

# FÖRBÄTTRAD FOLKHÄLSA SOCIALA SKILLNADER KVAR

**Fram till början av 1990-talet förbättrades hälsan för flertalet svenskar. Medellivslängden ökade kraftigt, rörelseförmågan och levnadsvanorna förbättrades etc. Utvecklingen var dock inte lika positiv för alla grupper i samhället. Barns och ungdomars levnadsvanor har förändrats i negativ riktning. Övervikt och allergier blir ett allt större problem.**

**WHO's mål att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa har vi inte nått upp till.**

1997 års folkhälsorapport överlämnades nyligen till regeringen. Resultatet visar en fortsatt kraftig ökning av medellivslängden och förbättringar av i synnerhet de äldres rörelseförmåga. Flera indikatorer på såväl dödlighet som sjuklighet och upplevd hälsa tyder på att svenska folket är bland de friskaste i världen. Det finns dock problem. Den sociala ojämlikheten i hälsa kvarstår och andelen ungdomar som har prövat narkotika, dricker mycket alkohol eller har olika psykiska besvär har ökat under 1990-talet. Bland kvinnor med arbetarbakgrund har andelen vars arbetsförmåga är i hög grad nedsatt på grund av någon långvarig sjukdom ökat under senare år.

Mot bakgrund av att Sverige under första hälften av 1990-talet upplevde stora förändringar i samhället, med bl a hög arbetslöshet, strukturomvandlingar och neddragningar i välfärdssystemen,

skisserades i folkhälsorapporten 1994 [1] en framtida utveckling mot större ojämlikhet i hälsa. De grupper som inte berördes av dessa förändringar skulle få en allt bättre hälsa samtidigt som de som drabbades skulle få en allt sämre. De grupper som förväntades få bättre hälsa var dels de generationer av äldre som levt under mer gynnsamma levnadsbetingelser än tidigare generationers äldre, dels de som har arbete och är socialt och ekonomiskt etablerade.

Vidare antogs att en allt större andel av befolkningen skulle få såväl sociala som hälsomässiga problem, i synnerhet vissa grupper av invandrare, kvinnliga arbetare och lägre tjänstemän. En viss farhåga fanns också för att inträdet i EU skulle innebära ökade risker för alkohol- och narkotikamissbruk, bl a på grund av ökad tillgänglighet till och lägre priser på alkohol samt svårigheter att hindra införseln av alkohol och narkotika.

Hälsan påverkas emellertid av många faktorer i samhället, och andra utvecklingstendenser kan ha påverkat hälsan i annan riktning än den som förväntades i föregående folkhälsorapport. I många fall tar det lång tid från det att människor utsätts för olika risker till dess konsekvenserna märks på folkhälsan. En fråga är nu om den utveckling som skisserades i den förra folkhälsorapporten kan skönjas efter tre års uppföljning.

## Trygghetssystemen mildrar konsekvenserna

Under 1990-talet har antalet personer som är utan arbete eller har svårt att få arbete ökat med drygt 500 000. Detta är grunden till de ökande sociala problem vi för närvarande ser.

En slutsats från »Social rapport» 1997 är att de grupper som redan i slutet av 1980-talet hade det besvärligt har fått det ännu svårare under 1990-talet [2]. Det gäller framför allt ungdomar, ensamstående föräldrar, långvarigt sjuka och vissa invandrargrupper.

Arbetslösheten på 1990-talet verkar dock ha gett mindre allvarliga konsekvenser för befolkningen än många förväntat. En tolkning är att de offentliga trygghetssystemen fungerar relativt väl.



