

(O)jämlig hälsa i Helsingborg

Folkhälsan utifrån kön, könsidentitet,
funktionsnedsättning, sexuell läggning,
födelseland, ålder och stadsdel



När vi vet mer kan vi förändra

Folkhälsan är inte jämnt fördelad i Helsingborg. Det finns tydliga skillnader mellan grupper. Även om en enskild människas förutsättningar och livskvalitet påverkas av en mängd olika faktorer kan vi på gruppnivå se tydliga skillnader som får konsekvenser för människors möjligheter och livsvillkor. En hållbar stad med god livskvalitet för alla behöver ha kunskap om skillnaderna för att göra rätt åtgärder och nå ut med insatser till de som behöver det mest. När vi känner till skillnaderna kan vi analysera vår service och våra beslut utifrån konsekvenserna de kan få för olika gruppers livsvillkor. Människors ojämlika livsvillkor och möjligheter påverkar stadens arbete med att nå mål om sysselsättning, klimatneutralitet, livskvalitet och trygghet. Arbetet för jämlik hälsa har sin grund i mänskliga rättigheter, rättvisa, bättre utnyttjande av det allmännas resurser, hållbar utveckling och tillväxt. Kommissionen för jämlik hälsa skriver att "ojämlikhet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgången till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker över hela livet" (SOU 2016:55).

Alla siffror i den här rapporten kommer från folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2022 är för den vuxna befolkningen.¹ Eftersom antalet svarande i varje grupp skulle bli för små är det inte möjligt att dela upp statistiken mer än på en diskrimineringsgrund i taget och ibland kombinerat med en till, vilket begränsar möjligheten att göra intersektionella analyser. Diskrimineringsgrunden religion eller annan trosuppfattning är inte möjlig att analysera utifrån folkhälsoenkätens frågor. Etnicitet är ett komplext begrepp och operationaliseras i analysen via frågor om personen är inrikes eller utrikesfödd även om det är en trubbig uppdelning.

Folkhälsoenkäten omfattar en mängd områden och frågor och vi har gjort ett urval av 20 områden som vi delat upp och analyserat. Statistiken är ingen absolut sanning om alla invånare i Helsingborg, men ger en viktig indikation om läget för vissa invånare. När vi jämför resultaten med tidigare folkhälsoenkäter ser vi samma mönster i skillnader framträda.

FAKTA om enkäten Hälsa på lika villkor

- Urval: 14 000 slumpmässigt utvalda helsingborgare
- Svarsfrekvens: 30 procent, (33 procent efter designviktning)
- Svarande i Helsingborg: 4200
- Undersökningen genomfördes våren 2022
- Analysen omfattar svaranden över 18 år

För varje diskrimineringsgrund redovisar vi en sammanställning av resultatet jämfört med vad vi kallar *normgruppen*. Inom varje diskrimineringsgrund finns normer som är en sorts oskrivna regler och föreställningar. Olika människor kan gynnas eller missgynnas av normen. Att tillhöra normen eller en kombination av normer kan innebära att ha privilegier och fördelar jämfört med andra vilket leder till ojämlikhet och skillnader i makt

Figur 1. Faktaruta om enkäten Hälsa på lika villkor

och livsvillkor. Exempelvis är maskulinitetsnormen kopplad till diskrimineringsgrunden kön och män är generellt de som gynnas av normen och kvinnor de som missgynnas. Normgruppen är olika för respektive område och förklaras under varje avsnitt.

I sammanställningen är resultaten kategoriserade utifrån färger. Grönt betyder att resultatet är bättre än normgruppen, gult att det är ungefär samma (när det inte finns några skillnader eller som mest en procentenhet) och rött att det är sämre än normgruppen. För diskrimineringsgrunderna ålder och etnicitet har vi markerat den grupp med bäst resultat med grönt och den med sämst resultat med rött samt markerat med siffror där 1 är den med bäst resultat och den med 5 eller 4 sämst resultat.

Grönt	bättre resultat än normgruppen	Rött	sämre resultat än normgruppen
Gult	samma resultat som normgruppen	Grått	saknar uppgift

¹ Läs mer om enkäten Hälsa på lika villkor här <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

Innehåll

Kön	3
Könsöverskridande identitet	5
Personer med funktionsnedsättning	7
Sexuell läggning	9
Etnicitet	11
Ålder	14
Stadsdel	17

*Vad kan du göra för att skapa mer jämlika
förutsättningar för helsingborgarna?*

Kön

I det här avsnittet redovisar vi resultat uppdelat på juridiskt kön. Av de 20 områden vi analyserat ser vi sämre resultat för kvinnor jämfört med män inom åtta områden. Inom fem områden har kvinnor bättre resultat än män och inom sju områden samma resultat som män. När vi analyserar kön kombinerat med andra diskrimineringsgrunder som kön, etnicitet och funktionsnedsättning kan vi se att det finns stora skillnader inom grupperna kvinnor och män. Kvinnor uppger sämre hälsa, mer stress och oro, upplevelser av kränkande behandling, rädsla och ekonomiska svårigheter. Män uppger sämre framtidstro, lägre socialt deltagande och emotionellt stöd och riskkonsumtion av alkohol.

	Kvinnor jämfört med män
Självskattad hälsa	
Dålig psykisk hälsa	
Upplevd stress	
Svår ängslan, oro eller ångest	
Ljus framtidstro	
Övervägt att ta sitt liv	
Avsaknad av emotionellt stöd	
Låg socialt deltagande	
Stillasittande	
Otillräcklig fysisk aktivitet	
Riskkonsumtion av alkohol	
Upplevt kränkande behandling	
Avstått från att gå ut ensam	
Hot om våld	
Utsatt för våld	
Låg tillit till andra	
Förvärvsarbetar	
Oro för att förlora sitt arbete	
Ekonomiska svårigheter	
Trångbodd	

Figur 2. Tabell med sammanställning av resultat utifrån kön

Kvinnor har generellt en lägre **självskattad hälsa** jämfört med män i alla åldersgrupper. Kvinnor redovisar sämre **psykisk hälsa** än män och svarar oftare att de upplever stress samt svår **ängslan, oro eller ångest**. Samtidigt svarar en större andel kvinnor än män att de har en **ljus framtidstro**. Bland svaren kan vi se att om vi jämför hela gruppen kvinnor med gruppen män finns inga tydliga skillnader i hur stor andel som svarar att de har **övervägt att ta sitt liv**, men inom vissa åldersgrupper är skillnaderna tydligare. I åldersgruppen 18–29 är det fler kvinnor än män som svarar att de haft självmordstankar och i åldersgruppen 85 år och uppåt är det tvärtom fler män än kvinnor som haft självmordstankar.

