



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsan i Sverige 2016

Årlig rapportering



Folkhälsan i Sverige 2016

Årlig rapportering

Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens publikationsservice,
e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se.

Den kan även 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, 2016.

Artikelnummer: 16005

ISBN 978-91-7603-631-0 (pdf)

ISBN 978-91-7603-632-7 (print)

Tryck: ISY Information System AB, Halmstad.

Förord

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen rapportera om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Det här är 2016 års rapport.

Redovisningarna är baserade på uppdaterad registerdata och data från aktuella enkätundersökningar med folkhälsoanknytning.

Arbetet har projektletts av Peter Andréasson som till sin hjälp haft en arbetsgrupp bestående av Inger Heimerson, Karin Junehag Källman, Malin Kark och Marlene Makenzius. Ansvarig enhetschef har varit Saman Rashid, och ansvarig avdelningschef Anders Tegnell. Ett stort antal medarbetare på myndigheten har medverkat i framtagandet av rapporten, se en fullständig lista i slutet av rapporten.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	5
Sammanfattning	7
Inledning	9
Syfte och metod	9
Rapportens upplägg.....	10
Hälsan i befolkningen.....	11
Självskattat allmänt hälsotillstånd.....	11
Medellivslängd	13
Psykisk ohälsa	17
Sjukdomar	25
Dödlighet och dödsorsaker	32
Infektionssjukdomar	36
Livsvillkor och levnadsförhållanden.....	42
Inkomstnivå och ekonomisk standard	42
Samband mellan hälsa och utbildningsnivåer	47
Arbetsskador.....	50
Miljöfaktorer	53
Fritidsliv.....	55
Levnadsvanor.....	57
Fysisk aktivitet	57
Matvanor	58
Övervikt och fetma	60
Tobak.....	62
Alkohol	63
Narkotika.....	65
Medarbetare	70
Referenser	71

Sammanfattning

Folkhälsan i Sverige utvecklas överlag positivt. Hälsan och förutsättningarna för att ha en god hälsa är dock inte jämnt fördelade, det finns skillnader mellan olika grupper i samhället och skillnaderna ökar dessutom för vissa indikatorer. När befolkningen t.ex. delas in efter utbildningsnivå är det i stort sett alltid de med lägst nivå som har sämst hälsa. Den sociala gradienten, mätt i utbildningsnivå, är alltså tydlig.

Hälsan i befolkningen

Rapporten visar att medellivslängden fortsätter att öka och att skillnaden mellan könen minskar. Det är nu större skillnad i medellivslängd mellan personer med låg respektive hög utbildningsnivå än vad det är mellan kvinnor och män.

Den psykiska ohälsan ökar bland yngre, samtidigt som den minskar för äldre. Självmodorden minskar något totalt, förutom för åldersgruppen 15–24 år.

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer minskar överlag, men skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper kvarstår. Personer med lägre utbildningsnivå löper större risk att såväl insjukna som dö i hjärt- kärlsjukdomar och cancer, jämfört med de med högre utbildningsnivå.

Det totala antalet rapporterade fall av anmälningspliktiga infektionssjukdomar har inte förändrats i någon större utsträckning under de senaste åren. Däremot har antalet anmälda fall av det antibiotikaresistenta smittämnet MRSA ökat med 30 procent sedan 2014 och under 2015 anmäldes drygt 3 800 fall. En bidragande orsak bedöms vara att fler människor på flykt sökt vård och att antalet provtagningar ökat. Antalet som blivit smittade i Sverige har däremot minskat under den senaste tioårsperioden.

Livsvillkor och levnadsförhållanden

Hälsan och skillnaderna i hälsa påverkas av människors livsvillkor och levnadsförhållanden. Inkomstspridningen fortsätter att öka och ökade skillnader mellan olika utbildningsgrupper ses också när det gäller ekonomisk standard. Lågutbildade kvinnor har en särskilt svag utveckling. Arbetslöshetstalen har under 2000-talet varit fluktuerande men stigande, för att efter 2011 stabiliserats. Senaste mätningarna visar sjunkande tendenser.

Utbildningsnivån i Sverige fortsätter att stiga. En allt större del av befolkningen har gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor har generellt en högre utbildningsnivå än män och könsskillnaden ökar. Det finns ett tydligt och generellt samband mellan högre utbildningsnivå och bättre hälsa.

Förekomsten av arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar är överlag minskande eller oförändrad.

När det gäller miljörelaterade hälsofaktorer är utvecklingen av luftkvaliteten till stor del positiv. Analyser av bl.a. bröstmjolk visar att förekomsten av organiska miljöföroreningar, såsom PCB, DDE (nedbrytningsprodukt av DDT), dioxiner och PBDE (bromerat flamskyddsmedel), minskar långsamt trots att användningen av dessa medel kraftigt begränsats.

Befolkningens utövande av friluftsliv är relativt konstant över tid förutom bland äldre där man ser en ökning. Även här finns det skillnader mellan olika grupper i befolkningen; yngre och utrikesfödda har en låg andel friluftsjaktiva jämfört med t.ex. medelålders.

Levnadsvanor

Utvecklingen av levnadsvanor under de senaste tio åren är överlag positiv. Dock finns det generellt stora skillnader utifrån socioekonomiska faktorer (mätt i utbildningsnivå), kön och ålder. I vissa fall ökar dessutom skillnaderna.

Andelen personer med en stillasittande fritid har varit oförändrad under den senaste tioårsperioden. Det gäller även andelen som äter lite frukt och grönt. Män äter mindre mängder frukt och grönt än kvinnor. Andelen personer med fetma (BMI överstigande 30) har ökat både bland kvinnor och män. Det har däremot inte skett någon förändring av andelen personer med övervikt (BMI mellan 25 och 30).

Såväl användning av tobak som konsumtion av alkohol minskar i befolkningen i stort och dessa trender har varit stabila under en följd av år.

Den narkotikarelaterade dödligheten ökade med 30 procent 2014, jämfört med året före. Delar av ökningen, som pågått under en längre period, kan förklaras av fler och förbättrade rättsmedicinska analyser och hur dödsorsaksintyg registreras och kodas, enligt analys gjord av Socialstyrelsen. Dödligheten ökar både bland män och bland kvinnor, men det största antalet narkotikarelaterade dödsfall finns bland män. Cannabisbruket i befolkningen har stigit något under den senaste tioårsperioden. Också antalet vårdade för narkotikarelaterade diagnoser fortsätter att öka.

Inledning

Folkhälsomyndigheten ska årligen till regeringen rapportera om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer (1). Tidigare år har myndigheten redovisat ”Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014” (2) och en sammanställning av svensk folkhälsa i en internationell jämförelse ”PM folkhälsa – ett faktaunderlag” (3). Den här rapporten ska främst ses som en uppdatering av årsrapporten från 2014.¹

Syfte och metod

Rapportens syfte är att ge en övergripande och aktuell bild av hur hälsan utvecklas i befolkningen och att beskriva utvecklingen för några viktiga bestämningsfaktorer för hälsa – faktorer som ger en bild av utvecklingen avseende livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Redovisningen sker på nationell nivå och målgrupperna är i första hand politiker och tjänstemän i regeringen, riksdagen och centrala myndigheter. Rapportens innehåll kan dock också vara intressant för andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Huvudsakliga datakällor är hälsodataregister vid Socialstyrelsen, utbildningsregistret vid Statistiska centralbyrån (SCB) och Folkhälsomyndighetens register över anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar. Självrapporterade hälsoutfall och levnadsvanor kommer från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) och enkäten Skolbarns hälsovanor (båda genomförs av Folkhälsomyndigheten). Företrädesvis redovisas data som ålderstandardiserade glidande treårsmedelvärden. Glidande treårsmedelvärden används för att få ett mer stabilt statistiskt underlag. Ålderstandardisering är en metod för att ta bort, eller kontrollera för, effekten av demografiska skillnader i åldersfördelningen mellan befolkningsgrupper över tid.

Utöver ovanstående källor har även andra data använts och bearbetats i rapporten, se källhänvisningar i samband med respektive redovisning. I möjligaste mån försöker rapporten belysa utvecklingen över tid och utifrån olika variabler såsom kön och åldersgrupper. För att få en indikation på socioekonomiska skillnader i hälsoutfall och bestämningsfaktorer redovisas utbildningsnivåer där det varit praktiskt möjligt utifrån högst nådd utbildning: förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial nivå. För några indikatorer har även andra variabler angivits, t.ex. utrikes respektive inrikes födda.

¹ Dåvarande Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen gav även gemensamt ut rapporterna Folkhälsan i Sverige 2013 respektive Folkhälsan i Sverige 2012.

Rapportens upplägg

Rapporten inleds med ett kapitel om den generella hälsoutvecklingen i landet, främst beskriven genom data om medellivslängd för olika grupper, psykisk ohälsa, dödlighet, dödsorsaker, sjukdomar och självskattad hälsa.

Därefter beskrivs utvecklingen av ett urval av bestämningsfaktorer som påverkar förutsättningarna för befolkningens hälsa. Rapportens andra kapitel belyser utvecklingen av livsvillkor och levnadsförhållanden, t.ex. ekonomisk standard, inkomstskillnader, utbildningsnivåer och miljörelaterade faktorer. Det tredje och avslutande kapitlet redovisar utvecklingen för ett antal levnadsvanor av betydelse för befolkningens hälsa, såsom kostvanor, fysisk aktivitet, tobaksanvändning och alkoholkonsumtion.