**SERIE**  
**Folkhälsa**

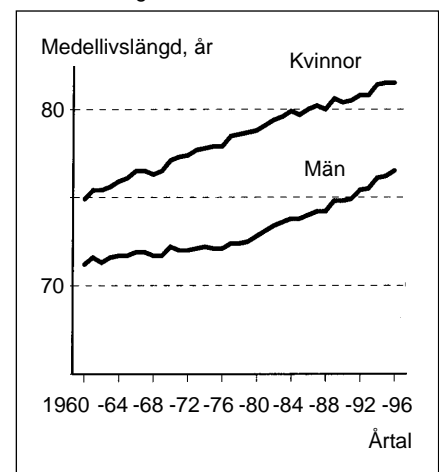
ILLUSTRATIONER: LASSE PERSSON

En viktig orsak är också att en stor andel barnfamiljer i Sverige har två inkomster. Drygt tre fjärdedelar av de svenska kvinnorna i åldern 16–64 år förvärvsarbetar. Det är fler än i något annat land. Ensamförsörjare som blir arbetslösa utgör däremot en riskgrupp, för vilken samhällets stödinsatser är speciellt viktiga.

## Medellivslängden fortsätter att öka

Sedan 1960 har medellivslängden i Sverige ökat med 5,3 år för män och 6,6 år för kvinnor (Figur 1). Det är en dramatisk förbättring. Under 1960- och 70-talen ökade medellivslängden betydligt mer för kvinnor än för män. Från 1980

**Figur 1.** Förväntad medellivslängd vid födelsen bland kvinnor och män i Sverige 1960–1996. Källa: SCB, Befolkningsstatistik.



## Författare

MÅNS ROSÉN  
professor

GUNNEL BOSTRÖM  
avdelningsdirektör

GUDRUN LINDBERG  
avdelningsdirektör

GUDRUN PERSSON  
avdelningsdirektör; samtliga vid  
Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.

har livslängden ökat mer för män än för kvinnor. Fortfarande lever dock kvinnor fem år längre än män. Dessa lever i genomsnitt 76,5 år och kvinnor 81,5 år. Även under början av 1990-talet har medellivslängden fortsatt att stiga med 1,6 år för män och 1,0 år för kvinnor i Sverige.

Den återstående medellivslängden för 50-åringar har under 1990-talet ökat med 0,8 år för män och 0,6 år för kvinnor. Vad förklarar denna fortsatt positiva utveckling?

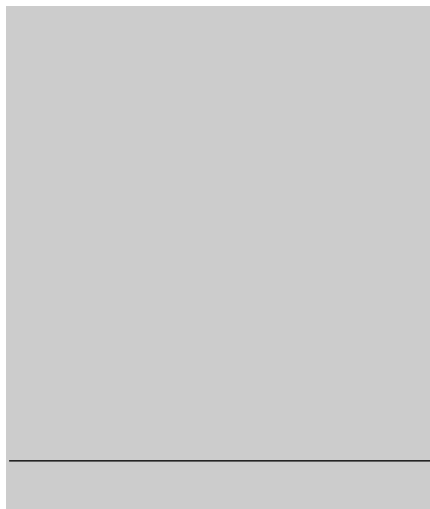
Det främsta skälet, som förklarar nästan hela ökningen av medellivslängden, är nedgången av dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Delvis förklarar den fortsatt ökande medellivslängden i Sverige under 1990-talet även av nedgången i spädbarnsdödlighet. Preliminära siffror från 1996 pekar på att Sverige kan ha den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. Minskad dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och skador har också, om än i mindre utsträckning, bidragit till den ökande medellivslängden.

Den höga arbetslösheten tycks inte ha påverkat medellivslängden. Under 1990-talet ökade den öppna arbetslösheten från knappt 2 procent till mer än 8 procent år 1996, samtidigt som medellivslängden steg kraftigt. Norge har under en längre tid haft en mycket stark ekonomisk utveckling med låg arbetslöshet. Trots det har medellivslängden ändå inte utvecklats lika positivt som i Sverige. Exemplet visar att det på övergripande nivå inte finns något direkt och enkelt samband mellan t ex arbetslöshet och dödlighet. Det utsluter dock inte att arbetslösheten påverkar dödligheten. Förbättrade levnadsvanor, som t ex minskade rökvanor, har påverkat medellivslängden positivt och kan motverka negativa effekter av arbetslöshet. Å andra sidan kan en fortsatt hög arbetslöshet komma att bryta den nedåtgående trenden ifråga om rökvanor, eftersom arbetslösa röker mer än genomsnittet.