En lägre andel kvinnor än män svarar att de **saknar emotionellt stöd** och det är på samma sätt med **låg socialt deltagande**.

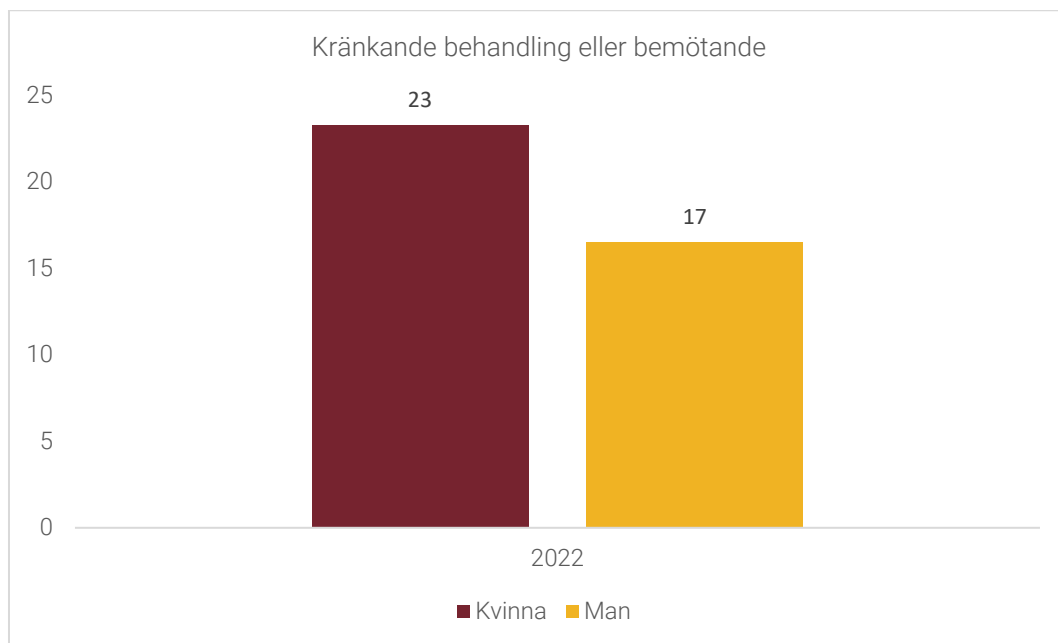
Kvinnor är mindre **stillasittande** än män men kvinnor har oftare **otillräcklig fysisk aktivitet**. Kvinnor har mer sällan än män potentiell riskkonsumtion av alkohol.

Fler kvinnor än män svarar att de utsatts för **kränkande behandling** och kvinnor avstår i större utsträckning än män från att **gå ut ensamma** av rädsla. För hela grupperna kvinnor och män ser vi i enkätsvaren inga tydliga skillnader i utsatthet för **hot eller utsatthet för våld**, men mellan olika åldersgrupper finns skillnader. I åldersgruppen 18–29 är det fler kvinnor som svarat att de blivit hotade om våld medan det i åldersgruppen 30–44 är fler män som svarar det. I åldersgrupperna 18–29 och 30–44 är det fler män än kvinnor som svarat att de **utsatts för fysiskt våld** men i åldersgruppen 85+ är det fler kvinnor som svarat att de utsatts.

Det finns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män för **låg tillit till andra**.

Män förvärvsarbetar i något högre utsträckning än kvinnor förutom i åldersgruppen 20–29 år. Störst är skillnaden mellan kvinnor och män i åldersgruppen 30–44 år.

Bland kvinnor är det fler som svarar att de haft **ekonomiska svårigheter** än bland män. Vi ser inga skillnader mellan kvinnor och män när det gäller **trångboddhet**.



Figur 3. Diagram om kränkande behandling eller bemötande utifrån kön

Könsöverskridande identitet

I det här avsnittet redovisar vi resultat från folkhälsoenkäten för personer som svarat att de har en könsöverskridande identitet. Vi har jämfört med personer utan könsöverskridande identitet, cis-personer. För fyra av de 20 områden vi jämfört saknas resultat för de som svarat att de har en könsöverskridande identitet på grund av för få svarande. Bland de 16 övriga områden visar resultaten från enkäten sämre resultat för personer med könsöverskridande identitet för alla utom två områden: låg eller otillräcklig fysisk aktivitet och avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla.

	Jämfört med personer utan könsöverskridande identitet
Självskattad hälsa	
Dålig psykisk hälsa	
Upplevd stress	
Svår ängslan, oro eller ångest	
Ljus framtidstro	
Överväg att ta sitt liv	
Avsaknad av emotionellt stöd	
Låg socialt deltagande	
Stillasittande	
Otillräcklig fysisk aktivitet	
Riskkonsumtion av alkohol	
Upplevt kränkande behandling	
Avstått från att gå ut ensam	
Hot om våld	
Utsatt för våld	
Låg tillit till andra	
Förvärvsarbetar	
Oro för att förlora sitt arbete	
Ekonomiska svårigheter	
Trångbodd	

Figur 4. Tabell med sammanställning utifrån könsidentitet.

Transpersoner har tydligt sämre **självskattad hälsa** och **psykisk hälsa** än cis-personer. Bland transpersoner är det fler som svarar att de upplevt **stress, ängslan, oro och ångest**.

