

# Hälsa och levnadsvanor

Brukarundersökning bland personer med psykisk  
funktionsnedsättning

Ulrika Harris  
Ali Al Nima  
Anna Andersson  
Angelica Svedman  
Danilo Garcia

Rapport 2020:1





# Hälsa och levnadsvanor

Brukarundersökning bland personer med psykisk  
funktionsnedsättning

Ulrika Harris  
Ali Al Nima  
Anna Andersson  
Angelica Svedman  
Danilo Garcia

Rapport 2020:1

## **Hälsa och levnadsvanor**

Brukarundersökning bland personer med psykisk funktionsnedsättning

© 2020 Författare och Blekinge kompetenscentrum

FÖRFATTARE: Ulrika Harris, Ali Al Nima, Anna Andersson, Angelica Svedman och Danilo Garcia

### **KOPIERINGSFÖRBUD**

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 § upphovsrättslagen.

BESTÄLLNING: <https://regionblekinge.se>

TRYCK: Psilanders grafiska, Karlskrona

1:a tryckningen

Printed in Sweden 2020

Rapport 2020:1

ISBN 978-91-86711-99-3 (tryck)

ISBN 978-91-86711-98-6 (pdf)

# Sammanfattning (abstract)

## Bakgrund

Syftet med denna undersökning var att ge en nulägesbild av individer med psykiska funktionsnedsättningar i Blekinge vars insatser utförs av kommunerna i länet. Undersökningen vill ge en fördjupad kunskap om hur personer med psykisk funktionsnedsättning i Blekinge skattar sin hälsa, sitt välbefinnande, levnadsvanor och hur de ser på sin egen psykiska funktionsnedsättning i relation till sin vardag. Utgångspunkten var att hälsan beror på fysiska, psykiska och sociala faktorer, enligt WHO:s definitioner av hälsa.

## Metod

Undersökningen var en tvärsnittsstudie som utgick från en kvantitativ metod med 57 enkätfrågor om boende, arbete, fritid, sociala relationer, ekonomi, hälsa, levnadsvanor och livstillfredsställelse. Data analyserades med hjälp av variansanalyser och korrelationsanalyser.

## Resultat

287 personer (60,4%) besvarade enkäten. Resultaten visar att den självskattade hälsan påverkas av flera olika faktorer. God sömn och att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär var de två faktorer som framkom som mest signifikanta för god självupplevd hälsa. Även sociala relationer med familj och vänner hade signifikant betydelse för god självupplevd hälsa. Levnadsvanor visade sig inte ha stor betydelse för den självskattade hälsan. Däremot har denna grupp i betydligt högre grad ohälsosamma levnadsvanor jämfört med övrig befolkning, vilket även resultaten i denna undersökning visar.

## Slutsats

Det finns två spår att arbeta vidare med utifrån resultaten: levnadsvanor inklusive sömn och att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär. Nationella riktlinjer för arbete med levnadsvanor framhäver personer med psykisk funktionsnedsättning som en riskgrupp som behöver extra stöd till förändring av levnadsvanor. Exakt vilka faktorer som påverkar en individs förmåga att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär kräver fortsatta studier.

---

**Nyckelord** psykisk funktionsnedsättning, hälsa, levnadsvanor, socialpsykiatri



## Förord

Hur mår du? frågor vi ofta varandra, sedan går vi vidare utan att egentligen lyssna på svaret fast vi vet, att hur vi mår - vår hälsa - påverkar oss alla varje dag. Detta gäller alla individer gamla som unga, friska som sjuka.

Våra förutsättningar för en bra hälsa ser olika ut och syftet med denna rapport är att undersöka hälsan hos personer som bor i Blekinges kommuner, som lever med en psykisk funktionsnedsättning och har någon insats från kommunerna. Hur ser deras hälsa ut, hur upplever de själva sin egen hälsa och vilka möjligheter har de att faktiskt själva kunna påverka sin hälsa och hur kan samhället och omgivningen stödja hälsoarbetet.

WHO definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom”. Hälsan påverkas av många olika faktorer. I denna rapport undersöker vi den självuppskattade hälsan, där individen själv beskriver hur man uppfattar sin hälsa.

Vi vet att hälsan hos personer med psykisk funktionsnedsättning generellt är sämre jämfört med genomsnittet i befolkningen. Rapporten ger en nulägesbild av den upplevda hälsan hos en grupp i samhälle som har svårt att ställa krav och påverka sin livssituation samt beskriver vilka faktorer som påverkar den upplevda hälsan.

Jag hoppas att denna rapport, som är ett samarbete inom ramen för FoU-avtalet i Blekinge, ska bidra till att öka våra kunskaper om hälsan hos personer med en psykisk funktionsnedsättning men också leda till en ökad förståelse för vilket stöd och vilka insatser som är nödvändiga för att förbättra hälsan i denna grupp och deras förmåga och möjlighet att själva bidra till att påverka sin hälsa i positiv riktning.

Gunilla Skoog  
Chef  
Blekinge kompetenscentrum  
2020





# Innehåll

Inledning.....	1
Hälsa .....	1
Levnadsvanor .....	2
Hälsan hos personer med psykisk funktionsnedsättning .....	2
Tidigare brukarundersökning .....	3
Syfte.....	4
Frågeställningar .....	4
Etik.....	5
Metod .....	5
Deltagare.....	5
Enkäten.....	5
Genomförande .....	6
Resultat .....	8
Ohälsosamma levnadsvanor jämfört med övrig befolkning .....	10
Variabler som har betydelse för hälsa.....	10
Självskattad hälsa.....	12
Diskussion.....	17
Förslag till utvecklingsarbete.....	19
Begränsningar.....	20
Slutsats .....	20
Tack .....	21
Referenser .....	22
Bilaga 1.....	26
Enkäten till Brukarundersökning om hälsa och levnadsvanor .....	26
Bilaga 2.....	40
Statistik .....	40



# Inledning

Personer med psykisk funktionsnedsättning lever 15–20 år kortare liv än övrig befolkning (Firth et al, 2016) och skillnaderna i levnadslängd mellan dessa grupper har ökat de senaste åren (Scott & Happell, 2011; Liu et al, 2017). Sveriges kommuner och landsting (2018) har i sin skrift *Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning?* lyft fram den ojämlika hälsan och hur vi kan arbeta för att öka jämlikheten. Ett första steg till förbättring är att skapa en nulägesbild, och det var huvudsyftet med denna undersökning.

Det vi ville undersöka var: hur mår personer med psykisk funktionsnedsättning i Blekinge? Hur ser de på sin egen hälsa, välbefinnande och levnadsvanor? Det finns enbart ett fåtal undersökningar som utifrån en bred syn på hälsa frågar personerna själva hur de skattar och upplever sin hälsa (Lundström, Jormfeldt, Ahlström & Skärsäter, 2019).

## Hälsa

Vi utgår i denna rapport från en bred syn på hälsa, som grundar sig på WHO:s definitioner:

*Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.* (WHO, 1948)

*För att nå ett tillstånd av fullständigt fysisk, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa skall därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron.* (WHO, 1986)

Den tidigare definitionen är ofta hänvisad till men har även blivit kritiserad som alltför utopisk och har därför reviderats. Båda definitionerna tar en holistisk ansats genom att de även beaktar existentiella perspektiv samt olika aspekter av hälsa-ohälsa och välbefinnande hos både sjuka och friska personer (Hallberg, 2010). WHO:s definition talar om hälsa som förmåga, där man utifrån sin kontext har vissa grundläggande förmågor som gör att man kan prestera, nå sina mål och vara en del av samhället man lever i (se även Vilhelmsson, 2014). Andra begrepp som används inom detta humanistiska synsätt är empowerment som handlar om att stärka individen så att denne kan ta kontroll över sitt liv och fatta egna beslut (Tengland, 2012). Personer som lever med en långvarig sjukdom kan genom att ges möjlighet till delaktighet och inflytande nå bättre hälsa (Eriksson, 2015). En av de mest kända av de humanistiska perspektiven kommer från Aaron Antonovsky som lyfte fram det salutogena tänket med *Sense of Coherence* (SOC), som på svenska är översatt till känsla av sammanhang (KASAM). Det innebär att en människas hälsa är beroende av att känna att tillvaron är begriplig och meningsfull. Med andra ord, en individ kan ha en funktionsnedsättning men ändå inte känna sig hindrad av den och även uppleva en känsla av sammanhang.

Vi har i denna undersökning utgått från självskattad hälsa (Self Rated Health, SRH), som beskriver individens egen uppfattning om sitt hälsotillstånd, vilket fortsättningsvis kommer att benämnas som hälsa i den här rapporten. Hälsan påverkas av många olika faktorer på individ- grupp- och samhällsnivå, som till exempel kön, ålder, gener, levnadsvanor, sociala relationer, utbildning, ekonomi och boende, vilket har varit en utgångspunkt för denna undersökning (Kaplan, 2004; SOU 2017:47).

## Levnadsvanor

Våra levnadsvanor har stor påverkan på vår hälsa. Om man undviker rökning, äter hälsosamt, motionerar regelbundet och begränsar sin alkoholkonsumtion kan man leva 14 år längre jämfört med någon med ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2017).

Hälsosamma levnadsvanor beskrivs enligt följande rekommendationer<sup>1</sup>:

- Rökning: att man inte röker, i alla fall inte dagligen
- Matvanor: 500 g frukt och grönsaker om dagen. Medelhavskost rekommenderas, alltså fullkornsprodukter, grönsaker, baljväxter, frukt, nötter och fisk. Fisk/skaldjur 2-3 gånger i veckan. Frukost dagligen.
- Alkohol: Riskbruk definieras som mer än 14 standardglas/vecka för män och mer än 9 standardglas/vecka för kvinnor, eller minst 5 standardglas för män och 4 standardglas för kvinnor vid samma tillfälle. Samtidigt finns ingen helt riskfri alkoholkonsumtion, det beror på individens förutsättningar (sjukdom, medicinering etc).
- Fysisk aktivitet: Träning så man blir andfådd, minst 75 min/vecka. Vardagsmotion minst 2,5 timme/vecka.

I de flesta studier ingår inte sömn bland levnadsvanor, men mycket forskning tyder på att god sömn är viktigt för hälsan. Sönnen påverkas av levnadsvanorna men även andra biologiska, psykologiska och sociala faktorer påverkar sömnens mängd och kvalitet (Jackson et al, 2015). Ohälsosamma levnadsvanor står för en femtedel av den totala sjukdomsburden i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Individens utbildning, inkomst, bostadsort och sociala miljö påverkar levnadsvanorna. De med högre utbildning och inkomst har, till exempel, generellt sett bättre matvanor och rör på sig mer än de med lägre utbildning och inkomst. Levnadsvanor är något som var och en kan påverka själv, men vissa så kallade riskgrupper kan behöva extra stöd (Socialstyrelsen, 2017). Eftersom personer med psykisk funktionsnedsättning tillhör riskgrupperna, som generellt sett har sämre levnadsvanor, har vi valt att ta med frågor om levnadsvanor i denna undersökning. Vi tänkte att levnadsvanor kan ha betydelse även för den självskattade hälsan.

## Hälsan hos personer med psykisk funktionsnedsättning

Vi vet sedan länge att personer med psykisk funktionsnedsättning generellt sett har sämre hälsa än övrig befolkning, sett ur ett helhetsperspektiv enligt WHO:s definitioner (Sveriges kommuner och landsting, 2018). Orsakerna till detta är flera; sämre levnadsvanor, sämre ekonomi, arbetslöshet, ensamhet, sämre somatisk hälsa och sämre somatisk vård, vilket i sin tur är kopplat till stigmatiseringen som fortfarande finns runt psykisk sjukdom. Denna stigmatisering i samband med en avsaknad av en holistisk syn på hälsa kan vara orsaken till att personer med psykisk funktionsnedsättning lider i högre grad av så kallat metabola syndrom som kännetecknas av fetma, förhöjt blodtryck, förhöjt fasteglukosvärde vilket leder till ökad risk för hjärtinfarkt, stroke och diabetes (Persson & Hulstjöö, 2013).

Flera studier visar att personer med psykisk funktionsnedsättning lever kortare liv än övrig befolkning (Firth et al, 2016) och att skillnaderna i levnadslängd mellan dessa grupper har ökat de

---

<sup>1</sup> Rekommendationer från Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Dessa bygger på internationell och nationell forskning.

senaste åren (Scott & Happell, 2011; Liu et al, 2017). Personer med schizofreni och psykosjukdomar lever 15-30 år kortare liv jämfört med övrig befolkning, och det beror framförallt på somatiska sjukdomar och inte på suicid (Torgerson & Risö Bergerlind, 2018). I de nordiska länderna har gapet i livslängd mellan personer med psykisk funktionsnedsättning och den generella befolkningen inte förändrats mellan åren 1987–2006, med undantag av svenska män med psykisk funktionsnedsättning där livslängden förkortats ännu mer under samma tid (Wahlbeck et al, 2011). Det finns även en könsskillnad bland personer med psykisk funktionsnedsättning där män lever kortare liv än kvinnor. Orsakerna till detta kan bero på att kvinnor är mer benägna att söka hjälp för sina psykiska besvär, eller att män i högre grad har beroendeproblematik och att samhället inte klarar av att hjälpa denna grupp i lika hög grad (Wahlbeck et al, 2011).

Individer med funktionsnedsättningar i Blekinge kan ha olika förutsättningar utifrån sociodemografiska faktorer i sin hemkommun, vilket behöver tas i beaktning. Detta visar sig genom skillnader i till exempel befolkningsmängd och resurser. Den senaste folkhälsorapporten (Region Blekinge, 2018) visar till exempel att i Karlskrona, Karlshamn och Olofström är den disponibla inkomsten högre jämfört med Sölvesborg och Ronneby. Karlskrona har högst andel högutbildade och Olofström har lägst andel. Olofström har å andra sidan högst andel ungdomar med gymnasiebehörighet, men dessa verkar välja att lämna kommunen för eftergymnasiala studier. Det märks en könsskillnad när det gäller sociala relationer och deltagande i sociala sammanhang där män i Blekinge ligger lägre än kvinnor. Undantaget är män i Karlskrona. Karlskrona har högst andel av befolkningen som är mycket fysiskt aktiva, och även högst andel som skattar sin hälsa som god eller mycket god (Region Blekinge, 2018). På grund av dessa och andra sociodemografiska skillnader mellan kommunerna i Blekinge, som är relaterade till ojämlik hälsa, har vi i denna undersökning valt att jämföra hälsan hos individer med psykisk funktionsnedsättning i de fem kommunerna i länet.

## Tidigare brukarundersökning

Senast det gjordes en länsövergripande undersökning om levnadsförhållanden och välbefinnande bland personer med psykisk funktionsnedsättning i Blekinge var 2009. Den undersökningen resulterade i rapporten *Dagarna däremellan lever vi* (Sandström, Bohman & Strandberg, 2011). Undersökningen genomfördes inom ramen för FoU-avtalet<sup>2</sup> vid Blekinge kompetenscentrum i samarbete med verksamhetsföreträdare för kommunernas socialpsykiatri.

I rapporten framkom att levnadsförhållandena generellt var sämre än hos befolkningen i övrigt, vilket överensstämmer med nationella rapporter (Socialstyrelsen, 2010). Till exempel var inkomsterna lägre och brukarna hade svårt att klara av nödvändiga utgifter. Detta var förväntat, då individer med psykiska funktionsnedsättningar tillhör de med lägst inkomst, vilket har en långsiktig negativ inverkan på hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2016). Andra områden som hade stor betydelse för hälsan var fritidsaktiviteter, attityd till livet (inte känna sig hindrad), sömn, relationer och levnadsvanor. Den bekräftade därmed att hälsan påverkas av flera olika faktorer.

Resultaten från denna undersökning ledde fram till större satsningar i projektform och som vidare ledde till verksamhetsförändringar i Blekinges kommunala socialpsykiatri och landstingspsykiatri

---

<sup>2</sup> FoU-avtalet formaliserar FoU-samarbetet mellan Region Blekinge och länets fem kommuner inom områdena äldre, psykisk hälsa familj- och individomsorg och funktionshinder (se <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/forskning-och-utveckling-inom-halso--och-sjukvard/fou-avtal.html>).