Det tar dock sannolikt lång tid innan långvarig arbetslöshet slår igenom i ökad dödlighet. Det är emellertid möjligt att effekter av arbetslöshet kan märkas tidigt på utvecklingen av vissa dödsorsaker, t ex självmord och alkoholrelaterade olycksfall.

### Lägre dödlighet i flera dödsorsaker

Såväl insjuknande som dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar har minskat. Förbättrade levnadsvillkor och levnadsvanor, t ex minskande rökvanor, kan sannolikt förklara en stor del av nedgången i hjärt-kärl dödlighet. De som idag drabbas av dessa sjukdomar har dessutom vuxit upp under bättre levnads-



villkor än gårdagens hjärt-kärlsjuka. Det är emellertid viktigt att notera att minskningen i dödlighet sedan slutet av 1980-talet varit kraftigare än minskningen i nyinsjuknande. Detta tyder på att den medicinska utvecklingen inom hjärt-kärlvården har haft betydelse för en förbättrad överlevnad.

Under en lång följd av år har också talen för dödlighet i skador, alkoholrelaterade sjukdomar och självmord sjunkit. En marginell minskning i cancerdödlighet kan också skönjas.

Det fanns farhågor om att EU-inträdet skulle ge ökade alkoholproblem, men den nedåtgående trenden i alkoholkonsumtion och alkoholrelaterad dödlighet har hittills fortsatt.

Självmordsfrekvensen har sjunkit sedan 1970-talet i alla åldersgrupper. Denna minskning har avstannat och en tendens till ökning kan skönjas 1995 i jämförelse med 1994. Framtiden får utvisa om det är ett trendbrott eller enbart en temporär fluktuation. Ett skäl att följa denna utveckling extra noggrant är att antalet självmordsförsök som lett till sjukhusvård synes ha ökat från 1992 till 1995 bland både kvinnor och män.

### Vinner vi friska eller sjuka levnadsår?

Livslängden har ökat hos svenska folket, men hur är det med den hälsorelaterade livskvaliteten och funktionsförmågan? Förändringar i livskvalitet mätt med olika självrapporterade hälsomått redovisas i rapporten. Förändringar i hälsoindex som kombinerar mått på dödlighet och ohälsa i befolkningen pekar på att den tid vi lever med svår ohälsa minskat, men att det också gäller den tid vi lever med full hälsa. Det är alltså varken helt friska eller mycket sjuka år som lagts till livet. En tydlig förbättring ses när det gäller de äldres rörelseförmåga. Andelen äldre med rörelsehinder har sjunkit stadigt sedan 1980-talet. Särskilt märkbar är förbättringen efter uppnådda 75 års ålder.

### Oro och sömnbesvär allt vanligare

Under tidsperioden från 1988–1989 till 1994–1995 har hälsoproblem som ångslan, oro, ångest och sömnproblem blivit vanligare. Förtidspensionerade, grupper som haft ekonomiska problem, är födda utomlands eller varit långvarigt arbetslösa upplever oftare oro än andra grupper. Det är dock bland yngre och medelålders som fler känner oro under 1990-talet. Arbetsmiljöstatistik ger stöd för att den ökande oron är relaterad till osäkerheten på arbetsmarknaden.

