma matvanor i alla grupper i samhället behövs insatser inom flera sektorer. Möjliga insatser inkluderar lagstiftning, ekonomiska styrmedel och policyer för offentliga måltider och matmiljöer samt hälsofrämjande och förebyggande arbete inom vård, skola och omsorg.

## Introduktion

### **Kostmönster har stor inverkan på hälsan**

Ohälsosamma matvanor orsakar sju procent av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län. Störst bidrag till sjukdomsbördan ger lågt intag av fullkorn, baljväxter, frukt och fibrer samt högt intag av rött kött, chark, salt och sötade drycker (1). Kostens inverkan på hälsan kan inte knytas till enstaka näringsämnen. Det är i stället helheten som har betydelse, både vad man äter och hur mycket man äter. Man brukar kalla detta för kostmönster. Ett hälsosamt kostmönster är rikt på frukt och grönsaker, rotfrukter, fullkorn, fisk, skaldjur, baljväxter, nötter, frön och vegetabiliska oljor. Det innehåller bara en liten mängd rött kött och chark, salt och socker (2, 3). Det är också viktigt med energibalans, alltså att äta lagom mycket utifrån kroppens energibehov. Om alla åt enligt de nordiska näringsrekommendationerna skulle sjukdomsbördan kunna minskas för obesitas, hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, cancer och andra kroniska sjukdomar (4).

WHO:s (Världshälsoorganisationens) obesitasrapport från 2022 konstaterar att vi i dag lever i en miljö som orsakar viktuppgång. Utbud och tillgänglighet i affärer och restauranger, digital marknadsföring och sociokulturella faktorer har stor betydelse för utvecklandet av ohälsosamma matvanor (5). Övriga faktorer som påverkar våra matvanor är bland annat utbildningsnivå, ålder och kön (6, 7).

## Förekomst och utveckling över tid

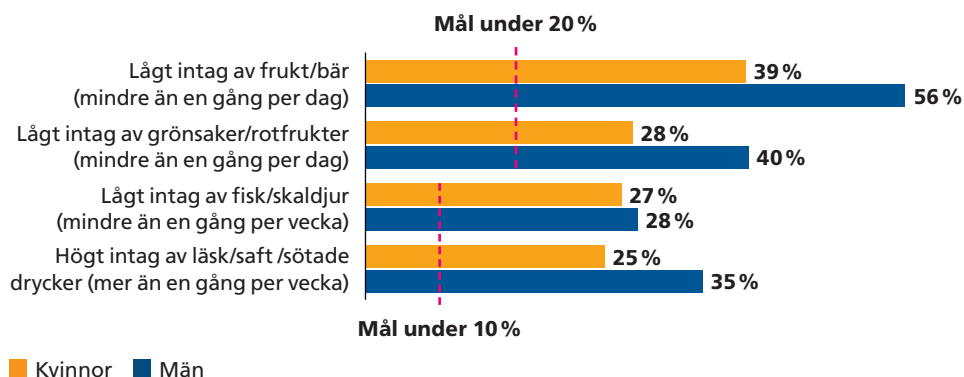
### **Matvanorna ligger långt ifrån de nationella målen**

Livsmedelsverket har mål och indikatorer för ohälsosamma matvanor, med det övergripande målet att minska andelen i befolkningen som äter sämst (8). Målen är att mindre än 20 procent av befolkningen ska ha ett lågt intag av frukt och grönsaker och att mindre än 10 procent ska ha ett lågt intag av fisk och högt intag av sötade drycker. ”Lågt intag” definieras som frukt mindre än en gång per dag, grönsaker mindre än en gång per dag och fisk mindre än en gång per vecka. ”Högt intag” av sötade drycker innebär mer än en gång per vecka.

Matvanorna bland vuxna i Stockholms län år 2021 ligger långt ifrån de nationella målen. Andelen med ohälsosamma matvanor skiljer sig mellan könen där män generellt har mer ohälsosamma matvanor än kvinnor, och störst skillnad ses för frukt och grönsaker (se figur 1). Matvanorna skiljer sig också mellan olika åldersgrupper. Den generella trenden är att ohälsosamma matvanor är vanligare bland unga än bland äldre (se figur 2).

Andelen med ohälsosamma matvanor har ökat något mellan år 2018 och 2021, bland både män och kvinnor och för alla indikatorer. Störst är skillnaden för frukt och grönsaker. Andelen som äter för lite frukt har ökat från 33 till 39 procent för kvinnor och från 52 till 56 procent för män. Andelen som äter för lite grönsaker har ökat från 22 till 28 procent för kvinnor och från 34 till 40 procent för män (FHE).

### Lågt intag av frukt, grönsaker och fisk samt högt intag av sötade drycker

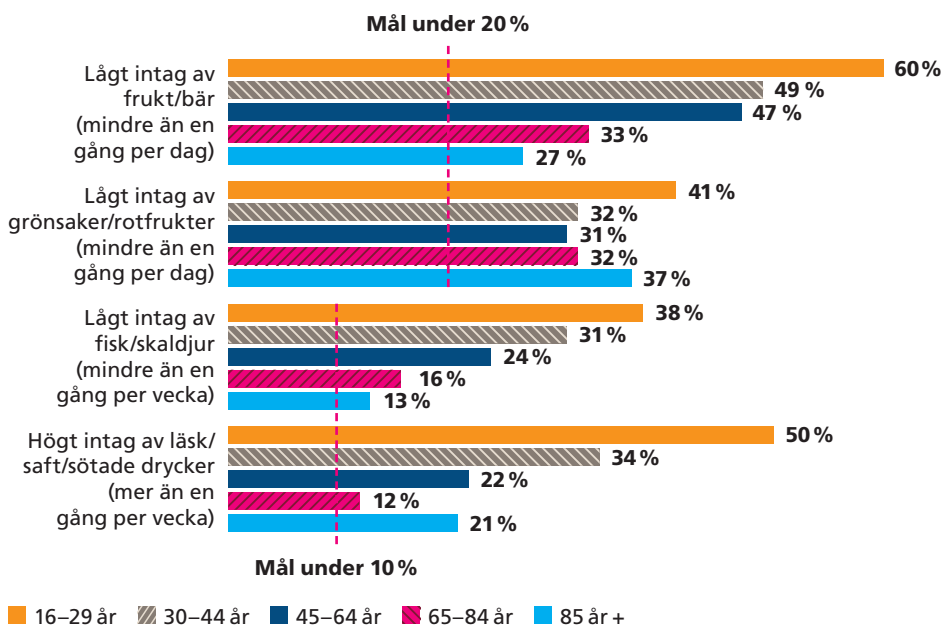


**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med ohälsosamma matvanor, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Notera: De vertikala streckade linjerna visar Livsmedelsverkets nationella mål för varje indikator på ohälsosamma matvanor.

## Ohälsosamma matvanor per åldersgrupp



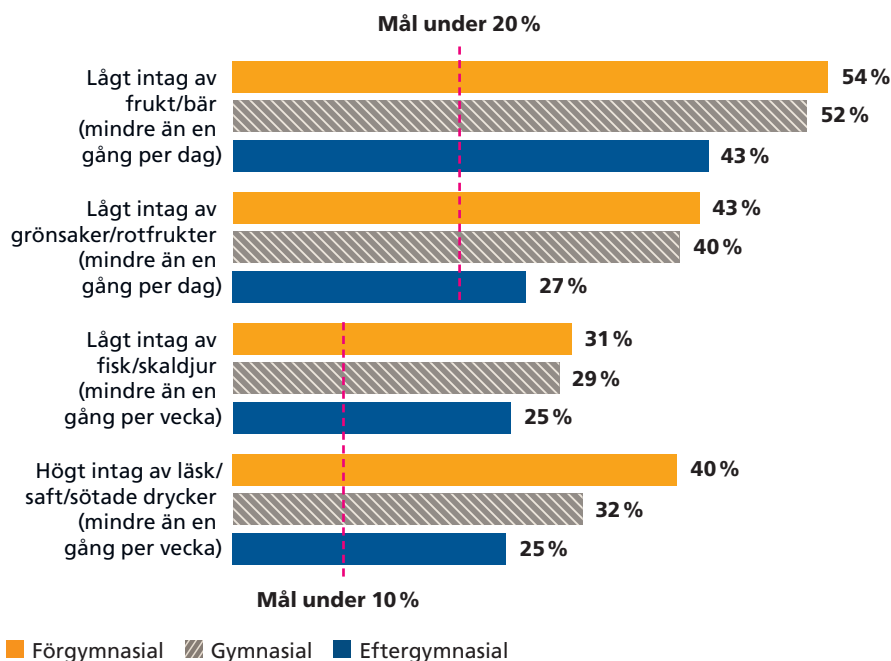
**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med ohälsosamma matvanor, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Matvanor skiljer sig mellan socioekonomiska grupper

Ohälsosamma matvanor är vanligare bland personer med kortare utbildning (se figur 3). Andelen med ohälsosamma matvanor skiljer sig också beroende på födelseland. Lågt intag av grönsaker är vanligare bland personer födda utanför Europa (42 procent) än bland personer födda i Sverige (32 procent) och övriga Europa (29 procent). Lågt intag av frukt är däremot vanligare bland personer födda i Sverige (50 procent) än för personer födda i övriga Europa (36 procent) eller resten av världen (45 procent) (FHE).

## Ohälsosamma matvanor per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med ohälsosamma matvanor, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### Insatser på samhällsnivå

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket presenterade år 2017 flera förslag på samhällsinsatser för att främja hälsosamma matvanor (9, 10). Möjliga insatser inkluderar lagstiftning, ekonomiska styrmedel och policyer för offentliga måltider och matmiljöer, förändringar i livsmedelskedjan samt förebyggande arbete inom barnhälsovården, förskolan, skolan, vården och äldreomsorgen. WHO rekommenderar flera policyer inklusive minskad marknadsföring av ohälsosam mat, märkning av hälsosam mat och ekonomiska styrmedel för att påverka konsumenternas val av livsmedel (5). Märkning av mat som anger livsmedlets hälsopåverkan har visats ha viss gynnsam effekt på intaget (11). Skatt på sötade drycker eller annan ohälsosam mat samt sänkt moms på hälsosam mat har också visat effekt på konsumtionen (12, 13).

Insatser i skolan har visats leda till hälsosammare matvanor bland barn och unga. Förbättrat utbud av hälsosam mat och minskning av ohälsosam mat och dryck i skolan påverkar matvanorna positivt (14). EU:s skolfruktsprogram har visats öka intaget av frukt (12). Vidare har interventioner med teoribaserad undervisning visat positiv effekt på ungas matvanor, när den sker i samverkan med familjen och inkluderar förändringar i skolmiljön (15).

Livsmedelsverket har nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen. I det vetenskapliga underlaget lyfts betydelsen av utbildad personal, måltidsrutiner och individuella anpassningar utifrån varje persons behov och preferenser (16). Organisatoriska aspekter så som styrdokument, rutiner och budget är mer effektiva än enskilda interventioner. För personer med funktionsnedsättning har insatser som påverkar den fysiska och sociala matmiljön betydelse för matvanorna (17).


De nya nordiska näringsrekommendationerna som publiceras 2023 kommer att ligga till grund för uppdaterade kostråd från Livsmedelsverket.

### **Riktade insatser till personer med ohälsosamma matvanor**

Enligt det nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor bör vuxna med ohälsosamma matvanor och särskild risk (till exempel högt blodtryck) erbjudas kvalificerade rådgivande samtal om matvanor inklusive uppföljning. Barn i åldern 2–18 år kan erbjudas familjestödsprogram (18). Enligt Socialstyrelsens riktlinjer finns det måttlig evidens för att kvalificerat rådgivande samtal om matvanor har stor effekt på intag av frukt och grönsaker (19). I de studier som ligger till grund för riktlinjerna om matvanor fick patienterna två till fem kvalificerade rådgivande samtal (19). En nationell patientenkät visar att få patienter erbjuds samtal om matvanor (20).

## REFERENSER

1. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
2. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*. 2016;133(2):187-225.
3. Morze J, Danielewicz A, Hoffmann G, Schwingshackl L. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: A Second Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet*. 2020;120(12):1998-2031 e15.
4. Nordiska Näringsrekommendationer 2012 – Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet; 2012.
5. WHO European Regional Obesity Report 2022.
6. Zorbas C, Palermo C, Chung A, Iguacel I, Peeters A, Bennett R, et al. Factors perceived to influence healthy eating: a systematic review and meta-ethnographic synthesis of the literature. *Nutr Rev*. 2018;76(12):861-74.
7. Livsmedelsverket. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige.: Rapport 9 - 2016; 2016.
8. Livsmedelsverket. Att följa förändringar i befolkningens matvanor - indikatorer med målnivåer. Rapport 20-2016. 2016.
9. Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket. Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet.; 2017.
10. Bergström H LC, Rahman S, Schäfer Elinder L. Insatser för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. En kartläggande litteraturöversikt. Karolinska Institutet; 2017.
11. Shangguan S, Afshin A, Shulkin M, Ma W, Marsden D, Smith J, et al. A Meta-Analysis of Food Labeling Effects on Consumer Diet Behaviors and Industry Practices. *Am J Prev Med*. 2019;56(2):300-14.
12. Livsmedelsverket. Styrmedel för en hälsosam livsmedelskonsumtion. Rapport 19. 2022.
13. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genc M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2019;20(9):1187-204.
14. Micha R, Karageorgou D, Bakogianni I, Trichia E, Whitsel LP, Story M, et al. Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194555.
15. Meiklejohn S, Ryan L, Palermo C. A Systematic Review of the Impact of Multi-Strategy Nutrition Education Programs on Health and Nutrition of Adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2016;48(9):631-46 e1.
16. Livsmedelsverket. Mat och måltider i äldreomsorgen – vetenskapliga underlag rapport-37. 2017.

- 
17. Dean S, Marshall J, Whelan E, Watson J, Zorbas C, Cameron AJ. A Systematic Review of Health Promotion Programs to Improve Nutrition for People with Intellectual Disability. *Curr Nutr Rep.* 2021;10(4):255-66.
  18. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor-prevention och behandling. Nationellt system för kunskapsstyrning – Hälsa- och sjukvård; 2022.
  19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor; 2018.
  20. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationell Patientenkät. [Internet]. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://patientenkät.se/>. Hämtad 2021-09-28.

**1 %** av sjukdomsördan i Stockholms län orsakas av låg fysisk aktivitet.



Tid för fysisk aktivitet som rekommenderas för vuxna varje vecka:



Måttlig intensitet som raska promenader

eller

ansträngande intensitet som löpning.



Andel barn i förskolan som uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet:



**36 %**

Flickor



**51 %**

Pojkar

**I det område**

där befolkningen själva anger att de rör sig mest, uppnår 72 procent rekommendationerna.



# Fysisk aktivitet

Såväl barn i förskoleåldern som vuxna i Stockholms län visar låga nivåer av fysisk aktivitet i nya objektiva mätningar. Endast 44 procent av förskolebarn uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet. Antalet steg per dag hos vuxna minskade med över tio procent under början av covid-19-pandemin för att sedan under slutet av 2021 återgå till liknande nivåer som före pandemin. Otillräcklig fysisk aktivitet orsakar en procent av sjukdomsburden i Stockholms län.

## Introduktion

### **Fysisk aktivitet minskar risken för förtida död och sjukdom**

Vuxna bör enligt gällande rekommendationer vara fysiskt aktiva med måttlig intensitet i minst 150–300 minuter i veckan eller med hög intensitet minst 75–150 minuter i veckan. Barn bör i genomsnitt vara fysiskt aktiva i minst 60 minuter per dag, med måttlig till hög intensitet (1, 2).

De flesta hälsofördelarna med att vara fysiskt aktiv uppstår redan vid låga nivåer av fysisk aktivitet (3). Att vara fysiskt aktiv är kopplat till lägre risk för förtida död, hjärt-kärlsjukdom, metabola sjukdomar, vissa former av cancer, fallskador och psykisk ohälsa (1).

I systematiska sammanställningar, där fysisk aktivitet har mätts med accelerometrar har sambanden mellan fysisk aktivitet och risken för dödlighet (4, 5) varit mer än dubbelt så starka som i tidigare studier som bygger på självrapporterade data (6, 7), där fysisk aktivitet ofta överskattas.

I randomiserade studier har den fysiska aktiviteten visat mer blygsamma effekter för att förhindra typ 2-diabetes och för tidig död i hjärt-kärlsjukdom (8). En förklaring till de starka sambanden i observationsstudier kan vara så kallad genetisk predisponering. Det innebär att samma gener som gör en person mer fysiskt aktiv också påverkar det studerade utfallet, till exempel för tidig död i hjärt-kärlsjukdom (9, 10).

## Förekomst och utveckling över tid

### **Fler pojkar än flickor uppnår rekommendationer för fysisk aktivitet**

44 procent av förskolebarnen uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet, enligt en studie i Stockholms stad år 2020 där förskolebarn fick ha rörelsemätare på sig (Rörelseprojektet CES). Könsskillnaderna i fysisk aktivitet hos barn i förskoleåldern är stora. Endast 36 procent av flickorna uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet jämfört med 51 procent av pojkarna (se figur 1). Därtill är skillnaden betydande mellan de 13 stadsdelarna i Stockholms stad. Endast 31–39 procent av barnen i förskoleåldern i Hässelby-Vällingby, Enskede-Årsta-Vantör och Skarpnäck uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet, jämfört med 48–53 procent av barnen i Hägersten-Ålvsjö, Norrmalm och Kungsholmen.

## Fysisk aktivitet bland förskolebarn



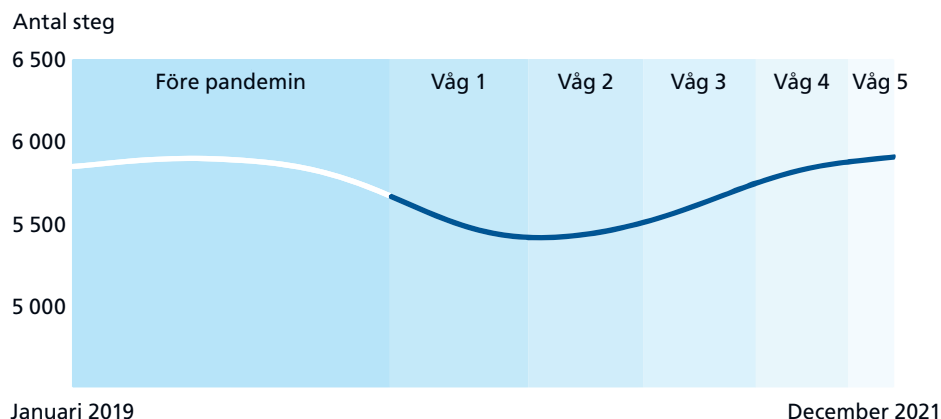
**Figur 1.** Andel barn (%) i åldrarna tre till fem år som uppnår gällande rekommendationer om i genomsnitt minst 60 minuter fysisk aktivitet per dag, med en måttlig till hög intensitet, i Stockholms stad år 2020.

Källa: Rörelseprojektet, CES.

## Covid-19 har påverkat fysisk aktivitet bland vuxna

Självrapporterade metoder för att mäta fysisk aktivitet överskattar ofta hur fysiskt aktiva människor är (11). Däremot är mobiltelefoner ett objektiva verktyg för att mäta daglig fysisk aktivitet i realtid på befolkningsnivå (12). Baserat på data från 665 individer i Stockholms län som använt appen Hälsometern, utvecklad av CES, minskade antalet steg per dag med elva procent under den första covid-19-vågen (se figur 2). Antalet steg per dag fortsatte sedan att sjunka ytterligare med 1,3 procent under den andra vågen, jämfört med första vågen. Därefter, från våg tre till våg fem, ökade antalet steg per dag och kom tillbaka till liknande nivåer som före pandemin.

## Fysisk aktivitet hos vuxna under covid-19-pandemin



**Figur 2.** Dagliga nivåer av fysisk aktivitet, före och under covid-19-pandemin, hos 665 invånare i åldrarna 17–85 år, i Stockholms län, mätt via mobiltelefoner.

Källa: Hälsometern, CES.

## Vuxna med lång utbildning motionerar mer

Mer än hälften av den vuxna befolkningen uppger att de når rekommendationerna för fysisk aktivitet år 2021, 59 procent av männen och 56 procent av kvinnorna (FHE). Det finns skillnader i nivåer av fysisk aktivitet utifrån utbildningsnivå: 48 procent av personer med förgymnasial utbildning uppger att de når upp till gällande rekommendationer, jämfört med 52 procent av personer med gymnasieutbildning och 64 procent av personer med eftergymnasial utbildning. Det finns även skillnader mellan olika områden i Stockholms län. Endast 36–44 procent uppger att de uppnår rekommendationerna i Rinkeby-Kista, Skärholmen och Botkyrka, jämfört med 69–72 procent i Danderyd, Norrmalm och Östermalm.

### Insatser

#### Samhällsplanering kan främja fysisk aktivitet

En väl utbyggd kollektivtrafik har visat sig öka antalet steg från aktiv transport med 44–133 procent (13). Även byggnadsmiljön påverkar hur aktiva vi är (13–15). Att bygga nya parker samt att öka kvaliteten på parker och lekplatser fördubblar andelen aktiva besökare (13). Att bygga nya cykel- och gångvägar i en stad ökar andelen i befolkningen som cyklar och går till jobbet med 1,0 procent respektive 1,7 procent (16). Infrastruktur påverkar fysisk aktivitet och enligt en metaanalys är risken för diabetes två till tre gånger högre för personer som bor i ett område med sämre förutsättningar för gång (17). Skolan och förskolan kan främja barns rörelse genom strukturella förändringar i den fysiska miljön samt arbetssätt som möjliggör fysisk aktivitet (18, 19).

Införandet av bilfria städer (i till exempel Oslo, Helsingfors, Hamburg och Madrid) kommer sannolikt att ha direkta hälsofördelar (som ökade nivåer av fysisk aktivitet) och indirekta hälsofördelar (som minskad ohälsa på sikt). En minskning av antalet bilar kommer att innebära ett minskat behov av parkeringsplatser och vägyta vilket ökar möjligheterna att anlägga fler parker samt cykel- och gångvägar, vilket i sin tur kan leda till mer aktiv transport (20) samt ökade nivåer av fysisk aktivitet på befolkningsnivå (21).

#### Skapa hälsosamma rörelsevanor hos barn i förskolan och skolan

Fysiskt aktiva barn tenderar att bli fysiskt aktiva som vuxna (22). Därför är det viktigt att på samhällsnivå främja fysisk aktivitet hos barn. Förskolan och skolan är två exempel på aktörer med möjlighet att på samhällsnivå främja fysisk aktivitet hos barn.

#### Vårdens påverkan på fysisk aktivitet i befolkningen

Hälsa- och sjukvården bör erbjuda effektiva metoder till patienter som inte är tillräckligt fysiskt aktiva. Att dela ut rörelsemätare som återkopplar steg och rörelse har visat sig öka patienters nivåer av fysisk aktivitet, liksom fysisk aktivitet på recept (23, 24).

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer finns det måttlig evidens för att rådgivande samtal har effekt på fysisk aktivitet. I de studier som ligger till grund för riktlinjerna och som hade störst effekt fick patienterna 7 till 14 rådgivande samtal (25).

## REFERENSER

1. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. ISBN 978-92-4-001512-8: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; 2020.
2. WHO. WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. In: WHO, editor. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: WHO; 2019.
3. Strain T, Wijndaele K, Dempsey PC, Sharp SJ, Pearce M, Jeon J, et al. Wearable-device-measured physical activity and future health risk. *Nat Med.* 2020;26(9):1385-91.
4. Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT, Mumford JE, Afshin A, Estep K, et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ.* 2016;354:i3857.
5. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med.* 2015;175(6):959-67.
6. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ.* 2019;366:l4570.
7. Ramakrishnan R, He JR, Ponsonby AL, Woodward M, Rahimi K, Blair SN, et al. Objectively measured physical activity and all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2021;143:106356.
8. Marcel Ballin PN. Does exercise prevent major non-communicable diseases and premature mortality? A critical review based on results from randomized controlled trials. *Journal of Internal Medicine.* 2021;290(6):1112-29.
9. Yashin AI, Iachine IA, Harris JR. Half of the variation in susceptibility to mortality is genetic: findings from Swedish twin survival data. *Behav Genet.* 1999;29(1):11-9.
10. Bahls M, Leitzmann MF, Karch A, Teumer A, Dorr M, Felix SB, et al. Physical activity, sedentary behavior and risk of coronary artery disease, myocardial infarction and ischemic stroke: a two-sample Mendelian randomization study. *Clin Res Cardiol.* 2021;110(10):1564-73.
11. Prince SA, Adamo KB, Hamel ME, Hardt J, Connor Gorber S, Tremblay M. A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:56.
12. Althoff T, Sosic R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature.* 2017;547(7663):336-9.
13. Karmeniemi M, Lankila T, Ikaheimo T, Koivumaa-Honkanen H, Korpelainen R. The Built Environment as a Determinant of Physical Activity: A Systematic Review of Longitudinal Studies and Natural Experiments. *Ann Behav Med.* 2018;52(3):239-51.
14. Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A, et al. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):158.
15. Tcymbal A, Demetriou Y, Kelso A, Wolbring L, Wunsch K, Wasche H, et al. Effects of the built environment on physical activity: a systematic review of longitudinal studies taking sex/gender into account. *Environ Health Prev Med.* 2020;25(1):75.

16. Goodman A, Panter J, Sharp SJ, Ogilvie D. Effectiveness and equity impacts of town-wide cycling initiatives in England: a longitudinal, controlled natural experimental study. *Soc Sci Med.* 2013;97:228-37.
17. Chandrabose M, Rachele JN, Gunn L, Kavanagh A, Owen N, Turrell G, et al. Built environment and cardio-metabolic health: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity Reviews.* 2019;20(1):41-54.
18. Brandes B, Busse H, Sell L, Christianson L, Brandes M. A scoping review on characteristics of school-based interventions to promote physical activity and cardiorespiratory fitness among 6- to 10-year-old children. *Prev Med.* 2022;155:106920.
19. Messing S, Rutten A, Abu-Omar K, Ungerer-Rohrich U, Goodwin L, Burlacu I, et al. How Can Physical Activity Be Promoted Among Children and Adolescents? A Systematic Review of Reviews Across Settings. *Front Public Health.* 2019;7:55.
20. Mueller N, Rojas-Rueda D, Cole-Hunter T, de Nazelle A, Dons E, Gerike R, et al. Health impact assessment of active transportation: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76:103-14.
21. Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H. Car free cities: Pathway to healthy urban living. *Environ Int.* 2016;94:251-62.
22. Telama R, Yang X, Leskinen E, Kankaanpaa A, Hirvensalo M, Tammelin T, et al. Tracking of Physical Activity from Early Childhood through Youth into Adulthood. *Med Sci Sports Exerc.* 2013.
23. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist A, Daxberg EL, Jivegard L, Jonsdottir IH, et al. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2019;53(6):383-8.
24. Ferguson T, Olds T, Curtis R, Blake H, Crozier AJ, Dankiw K, et al. Effectiveness of wearable activity trackers to increase physical activity and improve health: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet Digit Health.* 2022;4(8):e615-e26.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor In: Socialstyrelsen, editor. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>.



# Metabola riskfaktorer



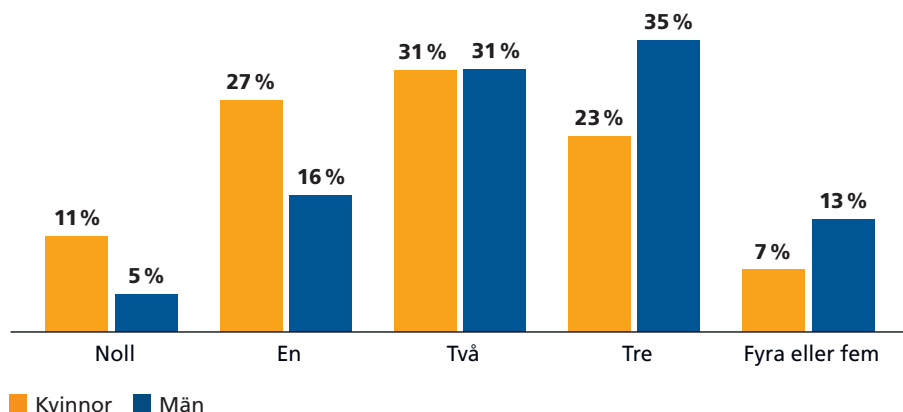
# Metabola riskfaktorer

Metabola riskfaktorer är tillstånd i kroppen som ökar risken för sjukdomar. Fem metabola riskfaktorer orsakar tillsammans nästan en femtedel av den totala sjukdomsburden i Stockholms län. Det är högt blodtryck, högt blodsocker, övervikt, högt kolesterol samt nedsatt njurfunktion. De metabola riskfaktorerna orsakar främst hjärt-kärlsjukdom och typ 2-diabetes (1). Riskfaktorerna kan påverkas genom hälsosamma levnadsvanor och ofta även genom läkemedelsbehandling.

## Många har flera metabola riskfaktorer samtidigt

De metabola riskfaktorerna är mycket vanliga bland invånare i Stockholms län. Hela 92 procent av individer i åldrarna 50–65 år har minst en metabol riskfaktor (se figur 1). De metabola riskfaktorerna orsakas delvis av ohälsosamma levnadsvanor och de orsakar ofta också varandra (2, 3). Det innebär att det är vanligt att en person har flera metabola riskfaktorer. I åldrarna 50–65 år har 76 procent av de som har en metabol riskfaktor minst en riskfaktor till, och hela sju procent av kvinnorna och tretton procent av männen har minst fyra metabola riskfaktorer. De metabola riskfaktorerna är vanligare hos män än hos kvinnor (SCAPIS).

## Antal metabola riskfaktorer



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 50–65 år som har en eller flera av de fem metabola riskfaktorerna högt blodtryck, högt blodsocker, övervikt, högt LDL-kolesterol och nedsatt njurfunktion, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter kön.

Källa: SCAPIS.



## Vårdcentralerna hanterar utredning, behandling och uppföljning

Vårdcentralerna ansvarar för att utreda, behandla och följa upp de metabola riskfaktorerna (4–8). Det är en stor utmaning, bland annat eftersom de metabola riskfaktorerna ofta är symtomfria. Provtagning måste därför genomföras när patienter söker vård för andra besvär (opportunistisk provtagning), i olika uppsökande verksamheter eller på individens eget initiativ. I nästa steg ska problemen behandlas, i allmänhet genom råd om levnadsvanor, samt när det behövs, läkemedel. Till utmaningarna här hör att behandlingen kräver flera besök och att riskfaktorerna är extremt vanliga i befolkningen. Under 2022–2025 genomför CES en randomiserad studie om effekterna av provtagning och hälsosamtal i primärvården för att upptäcka riskfaktorer och förebygga bland annat diabetes. Kunskap från studien kan leda till mer effektiva förebyggande insatser.

Data på hur metabola riskfaktorer fördelas i befolkningen i Stockholms län kommer i hög grad från två kohortstudier: Swedish Cardiopulmonary Bioimage Study (SCAPIS) och Stockholms diabetespreventiva program (SDPP). Se Metod.

## REFERENSER

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
2. Noubiap JJ, Nansseu JR, Lontchi-Yimagou E, Nkeck JR, Nyaga UF, Ngouo AT, et al. Geographic distribution of metabolic syndrome and its components in the general adult population: A meta-analysis of global data from 28 million individuals. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;188:109924.
3. Schmidt MI, Watson RL, Duncan BB, Metcalf P, Brancati FL, Sharrett AR, et al. Clustering of dyslipidemia, hyperuricemia, diabetes, and hypertension and its association with fasting insulin and central and overall obesity in a general population. *Atherosclerosis Risk in Communities Study Investigators. Metabolism.* 1996;45(6):699-706.
4. Hulting J, Hjemdahl P, Kahan T. Hyperlipidemi 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/hyperlipidemi>.
5. Hörnfeldt E, Kahan T. Hypertoni 2021 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/hypertoni>.
6. Toft E, Tovi J, Lamian F, Palmér M, Hoffstedt J. Prediabetes 2018. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/prediabetes>.
7. Reynisdóttir S, Trolle Lagerros Y, Näslund E. Övervikt och fetma hos vuxna 2020. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/overvikt-och-fetma-hos-vuxna>.
8. Wolpert E, Lind af Hageby S. Njursjukdom – nedsatt njurfunktion och/eller albuminuri 2022. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/njursjukdom---nedsatt-njurfunktion-och-eller-albuminuri>.



18 %

av alla dödsfall i Stockholms län  
orsakas av högt blodtryck.



1 av 3

med högt blodtryck  
saknar diagnos för detta.

38 %

av personer med  
diagnosen hypertoni  
får ner sitt blodtryck  
till önskvärd nivå.



# Högt blodtryck

Högt blodtryck orsakar 18 procent av dödsfallen i Stockholms län, främst genom hjärt-kärlsjukdom. Högt blodtryck är underdiagnostiserat och endast hälften av de som fått diagnosen har blodtrycket under kontroll. Hälso- och sjukvården har stora möjligheter att förbättra folkhälsan genom att upptäcka personer med högt blodtryck och ge behandling med regelbunden uppföljning.

## Introduktion

### **Blodtrycket påverkas av ärftliga faktorer och levnadsvanor**

Blodtrycket är det cirkulerande blodets tryck på väggarna i blodkärlen. Gränsen för högt blodtryck (hypertoni) går vid 140/90. Det innebär 140 mmHg systoliskt blodtryck (det högsta blodtrycket vid hjärtats sammandragning) eller 90 mmHg diastoliskt (det lägsta blodtrycket vid hjärtats utvidgning). Gränsvärdet underlättar diagnostik och behandling, men risken för hjärt-kärlsjukdom ökar kontinuerligt längst hela blodtrycksskalan. Förekomsten av högt blodtryck ökar kraftigt med stigande ålder (1, 2). Högt blodtryck har också ett samband med ohälsosam kost (salt, mättat fett, rött kött), alkoholkonsumtion, övervikt, fysisk inaktivitet och ärftlighet (3, 4).

### **Högt blodtryck orsakar stor andel av sjukdomsördan**

I Stockholms län beräknas högt blodtryck orsaka nästan 18 procent av alla dödsfall och 8 procent av all sjukdomsörda. Det ökade trycket i blodkärlen gör det tyngre för hjärtat att pumpa ut blodet i kroppen, och det bidrar till åderförkalkning som i sin tur ökar blodtrycket ytterligare. Det finns stöd från experiment som visar att högt blodtryck ger hjärt-kärlsjukdomar så som hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och kronisk njursjukdom (4, 5).

#### **Hypertoni**

Ett blodtryck på 140/90 eller högre definieras som en sjukdom, och kallas även hypertoni. Hypertoni behandlas med ändrade levnadsvanor eller läkemedel (eller en kombination av båda) där intensiteten av behandlingen bestäms av den sammanvägda risken för hjärt-kärlsjukdom. Målnivån för blodtrycket är under 130/80 för personer under 70 år, och under 140/90 för personer över 70 år (6).

## Förekomst och utveckling över tid

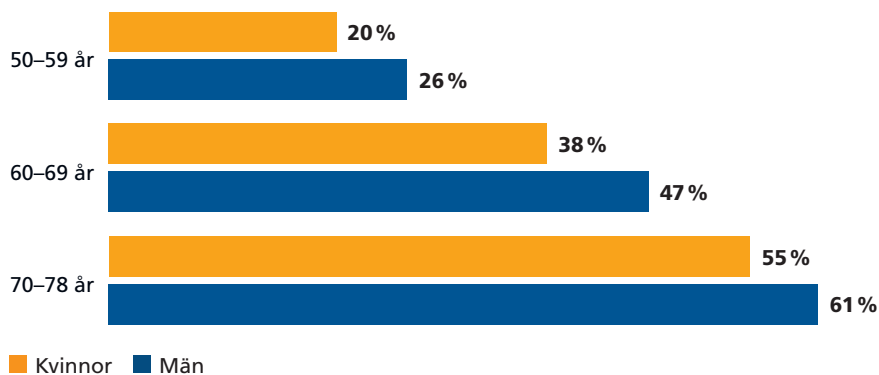
### Andelen med högt blodtryck minskar

Det finns inga regelbundna undersökningar av blodtryck i Stockholm eller Sverige. Men genom att väga samman resultat från flera studier uppskattas förekomsten av högt blodtryck i Sverige år 2019 vara 36 procent hos män och 25 procent hos kvinnor i åldrarna 30–79 år (7). Mellan 1990 och 2015 minskade förekomsten av högt blodtryck hos både män och kvinnor (8).

### Högt blodtryck är vanligt bland män och äldre

Sambandet mellan högt blodtryck och ålder samt kön framgår tydligt i forskningsstudierna SDPP och SCAPIS. Andelen som har högt blodtryck är mer än dubbelt så stor bland 70–78-åringar som bland 50–59-åringar i Stockholms län (se figur 1). När blodtryck mätts på samma deltagare vart tionde år (i SDPP-studien) ökade det systoliska trycket med i genomsnitt 13 mmHg under 20 års åldrande. Män har i genomsnitt högre blodtryck än kvinnor i alla åldersgrupper.

#### Högt blodtryck per åldersgrupp



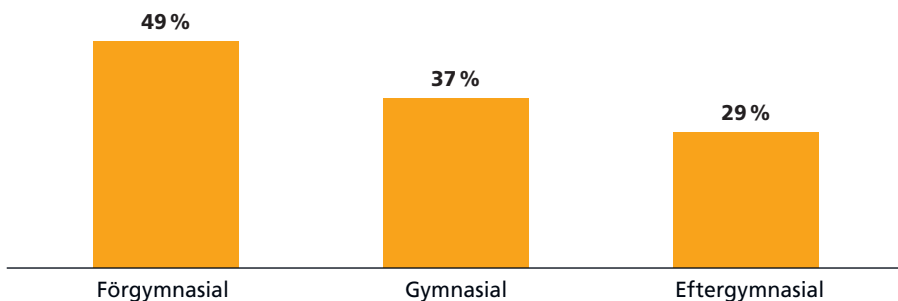
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 50–78 år som hade högt blodtryck (140/90 eller högre), i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter ålder och kön.

Källa: SCAPIS; SDPP.

## Högt blodtryck är vanligare hos personer med kortare utbildning

Det finns ett samband mellan högt blodtryck och socioekonomi (9). Närmare hälften av de med förgymnasial utbildning har högt blodtryck, jämfört med en knapp tredjedel av de med eftergymnasial utbildning (se figur 2).

### Högt blodtryck per utbildningsnivå



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 50–78 år som hade högt blodtryck, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: SDPP; SCAPIS.

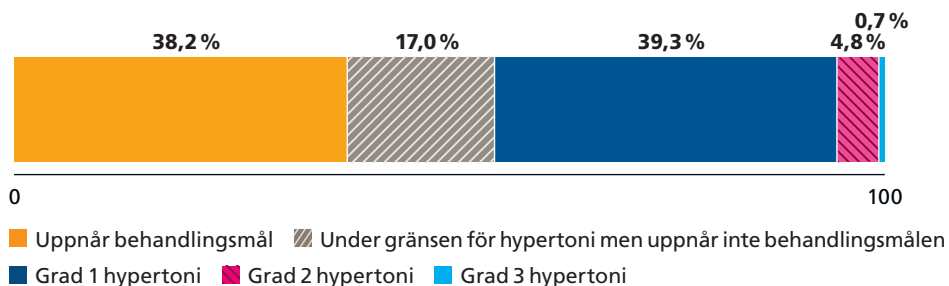
## Många med högt blodtryck saknar diagnos

Eftersom högt blodtryck oftast inte ger symtom är det svårt att upptäcka. I en internationell studie uppskattas att nästan 50 procent av de som har högt blodtryck saknar diagnos (i åldrarna 30–79 år) (7). I Stockholms län uppskattas det vara 34–42 procent (år 2013–2018) (SCAPIS och SDPP).