(Andersson, A. et al, 2016; Topor et al, 2015). Exempel på verksamhetsförändringar är satsningar på gruppaktiviteter och nya träffpunkter i kommunerna för målgruppen, ökad brukarmedverkan, samt nya samarbeten med till exempel studieförbund. Nya insikter och attitydförändringar märktes bland personalen genom ökat fokus på det friska och det som är möjligt istället för sjukdomssymptom (Wästberg et al, 2017). Deltagarna mådde även bättre genom minskad ångest och depression (Andersson et al, 2016).

Under 2016 genomförde Blekinge kompetenscentrum en kartläggning av Blekinges kvalitets- och utvecklingsarbete inom psykiatri och socialpsykiatri. Varje verksamhet inom kommunernas socialpsykiatri besöktes och tillsammans diskuterades vilka områden som verksamheterna ansåg vara intressanta ur ett FoU-perspektiv<sup>3</sup>. I dessa diskussioner efterfrågade flera en undersökning liknande *Dagarna däremellan lever vi*. Även om varje kommun gör sin egen behovsanalys i någon form, saknades det en regional beskrivning där brukarna själva får skatta sin hälsa och välbefinnande. Hösten 2016 påbörjades därför arbetet med en enkätundersökning bland individer med psykiska funktionsnedsättningar i Blekinge och som denna rapport baseras på. Detta var alltså inte en undersökning om hur brukarna uppfattar kvalitén i de insatser som de får av kommunens socialpsykiatri. Studien genomfördes som ett forsknings- och utvecklingssamarbete mellan Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Sölvesborg och Olofström kommun och Blekinge kompetenscentrum. Ansvarig för undersökningen var Blekinge kompetenscentrum. Resultaten ska stödja ett systematiskt och fortlöpande utvecklingsarbete och kvalitetssäkring i kommunernas och regionens verksamheter.

## Syfte

Syftet med denna undersökning var att ge en nulägesbild av individer med psykiska funktionsnedsättningar i Blekinge vars insatser utförs av kommunerna i länet. Mer specifikt var vårt syfte att bidra till en fördjupad kunskap om hur personer med psykisk funktionsnedsättning i Blekinge skattar och upplever sin hälsa och sitt välbefinnande (fysisk och psykisk hälsa, livstillfredsställelse, sociala relationer), levnadsvanor (inklusive sömn) och hur de ser på sin egen psykiska funktionsnedsättning i relation till sin vardag.

## Frågeställningar

De vetenskapliga frågeställningarna var:

1. Hur skiljer sig levnadsvanor bland deltagarna i denna studie från övrig population?
2. Vilka faktorer är viktiga för hur individer uppskattar sin fysiska och psykiska hälsa och livstillfredsställelse?
3. Finns det någon skillnad mellan kommunerna i Blekinge gällande ovanstående faktorer?

---

<sup>3</sup> Verksamhet där det finns ett väsentligt nyhetsinslag och där syftet är att lösa ett problem/fråga vars lösning inte är uppenbar för någon som har en god uppfattning om den grundläggande, allmänt använda kunskap och teknik som finns på området i fråga (OECD, 2002).

## Etik

Forskningsetiskt tillstånd söktes hos Regionala Etikprövningsnämnden i Lund och beviljades med diarienummer 2017/305. Utvärderingen har följt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Frivilligheten att delta i studien har betonats under insamlandet av data. Deltagarna har fyllt i enkäten anonymt och alla resultat presenteras på gruppnivå så ingen enskild deltagare kan identifieras.

## Metod

### Deltagare

Deltagarna var personer 18–65 år som hade en psykisk funktionsnedsättning och som fick en insats från kommunal socialpsykiatri (Socialtjänstlagen<sup>4</sup>). Vi valde att exkludera följande individer:

- Personer som var starkt påverkade av sin sjukdom och där enkätundersökningen riskerade att påverka hälsotillståndet negativt.
- Personer med beroendeproblematik utan psykiatrisk samsjuklighet.
- Psykisk utvecklingsstörning
- Psykiatriska tillstånd av kortvarig och övergående karaktär.
- Demenssjukdomar utan samtidig psykisk störning.
- Personer med ko-morbiditet (samsjuklighet) boende i kommunalt äldreboende.

Vi var medvetna om att det är en känslig målgrupp och att det kan upplevas som påfrestande att svara på en mängd frågor. Därför exkluderades de som var så pass sjuka att de riskerade att må sämre av att delta. Personalen i varje kommun som arbetar närmast brukarna avgjorde vilka som skulle exkluderas. Se tabell 1 under resultat för antal exkluderade i varje kommun.

### Enkäten

Enkäten baserades på den tidigare brukarundersökningen från 2009, *Dagarna däremellan lever vi*, men omarbetades statistiskt och språkligt tillsammans med arbetsgruppen för att bättre passa frågeställningarna i denna undersökning. Enkäten pilottestades i två grupper av brukare genom att låta dessa individer fylla i och ge synpunkter på enkäten. Detta för att förankra enkäten i den kontext där den skulle användas. De förändringar som gjordes baserat på testgrupperna var förtydliganden av frågeställningar och svarsalternativ. I frågorna som rör ekonomi och hur man klarar av vardagen (resor, handla, matlagning) togs ordet ”oförmögen” bort eftersom det ansågs som onödigt negativt.

---

<sup>4</sup> 1 § Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

1. ekonomiska och sociala trygghet
2. jämlikhet i levnadsvillkor
3. aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Enkäten bestod av tre delar med totalt 57 frågor:

1. En omarbetad version av enkäten från 2009–2010 (Sandström, Bohman & Strandberg, 2011). Enkäten innehåller frågor och påståenden med olika utformning av svarsalternativ. Den består av följande rubriker:
  - a) Demografi: kön, ålder, civilstånd, boende, barn, husdjur, kommun, födelseland, utbildning och kommunala insatser.
  - b) Boende: två påståenden om trivsel och trygghet.
  - c) Arbete: tre frågor om arbete/sysselsättning, tidsomfattning och nöjdhet.
  - d) Fritidsaktiviteter: tre frågor om tidsomfattning och nöjdhet.
  - e) Sociala relationer: åtta frågor om tid spenderad med vän, släkting eller personal och kvalitet och nöjdhet med dessa relationer. Exempel på frågor: ”Har du någon som skulle kunna hjälpa dig om du blir akut sjuk?” och ”Händer det att du känner dig ensam?”.
  - f) Hälsa och vardagsliv: nio frågor och ett påstående om hur man skattar sin fysiska och psykiska hälsa, sömn, oro och funktionsförmåga i vardagen. Exempel på frågor och påståenden: ”Hindrar dina psykiska besvär dig från att göra saker som du skulle vilja göra?”, ”Jag känner mig pigga och utvilade de flesta morgnar”, ”Hur ofta känner du dig orolig?” och ”Hur tar du dig till andra platser i din vardag?”.
  - g) Ekonomi: tre påståenden, till exempel ”När mina fasta utgifter är betalda brukar jag ha pengar över till något trevligt”.
  - h) Övrigt: två frågor om tillgång till internet och medverkan i tidigare projekt.
2. Levnadsvanor (Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, 2017). Frågor om alkohol-, tobaks- och matvanor, samt fysisk aktivitet, vilka tillsammans ger en översiktlig bild av individens levnadsvanor. Exempel på frågor: ”Hur många standardglas dricker du under en vanlig vecka?”, ”Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?”, ”Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?”.
3. Livstillfredsställelse (Satisfaction with life scale. Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) Instrumentet består av fem påståenden, till exempel ”Jag är nöjd med mitt liv”. Därefter väljer man sitt svar utifrån en skala 1–7 där 1 står för ”håller verkligen inte med” och 7 står för ”håller verkligen med”.

Se bilaga 1 för fullständig enkät.

Data analyserades med hjälp av olika former av statistiska analyser.<sup>5</sup>

## Genomförande

En arbetsgrupp tillsattes i slutet av 2016 bestående av ansvariga för studien på Blekinge kompetenscentrum samt en representant från socialpsykiatri i varje kommun. Alla representanter i arbetsgruppen var väl förtrodda med gruppen som undersökningen riktade sig till.

---

<sup>5</sup> Så kallad inferentiell statistik som är en gren inom statistiken som går ut på att dra slutsatser (statistisk inferens) om en population med hjälp av ett urval. Genom att undersöka ett representativt urval drages ur en population, går det att uppskatta en parameter i populationen. Det är såklart, av praktiska skäl, omöjligt att tillfråga hela befolkningen. Därför undersöks ett representativt urval, med förhoppningen att resultatet i urvalet ska spegla det faktiska resultatet i populationen. Den inferentiella statistiken skiljer sig från den beskrivande statistiken, som går ut på att beskriva insamlade data (hämtad från <http://www.statistikordbok.se/inferentiell-statistik/>).



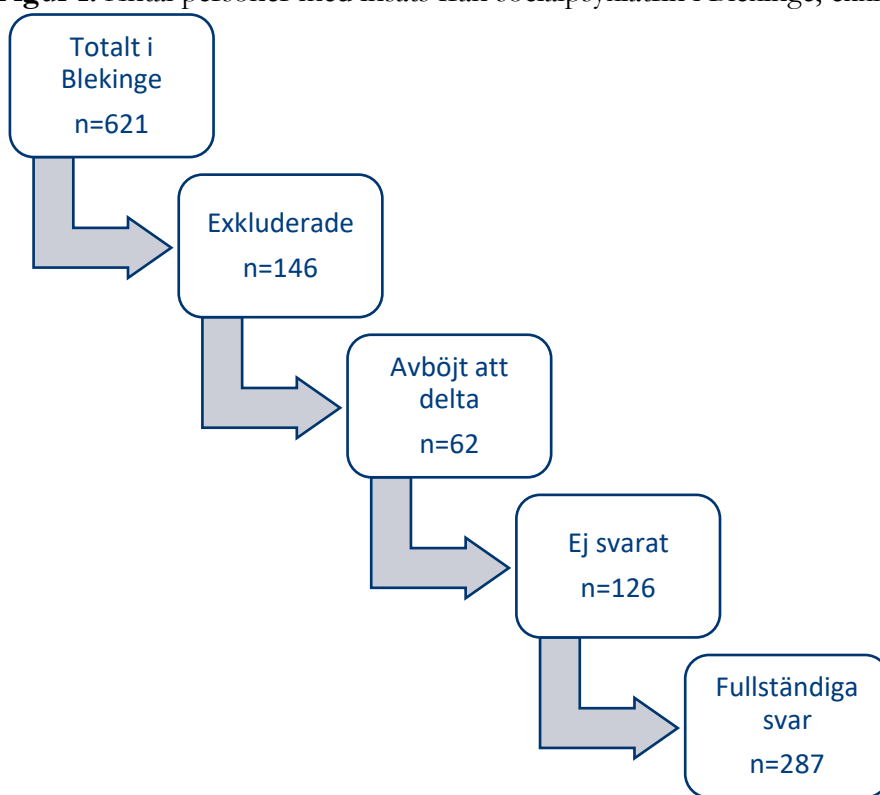
Hösten 2017 distribuerades enkäten till brukarna i varje kommun. Varje kommuns representant tog ansvar för att enkäten distribuerades till deltagarna genom personal på boenden och mobila team. Enkäten distribuerades i pappersformat och varje deltagare fick enkäten av personal som de kände.

Under våren 2018 återkopplades muntligt preliminära resultat till deltagare och personal i varje kommun.

## Resultat

Av 621 brukare inom socialpsykiatri i hela länet exkluderades 146 enligt ovan nämnda exklusionskriterier (figur 1). Av de återstående 475 besvarade 287 personer enkäten. Länet totala svarsfrekvens blev därmed 60,4 % (tabell 1). Karlshamn hade högst svarsfrekvens med 74,7 %. Det skiljer sig åt en del mellan kommunerna när det gäller antal exkluderade. Olofström exkluderade 40,5 % av brukarna medan minsta kommunen Sölvesborg inte exkluderade någon från att bli erbjuden enkäten. Av enkätens 287 deltagare med en medelålder av 43,46 år (standardavvikelse = .57) var 134 kvinnor och 148 män. Den typiske deltagaren i enkäten är 43 år, ensamstående, bor i eget boende, inga barn, ingen högskoleutbildning och född i Sverige. Se vidare tabell 2.

**Figur 1.** Antal personer med insats från socialpsykiatri i Blekinge, exkluderade och bortfall.



**Tabell 1.**

Totalt antal personer i Blekinges kommuner med insats från socialpsykiatri, exkluderade, bortfall och fullständiga svar.

	Total population (ca)	Exkluderade	Bortfall	Fullständiga svar
Karlshamn	105	26	20	59 (74,7%)
Karlskrona	282	70	77	135 (63,7%)
Olofström	79	32	20	27 (57,4%)
Ronneby	100*	18	46	36 (43,9%)
Sölvesborg	55	0	25	30 (54,5%)
<b>Summa</b>	<b>621</b>	<b>146</b>	<b>188</b>	<b>287 (60,4%)</b>

\*På grund av olika omständigheter delades enkäten ut enbart till 39 individer.

**Tabell 2.**

Bakgrundsvariabler för deltagarna,  $n = 287$ , antal och procent: kön, civilstånd, boendeform, hemmaboende barn, husdjur, kommun, födelse-land, utbildning, kommunala insatser och arbete/sysselsättning.

Variabel		Antal	Procent
Kön	Kvinna	134	46,7 %
	Man	148	51,6 %
	Annat	2	0,7 %
Civilstånd	Uppgift saknas	3	1,0 %
	Ensamstående	219	76,3 %
	Gift/Sambo/Särbo	62	21,6 %
Boende	Uppgift saknas	6	2,1 %
	Eget boende	214	74,6 %
	Grupp/särskilt boende	47	16,4 %
	Annat	19	6,6 %
Hemmaboende barn under 18 år	Uppgift saknas	7	2,4 %
	Ja	24	8,4 %
	Nej	259	90,2 %
Har husdjur	Uppgift saknas	4	1,4 %
	Ja	98	34,1 %
	Nej	183	63,8 %
Kommun	Uppgift saknas	6	2,1 %
	Karlshamn	59	20,6 %
	Karlskrona	135	47,0 %
	Olofström	27	9,4 %
Födelse-land	Ronneby	36	12,5 %
	Sölvesborg	30	10,5 %
	Sverige	261	90,9 %
	Utanför Sverige	25	8,7 %
	Uppgift saknas	1	0,3 %
Utbildning, högsta	Ej slutförd grundskola	10	3,5 %
	Grundskola	68	23,7 %
	Gymnasium eller folkhögskola	150	52,3 %
	Högskola/Universitet upp till 1 år	7	2,4 %
	Högskola/universitet 1-3 år	16	5,6 %
	Högskola/universitet mer än 3 år	12	4,2 %
	Annan eftergymnasial utbildning	23	8,0 %
Kommunala insatser	Endast kontaktperson	40	13,9%
	kontaktperson och annat stöd	127	44,3%
	Endast annat stöd	102	35,5%
	Uppgift saknas	18	6,2 %
Arbete/sysselsättning	Ja	171	59,6%
	Nej	112	39,0%

	Uppgift saknas	4	1,3 %
--	----------------	---	-------

## Ohälsosamma levnadsvanor jämfört med övrig befolkning

Vi har valt att jämföra våra resultat med Sveriges befolkning för att sätta in resultaten i ett sammanhang (Socialstyrelsen, 2018). När det gäller ohälsosamma matvanor, särskilt brist på intag av frukt och grönsaker och otillräcklig fysisk aktivitet, så ligger deltagarna i vår undersökning betydligt högre jämfört med övrig befolkning. Det är 70 % av deltagarna i vår undersökning som i vardagen rör på sig mindre än 2,5 timme per vecka, och 58 % äter inte frukt och grönsaker dagligen. Rökningen är också högre jämfört med övrig befolkning. Däremot är riskbruk för alkohol lägre än övrig befolkning. 50 % uppger att de aldrig dricker alkohol. Snusandet ligger ungefär som för riket i stort (tabell 3).

### Tabell 3.

Ohälsosamma levnadsvanor bland deltagarna i denna undersökning jämfört med övrig befolkning.