### Stora sociala skillnader i hälsa kvarstår

Genomgående kvarstår stora skillnader i ohälsa mellan sociala grupper i Sverige. Dessa skillnader är tydliga, oberoende av hur hälsa, sjuklighet och dödlighet mäts. De varierar mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper, mellan olika sjukdomsgrupper och mellan regioner. De märks redan vid födelsen; spädbarnsdödlighet och andel barn med tillväxthämning eller låg födelsevikt är större än genomsnittligt hos barn till ensamstående och lågutbildade kvinnor [3]. När arbetares hälsa jämförs med tjänstemäns på mellannivå och högre finner man att dödlighetstalen i tumörer är nästan 10 procent högre bland kvinnliga arbetare än bland kvinnliga tjänstemän på mellannivå och högre. Lungcancer är hela 50 procent vanligare bland arbetarkvinnor.

De sociala skillnaderna är stora också för andra dödsorsaker. I fråga om ischemiska hjärtsjukdomar är arbetares dödsrisk nästan dubbelt så hög som tjänstemännens och skillnaderna ifråga om alkoholrelaterad dödlighet är ännu större. De sociala skillnaderna är generellt större i storstäder än i mindre tätbebyggda områden.

Sociala skillnader gäller inte bara i fråga om dödlighet utan är lika uttalade om man studerar sjuklighet, självrapporterad hälsa eller levnadsvanor. Risken att ha långvarig sjukdom är ca 20 procent större bland arbetare än bland tjänstemän på mellannivå och högre. Arbetare löper ca 60 procent större risk att ha nedsatt arbetsförmåga än tjänstemannagruppen.

Arbetare röker i nästan dubbelt så stor utsträckning som tjänstemän. De är också betydligt oftare kraftigt överviktiga. Andelen som inte motionerar alls är också större bland arbetare än bland tjänstemän. Vidare ansamlas riskfaktorer för sjukdomar oftare hos arbetare än hos tjänstemän. Det är t ex dubbelt så vanligt att arbetare har tre–fem riskfaktorer som att tjänstemän har det.

På frågan om de sociala skillnaderna i ohälsa ökar finns inget entydigt svar.

Den viktigaste slutsatsen är att de sociala skillnaderna i hälsa är stora och bestående samt är genomgående, vare sig man mäter sjuklighet eller dödlighet.

Det finns dock ingen tydlig och genomgående utveckling mot att de sociala skillnaderna ökar, möjligtvis en tendens till att de minskar för män men ökar för kvinnor.

I många avseenden är dock de sociala skillnaderna fortfarande större bland män än bland kvinnor.

Detta betyder att Sverige inte kommer att kunna leva upp till det mål som WHO satt upp som säger att skillnader i hälsa mellan olika grupper inom ett land ska minska med minst 25 procent mellan åren 1980 och 2000.

De sociala skillnaderna i dödlighet har heller inte minskat. Skillnaden i relativ dödlighet mellan män och kvinnor har dock minskat med nästan 30 procent genom att mäns dödlighetstal minskat snabbare än kvinnors.

### Vissa hälsoproblem utvecklas olika för män och kvinnor

Kvinnor lever fem år längre än män, men under 1980- och 1990-talen har männens medellivslängd ökat mer än kvinnornas. En del av skillnaden beror på biologiska skillnader, t ex beror mäns högre risk för hjärt-kärlsjukdomar delvis på hormonella faktorer. En stor del av skillnaden kan också förklaras av skillnader i levnadsvanor. Den nuvarande utvecklingen av t ex mäns respektive kvinnors rökvanor, att fler män än kvinnor slutar röka, pekar på att skillnaderna i dödlighet mellan könen kan komma att fortsätta att minska i framtiden.

Även om kvinnor lever betydligt längre än män så innebär det inte att de är mindre sjuka eller har färre besvär. En del sjukdomar, t ex i rörelseorganen, är vanligare hos kvinnor än hos män.