## Låg andel uppnår önskvärd blodtrycksnivå vid behandling

Bland personer med tidigare diagnostiserad hypertoni som besökte Region Stockholms vårdcentraler år 2016–2021 var det endast 38 procent som hade fått ned blodtrycket till önskvärd nivå (Take Care SLSO primärvård; CES) (se figur 3). Att så få når den önskade blodtrycksnivån beror delvis på att patienter slutar ta sina läkemedel (4). Att inte nå målen är vanligare hos personer med kort utbildning (11, 12).

## Blodtrycksnivå hos patienter med diagnostiserat högt blodtryck



**Figur 3.** Genomsnittliga blodtrycksnivåer för personer som har haft diagnostiserad hypertoni minst ett år, i Stockholms län år 2016–2021, uppdelat på behandlingsutfall: andel som uppnår behandlingsmål (under 130/80 för personer under 70 år, under 140/90 för personer 70 år och äldre), andel som inte uppnår behandlingsmål men som ligger under gränsen för hypertoni, andel som har grad 1 hypertoni (140/90 och högre), andel som har grad 2 hypertoni (160/100 och högre) samt andel som har grad 3 hypertoni (180/110 och högre).

Källa: Take Care SLSO primärvård; CES.

### Insatser

#### Högt blodtryck kan förebyggas

Genom förebyggande insatser i befolkningen kan vi minska sjukdomsburden och vårdbehovet av högt blodtryck (se Matvanor, Fysisk aktivitet och Alkoholvanor).

#### Blodtrycksmätning är viktig

En av tio personer 50 år eller äldre som har besökt vårdcentraler i Region Stockholms regi minst tre gånger under åren 2015–2021 har inte fått sitt blodtryck mätt (Take Care SLSO primärvård). Det är dessutom viktigt att blodtrycket mäts och journalförs korrekt (13). Automatiska blodtrycksmanschetter har i enskilda studier visats ge en mer noggrann blodtrycksmätning än manuella och varit kopplade till färre insjuknanden i hjärt-kärlsjukdom (14).

#### Läkemedel och regelbunden uppföljning ger sänkning

Livsstilsförändringar är en viktig del i behandlingen av högt blodtryck. Det finns stöd från experiment för att insatser för att förändra levnadsvanorna sänker blodtrycket, men att effekten kan bli kortvarig eftersom livsstilsförändringen ofta blir tillfällig (15, 16). Som ett andra steg sätts läkemedel in. En expertgrupp rekommenderar i stället att läkemedelsbehandling med två preparat ska startas direkt vid diagnos (17). En förutsättning för bra behandlingsutfall är att patienterna fortsätter att ta sina läkemedel, och därför finns rekommendationer om att ge kombinationstabletter hellre än flera olika tabletter (18) samt att ha regelbunden uppföljning, minst en gång per år. Att kombinera behandlingen med självmonitorering av blodtrycket ger också bättre blodtryckssänkning (19).

Uppföljningen av patienter med hypertoni-diagnos försämrades under pandemin då antalet besök per individ gick ner 34 procent åren 2020–2021 jämfört med 2018–2019 (Take Care SLSO primärvård).



## REFERENSER

1. Singh GM, Danaei G, Pelizzari PM, Lin JK, Cowan MJ, Stevens GA, et al. The age associations of blood pressure, cholesterol, and glucose: analysis of health examination surveys from international populations. *Circulation*. 2012;125(18):2204-11.
2. Franklin SS, Gustin Wt, Wong ND, Larson MG, Weber MA, Kannel WB, et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure. The Framingham Heart Study. *Circulation*. 1997;96(1):308-15.
3. Kolifarhood G, Daneshpour M, Hadaegh F, Sabour S, Mozafar Saadati H, Akbar Haghdoost A, et al. Heritability of blood pressure traits in diverse populations: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Hypertens*. 2019;33(11):775-85.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018;36(10):1953-2041.
5. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA*. 2017;317(2):165-82.
6. Hörnfeldt E, Kahan T. Hypertoni 2021, [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/hypertoni>.
7. N. C. D. Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-80.
8. N. C. D. Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55.
9. Leng B, Jin Y, Li G, Chen L, Jin N. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens*. 2015;33(2):221-9.
10. Kahan T, Dahlgren H, de Faire U, Hedblad B, Hjemdahl P, Lindholm L, et al. Måttligt förhöjt blodtryck. 2007.
11. Gebreslassie M, Warolén M, Lager A, Fors S. Det ojämlika blodtrycket. Skillnader i blodtryck och medicinsk behandling av hypertoni mellan olika utbildningsgrupper. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021.
12. Paulsen MS, Andersen M, Munck AP, Larsen PV, Hansen DG, Jacobsen IA, et al. Socio-economic status influences blood pressure control despite equal access to care. *Fam Pract*. 2012;29(5):503-10.
13. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Jr., Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2018;138(17):e426-e83.

14. Greiver M, Kalia S, Voruganti T, Aliarzadeh B, Moineddin R, Hinton W, et al. Trends in end digit preference for blood pressure and associations with cardiovascular outcomes in Canadian and UK primary care: a retrospective observational study. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024970.
15. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med*. 2001;134(1):1-11.
16. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD)2014.
17. Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar. Inled behandling av hypertoni med två läkemedel direkt. Detta för att uppnå målblodtryck inom tre månader vilket räddar liv, [citerad 2022]. Hämtad från: <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/hjartochkarlsjukdomar/hjartochkarlsjukdomar/inledbehandling-avhypertonimedtvalakemedeldirektdettaforattuppnamalblodtryckinomtremanadervilketradarliv.5.3daa1b3d160c00a26d236f6.html>.
18. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hypertension*. 2021;77(2):692-705.
19. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med*. 2017;14(9):e1002389.



10%

av alla dödsfall i Stockholms län  
orsakas av högt blodsocker.

7%

av sjukdomsburden  
orsakas av  
högt blodsocker.

Andel personer 50–65 år  
med högt blodsocker:



66%

Män



41%

Kvinnor

Högt blodsocker kan förebyggas  
och behandlas med förbättrade  
levnadsvanor i befolkningen.

# Högt blodsocker

Ständigt höga nivåer av socker i blodet orsakar sju procent av sjukdomsörskdan i Stockholms län, framför allt genom att leda till typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Högt blodsocker är vanligare i högre ålder och hos personer med kortare utbildning. Det kan förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor.

## Introduktion

### **Blodsocker ger cellerna energi**

Kroppens celler får energi från det socker som transporteras i blodet. Det påverkas av vad vi äter och dricker och regleras av hormonet insulin. Högt blodsocker hos en fastande person tyder på nedsatt känslighet för insulin (insulinresistens) eller nedsatt produktion av insulin. Tillståndet ger inga symtom i början och upptäcks därför ofta sent, i samband med följd effekter. Högt blodsocker orsakas bland annat av övervikt, ärftliga faktorer, tobaksbruk, fysisk inaktivitet och en ohälsosam kost (exempelvis lite fibrer och grönsaker och mycket rött kött) (1–3).

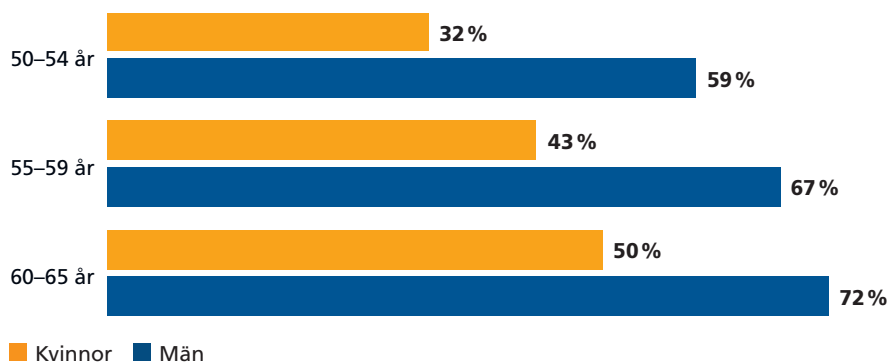
WHO (Världshälsoorganisationen) definierar normala halter av fastande blodsocker hos vuxna som 3,9–5,6 mmol/liter (4). Men redan i den övre delen av normalspannet finns en viss ökad risk för dödlighet, hjärt-kärlsjukdom, njur- och nervskador, cancer och demens (5, 6). I folkhälsorapporten definieras därför högt blodsocker som 5,4 mmol/liter eller högre, i blodprover från fastande individer. Blodsockernivåer över 7 mmol/liter tyder på typ 2-diabetes (se Diabetes). Höga blodsockernivåer hos patienter med hjärt-kärlsjukdom och typ 2-diabetes ökar risken för allvarliga komplikationer (7–9).

## Förekomst och utveckling över tid

### **Högt blodsocker är vanligare bland män**

Halten av socker i blodet ökar med stigande ålder och högt blodsocker är vanligare hos män än hos kvinnor (se figur 1).

## Högt blodsocker per åldersgrupp



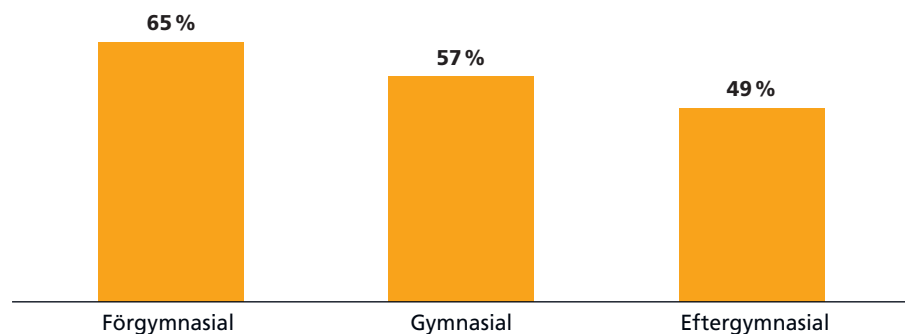
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 50–65 år som hade ett fastande blodsocker över 5,4 mmol/liter, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter ålder och kön.

Källa: SCAPIS.

Notera: Dessa värden inkluderar personer som har typ 2-diabetes.

Det saknas data på om högt blodsocker ökar eller minskar i Stockholms län, men globalt har förekomsten av högt blodsocker ökat bland barn och unga (10) och typ 2-diabetes blir vanligare bland vuxna (se Diabetes). Högre blodsocker är vanligare hos personer med kort utbildning (se figur 2).

## Högt blodsocker per utbildningsnivå



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 50–65 år som hade ett fastande blodsocker över 5,4 mmol/liter, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: SCAPIS.

Notera: Dessa värden inkluderar personer som har typ 2-diabetes.

## Insatser

### **Hälsosamma levnadsvanor minskar risken för högt blodsocker**

Högt blodsocker kan förebyggas, och behandlas, med förbättrade levnadsvanor i befolkningen (se Matvanor, Rökning, Fysisk aktivitet och Övervikt).

För patienter med hjärt-kärlsjukdom och diabetes ökar risken för allvarliga komplikationer vid högt blodsocker (7–9). Därför är en god blodsockerkontroll av högsta prioritet för dem.

I dagsläget finns ingen svensk rekommendation om behandling av personer med högt blodsocker som inte uppfyller diagnoskraven för typ 2-diabetes. Livsstilsförändringar kan sänka blodsockret och förhindra eller försena utvecklingen av typ 2-diabetes, men det kräver regelbundet stöd från sjukvårdspersonal (11, 12). Även läkemedelsbehandling med metformin kan förhindra eller försena utvecklingen av typ 2-diabetes (13).

## REFERENSER

1. Neuenschwander M, Ballon A, Weber KS, Norat T, Aune D, Schwingshackl L, et al. Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ*. 2019;366:l2368.
2. Weires MB, Tausch B, Haug PJ, Edwards CQ, Wetter T, Cannon-Albright LA. Familiality of diabetes mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2007;115(10):634-40.
3. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194127.
4. Riley L. Mean fasting blood glucose: WHO. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2380>.
5. Collaborators GBDRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-724.
6. Schlesinger S, Neuenschwander M, Barbaresko J, Lang A, Maalmi H, Rathmann W, et al. Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies. *Diabetologia*. 2022;65(2):275-85.
7. Einarson TR, Machado M, Henk Hemels ME. Blood glucose and subsequent cardiovascular disease: update of a meta-analysis. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(11):2155-63.
8. Shi H, Ge Y, Wang H, Zhang Y, Teng W, Tian L. Fasting blood glucose and risk of Stroke: A Dose-Response meta-analysis. *Clin Nutr*. 2021;40(5):3296-304.
9. Sun S, Hisland L, Grenet G, Gueyffier F, Cornu C, Jaafari N, et al. Reappraisal of the efficacy of intensive glycaemic control on microvascular complications in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomised control-trials. *Therapie*. 2022;77(4):413-23.
10. Han C, Song Q, Ren Y, Chen X, Jiang X, Hu D. Global prevalence of prediabetes in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Diabetes*. 2022;14(7):434-41.
11. Jiang Q, Li JT, Sun P, Wang LL, Sun LZ, Pang SG. Effects of lifestyle interventions on glucose regulation and diabetes risk in adults with impaired glucose tolerance or prediabetes: a meta-analysis. *Arch Endocrinol Metab*. 2022;66(2):157-67.
12. Galaviz KI, Weber MB, Suvada KB, Gujral UP, Wei J, Merchant R, et al. Interventions for Reversing Prediabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Prev Med*. 2022;62(4):614-25.
13. Madsen KS, Chi Y, Metzendorf MI, Richter B, Hemmingsen B. Metformin for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in persons at increased risk for the development of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12):CD008558.





8 %

av alla dödsfall i Stockholms län  
orsakas av övervikt och obesitas.



57 %

i åldersgruppen  
45–64 år har övervikt  
eller obesitas.



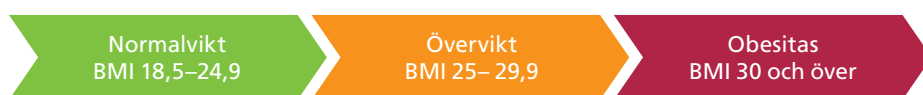
9,0 procent av länets  
4-åringar har övervikt och  
2,3 procent har obesitas.  
Under covid-19-pandemin  
skedde en snabb ökning.

# Övervikt

40 procent av kvinnorna och 54 procent av männen i Stockholms län har antingen övervikt eller sjukdomen obesitas, även kallad fetma. Andelen med obesitas har ökat kontinuerligt de senaste 20 åren, för att öka ännu snabbare under pandemiåren. En orsak kan vara försämring av levnadsvanorna. Under år 2022 kom nationella riktlinjer för vård vid obesitas som ersätter det regionala vårdprogrammet.

## Introduktion

### Definition av övervikt och obesitas



Viktstatus definieras utifrån kroppsmasseindex eller BMI, ett mått som bygger på jämförelse mellan vikt (kg) och längd i kvadrat (m<sup>2</sup>). BMI mellan 18,5 och 24,9 kg/m<sup>2</sup> definierar normalvikt. BMI mellan 25,0 och 29,9 kg/m<sup>2</sup> anger övervikt medan ett BMI över eller lika med 30 kg/m<sup>2</sup> definierar obesitas.

### Högt BMI ökar risken för många sjukdomar

Övervikt och obesitas ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, njursjukdomar, olika cancerformer, muskel- och skelettsjukdomar, neurologiska sjukdomar, kroniska respiratoriska sjukdomar och sjukdomar i matsmältningsorganen. Obesitas ökar också risken för svår sjukdom och död i samband med en covid-19-infektion (1).

### Sämre levnadsvanor bakom ökningen?

Skillnader i BMI mellan individer beror på en kombination av miljö, levnadsvanor och genetiska faktorer. Våra gener har inte förändrats under de senaste 50 åren så förklaringen till den stora ökningen av övervikt måste sökas i miljön och levnadsvanorna (2, 3). Förändringar i det globala livsmedelssystemet och den fysiska samhällsplaneringen har lyfts fram som möjliga bakomliggande faktorer (1).

Utbudet och marknadsföringen av ohälsosamma och energirika livsmedel har ökat stort de senaste decennierna, inte minst mot barn (4). Samtidigt har stillasittande lett till minskad energiförbrukning (5). Dessa faktorer har förstärkts under covid-19-pandemin, vilket delvis kan förklara ökningen av BMI under senare år (6, 7).

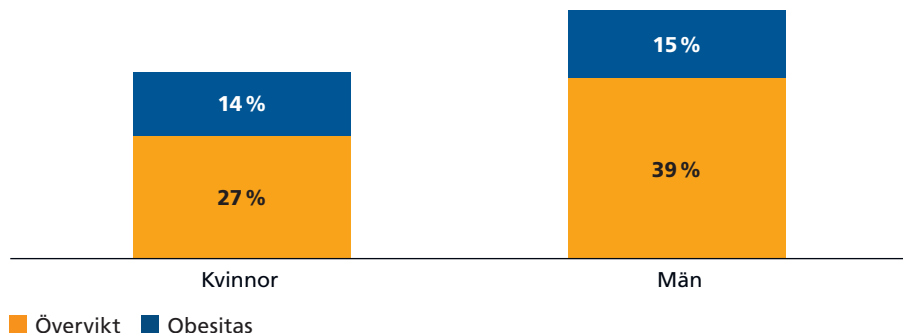
Vår kroppsvikt påverkas också av vissa läkemedel (till exempel neuroleptika, antidepressiva, antiepileptika, antidiabetika) (8) och av stress (9). Hos barn påverkas kroppsvikten dessutom av brist på sömn (10).

## Förekomst och utveckling över tid

### Nästan hälften av befolkningen har övervikt eller obesitas

47 procent av den vuxna befolkningen i länet har övervikt eller obesitas (se figur 1). Män har mer övervikt men skillnaderna mellan könen i obesitas är små (FHE).

#### Övervikt och obesitas i befolkningen

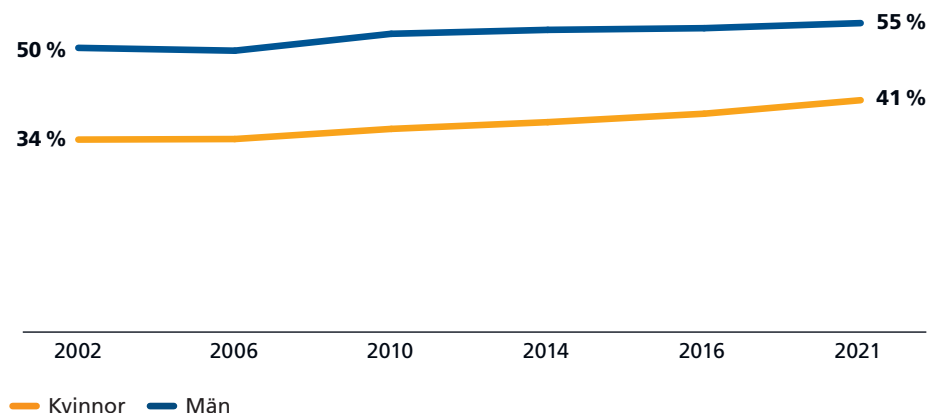


**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med övervikt (BMI 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>) och obesitas (BMI 30 kg/m<sup>2</sup> eller mer), i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Andelen som har övervikt eller obesitas har ökat mellan år 2002 och 2021 (se figur 2). Det är framför allt obesitas som står för ökningen. Obesitas har ökat från 10 till 15 procent för män och från 9 till 14 procent för kvinnor mellan år 2002 och år 2021. Andelen med övervikt har däremot varit relativt stabil bland män sedan 2002 och bara ökat något bland kvinnor, från 25 till 27 procent (FHE).

#### Övervikt och obesitas över tid

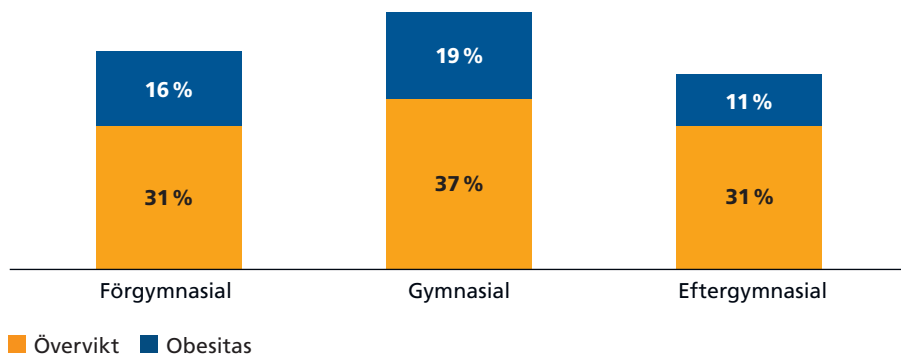


**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år med övervikt eller obesitas (BMI över 25,0 kg/m<sup>2</sup>), i Stockholms län år 2002–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Övervikt och obesitas är vanligast i åldrarna 45–64 år, där 57 procent har övervikt eller obesitas. Det är vanligare i gruppen med gymnasieutbildning jämfört med förgymnasial och eftergymnasial utbildning (se figur 3). Det är också vanligare bland personer födda utanför Europa (54 procent) jämfört med personer födda i Europa utom Sverige (48 procent) och i Sverige (45 procent) (FHE).

### Övervikt och obesitas per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med övervikt (BMI 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>) och obesitas (BMI 30 kg/m<sup>2</sup> eller mer), i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå. Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Bland fyraåringar i Stockholms län har nio procent övervikt och två procent har obesitas. Andelen har legat relativt stabil under de senaste åren men under år 2020–2021 har en mycket snabb ökning skett, där andelen med övervikt på bara ett år ökade från 8,4 procent till 9,0 procent och obesitas från 1,8 till 2,3 procent (11). En liknande ökning i övervikt och obesitas bland fyraåringar har observerats i andra regioner i Sverige under samma period (12).

## Insatser

### WHO föreslår åtgärder

WHO (Världshälsoorganisationen) har antagit handlingsplaner mot övervikt och obesitas både för barn (13) och vuxna (14). Målet är att stoppa ökningen av obesitas i den vuxna befolkningen till år 2025. WHO bedömer att de mest effektiva åtgärderna för att förebygga obesitas och minska sociala hälsoskillnader är policyförändringar, ekonomiska styrmedel och reglering av ohälsosamma livsmedel, tillsammans med insatser som främjar möjligheterna till fysisk aktivitet (1). Samhället bör prioritera insatser som hjälper grupper med lägre socioekonomi eftersom dessa grupper har större hinder för att göra hälsosamma val. Insatser som består av att enbart sprida kunskap har en tendens att bara gynna socioekonomiskt starka grupper (15).

## Stort behov av förebyggande insatser

Förebyggande insatser mot övervikt och obesitas kan sättas in från fosterstadiet och under hela livet. Troligen har tidiga insatser störst effekt och är mest kostnadseffektiva på samhällsnivå (1). För barn i förskoleåldern finns evidens för att insatser som inkluderar hela familjen är mest effektiva (16). För skolbarn har interventionsstudier visat att det mest effektiva är relativt intensiva program som inkluderar både skola och hem och som varar i mer än sex månader (17). Det vården kan göra för att främja hälsosamma levnadsvanor presenteras i respektive avsnitt i kapitlet Levnadsvanor.

## För få får vård för obesitas

Obesitas är både underdiagnostiserat och underbehandlat. Mindre än 40 procent av de som har obesitas får en diagnos. Män diagnostiseras i lägre utsträckning än kvinnor. Av de som får en obesitasdiagnos får endast 64 procent behandling (18).


Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård för obesitas anger att grunden i behandlingen är förändring av levnadsvanor med kontinuerlig rådgivning och stöd av kvalificerad vårdpersonal (19). Läkemedel kan användas som hjälpmedel och de senaste studierna har visat att läkemedel i kombination med levnadsvanebehandling kan ge en mycket bra effekt på viktnedgång. Alla läkemedel ingår dock inte i läkemedelsförmånen utan måste i så fall bekostas av patienten. Magsäcksoperation kan vara aktuell för patienter mellan 18 och 60 år. Operationen kan vara särskilt bra för patienter med följsjukdomar som till exempel diabetes (20).

Enligt riktlinjerna bör fler få diagnos och behandling tidigt samt bli bemötta av särskilt utbildad personal som respekterar patientens rätt att pröva olika typer av behandling. Vid behandling av obesitas är det viktigt att patienter blir bemötta på ett respektfullt sätt inom hela vårdkedjan och att stigmatisering undviks (21).

Ett nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar är för närvarande under utarbetande.

## REFERENSER

1. World Health Organization. WHO European Regional Obesity Report 2022. Köpenhamn; 2022.
2. Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev.* 2006;27(7):750-61.
3. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet.* 2019;393(10173):791-846.
4. Granheim SI, Lovhaug AL, Terragni L, Torheim LE, Thurston M. Mapping the digital food environment: A systematic scoping review. *Obes Rev.* 2022;23(1):e13356.
5. Westerterp KR. Control of energy expenditure in humans. *Eur J Clin Nutr.* 2017;71(3):340-4.
6. Vogel M, Geserick M, Gausche R, Beger C, Poulain T, Meigen C, et al. Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *Int J Obes (Lond).* 2022;46(1):144-52.
7. Flanagan EW, Beyl RA, Fearnbach SN, Altazan AD, Martin CK, Redman LM. The Impact of COVID-19 Stay-At-Home Orders on Health Behaviors in Adults. *Obesity (Silver Spring).* 2021;29(2):438-45.
8. Stockholms läns läkemedelskommitté. Tema Fetma. Evidens. 2016(5).
9. van der Valk ES, Savas M, van Rossum EFC. Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Curr Obes Rep.* 2018;7(2):193-203.
10. Fatima Y, Doi SA, Mamun AA. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16(2):137-49.
11. Region Stockholm. Årsrapport Barnhälsovård i Stockholms län. 2021.
12. Fäldt A, Nejat S, Edvinsson Sollander S, Durbeej N, Holmgren A. Increased incidence of overweight and obesity among preschool Swedish children during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Public Health.* 2022.
13. Commission on Ending Childhood Obesity. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity Geneva: World Health Organization; 2016.
14. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. Geneva; 2013.
15. Olstad DL, Ancilotto R, Teychenne M, Minaker LM, Taber DR, Raine KD, et al. Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev.* 2017;18(7):791-807.
16. Flynn AC, Suleiman F, Windsor-Aubrey H, Wolfe I, O'Keeffe M, Poston L, et al. Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: A systematic review by intervention setting. *Matern Child Nutr.* 2022;18(3):e13354.

- 
17. Bleich SN, Vercammen KA, Zatz LY, Frelief JM, Ebbeling CB, Peeters A. Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2017.
  18. Elinder LS, Fors S, Karnehed N, Tynelius P. Den ojämlika obesitasvården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. Rapport 2022:3; 2022.
  19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas, Stockholm. 2022.
  20. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2022;387(3):205-16.
  21. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*. 2015;385(9986):2521-33.





# 10%

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

Andel i åldrarna 50–65 år  
som har en för hög  
kolesterolnivå:

84 %  
Män



76 %  
Kvinnor



Andel där kolesterolanalys har  
gjorts bland de som besökt  
länets vårdcentraler minst tre  
gångar mellan år 2015 och 2021:



71 %  
Kvinnor  
i riskålder



62 %  
Män  
i riskålder

# Högt kolesterol

57 procent av männen och 15 procent av kvinnorna i åldrarna 50–65 år i Stockholms län har högt kolesterol och löper en hög risk för hjärt-kärlsjukdom. Det finns effektiva läkemedel och livsstilsinterventioner, men en majoritet av de behandlade når inte målnivåerna. Insatser behövs för att öka uppföljningen av, och följsamheten till, behandling.

## Introduktion

### **Kolesterol är nödvändigt för kroppen**

Kolesterol är ett fettämne som behövs för cellernas funktion och för att kroppen ska kunna producera exempelvis hormoner. Kolesterol transporteras i blodet i olika sammansättningar med proteiner. Den sammansättning som kan orsaka hjärt-kärlsjukdomar kallas LDL-kolesterol. Halten av LDL-kolesterol i blodet ökar upp till 50-årsåldern hos män och upp till klimakteriet hos kvinnor, för att sedan vara relativt stabilt (1).

### **Högt LDL-kolesterol orsakar hjärt-kärlsjukdom**

Högt LDL-kolesterol orsakar fyra procent av den totala sjukdomsburden i Stockholms län (2). Höga halter av LDL-kolesterol i blodet ger fettinlagring i blodkärlen (ateroskleros). Det ger typiskt inga symtom, utan symtomen uppstår först vid följdsjukdomar så som hjärt-kärlsjukdomar.

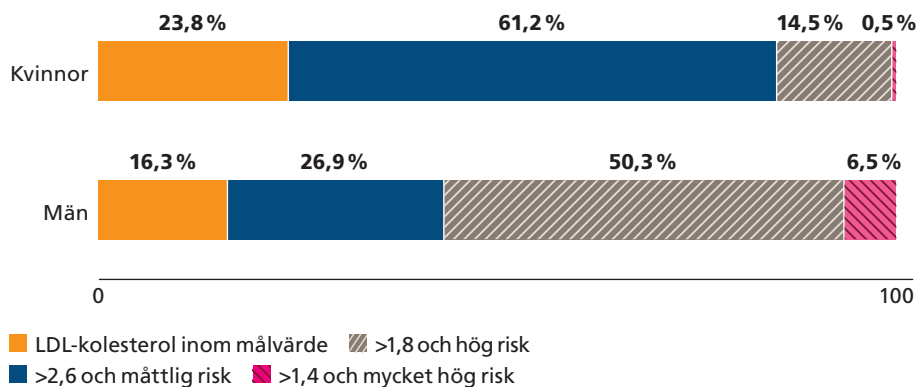
Diagnosen hyperlipidemi (blodfetsrubbing) sätts utifrån en sammanvägning av patientens kolesterolnivå (höga halter av totalkolesterol eller olämplig fördelning av olika typer av kolesterol) samt patientens risk för hjärt-kärlsjukdom. Det innebär att varje patient har en önskvärd kolesterolnivå som beräknas individuellt. Personer som har en hög risk för hjärt-kärlsjukdom behandlas intensivare, till lägre kolesterolnivå (3).

## Förekomst och utveckling över tid

### **Högt LDL-kolesterol är mycket vanligt**

I Stockholms län har 84 procent av männen och 76 procent av kvinnorna i åldern 50–65 år en kolesterolnivå över det värde som vore önskvärt (se figur 1). Det är mycket vanligare att män har en för hög LDL-kolesterolnivå och hög risk för hjärt-kärlsjukdom, 57 procent jämfört med 15 procent för kvinnor (SCAPIS; CES). Både kolesterolnivåerna och sjukdomsburden av högt LDL-kolesterol sjunker över tid i såväl Sverige som hela Västeuropa (4, 5).

## Kolesterolnivå i befolkningen



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 50–65 år som har en för hög kolesterolnivå respektive en nivå inom målvärdet, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter kön. Notera att målvärden för kolesterol hänger ihop med risken för hjärt-kärlsjukdom, enligt SCORE2 (6).

Källa: SCAPIS; CES.

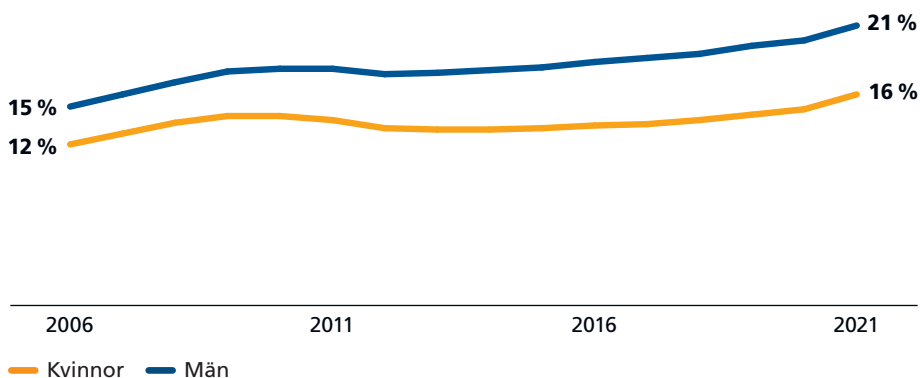
Indelning: andel med kolesterol inom målvärde, andel med högt kolesterol (över 2,6) och måttlig risk (under 5 procent) för hjärt-kärlsjukdom, andel med högt kolesterol (över 1,8) och hög risk för hjärt-kärlsjukdom samt andel med högt kolesterol (över 1,4) och mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdom.

## Högt kolesterol är underbehandlat – framför allt bland män

Av de som haft hyperlipidemi-diagnos i minst ett år hade bara 41 procent nått målnivån för behandling (genomsnittligt LDL under 2,6 mmol/l) år 2016–2021 (Take Care SLSO primärvård).

Högt kolesterol kan minskas med livsstilsförändringar, läkemedelsbehandling eller en kombination av båda. År 2021 hämtade 16 procent av männen i Stockholms län i åldern 40 år och äldre ut läkemedel mot högt kolesterol (7). Av kvinnor i samma ålder hämtade tio procent ut läkemedel. Andelen som hämtar ut läkemedel mot högt kolesterol ökar sakta (se figur 2).

## Andel som hämtar ut läkemedel mot högt kolesterol



**Figur 2.** Andel (%) av befolkningen över 40 år som hämtat ut läkemedel mot högt kolesterol, i Stockholms län år 2006–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister.

### Insatser

#### Förbättrade levnadsvanor förebygger högt kolesterol

Hälsosamma levnadsvanor i befolkningen är det bästa kända sättet att förebygga högt kolesterol på befolkningsnivå. Stöd från experiment visar att kolesterolnivåerna kan sänkas med en kost med mer omättat fett och lösliga fiber samt mindre transfett och mättat fett. Även viktnedgång och regelbunden fysisk aktivitet sänker kolesterolnivåerna (8).

#### Screening kan upptäcka fler med högt kolesterol

Behandlingskrävande högt kolesterol kan bara upptäckas med hjälp av blodprov. Europeiska specialistföreningar rekommenderar att analys av kolesterol ska göras hos män över 40 år och hos kvinnor efter klimakteriet (9). I Sverige rekommenderas blodprov för alla som har hjärt-kärlsjukdom (eller någon nära släkting som har det), typ 2-diabetes, njursvikt, högt blodtryck eller övervikt, liksom för alla som röker eller dricker mycket alkohol (10).

Bland de som besökt Region Stockholms vårdcentraler minst tre gånger mellan år 2015 och 2021 har kolesterolanalys gjorts på 62 procent av männen 40 år eller äldre och på 71 procent av kvinnorna 60 år eller äldre (Take Care SLSO primärvård). Det är därmed en betydande andel där kolesterol inte undersökts.

#### Läkemedel och livsstilsförändringar sänker kolesterolnivåerna

Statiner är ett effektivt och säkert sätt att sänka kolesterolnivåerna och risken för hjärt-kärlsjukdomar (11, 12). Även måttliga till intensiva rådgivningsinterventioner (3–31 sessioner) för kost eller fysisk aktivitet leder till en minskning av kolesterolnivåerna (13). Tätare uppföljning och påminnelser om att ta medicin ger en bättre följsamhet till behandling (14, 15). Följsamhet till kolesterolsänkande behandling är kopplat till en lägre dödlighet och mindre hjärt-kärlsjukdomar (16).

## REFERENSER

1. Liu HH, Li JJ. Aging and dyslipidemia: a review of potential mechanisms. *Ageing Res Rev.* 2015;19:43-52.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
3. Hulting J, Hjemdahl P, Kahan T. Hyperlipidemi 2022. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/hyperlipidemi>.
4. Du H, Shi Q, Song P, Pan XF, Yang X, Chen L, et al. Global Burden Attributable to High Low-Density Lipoprotein-Cholesterol From 1990 to 2019. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:903126.
5. N. C. D. Risk Factor Collaboration. National trends in total cholesterol obscure heterogeneous changes in HDL and non-HDL cholesterol and total-to-HDL cholesterol ratio: a pooled analysis of 458 population-based studies in Asian and Western countries. *Int J Epidemiol.* 2020;49(1):173-92.
6. Score working group, E. S. C. Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 2021;42(25):2439-54.
7. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för läkemedel. Stockholm; 2022.
8. Schoeneck M, Iggman D. The effects of foods on LDL cholesterol levels: A systematic review of the accumulated evidence from systematic reviews and meta-analyses of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021;31(5):1325-38.
9. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), ESC National Cardiac Societies. ENC. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Atherosclerosis.* 2019;290:140-205.
10. Vårdguiden. Höga blodfetter 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/blodkarl/hoga-blodfetter/>.
11. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(1):CD004816.
12. Cai T, Abel L, Langford O, Monaghan G, Aronson JK, Stevens RJ, et al. Associations between statins and adverse events in primary prevention of cardiovascular disease: systematic review with pairwise, network, and dose-response meta-analyses. *BMJ.* 2021;374:n1537.
13. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD); 2014.
14. Schedlbauer A, Davies P, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3):CD004371.
15. van Driel ML, Morledge MD, Ulep R, Shaffer JP, Davies P, Deichmann R. Interventions to improve adherence to lipid-lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12(12):CD004371.
16. Deshpande S, Quek RG, Forbes CA, de Kock S, Kleijnen J, Gandra SR, et al. A systematic review to assess adherence and persistence with statins. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(4):769-78.



5%

av alla dödsfall i Stockholms län  
orsakas av nedsatt njurfunktion.

6%

i åldrarna 50–78 år har  
nedsatt njurfunktion  
(stadie 3 eller högre).

12%

av personer med  
nedsatt njurfunktion  
har fått en diagnos.





# Nedsatt njurfunktion

Nedsatt njurfunktion orsakar två procent av sjukdomsbördan i Stockholms län och fem procent av alla dödsfall. Njurfunktionen försämras smygande och ofta märks inga symtom förrän i ett sent stadium. Med tidig upptäckt, till exempel genom screening i riskgrupper, går det att bromsa försämringen och förebygga kroniska sjukdomar, främst hjärt-kärlsjukdom, och förtida död.

## Introduktion

### Njurfunktionen försämras långsamt

Njurarna fyller flera funktioner i kroppen, utöver att avlägsna överflödigt vätska och restprodukter. De reglerar vätskebalansen och nivåerna av salt och mineraler, producerar hormoner, bidrar till regleringen av blodtrycket, stimulerar bildningen av röda blodkroppar i benmärgen och aktiverar D-vitamin (1). Funktionen försämras långsamt och länge utan symtom.

Vanliga orsaker till nedsatt njurfunktion är diabetes, högt blodtryck, inflammation i njurarna (2, 3) och hög ålder (4). Andra vanliga riskfaktorer med visst samband är övervikt (5) och rökning (6). Det finns också ett samband med socioekonomiska faktorer (7).

### Nedsatt njurfunktion kan skada alla vävnader och organ

Nedsatt njurfunktion uppskattas orsaka två procent av sjukdomsbördan i Stockholms län och fem procent av alla dödsfall (8). Nedsatt njurfunktion ökar tydligt risken för hjärt-kärlsjukdomar (9, 10). Det är också en viktig riskfaktor för många andra sjukdomar och komplikationer (11, 12) eftersom nedsatt njurfunktion kan påverka och skada alla vävnader och organ i kroppen, inklusive skelett, nerver och muskler. Dessutom ökar den nedsatta njurfunktionen tydligt risken för förtida död; ju sämre funktion desto högre risk (9).

