



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2017



Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2017

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

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, 2017.

Artikelnummer: 16136

Förord

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Det här är 2017 års rapport, ”Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2017”. Den är tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för i första hand politiker och tjänstemän i regering och riksdag men kan även vara användbar för andra med intresse för folkhälsofrågor. Årsrapporten synliggör skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor och stödjer därmed arbetet för en jämlik hälsa. ”Folkhälsans utveckling – årsrapport 2017” ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper, och där så är möjligt redovisas även utvecklingen under den senaste tioårsperioden. Myndighetens bedömning är att årsrapporten även kan användas för att identifiera behov av fördjupad analys, bl.a. genom att synliggöra olika aspekter av den ojämlika hälsan och dess bestämningsfaktorer.

Rapporten har skrivits av en projektgrupp bestående av Fatima Azerkan, Richard Henriksson och Malin Kark. Fatima Azerkan har varit projektledare. En referensgrupp bestående av Ahmed Farah, Mats Hedlin och Sofia Ljungdahl har bistått projektgruppen. Ansvariga chefer har varit tillförordnade enhetschefen Mikael Nordberg och avdelningschefen Anders Tegnell. För ytterligare medverkande i framtagandet av denna rapport, se fullständig lista i slutet av rapporten.

Folkhälsomyndigheten, 2017

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Övergripande resultat	8
Inledning	9
Folkhälsan i Sverige	10
Hälsan i befolkningen.....	10
Hälsan i olika grupper	11
Hälsan bland kvinnor och män	11
Hälsan i olika åldrar	12
Hälsan i grupper med olika utbildningsnivå	13
Hälsan i andra utsatta grupper	14
Internationell utblick	16
Referenser	17
Bilaga 1 Resultat för indikatorer som ingår i årsrapporten	19
Bilaga 2 Indikatorer i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem	32
Bilaga 3 Urval och metod	37
Medverkande	39

Övergripande resultat

Folkhälsan i Sverige är god sett ur ett globalt perspektiv och i flera avseenden blir den bättre. Samtidigt är hälsan inte jämnt fördelad i befolkningen och ojämlikheten i hälsa mellan vissa grupper ökar.

Detta är de övergripande resultaten i årets årliga rapportering:

- Det finns en social gradient i hälsa som innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socioekonomisk position de har. Resultaten tyder på att den sociala gradienten har vuxit under de senaste tio åren, framför allt när det gäller olika mått på dödlighet. Ohälsan är nästan genomgående större bland personer med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildning.
- Det finns tecken på att den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland unga och bland personer med högst förgymnasial utbildning.
- Övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem. Ungefär hälften av befolkningen i åldern 16–84 år har i dag övervikt eller fetma.

Inledning

Folkhälsomyndigheten rapporterar varje år om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer till regeringen. I år gör vi detta i form av en kort, sammanfattande årsrapport som huvudsakligen bygger på 29 indikatorer inom områdena livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Syftet med denna rapport är att ge en bred och övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess utveckling. Målgrupperna är i första hand politiker och tjänstemän i regering och riksdag. I bilaga 1 finns detaljerade resultat för merparten av de indikatorer som tas upp i rapporten.

Årsrapporten inleds med en samlad beskrivning av folkhälsans nuläge och den generella utvecklingen på nationell nivå under den senaste tioårsperioden, redovisad genom statistik på områdena livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Rapporten beskriver utvecklingen för vissa indikatorer efter kön, ålder och utbildningsnivå, med syftet att belysa skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Utbildningsnivå redovisas efter förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning, och med det avses högst uppnådda utbildningsnivå. I slutet av rapporten finns avsnitt som dels uppmärksammar hälsan i några andra utsatta grupper, dels ger en internationell utblick. I fokus för utblicken står FN:s globala mål för hållbar utveckling, ”Agenda 2030”, och det internationella sjukdomsburdeprojektet ”Global Burden of Disease” (GBD)¹ (1).

Myndighetens årliga folkhälsorapportering omfattar också det webbaserade uppföljningssystemet ”Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text” (2). Där beskrivs hälsa, livsvillkor och levnadsvanor utifrån de 29 indikatorerna för befolkningen som helhet samt för kön, ålder, utbildningsnivå och indelat på länsnivå. Den här årsrapporten är helt fristående från uppföljningssystemet men ska ses som ett komplement till denna. I uppföljningssystemet finns även information om bland annat indikatorernas koppling till folkhälsa och grafik som åskådliggör data. Årsrapporten innehåller inga källhänvisningar för de 29 indikatorer som är gemensamma med det webbaserade uppföljningssystemet.

¹ GBD är ett samarbetsprojekt bestående av närmare 500 forskare från 50 länder. Projektet leds av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) vilket bedrivs i University of Washington. Det är den hittills största satsningen på att systematiskt och vetenskapligt kvantifiera nivåer och trender i förlust av hälsa på grund av sjukdomar, skador och riskfaktorer.

Folkhälsan i Sverige

Det här kapitlet ger en bred och övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess utveckling. I bilaga 1 finns en detaljerad beskrivning av nuläge och utveckling.

Hälsan i befolkningen

Folkhälsan i Sverige utvecklas i flera avseenden positivt; exempelvis förbättras den självskattade hälsan och medellivslängden ökar. Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige också mycket god (se internationell utblick).

Livsvillkoren är goda för flertalet i befolkningen. Bland annat fortsätter den ekonomiska standarden att förbättras: medianvärdet för den ekvivalerade disponibla inkomsten² var 233 000 kronor 2015. Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Mot den bakgrunden är det oroande att andelen elever i årskurs 9 med behörighet till gymnasiet var 87 procent 2016, medan endast 69 procent av gymnasieeleverna tar examen inom 4 år. Sysselsättning och arbetslöshet är likaså viktiga bestämningsfaktorer för hälsa (3-6). Andelen unga (15–24 år) som varken arbetar eller studerar var 6,5 procent 2016 medan sysselsättningsgraden för befolkningen 15–74 år var 67 procent.

Inom området miljöns påverkan på hälsa går utvecklingen åt olika håll, enligt preliminära resultat från den senaste miljöhälsoenkäten. Positivt för folkhälsan är att halter av en rad kemikalier och miljöföroreningar långsamt minskar, utifrån mätningar som görs inom ramen för den hälsorelaterade miljöövervakningen. Samtidigt ökar andra ämnen som ersätter de som förbjudits eller reglerats, och det finns oftast mycket begränsad kunskap om dessa ämnen. Under senare år finns inga tydliga förändringar när det gäller exponering för buller, luftföroreningar generellt och faktorer i inomhusmiljön. De upplevda besvären av buller minskar, men det ses ingen minskning av rapporterade besvär som är kopplade till luftföroreningar eller inomhusmiljö (för mer information se, Miljöhälsorapport 2017 som publiceras i maj 2017).

Även inom området levnadsvanor går utvecklingen åt olika håll. Det är positivt för folkhälsan att både riskkonsumtion av alkohol och daglig tobaksrökning minskar i befolkningen 16–84 år. Andelen med riskkonsumtion av alkohol och daglig tobaksrökning var 17 respektive 9 procent år 2016. Däremot ökar andelen i befolkningen med lågt intag av frukt och grönt och andelen med stillasittande fritid, medan andelen som är fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag var oförändrad under det senaste decenniet.

² Ekonomisk standard mäts här med ekvivalerad disponibel inkomst på hushållsnivå, definierad som summan av hushållsmedlemmarnas inkomster efter avdrag för skatt och andra negativa transfereringar och justerat för hushållets sammansättning (se bilaga 2).

Medellivslängden ökar, vilket innebär att dödligheten minskar, exempelvis minskar dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och de fyra vanligaste formerna av cancer³. Samtidigt ökar förekomsten av flera riskfaktorer, till exempel övervikt och fetma, liksom andelen som uppger att de har högt blodtryck. Andelen av befolkningen i åldern 16–84 år med övervikt eller fetma var 51 procent 2016.

Spädbarnsdödligheten är också låg: 1,7 döda barn per 1 000 levande födda 2015. Samma år var 97 procent av landets tvååringar fullvaccinerade enligt det nationella vaccinationsprogrammets schema. I vissa grupper i befolkningen är dock vaccinationstäckningen lägre med risk för utbrott inom dessa grupper, av till exempel mässling.

Ett väl utvecklat smittskydd är en av förutsättningarna för god folkhälsa. Sverige har i dag ett förhållandevis gott läge vad gäller antibiotikaresistens, men riskbilden kan snabbt förändras både i vårt land och i omvärlden. Därför behövs ett proaktivt arbete i frågan. Antalet anmälda fall av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) ökar och år 2016 anmäldes totalt 4 401 stycken fall. Antalet anmälda fall av hiv var oförändrat under perioden 2006–2016.

Bilden av folkhälsans utveckling är alltså i flera avseenden positiv, men ett undantag är flera tecken på att psykisk ohälsa ökar. Andelen som uppger besvär av ångslan, oro eller ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i befolkningen 16–84 år, medan dödlighet i suicid (självmord) var oförändrad under perioden 2006–2016. Andelen skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 som uppger att de har frekventa psykiska eller somatiska besvär var 25, 36 respektive 44 procent 2013/14.

Hälsan i olika grupper

Även om hälsan i befolkningen i flera avseenden utvecklas positivt finns det också skillnader mellan grupper i samhället. Det är viktigt att analysera dessa skillnader för att kunna öka jämlikheten i hälsa. I det följande analyseras skillnader mellan kvinnor och män, olika åldersgrupper och olika utbildningsgrupper för att spegla de skillnader i hälsa som finns i dag och visa hur de har utvecklats under den senaste tioårsperioden.

