

HÄLSA PÅ LIKA VILLKOR

Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten

Gunnel Boström och Karin Nyqvist

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
SUMMARY	6
FÖRKORTNINGAR SOM ANVÄNDS I RAPPORTEN	7
INLEDNING.....	8
HÄLSA	9
<i>Självskattad allmän hälsa</i>	9
<i>Hälsorelaterad livskvalitet</i>	10
<i>Olycksfall</i>	11
<i>Funktionsförmåga</i>	13
<i>Syn</i>	13
<i>Hörsel</i>	13
<i>Rörelseförmåga</i>	13
<i>Funktionsnedsättning</i>	14
<i>Symtom</i>	15
<i>Sömn</i>	16
<i>Stress</i>	18
<i>Övervikt och fetma</i>	20
<i>Psykiskt välbefinnande</i>	21
<i>Självmodstankar och självmordsförsök</i>	23
TANDHÄLSA	25
<i>Allmän tandhälsa</i>	25
<i>Symtomlista</i>	26
<i>Tandvårdskonsumtion</i>	27
VÅRDKONTAKTER	28
LEVNADSVANOR	31
<i>Fysisk aktivitet</i>	31
<i>Kost</i>	33
<i>Rökning/snusning</i>	36
<i>Narkotika</i>	38

<i>Alkohol</i>	38
<i>Spel</i>	39
EKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN	42
<i>Kontantmarginal</i>	42
<i>Ekonomisk kris</i>	42
ARBETE/SYSSELSÄTTNING	44
<i>Arbete</i>	45
<i>Arbetsmiljö</i>	46
<i>Stöd</i>	47
<i>Krav och kontroll</i>	47
<i>Fysisk arbetsmiljö</i>	49
<i>Trivsel</i>	49
<i>Anställningstrygghet</i>	50
<i>Friskvård</i>	50
<i>Hemarbete</i>	51
<i>Hem och hushåll</i>	52
TRYGGHET	54
SOCIALA RELATIONER	56
<i>Socialt stöd</i>	56
<i>Socialt deltagande</i>	58
<i>Tillit</i>	60
<i>Kränkande behandling</i>	61
BAKGRUNDSFRÅGOR	64
<i>Ålder</i>	64
<i>Kön</i>	64
<i>Utbildning</i>	64
<i>Sexuell läggning</i>	65
REGISTERUPPGIFTER	66
REFERENSER	67

Sammanfattning

I rapporten kvalitetsgranskas frågorna i Sveriges nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor". Frågorna i nationella folkhälsoenkäten omfattar fysisk och psykisk hälsa, läkemedelskonsumtion, vårdkontakter, tandhälsa, levnadsvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, arbetsmiljö, trygghet och sociala relationer. Frågeformuläret omfattar ett sjuttioal frågor på sammanlagt 16 sidor. Undersökningen har gjorts varje år sedan år 2004.

Många frågor i den nationella folkhälsoenkäten härstammar ursprungligen från tidigare gjorda landstingsenkäter. Frågorna har valts ut och bearbetats i metodgruppen¹ och testats i en pilotundersökning (november 2003).

I rapporten utgörs valideringen av frågorna främst av begreppsvaliditet, frågans metriska förmåga att differentiera, tidigare användning av frågan samt det interna bortfallet på frågan. Syftet med en begreppsvalidering är att belysa om måttet verkligen mäter det som det är avsett att mäta. Detta har gjorts dels genom en teoretisk genomgång av vad som avses mätas och dels genom analyser av om frågan genererar förväntade eller meningsfulla samband med hälsotillstånd, kön, socioekonomiska grupper och/eller ålder. Begreppsvaliditeten för varje enskild fråga har även prövats på SCB:s mättekniska laboratorium. Testpersoner har fått fylla i formuläret och tala om hur de uppfattat frågorna och hur de tänkt när de svarat på respektive fråga. Dessa tester har sedan resulterat i modifiering av vissa frågor. Frågorna om matvanor och fysisk aktivitet har tagits fram i en valideringsstudie som genomfördes av Livsmedelsverket.

Rapporten kommer att revideras regelbundet.

¹ Metodgruppen är den arbetsgrupp som aktivt deltagit med sin expertkompetens för att utforma denna undersökning på bästa sätt. Metodgruppen består av personer från landstingens samhällsmedicinska enheter och forskare som är knutna till dessa. Dessutom ingår även representanter från SCB och Socialstyrelsen. Gruppen leds av FHI.

Summary

This report presents a quality review of the questions in Sweden's national public health survey "Health on equal terms". The questions in the national public health survey cover physical and mental health, consumption of pharmaceuticals, contact with healthcare services, dental health, living habits, financial conditions, work and occupation, work environment, safety and social relationships. The questionnaire includes some 70 questions on a total of 16 pages. The survey has been conducted every year since 2004.

Many questions in the national public health survey originally come from surveys previously conducted by county councils. The questions were chosen and revised in the method group² and tested in a pilot study (November 2003).

In the report, the validation of the questions primarily comprises construct validity, the question's metric capacity to differentiate, previous use of the question and the inherent dropout ratio of the question. The objective of a construct validation is to illustrate whether the measure really measures what is intended to be measured. This was done in part through a theoretical review of what is intended to be measured and in part through analyses of whether the question generates expected or meaningful correlations to health status, gender, socio-economic classes and/or ages. The construct validity of each individual question was also tested at Statistics Sweden's measurements laboratory. Test subjects completed the questionnaire and were asked to explain how they perceived the questions and their thought process when they answered each respective question. These tests then resulted in the modification of some questions. The questions regarding eating habits and physical activity were prepared in a validation study conducted by the National Food Administration.

This report will be revised regularly.

² The method group is the workgroup that actively contributed its expertise to formulate this survey in the best possible way. The method group comprises people from the county councils' public health units and researchers tied to these units. Representatives from Statistics Sweden and the National Board of Health and Welfare are also in the group. The group is led by the Swedish National Institute of Public Health.

Förkortningar som används i rapporten

HLV	Hälsa på Lika Villkor, Nationella folkhälsoenkäten
FHI	Statens folkhälsoinstitut
CDUST	De så kallade CDUST-länen består av landstingen i Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro och Södermanland.
SCB	Statistiska centralbyrån
ULF	Undersökningen av levnadsförhållanden
WHO	World Health Organisation
EU	Europeiska unionen
CDC	Centre for Disease Control
Norrlandstingen	Landstingen i Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten
SF-36	36-item short form health survey
EQ5D	Euroqol quality of life scale
QALY	Quality adjusted life years
DALY	Disability Adjusted Life Years
MOA	Moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män
HoMo	Ombudsman mot diskriminering på grund av sexuell läggning
HO	Handikappombudsman
JämO	Jämställdhetsombudsman
DO	Ombudsman mot etnisk diskriminering
Hbt	Homo- bis sexuella och transpersoner
SEI	Socioekonomisk indelning
SSYK	Standard för svensk yrkesklassificering

Inledning

De flesta frågorna i den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) härstammar ursprungligen från tidigare gjorda landstingsenkäter i Norrland, Stockholm, region Västra Götaland, region Skåne och CDUST³-länen och/eller från SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Frågorna har valts ut och bearbetats i metodgruppen⁴ samt testats i SCB:s mättekniska laboratorium och i en pilotundersökning (november 2003).

Empiriska validitetstestningar som ger exakta resultat är svåra att utföra inom det psykosociala området, som många av frågorna i enkäten tillhör. Valideringen av frågorna i HLV utgörs framförallt av begreppsvaliditeten, frågans metrisk förmåga att differentiera, tidigare användning av frågan samt det interna bortfallet vid tidigare undersökningar.

Syftet med en begreppsvalidering är att belysa om måttet verkligen mäter det som det är avsett att mäta. Detta har vi gjort dels genom en teoretisk genomgång av vad som avses mätas och dels genom analyser av om frågan genererar förväntade eller meningsfulla samband med hälsotillstånd, kön, socioekonomiska grupper och/eller ålder. Begreppsvaliditeten för varje enskild fråga har även prövats på SCB:s mättekniska laboratorium. Testpersoner har fått fylla i formuläret och tala om hur de uppfattat frågorna och hur de tänkt när de svarat på respektive fråga. Dessa tester har sedan resulterat i modifiering av vissa frågor.

Några av frågorna utgör mycket ”trubbiga” mätinstrument, på grund av utrymmesskäl. Dessa frågor förväntas inte generera någon större kunskap mätt vid ett enstaka tillfälle utan kan endast ge grova indikationer på eventuella förändringar över tid. De allra flesta bestämningsfaktorer är mångdimensionella och för att belysa alla aspekter krävs ett större frågebatteri än vad som är möjligt i en folkhälsoenkät.

Denna rapport kommer att revideras vartefter frågorna i nationella folkhälsoenkäten vidareutvecklas.

³ De så kallade CDUST-länen består av landstingen i Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro och Södermanland.

⁴ Metodgruppen är den arbetsgrupp som aktivt deltagit med sin expertkompetens för att utforma denna undersökning på bästa sätt. Metodgruppen består av personer från landstingens samhällsmedicinska enheter och forskare som är knutna till dessa. Dessutom ingår även representanter från SCB och Socialstyrelsen. Gruppen leds av FHI.

Hälsa

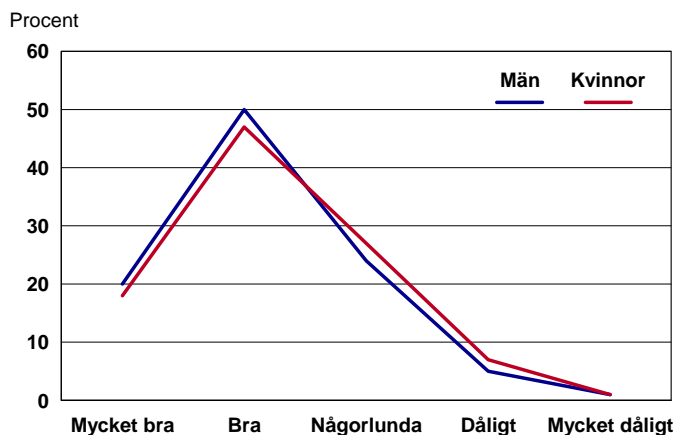
På basis av WHO:s klassiska definition som inkluderar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande fokuserar HLV på följande ohälsoundikatorer: *Självskattad allmän hälsa, livskvalitet, olycksfall, sjukdom, symptom/besvär, sömn, stress, övervikt/fetma, psykiskt välbefinnande och tandhälsa.*

Självskattad allmän hälsa

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- 1 Mycket bra
- 2 Bra
- 3 Någorlunda
- 4 Dåligt
- 5 Mycket dåligt

Frågan om allmänt hälsotillstånd finns med i HLV varje år.



Figur 1. Fördelning av svaren på frågan om allmänt hälsotillstånd, 2004. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd har i en mängd studier (1-5) visats vara en stark prediktor för dödlighet. Frågan är av central betydelse för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid. Föreliggande frågekonstruktion har använts sedan 1996 i ULF och i flera av landstingens folkhälsoenkäter. Allmän hälsa mätt på en femgradig skala är också en av de frågor som man enats kring inom EU. Erfarenheter från Skånes enkät där de även använt en sjugradig skala har visat att medan den femgradiga skalan generellt uppvisar en unimodal fördelning, finns tendenser till en bimodal fördelning med en topp bland dem som inte mår så bra inom den sjugradiga skalan. Den sjugradiga skalan kan därmed eventuellt vara att föredra vid undersökningar av till exempel olika patientgrupper. Den femgradiga skalan uppvisar en skev fördelning (skewness = 0,492, standard error = 0,104) mot ett övervägande gott hälsotillstånd.

På basis av den femgradiga frågekonstruktionen återfinns i litteraturen oftast variabeln ”less than good” det vill säga brytpunkten läggs ofta mellan bra och någorlunda. Teoretiskt sett är det inte en självklar brytpunkt eftersom alternativet ”någorlunda” varken betyder dåligt eller bra. Ett alternativt sätt som rekommenderas är att utifrån svarsalternativen skapa de tre kategorierna; Bra hälsa (bra + mycket bra), Någorlunda, Dålig hälsa (dålig + mycket dålig).

Hälsorelaterad livskvalitet

Livskvalitet är ett brett begrepp som kan referera till en mängd olika aspekter i livet och är inte någon direkt mätbar variabel. Det råder inte några stora skillnader mellan operationaliseringar av hälsa och livskvalitet inom hälso- och sjukvårdsområdet utan det kan vara svårt att skilja dessa begrepp åt (6). I begreppet hälsorelaterad livskvalitet ingår oftast faktorer som upplevt välbefinnande, symtom och funktion i dagliga aktiviteter. En av orsakerna till att livskvalitetsmätningar har blivit allt vanligare är att genom WHO:s definition har hälsobegreppet breddats och refererar inte bara till frånvaro av sjukdom. Dagens sjukdomar och ohälsa utgör vanligtvis inte något hot mot livet, men kan ha negativa konsekvenser för personens livssituation till exempel nedsatt arbetsförmåga, minskade sociala kontakter etc.

Om du tänker på din kroppsliga hälsa, hur många dagar *den senaste 30-dagars-perioden* skulle du säga att den inte varit god (pga. sjukdom, kroppsliga besvär eller skador)?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

		Dagar
--	--	-------

Om du tänker på din psykiska hälsa, hur många dagar *den senaste 30-dagars-perioden* skulle du säga att den inte varit god (t.ex. pga. stress, nedstämdhet eller oro)?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

		Dagar
--	--	-------

Hur många dagar *den senaste 30-dagarsperioden* hindrade dålig kroppslig eller psykisk hälsa din arbetsförmåga eller dina dagliga aktiviteter?

Ange antal dagar mellan 0 och 30.

		Dagar
--	--	-------

I HLV används livskvalitetsmättet "Healthy Days": Antal dagar med god kroppslig hälsa, god psykisk hälsa och antal dagar där hälsan har varit ett hinder för arbetsförmåga eller daglig aktivitet. Mättet har utvecklats vid CDC (Center for Disease Control) i USA och är avsett för en normalbefolkning. Mättet syftar till att indikera antalet dagar med god fysisk och psykisk hälsa. Det har testats i Gävleborg (6) och använts år 2002 i enkäter i Norrlandstingen och Västra Götaland. I en rapport som publiceras i maj 2008 redovisas hur mättet fungerar med avseende på bortfall och relevanta samband och hur mättet kan presenteras och användas.

Andra mått på livskvalitet är t ex. SF-36 (36-Item short form health survey), EQ5D (The Euroqol Quality of life scale), QALY (Quality Adjusted Life Years), DALY (Disability Adjusted Life Years). Både QALY och DALY baseras på att olika sjukdomstillstånd ges olika vikt och adderas.

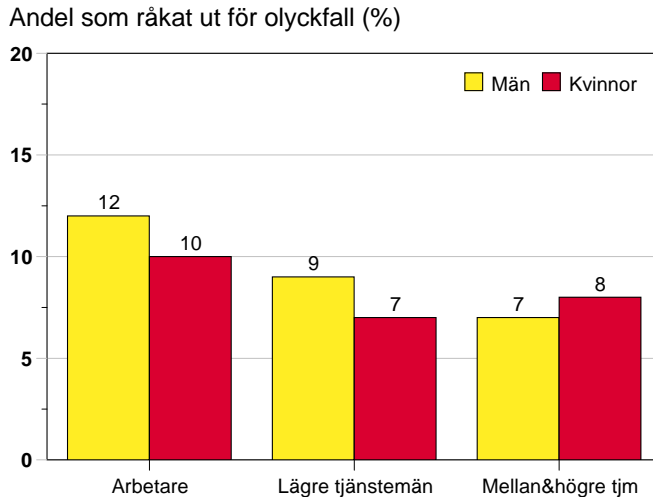
EQ5D baseras på de fem dimensionerna rörlighet, hygien, dagliga aktiviteter, smärta och ångest/depression. Dessa dimensioner överensstämmer relativt väl med vad hälsorelaterad livskvalitet oftast refererar till. Mättet kan med fördel användas för olika patientgrupper, men är mindre lämpat för befolkningsstudier eftersom det då uppvisar en takeffekt (7). Mättet är mycket okänsligt för variationer inom den övre delen av skalan som avser relativt god hälsa. En analys baserad på Norrlands enkät visade t.ex. att 97,5 procent klarade av den egna hygien, 1,9 procent hade vissa problem och 0,6 procent klarade sig inte. SF-36 har visats vara mer känsligt för relevanta skillnader än vad EQ5D är (7). För att använda SF-36 måste dock vissa krav vara uppfyllda t.ex. att ingenting får ändras varken i frågekonstruktioner eller i utseende på de 36 frågorna som upptar två hela sidor i ett formulär. Självskattad hälsa mäts exempelvis med övervägande positiva svarsalternativ.

Olycksfall

Har du under *de senaste tre månaderna* råkat ut för olycksfall som lett till att du sökt sjukvård eller tandvård?