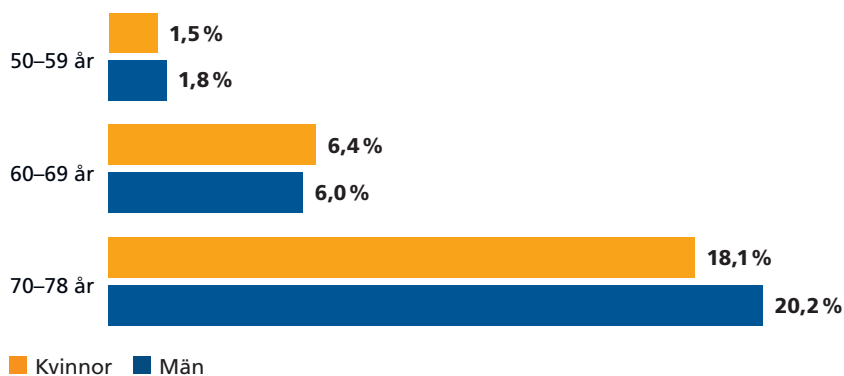
Nedsatt njurfunktion delas in i fem stadier. Vid stadium 3 har njurarna tappat hälften eller mer av sin normala funktion och vid stadium 5 kan dialys eller transplantation behövas (13). Symtom, som trötthet, illamående, aptitlöshet, klåda och kräkningar, uppkommer inte förrän i stadium 5 när 85 procent av njurarnas funktion är borta (11).

## Förekomst och utveckling över tid

### Nedsatt njurfunktion är vanligare hos äldre och de med kort utbildning

Förekomsten av nedsatt njurfunktion ökar betydligt med ålder (se figur 1). En av fem personer mellan 70 och 78 år har nedsatt njurfunktion i stadium 3 eller högre (SDPP och SCAPIS). Nedsatt njurfunktion är också mycket vanligare bland personer med kort utbildning (se figur 2).

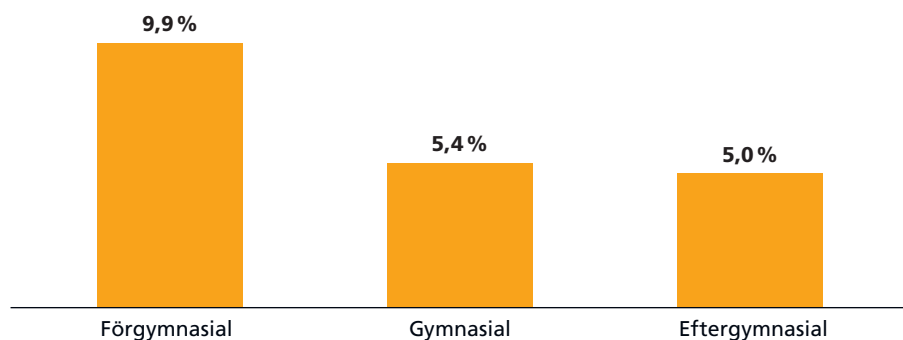
### Nedsatt njurfunktion per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 50–78 år med nedsatt njurfunktion i stadium 3 eller högre, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter ålder och kön.

Källa: SDPP; SCAPIS.

### Nedsatt njurfunktion per utbildningsnivå



**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 50–78 år med nedsatt njurfunktion i stadium 3 eller högre, i Stockholms län år 2013–2018, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: SDPP; SCAPIS.

## Personer med nedsatt njurfunktion får sällan diagnos

En genomgång av journaldata visar att totalt 9 procent av alla vuxna som provtagits på Region Stockholms vårdcentraler år 2015–2021 hade ett värde som pekade på nedsatt njurfunktion i stadium 3–5, 21 procent bland personer 50 år och äldre (Take care SLSO primärvård). Genomgången visar också att endast 12 procent av de som har provresultat som tyder på nedsatt njurfunktion i stadium 3–5 har en registrerad diagnos, färre kvinnor än män (10 respektive 14 procent).

### Insatser

#### Kroniskt nedsatt njurfunktion kan förebyggas

Försämrad njurfunktion kan förebyggas med befolkningsinriktade insatser mot vissa sjukdomar och livsstilsfaktorer som i sin tur orsakar nedsatt njurfunktion. Det gäller främst högt blodsocker, typ 2-diabetes, högt blodtryck, högt kolesterol, övervikt och rökning (för insatser, se respektive avsnitt).

#### Screening rekommenderas för riskgrupper

Tidig upptäckt och behandling kan bromsa utvecklingen (14) och förhindra hjärt-kärlsjukdomar och andra komplikationer samt förtida död (3). Det är dock en utmaning eftersom nedsatt njurfunktion ofta utvecklas utan symtom.

Riktad screening av nedsatt njurfunktion rekommenderas enligt nationellt vårdprogram för individer med högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom samt genomgången njuroperation (15). Sedan 2018 rekommenderar dessutom nationella riktlinjer att personer med diabetes undersöks årligen (16). Trots rekommendationen hade endast 38 procent av individer med diabetes i Stockholms län undersökts under en tvåårsperiod (17). Regelbunden uppföljning enligt internationella och nationella riktlinjer (18, 19) är av stor vikt för att förhindra att nedsatt njurfunktion utvecklas till högre stadier. Det är avgörande för att behålla eller öka livskvaliteten och minska behovet av framtida sjukvård.

## REFERENSER

1. Aurell M, Samuelsson, O., Guron, G. Njurmedicin. 5th ed: Liber; 2020.
2. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet (London, England)*. 2013;382(9888):260-72.
3. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney Int*. 2011;80(12):1258-70.
4. Hallan SI, Matsushita K, Sang Y, Mahmoodi BK, Black C, Ishani A, et al. Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. *Jama*. 2012;308(22):2349-60.
5. Chang AR, Grams ME, Ballew SH, Bilo H, Correa A, Evans M, et al. Adiposity and risk of decline in glomerular filtration rate: meta-analysis of individual participant data in a global consortium. *BMJ (Clinical research ed)*. 2019;364:k5301.
6. Xia J, Wang L, Ma Z, Zhong L, Wang Y, Gao Y, et al. Cigarette smoking and chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nephrol Dial Transplant*. 2017;32(3):475-87.
7. Zeng X, Liu J, Tao S, Hong HG, Li Y, Fu P. Associations between socioeconomic status and chronic kidney disease: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(4):270-9.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
9. van der Velde M, Matsushita K, Coresh J, Astor BC, Woodward M, Levey A, et al. Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts. *Kidney Int*. 2011;79(12):1341-52.
10. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJ, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. *Lancet (London, England)*. 2013;382(9889):339-52.
11. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *Jama*. 2019;322(13):1294-304.
12. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet (London, England)*. 2017;389(10075):1238-52.
13. Stevens PE, Levin A. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Annals of internal medicine*. 2013;158(11):825-30.
14. James MT, Hemmelgarn BR, Tonelli M. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet (London, England)*. 2010;375(9722):1296-309.
15. Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom: Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa och sjukvård-Sveriges regioner i samverkan; [citerad 26 september 2022]. Hämtad från: [https://njurmed.se/wp-content/uploads/2021/06/Nationellt\\_vardprogram\\_for\\_kronisk\\_njursjukdom.pdf](https://njurmed.se/wp-content/uploads/2021/06/Nationellt_vardprogram_for_kronisk_njursjukdom.pdf).
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård-Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018.
17. Gasparini A, Evans M, Coresh J, Grams ME, Norin O, Qureshi AR, et al. Prevalence and recognition of chronic kidney disease in Stockholm healthcare. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2016;31(12):2086-94.
18. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2021;99(3s):S1-s87.
19. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2020;98(4s):S1-s115.

# Sjukdomar och skador



# Sjukdomar och skador

Ett tjugotal sjukdomar och skador orsakar mer än 50 procent av sjukdomsbördan i Stockholms län, enligt Global Burden of Disease (GBD). Allra störst sjukdomsbörda orsakas av hjärtinfarkt, följt av smärta i nedre delen av ryggen. Många sjukdomar är vanligare hos personer med kortare utbildning och lägre inkomst, och de drabbas oftare tidigare i livet. Det är mycket vanligt att ha flera sjukdomar samtidigt, särskilt bland äldre. Sjukdomarna beskrivs ändå var för sig, för att underlätta läsningen, men i vården måste de hanteras tillsammans.

## **Samsjuklighet är vanligt – särskilt bland äldre**

Det är mycket vanligt att ha flera sjukdomar samtidigt, särskilt bland äldre. Enligt en registerstudie har 88 procent av alla över 60 år två eller fler sjukdomar, och 55 procent har fyra eller fler sjukdomar (1). Att ha flera sjukdomar samtidigt kallas multisjuklighet, komorbiditet eller samsjuklighet (2).

Högt blodtryck (hypertoni) är både den vanligaste sjukdomen och den vanligaste samsjukligheten. Bland personer med diabetes har 70 procent också diagnostiserat högt blodtryck (3). Inte sällan ses samsjuklighet med både kroppslig (somatisk) och psykisk sjukdom, och personer som har flera kroppsliga sjukdomar samtidigt har oftare också en psykisk sjukdom (4).

Samsjuklighet är en utmaning för hälso- och sjukvården och dess organisation (4). Att möta vårdbehovet hos multisjuka, särskilt äldre, kräver ett holistiskt omhändertagande och god samordning mellan olika vård- och omsorgsinstanser, med patienten i centrum (5).

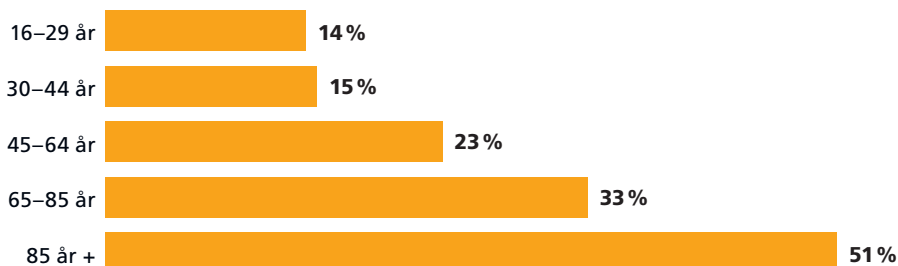
## **Mer sjukdom i yngre ålder bland personer med kort utbildning**

Sjukdomar är vanligare i de äldre åldersgrupperna. Men de allra flesta sjukdomar är också vanligare bland personer med kort utbildning eller låg inkomst, och dessutom debuterar sjukdomarna ofta tidigare i dessa grupper. Detsamma gäller för multisjuklighet: multisjuklighet är vanligare och debuterar tidigare bland personer med kort utbildning eller låg inkomst, vilket bidrar till sociala skillnader i sjukdomsförekomst och vårdbehov (4).

## Mer begränsande sjukdom bland äldre

21 procent av den vuxna befolkningen anger att de har en långvarig sjukdom, skada eller liknande som påverkar arbetsförmågan eller vardagslivet (FHE). Förekomsten ökar gradvis med stigande ålder och är högst bland personer 85 år och äldre där hälften anger att de har en begränsande sjukdom (se figur 1).

### Begränsande sjukdom per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har en långvarig sjukdom, besvär, funktionshinder eller annat långvarigt hälsoproblem som medför nedsatt arbetsförmåga eller hinder i dagliga sysselsättningar, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## REFERENSER

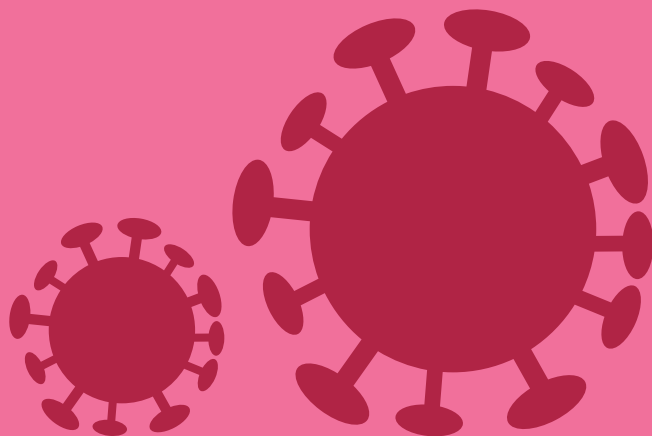
1. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Onder G et al: Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017, 72(10):1417-1423.
2. Folkhälsomyndigheten. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/folksjukdomar/>. Nedladdat 2022-12-02.
3. Kunskapsstöd kardiovaskulär sjukdom.[citerad 2022]. Hämtad från: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/kardiovaskular-prevention>. Nedladdat 2022-12-02.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;3 80:37-43.
5. Myndigheten för vårdanalys. VIP i vården. Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Rapport 2014:2.





**5 000** personer har avlidit av covid-19 sedan pandemins början i Stockholms län.

Antal per 100 000 med covid-19 som vårdades på sjukhus under pandemins första våg:



**2022**

var covid-19 fortfarande en av de vanligaste dödsorsakerna i länet.



**63 %**

har fått minst tre doser av vaccin mot covid-19 i januari 2023.

# Covid-19

Covid-19 är fortfarande en av de vanligaste dödsorsakerna i Stockholms län. År 2022 var covid-19 underliggande dödsorsak till nästan fyra procent av samtliga dödsfall i länet. Sedan pandemins start våren 2020 har över 5 000 personer avlidit på grund av covid-19 i länet. Risken att drabbas av svår sjukdom eller död i covid-19 är högre för äldre personer och personer med underliggande sjukdomar. Risken har också varit större för personer som har kortare utbildning och personer som är födda i andra länder, jämfört med personer som har längre utbildning och som är födda i Sverige.

## Introduktion

### **Covid-19 är ett mycket smittsamt virus**

Covid-19 orsakas av ett coronavirus (SAR-CoV-2) som upptäcktes år 2019 och som är mycket smittsamt. Symtombilden för covid-19 liknar i de flesta fall en vanlig luftvägsinfektion. De vanligaste symtomen är hosta (som uppskattas drabba 60–90 procent), andfåddhet (drabbar 50–80 procent) och försämrad smak och lukt (drabbar 60–80 procent). Även snuva, feber, halsont, muskel- och ledvärk samt andningssvårigheter är vanligt förekommande (1). Infektionen kan leda till lunginflammation och andningssvårigheter som kräver sjukhusvård och ibland även intensivvård. Risken för allvarlig sjukdom ökar för personer som är äldre eller som har underliggande risksjukdomar som till exempel cancer, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck eller obesitas (2). Men även yngre personer kan bli svårt sjuka och avlida av covid-19.

### **Postcovid är svår att överblicka**

För personer med lindriga symtom går sjukdomen oftast över på några dagar men ibland kan det ta längre tid. För de som vårdats på sjukhus kan tillfrisknandet ta mycket längre tid. En del personer får långvariga symtom, så kallad postcovid, med svår trötthet, koncentrationssvårigheter eller allmänt försämrad hälsa. I dagsläget är det svårt att säga hur stor andel som drabbas av postcovid eller hur långvarigt detta tillstånd är (3, 4).

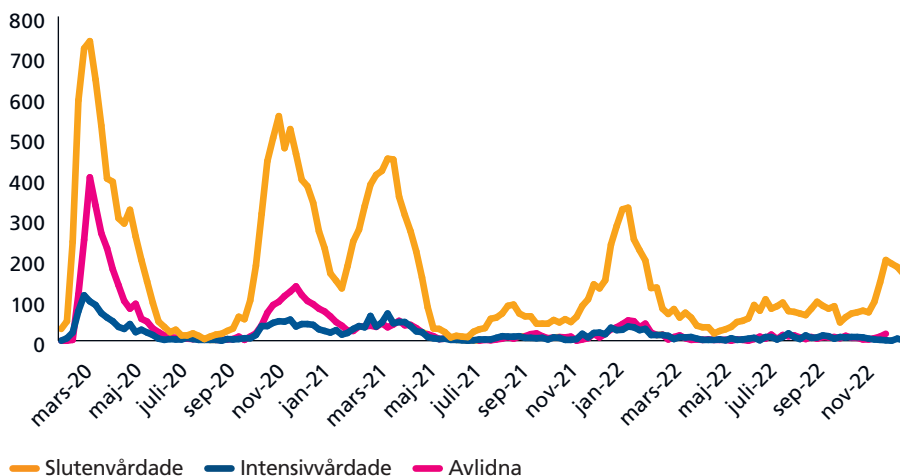
Den höga smittsamheten gör det svårt att skydda sig mot covid-19 men sedan december 2020 finns det effektiva vacciner som avsevärt minskar risken för allvarlig sjukdom och död i covid-19.

## Förekomst och utveckling över tid

### Första pandemivågen tog flest liv

Covid-19-pandemin har utvecklats i vågor, där antalet vårdtillfällen och avlidna tillfälligt ökat, för att sedan minska igen. Mellan mars 2020 och december 2022 kan man urskilja sex sådana vågor i Stockholms län och början på en sjunde (se figur 1).

#### Covid-19 – sjukhusvårdade och dödsfall per vecka



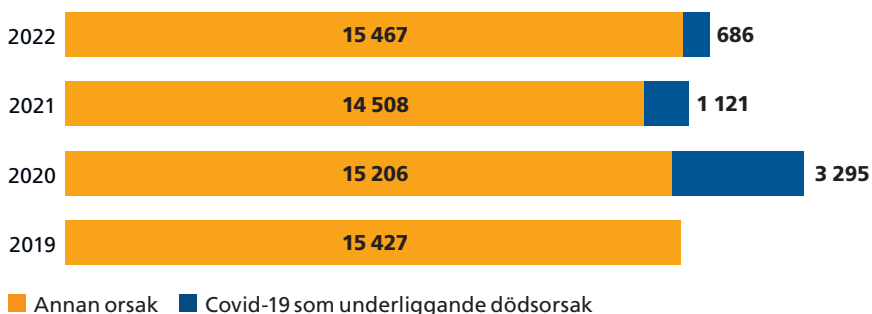
**Figur 1.** Antal sjukhusvårdade med covid-19 som huvuddiagnos, intensivvårdade med covid-19 samt avlidna med covid-19 som underliggande dödsorsak, i Stockholms län, under perioden mars 2020 till och med december 2022.

Källa: VAL-databaserna och Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Avlidna med covid-19 redovisas till och med november 2022.

De högsta veckotalen för alla indikatorer (antal sjukhusvårdade, intensivvårdade samt avlidna med covid-19) uppnåddes under den första vågen. Under senare vågor var toppvärdena lägre för alla indikatorer, men särskilt för antalet avlidna med covid-19. Trots detta är covid-19 fortfarande under 2022 en av de vanligaste dödsorsakerna i länet. I figur 2 visas bidraget från covid-19 till dödsfallen i Stockholms län för åren 2020–2022. Resultaten visar att nästan 18 procent av dödsfallen i länet år 2020 hade covid-19 som underliggande dödsorsak. År 2022 hade andelen sjunkit till lite mer än fyra procent.

## Dödsfall över tid



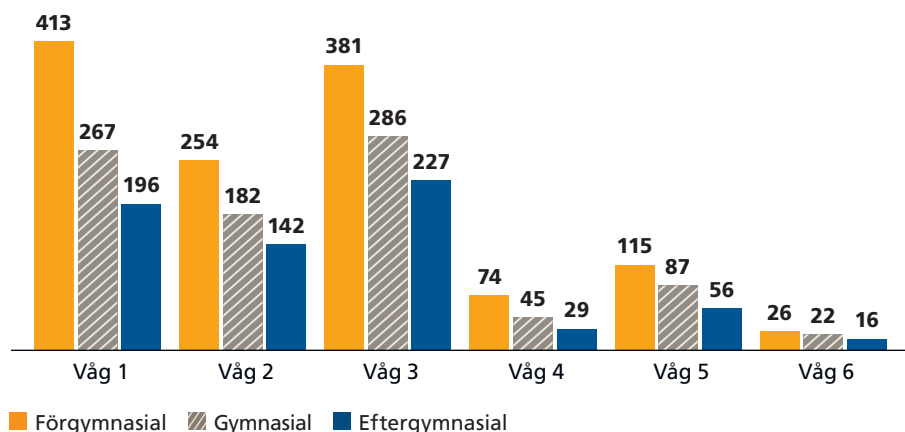
**Figur 2.** Antal dödsfall med covid-19 som underliggande dödsorsak samt antal dödsfall av annan orsak, i Stockholms län år 2019–2022.

Källa: Socialstyrelsen dödsorsaksregister.

## Lång utbildning ger lägre risk att behöva vård för covid-19

Bland utbildningsgrupper har personer med lång utbildning under hela pandemin haft lägst risk för att vårdas på sjukhus med covid-19 som huvuddiagnos, och personer med kort utbildning har haft högst risk, även när man justerar för skillnader i kön och ålder mellan utbildningsgrupperna (se figur 3). De absoluta skillnaderna var som störst under pandemins första våg. Då sjukhusvårdades 413 per 100 000 personer i gruppen med enbart förgymnasial utbildning jämfört med 196 per 100 000 i gruppen med eftergymnasial utbildning.

### Sjukhusinläggningar per 100 000 invånare, per utbildningsnivå



**Figur 3.** Antal per 100 000 individer som vårdats på sjukhus med covid-19 som huvuddiagnos under pandemins sex vågor, år 2020–2022, exklusive personer boende på vård- och omsorgsboende, uppdelat efter utbildningsnivå.

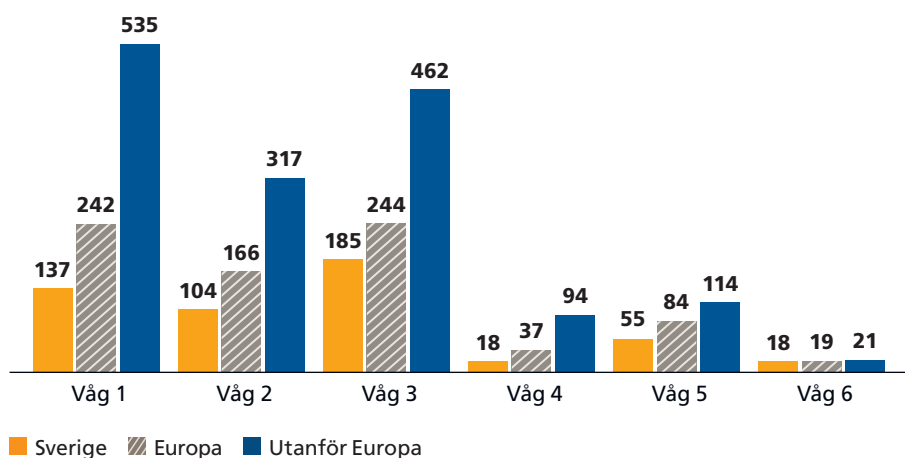
Källa: VAL-databaserna och Statistiska centralbyrån (SCB).

Notera: Värden är justerade för kön och ålder.

### Svenskfödda har lägre risk att behöva vård för covid-19

Tidigt under pandemin stod det också klart att vissa grupper av utrikesfödda var betydligt hårdare drabbade än personer födda i Sverige (se figur 4) (5).

### Sjukhusinläggningar per 100 000 invånare, per födelseland



**Figur 4.** Antal per 100 000 individer som vårdats på sjukhus med covid-19 som huvuddiagnos under pandemins sex vågor, år 2020–2022, exklusive personer boende på vård- och omsorgsboende, uppdelat efter födelseland (Sverige, övriga Europa och resten av världen).

Källa: VAL-databaserna och Statistiska centralbyrån (SCB).

Notera: Värden är justerade för kön och ålder.

Under pandemins första våg sjukhusvårdades 535 per 100 000 personer födda utanför Europa, jämfört med 137 av 100 000 födda i Sverige, alltså 398 personer fler per 100 000. Tidigare rapporter har visat att ojämlikheterna i risken att dö av covid-19 mellan personer födda i olika länder i hög utsträckning kan förklaras av skillnader i sociodemografiska förhållanden (6). Även om det finns viss variation över vågorna, så är det övergripande mönstret att ojämlikheterna beroende på födelse land har minskat under pandemins gång.

## Insatser

### **Vaccin är effektivt mot allvarlig sjukdom och död**

I dag finns vacciner som erbjuder visst skydd mot smitta, men framför allt ett effektivt skydd mot allvarlig sjukdom och död av covid-19. Nästan 63 procent har fått åtminstone tre doser i januari 2023 enligt Folkhälsomyndigheten (7). Vaccinationsgraden är högre bland äldre personer. Samtidigt finns det stora ojämlikheter i vilka grupper som har vaccinerat sig. Personer som är födda utanför Norden och som har kortare utbildning, lägre inkomster och bor i socioekonomiskt utsatta områden är i lägre grad vaccinerade än personer som är födda i Norden och som har längre utbildning, högre inkomster och bor i socioekonomiskt starkare områden (8). Effektiva insatser för att få upp täckningsgraden har därför potential att minska sjukdomsbördan av covid-19 totalt och samtidigt minska ojämlikheterna i hälsa.

För att minska smittspridningen och risken för allvarlig sjukdom rekommenderar Folkhälsomyndigheten utöver vaccination att hålla avstånd till andra människor och att använda munskydd när detta inte är möjligt, att stanna hemma vid symtom på covid-19, att hosta och nysa i armvecket, att undvika att röra ansiktet samt att tvätta händerna eller använda handdesinfektion regelbundet (9).

## REFERENSER

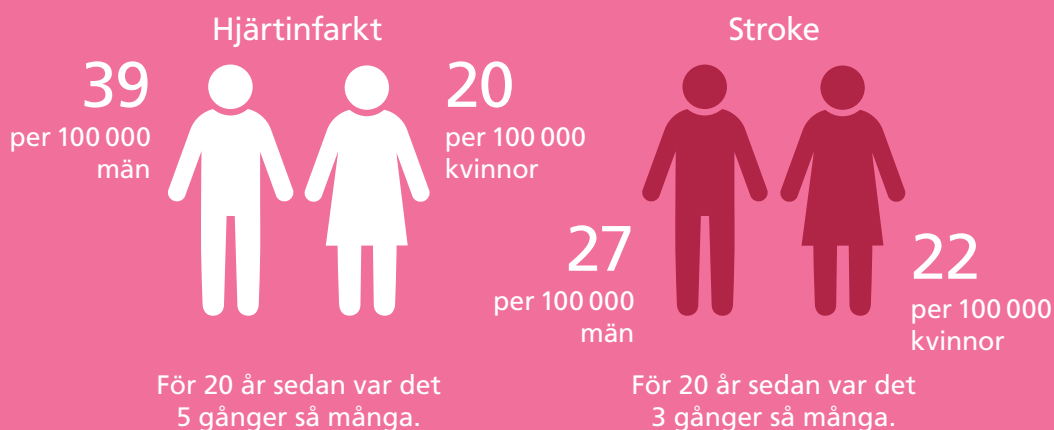
1. Long B, Carius BM, Chavez S, et al. Clinical update on COVID-19 for the emergency clinician: Presentation and evaluation. *Am J Emerg Med*. 2022;54:46-57.
2. Socialstyrelsen. Riskgrupper [internet]. [publicerad 2021-03-22, citerad 2022-12-01]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/riskgrupper/>.
3. Alkodaymi MS, Omrani OA, Fawzy NA, et al. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2022;28(5):657-666.
4. Socialstyrelsen. Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19. Socialstyrelsen; 2021.
5. Lager A, Tynelius P, Walander A, Nederby Öhd J, Ponce de Leon A, Zhou M, Burström B, Yacamán Méndez D, Fischer M, Hergens MP, Bartelink V. Covid-19 i Stockholms län till och med mitten av juni 2020. Förloppet och den geodemografiska spridningen. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:6.
6. Lager, A., Bartelink, V., Gebreselassie, M., Zhou, M., Hergens, M-P., Nederby Öhd, J., Tynelius, P. & Ponce de Leon, A. Covid-19 i Stockholms län till och med mars 2021 – sociodemografiska faktorer på individ- och områdesnivå. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:6.
7. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationer mot Covid-19 i Sverige [internet]. [citerad 2023-01-18]. Hämtad från: <https://experience.arcgis.com/experience/6df5491d566a44368fc721726c274301>.
8. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. 25 maj: Lägesrapport om vaccintäckning i olika områden och grupper i Stockholms län [internet]. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. [publicerad 2022-05-25; citerad 2022-11-30]. Hämtad från: <https://www.folkhalsoguiden.se/nyheter/25-maj-lagesrapport-vaccinationer/>.
9. Folkhälsomyndigheten. Smittspridning [internet]. [publicerad 2022-01-31, citerad 2022-12-01]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/smittspridning/>.





**27%** av alla dödsfall i Stockholms län orsakas av hjärtinfarkt eller stroke.

## Antal som dör av hjärtinfarkt och stroke:



# Hjärtinfarkt och stroke

Hjärtinfarkt och stroke är bland de allra största orsakerna till sjukdomsbörda och förtida död i Stockholms län. Tillsammans orsakar de elva procent av sjukdomsbördan. Men både insjuknanden och dödsfall i hjärtinfarkt och stroke minskar stadigt tack vare förbättringar i både förebyggande insatser och behandling. De viktigaste riskfaktorerna som går att förebygga är rökning, diabetes, höga blodfetter, högt blodtryck samt dålig social och organisatorisk arbetsmiljö.

## Introduktion

### Långsiktiga hälsoproblem för de som överlever

Hjärt-kärlsjukdomarna hjärtinfarkt och stroke är akuta, livshotande sjukdomstillstånd som beror på syrebrist (ischemi) i hjärtat respektive hjärnan. Syrebristen gör att vävnaden kan dö och därmed mista en del av sin funktion. Ungefär en fjärdedel av de som drabbas av hjärtinfarkt eller stroke dör inom de fyra första veckorna. Utöver den akuta risken att dö är långsiktiga hälsokonsekvenser efter hjärtinfarkt vanliga, bland annat hjärtsvikt och förmaksflimmer. Konsekvenserna av stroke kan vara många och svåra, bland annat förlamning och talsvårigheter, vilket kräver stora omsorgs- och rehabiliteringsinsatser. Men stroke orsakar också mer dolda funktionsnedsättningar, till exempel trötthet, minnessvårigheter och humörsvängningar.

### Socioekonomiska faktorer påverkar dödligheten i hjärt-kärlsjukdom

Hjärtinfarkt och stroke har liknande riskfaktorer även om det finns vissa skillnader. Båda sjukdomarna har en tydlig koppling till stigande ålder men män drabbas generellt tidigare i livet än kvinnor. Internationella studier har visat att det finns tydliga socioekonomiska skillnader i vilka som avlider i hjärt-kärlsjukdom och ett visst samband med flera enskilda socioekonomiska komponenter, framför allt inkomst men också arbete, utbildning och socioekonomiska förhållanden under barndomen (1, 2).

### Hjärtinfarkt och stroke kan förebyggas

De viktigaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt som går att förebygga är rökning, diabetes, höga blodfetter, högt blodtryck samt dålig social och organisatorisk arbetsmiljö. Var för sig ökar dessa faktorer risken för hjärtinfarkt till omkring det dubbla (3, 4). Övervikt och obesitas är kopplat till ökad risk för hjärtinfarkt (5), men sambandet blir mycket svagt om hänsyn tas till andra riskfaktorer som höga blodfetter och högt blodtryck (3). För stroke är riskfaktorerna överlappande, men med vissa skillnader. Högt blodtryck, höga blodfetter och diabetes är de riskfaktorer som både har tydligast koppling och störst förekomst i befolkningen. Även nedsatt njurfunktion och förmaksflimmer ökar risken för stroke (6, 7). Rökning är inte lika tydligt kopplat till stroke som till hjärtinfarkt (8).

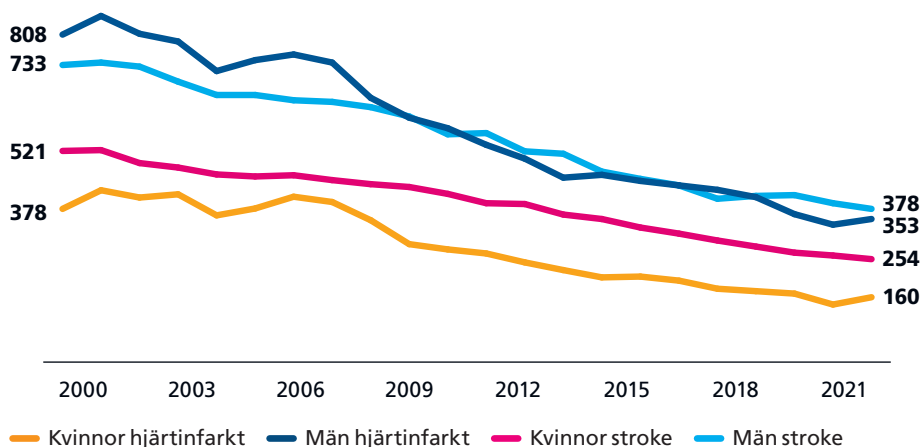
## Förekomst och utveckling över tid

### Allt färre insjuknar i hjärtinfarkt och stroke

Hjärtinfarkt står för nästan åtta procent av den samlade sjukdomsburden i Stockholms län och 18 procent av dödsfallen. Stroke står för fyra procent av den samlade sjukdomsburden och åtta procent av dödsfallen i Stockholms län (9). Nya fall av både hjärtinfarkt och stroke har dock minskat successivt under flera decennier. I Stockholms län har det åldersstandardiserade insjuknandet i hjärtinfarkt halverats sedan år 2000 för både män och kvinnor. För stroke har minskningen varit något långsammare, men följer samma positiva trend (se figur 1).

Det kvarstår dock stora skillnader inom länet. Att drabbas av hjärtinfarkt är till exempel nästan tre gånger vanligare i Norrtälje än i Sundbyberg. Det beror på att stora skillnader kvarstår när det gäller socioekonomiska faktorer. Personer över 20 år med enbart förgymnasial utbildning har 3,5 gånger högre risk för stroke och 2,6 gånger högre risk för hjärtinfarkt jämfört med de som har eftergymnasial utbildning år 2020 (VAL).

#### Hjärtinfarkt och stroke per 100 000 invånare



**Figur 1.** Antal insjuknanden i hjärtinfarkt och stroke per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

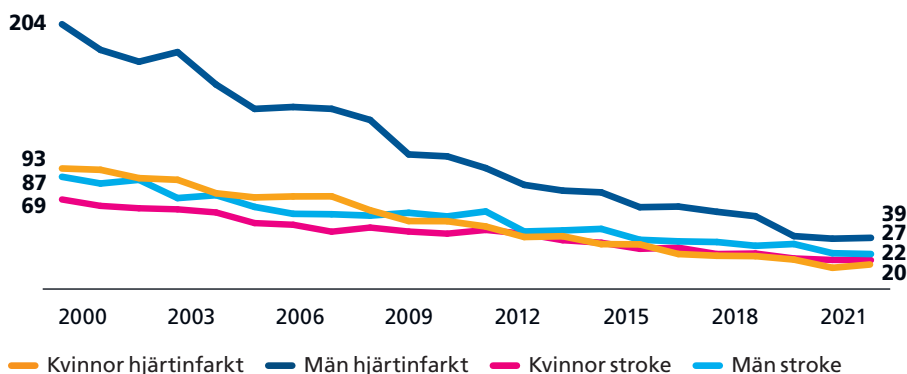
Källa: Socialstyrelsens hjärtinfarktstatistik och Socialstyrelsens strokestatistik.

Notera: Värden är åldersstandardiserade (efter medelbefolkningen i Sverige år 2020).

### Antalet som dör i hjärtinfarkt och stroke minskar drastiskt

Även antalet som dör i hjärtinfarkt och stroke har minskat drastiskt de senaste åren (se figur 2). År 2021 dog 39 män och 20 kvinnor per 100 000 av hjärtinfarkt. För 20 år sedan var det 5 gånger så många. Samma år dog 27 män och 22 kvinnor per 100 000 av stroke. Det var tre gånger så många för 20 år sedan.

## Dödsfall i hjärtinfarkt och stroke per 100 000 invånare



**Figur 2.** Antal dödsfall i hjärtinfarkt och stroke per 100 000 individer, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Värden är åldersstandardiserade (efter medelbefolkningen i Sverige år 2021).

## Insatser

### Viktigt att kombinera livsstilsförändring och läkemedel

Hjärtinfarkt och stroke kommer att vara bland de viktigaste orsakerna till sjukdoms-  
bördan i befolkningen under en lång tid framöver, trots den positiva utvecklingen.

Det är därför viktigt att fortsätta utveckla program för att identifiera och behandla  
riskfaktorer tidigt. Det har potential att göra stor nytta.

De mest effektiva åtgärderna för att minska insjuknandet i hjärt-kärlsjukdomar är  
att identifiera personer som har påverkbara riskfaktorer och ge dem stöd till livsstils-  
förändringar och preventiv läkemedelsbehandling. Det gäller särskilt för personer med  
flera riskfaktorer (10). Till exempel finns ett starkt vetenskapligt stöd för läkemedels-  
behandling av högt blodtryck (11–13) och höga blodfetter (14, 15) (se Metabola riskfaktorer).  
Acetylsalicylsyra har visst vetenskapligt stöd i riskgrupper (16) och vid förmaksflimmer  
har blodförtunnande medel mycket starkt vetenskapligt stöd för att förebygga stroke (17).

Livsstilsförändringar som motion, viktning och en diet som består av mycket frukt  
och grönsaker har visst vetenskapligt stöd som behandling av högt blodtryck och diabetes,  
som i sin tur höjer risken för hjärtinfarkt och stroke, men det är svårare att visa på ett  
direkt samband mellan dessa beteendeförändringar och risken för stroke och hjärtinfarkt  
(3, 10). För rökare är rökstopp en viktig förebyggande insats mot hjärtinfarkt.

Sambandet mellan luftföroreningar och hjärt-kärlsjukdom är mycket svagt men eftersom  
så många exponeras för luftföroreningar är de ett potentiellt folkhälsoproblem (18).


## **Snabba och sammanhållna vårdkedjor räddar liv**

Att fortsätta att korta tiden mellan insjuknande, diagnos och behandling i akutskedet minskar dödligheten och kan bevara mer av hjärtats och hjärnans funktion. Det innebär vinster för patienterna så väl som för samhället. Dagens effektiva medicinska behandlingar minskar också risken för återinsjuknande, tillsammans med livsstilsförändringar i efterförloppet.

En sammanhållen vård vid specialiserade enheter minskar dödligheten och funktionsnedsättningarna vid både hjärtinfarkt och stroke. Den behandling i akutskedet för hjärtinfarkt som utvecklades på 1980-talet har inneburit stora vinster. För stroke har den akuta vården gjort en liknande resa, även om det skett senare. På senare år har också en ny strokebehandling utvecklats där man drar ut proppar ur hjärnans kärl (trombektomi). Framstegen visar att ett systematiskt förbättringsarbete har fortsatt stor potential att förbättra den akuta vården.

## REFERENSER

1. Manrique-Garcia E, Sidorchuk A, Hallqvist J, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(4):301-9.
2. Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Annals of epidemiology*. 2006;16(2):91-104.
3. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
4. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):953-62.
5. Yatsuya H, Toyoshima H, Yamagishi K, Tamakoshi K, Taguri M, Harada A, et al. Body mass index and risk of stroke and myocardial infarction in a relatively lean population: meta-analysis of 16 Japanese cohorts using individual data. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(5):498-505.
6. Andrew NE, Thrift AG, Cadilhac DA. The prevalence, impact and economic implications of atrial fibrillation in stroke: what progress has been made? *Neuroepidemiology*. 2013;40(4):227-39.
7. Masson P, Kelly PJ, Craig JC, Lindley RI, Webster AC. Risk of stroke in patients with ESRD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2015;10(9):1585-92.
8. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3 980 359 individuals and 42 401 strokes. *Stroke*. 2013;44(10):2821-8.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare 2019 [citerad 2022]. Hämtad från <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
10. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754-832.
11. Wang JG, Li Y, Franklin SS, Safar M. Prevention of stroke and myocardial infarction by amlodipine and Angiotensin receptor blockers: a quantitative overview. *Hypertension*. 2007;50(1):181-8.
12. Volpe M, Tocci G, Sciarretta S, Verdecchia P, Trimarco B, Mancia G. Angiotensin II receptor blockers and myocardial infarction: an updated analysis of randomized clinical trials. *J Hypertens*. 2009;27(5):941-6.
13. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009;338:b1665.
14. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *The Lancet*. 2010;376(9753):1670-81.