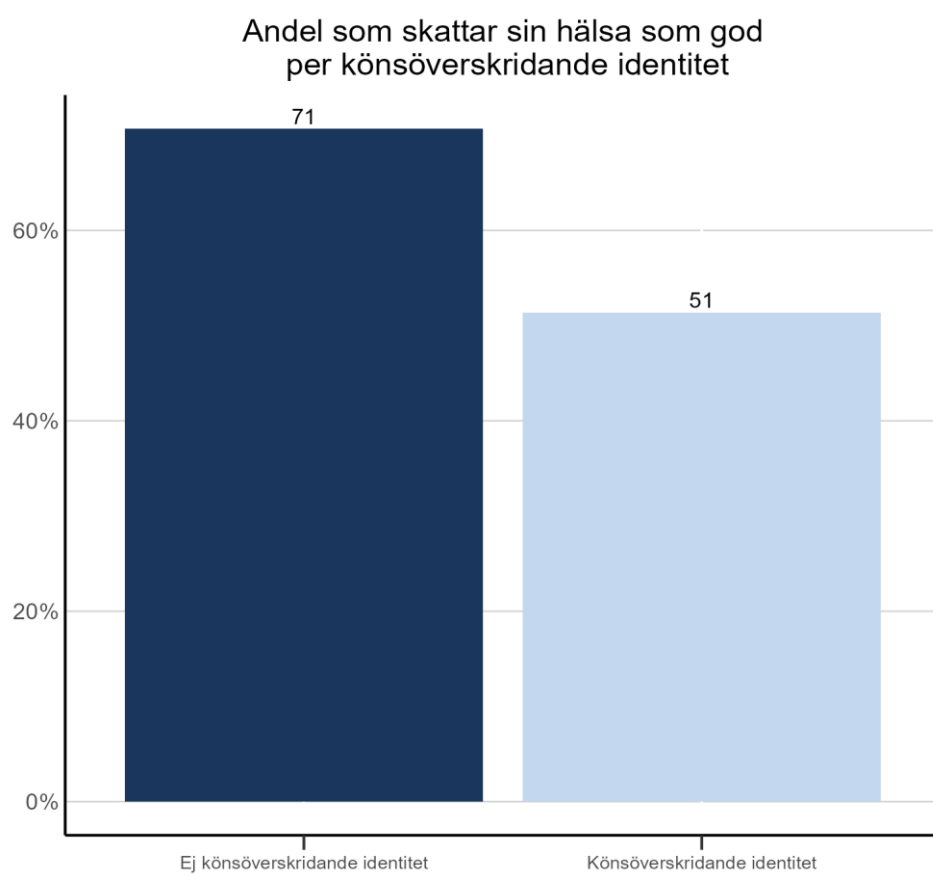
Det är tydligt färre bland de med könsöverskridande identitet som svarar att de har **ljus framtidstro** än bland de utan könsöverskridande identitet. Transpersoner har oftare **övervägt att ta sitt liv** och saknar oftare **emotionellt stöd**. Svaren visar också att personer med könsöverskridande identitet har ett lägre socialt deltagande än cis-personer.

Det finns inga skillnader i andelen med **otillräcklig fysisk aktivitet** för transpersoner jämfört med cis-personer, men transpersoner är något mer **stillasittande** än cis-personer. Något fler har en potentiell **riskkonsumtion av alkohol** bland personer med könsöverskridande identitet än de utan könsöverskridande identitet.

Det är tydligt fler transpersoner som svarar att de **upplevt kränkande behandling** jämfört med cis-personer, men det är färre transpersoner än cis-personer som svarar att de **avstått från att gå ut ensam** på grund av rädsla.

Det är tydligt färre personer med könsöverskridande identitet som svarar att de har **låg tillit till andra** än personer utan könsöverskridande identitet.

Det är färre transpersoner än cis-personer som svarar att de **förvärvsarbetar** och det är tydligt fler transpersoner som svarar att de haft **ekonomiska svårigheter**.



Figur 5. Diagram om självskattad hälsa utifrån könsidentitet.

Funktionsnedsättning

I det här avsnittet redovisar vi resultat från folkhälsoenkäten för personer med funktionsnedsättning jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Vi redovisar också skillnaderna utifrån juridiskt kön. Bland de 20 olika områden vi jämfört med visar resultaten från enkäten sämre resultat för personer med funktionsnedsättning för alla utom två områden: riskkonsumtion av alkohol och trångboddhet². För majoriteten av områdena har kvinnor med funktionsnedsättning sämre resultat än män med funktionsnedsättning.

	Jämfört med personer utan funktionsnedsättning, kvinnor	Jämfört med personer utan funktionsnedsättning, män	Kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med män med funktionsnedsättning
Självskattad hälsa			
Dålig psykisk hälsa			
Upplevd stress			
Svår ängslan, oro eller ångest			
Ljus framtidstro			
Överväg att ta sitt liv			
Avsaknad av emotionellt stöd			
Låg socialt deltagande			
Stillasittande			
Otillräcklig fysisk aktivitet			
Riskkonsumtion av alkohol			
Upplevt kränkande behandling			
Avstått från att gå ut ensam			
Hot om våld			
Utsatt för våld			
Låg tillit till andra			
Förvärvsarbetar			
Oro för att förlora sitt arbete			
Ekonomiska svårigheter			
Trångbodd			

Figur 6. Tabell med sammanställning utifrån funktionsnedsättning.

Personer med funktionsnedsättning har en tydligt sämre **självskattad hälsa** och kvinnor med funktionsnedsättning har sämre självskattad hälsa än män med funktionsnedsättning. Bland personer med funktionsnedsättning svarar en större andel att de har **dålig psykisk hälsa** än bland personer utan funktionsnedsättning. Kvinnor med funktionsnedsättning har sämre psykisk hälsa än män med funktionsnedsättning.

Andelen som **upplevt stress** är större bland personer med funktionsnedsättning och kvinnor med funktionsnedsättning upplever mer stress än män med funktionsnedsättning. Andelen som upplever **svår ängslan, oro eller ångest** är större bland personer med funktionsnedsättning än bland personer utan funktionsnedsättning och större bland kvinnor än bland män.

Bland personer med funktionsnedsättning är det en större andel som svarar att de har **låg eller otillräcklig fysisk aktivitet** och kvinnor något mer än män. Kvinnor med funktionsnedsättning är oftare

² För området stillasittande har män med funktionsnedsättning ungefär samma resultat som män utan funktionsnedsättning.

stillasittande än kvinnor utan funktionsnedsättning. Män med funktionsnedsättning något mindre stillasittande än män utan funktionsnedsättning

Bland personer med funktionsnedsättning är det färre personer med **potentiell riskkonsumtion av alkohol** och män mer än kvinnor.

Bland personer med funktionsnedsättning är det tydligt färre som svarar att de har en **ljus framtidstro** och det är färre bland kvinnor än män. Personer med funktionsnedsättning svarar något oftare att de har **självmodstankar** och män mer än kvinnor.

Det är något fler som **saknar emotionellt stöd** bland personer med funktionsnedsättning och män mer än kvinnor. Nästan en dubbelt så stor andel bland de med funktionsnedsättning har ett **låg socialt deltagande**. Det finns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män.