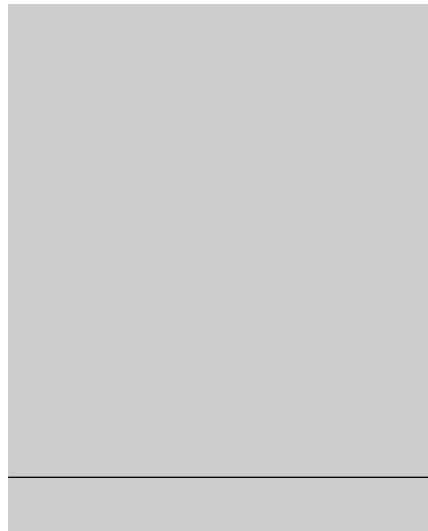
I fråga om högggradigt nedsatt arbetsförmåga till följd av långvarig sjukdom är utvecklingen helt olikartad för män och kvinnor.

Bland män har andelen med i hög grad nedsatt arbetsförmåga minskat, medan andelen ökat bland kvinnor, närmare bestämt kvinnliga arbetare (Tabell I).

### Orosmoln bland friska barn och ungdomar

Barn och ungdomar i Sverige har en mycket god fysisk hälsa antingen det gäller självrapporterad hälsa och sjuklighet eller dödlighet. Svenska barn tillhör de friskaste i världen och spädbarnsdödligheten är troligen lägst i världen. I en internationell WHO-studie som genomförts i 25 länder uppger sig svenska skolbarn oftare vara friska än barn från alla andra deltagande länder [4].

Oroande tecken finns dock på att denna positiva utveckling kan komma



att brytas på vissa områden, främst vad gäller den psykiska hälsan och levnadsvanorna. Att ensamboende med barn fått det ekonomiskt och socialt svårare, och att allt fler barn bor i familjer där en eller båda föräldrarna är arbetslösa, kan på sikt och indirekt innebära problem för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande.

Deras svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden kan också skapa frustration och känsla av utanförskap, vilket i sin tur kan påverka hälsan. Var tredje ungdom född 1974 har uppburit socialbidrag någon gång fram till fyllda 21 år.

Både flickor och pojkar har idag huvudvärk, ont i magen och känner sig nedstämda oftare än för fem år sedan. Fram till 1987 förbättrades skolungdomarnas hälsorelaterade levnadsvanor, men därefter har andelen ungdomar som dricker mycket alkohol ökat lik-

som andelen som prövat narkotika. Det finns en risk att denna oroande utveckling vad gäller levnadsvanor förstärks av de sociala och ekonomiska svårigheter som möter dagens ungdom.

### Övervikt och allergier

Flera studier visar att andelen överviktiga ökar bland såväl barn och ungdomar som medelålders i Sverige. Arbetare är överviktiga i större utsträckning än tjänstemän. Kraftig övervikt är en betydande riskfaktor för ohälsa och sjukdomar och är ett generellt tilltagande problem i västvärlden.

Allergier är ett annat folkhälsoproblem som blir allt vanligare. Drygt en tredjedel av befolkningen i ålder 16–84 år uppger sig ha någon form av allergi eller annan överkänslighet. Andelen personer med allergiska besvär fördubblades under 1980-talet. Även om någon del av ökningen kan bero på större medvetenhet om symtom är det mycket som talar för att ökningen i stort är reell.

### Livslång påbyggnad av sociala problem ger ohälsa

Den epidemiologiska och folkhälsovetenskapliga forskningen har i många år varit inriktad på att studera sociala skillnader i ohälsa. Mer och mer börjar forskningen nu inriktas på att förstå mekanismer bakom och orsaker till dessa skillnader. Förklaringar kan sökas på t ex biologisk, beteendemässig eller mer övergripande samhällsstrukturell nivå. Ofta påverkar dessa förhållanden varandra i ett komplicerat mönster. De sociala skillnaderna speglar samhället, och det är omöjligt att i studier samtidigt kontrollera alla faktorer som kan påverka utvecklingen. Detta ställer forskningen inför en stor utmaning.