- 
15. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(1):Cd004816.
  16. Bibbins-Domingo K. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2016;164(12):836-45.
  17. Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG, et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *The Lancet*. 2010;376(9745):975-83.
  18. Cohen AJ, Brauer M, Burnett R, Anderson HR, Frostad J, Estep K, et al. Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Diseases Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1907-18.





# 10%

av sjukdomsörskadan orsakas av smärta i rörelseorganen och 3 % av huvudvärk och migrän.

Smärta som är i hög grad funktionsnedsättande:

## 5%

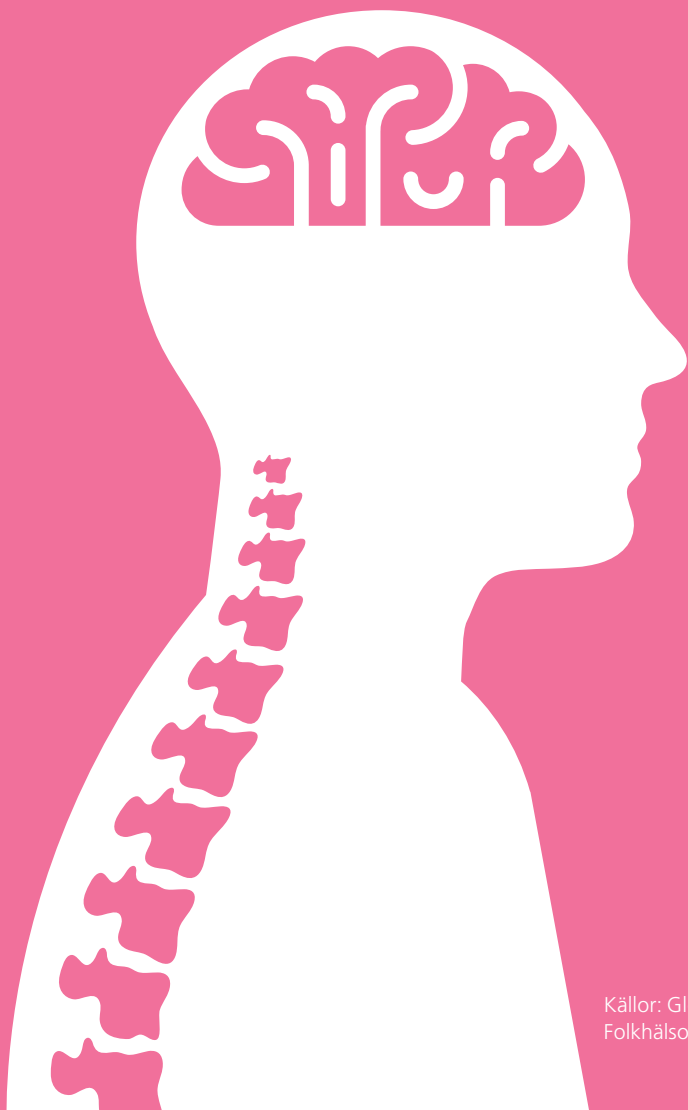
har sådan smärta i nedre delen av ryggen.

## 3%

har sådan smärta i nacken.

## 3%

har sådan huvudvärk eller migrän.



Smärta bland personer 85 år och äldre:

## 10%

har svåra besvär i skuldror eller axlar.



## 17%

har svåra besvär i ryggen, höften eller ischias.



# Smärta

Smärta drabbar personer i alla åldrar. Mellan tre och fem procent av befolkningen i Stockholms län har smärta i ryggen, nacken eller huvudet som är i hög grad funktionsnedsättande. Äldre drabbas oftare av smärta i rygg och nacke liksom artros, medan huvudvärkssjukdomar främst drabbar unga vuxna. Orsaken till smärtan är sällan känd och smärtpatienter behandlas därför ofta med smärtstillande läkemedel, även för tillstånd där sådan behandling bör undvikas.

## Introduktion

### Smärta är ett stort folkhälsoproblem

Smärta är ett av de största folkhälsoproblemen, och det förväntas öka med en åldrande befolkning (1–6). Smärta kan vara funktionsnedsättande, ge obehag och påverka familjeliv, arbetsförmåga och sociala relationer. År 2019 orsakade sjukdomar i rörelseorganen över tio procent av sjukdomsbördan i Stockholms län, och smärta i nacke och rygg samt artros bidrar mest (7). Huvudvärkssjukdomar stod för tre procent av all sjukdomsbörda (7). Dessutom är smärta en av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården och till långtidssjukskrivning (4, 5).

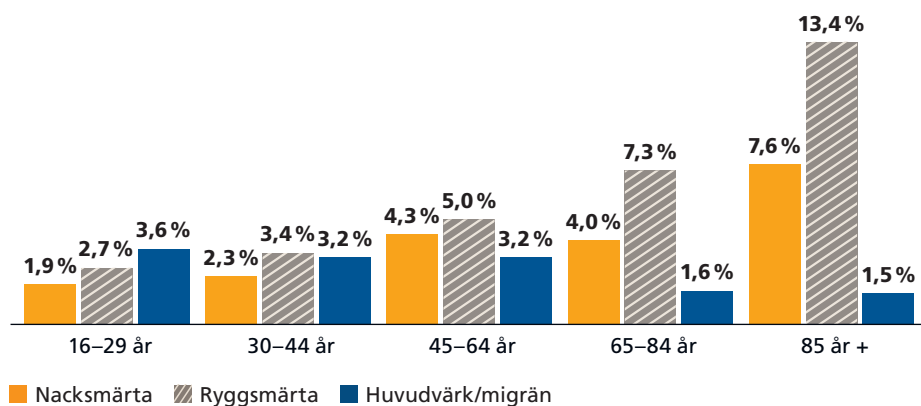
### Orsaken till långvarig smärta är sällan känd

Smärta definieras som en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse som kan vara förknippad med en faktisk eller potentiell vävnadsskada. Fortsatt smärta i över tre månader betraktas som långvarig smärta (1). Långvarig smärta är dock inte bara en akut smärta över en lång tid utan ett paraplybegrepp för olika smärtrelaterade sjukdomstillstånd (3). Orsaken till långvarig smärta är ofta oklar och troligen ett samspel mellan fysiska och psykosociala faktorer (3, 8, 9). Smärta klassificeras utifrån den troligaste orsaken, så som smärta till följd av vävnadsskada (nociceptiv), smärta till följd av skada eller sjukdom i nervsystemet (neuropatisk) eller smärta till följd av en förändring i smärtsystem, smärtreglering eller smärtsignaler (nociplastisk) (3). Det är vanligt med samsjuklighet mellan långvarig smärta och psykisk ohälsa (3, 8–10).

## Smärta är vanligast bland kvinnor och äldre

Smärta är vanligare bland kvinnor och äldre, med undantag för huvudvärk där unga vuxna drabbas mest (9). År 2021 uppgav fem procent av befolkningen i länet att de hade smärta i nedre delen av ryggen som var i hög grad funktionsnedsättande, tre procent att de hade sådan smärta i nacken samt tre procent att de hade sådan huvudvärk eller migrän (se figur 1). Bland de allra äldsta (85 år och äldre) rapporterar 10 procent att de har svåra besvär i skuldror eller axlar och 17 procent att de besväras av svår smärta i ryggen, höften eller ischias (SWEOLD).

### I hög grad funktionsnedsättande smärta per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de haft i hög grad funktionsnedsättande nacksmärta, ryggsmärta eller huvudvärk/migrän de senaste 6 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## SMÄRTA I NEDRE DELEN AV RYGGEN

### Introduktion

#### **Många faktorer samverkar när smärta blir långvarig**

Att ha ont i nedre delen av ryggen är en av de absolut vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning, och andelen personer med sådan smärta ökar i takt med att befolkningen blir äldre (2). I Stockholms län uppskattas ryggsmärta orsaka fyra procent av sjukdomsburden (7).

Många får lättare och övergående smärta i ryggen som kan ses som en del av livet, medan andra får långvariga och funktionsnedsättande besvär. Orsaken till att vissa får långvariga och funktionsnedsättande besvär är inte tillräckligt känd, och troligen samverkar många faktorer när det gäller både risk och prognos. Etablerade riskfaktorer är bland andra depressiva symtom (11–13), ogynnsamma copingstrategier för smärta (13), negativa tankar om prognosen (14), hög smärtintensitet och funktionsnedsättning (13, 15), dålig generell hälsa (13), dålig sömnkvalitet (16) och rökning (17) men även fysisk stress på ryggraden så som helkroppsvibrationer, monotont arbete och framåtböjd arbetsställning (17).

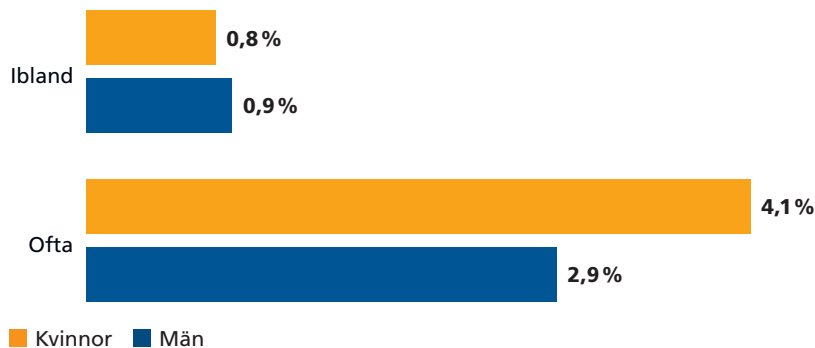
### Förekomst och utveckling över tid

#### **En av fem kvinnor har ofta ont i nedre delen av ryggen**

19 procent av kvinnorna och 14 procent av männen uppger att de ofta har haft ont i nedre delen av ryggen (ett par dagar i veckan eller oftare) under de senaste sex månaderna (FHE). Det har varit ungefär lika vanligt de senaste 20 åren (18). Något färre anger att de ofta har *funktionsnedsättande* smärta i nedre delen av ryggen, 13 procent av kvinnorna och 10 procent av männen. Jämförande siffror finns för de senaste tio åren, och även denna trend är i stort sett stabil (FHE).

Den ryggsmärta som bidrar mest till sjukdomsburden är smärta som är *i hög grad funktionsnedsättande* och som förekommer ofta (ett par dagar i veckan eller oftare). Sådan smärta har fyra procent av kvinnorna och tre procent av männen (se figur 2).

## I hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen



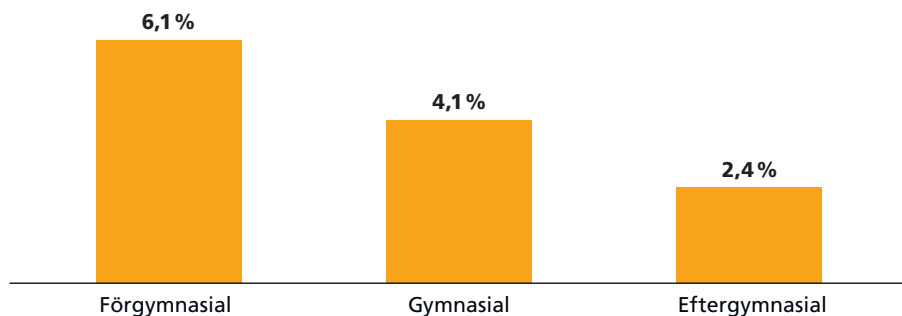
**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har haft i hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen de senaste sex månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön och frekvens (ofta: ett par dagar per vecka eller oftare, ibland: ett par dagar per månad eller mer sällan).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Smärta som förekommer ofta och som är i hög grad funktionsnedsättande är mer än 2,5 gånger så vanlig hos personer som endast har förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (se figur 3). Även ålder spelar roll, och de äldsta (85 år och äldre) drabbas mer än sex gånger så ofta som 16–29-åringar.

Det är ovanligt att ha en specifik diagnos med en sjukdomsorsak eller en strukturell orsak till smärtan (cirka 15 procent) (19).

## I hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de ofta har haft i hög grad funktionsnedsättande smärta i nedre delen av ryggen de senaste 6 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### Ryggsmärta kan lindras av fysisk aktivitet

Det finns viss evidens för att rådgivning om att försöka hålla sig aktiv kan hjälpa vid ospecifik smärta i nedre delen av ryggen (20). Det finns också viss evidens för viss effekt av fysisk träning och yoga, psykologiska interventioner, multidisciplinär behandling, spinal manipulation, massage och akupunktur (21). För akuta besvär kan akupunktur ha viss effekt (21). Däremot är evidensläget osäkert för smärtlindrande läkemedel, injektioner och kirurgi vid ospecifik smärta och de ska därför undvikas i första hand (22, 23).

Ont i ryggen är vanligt. Det medför stor sjukdomsburda och samtidigt saknas effektiv behandling. Det är tydligt att det behövs mer forskning om hur vi kan förebygga ryggsmärta och förhindra att patienter utvecklar långvariga besvär.

## NACKSMÄRTA

### Introduktion

#### Återfall i nacksmärta är vanligt

Att ha ont i nacken, med eller utan utstrålande smärta i armarna, är mycket vanligt. Sådana besvär utgör 2,5 procent av sjukdomsbördan och 5 procent av alla år levda med funktionsnedsättning i Stockholms län (6, 7). Funktionsnedsättande nacksmärta har stor påverkan på individen och på dennes familj, på samhället och på hälso- och sjukvården (24). Även om besvären ofta är övergående är det vanligt med återfall. 50–75 procent drabbas av en ny episod inom ett till fem år (25).

Trots att nacksmärta bidrar till en så stor del av sjukdomsbördan, är kunskapen om orsakerna liten (26, 27). Hög smärtintensitet och funktionsnedsättning påverkar prognosen negativt (28), liksom att vara över 40 år och att ha ont i både ryggen och nacken samtidigt. Om man har haft besvär tidigare och om man samtidigt har huvudvärk ökar risken för att smärtan inte går över inom ett år (29).

### Förekomst och utveckling över tid

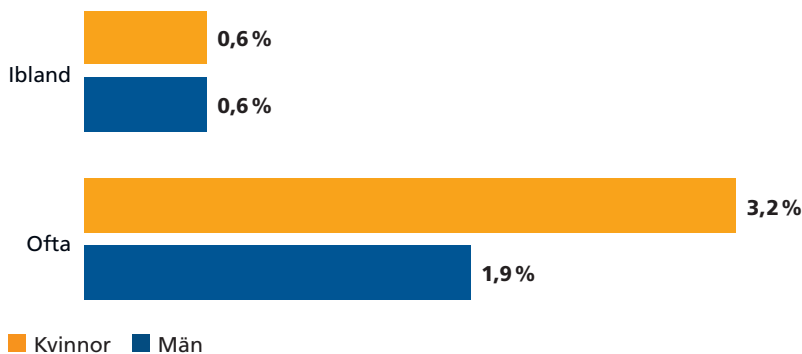
#### Kvinnor har oftare ont i nacken än män

24 procent av kvinnorna och 13 procent av männen rapporterade att de haft ont i nacken ofta under de senaste sex månaderna (minst två dagar i veckan) (FHE). Motsvarande siffror år 2010 var 20 procent av kvinnorna och 11 procent av männen (FHE).

Tre procent av kvinnorna och två procent av männen anger att de ofta har *i hög grad funktionsnedsättande* smärta (se figur 4). Det har inte ändrats påtagligt sedan år 2002.



## I hög grad funktionsnedsättande smärta i nacken



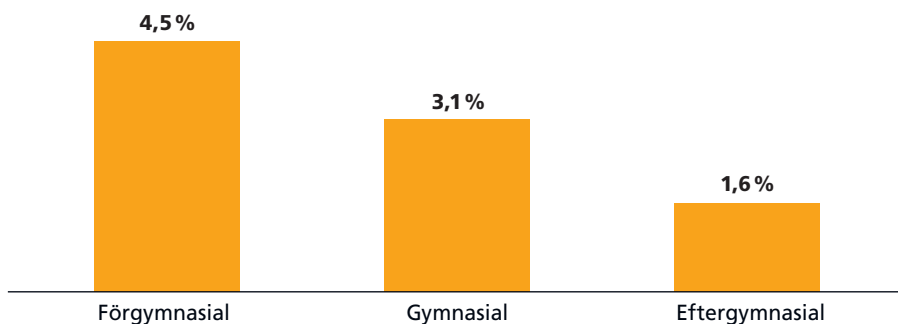
**Figur 4.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har haft i hög grad funktionsnedsättande smärta i nacke eller skuldra de senaste 6 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön och frekvens (ofta: ett par dagar per vecka eller oftare, ibland: ett par dagar per månad eller mer sällan).

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Svår nacksmärta vanligast bland personer med kort utbildning

Nacksmärta är olika vanligt i olika grupper. Att ofta ha i hög grad funktionsnedsättande nacksmärta är nästan tre gånger vanligare hos personer med endast förgymnasial utbildning än hos personer med eftergymnasial utbildning (se figur 5). Det finns även skillnader utifrån födelseland. Att ofta ha i hög grad funktionsnedsättande nacksmärta är dubbelt så vanligt hos personer födda utanför Europa som hos personer födda i Sverige (FHE).

## I hög grad funktionsnedsättande smärta i nacken per utbildningsnivå



**Figur 5.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de ofta har haft i hög grad funktionsnedsättande smärta i nacke eller skuldra de senaste 6 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).



## Insatser

### **Det behövs mer forskning om nacksmärta**

Insatser mot nacksmärta har svaga eller måttliga effekter, både när det gäller att behandla och att förebygga nacksmärta på lång sikt. Evidensläget är ännu lite sämre än för smärta i nedre delen av ryggen, men rekommendationerna är likartade. Till exempel kan personer som söker vård för nacksmärta få information om tillståndet och uppmanas att vara fysiskt aktiva (23).

Patienter med långvarig smärta och personer som utvecklar nya fysiska eller psykiska symtom kan behöva en multimodal insats som består av utbildning i kombination med träning, manuell behandling (manipulation eller mobilisering av ryggraden och massage), psykologisk behandling eller läkemedel (23).

Trots att nacksmärta är vanligt och bidrar till en hög sjukdomsburda är kunskapen om riskfaktorer, prevention och behandling begränsad. Mer forskning är därför viktig för att utveckla evidensbaserade insatser för behandling och prevention.

# MIGRÄN OCH HUVUDVÄRK

## Introduktion

### Orsaken till migrän är inte klarlagd

Huvudvärkssjukdomar är bland de vanligaste neurologiska sjukdomarna. De kan klassificeras som primära, så som migrän och spänningshuvudvärk, eller sekundära, som kan kopplas till andra tillstånd så som överanvändning av läkemedel (30). Huvudvärk och migrän är förknippade med funktionsnedsättning, livskvalitetsförlust och ökad vårdkonsumtion (31, 32). Huvudvärkssjukdomar orsakar tre procent av all sjukdomsbörda i Stockholms län (7).

Migrän kännetecknas av återkommande, kraftiga, ofta ensidiga, pulserande huvudvärksepisoder (30, 33), som hos en femtedel av patienterna föregås av aura (neurologiska symtom som till exempel synstörning). Huvudvärksanfallet förvärras oftast av fysisk aktivitet, starkt solljus, höga ljud och starka lukter. Orsaken är inte klarlagd, men tillståndet kan vara ärftligt. Stress, hormonförändringar och oregelbunden sömn är vanliga triggerfaktorer för ett migränanfall, liksom svängningar i temperatur och lufttryck (30, 33, 34). Det finns många olika migränformer och svårighetsgraden varierar. Utifrån antalet migrän- och huvudvärksdagar per månad delas migrän in i episodisk och kronisk migrän. Kronisk migrän definieras som minst 15 huvudvärksdagar per månad, varav minst åtta dagar utgörs av migrän.

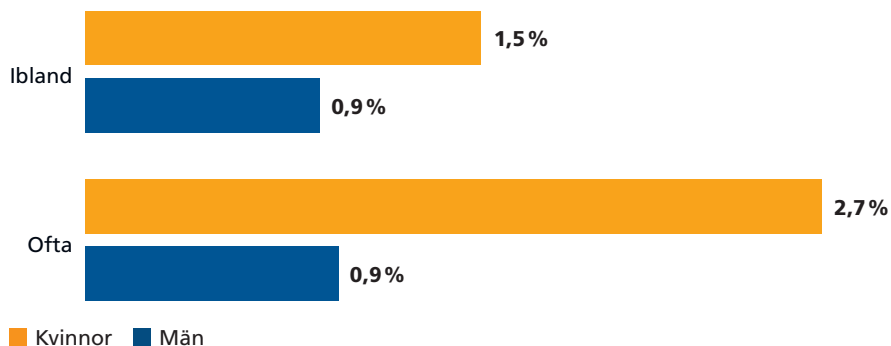
## Förekomst och utveckling över tid

### Huvudvärk och migrän är vanligare bland kvinnor

Över en tredjedel av befolkningen besväras av återkommande huvudvärk eller migrän. År 2021 uppgav 27 procent av männen och 45 procent av kvinnorna att de hade haft återkommande huvudvärk eller migrän de senaste sex månaderna (FHE).

Fyra procent av kvinnorna och två procent av männen anger att de har huvudvärk eller migrän som är *i hög grad funktionsnedsättande*, alltså huvudvärk som medför att arbetsförmågan blir nedsatt i hög grad eller att man i hög grad hindras i andra dagliga sysselsättningar (se figur 6). Det är vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning (4,5 jämfört med 2,6 procent). Personer som är födda utanför Europa drabbas oftare än svenskfödda (4,9 jämfört med 2,5 procent). Det är också vanligare bland unga vuxna än bland äldre (3,6 procent av personer 16–29 år jämfört med 1,5 procent av personer 85 år och äldre).

## I hög grad funktionsnedsättande huvudvärk eller migrän



**Figur 6.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har haft i hög grad funktionsnedsättande huvudvärk eller migrän de senaste 6 månaderna, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön och frekvens (ofta: ett par dagar per vecka eller oftare, ibland: ett par dagar per månad eller mer sällan).

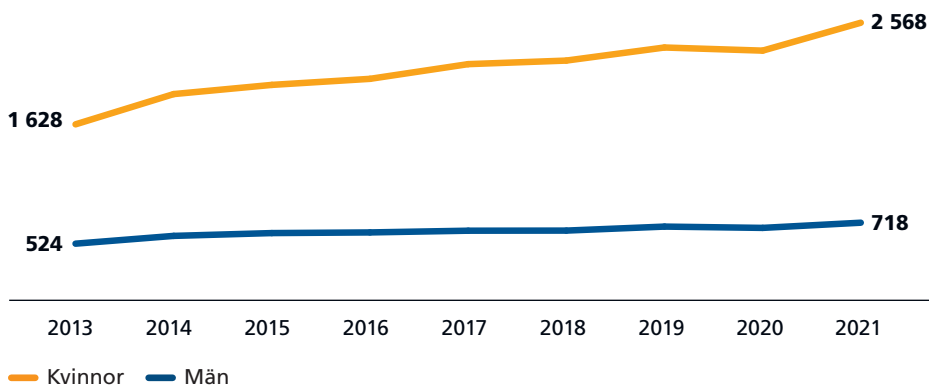
Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Allt fler får vård för huvudvärk eller migrän

År 2021 fick 1 646 per 100 000 invånare i Stockholms län vård för huvudvärk eller migrän (VAL). Fler kvinnor än män får vård (2 568 jämfört med 718 per 100 000) vilket avspeglar den självrapporterade förekomsten av huvudvärk eller migrän (FHE). Mindre än hälften så många som rapporterade huvudvärk eller migrän i folkhälsoenkäten fick alltså vård. Mönstret är likadant i alla åldrar.

Antal vårdade personer har ökat gradvis mellan 2013 och 2021 (se figur 7). En liten nedgång kan ses år 2020, vilket kan bero på att flera personer avstod från att söka vård i början av covid-19-pandemin.

## Diagnostiserad huvudvärk eller migrän per 100 000 invånare



**Figur 7.** Antal personer med diagnostiserad huvudvärk eller migrän per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter kön.

Källa: VAL-databaserna.

### Insatser

#### Behandling består till stor del av läkemedel

Syftet med huvudvärks- och migränbehandlingen är oftast smärtlindring. Behandlingen består till stor del av läkemedel (33, 35), såväl receptfria som receptbelagda, och minimering av anfallstriggande faktorer.

#### Egenvård, levnadsvanor och icke-farmakologiska insatser

Det finns en stor variation bland patienter när det gäller vad som utlöser huvudvärk och vilken behandling som fungerar. Patientens egen huvudvärksdagbok är därför viktig för uppföljning av egenvård och behandling.

Det finns stöd från experiment för att akupunktur har effekt som behandling mot episodisk migrän (36) och huvudvärk av spänningstyp (37). Hälsosam livsstil, så som regelbunden sömn (33, 34) rekommenderas också ofta.

Aerob träning har visat liten till måttlig effekt mot migrän, liksom kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan beteendeförändring (38, 39). Styrketräning har visat liten till måttlig effekt mot huvudvärk av spänningstyp (39). De flesta av studierna (38, 39) är dock av låg till måttlig kvalitet och det behövs mer forskning för att klargöra effekterna.

## **Anfallsförebyggande behandling är viktigt**

Det finns också stöd från experiment för att vissa läkemedel är effektiva för att förebygga migränanfall (40–42), alltså minska frekvensen, svårighetsgraden och varaktigheten av attackerna. Anfallsförebyggande läkemedel rekommenderas oftast vid tre eller fler migränanfall per månad. De kan leda till att patienten tar färre smärtstillande läkemedel och triptaner, vilket i sin tur kan minska risken för läkemedelsinducerad huvudvärk. Alla läkemedel ingår dock inte i läkemedelsförmånen och kostnaderna kan vara ett hinder för vissa patienter.

Det finns forskning som antyder att över hälften av de som besväras av huvudvärk dagligen har huvudvärk som beror på överanvändning av läkemedel (43) och på att huvudvärksvården inte är optimal (44). Detta bör utredas vidare.

## ARTROS

### Introduktion

#### **Artros leder ofta till långvarig smärta**

Artros är en ledsjukdom som försämras över tid och som ofta leder till långvarig smärta. Artros orsakar 1,5 procent av sjukdomsburden i Stockholms län (7).

Artros ger strukturella förändringar i lederna, oftast i höfter, knän och handleder. Förändringarna kan ge ledsmärta, morgonstelhet, minskat rörelseomfång, instabilitet och svullnad. Det kan också vara helt utan symtom, och man kan ha symtomen utan att det syns tydliga förändringar på leden (45, 46). Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet (47).

Mekanismen bakom sjukdomen är komplex, en samverkan mellan mekaniska, inflammatoriska och metabola faktorer, och kunskapen om vilka faktorer som påverkar insjuknandet och utvecklingen är inte tillräcklig (45, 46). Ärftlighet, obesitas och tidigare ledskador är vanliga riskfaktorer (45, 46, 48).

Artros är vanligare bland kvinnor och i högre ålder (45, 46, 48). Artros klassificeras som primär när orsaken inte är helt känd och sekundär när orsaken är känd, till exempel en skada, kirurgi i leden eller medfödd ledfelställning (45, 46).

### Förekomst och utveckling över tid

#### **Artros är vanligare bland de allra äldsta**

Diagnostiserad artros är dubbelt så vanlig bland kvinnor som bland män. År 2021 hade 3 131 per 100 000 av kvinnorna och 1 722 per 100 000 av männen i Stockholms län artros. Förekomsten ökar kraftigt med ålder. Artros är nästan sex gånger vanligare bland personer 85 år och äldre jämfört med den arbetande åldersgruppen (se figur 8).

Diagnostiserad artros är vanligare bland svenskfödda än bland utrikesfödda (2 601 jämfört med 1 703 per 100 000 invånare) och också vanligare bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning (2 922 jämfört med 2 170 per 100 000 invånare).

## Diagnostiserad artros per 100 000 invånare per åldersgrupp



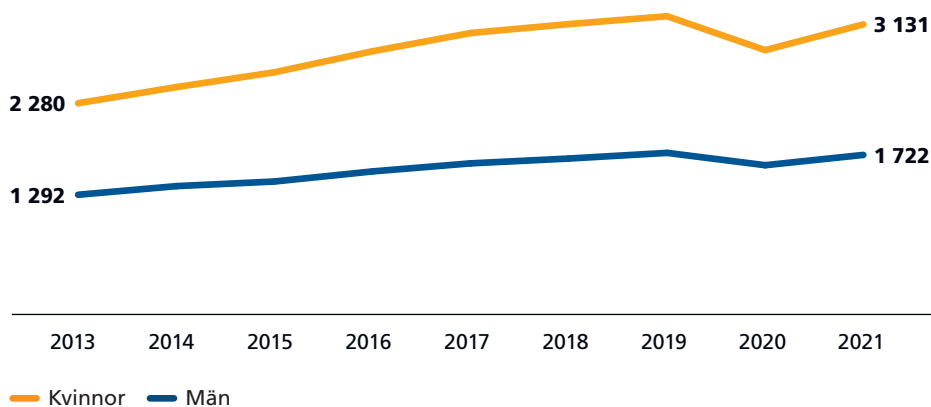
**Figur 8.** Antal personer per 100 000 i åldrarna 30 år och äldre med diagnostiserad artros, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: VAL-databaserna.

## Artros ökar över tid

Diagnostiserad artros har blivit vanligare för både män och kvinnor. Uppgången är något starkare för kvinnor (se figur 9). Nedgången år 2020 skulle kunna förklaras av mindre tillgång till vård under covid-19-pandemin. Trenden i data från Stockholms län stämmer överens med studier gjorda i Sverige (49) men den verkliga förekomsten kan vara påtagligt högre. I en kohortstudie från södra Sverige skattades förekomsten enbart av knäartros till 15 400 per 100 000 personer som är i åldern 56–84 år (50).

## Diagnostiserad artros per 100 000 invånare



**Figur 9.** Antal personer 16 år och äldre med diagnostiserad artros per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter kön.

Källa: VAL-databaserna.



## Insatser

### **Fysisk träning är viktigt**

Artros kan inte botas i dagsläget och vårdens roll är huvudsakligen symtombehandling (46, 51). Den främsta behandlingen är patientutbildning och fysisk träning anpassad till individen, så kallad grundbehandling (52). Det finns vetenskapligt stöd för att fysisk träning, särskilt vid knäledsartros, kan leda till minskad smärtintensitet i knät och förbättrad livskvalitet (52). Egenvård kombinerad med patientutbildning och träning (som yoga och tai chi) kan ha liten till måttlig positiv effekt på smärtan (52). Viktkontroll är viktig för att bromsa sjukdomsförloppet (46, 51). Att artros blir vanligare kan inte bara förklaras av att befolkningen blir äldre och mer överviktig. Det behövs forskning om riskfaktorer och effektiva preventiva insatser, särskilt för höftleds- och handartros (52).

### **Tidig upptäckt är fördelaktigt**


Grundbehandling har bäst effekt tidigt i sjukdomsförloppet (46, 51, 52) och därför är tidig upptäckt fördelaktig. Men de flesta söker vård sent i sjukdomsförloppet och får därför inte grundbehandlingen i tid. Artros är vanligare hos personer med låg socioekonomi, men denna grupp är underrepresenterad bland de patienter som får grundbehandling för artros (53). Därför är det viktigt att identifiera hinder för vårdsökande och åtgärda dem.

## REFERENSER

1. Barke A, Korwisi B, Jakob R, Konstanjsek N, Rief W, Treede R-D. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. *Pain*. 2022;163(2):e310-e8.
2. Chen S, Chen M, Wu X, Lin S, Tao C, Cao H, et al. Global, regional and national burden of low back pain 1990-2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2019. *J Orthop Translat*. 2022;32:49-58.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021;397(10289):2082-97.
4. Försäkringskassan. Vad kostar olika sjukdomar? sjukpenningkostnaderna fördelade efter sjukskrivningsdiagnos.
5. Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, Rhodin A, Rivano-Fischer M, Sjolund KF, et al. Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain - Register data of 840,000 Swedish patients: Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain. *EJP*. 2012;16(2):289-99.
6. Hoy D, March L, Woolf A, Blyth F, Brooks P, Smith E, et al. The global burden of neck pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. [Internet]. [cited 2020 Dec 20]. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> Seattle, WA: IHME, University of Washington 2020.
8. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018;87:168-82.
9. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*. 2019;123(2):e273-e83.
10. Wong JJ, Tricco AC, Côté P, Liang CY, Lewis JA, Bouck Z, et al. Association Between Depressive Symptoms or Depression and Health Outcomes for Low Back Pain: a Systematic Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED*. 2022;37(5):1233-46.
11. Wong JJ, Tricco AC, Côté P, Liang CY, Lewis JA, Bouck Z, et al. Association Between Depressive Symptoms or Depression and Health Outcomes for Low Back Pain: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2022;37(5):1233-46.
12. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002;27(5):E109-20.
13. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 2010;303(13):1295-302.
14. Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MH. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(3):165-72.
15. Artus M, Campbell P, Mallen CD, Dunn KM, van der Windt DA. Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(1):e012901.
16. Amiri S, Behnezhad S. Sleep disturbances and back pain : Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr*. 2020;34(2):74-84.
17. Parreira P, Maher CG, Steffens D, Hancock MJ, Ferreira ML. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. *Spine J*. 2018;18(9):1715-21.

18. Skillgate E. Smärta i rörelseapparaten: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapporten 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015.
19. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 2:S192-300.
20. Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017;21(2):201-16.
21. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):493-505.
22. Traeger AC, Buchbinder R, Elshaug AG, Croft PR, Maher CG. Care for low back pain: can health systems deliver? *Bull World Health Organ*. 2019;97(6):423-33.
23. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021;25(2):275-95.
24. Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD. Findings from the bone and joint decade 2000 to 2010 task force on neck pain and its associated disorders. *J Occup Environ Med*. 2010;52(4):424-7.
25. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Cote P, van der Velde G, Holm LW, Carragee EJ, et al. Course and prognostic factors for neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4 Suppl):S93-100.
26. Verwoerd M, Wittink H, Maissan F, Smeets R. Consensus of potential modifiable prognostic factors for persistent pain after a first episode of nonspecific idiopathic, non-traumatic neck pain: results of nominal group and Delphi technique approach. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):656.
27. Lager A, Warolén M, Wennerholm P, Andersson E. *Nacksmärta – orsaker och åtgärder.*: Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. Rapport 2019:1.
28. Walton DM, Carroll LJ, Kasch H, Sterling M, Verhagen AP, Macdermid JC, et al. An Overview of Systematic Reviews on Prognostic Factors in Neck Pain: Results from the International Collaboration on Neck Pain (ICON) Project. *Open Orthop J*. 2013;7:494-505.
29. Verwoerd M, Wittink H, Maissan F, de Raaij E, Smeets R. Prognostic factors for persistent pain after a first episode of nonspecific idiopathic, non-traumatic neck pain: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019;42:13-37.
30. (IHS) HCCotIHS. *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
31. Blumenfeld A, Varon S, Wilcox T, Buse D, Kawata A, Manack A, et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: Results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia*. 2011;31(3):301-15.
32. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.

33. Dodick DW. Migraine. *The Lancet*. 2018;391(10127):1315-30.
34. Duan S, Ren Z, Xia H, Wang Z, Zheng T, Liu Z. Association between sleep quality, migraine and migraine burden. *Front Neurol*. 2022;13:955298.
35. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (all routes of administration) for acute migraine attacks in adults - overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
36. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2018(4).
37. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin B-C, et al. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2016(8).
38. Dudeney J, Sharpe L, McDonald S, Menzies RE, McGuire B. Are psychological interventions efficacious for adults with migraine? A systematic review and meta-analysis. *Headache*. 2022;62(4):405-19.
39. Varangot-Reille C, Suso-Martí L, Romero-Palau M, Suárez-Pastor P, Cuenca-Martínez F. Effects of Different Therapeutic Exercise Modalities on Migraine or Tension-Type Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis with a Replicability Analysis. *The Journal of Pain*. 2022;23(7):1099-122.
40. Herd CP, Tomlinson CL, Rick C, Scotton WJ, Edwards J, Ives NJ, et al. Cochrane systematic review and meta-analysis of botulinum toxin for the prevention of migraine. *BMJ Open*. 2019;9(7):e027953.
41. Huang IH, Wu P-C, Lin E-Y, Chen C-Y, Kang Y-N. Effects of Anti-Calcitonin Gene-Related Peptide for Migraines: A Systematic Review with Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *IJMS*. 2019;20(14):3527.
42. Masoud AT, Hasan MT, Sayed A, Edward HN, Amer AM, Naga AE, et al. Efficacy of calcitonin gene-related peptide (CGRP) receptor blockers in reducing the number of monthly migraine headache days (MHDs): A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the Neurological Sciences*. 2021;427:117505.
43. Jonsson P, Hedenrud T, Linde M. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalalgia*. 2011;31(9):1015-22.
44. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ. Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain*. 2018;19(1):10.
45. Hunter DJ, McDougall JJ, Keefe FJ. The Symptoms of Osteoarthritis and the Genesis of Pain. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2008;34(3):623-43.
46. Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, Conaghan PG, Cooper C, Goldring MB, et al. Osteoarthritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2(1):16072.
47. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *British Medical Bulletin*. 2013;105(1):185-99.
48. Chapple CM, Nicholson H, Baxter GD, Abbott JH. Patient characteristics that predict progression of knee osteoarthritis: A systematic review of prognostic studies. *Arthritis Care & Research*. 2011;63(8):1115-25.
49. Kiadaliri AA, Rinaldi G, Lohmander LS, Petersson IF, Englund M. Temporal trend and regional disparity in osteoarthritis hospitalisations in Sweden 1998–2015. *Scand J Public Health*. 2019;47(1):53-60.

- 
50. Turkiewicz A, Gerhardsson de Verdier M, Engstrom G, Nilsson PM, Mellstrom C, Lohmander LS, et al. Prevalence of knee pain and knee OA in southern Sweden and the proportion that seeks medical care. *Rheumatology*. 2015;54(5):827-35.
  51. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. *JAMA*. 2021;325(6):568.
  52. Smedslund G, Kjekken I, Musial F, Sexton J, Østerås N. Interventions for osteoarthritis pain: A systematic review with network meta-analysis of existing Cochrane reviews. *Osteoarthritis and Cartilage Open*. 2022;4(2):100242.
  53. Gustafsson K, Kvist J, Eriksson M, Dahlberg LE, Rolfson O. Socioeconomic status of patients in a Swedish national self-management program for osteoarthritis compared with the general population—a descriptive observational study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):10.

# 4%

av sjukdomsördan i Stockholms län  
orsakas av fallskador.

Andel personer i åldern  
85 år och äldre som fick vård  
för en fallskada under 2021:



17%

Kvinnor



14%

Män

Antal personer som dog av  
en fallskada år 2021:



35

per 100 000  
kvinnor



52

per 100 000  
män

# Fallskador

Fall är en av de vanligaste orsakerna till skador i alla åldrar, men äldre är mest utsatta. Ett skadligt fall får stora konsekvenser för en äldre person. Det är ofta ett fall som gör att man behöver få hjälp i hemmet eller tvingas flytta till ett särskilt boende. För den som bryter höften ökar också risken att dö inom det närmaste året. I Stockholms län har andelen äldre som sökt vård på grund av en fallskada ökat lite för varje år, men under pandemin minskade det igen.

## Introduktion

### Ett fall ökar risken att falla på nytt

Fall är en av de vanligaste orsakerna till skador i alla åldersgrupper, både i Stockholm och i övriga Sverige (1). Fallskador orsakar fyra procent av sjukdomsbördan i Stockholms län, men sjukdomsbördan finns i huvudsak bland äldre personer. Därför fokuserar detta kapitel på fall bland äldre.

Risken att falla är högre för äldre som har nedsatt fysisk funktion, sjukdomar eller mediciner som påverkar balans och blodtryck samt för äldre som bor ensamma (2). Har man dessutom fallit en gång tidigare så ökar risken att falla igen flera gånger om (2).