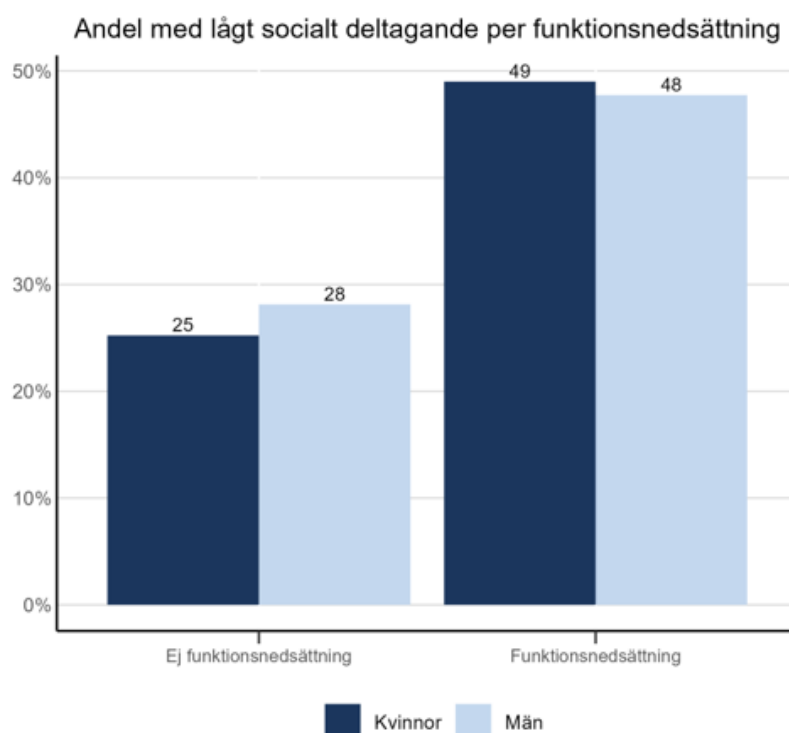
Personer med funktionsnedsättning svarar i större utsträckning än personer utan funktionsnedsättning att det har **upplevt kränkande behandling** och kvinnor mer än män.

Bland personer med funktionsnedsättning är det fler som svarar att de har **avstått från att gå ut ensam** på grund av rädsla och kvinnor mer än män. Personer med funktionsnedsättning svarar i större utsträckning att de **utsatts för hot eller hotelser om våld** och män mer än kvinnor. Det är fler män med funktionsnedsättning som svarar att de **utsatts för våld** än män utan funktionsnedsättning. För kvinnor är det samma andel som svarar att de utsatts för våld både bland de med och utan funktionsnedsättning.

Det är en något större andel som svarar att de har **låg tillit till andra** bland de som har en funktionsnedsättning än bland de utan funktionsnedsättning och kvinnor något mer än män.

Det är en tydligt lägre andel bland personer med funktionsnedsättning som svarar att de **förvärvsarbetar** och kvinnor tydligt lägre än män. En större andel bland de med funktionsnedsättning svarar att de är **oroliga för att förlora sitt jobb** än bland de utan funktionsnedsättning och kvinnor tydligt mer än män.

Det är en större andel som svarar att de haft **ekonomiska svårigheter** bland de med funktionsnedsättning jämfört med de utan funktionsnedsättning och kvinnor mer än män. En mindre andel bland de med funktionsnedsättning är **trångbudda** och det är inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män.



Figur 7. Diagram om lågt socialt deltagande utifrån funktionsnedsättning och kön.

Sexuell läggning

I det här avsnittet redovisar vi resultat från folkhälsoenkäten för de som svarat homosexuell, bisexuell eller annat på frågan om hur de definierar sin sexuella läggning, jämfört med de som svarat heterosexuell. Bland de 20 områden vi jämfört visar resultaten från enkäten sämre resultat för bisexuella för alla områden utom tre och för homosexuella för alla områden utom tre.

	Bisexuella jämfört med heterosexuella	Homosexuella jämfört med heterosexuella
Självskattad hälsa		
Dålig psykisk hälsa		
Upplevd stress		
Svår ängslan, oro eller ångest		
Ljus framtidstro		
Övervägt att ta sitt liv		
Avsaknad av emotionellt stöd		
Låg socialt deltagande		
Stillasittande		
Otillräcklig fysisk aktivitet		
Riskkonsumtion av alkohol		
Upplevt kränkande behandling		
Avstått från att gå ut ensam		
Hot om våld		
Utsatt för våld		
Låg tillit till andra		
Förvärvsarbetar		
Oro för att förlora sitt arbete		
Ekonomiska svårigheter		
Trångbodd		

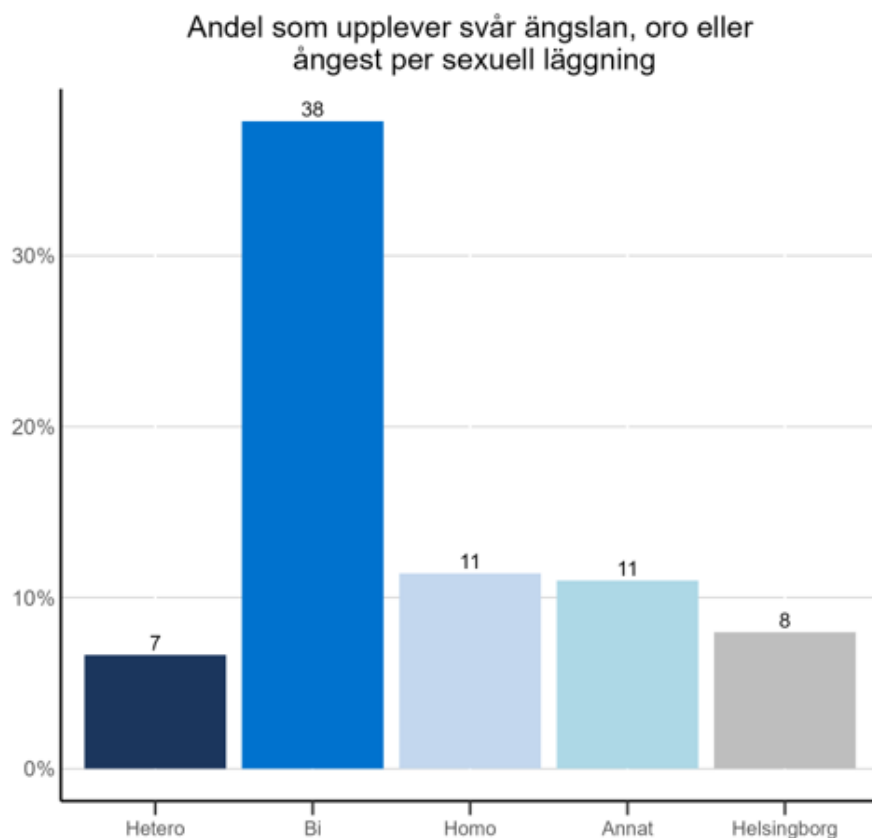
Figur 8. Tabell med sammanställning utifrån sexuell läggning.

Bland de som svarat att de har annan sexuell läggning än heterosexuell är det en större andel som svarar att de har en låg **självskattad hälsa**, dålig **psykisk hälsa**. Det är en större andel bland homosexuella och bisexuella som svarar att de har upplevt stress samt svår **ängslan, oro eller ångest**. Homosexuella svarar i ungefär lika stor utsträckning som heterosexuella att de har en låg **framtidstro** medan det är en lägre andel bland bisexuella personer.

Bisexuella personer svarar i lika stor utsträckning som heterosexuella att de saknar emotionellt stöd med det är fler som saknar **emotionellt stöd** bland homosexuella. Det är en lägre andel bland bisexuella personer som svarar att de har lågt **social deltagande** medan det är en större andel bland homosexuella.

