



Folkhälsomyndigheten

# Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2022



Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/). En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar från Folkhälsomyndighetens publikationsservice, [publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se](mailto:publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2022.

Artikelnummer: 22026

Foto omslag: Johnér Bildbyrå.

## Om publikationen

Ett av Folkhälsomyndighetens uppdrag är att ansvara för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och de områden som utgör förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Den här publikationen utgör Folkhälsomyndighetens årliga underlag till regeringen om utvecklingen av folkhälsan och dess förutsättningar.

Redovisningen följer det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden och rapporterar både nuläge och utveckling över tid för olika hälsoutfall. Folkhälsomyndigheten följer särskilt utvecklingen i förhållande till det folkhälsopolitiska målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Jämlikhetsanalyser, till exempel mellan olika utbildningsgrupper och kvinnor och män, är därför en viktig del av rapporteringen.

De senaste två åren har covid-19-pandemin påverkat folkhälsan på olika sätt. Direkt genom sjukdom och död, och indirekt genom annan påverkan på samhället och människors livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. I den här rapporten redovisas folkhälsans utveckling generellt och även andra faktorer än pandemin påverkar denna utveckling. Utvecklingen har under en längre period varit positiv, men under pandemins första år minskade den återstående medellivslängden vid 30 års ålder och förtida dödlighet ökade något. Det senaste decenniets hälsoförbättringar har alltså i vissa delar avstannat och dessutom har de förbättringarna som skett inte kommit alla till del. En bred satsning på folkhälsofrågor är därför viktigt i spåren av pandemin.

Karin Engström, utredare på Enheten för folkhälsorapportering och utvärdering, har lett arbetet med att ta fram rapporten. Ett stort antal medarbetare på myndigheten har medverkat.

Folkhälsomyndigheten

Karin Tegmark Wisell  
Generaldirektör

# Innehåll

Folkhälsans utveckling .....	1
Om publikationen .....	3
Sammanfattning .....	6
Vi mår bra och lever länge – men utvecklingen har inte varit positiv för alla .....	6
Förutsättningar för god hälsa varierar .....	6
En utmaning att nå målet om en jämlik hälsa .....	7
Summary .....	8
Living longer and with better health – but changes over time have not been positive for everyone .....	8
Disparities in social determinants for good health remain .....	8
A challenge to reach the goal of equitable health .....	9
Inledning .....	10
Uppdrag och syfte .....	10
Uppföljningen utgår från folkhälsopolitiken .....	10
Covid-19 och folkhälsa .....	11
Rapportens disposition .....	12
Hälsa och förutsättningar för hälsa .....	13
Förutsättningar för hälsa, hälsans bestämningsfaktorer .....	13
Vad är ojämlikhet i hälsa? .....	14
Demografiska förändringar och folkhälsa .....	15
Påverkbara hälsoklyftor .....	16
Folkhälsan i Sverige .....	18
Medellivslängd .....	19
Förtida död .....	19
Självskattad hälsa .....	20
Psykisk hälsa och suicid .....	21
Dödlighet i vissa orsaker .....	22
Vissa sjukdomar och skador .....	23
Covid-19 och andra smittsamma sjukdomar .....	25
Förutsättningar för hälsa – utvecklingen inom folkhälsopolitikens målområden .....	30

Målområde 1 – Det tidiga livets villkor .....	31
Målområde 2 – Kompetenser, kunskaper och utbildning .....	32
Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.....	33
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter .....	34
Målområde 5 – Boende och närmiljö .....	36
Målområde 6 – Levnadsvanor .....	37
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet.....	39
Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård .....	41
Europeisk utblick .....	43
Medellivslängd .....	43
Självskattad hälsa och friska levnadsår .....	43
Psykisk hälsa och suicid .....	43
Levnadsvanor.....	44
Covid-19.....	45
Ojämlighet i livslängd.....	46
Diskussion .....	47
Är hälsan i Sverige god?.....	47
Går utvecklingen inom målområdena åt rätt håll? .....	48
Utmaning att nå det riksdagsbeslutade målet om en mer jämlik hälsa .....	50
Bilagor.....	53
Referenser .....	54

# Sammanfattning

## Vi mår bra och lever länge – men utvecklingen har inte varit positiv för alla

Sett till en längre tidsperiod lever vi allt längre i Sverige, men 2020 sjönk medellivslängden i den svenska befolkningen. Bland de som är särskilt drabbade återfinns kvinnor utan gymnasieutbildning som haft en negativ trend sammantaget sedan 2006, och män födda utanför Europa som drabbats hårt under 2020. Dödligheten i de vanligaste dödsorsakerna, cirkulationsorganens sjukdomar och cancer, fortsätter att minska.

Covid-19 var den tredje vanligaste dödsorsaken 2020. Pandemin har dock inte drabbat alla lika hårt. Äldre, män och personer födda utanför Europa är några grupper som är överrepresenterade i allvarlig sjukdom och död.

Den svenska befolkningen uppfattar generellt sin hälsa som god, men det finns skillnader mellan olika grupper. Särskilt bland yngre kvinnor uppger fler stress och lätta psykiska besvär jämfört med andra åldersgrupper. Mellan 2020 och 2021 ses en ökning av allvarlig psykisk påfrestning i befolkningen, vilket är en utveckling som behöver följas framöver. För samtliga hälsoutfall som presenteras i rapporten drabbas personer med lägre socioekonomisk position mer än övriga och det finns inga tecken på minskad relativ ojämlikhet i hälsa.

## Förutsättningar för god hälsa varierar

Generellt sett har den ekonomiska standarden ökat i Sverige och långtidsarbetslösheten har sjunkit. Under 2020 ökade dock långtidsarbetslösheten medan ekonomisk standard bara har mätts fram till och med 2019 och därmed syns inte eventuella effekter av pandemin för denna indikator.

Samtidigt har andelen både barn och vuxna som lever med låg ekonomisk standard, relativt sett, ökat under perioden. Låg ekonomisk standard är vanligare bland kvinnor som saknar gymnasieutbildning och bland personer födda utanför Norden.

Ekonomisk standard under barndomen och tillgång till utbildning är viktiga förutsättningar för goda livsvillkor senare i livet och för en god hälsa under hela livet. Även här är skillnaderna tydliga mellan olika grupper. Barn födda utanför Norden och vars föräldrar saknar gymnasieutbildning lever oftare i ekonomisk utsatthet och har sämre resultat både i grundskolan och gymnasiet.

En del levnadsvanor i befolkningen har under en längre tidsperiod haft en positiv utveckling, till exempel minskade riskkonsumtion av alkohol i den yngsta åldersgruppen och daglig tobaksrökning i hela befolkningen. Trots att nedgången i rökning är märkbar i alla grupper kvarstår tydliga skillnader, där exempelvis personer med lägre socioekonomisk position röker i högre utsträckning än övriga.

Bland resultaten noteras även tydliga skillnader mellan grupper i andra viktiga förutsättningar för en god hälsa, till exempel att söka tandvård vid behov, tillit till andra och fysisk aktivitet, där genomgående de med lägre socioekonomisk position har mer ogynnsamma förutsättningar.

## En utmaning att nå målet om en jämlik hälsa

Det kommer krävas mycket för att nå målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (till år 2048). Några utmaningar är att 1) hälsan påverkas av faktorer under lång tid vilket innebär att det också tar tid att åstadkomma förändring, 2) systematiska skillnader återfinns i nästan alla hälsoutfall och förutsättningar för en god hälsa, 3) vissa grupper hamnar efter och får inte del av förbättringarna i hälsan och dess förutsättningar och 4) det finns luckor i Sveriges nationella register och regelbundet återkommande urvalsundersökningar, till exempel saknas data för vissa grupper i utsatta situationer och det finns få utvärderingar av de effekter policyförändringar i våra välfärdssystem har på hälsa och jämlik hälsa.

För att klara dessa utmaningar behövs att initiativ tas nu för att uppnå målet till år 2048, med ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla delar av välfärdssektorn, exempelvis inom områden som utbildning, arbetsmarknad, fritid, boende och miljö, och med särskilt fokus på de grupper där både hälsan och dess förutsättningar är sämst. Det krävs ett långsiktigt arbete, samt att konsekvenser för hälsa beaktas vid överväganden och beslut, både för hela befolkningen och för olika grupper i befolkningen.

## Summary

### Living longer and with better health – but changes over time have not been positive for everyone

Viewed over a longer period of time, people in Sweden are living longer lives, but in 2020 the average life expectancy fell in Sweden. Among those particularly affected were women without upper secondary education who have had a negative trend since 2006, and men born outside of Europe who were particularly hard hit during 2020. The leading causes of death, diseases of the circulatory system and neoplasms, continue to decline.

Covid-19 was the third leading cause of death in 2020. However, the pandemic has not affected everyone equally. The elderly, men and people born outside of Europe are some of the groups overrepresented in severe disease and death.

The Swedish population generally perceives their health as good, but there are differences between groups. Young women more often report stress and mild mental health problems compared to other age groups. Between 2020 and 2021, there was an increase in severe psychological distress in the population, which is a development that needs to be monitored moving forward. For all health outcomes presented in this report, people with lower socioeconomic status are more affected than others, and there are no signs of reduced relative inequalities in health.

### Disparities in social determinants for good health remain

Generally in Sweden the economic standard has increased and long-term unemployment has decreased. However, during 2020 long-term unemployment increased while possible effects of the pandemic are not available for economic standard since the latest statistics are from 2019.

Parallel with the increases in economic standard, the proportion of both children and adults at risk of poverty has increased. Being at risk of poverty is more common among women without upper secondary education and among people born outside of the Nordic countries.

Economic standards during childhood and access to education are important determinants for good living conditions later in life and for good health throughout life. Here, too, the differences between different groups are evident. Children born outside of the Nordic countries and whose parents do not have an upper secondary education have poorer results in both compulsory and upper secondary school.

Some health behaviors have seen positive developments over a longer period of time, such as a reductions in hazardous consumption of alcohol within the youngest age group and daily tobacco smoking in the entire population. Despite the decrease in daily tobacco smoking seen in all groups, disparities remain, where, for example, people with a lower socioeconomic status smoke to a greater extent than others.



The results also show clear differences between groups in other important determinants for good health, such as seeking dental care when needed, interpersonal trust and physical activity, where those with lower socioeconomic status have more unfavorable conditions and opportunities.

## A challenge to reach the goal of equitable health

Reaching the goal of eliminating avoidable health inequalities within one generation (by year 2048) will not be an easy task. Some of the challenges are that 1) health is affected by factors over a long period of time, which means that it also takes time to bring about change; 2) systematic differences exist in almost all health outcomes and determinants for good health; 3) some groups have fallen behind and miss out on improvements in health and its determinants; 4) there are gaps in Sweden's national registries and regularly recurring surveys. For example, there is a lack of data for certain vulnerable groups and few evaluations of the effect that policy changes in our welfare system have on health and health equity.

To meet these challenges, initiatives need to be taken now in order to achieve the goal of eliminating avoidable health inequalities by 2048. There needs to be an increased focus on health promotion and disease prevention in all parts of the welfare sector, such as within education, the labor market, recreational activities, as well as housing and neighborhood conditions. All with a special focus on groups where both health and the determinants for health are the worst. This requires long-term efforts where consequences for health are taken into account in planning and decision-making, both for the entire population and for different groups in the population.

# Inledning

## Uppdrag och syfte

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att varje år ta fram en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Årsrapporten är i första hand ett underlag för regeringen och ska kunna användas för att bedöma om vi närmar oss målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Rapporten kan även användas av aktörer med intresse för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå. Eftersom många samhällssektorer bidrar till hur förutsättningarna för en god och jämlik hälsa ser ut, kan rapporten också vara av intresse för exempelvis myndigheter och organisationer som verkar inom ett särskilt sakområde.

Syftet med rapporten är att ge en översikt av befolkningens hälsa och förändringar över tid. Syftet är också att belysa förutsättningarna för en god hälsa samt hur hälsan och dess förutsättningar är fördelad mellan olika grupper i samhället. Sammantaget kan detta underlag bidra till en samlad bedömning av folkhälsoläget och om hälsan är jämlik.

Som komplement till årsrapporten finns fördjupade resultat i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem [1]. De fördjupade resultaten på webben innehåller mer ingående beskrivningar av indikatorer som speglar folkhälsan och dess bakomliggande förutsättningar. Här finns också detaljerad statistik efter kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland och län. Årsrapporten och de tillhörande webbsidorna är en del i myndighetens samlade folkhälsorapportering. Utöver denna övergripande uppföljning följer Folkhälsomyndigheten särskilda sakområden mer detaljerat.

## Uppföljningen utgår från folkhälsopolitiken

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken, som antogs av riksdagen 2018, är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Folkhälsopolitiken omfattar även åtta målområden som bedömts som särskilt viktiga för att nå en god och jämlik hälsa [2] och som speglar olika typer av förutsättningar för god hälsa. Regeringen har också beslutat om ett folkhälsopolitiskt delmål: Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.

Folkhälsomyndighetens övergripande uppföljning utgår från de åtta målområdena. För varje målområde har ett antal fokusområden beslutats [3] med utgångspunkt i de inriktningar för folkhälsoarbetet som enligt Kommissionen för jämlik hälsa [4] är centrala inom respektive målområde.

### **Folkhälsopolitikens åtta målområden**

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

För att följa upp de mest centrala aspekterna inom varje målområde och det folkhälsopolitiska målet har Folkhälsomyndigheten valt ut så kallade kärnindikatorer. Kärnindikatorerna syftar till att samlat bedöma utvecklingen av förutsättningarna för en god och jämlik hälsa [5]. Det gäller både utvecklingen totalt sett, men också hur förutsättningarna fördelas i befolkningen och hur detta sammantaget påverkar möjligheterna att nå det folkhälsopolitiska målet. När den här rapporten publiceras finns data tillgängliga för cirka två tredjedelar av kärnindikatorer för målområdena.

Folkhälsomyndigheten har också valt ut kärnindikatorer för hälsa [6] för att övergripande följa upp folkhälsoläget och förändringar i detta. Här ingår både fysiska och psykiska aspekter av hälsa. Som komplement redovisas även ett antal mer specifika hälsoutfall där utvecklingen eller ojämlikheten är särskilt viktig att belysa.

## **Covid-19 och folkhälsa**

När den här rapporten publiceras har covid-19-pandemin påverkat Sverige och världen i drygt två år. Covid-19 har haft en direkt effekt på människors hälsa genom sjukdom och dödlighet, men folkhälsan kan också ha påverkats indirekt till följd av pandemin och de åtgärder som införts. Den indirekta påverkan kan till exempel ske genom förändrande livsvillkor och levnadsvanor. I vilken utsträckning, och hur konsekvenserna för folkhälsan ser ut på sikt, vet vi dock inte. Under pandemin har vi sett vissa förändringar i livsvillkor och levnadsvanor. Exempelvis ökade arbetslösheten i början av pandemin och vissa grupper drabbades hårdare än andra [7]. När det gäller levnadsvanor rapporterade unga (i åldern 16–29 år) vissa negativa förändringar under 2020, till exempel att de satt mer stilla [7]. Folkhälsomyndigheten har också visat att spelproblemen ökade i vissa grupper [8]. På befolkningsnivå ses vissa förändringar i den psykiska hälsan under pandemins första år [9], men även här kvarstår de långsiktiga konsekvenserna att analysera.

I 2021 års undersökning av den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor ställde Folkhälsomyndigheten frågor om upplevelser av covid-19-pandemin.

Undersökningen visar bland annat att en tredjedel undvikit att söka vård, som till exempel sjukvård, tandvård, psykolog eller mödravård, och en femtedel att de fått vårdbesök inställda av vårdgivare [10]. De äldsta och de yngsta åldersgrupperna har besvärats av isolering och ensamhet i störst utsträckning under pandemin och ensamhet var mer vanligt förekommande bland kvinnor än bland män, men en eventuellt långvarig effekt av detta är ännu ej klarlagd.

Postcovid, det vill säga kvarstående eller sena symptom efter covid-19, har inneburit att en del är drabbade av sjukdom under en längre tid. I den här rapporten redovisas endast dödlighet och intensivvård bland bekräftade fall av covid-19. Socialstyrelsen tar fram statistik och lägesbilder över postcovid [11]. Folkhälsomyndigheten kommer att följa utvecklingen på längre sikt.

Sedan pandemins start har Sverige implementerat en rad smittskyddsåtgärder mot covid-19, som innefattar lagar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd och rekommendationer. Vaccin mot covid-19 har varit en viktig del i hanteringen av pandemin under 2021.

## Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av förutsättningar för hälsa och vad ojämlikhet i hälsa innebär. I avsnittet *Folkhälsan i Sverige* redovisas utvecklingen av folkhälsan med hjälp av några övergripande hälsoutfall och ett antal mer specifika sjukdomar och dödsorsaker. Därefter följer en översikt av utvecklingen inom folkhälsopolitikens åtta målområden, det vill säga de områden som speglar centrala förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Avsnittet *En europeisk utblick* innehåller jämförelser i hälsa mellan Sverige och andra europeiska länder. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion av resultaten i sin helhet.

I bilaga 1 finns detaljerade resultat i tabellformat, i bilaga 2 finns en utförligare beskrivning av de indikatorer som ingår i rapporten och i bilaga 3 en metodbeskrivning.