Under senare år har en hel del forskningsintresse fokuserats på förhållanden tidigt i livet och hur dessa kan påverka vår hälsa även i vuxen ålder [5]. Det har hävdats att s k »biologisk programmering», dvs specifika miljöförhållanden under kritiska perioder av fosterutvecklingen, kan förklara hälsoproblem även i vuxen ålder, t ex hjärt-kärlsjukdom och diabetes [6].

I norska studier har betydelsen av so-

**Tabell I.** Andel män och kvinnor i olika socioekonomiska grupper som har i hög grad nedsatt arbetsförmåga 1981–1985 till 1991–1995. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SCB.

År	Män			Kvinnor				
	Arbetare	Lägre tjänstemän	Tjänstemän på mellan- och hög nivå	Differens mellan yrkesgrupperna	Arbetare	Lägre tjänstemän	Tjänstemän på mellan- och hög nivå	Differens mellan yrkesgrupperna
1981–1985	12,5	8,2	4,7	7,8	12,6	9,1	7,6	5,0
1986–1990	13,4	7,2	4,8	8,6	14,4	10,5	7,5	6,9
1991–1995	12,8	7,9	5,6	7,2	15,5	9,5	6,4	9,1

ciala förhållanden betonats, t ex funktionen hos nordnorska lokalsamhällen, näringsmöjligheter och barnens sociala och ekonomiska förhållanden [7]. Empiriska studier ger visst stöd för att t ex bristfällig näringstillförsel under fosterperioden kan »programmera» framtida sjukdom. Sambanden är emellertid ofullständigt belagda, och skillnaderna kan ändå inte förklara de stora sociala skillnader vi ser i ohälsa i vuxen ålder. Andra studier visar att mödrarnas levnadsvanor, t ex rök- och alkoholvanor, påverkar det nyfödda barnets hälsa såväl ifråga om låg födelsevikt som spädbarnsdödlighet och tillväxthämning [3].

### Riskfaktorerna ackumuleras

En människa utsätts under hela sin livstid för ständigt nya förhållanden som kan öka eller minska riskerna för sjukdom. Det gäller under skoltiden, vid familjebildning respektive -upplösning, i arbetslivet och när man står utanför arbetslivet, vid pensionering etc. Arbetslöshet, likaväl som monotont arbete eller arbete som ställer höga krav men ger litet beslutsutrymme, är faktorer som visat sig kunna skapa ohälsa.

Att kunna förklara vilka händelser i livet som orsakar ett visst hälsoproblem är därför inte enkelt. Den mest sannolika förklaringen till de stora sociala skillnader vi ser i ohälsa är att riskfaktorerna ackumuleras under en individs hela levnad. Små riskökningar byggs fortlöpande på till stora. Riskfaktorer ansamlas också hos vissa grupper. Därför är det viktigt att förstå hela livssituationen och inte bara fokusera en riskfaktor. T ex innebär rökning en viss måttlig riskökning för det ofödda barnet; gravida arbetarkvinnor röker mer än gravida kvinnor med tjänstemannayrken. Många arbetarbarn har större sannolikhet att växa upp i fattiga bostadsområden och i sin miljö utsätts för levnadsvillkor som innebär hälsorisker. De omges av kamrater som i större utsträckning röker och dricker sig berusade. Det sociala nätverket utgör i en sådan situation en risk för hälsan genom att negativa beteenden och normer skapar ett socialt tryck. Arbetarbarn har också ofta svårare att etablera sig på arbetsmarknaden.

Konsekvenserna av att utsätta sig för risker blir ofta allvarligare för lägre än högre socialgrupper. De sociala skillnaderna i alkoholdödlighet är t ex större än vad som kan förväntas mot bakgrund av motsvarande skillnader i andel högkonsumenter. Detta kan bero både på att konsumtionsmönstret skiljer sig åt och på att det sociala nätverket inte förmår stödja dem som är i riskzonen. En studie av Stockholmspojkar visar att vissa sociala förhållanden avsevärt ökar ris-

ken både för att pröva på narkotika och att i ett senare skede bli narkoman [8].