- 1 Nej
- 2 Ja, en gång
- 3 Ja, flera gånger

Frågan om olycksfall har hittills varit med två gånger (2004 och 2008) i nationella folkhälsoenkäten (HLV). Frågan syftar till att följa prevalensen av olycksfall över tid. Olycksfall ses här som en del av ohälsan. Frågan har tidigare använts i till exempel CDUST-länens enkät. I nationella folkhälsoenkäten 2004 var det interna bortfallet på frågan 2 procent. Olycksfall (en eller flera gånger) var lika vanligt bland kvinnor och män, 9 procent. De sociala skillnaderna i olycksfall var små (figur 2)



Figur 2. Andel personer som råkat ut för olycksfall en eller flera gånger de senaste tre månaderna, 18-84 år, 2004. Åldersstandardiserat. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Sjukdom

Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

- 1 Nej
2 Ja

—————> **Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt *eller* hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?**

- 1 Nej, inte alls
2 Ja, i någon mån
3 Ja, i hög grad

Frågan om långvarig sjukdom, som är med i HLV varje år, är central både för att kunna identifiera personer med långvarig sjukdom men också som en indikator på vårdbehov, vilket utgör en del i analyser av vård på lika villkor. Frågan är också en viktig del för att definiera personer med funktionsnedsättning. Frågan härstammar från ULF (en variant) och har använts i flera tidigare folkhälsoenkäter, dock med något olika formuleringar. Exempelvis är frågan i Stockholmsenkäten formulerad som "Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet?" I HLV har vi i samarbete med Socialstyrelsen modifierat formuleringen genom att byta ut handikapp till nedsatt funktion och "...annan svaghet" till "...annat långvarigt hälsoproblem". Den senare formuleringen har tidigare använts i CDUST-länens enkät, men där har frågan specificerats genom att ange långvarig sjukdom som längre än 6 månader. Med tanke på formuleringen av frågan borde andelen som uppger långvarig sjukdom bli mindre i CDUST-enkäten när tidsperioden specificeras än när den är ospecificerad.

En jämförelse mellan andelen med långvarig sjukdom i de bägge regionerna visade dock en större andel med långvarig sjukdom i CDUST-länet än i Stockholm. En jämförelse mellan Stockholm och CDUST-länet utifrån ULF data, det vill säga där frågan mätts på

samma sätt inom de bägge regionerna, visade inte på några större regionala skillnader. Detta kan delvis indikera att en specificering av långtidssjukdom "fångar" fler sjukdomsgrupper än vad den ospecificerade formuleringen gör. Dessa något svårtolkade resultat har föranlett oss att behålla en tidsmässigt ospecificerad formulering av frågan.

Funktionsförmåga

Syn

Frågan om svårigheter att se har hämtats från ULF och har varit med i HLV sedan år 2005.

Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning?

- 1 Ja, utan glasögon
 2 Ja, med glasögon
 3 Nej


Hörsel

Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?

- 1 Ja, utan hörapparat
 2 Ja, med hörapparat
 3 Nej

Rörelseförmåga

Kan du springa en kortare sträcka (ca 100 m)?

- 1 Ja  gå vidare till fråga
 2 Nej

Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Ja 1	Nej 2
a) Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? <i>t.ex. stiga på buss eller tåg</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kan du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någorlunda rask takt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågorna om rörelseförmåga har varit med i HLV sedan år 2005. Frågorna härrör från SCB:s ULF-undersökning och den inledande frågan hade ett internt bortfall på 1,7 procent år 2005. Det var knappt 20 procent som hade nedsatt rörelseförmåga.

Funktionsnedsättning

Utifrån frågorna om långvarig sjukdom, syn, hörsel och rörelseförmåga har gruppen med funktionsnedsättning bildats enligt:

Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem? De som svarat ja på den här frågan och också svarat Ja, i hög grad på följdfrågan: medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?

Kan du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning? De som svarat nej (inte ens med glasögon) på den här frågan

Kan du utan svårighet höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer? De som svarat nej (inte ens med hörapparat) på den här frågan

Personer med rörelsehinder: De som inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär eller inte kan ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt eller behöver hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta sig utomhus.

De personer som tillhör en eller flera av de här fyra kategorierna definieras i den här rapporten som att de har funktionsnedsättning.

FHI hade ett regeringsuppdrag att beskriva hälsan bland personer med funktionsnedsättning och Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att utveckla metoder för att följa levnadsförhållanden bland personer med funktionsnedsättning. I samband med dessa uppdrag testades nedanstående två frågor om funktionsnedsättning och funktionshinder i HLV år 2007.

Har du en eller flera fysiska, psykiska eller medicinska funktionsnedsättningar? Svårigheterna ska inte bero på en tillfällig skada eller sjukdom.

- 1 Ja, en
- 2 Ja, två
- 3 Ja, flera
- 4 Nej **—————>** gå vidare till fråga

Innebär funktionsnedsättningen/funktionsnedsättningarna att du har svårigheter att delta i dagliga aktiviteter?

- 1 Ja, alltid eller nästan alltid
- 2 Ja, ibland
- 3 Nej, aldrig

Det var 2,2 procent som inte svarade på den första frågan om funktionsnedsättning. Av dem som svarade att de hade en eller flera funktionsnedsättningar (1690 personer, 30 procent) var det 3 procent som inte svarade på följdfrågan om funktionsnedsättningen innebar svårigheter att delta i dagliga aktiviteter.

Även av dessa två frågor kan gruppen med funktionsnedsättning bildas: De som svarat ja på första frågan och också svarat ja på andra frågan.

Då dessa två olika definitionerna på gruppen med funktionsnedsättning/funktionshinder jämfördes visade det sig att de hade mycket dålig överensstämmelse. Sämst var överensstämmelsen med syn och hörsel där en mindre andel bara fanns med i gruppen som definierades enligt de nya frågorna. Överensstämmelsen var något bättre för rörelsehinder men långt ifrån fullständig. Då de gamla beprövade frågorna som alla härrör från SCB:s ULF-undersökning tycktes fungera bättre har vi valt att inte använda de frågor som testades i 2007 års HLV-undersökning.

Symtom

Har du något/några av följande besvär eller symtom?

a) Värk i skuldror, nacke eller axlar?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

b) Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

c) Värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

d) Huvudvärk eller migrän?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

e) Ängslan, oro eller ångest?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

f) Trötthet?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

g) Sömnsvårigheter?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

h) Eksem eller hudutslag?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

i) Öronsus (tinnitus)?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

j) Inkontinens (urinläckage)?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

**k) Återkommande mag-
/tarmbesvär?**

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

l) Övervikt, fetma?

- 1 Nej
 2 Ja, lätta besvär
 3 Ja, svåra besvär

Dessa frågor utgjordes av en matris år 2004 men har sedan 2005 sett ut enligt ovanstående. Denna förändring gjordes med anledning av att matrisfrågor kan vara svåra för många att svara på och medför därför större internbortfall. Frågorna syftar till att över tid kunna följa prevalensen av besvär som är vanligt förekommande i befolkningen. Frågorna fokuserar framförallt på psykosomatiska symtom och inkluderar t.ex. besvär från rörelseorganen, ängslan, trötthet, sömnproblem, eksem mm. Frågorna har diskuterats fram i metodgruppen och varianter av symptomlistor har tidigare använts av flera landsting och finns även med i ULF-undersökningen. Frågorna hade mellan en och tre procents internbortfall.

Har du någon/några av följande sjukdomar?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej 1	Ja, men inga besvär 2	Ja, lätta besvär 3	Ja, svåra besvär 4
a) Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågan om sjukdomar syftar till att följa prevalensen av diabetes, högt blodtryck, astma och allergi över tid. Delfrågorna hade mellan tre och fyra procents internbortfall år 2004.

Kriteriet för att välja just dessa sjukdomar har varit att de inte går att följa utifrån registerdata. Frågorna utgör väldigt trubbiga mått, framförallt gäller detta frågan om allergi. Mätt vid ett enstaka tillfälle genererar de ingen större kunskap utan bör studeras över tid i jämförande syfte alternativt utökas med ett batteri av frågor för varje enskilt tillstånd.

Sömn

En god sömn är central för hälsan bl.a. för att sömnen är livsnödvändig för kroppslig och mental återhämtning. En mängd undersökningar har visat att det är en hälsorisk både att sova för lite och att sova för mycket. Studier har t.ex. visat samband mellan hur länge man sover och mortalitet (8), risk för hjärtsjukdom (9-10) och diabetes (11). Detta gör det viktigt att spåra eventuella förändringar i olika befolkningsgruppers sovanor.

Brytpunkten för vad som räknas som tillräckligt med sömn varierar mellan olika undersökningar och olika hälsoutfall, men beräknas vanligtvis ligga mellan 6-8 timmar

per natt. Till exempel visade studien av mortalitet en ökad risk hos personer som sov 8 timmar eller mer eller 6 timmar eller mindre. Det är dock inte bara antalet timmar som är avgörande för en god sömn utan även kvalitén på sömnen. En studie av Åkerstedt m.fl. (12) visade ett starkt samband mellan sömnkvalité och stress samt den sociala situationen på arbetet. En god sömn anses vara en lång och obruten sov period och en dålig sömn bedöms vanligtvis innehålla minst fem uppvaknanden.

Det finns en mängd faktorer, vissa av dem confounders, som påverkar sambanden mellan sömn och hälsa t.ex. BMI och olika levnadsvanor. Diabetesstudien visade exempelvis att långsovarna (9 timmar eller mer) hade en högre alkoholkonsumtion samt motionerade mindre och kortsovarna (5 timmar eller mindre) tenderade att arbeta skift i högre grad.

Sömn har i HLV mätts dels genom en fråga om sömnduration (antalet timmar) och dels genom en fråga om sömnsvårigheter. Frågan om sömnduration har endast varit med år 2004 i HLV. Frågan om sömnsvårigheter har varit med varje år och finns med som delfråga g i frågan om symtom och besvär som beskrivits ovan.

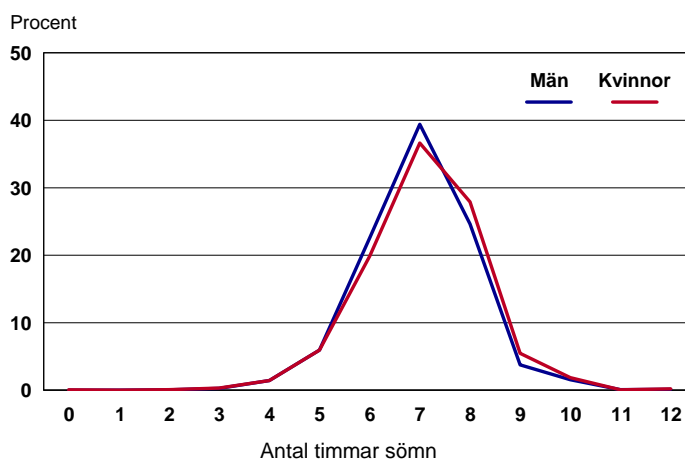
Hur många timmar sover du vanligtvis en normal vardagsnatt?

Om du jobbar natt/skift fyller du i det genomsnittliga antalet timmar du vanligtvis sover under ett dygn. Svara i hela timmar.



Frågan om hur många timmar man vanligtvis sover har vi formulerat själva, följt av en bearbetning inom metodgruppen. Frågan har testats i SCB:s mättekniska laboratorium och i pilotundersökningen.

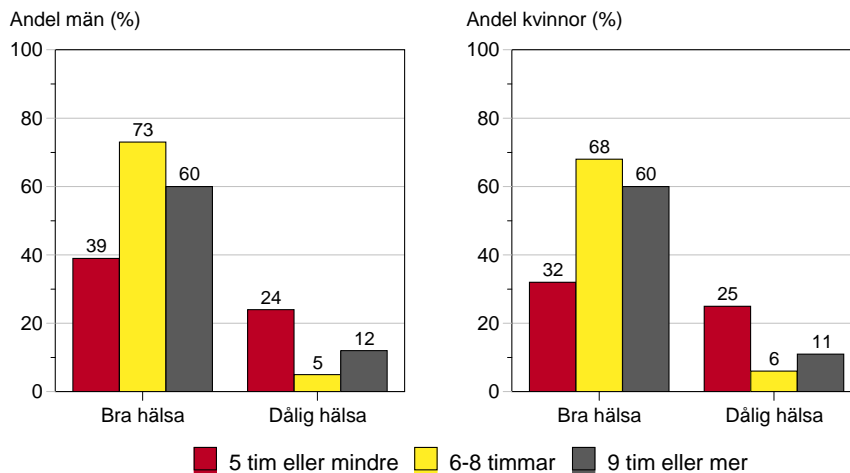
I HLV var svaren på frågan normalfördelade (figur 2).



Figur 2. Fördelning över antalet timmar respondenterna vanligtvis sover en vardagsnatt, 2004. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Vid analyser av frågan delades antalet timmar upp i tre kategorier; 5 tim eller färre, 6-8 timmar, 9 timmar eller fler. Antalet timmar uppvisade ett signifikant samband med självskattad hälsa både bland kvinnor och bland män. En större andel av kvinnor som

vanligtvis sov 5 timmar eller mindre (25 procent) och 9 timmar eller mer (11 procent) uppgav att de hade dålig hälsa, jämfört med kvinnor som sov 6-8 timmar (6 procent). Samma mönster gällde även för män (figur 3). För sambanden med stress, se stress avsnittet nedan.



Figur 3. Andelen kvinnor och män med bra respektive dålig hälsa efter antal timmar man vanligtvis sover, 2004. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Stress

Idag talas det mycket om stress och stress tillmäts ofta stor betydelse för uppkomsten av ohälsa t.ex. hjärt-kärlsjukdomar och muskuloskeletal besvär. Stress är dock ett ospecificikt begrepp och har idag fått många olika betydelser för olika människor. I HLV har stress definierats som ett tillstånd. Problematiken med begreppets olika betydelser har vi försökt minimera genom att i frågan definiera ett antal negativa stressrelaterade tillstånd. I den medicinska traditionen definieras stress som en ospecificikt reaktion på något (stressorer), som i sig inte behöver vara skadligt (13-14). Skadlig stress uppkommer om stressreaktionen blir mycket långvarig och individen inte får tillfälle till återhämtning. Denna definition av skadlig stress tangerar det idag aktuella begreppet utbrändhet. I den psykologiska traditionen uppstår stress i samspelet mellan individ och omgivning. Ett centralt begrepp inom denna tradition är copingförmåga dvs. individens sätt att klara en påfrestning då resurserna tas i anspråk i samband med stress.

En tankemodell, i linje med den psykologiska traditionen om hur skadlig stress uppstår är att kraven blir större än tillgångarna (11). I litteraturen refererar vanligen tillgångar till förmåga och resurser såsom stöd, kontroll, mening, goda levnadsvanor och belöningar. Som krav nämns ofta begrepp såsom ansvar, dubbelarbete, prestation, långa arbetstider, livshändelser och monotoni. En stor del av stressforskningen i Sverige knyter an till arbetslivet med Karaseks krav och kontrollmodell (15) som utgångspunkt.

Tidigare svenska studier (16) har visat att kvinnor upplevde mer stress än män och att utmattning framförallt är vanligt bland ensamstående mammor samt hos personer som står utanför arbetsmarknaden (17). Lundberg och Frankenhaeuser har i en studie (18) mätt hormonnivåer som en indikator på stress. Studien visade att nivåerna var högre hos kvinnor än hos män både under och efter arbetet. Efter arbetet uppvisade kvinnor med

barn högre värden än några andra som deltog i studien. Andra studier har även visat på socioekonomiska (19) och yrkesmässiga (20) skillnader i hälsorelaterade stressnivåer.

Känner du dig för närvarande stressad?

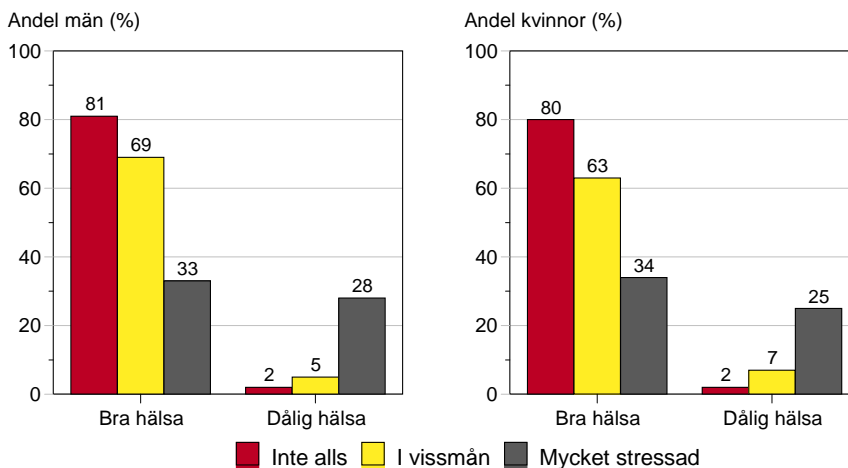
Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad.

- 1 Inte alls
- 2 I viss mån
- 3 Ganska mycket
- 4 Våldigt mycket

Frågan om stress har funnits med i HLV varje år. Frågekonstruktion härstammar från och har tidigare använts i Norrlandsenkäten, där den fungerat bra med avseende på internt bortfall (1,6 procent) samt relevanta samband. I HLV har frågan modifierats något efter rekommendationer från SCB:s mättekniska laboratorium i syfte att särskilja sömnproblem och stresstillstånd.

Vid analyserna av frågan har brytpunkten lagts mellan svarsalternativen ”inte alls”, ”i viss mån” och ”ganska mycket” d.v.s. svarsalternativen har slagits samman och utgör tre grupper. Andelen stressade har definierats utifrån andelen som har uppgivit att de är ganska eller mycket stressade.

Stressfrågan uppvisar signifikanta samband med självskattad hälsa (figur 4) både bland kvinnor och bland män ($\text{Chi}^2=504,6$ respektive $558,5$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$).



Figur 4. Andelen kvinnor och män med bra respektive dålig hälsa efter stress, 2004.

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

Fler kvinnor än män uppgav att de var stressade (59 respektive 41 procent). Frågan uppvisade även samband med ålder både bland kvinnor och bland män ($\text{Chi}^2=355,1$ respektive $303,4$; $\text{df}=6$; $p<0,001$). Den största andelen stressade återfanns bland de unga kvinnorna, 16-29 år (26 procent). Den största andelen stressade bland männen återfanns i åldersgruppen 30-44 år (16 procent).

Stressfrågan uppvisade också signifikanta samband med utbildningsnivå för både kvinnor ($\text{Chi}^2=29,2$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$) och män ($\text{Chi}^2=15,7$; $\text{df}=4$; $p=0,003$).