Ohälsosam levnadsvana	Sveriges befolkning	Blekinge brukarundersökning
Röker dagligen	9 %	29 %
Ohälsosamma matvanor	20 %	58 %
Alkohol riskbruk	17 %	6 % (50 % dricker aldrig)
Otillräcklig fysisk aktivitet	35 %	70 %
Snusar dagligen	19 % män 2 % kvinnor	21 %

Ohälsosamma matvanor = äter frukt och grönsaker högst en gång/vecka

Alkohol riskbruk = dricker mer än rekommenderade standardglas/vecka

Otillräcklig fysisk aktivitet = vardagsmotion, mindre än 150 min per vecka

## Variabler som har betydelse för hälsa

All data har hanterats genom rigorösa statistiska metoder gällande normalfördelning, bortfall, svar som ligger i utkanterna av skalorna (så kallade outliers). Vi använde det statistiska programmet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 24 för att analysera vår data. Se bilaga 2 för mer detaljer kring de statistiska analyserna.

Korrelationsanalysen visade att deltagarnas hälsa var signifikant<sup>6</sup> relaterad till faktorer inom hälsa och vardagsliv, fruktkonsumtion och sociala faktorer.

Deltagarnas livstillfredsställelse var positivt relaterad till deras fysiska hälsa ( $r = .40, p < .001$ ), psykiska hälsa ( $r = .48, p < .001$ ), att känna sig pigg och utvilad på morgonen ( $r = .46, p < .001$ ), att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär ( $r = .48, p < .001$ ), hur ofta hon/han äter frukt ( $r = .40, p < .001$ ), lägre grad av ensamhet ( $r = .37, p < .001$ ) och nöjdhet med familj- ( $r = .24, p < .01$ ),

<sup>6</sup> I denna rapport använde vi  $r = .20$  som gräns för den effektstorlek som vi rapporterar som signifikant och av betydelse för individerna i deras vardag (se Ferguson, 2009).

släkt- ( $r = .27, p < .01$ ), vänskapsrelationer ( $r = .33, p < .01$ ), samt stöd vid akutsjukdom ( $r = .24, p < .01$ ). Se tabell 4.

Deltagarnas självrapporterade fysiska hälsa var positivt relaterad till deras psykiska hälsa ( $r = .46, p < .001$ ), att känna sig pigg och utvilad på morgonen ( $r = .43, p < .001$ ), att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär ( $r = .39, p < .001$ ), hur ofta hon/han äter frukt ( $r = .22, p < .001$ ), lägre grad av ensamhet ( $r = .24, p < .001$ ) och nöjdhet med vänskapsrelationer ( $r = .27, p < .01$ ). Se tabell 5.

Deltagarnas självrapporterade psykiska hälsa var positivt relaterad till att känna sig pigg och utvilad på morgonen ( $r = .43, p < .001$ ), att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär ( $r = .60, p < .001$ ), lägre grad av ensamhet ( $r = .36, p < .001$ ) och nöjdhet med släkt- ( $r = .24, p < .01$ ), vänskapsrelationer ( $r = .25, p < .01$ ), och tid spenderat med vänner ( $r = .20, p < .01$ ). Se tabell 6.

#### Tabell 4.

Variabler som har betydelse för livstillfredsställelse.

Variabler – livstillfredsställelse	Korrelationsvärde ( $r$ )
Fysisk hälsa	,404**
Psykisk hälsa	,476**
Sömn	,458**
Att inte känna sig hindrad	,480**
Fruktkonsumtion	,236**
Ensamhet	,374**
Nöjd med familjerelationer	,236**
Nöjd med släktrelationer	,254**
Nöjd med vänskapsrelationer	,331**
Stöd vid akutsjukdom*	-,239**

\*Variabeln är omvänd: ja = 1; nej = 2.

#### Tabell 5.

Variabler som har betydelse för fysisk hälsa.

Variabler – fysisk hälsa	Korrelationsvärde ( $r$ )
Psykisk hälsa	,457**
Sömn	,426**
Att inte känna sig hindrad	,394**
Fruktkonsumtion	,218**
Ensamhet	,243**
Nöjd med vänskapsrelationer	,266**

## Tabell 6.

Variabler som har betydelse för psykisk hälsa.

Variabler – psykisk hälsa	Korrelationsvärde (r)
Sömn	,433**
Att inte känna sig hindrad	,603**
Ensamhet	,358**
Nöjd med släktrelationer	,240**
Nöjd med vänskapsrelationer	,247**
Tid med vänner*	-,204**

\*Variabeln är omvänd: ja = 1; nej = 2.

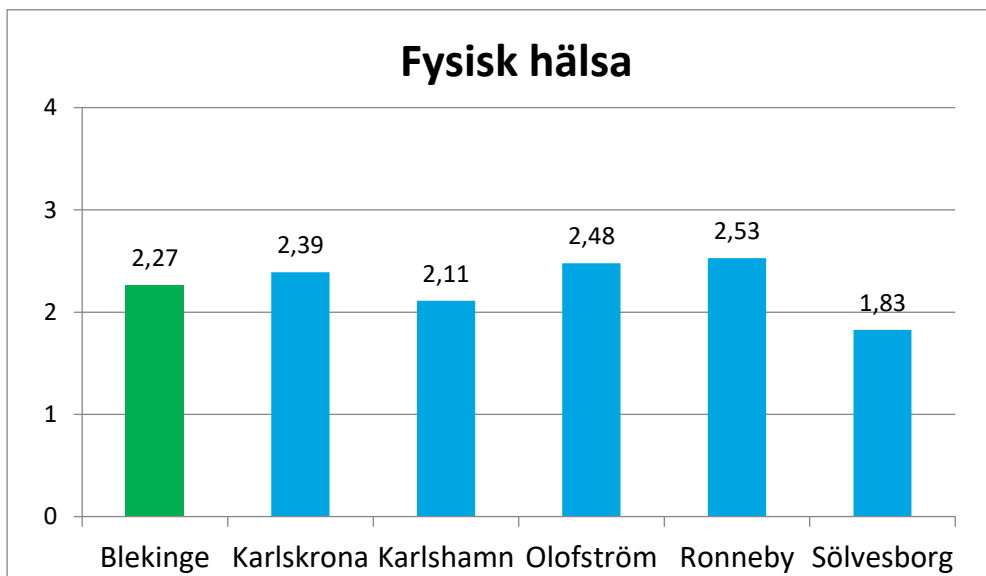
## Självskattad hälsa

Med de första analyserna<sup>7</sup> undersökte vi om det fanns någon skillnad mellan kommunerna i Blekinge i hur personer med psykisk funktionsnedsättning uppskattar sin hälsa, levnadsvanor och huruvida de känner sig hindrade av sin funktionsnedsättning i sin vardag. Efter att ha statistiskt korrigerat för antal variabler vi undersöker, hittade vi inte signifikanta skillnader mellan deltagare i olika kommuner. Vi kunde dock se vissa tendenser. Till exempel, deltagarna från Karlskrona och Sölvesborg skiljde sig åt i hur de uppskattar sin fysiska och psykiska hälsa, sömn och hur mycket de känner sig hindrade av sin funktionsnedsättning i sin vardag, där Sölvesborgs deltagare skattade sin hälsa sämre än deltagare i Karlskrona (se figur 2–5). Det fanns också tendenser till skillnader mellan deltagare från Ronneby och Sölvesborg i hur de uppskattar sin fysiska hälsa och hur mycket de känner sig hindrade av sin funktionsnedsättning i sin vardag, där Sölvesborgs deltagare skattade sin hälsa sämre än deltagare i Ronneby. Resultatet visade att deltagarna i de olika kommunerna även hade en viss tendens till olika levnadsvanor angående fysisk träning och hur ofta de träffade personalen. Se bilaga 2 för mer statistiska detaljer.

Figur 2–5 visar medelvärden för hur personer med psykisk funktionsnedsättning i de fem kommunerna uppskattar sin fysiska och psykiska hälsa, sömn och hur mycket man känner sig hindrad av sina psykiska besvär.

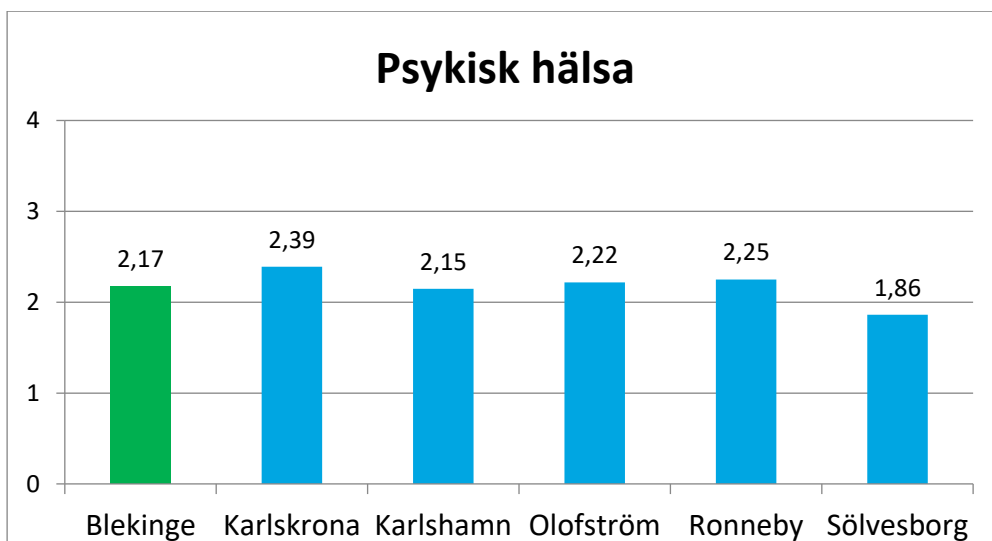
---

<sup>7</sup> Vi använde olika typer av variansanalyser (t.ex. multivariat, MANOVA, och univariat, ANOVA) för signifikansprövning, där en eller flera oberoende variabler (i denna studie hälsa, levnadsvanor och hur individen ser på sin egen förmåga att klara vardagen) jämförs mellan två eller flera olika grupper/beroende variabler (i denna studie de fem kommunerna i Blekinge). Efter variansanalyserna, använde vi även Post hoc-tester för att undersöka vilka kommuners deltagare särskilde sig signifikant i de olika oberoende variablerna. För en mer detaljerad redovisning av dessa analyser se bilaga 2.



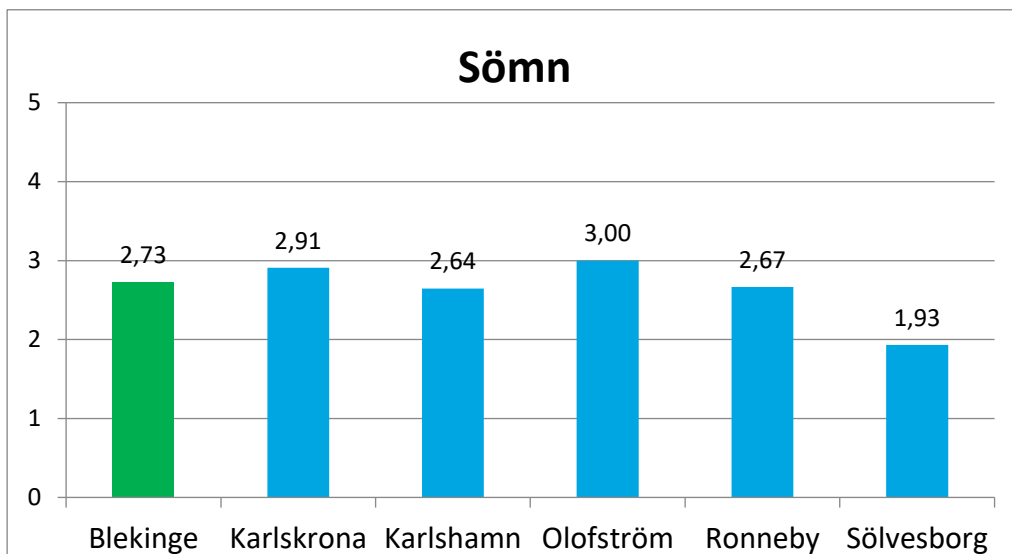
**Figur 2.** Medelvärde för varje kommun gällande frågan ”Hur skulle du uppskatta din allmänna fysiska hälsa för närvarande?”

Not: Fysisk hälsa, skala 1-4: 1=dålig, 2=inte helt bra, 3=bra, 4=utmärkt.



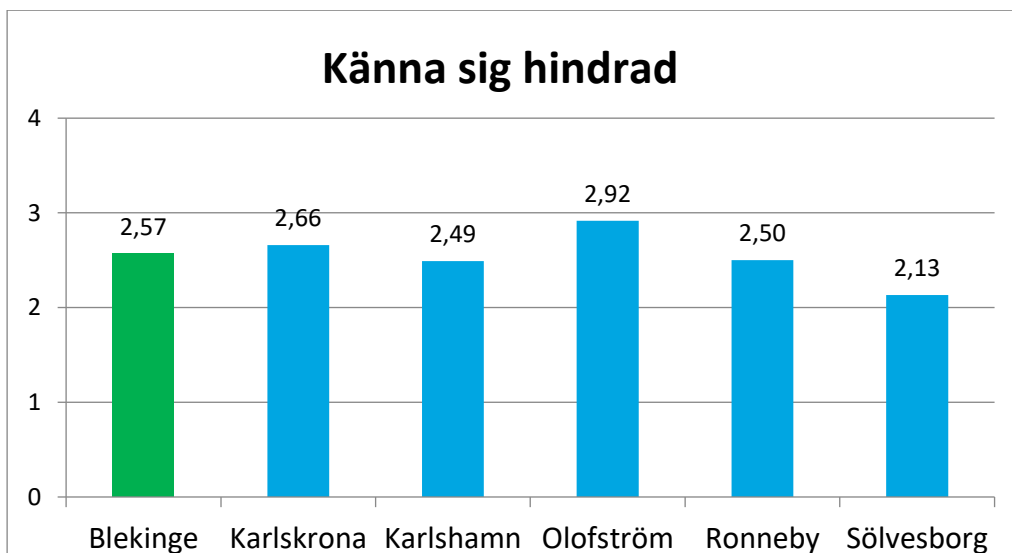
**Figur 3.** Medelvärde för varje kommun gällande frågan ”Hur skulle du uppskatta din allmänna psykiska hälsa för närvarande?”

Not: Psykisk hälsa, skala 1-4: 1=dålig, 2=inte helt bra, 3=bra, 4=utmärkt.



**Figur 4.** Medelvärde för varje kommun gällande frågan ”Jag känner mig pigg och utvilad de flesta morgnar.”

Not: Skala 1-5: 1=stämmer inte alls, 2=stämmer inte särskilt väl, 3=stämmer delvis/delvis inte, 4=stämmer ganska bra, 5=stämmer precis.

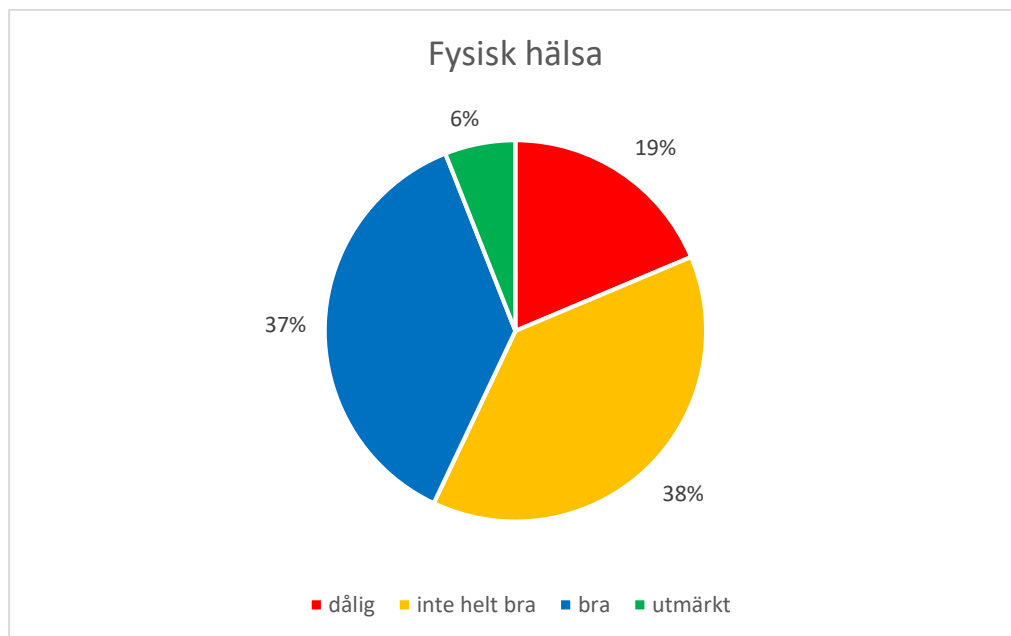


**Figur 5.** Medelvärde för varje kommun gällande frågan ”Hindrar dina psykiska besvär dig från att göra saker som du skulle vilja göra?”