De sociala variabler som prognostiserar för användning och missbruk av narkotika är låg socialgrupp, faderns alkoholmissbruk, bristande emotionellt hemklimat, låg kulturell standard i familjen, föräldrarnas bristande tillsyn, låg materiell standard i familjen och dålig uppväxtmiljö. Bland dem som kom från socialt stabila, »bra» hem hade 33 procent prövat narkotika jämfört med 75 procent av dem som kom från »trassliga» hemförhållanden. Intressant är att bland dem som kom från »trassliga» hemförhållanden blev drygt hälften narkomaner, mot endast 0,6 procent av dem som kom från »bra» hem.

Det är lätt att förstå att en sådan negativ spiral, där varje enskild händelse medför en måttlig riskökning, efter hand ackumuleras till en klar överrisk för ohälsa i lägre sociala grupper.

### Samlad bedömning visar att vi ej nått WHO's mål

Resultaten från denna översiktliga analys av svenska folkets hälsa visar att hälsan, vare sig den mäts som dödlighet, sjuklighet eller självrapporterad hälsa, har förbättrats i stort. Inte minst syns en dramatisk förbättring av medellivslängden. Det finns dock tecken på ökande problem, och utvecklingen har inte varit lika positiv för alla grupper i samhället. Det finns anledning att särskilt uppmärksamma barns och ungdomars situation i dagens Sverige både vad gäller deras problem med att komma in på arbetsmarknaden och att deras tidigare positiva utveckling ifråga om levnadsvanor brutits.

Andelen skolungdomar som använder alkohol och har prövat narkotika ökar, liksom andelen som känner oro, ångslan eller ångest. Övervikt och allergier är två andra hälsoproblem som ökar i omfattning, liksom att allt fler kvinnor uppger i hög grad nedsatt arbetsförmåga.

De sociala skillnaderna i ohälsa är stora och kvarstående. Sverige har därför inte levt upp till WHO's mål att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa, vilket således fortsätter att vara en utmaning för framtiden. Från preventiv synpunkt innebär kunskapen om att många riskfaktorer ackumuleras hos vissa grupper i befolkningen att inga enskilda åtgärder kan skapa jämlikhet i hälsa. Det krävs en mängd insatser under olika perioder av livsryckeln, vilket också kan förklara varför man inte nämnvärt lyckats utjämna de sociala skillnaderna i hälsa under de senaste tio åren.

Effekterna på hälsan av dagens arbetslöshet är inte helt självklara. Eftersom Sverige haft en ganska kort erfa-

renhet av hög strukturell arbetslöshet har det heller inte funnits tillräckligt långa uppföljningstider för forskningen att belysa konsekvenserna.

### Referenser

1. Folkhälsorapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994. SoS-rapport 1994:9.
2. Social rapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen 1997. SoS-rapport 1997:14.
3. Socioekonomiska förhållanden och förlösningssutfall i Sverige. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 1996. EpC-rapport 1996:2.
4. Marklund U. Skolbarns hälsovanor under ett decennium. Tabellrapport. Health behavior in school-aged children. A WHO collaborative study. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1997.
5. Vägerö D. Hur påverkar biologiska och sociala förhållanden tidigt i livet hälsan i vuxen ålder? Underlag till 1997 års folkhälso-rapport, 1997.
6. Barker D, ed. The fetal and infant origins of adult disease. London: BMJ Publications, 1992.
7. Forsdahl A. Living conditions in childhood and subsequent development of risk factors for arteriosclerotic heart disease. Journal of Preventive and Social Medicine 1977; 31: 91-5.
8. Sarnecki J. Rädslan för narkotika. Kan mitt barn bli knarkare? I: Wiklund G, red. Rädslan för brott. Stockholm: Brottsförebyggande rådet 1991; 2: 61-80.