# Hälsa och förutsättningar för hälsa

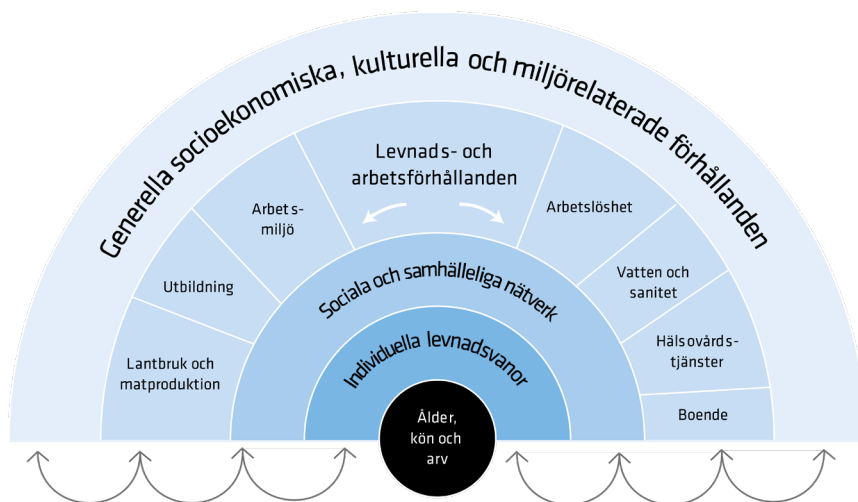
I det här avsnittet ges en kort beskrivning av hälsan och dess förutsättningar (eller bestämningsfaktorer), vad ojämlikhet i hälsa är och hur demografiska förändringar hänger ihop med befolkningens hälsa. Det folkhälsopolitiska målet innefattar att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och avsnittet avslutas därför med en kort diskussion om vad påverkbarhet innebär och hur ojämlikhet i hälsa kan motverkas.

## Förutsättningar för hälsa, hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle [12]. För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor har jämlika livsvillkor. Dessa villkor och förutsättningar kallas ofta för hälsans bestämningsfaktorer.

Förutsättningarna för hälsa kan grupperas på olika sätt. Dahlgren och Whitehead [13] har tagit fram en modell som visar på bredden av faktorer som påverkar vår hälsa (figur 1). Där illustreras hälsans bestämningsfaktorer som olika lager, från faktorer som individen själv bär på som ålder, kön och arv, till samhällseliga, strukturella faktorer som socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Det är också vanligt att gruppera hälsans bestämningsfaktorer i en förenklad version av detta, i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor.

Figur 1. Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren & Whitehead 2007/1991 [13].



Det folkhälsopolitiska ramverket delar in förutsättningarna för hälsa i åtta målområden, sju utifrån centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa, och ett åttonde som belyser hälso- och sjukvården [4] (figur 2). Indelningen i målområdena utgår från ett livslöppsperspektiv och följer därför inte helt de lager som beskrivs i figur 1. De åtta målområdena tydliggör att arbetet mot en god och jämlik hälsa måste inriktas på hälsans förutsättningar och de strukturella faktorerna som påverkar hälsan.

Figur 2. Hälsans förutsättningar indelade i åtta målområden utifrån det folkhälsopolitiska ramverket.



### En god och jämlik hälsa – åtta målområden

Våra levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige idag, och livsvillkoren och levnadsförhållandena påverkar möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Olika politiska beslut påverkar vidare befolkningens livsvillkor och levnadsförhållanden. Sambanden är komplexa och samma bestämningsfaktorer kan ligga till grund för flera olika hälsoutfall. Vissa sjukdomar har ett relativt snabbt förlopp, som till exempel många smittsamma sjukdomar. För andra sjukdomar är förloppet långsammare och det kan även gå lång tid från exponering för en riskfaktor, som rökning, till att personen insjuknar. För att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa är det därför viktigt att, utöver hälsoutfall, följa även förutsättningarna för hälsa eftersom det ger en bild av hur hälsan i befolkningen kan komma att utvecklas över tid.

### Vad är ojämlikhet i hälsa?

Ojämlikhet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället, till exempel kvinnor och män eller olika socioekonomiska grupper, har systematiskt olika livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Detta påverkar risken för både smittsamma [14] och icke smittsamma sjukdomar [12, 15-16].

Generellt råder ojämlikhet i hälsa när det finns systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position. Dessa skillnader visar sig både som en gradient i hälsa och som en ansamling av hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta socialt och ekonomiskt, jämfört med övriga befolkningen. Det är därför viktigt att belysa den sociala gradienten i hälsa, utan att tappa fokus på grupper som kan betraktas som särskilt utsatta. Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg i den sociala hierarkin, till exempel nivå på utbildning, inkomst eller yrke, innebär förändrad hälsa [17-19].

Att hälsoproblem dessutom kan ansamlas i vissa utsatta grupper förklaras bland annat av att skillnader i resurser inte bara leder till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper, utan också till skillnader i mottaglighet och motståndskraft [18]. En enskild bestämningsfaktor, som ekonomisk utsatthet eller rökning, kan öka risken för ohälsa, men hur stark effekten är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer som kan vara skadliga för hälsan. Personer med lägre social position utsätts oftare för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – såväl sociala och fysiska livsvillkor som levnadsvanor – vilket gör att effekten av ytterligare en faktor ofta blir starkare.

Grupper i särskilt utsatta situationer kan till exempel vara hbtqi-personer [20-21], personer med vissa funktionsnedsättningar [22], migranter [23-24], nationella minoriteter [25], ensamstående föräldrar och personer som står utanför arbetsmarknaden [26]. Det kan handla om ökad risk för ohälsa, eller sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud. Ofta sammanfaller dessa tillstånd.

Ojämligheten i hälsa kan också ses ur ett livsloppsperspektiv [27]. Det innebär att hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv [12]. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till den position man har vid den tidpunkten, men också till den position man har haft som barn och genom livet, och därmed den exponering av olika riskfaktorer för hälsan som det innebär.

### Utbildning som mått på socioekonomisk position

Socioekonomiska grupper kan definieras på flera sätt, till exempel som yrkesgrupper, inkomstgrupper eller utbildningsgrupper [28]. I denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp. Utbildningsnivå är ett vanligt använt mått på socioekonomisk position. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildningsnivå av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avklarad utbildning och utgör därför ett mer stabilt mått [28] på individnivå.

## Demografiska förändringar och folkhälsa

Hälsan i befolkningen hänger på olika sätt ihop med demografiska processer som nativitet (barnafödande), migration och dödlighet. En central aspekt är befolkningens åldersstruktur, som bland annat beror på faktorer som hur länge vi lever, hur många barn som föds och invandring. Sverige har liksom många andra länder en åldrande befolkning och den åldersgrupp som förväntas öka mest framöver är den äldsta [29]. Ökad medellivslängd och minskat barnafödande är faktorer som leder till att den genomsnittliga åldern i befolkningen ökar.

Medellivslängden har ökat mer eller mindre linjärt för både kvinnor och män mellan 1970 och 2019 [30]. Barnafödandet har varierat under samma period [31], men antalet födda barn i relation till antalet kvinnor i barnafödande åldrar (det s.k.

summerade fruktsamhetstalet) har varit lägre än vad som behövs för att upprätthålla en stabil befolkningsnivå.

Att antalet och andelen äldre i befolkningen ökar får effekter på folkhälsan i stort. Det innebär bland annat att fler personer har demens och andra kroniska sjukdomar som är vanliga bland äldre [32]. Psykisk ohälsa är också vanligt bland äldre [33]. Även om vi håller oss friska allt högre upp i åldrarna [34], är det fler som lever med sjukdom och funktionsnedsättningar om det finns många äldre i befolkningen. Risker för svårare och mer komplex sjukdom ökar också. Dessutom kan en äldre befolkning innebära en högre sårbarhet vid vissa hälsokriser, som till exempel under covid-19-pandemin.

Migration till Sverige bidrar till att motverka en åldrande befolkning då personer som migrerar ofta är relativt unga [35]. Migration – att flytta till ett annat land av olika skäl – kan påverka folkhälsan även på andra sätt. Samtidigt som migranter har längre medellivslängd finns en ökad risk för bland annat psykisk ohälsa för vissa grupper av migranter jämfört med personer födda i Sverige [36-37]. Faktorer efter migrationen har också betydelse, eftersom utrikes födda generellt har sämre livsvillkor än personer som är födda i Sverige. Till exempel är arbetslösheten högre och den disponibla inkomsten lägre bland utrikes födda [36], vilket på sikt kan bidra till sämre hälsa.

Vi behöver också ta hänsyn till sociodemografiska förändringar när vi beskriver ojämlikhet i hälsa. Ett exempel är att både andelen av befolkningen i olika utbildningsgrupper och dessa gruppers sammansättning har förändrats över tid. Detta påverkar såväl ohälsa som olika negativa levnadsvanor och livsvillkor. Exempelvis utgör gruppen med högst förgymnasial utbildningsnivå idag cirka 20 procent av befolkningen jämfört med cirka 40 procent för några decennier sedan.

Eftersom andelen som har gymnasieutbildning ökat markant sedan 1900-talets första hälft finns det en större andel äldre i gruppen med högst förgymnasial utbildningsnivå jämfört med övriga utbildningsgrupper. Det påverkar sambandet mellan utbildningsnivå och många andra faktorer, eftersom ålder ökar risken för en stor mängd sjukdomar, samt påverkar flera av hälsans bestämningfaktorer. Det är därför viktigt att redovisa resultat där man tagit hänsyn till ålder, så kallade åldersstandardiserade resultat, där det är möjligt.

Populationens sammansättning, till exempel vad gäller ålder och utbildningsnivå, varierar också mellan olika delar av landet, vilket är viktigt att ta hänsyn till för att analyser och insatser ska vara relevanta på regional och lokal nivå.

## Påverkbara hälsoklyftor

I det folkhälsopolitiska målet ingår att sluta de *påverkbara* hälsoklyftorna inom en generation. En central följdfråga är då vad som egentligen är påverkbart, och hur stor del av den ojämlika hälsan som detta berör. Här finns inget entydigt svar. Kommissionen för jämlik hälsa framhöll att systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper i princip är påverkbara [12].



Bakgrunden till denna utgångspunkt är att hälsa, både generellt och för många av våra vanligaste sjukdomar, påverkas av de förhållanden, villkor och miljöer som människor lever i. Det handlar om förhållanden som går att påverka genom bland annat politiska insatser, till exempel inom välfärdsområdet som socialförsäkringens utformande. Samtidigt kan en del val med betydelse för hälsan uppfattas ligga närmare individen, till exempel när det gäller vissa hälsobeteenden. Även här kan samhället påverka, exempelvis genom lagstiftning om rökfria miljöer, hastighetsbegränsningar i trafiken samt åldersgränser och en aktiv prispolitik för alkohol och tobak. Levnadsvanor är också socialt skiktade, orsakskedjorna är komplexa och många politikområden har betydelse. Att ange den påverkbara delen av hälsoklyftorna är därför inte möjligt. Samtidigt är en del av det påverkbara sådant som är möjligt att åtgärda eller undvika på ett mer konkret sätt. Ett exempel är dödsfall som kan undvikas genom vård och behandling.

Folkhälsan och dess förutsättningar är en angelägenhet för aktörer inom olika sektorer på nationell, regional och kommunal nivå. Regionerna ansvarar bland annat för hälso- och sjukvården som har en viktig hälsofrämjande roll. De kan bidra till att förbättra folkhälsan och minska hälsoklyftorna, till exempel genom en primärvård med fokus på förebyggande insatser som når alla grupper i samhället. Mycket av arbetet sker också inom kommunerna, där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola och förskola, samt boende- och fritidsmiljöer, har betydelse för hälsan och dess förutsättningar. Insatser för att förbättra folkhälsan behöver också ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Begreppet proportionell universalism nämns ofta och innebär generella åtgärder som kan öka i intensitet där behoven är större.

# Folkhälsan i Sverige

I det här avsnittet sammanfattas hälsoläget i befolkningen utifrån olika hälsoutfall. Folkhälsomyndigheten har valt ut fem generella hälsomått som vi kallar för kärnindikatorer för hälsa [38]. I denna årsrapport redovisar vi fyra av dessa kärnindikatorer: återstående medellivslängd, förtida dödlighet, självskattat allmänt hälsotillstånd och ett samlat mått på psykisk hälsa (psykisk påfrestning). För den femte kärnindikatorn för hälsa, som är ett samlat mått på sjuklighet, återstår arbete med datakällor och definitioner. Som komplement till kärnindikatorerna redovisar vi även ett antal mer specifika hälsoutfall, som till exempel cirkulationsorganens sjukdomar, cancer, fallskador samt övervikt och fetma.

Skillnader i hälsa redovisas för olika grupper i befolkningen utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland. Vid Folkhälsomyndigheten pågår för närvarande ett utvecklingsarbete kring mått på ojämlikhet i hälsa för att mer systematisk kunna följa utvecklingen av ojämlikhet. När denna rapport publiceras är detta arbete inte färdigställt och vi kommer därför att komplettera redovisningen med dessa mått senare under året. I följande avsnitt redovisar vi framför allt relativa skillnader i hälsa för att beskriva ojämlikheten, men även absoluta skillnader förekommer (t.ex. skillnader i år när det gäller olika gruppers medellivslängd).

Resultaten bygger på såväl registerdata som enkätdata insamlat av Folkhälsomyndigheten. Den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (HLV), är den undersökning som används för självrapporterade mått på hälsa (se faktaruta nedan). Registerdata för olika hälsoutfall omfattar data från Statistiska centralbyrån (SCB), Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. För definitioner av indikatorerna se bilaga 2.

## **Kort om HLV – hälsa på lika villkor**

HLV-enkäten skickas till ett obundet och slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Vanligen görs undersökningen jämna år, men 2021 genomfördes en extra omgång av enkäten på grund av covid-19-pandemin.

Syftet med undersökningen är att visa hur befolkningen mår och att följa förändringar i hälsa över tid. På så sätt är den en viktig del i uppföljningen av folkhälsopolitiken. År 2021 skickades enkäten ut till 40 000 personer och andelen svarande uppgick till 44 procent. Enkäten besvarades under perioden februari till maj.

De olika datakällor som denna rapportering utgår ifrån avser olika tidsperioder. De självrapporterade hälsoindikatorer som kommer från HLV är de senast uppmätta och gäller våren 2021. Även smittsamma sjukdomar finns för 2021. I övrigt är de hälsoindikatorer som redovisas i rapporten uppmätta under 2020. Det går i denna uppföljning inte att isolera effekten av covid-19-pandemin och relaterade åtgärder och det är även för tidigt att uttala sig om långvariga effekter.

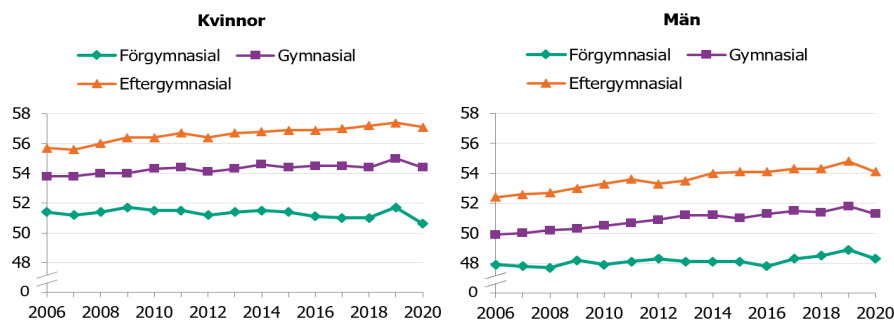
## Medellivslängd

Utvecklingen av medellivslängden i en population speglar folkhälsan i alla livets åldrar. För svenskar födda under 1900-talet har medellivslängden ökat stadigt, och förbättringarna kan hänföras till en rad faktorer som stigande levnadsstandard, bättre utbildning, hälsosammare levnadsvanor och ökad tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Medellivslängden vid födelsen ökade under perioden 2006–2019 med i genomsnitt 2,3 år, men år 2020 bröts trenden och medellivslängden sjönk med i genomsnitt 0,7 år jämfört med 2019.

Medellivslängden varierar stort mellan olika grupper och skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är nästan dubbelt så stor mellan personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå (6,4 år) som mellan kvinnor och män (3,3 år). Trots att den återstående medellivslängden sjönk 2020 har den ökat för både kvinnor och män 2006–2020 och för de flesta utbildningsgrupper och födelseländer (figur 3).

De två grupper som avviker från denna positiva utveckling är kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå och män födda utanför Europa. För kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå ökade den återstående medellivslängden endast marginellt 2006–2019 (0,3 år) och sjönk 2020 till en nivå under den i början av perioden. Män födda utanför Europa hade 2006–2019 högre återstående medellivslängd än män i övriga grupper men medellivslängden sjönk 2,9 år 2020, jämfört med 0,6 år för populationen i genomsnitt. Även bland kvinnor födda utanför Europa och män födda i Europa (utanför Norden) sjönk medellivslängden 2020 mer än i övriga grupper.

Figur 3. Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder, inrikes födda. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2020.