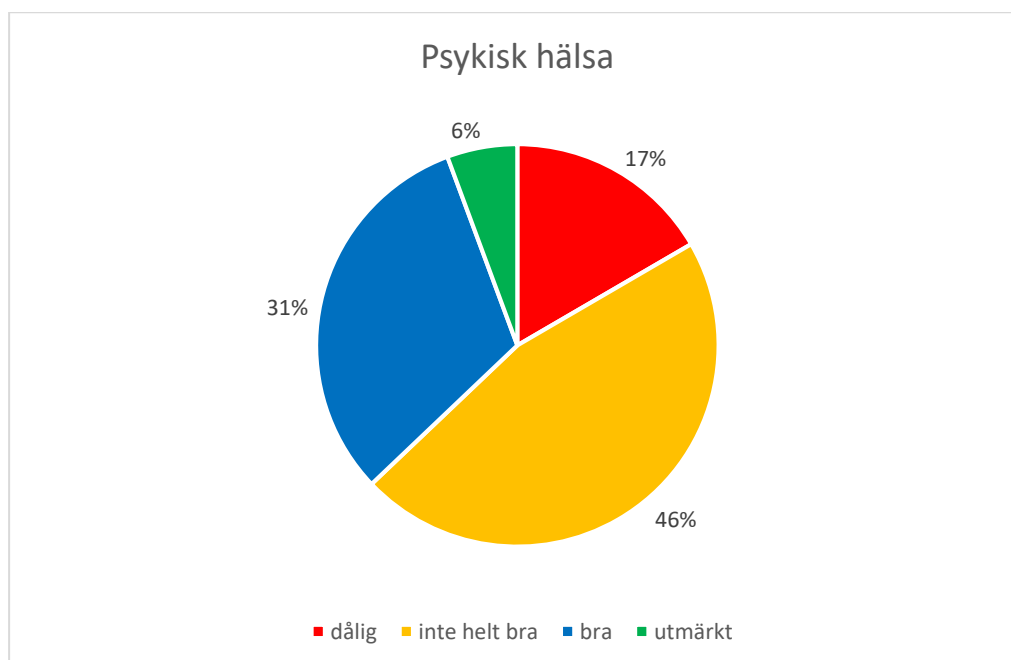
Not: Känna sig hindrad (skala 1-4: 1=hela tiden, 2=i stor utsträckning, 3=lite, 4=inte alls).



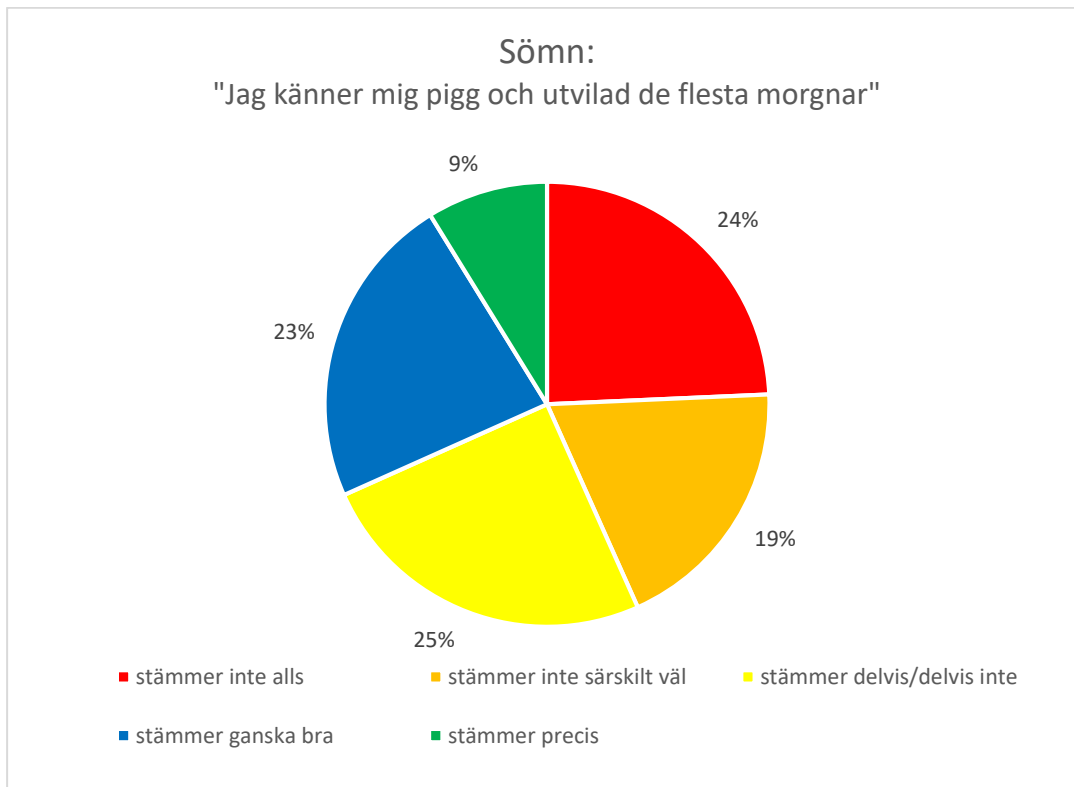
Figur 6-9 visar procentvärden för hur personer med psykisk funktionsnedsättning i hela Blekinge uppskattar sin fysiska och psykiska hälsa, sömn och hur mycket man känner sig hindrad av sina psykiska besvär.



**Figur 6.** ”Hur skulle du uppskatta din allmänna fysiska hälsa för närvarande?”



**Figur 7.** ”Hur skulle du uppskatta din allmänna psykiska hälsa för närvarande?”



**Figur 8.** ”Jag känner mig pigg och utvilad de flesta morgnar.”



**Figur 9.** ”Hindrar dina psykiska besvär dig från att göra saker som du skulle vilja göra?”

## Diskussion

Syftet med denna undersökning var att ge en nulägesbild av individer med psykiska funktionsnedsättningar i Blekinge vars insatser utförs av kommunerna i länet. Vi hade förväntat oss att levnadsvanor skulle ha en signifikant betydelse för den självskattade hälsan men resultaten visar att så inte är fallet. Endast några variabler kring levnadsvanor hade svag signifikant betydelse för hälsan men effekterna var relativt låga. Med det sagt, majoriteten av deltagarna rapporterar att de inte är fysiskt aktiva och har dåliga kostvanor, och att dessa ohälsosamma levnadsvanor är markanta jämfört med befolkningen i övrigt. Andra undersökningar visar också att personer med psykisk funktionsnedsättning har, jämfört med övrig befolkning, sämre levnadsvanor, vilket i sin tur leder till kortare livslängd (Firth et al, 2016; Firth et al, 2019). De prioriterar inte hälsosamt beteende i lika hög grad som övrig befolkning och har på grund av sina psykiska besvär svårighet att inse hälsorisker (Brunero & Lamont, 2010; Hultsjö & Syren, 2013). Bland personer med schizofreni och psykosjukdomar är rökning betydligt högre än bland övrig befolkning, så även ohälsosam kost, stillasittande och högt BMI (Lundström et al, 2019). Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor tillhör personer med psykisk funktionsnedsättning en riskgrupp. De kan behöva extra stöd på grund av kognitiva svårigheter; svårighet att fokusera, att ta in information, ta initiativ och planera långsiktigt. Allt detta försvårar en livsstilsförändring och innebär att ett bra stöd är nödvändigt.

Personalens stöd är viktigt, de arbetar nära brukarna och skapar ofta en nära relation med dem. En framgångsfaktor i hälsofrämjande arbete är att ha en positiv, stödjande attityd och att själv vara delaktig i insatserna som görs (Roberts & Bailey, 2011). Flera studier rekommenderar att arbeta utifrån ett holistiskt synsätt, särskilt för personer med psykisk funktionsnedsättning (Brunero & Lamont, 2010; Scott & Happell, 2011) Socialstyrelsens riktlinjer (2018) framhåller att ett personcentrerat synsätt är en förutsättning för arbete med levnadsvanor. Ett personcentrerat arbetssätt utgår från individens personlighet, förutsättningar, behov och önskemål för att skapa en hållbar livsstilsförändring där individen själv har kontroll över sin hälsa genom att hen fattar medvetna informerade beslut kring sin egen hälsa (Garcia, et al, 2018a). Empowerment är en del av ett personcentrerat arbetssätt och innebär att sträva efter en långsiktig, hållbar förändring som grundar sig i individen själv och som inte enbart förändrar ett beteende (Tengland, 2012). En viktig nyckel i hälsofrämjande arbete är att hjälpa individen att stärka känslan av sammanhang, vilket i sin tur kan leda till förbättrad hälsa (Lundström et al, 2018) Detta har även märkts i tidigare samverkansprojekt i Blekinge, Kultur och Hälsa, som utifrån en helhetssyn på människan gett personer med psykisk funktionsnedsättning stöd att hitta ett sammanhang eller en aktivitet som gör att tillvaron känns mer meningsfull (Andersson et al, 2016; Wästberg et al, 2019).

Resultaten i denna undersökning visar att hälsan påverkas av flera olika faktorer, i enlighet med WHO:s definitioner av hälsa och forskning kring hälsans olika bestämningsfaktorer (Kaplan, 2004). Två faktorer visade sig vara återkommande och av betydelse för deltagarnas självskattade hälsa i denna undersökning: sömn och att man inte känner sig hindrad av sina psykiska besvär från att göra saker man vill göra. Sömnen påverkas av många olika faktorer som till exempel levnadsvanor, stress, socioekonomisk status, fysisk och psykisk hälsa (Jackson et al, 2015) och personlighet (Garcia et al, 2018b). Inom hälso- och sjukvården erbjuder primärvård och psykiatri olika behandlingar för sömnsvårigheter, som kognitiv beteendeterapi, läkemedel och olika typer av hjälpmedel (Sömnsvårigheter, 2017).

Men vad är det som gör att vissa deltagare inte känner sig hindrade av sina psykiska besvär från att göra saker hen vill göra? Vad har dessa personer som de andra deltagarna inte har? Inom återhämtningsforskningen betonas att varje återhämtningsresa är unik och sätter individens egna erfarenheter och upplevelser i fokus (Andersson, G. et al, 2016). Återhämtning från psykisk ohälsa kan sägas bestå av tre delar: som en individuell inre process, med stöd av andra och genom att delta i sociala och meningsfulla aktiviteter (Salzmann-Erikson, 2013). Liksom när det gäller hälsa så är återhämtning en komplex process som pendlar fram och tillbaka och som består av många olika delar. Det kan vara skillnader i personlighet<sup>8</sup> (Cloninger, 2004; Tengland, 2011), bra stöd från vård- och omsorgspersonal (Denhov & Topor, 2012), en meningsfull fritid (Argentzell, Håkansson & Eklund, 2012), goda sociala relationer (Ryff, 1989), en trygg och trivsamt bostad (Andersson, G. et al, 2016), ett arbete (Blank, Harries & Reynolds, 2014), bra medicinering, trygg ekonomi eller andra saker. Att känna kontroll och att själv få bestämma över sitt liv, att ha möjlighet att få välja, ha en positiv självbild, att känna sammanhang, delta i meningsfulla aktiviteter som ger glädje, och att känna hopp och optimism trots sina psykiska besvär är viktigt för livskvalitén för personer med psykisk funktionsnedsättning (Connell et al, 2012; Davidson, 2011), och skiljer sig egentligen inte från behov som alla människor har.

Vad exakt det är som gör att vissa deltagare inte känner sig hindrade av sina psykiska besvär kan vi inte svara på genom denna undersökning utan kräver i så fall vidare granskning. I nuvarande studie, förutom olika mått på hälsa, sömn och ensamhet, fanns det inga andra faktorer som var signifikant relaterade till att individen inte känner sig hindrade av sina psykiska besvär. Forskning inom välbefinnande tyder på att självacceptans och hur individen reglerar sitt temperament är en nyckel till hennes/hans känslan av fri vilja och välbefinnande och harmoni i livet (Cloninger, 2004). Med andra ord, redskap i form av strategier som individen införlivar för att hantera ohälsosamma känslor, tankemönster och vanor leder till större tillit till sin egen förmåga att klara av vardagen och livet trots egna svårigheter. Pilotstudier bland unga vuxna med psykisk ohälsa vid Blekinge kompetenscentrum där olika interventioner avser att öka individens känsla av autonomi, ansvar, målmedvetenhet, hjälpsamhet, empati, social tolerans, flow, spirituellt acceptans och känsla av samhörighet med något större än en själv har visat sig öka livstillfredsställelse, positiva känslor och harmoni i livet, samt minska ångest och depression och negativa tankemönster (Garcia, Cloninger, Lester & Cloninger, 2019; Garcia et al, 2020). Detta innebär att interventioner som riktar in sig på att hjälpa individen att utveckla sin personlighet, borde leda till att individen inte känner sig hindrad av sina psykiska besvär (se även Lyubomirski, 2008).

Tidigare samverkansprojekt i Blekinge har visat att gruppaktiviteter med kultur, kost och motionsteman minskat deltagarnas ångest och depression samt bidragit till ökad känsla av sammanhang och upplevelser av flow (Andersson, A. et al, 2016; Wästberg et al, 2019). Kulturens betydelse för hälsan finns bekräftad genom forskning inom många olika områden (Göteborgs universitet. Centrum för kultur och hälsa, 2014). Fördelen med en aktivitet som bygger på eget skapande i någon form är att människor samlas utifrån ett intresse där deltagarna känner starkt engagemang och att det därigenom blir mindre viktigt om man har en diagnos eller inte (Andersson, G. et al, 2016). Det viktiga blir det personen gör (sjunger, målar, dansar etc), inte det personen vanligtvis definieras som. Den sociala delen av gruppaktiviteter har stor betydelse för deltagarens hälsa, särskilt med tanke på att ensamhet och social isolering är ett utbrett problem bland personer

---

<sup>8</sup> Individer med hög grad av neuroticism har till exempel större benägenhet att oroas, vara pessimistiska och låga i energi, ett personlighetsdrag som är hög korrelerad med ångest, depression och i stort sätt all typ av psykisk ohälsa (Cloninger, 2004).

med psykiska funktionsnedsättningar (Wärdig et al, 2015; Andersson, Denhov, Bülow & Topor, 2015).

Resultaten visar att det finns skillnader, dock inte signifikanta, mellan kommunerna i självskattad hälsa. Sölvesborgs deltagare skattade sin hälsa sämre än deltagare i Karlskrona gällande fysisk och psykisk hälsa, sömn och hur mycket de känner sig hindrade av sin funktionsnedsättning. Sölvesborgs deltagare skattade sin hälsa sämre än deltagare i Ronneby gällande sin fysiska hälsa och hur mycket de känner sig hindrade av sin funktionsnedsättning. Det är svårt att säga vad dessa skillnader beror på, om det är resurser, arbetssätt, kultur, ekonomi, politiska prioriteringar eller andra faktorer som påverkar. Regionala folkhälsorapporter visar också att det finns skillnader mellan kommunerna när det gäller sociodemografiska faktorer, levnadsvanor och hälsa (Region Blekinge, 2018).

Våra resultat har många likheter med resultaten från 2010 års rapport *Dagarna däremellan lever vi*. De faktorer som hade störst betydelse för hälsan i undersökningen från 2010, och som överensstämmer med aktuella studien, var fritidsaktiviteter, attityd till livet (att inte känna sig hindrad), sömn, relationer och fysisk hälsa och motionsvanor. Ytterligare en faktor som hade betydelse då var ekonomi, men för aktuell studie visade det ingen signifikans för den självskattade hälsan. Det går inte att jämföra dessa båda undersökningar rakt av på grund av de ändringar vi gjort i enkätfrågorna, vi kan enbart se trender över de åtta år som gått mellan undersökningarna. Men det är ändå intressant att konstatera att många likheter finns mellan de båda undersökningarna, och att vi återigen kan konstatera att hälsan påverkas av olika faktorer.