Bi- och homosexuella svarar i större utsträckning att de har otillräcklig **fysisk aktivitet** men för **stillasittande** är det ungefär samma andel för bisexuella som för heterosexuella. Bland både bi- och homosexuella är det en större andel jämfört med heterosexuella som har en potentiell **riskkonsumtion av alkohol** medan det för personer med annan sexuell läggning är en lägre andel.

Bi- och homosexuella svarar i större utsträckning att de **avstått från att gå ut ensamma**, att de **hotats om och utsatts för våld** jämfört med heterosexuella. Bi- och homosexuella svarar i större utsträckning än heterosexuella att de har **låg tillit** till andra.



Figur 9. Diagram om upplevd ängslan, oro eller ångest utifrån sexuell läggning.

Etnicitet

I det här avsnittet redovisar vi resultat uppdelat på var de svarande och deras föräldrar är födda. Födelseland är egentligen en trubbig indikator för att kunna följa resultat kopplade till etnicitet då etnicitet är mer än enbart födelseland. Andra faktorer som hudfärg och språk vet vi påverkar hur människor blir bemötta och behandlade, men det har vi inte statistik i folkhälsoenkäten för att kunna följa. För varje område redovisas en siffra för varje grupp där 1 är den grupp som redovisar det bästa resultatet och 4 är den grupp som redovisar det sämsta resultatet. Av de tjugo områden som vi har analyserat kan vi se att personer som är födda i Sverige men har föräldrar som är födda i något annat land oftare svarar att de har sämre hälsa, upplever stress, saknar emotionellt stöd, har låg tillit till andra och förvärvsarbetar i mindre utsträckning. I samma grupp är det flera gånger vi kan se tydliga skillnader mellan män och kvinnor där kvinnor ofta har sämre resultat än männen.

	Inrikes födda med två inrikes födda föräldrar	Inrikes födda med en utrikes och en inrikes född förälder	Inrikes födda med två utrikes födda föräldrar	Utrikes födda
Självskattad hälsa	2	1	3	1
Dålig psykisk hälsa	1	3	4	2
Upplevd stress	1	2	4	3
Svår ängslan, oro eller ångest	1	4	2	3
Ljus framtidstro	2	4	1	3
Övervägt att ta sitt liv	3	1	3	2
Avsaknad av emotionellt stöd	2	1	4	3
Låg socialt deltagande	2	1	3	4
Stillasittande	1	2	3	2
Otillräcklig fysisk aktivitet	1	2	3	4
Risikonsumtion av alkohol	4	3	1	2
Upplevt kränkande behandling	1	4	3	2
Avstått från att gå ut ensam	2	3	1	1
Hot om våld				
Utsatt för våld				
Låg tillit till andra	1	2	4	3
Förvärvsarbetar	1	2	4	3
Oro för att förlora sitt arbete				
Ekonomiska svårigheter	1	2	3	4
Trångbodd				

Figur 10. Tabell med sammanställning utifrån utrikes eller inrikes bakgrund.

Inrikes födda kvinnor med utrikes födda föräldrar har tydligt sämre **självskattad hälsa** och **psykisk hälsa** än män i samma grupp och även tydligt sämre än alla övriga grupper. I gruppen utrikesfödda har kvinnor sämre psykisk hälsa än män, men något bättre än inrikes födda kvinnor med inrikes födda föräldrar. Bland personer som är utrikes födda eller har utrikes

födda föräldrar är det en större andel som svarar att de känner sig **stressade**, det gäller både kvinnor och män, men tydligt mer bland kvinnor. Särskilt kvinnor som är födda i Sverige och har utrikes födda föräldrar svarar att de upplever stress. Samma grupp sticker också ut när det gäller svår **ängslan, oro eller ångest**.

Kvinnor som är födda i något annat land än Sverige eller som är födda i Sverige men har föräldrar födda i ett annat land har något sämre **framtidstro**. Utrikes födda män är den grupp där lägst andel har ljus framtidstro och inrikes födda män med utrikes födda föräldrar är den grupp med högst andel med ljus framtidstro.

Bland de som är inrikes födda med två utrikes födda föräldrar är det störst andel som saknar **emotionellt stöd** och män något mer än kvinnor. Lägst andel som saknar emotionellt stöd finns ibland de som är inrikes födda med en utrikes och en inrikes född förälder, här är också skillnaden mellan kvinnor och män störst. Utrikes födda svarar i större utsträckning än de andra grupperna att de har ett lågt **socialt deltagande**. Inrikes födda med en inrikes och en utrikes född förälder är den grupp där lägst andel har ett lågt socialt deltagande. I den gruppen är också skillnaderna mellan kvinnor och män störst där fler män svarar att de har ett lågt socialt deltagande.

Bland personer som är födda i Sverige men har föräldrar födda i ett annat land är det tydligt fler som svarar att de är **stillsittande**. Lägst andel stillasittande finns bland inrikes födda med inrikes födda föräldrar. Bland de med en inrikes och en utrikes född förälder är skillnaderna mellan kvinnor och män störst där män oftare svarar att de är stillasittande. Inrikes födda med inrikes födda föräldrar har lägst andel med låg eller otillräcklig **fysisk aktivitet** medan utrikes födda personer har tydligt högre andel med otillräcklig fysisk aktivitet. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst bland de som är födda i Sverige med föräldrar födda i något annat land.

I gruppen inrikes födda med inrikes födda föräldrar är det störst andel som har en potentiell **riskkonsumtion av alkohol** och män tydligt mer än kvinnor. Lägst andel som svarar så finns bland inrikes födda med utrikes födda föräldrar.