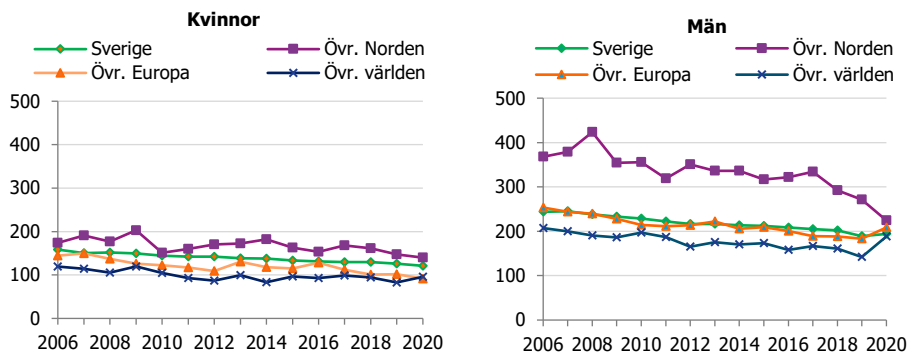
## Förtida död

Förtida dödlighet belyser dödligheten under den period av människans liv som är minst förenad med död. Det är en viktig indikator för folkhälsan eftersom förtida dödsfall ofta kan förebyggas. Totalt inträffade 10 078 förtida dödsfall 2020, vilket motsvarar 156 dödsfall per 100 000 invånare 15–64 år. Under perioden 2006–2019 sågs en kontinuerlig nedgång av förtida dödsfall bland både kvinnor och män.

Risken för förtida död (15–64 års ålder) är större bland män än kvinnor och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergym-

nasial utbildningsnivå. Generellt har antalet personer (per 100 000) som avlidit innan 65 års ålder sjunkit under perioden, men ökat bland kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå. Under 2020 ökade risken för förtida död för vissa grupper jämfört med 2019, främst i den äldsta gruppen, 45–64 år, och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå samt bland personer födda utanför Europa (figur 4).

Figur 4. Förtida död (antal per 100 000). Kvinnor och män, fördelat på födelseland, 2006–2020. Åldersstandardiserade siffror.

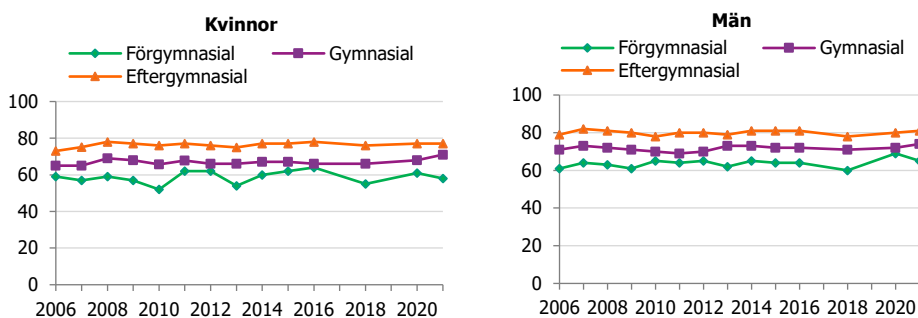


## Självskattad hälsa

Självskattat allmänt hälsotillstånd visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt [39]. God hälsa definieras här som bra eller mycket bra hälsa.

Andelen i befolkningen som uppger att de har en god hälsa ökar något under perioden 2006–2021 och var 74 procent 2021. Män uppger, trots kortare medellivslängd, i högre uträkning än kvinnor en god hälsa. Andelen som uppger att de har en god hälsa är lägre i de äldsta åldersgrupperna än bland 30–44-åringar. Genomgående under perioden uppger färre personer med förgymnasial utbildningsnivå en god hälsa jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå (figur 5). Bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå är andelen som skattar sin hälsa som god 62 procent 2021 jämfört med 79 procent bland dem med eftergymnasial utbildningsnivå.

Figur 5. God självskattad hälsa (andelar i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror.

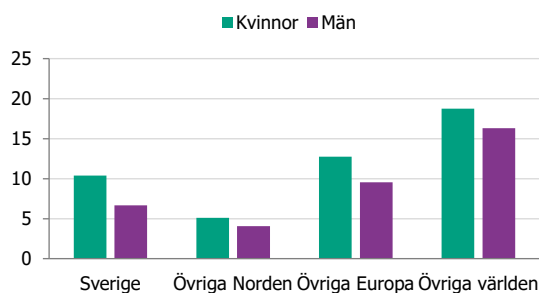


## Psykisk hälsa och suicid

Psykisk hälsa används ofta som ett paraplybegrepp och omfattar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa innefattar många olikartade tillstånd med olika svårighetsgrader och varaktighet, alltifrån enstaka och mildare psykiska besvär till allvarliga psykiatriska tillstånd. Milda psykiska besvär är vanliga och utgör inte i sig ett sjukdomstillstånd. Måttet allvarlig psykisk påfrestning syftar till att uppskatta hur stor andel av befolkningen som skulle kunna uppfylla kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd. Det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och suicid, och många som tar sitt liv har haft en depression eller någon annan form av psykiatriskt tillstånd.

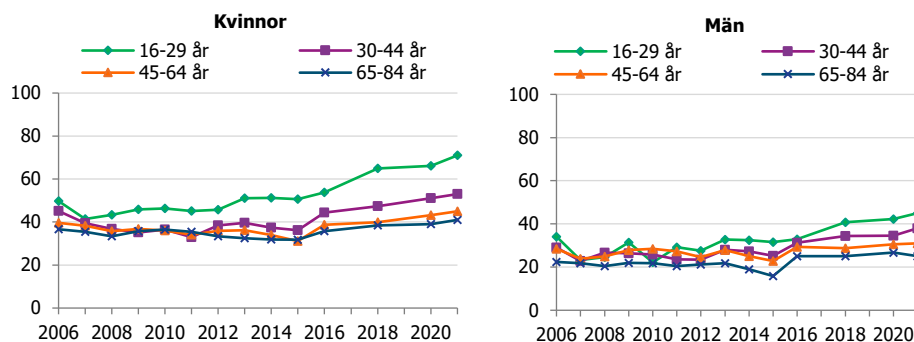
År 2021 uppgav 9,6 procent allvarlig psykisk påfrestning i befolkningen. Det är en ökning från 7,3 procent år 2020 (första året detta mättes). Fler kvinnor än män uppger allvarlig psykisk påfrestning och fler unga än äldre. Bland unga kvinnor (16–29 år) uppges 22 procent allvarlig psykisk påfrestning, vilket är dubbelt så stor andel som bland män i samma åldersgrupp. Bland personer med förgymnasial utbildningsnivå och personer födda utanför Norden uppges fler allvarlig psykisk påfrestning än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå respektive födda i Sverige (figur 6).

Figur 6. Allvarlig psykisk påfrestning (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på födelse land, 2021.



Bland de yngre, och särskilt bland kvinnor, uppges en högre andel även andra former av psykiska besvär än bland de äldre. Andelen som rapporterat stress samt lätta besvär av ångslan, oro eller ångest är högst i denna åldersgrupp och har ökat 2006–2021 (figur 7).

Figur 7. Ångslan, oro, ångest, lätta besvär (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2021.



Antalet avlidna i suicid per 100 000 invånare 15 år och äldre är i stort sett oförändrat under perioden 2006–2020. En avvikande trend ses i åldersgrupperna 15–29 samt 30–44 år, där antalet har ökat något. När det gäller gruppen 15-29 år indikerar myndighetens pågående analyser att ökningen avser gruppen 25-29 år. Antalet avlidna i suicid är mer än dubbelt så högt bland män än bland kvinnor, och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland dem med eftergymnasial utbildningsnivå.

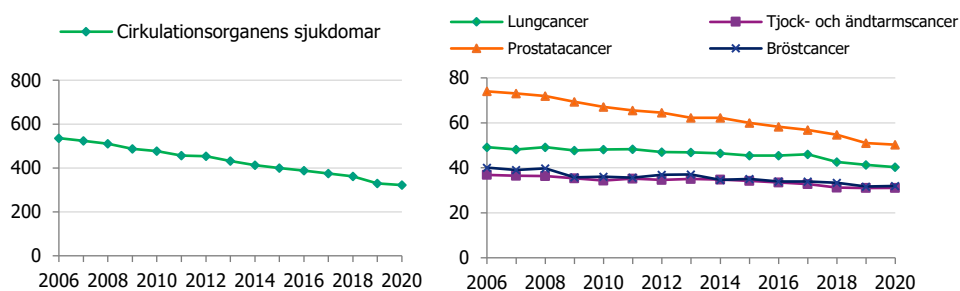
## Dödlighet i vissa orsaker

### De vanligaste dödsorsakerna

Den vanligaste dödsorsaken idag bland såväl män som kvinnor är sjukdomar i cirkulationsorganen följt av cancer. Under 2020 var covid-19, som presenteras under avsnittet ”Covid-19 och andra smittsamma sjukdomar”, den tredje vanligaste registrerade dödsorsaken.

Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och cancer har minskat 2006–2020 bland både kvinnor och män (figur 8), med undantag för lungcancer som fortsatt att öka bland kvinnor fram till och med 2017 för att sedan plana ut. Den dominerande orsaken till lungcancer är rökning [40] och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka. Dödligheten för både cirkulationsorganens sjukdomar och cancer har minskat i alla åldersgrupper utom den äldsta (85 år och äldre) vilket kan förklaras av att personer lever allt längre, varpå dödligheten förskjuts till den äldsta åldersgruppen. Personer med högst förgymnasial utbildningsnivå har högre dödlighet i alla de vanligaste dödsorsakerna än de med eftergymnasial utbildningsnivå.

Figur 8. Avlidna i cirkulationsorganens sjukdomar och de vanligaste cancersorterna (per 100 000; prostatacancer visas per 100 000 män och bröstcancer per 100 000 kvinnor), 2006–2020. Åldersstandardiserade siffror. Observera att y-axlarna har olika skalor.



### Läkemedel, narkotika, alkohol

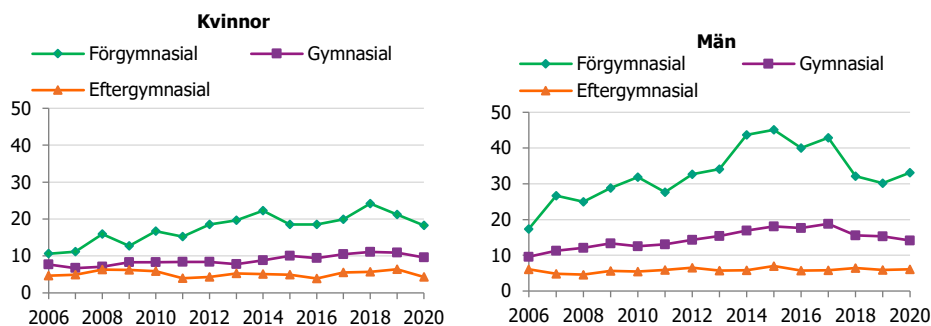
Under 2020 inträffade 2 058 dödsfall enligt alkoholindex, det vill säga med en explicit alkoholdiagnos, och 822 dödsfall i läkemedels- och narkotikaförgiftningar, bland invånare 15 år och äldre.

Dödligheten enligt alkoholindex har minskat under perioden 2006–2020 framför allt bland män under 65 år och bland personer med eftergymnasial respektive

gymnasial utbildningsnivå. Samtidigt har dödligheten ökat bland personer 65–84 år och bland kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå. Dödlighet enligt alkoholindex är cirka tre gånger högre bland män än bland kvinnor och mer än dubbelt så hög bland personer med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå.

Sett till hela perioden 2006–2020 har den läkemedels- och narkotikarelaterade dödligheten ökat med 71 procent, trots dödligheten minskat igen bland män de senaste åren. Läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfall är vanligare bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå (figur 9).

Figur 9. Dödlighet i läkemedels- och narkotikaförgiftningar (antal per 100 000), 25 år och äldre. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2020. Åldersstandardiserade siffror.



## Spädbarnsdödlighet

Liksom medellivslängd ger spädbarnsdödlighet en bild av det generella hälsoläget i ett land. Spädbarnsdödligheten under det första levnadsåret har minskat i Sverige från 22 till 2,1 dödsfall per 1 000 levande födda, 1950–2020 [40], främst på grund av medicinska framsteg och mer utvecklad hälso- och sjukvård. Under 2006–2020 var nergången runt 20 procent. Trots att spädbarnsdödligheten idag är låg i Sverige är den högre bland spädbarn vars mamma är född utanför Europa, jämfört med övriga födelseregioner. Antalet avlidna per 1 000 levande födda var något större bland pojkar alla år utom 2008, då den var samma som för flickor.

## Vissa sjukdomar och skador

### Våldsrelaterade skador

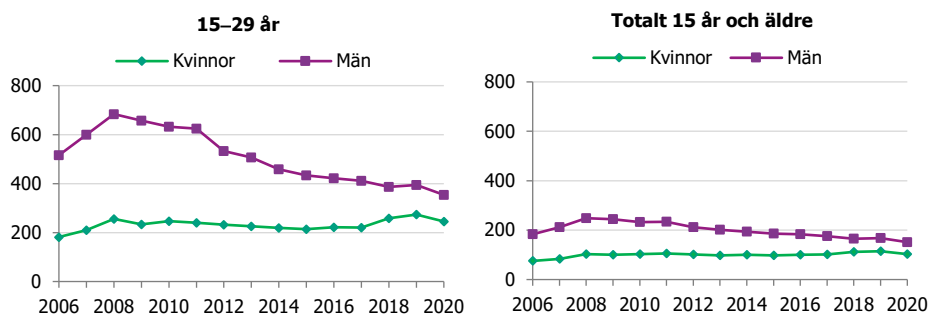
Våld är ett samhällsproblem som utgör ett hot mot människors trygghet och hälsa. Det finns ett samband mellan våldsutsatthet och riskbruk av alkohol, droganvändning, psykisk ohälsa och självmord.

Totalt vårdades 10 791 personer 15 år eller äldre inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för våldsrelaterade skador 2020. Fler män än kvinnor (per 100 000) och mer än fem gånger så många med högst förgymnasial utbildningsnivå än med eftergymnasial utbildningsnivå vårdades för våldsskada. Bland män har fler

födda utanför Europa och i Europa utanför Norden vårdats för våldsskada än födda i Sverige, medan det motsatta gäller för kvinnor.

Under perioden 2006–2020 minskade antalet vårdade för våldsskada bland män i alla åldersgrupper under 65 år, men särskilt i den yngsta åldersgruppen 15–29 år (figur 10), medan det ökade bland kvinnor under 65 år. Antalet vårdade för våldsskada sjönk även bland män med gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå, medan det ökade bland män med förgymnasial utbildningsnivå och bland kvinnor oavsett utbildningsnivå.

Figur 10. Vårdade för våldsrelaterade skador (antal per 100 000), 15–29 år samt 15 år och äldre, fördelat på kön, 2006–2020. Åldersstandardiserade siffror för totalt 15 år och äldre.

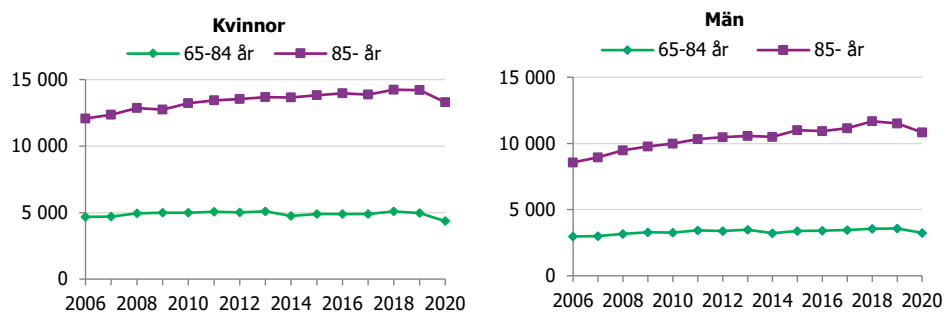


### Fallskador bland äldre

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och är en av de tio vanligaste dödsorsakerna bland svenskar över 70 år. Orsaker till att fallrisken ökar med stigande ålder är bland annat muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering.

Andelen fallskador är störst i åldersgruppen 85 år och äldre och vanligare bland kvinnor än män (figur 11). Andelen med fallskador bland personer 65 år och äldre har ökat under perioden för alla grupper, men 2020 bröts trenden och färre vårdades för fallskada än under 2019.

Figur 11. Vårdade för våldsrelaterade skador (antal per 100 000), 65 år och äldre. Kvinnor och män fördelat på åldersgrupper, 2006–2020.