Stressfrågan uppvisade även samband med sömnsvårigheter både bland kvinnor och bland män ($\text{Chi}^2=560,0$ respektive $533,4$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$). I HLV 2004 frågades efter antalet timmar man sover, vilket också uppvisade ett signifikant samband med upplevt stresstillstånd både bland kvinnor och bland män ($\text{Chi}^2=142,6$ respektive $165,4$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$). Den största andelen stressade återfanns bland dem som sov 5 timmar eller mindre (29 procent bland män och 35 procent bland kvinnor) och bland dem som sov 9 timmar eller mer (13 procent bland män och 19 procent bland kvinnor).

Övervikt och fetma

Hur lång är du? Svara i centimeter



Hur mycket väger du? Svara i hela kilo.



Frågorna om längd och vikt har funnits med i HLV varje år. Frågorna syftar till att ligga till grund för beräkningar av BMI (Body Mass Index) och därigenom följa prevalensen av framförallt övervikt och fetma. Det finns studier där självrapporterade uppgifter om längd och vikt validerats mot uppgifter där respondenten mätts och vägts (21-28). Dessa studier visar bland annat att kortvuxna män som väger lite och äldre personer överskattar sin längd och vikt. Bland kvinnor är det ofta vanligare att underskatta sin vikt. Då personer i arbetaryrken i genomsnitt är kortare än dem i tjänstemannayrken kan den felklassificering som uppstår vid självrapporterade uppgifter om längd tänkas påverka sociala skillnader i övervikt och fetma. Några studier har även påvisat detta (29-30).

Övervikt och fetma mäts även genom fråga 1) bland frågorna om besvär eller symtom som belyser den mer subjektiva upplevelsen. Tidigare ULF undersökningar har visat könsskillnader i besvär av övervikt, vilket kan ha betydelse vid eventuella åtgärder.

Övervikt är en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och dödlighet. Personer med fetma har betydligt oftare symtom som trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga (31). Om övervikten är koncentrerad som bukfetma ökar risken för högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes typ II (32-33).

Övervikt, framför allt fetma, är ett tilltagande folkhälsoproblem i västvärlden (34-35). Ett flertal studier från olika delar av Sverige visar att andelen överviktiga stadigt ökar (36-39). Oroväckande är att vikten ökar mer än längden bland skolbarn (40).

De metoder som utarbetats för direkt bestämning av mängden kroppsfett är komplicerade och endast tillgängliga på speciallaboratorier. För kliniska och epidemiologiska undersökningar har under årens lopp en rad indirekta metoder använts som är baserade på samband mellan vikt och längd. Den metod som bäst avspeglar

mängd kroppsfett är ”body mass index”, BMI, vikt (i kg) dividerat med längd (m²) i kvadrat, så kallad kroppsmasseindex.

Tabell 1. Indelning av BMI enligt WHO (41).

	BMI (body mass index) (kg/m²)
Undervikt	<18,5
Normalvikt	18,5-24,9
Övervikt	25-29,9
Fetma, grad I	30-34,9
Fetma, grad II	35-39,9
Fetma, grad III	40-

En allvarlig svaghet med BMI är att måttet inte kan skilja mellan fett- och muskelmassa. Förändringar av midjeomfånget avspeglar bättre än BMI hur mängden buk fett varierar över tid och har starkare samband med insjuknande i bland annat typ II-diabetes (42-44). Vid bedömning av riskerna med fetma bör således BMI kompletteras med midjemått eller midja/höftkvot, speciellt inom BMI-intervallet 25-30.

Psykiskt välbefinnande

De 12 frågorna här nedan utgör frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire) som har validerats och beskrivs bl. a. i boken *Measuring Health* (7). Frågorna avser att indikera psykiskt välbefinnande och mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Instrumentet är fokuserat på avbrott i den ”normala” funktionen snarare än livslång karakteristika. GHQ är utformat för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner och uppkomsten av nya fenomen av ”distressing” karaktär.

För att få fram ett mått på välbefinnande beräknas ett summaindex utifrån de tolv frågorna. De första två svarsalternativen på varje fråga ger värdet 0 och det tredje och fjärde alternativet ger värdet 1. En summavariabel skapas där bortfall på enstaka frågor inte betyder att det blir bortfall för summavariabeln. Summavariabeln kan ha värden mellan 0-12 poäng. En dikotom variabel skapas: om summan <3 ges värdet 0 om summan är 3 eller mer ges värdet 1. De som har värdet 1 definieras ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande, med andra ord läggs förslagsvis brytpunkten för psykiskt välbefinnande vid 3 poäng.

Brytpunkten för psykiskt nedsatt välbefinnande kan läggas på olika nivå och kommer då att påverka prevalensens storlek men mätinstrumentets förmåga att diskriminera påverkas inte. Om man är intresserad av jämförelser så är det dock viktigt att använda samma brytpunkt.

Instrumentet har tidigare använts i exempelvis Stockholms, CDUST- länens och Skånes folkhälsoenkäter. I Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter har måttet använts år 1990, 1994, 1998 och år 2002. Undersökningarna har över tid visat en ökning av nedsatt psykiskt välbefinnande framförallt mellan år 1998 och 2002 och att nedsatt psykiskt

välbefinnande är mer frekvent hos kvinnor, framförallt i åldersgruppen 21-24 år och bland utlandsfödda kvinnor.

Frågeinstrumentet GHQ12 som ger ett mått på psykiskt välbefinnande har varit med i HLV varje år sedan 2004. Måttet fungerar relativt bra med avseende på förväntade samband med t.ex. självrapporterad hälsa ($\text{Chi}^2=1593,3$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$), ålder ($\text{Chi}^2=195,0$; $\text{df}=3$; $p<0,0001$) och kön ($\text{Chi}^2=110,3$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$). Instrumentet uppvisar även ett starkt samband med frågan om ängslan, oro eller ångest ($\text{Chi}^2=2527,8$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$).

I Stockholms enkät uppvisade instrumentets tolv frågor höga interna bortfall, uppemot 12 procent för varje enskild fråga. Dessa höga interna bortfall återfanns dock inte i CDUST – länen, i Skånes enkät (cirka 5 procent) eller i HLV 2004 där det interna bortfallet låg på cirka 1 procent.

Har du *de senaste veckorna* kunnat koncentrera dig på allt du gjort?

- 1 Bättre än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Sämre än vanligt
- 4 Mycket sämre än vanligt

Har du haft svårt att sova på grund av oro *de senaste veckorna*?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Upplever du att du har gjort nytta *de senaste veckorna*?

- 1 Mer än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Mindre än vanligt
- 4 Mycket mindre än vanligt

Har du *de senaste veckorna* kunnat fatta beslut i olika frågor?

- 1 Bättre än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Sämre än vanligt
- 4 Mycket sämre än vanligt

Har du *de senaste veckorna* känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna?

- 1 Mer än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Mindre än vanligt
- 4 Mycket mindre än vanligt

Har du *de senaste veckorna* kunnat ta itu med dina problem?

- 1 Bättre än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Sämre än vanligt
- 4 Mycket sämre än vanligt

Har du ständigt *de senaste veckorna* känt dig olycklig och nedstämd?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Har du *de senaste veckorna* förlorat tron på dig själv?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Har du ständigt känt dig spänd de senaste veckorna?

- 1 Inte alls
 2 Inte mer än vanligt
 3 Mer än vanligt
 4 Mycket mer än vanligt

Har du de senaste veckorna känt att du inte kunnat klara dina problem?

- 1 Inte alls
 2 Inte mer än vanligt
 3 Mer än vanligt
 4 Mycket mer än vanligt

Har du tyckt att du varit värdelös de senaste veckorna?

- 1 Inte alls
 2 Inte mer än vanligt
 3 Mer än vanligt
 4 Mycket mer än vanligt

Har du på det hela taget känt dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

- 1 Mer än vanligt
 2 Som vanligt
 3 Mindre än vanligt
 4 Mycket mindre än vanligt

Självordstankar och självmordsförsök

Frågorna om självmordstankar och självmordsförsök har varit med i HLV sedan år 2005.

Har du någon gång kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?

- 1 Nej
 2 Ja, en gång
 3 Ja, flera gånger

Har du någon gång försökt ta ditt liv?

- 1 Nej
 2 Ja, en gång
 3 Ja, flera gånger

Frågorna kommer ursprungligen från Stockholms folkhälsoenkät och har tagits fram vid enheten för suicidprevention. I Stockholm var svarsalternativen något annorlunda formulerade Nej, aldrig; Ja, under den senaste veckan; Ja, under det senaste året respektive ja, längre tillbaka än 1 år. Då frågorna om självmordstankar och självmordsförsök ansågs vara känsliga valdes de mindre känsliga svarsalternativen hur många gånger i HLV. Frågorna har fungerat bra i HLV och har ett internt bortfall på knappt en procent.

Frågan om självmordstankar fungerar bra med avseende på förväntade samband med till exempel självrapporterad hälsa ($\text{Chi}^2=248,9$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$), ålder ($\text{Chi}^2=100,1$; $\text{df}=3$; $p<0,0001$) och kön ($\text{Chi}^2=23,2$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$). Frågorna uppvisar även ett starkt samband med frågan om ängslan, oro eller ångest ($\text{Chi}^2=602,4$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$) och ghq12 ($\text{Chi}^2=406,5$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$).

Även frågan om självmordsförsök fungerar bra med avseende på förväntade samband med till exempel självrapporterad hälsa ($\text{Chi}^2=134,6$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$), ålder ($\text{Chi}^2=39,7$; $\text{df}=3$; $p<0,0001$) och kön ($\text{Chi}^2=16,6$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$). Frågorna uppvisar även ett starkt samband med frågan om ängslan, oro eller ångest ($\text{Chi}^2=201,7$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$) och ghq12 ($\text{Chi}^2=142,1$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$).

Tandhälsa

Tandhälsan utgör en viktig del av individers livskvalitet och välbefinnande. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med kostvanorna, dels genom att kosten påverkar tandhälsan och dels genom att tandkvaliteten påverkar kostintaget. Inom det folkhälsopolitiska målområdet *goda matvanor* framhålls vikten av en god tandhälsa för att kunna tillgodogöra sig maten. Under de senaste 25 åren har tandhälsan i Sverige blivit bättre. Detta kan delvis bero på införandet av en generös allmän tandvårdsförsäkring. Försäkringssystemet har dock blivit mindre generöst och patienterna har själva sedan 1990-talet fått stå för en allt större del av kostnaden. Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt kvarstår betydande socioekonomiska skillnader (45). Detta gör det viktigt att följa tandvårdskonsumtionen och eventuella förändringar av tandhälsan.

Frågorna om tandhälsa är upplagda utifrån en liknande princip som frågorna om allmänt hälsotillstånd. En global fråga om allmän tandhälsa som kompletteras med en symtomlista samt två frågor om vårdutnyttjande.

Allmän tandhälsa

Hur tycker du att din tandhälsa är?

- 1 Mycket bra
- 2 Ganska bra
- 3 Varken bra eller dålig
- 4 Ganska dålig
- 5 Mycket dålig

Frågan har tidigare använts i Norrlands- och Västra Götalands enkät. I HLV har frågan varit med sedan år 2004 och fungerar bra och har ett internt bortfall på en procent. Frågan uppvisar förväntat samband med både utbildningsnivå ($\text{Chi}^2=196,3$; $\text{df}=16$; $p<0,0001$) och ålder ($\text{Chi}^2=82,9$; $\text{df}=12$; $p<0,0001$).

Symtomlista

Har du något/några av följande besvär?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
a) Besvär med karies (hål i tänderna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Blödande tandkött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tandlossning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tuggsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Känsliga tandhalsar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tandgnissling/pressning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågematrisen var med i HLV år 2004 och syftade till att över tid kunna följa prevalensen av besvär som är vanligt förekommande i befolkningen. Matrisen hade inte använts tidigare utan utarbetades av metodgruppen och fungerade bra i SCB:s mättekniska laboratorium. I pilotundersökningen inkluderades svarsalternativet "Vet ej" som en extra kontroll på hur frågorna fungerade. Andelen som uppgav svaret "vet ej" låg mellan 0 och 1 procent, den största andelen återfanns i frågan om karies (1,6 procent). Det interna bortfallet i HLV låg mellan 3 och 4 procent. Samtliga symptom uppvisade samband med den självskattade allmänna tandhälsan (tabell 2).

Tabell 2. Andel personer med olika tandhälsoproblem efter tandhälsa. (n=11 725).

Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* 2004, Statens folkhälsoinstitut.

Tandhälsa	Karies	Blödande	Tandloss	Tuggsv	Tandhalsar	Gnisslar	Totalt
Mycket bra	5	9	1	1	16	15	27
Ganska bra	26	20	4	4	26	21	46
Varken bra eller dålig	53	32	11	13	35	25	17
Ganska dåligt	75	42	31	39	49	34	8
Mycket dåligt	78	50	48	68	58	42	2
Totalt	30	21	7	9	28	22	100

Av dem som uppgav sig ha mycket dålig tandhälsa var det 78 procent som hade karies, 50 procent hade blödande tandkött, 48 procent hade tandlossning, 68 procent hade tuggsvårigheter, 58 procent hade problem med tandhalsar och 42 procent gnisslade tänder. Motsvarande andel personer med dessa problem i hela undersökningen var 30, 21, 7, 9, 28, respektive 22 procent.

Då sambandet mellan allmän tandhälsa och symptomfrågorna var så tydligt beslutade vi att symptomfrågorna kunde utgå i framtida folkhälsoenkäter.

Tandvårdskonsumtion

När var du senast hos tandläkare/tandhygienist?

- 1 För mindre än ett år sedan
- 2 För ett till två år sedan
- 3 För tre till fem år sedan
- 4 För mer än fem år sedan
- 5 Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist
- 6 Vet inte/kommer inte ihåg

Har du under *de senaste tre månaderna* ansett dig vara i behov av tandläkarvård men ändå avstått från att söka vård?

- 1 Nej → *Gå vidare till fråga*
- 2 Ja

Vilken var orsaken/orsakerna till att du inte sökte tandläkarvård?

Flera alternativ kan anges!

- 1 Besvären gick över
- 1 Ekonomiska skäl
- 1 Drar mig för att gå (tandläkarskräck)
- 1 Hade inte tid
- 1 Annan orsak, ange vad

Frågan om besök hos tandläkare/tandhygienist har varit med i HLV åren 2004, 2006, 2007 och 2008. År 2004 var det interna bortfallet på denna fråga knappt en procent. Frågorna om man avstått från tandläkarvård trots behov och vilken orsaken/orsakerna var till detta har varit med alla år i HLV. Frågan om man avstått från tandläkarvård hade ett internbortfall på drygt en procent och av dem som avstått från tandläkarbesök var det 4 procent som inte uppgav någon orsak till detta.

Frågorna avser att följa konsumtionen av tandläkarvård och har tidigare använts i folkhälsoenkäterna i Norrland och i Västra Götaland. Frågorna syftar framförallt till att på sikt följa eventuella socioekonomiska skillnader i konsumtion av tandläkarvård. Analyser av HLV år 2004 visade att 67 procent uppgav att de inte hade råd som skäl till att de inte hade sökt tandläkarvård.

Vårdkontakter

Frågor om vårdutnyttjande är viktiga för att följa vårdkontakter över tid samt följa eventuella skillnader mellan olika befolkningsgrupper (till exempel kön, ålder, socioekonomiska grupper, regionalt/kommunalt). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (46). Frågorna om kontakt med sjukvården och om man avstått från läkarbesök trots behov syftar framför allt till att, tillsammans med frågan om långvarig sjukdom (se sidan 11), följa ”vård på lika villkor”. Om vård inte ges på lika villkor så kan detta bidra till en mer ojämnt fördelad hälsa. Studier har visat skillnader i vårdkontakter mellan kön, kommuner, åldersgrupper och även socioekonomiska grupper. Det är viktigt att klargöra om de skillnader i vårdutnyttjande som finns motsvaras av skillnader i vårdbehov (47). Som metod vid analyser av skillnader i vårdkontakter föreslås logistisk regressionsanalys med kontroll för långvarig sjukdom. De två första frågorna här nedan avser att indikera vårdkontakter och frågan om långvarig sjukdom avser indikera vårdbehov.

Har du under *de senaste tre månaderna* haft kontakt med sjukvården?

Gäller egna besvär eller sjukdom.

1 Nej

2 Ja

Har du under *de senaste tre månaderna* besökt eller besökts av någon av följande? *Gäller egna besvär eller sjukdom*

Flera alternativ kan anges!

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
a) Läkare på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Läkare på vårdcentral, privat-, företagsläkare o.dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Distriktssköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ungdomsmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Naprapat, kiropraktor, homeopat o.dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Varit inlagd på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Varianter av frågan har tidigare använts i till exempel CDUST – länen samt i Norrlands och Västra Götalands enkäter. Den huvudsakliga skillnaden mellan frågekonstruktionerna är att i CDUST – enkäten var frågorna i form av en matrisfråga vilket de inte var i Norrland och Västra Götaland. I pilotundersökningen användes matriskonstruktionen och frågorna uppvisade stora interna bortfall (6,3-14,3%), vilket

föranledde att matrisen ersattes med två frågor för att kunna särskilja dem som inte varit i kontakt med vården från det interna bortfallet. I HLV 2004 var svarsalternativen på den andra frågan här ovan: Läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande; distriktssköterska; akutmottagning respektive varit inlagd på sjukhus. Från och med år 2005 har frågan de svarsalternativ som syns här ovan. Dessutom har svarsalternativen: Nej; Ja, en gång respektive Ja, flera gånger tillkommit sedan år 2005.

På frågan om vårdkontakter var interbortfallet 2,6 procent och drygt 10 procent av dem som haft kontakt med vården svarade inte på följdfrågan.

a) Har du under *de senaste tre månaderna* ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?