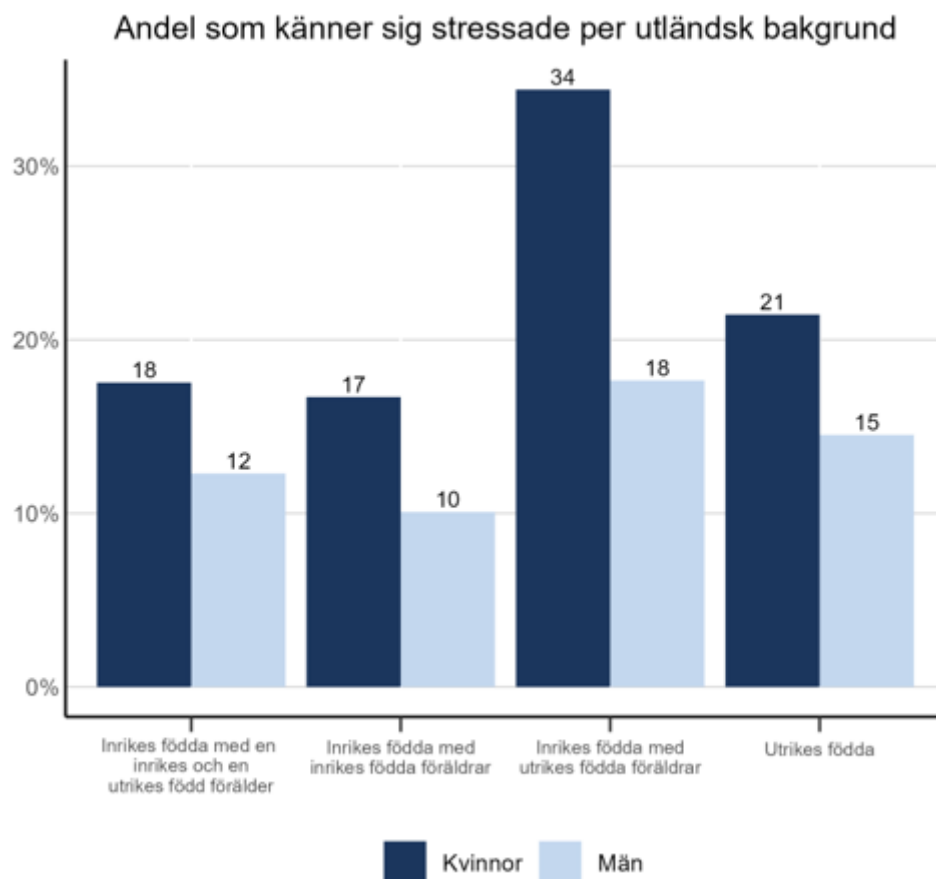
För män är det inga stora skillnader i svaren om utsatthet för **kränkande behandling** beroende på var de svarande och deras föräldrar är födda medan skillnaderna är större för kvinnor. De som i störst utsträckning svarar att de utsatts för kränkande behandling är kvinnor som är födda i Sverige med föräldrar födda i något annat land. Inrikes födda med inrikes födda föräldrar är de som i lägst utsträckning svarar att de utsatts för kränkande behandling och de som är födda i Sverige med en utrikes och en inrikes född förälder i störst utsträckning.

Inrikes födda med utrikes födda föräldrar och utrikes födda är de grupper där färst svarar att de **avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla**. I alla grupper är det stora skillnader mellan kvinnor och män där kvinnor i tydligt större utsträckning svarar att de avstått från att gå ut ensamma. Skillnaden mellan kvinnor och män är störst bland inrikes födda med utrikes födda föräldrar.

Den lägsta andelen som svarar att de har låg tillit till andra finns bland de som är inrikes födda med inrikes födda föräldrar och högst andelen finns bland de som är inrikes födda med utrikes födda föräldrar. Bland de som är inrikes födda med utrikes födda föräldrar är också skillnaderna mellan kvinnor och män störst där män har lägre tillit till andra än kvinnor.

Bland personer som är inrikes födda med en utrikes och en inrikes född förälder är det störst andel som svarar att de **förvärvsarbetar** och lägst andel finns i gruppen inrikes födda med

utrikes födda föräldrar. Störst skillnad mellan kvinnor och män finns bland utrikesfödda där män förvärvsarbetar i större utsträckning än kvinnor. Bland utrikes födda är det tydligt fler som svarar att de haft en **ekonomisk kris** jämfört med alla övriga grupper. Bland utrikes födda är det fler män än kvinnor som svarar att de haft en ekonomisk kris



Figur 11. Diagram om stress utifrån utrikes eller inrikes bakgrund och kön.

Ålder

I det här avsnittet redovisar vi resultat uppdelat på ålder. För varje område redovisas en siffra för varje åldersgrupp där 1 är den åldersgrupp som redovisar det bästa resultatet och 5 är den åldersgrupp som redovisar det sämsta resultatet. Av de tjugo områden vi har analyserat kan vi se ett mönster där åldersgruppen 65–84 år ofta har goda resultat och grupperna unga 18–29 år och äldre 85+ oftare har sämre resultat. Skillnaderna mellan kvinnor och män är oftast som störst i de yngsta och äldsta åldersgrupperna.

	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65–84 år	85+ år
Självskattad hälsa	1	2	3	4	5
Dålig psykisk hälsa	5	4	3	2	1
Upplevd stress	4	3	2	1	1
Svår ängslan, oro eller ångest	4	3	3	1	2
Ljus framtidstro	2	1	3	4	5
Övervägt att ta sitt liv	5	3	2	1	4
Avsaknad av emotionellt stöd	5	2	4	1	3
Låg socialt deltagande	1	2	3	4	5
Stillasittande	3	4	2	1	5
Otillräcklig fysisk aktivitet	1	3	2	4	5
Risikonsumtion av alkohol	4	2	5	3	1
Upplevt kränkande behandling	5	4	3	2	1
Avstått från att gå ut ensam	3	1	2	4	5
Hot om våld	4	5	3	2	1
Utsatt för våld	5	4	3	1	2
Låg tillit till andra	5	4	3	2	1
Förvärvsarbetar	3	2	1		
Oro för att förlora sitt arbete	3	2	1		
Ekonomiska svårigheter	4	5	3	2	1
Trångbodd	4	5	3	2	1

Figur 12. Tabell med sammanställning utifrån ålder.

Yngre har bättre **självskattad hälsa** än äldre och män har bättre självskattade hälsa än kvinnor i alla åldersgrupper. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst i åldersgruppen 18–29 år. Det är fler bland de yngre som svarar att de har dålig **psykisk hälsa** jämfört med de äldre. Generellt verkar det som att den psykiska hälsan ökar med åldern, men bland kvinnor kan vi se en ökning för åldersgruppen 85+ jämfört med åldersgruppen 65–84 år. I alla åldersgrupper svarar en större andel kvinnor än män att de har dålig psykisk hälsa. Störst skillnader mellan kvinnor och män finns i åldersgrupperna 18–29 och 85+.

Även när det gäller **stress** ger enkätresultaten en bild av att äldre personer upplever mindre stress än yngre och män upplever mindre stress än kvinnor. I åldersgruppen 18–29 år är könsskillnaderna som störst. Generellt visar svaren på att andelen som upplever stress minskar med åldern, men för kvinnor kan vi se en liten ökning för åldersgruppen 85+ jämfört med åldersgruppen 65–84 år.

I åldersgruppen 18–29 år är det tydligt flest som svarar att de upplever **ängslan, oro och ångest**. Samma mönster för unga kvinnor och kvinnor som är 85 år och äldre går att se som för psykisk hälsa och stress med stora skillnader jämfört med män i ung ålder och en liten ökning jämfört med åldersgruppen 65–84 år.