Hälsan i befolkningen

I det här kapitlet beskrivs folkhälsans utveckling på ett övergripande plan utifrån olika indikatorer såsom medellivslängd, insjuknandedata, dödlighet och dödsorsaker. Det går att mäta befolkningens hälsa – eller ohälsa – på olika sätt, t.ex. genom att analysera olika hälsoutfall från register, främst de hälsodataregister som administreras av Socialstyrelsen. Det går också att mäta hälsa genom att helt enkelt fråga människor hur de mår. Folkhälsomyndigheten undersöker regelbundet, via flera enkäter, hur människor upplever sin hälsa. De två största är nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) och Skolbarns hälsovanor. I det här kapitlet redovisas data från både register och enkäter.

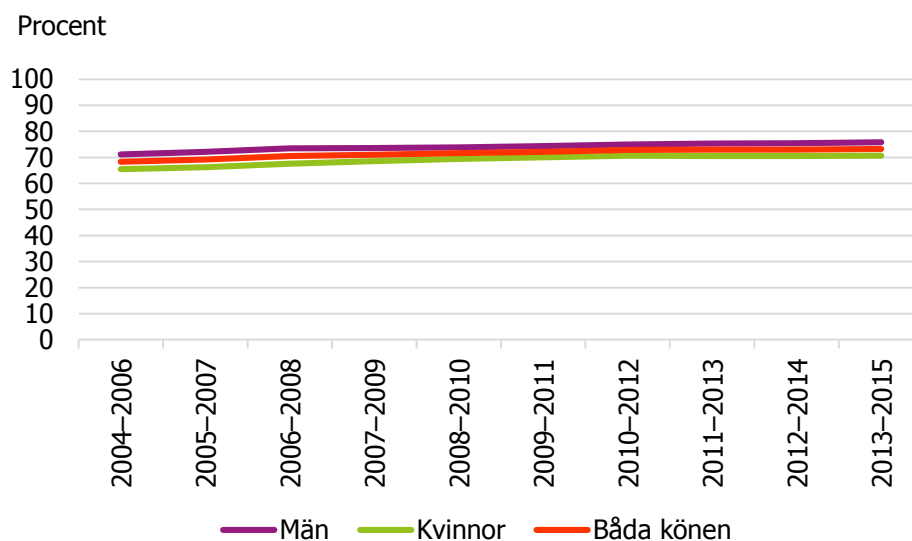
Under de senaste decennierna har hälsan i befolkningen som helhet förbättrats. Den ökade medellivslängden drivs främst av minskad dödlighet i medel- och pensionsåldern. En generellt ökad utbildningsnivå i befolkningen kan också spela en positiv roll för en förbättrad folkhälsa. Samtidigt har det skett en försämring av utvecklingen när det gäller den psykiska hälsan i vissa delar av befolkningen. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, i den här rapporten redovisad främst utifrån utbildningsnivåer, kvarstår och tenderar dessutom att öka inom en del områden.

Självskattat allmänt hälsotillstånd

Självskattat allmänt hälsotillstånd mäts på en femgradig skala som man enats kring inom EU (4, 5). I den här rapporten presenteras hur stor andel som svarat ”Mycket bra” eller ”Bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”.

Drygt 70 procent av befolkningen (16–84 år) uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Män anger bättre hälsa än kvinnor (figur 1) och en större andel individer med högre utbildningsnivå anger att de har god hälsa jämfört med dem med lägre (figur 3, 4).

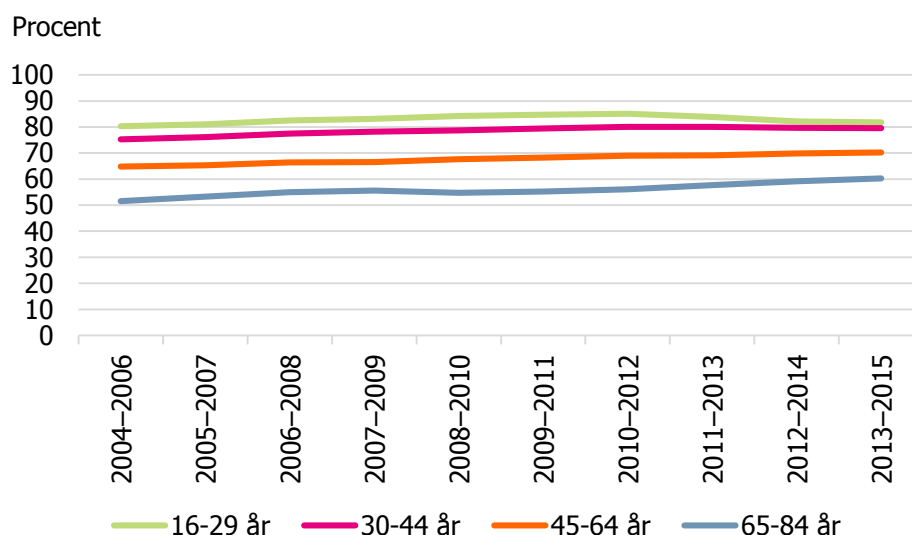
Figur 1. Andel i procent som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, år 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Över tid visar utvecklingen att alla åldersgrupper förutom den yngsta (16–29 år) anger att de har en något förbättrad hälsa, i synnerhet den äldsta åldersgruppen (65–84 år). Under hela perioden, 2004–2015, uppgav en större andel yngre att de har en god hälsa jämfört med äldre (figur 2).

Figur 2. Andel i procent som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, fördelat mellan olika åldersgrupper 16–84 år, båda könen. 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.

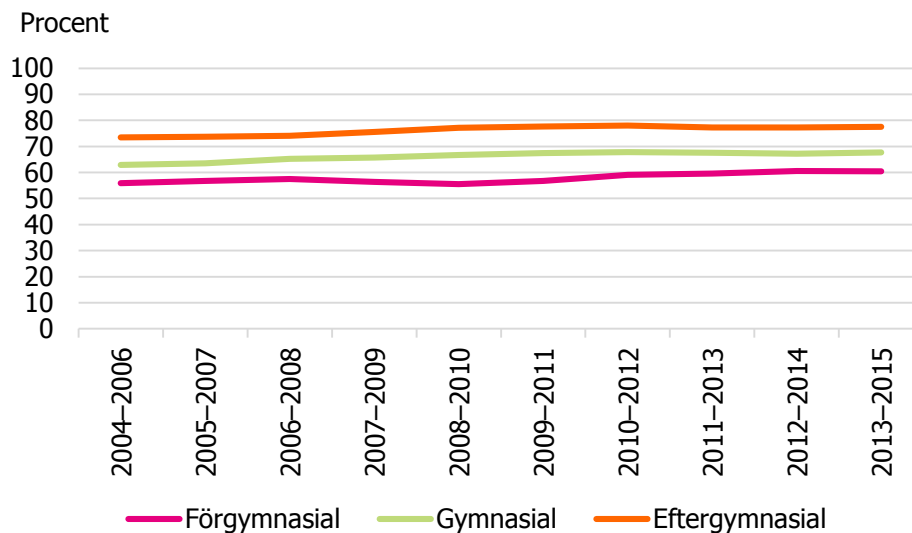


Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Även när det gäller självskattad hälsa utifrån olika utbildningsnivåer ses små förändringar och skillnaderna mellan grupperna är relativt stabila. Andelen bland män med låg utbildningsnivå som anger en god hälsa (64 procent) visar en svagt

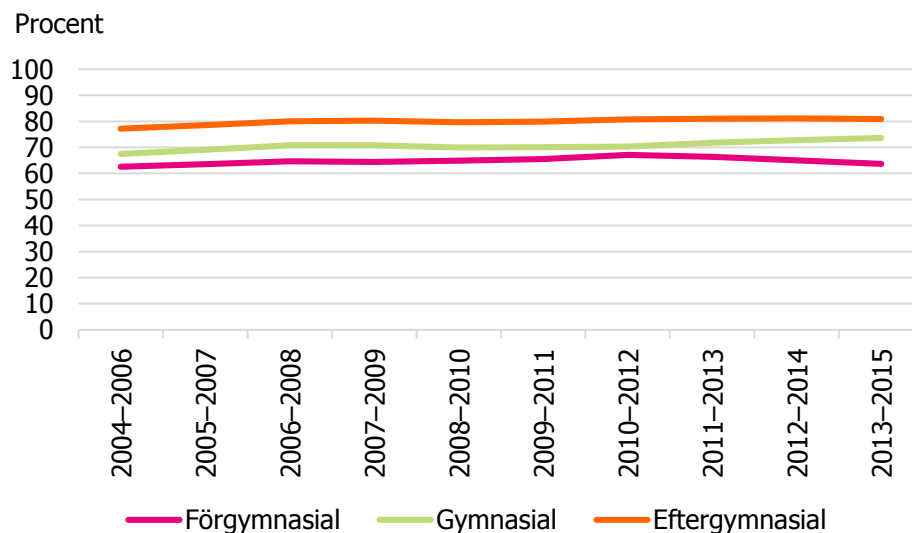
nedåtgående trend under de senaste åren och de närmar sig resultatet för kvinnor med låg utbildningsnivå (60 procent) (figur 3, 4).

Figur 3. Andel kvinnor i procent som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 30–74 år, fördelat utifrån utbildningsnivå, år 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Figur 4. Andel män i procent som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 30–74 år, fördelat utifrån utbildningsnivå, år 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Medellivslängd

Medellivslängden används ofta för att på ett övergripande sätt sammanfatta en befolknings hälsoläge. Måttet medellivslängd, eller återstående förväntad

medellivslängd vid födelsen, vilket är den fullständiga benämningen, sammanfattar dödlighet och överlevnad för alla åldrar samtidigt. Ett barn som dör får alltså större påverkan på medellivslängden än en äldre person.