## Förslag till utvecklingsarbete

Sveriges kommuner och landsting (2018) lyfter fram hur viktigt det är att vård- och omsorgspersonal får reflektera och diskutera frågor kring levnadsvanor för att öka medvetandet om sina egna levnadsvanor och skapa samsyn kring området. Kunskap om levnadsvanor, chefer som prioriterar hälsofrämjande arbete, individuella hälsoplaner samt brukarens självbestämmande lyfts också fram som viktiga faktorer för att förbättra hälsan hos personer med funktionsnedsättning. Personal behöver kunskap om levnadsvanor enligt nationella riktlinjer och även utbildas i en evidensbaserad metod om hur individer kan motiveras till att ändra sina attityder kring kost, motion, sömn och former för avslappning (Glowacki et al, 2019; Lundström et al, 2018; Wärdig et al, 2015).

Sveriges kommuner och landsting (2018) betonar även hur viktigt det är att jobba hälsofrämjande för personer med funktionsnedsättning för att minska den ojämlika hälsan. Det finns många goda exempel, bland annat ett utbildningsmaterial från Region Jönköping som vänder sig till vård- och omsorgspersonal som möter personer med psykisk funktionsnedsättning. Materialet är tänkt att vara ett stöd i ett hälsofrämjande arbete och även kunna motivera och inspirera personal att jobba med frågor kring levnadsvanor (Persson & Hultsjö, 2013). Det pågår ett implementeringsarbete kring de nya nationella riktlinjerna för levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018). Resultaten från denna undersökning, och från en annan brukarundersökning bland personer med fysiska och intellektuella funktionsnedsättningar (Brantmark, Chamoun, Al Nima, Anderberg, & Fagerström, 2018), kan stärka det arbetet. Det pågår samtidigt ett FoU-arbete i Blekinge om fysisk aktivitet och stillasittande bland äldre som kan göras även för personer med psykiska, fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Genom detta arbete kan även sömn följas upp, som ju påverkas av levnadsvanorna.

## Begränsningar

Vi valde att låta personalen i kommunerna avgöra vilka som skulle exkluderas från studien, eftersom de känner brukarna väl. Detta resulterade i olika tolkningar av exklusionskriterierna och en viss snedfördelning mellan kommunerna där Olofström exkluderade 40% av sina brukare jämfört med Sölvesborg som inte exkluderade någon. Detta påverkar resultatet och gör att en viss försiktighet får vidtas vid jämförelse mellan kommunerna. Genom att kommunerna själva distribuerade enkäten finns en viss risk att vissa deltagare kände sig tvingade att delta, eller hade svårt att säga nej eftersom enkäten delades ut av personal som de kände. För att minska denna risk hade det varit en fördel om en neutral person distribuerat enkäten och informerat om undersökningen.

Vi involverade inte psykiatrins patienter i undersökningen, fokus låg på de personer som har en insats från socialpsykiatri i kommunerna. Det hade varit intressant att få med personer som endast har en kontakt med psykiatri. Å andra sidan har många brukare inom socialpsykiatri en regelbunden kontakt med psykiatri, så undersökningen fångar indirekt upp även dessa patienter.

## Slutsats

Vi har i denna undersökning velat ge en nulägesbild av hur personer med psykisk funktionsnedsättning ser på sitt liv och sin hälsa, samt undersöka vilka faktorer som är relaterade till hälsa och eventuella skillnader mellan kommunerna i Blekinge i dessa variabler. Vi har utgått från en bred definition av hälsa, enligt WHO:s definitioner. Resultaten visar att hälsan påverkas av flera olika faktorer. Det är framförallt två faktorer, sömn och att inte känna sig hindrad av sina psykiska besvär, som visade sig vara betydelsefulla för den självskattade hälsan.

Välbefinnandet skiljer sig åt mellan kommunerna till viss del där deltagarna skattar sin hälsa bättre i Karlskrona och Ronneby jämfört med Sölvesborg. Men skillnaderna är inte signifikanta. Dessutom skiljer sig exkludering av deltagare väsentligt åt mellan kommunerna, vilket gör att för stora slutsatser inte kan dras när det gäller skillnader i hälsa mellan kommunerna.

Det finns två spår som vi utifrån resultaten ser vikten av att arbeta vidare med: levnadsvanor och att inte känna sig hindrad. Vi tänker att sömn bör inkluderas i arbetet med levnadsvanor, eftersom det visade sig vara en betydelsefull faktor för den självskattade hälsan för deltagarna i undersökningen. Svaret på frågan om varför vissa deltagare inte känner sig hindrade av sina psykiska besvär kan vi relatera till annat arbete inom välbefinnande och återhämtning. För att svara mer specifikt på denna fråga i denna population behöver vi mäta andra variabler (till exempel personlighet och välbefinnande med validerade instrument) och även utifrån kvalitativ metod undersöka vad det är som gör att individerna upplever att de inte känner sig hindrade.

Levnadsvanor visade sig inte ha så stor betydelse för den självskattade hälsan som vi förväntat oss, men för den medicinska hälsan har levnadsvanor stor påverkan. Resultaten visar att deltagarna har låg grad av fysisk aktivitet och dåliga kostvanor jämfört med övrig befolkning. Nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2018) lyfter fram personer med funktionsnedsättning som en riskgrupp som behöver extra stöd att hitta motivation till att förändra sina levnadsvanor. Vård och omsorgsarbetet behöver vara personcentrerat och holistiskt för att nå en mer jämlik hälsa där personer med funktionsnedsättning ska kunna må lika bra som alla andra.

## Tack

Vi vill rikta ett stort tack till de personer som deltagit i undersökningen. Tack även till deltagare i träffpunkter i Sölvesborg och Ronneby som hjälpte oss att testa enkäten i början och göra den bättre.

Tack till verksamheterna och deras representanter som ingick i arbetsgruppen och som skötte datainsamlingen.

Lil Carleheden Ottosson och Lars-Henry Gustle ingick i arbetsgruppen i inledningsskedet, och Max Rapp Ricciardi ingick i arbetsgruppen och deltog i analys och diskussion av resultat. Carina Ström ingick i arbetsgruppen fram till sommaren 2018 och ledde arbetsgruppen, förde in data, deltog i analys och diskussion av resultaten samt genomförde muntlig presentation av resultaten.

## Referenser

- Andersson, A., Harris, U., Sandström, B., & Wästberg, B. (2016). *Kultur och Hälsa – ett samverkansprojekt inom psykiatri och socialpsykiatri i Blekinge*. Rapport 2016:2. Karlskrona: Blekinge kompetenscentrum.
- Andersson, G., Bülow, P., Denhov, A. & Topor, A. (2016). *Från patient till person. Om allvarliga psykiska problem – vardag, vård och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G., Denhov, A., Bülow, P., & Topor, A. (2015). Aloneness and loneliness—persons with severe mental illness and experiences of being alone. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(4), 353-365.
- Argentzell, E., Håkansson, C., & Eklund, M. (2012). Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 49-58.
- Blank, A. A., Harries, P., & Reynolds, F. (2015). 'Without occupation you don't exist': Occupational engagement and mental illness. *Journal of occupational science*, 22(2), 197-209.
- Brantmark, A., Chamoun, K., Al Nima, A., Anderberg, P. & Fagerström, C. (2018). *Hälsa, sysselsättning och levnadsvanor. Brukarundersökning av funktionshinder och funktionsnedsättningar och dess stödresurser i Blekinge 3 (BUFUS 3)*. Rapport 2018:1. Blekinge kompetenscentrum.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: the science of well-being*. Oxford University Press.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and quality of life outcomes*. 10:138. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-138>.
- Davidson, L. (2011). Nöjen, glädje och andra positiva livshändelser. Icke-specifika faktorer i återhämtningen från psykisk störning? I M. Sundgren & A. Topor (Red.), *Psykiatri som socialt arbete* (s. 64–79). Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users’ perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424.
- Eriksson, M. (red). (2015). *Salutogenes – om hälsans ursprung. Från forskning till praktisk tillämpning*. Stockholm: Liber AB.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(14), 2869-2881.
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., ... & Chatterton, M. L. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712.



Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/Folkhalsan-i-Sverige-2016/>

Garcia, D., Cloninger, K. M., Amato, C., Rosenberg, P., Saljunovic, A., Nordin, K., Lindskär, E., Lester, N., & Cloninger, C. R. (2020). Synergetic Effects of Anthropeia's Well-Being Coaching and Mind-Body Interventions on Refugees' Health. 32nd Association for Psychological Science Annual Convention. Chicago, Illinois, USA.

Garcia, D., Cloninger, K. M., Lester, N., & Cloninger, C. R. (2019). The Future of Personality Research and Applications – Some Latest Findings. In D. Garcia, T. Archer, & R. M. Kostrzewa (Eds.), *Personality and Brain Disorders: Associations and Interventions*. Cham, Switzerland: Springer.

Garcia, D., Cloninger, K. M., Molander-Söderholm, K., Carleheden Ottosson, L., Jönsson, I., Rapp Ricciardi, M., Zielinski, A., Haddad Nik, F., Lindskär, E., Nima, A. A., Fagerström, C. (2018a). Person-Centered Care. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-7). DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8\_2304-1.

Garcia, D., Schütz, E., Lindskär, E., González Moraga, F. R., Archer, T., Cloninger, K., & Nima, A. A. (2018b). Who is Sleeping Beauty? Quality of sleep and adolescents' Sleep-Psychophysiological-Emotional-Personality Profile. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*, 1, 9-24.

Glowacki, K., Weatherson, K., & Faulkner, G. (2019). Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 152-168.

Göteborgs universitet. Centrum för kultur och hälsa (2014). *Kultur och hälsa: ett vidgat perspektiv*. Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet.

Hallberg, L. (red). (2010). *Hälsa och Livsstil*. Lund: Studentlitteratur.

Hultsjö, S., & Syren, S. (2013). Beliefs about health, health risks and health expectations from the perspective of people with a psychotic disorder. *The open nursing journal*, 7, 114.

Kaplan, G. A. (2004). What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better?. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 124-135.

Lundström, S., Jormfeldt, H., Ahlström, B. H., & Skärsäter, I. (2019). Health-related lifestyle and perceived health among people with severe mental illness: Gender differences and degree of sense of coherence. *Archives of psychiatric nursing*, 33(2), 182-188.

Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.

Persson, S & Hultsjö, S. (2013). *Att främja en hälsosam livsstil hos personer med psykisk funktionsnedsättning*. Hämtad från Regionförbundet Jönköpings län:  
[https://plus.rjl.se/info\\_files/infosida35020/bilaga\\_6\\_framja\\_halsosam\\_livsstil\\_psykisk\\_funktionsnedsattning\\_2014\\_03\\_07.pdf](https://plus.rjl.se/info_files/infosida35020/bilaga_6_framja_halsosam_livsstil_psykisk_funktionsnedsattning_2014_03_07.pdf)

Region Blekinge. (2018). *Tillsammans kan vi göra skillnad. Folkhälsorapport Blekinge 2018*. Hämtad från: <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/folkhalsa-i-blekinge/blekingebornas-halsa.html>

Roberts, S. H. & Bailey, J.E. (2011). [Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies](#). *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 690–708.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.

Salzmann-Erikson, M. (2013). An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. *Issues in mental health nursing*, 34(3), 185-191.

Sandström, B., Bohman, L., & Strandberg, E L. (2011). *Dagarna däremellan lever vi – Psykisk funktionsnedsättning och välbefinnande i fokus*. Rapport 2011:1. Karlskrona: Blekinge kompetenscentrum. <http://ltblekinge.se/globalassets/forskning-och-utveckling/blekinge-kompetenscentrum/publikationer/rapporter/dagarna-daremellan.pdf>

Scott, D. & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:589-597.

Socialstyrelsen. (2010). *Alljämt ojämligt! Levnadsvillkoren för vissa personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-21>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>

Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning? Beskrivning av ojämlikheter idag samt förslag på förändrade arbets sätt*. Stockholm: SKL. Hämtad från: <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-648-3.pdf?issuusl=ignore>

Sömnsvårigheter. (2017, 12 maj). *1177 Vårdguiden*, Hämtad 23 april 2019: <https://www.1177.se/liv--halsa/stresshantering-och-somn/somnsvarigheter/>

Tengland, P-A. (2012). Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. *Public Health Ethics*, Volume 5, Issue 2, 140–153, <https://doi.org/10.1093/phe/phs022>

Tengland, P-A. (2011). The Concept of Work Ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 275-285. DOI: 10.1007/s10926-010-9269-x.

Topor, A., Ljungqvist, I., Bohman, L., Malmberg, A., & Quijote, J. (pseudonym). *Pengar, vänner och psykiska problem - Det sociala livet, privatekonomin och psykisk hälsa. En satsstudie i "Supported Socialization"*. Rapport 2015:2. Karlskrona: Blekinge kompetenscentrum.

Torgerson, J. & Risö Bergerlind, L-L. (2018, 17 september). Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom. *Läkartidningen*. Hämtad från: <https://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Temaartikel/2018/09/Markant-somatisk-oversjuklighet-vid-allvarlig-psykisk-sjukdom/>

Vilhelmsson, A. (2014). Psykisk ohälsa, folkhälsa och medikalisering: har det egentligen någon betydelse vilket hälsobegrepp som används? *Socialmedicinsk tidskrift*, 91, 63-73. (Debattinlägg)

WHO. (1948). Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

Wärdig, R., Bachrach-Lindström, M., Hulstjöö, S., Lindström, T., & Foldemo, A. (2015). Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention. *Journal of clinical nursing*, 24(13-14), 1815-1824.

Wästberg, B., Sandström, B., & Gunnarsson, A. B. (2017). New way of working: Professionals' expectations and experiences of the Culture and Health Project for clients with psychiatric disabilities: A focus group study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 329-340. doi: 10.1111/inm.12324.

Wästberg, B. A., Sandström, B., & Pooremamali, P. (2019). A Turning Point Towards Recovery: An Interview Study with Participants in the Culture and Health Programme for Clients with Long-Term Mental Health Disorders in Sweden. *Issues in mental health nursing*, 1-9.