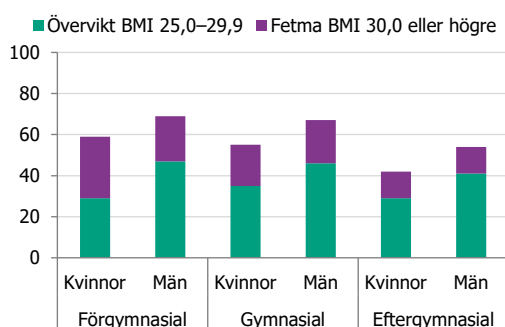




## Övervikt och fetma

Förekomsten av övervikt och fetma har ökat under perioden 2006–2021. År 2021 uppgav 16 procent fetma och drygt 50 procent antingen övervikt eller fetma. Fetma ger större risk för bland annat typ 2-diabetes, vissa typer av cancer och hjärt- och kärlsjukdom [42]. Fetma har ökat bland både kvinnor och män och i samtliga utbildningsgrupper, men en lägre andel personer med eftergymnasial utbildningsnivå uppgav fetma än personer med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå, under hela perioden (figur 12).

Figur 12. Övervikt och fetma (andel i procent), 25–84 år, fördelat på kön och utbildningsnivå, 2021. Åldersstandardiserade siffror.



## Covid-19 och andra smittsamma sjukdomar

### Covid-19

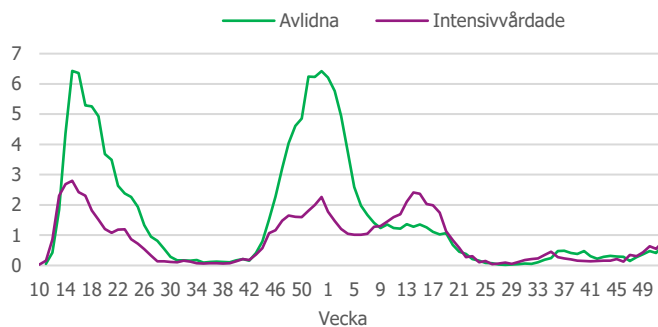
I januari 2020 bekräftades det första fallet av covid-19 i Sverige. Smittspridningen ökade till i mitten av april för att sedan minska i omfattning. Under hösten sågs en ökning av antalet fall igen och i början av november var samhällsspridningen omfattande. Den höga smittspridningen höll i sig till början av 2021 men avtog under årets första veckor för att sedan öka igen och kulminera i början av april. Under både 2020 och 2021 var smittspridningen relativt låg under sommarmånaderna. I samband med skolstarten 2021 ökade smittspridningen bland barn och ungdomar och under senhösten ökade antalet fall i alla åldersgrupper. I slutet av 2021 var det en exceptionellt hög smittspridning.

Antalet avlidna utgår från antalet personer med laboratoriebekräftad covid-19 som avlidit, oavsett dödsorsak. Dödsfallen har antingen rapporterats avlidna av behandlande läkare eller avlidit enligt folkbokföringen inom 30 dagar efter en covid-19 diagnos. Jämförelser under 2020 och 2021 mellan antalet avlidna i rapporteringen från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsens statistik över avlidna med dödsorsak covid-19 har visat relativt små skillnader. Antalet intensivvårdade fall rapporteras från Svenska intensivvårdsregistret. Sammantaget har 8 267 personer intensivvårdats och 15 350 personer avlidit med covid-19 under 2020 och 2021.

Figur 13 visar antalet intensivvårdade och antalet avlidna med covid-19 per 100 000 invånare per vecka under 2020 och 2021. Där framgår topparna med hög

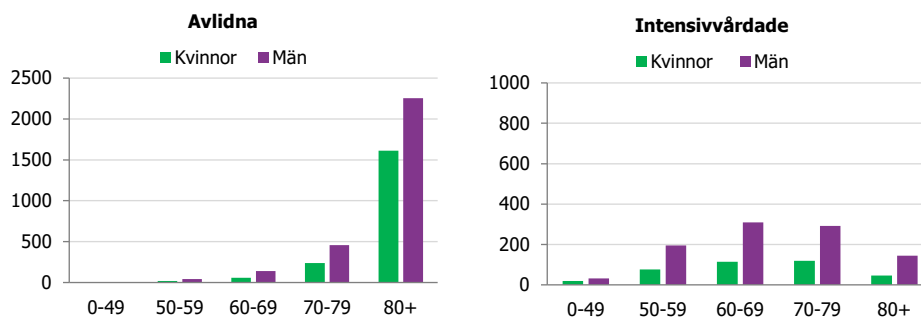
smittspridning för våren 2020 respektive sen höst/vinter 2020 och vår 2021. En ökande vaccinationstäckning under 2021 har betytt att antalet avlidna under perioder av hög smittspridning 2021 varit på betydligt lägre nivåer än under 2020. Effekten av vaccinationerna syns även på antalet intensivvårdade under den ökande smittspridningen i slutet av 2021.

Figur 13. Avlidna respektive intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), totalt, per vecka 2020 och 2021.



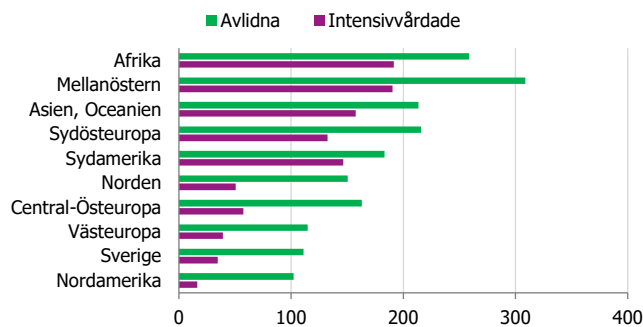
Ålder är den största riskfaktorn för allvarlig sjukdom och död till följd av covid-19. Flest antal intensivvårdade per 100 000 finns i åldersgrupperna 60–69 år och flest avlidna per 100 000 finns i åldersgruppen 80 år och äldre (figur 14). Svårt sjuka bland de äldsta vårdas ofta på andra avdelningar än IVA då många i den gruppen har svårt att tillgodogöra sig intensivvårdsbehandling. Män har drabbats hårdare än kvinnor i alla ålderskategorier både vad gäller allvarlig sjukdom som krävt intensivvård och död.

Figur 14. Avlidna respektive intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), totalt, fördelat på ålder och kön, 2020 och 2021. Observera att y-axlarna har olika skalor.



Både antalet personer som IVA-vårdats och som avlidit per 100 000 är högre för utrikesfödda från alla födelseregioner jämfört med svenskfödda, förutom från Nordamerika (figur 15). Det är drygt fem gånger så många från Afrika och Mellanöstern som har IVA-vårdats under perioden 13 mars 2020 till 15 februari 2021, och runt tre gånger så många som avlidit. För mer information se rapporten Utrikesfödda och covid-19 [43].

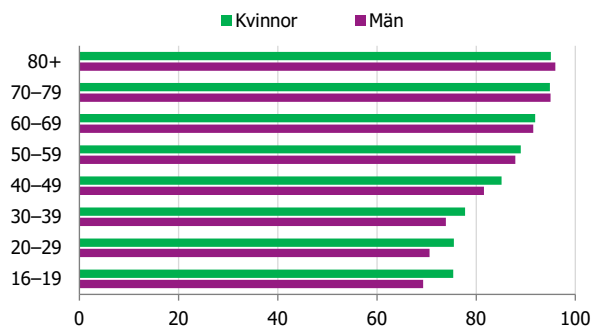
Figur 15. Avlidna respektive intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), uppdelat på födelseregion. 13 mars 2020 till 15 februari 2021. Ålders- och könsstandardiserade siffror.



### Vaccination mot covid-19

I slutet av 2021 var 84 procent av befolkningen 16 år och äldre vaccinerade (med minst två doser) mot covid-19. Störst andel vaccinerade finns bland de som är 70 år och äldre, där 95 procent av alla är vaccinerade. Större andel kvinnor än män är vaccinerade (figur 16).

Figur 16. Vaccinerade\* mot covid-19 (andelar i procent), totalt, fördelat på ålder och kön, till och med 2021-12-31.

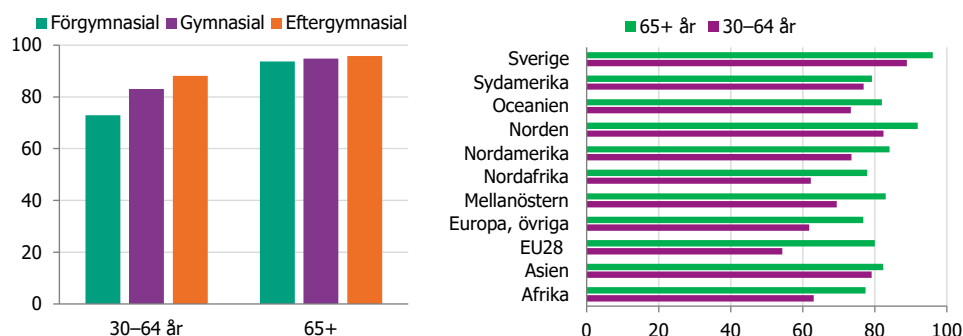


\*Med vaccinerade avses minst två doser

Andelen vaccinerade skiljer sig åt även mellan personer med olika utbildningsnivå och mellan personer födda i olika delar av världen (figur 17). Större andel av personer med eftergymnasial utbildningsnivå är vaccinerade än personer med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå. Skillnaden är liten i åldern 65 år och äldre men tydligare bland personer 30–64 år.

Både i gruppen 30–64 år och 65 år och äldre var det en större andel vaccinerade bland personer födda i Sverige eller övriga Norden jämfört med födda i övriga födelseregioner. Lägst andel vaccinerade i den äldre åldersgruppen var det bland personer födda i Europa utanför Norden och EU28 (EU-länderna och Storbritannien), följt av personer födda i Afrika. Även i den yngre åldersgruppen fanns en relativt låg andel vaccinerade bland personer födda i Europa utanför Norden och EU28, men den lägsta andelen fanns bland dem födda i EU28-länderna.

Figur 17. Vaccinerade mot covid-19 (andelar i procent). Ålderskategorier uppdelat på utbildningsnivå respektive födelseregion, till och med 2021-12-31.

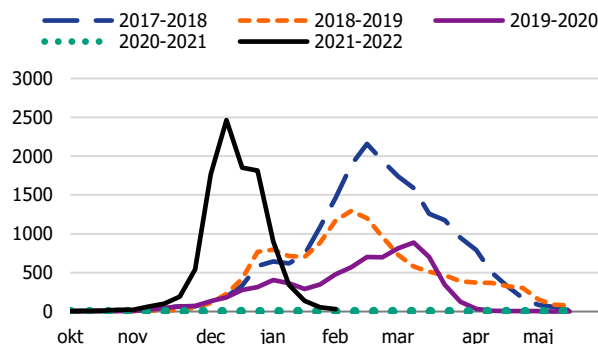


\*Med vaccinerade avses minst två doser \*\* EU28 innefattar EU-länderna och Storbritannien (UK).

### Övriga smittsamma sjukdomar

Antalet laboratorieverifierade influensafall sjönk markant i samband med att åtgärder mot covid-19 sattes in under 2020, och under säsongen 2020–2021 rapporterades endast ett fåtal fall (figur 18). Även säsongen 2021–2022 har påverkats av pandemin. En kortvarig epidemi sågs med en topp december 2021, främst i östra Sverige och i yngre åldersgrupper. Smittspridningen ökar vanligtvis när många återvänder till skolor och arbetsplatser i januari, men istället sågs en snabb minskning i antalet fall till mycket låga nivåer. Både restriktionerna mot covid-19 och den höga förekomsten av covid-19 under januari påverkade sannolikt spridningen av influensa.

Figur 18. Laboratorieverifierade fall av influensa (antal per vecka), per säsong, 2017–2022.



Även antalet inrapporterade fall av RS-virus (RSV) och calici-virus (vinterkräksjuka) var mycket lågt under 2020-2021 vilket till stor del beror på att åtgärderna för att minska spridningen av covid-19 även minskade smittspridningen av virus som annars brukar spridas intensivt under vinterperioden.

RSV-säsongen 2021–2022 har varit ovanlig med en tidig och intensiv epidemi bland barn under fem. Flest fall i åldersgruppen sågs vecka 42. Utvecklingen av RSV-säsongen skiljer sig från en typisk säsong, då smittspridningen vanligtvis ökar från mitten av januari för att nå en topp under våren. Spridningen av RSV har fortsatt att avta under våren trots fortsatt hög provtagning. Vad gäller

vinterkräksjuka sågs ett ovanligt stort antal inrapporterade fall under första hälften av säsongen 2021–2022 och toppen av säsongen, som vanligtvis ses i februari och mars, kom redan innan jul, runt vecka 52.

Under 2020 skedde en ovanligt stor minskning av sexuellt överförbara sjukdomar för flera diagnoser, bland annat hiv och gonorré. Under 2021 var antalet fall av hiv och gonorré fortfarande lägre än antalet fall 2019. Klamydiainfektion minskade något både under 2020 och 2021, men det har under 2021 skett förändringar i hur dessa inrapporteras vilket innebär svårigheter i jämförelsen med tidigare år.

# Förutsättningar för hälsa – utvecklingen inom folkhälsopolitikens målområden

I det här avsnittet redovisas indikatorer för folkhälsopolitikens åtta målområden. Varje målområde är brett och innehåller många delar som har betydelse för hälsan och som ligger till grund för ett brett folkhälsoarbete på lokal, regional och nationell nivå. Uppföljningen av förutsättningar för hälsa utgår från de kärnindikatorer för målområdena som Folkhälsomyndigheten valt ut [38]. Kärnindikatorerna täcker samtliga målområden. För denna rapport är presentationen inte fullständig då vi ännu saknar data och/eller definitioner för en tredjedel av kärnindikatorerna. För definitioner av de inkluderade indikatorerna se bilaga 2.

## Målområden och fokusområden

För varje målområde har ett antal fokusområden beslutats av Folkhälsomyndigheten, vilka i stor utsträckning motsvarar de inriktningar som Kommissionen för en god och jämlik hälsa lyfte fram som centrala [3].

1. Det tidiga livets villkor: En jämlik mödra- och barnhälsovård; En likvärdig förskola av god kvalitet; Metoder och medel som sätter barnens främsta i fokus.
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning: En god lärandemiljö; Ett likvärdigt utbildningssystem; Att motverka skolmisslyckanden genom tidig identifiering och insats.
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö: Att ha ett arbete; Goda förutsättningar för ökad anställningsbarhet; Goda arbets- och anställningsförhållanden; En fysiskt och psykosocialt hållbar arbetsmiljö.
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter: Fördelning av inkomster i befolkningen; Ekonomiska resurser för de med knappa ekonomiska marginaler och minskad långvarig ekonomisk utsatthet.
5. Boende och närmiljö: Tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad; Bostadsområden som är socialt hållbara; Sunda boendemiljöer på jämlika villkor.
6. Levnadsvanor: Begränsad tillgänglighet till hälsoskadliga produkter; ökad tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter; Att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med levnadsvanor i välfärdens organisationer.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet: Ett jämlikt deltagande i demokratin; Ett jämlikt deltagande i det civila samhället; Arbetet för de mänskliga rättigheterna; Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter; Ökad kontroll, inflytande och delaktighet för vissa individer och grupper.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Tillgänglighet för att möta olika behov; Vårdmöten som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat; Hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete; En god, tillgänglig och jämlik tandvård; Att regioner leder, styr och organiserar sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård.

I likhet med hälsoutfallen gäller indikatorerna för målområdena olika tidsperioder. Hur snabbt olika data finns tillgängliga efter insamling skiljer sig åt mellan olika register, exempelvis är gymnasieindikatorerna från 2021 medan de ekonomiska indikatorerna är från 2019. De självrapporterade indikatorerna, till exempel tobaksrökning och alkoholkonsumtion, kommer från HLV och är insamlade under våren 2021. De redovisade indikatorerna för de olika målområdena avser därför ofta förhållanden under pandemins första år, 2020 och 2021. Det går i denna uppföljning inte att isolera effekten av covid-19-pandemin och relaterade åtgärder och det är även för tidigt att uttala sig om långvariga effekter.

## Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

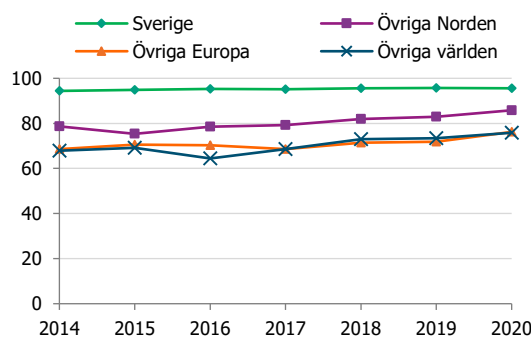
Att ge varje barn en bra start i livet är av stor betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa över livsloppet. Under den tidiga barndomen är nyttan av insatser stor och god omvårdnad kan leda till livslånga positiva effekter. Små barn tillbringar den största delen av sin tid hemma och i förskolan. Förskolan kan bidra till barnens socioemotionella utveckling, trygghet och stimulans. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 1 är Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården, Barn inskrivna i förskola och Förskollärare med pedagogisk högskoleexamen. Nedan presenteras Barn inskrivna vid förskola.

### Barn inskrivna i förskola

I Sverige var 95 procent av alla barn 2020, inskrivna vid förskolan det år de fyllt tre, men det varierar mellan olika grupper. Medan 96 procent av de barn vars föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå är inskrivna det år de fyller tre år 87 procent av barnen vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå inskrivna. Av de barn som är födda utanför Norden är 76 procent inskrivna vid 3 års ålder.