I Sverige har medellivslängden aldrig tidigare varit så hög som i dag, vilket ligger i linje med den bild som gavs i förra avsnittet om självskattad hälsa. Ökningen i medellivslängd drivs sedan flera decennier av minskad dödlighet i medel- och pensionsåldern i stället för, så som tidigare i historien, minskad dödlighet bland barn.

År 2014 var medellivslängden 84,1 år för kvinnor och 80,4 år för män. Kvinnor lever längre, men under de senaste decennierna har könsskillnaderna minskat kraftigt eftersom mäns livslängd ökat snabbare än kvinnors. Fortfarande hör Sverige till de länder i världen där befolkningen lever längst, men utvecklingen mot längre livslängd har gått snabbare i flera andra länder. Inom medlemsländerna i Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) hade män i Sverige den sjätte längsta livslängden, och kvinnor hade den trettonde längsta år 2013 (6-10).

Skillnader i livslängd

Det finns skillnader i livslängd i befolkningen. Redan som barn är risken att dö högre bland dem vars mödrar har en låg utbildningsnivå, och chanserna att leva längre ökar ju längre utbildning modern har (2).

Vid 30 års ålder har de flesta uppnått sin egen slutliga utbildning. Då är den återstående medellivslängden för kvinnor 54,5 år och för män 51,2 år, vilket ger en könsskillnad på 3,4 år. Könsskillnaden är mindre mellan kvinnor och män med eftergymnasial utbildning – endast 2,8 år – än mellan kvinnor och män med lägre utbildningsnivå (11).

Skillnaderna i dödlighet är större mellan personer med olika utbildningsnivå än mellan könen. Vid 30 års ålder förväntas eftergymnasialt utbildade kvinnor ha 5,1 år längre tid kvar att leva än kvinnor med endast förgymnasial utbildning, och eftergymnasialt utbildade män förväntas leva 5,7 år längre än dem med förgymnasial utbildning (tabell 1).

Tabell 1. Skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder*

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter kön och utbildningsnivå 2014, samt könsskillnader och skillnader mellan förgymnasialt och eftergymnasialt utbildade.

	Kvinnor	Män	Skillnad kvinnor - män
Totalt riket	54,5	51,2	3,4
Förgymnasial	51,5	48,1	3,4
Gymnasial	54,5	51,2	3,4
Eftergymnasial	56,7	53,8	2,8
Skillnad eftergymnasial – förgymnasial	5,1	5,7	

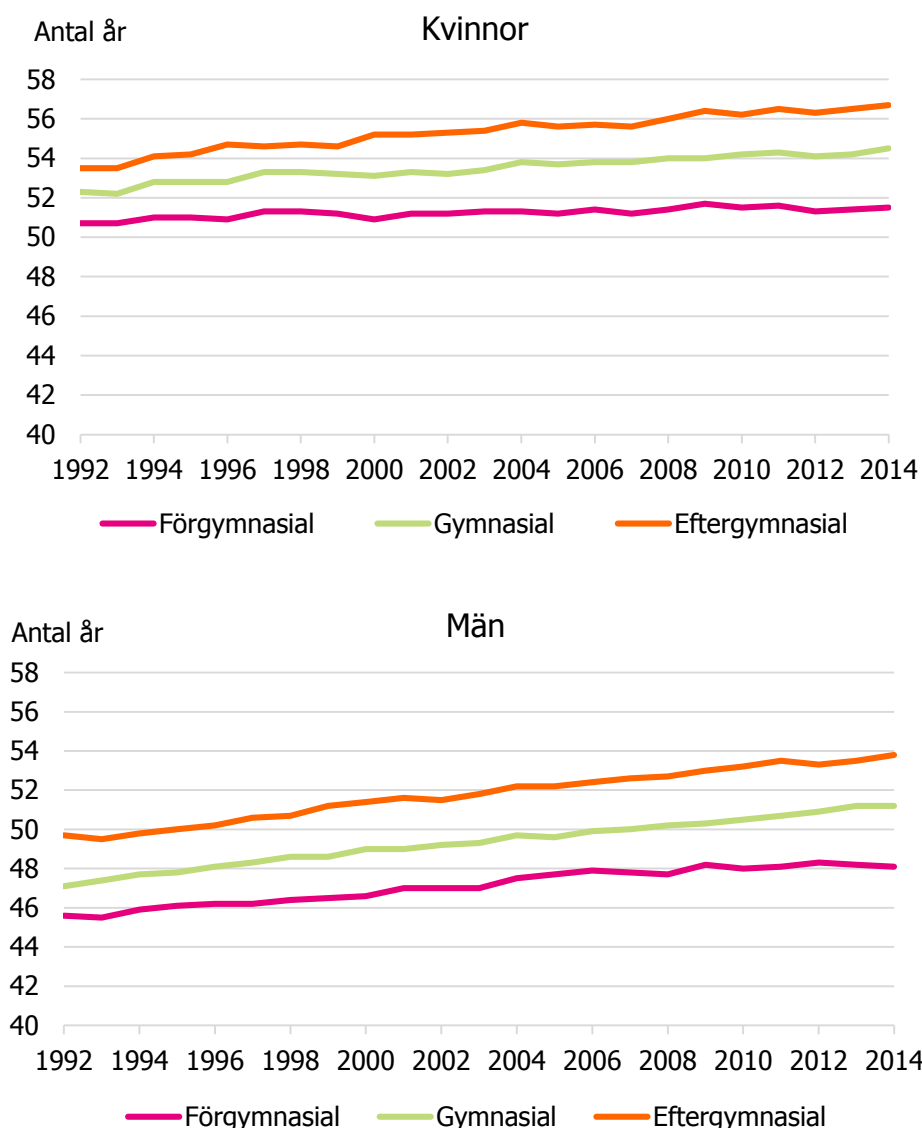
*I denna beräkning är utlandsfödda exkluderade på grund av metodproblem, bl.a. att uppgift om utbildning saknas för många utlandsfödda i SCB:s register.

Källa: SCB.

Skillnaderna i livslängd mellan grupper med olika utbildningsbakgrund har ökat under de senaste decennierna (figur 5, 6). Kvinnor med endast grundskoleutbildning har haft den minst gynnsamma utvecklingen och i den gruppen har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjugoårsperioden. Men även bland män med endast grundskoleutbildning har livslängden slutat öka under de senaste åren, medan ökningen fortsatt bland män med gymnasieutbildning och eftergymnasial utbildning.

De som endast har grundskoleutbildning utgör i dag en mindre grupp (cirka 20 procent) än för ett par decennier sedan (cirka 40 procent). Gruppen är i dag mer utsatt på arbetsmarknaden (12) och sannolikt även i andra sociala och ekonomiska avseenden. Under den senaste femårsperioden har livslängden inte ökat för varken kvinnor eller män med endast grundskoleutbildning, medan trenden med ökning av livslängden har fortsatt i grupper med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Mer detaljer om utvecklingen av befolkningens utbildningsnivåer finns i avsnittet om samband mellan utbildning och hälsa längre fram i denna rapport.

Figur 5 och 6. Utveckling av livslängden bland kvinnor och män i grupper med olika utbildning*.



*Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1994–2014. Utlandsfödda exkluderade på grund av metodproblem, bl.a. att uppgift om utbildning saknas för många utlandsfödda i SCB:s register.

Källa: SCB

Återstående medellivslängd vid 65 års ålder

Vid 65 års ålder var den återstående förväntade medellivslängden för kvinnor 21,5 år och för män 18,9 år (tabell 2), enligt data för 2014. Kvinnor med eftergymnasial utbildning förväntades ha 23,0 år kvar att leva jämfört med 20,7 år för dem med förgymnasial utbildning. Den återstående förväntade livslängden bland män var 20,4 år för de eftergymnasialt utbildade och 18,0 år bland dem med endast förgymnasial utbildning (13). I synnerhet skillnaderna i livslängd utifrån

utbildningsnivå, men även könsskillnaderna, är alltså mer påtagliga i yrkesverksamma åldrar än bland dem som uppnått pensionsåldern.

Tabell 2. Skillnader i återstående medellivslängd vid 65 års ålder*

Återstående medellivslängd vid 65 års ålder efter kön och utbildningsnivå 2014, samt könsskillnader och skillnader mellan förgymnasialt och eftergymnasialt utbildade.

	Kvinnor	Män	Skillnad kvinnor - män
Totalt riket	21,5	18,9	2,6
Förgymnasial	20,7	18,0	2,6
Gymnasial	21,7	19,2	2,5
Eftergymnasial	23,0	20,4	2,6
Skillnad eftergymnasial - förgymnasial	2,4	2,4	

*I denna beräkning är utlandsfödda exkluderade på grund av metodproblem, bl.a. att uppgift om utbildning saknas för många utlandsfödda i SCB:s register.

Källa: SCB.