- 1 Nej → *Gå vidare till fråga*
2 Ja

b) Vilken var orsaken/orsakerna till att du inte sökte läkarvård?

Flera alternativ kan anges!

- 1 Besvären gick över
1 För långa väntetider
1 Svårt komma fram på telefon
1 Fick inte besökstid snabbt nog
1 Negativa erfarenheter från tidigare besök
1 Ekonomiska skäl
1 Hade inte tid
1 Visste inte vart jag skulle vända mig
1 Annan orsak, ange vad

Har du under *de senaste tre månaderna* avstått från att köpa medicin som du fått recept på?

- 1 Nej
2 Ja
3 Vet inte/kommer inte ihåg

Vilken är den främsta orsaken till att du inte köpte medicin?

- Blev frisk
 Hade inte råd
 Hade medicin så det räckte
 Hade för långt till apoteket
 Trodde inte medicinen skulle hjälpa
 Annan orsak, ange vad _____

Frågorna avser att belysa de grupper som haft behov av vård eller mediciner men avstått att söka eller hämta ut medicinen. Frågorna kan indikera eventuella behov av åtgärder inom hälso- och sjukvården. Frågorna har tidigare använts i andra landstingsenkäter till exempel i CDUST-länen, i Norrland och i Västra Götaland. Även Dalarna (48) har använt liknande frågor, men haft öppna svarsalternativ för orsakerna till att personen

inte sökt vård. I HLV har de fasta svarsalternativen på frågan om varför man inte sökt vård trots behov modifierats på basis av de öppna svaren som framkom i Dalarnas enkät.

Frågorna om läkarvård har varit med i HLV åren 2004, 2007 och 2008. Den första frågan hade två procent internt bortfall och knappt 6 procent av dem som hade avstått från läkarbesök hade inte uppgivit någon orsak till detta.

Frågan om man avstått från att hämta ut medicin har varit med alla år utom år 2007 och hade två procent internt bortfall. Första året (2004) fanns inte frågan om orsaker till att inte hämta ut medicin med. Det var tio procent av dem som avstått från att hämta ut medicin som inte uppgivit någon orsak till detta.

Levnadsvanor

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. Regelbunden fysisk aktivitet har visats motverka uppkomsten av en mängd sjukdomar till exempel minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ II, högt blodtryck, höga blodfetter, tjocktarmscancer samt minskad risk för depressioner (49). Fysisk aktivitet har även en stor betydelse för att motverka övervikt och fetma, stärker muskler, leder och immunförsvar samt lindrar ångest, oro och sömnsvårigheter. Fysisk aktivitet minskar också dödsrisken (50).

Det är framför allt aktivitetsnivån på fritiden och fritidens kvalitet som visats ha betydelse för hur man mår med avseende på såväl fysisk förmåga och allmän hälsa som social förmåga, emotionell- och mental hälsa (51-54). En vanlig rekommendation är 30 minuters fysisk aktivitet per dag. Den fysiska aktiviteten bör vara regelbunden och kännas lätt ansträngande. Den största risken för ohälsa är att ha en mest stillasittande fritid.

Frågan här nedan avser att indikera den relativa graden av fysisk aktivitet på fritiden. Den har tidigare använts i till exempel Stockholms folkhälsoenkät och en liknande fråga har använts i ULF undersökningen. Frågan har även testats i en valideringsstudie som administrerats av Livsmedelsverket (55). Resultatet från valideringsstudien visade att de som anger en högre grad av fysisk aktivitet också är mer aktiva mätt med aktivitetsmätare så kallad accelerometer ($p=0,019$). I HLV har frågan varit med varje år och det interna bortfallet var två procent. Frågan visade förväntade samband mellan graden av fysisk aktivitet på fritiden och självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=1265,1$; $\text{df}=12$; $p<0,0001$). Frågan uppvisade även signifikanta samband med ålder, kön och socioekonomisk grupptillhörighet.

Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Obs! Kryssa endast i ett alternativ!

- 1 Stillasittande fritid
Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.
- 2 Måttlig motion på fritiden
Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, tyngre hushållsarbete, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
- 3 Måttlig, regelbunden motion på fritiden
Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas.
- 4 Regelbunden motion och träning
Du ägnar dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.

Nedanstående fråga syftade till att följa upp de folkhälsopolitiska målen inom målområdet *fysisk aktivitet*. Närmiljöns utformning och tillgänglighet är av en avgörande betydelse för om man är fysiskt aktiv, vistas ute och bedriver friluftsliv eller inte (56). Ett av de folkhälsopolitiska delmålen är att alla skall ha tillgång till säkra områden för rekreation och fysisk aktivitet inom 5-10 minuters gångväg från bostaden (57).

Finns det något grönområde (större park eller liknande) eller skogsområde inom 5 – 10 minuters gångavstånd från där du bor?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet ej

Frågan var med i 2004 års folkhälsoenkät och det interna bortfallet på frågan var 0,6 procent. Det visade sig att 94 procent av befolkningen hade tillgång till ett grönområde inom 5-10 minuters gångavstånd. Frågan diskriminerade dåligt och har därför inte varit med i senare enkäter.

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm?

t.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning, etc. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt.

Ange ett alternativ!

- 1 5 timmar per vecka eller mer
- 2 Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka
- 3 Mellan 1 till 3 timmar per vecka
- 4 Högst en timme per vecka
- 5 Inte alls

Frågan här ovan avser att mäta hur mycket tid som spenderas på måttligt ansträngande aktiviteter. Syftet är att kunna se hur stor andel av befolkningen som uppnår 30 minuters aktivitet om dagen (3,5 timmar/vecka). Det går att redovisa både fysisk aktivitet 30 respektive 60 minuter per dag). Frågekonstruktionen härstammar från frågebatteriet IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), men har omarbetats till en mer generell fråga om ansträngande aktiviteter en vanlig vecka med fasta svarsalternativ. Frågan testades i den tidigare nämnda valideringsstudien där den visade samband med aktivitetsmätare. Frågan har också testats för att se hur aktiviteten fördelade sig på veckans dagar (58). Analysen visade att aktiviteten var tämligen jämnt utspridd över veckans dagar bland dem som var fysiskt aktiva mer än tre timmar per vecka.

År 2004 fanns också svarsalternativet *Vet inte/kan inte ta ställning* med. Det var då tre procent som svarade vet inte. Från år 2005 har svarsalternativen sett ut enligt ovan och det interna bortfallet har bara ökat obetydligt och var år 2005 drygt en procent.

Kost

Goda matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen (59) och utgör ett av de folkhälsopolitiska målområdena. Goda matvanor i form av frukt-, grönsaks- och fettintag har visats ha samband med till exempel minskad risk för hjärt-kärlsjukdom och vissa cancerformer (60). Kost och matvanor har även betydelse för diabetes typ II, övervikt och karies (45).

I Livsmedelsverkets rapport (61) ”De svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel” poängteras att:

Konsumtionen av frukt och grönsaker bör öka

Konsumtionen av bröd bör öka

Den totala fettkonsumtionen bör minska

Fettkvaliteten bör förbättras

Konsumtionen av ”utrymmesmat” t.ex. sötsaker och alkohol bör minska.

Rapporten visar att en kvinna bör äta drygt 500 gram och en man 700 gram frukt och grönt per dag för att uppnå en balanserad kost. Gällande bröddintaget rekommenderas 6-8 skivor per dag.

Vad gäller fettintag förespråkar bland annat Willett (62) att det är typen snarare än mängden fett som är viktig för hälsan. En studie (63) av förhållandet mellan kost och mortalitet hos kvinnor indikerade att det är viktigare att öka den regelbundna konsumtionen av hälsosam mat än att reducera den ohälsosamma konsumtionen. I studien definierades ett hälsosamt kostintag som en varierad konsumtion av frukt, grönsaker, fullkornsbröd, flingor, fisk och mjölkprodukter med låg fetthalt.

Kostundersökningar baseras vanligtvis på mycket omfattande frågeformulär och innefattar både frekvens, mängd och typ av ett stort antal olika livsmedel. Av utrymmesskäl är det svårt att belysa kostvanor på ett fullständigt sätt i en allmän folkhälsoenkät.

I den HLV har fokus lagts på konsumtion av frukt och grönsaker, som har föreslagits som indikator inom målområdet *goda matvanor*. Som mått på indikatorn frukt och grönsaker har ”andelen av befolkningen som intar minst 500 gram frukt och/eller grönsaker per dag” föreslagits (64). Frågorna om frukt och grönsaker mäter endast frekvensen av intaget, men kan approximativt översättas till en ungefärlig mängd. Vanligtvis beräknas ett konsumtionstillfälle motsvara cirka 100 gram frukt eller grönsaker.

Frågorna om frukt- och grönsakskonsumtion syftar till att följa andelen i olika befolkningsgrupper som uppnår målsättningen av cirka 500 gram frukt och/eller grönsaker per dag. Samtliga frågor ingick i valideringsstudien som Livsmedelsverket utförde. Frågorna om frukt- och grönsaker testades i valideringsstudien mot de mer detaljerade frågorna som validerats (65). Analyser visade att de förenklade frågorna som användes i HLV hade ett starkt samband med de mer detaljerade frågorna. Valideringsstudien visade också att frågorna om frukt- och grönsaker samvarierade med fett- och fiberintag.

Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter?

Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm).

*Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt!
Ange ett alternativ!*

- 1 3 gånger per dag eller oftare
- 2 2 gånger per dag
- 3 1 gång per dag
- 4 5-6 gånger per vecka
- 5 3-4 gånger per vecka
- 6 1-2 gånger per vecka
- 7 Några gånger per månad eller aldrig

Hur ofta äter du frukt och bär?

Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm)

Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt.

Ange ett alternativ!

- 1 3 gånger per dag eller oftare
- 2 2 gånger per dag
- 3 1 gång per dag
- 4 5-6 gånger per vecka
- 5 3-4 gånger per vecka
- 6 1-2 gånger per vecka
- 7 Några gånger per månad eller aldrig

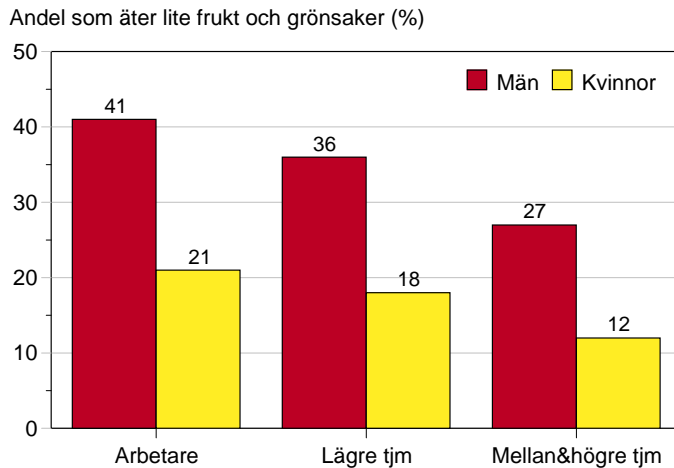
Ovanstående frågor har varit med i HLV sedan år 2004. För att beräkna andelen som approximativt uppnår det rekommenderade intaget frukt och/eller grönsaker (minst 5 gånger per dag) ges svarsalternativen olika vikter och de bägge frågorna sammanräknas till ett summaindex.

Vikter för respektive svarsalternativ:

- 3,0 = 3 gånger per dag eller mer
- 2,0 = 2 gånger per dag
- 1,0 = 1 gång per dag
- 0,8 = 5-6 gånger per vecka
- 0,5 = 3-4 gånger per vecka
- 0,2 = 1-2 gånger per vecka
- 0,07 = Några gånger per månad eller aldrig

En summavariabel skapas där bortfall på den ena frågan inte betyder att det blir bortfall för summavariabeln. Summavariabeln kan ha värden mellan 0,07 och 6. Sedan skapas en dikotom variabel: Om summan <5 ges värdet 0 om summan är 5 eller mer ges värdet 1. De som har värdet 1 kan anses konsumera tillräckligt mycket frukt och grönt i förhållande till det nationella målet. Det visar sig dock att en mycket liten andel av Sveriges befolkning når upp till det nationella målet. Endast 4 procent av männen och 12 procent av kvinnorna gjorde detta år 2004. Därför har vi också skapat ytterligare en variabel för frukt- och grönsakskonsumtion. De som äter frukt- och grönsaker 1,3 gånger per dag (20:e percentilen år 2004) eller mer sällan anses äta lite frukt- och grönsaker och de som äter frukt- och grönsaker 3 gånger per dag eller oftare (80:e percentilen år 2004) anses äta mycket.

I HLV var det interna bortfallet på frågorna knappt en procent. Frågorna visade också förväntat samband med självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=102,9$; $\text{df}=8$; $p<0,0001$). Frågorna uppvisade även signifikanta samband med ålder, kön och socioekonomisk grupptillhörighet (se figur 5).



Figur 5. Andelen kvinnor och män som äter lite frukt och grönsaker (1,3 gånger per dag eller mer sällan) efter socioekonomi, 2004. Källa: Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Vad gäller fettintag lades fokus på fetthalten i form av matfett på smörgåsen. Frågan om smörgåsfett var med i HLV år 2004 (se nedan).

Vilken typ av matfett brukar du vanligtvis använda på smörgås?

Markera ett alternativ, det vanligaste!

- 1 Smör/ Bordsmargarin 80 % fett, t.ex., Bregott, Flora, Linnéa
- 2 Hushållsmargarin (margarin i folie), t.ex. Milda, HushållsEve, Ädel
- 3 Mellanmargarin 60 % fett t.ex. Bregott Mellan, Runda Bords,
- 4 Lättmargarin 30-40 % fett, t.ex. Lätta, Lätt&Lagom, Becel, LättLätt, Gaio,
- 5 Använder ej matfett på smörgås

Frågan om smörgåsfett avsåg att indikera fetthalten i kosten och kostmedvetande. I Socialstyrelsens folkhälsorapport presenteras produktion och försäljning av lättmargarin. Frågan var tänkt som ett komplement till dessa siffror eftersom försäljningsciffrorna inte medger någon uppdelning på olika befolkningsgrupper. Frågan tillförde inget utöver frågorna om frukt- och grönsaker vilket medfört att endast dessa frågor använts i enkäten som indikator på goda matvanor.

Rökning/snusning

Många sjukdomar orsakas eller förvärras av rökning. Det gäller bland annat olika typer av cancer, lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, sår i magen med flera (45).

Frågorna om rökning och snusning avser att mäta prevalensen av aldrig rökt eller snusat, röker eller snusar dagligen, röker eller snusar då och då, före detta rökare eller snusare samt exponering för passiv rökning. Frågorna härstammar från ULF men har anpassats till enkätmetoden. Frågorna har tagits fram av arbetsgruppen för tobaksfrågor inom

ramen för projektet "Hälsorelaterade levnadsvanor" (66) och har tidigare använts i Norrland- och Västra Götalands enkäter år 2003.

Nedanstående frågor har varit med i HLV sedan år 2004. Frågorna *Röker du dagligen* respektive *Snusar du dagligen* hade år 2004 svarsalternativet *Nej* först. Sedan år 2005 ser svarsalternativen ut enligt nedanstående. Frågorna om rökning hade knappt en procent internt bortfall och frågorna om snus en och en halv procent. Frågan om passiv rökning hade knappt två procent internt bortfall.

Röker du dagligen?

- 1 Ja → *gå till fråga*
2 Nej

Händer det att du röker någon gång då och då?

- 1 Nej
2 Ja

Har du tidigare rökt dagligen under minst 6 månader?

- 1 Nej
2 Ja

Snusar du dagligen?

- 1 Ja → *gå till fråga*
2 Nej

Händer det att du snusar någon gång då och då?

- 1 Nej
2 Ja

Har du tidigare snusat dagligen under minst 6 månader?

- 1 Nej
2 Ja

Hur ofta vistas du inomhus i lokaler där andra personer röker eller nyss har rökt?

	Varje dag	Någon/några gånger/vecka	Någon/några Gånger/mån	Mer sällan eller aldrig
	1	2	3	4
a) I ditt hem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) På arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) På café, bar eller restaurang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) På annan plats inomhus, t.ex. hos vänner, i bilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Narkotika

Frågan avser att indikera prevalensen och eventuella förändringar över tid för användning av narkotika. Tidigare valideringsstudier (67) har visat att frågan om förstagångsanvändning av marijuana är den mest reliabla jämfört med frågor om användning av crack, kokain, tobak och alkohol. Frågan har tidigare använts i Stockholms och Skånes folkhälsoenkäter. I HLV har vi dock inkluderat marijuana i frågan. Analyser av HLV 2004 visade ett internt bortfall på en procent och förväntat samband med ålder ($\text{Chi}^2=870,9$; $\text{df}=9$; $p<0,0001$).

Har du provat hasch eller marijuana?

- 1 Nej
- 2 Ja, för mer än ett år sedan
- 3 Ja, det senaste året
- 4 Ja, den senaste månaden

Alkohol

En hög konsumtion av alkohol kan orsaka eller bidra till en mängd olika negativa hälsoeffekter som till exempel levercirros, gastrit, alkoholpsykos, alkoholförgiftning och olycksfall. En hög konsumtion kan också ha en rad negativa sociala konsekvenser som påverkar hälsotillståndet samt bidra till övervikt och fetma.

De tre första frågorna om alkohol härstammar från frågeinstrumentet AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) och har tagits fram av arbetsgruppen för alkoholfrågor inom ramen för projektet "Hälsorelaterade levnadsvanor". Frågorna är testade (68). AUDIT har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) i syfte att identifiera personer vars alkoholkonsumtion kan skada deras hälsa (69). Den fjärde frågan identifierar berusningsdrickande.

Hur ofta har du druckit alkohol under *de senaste 12 månaderna*?