Hälsan bland kvinnor och män

Hälsan hos kvinnor och män utvecklas i flera avseenden positivt; exempelvis ökar medellivslängden och den självskattade hälsan hos båda könen. När det gäller olika typer av mått på hälsa såsom exempelvis mått på sjuklighet, dödlighet och självskattad hälsa kan bedömningen av hälsan se olika ut bland kvinnor och män för de olika måtten. Män har sämre hälsa än kvinnor när det gäller sjuklighet och dödlighet, och det framgår särskilt tydligt när det gäller medellivslängden som var

³ Lungcancer, bröstcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer.

80 år för män och 84 år för kvinnor 2015. Den självskattade hälsan 2016 var dock bättre bland män i åldern 16–84 år än bland kvinnor, 76 respektive 71 procent.

Livsvillkoren utvecklas också relativt bra för båda könen och det framgår att den ekonomiska standarden fortsätter att förbättras. Men det finns fortfarande skillnader mellan könen. Till exempel var medianvärdet för den ekvivalerade disponibla inkomsten något högre bland män än kvinnor, 265 000 kronor respektive 260 000 kronor 2015. Sysselsättningsgraden var också högre bland män än bland kvinnor, 69 respektive 65 procent 2016.

På området levnadsvanor går utvecklingen åt olika håll. Positivt för folkhälsan är att daglig tobaksrökning minskar bland båda könen. I gruppen 16–84 år uppgav 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen att de röker tobak dagligen år 2016. Samtidigt ökar bland båda könen andelen med lågt intag av frukt och grönt och andelen som uppger att de har en stillasittande fritid. Andelen kvinnor och män som uppger att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag var oförändrad under det senaste decenniet.

Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och de fyra vanligaste cancerformerna⁴ fortsätter att minska bland båda könen, undantaget lungcancer som ökar bland kvinnor.

Förekomsten av riskfaktorer för ohälsa ökar bland båda könen, exempelvis övervikt och fetma och högt blodtryck. År 2016 hade 44 procent av kvinnorna i åldern 16–84 år övervikt eller fetma, liksom 57 procent av männen.

Den ökande förekomsten av antibiotikaresistens ger bland annat upphov till lidande och ökad dödlighet. Antalet anmälda fall av MRSA ökar också bland båda könen.

Trots den övergripande positiva bilden av hälsans utveckling bland kvinnor och män finns tecken på att nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i omfattning. Andelen kvinnor och män i åldern 16–84 år som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande var 19 respektive 13 procent 2016. Psykiska eller somatiska besvär är också vanligare bland flickor: andelen skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 år som uppger att de har frekventa psykiska eller somatiska besvär var 29, 46 och 57 procent bland flickor, och 20, 27 och 31 procent bland pojkar, 2013/14.

Hälsan i olika åldrar

Hälsan utvecklas överlag mer positivt bland äldre (65–84 år) än bland unga (16–29 år). Till exempel ökar andelen som anger att de har bra eller mycket bra självskattad hälsa bland 65–84-åringar, men inte bland 16–29-åringar. Dödligheten på grund av så kallade yttre orsaker, till exempel fallolyckor och läkemedelsförgiftning, ökar bland unga men minskar bland äldre. Övergripande har dock äldre

⁴ Lungcancer, bröstcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer.

sämre hälsa än unga; 2016 angav till exempel 82 procent av unga (16–29 år) att de har en god självskattad hälsa jämfört med 61 procent av de äldre (65–84 år).

På området levnadsvanor är utvecklingen inte lika positiv för äldre (65–84 år); andelen som är fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag minskar och andelen med stillasittande fritid ökar. Även andelen med riskkonsumtion av alkohol ökar i den äldre åldersgruppen. Andelen med riskkonsumtion av alkohol var 25 procent bland 16–29-åringar och 11 procent bland 65–84-åringar 2016.

Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och de fyra vanligaste cancerformerna⁵ fortsätter minska i åldersgruppen 65–84 år, förutom lungcancer som var oförändrad under perioden 2006–2015. Vidare ökar andelen som uppger högt blodtryck i åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år, medan övervikt och fetma ökar i samtliga åldersgrupper utom i gruppen 65–84 år. Andelen äldre (65–84 år) och unga (16–29 år) med övervikt eller fetma var 61 respektive 29 procent 2016.

Det finns tecken på att psykisk ohälsa ökar bland unga (16–29 år) medan läget varit oförändrat bland äldre (65–84 år) under de senaste tio åren. Andelen med besvär av ångslan, oro eller ångest respektive med nedsatt psykiskt välbefinnande ökar bland unga (16–29 år), men är oförändrad bland äldre (65–84 år). Totalt 43 procent av 16–29-åringarna hade 2016 besvär av ångslan, oro eller ångest jämfört med 31 procent av 65–84-åringarna. Motsvarande siffor för nedsatt psykiskt välbefinnande var 23 respektive 9 procent.

Hälsan i grupper med olika utbildningsnivå

Hälsan utvecklas överlag positivt i samtliga utbildningsgrupper, och till exempel ökar den återstående medellivslängden vid 30 års ålder. Samtidigt ökar skillnaderna i hälsa mellan grupperna. Exempelvis ökar medellivslängden mer i gruppen med eftergymnasial utbildning än i gruppen med högst förgymnasial utbildning, och den självskattade hälsan förbättras i gruppen med högst gymnasial utbildning och i gruppen med eftergymnasial, men inte i gruppen med högst förgymnasial utbildning.

Skillnaderna i hälsa syns framför allt mellan grupperna med förgymnasial och eftergymnasial utbildning, och att de ökar tyder på att den sociala gradienten i hälsa växer. Den sociala gradienten innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socioekonomisk position de har. Dessa skillnader i hälsa finns i alla socioekonomiska grupper (7). Den sociala gradienten påverkar därmed hela befolkningen, och i den här rapporten redovisas den utifrån utbildningsnivåer.

Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder är i dag flera år längre i gruppen med eftergymnasial utbildning än i gruppen med förgymnasial utbildning. Vidare uppger en högre andel i gruppen med eftergymnasial utbildning att de har bra eller

⁵ Lungcancer, bröstcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer

mycket bra hälsa: 81 procent 2016 jämfört med 68 procent bland dem med gymnasial utbildning och 66 procent i gruppen med förgymnasial utbildning.

Inom området livsvillkor fortsätter den ekonomiska standarden att förbättras, dock i mindre utsträckning för gruppen med förgymnasial utbildning.

Sysselsättningsgraden är också betydligt lägre i den gruppen än i gruppen med eftergymnasial utbildning, 34 respektive 79 procent 2016. Långtidsarbetslösheten är också högre i gruppen med förgymnasial än i gruppen med eftergymnasial utbildning, 2,9 respektive 0,7 procent 2016.

Inom området levnadsvanor minskar daglig tobaksrökning i samtliga utbildningsgrupper. Andelen som uppger att de röker tobak dagligen är dock större i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning än i gruppen med eftergymnasial utbildning: 12, 11 respektive 5,0 procent 2016. Andelen med stillasittande fritid ökar i grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning, medan den är oförändrad för de med eftergymnasial utbildning. Andelen som är fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag var oförändrad i samtliga utbildningsgrupper under det senaste decenniet.

Skillnaden i hälsa ökar, framför allt mellan grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning, och det syns tydligast för de olika måtten på dödlighet. Till exempel minskar dödligheten i lungcancer i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning men inte bland dem med högst förgymnasial utbildning. Dessutom är dödligheten högre i gruppen med förgymnasial utbildning än i gruppen med eftergymnasial utbildning för samtliga indikatorer på dödlighet som beskrivs i det webbaserade uppföljningssystemet ”Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text”.

Det finns tecken på att den psykiska hälsan inte utvecklas lika positivt i gruppen med förgymnasial utbildning som i gruppen med eftergymnasial utbildning. Andelen med lätta besvär av ångslan, oro eller ångest respektive med nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i gruppen med förgymnasial utbildning, men inte i gruppen med eftergymnasial utbildning. Dödligheten i suicid (själv mord) var oförändrad i samtliga utbildningsgrupper under den senaste tioårsperioden.

Hälsan i andra utsatta grupper

Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. I denna rapport har vi redovisat hälsa, livsvillkor och levnadsvanor fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå. Det finns dock andra grupper i befolkningen som av olika skäl också har sämre förutsättningar för god hälsa och därmed kan sägas vara utsatta. Här följer några exempel:

- Personer med funktionsnedsättning har genomgående sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning (8).
- Homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer) rapporterar genomgående sämre livsvillkor och främst sämre psykisk hälsa i jämförelse

med heterosexuella och cis-personer⁶. En större andel av hbt-personer anger flera riskfaktorer för hälsa och även en sämre hälsa. Detta gäller främst självskattad hälsa, suicidtankar, suicidförsök, självrapporterade psykiska och somatiska besvär bland unga, ängslan, oro eller ångest samt självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande (9-11).

- Migrationens inverkan på folkhälsan i Sverige är oklar. Här finns behov av fördjupade analyser. Det finns indikationer på att ungefär en tredjedel av flyktingarna i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa såsom hög nivå av stress, posttraumatiskt stressyndrom och depression. Barn och ungdomar är särskilt utsatta (12). Risken för spridning av infektionssjukdomar som kan relateras till det stora antalet asylsökande flyktingar bedöms vara liten (13, 14).
- Andra utsatta grupper är de fem nationella minoriteterna i Sverige⁷. De är en heterogen grupp med olika hälsobehov, och diskriminering och utanförskap är centrala utmaningar för folkhälsan. Uppföljning av hälsan bland nationella minoriteter har stor betydelse för att kunna främja en god och jämlik hälsa (15, 16).