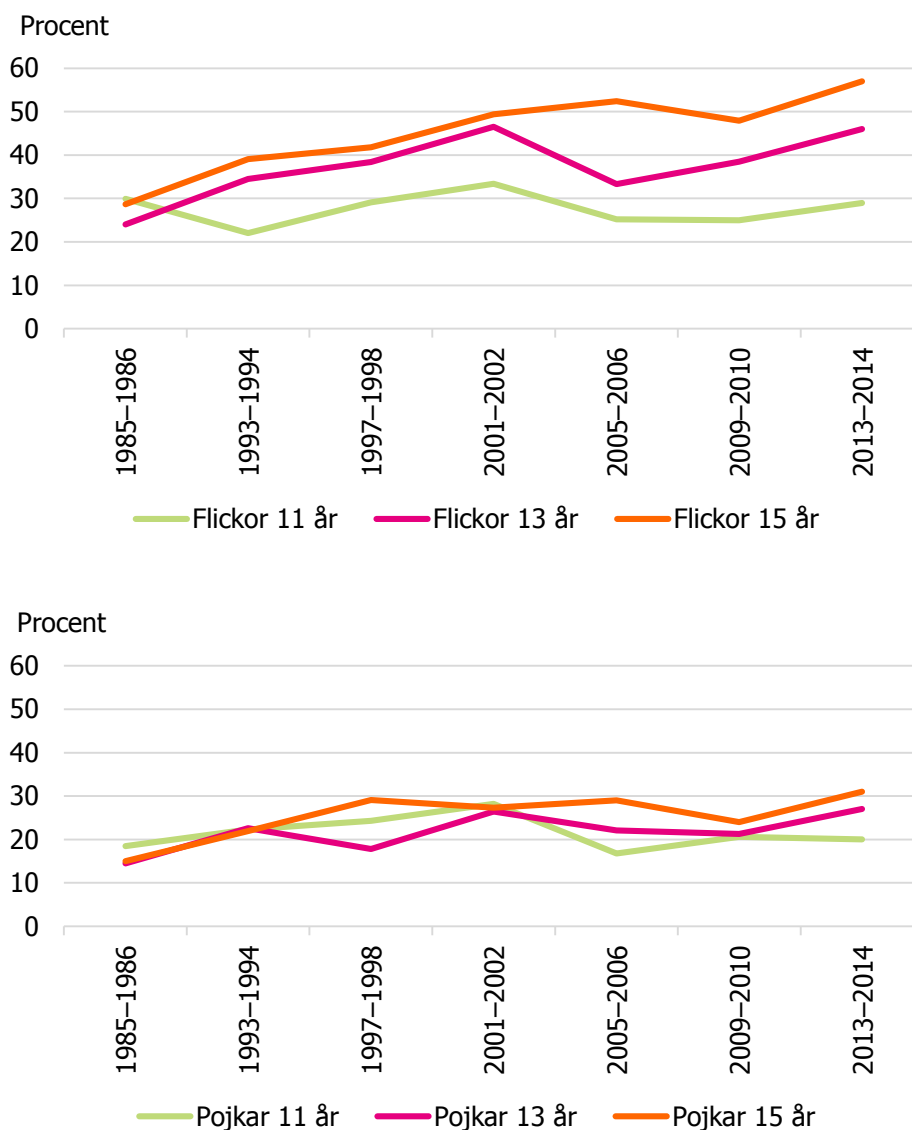
Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan ses som ”en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos” (14). I det här avsnittet redovisas därför flera mått som tillsammans syftar till att ge en bild av utvecklingen av den psykiska ohälsan i befolkningen.

Psykiska och somatiska besvär bland barn

I studien Skolbarns hälsovanor får ett nationellt urval av 11-, 13- och 15-åriga elever svara på hur ofta de har haft psykiska och somatiska besvär under de senaste sex månaderna. Sedan studien började 1985/86 har andelen 13- och 15-åringar som uppgett att de har haft minst två besvär mer än en gång i veckan gradvis ökat. Över hela perioden från 1985/86 till 2013/14 ses en fördubbling både bland flickor och bland pojkar i dessa åldrar (figur 7, 8). Bland 15-åriga pojkar har andelen med minst två besvär, mer än en gång per vecka, ökat från 15 till 31 procent och bland 15-åriga flickor från 29 till 57 procent. Bland 11-åringar har det däremot inte skett någon ökning.

Figur 7 och 8. Andel i procent som har uppgett att de har haft minst två somatiska* eller psykiska** besvär mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna. Pojkar och flickor i olika åldrar. År 1985/86–2013/14.



* Huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och känt mig yr.

** Känt mig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, känt mig nervös och haft svårt att somna.

Källa: Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten. Anm. Uppgifter för 1989/90 saknas.

Även Socialstyrelsen har visat att barns och ungdomars psykiska ohälsa har ökat under 1990- och 2000-talen (15). Allt fler ungdomar rapporterar psykiska besvär såsom oro eller ångslan, får psykiatrisk öppen- och slutenvård och förskrivs psykofarmaka. Det är framför allt depressioner och ångestsjukdomar som ökar.

Psykiska besvär bland vuxna

I den nationella folkhälsoenkäten får den vuxna befolkningen (16–84 år) svara på om de har haft besvär av ångslan, oro eller ångest. Bland kvinnorna var det 37

procent som rapporterade lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest år 2015 (tabell 3). Motsvarande siffra bland män var 24 procent. Bland både kvinnor och män är besvär av ängslan, oro eller ångest vanligare i den yngsta åldersgruppen, 16–29 år, jämfört med i de äldre åldersgrupperna. Även data från SCB:s Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF-undersökningar) från 2014 visar att besvär av ängslan, oro eller ångest är vanligare bland kvinnor än bland män liksom bland yngre jämfört med äldre (16).

Tabell 3. Besvär av ängslan, oro eller ångest bland kvinnor och män

Andel i procent som har rapporterat lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor och män i olika åldersgrupper. År 2015.

	Kvinnor	Män
16–29 år	51	32
30–44 år	36	25
45–64 år	31	23
65–84 år	32	16
16–84 år	37	24

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Besvär av ängslan, oror eller ångest är vanligare bland kvinnor som har förgymnasial utbildning, jämfört med kvinnor som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning (tabell 4). Detta mönster ses inte bland männen.

Tabell 4. Besvär av ängslan, oro eller ångest efter utbildningsnivå

Andel i procent som har rapporterat lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor och män 16–84 år. År 2015.

	Kvinnor	Män
Förgymnasial utbildning	44	25
Gymnasial utbildning	36	23
Eftergymnasial utbildning	33	23

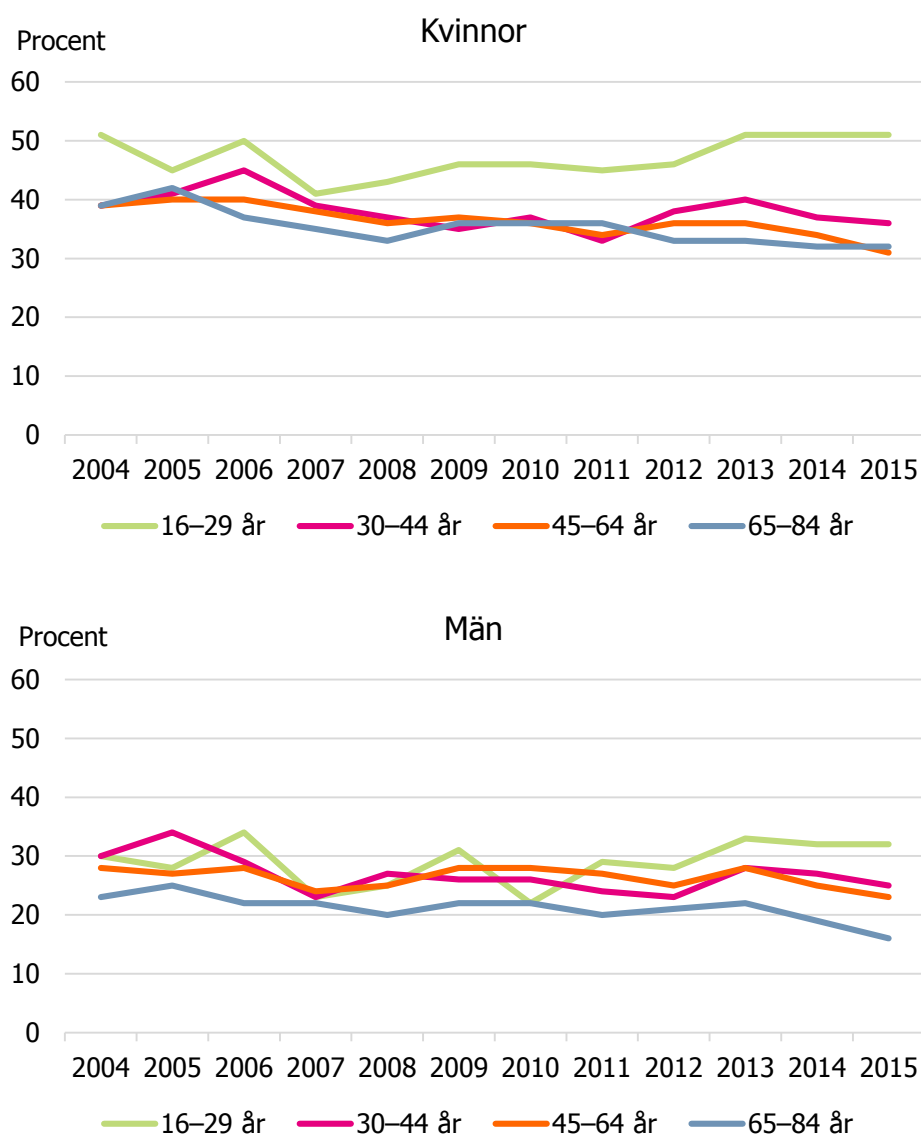
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Psykiska besvär i olika åldersgrupper över tid

Utvecklingen av andelen, i olika åldersgrupper, som har rapporterat lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest under det senaste decenniet visas i figurerna 9 och 10. Bland såväl kvinnor som män har andelen med besvär varit relativt oförändrad i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år. Däremot har andelen minskat bland kvinnor och män i åldersgrupperna 45–64 och 65–84 år.