- 1 4 gånger/vecka eller mer
- 2 2-3 gånger/vecka
- 3 2-4 gånger/månad
- 4 1 gång/månad eller mer sällan
- 5 Aldrig → gå till fråga

Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-9
- 5 10 eller fler
- 6 Vet inte

Hur ofta dricker du sex ”glas” eller fler vid samma tillfälle?

- 1 Dagligen eller nästan varje dag
- 2 Varje vecka
- 3 Varje månad
- 4 Mer sällan än en gång i månaden
- 5 Aldrig

Hur ofta har du under *de senaste 12 månaderna* druckit så mycket alkohol att du varit berusad?

- 1 Dagligen eller nästan dagligen
- 2 Några gånger/vecka
- 3 1 gång/vecka
- 4 2-3 gånger/månad
- 5 1 gång/månad
- 6 Någon eller några gånger per halvår
- 7 Mer sällan eller aldrig

I syfte att identifiera riskkonsumenter beräknas ett summaindex utifrån fråga de tre första frågorna. Svartalternativen till frågorna ges poäng och bildar sedan ett index utifrån den summapoäng som frågorna ger. Första och tredje frågan får poängen 4, 3, 2, 1, 0 och den andra frågan får 0, 1, 2, 3, 4 och svarsalternativet vet inte räknas som internbortfall. Poängen från de tre frågorna summeras så att bortfall på en av frågorna inte betyder att det blir bortfall för summaindexet. Indexet kan anta värdet 0-12. Män med en summa på 8-12 poäng räknas som riskkonsumenter av alkohol. Motsvarande gräns är för kvinnor summan 6-12 poäng. Vid beräkning av riskkonsumtion kan även frågan om berusningsdrickande (den fjärde frågan) tas med så att de som varit berusade 2-3 gånger i månaden eller oftare (svarsalternativ 1-4) inkluderas i gruppen som har riskabla alkoholvanor. Riskabla alkoholvanor har beräknats på detta sätt då FHI redovisar resultat. Frågorna har i HLV visat sig ha ett litet internbortfall (1,5; 2,5; 0,5 respektive 1 procent).

Spel

Frågorna om spel avser framför allt att mäta prevalensen av problematiskt spelande. Frågorna har konstruerats i samarbete med konsulterna Jakob Jonsson och Ingrid Munck. Prevalensen av spelberoende har tidigare undersökts genom omfattande frågebatterier till exempel spelberoendemåtten SOGS-R (70) och DSM-IV (71). Ett genomgående problem vid användandet av ett fåtal screeningsfrågor är att olika kombinationer av frågor alstrar falskt positiva och falskt negativa svar i olika grad. Jonsson och Munch har med utgångspunkt från en riksrepresentativ prevalensstudie (72) analyserat hur enskilda delfrågor i spelberoendemåtten och kombinationen av olika frågor påverkar prevalensen av problematiskt spelande. Det är dessa analyser som ligger till grund för valet av spelfrågor.

Har du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel? Med spel menas t.ex. trisslott, bingolott, kasinospel, tips, spel på hästar etc.

- 1 Nej → gå till fråga
2 Ja

Ovanstående fråga avser att särskilja dem som aldrig spelar och utgör därmed ett väldigt grovt mått på prevalensen av spelande.

Hur mycket pengar har du satsat på spel de senaste 7 dagarna?

Har spelat för kronor

- 1 Har inte satsat några pengar de senaste 7 dagarna.

Ovanstående fråga avser att mäta spelkonsumtion. Konsumtion mäts vanligtvis genom insatsen (hur mycket pengar personen satsar) och frekvensen på spelandet (antal gånger personen spelat senaste 30 dagarna). Konsulternas analyser visade att mått på insatsen diskriminerade väl mellan problemspelare och övriga spelare ($F=242$; $df=1$; $p<0,01$ för insats turspel/DSM-IV).

Frågan har även jämförts med spelberoendemåtten SOGS-R och DSM-IV och uppvisade måttliga korrelationer (0,33 respektive 0,29). Frågan kommer att analyseras gentemot disponibel inkomst och förväntas därmed generera mer information om problematiskt spelande.

Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna.....
Sätt ett kryss på varje rad!

	Aldrig	1-2 ggr	3 ggr eller fler
a) försökt minska ditt spelande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) känt dig rastlös och irriterad om du inte kunnat spela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ljugit om hur mycket du spelat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

För att få fram ett mått på spelproblem och spelberoende beräknas ett summaindex utifrån de tre delfrågorna här ovan. Det första svarsalternativet "aldrig" ger värdet 0, det andra (1-2ggr) ger värdet 1 och det tredje alternativet ger värdet 2. Maximal poäng på de tre frågorna blir därmed 6 poäng. Indexet avser att diskriminera mellan dem som har riskabla spelvanor (1-6 poäng) och övriga spelare (0 poäng).

Tabell 3. Poängfördelning på summaskalan 0-6 beräknat på datamaterialet från den riksrepresentativa prevalensstudien ”Spel och spelberoende i Sverige.

Poäng	Frekvensfördelning	
	Antal	Procent
0	6605	98,0
1	46	0,7
2	56	0,8
3	12	0,2
4	11	0,2
5	5	0,07
6	7	0,1
<i>Totalt</i>	6742	100
<i>Internbortfall</i>	398	5,6

Delfrågorna härstammar från DSM-IV, men har anpassats till en befolkningsenkät genom ett samarbete mellan spelexperter på FHI och konsulterna. Statistiska analyser har visat att andelen falskt positiva var 1,3 procent, det vill säga att 1,3 procent av respondenterna som fått minst 1 poäng på summaindexet inte hade några problem enligt DSM-IV. Andelen falskt negativa var 23,6 procent av problemspelarna och 0 procent av de spelberoende enligt DSM-IV.

Konsulterna genomförde en konfirmatorisk faktoranalys av en generell faktor genom strukturekvationsmodellering (SEM) vilket gav ett relativt starkt stöd för att frågorna mäter det som de avser att mäta. Delfrågan c) ”ljugit om hur mycket du spelat för” uppvisade faktorladdningen 0,75 och frågan ”känt dig rastlös eller irriterad om du försökt dra ned på ditt spelande...” uppvisade faktorladdningen 0,63.

Frågorna om spel har varit med i HLV varje år sedan 2004.

Ekonomiska förhållanden

Frågorna om ekonomiska förhållanden avser att mäta ekonomisk marginal respektive ekonomisk kris. Syftet med frågorna är att generera underlag till uppföljning av målområdet ekonomisk och social trygghet och dess betydelse för hälsan. Frågorna härstammar ursprungligen från ULF och har använts i flertalet landstingsenkäter.

Kontantmarginal

Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?

- 1 Ja
2 Nej

Frågan om kontantmarginal har varit med i HLV varje år sedan 2004. Fram till år 2005 var summan 14 000 kronor. Den summa kronor som ingår i frågan om kontantmarginal beräknas av SCB och ska motsvara en vanlig arbetarlön. Frågan har tidigare använts i Skåne, Stockholm, CDUST, Norrland och Västra Götaland. De fyra sistnämnda hade dock fler svarsalternativ än vad som återfinns i nationella enkäten där vi utgår från svarsalternativen i ULF. Analyser av frågan i HLV 2004 visade ett lågt internt bortfall (1,5 procent) och förväntat samband med socioekonomisk grupptillhörighet ($\text{Chi}^2=485,8$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$). Frågan uppvisade samband med allmänt hälsotillstånd ($\text{Chi}^2=161,2$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$) och ålder ($\text{Chi}^2=286,9$; $\text{df}=3$; $p<0,0001$).

Ekonomisk kris

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m?

- 1 Nej
2 Ja, vid ett tillfälle
3 Ja, vid flera tillfällen

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att lönen/pengarna tagit slut och du har blivit tvungen att
Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej	Ja
	1	2
a) låna från släkt eller vänner för att klara matkontot eller hyran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) begära socialhjälp för att klara matkontot eller hyran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) låta bli att betala hyran i tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De två frågorna om ekonomisk kris var med i 2004 års nationella folkhälsoenkät (HLV). Sedan år 2005 har bara den första av de två frågorna varit med. Frågorna härstammar ursprungligen från SCB:s ULF-undersökning. Frågorna om ekonomisk kris har tidigare använts i Skåne, CDUST, Norrlandstingen och Västra Götaland, men med lite mer specificerade svarsalternativ. Analyser av den första frågan i HLV visade ett lågt internt bortfall (1,2 procent) och samband med allmänt hälsotillstånd ($\text{Chi}^2=135,6$; $\text{df}=1$; $p=0,0001$), ålder ($\text{Chi}^2=664,2$; $\text{df}=3$; $p<0,0001$) och socioekonomisk tillhörighet ($\text{Chi}^2=154,6$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$).

Frågematrisen avses som en följdfråga till den första frågan. Frågorna syftar till att identifiera nivåskillnader mellan ekonomiskt utsatta grupper. Delfrågorna (a-c) härstammar från ULF och frågorna a och b har tidigare använts i Stockholms enkät. Analyser av frågorna i HLV år 2004 visade ett internt bortfall på 2,1, 6,5 respektive 6,7 procent.


Arbete/sysselsättning

Frågorna om sysselsättning, yrke och arbetsuppgifter avser att mäta arbetsmarknadsstatus och socioekonomisk tillhörighet. De har tidigare använts i bland annat ULF och i flertalet landstingsenkäter.

Frågan om sysselsättning har i HLV kompletterats med följdfrågan procentuell andel av heltid. Frågan syftar till att kunna identifiera framförallt grupperna förvärvsarbetande, arbetslösa och sjukskrivna. Frågan om yrke och arbetsuppgifter ligger till grund för SEI (73) och eventuell kodning av SSYK.

Vilken är din nuvarande sysselsättning?

Flera alternativ kan anges.

- 1 Arbetar som anställd →  % av heltid
- 1 Egen företagare
- 1 Tjänstledig eller föräldraledig
- 1 Studerar, praktiserar
- 1 Arbetsmarknadsåtgärd
- 1 Arbetslös
- 1 Ålderspensionär
- 1 Sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)
- 1 Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- 1 Sköter eget hushåll
- 1 Annat, skriv i rutan:

a) Vilket är/var ditt huvudsakliga yrke?

Om du inte yrkesarbetar nu, ange det yrke som du huvudsakligen har haft. Försök att lämna en så detaljerad yrkestitel som möjligt.

Till exempel: Skriv istället för assistent, inköpsassistent. Var god texta!

Exempel: Istället för chaufför skriv t.ex.

B U S S C H A U F F Ö R

Ditt yrke:

b) Vilka är/var dina huvudsakliga arbetsuppgifter?

Beskriv dina huvudsakliga arbetsuppgifter. Om du t ex är projektledare eller liknande skriv då vad du gör, exempelvis "är ansvarig för att förbättra arbetsmiljön i åldringsvården". Är du t ex fabriksarbetare skriv då vad du gör/tillverkar.

Frågorna här ovan har använts i HLV år 2008. Åren 2004-2007 var första frågan om sysselsättning inte uppdelad på arbetar som anställd respektive egen företagare. Dessa år löd delfråga b) *Beskriv din huvudsakliga arbetsuppgift* men har sedan år 2008 utvecklats för att underlätta kodning av SSYK (den nya yrkesklassificeringen).

Arbete

Det råder stora hälsoskillnader mellan dem som har ett arbete och dem som står utanför arbetsmarknaden såväl som mellan olika yrkesgrupper. För anställda inom kommun och landsting har både arbetsmiljö och välbefinnande utvecklats särskilt negativt under 1990-talet (74).

Vilken är din huvudsakliga arbetsgivare?

Ange ett alternativ!

- 1 Privatägt företag
- 2 Statlig myndighet/statligt ägt bolag eller affärsdrivande verk
- 3 Landsting/region/landstingsägt bolag
- 4 Kommun/kommunägt bolag
- 5 Driver eget företag
- 6 Annat. Vad? _____

Frågan om arbetsgivare syftar till att över tid följa upp hälsoskillnader mellan anställda i den privata respektive statliga sektorn samt landsting och kommun. Frågan var med i 2004 års nationella folkhälsoenkät (HLV) och hade ett internt bortfall på 3,1 procent. Frågan har också använts i folkhälsoenkäterna i Stockholm, CDUST, Norrland och i Västra Götaland.

Analys utifrån HLV 2004 uppvisade inte några signifikanta skillnader i självskattad hälsa mellan privat- och offentlighetsanställda. I Norrland uppgav en signifikant högre andel av de kommunanställda kvinnorna en dålig hälsa jämfört med de landstingsanställda, denna skillnad återfanns inte bland männen. I HLV uppgav 3,1 procent svarsalternativet "Annat". Bland dem som specificerat "Annat" arbetade de flesta i någon typ av förening.

Vilken är din huvudsakliga anställningsform?

Ange ett alternativ!

- 1 Egen företagare
- 2 Fast anställd (tillsvidareanställd)
- 3 Anställd på personaluthyrnings- eller bemanningsföretag
- 4 Vikarieanställd
- 5 Projektanställd
- 6 Timanställd

- 7 Provanställd
 8 Annan anställning

Osäkerhet och brist på kontroll har kunnat identifieras som betydelsefulla förhållanden bakom människors stressreaktioner och ohälsa. En västeuropeisk studie (75) har visat att muskelsmärta och trötthet var vanligare bland dem med mer osäkra anställningar (tidsbegränsad och uthyrningspersonal) än bland fast anställda. Däremot var stress vanligare bland fast anställda, egenanställda och småföretagare än bland dem med osäkra jobb. En studie av Arbetslivsinstitutet (76) uppvisade snarlika resultat som den västeuropeiska vad gäller symtomförekomst. Arbetslivsinstitutets studie poängterade även en jämställdhetsaspekt nämligen att kvinnor var överrepresenterade i de två anställningsformerna som var mest problematiska (behovs- och vikarieanställning) samt underrepresenterade i den mer gynnsamma formen projekt- och objektsanställning. I Sverige har andelen personer med olika slag av tidsbegränsade anställningar ökat från 10 till 16 procent under 1990-talet.

Frågan om anställningsform syftar till att följa upp anställningsformens (fast eller tidsbegränsad anställning) betydelse för hälsan. Frågan var med i 2004 års nationella folkhälsoenkät (HLV) och har tidigare använts i Stockholm, Skåne, Norrland och Västra Götaland, dock med något varierande svarsalternativ.

Svarsalternativen i HLV har utarbetats utifrån analyser av Stockholms datamaterial där frågan konstruerades med flervalsalternativ. Analysen visade en mängd svårdefinierade sammansättningar av olika anställningsformer, vilket delvis kanske kan förklaras av att vissa respondenter verkade ha svårigheter med definitionen av ”tillsvidareanställd”. I HLV har vi därför poängterat ”fast anställning” och lagt in instruktionen att endast ett alternativ får anges.

Bland dem som förvärvsarbetar (anställda, företagare, 18-64 år) var det interna bortfallet 2,8 procent i HLV år 2004. Kvinnor var överrepresenterade i formen vikarie (5,4 respektive 1,9 procent bland män) och män var överrepresenterade bland egenföretagare (11,6 procent respektive 4,9 procent bland kvinnor).

Arbetsmiljö

I befolkningen finns stora yrkesmässiga och socioekonomiska skillnader i både sjuklighet och dödlighet (77). En stor del av dessa skillnader kan på olika sätt associeras till ergonomiska och psykosociala (78) förhållanden i arbetsmiljön. Det är framförallt tre psykosociala exponeringsdimensioner som har visats vara relevanta för hälsan, nämligen socialt stöd, psykologiska krav och kontroll (79). Det är sedan länge känt att kombinationen av höga psykologiska krav och liten kontroll på arbetsplatsen är förknippad med en sämre såväl kroppslig som psykisk hälsa (80). Flera studier tyder på att stöd från arbetskamrater och/eller arbetsledning också påverkar effekten av krav och kontroll (81). Resultat från MOA-studien 1999 (MODerna Arbets- och livsvillkor för kvinnor och män, Annika Härenstam) talar för att det finns ytterligare aspekter som är viktiga för sambanden mellan arbetsmiljö och hälsa såsom anställningsform, möjlighet till återhämtning och möjligheten att kombinera förvärvsarbete med familj och fritid (82).

Stöd

Frågorna om stöd härstammar från ULF och avser att mäta horisontellt respektive vertikalt stöd på arbetsplatsen. Frågorna har tidigare använts bland annat i Skånes enkät och visat på hälsorelevanta skillnader mellan män och kvinnor vad gäller olika typer av stöd. I HLV år 2004 var internbortfallet bland förvärvsarbetande 5,3 procent för frågan om stöd av arbetskamrater och 9,3 procent för stöd av chef. Det var 1,2 respektive 2,8 procent som uppgav svaret ”vet ej”.

Om du behöver, får du stöd och hjälp av dina arbetskamrater i ditt arbete?

- 1 Ja, för det mesta
- 2 Ja, i viss mån
- 3 Nej
- 4 Vet ej
- 5 Har inga arbetskamrater

Om du behöver, får du stöd och hjälp av din närmaste chef i ditt arbete?