Folkhälsomyndigheten strävar efter att förbättra uppföljningen av hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utsatta grupper. Bland annat planerar

Folkhälsomyndigheten att publicera ett tematiskt kunskapsunderlag gällande migranternas hälsa i november år 2018. Myndigheten samråder även med Sveriges nationella minoriteter för att undersöka vilka data om deras hälsosituation som behövs samt förutsättningarna och metoderna för datainhämtning. År 2016 slutrapporterade Folkhälsomyndigheten ett regeringsuppdrag inom ramen för regeringens dåvarande funktionshinderspolitiska strategi. Myndigheten gör också regelbundna uppföljningar och rapporteringar av hbt-personers hälsa inom ramen för regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

⁶ Cis-person är en person vars könsidentitet och köns uttryck stämmer överens med det kön man tilldelades vid födelsen.

⁷ De fem nationella minoriteterna i Sverige är judar, romer, samer (som även är ett urfolk), sverigefinnar och tornedalingar.

Internationell utblick

FN:s generalförsamling antog år 2015 Agenda 2030 och satte därmed upp 17 globala mål och 169 delmål för hållbar utveckling fram till år 2030 (17). Måluppfyllelsen ska mätas med hjälp av omkring 230 indikatorer. För att följa utvecklingen enligt Agenda 2030 blir det nödvändigt att bygga vidare på tidigare erfarenheter av att ta fram jämförbara mått på hälsoutfall och riskfaktorer. Inom ramen för sjukdomsbördeprojektet GBD har en grupp bestående av 1 870 samarbetspartner från 124 länder (GBD 2015 SDG Collaborators) gjort bedömningen att 47 av de 230 indikatorerna i Agenda 2030 är direkt kopplade till hälsa (1). Av dem ingår redan 33 i GBD. Baserat på ett samlingsmått på dessa 33 indikatorer hamnade Sverige år 2015 på en delad första plats av totalt 188 länder. Det innebär att Sverige är ett land med väldigt bra folkhälsa ur ett globalt perspektiv.

Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem ”Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text” är under uppbyggnad och kommer att utvidgas med fler indikatorer för att ge en mer heltäckande bild av hälsoläget i befolkningen. Urvalet av indikatorer överlappar bara delvis med urvalet i Agenda 2030. Det finns till exempel inga indikatorer för psykisk hälsa i Agenda 2030 (18), men väl i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem (se bilaga 2). Samtidigt behandlar Agenda 2030 områden som inte ingår i det webbaserade uppföljningssystemet eller i denna årsrapport, exempelvis diskriminering, våld och olika vårdrelaterade aspekter. Det finns även riskfaktorer och sjukdomar i GBD som inte ingår i det webbaserade uppföljningssystemet eller i denna årsrapport (19, 20), till exempel högt kolesterol, högt blodsocker, andningsorganens sjukdomar, smärta, depression och Alzheimers sjukdom.

Referenser

1. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1813-50. DOI:10.1016/s0140-6736(16)31467-2.
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - siffror, grafik och text. 2016 [uppdaterad 26 maj 2016; citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/>
3. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014. [citerad 13 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
4. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, The Working group of the Danish review on social determinants of health. Health Inequality - determinants and policies. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen, 2011. [citerad 13 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.sst.dk/en/publications/2011/health-inequality-determinants-and-policies#>
5. Janlert U. Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad, 2012. [citerad 27 januari 2017]. Hämtad från: http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf
6. Olofsson J, redaktör. Den långa vägen till arbetsmarknaden : om unga utanför. Lund: Studentlitteratur; 2014.
7. World Health Organization. Social Determinants of Health. Key concepts. [citerad 31 mars 2017]. Hämtad från: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
8. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten, 2016. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/>
9. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2014. [citerad 17 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-best%c3%a4mningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
10. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner - en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-for-transpersoner---en-rapport-om-halsolaget-bland-transpersoner-i-Sverige/>
11. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige - UngKAB15 - en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år. Solna: Folkhälsomyndigheten, kommande april 2017.
12. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa - Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017. Stockholm: Barnombudsmannen, 2017. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från:

<https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/ovriga-publikationer/nyanlanda-barns-halsa/>

13. Folkhälsomyndigheten. Människor på flykt – en riskbedömning av smittspridning. Reviderad version 2016-06-28. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/flyktingar/>
14. Folkhälsomyndigheten. Barn på flykt - en riskbedömning av smittspridning. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2016. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/flyktingar/>
15. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer, 2016. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
16. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Sveriges Riksdag, 2012. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRFR11/html
17. Regeringen. Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling Stockholm: Regeringskansliet, 2015. [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
18. Tsai AC, Tomlinson M. Inequitable and Ineffective: Exclusion of Mental Health from the Post-2015 Development Agenda. PLoS Med. 2015;12(6):e1001846. DOI:10.1371/journal.pmed.1001846.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Country profile, Sweden. Seattle: University of Washington; 2015 [citerad 13 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/sweden>
20. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle: University of Washington; 2015 [citerad 16 mars 2017]. Hämtad från: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Bilaga 1

Resultat för indikatorer som ingår i årsrapporten

I bilaga 1 finns fyra tabeller som visar nuläge och trendutveckling för indikatorer i årsrapporten under perioden 2006–2015/16. Tabell 1 redovisar data efter generell befolkningsnivå, tabell 2 fördelat efter kön, tabell 3 efter ålder och tabell 4 efter utbildningsnivå.

Tabell 1. Befolkningsnivå.

Livsvillkor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Behörighet till gymnasiet	Årskurs 9 i grundskolan	87 procent 2016	Uppgift saknas
Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad gymnasieutbildning	Årskurs 1–3 på gymnasiet	69 procent 2015	Uppgift saknas
Unga som varken arbetar eller studerar	15–24 år	6,5 procent 2016	Uppgift saknas
Sysselsättning	15–74 år	67 procent 2016	Uppgift saknas
Långtidsarbetslöshet (> 1 år)	15–74 år	1,2 procent 2016	Uppgift saknas
Ekonomisk standard (Ekvivalerad disponibel inkomst på hushållsnivå, hänsyn tagen till hushållets sammansättning och räknat i fasta priser)	30–64 år	Medianvärde 233 000 kronor 2015	Ökade (2011–2015)
Halt och utsläpp av partiklar med en diameter på mindre än 2,5 µm (PM2,5) i luften*	Inte relevant	Halt: mellan 2,5 och 12 µg/m ³ 2015 Utsläpp: 19 230 ton 2015	Halt: Uppgift saknas Utsläpp: minskade
Levnadsvanor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Lågt intag av frukt och grönt*	16–84 år	27 procent 2016	Ökade
Fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag*	16–84 år	65 procent 2015	Oförändrad
Stillasittande fritid*	16–84 år	15 procent 2015	Ökade
Övervikt och fetma	16–84 år	51 procent 2016	Ökade
Risikonsumtion av alkohol	16–84 år	17 procent 2016	Minskade
Daglig tobaksrökning	16–84 år	9 procent 2016	Minskade
Cannabisanvändning	16–84 år	2,7 procent 2016	Ökade

Hälsa			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Spädbarnsdödlighet	1:a levnadsmånaden	1,7 barn som dör per 1 000 levande födda 2015	Oförändrad
Vaccinationstäckning vid två års ålder (datainsamlingen sker aggregerat och kan därför inte redovisas uppdelat per kön)*	Inte relevant	97 procent 2015	Uppgift saknas
Dödlighet på grund av yttre orsaker till sjukdom och död	15 år och äldre	47 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (3 823 dödsfall totalt)	Ökade
Förtida dödlighet	15–64 år	171 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (10 536 dödsfall)	Minskade
Förväntad medellivslängd vid födelsen	Förväntad medellivslängd räknat från födseln	82 år (2011–2015)	Ökade
Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder	Förväntad återstående medellivslängd räknat från 30 års ålder	53 år 2015	Ökade
Självskattat allmänt hälsotillstånd	16–84 år	73 procent 2016	Ökade
Dödlighet enligt alkoholindex	15 år och äldre	24 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 966 dödsfall totalt)	Minskade
Narkotikarelaterad dödlighet	15 år och äldre	12 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (947 dödsfall totalt)	Ökade
Självrapporterat högt blodtryck*	16–84 år	20 procent 2016	Ökade
Självrapporterad allergi*	16–84 år	31 procent 2016	Ökade
Självrapporterad astma*	16–84 år	10 procent 2016	Ökade
Självrapporterad diabetes*	16–84 år	5,8 procent 2016	Oförändrad
Insjuknande i hjärtinfarkt	15 år och äldre	279 fall per 100 000 invånare 2015 (22 679 fall totalt)	Minskade
Insjuknande i stroke	15 år och äldre	281 fall per 100 000 invånare 2015(22 852 fall totalt)	Minskade
Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar	15 år och äldre	393 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (31 991 dödsfall totalt)	Minskade
Dödlighet i bröstcancer	15 år och äldre	25 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 990 dödsfall totalt för kvinnor och män)	Kvinnor (30 år och äldre): Minskade
Dödlighet i prostatacancer	15 år och äldre (enbart män)	90 dödsfall per 100 000 män 2015 (3 641 dödsfall totalt bland män)	Män (45 år och äldre): Minskade
Dödlighet i lungcancer	15 år och äldre	49 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (3 955 dödsfall totalt)	Minskade (30 år och äldre)
Dödlighet i tjock- och ändtarmscancer	15 år och äldre	39 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (3 197 dödsfall totalt)	Minskade (30 år och äldre)
Anmälda fall av hepatit B*	Alla åldrar	2 388 stycken 2015	Ökade
Anmälda fall av hiv*	Alla åldrar	450 stycken 2015	Oförändrad

Anmälda fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*	Alla åldrar	4 401 stycken 2016	Ökade
Psykiska och somatiska besvär bland skolelever	11, 13 och 15 år	25, 36 respektive 44 procent 2013/14	Uppgift saknas
Självrapporterad ganska mycket eller mycket stress*	16–84 år	14 procent 2016	Ökade
Ängslan, oro eller ångest (självrapporterade psykiska besvär)	16–84 år	36 procent 2016	Ökade
Självrapporterade sömnbesvär*	16–84 år	38 procent 2016	Ökade
Nedsatt psykiskt välbefinnande	16–84 år	16 procent 2016	Ökade
Suicid (själv mord)	15 år och äldre	14 dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre 2015 (1 171 dödsfall totalt)	Oförändrad

Nuläge och trendutveckling under perioden 2006–2015/16 för indikatorer i årsrapporten på befolkningsnivå.