Data från SCB:s ULF-undersökningar, som har genomförts sedan 1980-talets slut, visar att andelen i förvärvsarbetande ålder med besvär av ängslan, oro och ångest ökade under 1990-talet och har därefter planat ut. Bland personer över pensionsåldern har besvären däremot minskat sedan 1990-talet. Utvecklingen ses både bland män och bland kvinnor (2).

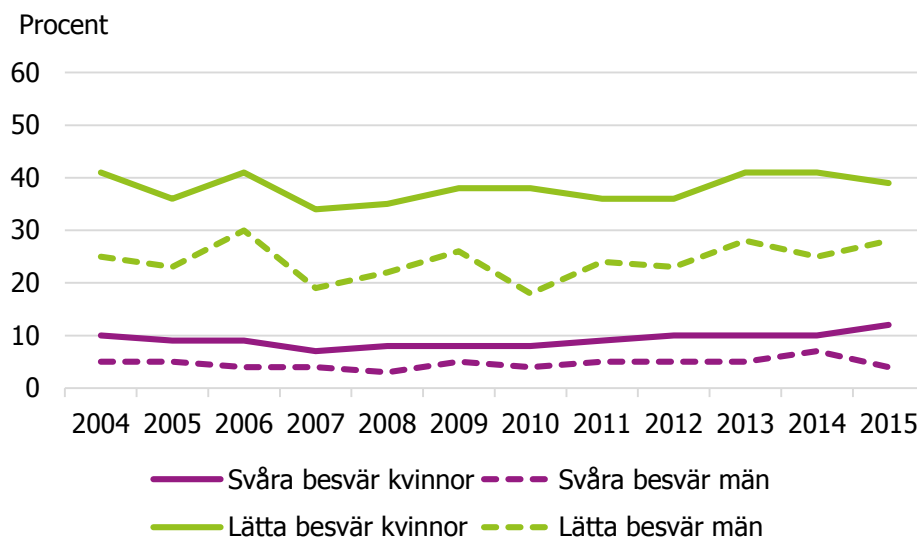
Figur 9 och 10. Andel i procent som har rapporterat lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor och män i olika åldersgrupper. År 2004–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Andelen unga kvinnor 16–29 år som upplever lätta respektive svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har varit relativt stabil under det senaste decenniet (figur 11). Bland unga män 16–29 år har andelen med lätta besvär av ängslan, oro eller ångest däremot varierat, medan andelen med svåra besvär varit oförändrad.

Figur 11. Andel i procent som har rapporterat lätta respektive svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor och män 16–29 år. År 2004–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Självskadebeteende

Självskadebeteende innebär att man medvetet skadar sin egen kropp. Avsikten kan vara att ta sitt eget liv, och i lindrigare fall kan självskadebeteendet upplevas som ångestlindrande eller vara ett rop på hjälp. Endast de allvarigaste fallen leder till sjukhusinläggning, och bland sjukhusinläggningarna är förgiftningar vanligast bland både kvinnor och män. Det är vanligare att kvinnor läggs in på sjukhus på grund av självskadebeteende, och det gäller alla åldersgrupper förutom bland de äldsta då inläggningar är vanligare bland män. Bland både kvinnor och män är sjukhusvård för självskadebeteende vanligast i åldern 15–24 år (tabell 5) och i den åldersgruppen är det mer än dubbelt så vanligt att kvinnor läggs in.

Tabell 5. Sjukhusvård på grund av självskadebeteende i olika åldersgrupper. Antal och antal per 100 000 vårdade i slutenvård till följd av självskadebeteende*.

Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2010–2014.

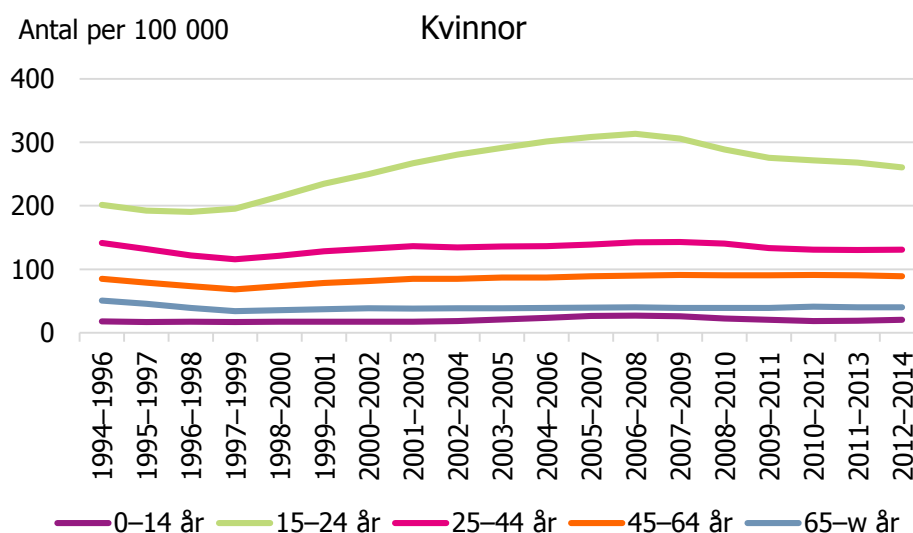
	Kvinnor		Män	
	Antal fall per år i genomsnitt	Antal fall per 100 000 invånare	Antal fall per år i genomsnitt	Antal fall per 100 000 invånare
0–14	156	20	27	3
15–24	1 582	264	703	111
25–44	1 579	131	1 138	91
45–64	1 080	90	855	70
65–74	199	39	169	35
75+	195	40	144	44
Totalt	4 790	584	3 035	353

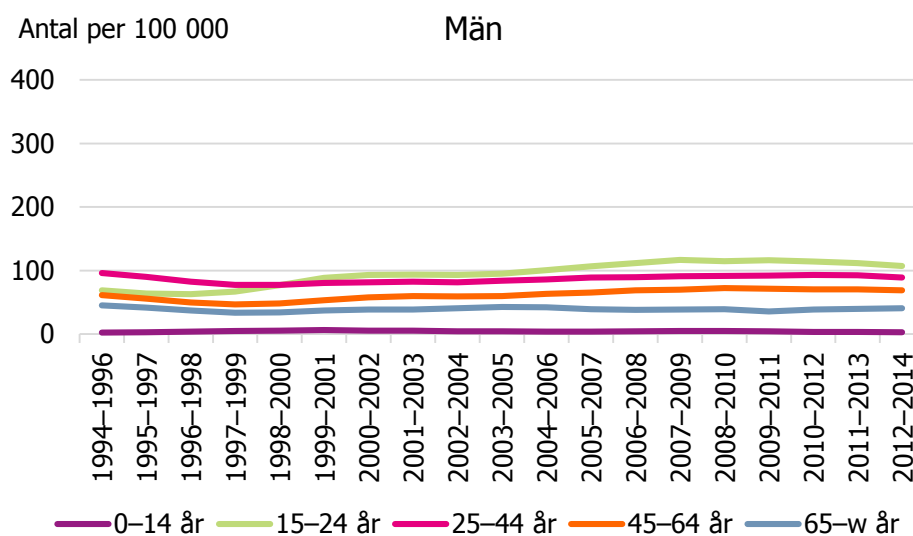
*Avsiktlig självdestruktiv handling (ICD-koder X60–X84)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bland kvinnor i åldersgruppen 15–24 år har sjukhusinläggningarna på grund av självskadebeteende ökat sedan början av 1990-talet för att nå en topp 2007 (figur 12). Därefter har en minskning skett, men inläggningarna ligger fortfarande kvar på en betydligt högre nivå än under 1990-talet. Trenden för kvinnor i övriga åldersgrupper har varit relativt stabil. Bland män hade gruppen 25–44 år den högsta andelen vårdade fram till 1999 (figur 13). Därefter har sjukhusinläggning varit vanligare i gruppen 15–24 år, och i den gruppen når sjukhusinläggningarna toppen 2008–2011 för att därefter minska något.

Figur 12 och 13. Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för självskadebeteende*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper (0–14, 15–24, 25–44, 45–64, 65+) perioden 1994–2014. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.





*Avsiktlig självdestruktiv handling (ICD-koder X60–X84). De relativa låga talen under 1997–1999 antas bero på det klassifikationsbyte i Patientregistret till ICD-10 som gjordes 1997. Klassifikationsbytet medförde ett stort antal bortfall i registreringen av yttre orsaker till skador och förgiftning. Bortfallet kan dock i huvudsak hänföras till ett antal landsting.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Själv mord

Själv mord är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligare bland äldre än bland yngre. Åren 2012–2014 begick i genomsnitt 353 kvinnor och 823 män självmord varje år (tabell 6). Bland kvinnor är självmord vanligast i åldersgruppen 45–64 år, och bland män är det vanligast i gruppen 65 år eller äldre (mätt i antal dödsfall per 100 000 personer i respektive ålderskategori).

Tabell 6. Själv mord i olika åldersgrupper

Antal och antal per 100 000 i hela riket som begått självmord*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2012–2014.