- 1 Ja, för det mesta
- 2 Ja, i viss mån
- 3 Nej
- 4 Vet ej
- 5 Har ingen chef

Krav och kontroll

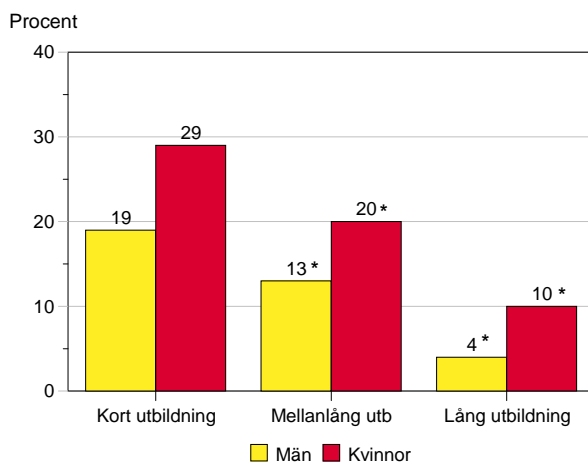
Karasek-Theorells krav-/kontroll modell (se här nedan) är ett frågebatteri som avser att mäta graden av krav (a-e) respektive egen kontroll (f-k) på arbetet. Batteriet avser att särskilja fyra grupper med olika arbetskaraktäristika: 1) Höga krav/hög kontroll, 2) Höga krav/låg kontroll, 3) Låga krav/hög kontroll och 4) Låga krav/låg kontroll. Det är framför allt interaktionen mellan höga krav och låg kontroll som visats vara av betydelse för hälsan. Psykologiska krav registreras genom de fem första frågorna i batteriet och kontroll genom de sex sista frågorna. Det finns olika varianter på hur de fyra dimensionerna tas fram. Det kanske enklaste sättet som ofta används är att först skapa ett index för krav och ett för kontroll, genom att summera svaren på de fem respektive sex frågorna. Krav-/kontrollvariablerna dikotomiseras sedan. Brytpunkterna för hög och låg kan sättas genom den lägsta respektive högsta kvartilen alternativt vid medianvärdet.

Tidigare validitetsstudier (79) har visat en hög intern validitet på kravindexet. Dimensionen egen kontroll (decision latitude) har visat en hög intern överensstämmelse (höga alpha-värden) vid studier av blandade yrkesgrupper men lägre värden för specifika yrkesgrupper. Studier har även visat skillnader i korrelationen mellan krav och kontroll för män och kvinnor. Att krav ”matchas” med kontrollmöjligheter på den manliga men inte på den kvinnliga arbetsmarknaden har bland annat beskrivits av Karasek och Theorell (83). Frågebatteriet har tidigare använts i Norrlands och Västra Götalands enkäter. HLV år 2004 visade ett internt bortfall på frågorna om krav-/kontroll mellan 3,2–4,1 procent bland dem som förvärvsarbetar.

Frågor beträffande ditt arbete. Sätt ett kryss på varje rad!

	Nej, så gott som aldrig	Nej, sällan	Ja, ibland	Ja, ofta
a) Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Förekommer det motstridiga krav i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Får du lära dig nya saker i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kräver ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Kräver ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Innebär ditt arbete att man gör samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Har du frihet att bestämma <i>hur</i> ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Har du frihet att bestämma <i>vad</i> som ska utföras i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågorna om krav-/kontroll var med i HLV år 2004.



Figur 6. Andel som rapporterat att de har en arbetssituation med höga krav och låg kontroll efter utbildning, 18-64 år, 2004. Åldersstandardiserat. * innebär signifikant avvikelse från dem med kort utbildning. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004 *Hälsa på lika villkor*, Statens folkhälsoinstitut.

Höga krav och låg kontroll var ungefär lika fördelat över ålder men var vanligare bland arbetare än bland tjänstemän och bland dem med kort utbildning än bland dem med lång (figur 6).

Fysisk arbetsmiljö

Frågorna om inslag i arbetet har använts i ULF och i CDUST-länens enkäter som ett mått på den fysiska arbetsmiljön. Resultaten från CDUST (84) analyser visade på en två till tre gånger högre förekomst av besvär från rörelseorganen bland dem med dålig arbetsmiljö jämfört med dem med god arbetsmiljö. I HLV har vi även lagt till psykosociala faktorer som trakasserier/mobbning i frågan.

Hur ofta förekommer följande inslag i ditt arbete?

Sätt ett kryss på varje rad!

	Varje dag 1	Några dagar i veckan 2	Mera sällan 3	Aldrig 4
a) Buller (måste höja rösten vid samtal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kemiska preparat, ångor, gaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Upprepade och ensidiga arbetsrörelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tunga lyft (mer än 20 kg/lyft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mobbning eller trakasserier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågorna a-e här ovan var med i HLV år 2004. Internbortfallet på frågorna var mellan 3,3 och 3,8 procent.

Trivsel

Hur trivs du med dina arbetsuppgifter?

- 1 Mycket bra
- 2 Ganska bra
- 3 Varken bra eller dåligt
- 4 Ganska dåligt
- 5 Mycket dåligt

Frågan om man trivs med sina arbetsuppgifter avser att mäta upplevd trivsel på arbetet. Frågan har tidigare använts i flertalet landstingsenkäter (bland annat i CDUST – länen och i Norrland). Analyser från HLV år 2004 visade ett samband mellan trivsel med arbete och självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=543,5$; $\text{df}=12$; $p<0,0001$). Av kvinnorna som trivdes med arbetsuppgifterna uppgav 9 procent att de hade dålig hälsa, till skillnad från 2 procent av kvinnorna som trivdes bra med sina arbetsuppgifter. Motsvarande siffra för män var 13 respektive 2 procent.

Frågan om man trivs med sina arbetsuppgifter har varit med i HLV åren 2004 och varje år sedan år 2006. Bland dem som förvärvsarbetade (anställda, företagare, sjukskriven, tjänstledig/föräldraledig, 18-64 år) var det interna bortfallet 3,2 procent.

Anställningstrygghet

Är du orolig för att förlora ditt arbete inom det närmaste året?

- 1 Ja
2 Nej

Frågan om oro att förlora arbetet avser att mäta upplevd anställningstrygghet. Frågan har tidigare använts i CDUST-läna och visats vara en relativt stark bestämningsfaktor för hälsa (84). De som var mycket oroliga för att förlora sitt arbete var de som i minst omfattning angav att de mätte bra. I HLV har vi efter rekommendationer från SCB:s mättekniska laboratorium andra svarsalternativ än de som använts av CDUST-läna. En liknande fråga har även använts i Norrlands enkät, men där frågas om risken för att förlora sitt arbete snarare än den upplevda oron.

Frågan om oro att förlora arbetet har varit med i HLV åren 2004 och varje år sedan år 2006. Analyser av HLV år 2004 visade ett samband mellan oro för att förlora arbetet och självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=73,6$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$).

Friskvård

Erbjuder din arbetsgivare någon form av ersättning för motion eller träning?

Du kan ange flera alternativ!

- 1 Nej, sådana möjligheter finns inte \longrightarrow gå till fråga
1 Ej aktuellt
1 Möjlighet att träna/motionera på arbetstid, t.ex. friskvårdstimme
1 Subventionerat träningskort, gratis simning eller liknande
1 Andra möjligheter till träning. Vad?

Utnyttjar du denna förmån?

- 1 Ja, ofta
1 Ja, ibland
1 Nej, aldrig

Frågorna om arbetsgivarstöd till friskvård har tidigare använts i Norrland och Västra Götaland, men bestod där av en enda fråga. I HLV har vi delat upp svarsalternativen i två frågor eftersom pilotundersökningen år 2003 visade att flera respondenter fyllde i motsäggande svarsalternativ. Frågorna knyter an till folkhälsopolitiska målområdet *fysisk aktivitet*.

En analys av HLV visade ett internt bortfall på 8,4 procent. Analysen visade också en högre andel tjänstemän på mellannivå eller högre bland dem som har tillgång till friskvård än bland dem som inte har tillgång till detta (48 respektive 28 procent).

Hemarbete

a) Har du någon sjuk eller gammal närstående som du hjälper med vardagliga sysslor, ser till eller vårdar?

- 1 Ja
2 Nej → gå till fråga

b) Hur många timmars arbete per vecka innebär detta i genomsnitt för dig?

Ange hela timmar.

timmar per vecka

Frågan om vård av gammal närstående har varit med i HLV varje år sedan 2004. Den har tidigare använts i Skånes enkät och kan komma att bli en viktig indikator för att se eventuella konsekvenser av åtstramningar inom hälso- och sjukvården. En liknande fråga i matrisform har använts i Norrlands enkät men uppvisade då ett stort internt bortfall (14-17 procent). Fråga a) uppvisade ett internt bortfall på 2,3 procent i HLV år 2004. En något större andel kvinnor än män svarade ”ja” på frågan ($\chi^2=7,6$; $df=1$; $p=0,006$).

Studier har visat att kvinnor med barn uppvisade högre stressnivåer än andra efter arbetets slut (se stressavsnitt). I analyser av samband mellan arbetsmiljö och hälsa är det av stor vikt att även ta hänsyn till omfattningen av hemarbete i form av hushållsarbete, barn och omhändertagande av andra närstående.

Frågan här nedan har varit med varje år sedan år 2004 och det interna bortfallet var knappt en procent.

Hur många timmar per vecka lägger du ned på arbete i hemmet?

t.ex. handla, laga mat, sköta ekonomin, tvätta, städa, sköta barn, underhålla bil, hus, trädgård.

Gäller inte yrkesarbete.

- 1 0-2 timmar/vecka
2 3-10 timmar/vecka
3 11-20 timmar/vecka
4 21-30 timmar/vecka
5 31 timmar/vecka eller mer
6 Vet inte

Fråga hur mycket tid som läggs ner på arbete i hemmet avser att mäta omfattningen av obetalt hushållsarbete och kan indikera möjlighet till återhämtning efter förvärvsarbete och har varit med i HLV åren 2004-2006. Frågan härstammar från ULF 2002:1. I HLV år 2004 var det interna bortfallet 2,3 procent och 6,8 procent uppgav svaret ”vet ej”. En

större andel kvinnor än män lade ner 21 timmar eller mer per vecka på hemarbete ($\chi^2=478,7$; $df=2$, $p=0,0001$).

Upplever du att hemarbetet är betungande?

Med hemarbete menas sköta hushållet, vårda barn eller andra anhöriga etc.

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ibland
- 4 För det mesta
- 5 Alltid

Frågan om hemarbetet känns betungande kompletterar frågorna om hemarbete och vård av gammal närstående med en subjektiv dimension av det obetalda arbetet. Frågan avser att indikera den upplevda påfrestningen av hemarbete vilket kan ha konsekvenser för återhämtningen efter yrkesarbetet. Frågan är också av vikt för analyser av könsskillnader i hälsa. Frågan har varit med i HLV år 2004. Den har tidigare använts i Stockholms folkhälsoenkät 1990, men användes då för att bilda index tillsammans med tre andra frågor. I HLV har vi gjort bedömningen att upplevt betungande hemarbete bör räcka som indikator på subjektiv påfrestning. Enligt HLV år 2004 var frågans interna bortfall 3,9 procent. En större andel kvinnor än män upplevde hemarbetet betungande ($\chi^2=66,7$; $df=1$; $p<0,0001$). Bland både kvinnor och män som yrkesarbetade återfanns den största andelen stressade bland dem som alltid eller för det mesta upplevde hemarbetet som betungande ($\chi^2=196,8$ respektive $227,1$; $df=4$; $p=0,0001$). I analyserna har svarsalternativen delats in i tre kategorier; "Aldrig/sällan", "Ibland" och "Alltid/för det mesta".

Hem och hushåll

Hur bor du?

- 1 Egen villa/radhus
- 2 Bostadsrätt/andelsrätt
- 3 Hyresrätt
- 4 Inneboende, studentlägenhet/rum
- 5 Annat

Frågan om hur man bor har varit med i HLV alla år och avser framförallt att vara till hjälp vid analyser av skilda bostadsområden inom en kommun eller nyckelkodsområde. Frågan är också en relativt stark indikator på socioekonomisk grupptillhörighet, men bör på nationell nivå helst inte användas som sådan på grund av kraftiga regionala variationer i boendet.

Med vem delar du bostad?

d.v.s. bor du tillsammans med under större delen av veckan.

Du kan ange flera alternativ.

- 1 Ingen
- 1 Föräldrar/syskon
- 1 Make/maka/sambo/partner
- 1 Andra vuxna
- 1 Barn → Hur gamla är de?
 - 1 0-6 år
 - 1 7-12 år
 - 1 13-17 år
 - 1 18 år eller äldre

Frågan om med vilka man delar bostad, hushållets sammansättning, är en bakgrundsvariabel som syftar till att kunna särskilja grupper som till exempel ensamstående med eller utan barn och samboende med eller utan barn. Frågan återfinns i flertalet landstingsenkäter. I HLV har frågan kompletterats med följdfrågan om barnens ålder i syfte att kunna beskriva gruppen ensamstående med småbarn.

Trygghet

Hur säker och trygg känner du dig när du går ensam i ditt bostadsområde när det är mörkt?

- 1 Mycket säker
- 2 Ganska säker
- 3 Ganska osäker
- 4 Mycket osäker
- 5 Är aldrig ute ensam när det är mörkt

Frågan om trygghet avser att indikera känsla av trygghet och säkerhet i bostadsområdet. Det har i studier av Boverket m.fl. visats att trygghet och säkerhet i anslutning till fastigheten ansågs av de allra flesta (85 procent) vara det absolut viktigaste kännetecknet på ett bra bostadsområde. Frågan har tidigare använts i Stockholmsenkäten där den hade ett intern bortfall på 2,2 procent. I HLV var frågan med år 2004 och det interna bortfallet var en procent och 6,7 procent uppgav att de inte gick ut ensamma när det var mörkt. Den största andelen som inte gick ut ensamma återfanns i åldersgruppen 65-84 år. Frågan uppvisade förväntade samband med kön och ålder. En större andel kvinnor än män kände sig osäkra ($\text{Chi}^2=1315,4$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$) samt en större andel i åldersgrupperna 18-29 och 65-84 kände sig osäkra jämfört med åldersgruppen 30-64 år ($\text{Chi}^2=1256,7$; $\text{df}=12$; $p<0,0001$). Frågan uppvisade även samband med den självskattade hälsan ($\text{Chi}^2=877,9$; $\text{df}=16$; $p<0,0001$). Samma mönster återfanns i Stockholms datamaterial.

Sedan år 2005 har frågan om trygghet i bostadsområdet ändrats för att bättre spegla otrygghet i Sverige i allmänhet. Som frågan var formulerad år 2004 var den mer aktuell för dem som bor i städer och förorter till städer och mindre aktuell för personer som bor i glesbygden. Frågan har sedan år 2005 sett ut enligt nedan.

Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

- 1 Nej
- 2 Ja, ibland
- 3 Ja, ofta

I HLV har frågan varit med sedan år 2005 och det interna bortfallet var 1,4 procent. Den största andelen som avstod från att gå ut ensam återfanns i åldersgruppen 65-84 år. Frågan uppvisade förväntade samband med kön och ålder. En betydligt större andel kvinnor än män hade avstått från att gå ut ensamma ($\text{Chi}^2=613,2$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$) och en större andel i åldersgrupperna 18-29 och 65-84 hade avstått från att gå ut jämfört med åldersgruppen 30-64 år ($\text{Chi}^2=30,9$; $\text{df}=3$; $p<0,0001$). Frågan uppvisade även samband med den självskattade hälsan ($\text{Chi}^2=66,2$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$).

a) Har du under *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för fysiskt våld?

- 1 Ja
 2 Nej → gå till fråga

b) Var skedde våldet?

Flera alternativ kan anges.

- 1 På arbetsplatsen/i arbetet/i skolan
 1 I hemmet
 1 I annans bostad/i bostadsområdet
 1 På allmän plats/på nöjesställe
 1 På eller i anslutning till tåg, buss, tunnelbana
 1 Någon annanstans

Har du under *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?

- 1 Ja
 2 Nej

Frågorna om våld avser att indikera prevalensen av våld och har tidigare använts i Skånes enkät. I HLV har en del sammanslagningar av svarsalternativen gjorts för dem som svarat ja på fråga a, beroende på den låga andel i befolkningen som blivit utsatta för våld. Samma fråga fast i en mer specificerad konstruktion har använts i Stockholms enkät. Frågorna uppvisade där ett litet internt bortfall (0,8 respektive 1,7 procent). I HLV har frågorna om våld och hot om våld varit med varje år. År 2004 uppvisade frågan a) ett litet internbortfall (1,2 procent), men för frågan om hot om våld var det större (3,8 procent). En något större andel män än kvinnor hade varit utsatta för fysiskt våld ($\text{Chi}^2=17,6$; $\text{df}=1$; $p=0,0001$) men en lika stor andel män och kvinnor hade blivit utsatta för hot eller hotelser. Frågan uppvisade förväntade samband med ålder, där den största andelen som varit utsatta för våld och hot om våld återfanns i åldersgruppen 18-29 år ($\text{Chi}^2=282,1$ respektive 177,1; $\text{df}=3$; $p=0,0001$).

Sociala relationer

Det finns ett stort antal studier som ger belägg för sociala relationers hälsofrämjande effekt, framförallt i termer av sociala nätverk (85), socialt stöd (86), socialt deltagande (87), tillit (88), socialt sammanhang (89), integrering (90), socialt kapital (91-93) etc. Flera epidemiologiska studier har till exempel visat att integrerade individer med starka band till familj eller omgivning lever längre och har bättre hälsa än socialt isolerade individer (94). Välintegrerade individer kan även uppvisa en ökad kapacitet att återhämta sig från sjukdom. Kawachi m.fl. (95) har visat övertygande samband mellan indikatorer på socialt kapital (till exempel tillit och delaktighet) och mortalitet. Socialt deltagande har även visats ha en indirekt påverkan på hälsan genom dess inverkan på olika levnadsvanor som i sin tur har betydelse för hälsan (96).

Riktigt vilka mekanismer som ligger bakom sambanden mellan sociala relationer och hälsa är inte belagt. Under de senaste årtiondena har den så kallade stress – sjukdomshypotesen blivit en huvudsaklig teori, där psykosociala faktorer anses ha en direkt påverkan på hälsan genom psykofysiologiska stressreaktioner. Studier har dock visat att sociala relationer inte nödvändigtvis har en hälsofrämjande effekt uniformt för alla grupper i samhället. Till exempel har Kawachi och Berkman visat att för kvinnor kan vissa typer av sociala relationer till och med öka den mentala ohälsan (97).