Under perioden 2014–2020 har andelen barn som är inskrivna på förskola det år de fyllt tre år ökat i de flesta grupper, men mer bland barn vars föräldrar är födda utanför Sverige (figur 19).

Figur 19. Barn inskrivna i förskola (andelar i procent), 3-åringar, fördelat på födelse land, 2014–2020.



## Målområde 2 – Kompetenser, kunskaper och utbildning

Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. Skolan är en arena som når alla barn och unga och har därmed en grundläggande roll i arbetet för en god och jämlik hälsa. Grundskolan lägger grunden för vidare studier och de flesta unga i Sverige påbörjar gymnasiestudier. Unga som saknar slutbetyg från gymnasieskolan har sämre möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden, och detta kan i sin tur minska möjligheterna till god hälsa under resten av livet. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 2 är Lärare med pedagogisk högskoleexamen i grundskolan, Gymnasiebehörighet och Gymnasieexamen, varav de två senare presenteras nedan.

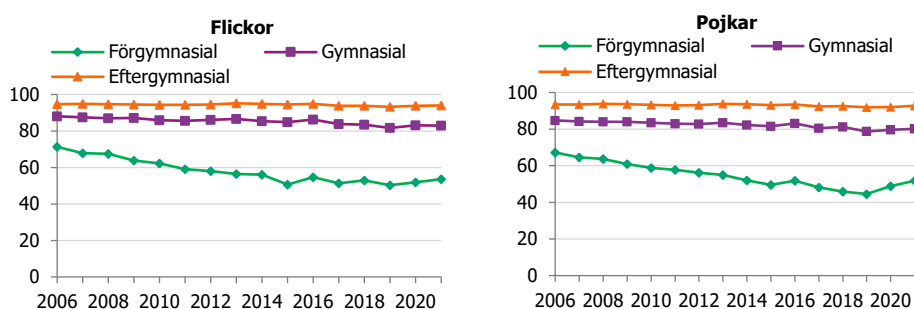
### Gymnasiebehörighet och gymnasieexamen

Både andelen elever som går ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet och andelen som tar gymnasieexamen inom fyra år från påbörjad utbildning varierar beroende på kön, födelse-land och föräldrarnas utbildningsnivå. Under 2021 når en något större andel flickor än pojkar i årskurs 9 gymnasiebehörighet (87 respektive 86 %) och en större andel flickor än pojkar tar examen från gymnasiet inom fyra år.

Bland elever med föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå var andelen som gick ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet 93 procent, 2021. Motsvarande andel bland dem vars föräldrar har gymnasial respektive förgymnasial utbildningsnivå är 82 respektive 53 procent. Andelen som tar gymnasieexamen inom fyra år är mer än dubbelt så stor bland elever vars föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå (82 %) än bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå (37 %). Bland elever födda i Sverige går 90 procent ut årskurs 9 som behöriga till gymnasiet och 79 procent tar gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning. Motsvarande siffror för elever födda utanför Europa är 62 respektive 37 procent.

Andelen med behörighet till gymnasiet sjönk under perioden 2006–2021, främst bland dem vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå. Detta riskerar på sikt att öka skillnaderna i hälsa hos befolkningen. De senaste åren, 2020 och 2021 avstannade den nedåtgående trenden (figur 20). Till följd av covid-19-pandemin infördes ett antal åtgärder i skolan som kan ha inverkat på detta, bland annat inställda nationella prov och distansundervisning.

Figur 20. Gymnasiebehörighet (andelar i procent). Flickor och pojkar, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2006–2021.





## Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

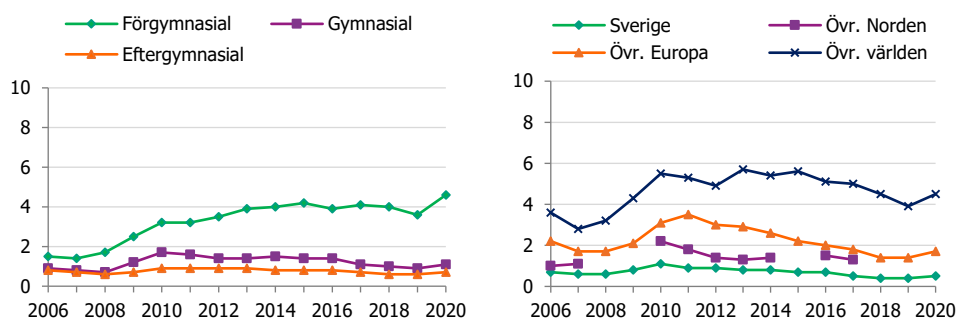
Att ha ett förvärvsarbete och sysselsättning är viktigt för individens och familjens ekonomiska resurser. Arbetslöshet är också förknippat med att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar och att dö i förtid. Långtidsarbetslöshet är även en riskfaktor för psykisk ohälsa. Olika former av anställning ger olika stor trygghet för arbetstagaren. Även arbetsmiljön, såväl fysisk som psykosocial, kan ha stor betydelse för hälsan. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 3 är Långtidsarbetslöshet, Unga som varken arbetar eller studerar, Krav-kontroll i arbetet och Fysisk belastning av arbetet. Nedan presenteras Långtidsarbetslöshet, Krav-kontroll i arbetet och Fysisk påfrestning i arbetet.

### Långtidsarbetslöshet

Långtidsarbetslösheten, mätt som minst 12 månaders sammanhängande arbetslöshet, bland personer 25–64 år var 1,1 procent bland både män och kvinnor 2020, vilket innebär en uppgång från året innan. Skillnaden mellan män och kvinnor i andelen långtidsarbetslösa var liten under hela perioden 2006–2020.

Långtidsarbetslösheten var 2020 högst bland personer födda utanför Europa eller med förgymnasial utbildningsnivå (4,5 respektive 4,6 %) och lägst bland personer födda i Sverige och personer med eftergymnasial utbildningsnivå (0,5 respektive 0,7 %) (figur 21). Långtidsarbetslösheten ökade i flera grupper under 2020, men mest i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda utanför Europa.

Figur 21. Långtidsarbetslösa i arbetskraften (andelar i procent), 25–64 år, fördelat på födelse-land respektive utbildningsnivå, 2006–2020.



### Krav-kontroll och fysisk påfrestning i arbetet

Andel personer bland sysselsatta (25–64 år) som uppgav att de har hög anspänning i sitt arbete, det vill säga höga krav kombinerat med låg kontroll, var 22 procent, 2019. Det var en högre andel kvinnor (28 %) än män (17 %) som uppgav hög anspänning i sitt arbete. Däremot sågs inga större skillnader mellan utbildningsgrupper eller mellan personer födda i eller utanför Sverige.

Fysisk påfrestning i arbetet bland sysselsatta (25–64 år) uppgavs av 21 procent av kvinnorna och 23 procent av männen. Till skillnad från krav-kontroll var andelen som uppgav fysisk påfrestning i sitt arbete 2019 mer än dubbelt så hög bland

personer med gymnasial utbildningsnivå, 33 procent, jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå, 14 procent. Fysisk påfrestning i arbetet var högst bland personer födda i övriga Norden och lägst bland personer födda i övriga Europa.

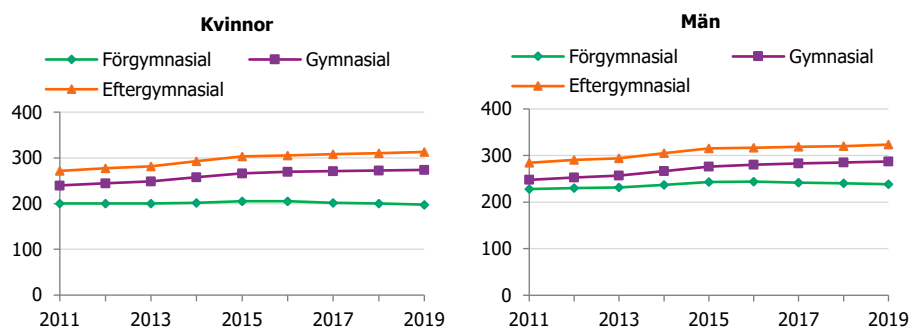
## Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

Bristande ekonomiska resurser kan påverka hälsan på flera sätt, dels genom en sämre köpkraft som kan leda till brist på nödvändigheter såsom mat och tryggt boende, dels genom sociala och psykologiska svårigheter som är förknippade med ekonomisk utsatthet. Bristande ekonomiska resurser ger sämre förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor, och oro för ekonomin kan påverka hälsan negativt. Vidare kan ekonomisk utsatthet vara förknippat med svårigheter att delta i samhället på samma sätt som andra, och kan därmed innebära en risk för social exkludering. Att växa upp med bristande ekonomiska resurser kan påverka barns liv negativt, exempelvis genom mindre hälsosamma levnadsvanor, sämre skolresultat och trångboddhet. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 4 är Ekonomisk standard, Varaktig låg ekonomisk standard, relativ, Varaktig låg inkomststandard, absolut och Överskuldssatta. Nedan presenteras Ekonomisk standard och Låg ekonomisk standard, relativ.

### Ekonomisk standard

Den ekonomiska standarden (hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet) har stigit med 15 procent i Sverige 2011–2019, mätt i fasta priser, men med stora variationer mellan grupper. Män har generellt högre disponibel inkomst än kvinnor och den ekonomiska standarden har ökat likartat för både kvinnor och män. Åldersgruppen 85 år och äldre är den åldersgrupp som har lägst ekonomisk standard och gruppen 45–64 år är den som har högst. Den ekonomiska standarden har ökat mellan 2011 och 2019 för alla utbildningsgrupper och för personer födda i alla födelseregioner, med undantag för kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå där den sjönk med en procent (figur 22).

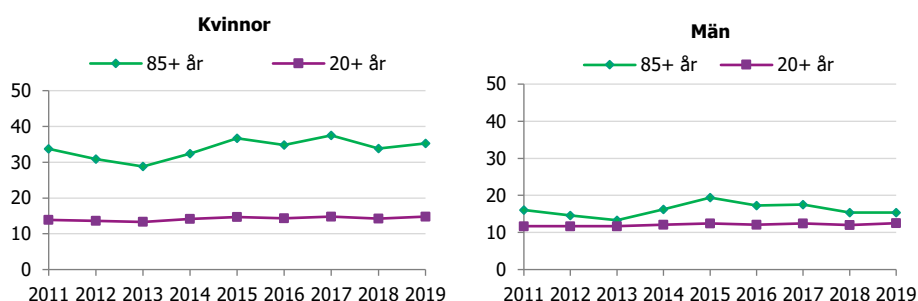
Figur 22. Ekonomisk standard (tkr), 25–64 år. Kvinnor och män fördelat på utbildningsnivå, 2011–2019.



## Låg ekonomisk standard, relativ

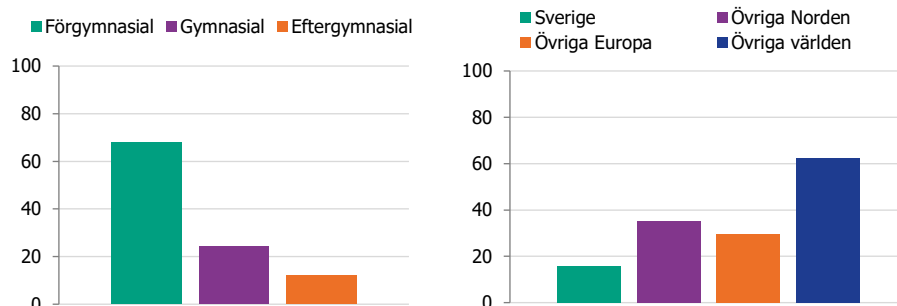
Trots att den ekonomiska standarden har ökat generellt i befolkningen har andelen som lever med låg ekonomisk standard (hushållets ekonomiska standard lägre än 60 % av medianvärdet för riket) ökat både bland vuxna och yngre barn (0–9 år), sedan 2011 och det finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå och födelse land. År 2019 hade 14 procent av Sveriges vuxna befolkning (20 år och äldre) låg ekonomisk standard och 20 procent av barn och ungdomar i åldern 0–19 år. Mer än en tredjedel av vuxna födda utanför Europa har låg ekonomisk standard, och bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå levde över 30 procent med låg ekonomisk standard. Även i den äldsta åldersgruppen lever en stor andel med låg ekonomisk standard, främst bland kvinnor (figur 23).

Figur 23. Låg ekonomisk standard, relativ (andelar i procent), för personer 85 år och äldre samt 20 år och äldre, 2011–2019. Siffrorna för 20 år och äldre är åldersstandardiserade.



Bland barn är det störst andel som lever med låg ekonomisk standard bland dem vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå (68 %). Även bland barn födda utanför Europa levde en stor andel med låg ekonomisk standard (62 %) jämfört med barn födda i Sverige (figur 24). Skillnaderna mellan barn vars föräldrar har förgymnasial respektive eftergymnasial utbildningsnivå samt mellan barn födda utanför Europa jämfört med barn födda i Sverige består under perioden 2011–2019.

Figur 24. Barn med låg ekonomisk standard, relativ (andelar i procent), 0–19 år, fördelat på födelse land respektive föräldrarnas utbildningsnivå, 2019.



## Målområde 5 – Boende och närmiljö

Tillgång till en fullgod bostad är en förutsättning för en god hälsa.

Samhällsplaneringen bör motverka segregation och exponering för skadliga miljöfaktorer, samt främja sunda boendemiljöer. En ökad trygghet i närområdet bidrar till att färre avstår från att gå ut ensamma och det blir lättare att nyttja de utomhusmiljöer som främjar hälsa, bland annat genom att gå eller cykla till och från skola och arbete, vistas på lek- och idrottsplatser, och nyttja parker, terrängspår och liknande. Även kvaliteten på den fysiska miljön såväl inne som ute påverkar hälsan. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 4 är Kommuners underskott på bostäder till vissa grupper i utsatta situationer, Trångboddhet, Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla och Störd sömn av trafikbuller, varav de två senaste presenteras nedan.

### Störd sömn av trafikbuller

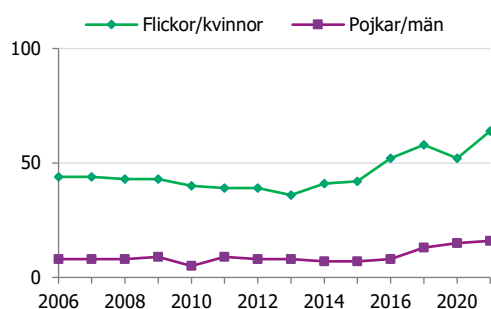
År 2021 uppgav 5,5 procent av befolkningen att de hade svårt att somna eller blir väckta av trafikbuller i närheten av bostaden, vilket var en uppgång från 2020. Andelen var mindre bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå jämfört med dem med högst förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Sverige än bland personer födda utanför Norden.

### Avstått från att gå ut ensam av rädsla

År 2021 uppgav 45 procent av kvinnorna och 14 procent av männen att de ibland eller ofta avstår från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, och andelen ökade under perioden 2006–2021. Det var något vanligare bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå att ha avstått från att gå ut på grund av rädsla. Även bland män födda utanför Norden var det något vanligare att ha avstått från att gå ut, jämfört med män födda i Sverige.

Störst andel som uppgav att de avstått från att gå ut på grund av rädsla fanns i den yngsta och äldsta åldersgruppen (16–29 respektive 65–84 år). Bland de yngre kvinnorna angav 64 procent att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla, 2021 (figur 25).

Figur 25. Avstått från att gå ut ensam av rädsla (andelar i procent), 16–29 år, fördelat på kön, 2006–2021.



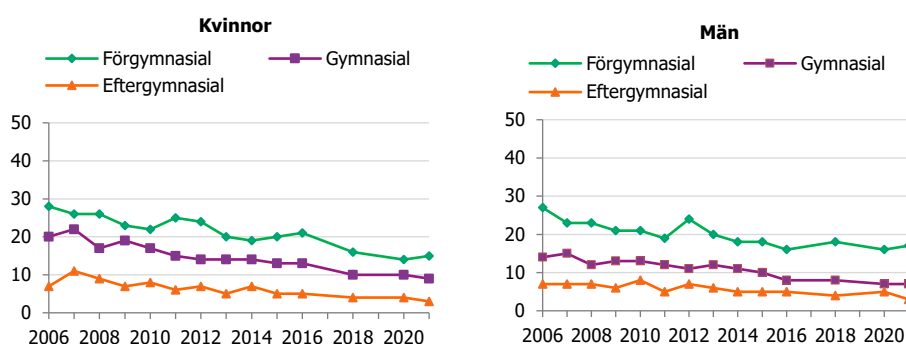
## Målområde 6 – Levnadsvanor

Hälsosamma levnadsvanor främjar en god hälsa. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att stärka människors handlingsutrymme och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor. Det innefattar både att begränsa tillgången till hälsoskadliga produkter och att öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Daglig tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdomsburden i Sverige, och är förknippat med en ökad risk för bland annat lungcancer, diabetes, KOL och hjärt- och kärlsjukdom. Alkohol är en riskfaktor för flera olika skador och sjukdomar, däribland alkoholrelaterade beteendestörningar, levercirros, vissa cancerformer, våldsrelaterade skador och fallolyckor. Samtidigt är fysisk aktivitet kopplat till en minskad risk för bland annat vissa cancerformer och hjärt- och kärlsjukdom och har även betydelse för att främja psykisk hälsa. Hälsosamma matvanor kan förebygga fetma och karies och på lång sikt minska risken för bland annat hjärt- och kärlsjukdom och diabetes. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 6 är Daglig tobaksrökning, Riskkonsumtion av alkohol, Fysisk aktivitet och Grönsaks- och rotfruktsintag. Samtliga indikatorer presenteras nedan.