*Indikatorer som inte ingår i webbuppföljningssystemet "Folkhälsans utveckling".

Tabell 2. Kön.

Livsvillkor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Behörighet till gymnasiet	Årskurs 9 i grundskolan	Flickor: 89 procent 2016 Pojkar: 86 procent 2016	Uppgift saknas
Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad gymnasieutbildning	Årskurs 1–3 på gymnasiet	Flickor: 73 procent 2016 Pojkar: 65 procent 2016	Uppgift saknas
Unga som varken arbetar eller studerar	15–24 år	Kvinnor: 6,1 procent 2016 Män: 6,9 procent 2016	Uppgift saknas
Sysselsättning	15–74 år	Kvinnor: 65 procent 2016 Män: 69 procent 2016	Uppgift saknas
Långtidsarbetslöshet (> 1 år)	15–74 år	Kvinnor: 1,0 procent 2016 Män: 1,3 procent 2016	Uppgift saknas
Ekonomisk standard (Ekvivalerad disponibel inkomst på hushållsnivå, hänsyn tagen till hushållets sammansättning och räknat i fasta priser)	30–64 år	Kvinnor: Medianvärde 260 000 kronor 2015 Män: Medianvärde 265 000 kronor 2015	Ökade bland båda könen (2011-2015)
Levnadsvanor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Lågt intag av frukt och grönt*	16–84 år	Kvinnor: 19 procent 2016 Män: 35 procent 2016	Ökade bland båda könen
Fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag*	16–84 år	Kvinnor: 63 procent 2015 Män: 66 procent 2015	Oförändrad bland båda könen
Stillasittande fritid*	16–84 år	Kvinnor: 14 procent 2015 Män: 16 procent 2015	Ökade bland båda könen

Övervikt och fetma	16–84 år	Kvinnor: 44 procent 2016 Män: 57 procent 2016	Ökade bland båda könen
Riskkonsumtion av alkohol	16–84 år	Kvinnor: 13 procent 2016 Män: 20 procent 2016	Kvinnor: Oförändrad Män: Minskade
Daglig tobaksrökning	16–84 år	Kvinnor: 9,6 procent 2016 Män: 8,0 procent 2016	Minskade bland båda könen
Cannabisanvändning	16–84 år	Kvinnor: 2,0 procent 2016 Män: 3,3 procent 2016	Ökade bland båda könen

Hälsa

<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Spädbarnsdödlighet	1:a levnadsmånaden	Flickor: 1,5 barn som dör per 1000 levande födda 2015 Pojkar: 1,9 barn som dör per 1000 levande födda 2015	Oförändrad bland båda könen
Dödlighet på grund av yttre orsaker till sjukdom och död	15 år och äldre	Kvinnor: 36 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 490 dödsfall totalt) Män: 58 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (2 333 dödsfall totalt)	Kvinnor: Ökade Män: Oförändrad
Förtida dödlighet	15–64 år	Kvinnor: 132 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (3 983 dödsfall totalt) Män: 209 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (6 553 dödsfall totalt)	Minskade bland båda könen
Förväntad medellivslängd vid födelsen	Förväntad medellivslängd räknat från födseln	Kvinnor: 84 år (2011–2015) Män: 80 år (2011–2015)	Ökade bland båda könen
Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder	Förväntad återstående medellivslängd räknat från 30 års ålder	Kvinnor: 54 år (2011–2015) Män: 51 år (2011–2015)	Ökade bland båda könen
Självskattat allmänt hälsotillstånd	16–84 år	Kvinnor: 71 procent 2016 Män: 76 procent 2016	Ökade bland båda könen
Självrapporterat högt blodtryck*	16–84 år	Kvinnor: 19 procent 2016 Män: 22 procent 2016	Ökade bland båda könen
Självrapporterad allergi*	16–84 år	Kvinnor: 34 procent 2016 Män: 29 procent 2016	Ökade bland båda könen
Självrapporterad astma*	16–84 år	Kvinnor: 12 procent 2016 Män: 9,0 procent 2016	Kvinnor: Ökande Män: Oförändrad
Självrapporterad diabetes*	16–84 år	Kvinnor: 5,2 procent 2016 Män: 6,5 procent 2016	Kvinnor: Ökade Män: Oförändrad
Dödlighet enligt alkoholindex	15 år och äldre	Kvinnor: 11 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (458 dödsfall totalt) Män: 37 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 508 dödsfall totalt)	Kvinnor: Oförändrad Män: Minskade
Narkotikarelaterad dödlighet	15 år och äldre	Kvinnor: 7,4 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (303 dödsfall totalt) Män: 16 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (644 dödsfall totalt)	Ökade bland båda könen

Insjuknande i hjärtinfarkt	15 år och äldre	Kvinnor: 213 fall per 100 000 invånare 2015 (8 706 fall totalt) Män: 345 fall per 100 000 invånare 2015 (13 973 fall totalt)	Minskade bland båda könen
	15–84 år	Kvinnor: 147 fall per 100 000 invånare 2015 (5 751 fall totalt) Män: 297 fall per 100 000 invånare 2015 (11 774 fall totalt)	Minskade bland båda könen
Insjuknande i stroke	15 år och äldre	Kvinnor: 270 fall per 100 000 invånare 2015 (11 050 fall totalt) Män: 292 fall per 100 000 invånare 2015 (11 802 fall totalt)	Minskade bland båda könen
	15–84 år	Kvinnor: 178 fall per 100 000 invånare 2015 (6 954 fall totalt) Män: 241 fall per 100 000 invånare 2015 (9 544 fall totalt)	Minskade bland båda könen
Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar	15 år och äldre	Kvinnor: 402 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (16 410 dödsfall totalt) Män: 385 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (15 581 dödsfall totalt)	Minskade bland båda könen
	15–84 år	Kvinnor: 140 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (5 484 dödsfall totalt) Män: 227 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (8 970 dödsfall totalt)	Minskade bland båda könen
Dödlighet i bröstcancer	15 år och äldre	Kvinnor: 48 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 976 dödsfall totalt) Män: 0,4 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (14 dödsfall totalt)	Kvinnor: (30 år och äldre): Minskade Män: Uppgift saknas
Dödlighet i prostatacancer	15 år och äldre (enbart män)	Män: 90 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (3 641 dödsfall totalt)	Män: Minskade
Dödlighet i lungcancer	15 år och äldre	Kvinnor: 48 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 966 dödsfall totalt)	Kvinnor: Ökade
		Män: 49 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 989 dödsfall totalt)	Män: Minskade
Dödlighet i tjock- och ändtarmscancer	15 år och äldre	Kvinnor: 36 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 475 dödsfall totalt) Män: 43 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 722 dödsfall totalt)	Minskade bland båda könen
Anmälda fall av hepatit B*	Alla åldrar	Kvinnor: 661 stycken 2015 Män: 1 718 stycken 2015	Kvinnor: Oförändrat Män: Ökade
Anmälda fall av hiv*	Alla åldrar	Kvinnor: 174 stycken 2015 Män: 276 stycken 2015	Oförändrad bland båda könen
Anmälda fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*	Alla åldrar	Kvinnor: 2 315 stycken 2015 Män: 2 082 stycken 2016	Ökade bland båda könen

Psykiska och somatiska besvär bland skolelever	11, 13 och 15 år	Flickor: 29, 46 respektive 57 procent 2013/14 Pojkar: 20, 27 respektive 31 procent 2013/14	Uppgift saknas
Självrapporterad ganska mycket eller mycket stress*	16–84 år	Kvinnor: 18 procent 2016 Män: 11 procent 2016	Ökade bland båda könen
Ängslan, oro eller ångest (självrapporterade psykiska besvär)	16–84 år	Kvinnor: 43 procent 2016 Män: 30 procent 2016	Kvinnor: Oförändrad Män: Ökade
Självrapporterade sömnbesvär*	16–84 år	Kvinnor: 44 procent 2016 Män: 33 procent 2016	Kvinnor: Oförändrad Män: Ökade
Nedsatt psykiskt välbefinnande	16–84 år	Kvinnor: 19 procent 2016 Män: 13 procent 2016	Ökade bland båda könen
Suicid (själv mord)	15 år och äldre	Kvinnor: 8,0 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (326 dödsfall totalt) Män: 21 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (845 dödsfall totalt)	Oförändrad bland båda könen

Nuläge och trendutveckling under perioden 2006–2015/16 för indikatorer i årsrapporten efter kön.

*Indikatorer som inte ingår i webbuppföljningssystemet "Folkhälsans utveckling".

Tabell 3. Ålder.