”För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet (en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen) skall särskild vikt läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället” (98). För det första folkhälsopolitiska målområdet ”Delaktighet och inflytande i samhället” har FHI föreslagit tre huvudgrupper av bestämningsfaktorer; tillgänglighet, delaktighet, och inflytande. Socialt deltagande och tillit används ibland som indikatorer på socialt kapital. Kawachi med flera har definierat socialt kapital som de resurser som för individen och gruppen finns tillgängliga genom sociala kontakter och sociala relationer med andra (99). Målområdet ”Delaktighet och inflytande i samhället” liksom begreppet socialt kapital refererar ofta till den strukturella, samhällsliga nivån snarare än till individens sociala relationer. Det sociala klimatet på en strukturell nivå och dess påverkan på hälsan är inte så väl utforskat och är relativt svårt att mäta. Många studier som tar upp sambanden mellan socialt kapital och hälsa baseras på aggregerade individdata det vill säga individers faktiska relationer.

I HLV finns frågor som indikerar socialt stöd, socialt deltagande, horisontell och vertikal tillit samt kränkning (upplevd diskriminering).

Socialt stöd

En positiv relation mellan socialt stöd och hälsa är allmänt accepterat i litteraturen, men dimensionerna som används för att definiera socialt stöd är inkonsekventa. De i litteraturen mest använda dimensionerna av socialt stöd har visats vara: emotionellt stöd, instrumentellt, informativt och uppskattning (100). Många studier har operationaliserat socialt stöd genom omfattningen av sociala kontakter (antal vänner etc.). Denna kvantitativa aspekt av sociala kontakter kan dock vara svårtolkad med tanke på att inte alla sociala kontakter har en hälsofrämjande effekt. I HLV har vi fokuserat på de mer kvalitativa aspekterna; emotionellt respektive instrumentellt (praktiskt) stöd. Den första frågan avser att indikera emotionellt stöd och den andra frågan indikerar instrumentellt stöd.

Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?

- 1 Ja
2 Nej

Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem *eller* är sjuk?

t.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.

- 1 Ja, alltid
2 Ja, för det mesta
3 Nej, för det mesta inte
4 Nej, aldrig

Frågorna har tidigare använts av flera landsting, dock med lite varierande formuleringar. Frågan om man har någon att dela sina innersta känslor med har tagits från Norrlands och Västra Götalands enkäter. Frågan härstammar från det större mätinstrumentet SS-13 som utarbetats av Undén och Orth-Gomer (101). SS-13 skiljer mellan två huvuddimensioner av socialt stöd; AVSI (Availability of Social Interaction) och AVAT (Availability of Social Attachment). AVSI refererar till den mer kvantitativa aspekten av sociala nätverk och består av sex frågor. AVAT refererar till den mer kvalitativa emotionella aspekten (lojalitet) och består av sex frågor. SS-13 är i sin tur en förkortad och förenklad version av mätinstrumentet ISSI (102) (Interview Schedule for Social Interaction).

Frågan om man har någon/några som kan hjälpa till då man har praktiska problem baseras på frågor som använts i Stockholms och Skånes enkäter, men har efter rekommendationer av SCB modifierats för att så enhetligt som möjligt indikerar instrumentellt stöd.

I HLV år 2004 var interna bortfallet för frågan om emotionellt stöd 1,4 procent och för frågan om instrumentellt (praktiskt) stöd 1,2 procent. Både frågan om emotionellt stöd och frågan om instrumentellt stöd visade klara samband med självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=197,0$ respektive $305,7$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$). Dessa samband återfanns även i Stockholms datamaterial ($\text{Chi}^2=179,6$ respektive $153,6$; $\text{df}=1$; $p<0,01$).

Norrlandstingens enkät innehöll ytterligare två frågor som tangerar dimensionen emotionellt stöd samt en fråga som indikerar dimensionen uppskattning (frågorna baserade på AVAT). Samtliga frågor uppvisade signifikanta samband med självskattad hälsa (tabell 4).

Tabell 4. Samband mellan självskattad hälsa och fyra indikatorer* på stöd som använts i Norrlandsenkät 2003.

	Självskattad hälsa		
	Chi ²	df	Asymp. Sign.
Anförtro ¹	17,6	1	<0,001
Tröst & stöd ²	6,1	1	0,014
Svårigheter ³	48,1	1	<0,001
Uppskattning ⁴	49,9	1	<0,001

* Frågeformuleringar:

1. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?
2. Händer det att någon håller om dig till tröst och stöd?
3. Bortsett från din familj, finns det någon du kan vända dig till om du har svårigheter? Någon som du lätt kan träffa och som du litar på och kan få verklig hjälp av när du har det besvärligt?
4. Tror du att din familj eller några andra verkligen uppskattar vad du gör för dem?

De fyra indikatorerna uppvisade även ett högt inbördes beroende sinsemellan. Värt att notera är att frågan som använts för att indikera emotionellt stöd framförallt överensstämmer med indikatorn på uppskattning (tabell 5). I litteraturen tas ibland emotionellt stöd upp som en särskild dimension i förhållande till uppskattning.

Tabell 5. Andelen (%) med överensstämmande svar (ja respektive nej) för de fyra indikatorerna på stöd som använts i Norrlands enkät 2003.

	Andel överensstämmande svar			
	Anförtro	Tröst & stöd	Svårigheter	Uppskattning
Anförtro	-	80	82	85
Tröst & stöd	80	-	73	74
Svårigheter	82	73	-	77
Uppskattning	85	74	77	-

Bland dem som svarat ja på indikatorfrågan som används i HLV hade hela 99 procent även svarat ja på någon av de andra indikatorfrågorna och 65 procent hade svarat ja på alla de tre andra frågorna (tabell 6).

Tabell 6. Andelen (%) som svarat ja på någon annan fråga som indikerar stöd bland dem som svarat ja på frågan om de har någon att dela känslor och anförtro sig åt.

Källa: Norrlands enkät 2003.

	Har någon att dela känslor och anförtro sig åt
Svarat "ja" på 1 annan indikator	6,7
Svarat "ja" på 2 andra indikatorer	27,7
Svarat "ja" på 3 andra indikatorer	64,8
<i>Totalt</i>	<i>99,2</i>

Socialt deltagande

Det finns en mångfald relaterade begrepp till social delaktighet som till exempel social integration, socialt sammanhang, socialt kapital och social kvalitet. Social delaktighet, i termer av sociala relationer eller det omvända social isolering, ses ibland som kärnan i begreppet socialt utanförskap. Social isolering är en accepterad men i liten grad förstådd riskfaktor för morbiditet och mortalitet (103). Riktigt vilka mekanismer som ligger bakom sambanden mellan social isolering och hälsa är inte klarlagda, vilket även gäller för socialt deltagande.

Formerna för socialt deltagande kan variera mellan olika åldersgrupper, olika utbildningsnivåer och mellan olika socioekonomiska grupper. Individer med hög social status tenderar till exempel att delta i aktiviteter och sammanhang som kräver mer materiella resurser och de har också större tillgång till och möjligheter att delta i olika aktiviteter. Lindström (96) har i sina studier visat på signifikanta socioekonomiska skillnader i fysisk aktivitet på fritiden. Detta samband förklarades nästan helt av skillnader i socialt deltagande i olika socioekonomiska grupper. Socialt deltagande förklarade även delar av de socioekonomiska skillnaderna i att ha slutat röka. De stora socioekonomiska skillnaderna i grönsakskonsumtion hade också ett starkt samband med socialt deltagande.

Frågan här nedan, som varit med i HLV varje år, avser att mäta socialt deltagande. Frågan har tidigare använts i Skånes enkät som indikator på socialt kapital. Ett mått på deltagande beräknas genom att summera antalet aktiviteter som respondenterna deltagit i. Brytpunkten för ett lågt deltagande läggs vanligtvis vid en (1) aktivitet.

Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under *de senaste 12 månaderna*:

Flera alternativ kan anges.

- 1 Studiecirkel/kurs på din arbetsplats
- 1 Studiecirkel/kurs på din fritid
- 1 Fackföreningsmöte
- 1 I annat föreningsmöte
- 1 Teater/bio
- 1 Konstutställning
- 1 Kyrkan
- 1 Sporttillställning
- 1 Skrivit insändare i tidning/tidskrift
- 1 Demonstration av något slag
- 1 Offentlig tillställning *t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande*
- 1 Större släktsammankomst
- 1 Privat fest hos någon
- 1 Inget av ovanstående

Analys utifrån Skånes datamaterial har visat klara hälsorelevanta socioekonomiska skillnader i socialt deltagande. Nationella folkhälsoenkäten (HLV) år 2004 hade 2,8

procent internt bortfall och förväntade samband med självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=713,3$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$) samt förväntade samband med socioekonomisk grupptillhörighet ($\text{Chi}^2=477,7$; $\text{df}=2$, $p<0,0001$).

I pilotundersökningen från år 2003 inkluderades även en fråga om föreningstillhörighet som ett mått på socialt deltagande. Analyserna visade att alla, undantaget två personer, som uppgav sig vara aktiva i en förening, grupp eller organisation återfanns bland dem som klassats som socialt deltagande i frågan här ovan. Vid specifikt intresse för föreningstillhörighet hänvisas till SCB som följer upp föreningsdeltagande på ett grundligt sätt.

Tillit

Interindividuell tillit har visats ha samband med till exempel självskattad hälsa, tillfredsställelse med livet, funktionell hälsa och mortalitet (104). Interindividuell tillit är oftast även en viktig delkomponent i operationaliseringar av socialt kapital (105). Wilkinson (106) har visat att i områden med stora inkomstskillnader är individer mindre benägna att lita på varandra, att det är mer vanligt med våld och de sociala relationerna är svagare. Wilkinson diskuterar detta genom att poängtera effekten av social status på hälsan snarare än sociala relationers direkta effekt. Låg social status kan till exempel medföra känslor av underlägsenhet och otrygghet vilka interagerar med andra viktiga hälsovariabler.

I HLV har fokus legat på horisontell tillit (interindividuell) och vertikal eller offentlig tillit.

Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?

- 1 Ja
2 Nej

Frågan om man kan lita på de flesta människor avser att indikera horisontell tillit och har varit med i HLV varje år sedan 2004. Flertalet landsting har med liknande frågor om tillit, men med varierande formuleringar och svarsalternativ. Formuleringen av frågan härstammar från enkäterna i Norrland, Västra Götaland och Skåne som dock har haft fyra svarsalternativ. I HLV har frågekonstruktionen modifierats efter rekommendationer från SCB:s mättekniska laboratorium. I Norrlands datamaterial uppvisade frågan ett relativt lågt internt bortfall (2,2 procent) och ett signifikant samband med självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=36,0$; $\text{df}=1$; $p<0,001$). I HLV år 2004 var det interna bortfallet 2,9 procent och frågan visade på förväntade samband med både självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=360,0$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$) och socioekonomisk grupptillhörighet ($\text{Chi}^2=233,5$; $\text{df}=2$; $p<0,0001$).

Vilket förtroende har du för följande institutioner/politiker i samhället?

Sätt kryss på varje rad.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
	1	2	3	4	5
a) Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Domstolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Politiker i ditt landsting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Politiker i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fackföreningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågan om förtroende för samhällets institutioner avser att indikera vertikal tillit. En av fördelarna med denna indikator är att den är mer påverkbar än de andra ovanstående. Frågan har använts i Stockholms enkät 2003, men i HLV har matrisen kompletterats med "Skolan och Domstol". Från och med år 2005 finns också svarsalternativet fackföreningar (k) med.

I HLV uppvisade delfrågorna i matrisen relativt låga interna bortfall (mellan 2,8 och 6,1 procent). Frågorna om förtroende för socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan uppvisade höga andelar respondenter som inte hade någon åsikt om dess institutioner (42, 39 respektive 29 procent). Även på fråga g) om domstolar svarade en stor andel att de inte hade någon åsikt (36 procent). Dessa delfrågor kvarstår dock i HLV i syfte att följa eventuella skillnader över tid.

Kränkande behandling

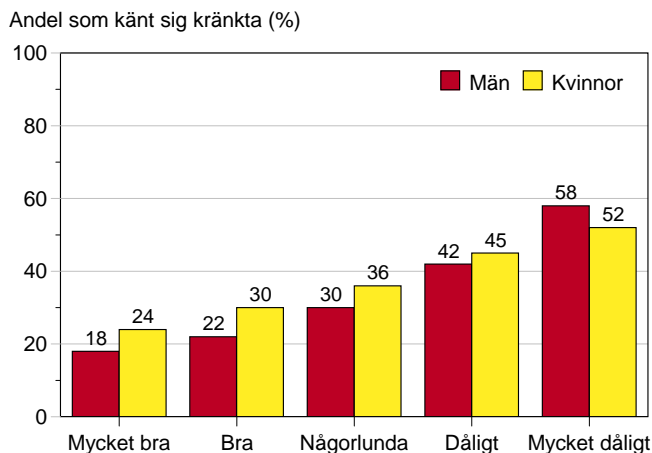
I HLV har avsikten varit att hitta någon typ av indikator för diskriminering/kränkning, men ännu inte lyckats hitta några tidigare använda frågor som är allmänt riktade. Det finns en mängd tidigare utförda undersökningar inom området, men dessa riktas oftast mot specifika gruppers erfarenheter till exempel olika invandrargrupper.

De tre frågorna här nedan har tidigare inte använts och har formulerats i samråd med bland annat representanter från olika samhällsmedicinska enheter, FHI och representanter från de olika ombudsmännen; HoMO, HO, JämO och DO. FHI har initierat ett pågående samarbetsprojekt som syftar till att få kunskap och utveckla ett gemensamt förhållningssätt kring begreppet diskriminering. Inom projektet har lämpliga metoder för att mäta diskriminering utvecklats och samband mellan diskriminering och hälsa har studerats (107-108).

Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött så att du känt dig kränkt?

- 1 Nej → gå vidare till fråga
 2 Ja, någon gång
 3 Ja, flera gånger

Frågan om kränkande behandling/bemötande har varit med i HLV varje år sedan år 2004 och hade 2,3 procent internt bortfall. Det var vanligare att ha känt sig kränkt bland kvinnor än bland män ($\text{Chi}^2=89,1$; $\text{df}=1$; $p<0,0001$). Frågan visade också förväntade samband med självskattad hälsa ($\text{Chi}^2=224,6$; $\text{df}=4$; $p<0,0001$).



Figur 7. Andel personer som hade känt sig kränkta efter allmänt hälsotillstånd, 18-84 år, 2004. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor* Statens folkhälsoinstitut.

Av vilken/vilka blev du behandlad/bemött så att du kände dig kränkt?

Flera alternativ kan anges!

- 1 Sjukvården
 1 Skolan/Arbetet
 1 Arbetsförmedlingen
 1 Polisen/Rättsväsendet
 1 Socialtjänsten
 1 Försäkringskassan
 1 Affärer/Restauranger
 1 Bank/Försäkringsbolag
 1 Hyresvärd/Bostadsförmedlare
 1 Nära anhörig
 1 Okänd person på allmän plats
 1 Annan _____

Frågan om vilken/vilka som bemött/behandlat respondenten på ett kränkande sätt har varit med i HLV åren 2004 och 2005. Ett problem med denna fråga är att för att ha

kunnat bli bemött på ett kränkande sätt förutsätts att man faktiskt har haft kontakt och denna uppgift har vi inte.

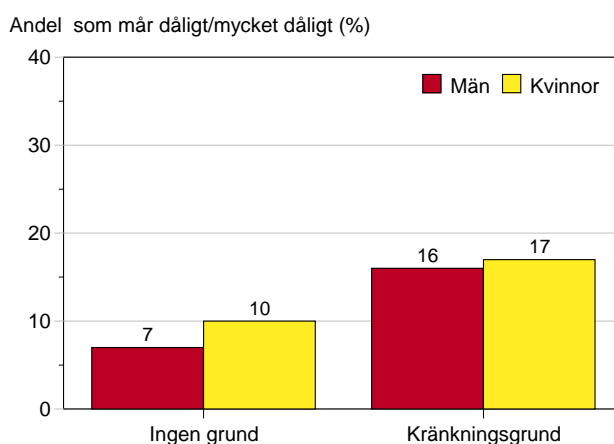
Frågan om vad den kränkande behandlingen hade samband med har varit med sedan år 2007 då den efter test i SCB:s mättekniska laboratorium ändrades till frågan enligt nedan (109). Åren 2004 och 2006 var frågan formulerad: *Av vilken orsak blev du behandlad/bemött så att dig kände dig kränkt?*, dessa år fanns inte svarsalternativen hudfärg och utseende med.

Hade den kränkande behandlingen/bemötandet samband med något av följande?

Flera alternativ kan anges!

- 1 Etnisk bakgrund
- 1 Kön
- 1 Sexuell läggning
- 1 Ålder
- 1 Funktionshinder
- 1 Religion
- 1 Hudfärg
- 1 Utseende
- 1 Annat
- 1 Vet ej

På frågan om orsaken till kränkningen var det interna bortfallet år 2004 2,9 procent. Interna bortfallet år 2007 då hudfärg och utseende tillkom som svarsalternativ var 1,8 procent. Andelen som uppgav någon specifik orsak ökade då de nya svarsalternativen tillkom från 23,8 till 35,3 procent och andelen som uppgav "annat" eller "vet ej" minskade. De som uppgav någon kränkingsgrund hade sämre hälsa än de som inte gjorde detta (figur 8).



Figur 8. Andel personer som hade dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd efter kränkingsgrund, 16-84 år, 2007. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villor* Statens folkhälsoinstitut.

Bakgrundsfrågor

Ålder

Vilket år är du född?