Andelen som svarar att de har en ljus **framtidstro** minskar tydligt för åldersgruppen 85+. Störst andel med ljus framtidstro finns i åldersgruppen 30–44 år. Skillnaderna mellan kvinnor och män är inte särskilt stora och varierar lite mellan åldersgrupperna. Störst är skillnaden mellan kvinnor och män över 85 år där tydligt fler män än kvinnor svarar att de har en ljus framtidstro.

Störst andel som svarar att de har **övervägt att ta sitt liv** finns i den yngsta och den äldsta åldersgruppen. Bland de yngsta är det fler kvinnor och män som svarar att de övervägt att ta sitt liv och bland de som är över 85 år är det fler män än kvinnor som svarar detsamma.

Störst andel som saknar **emotionellt stöd** finns bland de yngsta i åldern 18–29 år och minst andel bland de som är 65–84 år. I alla åldersgrupper utom bland de som är 85 år eller äldre svarar fler män att de saknar emotionellt stöd, men i den äldsta åldersgruppen är det omvänt med fler kvinnor som saknar emotionellt stöd.

Andelen med lågt **socialt deltagande** blir större med åldern. Skillnaden mellan kvinnor och män är störst bland de som är 85 år eller äldre där fler kvinnor än män har ett lågt socialt deltagande.

I åldersgruppen 65–84 år är det lägst andel som svarar att de är **stillasittande**. Störst andel som är stillasittande finns bland de som är 85 år eller äldre. Män är generellt mer stillasittande än kvinnor förutom i åldersgruppen 85+.

I åldersgruppen 85+ är det störst andel som svarar att de har **otillräcklig fysisk aktivitet**. Lägst andel finns bland de yngsta. Kvinnor svarar i större utsträckning än män att de har otillräcklig fysisk aktivitet.

I åldersgruppen 45–64 är det störst andel som uppger att de har en **potentiell riskkonsumtion av alkohol**. I alla åldersgrupper utom den yngsta är det fler män än kvinnor som har en riskkonsumtion av alkohol. Lägst andel med riskkonsumtion finns i den äldsta åldersgruppen.

Andelen som upplevt **kränkande behandling** minskar med åldern. Bland kvinnor i åldern 18–29 år är det 59 procent som upplevt kränkande behandling och bland kvinnor som är 85 år eller äldre är det 16 procent som svarar detsamma. I alla åldersgrupper är det fler kvinnor än män som svarar att de upplevt kränkande behandling.

Andelen som **avstått att gå ut ensam** på grund av rädsla är störst bland de som är 85 år eller äldre och som lägst bland de som är 30–44 år. Skillnaderna mellan kvinnor och män är stora och särskilt bland de yngsta.

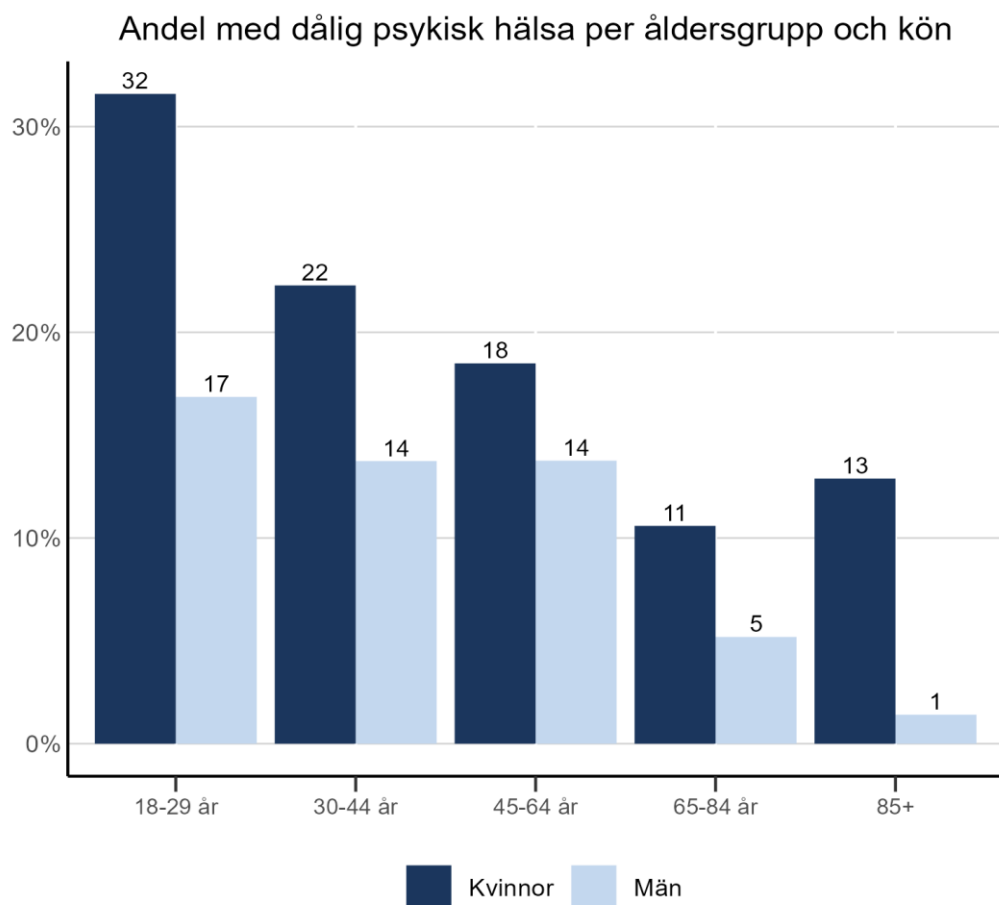
Personer över 85 år svarar i lägst utsträckning att de blivit utsatta för **hot om våld** och personer i åldersgruppen 30–44 år är de som i högst utsträckning svarar att de utsatts för hot om våld. I de yngre åldersgrupperna är det också flest som svarar att de faktiskt **utsatts för våld** och män mer än kvinnor.

Andelen som svarar att de **inte litar på andra** minskar med åldern. I åldersgruppen 18–29 år är det ungefär hälften som svarar att de inte litar på andra. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst bland de som är 85 år eller äldre där kvinnor har lägre tillit till andra och där det också har blivit fler som har låg tillit jämfört med kvinnor i åldersgruppen 65–84 år.

Störst andel som förvärvsarbetar finns i åldersgruppen 45–64 år och lägst i åldersgruppen 20–29 år. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst i åldersgruppen 30–44 år. I åldersgruppen 20–29 finns störst andel som svarar att de är oroliga för att förlora sitt arbete och lägst andel finns i gruppen 45–64 år. Skillnaden mellan kvinnor och män är störst i den yngsta åldersgruppen där kvinnor är tydligt mer oroliga än män att förlora sitt arbete.