Riskfaktorerna skiljer sig mellan kvinnor och män (3, 4). Det är till exempel vanligare för kvinnor att falla inomhus medan män oftare faller utomhus (5). Personer med kognitiv nedsättning, till exempel demens, har en större risk att falla, sämre prognos efter ett skadligt fall och även svårare att få nytta av vårdens insatser för att minska fallrisken (6, 7).

### Frakturer leder ofta till behov av daglig hjälp

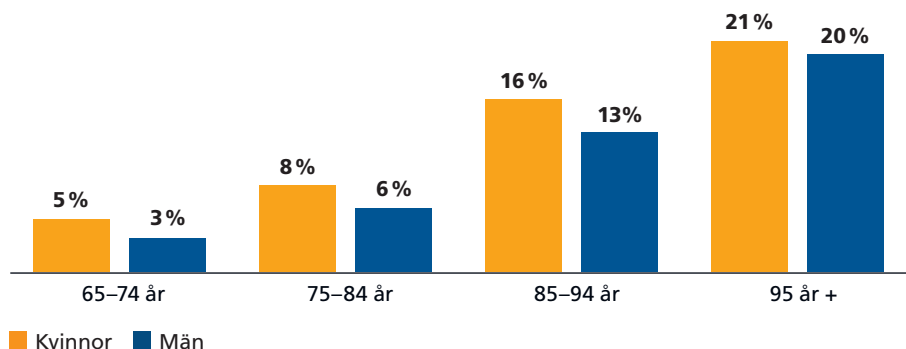
En av de vanligaste skadorna vid fall är frakturer (8). En fraktur med efterföljande sjukhusvistelse och rehabilitering innebär en stor påfrestning för en skör äldre individ, och leder ofta till försämrad funktion, behov av daglig hjälp, sämre livskvalitet och högre dödlighet (8, 9). Äldre individer som fått en höftfraktur i samband med ett fall har fördubblad risk att dö inom ett år jämfört med sina jämnåriga. Det beror inte enbart på skadan i sig utan även på att det ofta är multisjuka och sköra personer som drabbas (10).

## Förekomst och utveckling över tid

### Fallskador är vanligast hos de allra äldsta

Fallskador är vanligare bland kvinnor än bland män och de ökar med stigande ålder (se figur 1). Det är också något vanligare med fallskador bland personer med förgymnasial utbildning (sju procent) jämfört med gymnasial och eftergymnasial utbildning (sex procent). Det är vanligare med fallskador bland personer födda i Sverige (sju procent) jämfört med personer födda i resten av Europa (sex procent) eller utanför Europa (fyra procent) (VAL).

### Fallskador per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 65 år och äldre som sökt vård på grund av ett fall minst en gång, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön och ålder.

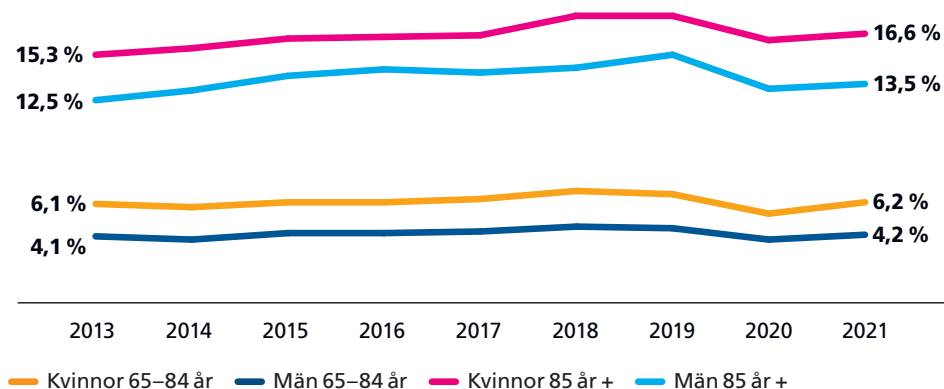
Källa: VAL-databaserna.

### Trendbrott för vårdsökande under pandemiåren

I Stockholms län har det under det senaste decenniet skett en lätt ökning av andelen personer som har vårdats för ett fall minst en gång under ett år. År 2019 vårdades sju procent av kvinnorna och fem procent av männen i åldrarna 65–84 år och 18 procent av kvinnorna och 15 procent av männen i åldrarna 85 år och äldre (se figur 2). Andelen minskade dock mellan år 2019 och 2021, ett trendbrott som troligtvis hör ihop med covid-19-pandemin. En förklaring kan vara att äldre har varit hemma mer och därmed undvikit till exempel isiga trottoarer. Det är också möjligt att äldre har undvikit vården och alltså inte sökt vård alls för lättare skador under 2020, men någon kartläggning av vad den verkliga orsaken till minskningen är har inte gjorts än (11).



## Äldre som sökt vård efter ett fall

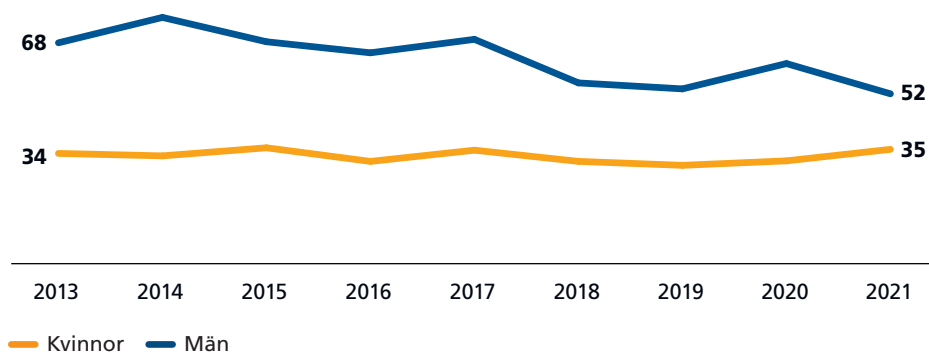


**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 65 år och äldre som har sökt vård på grund av ett fall minst en gång under året, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter kön och ålder.

Källa: VAL-databaserna.

Trots att fler kvinnor söker vård för fallskador är det vanligare att män dör på grund av dem. Dödligheten för män har dock minskat sedan år 2013 samtidigt som den är relativt stabil för kvinnor (se figur 3). Sammantaget innebär det att fler överlever en fallskada nu jämfört med tidigare år. Även om den generella dödligheten är stor tiden efter en fallskada är det ovanligt att dö i direkt anslutning till fallet.

## Fallrelaterade dödsfall per 100 000 invånare 65 år och äldre



**Figur 3.** Antal dödsfall på grund av fallskada per 100 000 invånare i åldrarna 65 år och äldre, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021).

## Insatser

### Det finns fungerande screeningmetoder

Fall beror på både inre och yttre faktorer som dessutom ändras från en dag till en annan. Trots detta finns metoder för att identifiera individer med förhöjd fallrisk som bör slussas vidare till grundligare bedömning innan de ådragit sig fallskador (12). I nuläget är det dock vanligare att man arbetar sekundärpreventivt, alltså att man försöker förhindra ytterligare fall bland personer som redan har fallit. Screening av fallrisk bland hemmaboende äldre personer, till exempel vid rutinbesök på vårdcentralen, skulle kunna förhindra eller senarelägga skadliga fall.

### Preventiva insatser är kostnadseffektiva

Konsekvenserna av en svårare fallskada är stora, både för individen och för samhället. Trots det läggs mycket lite resurser på preventionsarbete. Socialstyrelsen publicerade år 2022 en rapport som visar att de preventiva insatserna fysisk träning, omgivningsanpassning, broddar och att se över läkemedel samtliga är kostnadseffektiva insatser (13). Mest effektivt är det att göra flera eller alla av dessa insatser, alltså en multifaktoriell preventionåtgärd (14–16). Socialstyrelsens projekt Balansera mera riktar in sig på fallprevention direkt till den äldre individen med tips om träning, matvanor, medicinöversikt och omgivningsanpassning (17).

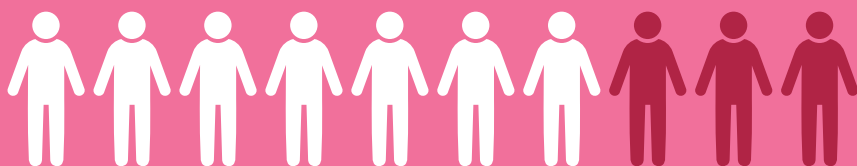
## REFERENSER

1. Folkhälsomyndigheten. Fallolyckor bland äldre, vårdade 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/fallolyckor-bland-aldre/>.
2. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21(5):658-68.
3. Jehu DA, Davis JC, Barha CK, Vesely K, Cheung W, Ghag C, et al. Sex Differences in Subsequent Falls and Falls Risk: A Prospective Cohort Study in Older Adults. *Gerontology*. 2022;68(3):272-9.
4. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, Calderon-Larranaga A, Johnell K, Sjoberg L, et al. Risk Factors for Injurious Falls in Older Adults: The Role of Sex and Length of Follow-Up. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(2):246-53.
5. Duckham RL, Procter-Gray E, Hannan MT, Leveille SG, Lipsitz LA, Li W. Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the MOBILIZE Boston cohort study. *BMC Geriatr*. 2013;13:133.
6. Montero-Odasso M, Speechley M. Falls in Cognitively Impaired Older Adults: Implications for Risk Assessment And Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(2):367-75.
7. Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2012;41(3):299-308.
8. Peel NM. Epidemiology of falls in older age. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*. 2011;30(1):7-19.
9. Stenhagen M, Ekstrom H, Nordell E, Elmstahl S. Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: a prospective study of the general elderly population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(1):95-100.
10. Meyer AC, Ebeling M, Drefahl S, Hedström M, Ek S, Sandström G, et al. The Impact of Hip Fracture on Geriatric Care and Mortality Among older Swedes: Mapping Care Trajectories and Their Determinants. *American journal of epidemiology*. 2022.
11. Socialstyrelsen. Effekter av covid-19 på hur patienter besöker somatiska akutmottagningar. 2020.
12. Ek S, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Franzén E, Xu W, Welmer AK. Predicting First-Time Injurious Falls in Older Men and Women Living in the Community: Development of the First Injurious Fall Screening Tool. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(9):1163-8.e3.
13. Socialstyrelsen. Fallprevention - en kostnadseffektiv åtgärd? ; 2022.
14. Zhao R, Feng F, Wang X. Exercise interventions and prevention of fall-related fractures in older people: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of epidemiology*. 2017;46(1):149-61.
15. Shier V, Trieu E, Ganz DA. Implementing exercise programs to prevent falls: systematic descriptive review. *Injury epidemiology*. 2016;3(1):16.
16. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022;51(9).
17. Socialstyrelsen. Balansera Mera 2020 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/fallolyckorbalanseramera/>.

Cancer är numera den vanligaste dödsorsaken i Stockholms län.

7 av 10

vuxna patienter som insjuknat i cancer botas i dag.



90 %

kan risken att drabbas av livmoderhalscancer minska för kvinnor som regelbundet deltar i screening.

1 av 3

cancerfall skulle kunna undvikas med hälsosammare levnadsvanor.

# Cancer

Cancer är nu för första gången den vanligaste dödsorsaken i Stockholms län. Trots detta faktum minskar faktiskt antalet dödsfall, tack vare screening, bättre diagnostiska metoder och effektivare cancerbehandlingar. De cancersjukdomar som bidrar mest till sjukdomsörskadan är lungcancer och tjock- och ändtarmscancer. Tidig upptäckt av cancer genom screening och insatser i primärvården har stor betydelse för patienternas överlevnad och livskvalitet.

## Introduktion

### **Cancer kan uppstå var som helst i kroppen**

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar som kan uppstå i vilken del av kroppen som helst. Gemensamt är att cellerna börjar dela sig ohämmat utan att respektera organ- eller vävnadsgränser och kan sprida sig till andra delar av kroppen, det vill säga metastasera (1). Att en cell omvandlas till en cancercell beror på att cellens arvs massa (DNA) har skadats och att kroppen inte har kunnat reparera skadorna.

När en cancertumör växer ohämmat kan den påverka funktionen i drabbade organ och vävnader och exempelvis ge hosta och andnöd vid lungcancer eller krampanfall vid hjärntumörer (2, 3). Ofta har cancerpatienter även symtom som trötthet, viktnedgång eller smärta (2, 3). Olika cancersjukdomar ger olika symtom som påverkar både fysiska och psykiska funktioner och som kan orsaka stort lidande.

### **Levnadsvanor spelar en viktig roll**

Ungefär en tredjedel av all cancer skulle kunna undvikas med hälsosammare levnadsvanor (4, 5). De viktigaste riskfaktorerna för cancer är rökning, alkoholkonsumtion, övervikt, fysisk inaktivitet och kost som innehåller för lite frukt och grönsaker (5, 6). Socioekonomi har ett samband med både insjuknande i cancer och överlevnad. Cancerdrabbade med låg socioekonomisk status har sämre chanser till överlevnad (7–9). Det beror både på levnadsvanor och på i hur stor utsträckning man söker vård eller går på screening. Även andra faktorer, som kunskaper om hur man navigerar i hälso- och sjukvårdssystemet, kan spela roll (7, 10).

## Förekomst och utveckling över tid

### Antalet cancerfall ökar

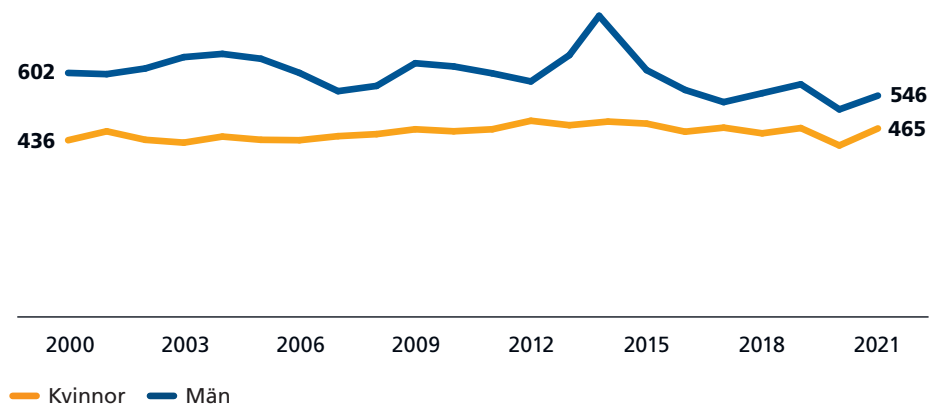
Insjuknandet i cancer ökar med några procent varje år. Huvudorsaken är att befolkningen blir allt äldre. Fler män än kvinnor drabbas av cancer.

År 2021 diagnostiserades 10 890 cancerfall i Stockholms län (11). Det motsvarar 500 cancerfall per 100 000 invånare, 465 för kvinnor och 546 för män (se figur 1), vilket är jämförbart med övriga landet.

Under pandemin skapades ett generellt underskott av nydiagnostiserad cancer i Stockholms län. År 2020 var minskningen drygt åtta procent jämfört med 2019 (1 300 färre cancerpatienter) och år 2021 var den 3,2 procent (500 färre patienter) jämfört med 2019. Från och med sommaren 2021 har andelen nydiagnostiserade legat på samma nivå som före pandemin. Än så länge ses inga säkra tecken på att det har fått negativa konsekvenser, som att fler är sjukare vid diagnos eller att antalet dödsfall i cancer har ökat (12).

De vanligaste cancerformerna för kvinnor är bröstcancer och för män prostatacancer. Andra vanliga cancerformer är tjock-och ändtarmscancer, lungcancer och malignt melanom (11). Malignt melanom är en av de cancerformer som ökar mest i antal insjuknanden per år.

### Nya cancerfall per 100 000 invånare



**Figur 1.** Antal nya cancerfall per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

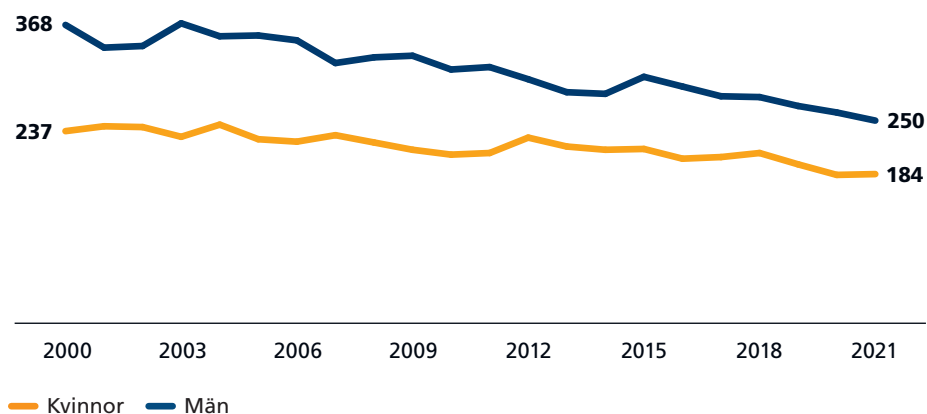
Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2020).

## Canceröverlevnaden ökar

Samtidigt som fler diagnostiseras med cancer (undantaget pandemiåren) minskar dödligheten (se figur 2). I dag botas sju av tio vuxna patienter som insjuknat i cancer (1).

### Dödsfall i cancer per 100 000 invånare



**Figur 2.** Antal dödsfall orsakade av cancertumörer per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

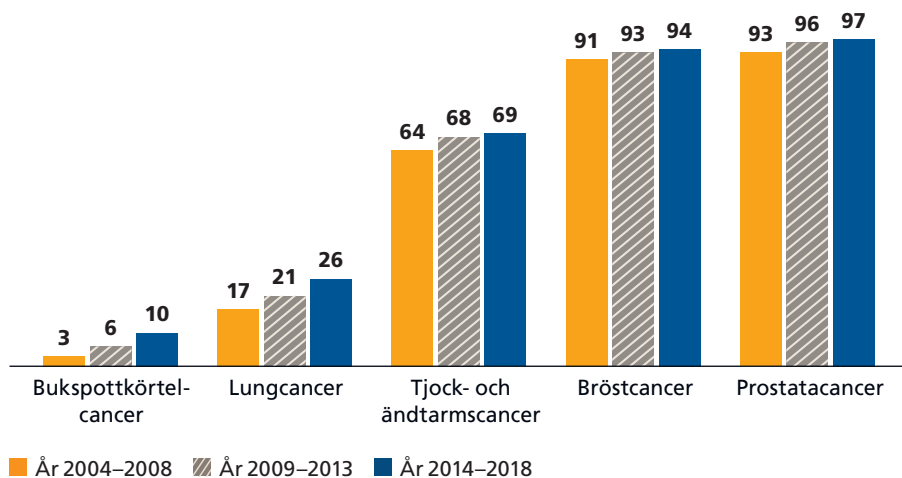
Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021).

Att fler överlever beror både på bättre diagnostiska metoder och på nya och effektivare cancerbehandlingar. De största cancersjukdomarna, prostatacancer för män och bröstcancer för kvinnor, har mycket god canceröverlevnad, medan till exempel lungcancer och bukspottkörtelcancer har sämre överlevnad (se figur 3). Det beror främst på att de upptäcks senare i förloppet.

Lungcancer och tjock- och ändtarmscancer är de cancerformer som bidrar mest till sjukdomsburden i Stockholms län.

### Femårsöverlevnad per cancerdiagnos över tid i procent



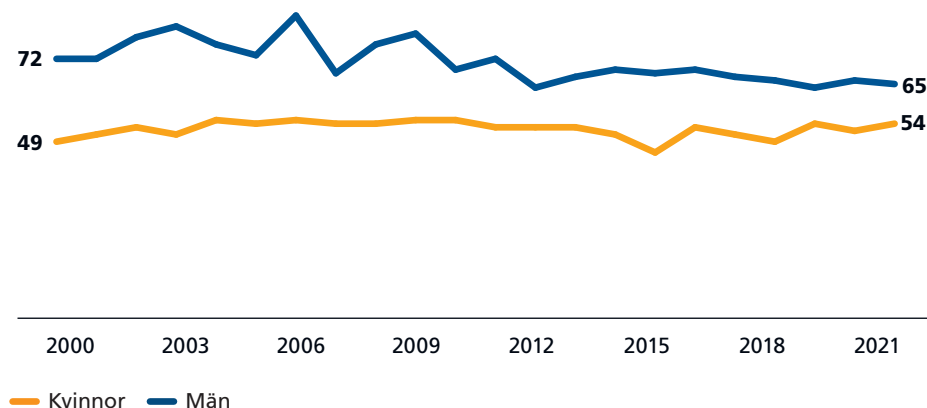
**Figur 3.** Relativ femårsöverlevnad (%) för bukspottkörtelcancer, lungcancer, tjock-och ändtarmscancer, bröstcancer och prostatacancer, i Stockholms län år 2004–2018, uppdelad efter tidsperiod.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

### Andelen tjock- och ändtarmscancer är relativt stabil

I Stockholms län diagnostiserades 1 253 nya fall av tjock-och ändtarmscancer år 2021. Denna cancerform är något vanligare bland män än bland kvinnor. Insjuknandet har legat relativt stabilt de senaste två decennierna (se figur 4).

### Nya fall av tjock- och ändtarmscancer per 100 000 invånare



**Figur 4.** Antal nya fall av tjock- och ändtarmscancer per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelad efter kön.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

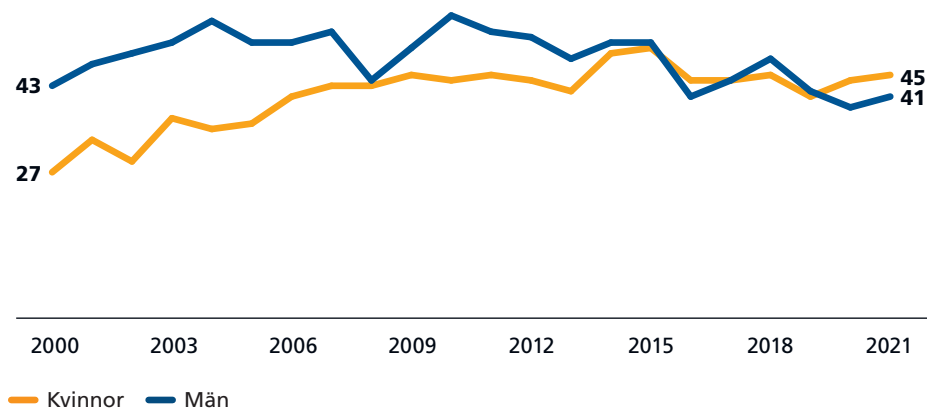
Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen, i Sverige år 2020).



## Lungcancer ökar för kvinnor

År 2021 diagnostiserades 895 nya fall av lungcancer i Stockholms län, varav 390 män och 505 kvinnor. Andelen lungcancerfall för män har halverats sedan 1970-talet och ligger sedan år 2000 på en stadig nivå, men insjuknandet för kvinnor har ökat (se figur 5).

### Nya fall av lungcancer per 100 000 invånare



**Figur 5.** Antal nya fall av lungcancer per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

Notera: Värden är åldersstandardiserade enligt medelbefolkningen i Sverige år 2020.

## Insatser

### Hälsosamma levnadsvanor, lagstiftning och vaccination

Uppskattningsvis en tredjedel av all cancer skulle kunna förhindras genom ändrade levnadsvanor (1, 5). Riskfaktorerna för cancer är gemensamma med till exempel hjärt-kärlsjukdom, som rökning, alkoholkonsumtion, övervikt, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor (6, 13). För cancer tillkommer dessutom exponering för UV-strålning. Insatser för befolkningen som främjar goda levnadsvanor är därför viktiga (se Levnadsvanor). Den största kända, enskilda bakomliggande orsaken till lungcancer är tobaksrökning. Därför är åtgärder för rökavvänjning och insatser för att få unga att inte börja röka av stor vikt.

Även lagstiftning kan spela roll. I dag finns en lag som förbjuder rökning på allmänna platser och det finns en 18-årsgräns för kosmetiskt solariebruk. Ökningen av malignt melanom tillskrivs dock främst en ökad exponering för UV-strålning genom ”solresor” under den mörka årstiden.

Forskning för att utveckla cancervaccin pågår. Ett finns redan på plats: vaccin mot vissa typer av humant papillomvirus (HPV) som kan orsaka livmoderhalscancer och cancer i halsmandlarna. Vaccinet finns sedan några år tillbaka i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. År 2021 har 87 procent av flickor och pojkar födda 2010 fått HPV-vaccinet i Stockholms län (14).

## Screeningprogram

Kvinnor som regelbundet deltar i livmoderhalscancerscreening sänker risken att drabbas av livmoderhalscancer med cirka 90 procent. Bland kvinnor som går på bröstcancerscreening (mammografi) regelbundet upptäcks mellan 60 och 70 procent av alla bröstcancerfall genom screeningen. Screeningen bidrar till minskad dödlighet till följd av bröstcancer med mellan 16 och 25 procent (15, 16).

## Stora geografiska skillnader i deltagande för screening

I Stockholms län bedrivs sedan länge screening för livmoderhalscancer, bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer. Deltagandet i screeningprogrammen för bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer ligger på cirka 70 procent. Dock finns det skillnader i deltagande beroende på var i länet man bor. Första halvåret 2022 deltog 63 procent av de som kallats till bröstcancerscreeningen i Botkyrka kommun, jämfört med 84 procent i Vaxholm. Liknande skillnader finns även för tjock- och ändtarmscancerscreeningen. Under 2021 deltog 64 procent i Botkyrka kommun och 75 procent i Täby kommun. För livmoderhalscancerscreening var deltagandet 43 procent i Botkyrka kommun och 59 procent i Täby kommun (17). Insatser för att öka deltagandet har potential att minska sjukdomsburden och dödligheten i cancer i Stockholms län.

## Utveckling för att effektivisera screeningen pågår

Både de befintliga screeningprogrammen och nya screeningprogram är under utveckling. För bröstcancerscreening pågår ett pilotprojekt för att individualisera screeningen utifrån bröstcancerrikt. För livmoderhalscancerscreening har man infört självprovtagning, vilket har ökat deltagandet med tio procent sedan det infördes år 2021.

För lungcancer startade år 2022 ett screeningprojekt i Stockholms län som omfattar 1 000 kvinnor i åldrarna 55–74 år med ökad risk för lungcancer (18). Deltagande i lungcancerscreening för högriskpersoner har i en stor studie visat ett tydligt samband med minskad dödlighet i lungcancer (19). Syftet med projektet är att ta reda på om riktad screening kan vara ett kostnadseffektivt sätt att upptäcka lungcancer i ett tidigt skede och om arbetssättet är genomförbart i praktiken.

Prostatacancer kan upptäckas med hjälp av blodprovtagning, så kallade PSA-prov. Screening med PSA rekommenderas inte i dag av Socialstyrelsen men Region Stockholm har år 2022 startat ett projekt med organiserad prostatacancer-testning (OPT) vars syfte är att provtagningen ska bli mer strukturerad, jämlik och träffsäker (20).

### **Standardiserade vårdförlopp och primärvårdens roll**

Sedan år 2015 finns ett drygt trettiotal nationella ”snabbspår för cancerutredning” eller så kallade standardiserade vårdförlopp (21). De beskriver vilka utredningar som ska göras vid misstanke om en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas för att starta behandling snabbt. Syftet med arbetssättet är att göra vården mer jämlik, öka patientnöjdheten och minska väntetiderna. Region Stockholm har år 2022 uppnått det nationella målet att minst 70 procent av alla patienter som får en cancerdiagnos ska utredas enligt det standardiserade vårdförloppet.

Majoriteten av de som diagnostiseras med cancer börjar sin utredning i primärvården. Cancer är dock en ovanlig diagnos för en allmänläkare. En beräkning av Akademiskt primärvårdscentrum visar att en primärvårdsläkare diagnostiserar tre till fyra cancerer om året (22). Det är en stor utmaning för primärvården att urskilja de få som har cancer bland alla som söker för till exempel hosta, smärta eller trötthet. Primärvården arbetar enligt de standardiserade vårdförloppen, men saknar beslutsstöd för att kunna bedöma den enskilda patientens cancerrisk. I vissa andra europeiska länder finns beslutsstöd som hjälper primärvården att bedöma den enskilda patientens risk för olika cancerformer (23) men sådana instrument används ännu inte i Sverige. Ett svenskt riskvärderingsinstrument för tjock- och ändtarmscancer har nyligen validerats i Region Stockholm (24).

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen, Cancerfonden. Cancer i siffror- populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm; 2018.
2. Regionala cancercentrum. Lungcancer-nationellt vårdprogram 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/lungcancer/vardprogram/>.
3. Regionala Cancercentrum. Tumörer i hjärna och ryggmärg- nationellt vårdprogram 2020 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/hjarna/vardprogram/symtom-och-tidig-utredning/#chapter-6-2-1-Epileptiska-anfall>.
4. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten Prevention 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://static-files.cancerfonden.se/Cancerfondsrapporten%20Prevention%202022.pdf>.
5. World Health Organisation. Fact sheet-Cancer 2022 [cited 2022 september 26]. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
6. International Agency for Research on Cancer. Europeiska kodexen mot cancer 2016 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/sv/>.
7. Vårdanalys. Omotiverat olika- Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården. 2019.
8. Lago - Peñas S, Rivera B, Cantarero D, Casal B, Pascual M, Blázquez-Fernández C, et al. The impact of socioeconomic position on non-communicable diseases: what do we know about it? *Perspectives in Public Health*. 2020;141(3):158-76.
9. Socialstyrelsen. Dataanalyser av cancer 1975-2019-en registerstudie 2021 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7285.pdf>.
10. Socialstyrelsen. Cancer i Sverige- insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Stockholm; 2011.
11. Socialstyrelsen. Statistik om cancer. 2021 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/cancer/>.
12. Cancerregistret. 2022 [cited Nov 28, 2022. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/cancer/>.
13. Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol*. 2015;39:S1-S10.
14. Nationella vaccinationsregistret [Internet]. 2021. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/datavisualisering/>.
15. Socialstyrelsen. "Screening för bröstcancer: Rekommendation och bedömningsunderlag". 2014 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2014-2-32.pdf>.
16. Socialstyrelsen. Framtidens cancerscreening: Redovisning av regeringsuppdraget Framtidsinriktad omvärldsanalys om förändringar och utvecklingstendenser inom cancerscreening. 2019 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-13.pdf>.

17. Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland.
18. Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland. Första pilotstudien i Sverige om lungcancer-screening 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://cancercentrum.se/stockholm-gotland/om-oss/nyheter/2022/september/forsta-pilotstudien-i-sverige-om-lungcancerscreening/>.
19. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med.* 2020.
20. Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland. Organiserad prostatacancer-testning 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/prostatacancer-testning/>.
21. Regionala Cancercentra i samverkan. Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>.
22. Cancerfonden. Cancerfundsrapporten 2020-Cancervård. 2020 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.cancerfonden.se/cancerfundsrapporten/cancervard/2020>.
23. Cancer Research UK. 2017 [citerad 2022]. Hämtad från: [http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/diagnosis/suspected-cancer-referral-best-practice/risk-assessment-tool-rat?\\_ga=2.136796208.1672039831.1511961318-2038252476.1428484677](http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/diagnosis/suspected-cancer-referral-best-practice/risk-assessment-tool-rat?_ga=2.136796208.1672039831.1511961318-2038252476.1428484677).
24. Nemlander E, Rosenblad A, Abedi E, Hasselström J, Sjövall A, Carlsson AC, et al. Validation of a diagnostic prediction tool for colorectal cancer: a case-control replication study. *Fam Pract.* 2023:cmac147.

3%

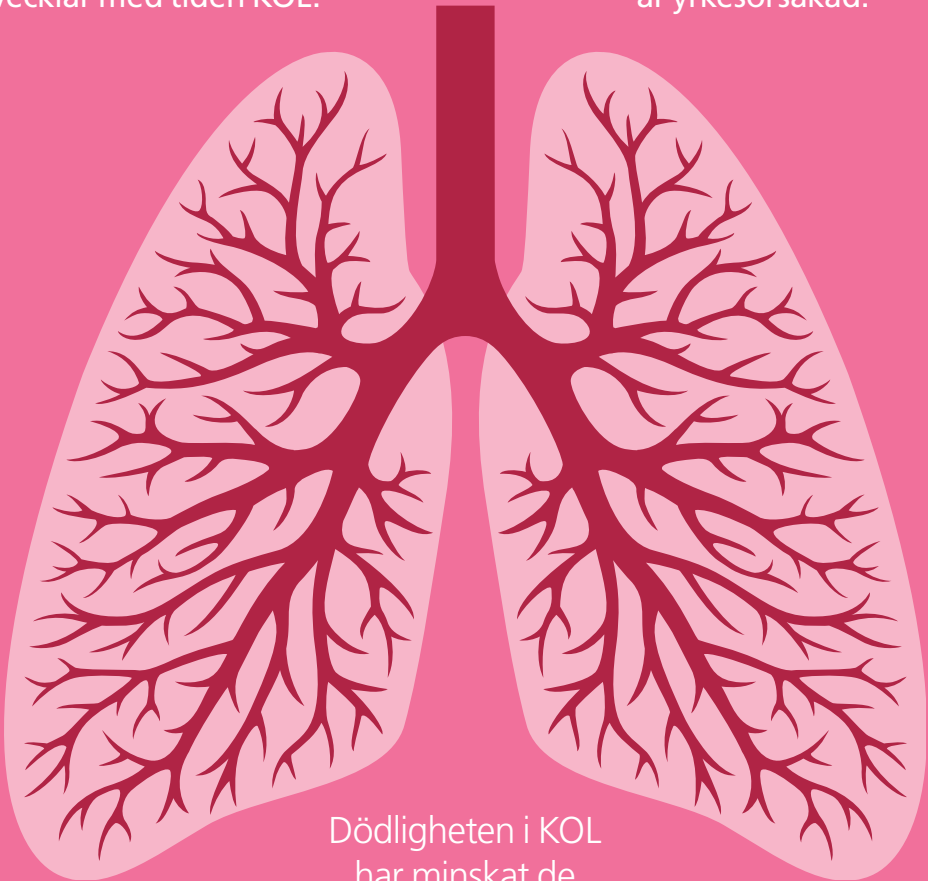
av sjukdomsburden i Stockholms län  
orsakas av KOL.

50%

av alla som röker  
utvecklar med tiden KOL.

15%

av all KOL  
är yrkesorsakad.



Dödligheten i KOL  
har minskat de  
senaste fem åren.

# KOL

KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) orsakar tre procent av sjukdomsörskan i Stockholms län, och den är vanligare i den äldre delen av befolkningen. De senaste fem åren har dödligheten i KOL sjunkit för både män och kvinnor i Stockholms län. Tobaksrökning är den vanligaste orsaken till KOL, och därför bör förebyggande insatser fokusera på minskad rökning. Det är också viktigt att upptäcka sjukdomen i ett tidigt skede för att hindra försämringstakten.

## Introduktion

### Hälften av alla rökare får KOL

KOL är en sjukdom där skador i luftvägar eller lungvävnad ger ”trånga luftrör” som leder till svårigheter att tömma lungorna på luft. Den vanligaste orsaken till KOL är tobaksrökning, även om rökningens betydelse har minskat i takt med att färre röker. Cirka hälften av alla som röker utvecklar med tiden KOL. Över 20 procent av de som drabbas har dock aldrig rökt (1).

Cirka 15 procent av all KOL är yrkesorsakad, främst genom hög exponering för damm (2). Riskyrken för KOL är till exempel byggnadsarbete och gruvarbete. KOL är vanligast hos äldre vilket delvis beror på att lungornas naturliga åldrande bidrar till lungfunktionsförlusten. Om man har nedsatt lungfunktion av något annat skäl, medfött eller på grund av sjukdom, kan man ha en ökad risk att utveckla KOL tidigt i livet.

### Samsjuklighet är vanligt bland KOL-patienter

Symtomen vid KOL kommer ofta smygande, med slem, hosta och andfåddhet som successivt blir sämre. Därför kan det ta lång tid innan KOL-patienter får en diagnos. Skadorna på lungorna läker inte, men utvecklingen kan hejdas med rökstopp eller byte av arbetsmiljö. Därför är tidig upptäckt viktigt. KOL är en viktig orsak till för tidig död, och kan medföra kraftigt sänkt livskvalitet för de som drabbas.

Det är vanligt att personer med KOL även har andra sjukdomar (3), exempelvis hjärt-kärlsjukdom och muskeldysfunktion, där samtidig KOL kan försämra både prognos och förlopp. Till exempel kan möjligheterna till stor kirurgi begränsas vid kraftigt sänkt lungfunktion, och återhämtningen kan fördröjas. Under covid-19-pandemin blev det tydligt att KOL-patienter var särskilt utsatta. De hade både en ökad risk för sjukhusvård och ökad dödlighet jämfört med personer utan KOL (4).

## Förekomst och utveckling över tid

### Mörkertalet är stort för KOL

År 2021 hade 1,3 procent av befolkningen i Stockholms län en KOL-diagnos. Det är vanligare bland kvinnor än bland män, där 1,5 procent kvinnor jämfört med 1,1 procent män hade diagnosen år 2021 (VAL). Kvinnor får oftare en svårare sjukdom med ett snabbare förlopp än män (5).

KOL-diagnosen förekommer nästan inte bland personer under 65 år, men bland äldre personer är KOL betydligt vanligare (se figur 1). Det beror delvis på att lungfunktionen är som bäst i slutet av 20-årsåldern för att sedan fysiologiskt försämras under livet (6), men också på att skadliga exponeringar under livet kan påskynda lungfunktionsförlusten.

Förekomsten i befolkningen har dock visat sig varit betydligt högre. I en pågående forskningsstudie av svenskar i åldrarna 50–64 år hade 14 procent av männen och 10 procent av kvinnorna symtom som tyder på KOL (SCAPIS). En mycket stor andel, 93 procent, av de som uppvisade symtom, hade ingen KOL-diagnos. Det är känt att det finns en underdiagnostisering av KOL, men då diagnosen baseras på lungfunktion kan det vara svårt att veta om den förlorade lungfunktionen hos äldre beror på sjuklighet eller om det är en naturlig del av åldrandet.

### Diagnostiserad KOL per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 65 år och äldre med KOL-diagnos, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter åldersgrupp.

Källa: VAL-databaserna.

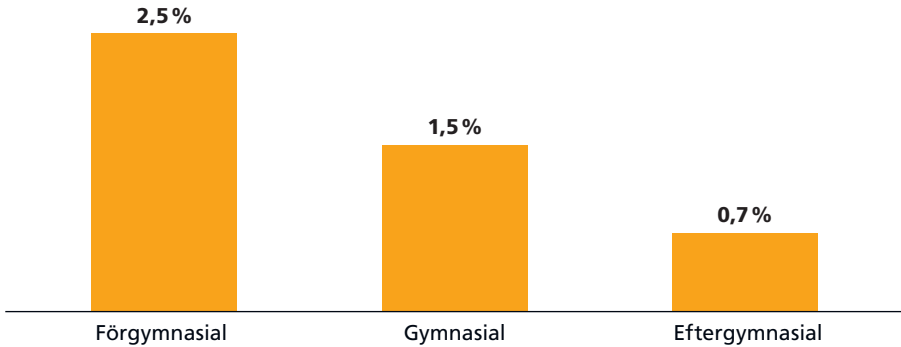
### Kortare utbildning kopplat till högre förekomst av KOL

Det finns en koppling mellan utbildningsnivå och förekomst av KOL. Nästan fyra gånger så många har KOL i gruppen med enbart förgymnasial utbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning (se figur 2). En förklaring kan vara att rökning är vanligare hos personer med kortare utbildning och att de oftare har arbeten där de utsätts för skadlig luftvägsexponering (7).



I den tidigare nämnda forskningsstudien finns samma mönster. Andel med KOL-symtom var 18 procent hos personer i åldrarna 50–64 år med förgymnasial utbildning jämfört med 10 procent hos de med eftergymnasial utbildning (SCAPIS).