1	9		
---	---	--	--

Frågan är ställd utifrån födelseår, vilket har fördelen av att åldern inte påverkas av vilken tid på året personen är född. En öppen fråga om ålder är att föredra framför fasta svarsalternativ eftersom man i efterhand kan utföra önskade åldersgrupperingar och jämföra med andra undersökningar.

Kön

Är du man eller kvinna?

- 1 Man
2 Kvinna

Utbildning

Vilken är den högsta utbildningen du har?

Om du studerar kryssa i den utbildning du går. Sätt bara ett kryss.

- 1 Folkskola eller grundskola
2 Realskola eller flickskola
3 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
4 3-4-årigt gymnasium
5 Universitet eller högskola. 2,5 år eller kortare (mindre än 120p)
6 Universitet eller högskola. 3 år eller längre (120p eller mer)
7 Annan utbildning, vilken? _____

Frågan skiljer sig till viss del från de uppgifter som fås från utbildningsregistret som endast innehåller avslutad utbildning. I HLV frågas om den högsta utbildningen samt fokuseras mer på antalet år av utbildning för att bättre överensstämna med EU-standard. Frågekonstruktionen som använts i HLV är en modifiering av en fråga som tidigare använts i Skånes folkhälsoenkät 1999.

Sexuell läggning

FHI gick under våren 2004 ut med en pilotstudie där en fråga om sexuell läggning inkluderats som bakgrundsfråga i enkätformuläret "Hälsa på lika villkor". Syftet med pilotundersökningen var främst att ta reda på om en sådan fråga skulle påverka deltagandet i undersökningen. Det visade sig att frågan inte påverkade bortfallet. Orsaken till att vi ville ha en fråga om sexuell läggning var ett regeringsuppdrag där Folkhälsoinstitutet skulle redovisa hbt-personers (homo- bisexuella och transpersoner) hälsa. Genom att ha med en fråga om sexuell läggning i HLV kunde homo- och bisexuella personers hälsa jämföras med hela befolkningens hälsa. Transpersoner bedömdes vara svåra att fånga in med en enkel fråga då det i detta fall inte handlar om sexuell läggning utan snarare om könsidentitet. Regeringsuppdraget avrapporterades i december 2005 (110-111).

Frågan om sexuell läggning var med i HLV år 2005.

Vilken är din sexuella läggning?

- 1 Heterosexuell
- 2 Heterosexuell med vissa homosexuella inslag
- 3 Bisexuell
- 4 Homosexuell med vissa heterosexuella inslag
- 5 Homosexuell
- 6 Osäker på min sexuella läggning

Frågan här ovan om sexuell läggning har varit med i HLV år 2005 och då hade frågan 5 procent internbortfall. Det var 96 procent som var heterosexuella, knappt 3 procent var homo- eller bisexuella och 1 procent var osäkra på sin sexuella läggning.

Frågan om sexuell läggning finns också med i en förenklad form i 2008 års enkät (här nedan).

Vilken är din sexuella läggning?

- 1 Heterosexuell
- 2 Bisexuell
- 3 Homosexuell
- 6 Osäker på min sexuella läggning

Registeruppgifter

Registeruppgifter angående *födelseland, invandringsår, ålder, kön* och *utbildning* har tillförts bland annat i syfte att kunna analysera bortfallet och beräkna kalibreringsvikter. I syfte att kunna särskilja låg- och höginkomsttagare har även uppgifter från *inkomst- och förmögenhetsregistret* tillförts undersökningen. Det är uppgifter om disponibel inkomst och hur denna fördelas på förvärvsinkomst, sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning, arbetslöshetsunderstöd och socialbidrag.

Referenser

1. Undén A-L., Elofsson S. Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning. Rapport 98:7. Stockholm: FRN; 1998.
2. Nilsson P, Orth-Gomér K. Self-rated health in a European perspective. Rapport 2000:2. Stockholm: FRN; 2000.
3. Burström B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:836-40.
4. Fylkesnes K, Førde OH. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med* 1992; 35:271-9.
5. Alfredsson J. Livskvalitetsmätning, något för folkhälsoarbetet? Rapport 2002:2. Gävle: Samhällsmedicin Gävleborg, 2002.
6. Alfredsson J. Dagar med full hälsa i Gävleborgs län – ett försök att mäta hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen med hjälp av CDC:s frågebatteri Healthy Days. Rapport 2002:3 Gävle: Samhällsmedicin Gävleborg, 2002.
7. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996.
8. Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 59: 131-136.
9. Ayas NT, White DP, Manson JE, Meir J, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A., Hu FB. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163: 205-209.
10. Leineweber C, Kecklund G, Janszky I, Åkerstedt T, Orth-Gomer K. Poor sleep increases the prospective risk for recurrent events in middle-aged women with coronary disease. *The Stockholm Female Coronary Risk Study*. *J Psychosom Res*. 2003 Feb; 54(2):121-7.
11. Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Patel S. A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care*. 2003 Feb; 26(2):380-4.
12. Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund D. Sleep disturbances, work stress and work hours: a cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2002 Sep; 53(3):741-8.
13. Leander G, Theorell T, Orth-Gomér K, Perski A, Arnetz B. 2000. Jäktad, pressad – utbränd? Källa 52. Stockholm: Forskningsrådsnämnden.
14. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001, kap. 3.
15. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24: 285-308.
16. Iwarson S. Stressrelaterade hälsoproblem ökar – vad hände under 1990-talet. *Läkartidningen* 2004; 101(12): 1084-8.
17. Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige. Rapport 2002 Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
18. Lundberg U, Frankenhaeuser M. Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *J Occup Health Psychol*. April 1999; 4(2): 142-51.

19. Lundberg U. Stress responses in low-status jobs and their relationship to health risks: musculoskeletal disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999; 896:162-72.
20. Levi L. Occupational stressors, biological stress and workers health. *Journal of UOEH*, Jun 1989; 1;11(2): 229-45.
21. Kuskowska-Wolk A, Karlsson P, Stolt M, Rössner S. The predictive validity of body mass index based on self-reported weight and height. *Int J Obesity* 1989; 13:441-53.
22. Stewart AL. The reliability and validity of self-reported weight and height. *J Chron Dis* 1982; 35:295-309.
23. Jalkanen L, Tuomilehto J, Tanskanen A, Puska P. Accuracy of self-reported body weight compared to measured body weight. A population survey. *Scand J Soc Med* 1987; 15:191-8.
24. Stewart AW, Jackson RT, Ford MA, Beaglehole R. Underestimation of relative weight by use of self-reported height and weight. *Am J Epidemiol* 1987; 125:122-6.
25. Palta M, Prineas R J, Berman R, Hannan P. Comparison of self-reported and measured height and weight. *Am J Epidemiol* 1982; 115:223-30.
26. Roberts RJ. Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health* 1995; 109:275-84.
27. Kusowska-Wolk A, Boström G, Rössner S. Influence of body image on estimation of body mass index based on self-reported weight and height. *Diabetes Res Clin Pract* 1990; 10:155-8.
28. Kuskowska-Wolk A, Bergström R, Boström G. Relationship between questionnaire data and medical records of height, weight and body mass index. *Int J Obesity* 1991; 16:1-9.
29. Macintyre S. A review of the social patterning and significance of measures of height, blood pressure and respiratory function. *Soc Sci Med* 1988; 27:327-37.
30. Boström G, Diderichsen F. Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index based on Questionnaire data. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26:860-6.
31. Wolk A, Rössner S. Rund och god ofta tjock och sjuklig. *Läkartidningen* 1995; 92:2577-9.
32. Björntorp P. Abdominal fat distribution and disease: an overview of epidemiological data. *Ann Med* 1992; 24(1):15-8.
33. Fetma - problem och åtgärder. Rapport nr 160. Stockholm: SBU 2002.
34. Sjöström L. TV och stillasittande gör allt fler feta. *Läkartidningen* 1996; 93:167-70.
35. Rössner S. Fetma en folksjukdom. *Läkartidningen* 1996; 93:19-22.
36. Johansson S-E, Qvist J. Fetma en tickande bomb också i Sverige? *Välfärdsbulletinen* 1998; 4:146.
37. Kuskowska-Wolk A, Rössner S. Varför ökar relativa kroppsvikten? *Läkartidningen* 1994; 91:2133-4.
38. Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelskonsumtion. CMT Rapport 1996:10. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. 1996.

39. Rasmussen F, Johansson M. Övervikt bland unga män i riket och Stockholms län. Tidstrender samt sociala och geografiska variationer. Rapport 2. Stockholm: Epidemiologiska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. 1997.
40. Werner B. Längd- och viktuppgifter från skolhälsovårdsjournaler. Svensk medicin nr 55. In: Tema: Barn och ungdom. Stockholm: Svenska läkaresällskapet, Spri. 1997.
41. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO/NUT/NCD/98; 1997, 3-5 June.
42. van der Kooy K, Leenen R, Seidell JC, Deurenberg P, Droop A, Bakker CJ. Waist-hip ratio is a poor predictor of change in visceral fat. *Am J Clin Nutr* 1993; 57(3):327-33.
43. Despres JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001; 322(7288):716-20.
44. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ* 1995; 311(6998):158-61.
45. Folkhälsorapport 2001, kap 6. Socialstyrelsen. Stockholm 2001.
46. Hälso- och sjukvårdslag, 2 § (1982:763).
47. Sundman L. PM om vård på lika villkor. Gävle: Landstinget Gävleborg, Samhällsmedicin, juli 2003.
48. Granvik M. 20-64-åringarnas uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna vårvintern 2003. Falun: Rapport från landstingets epidemiologiska utredningsarbete. Nr 125, oktober 2003.
49. Henriksson J, Ekbom M, Tranquist J. 2003. FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Statens folkhälsoinstitut.
50. Johansson S-E, Qvist J. Motion förlänger livet. *Välfärdsbulletinen* 1997; 2:12-4.
51. Norling I, Sullivan M, Marklund B. 1995. Fritid och hälsa; rapport 11. Göteborg.
52. Rejzelski WJ, Brawley LR, Shumaker SA. 1996. Physical activity and health-related quality of life. *Exercise and Sport Sciences Reviews* 24:71-708.
53. Mc Auley E, Rudolph D. Physical activity, ageing and psychological well being. *Journal of Ageing and Physical Activity* 1995; 3: 67-96.
54. Steward AL, King AC, Haskell WL. Endurance exercise and health-related quality of life in 50-65 year old adults. *Gerontologist* 1993; 33:782.
55. Sepp H, Ekelund U, Becker W. Enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet bland vuxna. Livsmedelverket, rapport 21, 2004.
56. Holm LE, Andersson J, Ekblom B, Engström LE, Kanström L, Söderberg M. Vårt behov av rörelse. En idéskrift om fysisk aktivitet och folkhälsa. Folkhälsoinstitutet. Förlagshuset Gothia AB. 1996.
57. Förslag på mål och indikatorer inom folkhälsoområdet, Bilaga 9. 2003. Statens folkhälsoinstitut. 2003.
58. Ekelund U. Uppföljande analyser av SLV:s och FHI:s enkät om mat- och motionsvanor. Stencil september 2005.
59. Proposition 2002/03:35, Mål för folkhälsan.
60. Potter JD. Ökat intag av frukt, rotfrukter och grönsaker – prevention av många tumörsjukdomar. I längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. SBU: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. SBU – rapport 1997; 132: 97-101.

61. Enghardt Barbieri H, Lindvall C. De svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel – Underlag till generella råd på livsmedels- och måltidsnivå för friska vuxna. Livsmedelsverkets rapport nr. 1/2003.
62. Willett WC. Fett – typen snarare än mängden är viktig. I längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. SBU: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. 1997, SBU – rapport 132: 97-101.
63. Michels KB, Wolk A. A prospective study of variety of healthy foods and mortality in women. *International journal of epidemiology* 2002;31: 847-54.
64. Förslag på mål och indikatorer inom folkhälsoområdet, Bilaga 10. 2003. Statens folkhälsoinstitut.
65. Becker W. Enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet bland vuxna – analys av förenklade kostfrågor. Livsmedelsverket, stencil 2005-10-21.
66. Schäfer Elinder L, Boström G, Becker W. Lägesbeskrivning av projektet ”Hälsorelaterade levnadsvanor” Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Stencil, 2002.
67. Johnson TP, Mott JA. The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. *Addiction* 2001; Vol. 96, Nr. 8, 1187-98.
68. Backhans M. En analys av AUDIT-frågorna i VoT (Vanor och trygghet).
69. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT The alcohol use disorder identification test. World Health Organization. WHO/PSA/92.4. 1992.
70. Abbott MW, Volberg RA. The New Zealand National Survey of Problem and Pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 1996, 12, 143-60.
71. Volberg RA, Banks SM. A review of two measures of pathological gambling in the United states. *Journal of Gambling Behaviour* 1990; 6(2): 153-63.
72. Rönnerberg S, Volberg RA, Abbott MW et al. Spel och spelberoende i Sverige, November 1999. Rapport nr 3 i Folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
73. Socioekonomisk indelning. Statistiska centralbyrån. Meddelande i Samordningsfrågor 1982:4.
74. Folkhälsorapport 2001, kap 7. Socialstyrelsen. Stockholm 2001.
75. Benavides FG, Benach J. Precarious employment and health-related outcomes in the European union. Dublin: European foundation for improvement of living and working conditions. 1999.
76. Aronsson G, Gustavsson K, Dallner M. Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrum – periferiperspektiv. *Arbetslivsinstitutet, Arbete och Hälsa* 2000:9.
77. Diderichen F, Hallqvist J. Trends in occupational mortality among middle aged men in Sweden 1961-90. *International Journal of Epidemiology* 1997;26:782-7.
78. Hallqvist J, Diderichen F, Theorell T, Reuterwall C, Ahlbom A. Is the effect of job strain due to the interaction between high psychological demand and low decision latitude. *Social Science and Medicine* 1998; 46:1405-15.
79. Fredlund P, Hallqvist J, Diderichen F. 2000. Psykosocial yrkesexponeringsmatris – En uppdatering av ett klassifikationssystem för yrkesrelaterade psykosociala exponeringar. *Arbete och hälsa*, Nr 2000:II. Arbetslivsinstitutet.

80. Karasek RA, Theorell T. Healthy work – Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books. 1990.
81. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. The combined effect of job strain and social isolation on cardiovascular morbidity and mortality in a random sample of Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1989; 15:271-9.
82. Theorell T, Michelsen H, Nordemar R. Validitetsprövning av indexbildningarna psykiska krav, kontrollmöjligheter, positiva faktorer, sömnrubbningsar samt dold och öppen coping. I Metodbeskrivning MUSIC 1. Editors: Hagberg, Hogstedt. Arbetsmiljöinstitutet. Stockholm. 1993.
83. Karasek RA, Theorell T. Healthy work. Basic Books; New York. 1990.
84. Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Feldman I, Lambe M, Molarius A, Nordström E. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. En rapport från enkätundersökningen Liv & hälsa 2000. Ett samarbete mellan landstingen i Södermanlands, Uppsala, Värmlands, Västmanlands, och Örebro län samt Bergslagslagssamverkan i södra Dalarna.
85. Seeman TE, Crimmins E. Social environment effects on health and aging: integrating epidemiological and demographic approaches and perspectives. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001. Dec; 954:88-117.
86. Anderson D, Deshaies G, Jobin J. Social support, social networks and coronary artery disease rehabilitation: a review. *Canadian Journal of Cardiology* 1996. Aug; 12(8): 739-44.
87. Cacioppo JT, Hawkley LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003. Summer;46(3 suppl):S39-52.
88. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US Communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health* 2002. Dec; 79(4 suppl 1): S21-34.
89. Antonovsky A. 1991. Hälsans mysterium. Bokförlaget Natur och Kultur.
90. Berkman LF, Glass T, Brisette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine* 2000. Sep; 51(6):843-57.
91. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 1999; 89(8): 1187-93.
92. Ellaway A, Macintyre S. Social capital and self-rated health: support for a contextual mechanism. *American Journal of Public Health* 2000; Jun;90(6):988.
93. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual level-analysis. *Social Science and Medicine* 2000; Mar; 50(5): 619-29.
94. Rosenfield 1997. Greenwood et al 1996. Berkman & Breslow 1983. National health committee in New Zealand.
95. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. *Social capital, income inequality and mortality*. *American journal of public health*, 1997 September; 87 (9): 1491-8.
96. Lindström M, 2000. Social participation, social capital and socioeconomic differences in health-related behaviours. Lunds Universitet, Malmö.
97. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* 2001; Sep;78(3):458-67.
98. Regeringens proposition. 2002/03:35. Mål för folkhälsan.

99. Cannuscio C, Block J, Kawachi I. Social capital and successful aging. *Annals of Internal Medicine* 2003; Sep 2;139(5 Pt 2): 395-9.
100. Langford CP, Bowsler J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1997; Jan;25(1): 95-100.
101. Undén AL, Orth-Gomer K. Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science and Medicine* 1989; 29(12):1387-92.
102. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R. Measuring social relationships. The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine* 1980; Nov;10(4):723-34.
103. Cacioppo JT, Hawkley LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003; Summer;46(3 suppl):39-52.
104. Barefoot JC, Maynard KE, Beckham JC, Brummett BH, Hooker K, Siegler IC. Trust, health and longevity. *Journal of behavioural medicine* 1998; Dec;21(6): 517-26.
105. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999; 896:120-30.
106. Wilkinson RG. Health, hierarchy and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999; 896: 48-63.
107. Frykman J. red. Särbehandlad och kränkt? En rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa. 2005:49. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 2005.
108. Frykman J.(red. Diskriminering – Ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa. 2006:22. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 2006.
109. Backman U, Boynton I-M, Hoff S, Lorenc B, Persson A. Vad innebär diskriminering? Jämförelser mellan olika gruppers uppfattningar och med närliggande begrepp. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2006.
110. Regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homosexuella, bisexuella samt transpersoner. 2005-12-21.
111. Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, Rapport 2006:8.