# Bilaga 1

## Enkäten till Brukarundersökning om hälsa och levnadsvanor

### Kryssa i det alternativ som stämmer in på dig:

Jag är:

- Kvinna       Man       Annat

Min ålder: \_\_\_\_\_ år

- Ensamstående       Gift       Sambo       Särbo

### Boende

- Bor i eget boende (äger eller hyr)  
 Bor i gruppboende/särskilt boende  
 Annat boende: \_\_\_\_\_

Har du hemmaboende barn under 18 år?    Ja    Nej

Har du husdjur?    Ja    Nej

### Vilken kommun bor du i?

- Karlshamn  
 Karlskrona  
 Olofström  
 Ronneby  
 Sölvesborg

### Var är du född?

Sverige

Om annat land än Sverige ange vilket \_\_\_\_\_

### Vilken är din högsta slutförda utbildning?

- Ej slutförd grundskola  
 Grundskola  
 Gymnasium eller folkhögskola  
 Högskola/Universitet upp till 1 år  
 Högskola/Universitet 1-3 år  
 Högskola/Universitet mer än 3 år  
 Annan eftergymnasial utbildning

**Vilka insatser har du från kommunen?**

- Jag har bara kontaktperson
- Jag har kontaktperson och annat stöd (till exempel boendestöd, särskilt boende, sysselsättning, daglig verksamhet)
- Jag har annat stöd (till exempel boendestöd, särskilt boende, sysselsättning, daglig verksamhet)

## Boende

**1. Jag trivs i mitt nuvarande boende.**

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

**2. Jag känner mig trygg i hemmet.**

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

## Arbete

**3. Har du regelbunden sysselsättning eller jobb?**

- Ja
- Nej

**4. Har du sysselsättning eller jobb i den utsträckning du önskar?**

- Ja
- Nej, önskar mindre
- Nej, önskar mer

**5. Hur nöjd är du med din sysselsättning eller ditt jobb? (ringa in den siffra som stämmer för dig)**

1	2	3	4	5
Mycket missnöjd				Mycket nöjd

## Fritidsaktiviteter

6. *Har du några fritidsaktiviteter?*

- Ja
- Nej

7. *Har du fritidsaktiviteter i den utsträckning du önskar?*

- Ja
- Nej, önskar mindre
- Nej, önskar mer

8. *Hur nöjd är du med dina fritidsaktiviteter? (ringa in den siffra som stämmer för dig)*

1	2	3	4	5
Mycket missnöjd				Mycket nöjd

## Sociala relationer

9. *Hur många gånger under den senaste veckan har du tillbringat tid med någon vän eller släkting som du inte bor tillsammans med?*

- 7 gånger eller fler
- 2-6 gånger
- En gång
- Ingen alls

10. *Hur många gånger under den senaste veckan har du tillbringat tid tillsammans med någon personal?*

- 7 gånger eller fler
- 2-6 gånger
- En gång
- Ingen alls

11. *Har du någon som du kan anförtro dig åt och prata om känsliga ämnen med?*

- Ja
- Nej

12. *Har du någon som skulle kunna hjälpa dig om du blir akut sjuk?*

- Ja
- Nej
- Vet ej

**13. *Händer det att du känner dig ensam?***

- Ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Nästan aldrig
- Aldrig

**14. *Hur nöjd är du med dina familjerelationer som helhet? (ringa in den siffra som stämmer för dig)***

1	2	3	4	5
Mycket missnöjd				Mycket nöjd

**15. *Hur nöjd är du med dina övriga släktrationer som helhet?***

1	2	3	4	5
Mycket missnöjd				Mycket nöjd

**16. *Hur nöjd är du med dina vänskapsrelationer som helhet?***

1	2	3	4	5
Mycket missnöjd				Mycket nöjd



## Hälsa och vardagsliv

17. *Hur skulle du uppskatta din allmänna fysiska hälsa för närvarande?*

- Utmärkt
- Bra
- Inte helt bra
- Dålig

18. *Hur skulle du uppskatta din allmänna psykiska hälsa för närvarande?*

- Utmärkt
- Bra
- Inte helt bra
- Dålig

19. *Jag känner mig pigg och utvilad de flesta morgnar.*

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

20. *Hur ofta känner du dig orolig?*

- Mycket ofta
- Ganska ofta
- Inte så ofta
- Väldigt sällan

21. *Hindrar dina psykiska besvär dig från att göra saker som du skulle vilja göra?*

- Inte alls
- Lite
- I stor utsträckning
- Hela tiden

**22. Hur tar du dig till andra platser i din vardag?**

- Jag klarar det själv (kan resa själv med buss, taxi, cykla etc, eller köra egen bil)
- Jag klarar det med viss hjälp av andra
- Jag klarar inte att ta mig utanför hemmet

**23. Kan du gå ut och handla själv, t ex mat, kläder?**

- Jag klarar det själv
- Jag klarar det med viss hjälp av andra
- Andra handlar åt mig

**24. Kan du tillaga din egen mat?**

- Jag gör det utan hjälp
- Jag behöver viss hjälp
- Jag kan inte laga min egen mat

**25. Behöver du hjälp med att ta din medicin?**

- Utan hjälp
- Med hjälp
- Tar inte min medicin. Orsak: \_\_\_\_\_
- Har ingen medicin

**26. Kan du sköta din ekonomi på egen hand? (flera alternativ möjliga)**

- Ja, utan hjälp (sköter alla bankärenden inkl. betala räkningar själv, har själv hand om mina bankkonton/pengar etc.)
- Ja, med viss hjälp (hanterar vardagliga betalningar av varor, men behöver hjälp med att sköta bankärenden och betala räkningar)
- Jag har god man.
- Jag har förvaltare.
- Nej, skulle behöva hjälp.

## Ekonomi

**27. Jag oroar mig ofta för att mina pengar inte ska räcka till mat och räkningar.**

- Stämmer helt
- Stämmer ganska bra
- Stämmer varken bra eller dåligt
- Stämmer inte så bra
- Stämmer inte alls

**28. När mina fasta utgifter är betalda brukar jag ha pengar över till något trevligt.**

- Stämmer helt
- Stämmer ganska bra
- Stämmer varken bra eller dåligt
- Stämmer inte så bra
- Stämmer inte alls

**29. Mina ekonomiska tillgångar är tillräckliga för att betala medicin, glasögon, läkarbesök, tandläkarbesök osv.**

- Stämmer helt
- Stämmer ganska bra
- Stämmer varken bra eller dåligt
- Stämmer inte så bra
- Stämmer inte alls

## Övrigt

**30. Har du tillgång till internet?**

- Ja, i min mobil/dator/surfplatta
- Ja, annan plats (hos någon jag känner, bibliotek)
- Nej. Orsak: \_\_\_\_\_

**31. Har du deltagit i något eller några av följande projekt tidigare? (flera alternativ möjliga)**

- Kultur och Hälsa (kultur, natur, kost och motion i 14 veckor, 3 h/vecka)
- Pengar, vänner och psykisk hälsa (500 kr i månaden under 9 månader)
- Livsstilscoach (personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa coachar/stöttar)

Här kommer några frågor om dina levnadsvanor. Detta är en enkät som alla invånare i Blekinge får besvara vid kontakt med vårdcentral.

## Tobak

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

### 32. Mina rökvanor:

- Jag har aldrig varit rökare
- Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan
- Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan
- Jag röker, men inte dagligen
- Jag röker dagligen:
  - 1-9 cigaretter per dag
  - 10-19 cigaretter per dag
  - 20 eller fler cigaretter per dag

### 33. Mina snusvanor:

- Jag har aldrig varit snusare
- Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan
- Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan
- Jag snusar men inte dagligen
- Jag snusar:
  - 1-3 dosor per vecka
  - 4-6 dosor per vecka
  - 7 eller fler dosor per vecka

## Alkohol

För att kunna jämföra olika typer av alkoholhaltiga drycker använder vi ett mått som kallas standardglas.

Ett standardglas motsvarar till exempel:



*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

**34. Hur många standardglas dricker du under en vanlig vecka? Jag dricker under en vanlig vecka:**

- Jag dricker inte alkohol
- Mindre än ett standardglas
- 1–4 standardglas
- 5–9 standardglas
- 10–14 standardglas
- 15 eller fler standardglas

**35. Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas eller mer, och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?**

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

## Fysisk Aktivitet

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

### **36. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd?**

*(Det kan till exempel vara löpning, bollsport eller motionsgymnastik.)*

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timme)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar eller mer)

### **37. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?**

*(Det kan till exempel vara att promenera, cykla eller arbeta i trädgården. Räkna ihop all tid som du rör dig under en hel vecka, minst tio minuter åt gången.)*

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timme)
- 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar eller mer)

## Mat

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

**38. Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?**

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

**39. Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice, etc)?**

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

**40. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?**

- Tre gånger i veckan eller oftare
- Två gånger i veckan
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden eller mer sällan

**41. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?**

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

**42. Hur ofta äter du frukost?**

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

# Livstillfredsställelse

## Instruktion

Använd den sjugradiga skalan nedanför för att visa vad du tycker om varje påstående. Skriv lämplig siffra på raden framför.

\_\_\_\_\_ I de flesta avseende är mitt liv nära mitt ideal.

\_\_\_\_\_ Förutsättningarna i mitt liv är utmärkta.

\_\_\_\_\_ Jag är nöjd med mitt liv.

\_\_\_\_\_ Än så länge har jag fått de viktiga sakerna i livet jag vill ha.

\_\_\_\_\_ Om jag kunde leva om mitt liv skulle jag i stort sett inte ändra på något alls.

## Sjugradig skala

7 = Håller verkligen med

6 = Håller med

5 = Håller med till viss del

4 = Håller varken med eller inte med

3 = Håller till viss del inte med

2 = Håller inte med

1 = Håller verkligen inte med

## *Frågorna i hela enkäten har besvarats av:*

Mig själv                       Mig själv med viss hjälp



*Övriga kommentarer*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Bilaga 2

### Statistik

**Variansanalyser för att undersöka skillnader mellan kommunerna i Blekinge i hur personer med psykisk funktionsnedsättning uppskattar sin hälsa, levnadsvanor och huruvida de känner sig hindrade av sin egen funktionsnedsättning i sin vardag.**

En multivariat variansanalys (MANOVA) visade att det inte fanns en signifikant effekt beroende på vilken kommun deltagarna tillhörde på hur de uppskattade sin hälsa eller sin egen förmåga att klara av vardagen (*Wilks' Lambda* = .822,  $F_{(886,14\ 36)} = 1.32, p = .10$ ). Vidare univariata variansanalyser (ANOVA) visade dock att deltagarna i de olika kommunerna särskilde sig signifikant i den självrapporterade graden livstillfredsställelse ( $F_{(4, 249)} = 2.51, P < 0.05, \text{Partial } \eta^2 = .04$ ), fysisk hälsa ( $F_{(4, 249)} = 4.27, P < 0.01, \text{Partial } \eta^2 = .07$ ), psykisk hälsa ( $F_{(4, 249)} = 2.66, P < 0.01, \text{Partial } \eta^2 = .04$ ), sömn ( $F_{(4, 249)} = 3.01, P < 0.01, \text{Partial } \eta^2 = .05$ ) och huruvida de känner sig hindrade av sin egen funktionsnedsättning i sin vardag ( $F_{(4, 249)} = 3.68, P < 0.01, \text{Partial } \eta^2 = .06$ ).

De slutliga **Post hoc-testerna** visade att det fanns signifikanta skillnader ( $P < 0.05$ ) mellan deltagarna från Karlskrona och Sölvesborg i hur de uppskattar sin fysiska och psykiska hälsa, sömn och sin egen förmåga att klara av vardagen. Det fanns också signifikant skillnader ( $P < 0.05$ ) mellan deltagare från Ronneby och Sölvesborg i hur de uppskattar sin fysiska hälsa och sin egen förmåga att klara av vardagen. Vi tillämpade **Bonferroni metoden**<sup>9</sup> och anpassade signifikansnivån till 0.006 ( $.05 \div 9$  oberoende variabler). Detta innebar att det inte fanns några signifikanta skillnader efter denna P-värdekorrigering. För mer detaljer se tabell B1 och B2.

För vissa variabler (dvs. de flesta levnadsvanor och några frågor kring sociala relationer) behövde vi använda Chi Square testet istället för variansanalyser. Resultatet visade att deltagarna i de olika kommunerna hade olika levnadsvanor angående fysisk träning ( $\chi^2 = 10,50, df = 4, p < .05$ ) och hur ofta de träffade personalen i sin hemkommun ( $\chi^2 = 10,49, df = 4, p < .05$ ). Efter att tillämpa Bonferroni metoden var inga skillnader signifikanta mellan deltagare från de olika kommunerna. För mer detaljer se tabell B3, B4 och B5.

---

<sup>9</sup> Bonferroni metoden innebär att man multiplicerar p-värdet från varje jämförelse med antalet jämförelser för att korrigera för multipla jämförelser.

**Tabell B1.**

Medelvärden och standardavvikelser för deltagarnas självuppskattade hälsa, sömnvanor, tillfredsställelse med sociala relationer och egen förmåga att klara av vardagen från respektive kommun.

	Variabel	Kommun	Medelvärde	<i>SD</i>	<i>N</i>	
H Ä L S A	Livstillfredsställelse  (skala: 1-7)	Karlskrona	3,66	1,39	115,00	
		Karlshamn	2,98	1,33	49,00	
		Olofström	3,50	1,20	21,00	
		Ronneby	3,52	1,75	36,00	
		Sölvesborg	3,04	1,48	28,00	
		BLEKINGE	3,42	1,45	249,00	
	Fysisk hälsa	Karlskrona	2,37	0,75	115,00	
		Karlshamn	2,12	0,83	49,00	
		Olofström	2,52	0,93	21,00	
		Ronneby	2,53	0,94	36,00	
		Sölvesborg	1,82	0,82	28,00	
		BLEKINGE	2,30	0,84	249,00	
		Psykisk hälsa	Karlskrona	2,38	0,72	115,00
			Karlshamn	2,18	0,75	49,00
Olofström	2,24		0,89	21,00		
Ronneby	2,25		0,91	36,00		
Sölvesborg	1,86		0,85	28,00		
BLEKINGE	2,25		0,80	249,00		
L E V N A D S V A N O	Sömn	Karlskrona	2,85	1,28	115,00	
		Karlshamn	2,51	1,24	49,00	
		Olofström	2,90	1,18	21,00	
		Ronneby	2,67	1,29	36,00	
		Sölvesborg	2,00	1,12	28,00	
		BLEKINGE	2,67	1,27	249,00	

<b>R</b>						
	<b>Variabel</b>	<b>Kommun</b>	<b>Medelvärde</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	
S O C I A L A R E L A T I O N E R	<b>Att inte känna sig hindrad</b>	<b>Karlskrona</b>	2,66	0,79	115,00	
		<b>Karlshamn</b>	2,51	0,96	49,00	
		<b>Olofström</b>	2,95	0,92	21,00	
		<b>Ronneby</b>	2,50	0,94	36,00	
		<b>Sölvesborg</b>	2,07	0,94	28,00	
		<b>BLEKINGE</b>	2,57	0,90	249,00	
		<b>Ensamhet</b>	<b>Karlskrona</b>	2,84	1,14	115,00
		<b>Karlshamn</b>	2,65	1,15	49,00	
		<b>Olofström</b>	2,67	1,11	21,00	
		<b>Ronneby</b>	2,64	1,13	36,00	
		<b>Sölvesborg</b>	2,43	1,07	28,00	
		<b>BLEKINGE</b>	2,71	1,13	249,00	
		<b>Familj</b>	<b>Karlskrona</b>	3,21	1,20	115,00
			<b>Karlshamn</b>	3,18	1,29	49,00
			<b>Olofström</b>	3,00	1,34	21,00
			<b>Ronneby</b>	3,19	1,35	36,00
			<b>Sölvesborg</b>	3,36	1,42	28,00
			<b>BLEKINGE</b>	3,20	1,27	249,00
		<b>Släkt</b>	<b>Karlskrona</b>	2,93	1,30	115,00
			<b>Karlshamn</b>	2,84	1,18	49,00
			<b>Olofström</b>	2,95	1,47	21,00
		<b>Ronneby</b>	3,03	1,16	36,00	
		<b>Sölvesborg</b>	2,64	1,39	28,00	
		<b>BLEKINGE</b>	2,90	1,28	249,00	
	<b>Vän</b>	<b>Karlskrona</b>	3,46	1,11	115,00	
		<b>Karlshamn</b>	2,94	1,34	49,00	
		<b>Olofström</b>	3,19	1,33	21,00	
		<b>Ronneby</b>	3,39	1,23	36,00	
		<b>Sölvesborg</b>	3,11	1,29	28,00	
		<b>BLEKINGE</b>	3,29	1,22	249,00	

**Tabell B2.**

Skillnader i medelvärden mellan deltagarna i respektive kommun och deras självuppskattade hälsa, sömnvanor, tillfredsställelse med sociala relationer och att inte känna sig hindrad i sin vardag. Värden med fetstil är signifikanta utan Bonferroni korrektion för multipla jämförelser.