Levnadsvanor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Lågt intag av frukt och grönt*	16–84 år	16–29 år: 34 procent 2016 30–44 år: 26 procent 2016 45–64 år: 26 procent 2016 65–84 år: 22 procent 2016	16–29 år: Oförändrad 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Ökade 65–84 år: Oförändrad
Fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag*	16–84 år	16–29 år: 71 procent 2015 30–44 år: 68 procent 2015 45–64 år: 61 procent 2015 65–84 år: 60 procent 2015	16–29 år: Oförändrad 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Minskade
Stillasittande fritid*	16–84 år	16–29 år: 12 procent 2015 30–44 år: 14 procent 2015 45–64 år: 16 procent 2015 65–84 år: 18 procent 2015	16–29 år: Oförändrad 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Ökade
Övervikt och fetma	16–84 år	16–29 år: 29 procent 2016 30–44 år: 46 procent 2016 45–64 år: 61 procent 2016 65–84 år: 61 procent 2016	16–29 år: Ökade 30–44 år: Ökade 45–64 år: Ökade 65–84 år: Oförändrad
Risikonsumtion av alkohol	16–84 år	16–29 år: 25 procent 2016 30–44 år: 15 procent 2016 45–64 år: 18 procent 2016 65–84 år: 11 procent 2016	16–29 år: Minskade 30–44 år: Minskade 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Ökade
Daglig tobaksrökning	16–84 år	16–29 år: 7,7 procent 2016 30–44 år: 6,8 procent 2016 45–64 år: 11 procent 2016 65–84 år: 9,0 procent 2016	Minskade i samtliga grupper

Cannabisanvändning	16–84 år	16–29 år: 7,7 procent 2016 30–44 år: 3,5 procent 2016 45–64 år: 0,5 procent 2016 65–84 år: 0,2 procent 2016	16–29 år: Ökade 30–44 år: Ökade 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Oförändrad
--------------------	----------	--	--

Hälsa

<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Dödlighet på grund av yttre orsaker till sjukdom och död	15 år och äldre	15–29 år: 20 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (379 dödsfall totalt) 30–44 år: 19 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (366 dödsfall totalt) 45–64 år: 25 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (604 dödsfall totalt) 65–84 år: 65 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 090 dödsfall totalt) 85+ år: 535 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 384 dödsfall totalt)	15–29 år: Ökade 30–44 år: Ökade 45–64 år: Minskade 65–84 år: Minskade 85+ år: Ökade
Förtida dödlighet	15–64 år	15–29 år: 43 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (798 dödsfall totalt) 30–44 år: 67 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 258 dödsfall totalt) 45–64 år: 348 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (8 480 dödsfall totalt)	15–29 år: Oförändrad 30–44 år: Minskade 45–64 år: Minskade
Självskattat allmänt hälsotillstånd	16–84 år	16–29 år: 82 procent 2016 30–44 år: 79 procent 2016 45–64 år: 72 procent 2016 65–84 år: 61 procent 2016	16–29 år: Oförändrad 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Ökade 65–84 år: Ökade
Dödlighet enligt alkoholindex	15 år och äldre	15–29 år: 2,1 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (39 dödsfall totalt) 30–44 år: 5,1 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (96 dödsfall totalt) 45–64 år: 33 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (811 dödsfall totalt) 65–84 år: 57 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (958 dödsfall totalt) 85+ år: 24 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (62 dödsfall totalt)	15–29 år: Minskade 30–44 år: Minskade 45–64 år: Minskade 65–84 år: Ökade 85+ år: Oförändrad
Narkotikarelaterad dödlighet	15 år och äldre	15–29 år: 11 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (214 dödsfall totalt) 30–44 år: 15 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (279 dödsfall totalt) 45–64 år: 13 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (330 dödsfall totalt) 65–84 år: 5,9 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (99 dödsfall totalt) 85+ år: 9,7 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (25 dödsfall totalt)	15–29 år: Ökade 30–44 år: Ökade 45–64 år: Ökade 65–84 år: Oförändrad 85+ år: Oförändrad

Självrapporterat högt blodtryck*	16–84 år	16–29 år: 2,5 procent 2016 30–44 år: 5,5 procent 2016 45–64 år: 24 procent 2016 65–84 år: 48 procent 2016	16–29 år: Oförändrad 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Ökade 65–84 år: Ökade
Självrapporterad allergi*	16–84 år	16–29 år: 36 procent 2016 30–44 år: 38 procent 2016 45–64 år: 31 procent 2016 65–84 år: 22 procent 2016	Ökade i samtliga grupper
Självrapporterad astma*	16–84 år	16–29 år: 10 procent 2016 30–44 år: 11 procent 2016 45–64 år: 9,9 procent 2016 65–84 år: 10 procent 2016	16–29 år: Oförändrad 30–44 år: Ökade 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Oförändrad
Självrapporterad diabetes*	16–84 år	16–29 år: 0,8 procent 2016 30–44 år: 1,8 procent 2016 45–64 år: 6,3 procent 2016 65–84 år: 14 procent 2016	Oförändrad i samtliga grupper
Insjuknande i hjärtinfarkt	15 år och äldre	15–29 år: 1,0 fall per 100 000 invånare 2015 (18 fall totalt) 30–44 år: 19 fall per 100 000 invånare 2015 (357 fall totalt) 45–64 år: 205 fall per 100 000 invånare 2015 (5 009 fall totalt) 65–84 år: 719 fall per 100 000 invånare 2015 (12 141 fall totalt) 85+ år: 1 994 fall per 100 000 invånare 2015 (5 154 fall totalt)	15–29 år: Oförändrad 30–44 år: Minskade 45–64 år: Minskade 65–84 år: Minskade 85+ år: Minskade
Insjuknande i stroke	15 år och äldre	15–29 år: 6,5 fall per 100 000 invånare 2015 (120 fall totalt) 30–44 år: 22 fall per 100 000 invånare 2015 (417 fall totalt) 45–64 år: 143 fall per 100 000 invånare 2015 (3 499 fall totalt) 65–84 år: 738 fall per 100 000 invånare 2015 (12 462 fall totalt) 85+ år: 2 458 fall per 100 000 invånare 2015 (6 354 fall totalt)	15–29 år: Ökade 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Minskade 65–84 år: Minskade 85+ år: Minskade
Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar	15 år och äldre	15–29 år: 1,6 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (29 dödsfall totalt) 30–44 år: 6,0 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (113 dödsfall totalt) 45–64 år: 80 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 965 dödsfall totalt) 65–84 år: 731 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (12 347 dödsfall totalt) 85+ år: 6 785 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (17 537 dödsfall totalt)	15–29 år: Oförändrad 30–44 år: Minskade 45–64 år: Minskade 65–84 år: Minskade 85+ år: Minskade
Dödlighet i bröstcancer	30 år och äldre	30–44 år: 1,9 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (36 dödsfall totalt) 45–64 år: 15 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (367 dödsfall totalt) 65–84 år: 56 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (946 dödsfall totalt)	Kvinnor (30–44 år): Oförändrad Kvinnor (45–64 år): Minskade Kvinnor (65–84 år): Minskade

		85+ år: 248 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (640 dödsfall totalt)	Kvinnor (85+ år): Oförändrad
Dödlighet i prostatacancer	45 år och äldre (enbart män)	45–64 år: 7,6 dödsfall per 100 000 män 2015 (94 dödsfall totalt) 65–84 år: 233 dödsfall per 100 000 män 2015 (1 880 dödsfall totalt) 85+ år: 1 872 dödsfall per 100 000 män 2015 (1 667 dödsfall totalt)	Män: 45–64 år: Minskade 65–84 år: Minskade 85+ år: Ökade
Dödlighet i lungcancer	30 år och äldre	30–44 år: 0,7 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (13 dödsfall totalt) 45–64 år: 26 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (627 dödsfall totalt) 65–84 år: 166 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (2 800 dödsfall totalt) 85+ år: 199 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (515 dödsfall totalt)	30–44 år: Minskade 45–64 år: Minskade 65–84 år: Oförändrad 85+ år: Ökade
Dödlighet i tjock- och ändtarmscancer	30 år och äldre	30–44 år: 1,6 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (30 dödsfall totalt) 45–64 år: 16 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (393 dödsfall totalt) 65–84 år: 107 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 803 dödsfall totalt) 85+ år: 375 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (968 dödsfall totalt)	30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Minskade 85+ år: Oförändrad
Anmälda fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*	Alla åldrar	0–14 år: 1 347 stycken 2016 15–29 år: 1 224 stycken 2016 30–44 år: 899 stycken 2016 45–64 år: 499 stycken 2016 65–84 år: 331 stycken 2016 85+ år: 102 stycken 2016	Uppgift saknas
Självrapporterad ganska mycket eller mycket stress*	16–84 år	16–29 år: 21 procent 2016 30–44 år: 18 procent 2016 45–64 år: 13 procent 2016 65–84 år: 5,2 procent 2016	16–29 år: Ökade 30–44 år: Ökade 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Oförändrad
Ängslan, oro eller ångest (självrapporterade psykiska besvär)	16–84 år	16–29 år: 43 procent 2016 30–44 år: 38 procent 2016 45–64 år: 34 procent 2016 65–84 år: 31 procent 2016	16–29 år: Ökade 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Oförändrad
Självrapporterade sömnbesvär*	16–84 år	16–29 år: 32 procent 2016 30–44 år: 33 procent 2016 45–64 år: 43 procent 2016 65–84 år: 44 procent 2016	16–29 år: Ökade 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Oförändrad 65–84 år: Oförändrad
Nedsatt psykiskt välbefinnande (självrapporterat)	16–84 år	16–29 år: 23 procent 2016 30–44 år: 17 procent 2016 45–64 år: 14 procent 2016 65–84 år: 8,7 procent 2016	16–29 år: Ökade 30–44 år: Oförändrad 45–64 år: Ökade 65–84 år: Oförändrad
Suicid (själv mord)	15 år och äldre	15–29 år: 10 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (190 dödsfall totalt) 30–44 år: 12 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (223 dödsfall totalt)	Oförändrad i samtliga grupper

45–64 år: 18 dödsfall per 100 000
 invånare 2015 (444 dödsfall totalt)
 65–84 år: 15 dödsfall per 100 000
 invånare 2015 (261 dödsfall totalt)
 85+ år: 21 dödsfall per 100 000
 invånare 2015 (968 dödsfall totalt)

Nuläge och trendutveckling under perioden 2006–2015/16 för indikatorer i årsrapporten efter ålder.

*Indikatorer som inte ingår i webbuppföljningssystemet "Folkhälsans utveckling".