### Diagnostiserad KOL per utbildningsnivå

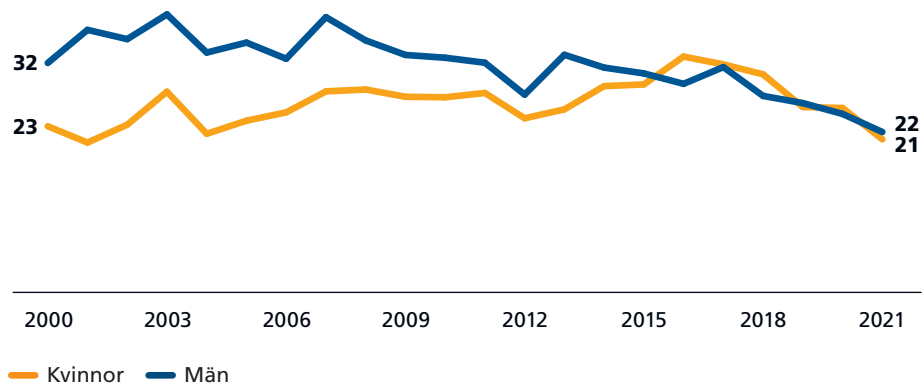


**Figur 2.** Andel (%) med KOL-diagnos, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå. Källa: VAL-databaserna.

### Dödligheten i KOL har minskat

Dödligheten i KOL har minskat de senaste fem åren för både män och kvinnor (se figur 3). I ett längre tidsperspektiv är minskningen i dödlighet tydligast hos män. Vetenskapliga studier talar för att även förekomsten av KOL sjunker i Sverige, något som kopplats till att allt färre röker (8).

### Dödsfall i KOL per 100 000 invånare



**Figur 3.** Antal dödsfall i KOL per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021).

## Insatser

### **Insatser mot rökning har störst förebyggande potential**

Den vanligaste orsaken till KOL är tobaksrökning, och därför är åtgärder för att minska rökning och rökexponering i samhället viktiga för att minska nya fall av KOL (se Rökning). I takt med att rökningen minskar i befolkningen ökar andelen yrkesorsakad KOL. Kunskapen om arbetsmiljöns betydelse för sjukdomen är därför viktig.

### **Tidig upptäckt och diagnostik förbättrar prognosen**

KOL är en kronisk, obotlig sjukdom, men förloppet och prognosen kan förbättras genom livsstilsförändringar, som rökstopp och goda kostvanor, men också genom minskad arbetsmiljöexponering och läkemedelsbehandling. Ett första steg är att få diagnosen, och där visar epidemiologiska data på en underdiagnostik av personer med KOL (8, 9). Tidig utredning med lungfunktionsscreening (FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub>-mätning) eller spirometriundersökning av personer med rökexponering eller andra riskfaktorer är ett sätt att fånga fler personer med tidig KOL (5). Tidig diagnos kan i sin tur motivera individen att sluta röka eller byta arbete. Det möjliggör också utökad rådgivning kring arbetsmiljö och fritidsexponering liksom läkemedelsbehandling med bronkvidgande och antiinflammatoriska läkemedel som minskar symtom, ger bättre livskvalitet och bromsar sjukdomsutvecklingen.

### **Större tillgänglighet till astma- och KOL-mottagningar angeläget**

En vidareutveckling av primärvårdens kompetens kring lung- och luftvägssjukdomar är angelägen, till exempel genom utökad tillgänglighet till astma- och KOL-certifierade mottagningar. Tidig diagnostisering möjliggör också riktade multiprofessionella stödinsatser så som fysioterapi, patientutbildning och kontakt med exempelvis astma-KOL-sjuksköterska och dietist (5). Vidare innebär det en möjlighet till strukturerad uppföljning av lungfunktion, fysisk kapacitet och rökstatus.

Adekvat läkemedelsbehandling och uppföljning är ett mycket viktigt verktyg för att förebygga försämringsperioder. Regelbunden fysisk träning anpassad efter patientens hälsostatus kan också minska andningsbesvär och försämringsepisoder (10). Personer med KOL är känsliga för luftvägsinfektioner, som både kan utlösa försämringsepisoder och leda till svår sjukdom. Därför rekommenderas vaccination mot säsongsinfluensa och pneumokocker (11).

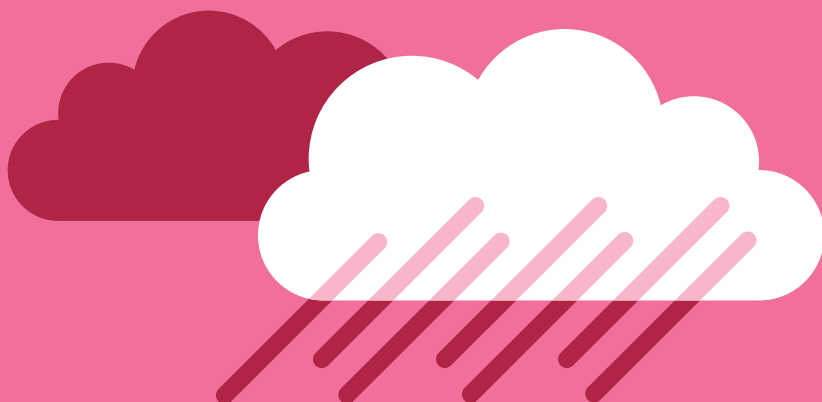
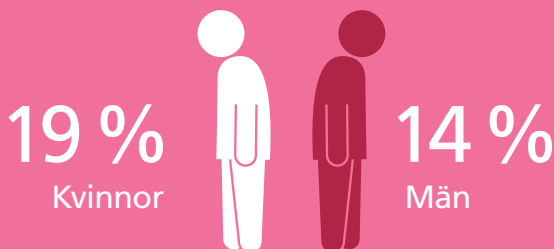
## REFERENSER

1. Lamprecht B, McBurnie MA, Vollmer WM, Gudmundsson G, Welte T, Nizankowska-Mogilnicka E, et al. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. *Chest*. 2011;139(4):752-63.
2. Collaborators GBDocRRF, collaborators GBDocrrf. Global and regional burden of chronic respiratory disease in 2016 arising from non-infectious airborne occupational exposures: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Occup Environ Med*. 2020;77(3):142-50.
3. GOLD. GOLD Pocket Guide [citerad 2022]. Hämtad från: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2022. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>.
4. Singh D, Mathioudakis AG, Higham A. Chronic obstructive pulmonary disease and COVID-19: interrelationships. *Curr Opin Pulm Med*. 2022;28(2):76-83.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2020 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/astma-och-kol/>.
6. Wang X, Mensinga TT, Schouten JP, Rijcken B, Weiss ST. Determinants of maximally attained level of pulmonary function. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2004;169(8):941-9.
7. Folkhälsomyndigheten. Tobaksrökning, daglig [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 2022-12-08]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-tobaksrokning>.
8. Backman H, Vanfleteren L, Lindberg A, Ekerljung L, Stridsman C, Axelsson M, et al. Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. *Respiratory research*. 2020;21(1):283.
9. Danielsson P, Ólafsdóttir IS, Benediktsdóttir B, Gíslason T, Janson C. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Uppsala, Sweden--the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: cross-sectional population-based study. *The clinical respiratory journal*. 2012;6(2):120-7.
10. Emtner M, Nykvist M, Skold M, Larsson K, Wadell K. Fysisk aktivitet kan reducera dyspné vid KOL och lungfibros. *Lakartidningen*. 2022;119.
11. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer för vaccination [www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se) 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/rekommendationer-for-vaccination/>.

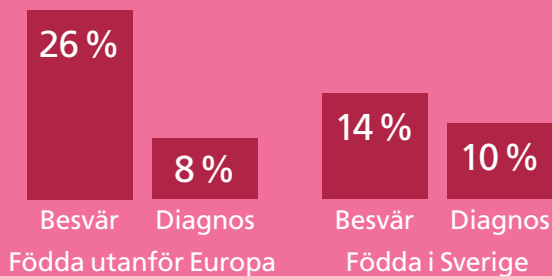
# 5%

av den totala sjukdomsburden  
i Stockholms län orsakas av  
ångestsyndrom och depression.

Andel som anger att de har besvär som tyder  
på ångestsyndrom eller depression:



Fler har besvär som tyder på ångest eller  
depression än som har fått diagnos:



# Ångest och depression

Ångestsyndrom och depression är vanliga sjukdomar och står för fem procent av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län. Ångestsyndrom tycks ha ökat under de senaste åren, men inte depressioner. Det är betydligt fler unga vuxna som rapporterar besvär jämfört med antalet som har en diagnos enligt vårdstatistiken och detsamma gäller för de allra äldsta, utrikesfödda och personer med kortare utbildning. Det finns effektiv behandling, men vården behöver bli mer tillgänglig för dessa grupper.

## Introduktion

### Tillstånden skapar lidande och hinder i vardagen

Oro och ångest är naturliga reaktioner när vi ställs inför utmanande situationer, men känslorna blir ibland så intensiva att de blir ett hinder i vardagen. Ångest eller oro som skapar lidande och försämrad funktion kallas ångestsyndrom (1). Även att vara ledsen och nedstämd ibland är en naturlig del av livet. En del personer har dock perioder när sådana känslor inte ger vika utan leder till orkeslöshet, minskad lust, hopplöshet eller sömnproblem. Om det innebär ett lidande eller försämrad funktion kallas det depression (1).

Ångestsyndrom och depression är vanliga sjukdomar och bland de som orsakar allra störst andel så kallade förlorade friska år på grund av funktionsförlust, och därmed stor sammantagen sjukdomsbörda (se Introduktion och metod) (2). Ångestsyndrom debuterar ofta under barndomen (3) men det varierar för olika ångestsyndrom (4). Depression debuterar ofta i tonåren eller i tidig vuxen ålder (3). Orsakerna är ett samspel av biologiska, psykologiska, sociala och miljömässiga faktorer som ärftlighet (5), temperament (6), hur vi tolkar information (7, 8), förmåga till känsloreglering (9, 10), negativa erfarenheter (11) och sociala förutsättningar (12).

Ångestsyndrom och depression kan leda till sämre hälsa och till sociala, ekonomiska och relationella problem (13, 14). Båda tillstånden ökar risken för självmord och är förknippade med kortare livslängd och ökad risk att dö av andra orsaker, som av hjärtinfarkt och cancer (15, 16).

## Förekomst och utveckling över tid

### Ångestdiagnos ökar bland flickor

3,4 procent av flickorna och 1,6 procent av pojkarna i grundskoleåldern (6–15 år) hade en ångestdiagnos år 2021. Andelen flickor med ångestdiagnos har ökat från 1,8 procent år 2014. Ökningen har varit särskilt stor under de senaste två åren (det vill säga under pandemin). För pojkar har andelen varit relativt stabil (en ökning från 1,4 till 1,6 procent).

Depressionsdiagnos är mindre vanligt bland barn i grundskoleåldern, 0,9 procent av flickorna och 0,3 procent av pojkarna har en depressionsdiagnos.

Det saknas undersökningar av självskattade eller föräldraskattade besvär för barn.

### Ångest är vanligast även bland vuxna

Tolv procent av kvinnorna och fem procent av männen 16 år och äldre hade en ångestdiagnos år 2021. Även i denna åldersgrupp är ångestdiagnoser vanligare än depressionsdiagnoser. Fem procent av kvinnorna och tre procent av männen hade en depressionsdiagnos.

Hos kvinnor har andelen med ångestdiagnos ökat från 7 till 12 procent och bland män från 3,5 till 5,3 procent sedan år 2014. Andelarna med depressionsdiagnos har inte ökat nämnvärt under samma tidsperiod. För vuxna syns inga tecken på att ångest- eller depressionsdiagnoser skulle ha ökat mer sedan pandemin jämfört med tidigare år.

### Självrapporterade besvär tyder på mörkertal i vissa grupper

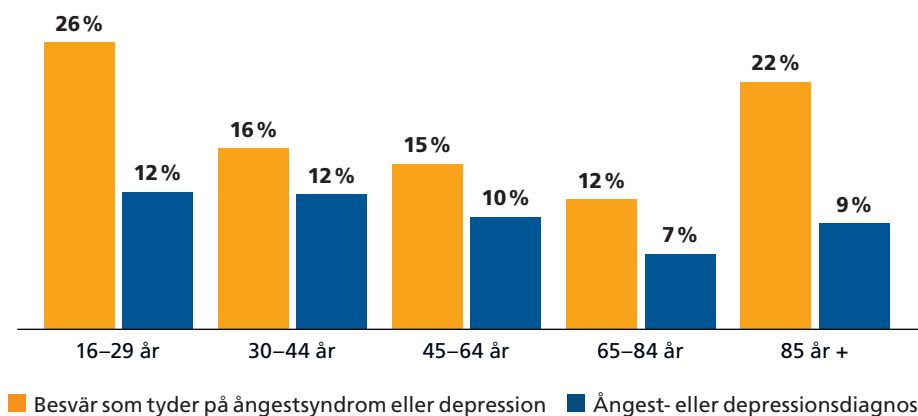
I folkhälsoenkäten 2021 svarar deltagarna på ett antal frågor som ska fånga symtom på ångestsyndrom eller depression (formuläret Patient Health Questionnaire-4, PHQ4) (17). Resultaten visar att 19 procent av kvinnorna och 14 procent av männen har besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression. Det är första gången som formuläret används, så det går inte att göra någon analys av hur det sett ut över tid. Tidigare användes andra frågor som mäter psykisk ohälsa i en bredare bemärkelse (formuläret General Health Questionnaire-12, GHQ-12) (18). De användes för ett urval av deltagarna även 2021 (de som ingår i den så kallade Stockholm Public Health Cohort). En jämförelse i den gruppen visar ingen tydlig ökning av psykisk ohälsa sedan 2002.

Det är relevant att jämföra hur stora andelar som fått en ångest- eller depressionsdiagnos med hur stora andelar som har besvär enligt frågorna i folkhälsoenkäten för olika befolkningsgrupper. Den jämförelsen visar på små skillnader i socioekonomiskt starkare grupper. Däremot finns det tecken på mörkertal hos unga vuxna och hos de allra äldsta samt hos personer som är utrikes födda och har kortare utbildning (se figur 1–3).

## Unga och äldre rapporterar mest besvär

Unga vuxna och de allra äldsta rapporterar mer besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression jämfört med övriga åldersgrupper (se figur 1). De har dock inte tydligt fler ångest- eller depressionsdiagnoser vilket tyder på att många med besvär inte får vård.

### Ångest och depression per åldersgrupp



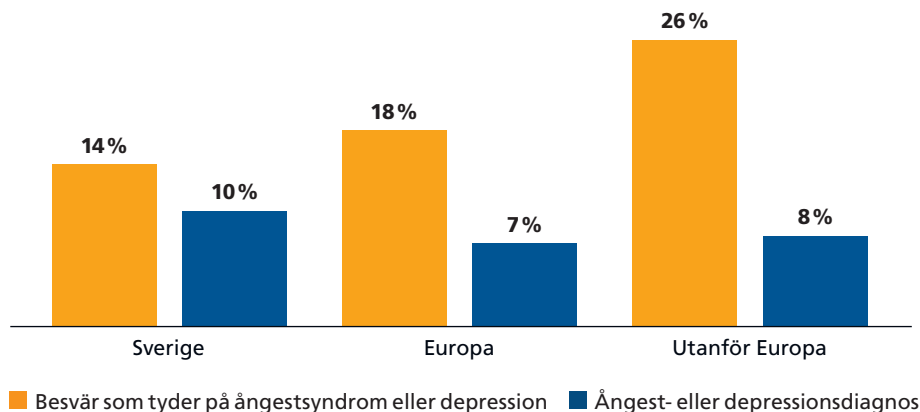
**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression samt andel som har fått en ångest- eller depressionsdiagnos i vården, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: VAL-databaserna och Folkhälsoenkäten (FHE).

## Utrikesfödda har mer besvär men får mindre vård

Personer som är födda utanför Sverige, framför allt utanför Europa, rapporterar mer besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression jämfört med de som är födda i Sverige (se figur 2). Andelen som får diagnos är däremot något lägre jämfört med de som är födda i Sverige.

## Ångest och depression per födelseland



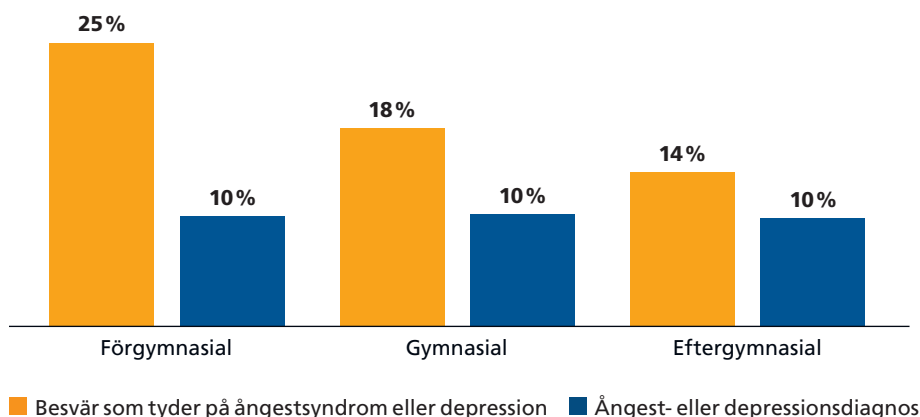
**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression samt andel som har fått en ångest- eller depressionsdiagnos i vården, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter födelseland.

Källa: VAL-databaserna och Folkhälsoenkäten (FHE).

## Personer med kortare utbildning har mer besvär

Personer med förgymnasial utbildning rapporterar mer besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression jämfört med personer med längre utbildning. Andelen med ångest- eller depressionsdiagnos skiljer sig dock inte mellan olika utbildningsnivåer.

## Ångest och depression per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre med besvär som tyder på ångestsyndrom eller depression samt andel som har fått en ångest- eller depressionsdiagnos i vården, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: VAL-databaserna och Folkhälsoenkäten (FHE).



## Insatser

### **Breda insatser viktiga för att förebygga depression och ångest**

För att minska ångestsyndrom och depression i befolkningen behövs både tillgänglig och effektiv behandling och förebyggande insatser. De flesta med ångestsyndrom anger att problemen debuterade i barndomen och därför finns det anledning att arbeta förebyggande bland barn och unga. Det finns internationella exempel på skolbaserade insatser som visar effekt på både ångest- och depressionssymtom (19), men det är inte klarlagt att de är överförbara till Sverige och att de ger långsiktiga effekter (20). Ett viktigt arbete är därför att utveckla, anpassa och utvärdera förebyggande insatser för barn och unga. Det är även viktigt att arbeta mot psykisk ohälsa i en bredare bemärkelse genom att säkerställa god utbildning, erbjuda föräldrastöd till de som har behov samt minska mobbning och diskriminering (21).

### **Öka tillgängligheten till effektiv behandling**

Det finns effektiv behandling för ångestsyndrom och depression för alla åldrar. I Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas främst psykologisk behandling, framför allt kognitiv beteendeterapi, eller antidepressiva läkemedel (22). Tillgängligheten till psykologiska behandlingar behöver dock öka, framför allt inom primärvården där de flesta vuxna och en ökande andel barn och ungdomar söker vård för dessa tillstånd (22). Ett sätt att öka tillgängligheten är att ge psykologisk behandling via internet (23, 24).


Många med ångestsyndrom och depression kommer inte i kontakt med vård och erbjuds därmed inte behandling (25). Unga vuxna, de äldsta, utrikesfödda, och personer med förgymnasial utbildning får vård i lägre grad än förväntat utifrån självskattade besvär. Riktade kunskapshöjande insatser om hur och när man kan söka hjälp skulle kunna minska detta glapp, tillsammans med en välfungerande lokal primärvård (26).

Det finns dock en relativt stor andel som inte blir hjälpta trots behandling (27, 28), vilket ytterligare tydliggör behovet av preventivt arbete.

## REFERENSER

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. [Internet]. 2013. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.
2. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Reference Life Table. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2021.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.
4. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2005;14(4):631–48, vii. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://europepmc.org/abstract/MED/16171696>.
5. Demirkan A, Penninx BWJH, Hek K, Wray NR, Amin N, Aulchenko YS, et al. Genetic risk profiles for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2011;16(7):773–83. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://doi.org/10.1038/mp.2010.65>.
6. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1994;103(1):103–16. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://europepmc.org/abstract/MED/8040472>.
7. Field AP, Lester KJ. Is there room for “development” in developmental models of information processing biases to threat in children and adolescents? *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2010;13(4):315–32. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://europepmc.org/abstract/MED/20811944>.
8. Beevers CG. Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2005;25(7):975–1002. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805000267>.
9. Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2008;28(5):759–82. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735807001857>.
10. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2010;32(1):68–82. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>.
11. Hankin BL. Depression from childhood through adolescence: risk mechanisms across multiple systems and levels of analysis. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2015;4:13–20. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X15000500>.
12. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, Shipley MJ, Sipilä PN, Nyberg ST, et al. Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *Lancet Public Heal*. 2020;5(3):e140–9.

13. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(1):21–33.
14. Copeland WE, Alaie I, Jonsson U, Shanahan L. Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2021;60(5):604–11. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085672031337X>.
15. Machado MO, Veronese N, Sanches M, Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, et al. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Med* [Internet]. 2018;16(1):112. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1101-z>.
16. Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Mortensen PB, Laursen TM, Penninx BW. Increased mortality among people with anxiety disorders: total population study. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018/01/02. 2016;209(3):216–21. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.cambridge.org/core/article/increased-mortality-among-people-with-anxiety-disorders-total-population-study/9AB16A73A5EE6055FBC6181EEB566AFD>.
17. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* [Internet]. 2010;122(1):86–95. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270900278X>.
18. Lundin A, Hallgren M, Theobald H, Hellgren C, Torgén M. Validity of the 12-item version of the General Health Questionnaire in detecting depression in the general population. *Public Health* [Internet]. 2016;136:66–74. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350616000962>.
19. Werner-Seidler A, Spanos S, Calear AL, Perry Y, Torok M, O’Dea B, et al. School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2021;89:102079. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735821001227>.
20. Utvärdering S beredning för medicinsk och social. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn [Internet]. Stockholm; 2021. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/program-for-att-forebygga-psykisk-ohalsa-hos-barn2/>.
21. Johansson M. Risk- och skyddsfaktorer – vad vet vi och vad kan göras med kunskapen? 2021.
22. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. 2021.
23. Ebert DD, Zarski A-C, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, et al. Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS One* [Internet]. 2015 Mar 18;10(3):e0119895. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>.
24. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020;22(8):e18100. [citerad 2022]. Hämtad från: <http://www.jmir.org/2020/8/e18100/>.

- 
25. Niermann HCM, Voss C, Pieper L, Venz J, Ollmann TM, Beesdo-Baum K. Anxiety disorders among adolescents and young adults: Prevalence and mental health care service utilization in a regional epidemiological study in Germany. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2021;83:102453. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618521001006>.
  26. Bäärnhielm S, Hollander A-C, Dalman C. Psykiatrisk vård måste inkludera mångfaldsfrågor. *Dagens Medicin* [Internet]. 2020 Dec; [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/psykiatrisk-varld-maste-inkludera-mangfaldsfragor/>.
  27. Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2018;61:1–8. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735817302519>.
  28. Santoft F, Axelsson E, Öst L-G, Hedman-Lagerlöf M, Fust J, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2019/01/28. 2019;49(8):1266–74. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.cambridge.org/core/article/cognitive-behaviour-therapy-for-depression-in-primary-care-systematic-review-and-metaanalysis/449285E0E9ED699C557498E45F8A7D40>.



# 3%

av sjukdomsördan i Stockholms län  
orsakas av diabetes.

Andelen personer med  
diagnostiserad diabetes har  
ökat från 5,3 till 6,5 procent  
på mindre än tio år.



## 1 av 3

diabetesfall beräknas  
vara odiagnostiserat.

Socialstyrelsen rekommenderar  
att personer med riskfaktorer  
för typ 2-diabetes ska få sitt  
blodsocker kontrollerat när de  
kommer i kontakt med vården.  
Det görs i cirka 80 procent av  
fallen i Region Stockholm.

# Diabetes

Cirka sju procent av invånarna i Stockholms län har diabetes och sjukdomen orsakar nästan tre procent av sjukdomsördan i Stockholms län. Diabetes är kopplad till högre risk för hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom, blindhet, amputationer, cancer, demenssjukdom, stroke och infektioner. Typ 2-diabetes utgör den stora majoriteten av alla fall och har riskfaktorer som övervikt och obesitas, fysisk inaktivitet, hög ålder och ärftlighet. Diabetes kan motverkas av tidiga förebyggande insatser. För de som utvecklar sjukdomen är långsiktig blodsockerkontroll viktig för att hindra komplikationer.

## Introduktion

### Diabetes har blivit vanligare i yngre åldrar

Diabetes är en kronisk sjukdom där kroppen inte kan reglera blodsockernivåerna (se Högt blodsocker). Sjukdomen delas in i olika typer, där typ 1 och typ 2 är vanligast. Typ 2-diabetes utgör 90–95 procent av alla diabetesfall och typ 1-diabetes omkring fem procent. I Stockholms län orsakas cirka tre procent av sjukdomsördan av diabetes (varav 2,5 procent av typ 2-diabetes och dess komplikationer) (1).

Typ 2-diabetes kännetecknas av nedsatt känslighet för insulin vilket gör att blodsockret stiger. Sjukdomen debuterar oftast i vuxen ålder, men diagnos hos ungdomar och även barn har blivit vanligare. Det kan delvis bero på ökningen av barnobesitas, men orsakerna är inte helt klarlagda (2).

Typ 1-diabetes är en autoimmun sjukdom som ofta debuterar i barndomen. Den orsakas av att de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln dödas av kroppens immunförsvar.

### Typ 2-diabetes kan till viss del förebyggas

Det finns flera riskfaktorer för typ 2-diabetes. Ärftlighet (en nära släkting med typ 2-diabetes) och manligt kön ger var för sig fördubblad risk (3–4). Risken ökar även med ålder och de flesta får diagnos efter 45 års ålder.

Men det finns också riskfaktorer som kan påverkas. Övervikt och obesitas har ett tydligt samband med diabetes, med tre respektive sju gånger högre risk (5). Högt blodtryck är kopplat till 50–60 procent högre risk (6).

Risken påverkas också av levnadsvanorna. Rökning ger cirka 40 procent högre risk (7) och att snusa en dosa snus per dag ger 50 procent högre risk (8). Att äta rött kött eller charkuterier ökar risken med 20–40 procent och att dricka en sockerhaltig dryck per dag ökar risken med 26 procent. Ett ökat intag av fullkorn och fibrer minskar risken med 10 respektive 25 procent (9). Fysisk aktivitet minskar risken med cirka 40 procent (10).

## Diabetes kan leda till svåra komplikationer

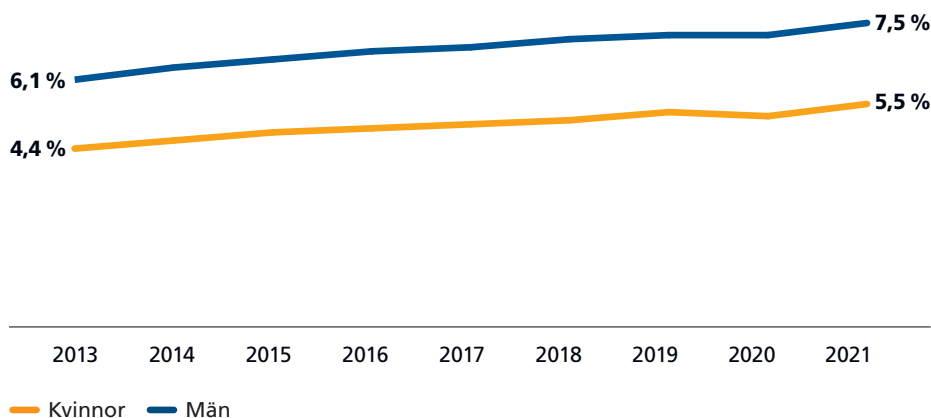
Diabetes kan leda till både akuta och kroniska komplikationer. Risken för hjärt-kärlsjukdomar är mer än fördubblad för personer med diabetes (11), särskilt bland kvinnor (12). Risken för kronisk njursjukdom är tre gånger högre (13). Dessutom är diabetes kopplat till ökad risk för demenssjukdomar och för några cancerformer som levercancer, bukspottkörtelcancer och tjocktarmscancer (14). Diabetes är en vanlig orsak till synned-sättning (15) samt till skador och infektioner i benen som kan leda till amputationer (16). Personer med diabetes har även ökad risk för infektioner. En svensk studie fann ett visst samband mellan diabetes och allvarlig sjukdom och dödlighet på grund av covid-19 (17).

## Förekomst och utveckling över tid

### Diagnostiserad diabetes ökar i befolkningen

Mellan 2013 och 2021 ökade andelen personer i Stockholms län med diagnosen diabetes, från 5,3 till 6,5 procent. Både ökningen och förekomsten är störst för män (se figur 1).

### Diagnostiserad diabetes



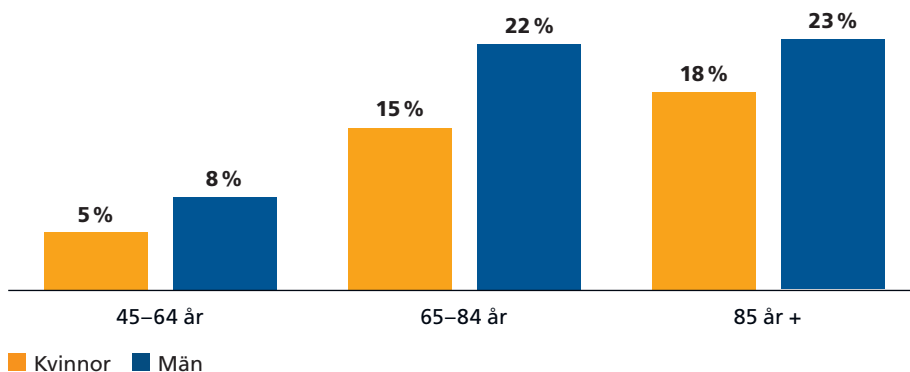
**Figur 1.** Andel (%) som har diagnos typ 1-diabetes eller typ 2-diabetes, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter kön.

Källa: VAL-databaserna och Nationella diabetesregistret (NDR).



Diabetes är vanligare bland män och ökar avsevärt med ålder (se figur 2). Bland personer mellan 65 och 84 år har nästan 20 procent en diabetesdiagnos i jämförelse med åldrarna 45–64 år, där mindre än 7 procent har en diabetesdiagnos (VAL och NDR).

### Diagnostiserad diabetes per åldergrupp



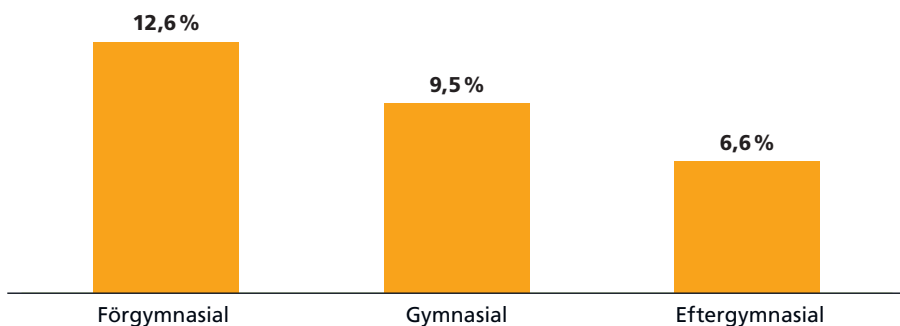
**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 45 år och äldre som har diagnosen typ 1- eller typ 2-diabetes, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön och ålder.

Källa: VAL-databaserna och Nationella diabetesregistret (NDR).

### Kort utbildning ger ökad risk för diabetes

Det finns en viss koppling mellan socioekonomi och förekomsten av diabetes. Enligt en systematisk sammanställning är risken bland personer med sämre socioekonomiska förutsättningar 30–40 procent högre (18). I Stockholms län är sambandet möjligen ännu tydligare och andelen med diagnostiserad diabetes är nästan fördubblad bland personer med kort utbildning jämfört med de med längre utbildning i alla åldersgrupper (se figur 3). Sämre socioekonomi är dessutom kopplad till tidigare diagnosålder och sämre blodsockerkontroll, och därför ökad risk för komplikationer (19).

### Diagnostiserad diabetes per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 30 år och äldre som har diagnos typ 1- eller typ 2-diabetes, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: VAL-databaserna.

## En tredjedel uppskattas vara odiagnostiserad

Enligt internationella uppskattningar kan en tredjedel av alla diabetesfall vara odiagnostiserade (20). Det överensstämmer med data från studien Stockholms diabetespreventiva program (SDPP), där en tredjedel av deltagarna i åldrarna 53–78 år fick sin diagnos i samband med studiebesöket, och var omedvetna om sitt tillstånd.

### Insatser

#### Förebyggande insatser på samhällsnivå

Hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och viktminskning kan förebygga utveckling av diabetes. Föreskrifter och lagar, som särskilda skatter och tydligare information på livsmedel, kan hjälpa individer att fatta hälsosamma beslut angående matvanor (21, 22) (se Matvanor). Infrastruktur påverkar nivån av fysisk aktivitet och enligt en metaanalys är risken att utveckla diabetes mellan två och tre gånger högre för personer som bor i ett mindre gångbart område (23) (se Fysisk aktivitet).

#### Förebyggande insatser för personer med hög risk

Strukturerade insatser för förbättrade matvanor och ökad fysisk aktivitet eller läkemedelsbehandling kan fördröja och till och med förhindra utvecklingen av diabetes bland personer med högt blodsocker (24). I Region Stockholm pågår utvecklingsarbete för riskgrupper inom primärvården i form av digital hälsa och rådgivning av vårdpersonal (se Högt blodsocker).

CES genomför under åren 2022–2025 en randomiserad studie om effekterna av provtagning och hälsosamtal i primärvården för att upptäcka riskfaktorer och förebygga bland annat diabetes (se Metabola riskfaktorer). Kunskap från studien kan leda till mer effektiva förebyggande insatser.

#### Fokus på tidig diagnos

Socialstyrelsen rekommenderar att personer med riskfaktorer för typ 2-diabetes ska få sitt blodsocker kontrollerat när de kommer i kontakt med vården, för att så tidigt som möjligt identifiera personer med diabetes (25). Bland de personer som besökt Region Stockholms vårdcentraler minst tre gånger under åren 2015–2021 och sedan tidigare är diagnostiserade med hypertoni, hyperlipidemi eller obesitas har 79 procent provtagits för blodsocker (personer med typ 2-diabetes exkluderade) (Take Care SLSO primärvård). Således undersöktes inte blodsocker hos 21 procent av patienterna i riskgrupp som återkommande besökte vårdcentralen.

Studier har visat att precisionshälsa kan användas för att göra mer noggranna beräkningar av enskildas risk för diabetes och därmed rikta förebyggande insatser och behandling till rätt individ i rätt tid (26, 27). Sådana metoder används dock inte i kliniskt arbete i dagsläget och vidare utveckling behövs.

### **Blodsockerkontroll förebygger komplikationer**

För att undvika diabeteskomplikationer är det viktigt att hålla blodsocker, blodtryck och blodfetter på rätt nivå. En rapport baserad på Region Stockholms VAL-data visar att det finns betydande skillnader i länet både när det gäller måluppfyllelse för blodsockerkontroll och för användningen av antidiabetesläkemedel (28). I Stockholms län har 30 procent av diabetespatienterna endast kostbehandling, vilket inte rekommenderas av Socialstyrelsen. Region Stockholm når precis upp till Socialstyrelsens uppsatta mål att högst 10 procent av patienterna ska ha för höga blodsockervärden (definierat som HbA<sub>1c</sub> högre än 70 mmol/mol) (NDR). Endast 55 procent av patienterna når den nivå som Nationella diabetesregistret definierar som optimal (HbA<sub>1c</sub> under 52 mmol/mol) år 2021 (NDR).

## REFERENSER

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204–22.
2. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2018;138:271–81.
3. Franks PW. Diabetes Family History: A Metabolic Storm You Should Not Sit Out. *Diabetes*. 2010;59(11):2732–4.
4. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G. Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocrine Reviews*. 2016;37(3):278–316.
5. Abdullah A, Peeters A, de Courten M, Stoelwinder J. The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;89(3):309–19.
6. Emdin CA, Anderson SG, Woodward M, Rahimi K. Usual Blood Pressure and Risk of New-Onset Diabetes: Evidence From 4.1 Million Adults and a Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(14):1552–62.
7. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(12):958–67.
8. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg M, et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med*. 2017;281(4):398–406.
9. Neuenschwander M, Ballon A, Weber KS, Norat T, Aune D, Schwingshackl L, et al. Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ*. 2019;366:l2368.
10. Aune D, Norat T, Leitzmann M, Tonstad S, Vatten LJ. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2015;30(7):529–42.
11. Collaboration. ERF, Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet*. 2010;375(9733):2215–22.
12. Wang Y, O'Neil A, Jiao Y, Wang L, Huang J, Lan Y, et al. Sex differences in the association between diabetes and risk of cardiovascular disease, cancer, and all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and meta-analysis of 5,162,654 participants. *BMC Med*. 2019;17(1):136.
13. Shen Y, Cai R, Sun J, Dong X, Huang R, Tian S, et al. Diabetes mellitus as a risk factor for incident chronic kidney disease and end-stage renal disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2017;55(1):66–76.
14. Ling S, Brown K, Miksza JK, Howells L, Morrison A, Issa E, et al. Association of Type 2 Diabetes With Cancer: A Meta-analysis With Bias Analysis for Unmeasured Confounding in 151 Cohorts Comprising 32 Million People. *Diabetes Care*. 2020;43(9):2313–22.

15. Henricsson M, Nyström L, Blohmé G, Ostman J, Kullberg C, Svensson M, et al. The incidence of retinopathy 10 years after diagnosis in young adult people with diabetes: results from the nationwide population-based Diabetes Incidence Study in Sweden (DISS). *Diabetes Care*. 2003;26(2):349-54.
16. Kamrad I, Söderberg B, Örneholm H, Hagberg K. SwedeAmp—the Swedish Amputation and Prosthetics Registry: 8-year data on 5762 patients with lower limb amputation show sex differences in amputation level and in patient-reported outcome. *Acta Orthopaedica*. 2020;91(4):464-70.
17. Rawshani A, Kjölhede EA, Rawshani A, Sattar N, Eeg-Olofsson K, Adiels M, et al. Severe COVID-19 in people with type 1 and type 2 diabetes in Sweden: A nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2021;4.
18. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2011;40(3):804-18.
19. Nanayakkara N, Curtis AJ, Heritier S, Gadowski AM, Pavkov ME, Kenealy T, et al. Impact of age at type 2 diabetes mellitus diagnosis on mortality and vascular complications: systematic review and meta-analyses. *Diabetologia*. 2021;64(2):275-87.
20. Heltberg A, Andersen JS, Sandholdt H, Siersma V, Kragstrup J, Ellervik C. Predictors of undiagnosed prevalent type 2 diabetes – The Danish General Suburban Population Study. *Prim Care Diabetes*. 2018;12(1):13-22.
21. Muzzioli L, Penzavecchia C, Donini LM, Pinto A. Are Front-of-Pack Labels a Health Policy Tool? *Nutrients*. 2022;14(4):771.
22. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genç M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019;20(9):1187-204.
23. Chandrabose M, Rachele JN, Gunn L, Kavanagh A, Owen N, Turrell G, et al. Built environment and cardio-metabolic health: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity Reviews*. 2019;20(1):41-54.
24. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393-403.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård Stöd för styrning och ledning. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se); 2018. Report No.: 978-91-7555-476-1 Contract No.: 2018-10-25.
26. Yacamán Méndez D, Zhou M, Trolle Lagerros Y, Gómez Velasco DV, Tynelius P, Gudjonsdottir H, et al. Characterization of data-driven clusters in diabetes-free adults and their utility for risk stratification of type 2 diabetes. *BMC Med*. 2022;20(1):356.
27. Fitipaldi H, McCarthy MI, Florez JC, Franks PW. A Global Overview of Precision Medicine in Type 2 Diabetes. *Diabetes*. 2018;67(10):1911-22.
28. Alvarsson M, Dahlman I, Catrina S-B, Östensson CG, Lindborg P, Höybye C, et al. Statistical report - Testmiljö diabetes. Stockholm, Sweden: Region Stockholm; 2020 March 31, 2020.