Variabel	Jämförelse	Skillnad i medelvärde	Standard error	<i>P</i>	95% konfidensintervaller		
Livstillfredsställelse	Karlskrona	Karlshamn	0,68	0,24	0,058	-0,01	1,37
		Olofström	0,16	0,34	1,000	-0,80	1,12
		Ronneby	0,14	0,27	1,000	-0,64	0,92
		Sölvesborg	0,62	0,30	0,412	-0,24	1,48
	Karlshamn	Karlskrona	-0,68	0,24	0,058	-1,37	0,01
		Olofström	-0,52	0,37	1,000	-1,58	0,54
		Ronneby	-0,54	0,31	0,869	-1,43	0,35
		Sölvesborg	-0,06	0,34	1,000	-1,02	0,90
	Olofström	Karlskrona	-0,16	0,34	1,000	-1,12	0,80
		Karlshamn	0,52	0,37	1,000	-0,54	1,58
		Ronneby	-0,02	0,39	1,000	-1,14	1,09
		Sölvesborg	0,46	0,41	1,000	-0,71	1,63
	Ronneby	Karlskrona	-0,14	0,27	1,000	-0,92	0,64
		Karlshamn	0,54	0,31	0,869	-0,35	1,43
		Olofström	0,02	0,39	1,000	-1,09	1,14
		Sölvesborg	0,48	0,36	1,000	-0,54	1,50
	Sölvesborg	Karlskrona	-0,62	0,30	0,412	-1,48	0,24
		Karlshamn	0,06	0,34	1,000	-0,90	1,02
		Olofström	-0,46	0,41	1,000	-1,63	0,71
		Ronneby	-0,48	0,36	1,000	-1,50	0,54
Fysisk hälsa	Karlskrona	Karlshamn	0,25	0,14	0,739	-0,15	0,65
		Olofström	-0,15	0,19	1,000	-0,70	0,40
		Ronneby	-0,15	0,16	1,000	-0,60	0,29
		Sölvesborg	<b>,55*</b>	<b>0,17</b>	<b>0,016</b>	<b>0,06</b>	<b>1,04</b>
	Karlshamn	Karlskrona	-0,25	0,14	0,739	-0,65	0,15
		Olofström	-0,40	0,21	0,621	-1,01	0,21
		Ronneby	-0,41	0,18	0,254	-0,92	0,11
		Sölvesborg	0,30	0,19	1,000	-0,25	0,85
	Olofström	Karlskrona	0,15	0,19	1,000	-0,40	0,70
		Karlshamn	0,40	0,21	0,621	-0,21	1,01
		Ronneby	0,00	0,23	1,000	-0,64	0,63
		Sölvesborg	<b>,70*</b>	<b>0,24</b>	<b>0,033</b>	<b>0,03</b>	<b>1,37</b>

	Ronneby	Karlskrona	0,15	0,16	1,000	-0,29	0,60
		Karlshamn	0,41	0,18	0,254	-0,11	0,92
		Olofström	0,00	0,23	1,000	-0,63	0,64
		Sölvesborg	<b>,71**</b>	<b>0,21</b>	<b>0,007</b>	<b>0,12</b>	<b>1,29</b>
	Sölvesborg	Karlskrona	<b>-,55*</b>	<b>0,17</b>	<b>0,016</b>	<b>-1,04</b>	<b>-0,06</b>
		Karlshamn	-0,30	0,19	1,000	-0,85	0,25
		Olofström	<b>-,70*</b>	<b>0,24</b>	<b>0,033</b>	<b>-1,37</b>	<b>-0,03</b>
		Ronneby	<b>-,71**</b>	<b>0,21</b>	<b>0,007</b>	<b>-1,29</b>	<b>-0,12</b>
Psykisk hälsa	Karlskrona	Karlshamn	0,20	0,13	1,000	-0,18	0,58
		Olofström	0,14	0,19	1,000	-0,38	0,67
		Ronneby	0,13	0,15	1,000	-0,29	0,56
		Sölvesborg	<b>,52*</b>	<b>0,17</b>	<b>0,017</b>	<b>0,06</b>	<b>0,99</b>
	Karlshamn	Karlskrona	-0,20	0,13	1,000	-0,58	0,18
		Olofström	-0,05	0,20	1,000	-0,63	0,53
		Ronneby	-0,07	0,17	1,000	-0,55	0,42
		Sölvesborg	0,33	0,19	0,805	-0,20	0,85
	Olofström	Karlskrona	-0,14	0,19	1,000	-0,67	0,38
		Karlshamn	0,05	0,20	1,000	-0,53	0,63
		Ronneby	-0,01	0,22	1,000	-0,62	0,60
		Sölvesborg	0,38	0,23	0,942	-0,26	1,02
	Ronneby	Karlskrona	-0,13	0,15	1,000	-0,56	0,29
		Karlshamn	0,07	0,17	1,000	-0,42	0,55
		Olofström	0,01	0,22	1,000	-0,60	0,62
		Sölvesborg	0,39	0,20	0,482	-0,17	0,95
	Sölvesborg	Karlskrona	<b>-,55*</b>	<b>0,17</b>	<b>0,017</b>	<b>-0,99</b>	<b>-0,06</b>
		Karlshamn	-0,33	0,19	0,805	-0,85	0,20
		Olofström	-0,38	0,23	0,942	-1,02	0,26
		Ronneby	-0,39	0,20	0,482	-0,95	0,17
Sömnvanor	Karlskrona	Karlshamn	0,34	0,21	1,000	-0,26	0,95
		Olofström	-0,05	0,30	1,000	-0,89	0,79
		Ronneby	0,19	0,24	1,000	-0,49	0,86
		Sölvesborg	<b>,22*</b>	<b>0,26</b>	<b>0,014</b>	<b>0,11</b>	<b>1,60</b>
	Karlshamn	Karlskrona	-0,34	0,21	1,000	-0,95	0,26
		Olofström	-0,39	0,33	1,000	-1,32	0,53
		Ronneby	-0,16	0,27	1,000	-0,93	0,62
		Sölvesborg	0,51	0,30	0,859	-0,33	1,35

	<b>Olofström</b>	<b>Karlskrona</b>	0,05	0,30	1,000	-0,79	0,89
		<b>Karlshamn</b>	0,39	0,33	1,000	-0,53	1,32
		<b>Ronneby</b>	0,24	0,34	1,000	-0,73	1,21
		<b>Sölvesborg</b>	0,90	0,36	0,127	-0,12	1,93
	<b>Ronneby</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,19	0,24	1,000	-0,86	0,49
		<b>Karlshamn</b>	0,16	0,27	1,000	-0,62	0,93
		<b>Olofström</b>	-0,24	0,34	1,000	-1,21	0,73
		<b>Sölvesborg</b>	0,67	0,31	0,351	-0,22	1,56
	<b>Sölvesborg</b>	<b>Karlskrona</b>	<b>-,85*</b>	<b>0,26</b>	<b>0,014</b>	<b>-1,60</b>	<b>-0,11</b>
		<b>Karlshamn</b>	-0,51	0,30	0,859	-1,35	0,33
		<b>Olofström</b>	-0,90	0,36	0,127	-1,93	0,12
		<b>Ronneby</b>	-0,67	0,31	0,351	-1,56	0,22
	<b>Karlskrona</b>	<b>Karlshamn</b>	0,15	0,15	1,000	-0,27	0,57
		<b>Olofström</b>	-0,29	0,21	1,000	-0,88	0,30
		<b>Ronneby</b>	0,16	0,17	1,000	-0,31	0,64
		<b>Sölvesborg</b>	<b>,59*</b>	<b>0,18</b>	<b>0,016</b>	<b>0,07</b>	<b>1,11</b>
	<b>Karlshamn</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,15	0,15	1,000	-0,57	0,27
		<b>Olofström</b>	-0,44	0,23	0,545	-1,09	0,21
		<b>Ronneby</b>	0,01	0,19	1,000	-0,54	0,56
		<b>Sölvesborg</b>	0,44	0,21	0,358	-0,15	1,03
	<b>Olofström</b>	<b>Karlskrona</b>	0,29	0,21	1,000	-0,30	0,88
		<b>Karlshamn</b>	0,44	0,23	0,545	-0,21	1,09
		<b>Ronneby</b>	0,45	0,24	0,616	-0,23	1,13
		<b>Sölvesborg</b>	<b>,88**</b>	<b>0,25</b>	<b>0,006</b>	<b>0,16</b>	<b>1,60</b>
	<b>Ronneby</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,16	0,17	1,000	-0,64	0,31
		<b>Karlshamn</b>	-0,01	0,19	1,000	-0,56	0,54
		<b>Olofström</b>	-0,45	0,24	0,616	-1,13	0,23
		<b>Sölvesborg</b>	0,43	0,22	0,537	-0,20	1,05
	<b>Sölvesborg</b>	<b>Karlskrona</b>	<b>-,59*</b>	<b>0,18</b>	<b>0,016</b>	<b>-1,11</b>	<b>-0,07</b>
		<b>Karlshamn</b>	-0,44	0,21	0,358	-1,03	0,15
		<b>Olofström</b>	<b>-,88**</b>	<b>0,25</b>	<b>0,006</b>	<b>-1,60</b>	<b>-0,16</b>
		<b>Ronneby</b>	-0,43	0,22	0,537	-1,05	0,20
	<b>Karlskrona</b>	<b>Karlshamn</b>	0,19	0,19	1,000	-0,35	0,74
		<b>Olofström</b>	0,18	0,27	1,000	-0,58	0,93
	<b>Ensamhet</b>	<b>Ronneby</b>	0,20	0,22	1,000	-0,41	0,81
		<b>Sölvesborg</b>	0,41	0,24	0,820	-0,26	1,09

	<b>Karlshamn</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,19	0,19	1,000	-0,74	0,35
		<b>Olofström</b>	-0,01	0,29	1,000	-0,85	0,82
		<b>Ronneby</b>	0,01	0,25	1,000	-0,69	0,72
		<b>Sölvesborg</b>	0,22	0,27	1,000	-0,53	0,98
	<b>Olofström</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,18	0,27	1,000	-0,93	0,58
		<b>Karlshamn</b>	0,01	0,29	1,000	-0,82	0,85
		<b>Ronneby</b>	0,03	0,31	1,000	-0,85	0,90
		<b>Sölvesborg</b>	0,24	0,33	1,000	-0,68	1,16
	<b>Ronneby</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,20	0,22	1,000	-0,81	0,41
		<b>Karlshamn</b>	-0,01	0,25	1,000	-0,72	0,69
		<b>Olofström</b>	-0,03	0,31	1,000	-0,90	0,85
		<b>Sölvesborg</b>	0,21	0,28	1,000	-0,59	1,02
	<b>Sölvesborg</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,41	0,24	0,820	-1,09	0,26
		<b>Karlshamn</b>	-0,22	0,27	1,000	-0,98	0,53
		<b>Olofström</b>	-0,24	0,33	1,000	-1,16	0,68
		<b>Ronneby</b>	-0,21	0,28	1,000	-1,02	0,59
	<b>Karlskrona</b>	<b>Karlshamn</b>	0,03	0,22	1,000	-0,59	0,64
		<b>Olofström</b>	0,21	0,30	1,000	-0,65	1,07
		<b>Ronneby</b>	0,01	0,24	1,000	-0,68	0,70
		<b>Sölvesborg</b>	-0,15	0,27	1,000	-0,91	0,61
	<b>Karlshamn</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,03	0,22	1,000	-0,64	0,59
		<b>Olofström</b>	0,18	0,33	1,000	-0,76	1,13
		<b>Ronneby</b>	-0,01	0,28	1,000	-0,80	0,78
		<b>Sölvesborg</b>	-0,17	0,30	1,000	-1,03	0,68
	<b>Olofström</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,21	0,30	1,000	-1,07	0,65
		<b>Karlshamn</b>	-0,18	0,33	1,000	-1,13	0,76
		<b>Ronneby</b>	-0,19	0,35	1,000	-1,19	0,80
		<b>Sölvesborg</b>	-0,36	0,37	1,000	-1,40	0,69
	<b>Ronneby</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,01	0,24	1,000	-0,70	0,68
		<b>Karlshamn</b>	0,01	0,28	1,000	-0,78	0,80
		<b>Olofström</b>	0,19	0,35	1,000	-0,80	1,19
		<b>Sölvesborg</b>	-0,16	0,32	1,000	-1,07	0,75
	<b>Sölvesborg</b>	<b>Karlskrona</b>	0,15	0,27	1,000	-0,61	0,91
		<b>Karlshamn</b>	0,17	0,30	1,000	-0,68	1,03
		<b>Olofström</b>	0,36	0,37	1,000	-0,69	1,40
		<b>Ronneby</b>	0,16	0,32	1,000	-0,75	1,07

Familj



<b>Släkt</b>	<b>Karlskrona</b>	<b>Karlshamn</b>	0,09	0,22	1,000	-0,53	0,71
		<b>Olofström</b>	-0,02	0,30	1,000	-0,88	0,84
		<b>Ronneby</b>	-0,10	0,24	1,000	-0,79	0,60
		<b>Sölvesborg</b>	0,29	0,27	1,000	-0,48	1,05
	<b>Karlshamn</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,09	0,22	1,000	-0,71	0,53
		<b>Olofström</b>	-0,12	0,33	1,000	-1,06	0,83
		<b>Ronneby</b>	-0,19	0,28	1,000	-0,99	0,61
		<b>Sölvesborg</b>	0,19	0,30	1,000	-0,67	1,05
	<b>Olofström</b>	<b>Karlskrona</b>	0,02	0,30	1,000	-0,84	0,88
		<b>Karlshamn</b>	0,12	0,33	1,000	-0,83	1,06
		<b>Ronneby</b>	-0,08	0,35	1,000	-1,07	0,92
		<b>Sölvesborg</b>	0,31	0,37	1,000	-0,74	1,36
	<b>Ronneby</b>	<b>Karlskrona</b>	0,10	0,24	1,000	-0,60	0,79
		<b>Karlshamn</b>	0,19	0,28	1,000	-0,61	0,99
		<b>Olofström</b>	0,08	0,35	1,000	-0,92	1,07
		<b>Sölvesborg</b>	0,38	0,32	1,000	-0,53	1,30
<b>Sölvesborg</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,29	0,27	1,000	-1,05	0,48	
	<b>Karlshamn</b>	-0,19	0,30	1,000	-1,05	0,67	
	<b>Olofström</b>	-0,31	0,37	1,000	-1,36	0,74	
	<b>Ronneby</b>	-0,38	0,32	1,000	-1,30	0,53	
<b>Vän</b>	<b>Karlskrona</b>	<b>Karlshamn</b>	0,52	0,21	0,124	-0,06	1,11
		<b>Olofström</b>	0,27	0,29	1,000	-0,55	1,09
		<b>Ronneby</b>	0,07	0,23	1,000	-0,59	0,73
		<b>Sölvesborg</b>	0,35	0,26	1,000	-0,37	1,08
	<b>Karlshamn</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,52	0,21	0,124	-1,11	0,06
		<b>Olofström</b>	-0,25	0,32	1,000	-1,15	0,65
		<b>Ronneby</b>	-0,45	0,27	0,926	-1,21	0,31
		<b>Sölvesborg</b>	-0,17	0,29	1,000	-0,98	0,65
	<b>Olofström</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,27	0,29	1,000	-1,09	0,55
		<b>Karlshamn</b>	0,25	0,32	1,000	-0,65	1,15
		<b>Ronneby</b>	-0,20	0,33	1,000	-1,14	0,75
		<b>Sölvesborg</b>	0,08	0,35	1,000	-0,91	1,08
	<b>Ronneby</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,07	0,23	1,000	-0,73	0,59
		<b>Karlshamn</b>	0,45	0,27	0,926	-0,31	1,21
		<b>Olofström</b>	0,20	0,33	1,000	-0,75	1,14
		<b>Sölvesborg</b>	0,28	0,31	1,000	-0,59	1,15
<b>Sölvesborg</b>	<b>Karlskrona</b>	-0,35	0,26	1,000	-1,08	0,37	
	<b>Karlshamn</b>	0,17	0,29	1,000	-0,65	0,98	
	<b>Olofström</b>	-0,08	0,35	1,000	-1,08	0,91	
	<b>Ronneby</b>	-0,28	0,31	1,000	-1,15	0,59	

Not: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

**Tabell B3.**

Beskrivande statistik för deltagarnas svar till varje fråga kring levnadsvanor för tobak, alkohol, fysisk träning/motion.