Tabell 4. Utbildningsnivå.

Livsvillkor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Sysselsättning	15–74 år	Förgymnasial: 34 procent 2016 Gymnasial: 70 procent 2016 Eftergymnasial: 79 procent 2016	Uppgift saknas
Långtidsarbetslöshet (> 1 år)	15–74 år	Förgymnasial: 2,9 procent 2016 Gymnasial: 1,3 procent 2016 Eftergymnasial: 0,7 procent 2016	Uppgift saknas
Ekonomisk standard (Ekvivalerad disponibel inkomst på hushållsnivå, hänsyn tagen till hushållets sammansättning och räknat i fasta priser)	30–64 år	Förgymnasial: 217 000 kronor Gymnasial: 255 000 kronor Eftergymnasial: 288 000 kronor	Förgymnasial: Ökade, men ökning mindre än i övriga utbildningsgrupper Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Ökade
Levnadsvanor			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Lågt intag av frukt och grönt*	16–84 år	Förgymnasial: 32 procent 2016 Gymnasial: 31 procent 2016 Eftergymnasial: 20 procent 2016	Förgymnasial: Oförändrad Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Ökade
Fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag*	16–84 år	Förgymnasial: 60 procent 2015 Gymnasial: 63 procent 2015 Eftergymnasial: 69 procent 2015	Oförändrad i samtliga grupper
Stillasittande fritid*	16–84 år	Förgymnasial: 21 procent 2015 Gymnasial: 16 procent 2015 Eftergymnasial: 9,9 procent 2015	Förgymnasial: Ökade Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Oförändrad
Övervikt eller fetma	16–84 år	Förgymnasial: 52 procent 2016 Gymnasial: 57 procent 2016 Eftergymnasial: 43 procent 2016	Ökade i samtliga grupper
Riskkonsumtion av alkohol	16–84 år	Förgymnasial: 13 procent 2016 Gymnasial: 20 procent 2016 Eftergymnasial: 16 procent 2016	Förgymnasial: Minskade Gymnasial: Oförändrad Eftergymnasial: Oförändrad
Daglig tobaksrökning	16–84 år	Förgymnasial: 12 procent 2016 Gymnasial: 11 procent 2016 Eftergymnasial: 5,0 procent 2016	Minskade i samtliga grupper
Cannabisanvändning	16–84 år	Förgymnasial: 3,0 procent 2016 Gymnasial: 2,2 procent 2016 Eftergymnasial: 3,1 procent 2016	Förgymnasial: Oförändrad Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Ökade

Hälsa			
<i>Indikator</i>	<i>Åldersgrupp</i>	<i>Nuläge</i>	<i>Trend</i>
Dödlighet på grund av yttre orsaker till sjukdom och död	15 år och äldre	Förgymnasial: 104 dödsfall per 100 000 invånare 2015(1 769 dödsfall) Gymnasial: 42 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 464 dödsfall) Eftergymnasial: 18 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (502 dödsfall)	Förgymnasial: Ökade Gymnasial: Oförändrad Eftergymnasial: Minskade
Förtida dödlighet	15–64 år	Förgymnasial: 424 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (2 623 dödsfall) Gymnasial: 225 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (4 995 dödsfall) Eftergymnasial: 109 dödsfall per 100 000 invånare 2015(2 245 dödsfall)	Minskade i samtliga grupper
Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder	Förväntad återstående medellivslängd räknat från 30 års ålder	Förgymnasial 49,6 år (2015) Gymnasial 52,8år (2015) Eftergymnasial: 55,5 år (2015)	Ökade i samtliga grupper
Självskattat allmänt hälsotillstånd	16–84 år	Förgymnasial: 66 procent 2016 Gymnasial: 68 procent 2016 Eftergymnasial: 81 procent 2016	Förgymnasial: Oförändrad Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Ökade
Dödlighet enligt alkoholindex	15 år och äldre	Förgymnasial: 42 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (715 dödsfall totalt) Gymnasial: 27 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (929 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 11 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (305 dödsfall totalt)	Förgymnasial: Oförändrad Gymnasial: Minskade Eftergymnasial: Minskade
Narkotikarelaterad dödlighet	15 år och äldre	Förgymnasial: 20 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (339 dödsfall totalt) Gymnasial: 13 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (462 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 5,1 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (138 dödsfall totalt)	Förgymnasial: Ökade Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Oförändrad
Självrapporterat högt blodtryck*	16–84 år	Förgymnasial: 28 procent 2016 Gymnasial: 24 procent 2016 Eftergymnasial: 13 procent 2016	Förgymnasial: Ökade Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Oförändrad
Självrapporterad allergi*	16–84 år	Förgymnasial: 27 procent 2016 Gymnasial: 31 procent 2016 Eftergymnasial: 33 procent 2016	Ökade i samtliga grupper
Självrapporterad astma*	16–84 år	Förgymnasial: 12 procent 2016 Gymnasial: 10 procent 2016 Eftergymnasial: 9,8 procent 2016	Förgymnasial: Oförändrad Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Oförändrad

Självrapporterad diabetes*	16–84 år	Förgymnasial: 9,6 procent 2016 Gymnasial: 6,8 procent 2016 Eftergymnasial: 2,8 procent 2016	Oförändrad i samtliga grupper
Insjuknande i hjärtinfarkt	15 år och äldre	Förgymnasial: 553 fall per 100 000 invånare 2015 (9 376 fall totalt) Gymnasial: 260 fall per 100 000 invånare 2015 (8 985 fall totalt) Eftergymnasial: 141 fall per 100 000 invånare 2015 (3 843 fall totalt)	Minskade i samtliga grupper
Insjuknande i stroke	15 år och äldre	Förgymnasial: 566 fall per 100 000 invånare 2015 (9 592 fall totalt) Gymnasial: 253 fall per 100 000 invånare 2015 (8 729 fall totalt) Eftergymnasial: 149 fall per 100 000 invånare 2015 (4 047 fall totalt)	Minskade i samtliga grupper
Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar	15 år och äldre	Förgymnasial: 1 002 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (16 992 dödsfall totalt) Gymnasial: 300 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (10 355 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 141 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (3 826 dödsfall totalt)	Minskade i samtliga grupper
Dödlighet i bröstcancer	15 år och äldre	Förgymnasial: 46 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (775 dödsfall totalt) Gymnasial: 21 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (721 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 16 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (442 dödsfall)	Kvinnor (förgymnasial): Oförändrad Kvinnor (gymnasial): Oförändrad Kvinnor (eftergymnasial): Minskade
Dödlighet i prostatacancer	15 år och äldre (enbart män)	Förgymnasial: 190 dödsfall per 100 000 män 2015 (1 676 dödsfall totalt) Gymnasial: 71 dödsfall per 100 000 män 2015 (1 279 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 51 dödsfall per 100 000 män 2015 (620 dödsfall totalt)	Män: Minskade i samtliga grupper
Dödlighet i lungcancer	15 år och äldre	Förgymnasial: 98 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 667 dödsfall totalt) Gymnasial: 48 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 639 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 21 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (574 dödsfall totalt)	Förgymnasial: Oförändrad Gymnasial: Minskade Eftergymnasial: Minskade
Dödlighet i tjock- och ändtarmscancer	15 år och äldre	Förgymnasial: 83 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 402 dödsfall totalt)	Förgymnasial: Oförändrad

		Gymnasial: 34 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (1 184 dödsfall totalt)	Gymnasial: Minskade
		Eftergymnasial: 20 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (552 dödsfall totalt)	Eftergymnasial: Minskade
Självrapporterad ganska mycket eller mycket stress*	16–84 år	Förgymnasial: 15 procent 2016 Gymnasial: 12 procent 2016 Eftergymnasial: 16 procent 2016	ökade i samtliga grupper
Ängslan, oro eller ångest (självrapporterade psykiska besvär)	16–84 år	Förgymnasial: 38 procent 2016 Gymnasial: 35 procent 2016 Eftergymnasial: 36 procent 2016	Förgymnasial: Lätta besvär ökade Gymnasial: Oförändrad Eftergymnasial: Oförändrad
Självrapporterade sömnbesvär*	16–84 år	Förgymnasial: 42 procent 2016 Gymnasial: 40 procent 2016 Eftergymnasial: 35 procent 2016	Förgymnasial: ökade Gymnasial: Oförändrad Eftergymnasial: ökade
Nedsatt psykiskt välbefinnande (självrapporterat)	16–84 år	Förgymnasial: 15 procent 2016 Gymnasial: 15 procent 2016 Eftergymnasial: 16 procent 2016	Förgymnasial: Ökade Gymnasial: Ökade Eftergymnasial: Oförändrad
Suicid (själv mord)	15 år och äldre	Förgymnasial: 18 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (297 dödsfall totalt) Gymnasial: 17 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (585 dödsfall totalt) Eftergymnasial: 10 dödsfall per 100 000 invånare 2015 (272 dödsfall totalt)	Oförändrad i samtliga grupper

Nuläge och trendutveckling under perioden 2006–2015/16 för indikatorer i årsrapporten efter utbildningsnivå.

*Indikatorer som inte ingår i webbuppföljningssystemet "Folkhälsans utveckling".

Bilaga 2

Indikatorer i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem

Bilaga 2 redovisar de 29 indikatorer som ingår i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem ”Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text”. Bilagan beskriver indikatorernas namn, datakälla och definition. Mer information om bland annat indikatorernas koppling till folkhälsa och data som åskådliggörs via grafik finns i ”Folkhälsans utveckling– siffror, grafik och text” (2).