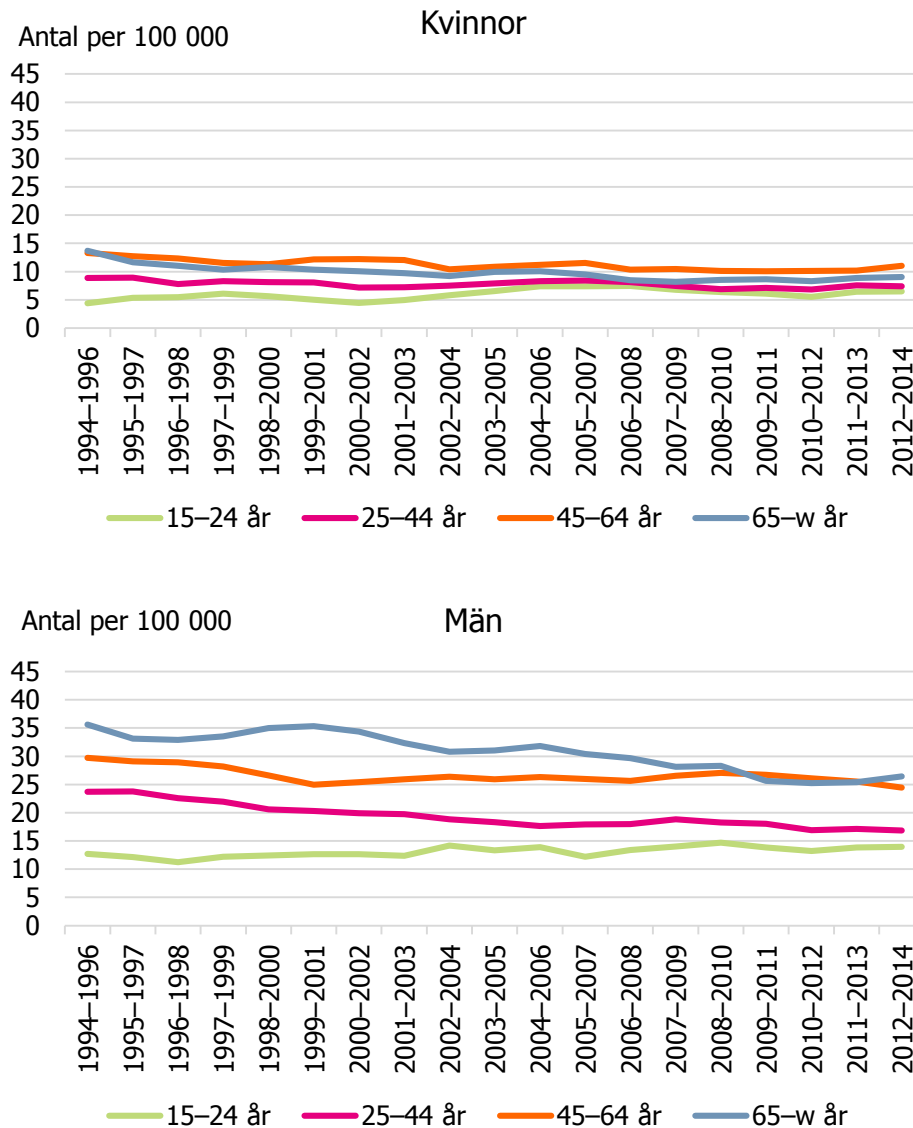
	Antal dödsfall		Antal dödsfall per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
15–24	39	90	7	14
25–44	89	213	7	17
45–64	133	298	11	24
65+	91	221	9	26
15–65+	353	823	9	21

*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–X84)

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sedan mitten av 1990-talet har självmorden minskat i alla åldersgrupper utom i gruppen 15–24 år, där självmord i stället blivit något vanligare (figurerna 14, 15). Själv morden har minskat snabbast bland de äldsta, särskilt bland männen, och skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat.

Figur 14 och 15. Antal personer per 100 000 invånare som har begått självmord*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper (15–24, 25–44, 45–64, 65+) under perioden 1994–2014. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.

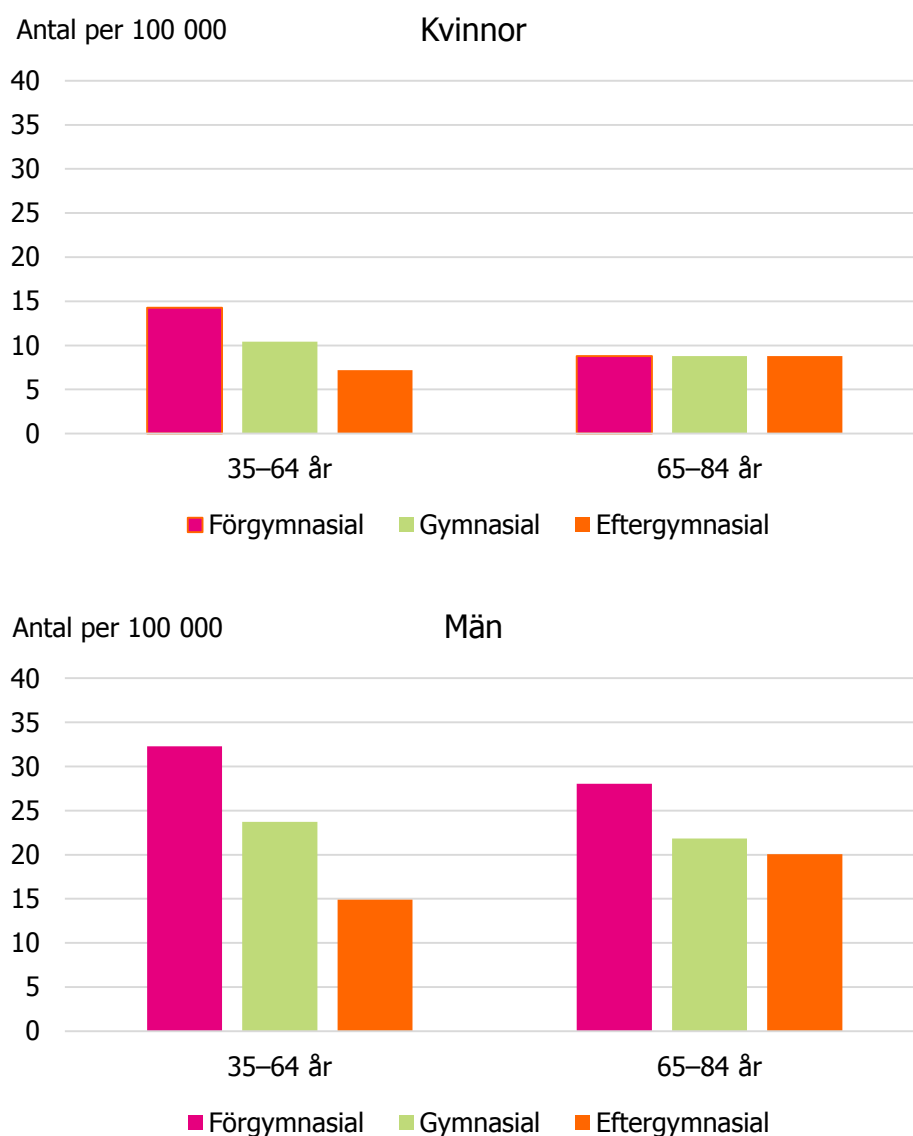


*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84)

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I förvärvsarbetande åldrar är självmord vanligast i gruppen med förgymnasial utbildning och minst vanlig bland de eftergymnasialt utbildade. I åldern 35–64 år förekommer självmord mer än dubbelt så ofta bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning (figurerna 16, 17). Bland de äldre männen, i åldern 65–84 år, är mönstret likartat även om skillnaderna är något mindre. För de äldre kvinnorna 65–84 år är det ingen skillnad i förekomst av självmord mellan de olika utbildningsnivåerna.

Figur 16 och 17. Själv mord* bland personer med förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning i åldersgrupperna 35–64 och 65–84 år. Kvinnor och män, antal per 100 000 invånare, genomsnitt för åren 2010–2014. Åldersstandardiserade tal.



*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84).
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

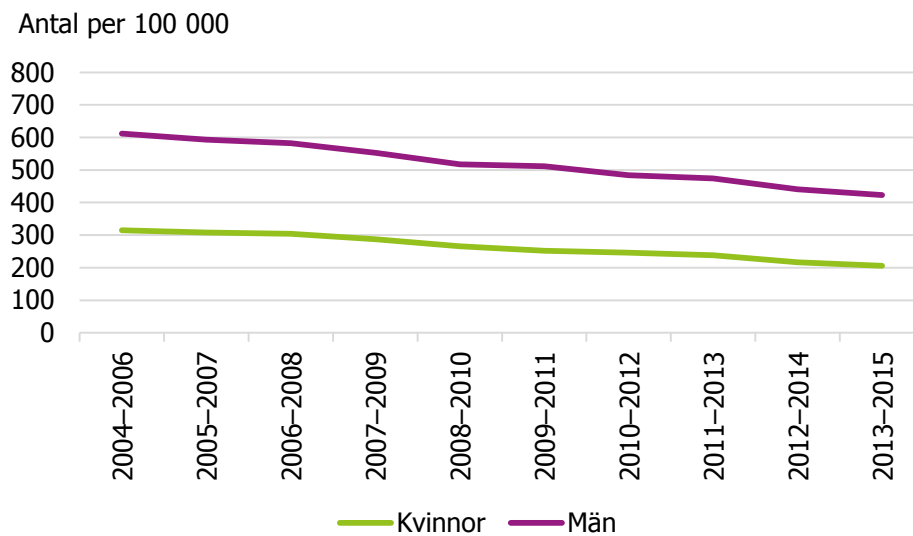
Sjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar

Under de senaste decennierna har dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat kraftigt, och såväl insjuknanden som dödsfall inträffar vid allt högre åldrar (2). Mer information om detta finns i avsnittet om dödlighet och dödsorsaker. Det är inte bara dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar som har minskat, utan också insjuknandet. Sjukvårdande insatser har stor betydelse för hur många som dör men det är andra faktorer som påverkar hur många som insjuknar, såväl aktiva insatser som andra bestämningsfaktorer. Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar påverkas

bl.a. av bestämningsfaktorerna arbetslöshet, stillasittande fritid, fetma och rökning som också redovisas i rapporten. Figur 18 visar utvecklingen av förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt sedan år 2005. För att se hur det sett ut tidigare år hänvisas till Folkhälsomyndighetens Årsrapport 2014 (2). Insjuknandena fortsätter minska, men fortfarande insjuknar män oftare.