I åldersgruppen 30–44 år andelen som svarar att de haft en ekonomisk kris störst och bland de som är 85 år eller äldre är andelen lägst. Skillnaderna mellan kvinnor och män är som störst i åldersgrupperna 30–44 år och 85+, där fler kvinnor än män svarar att de haft ekonomiska svårigheter.

Andelen trångbodda är störst i åldersgruppen 30–44 år och lägst i grupperna 65–84 år och bland de som är 85 år eller äldre. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst i åldersgruppen 30–44 år där en större andel kvinnor svarar att de är trångbodda.



Figur 13. Diagram om psykisk ohälsa utifrån ålder och kön.

Stadsdel

I avsnittet om stadsdelar jämför vi skillnaderna mellan de med högst och lägst resultat. Exempelvis den stadsdel med flest som svarar att de har en god självskattad hälsa jämfört med den stadsdel där lägst andel svarar att de har en god självskattad hälsa. Siffran i tabellen visar hur många procent det skiljer mellan högsta och lägsta resultatet. Det visar gapet mellan stadsdelarna i staden. De största gapen ser vi för områdena låg tillit till andra, otillräcklig fysisk aktivitet och ekonomiska svårigheter. För områdena utsatt för våld, kränkande behandling och ängslan, oro eller ångest ser vi de minsta gapen mellan stadsdelarna.

	Skillnad i procent mellan stadsdelarna med högst och lägst resultat
Självskattad hälsa	35
Dålig psykisk hälsa	24
Upplevd stress	26
Svår ängslan, oro eller ångest	19
Ljus framtidstro	32
Övervägt att ta sitt liv	
Avsaknad av emotionellt stöd	23
Låg socialt deltagande	36
Stillasittande	23
Otillräcklig fysisk aktivitet	42
Risikonsumtion av alkohol	20
Upplevt kränkande behandling	18
Avstått från att gå ut ensam	38
Hot om våld	
Utsatt för våld	17
Låg tillit till andra	45
Förvärvsarbetar	
Oro för att förlora sitt arbete	29
Ekonomiska svårigheter	40
Trångbodd	

Figur 14. Tabell med sammanställning utifrån stadsdelar.

De stadsdelar med högst god **självskattad hälsa** är Tågaborg S, Mörap, Eneborg och Sofieberg med 82 procent, 10 procent över stadens snitt. Den stadsdel med lägst självskattad god hälsa är Planteringen med 47 procent, 25 procent under stadens snitt. Skillnaden mellan högst och lägst är 35 procent

För området **dålig psykisk hälsa** skiljer det 24 procentenheter mellan stadsdelarna med lägst och högst resultat. Norr är den stadsdel där högst andel har en dålig psykisk hälsa medan lägst andel finns i Eneborg. I Miatorp är det störst andel som svarar att de upplever **stress**, 33 procent och i Mörap lägst andel med 7 procent. Skillnaden mellan högst och lägst är 26 procent. I Miatorp är det också störst andel som svarar att de upplever svår **ängslan, oro eller ångest**, 25 procent. Lägst andel finns på Råå med 6 procent. Det skiljer 19 procent mellan stadsdelarna med högst och lägst resultat.

Stadsdelen med lägst andel med **ljus framtidstro** är Planteringen med 47 procent och den stadsdelen med högst andel med ljus framtidstro är Gustavslund, Mörap och Rydebäck med 79 procent. Skillnaden mellan högst och lägst är 32 procent.

För de flesta stadsdelar har vi inga siffror om personer som **överbägt att ta sig eget liv**. För de sex stadsdelar vi har underlag skiljer det 3 procent mellan högst och lägst.

Högaborg är den stadsdel där högst andel svarar att de **saknar emotionellt stöd** (31 procent) och lägst andel finns i Tågaborg S (8 procent). Skillnaden mellan högst och lägst är 23 procent. Den stadsdel där högst andel uppger **långt socialt deltagande** är Planteringen och Elineberg med 52 procent, 22 procent över stadens snitt. Den stadsdel där lägst andel uppger långt socialt deltagande är Mariastaden med 16 procent, 14 procent under stadens snitt. Skillnaden mellan högst och lägst är 36 procent.

Högst andel som svarar att de är **stillasittande** minst tio timmar per dygn finns i Närlunda, (36 procent) och lägst andel finns i Centrum (13 procent). Skillnaden mellan högst och lägst är 23 procent. Dalhem och Planteringen är de stadsdelar där högst andel svarar att de har **otillräcklig fysisk aktivitet** med 59 procent och lägst andel finns i Eskilsminne med 17 procent. Skillnaden mellan högst och lägst är 42 procent.

Slottshöjden är den stadsdel med högst andel som svarar att de har en **riskkonsumtion av alkohol** (28 procent) och Drottninghög är stadsdelen med lägst andel (8 procent). Skillnaden mellan högst och lägst är 20 procent.

Den stadsdel där högst andel uppger att de utsatts för **kränkande behandling** är Wilson Park med 27 procent och Påarp är den stadsdel med lägst andel som svarar detsamma (9 procent). Skillnaden mellan högst och lägst är 18 procent.

Den stadsdel där högst andel uppger **rädsla för att gå ut ensam** är Närlunda med 52 procent, 16 procent över stadens snitt. Den stadsdel där lägst andel uppger rädsla för att gå ut ensam är Mörarp med 14 procent, 22 procent under stadens snitt. Skillnaden mellan högst och lägst är 38 procent

Den stadsdel med högst andel som har blivit utsatt för **fysiskt våld eller hot om våld** är Miatorp med 16 procent, 10 procent över stadens snitt. Den stadsdel med lägst andel som har blivit utsatt för fysiskt våld eller hot om våld är Råå, Ringstorp, Rosengården, Söder, och Drottninghög med 5 procent, en procent under stadens snitt. Skillnaden mellan högst och lägst är 17 procent.

Planteringen är den stadsdel där högst andel svarar att de har **svårt att lita på andra**, 63 procent och i Vallåkra är det lägst andel som svarar att de har svårt att lita på andra, 18 procent. Skillnaden mellan högst och lägst är 45 procent.

Den stadsdel med högst andel som är **oroliga för att förlora sitt arbete** är Fredriksdal (35 procent) och stadsdelen med lägst andel är Rydebäck (6 procent). Det skiljer 29 procent mellan högst och lägst.

Den stadsdel med högst andel som haft **ekonomiska svårigheter** och inte klarar en oväntad utgift är Drottninghög med 55 procent, 31 procent över stadens snitt. De stadsdelar med lägst andel som inte klarar en oväntad utgift är Vallåkra och Norr med 9 procent, knappt 15 procent under stadens snitt. Skillnaden mellan högst och lägst är 40 procent.



Figur 15. Diagram om fysisk aktivitet utifrån stadsdelar.