Livsvillkor		
<i>Indikator</i>	<i>Datakälla</i>	<i>Definition</i>
Behörighet till gymnasiet	Siris (Skolverket)	Andelen elever i åk 9 som har behörighet till gymnasieskolan efter kön, region och år. Andel (procent). Andelen behöriga till gymnasieskolan avser de som är behöriga till ett yrkesförberedande program. År 2011 ändrades reglerna för behörighet till gymnasieskolan. Sedan hösten 2011 krävs minst godkänt betyg i svenska, engelska, matematik och ytterligare minst fem ämnen för att bli antagen till ett yrkesförberedande program samt ytterligare nio för att bli antagen till ett högskoleförberedande program. Tidigare krävdes minst betyget godkänd i ämnena svenska/svenska som andraspråk, engelska och matematik. Andelen beräknas av de elever i årskurs 9 som fått eller skulle ha fått betyg enligt det mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet (elever som lämnat årskurs 9 utan slutbetyg ingår således). Betygen mäts före provning. Sedan våren 2009 ingår alla skolor, inte bara kommunala utan också fristående skolor, internationella skolor och riksinternat.
Gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad gymnasieutbildning	Siris (Skolverket)	Andel (procent) gymnasieelever med gymnasieexamen inom fyra år efter kön, region och år. Andelen elever per program som fått gymnasieexamen eller studiebevis med minst 2500 betygssatta kurspoäng inom tre, fyra och fem år från sitt startår. OBS! Omfattar endast elever som påbörjade gymnasieskolan hösten 2011 eller senare, på grund av att slutbetyg i den gamla gymnasieskolan och yrkesexamen i den nya gymnasieskolan inte är direkt jämförbara.
Unga som varken arbetar eller studerar	AKU (SCB)	Unga i åldern 15–24 år (AKU) som varken arbetar eller studerar (NEET dvs. ”Not in employment, education or training”), andel i procent efter kön, ålder och år. Unga som varken arbetar eller studerar omfattar: - personer som under en given vecka (referensveckan) inte var sysselsatta, och som inte heller deltog i studier (under referensveckan eller de tre veckorna som föregår referensveckan). Här avses såväl formella som informella studier.

Sysselsättning	AKU (SCB)	<p>Antal sysselsatta (1000-tal) och sysselsättningsgrad i befolkningen efter ålder, utbildningsnivå, kön och år, tidsperiod 2005–2016.</p> <p>Till sysselsatta räknades de som i undersökningen uppgav att de under mätveckan utförde något arbete som anställd eller som egenföretagare under minst en timme, eller var tillfälligt frånvarande under mätveckan.</p>
Långtidsarbetslöshet	AKU (SCB)	<p>Långtidsarbetslösa i ett år eller mer mäts som antal (1000-tal) och andel långtidsarbetslösa (procent av samtliga i arbetskraften dvs. arbetslösa och sysselsatta) i befolkningen efter kön och utbildningsnivå (15–74 år), tidsperiod 2005–2016.</p>
Ekonomisk standard	Inkomst- och taxeringsregistret (SCB)	<p>Ekonomisk standard är namnet på indikatorn som mäter ekvivalerad disponibel inkomst på hushållsnivå. Ett hushålls ekonomiska standard avgörs till stor del av dess disponibla inkomst, det vill säga summan av hushållsmedlemmarnas inkomster efter det att skatt och andra negativa transfereringar dragits av. När disponibel inkomst används som indikator för ekonomisk standard ställs vanligtvis inkomsten i relation till försörjningsbördan genom att hänsyn tas till hushållets sammansättning. Detta benämns ekvivalerad disponibel inkomst vilket är det mått som används i årsrapporten. Disponibel inkomst efter gränsvärden, region och år. Percentilgränser i tusen kronor.</p> <p>Disponibel inkomst efter utbildningsnivå, kön, region och år. Tusen kronor. Disponibel inkomst för befolkningen 30-64 år, hänsyn taget till familjestorlek och räknat i fasta priser. Kapitalvinster ej medräknade.</p> <p>Alla resultat är avrundade till tusentals kronor.</p>

Levnadsvanor

<i>Indikator</i>	<i>Datakälla</i>	<i>Definition</i>
Övervikt och fetma	HLV (Folkhälsomyndigheten)	<p>Vikt, BMI (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent). Andelar kvinnor, män och hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$).</p> <p>Andelar kvinnor, män samt hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med övervikt och fetma ($\text{BMI} \geq 25$).</p> <p>Andelar kvinnor, män hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med fetma ($\text{BMI} \geq 30$).</p> <p>Indikatorn bygger på frågor i Nationella folkhälsoenkäten: Hur lång är du? Hur mycket väger du?</p>
Riskkonsumtion av alkohol	HLV (Folkhälsomyndigheten)	<p>Andelar kvinnor, män samt hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med riskkonsumtion av alkohol under perioden 2006–2016. Indikatorn bygger på frågor i Nationella folkhälsoenkäten: Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna? Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? Hur ofta dricker du sex glas eller fler vid samma tillfälle? Frågorna härstammar från frågeinstrumentet AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). AUDIT har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) i syfte att identifiera personer vars alkoholkonsumtion kan skada deras hälsa. En viss revidering av frågorna har skett år 2016 och det kan innebära att vissa avvikelser kan förekomma.</p>
Daglig tobaksrökning	HLV (Folkhälsomyndigheten)	<p>Andelar kvinnor, män samt hela befolkningen i åldrarna 16–84 år som röker dagligen under perioden 2006–2016. Indikatorn bygger på frågor i Nationella folkhälsoenkäten: Röker du dagligen? Händer det att du röker då och då? Har du tidigare rökt dagligen under</p>

Cannabisanvändning i befolkningen	HLV (Folkhälsomyndigheten)	minst 6 månader? En viss revidering av frågorna har skett över tid och det kan innebära att vissa avvikelser kan förekomma. "Cannabisanvändning i befolkningen" visar hur stor andel av befolkningen i åldrarna 16–84 år som använt cannabis minst en gång under de senaste 12 månaderna under perioden 2006–2016. Bygger på en fråga i Nationella folkhälsoenkäten där respondenten får svara på om de någonsin använt cannabis, om de använt cannabis de senaste 12 månaderna och om de använt cannabis under de senaste 30 dagarna.
Hälsa		
<i>Indikator</i>	<i>Datakälla</i>	<i>Definition</i>
Spädbarnsdödlighet	SCB/Socialstyrelsen	Spädbarnsdödlighet (inom första levnadsåret), antal barn efter spädbarnsdödlighet, år och kön. Spädbarnsdödlighet/1 000 levande födda. Spädbarnsdödlighet redovisas efter första levnadsveckan, första levnadsmånaden och första levnadsåret.
Dödlighet på grund av yttre orsaker till sjukdom och död	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Död i externa orsaker till skador eller förgiftningar i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15 år och äldre under perioden 2006–2016. Diagnoser V01–Y89 förutom X60–X84.
Förtida dödlighet	SCB/ Socialstyrelsen	Antal dödsfall efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15-64 år uppdelad efter ålderskategorier under perioden 2006–2015.
Förväntad medellivslängd vid födelsen	SCB	Förväntad medellivslängd vid födseln efter kön, region och år. Antal år.
Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder	SCB	Medellivslängd, förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå, kön och år. Antal år.
Självskattat allmänt hälsotillstånd	HLV (Folkhälsomyndigheten)	Andelar kvinnor, män samt hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med bra eller mycket bra hälsa under perioden 2006–2016. Självskattat allmänt hälsotillstånd, kallas för självskattad hälsa, visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Självskattad hälsa mäts på en femgradig skala som EU-länderna har enats kring för att följa hälsans utveckling i Europa. Bygger på fråga i Nationella folkhälsoenkäten: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? I följande redovisning presenteras hur stor andel som svarat "Bra" eller "Mycket bra" på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?"
Avlidna enligt alkoholindex	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Avlidna enligt alkoholindex i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget 15 år och äldre. Diagnoser som ingår i alkoholindex klassificerade enligt ICD-10: Diagnoser som ingår i alkoholindex klassificerade enligt ICD-10: E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0-K70.9 K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, T51.0–51.9 Y90.1–Y90.9, Y91.1–Y91.9, Z50.2 och Z71.4.
Narkotikarelaterad dödlighet	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Dödlighet i läkemedels- och narkotikaförgiftningar i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15 år och äldre. Måttet inkluderar dödsfall med följande underliggande dödsorsaker (ICD-10): X40–X44, X60–X64, Y10–Y14 som underliggande dödsorsak i kombination med T36–T50.9.

Insjuknande i hjärtinfarkt	Patientregistret och Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt, förstagångsinsjuknanden räknas efter 7 infarktfria år. samkörning DORS och PAR. ICD-10: I21.
Insjuknande i stroke	Patientregistret och Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Förstagångsinsjuknande i stroke, förstagångsinsjuknanden räknas efter 7 strokefria år, samkörning DORS och PAR. ICD-10: I63.
Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15år och äldre ICD-10: I00-I99.
Dödlighet i lungcancer	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Dödlighet i lungcancer i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15-år och äldre. Analysen är baserad på åldrarna 30 år och äldre. ICD-10: C34 underliggande och/eller bidragande dödsorsak.
Dödlighet i bröstcancer	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Dödlighet i bröstcancer i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15 år och äldre. Den beskrivande statistiken redovisas för kvinnor och män. Den statistiska analysen är baserad endast på kvinnor. Uppdelad efter ålderskategorier under perioden 2006–2016. Analysen är baserad på åldrarna 30 år och äldre. ICD-10: C50 underliggande och/eller bidragande dödsorsak.
Dödlighet i prostatacancer	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Dödlighet i prostatacancer bland män i åldrarna 15 år och äldre uppdelad efter ålderskategorier, uppdelad efter utbildningsnivå under perioden 2006–2015. Analysen baseras på åldrarna 45 år och äldre. ICD-10: C61 underliggande och/eller bidragande dödsorsak.
Dödlighet i tjock- och ändtarmscancer	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Dödlighet i tjock- och ändtarmscancer i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15–85+ år. Analysen är baserad på åldrarna 30 år och äldre. ICD-10: C18, C20 underliggande och/eller bidragande dödsorsak.
Psykiska och somatiska besvär bland skolelever	Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten)	Vart fjärde år deltar Sverige och ett 40-tal andra länder i en internationell undersökning, "Skolbarns hälsovanor". I Sverige genomförs undersökningen av Folkhälsomyndigheten och de senaste resultaten är från 2013/14. I undersökningen får ett stort antal barn i åldrarna 11, 13 respektive 15 år besvara frågor, bland annat om olika former av självrapporterade besvär. Det rör sig både om psykiska besvär, såsom nedstämdhet, dåligt humör eller sömnsvårigheter, och om somatiska (kroppsliga) besvär, såsom ont i magen, huvudvärk eller yrsel. Skolelever som har uppgett att de har haft minst två psykiska eller somatiska besvär – eller en kombination av dessa – mer än en gång i veckan under det senaste halvåret.
Ängslan, oro eller ångest (självrapporterade psykiska besvär)	HLV (Folkhälsomyndigheten)	Ängslan, oro eller ångest (självrapporterade psykiska besvär)-Andelar kvinnor, män samt hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med lätta eller svåra besvär av ängslan oro eller ångest under perioden 2006–2016. I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor?" används frågan "Har du besvär av