Figur 18. Utvecklingen av förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt efter sju infarktfria år. Antal per 100 000, kvinnor och män 20 år och äldre, 2005–2014. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 7 visar hur många som insjuknat i en första hjärtinfarkt i olika åldersgrupper. Hjärtinfarkt är vanligare bland män än bland kvinnor, och män är också i genomsnitt yngre när de drabbas av en första hjärtinfarkt. Åren 2012–2014 var 65 procent av kvinnorna och 42 procent av männen 75 år eller äldre när de insjuknade i en första hjärtinfarkt.

Tabell 7. Insjuknade i hjärtinfarkt för första gången i olika åldersgrupper

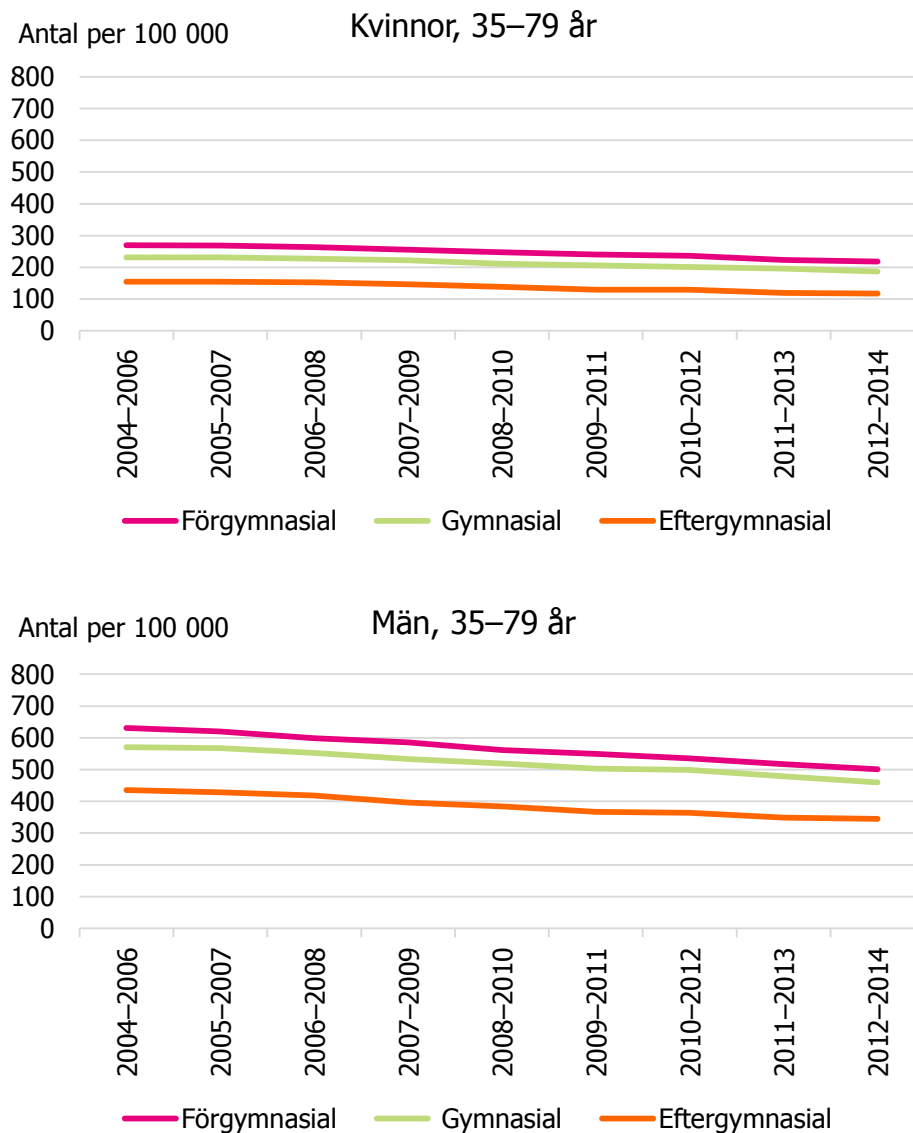
Antal och antal per 100 000 som insjuknade i hjärtinfarkt för första gången. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2012–2014.

	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20+	9 428	14 831	251,4	404,2
20–34	14	36	1,5	3,7
35–44	72	258	11,6	40,4
45–54	364	1 244	58,1	192,5
55–64	905	2 834	156,8	490,4
65–74	1 914	4 270	364,5	840,1
75–84	2 770	3 765	880,9	1 519,7
85+	3 391	2 425	2 015,6	2 817,8

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I alla åldrar är risken att insjukna i hjärtinfarkt högre bland dem med lägre utbildningsnivå, och dessa skillnader är tydligare i yngre åldersgrupper (2). Risken att insjukna minskade i alla utbildningsnivåer under tidsperioden 2004–2014 (figur 19, 20).

Figur 19 och 20. Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i hjärtinfarkt för kvinnor och män i åldrarna 35–79 år i olika utbildningsgrupper åren 2004–2014. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



*Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt efter sju infarktfria år.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Insjuknande i stroke

Stroke är ett samlingsnamn för dels hjärnblödningar och dels hjärninfarkter, så kallade ”blodproppar” i hjärnan. Risken för stroke ökar med stigande ålder. Av alla förstagångsinsjuknanden åren 2012–2014 inträffade 69 procent bland kvinnor och

50 procent bland män i åldern 75 år och äldre. Relaterat till befolkningens storlek är stroke vanligare bland män, men det faktiska antalet fall är lika stort bland kvinnor eftersom kvinnorna är fler i den äldsta delen av befolkningen. Tabell 8 visar insjuknandet i stroke i olika åldersgrupper.

Tabell 8. Insjuknade i stroke för första gången i olika åldersgrupper

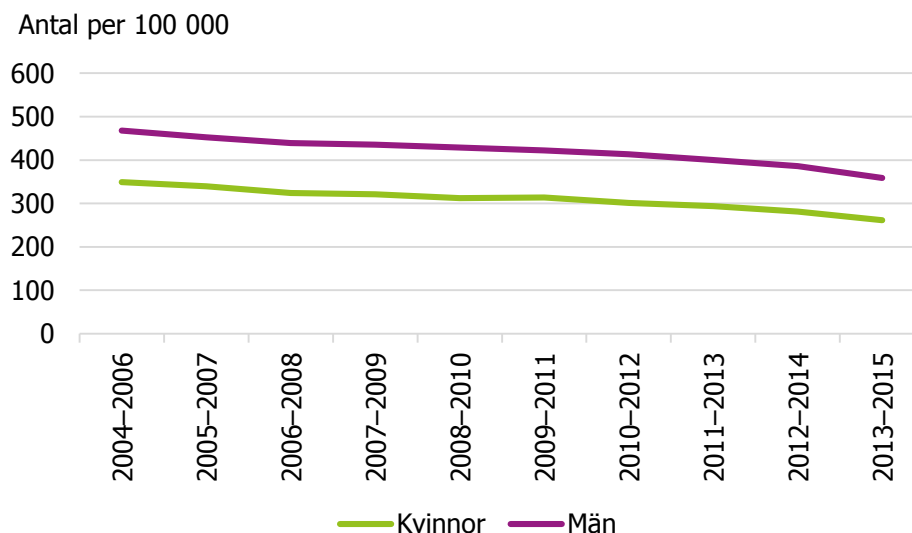
Antal och antal per 100 000 i hela riket som insjuknade i stroke för första gången. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2012–2014.

	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20+	12 024	12 414	320,6	338,3
20–34	82	93	8,9	9,6
35–44	147	204	23,8	32,0
45–54	417	702	66,5	108,7
55–64	923	1 749	160,0	302,6
65–74	2 193	3 413	417,8	671,5
75–84	3 696	3 772	1 175,4	1 522,6
85+	4 567	2 480	2 714,4	2 881,7

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Insjuknandet i stroke har fortsatt minska sedan 2005 (figur 21). För att se hur det sett ut tidigare år hänvisas till Folkhälsomyndighetens Årsrapport 2014 (2).