### Tobaksrökning, daglig

Den dagliga tobaksrökningen minskade under 2006–2021 bland kvinnor och män, i alla åldersgrupper, alla utbildningsgrupper och oberoende av födelseland. Lika många kvinnor som män uppgav att de röker 2021, och andelen var större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå (figur 26). Fler män födda i Europa (utanför Norden) och i övriga världen uppgav att de röker jämfört med män födda i Sverige. Bland kvinnor födda utanför Europa var det en lägre andel som uppgav daglig rökning jämfört med kvinnor födda i Sverige.

Figur 26. Tobaksrökning, daglig (andelar i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror.

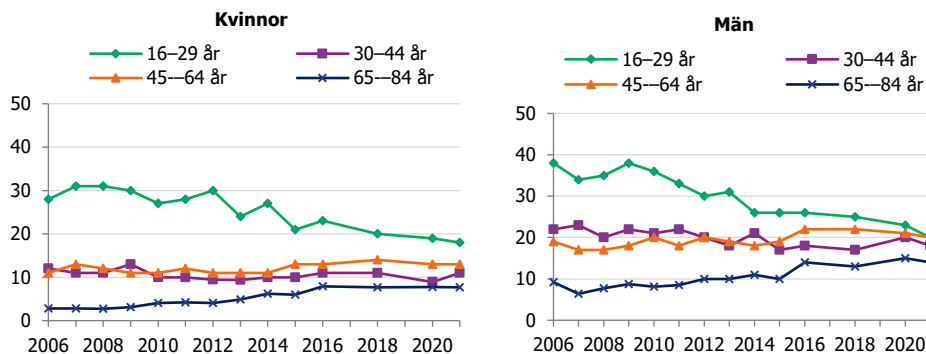


### Risikkonsumtion av alkohol

Risikkonsumtion av alkohol visar andelen personer vars självskattade konsumtion av alkohol indikerar en förhöjd risk för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. År 2021 uppgav 15 procent i befolkningen en risikkonsumtion av alkohol. Fler män än

kvinnor uppger en riskkonsumtion. Andelen minskade något under perioden 2006–2021. Tydligast minskade riskkonsumtionen i den yngsta åldersgruppen 16–29 år, men ökade i de äldre åldersgrupperna, 45–64 och 65–84 år (figur 27).

Figur 27. Riskkonsumtion av alkohol (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2021.



Riskkonsumtion uppgavs oftare av personer födda i Sverige och övriga Norden än bland personer födda i övriga Europa och övriga världen. Bland män uppgav en större andel med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå riskkonsumtion jämfört med män med eftergymnasial utbildningsnivå.

### Fysisk aktivitet

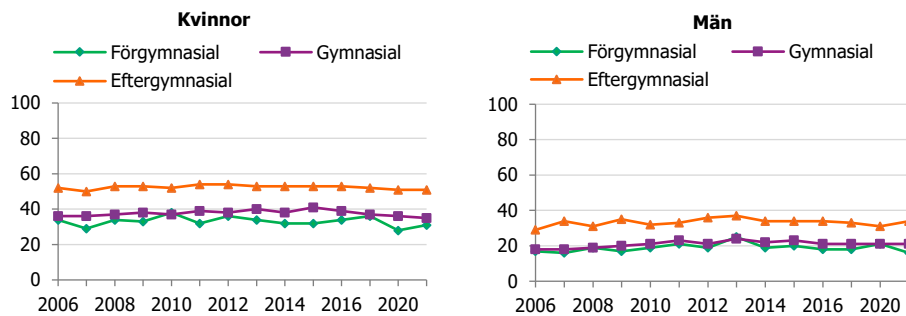
År 2021 uppgav 67 procent i befolkningen en tillräcklig fysisk aktivitet, det vill säga 150 minuter eller mer, under en vanlig vecka de senaste 12 månaderna. Skillnaden var liten mellan kvinnor och män, men andelen som uppgav tillräcklig fysisk aktivitet varierade beroende på såväl utbildningsnivå som födelseland. En jämförelsevis låg andel som uppgav tillräcklig fysisk aktivitet fanns bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå (48 %) och personer födda utanför Europa (52 %).

### Grönsaks- och rotfruktsintag

Fler kvinnor än män (42 respektive 27 %) uppgav att de äter grönsaker eller rotfrukter minst två gånger per dag 2021. Under perioden 2006–2021 har andelen ökat bland både kvinnor och män och även i de yngre åldersgrupperna.

Nästan dubbelt så många anger dagligt intag av grönsaker eller rotfrukter bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå än bland personer med högst förgymnasial. Däremot ses inga tydliga skillnader beroende på födelseland (figur 28).

Figur 28. Grönsaks och rotfruktsintag, dagligen (andelar i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror.



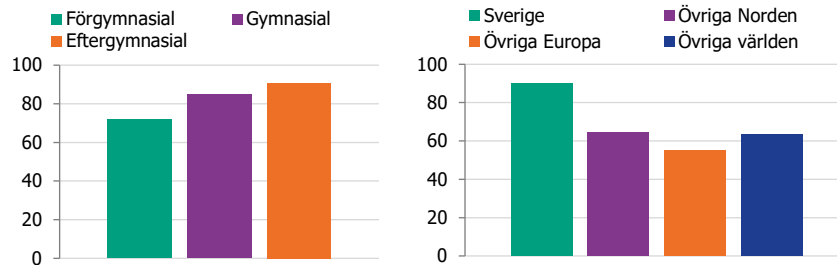
## Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Ur ett demokratiperspektiv är det viktigt att det civila samhället blir bättre på att nå ut till och inkludera personer som i dag står utanför föreningar, organisationer och nätverk. Ett samhälle där individer eller grupper trakasseras, diskrimineras eller på annat sätt kränks står i motsats till ett inkluderande samhälle och försämrar samhällets förutsättningar för en god och jämlik hälsa i befolkningen. Även att bli utsatt för våld eller hot om våld utgör ett samhällsproblem och bidrar till otrygghet och ohälsa. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 7 är Valdeltagande i allmänna val, Tillit till samhällets institutioner, Tillit till andra, Utsatt för kränkande behandling eller bemötande och Utsatt för våld eller hot om våld. Samtliga indikatorer utom Tillit till samhällets institutioner presenteras nedan.

### Valdeltagande

Totalt röstade 84 procent av de i befolkningen som är berättigade att rösta (där vissa har rösträtt endast i kommun och landsting), i minst ett av valen till riksdagen, landstings- eller kommunfullmäktige 2018. Valdeltagandet var lägre bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än personer med eftergymnasial utbildningsnivå och lägre bland personer födda i Europa, utanför Norden och utanför Europa än bland personer födda i Sverige (figur 29).

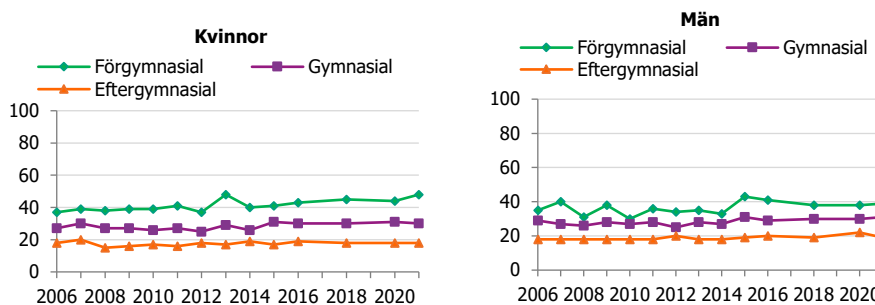
Figur 29. Valdeltagande i minst ett av valen till riksdagen, landstings- eller kommunfullmäktige (andelar i procent) bland röstberättigade. Kvinnor och män, fördelat på födelseland (18 år och äldre) respektive utbildningsnivå (25 år och äldre), 2018. Åldersstandardiserade siffror.



### Tillit till andra människor

Andelen personer som uppgav att de inte tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor ökade något under perioden 2006–2021 i de flesta grupper och uppgick 2021 till 28 procent. Andelen som inte känner tillit till andra minskar med stigande ålder, där fler i de yngre åldersgrupperna än de äldre uppgav att man inte kan lita på andra. Det var också vanligare att uppge att man inte kan lita på andra bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå (figur 30), och bland personer födda utanför Norden jämfört med personer födda i Sverige och övriga Norden.

Figur 30. Tillit till andra människor, låg (andelar i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsgrupp, 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror.



### Utsatt för kränkande behandling eller bemötande

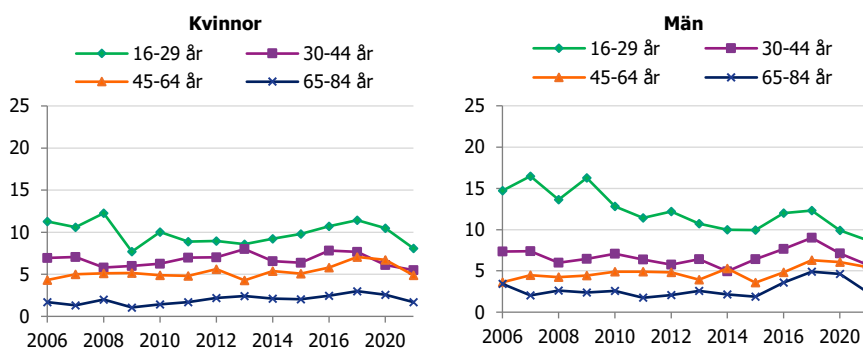
År 2021 uppgav 18 procent att de utsatts för kränkande behandling eller bemötande minst en gång under de senaste 3 månaderna. Fler kvinnor än män uppgav att de utsatts för kränkning och andelen som uppgav att de utsatts för kränkning ökade något bland kvinnor, men minskade bland män under perioden 2006–2021. Bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) uppgav en dryg tredjedel att de utsatts 2021. Det fanns inga tydliga skillnader beroende på utbildningsnivå, men fler män födda i Europa utanför Norden uppgav att de utsatts för kränkning jämfört med män födda i Sverige.



## Utsatt för våld eller hot om våld

Lika många kvinnor som män, 5,2 procent, uppgav 2021 att de utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste 12 månaderna. Det sågs ingen tydlig förändring i andelen kvinnor under perioden 2006–2021, men den minskade bland män i åldersgruppen 16–29 år (figur 31). Störst andel som angav att de utsatts för våld eller hot om våld fanns i den yngsta åldersgruppen och minst andel i den äldsta. Andelen som uppgav att de utsatts för våld eller hot om våld var högre bland personer med förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Europa utanför Norden.

Figur 31. Utsatt för våld eller hot om våld senaste 12 månaderna (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2021.



## Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att vården arbetar förebyggande och hälsofrämjande och att behandling utgår från patientens behov och möjligheter. Vården måste vara tillgänglig för alla som behöver den. För att förebygga allvarliga sjukdomar erbjuds alla barn vaccination enligt det allmänna vaccinationsprogrammet. I det ingår bland annat MPR-vaccination (mässling, påssjuka och röda hund) samt HPV-vaccination. Dålig tandhälsa är ett problem i sig, men det är även kopplat till sjukdomar såsom diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Det är vanligare att avstå från tandläkarvård (trots behov) av ekonomiska skäl än att avstå annan vård. De beslutade kärnindikatorerna för målområde 8 är Avstått läkarvård trots upplevt behov, MPR-vaccination, barn och Avstått tandläkarvård p.g.a. ekonomiska skäl trots behov. De två indikatorer som redovisas nedan är Vaccinationer för barn och Avstått tandvård av ekonomiska skäl trots behov.

### Vaccinationer för barn

Över 97 procent av alla barn födda 2018 hade vid två års ålder fått tre doser kombinationsvaccin som ger skydd mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och hepatit B. Lika många hade fått tre doser vaccin mot pneumokocker respektive första dosen MPR-vaccin (mässling, påssjuka och röda hund).

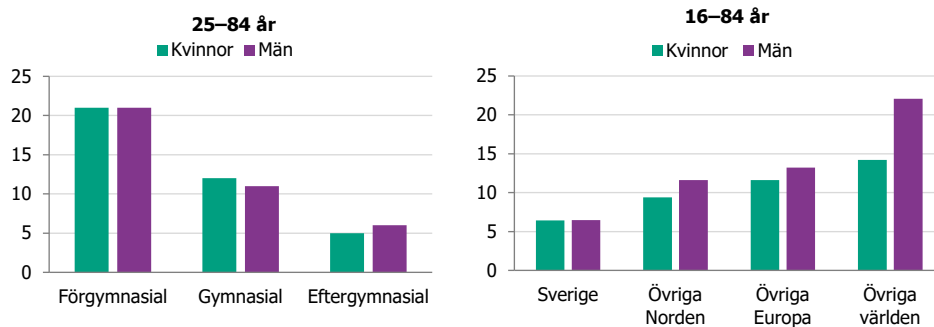
HPV-vaccin erbjuds alla barn i årskurs 5, inklusive pojkar sedan augusti 2020. Av flickor födda 2009 var 90 procent vaccinerade minst en gång, 2021. Motsvarande siffra för pojkar är 85 procent.

### Avstått tandvård av ekonomiska skäl trots behov

År 2021 uppgav 8,4 procent att de avstått från tandvård av ekonomiska skäl trots behov. Andelen var högre bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå, och

bland personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige (figur 32). Andelen sjönk något i nästan alla grupper under perioden 2006–2021, med undantag för personer med förgymnasial utbildningsnivå.

Figur 32. Avstått tandvård av ekonomiska skäl trots behov (andelar i procent). Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå (25–84 år) respektive födelse land (16–84 år), 2021. Åldersstandardiserade siffror för utbildningsnivå.



## Europeisk utblick

Det här avsnittet baseras på internationell folkhälsorapportering, där data om Sverige rapporteras enligt internationella krav med fokus på jämförbarhet mellan länder. Information om Sverige i den internationella rapporteringen stämmer inte alltid överens med nationell rapportering, på grund av skillnader i definitioner av indikatorer och redovisningsgrupper. Information från 2020 och 2021 är dessutom preliminär och kan komma att ändras längre fram. När det gäller barn och unga publiceras nya resultat från den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor hösten 2022. Resultat från tidigare undersökningar om Skolbarns hälsovanor redovisas inte här utan finns på Folkhälsomyndighetens webb [44].

## Medellivslängd

Medellivslängden (från födseln) i Sverige var 2019 den tredje högsta i EU, 83,2 år [45]. Medellivslängden i EU var i snitt 81,3 år och Spanien hade den högsta förväntade medellivslängden bland EU-länderna, med 84,0 år. Medellivslängden har ökat i Europa under de senaste decennierna, men redan före pandemin avtog ökningen i många länder, däribland Sverige. Stagnationen förklaras till stor del av svåra influensasäsonger och att dödsfall på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen inte minskat lika snabbt som tidigare [46].

Covid-19-pandemin har bidragit till en minskad medellivslängd under 2020 jämfört med 2019, enligt statistik från 30 europeiska länder [47]. I tio länder sjönk medellivslängden med ett år eller mer. I Sverige minskade medellivslängden med 0,8 år, vilket innebar en återgång till 2016 års nivå. I Norge, Finland och Danmark sågs däremot en fortsatt ökning av medellivslängden jämfört med 2019.

## Självskattad hälsa och friska levnadsår

I Sverige år 2019 låg andelen som uppger att de mår bra eller mycket bra i åldern 16–44 år på ungefär samma nivåer som i övriga nordiska länder (84,1 procent), men något lägre än genomsnittet för EU (87,1 procent). I åldersgruppen 65 år och äldre var däremot Sverige bland de länder med högst andel personer (62,7 procent) som uppfattade sin hälsa som bra eller mycket bra (40,4 procent i EU). Generellt är det fler män än kvinnor som uppger bra eller mycket bra hälsa, och en större andel yngre än äldre personer [48].

Män och kvinnor i Sverige hade fler förväntade friska levnadsår (mätt som HLY, healthy life years) framför sig vid 65 års ålder än i något annat EU-land år 2019: 15,9 år för män och 16,6 år för kvinnor [49]. I EU var genomsnittet för friska förväntade levnadsår vid 65 års ålder 10,2 för män och 10,4 kvinnor [49].

## Psykisk hälsa och suicid

När det gäller självrapporterade psykiska besvär uppgav 7,0 procent av befolkningen 15 år och äldre, i EU-länderna symtom på depression år 2019, vilket

kan jämföras med 10,5 procent i Sverige [50]. I Danmark uppgav 8,3 procent depressionssymtom, medan i Finland och Norge var andelen omkring 6 procent. I såväl Sverige som i övriga länder i Europa uppgår fler kvinnor än män symtom på depression och symtomen är vanligare bland personer med lägre utbildningsnivåer.