# 6%

av alla dödsfall i Stockholms län  
orsakas av Alzheimers sjukdom.

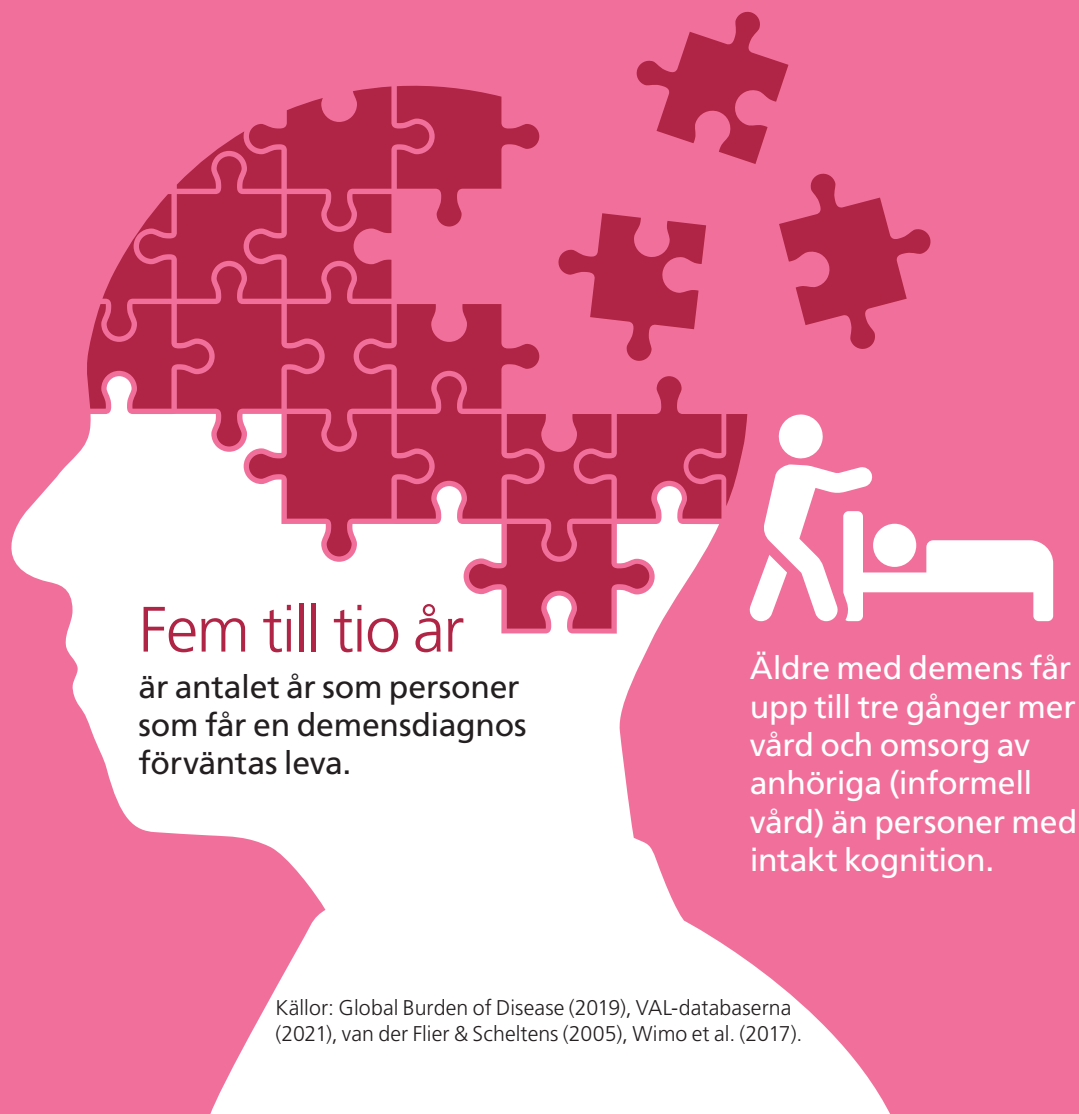
## 2%

i åldern 70–79 år  
har en demensdiagnos.



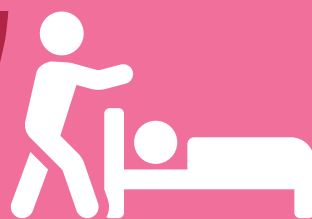
## 15%

i åldern 90 år och äldre  
har en demensdiagnos.



### Fem till tio år

är antalet år som personer  
som får en demensdiagnos  
förväntas leva.



Äldre med demens får  
upp till tre gånger mer  
vård och omsorg av  
anhöriga (informell  
vård) än personer med  
intakt kognition.

# Demens

Andelen personer i Stockholms län med en demensdiagnos har legat relativt stabil sedan 2018. Demens är vanligare bland kvinnor, personer med kort utbildning och personer födda utanför Sverige. Demenssjukdomar kan förebyggas men inte botas. Den förväntade livslängden efter diagnos är 5–10 år.

## Inledning

### **Alzheimers sjukdom är vanligast**

Demens är ett syndrom som kännetecknas av nedsatt förmåga att minnas, tänka eller fatta beslut. Risken för demens ökar exponentiellt med åldern. Andra riskfaktorer för demens är kort utbildning, högt blodtryck, hörselskador, rökning, obesitas, depression, fysisk inaktivitet, diabetes och låg social kontakt (1). Ny forskning har också visat att huvudskador och luftföroreningar skulle kunna öka risken för demens (2). I Sverige är medelåldern för personer med demenssjukdom 79 år (3).

Det finns flera typer av demenssjukdomar. Alzheimers sjukdom är den vanligaste och står för 50–70 procent av alla fall. Den ger symtom som minnesförlust och förvirring. Andra typer är vaskulär demens som ger förändrad problemlösning och fokusering, Lewykroppsdemens som ger synhallucinationer och nedsatt koncentrationsförmåga samt frontallobsdemens som kännetecknas av stora personlighets- och beteendeförändringar.

Demenssjukdomar går inte att bota och personer som diagnostiseras med demens har 5–10 års förväntad livslängd (4). Läkemedelsbehandling kan användas för att mildra symtomen. I en nyligen publicerad studie har också läkemedel som ska bromsa sjukdomen visat vissa positiva resultat för personer i ett tidigt skede av Alzheimers sjukdom (5).

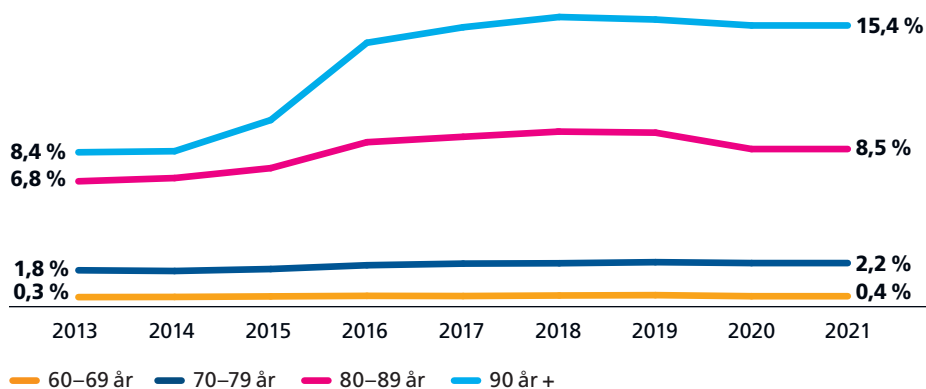
## Förekomst och utveckling över tid

### Uppåtgående trend kan stabiliseras på ny nivå

I åldersgrupperna upp till 79 år har andelen med demensdiagnos i Stockholms län varit relativt stabil de senaste åren (se figur 1). Bland personer 80 år eller äldre ökade andelen under åren 2014–2018, särskilt bland de som var 90 år eller äldre, men sedan 2018 verkar andelen ha stabiliserats eller till och med minskat något, i alla åldersgrupper.

Det bör noteras att alla som har demenssjukdomar inte får en diagnos, och att andelen alltså är högre i befolkningen. Enligt data från Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Oldest (SWEOLD) år 2021 saknar upp till hälften av de som har misstänkt demensdiagnos.

### Diagnostiserad demens



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 60 år och äldre med demensdiagnos, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter ålder.

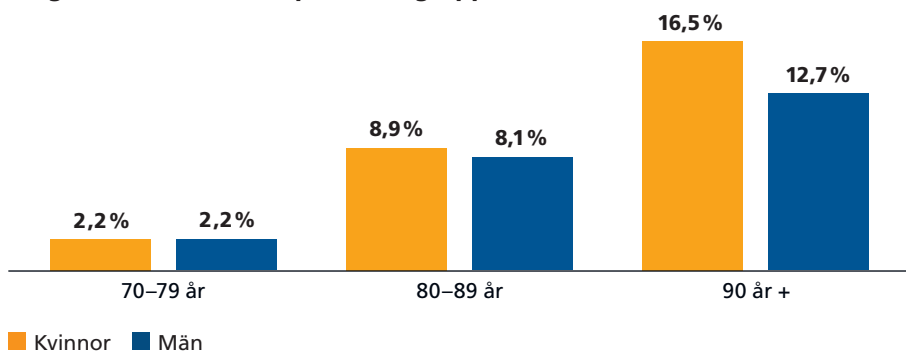
Källa: VAL-databaserna.



## Kort utbildning ökar risken för demenssjukdom

År 2021 fanns det obetydliga könsskillnader i andelen demenssjuka i åldersgrupperna 70–79 år i Stockholms län, medan det i de två äldre åldersgrupperna var fler kvinnor än män som fick en demensdiagnos (se figur 2). Kvinnor blir i genomsnitt äldre, men det förklarar inte ensamt överrepresentationen av kvinnor med demens, och det behövs mer forskning om könsskillnaderna (6).

### Diagnostiserad demens per åldersgrupp

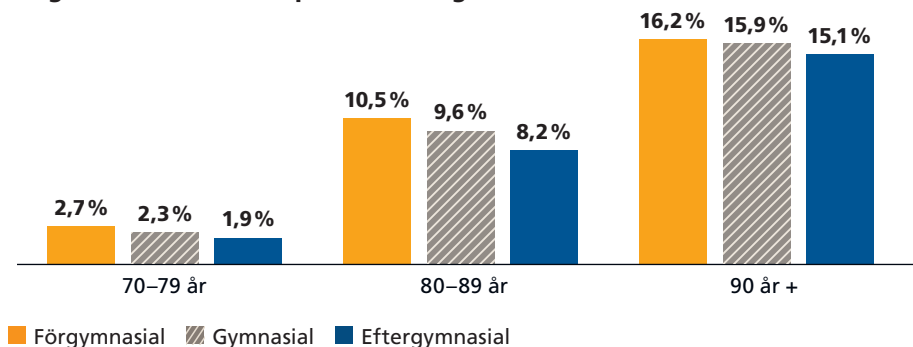


**Figur 2.** Andel (%) i åldrarna 70 år och äldre med demensdiagnos, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter kön.

Källa: VAL-databaserna.

Kort utbildning är en känd riskfaktor för demens (7). Det stämmer överens med data från Stockholms län, där andelen med diagnostiserad demens år 2021 var högre bland personer med enbart förgymnasial utbildning (se figur 3). Andelen med demensdiagnos var också högre bland icke svenskfödda, särskilt i de äldre åldersgrupperna. Skillnaden kan dessutom vara underskattad (8) eftersom vårdpersonal kan ha svårt att korrekt diagnostisera demens hos de allra äldsta med utländsk bakgrund (9).

### Diagnostiserad demens per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 70 år och äldre med demensdiagnos, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa: VAL-databaserna.

## Insatser

### **Demens kan förebyggas**

Demens är inte en oundviklig del av åldrandet, utan kan förebyggas. Några av de insatser som kan förebygga demens är kontroll av metabola riskfaktorer (särskilt högt blodtryck), ökad utbildningsnivå, fysisk aktivitet och social aktivitet (10). En nyligen genomförd, tvåårig interventionsstudie bland äldre inriktade sig på en kombination av kost, motion, kognitiv träning och övervakning av hjärt-kärlhälsa. Studien visade att insatserna ökade deltagarnas kognitiva förmåga med 25 procent (11).

### **Personcentrerad vård kan förebygga sjukhusinläggningar**

Vård av demenssjuka bör vara personcentrerad, där individens medicinska, kognitiva, psykologiska, miljömässiga, kulturella och sociala behov beaktas (12). Målet med vården är att hantera patienternas neuropsykiatriska symtom, minska antalet sjukhusinläggningar och mildra effekterna av samsjuklighet och svaghet (3).

### **Tillgång till omsorg påverkar anhöriga**

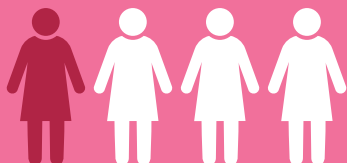
I Sverige finns cirka 160 000 personer som har en demenssjukdom. Av dem bor nästan 95 000 hemma och hälften av dem får ingen hemsjukvård (13). I stället förlitar sig många på informell vård, alltså obetald vård som tillhandahålls av anhöriga och närstående. Det är krävande för de anhöriga eftersom äldre med kognitiv nedsättning eller demens behöver upp till tre gånger mer hjälp än personer med intakt kognition (14).

## REFERENSER

1. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. 2017;390(10113):2673–734.
2. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020 Aug 8;396(10248):413–46.
3. Religa D, Fereshtehnejad SM, Cermakova P, Edlund AK, Garcia-Ptacek S, Granqvist N, et al. SveDem, the Swedish Dementia Registry – A Tool for Improving the Quality of Diagnostics, Treatment and Care of Dementia Patients in Clinical Practice. *PLOS ONE*. 2015 Feb 19;10(2):e0116538.
4. van der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. *J Neurol Neurosurg Amp Psychiatry*. 2005 Dec 1;76(suppl 5):v2.
5. Shi M, Chu F, Zhu F, Zhu J. Impact of Anti-amyloid- $\beta$  Monoclonal Antibodies on the Pathology and Clinical Profile of Alzheimer's Disease: A Focus on Aducanumab and Lecanemab. *Front Aging Neurosci*. 2022;14.
6. Dubal DB. Chapter 16 – Sex difference in Alzheimer's disease: An updated, balanced and emerging perspective on differing vulnerabilities. In: Lanzenberger R, Kranz GS, Savic I, editors. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2020. p. 261–73. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444641236000187>.
7. Lövdén M, Fratiglioni L, Glymour MM, Lindenberg U, Tucker-Drob EM. Education and Cognitive Functioning Across the Life Span. *Psychol Sci Public Interest*. 2020 Aug 1;21(1):6–41.
8. Mehta KM, Yeo GW. Systematic review of dementia prevalence and incidence in United States race/ethnic populations. *Alzheimers Dement*. 2017 Jan 1;13(1):72–83.
9. Lindgren E, Sörenson J, Wattmo C, Kåreholt I, Nägga K. Differences in Dementia Care Between Swedish-Born and Foreign-Born from Countries with Different Country Level Socioeconomic Position: A Nationwide Register-Based Study. *J Alzheimers Dis*. 2021;84(3):1363–71.
10. Fratiglioni L, Marseglia A, Dekhtyar S. Ageing without dementia: can stimulating psychosocial and lifestyle experiences make a difference? *Lancet Neurol*. 2020 Jun 1;19(6):533–43.
11. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015 Jun 6;385(9984):2255–63.
12. Ballard C, Aarsland D. Person-centred care and care mapping in dementia. *Lancet Neurol*. 2009 Apr 1;8(4):302–3.
13. sm-Rahman A, Hydén LC, Kelfve S. Eldercare services for people with and without a dementia diagnosis: an analysis of Swedish registry data. *BMC Health Serv Res*. 2021 Aug 30;21(1):893.
14. Wimo A, Elmståhl S, Fratiglioni L, Sjölund BM, Sköldunger A, Fagerström C, et al. Formal and informal care of community-living older people: A population-based study from the Swedish National study on Aging and Care. *J Nutr Health Aging*. 2017 Jan 1;21(1):17–24.

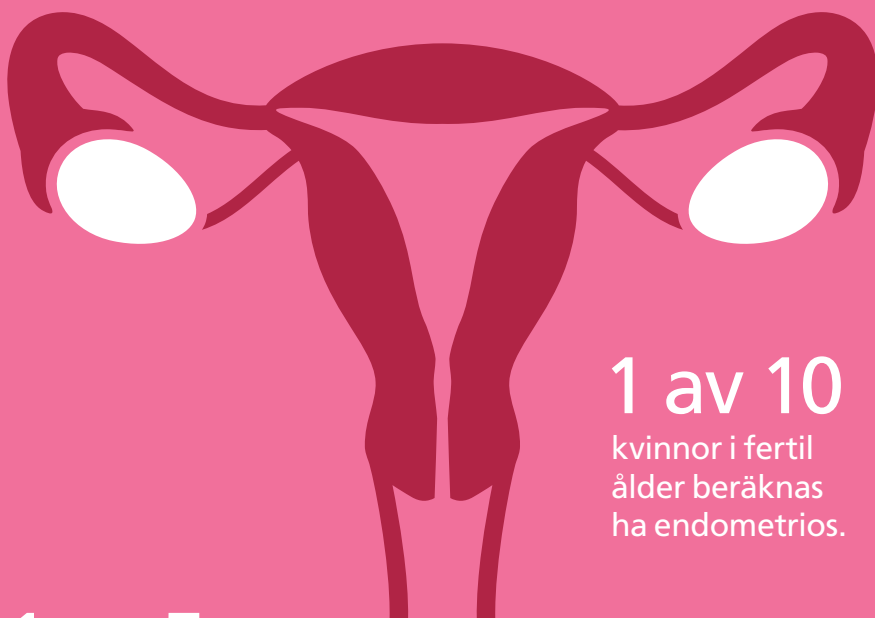
# 4%

av all funktionsförlust (YLD) i Stockholms län orsakas av gynekologiska sjukdomar.



## 1 av 4

kvinnor i fertil ålder lider av måttlig till svår PMS.



## 1 av 10

kvinnor i fertil ålder beräknas ha endometrios.

## 1 av 5

kvinnor har besvär med urininkontinens varje månad eller oftare. Mindre än en halv procent har en diagnos för urininkontinens.



# Gynekologiska sjukdomar

Två av fem kvinnor beräknas leva med en eller flera gynekologiska sjukdomar, som endometrios, svår PMS, dysmenorré eller framfall (1). Gynekologiska sjukdomar orsakar bland annat smärta, blödningsbesvär, inkontinens, infertilitet och psykiska besvär. Underdiagnostik och mörkertal är vanligt trots att det i många fall finns effektiv behandling. Ökad kunskap hos befolkningen och inom vården skulle kunna minska sjukdomsburden i Stockholms län.

## Introduktion

### **Gynekologiska sjukdomar har allvarliga konsekvenser för hälsan**

Gynekologiska sjukdomar innefattar många olika sjukdomstillstånd som relaterar till kvinnors, flickors och en del transpersoners inre och yttre könsorgan, det vill säga vulva, vagina, livmoder, äggstockar och äggledare samt bröst. (I detta kapitel används fortsättningsvis endast begreppet kvinnor även om transpersoner också drabbas – majoriteten av forskningen på gynekologiska sjukdomar har endast studerat kvinnor).

Gynekologiska sjukdomar omfattar bland annat smärttillstånd så som endometrios och vulvodyni (kroniskt smärttillstånd i vulva), bäckenbottenbesvär så som framfall och urininkontinens samt blödningsrubbnings, klimakteriebesvär, polycystiskt ovarie-syndrom (PCOS) och premenstruellt syndrom (PMS). En stor del av sjukdomarna är kopplade till menscykeln, och flera av sjukdomarna är associerade med kvinnlig infertilitet, vilket i sig är en stor orsak till ohälsa i Stockholms län.

### **Betydande negativ inverkan på livskvaliteten**

Gynekologiska sjukdomar kan medföra allvarliga fysiska åkommor så som kronisk smärta, inkontinens, blödningar och infertilitet och är ofta sammankopplade med nedsatt välbefinnande och psykisk ohälsa, främst i form av depression och ångest (2, 3). Sjukdomarna kan även få betydande negativ inverkan på livskvalitet och delaktighet i arbete och socialt liv, till exempel genom sjukfrånvaro från jobb och skola (4, 5).

År 2021 var framfall, endometrios, menssmärtor och andra problem kopplade till menstruation, klimakteriebesvär och infertilitet några av de vanligaste gynekologiska orsakerna till att kvinnor sökte vård i Stockholms län (VAL). I folkhälsorapporten fokuserar vi på de gynekologiska sjukdomar och besvär som bidrar mycket till sjukdomsburden i Stockholms län: endometrios, PMS och andra besvär kopplade till menstruation, klimakteriebesvär och bäckenbottenbesvär.

## ENDOMETRIOS

### Introduktion

#### **En vanlig orsak till kronisk smärta och infertilitet hos kvinnor**

Endometrios innebär att celler från livmoderslemhinnan växer utanför livmodern, vilket leder till inflammation och sammanväxningar. Endometrios är en vanlig orsak till kronisk smärta, framför allt vid menstruation, ägglossning och samlag. Kvinnor med endometrios drabbas av infertilitet i dubbelt så hög utsträckning som kvinnor utan endometrios (6). Det finns även ett visst samband med högre förekomst av ångest, depression och andra psykiatriska problem (2, 3). Arbetet kan påverkas mycket negativt. I en svensk studie hade kvinnor med endometrios i genomsnitt 38 dagars sjukfrånvaro per år – att jämföra med 9 dagar som genomsnitt för kvinnor i samma åldersgrupp (4).

Det saknas botande behandling för endometrios. Behandlingen syftar i stället till att lindra symtom och motverka försämring, i första hand med hormonella preventivmedel och smärtstillande läkemedel (6). Obehandlad har sjukdomen ett sämre sjukdomsförlopp med högre förekomst av kronisk smärta, ofrivillig barnlöshet, skador på vitala organ och försämrad livskvalitet (7, 8).

### Förekomst och utveckling över tid

#### **En av tio kvinnor uppskattas ha endometrios**

Runt tio procent av kvinnorna i åldern 16–49 år beräknas ha endometrios, varav hälften uppskattas ha svåra besvär (6, 9). Medelåldern för att få en endometriosdiagnos är 37 år i Sverige (10). Samtidigt anger majoriteten av de diagnostiserade kvinnorna att symtomen började före 20 års ålder (11).

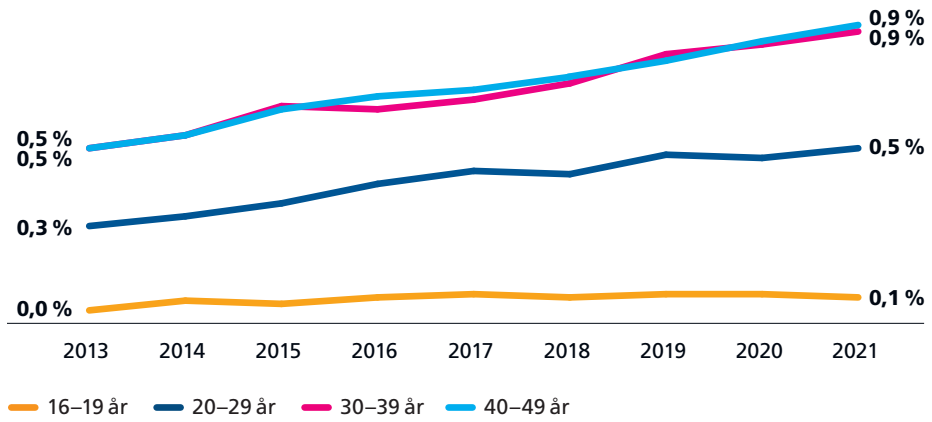
Socialstyrelsen bedömer att en av fyra med endometrios är underbehandlade (4). En förklaring till underbehandling och fördröjning av diagnos är att smärta och besvär vid menstruation normaliseras och inte tas på allvar av patienter, sjukvård och omgivning (6, 10). I studier har man även sett att brist på kunskap om endometrios inom primärvården har fördröjt behandling (6, 8, 10).

#### **Fler vårdas för endometrios men mörkertalet är stort**

År 2021 hade 0,7 procent av kvinnorna i åldern 16–49 år i Stockholms län diagnosen endometrios (se figur 1) (VAL). Det motsvarar en ökning med drygt 50 procent sedan år 2013, men andelen är fortfarande relativt låg i jämförelse med den uppskattade förekomsten i befolkningen och det finns alltså ett betydande mörkertal. En större andel kvinnor i åldern 30–49 år har diagnosen jämfört med yngre kvinnor (se figur 1).

En dubbelt så stor andel kvinnor med eftergymnasial utbildning får diagnosen endometrios jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning. Kvinnor födda i Sverige får diagnos i högre utsträckning än kvinnor födda utomlands (VAL).

## Diagnostiserad endometrios per åldersgrupp



**Figur 1.** Andel (%) kvinnor i åldrarna 16–49 år som har diagnosen endometrios, i Stockholms län år 2013–2021, uppdelat efter ålder.

Källa: VAL-databaserna.

## PMS OCH ANDRA BESVÄR KOPPLADE TILL MENSTRUATION

### Introduktion

#### **Stor funktionsförlust av PMS och andra menstruationsbesvär**

Mer än en femtedel av den gynekologiska sjukdomsbördan orsakas av PMS (premenstruellt syndrom), dysmenorré (betydande och handikappande smärtor vid menstruation) och blödningsbesvär så som riklig, frekvent eller oregelbunden menstruation (1).

PMS kan leda till psykiska besvär. Studier visar på ett tydligt samband mellan PMS och psykisk ohälsa, inklusive ökad förekomst av självmordsförsök bland drabbade (12–14). Rikliga menstruationer kan leda till järnbrist, vilket bland annat kan ge trötthet och andfåddhet (15). Frånvaro från skola och jobb är en vanlig konsekvens av besvär kopplade till menstruation. I en svensk studie på tonårsflickor missade 14 procent av deltagarna skolan eller jobbet varje månad på grund av dysmenorré (5).

Egenvård har en viktig funktion för besvär kopplade till menstruation, inklusive receptfria läkemedel och träning (14, 16–18). För svåra besvär och besvär som inte förbättras finns effektiv behandling att få via sjukvården. Till exempel kan PMS behandlas med antidepressiva läkemedel, svår dysmenorré med hormonella preventivmedel, och rikliga menstruationer med järn och hormonella preventivmedel (15, 19).

### Förekomst och utveckling över tid

#### **PMS besvärar majoriteten av kvinnor**

Två av tre kvinnor i åldrarna 16–49 år besväras av symtom på PMS i Stockholms län (FHE). En av fyra rapporterar måttliga till svåra PMS-symtom. Måttliga till svåra symtom är vanligast i åldersgruppen 20–29 år (se figur 2). Förekomsten av självrapporterade symtom skiljer sig inte beroende på utbildningslängd eller födelseland.

Även dysmenorré är mycket vanligt och drabbar mellan 45 och 95 procent av kvinnor; rikliga menstruationer drabbar upp till var tredje kvinna (15, 19).



## Självrapporterade måttliga till svåra PMS-besvär per åldersgrupp



**Figur 2.** Andel (%) kvinnor i åldrarna 16–49 år som anger att de har återkommande måttliga till svåra besvär med ökad oro, ångest, nedstämdhet, irritation, humörsvingningar eller andra premenstruella symtom, i samband med menstruation, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

## Endast ett fåtal får diagnos

Trots att många rapporterar att de har symtom fick mindre än en procent av kvinnorna i åldern 16–49 år diagnosen PMS i Stockholms län år 2021 (VAL). Andelen har dock nästan fördubblats mellan år 2013 och 2021.

Det är dubbelt så vanligt att kvinnor födda i Sverige får diagnosen PMS jämfört med kvinnor födda utanför Europa, och nästan tre gånger så vanligt att kvinnor med eftergymnasial utbildning får diagnosen PMS jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning (VAL).

## BÄCKENBOTTENBESVÄR

### Introduktion

#### **Bäckenbottenbesvär påverkar livskvaliteten negativt**

Bäckenbottenbesvär uppstår när muskler eller bindväv i bäckenområdet försvagas eller skadas. Det kan leda till urininkontinens, framfall (att livmoder eller omkringliggande organ buktar in i eller sjunker ner i slidan) samt gas- och avföringsinkontinens. Det påverkar kvinnors livskvalitet och möjlighet att fungera normalt. Flera samverkande faktorer kan orsaka besvären, bland annat förlossning och graviditet, övervikt och ålder (20). En av de viktigaste orsakerna är komplikationer vid vaginal förlossning (21, 22).

Bäckenbottenbesvär går att behandla med kirurgi, medicin, träning och hjälpmedel men endast en av tre kvinnor med besvär uppskattas söka hjälp, trots att det ofta finns effektiv behandling (23). Det kan ha flera orsaker. Studier visar bland annat att problemen uppfattas som en normal del av åldrandet eller som normalt efter barnafödande och att det är skamfyllt att diskutera besvären (20, 24, 25).

### Förekomst och utveckling över tid

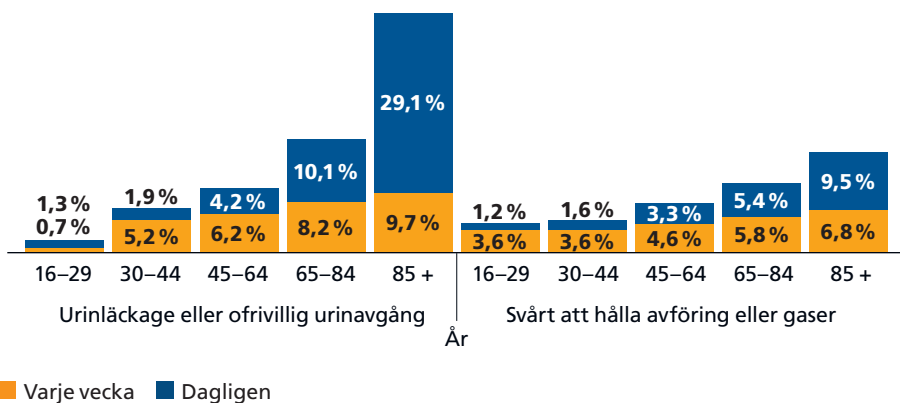
#### **En av fem kvinnor besväras av urininkontinens**

21 procent av kvinnorna i Stockholms län anger att de har besvär med urininkontinens minst en gång i månaden. Fyra procent har dagliga besvär och sex procent har besvär varje vecka (FHE, SPHC). Besvären ökar med åldern. I gruppen 65–85 år har 18 procent besvär varje vecka eller oftare (se figur 3). Samtidigt får mindre än en halv procent av kvinnorna i Stockholms län en diagnos för urininkontinens (VAL). Det motsvarar 1 av 46 av de med återkommande självrapporterade besvär eller 1 av 10 med dagliga besvär.

13 procent av kvinnorna i Stockholms län anger att de har svårt att hålla avföring eller gaser minst en gång i månaden. Tre procent har dagliga besvär. Även dessa besvär ökar med stigande ålder (FHE, SPHC).

Symtom på framfall innefattar utbuktningsskänsla i slidan och svårigheter att tömma tarmen. Fem procent av kvinnorna anger att de har besvär med en känsla av en utbuktning i slidan minst en gång per månad, och åtta procent anger att de minst en gång per månad behöver hålla emot slidvägg eller mellangård för att kunna tömma tarmen (FHE, SPHC). Utbuktningssvären är vanligast i åldersgruppen 30–44 år. Svårigheter att tömma tarmen är relativt jämnt fördelat från 30 års ålder och uppåt, men med en ökning för kvinnor över 85 år. År 2021 hade 0,7 procent av den kvinnliga befolkningen 16 år och äldre diagnosen framfall (VAL).

### Självrapporterade bäckenbottenbesvär per åldersgrupp



**Figur 3.** Andel (%) kvinnor i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de har besvär från bäckenbotten dagligen eller varje vecka, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Folkhälsoenkäten (SPHC).

## KLIMAKTERIEBESVÄR

### Många har kontakt med vården i samband med klimakteriet

För många kvinnor präglas klimakteriet av fysiska och psykiska besvär (26). Besvären kan behandlas med hormonbehandling, och de kan även förbättras av hälsosamma levnadsvanor.

Klimakteriebesvär är en av de absolut vanligaste gynekologiska orsakerna till att kvinnor i Stockholms län söker vård. År 2021 fick 13 procent av kvinnor mellan 50 och 59 år diagnosen klimakteriebesvär (VAL). Kvinnor med kortare utbildning och kvinnor födda utanför Europa får dock en sådan diagnos i betydligt lägre grad än kvinnor med längre utbildning och kvinnor födda i Sverige.

### Insatser för gynekologiska sjukdomar

#### Ökad kunskap är viktig

För att förstå utbredningen av gynekologiska sjukdomar och besvär i Stockholms län, inklusive mörkertal, behövs fler kartläggningar av problemet i befolkningen. Genital smärta och PMS undersöktes för första gången i folkhälsoenkäten år 2021. Andra områden, så som klimakteriebesvär och menstruell hälsa, skulle kunna ingå i framtida befolkningsundersökningar.

Det finns effektiva behandlingar för många gynekologiska sjukdomar, men i många fall får endast en bråkdel av de som har besvär vård. Vårdsökandemönstret skulle kunna förbättras om kunskapen om gynekologiska tillstånd ökade i samhället, inklusive kunskap om tillgänglig vård och egenvård (25). Det skulle också kunna motverka det stigma som finns kring flera gynekologiska sjukdomar och besvär, som utgör ett hinder för att söka vård (20, 27–29). Skolan kan spela en viktig roll i informationsspridningen till unga (30).

#### Tidig behandling och förebyggande av problem

Gynekologiska sjukdomar diagnostiseras ofta sent, trots att de kan ha allvarliga konsekvenser, så som infertilitet och kronisk smärta (10, 20, 24). Att initiera behandling tidigt i förloppet kan motverka försämring och minska lidande, samt bidra till färre sjukdagar, färre sjukvårdsbesök och mindre komplicerade behandlingar (4, 31). Socialstyrelsen rekommenderar kunskapshöjande insatser för vårdpersonal om endometriosis och mensrelaterad smärta. Insatser bör riktas mot vårdcentraler för att nå ut brett och mot ungdomsmottagningar, studenthälsan och elevhälsan för att nå unga (4). Motsvarande kunskapsinsatser om andra mensrelaterade besvär skulle kunna öka möjligheterna till tidig behandling även för dem.

För att minska risken för bäckenbottenproblem är det viktigt med en välfungerande förlossningsvård, där personalen har de förutsättningar som krävs för att förebygga, tidigt identifiera och åtgärda skador i samband med förlossning.

## Jämlik vård för gynekologiska sjukdomar

Trots att behovet av vård är detsamma får utlandsfödda kvinnor och kvinnor med kort utbildning vård i lägre utsträckning. Det kan bero på olika vårdsökande beteende eller att vården behandlar patienter olika. En ny rapport om genital smärta i Stockholms län visar på att vården inte ges på lika villkor, och att både socioekonomi och närhet till gynekologisk mottagning kan ha betydelse för möjligheten att få diagnosen provocerad vulvodyni (32).

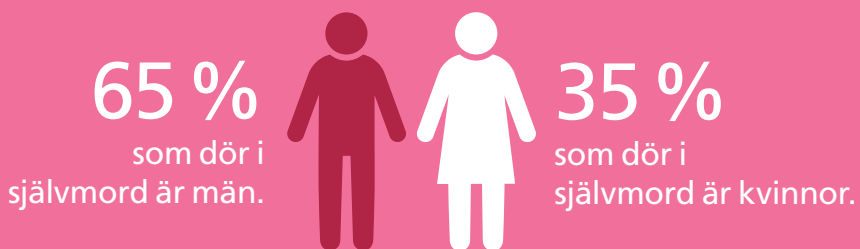
De gynekologiska mottagningarna i Stockholms län är ojämnt fördelade geografiskt (33). I Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Järfälla, Haninge och Tyresö finns inga gynekologiska mottagningar, jämfört med mottagningstäta områden som Solna, Norrmalm, Östermalm och Södermalm där det finns fyra eller fler gynekologiska mottagningar per område. Ett sätt att motverka ojämlig hälsa är att anpassa mottagningarnas geografiska läge för att matcha behoven, och till förmån för de områden där vårdutnyttjandet är lägre.

## REFERENSER

1. Global Burden of Disease 2019. Gynecological diseases - Level 3 cause. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2019. [citerad 2022]. Hämtad från: [https://www.healthdata.org/results/gbd\\_summaries/2019/about-disease-injury-and-impairment-summaries](https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/about-disease-injury-and-impairment-summaries).
2. Gao M, Koupil I, Sjoqvist H, Karlsson H, Lalitkumar S, Dalman C, et al. Psychiatric comorbidity among women with endometriosis: nationwide cohort study in Sweden. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(3):415 e1- e16.
3. Delanerolle G, Ramakrishnan R, Hapangama D, Zeng Y, Shetty A, Elneil S, et al. A systematic review and meta-analysis of the Endometriosis and Mental-Health Sequelae; The ELEMI Project. *Womens Health (Lond)*. 2021;17:17455065211019717.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis. Stöd för styrning och ledning 2018.
5. Söderman L, Edlund M, Marions L. Prevalence and impact of dysmenorrhea in Swedish adolescents. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019;98(2):215-21.
6. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(13):1244-56.
7. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96(2):366-73.e8.
8. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod*. 2012;27(12):3412-6.
9. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Human Reproduction Update*. 2005;11(6):595-606.
10. SBU. Endometriosis – Diagnostik, behandling och bemötande: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm; 2018.
11. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004;18(2):201-18.
12. Osborn E, Brooks J, O'Brien PMS, Wittkowski A. Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: a systematic literature review. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(2):173-84.
13. Gastaldon C, Solmi M, Correll CU, Barbui C, Schoretsanitis G. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Br J Psychiatry*. 2022;221(4):591-602.
14. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(1):68-74.
15. Mansour D, Hofmann A, Gemzell-Danielsson K. A Review of Clinical Guidelines on the Management of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Women with Heavy Menstrual Bleeding. *Adv Ther*. 2021;38(1):201-25.
16. Carroquino-Garcia P, Jiménez-Rejano JJ, Medrano-Sanchez E, de la Casa-Almeida M, Diaz-Mohedo E, Suarez-Serrano C. Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2019;99(10):1371-80.