KOMMUN		Aldrig varit rökare/slutat röka för mer än 6 månader sedan/ slutat röka för mindre än 6 månader sen/inte dagligen	Jag röker dagligen:1- 9 cigaretter per dag, 10-19 cigaretter per dag, 20 eller fler cigaretter per dag	Total
Karlskrona	Antal	100	32	132
	% inom kommun	75,80%	24,20%	100,00%
Karlshamn	Antal	32	25	57
	% inom kommun	56,10%	43,90%	100,00%
RÖKNING Olofström	Antal	17	10	27
	% inom kommun	63,00%	37,00%	100,00%
Ronneby	Antal	27	8	35
	% inom kommun	77,10%	22,90%	100,00%
Sölvesborg	Antal	22	7	29
	% inom kommun	75,90%	24,10%	100,00%
<b>Total</b>	Antal	198	82	280
	% inom Blekinge	70,70%	29,30%	100,00%

KOMMUN		Aldrig varit snusare/slutat snusa för mer än 6 månader sen/slutat snusa för mindre än 6 månader sen/men inte dagligen	Jag snusar, 1-3 dosor per vecka, 4-6 dosor per vecka, 7 eller fler dosor per vecka	Total
Karlskrona	Antal	100	32	132
	% inom kommun	75,80%	24,20%	100,00%
Karlshamn	Antal	32	25	57
	% inom kommun	56,10%	43,90%	100,00%
SNUS Olofström	Antal	17	10	27
	% inom kommun	63,00%	37,00%	100,00%
Ronneby	Antal	27	8	35
	% inom kommun	77,10%	22,90%	100,00%
Sölvesborg	Antal	22	7	29
	% inom kommun	75,90%	24,10%	100,00%
<b>Total</b>	Antal	198	82	280
	% inom Blekinge	70,70%	29,30%	100,00%

	KOMMUN	EJ risk alkohol		Risk alkohol	Total
		Antal			
<b>ALKOHOL (vecko- konsumtion)</b>	Karlskrona	Antal	125	7	132
		% inom kommun	94,70%	5,30%	100,00%
	Karlshamn	Antal	53	4	57
		% inom kommun	93,00%	7,00%	100,00%
	Olofström	Antal	25	1	26
		% inom kommun	96,20%	3,80%	100,00%
	Ronneby	Antal	34	2	36
		% inom kommun	94,40%	5,60%	100,00%
	Sölvesborg	Antal	28	2	30
		% inom kommun	93,30%	6,70%	100,00%
	<b>Total</b>	Antal	265	16	281
		% inom Blekinge	94,30%	5,70%	100,00%

	KOMMUN	Alkohol_dricker_per tillfälle		Total	
		Aldrig/Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad/Varje vecka/ Dagligen eller nästan dagligen		
<b>ALKOHOL (tillfälle- konsumtion)</b>	Karlskrona	Antal	104	23	127
		% inom kommun	81,90%	18,10%	100,00%
	Karlshamn	Antal	49	6	55
		% inom kommun	89,10%	10,90%	100,00%
	Olofström	Antal	22	3	25
		% inom kommun	88,00%	12,00%	100,00%
	Ronneby	Antal	25	8	33
		% inom kommun	75,80%	24,20%	100,00%
	Sölvesborg	Antal	27	3	30
		% inom kommun	90,00%	10,00%	100,00%
	<b>Total</b>	Antal	227	43	270
		% inom Blekinge	84,10%	15,90%	100,00%

	KOMMUN	60–90 minuter (1–1,5 timme)/90–120 minuter (1,5–2 timmar)/Mer än 120 minuter (2 timmar eller mer)		Total	
		Ingen tid alls/Mindre än 30 minuter/30–60 minuter (0,5–1 timme)			
<b>Fysisk träning</b>	Karlskrona	Antal	96	37	133
		% inom kommun	72,20%	27,80%	100,00%
	Karlshamn	Antal	40	18	58
		% inom kommun	69,00%	31,00%	100,00%
	Olofström	Antal	21	4	25
		% inom kommun	84,00%	16,00%	100,00%
	Ronneby	Antal	27	8	35
		% inom kommun	77,10%	22,90%	100,00%

	Sölvesborg	Antal	29	1	30
		% inom kommun	96,70%	3,30%	100,00%
<b>Total</b>		Antal	213	68	281
		% inom Blekinge	75,80%	24,20%	100,00%
<hr/>					
<b>Ingen tid alls/ Mindre</b>					
<b>än 30min/30–</b>					
<b>150–300 minuter</b>					
<b>60min/(0,5–1 timme)/</b>					
<b>(2,5–5 timmar)/</b>					
<b>60–90 min (1–1,5 tim)/</b>					
<b>Mer än 300 minuter</b>					
<b>90–150 min(1,5–2,5</b>					
<b>(5 timmar eller mer)</b>					
<b>tim)</b>					
	<b>KOMMUN</b>	<b>Antal</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>133</b>
	Karlskrona	% inom kommun	75,20%	24,80%	100,00%
		Antal	38	19	57
	Karlshamn	% inom kommun	66,70%	33,30%	100,00%
<b>Fysisk</b>		Antal	16	9	25
<b>motion</b>	Olofström	% inom kommun	64,00%	36,00%	100,00%
		Antal	24	11	35
	Ronneby	% inom kommun	68,60%	31,40%	100,00%
		Antal	24	6	30
	Sölvesborg	% inom kommun	80,00%	20,00%	100,00%
<b>Total</b>		Antal	202	78	280
		% inom Blekinge	72,10%	27,90%	100,00%
<hr/>					

**Tabell B4.**

Beskrivande statistik för deltagarnas svar till varje fråga kring levnadsvanor för grönsaker, frukt, fisk, godis och frukost.

KOMMUN		En gång i veckan eller mer sällan	Några gånger i veckan	En gång per dag	Två gånger per dag eller oftare	Total	
Grönsaker	Karlskrona	Antal	21	48	44	20	133
		% inom kommun	15,80%	36,10%	33,10%	15,00%	100,00%
	Karlshamn	Antal	11	18	17	12	58
		% inom kommun	19,00%	31,00%	29,30%	20,70%	100,00%
	Olofström	Antal	6	9	5	6	26
		% inom kommun	23,10%	34,60%	19,20%	23,10%	100,00%
	Ronneby	Antal	12	15	8	1	36
		% inom kommun	33,30%	41,70%	22,20%	2,80%	100,00%
	Sölvesborg	Antal	8	10	9	3	30
		% inom kommun	26,70%	33,30%	30,00%	10,00%	100,00%
	<b>Total</b>	Antal	58	100	83	42	283
		% inom Blekinge	20,50%	35,30%	29,30%	14,80%	100,00%
KOMMUN		En gång i veckan eller mer sällan	Några gånger i veckan	En gång per dag	Två gånger per dag eller oftare	Total	
Frukt	Karlskrona	Antal	31	43	34	25	133
		% inom kommun	23,30%	32,30%	25,60%	18,80%	100,00%
	Karlshamn	Antal	18	20	11	9	58
		% inom kommun	31,00%	34,50%	19,00%	15,50%	100,00%
	Olofström	Antal	9	11	2	5	27
		% inom kommun	33,30%	40,70%	7,40%	18,50%	100,00%
	Ronneby	Antal	11	12	7	6	36
		% inom kommun	30,60%	33,30%	19,40%	16,70%	100,00%
	Sölvesborg	Antal	14	7	6	3	30
		% inom kommun	46,70%	23,30%	20,00%	10,00%	100,00%
	<b>Total</b>	Antal	83	93	60	48	284

		% inom Blekinge	29,20%	32,70%	21,10%	16,90%	100,00 %
Fisk	<b>KOMMUN</b>		<b>Några gångar i månaden eller mer sällan</b>	<b>En gång i veckan</b>	<b>Två gånger i veckan</b>	<b>Tre gånger i veckan eller oftare</b>	<b>Total</b>
		Antal	50	53	24	4	131
	Karlskrona	% inom kommun	38,20%	40,50%	18,30%	3,10%	100,00 %
		Antal	24	16	11	4	55
	Karlshamn	% inom kommun	43,60%	29,10%	20,00%	7,30%	100,00 %
		Antal	11	8	5	3	27
	Olofström	% inom kommun	40,70%	29,60%	18,50%	11,10%	100,00 %
		Antal	17	13	5	1	36
	Ronneby	% inom kommun	47,20%	36,10%	13,90%	2,80%	100,00 %
		Antal	13	9	6	2	30
	Sölvesborg	% inom kommun	43,30%	30,00%	20,00%	6,70%	100,00 %
	<b>Total</b>	Antal	115	99	51	14	279
		% inom Blekinge	41,20%	35,50%	18,30%	5,00%	100,00 %

			<b>En gång i veckan eller mer sällan</b>	<b>Några gångar i veckan</b>	<b>En gång ber dag</b>	<b>Två gånger per dag eller oftare</b>	<b>Total</b>
Godis	<b>KOMMUN</b>						
		Antal	40	55	24	12	131
	Karlskrona	% inom kommun	30,50%	42,00%	18,30%	9,20%	100,00 %
		Antal	22	17	11	7	57
	Karlshamn	% inom kommun	38,60%	29,80%	19,30%	12,30%	100,00 %
		Antal	6	10	7	4	27
	Olofström	% inom kommun	22,20%	37,00%	25,90%	14,80%	100,00 %
		Antal	12	19	1	4	36
	Ronneby	% inom kommun	33,30%	52,80%	2,80%	11,10%	100,00 %
		Antal	13	7	5	5	30
	Sölvesborg	% inom kommun	43,30%	23,30%	16,70%	16,70%	100,00 %

<b>Total</b>		Antal	93	108	48	32	281
		% inom	33,10%	38,40%	17,10%	11,40%	100,00
		Blekinge					%
	<b>KOMMUN</b>		<b>Dagligen</b>	<b>Nästan varje dag, några gånger i veckan</b>	<b>En gång i veckan eller mer sällan</b>		<b>Total</b>
		Antal	65	49	18		132
	Karlskrona	% inom kommun	49,20%	37,10%	13,60%		100,00 %
		Antal	32	22	5		59
	Karlshamn	% inom kommun	54,20%	37,30%	8,50%		100,00 %
		Antal	18	7	1		26
Frukost	Olofström	% inom kommun	69,20%	26,90%	3,80%		100,00 %
		Antal	17	10	9		36
	Ronneby	% inom kommun	47,20%	27,80%	25,00%		100,00 %
		Antal	19	6	5		30
	Sölvesborg	% inom kommun	63,30%	20,00%	16,70%		100,00 %
<b>Total</b>		Antal	151	94	38		283
		% inom Blekinge	53,40%	33,20%	13,40%		100,00 %

**Tabell B5.**

Beskrivande statistik för deltagarnas svar till varje fråga kring tid deltagaren spendera med med vänner och med personal.

<b>KOMMUN</b>		<b>En gång, 7 gånger eller fler, 2-6 gånger</b>	<b>Ingen alls</b>	<b>Total</b>	
Vän	Karlskrona	Antal	90	43	133
		% inom kommun	67,70%	32,30%	100,00%
	Karlshamn	Antal	44	15	59
		% inom kommun	74,60%	25,40%	100,00%
	Olofström	Antal	19	6	25
		% inom kommun	76,00%	24,00%	100,00%
	Ronneby	Antal	24	12	36
		% inom kommun	66,70%	33,30%	100,00%
	Sölvesborg	Antal	19	11	30
		% inom kommun	63,30%	36,70%	100,00%
	<b>Total</b>	Antal	196	87	283
		% inom Blekinge	69,30%	30,70%	100,00%
<b>KOMMUN</b>		<b>En gång, 7 gånger eller fler, 2-6 gånger</b>	<b>Ingen alls</b>		
Personal	Karlskrona	Antal	100	30	130
		% inom kommun	76,90%	23,10%	100,00%
	Karlshamn	Antal	32	26	58
		% inom kommun	55,20%	44,80%	100,00%
	Olofström	Antal	20	5	25
		% inom kommun	80,00%	20,00%	100,00%
	Ronneby	Antal	24	11	35
		% inom kommun	68,60%	31,40%	100,00%
	Sölvesborg	Antal	20	10	30
		% inom kommun	66,70%	33,30%	100,00%
	<b>Total</b>	Antal	196	82	278
		% inom Blekinge	70,50%	29,50%	100,00%



**Tabell B6.**

Korrelation mellan samtliga variabler i studien.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1 Köns	1																									
2 Ålder	,00	1																								
3 Lavstillfredsställelse	,08	-,04	1																							
4 Fysisk hälsa	,03	-,11	<b>,40</b>	1																						
5 Psykisk hälsa	,07	,06	<b>,48</b>	<b>,46</b>	1																					
6 Sömn	,08	,10	<b>,46</b>	<b>,43</b>	<b>,43</b>	1																				
7 Att inte känna sig hindrad	-,02	,06	<b>,48</b>	<b>,39</b>	<b>,60</b>	<b>,39</b>	1																			
8 Rökning	,05	,13	-,07	-,14	-,05	-,08	,04	1																		
9 Snusning	<b>,31</b>	,12	-,01	-,11	,06	,04	-,01	,04	1																	
10 Alkoholkonsumtion/vecka	,14	,02	-,06	-,03	-,08	,02	-,03	,09	,14	1																
11 Alkoholkonsumtion/tillfälle	,19	,06	-,09	-,03	,00	,08	-,05	,10	,09	<b>,54</b>	1															
12 Träning	,04	-,01	-,03	,17	,12	,05	,05	-,01	,18	,00	-,04	1														
13 Motion	-,16	-,05	-,02	,15	,11	,03	-,03	-,05	,01	,02	-,07	,27	1													
14 Grönsakskonsumtion	-,13	,08	,07	,17	,07	,09	,14	-,10	-,11	-,02	-,10	,15	,01	1												
15 Fruktkonsumtion	-,14	,15	,24	,22	,15	,08	,20	-,14	-,10	-,13	-,16	,20	,09	<b>,55</b>	1											
16 Fiskkonsumtion	,14	,27	,12	,07	,18	,12	,22	,02	,07	,00	,01	,15	,00	<b>,40</b>	<b>,38</b>	1										
17 Godis konsumtion	,07	-,12	-,04	,08	-,08	-,06	-,05	,02	-,02	,00	-,10	-,04	-,09	-,01	-,09	-,01	1									
18 Frukost	,09	-,16	-,08	-,14	,00	-,11	-,08	,11	,17	,24	,19	-,05	-,02	<b>-,34</b>	-,30	-,13	,04	1								
19 Tid med vänner	-,01	,02	-,15	-,10	-,20	-,09	-,18	-,04	,01	,00	,06	-,07	-,11	-,05	-,10	-,11	,00	,04	1							
20 Tid med personal	-,07	-,04	-,14	-,05	-,02	-,08	-,06	-,09	-,10	,01	,05	,06	-,03	,10	,05	,03	-,05	-,01	,01	1						
21 Någon art anförtro sig till	,01	,14	-,07	,00	-,04	,00	,04	,00	-,07	-,03	,05	,02	-,10	,05	-,01	-,06	-,02	-,04	,07	,04	1					
22 Stöd vid akutsjukdom	,01	,18	-,24	-,13	-,10	-,15	-,13	,07	,01	,13	,16	-,01	,02	-,01	,03	-,01	-,06	,14	,05	,10	<b>,32</b>	1				
23 Ensamhet	,05	,05	<b>,37</b>	,24	<b>,36</b>	,30	,30	-,03	,05	-,14	-,05	,00	,05	,03	,00	,04	,05	-,09	-,07	-,08	-,18	<b>-,31</b>	1			
24 Nöjd med familjerelation	-,07	-,09	,24	,10	,18	,16	,10	-,07	,03	-,04	-,12	,01	-,01	,04	-,02	,02	,05	-,05	-,04	-,03	-,14	-,25	<b>,33</b>	1		
25 Nöjd med släktingar	-,08	-,11	,25	,19	,24	,20	,17	,02	-,08	-,19	-,11	,06	,10	,05	,00	-,04	,08	-,03	-,12	-,05	-,11	-,21	<b>,34</b>	<b>,56</b>	1	
26 Nöjd med vänner	-,08	-,07	<b>,33</b>	,27	,25	,21	,16	-,12	-,01	-,09	-,03	,06	,19	,00	,04	-,09	-,04	-,05	-,19	-,12	-,16	-,21	<b>,39</b>	,30	<b>,38</b>	1

Not. Korrelationer större än 0,2 och korrelationer mindre än -0,2 är fetmarkerade. Variabler i grönt är omvända: ja = 1; nej = 2.





**Utbildning, forskning och verksamhetsutveckling har avgörande betydelse för hälso- och sjukvården i Blekinge.**

**Blekinge kompetenscentrum har ett strategiskt ansvar för dessa områden. Vi bidrar till att nya rön, kunskap och information omvandlas till praktiska förbättringar, till nytta för länets invånare.**

**Blekinge kompetenscentrum  
i samverkan med länets kommuner**