Befolkningens psykiska hälsa förändrades inte i någon större omfattning i Sverige under covid-19-pandemins första år. Däremot finns tecken på att vissa grupper som redan före pandemin hade förhöjd risk för ohälsa har drabbats hårdare av pandemin än andra, till exempel personer som har migrationsbakgrund eller funktionsnedsättningar [51]. Det saknas fortfarande jämförbara data från andra länder under pandemin, men forskning från Europa och Nordamerika tyder på att vissa sårbara grupper som till exempel personer med sämre fysisk hälsa upplevde ökade psykiska besvär under pandemins första år jämfört med före pandemin [52].

Antalet suicid har minskat i OECD-länder med 29 procent mellan 2000 och 2019 [46]. Förekomsten av suicid i Sverige (12,2 per 100 000) låg strax över genomsnittet för OECD-länderna 2019 (11,0 per 100 000). Statistik från Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister visade ingen ökning av vare sig suicid eller sjukhusvård för suicidförsök i Sverige under 2020. Liknande resultat rapporteras även från andra länder i Europa [53].

## Levnadsvanor

Alkoholkonsumtionen per capita i Europa är den högsta i världen och alkoholrelaterade skador är ett stort folkhälsoproblem som framför allt drabbar personer med lägre socioekonomisk position [46]. Den registrerade alkoholkonsumtionen har minskat något över tid i OECD-länderna och 2019 var konsumtionen 8,7 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre [46]. Motsvarande siffra för Sverige var 7,1 liter. Data från ett fåtal europeiska länder visar en oförändrad eller ökad konsumtion under 2020.

Andelen vuxna som röker tobak dagligen har minskat gradvis i de flesta europeiska länder mellan 2009 och 2019, och statistik från ett begränsat antal länder tyder på att tobaksrökningen fortsatte att minska under 2020 [46]. Sverige är, tillsammans med Finland, Island och Norge, ett av de länder där lägst andel röker dagligen. Det finns fortfarande stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper i befolkningen. I Europa, liksom i Sverige, är andelen som röker dagligen högre bland personer med lägre utbildningsnivåer och låg inkomst.

När det gäller matvanor uppgav ungefär två av tre personer inom EU och i Sverige att de äter frukt och grönt dagligen år 2019. Sverige är dock bland de länder i Europa där invånarna äter minst frukt och grönt sett till antal portioner per dag [54]. År 2019 uppgav 7,6 procent i Sverige och i snitt 12 procent inom EU att de åt minst fem portioner frukt och grönt dagligen. Jämfört med de nordiska länderna var konsumtionen i Sverige på ungefär samma nivå som i Norge (8,6 procent), men lägre än i Finland (13,5 procent) och i Danmark (22,9 procent).

## Covid-19

Sedan pandemins början har Europa och världen drabbats av flera vågor av smittspridning och covid-19-relaterade dödsfall, men omfattningen har varierat över tid och mellan länder. De flesta europeiska länder upplevde en hög notering av antalet smittade och dödsfall i slutet av 2020 och i början av 2021, men Sverige tillsammans med länder i södra och västra Europa drabbades hårt redan under våren 2020. Under sommaren 2021 minskade smittspridningen och dödstalen i de flesta länder men gick återigen upp under hösten [46].

### Överdödlighet

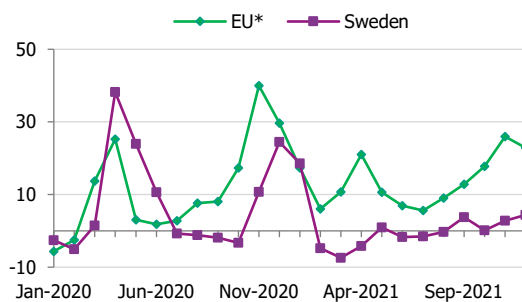
Det är svårt att jämföra dödstalen i covid-19 mellan olika länder då det påverkas av flera olika aspekter som antal prover som tas, vilka som provtas och sjukvårdssystemets utformning. I flera länder finns en risk för underskattning av covid-19-relaterade dödsfall [46]. Ett alternativt jämförande mått är överdödlighet (avvikelse från förväntad dödlighet), som återspeglar samtliga inrapporterade dödsfall, oavsett dödsorsak [55].

Överdödligheten i Sverige under 2020 var lägre än i de flesta EU-länder men högre än i övriga nordiska länder [55].

Under våren 2021 gick överdödligheten i Europa ned, men under hösten började dödstalen öka igen och överdödligheten nådde en ny topp, 26,0 procent, i november 2021 [56] (figur 33). I Sverige noterades högst överdödlighet under månaderna april (38,2 procent) och december 2020 (24,5 procent), men har sedan februari 2021 och året ut haft en dödlighet som är nära eller under det normala jämfört med tidigare år (med högst överdödligheten, 4,4 %, i december). Det är dock stora variationer i hur och när länderna har drabbats. Många länder, framförallt i Öst- och Centraleuropa, fortsatte att ha en hög överdödlighet under 2021 [56].

I likhet med många andra länder i Europa hade Sverige högst överdödlighet bland personer som fyllt 65 år till följd av höga dödstal i covid-19 [46].

Figur 33. Överdödlighet i EU\* och Sverige (procentuell förändring) från januari 2020 till december 2021.



\*EU samt Norge, Island, Lichtenstein och Schweiz. Källa: Eurostat (preliminär statistik)

## Vaccinationstäckning

I slutet av 2020 inleddes vaccination mot covid-19 i Europa. Vaccinationstakten har påverkats av många olika faktorer som till exempel vaccintillgång, länders rekommendationer, hälso- och sjukvårdens kapacitet och befolkningens inställning till vaccin [57]. Många länder har dessutom infört åtgärder för att öka vaccinationsviljan i befolkningen.

Fram till och med januari 2022 var andelen vaccinerade inom EU/EES 81,5 procent av befolkningen som fyllt 18 år, enligt preliminär statistik från EU:s smittskyddsmyndighet ECDC [58]. Täckningsgraden varierade från 34 procent i Bulgarien till över 90 procent i Irland, Portugal, Island, Norge och Danmark [58]. Sverige hade en täckningsgrad på cirka 85 procent av den vuxna befolkningen.

Sedan hösten 2021 erbjuds även en påfyllnadsdos till hela eller delar av befolkningen inom EU/EES. I de flesta länder, inklusive Sverige, prioriterades inledningsvis de äldsta åldersgrupperna och personer med förhöjd risk för allvarlig sjukdom. I början av 2022 sågs därför högst täckningsgrad bland personer som fyllt 60 år både inom EU/ESS (79,7 procent) och i Sverige (83,1 procent) [58].

## Ojämlighet i livslängd

Medellivslängden har ökat i samtliga OECD-länder fram till 2019, men det finns stora variationer mellan grupper [46]. Personer med lägre utbildningsnivåer lever kortare än dem med högre utbildningsnivåer, och dessa skillnader är särskilt tydliga bland män. Sverige tillhör de länder med minst skillnader i medellivslängd (mätt i antal år) utifrån utbildningsnivå, även om skillnaderna är påtagliga även i Sverige [46]. Medellivslängden är generellt kortare för män än för kvinnor. Störst skillnader ses i vissa öst- och centraleuropeiska länder (över 7 år), medan Sverige tillsammans med länder som Norge, Island och Nederländerna har jämförelsevis små könsskillnader (mindre än 4 år).

Under 2020 sjönk medellivslängden för både kvinnor och män i EU-länderna, men nedgången var tydligast för män [47]. Fördjupade analyser om socioekonomiska skillnader i medellivslängd under pandemin saknas fortfarande, men studier från ett fåtal europeiska länder tyder på att de som har störst risk för allvarlig sjukdom och död på grund av covid-19 ofta tillhör grupper med lägre utbildningsnivåer och inkomster [46].

# Diskussion

## Är hälsan i Sverige god?

Under covid-19-pandemins första år, 2020, bröts trenden med en ökande medellivslängd i den svenska befolkningen. Detta är en utveckling som Sverige delar med flertalet andra europeiska länder, däremot inte med Norge, Finland och Danmark där inget trendbrott uppstod. Samtidigt är folkhälsan relativt god i Sverige, både ur ett europeiskt och globalt perspektiv och utvecklingen har i ett längre perspektiv varit positiv.

Hälsa kan definieras både som avsaknad av ohälsa och som ett tillstånd av välbefinnande. Det innefattar både psykisk och fysisk hälsa. För att belysa hälsoläget i befolkningen är det viktigt att följa såväl självskattad hälsa och välmående som diagnostiserad sjuklighet och dödlighet.

De vanligaste dödsorsakerna i Sverige är cirkulationsorganens sjukdomar och olika former av cancer, men dödligheten har sjunkit avsevärt i samtliga av dessa sjukdomar sedan 2006 (det tidigaste året i vår rapportering). Covid-19 var 2020 den tredje vanligaste registrerade dödsorsaken. Covid-19 har liksom de flesta dödsorsaker drabbat olika grupper olika mycket. Ålder är den största riskfaktorn för död till följd av covid-19 och fler män än kvinnor har drabbats. Risken att dö i den period av livet som är minst förenad med död, så kallad förtida död, sjönk också under perioden 2006–2019, men under 2020 sågs en svag uppgång bland män och bland både kvinnor i den äldsta gruppen för förtida död, 45–64 år.

År 2021 rapporterade fler yngre än äldre en god allmän hälsa, men samtidigt rapporterade fler yngre, särskilt kvinnor, allvarlig psykisk påfrestning, stress samt lätta besvär av ångslan, oro och ångest. Ångslan, oro och ångest ökade bland de yngre 2006–2021 och även suicid ökade något bland personer under 45 år. Kvinnor uppgav sämre allmän hälsa än män och fler kvinnor uppgav allvarlig psykisk påfrestning. Samtidigt avled fler män av suicid. Inga tydliga förändringar i utvecklingen sågs under covid-19-pandemins första år, men eventuella långsiktiga konsekvenser är ännu för tidigt att bedöma.

Under 2020, det första pandemiåret, sågs en nergång av fallskador (vårdade/100 000) bland personer 65 år och äldre. Det är för tidigt att säga om detta beror på en verklig nedgång i skador, eller på att fler undvikit vården trots skada, men också vad orsakerna till en faktisk nergång nedgång i så fall är.

Våldsrelaterade skador (vårdade/100 000) sjönk under hela perioden 2006–2020, framför allt bland yngre män och män med gymnasial utbildningsnivå eller mer, medan det steg bland kvinnor.

Hälsan skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper. Personer med förgymnasial utbildningsnivå har högre risk för samtliga rapporterade dödsorsaker jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Detta avspeglas även i att medellivslängden är lägre, vilket är särskilt tydligt bland kvinnor utan gymnasieutbildning där medellivslängden till och med sjunkit under perioden

2006–2020. Våldsrelaterade skador (vårdade/100 000) är mer än fem gånger så vanligt bland personer som saknar gymnasieutbildning och fler personer med förgymnasial utbildningsnivå uppger också allvarlig psykisk påfrestning medan färre uppger god allmän hälsa.

Bilden är mer splittrad för betydelsen av födelseland. Personer födda utanför Europa har under perioden 2006–2019 haft en högre medellivslängd än personer födda i Sverige, men under 2020 sjönk medellivslängden (vid 30 års ålder) med nästan 3 år för män födda utanför Europa, jämfört med 0,6 år för populationen i genomsnitt. Utrikesfödda har drabbats mer av allvarlig sjukdom och död i covid-19 jämfört med svenskfödda. Fler personer födda utanför Europa rapporterade också allvarlig psykisk påfrestning.

## Går utvecklingen inom målområdena åt rätt håll?

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs jämlika förutsättningar för en god hälsa. Hälsan påverkas av en mängd olika faktorer under hela livet. Det folkhälsopolitiska ramverket delar in dessa förutsättningar i åtta målområden som bedöms vara centrala för jämlik hälsa. Folkhälsomyndigheten har valt ut 30 kärnindikatorer för att följa utvecklingen inom dessa åtta målområden, av vilka 19 redovisas i denna rapport. Generellt sett har den ekonomiska standarden ökat i Sverige och långtidsarbetslösheten har sjunkit. Även utvecklingen för vissa levnadsvanor som till exempel rökning går i en positiv riktning. Dessa förbättringar kommer emellertid inte alla till del i lika stor utsträckning.

Det första folkhälsopolitiska målområdet handlar om förutsättningar i det tidiga livet, men även andra målområden berör barn och ungdomars förutsättningar. Sammantaget finns det tydliga skillnader mellan olika grupper som består över tid. Förutsättningarna är överlag sämre för barn födda utanför Norden och barn vars föräldrar saknar gymnasieutbildning än för barn födda i Sverige och barn vars föräldrar har eftergymnasial utbildning. Till exempel är andelen 3-åringar som är inskrivna på förskola lägre bland dem födda utanför Norden. Även andelen barn som är behöriga till gymnasiet och som tar gymnasieexamen är lägre, särskilt bland de födda utanför Europa. Behörighet till gymnasiet och gymnasieexamen är mindre vanligt också bland barn vars föräldrar saknar gymnasieutbildning. Ekonomisk utsatthet (låg relativ ekonomisk standard) är vanligare bland barn vars föräldrar saknar gymnasieutbildning och barn födda utanför Europa.

Den ekonomiska standarden ökade generellt under den studerade perioden, 2011–2019, med 15 procent. Kvinnor har i allmänhet lägre ekonomisk standard än män och lägst ekonomisk standard har äldre över 85 år. Den ekonomiska standarden ökade i alla grupper oavsett födelseland och utbildningsnivå med undantag för kvinnor som saknar gymnasieutbildning där den istället sjönk med en procent. Bland personer födda utanför Europa ökade den ekonomiska standarden under perioden, men trots det levde mer än en tredjedel av dem med låg ekonomisk standard 2019.



Att ha ett arbete är viktigt för att ha en hållbar ekonomisk standard. Långtidsarbetslösheten har sjunkit i Sverige sedan 2010 men ökade 2020 jämfört med året innan. Högst långtidsarbetslöshet fanns i samma grupper som har störst risk för ekonomisk utsatthet, det vill säga bland personer födda utanför Europa och bland personer som saknar gymnasieutbildning, särskilt bland kvinnor.

Boende- och närmiljö är också en förutsättning för en god hälsa. År 2021 uppgav fler kvinnor än män att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla och andelen ökade något 2006–2021. Bland yngre kvinnor (16–29 år) angav nästan två tredjedelar att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla. Även bland kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå var andelen som avstått från att gå ut hög.

Tillit till andra människor minskade något under perioden 2006–2021. Samtidigt sjönk andelen som angav att de blivit utsatta för våld eller hot om våld under samma period. Brist på tillit till andra var vanligare bland personer som saknar gymnasieutbildning jämfört med de som har eftergymnasial utbildningsnivå, och bland personer födda utanför Norden jämfört med personer födda i Sverige. I samma grupper var det också vanligare att ha varit utsatt för våld eller hot om våld. Även bland yngre var brist på tillit och att ha blivit utsatt för våld eller hot om våld vanligare än bland äldre.

Tobaksrökning (daglig) minskade i alla grupper 2006–2021 och lika många kvinnor som män uppgav att de röker. Riskkonsumtion av alkohol minskade också i flera grupper, bland annat bland män och yngre kvinnor, men ökade i de äldre åldersgrupperna. Samtidigt ökade intaget av grönsaker och rotfrukter bland både kvinnor och män. Ungefär lika många kvinnor som män uppgav att de var fysiskt aktiva. Ohälsosamma levnadsvanor var vanligare bland personer som saknar gymnasial utbildningsnivå utom riskkonsumtion av alkohol.

Även att avstå från tandvård trots behov av vård är vanligare bland personer som saknar gymnasieutbildning och bland personer födda utanför Sverige. Andelen sjönk i de flesta grupper 2006–2021, men inte bland dem som saknar gymnasieutbildning.

Under covid-19-pandemin kan vissa tendenser till förändringar ses i förutsättningarna för hälsa. Långtidsarbetslösheten ökade bland de grupper där långtidsarbetslösheten redan var högst, personer födda utanför Europa och bland dem som saknar gymnasieutbildning, främst bland kvinnor. Samtidigt ökade andelen behöriga till gymnasiet bland personer födda utanför Europa vars föräldrar saknar gymnasiebehörighet. Våld och hot om våld minskade i alla grupper utom män födda utanför Europa. Däremot sågs inga tydliga förändringar i levnadsvanor. Det går inte att isolera effekterna av pandemin och de åtgärder som satts in i dessa resultat. Även eventuellt långvariga effekter av pandemin kvarstår att analysera.

## Utmaning att nå det riksdagsbeslutade målet om en mer jämlik hälsa

Det kommer att krävas mycket för att nå målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (till år 2048). Några utmaningar är att 1) hälsan påverkas av faktorer under lång tid vilket innebär att det också tar tid att åstadkomma förändring, 2) systematiska skillnader återfinns i nästan alla hälsoutfall och förutsättningar för en god hälsa, 3) vissa grupper hamnar efter och får inte del av förbättringarna i hälsa och dess förutsättningar och 4) det finns luckor i Sveriges nationella register och regelbundet återkommande urvalsundersökningar.