17. Pearce E, Jolly K, Jones LL, Matthewman G, Zanganeh M, Daley A. Exercise for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJGP Open*. 2020;4(3):bjgpopen20X101032.
18. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7):Cdo01751.
19. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*. 2015;21(6):762-78.
20. Good MM, Solomon ER. Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46(3):527-40.
21. Larsson C, Hedberg CL, Lundgren E, Söderström L, TunÖn K, Nordin P. Anal incontinence after caesarean and vaginal delivery in Sweden: a national population-based study. *Lancet*. 2019;393(10177):1233-9.
22. Gyhagen M, Åkervall S, Milsom I. Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. *Int Urogynecol J*. 2015;26(8):1115-21.
23. Mou T, Gonzalez J, Gupta A, O'Shea M, Thibault MD, Gray EL, et al. Barriers and Promotors to Health Service Utilization for Pelvic Floor Disorders in the United States: Systematic Review and Meta-analysis of Qualitative and Quantitative Studies. *Urogynecology*. 2022;28(9):574-81.
24. Norton PA, MacDonald LD, Sedgwick PM, Stanton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. *BMJ*. 1988;297(6657):1187-9.
25. Chen CCG, Cox JT, Yuan C, Thomaier L, Dutta S. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):70.
26. Socialstyrelsen. Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 September 2021.
27. van Brakel WH, Cataldo J, Grover S, Kohrt BA, Nyblade L, Stockton M, et al. Out of the silos: identifying cross-cutting features of health-related stigma to advance measurement and intervention. *BMC Medicine*. 2019;17(1):13.
28. Sims OT, Gupta J, Missmer SA, Aninye IO. Stigma and Endometriosis: A Brief Overview and Recommendations to Improve Psychosocial Well-Being and Diagnostic Delay. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(15):8210.
29. Munro AK, Hunter EC, Hossain SZ, Keep M. A systematic review of the menstrual experiences of university students and the impacts on their education: A global perspective. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257333.
30. UNESCO. International technical guidance on sexuality education - An evidence-informed approach. Paris, France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2018.
31. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni - Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal. Socialstyrelsen; 2022 2022. Contract No.: 2022-11-8176.
32. Sieurin J. Genital smärta bland kvinnor i Stockholms län - Förekomst av självrapporterad genital smärta och diagnosticerad vulvodyni samt analys av geografisk och socioekonomisk variation. 2023.
33. 1177. 1177 - Hitta vård: 1177; 2022 [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.1177.se/Stockholm/hitta-vard/>.

**330** personer dör i självmord  
i Stockholms län varje år.



**4 %**  
har haft allvarliga  
självordstankar.  
Självordstankar är  
vanligast i åldersgruppen  
16–29 år (7 procent).



# Själv mord och självskador

Själv mord och självskador utgör två procent av sjukdomsbördan i Stockholms län. Varje år dör över 300 personer i själv mord, och minst fem gånger så många slutenvårdas för allvarliga självskador. Själv mord och självskador förekommer i alla samhällsgrupper och är oftast en konsekvens av långvarigt lidande eller sjukdom. Alla kommer inte i kontakt med vården och själv mord är svåra att förutse. Därför behövs breda samhällsinsatser till hela befolkningen.

## Introduktion

### Definitioner och svårigheter

Själv mord (eller suicid) är en avsiktlig och dödlig, självdestruktiv handling (1). Om handlingen inte är dödlig klassas den som själv mordsförsök eller självskadebeteende (2). Man kan särskilja självskador från själv mordsförsök i folkhälsoenkäten eftersom undersökningsdeltagarna själva anger om de har försökt att ta sitt liv, men denna nyansering görs inte i vårdens registerstatistik.

Själv mord beror oftast på många samspelande riskfaktorer så som psykisk eller kroppslig (somatisk) sjukdom, stress eller traumatiska livshändelser (3–9). Komplexiteten gör det mycket svårt att förutse själv mord genom riskbedömningar (10–14).

### Själv mord orsakar många förlorade friska levnadsår

I Stockholms län sker 230–330 själv mord varje år (15). Majoriteten sker genom hängning eller förgiftning (16). Själv mord är den vanligaste respektive näst vanligaste dödsorsaken i åldrarna 15–24 år respektive 25–44 år (15). År 2021 utgjorde själv mord 88 procent av allt dödligt våld (1, 15).

Tillsammans med övriga självskador bidrar själv morden till två procent av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län (17). I samband med själv mord drabbas också många anhöriga av stark stress, ohälsa och komplicerad sorg (18–21).

## Förekomst och utveckling över tid

### Så många drabbas i länet

Ett knöckfullt tunnelbanetåg rymmer cirka 1 300 resenärer (22). På ett sådant tåg finns 50 personer som har haft själv mordstankar, fem personer som har genomfört ett själv mordsförsök och en person som har förlorat en nära familjemedlem i själv mord – allt under det senaste året. Dessutom saknas i vart femte tåg en resenär som har tagit sitt eget liv under det senaste året.

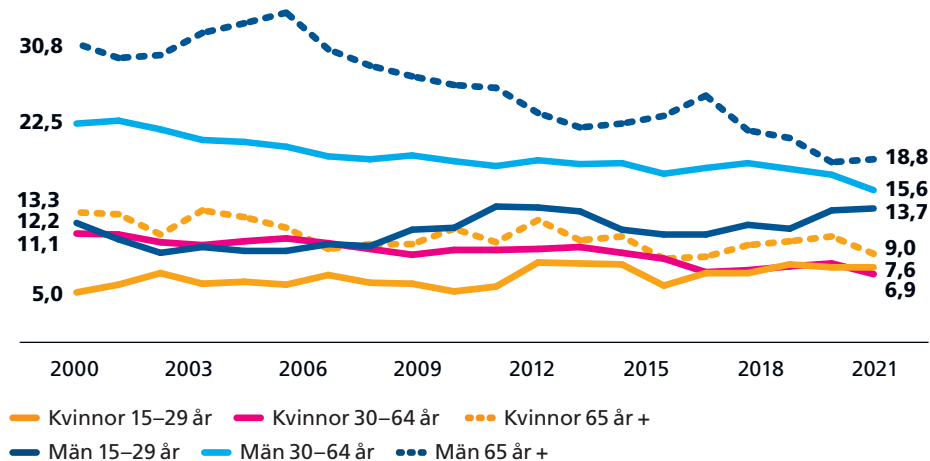
Exemplet motsvarar det årliga genomsnittet på 328 personer i åldern 15 år och äldre (18 per 100 000 invånare) som dör i självmord i Stockholms län (inklusive cirka 100 med oklar avsikt), och 1 361 personer (80 per 100 000) som slutenvårdas för allvarliga självskador (15, 23). Självmordsförsöken är dock säkerligen underskattade; år 2021 självrappporterade sex gånger fler invånare (0,5 procent) ett självmordsförsök (FHE). Därtill rapporterade fyra procent allvarliga självmordstankar. Varje dödsfall uppskattas ha en omedelbar inverkan på fem nära familjemedlemmar (24).

## Självmord minskar bland äldre män – ökar bland yngre

Män står för majoriteten av självmorden i Stockholms län, 65 procent. Sett till kön och ålder har äldre män den högsta självmordsrisken (se figur 1). Självmordsrisken ökar med stigande ålder hos män, medan kvinnors risk är ganska oförändrad från och med cirka 30 års ålder.

Under perioden år 2000–2021 har självmordstalet bland unga personer (10–29 år) ökat från sex till åtta självmord per 100 000, och minskat för de över 29 år från 18 till 12 per 100 000 (15, 16). Självmordstankar är dubbelt så vanliga i åldersgruppen 16–29 år (sju procent) jämfört med genomsnittet (fyra procent) (FHE).

### Självmord per 100 000 invånare per åldersgrupp



**Figur 1.** Antal självmord per 100 000 i åldrarna 15 år och äldre, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

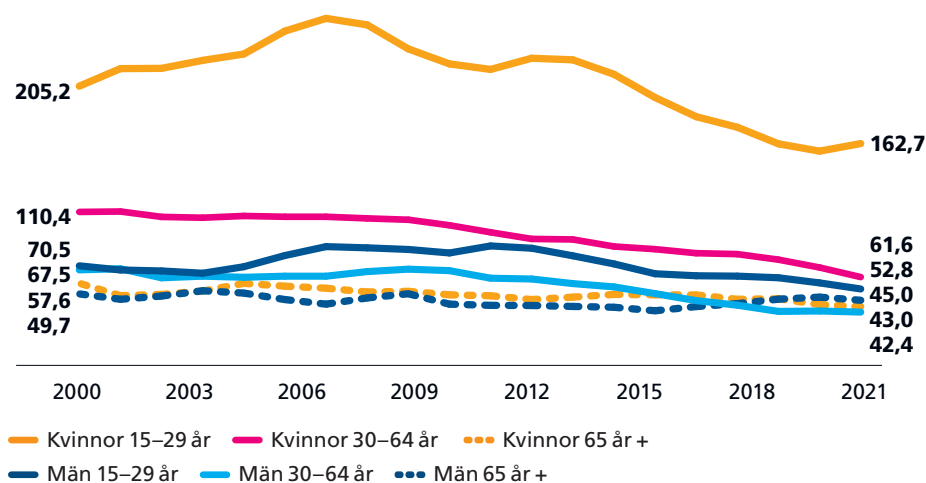
Notera: Värden är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021) och redovisas som tre års glidande medelvärden för att synliggöra trender.

## Kvinnor vårdas oftare än män för självska

Tvärtemot självmord så är kvinnor i majoritet bland dem som slutenvårdas för självska, 64 procent (23). Eventuellt kan detta bero på att kvinnor oftare vårdas för självska-beteende (utan suicidal avsikt), då det knappt finns någon könsskillnad i andel självmordsförsök sett till 2021 års självrapporteringar (0,5 procent för kvinnor och 0,6 procent för män) (FHE). Självmordstankar var också bara marginellt vanligare bland kvinnor (4,3 procent) jämfört med män (3,5 procent) (FHE).

Andelen som slutenvårdas för självska är särskilt hög bland yngre kvinnor (se figur 2). Trenden ser ut att minska över tid, men statistiken över andelen som vårdas för självska i öppenvården ökar i likartad takt sedan 2008 (visas ej i figuren). Trenden speglar alltså inte en förändring i självska utan i fördelningen mellan öppen- och slutenvård.

### Självska (slutenvård) per 100 000 invånare per åldersgrupp



**Figur 2.** Antal självska i slutenvård per 100 000 i åldrarna 15 år och äldre, i Stockholms län år 2000–2021, uppdelat efter ålder.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

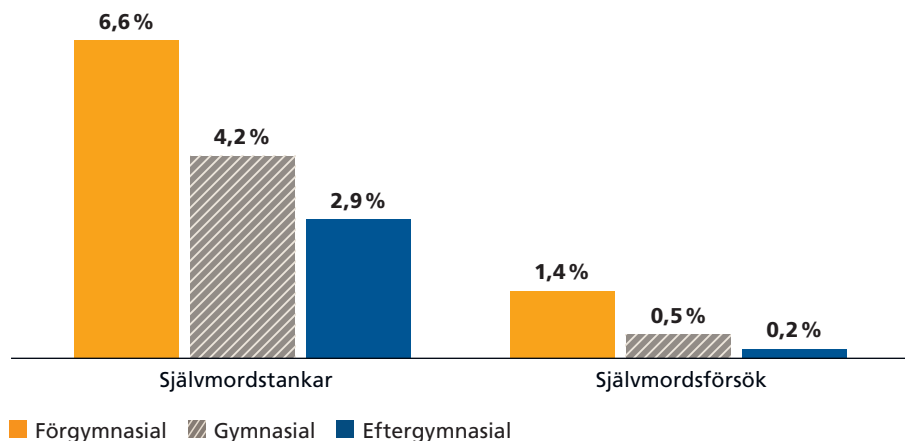
Notera: Värderna är åldersstandardiserade (enligt medelbefolkningen i Sverige år 2021) och redovisas som tre års glidande medelvärden för att synliggöra trender.

## Självmordstankar vanligare hos personer med kort utbildning

Självmordsstatistiken skiljer sig något mellan kommunerna men ingen avviker markant, och självmordstalen varierar dessutom mycket från år till år (16, 25). Däremot finns ett mycket tydligt samband mellan kommuners sammanräknade förvärvsinkomst år 2020 (26) och andelen invånare som uppger att de har haft självmordstankar och gjort självmordsförsök år 2021, där högre inkomst är kopplat till färre självmordstankar och självmordsförsök (FHE).

Självordsförsök är åtminstone dubbelt så vanliga bland personer som har förgymnasial utbildning jämfört med personer som har gymnasieutbildning, och sex gånger vanligare jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (se figur 3).

### Självordstankar och självordsförsök per utbildningsnivå



**Figur 3.** Andel (%) i åldrarna 16 år och äldre som uppger att de någon gång har haft självordstankar och andel som uppger att de någon gång har gjort ett självordsförsök, i Stockholms län år 2021, uppdelat efter utbildningsnivå.

Källa Folkhälsoenkäten (FHE).

## Insatser

### Det saknas metoder för att förutse självmord

Flera vetenskapliga litteratursammanställningar har visat att det saknas effektiva metoder för att förutse självmord på individnivå. Befintliga metoder har låg träffsäkerhet och tillförlitlighet (11, 12, 14). Detta gör det svårt att prioritera de patienter som har störst behov av insatser, även om insatserna i sig har vetenskapligt stöd (27).

En del studier har visat att korta, ofta relativt billiga, medmänskliga stödsamtal och uppföljningar (så kallade "Brief Contact Interventions") minskar självmordshandlingar bland personer som har självordstankar eller som tidigare har gjort självordsförsök (28).

## Insatser som når många är ytterst viktiga

Själv mord och själv mordshandlingar förekommer i alla områden och samhällsgrupper, och även bland de som inte söker vård (29). Det är därför ytterst viktigt att genomföra insatser även utanför vården, särskilt sådana som når en bred population.

Forskning visar att det går att förebygga själv mord och själv mordsförsök genom bredare samhällsinsatser som går ut på att försvåra genomförandet av själv mordsförsök, så som att begränsa tillgången till toxiska läkemedel eller hindra hopp från höga höjder och framför fordon (30–32). Risken för själv mordshandlingar kan också minskas genom olika standardiserade utbildningsinsatser som stärker barns och ungdomars psykologiska motståndskraft och ökar deras benägenhet att söka hjälp, och därmed minskar deras framtida risk för själv mordshandlingar (33).

En bredare och mer detaljerad beskrivning av olika själv mordspreventiva insatser, samt stöddokument, finns på [www.respi.se](http://www.respi.se) (32). De har tagits fram av Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention vid Region Stockholm tillsammans med Karolinska Institutet.

## REFERENSER

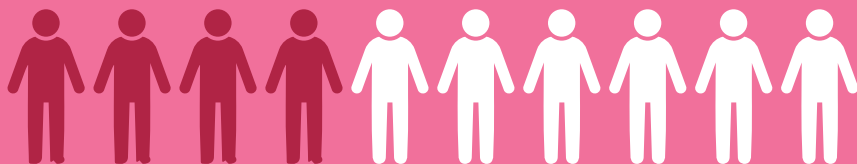
1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citerad 22 november 2022]. 89 s. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.) [Internet]. ICD-10 Version:2019. 2019 [citerad 07 oktober 2022]. Hämtad från: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.
3. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med*. januari 2014;44(2):279–89.
4. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. april 2014;34(3):181–92.
5. Pompili M, Forte A, Lester D, Erbuto D, Rovedi F, Innamorati M, m.fl. Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review. *J Psychosom Res*. maj 2014;76(5):352–60.
6. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord*. 01 september 2020;274:880–96.
7. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. maj 2006;36(5):575–86.
8. Kazan D, Calcar AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *J Affect Disord*. 15 januari 2016;190:585–98.
9. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, m.fl. Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*. februari 2015;135(2):e496–509.
10. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. juni 2014;1(1):63–72.
11. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, m.fl. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*. 01 juni 2019;76(6):642–51.
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2015 [citerad 22 augusti 2019]. Report No.: SBU-rapport nr 242. [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvardeerar/instrument-for-bedomning-av-suicidrisk/>.
13. Woodford R, Spittal MJ, Milner A, McGill K, Kapur N, Pirkis J, m.fl. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide Life Threat Behav*. februari 2019;49(1):23–40.
14. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156322.
15. Socialstyrelsen. Dödsorsaker [Internet]. Statistikdatabas för dödsorsaker. 2022 [citerad 30 november 2022]. Hämtad från: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_dor/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx).
16. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregister 1980-2021, diagnosförteckning X60-84. Y10-34. Socialstyrelsen; 2022.
17. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease [Internet]. Global, Both sexes, All ages, 2019, DALYs. 2019 [citerad 30 november 2022]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

18. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*. juni 2014;1(1):86–94.
19. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, m.fl. Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry*. 01 maj 2017;74(5):456–64.
20. Scocco P, Preti A, Totaro S, Corrigan PW, Castriotta C, SOPROXI Team. Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *J Affect Disord*. 01 februari 2019;244:223–30.
21. Bailey SE, Kral MJ, Dunham K. Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29(3):256–71.
22. Region Stockholm. Nya tunnelbanetåg på Röda linjen [Internet]. Nya tunnelbanetåg på Röda linjen. [citerad 28 november 2022]. Hämtad från: <https://www.regionstockholm.se/verksamhet/kollektivtrafik/aktuella-projekt/C30/>.
23. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgiftningar [Internet]. Statistikdatabas för yttre orsaker till skador och förgiftningar. 2022 [citerad 30 november 2022]. Hämtad från: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_dor/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx).
24. Berman AL. Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*. februari 2011;41(1):110–6.
25. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Folkhälsokollen [Internet]. Folkhälsokollen. [citerad 30 november 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsokollen.se/webbverktyg/>.
26. Statistikmyndigheten SCB. Sammanräknad förvärvsinkomst 2020 – per kommun efter percentiler [Internet]. Statistikmyndigheten; 2022 [citerad 30 november 2022]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi>.
27. Fox KR, Huang X, Guzmán EM, Funsch KM, Cha CB, Ribeiro JD, m.fl. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychol Bull*. december 2020;146(12):1117–45.
28. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 2015;206(3):184–90.
29. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, m.fl. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 26 oktober 2005;294(16):2064–74.
30. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, m.fl. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. juli 2016;3(7):646–59.
31. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Kryszynska K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. november 2015;2(11):994–1001.
32. Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention. Rekommendation för suicidpreventiva insatser [Internet]. Stärkt vårdkedja. 2018 [citerad 07 oktober 2022]. Hämtad från: <https://respi.se/insatser/evidensbaserade-insatser/starkt-varkedja>.
33. Walsh EH, Herring MP, McMahon J. A Systematic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in Prevention. *Prev Sci*. 27 oktober 2022.

**11 %** av vuxna i Stockholms län har astma.

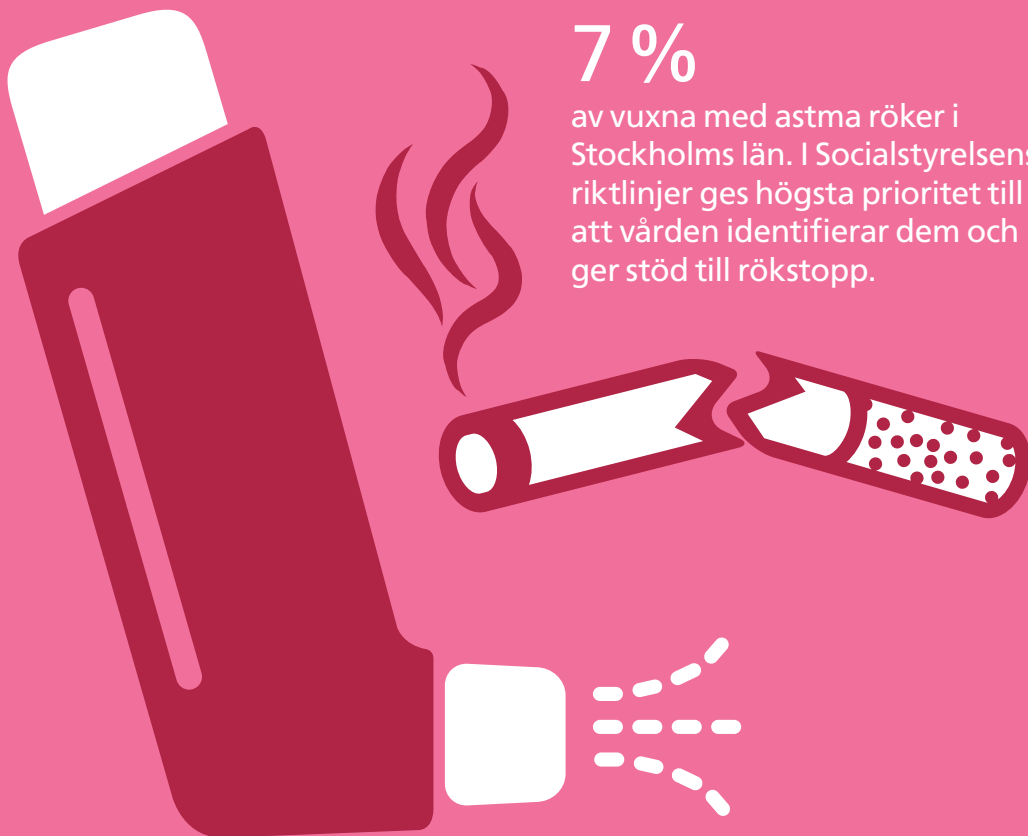
**4 av 10**

av patienterna har inte kontroll på sin astma utan upplever symtom och besvär.



**7 %**

av vuxna med astma röker i Stockholms län. I Socialstyrelsens riktlinjer ges högsta prioritet till att vården identifierar dem och ger stöd till rökstopp.





# Astma

Cirka elva procent av den vuxna befolkningen i Stockholms län har astma. Fler kvinnor än män har astma, och fler kvinnor än män har en okontrollerad sjukdom. Astma är vanligare hos personer med kort utbildning. Både medicinsk och icke-medicinsk behandling är viktig för god sjukdomskontroll och behandlingen ges därför ofta på multidisciplinära astmamottagningar i primärvården.

## Introduktion

### **Astma ger en ökad känslighet i luftrören**

Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom som gör att luftvägarna blir känsliga och drar ihop sig. Det ger ofta symtom som hosta och andningsbesvär vid kontakt med sådant som man reagerar på. Symtomen återkommer i perioder beroende på vad personen reagerar på och hur bra behandlingen fungerar.

Sjukdomen drabbar både barn och vuxna men många får astma i barndomen (1). Hos de små barnen kan infektioner, ofta virus, vara den utlösande faktorn och hos skolbarn är orsaken ofta allergier. Hos vuxna utlöses astma också ofta av allergier men även andra faktorer som rökning, luftföroreningar och exponeringar inom vissa yrken kan påverka.

Omkring 15 procent av alla nyinsjuknanden i astma hos vuxna beräknas bero på faktorer i arbetsmiljön, och sådana kan också försämra en befintlig astma (2, 3). Det finns även andra, delvis överlappande, faktorer i miljön som påverkar astman, som dofter, damm, fukt och dålig ventilation, kyla och ansträngning. Även obesitas är en riskfaktor för att utveckla astma i vuxen ålder och kan försämra befintlig astma (4). Många med astma har rinit (inflammation i nässlemhinnan) som ger en kronisk nästäppa. Den är viktig att upptäcka och behandla då hela luftvägarna påverkas.

## Förekomst och utveckling över tid

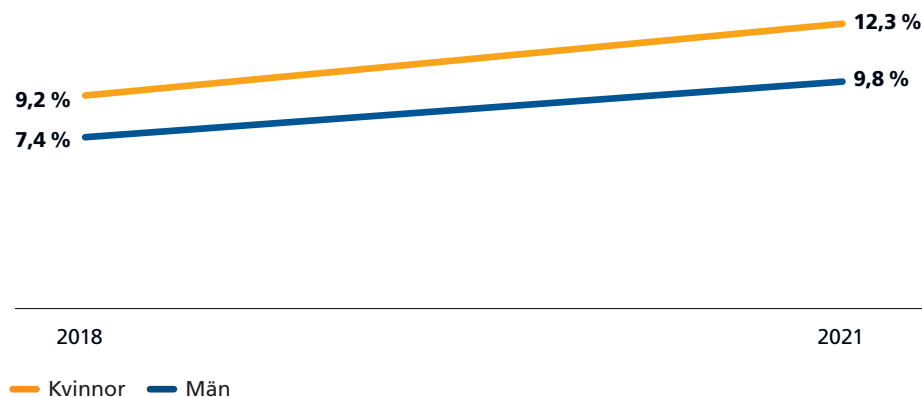
### **Andelen som uppger att de har astma ökar**

Cirka elva procent av den vuxna befolkningen i Stockholms län uppger att de har astma, något fler kvinnor än män (tolv respektive tio procent). Andelen har ökat de senaste åren, år 2018 upp gav åtta procent att de hade astma (se figur 1) (HLV).

Alla som uppger att de har astma söker inte vård, men andelen som söker vård har ökat något. Under 2021 fick 3,6 procent kvinnor och 2,1 procent män en astmadiagnos. År 2013 var motsvarande siffror 2,2 procent för kvinnor och 1,3 procent för män. Personer över 65 år har i högre utsträckning astmadiagnos än yngre. Astmadiagnosen är lite

vanligare bland personer med förgymnasial utbildning (3,3 procent) jämfört med personer med gymnasial utbildning (2,9 procent) och eftergymnasial utbildning (2,7 procent) (VAL).

## Astma



**Figur 1.** Andel (%) i åldrarna 18–84 år som uppger att de har astma, i Stockholms län år 2018–2021, uppdelat efter kön.

Källa: Hälsa på lika villkor, FHM.

## Många med astma har okontrollerad sjukdom

Målet med astmabehandling är att ha god kontroll på sin astma, alltså att vara symtomfri, ha en normal lungfunktion, inte ha begränsningar i vardagen och inte ha behov av lufttrörsvidgande medicin. Detta är av stort värde för att må bra i vardagen. Inom Stockholms län rapporteras att 40 procent av patienterna inte har astmakontroll, vilket är jämförbart med hela landet (39 procent). Fler kvinnor än män i Stockholms län har en okontrollerad sjukdom, 44 procent bland kvinnor jämfört med 34 procent bland män (5).

Vid en annan undersökning av personer mellan 55 och 65 år med astma rapporteras att 26 procent har haft symtom som pip och väs i bröstet när de andas de senaste tolv månaderna. Många av dessa har också känt andnöd (40 procent) (SCAPIS).

## Få dör i astma

Astma är inte en vanlig dödsorsak. De senaste tio åren har antalet dödsfall legat ganska stabilt på 0,45–0,87 dödsfall per 100 000 invånare.

## Insatser

### Skapa goda miljöer

Vid astma finns en risk för försämring vid exponering för bland annat dofter, damm, dålig ventilation, tobaksrök och luftföroreningar (6). Miljöer som minskar dessa risker är därför viktiga.

Sju procent av vuxna personer med astma i Stockholms län röker (7). I Socialstyrelsens riktlinjer (8) ges högsta prioritet till att identifiera personer med astma som röker och ge dem stöd till rökstopp (se Rökning).

### Behandling och sjukdomskontroll

Det behövs kompetens inom astmaområdet för att upptäcka, utreda och behandla astma i alla åldrar. Bland annat ska spirometri erbjudas alla med misstänkt astma. Ett mål ska vara att personer med astma kan uppnå god sjukdomskontroll. Därför är både den medicinska och den icke medicinska behandlingen viktig, så som utbildning, fysioterapi och stöd att sluta röka. Utbildning ökar patientens kunskap om astman och därmed även förmågan att hantera sjukdomen och symtomen. För att erbjuda de olika åtgärderna är samverkan mellan olika professioner viktig. Därför erbjuds vård ofta på astma- och KOL-mottagningar i primärvården (8).

Enligt nationella och internationella riktlinjer bör alla typer av astma, även vid lindriga symtom, behandlas med kortison med inhalator och inte enbart med luftrörsvidgande läkemedel. Detta för att minska inflammationen och inte endast lindra symtomen (8, 9). Vi ser dock att sju procent av de med astmadiagnos som har fått astmaläkemedel utskrivet enbart har fått luftrörsvidgande läkemedel. Inhalation med kortison har förskrivits till cirka 77 procent (Läkemedelsregistret; VAL; CES).

## REFERENSER

1. Stern J, Pier J, Litonjua AA. Asthma epidemiology and risk factors. *Semin Immunopathol.* 2020;42(1):5-15.
2. KOL och astma kan orsakas eller förvärras av arbetet [citerad 2022]. Hämtad från: <https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/12/KOL-och-astma-kan-orsakas-eller-forvarras-av-arbetet/>.
3. Cullinan P. Occupational asthma. *Occup Environ Med.* 2008;65(3):151.
4. Miethe S, Karsonova A, Karaulov A, Renz H. Obesity and asthma. *The Journal of allergy and clinical immunology.* 2020;146(4):685-93.
5. Luftvägsregistret; [citerad 2022]. Hämtad från: <https://lvr.registercentrum.se/statistik/statistik/p/SyZM7B3Wg L>.
6. Anenberg SC, Henze DK, Tinney V, Kinney PL, Raich W, Fann N, et al. Estimates of the Global Burden of Ambient Ozone, and on Asthma Incidence and Emergency Room Visits. *Environ Health Perspect.* 2018;126(10):107004.
7. Luftvägsregistrets årsrapport 2021. Årsrapport 2021 (windows.net).
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-12-7135.pdf>.
9. Global Strategy for Asthma Management and Prevention GINA, updated 2022. [citerad 2022]. Hämtad från: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org). 2022.

# Utmaningar



# Utmaningar

Strategiskt folkhälsoarbete bygger på kunskap om hur vanliga folksjukdomar är och hur allvarliga konsekvenser de får, evidens för vilka insatser som kan förebygga uppkomsten av sjukdom, minska sjukdomarnas allvarlighetsgrad eller risken att dö i förtid samt implementering och utvärdering av insatserna i befintlig verksamhet. Region Stockholms folkhälsopolicy slår fast att folkhälsoarbete är en fråga för alla verksamheter i Region Stockholm och att regionen ska vara en samlande kraft (1). I denna avslutande del lyfter vi några av de mest centrala folkhälsofrågorna för de kommande åren.

## Kartlägg sjukdomsördan och dess orsaker noggrannare

För ett proaktivt arbete med att förebygga sjukdomsördan behövs en helhetsbild av alla stora folkhälsoproblem. En första svårighet för folkhälsoarbetet är att det fortfarande saknas detaljerad kunskap om allvarlighetsgrad, förekomst och orsaker för flera centrala folksjukdomar. Det gäller i hög grad på smärtområdet, för gynekologiska sjukdomar och för narkotikaanvändning. Här behövs grundläggande befolkningsbaserade undersökningar. Mörkertalen bedöms även vara stora för nedsatt njurfunktion, diabetes, höga kolesterolnivåer, ångestsyndrom, depression och KOL. Här är underdiagnostisering en del av problemet.

► **Utmaning 1:** Genomför särskilda undersökningar om förekomst och allvarlighetsgrad för folkhälsoproblem där tillförlitliga grundläggande befolkningsdata saknas, som på smärtområdet, för gynekologiska sjukdomar och för narkotikaanvändning. Flera stora folkhälsoproblem kan bara kartläggas genom att fråga människor. Folkhälsoundersökningar bidrar därför till mycket kunskap men det behövs satsningar för att öka deltagandet bland stora, underrepresenterade befolkningsgrupper som exempelvis utlandsfödda och personer med kort utbildning.

► **Utmaning 2:** Motverka underdiagnostisering av bland annat nedsatt njurfunktion, diabetes, höga kolesterolnivåer, KOL, ångestsyndrom och depression. En invånare i länet har i dag i genomsnitt mellan fem och åtta journalförda kontakter med öppenvården per år (VAL). Utmaningen består i att utveckla den befintliga verksamheten så att de underdiagnostiserade problemen kan fångas upp när patienter ändå besöker vården.

## Komplettera befolkningsundersökningarna med djuplodande forskning

På flera områden behöver även forskningen komma i kapp, exempelvis om orsaker till sjukdomar. Ryggsmärta uppskattas orsaka fyra respektive tre procent av sjukdomsbördan i Stockholms län och globalt. Men ryggsmärta fick bara 0,04 procent av den totala forskningsfinansieringen på sjukdomsområdet, enligt en WHO-databas med global forskningsfinansiering år 2019 (2). Att få fart på forskningen på lågt prioriterade områden är främst en utmaning för forskarsamhället självt samt för de största finansierarna i industri och offentlig sektor, men regionen kan spela en viktig roll även inom detta område.

► **Utmaning 3:** Se över hur regionens egen forskningsfinansiering kan stimulera till forskning om stora folkhälsoproblem som är eftersatta. Säkerställ fortsatt gott samarbete mellan kliniken och akademien samt god tillgång till hälsodata för kartläggning och analys, särskilt på eftersatta områden.

## Implementera evidensbaserade insatser

Historiskt har det mesta som styrkt den förbättrade folkhälsan legat utanför vården. Det mesta av ökningen i livslängd sedan tidigt 1800-tal har till exempel berott på andra samhällsförbättringar, så som förbättrad ekonomi och högre utbildningsnivå. Det syns även i den nationella folkhälsopolitiken, där sju av åtta mål handlar om områden utanför hälso- och sjukvården (3).

Men i dag håller gränserna mellan folkhälsoarbete och hälso- och sjukvård på att suddas ut och hälso- och sjukvården bidrar i högre och högre grad till den förbättrade folkhälsan, särskilt genom förebyggande insatser. Ett exempel är behandling av symtomfria metabola riskfaktorer för att förebygga hjärtinfarkt. Hälso- och sjukvården får också allt bättre möjligheter att bota flera av folksjukdomarna, tack vare forskning samt implementering av evidensbaserad vård. Potentialen för hälso- och sjukvården att göra ännu större inverkan på sjukdomsbördan är mycket stor: I Stockholms län satsar vi 75 miljarder kronor på sjukvården år 2023, omkring 70 000 kronor per hushåll, och den sysselsätter nära 100 000 personer.

En uppskattning är att bara omkring hälften av det som görs i vården är utvärderat i studier med kontrollgruppsdesign där utfallet är patienternas hälsa. Det pekade både en systematisk genomgång av över 3 000 råd från medicinska riktlinjer avsedda för primärvården på, liksom en genomgång som BMJ, det engelska läkarförbundets tidskrift och förlag, gjorde inom ramen för sin tidigare omfattande satsning om ”klinisk evidens” (4, 5). I den senare var ungefär 20 procent av de insatser som hade studerats inte bättre än placebo och 10 procent var till och med skadliga. Sådana insatser bör utmönstras. Men en klar majoritet (omkring 70 procent) av de studerade insatserna visade sig med lite olika grad av säkerhet (och biverkningar) fungera.

Vi kan kanske förvänta oss ungefär samma förhållande för de behandlingar som ännu inte utvärderats i kontrollerade studier med patienters hälsa som utfall, alltså att de allra flesta insatser fungerar bättre än placebo. Men för att med säkerhet veta vilka de insatserna är och vilka som bör utmönstras måste evidensens landvinningar fortsätta. Ett nödvändigt första steg är sammanställningar av evidensluckor, det vill säga sammanställningar av vad som ännu återstår att utvärdera i kontrollerade studier med patienters hälsa som utfall. Det kan tyckas paradoxalt eftersom dessa evidensluckor kan vara av begränsat värde i klinisk verksamhet, men för central planering är kunskapen viktig, inte minst för prioritering av forskningssatsningar och för de långsiktiga prioriteringarna i beställningarna av vård.

► **Utmaning 4:** Kartlägg evidensluckor (alltså underlag med huvudsakligt syfte att synliggöra vad som är ostuderat i kontrollerade studier av patienternas hälsa) för att möjliggöra prioritering av forskningssatsningar och beställningar av hälso- och sjukvård.

► **Utmaning 5:** Möjliggör implementering av bevisat effektiva metoder i vården och utmönstring av bevisat ineffektiva metoder. Detta är en utmaning när tillväxten av forskning och evidens ökar. Implementering av evidensbaserade metoder är själva kärnan i begreppet kunskapsstyrning och det är därför viktigt att arbetet är en integrerad del av kunskapsstyrningsorganisationen.

## Samordning och samverkan mellan länets aktörer

Eftersom det oftast är betydligt svårare att behandla sjukdomar än att förebygga dem ligger det i regionens direkta intresse att bistå mycket brett i förebyggande arbete, även när riskfaktorer och förebyggande insatser ligger helt inom andra samhällssektörers kärnverksamhet. På samma sätt som regionen redan bidrar med svar på hälsofrågor av typen ”vad säger evidensen om att förebygga psykisk sjukdom bland skolelever?” kan regionen också bistå med svar på frågor av typen ”vad säger evidensen om att förebygga skolavhopp?”. Verktygen för att systematiskt sammanställa internationell litteratur och stötta implementering av evidensbaserade metoder är överförbara från hälsoområdet till andra sektorer. Arbetet bör ledas av de aktörer som har rådighet och expertis, som kommunal utbildningsförvaltning i exemplet, men hälso- och sjukvården kan bidra med sin långa erfarenhet av att sammanställa och implementera evidens.

Regionen är den största aktören i länets välfärdssektor och den som i praktiken har möjlighet att både samla de resurser som krävs och att ta den sammankallande rollen i folkhälsoarbetet. Arbetet behöver vara långsiktigt och bygga på samverkan såväl ute i verksamheter som på beslutsfattande nivå. Ett exempel på samverkan mellan personer som dagligen arbetar med folkhälsofrågor i till exempel kommuner och på vårdcentraler är det så kallade Nätverk för hälsa med CES som sammankallande. Ett exempel på samverkan mellan beslutsfattare är Arena Folkhälsa, ett samarbete som inletts tillsammans med länets kommuner under år 2022 med syftet att förbättra



förutsättningarna för samordning och samverkan mellan länets olika aktörer. Utöver detta behövs mer samverkan av det evidensfokuserade slaget även mellan regionens folkhälsoorganisation och regionens andra förvaltningar, som regionplaneringen och lokaltrafiken.

► **Utmaning 6:** Agera långsiktigt och sammankallande i folkhälsoarbetet, i samverkan med andra aktörer, och låt arbetet fokusera på implementering av evidensbaserade metoder. Avgränsa inte det regionala stödet för snävt utan inkludera även sektorer och problem som har hälsoeffekter först på sikt eller indirekt.

► **Utmaning 7:** Förvalta och utnyttja den evidens som finns om hur regionplanering och lokaltrafik kan påverka folkhälsan. Bland annat finns det stöd för hur man genom fysisk planering kan förebygga självmord samt gynna fysisk aktivitet.

### **Bygg samverkan först i de geografiska områden där behoven är störst**

I socioekonomiskt utsatta områden, där sjukdomsburden är större, är det viktigt med insatser som kan förstärka de sociala och ekonomiska förutsättningarna för hälsa, för att förbättra hälsan på längre sikt. Samtidigt är det viktigt att upptäcka och behandla de individer som redan i dag är i behov av vård. Detta är en stor utmaning i socioekonomiskt utsatta områden eftersom sjukdomsburden är högre samtidigt som vården ofta har en pressad arbetsmiljö (6, 7) och stor omsättning av personal.

Att förstå individers barriärer till att söka vård kan bidra till förståelsen för hur man kan rikta insatser. För att hitta de som inte söker vård behövs utåtriktat arbete, vilket kräver resurser.

► **Utmaning 8:** Fokusera på utsatta områden där behoven är som allra störst, såväl behovet av att finna och behandla riskfaktorer och sjukdomar, som behovet av långsiktiga samverkansrelationer och stöd till evidensbaserade metoder inom olika samhällssektorer.

## REFERENSER:

1. Region Stockholm Folkhälsopolicy: God hälsa och minskade hälsoklyftor i befolkningen. 2021.
2. WHO. Investments on grants for biomedical research by funder, type of grant, health category and recipient [citerad 2022]. Hämtad från: <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/monitoring/investments-on-grants-for-biomedical-research-by-funder-type-of-grant-health-category-and-recipient>.
3. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsomål och målområden. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/> [citerad november 2022].
4. Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med*. 2017;22(3):88-92.
5. BMJ. What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence? [Internet]. London: BMJ Publishing Group; Tillgänglig 2016 från: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>.
6. Johansson G, Sanches Bengtsson S, Jacobaeus A, Burström B, Taloyan M, Andersson E. Arbetsmiljön i primärvården – Intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm; 2019.
7. Läkartidningen. Ny undersökning: Var tredje underläkare funderar på att sluta. 2022-08-24. Hämtad från: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/08/ny-undersokning-var-tredje-underlakare-funderar-pa-att-sluta/> [citerad november 2022].



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436

104 31 Stockholm

E-post [ces.sls@regionstockholm.se](mailto:ces.sls@regionstockholm.se)

Tfn vxl 08-123 400 00