Nedsatt psykiskt välbefinnande (självrporterat)	HLV (Folkhälsomyndigheten)	ängslan, oro eller ångest?" med svarsalternativen "nej", "ja, lätta besvär", "ja, svåra besvär". Andelar kvinnor, män samt hela befolkningen i åldrarna 16–84 år med självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande på självskattningsskalan General Health Questionnaire, GHQ (GHQ5) under perioden 2006–2016, vilken indikerar psykisk ohälsa. Data kommer från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor?". År 2016 användes en förkortad version av GHQ-12 bestående av fem frågor. För att öka jämförbarheten med tidigare år inkluderades enbart dessa fem frågor i analyserna när tidsperioden 2006–2016 beaktades.
Suicid (själv-mord)	Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)	Antal döda i suicid (själv-mord) per 100 000 invånare Säkra självmord i antal per 100 000 efter kön samt män och kvinnor sammantaget i åldrarna 15 år och äldre. Diagnoser X60–X84 enligt ICD 10.

"AKU": Arbetskraftsundersökningarna; "SCB": Statistiska centralbyrån. HLV: "Hälsa på lika villkor?", Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät, en urvalsundersökning bland befolkningen 16–84 år; Folkhälsomyndigheten. Siris: Skolverkets internetbaserade resultat och kvalitetsinformationssystem: Skolverket.

Statistiska regressionsanalyser har genomförts på data från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Variablerna kön, ålder och utbildning kontrollerades för i analysen av utvecklingen för indikatorer som baseras på data från patientregistret eller dödsorsaksregistret. Det innebär att resultaten inte beror på variation i någon av de variablerna. För indikatorer som baseras på data från "Hälsa på lika villkor?" kontrollerades även för region (län). När det gäller data från SCB redovisas huvudsakligen deskriptiv statistik då inga statistiska analyser har genomförts. Referensgrupp är hela befolkningen i en viss ålder för respektive indikator, vilket innebär att det inte gjorts några direkta statistiska jämförelser mellan olika befolkningsgrupper i analysen. Valet av referensgrupp får till följd att de skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper som beskrivs i årsrapporten är jämförelsevis stora. Det ökar också jämförbarheten av resultaten för befolkningsgrupper i olika kategorier, exempelvis mellan kön och utbildningsnivå.

Bilaga 3

Urval och metod

De 29 indikatorer som ingår här och i det webbaserade uppföljningssystemet ”Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text” har valts för att spegla viktiga aspekter av folkhälsan. En annan praktisk utgångspunkt har varit att välja indikatorer där det finns tillgång till data som är kvalitetsredovisade och möjliga att bryta ned på länsnivå.

De data som använts i årsrapporten kommer dels från register, dels från urvalsundersökningar i form av enkätstudier. Huvudsakliga datakällor är:

- patientregistret och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen)
- arbetskraftsundersökningen och inkomst- och taxeringsregistret (Statistiska centralbyrån)
- Skolverkets internetbaserade resultat och kvalitetsinformationssystem (Skolverket)
- de nationella enkätstudierna ”Hälsa på lika villkor?” och ”Skolbarns hälsovanor” (Folkhälsomyndigheten).

Statistiska regressionsanalyser har genomförts på data från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Variablerna kön, ålder och utbildningsnivå kontrollerades för i den statistiska analysen av utvecklingen över tid för indikatorer som baseras på data från patientregistret eller dödsorsaksregistret. Det innebär att resultaten inte beror på variation i någon av de variablerna. För indikatorer som baseras på data från ”Hälsa på lika villkor?” kontrollerades även för länsnivå. När det gäller data från SCB redovisas huvudsakligen deskriptiv statistik då inga statistiska analyser har genomförts. För detta behövs data som är ännu mer uppdelad och detaljerad än vad Folkhälsomyndigheten haft tillgång till.

Referensgrupp är hela befolkningen i en viss bestämd ålder för respektive indikator, vilket innebär att det inte gjorts några direkta statistiska jämförelser mellan olika befolkningsgrupper i analysen. Referensgruppen är ett genomsnittligt värde på nationell nivå, vilken utgör jämförelsegruppen i den statistiska analysen för de övriga befolkningsgrupperna kön, ålder och utbildningsnivå. Valet av referensgrupp leder till jämförelsevis stora skillnader i hälsa mellan de olika befolkningsgrupper som beskrivs i årsrapporten. Det ökar också jämförbarheten av resultaten mellan befolkningsgrupper i olika kategorier, exempelvis mellan kön och utbildningsnivå.

Siffror om det totala antalet dödsfall är egen bearbetning av data från Socialstyrelsen och inkluderar endast uppgifter med komplett information om kön och ålder (och för invånare 15 år och äldre). Dessa siffror kan därför skilja sig något från data presenterad på Socialstyrelsens webbplats.

När det gäller bilaga 1 redovisas resultat för indikatorer och förändringar över tid (trender). Vid oförändrad trend konstateras att ingen förändring över tid har skett dvs. varken en signifikant ökande eller minskande trend (5 procent signifikansnivå). I regressionsanalysen har ingen hänsyn till multipla tester tagits. I analyser där signifikansnivån var mellan 0,01–0,05 har en fall-specifik bedömning gjorts. När det gäller uppgift saknas för trend innebär det att trendanalys inte har utförts, vilket kan ha flera olika anledningar. När det gäller regressionsanalyser för indikatorer med HLV som datakälla har analys skett på ett utvalt dataset där endast samtliga uppgifter om kön, utbildningsnivå, ålder och region finns och med ytterligare tilläggsurval för region Gotland. Siffror som baseras på HLV-data kan därför skilja sig i enstaka fall i förhållande till nationella data som redovisas i statistikdatabasen Folkhälsodata (2).

I bilaga 1 finns detaljerade resultat för de flesta indikatorer som beskrivs i denna årsrapport. I bilaga 2 redovisas de 29 indikatorer som ingår i denna årsrapport men också i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem innehållande namn, datakälla och definition. Mer information om bland annat indikatorernas koppling till folkhälsa och grafik som åskådliggör data finns i det webbaserade uppföljningssystemet ”Folkhälsans utveckling– siffror, grafik och text”.

Uppföljningssystemet är under uppbyggnad, vilket innebär att det kommer att omfatta fler indikatorer för att ge en mer heltäckande bild av folkhälsan. Det kan också bli aktuellt att utöka analysen med fler befolkningsgrupper och göra direkta statistiska jämförelser mellan grupper i syfte att i större utsträckning identifiera ojämlikheter i hälsa.

Medverkande

Övriga medverkande vid Folkhälsomyndigheten som bidragit till framtagandet av årsrapporten:

Avdelningen för epidemiologi och utvärdering

Peter Andréasson

Enheten för digitala kanaler och produktion

Ingvar Westerdahl

Enheten för drogprevention

Emma Wahlstedt, Mimmi Eriksson Tinghög

Enheten för epidemiologi och hälsoekonomi

Maria Axelsson, Inga Velicko

Enheten för folkhälsorapportering

Ann-Louise Johansson, Marlene Makenzius

Enheten för hälsa och sexualitet

Charlotte Deogan

Enheten för hälsofrämjande levnadsvanor

Marita Friberg

Enheten för miljöhälsa

Anne-Sophie Merritt

Enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor

Hillevi Busch, Petra Löfstedt

Enheten för statistik och register

Johan Bjurström, Gunilla Eriksson, Anna-Karin Johansson, Henrik Källberg, Erika Svanström

Enheten för vaccinationsprogram

Karin Junehag Källman, Ann Lindstrand, Pär Vikström

Enheten för övergripande kommunikation

Örjan Carlbring

Enheten för övervakning och samordning

Erika Olsson

Externa medverkande som bidragit till årsrapporten

Simon Hjalmarsson, doktorand, Institutet för social forskning (SOFI), Stockholms universitet, och Institutet för Framtidsstudier (IF)

Lars Holmberg, professor emeritus, Uppsala universitet (Sverige), King's College, London (England)

Urban Janlert, professor i folkhälsovetenskap, senior vid institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen ge ut en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Det här är 2017 årsrapport och den är tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för i första hand politiker och tjänstemän i regering och riksdag, men den kan även vara användbar för andra som är intresserade av folkhälsofrågor. Årsrapporten synliggör skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor och stödjer därmed arbetet för en jämlik hälsa.

Folkhälsans utveckling – årsrapport 2017 ger en övergripande och aktuell beskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper. Utvecklingen under den senaste tioårsperioden ingår också där data tillåter det.

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

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se