### Initiativ behöver tas nu för att uppnå målet till 2048

Sverige har relativt små socioekonomiska skillnader i medellivslängd internationellt sett, men det ses ingen tydlig utveckling mot att minska klyftorna mellan socioekonomiska grupper. Förändringar i medellivslängd, liksom i många hälsoutfall, sker långsamt eftersom hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet. Utvecklingen är därför både svår och tar tid att vända.

Folkhälsopolitiken bygger på livsloppsperspektivet där faktorer från det tidiga livet till livets slut ingår. För barn och unga kan det handla om tillräckliga ekonomiska resurser i hushållet, en fullgod bostad och tillgång till en god och jämlik förskola och skola. För personer i arbetsför ålder har faktorer som tillgång till ett förvärsarbete och sysselsättning, ekonomisk standard och möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet, betydelse. Även för de äldre är ekonomisk standard viktigt, men också till exempel tillgång till sjukvård och tandvård.

Att även förutsättningarna för hälsa både i vuxen ålder (t.ex. arbetslöshet och ekonomisk standard) och bland barn (t.ex. låg ekonomisk standard, gymnasiebetyg och -examen) är fortsatt ojämlika gör det svårt att uppnå det folkhälsopolitiska målet om att sluta de påverkbara klyftorna i hälsa till 2048. För att målet ska gå att uppnå behöver fler initiativ till ett långsiktigt, hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete tas nu.

### Ökat fokus på främjande och förebyggande arbete i alla välfärdssektorer

Vi ser den ojämlika hälsan i samtliga övergripande hälsoutfall: hur länge vi lever, hur vi själva upplever vår hälsa samt i alla de mer specifika sjukdomar som vi rapporterat kring här. Även covid-19 har drabbat olika grupper olika hårt, till exempel sjönk medellivslängden mer för män födda utanför Europa än för andra under pandemins första år. Det finns få undantag och arbetet för att uppnå en god och jämlik hälsa behöver därför ske på bred front.

Ojämlikheten i hälsa speglas också av att förutsättningarna för hälsa är ojämlika. Till exempel har personer med låg socioekonomisk position lägre ekonomisk standard, högre risk för arbetslöshet, sämre boendemiljö, mindre inflytande och

mindre hälsosamma levnadsvanor. Covid-19-pandemin har ytterligare satt fokus på betydelsen av en god och jämlik hälsa i befolkningen för ett motståndskraftigt samhälle.

Sammantaget gör det att folkhälsan är en angelägenhet för aktörer inom många olika sektorer. Hälsa- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande insatser är en viktig del i detta och behöver komma alla till del. Det breda hälsofrämjande och förebyggande arbetet måste dock i stor utsträckning ske utanför hälso- och sjukvårdens ramar, inom områden som utbildning, arbetsmarknad, fritid, boende och miljö. Det är med andra ord viktigt att arbeta inom hela välfärdsområdet kring de livsvillkor och levnadsvanor som utgör förutsättningarna för en god hälsa. För att förbättra hälsan behövs fokus på jämlikhet och på de konsekvenser olika beslut kan få för hälsan, inom alla berörda sektorer. Insatserna behöver omfatta alla och särskilt dem med störst behov.

### Särskilt fokus på de grupper där både hälsan och dess förutsättningar är sämst

Generellt blir hälsan bättre men en av våra stora folkhälsoutmaningar är att vissa grupper inte omfattas av dessa förbättringar. En grupp med särskilt dålig utveckling är kvinnor som saknar gymnasieutbildning. Det är den grupp där den långvariga utvecklingen i medellivslängd är svagast av de vi studerat. Även våldsrelaterade skador och förtida död har ökat i denna grupp.

Samma grupper omfattas inte heller av förbättringar i förutsättningarna för hälsa i lika stor utsträckning som resten av befolkningen. Exempelvis sjönk ekonomisk standard med en procent bland kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå under perioden 2011–2019, medan den ökade med 15 procent generellt i befolkningen. Även långtidsarbetslöshet och andelen som inte känner tillit till andra har utvecklats negativt.

Samtidigt har andelen personer med förgymnasial utbildning minskat över tid och gruppens sammansättning har också förändrats. Vi behöver komplettera bilden med andra typer av jämlikhetsanalyser, men sammantaget för gruppen är utvecklingen för flertalet indikatorer bekymmersam.

Sammanfattningsvis är det grupper med svag socioekonomisk ställning som hamnar efter. Att samma grupper också har fortsatt sämre förutsättningarna för en god hälsa innebär en risk att de systematiska skillnaderna i hälsa kvarstår i framtiden. Andra studier visar att även till exempel personer med funktionsnedsättning, nyanlända och ensamstående föräldrar har sämre livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. För att förbättra hälsan är det viktigt att de som har sämst hälsa nås av förbättringarna, inklusive förutsättningar för en god hälsa.

### Det finns luckor i uppföljningen

Generellt sett har vi i Sverige goda möjligheter att följa upp hälsan och dess bestämningsfaktorer med hjälp av register och regelbundet återkommande

nationella urvalsundersökningar. Luckor i tillgången till data finns emellertid som medför utmaningar för Folkhälsomyndighetens uppföljning av hälsan och dess förutsättningar och nedan listas några viktiga sådana.

- Viss typ av vårddata: Primärvårdsdata går idag inte att följa nationstäckande, vilket skulle behövas för att följa en mängd vanliga sjukdomar som till exempel diabetes, vissa former av psykisk hälsa och långvarigt smärttillstånd.
- Data kring vissa av förutsättningarna för en god och jämlik hälsa: Tillförlitlig data kring vissa av hälsans bestämningsfaktorer är idag svärmätta som exempelvis otrygga anställningar och vård på lika villkor efter behov.
- Data kring vissa grupper hälsa: Information om barns hälsa är bristfällig. Även regelbunden information kring hälsan och dess förutsättningar i grupper utifrån vissa av diskrimineringsgrunderna som till exempel etnicitet och funktionsnedsättning saknas.
- Brist på utvärderingar: Det genomförs få uppföljningar/utvärderingar av de effekter policyförändringar i våra välfärdssystem (t.ex. skola, pensioner, hälso- och sjukvården, socialförsäkringssystemet och boende) har på hälsan och jämlikheten i hälsa i befolkningen.

## Bilagor

För att läsa bilagorna rekommenderar vi att du först laddar ner filen och därefter dubbelklickar på gemet bredvid respektive bilaga för att öppna bilagan. Som ett alternativ kan du öppna menyn för bifogade filer i din pdf-app och sedan klicka på rätt bilaga i den menyn.



Bilaga 1 Resultat i tabellform



Bilaga 2 Beskrivning av indikatorer



Bilaga 3 Metodbeskrivning

# Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling: fördjupat resultat. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019 [uppdaterad 23 mars 2022; citerad 23 mars 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/>
2. Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa: en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
3. Folkhälsomyndigheten. På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2020 [citerad 8 mars 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dfffcb3a5e67/stodstruktur-god-jamlik-halsa.pdf>
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa: slutbetänkande (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017 [citerad 8 mars 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
5. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Bilaga 2, Kärnindikatorer för uppföljning av målområden i det folkhälsopolitiska ramverket. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022 [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-2-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-malomradesindikatorer.pdf>
6. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Bilaga 1, Kärnindikatorer för uppföljning av hälsa i det folkhälsopolitiska ramverket. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-1-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-hasloindikatorer.pdf>
7. Folkhälsomyndigheten. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021. [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a016b4549def4b0baf1b3e23576e26c0/hur-har-folkhalsan-paverkats-covid-19-pandemin.pdf>
8. Folkhälsomyndigheten. Fördjupad analys av utvecklingen av spelproblem kopplat till spridningen av covid-19. Återrapportering av ett regeringsuppdrag. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021. [citerad 10 februari 2022] Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b4e31da291345698cff80aafb162758/fordjupad-analys-utvecklingen-spelproblem-kopplat-spridningen-covid-19.pdf>
9. Folkhälsomyndigheten. Faktablad, psykisk hälsa under pandemin. Små förändringar i psykisk hälsa under covid-19-pandemin i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021. [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b3de3ec317454fd9b175c77a2f7a0714/sma-forandringar-psykisk-halsa-covid-19-pandemin-sverige.pdf>
10. Folkhälsomyndigheten. Upplevelser under covid-19-pandemin: en sammanställning av covid-19-relaterade tillägsfrågor i den Nationella folkhälsoenkäten år 2021 [publicerad 16 november 2021, citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/u/upplevelser-under-covid-19-pandemin/?pub=101828>
11. Socialstyrelsen. Statistik om postcovid i primärvård och specialiserad vård. [publicerad 24 februari 2022, citerad 22 mars 2022]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-2-7778.pdf>

12. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016 [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
13. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Inequalities in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2007. Arbetsrapport 2007 nr.14. [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
14. Pini A, Stenbeck M, Galanis I, Kallberg H, Danis K, Tegnell A, et al. Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: an individually matched case-control study. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(2):165–76. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30485-7
15. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 ×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet*. 2017;389:1229–37. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32380-7
16. Whitehead M, Dahlgren G, World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2006 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
17. Dahl E, Bergslid H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Høgskolan i Oslo og Akershus; 2014. [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-OsloMet-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Sosial-ulikhet-i-helse-En-norsk-kunnskapsoversikt>
18. Diderichsen, Andersen I, Manuel C, Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health. Health inequality--determinants and policies. *Scand J Public Health*. 2012 Nov;40(8 Suppl):12-105. doi: 10.1177/1403494812457734
19. Marmot M. Introduction. I: Marmot M, Wilkinson RG, redaktörer. *Social determinants of health*. 2 uppl. New York: Oxford University Press; 2006. p. 1-5.
20. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/nyheter-press/dokument-nyheter/2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
21. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Hälsa och livsvillkor hos unga HBTQ-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte); 2018 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/unqa-hbtq/>
22. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshindropolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a9f9f81fd47c40ecb2241b5d2658bfe2/slutrapport-funktionshindrapport-2011-2016.pdf>
23. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa: delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017, barn på flykt. Stockholm: Barnombudsmannen; 2017. [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
24. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: en studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets Högskola; 2016. Rapportnummer 2016:1 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <http://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1060355&dswid=-2892>

25. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Riksdagstryckeriet; 2012 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter\\_GZ0WRFR11](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRFR11)
26. Janlert U. Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad; 2012 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: [https://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert\\_underlag.pdf](https://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf).
27. Marmot M, Goldblatt P, Allen J et al. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Institute of Health Equity; 2010. [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
28. Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, Lynch J, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (Part 1). J Epidemiol Community Health. 2006;Jan;60(1):7-12. doi:10.1136/jech.2004.023531.
29. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2021-2070. Solna: Statistiska centralbyrån (SCB); 2021. [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: [https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401\\_2021i70\\_br\\_be51br2101.pdf](https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401_2021i70_br_be51br2101.pdf)
30. Statistiska centralbyrån. Medellivslängden i Sverige. Solna: Statistiska centralbyrån (SCB); 2021 [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
31. Statistiska centralbyrån. Nedåtgående trend i barnafödande. Solna: Statistiska centralbyrån (SCB); 2018 [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/nedatgaende-trend-i-barnafodande/>
32. World Health Organization. Ageing and health. Genève: World Health Organization (WHO); 2021 [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
33. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>
34. Eurostat. Healthy life years statistics. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021 [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Healthy\\_life\\_years\\_at\\_birth](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth)
35. Bengtsson T, Scott K. Population aging and the future of the welfare state: the example of Sweden. Population and development review. 2011;37:158-170. doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00382.x
36. Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikes födda: skillnader i hälsa utifrån födelseland. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019 [citerad 10 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466>
37. Gilliver SC, Sundquist J, Li X, Sundquist K. Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. Eur J Public Health. 2014;24 Suppl 1:72–9.
38. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022 [citerad 22 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/05ac0429430847dba4e23e1c5e315b65/karnindikatorer-for-uppfoljning-av-det-folkhalsopolitiska-malet.pdf>
39. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. Lancet. 2002;359(9302):187-8. doi:10.1016/S0140-6736(02)07466-4.



40. Socialstyrelsen, Cancerfonden. Cancer i siffror 2018: populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden; 2018 [citerad 28 januari 2021]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-6-10.pdf>
41. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Child mortality levels: probability of dying per 1000 live births. Genève: World Health Organization (WHO); 2020. [uppdaterad 19 maj 2021; citerad 3 september 2021]. Hämtad från: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/child-mortality-levels---probability-of-dying-per-1000-live-births->
42. Organisation for Economic Co-operation and Development. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. Paris: OECD Publishing; 2019 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity\\_67450d67-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en)
43. Folkhälsomyndigheten. Utrikesfödda och covid-19. Konstaterade fall, IVA-vård och avlidna bland utrikesfödda i Sverige 13 mars 2020–15 februari 2021 [citerad 22 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2dddee08a4ec4c25a0a59aac7aca14f0/utrikes-fodda-och-covid-19.pdf>
44. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/>
45. Eurostat. Life expectancy at birth by sex. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021 [citerad 10 januari 2022]. Hämtad från: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/table?lang=en>
46. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2021: OECD-indicators. Paris: OECD Publishing; 2021 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
47. Eurostat. Life expectancy decreased in 2020 across the EU. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021 [citerad 10 januari 2022]. Hämtad från: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20210407-1>
48. Eurostat. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2022 [citerad 11 februari 2022]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SILC\\_02\\_custom\\_1965303/default/table?ang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_02_custom_1965303/default/table?ang=en)
49. Eurostat. Healthy life years at age 65 by sex. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021 [citerad 10 januari 2022]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tepsr\\_sp320](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tepsr_sp320)
50. Eurostat. Current depressive symptoms by sex, age and educational attainment level. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021 [citerad 10 januari 2022]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_MH1E/default/table?lang=en&category=hlth.hlth\\_state.hlth\\_sph](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_MH1E/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_sph)
51. Folkhälsomyndigheten. Små förändringar i psykisk hälsa under covid-19-pandemin i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021 [citerad 8 mars 2022]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sma-forandringar-i-psykisk-halsa-under-covid-19-pandemin-i-sverige>
52. Robinson E, Sutin A, Daly M, Jones A. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the covid-19 pandemic in 2020. *J Affect Disord* 2022 Jan 1; 296:567-576 doi: 10.1016/j.jad.2021.09.098
53. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8 (7):579-88 doi: 10.1016/S2215-0366(21)

54. Eurostat. Daily consumption of fruit and vegetables by sex, age and educational attainment level. Luxembourg: Europeiska Kommissionen; 2021 [citerad 16 januari 2022]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_FV3E\\_custom\\_1869730/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_FV3E_custom_1869730/default/table?lang=en)
55. Statistiska centralbyrån. Överdödlighet i Europa under 2020. Solna: Statistiska centralbyrån (SCB); 2021 [citerad 10 januari 2022]. Hämtad från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2021/overdodlighet-i-europa-under-2020/>
56. Eurostat. Excess mortality: statistics. Luxembourg: Europeiska Kommissionen; 2022 [citerad 17 februari 2022]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess\\_mortality\\_-\\_statistics#Excess\\_mortality\\_in\\_the\\_European\\_Union\\_between\\_January\\_2020\\_and\\_October\\_2021](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics#Excess_mortality_in_the_European_Union_between_January_2020_and_October_2021)
57. European centre for disease prevention and control. Overview of the implementation of covid-19 vaccination strategies and deployment plans in the EU/EEA. Solna: European centre for disease prevention and control (ECDC); 2022 [citerad 13 januari 2022]. Hämtad från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-implementation-covid-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans>
58. European centre for disease prevention and control. Covid-19 vaccine tracker. Solna: European centre for disease prevention and control (ECDC); 2022 (uppdateras löpande) [citerad 31 januari 2022]. Hämtad från: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

Sett till en längre tidsperiod lever vi allt längre i Sverige, men 2020 sjönk medellivslängden i den svenska befolkningen. Bland de som är särskilt drabbade återfinns kvinnor utan gymnasieutbildning som haft en negativ trend sammantaget sedan uppföljningens första år, och män födda utanför Europa som drabbats hårt under 2020. Dödligheten i de vanligaste dödsorsakerna, cirkulationsorganens sjukdomar och cancer, fortsätter att minska.

För samtliga hälsoutfall som presenteras i rapporten drabbas personer med lägre socioekonomisk position mer än övriga och det finns inga tecken på minskad relativ ojämlikhet i hälsa.

Inte heller förutsättningarna för hälsa, som goda försörjningsmöjligheter och utbildning, förbättras för alla. Personer med kort utbildning, särskilt kvinnor, och även barn till föräldrar med kort utbildning är grupper som i flera avseenden hamnar efter. De med lägre socioekonomisk position har genomgående mer ogynnsamma förutsättningar för hälsa.

Sammantaget visar rapporten att vi i dagens takt inte kommer uppnå det folkhälsopoliska målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation till år 2048, och pekar på ett antal utmaningar i arbetet för att uppnå detta.

Årsrapporten redogör för den långsiktiga utvecklingen av folkhälsan och för hur jämlikt hälsan är fördelad i befolkningen. Rapporten utgör i första hand ett kunskapsunderlag för regeringen men även för politiker och tjänstemän på regional nivå samt andra med intresse av att följa folkhälsofrågorna.

---

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)