Figur 21. Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i stroke för kvinnor och män, 20 år och äldre, åren 2005–2015. Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



*Förstagångsinsjuknande i stroke efter sju strokefria år.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

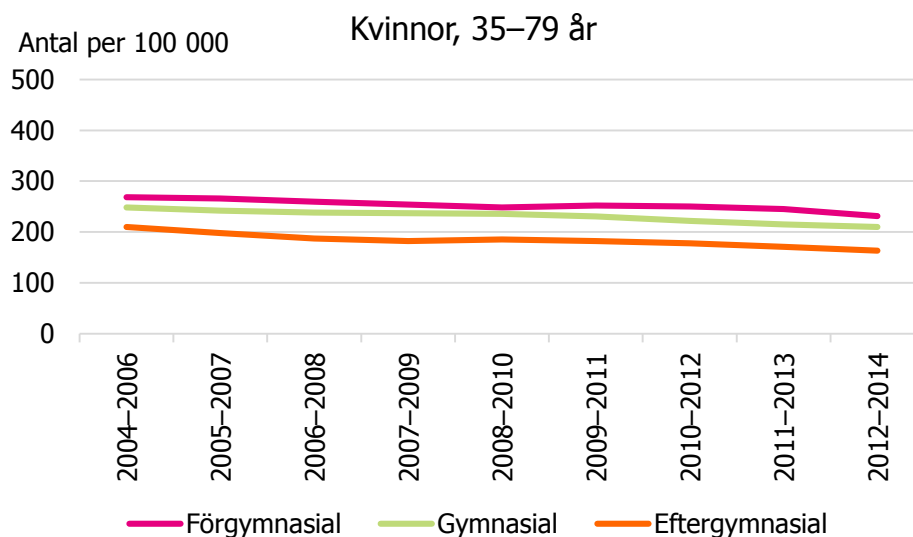
Liksom för hjärtinfarkt har insjuknandet i stroke inte utvecklats lika gynnsamt i yngre åldrar som bland de äldre (2). De allra flesta insjuknanden i stroke sker dock

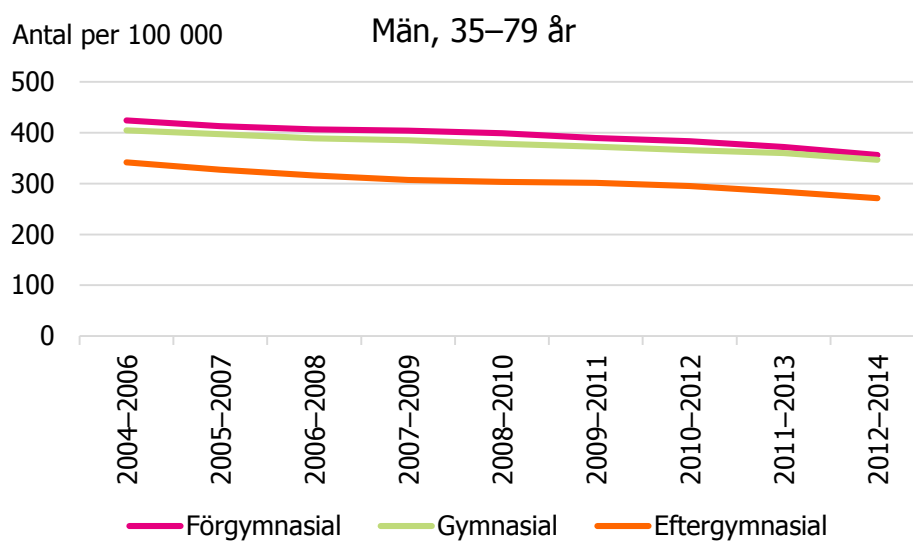
i äldre åldersgrupper och det är också bland de äldre som den snabbaste minskningen skett.

Hjärtinfarkt och stroke tillhör gruppen hjärt- och kärlsjukdomar och de har till stor del gemensamma riskfaktorer, såsom högt blodtryck och höga blodfetter. En riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom som ökat i befolkningen är övervikt; en annan viktig riskfaktor är rökning som har minskat. Både fetma och rökning har haft mindre gynnsam utveckling bland individer med låg utbildningsnivå (17). Det kan också finnas helt andra förklaringar till utvecklingen och det är inte klarlagt på individnivå vilka riskfaktorer de som insjuknat haft.

I alla åldrar är risken att insjukna i stroke högre bland dem med lägre utbildningsnivå, och dessa skillnader är tydligare i yngre åldersgrupper (2). Risken att insjukna minskade också i alla utbildningsnivåer under tidsperioden 2004–2014 (figur 22, 23).

Figur 22 och 23. Utvecklingen av förstagsångsinsjuknanden* i stroke för kvinnor och män, 20 år och äldre, åren 2005–2015. Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.





*Förstagångsinsjuknande i stroke efter sju strokefria år.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Cancer

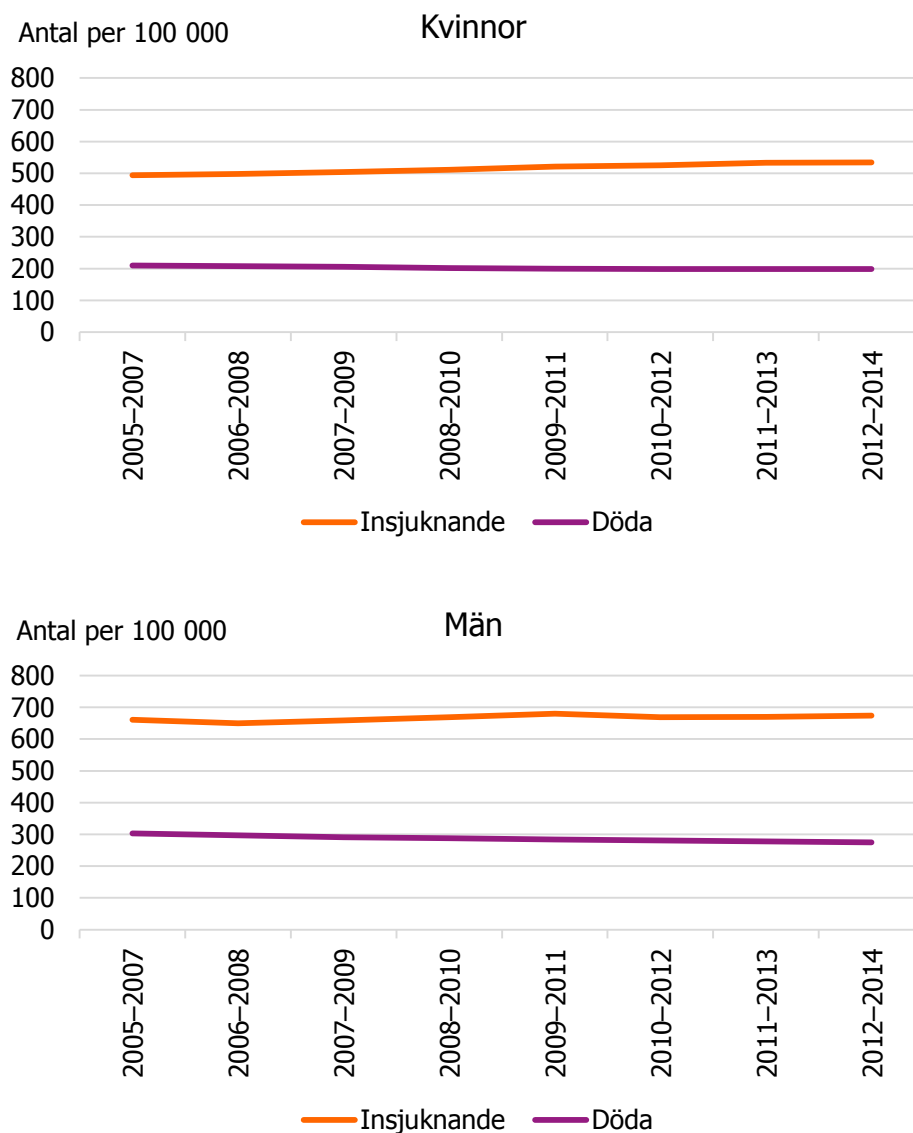
I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna minskat har cancer relativt sett fått större betydelse som dödsorsak. Uppskattningsvis kommer var tredje person att få en cancerdiagnos under sin livstid. Det är betydligt fler som insjuknar i cancer än som dör i cancer. År 2014 fick närmare 28 300 kvinnor och 32 100 män en cancerdiagnos i Sverige, och samma år dog strax över 11 000 kvinnor och 12 000 män i cancer. Risken för att dö i cancer ökar med stigande ålder (18, 19). Mer information om cancer finns i olika publikationer från Socialstyrelsen (19-21).

Dödligheten i cancer minskar något, trots att allt fler cancerdiagnoser ställs. Detta beror delvis på att cancerdiagnoser ställs i tidigare skede, vilket vanligen innebär en bättre prognos, men det beror också på att vården blivit allt bättre på att behandla cancer. Tidig diagnostik kan också innebära att man ibland diagnosticerar cancer som aldrig skulle ha hunnit ge upphov till något problem om den inte upptäckts. Det kan exempelvis gälla vissa former av prostatacancer som växer långsamt.

Trenden för insjuknande påverkas inte bara av tidig diagnostik utan också av förekomsten av olika riskfaktorer. De allra flesta fall av lungcancer beror på rökning och speglar rökvanorna för två till tre decennier sedan (22). Rökning påverkar dock inte bara lungcancer utan ökar risken för de flesta cancerformer. Matvanor har också betydelse, liksom fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion.

Solens ultravioletta strålning är vidare en välkänd riskfaktor för malignt melanom. Figur 24 och 25 visar insjuknande och dödlighet för all cancer² sammantaget.

Figur 24 och 25. Utvecklingen av insjuknande och död i cancer åren 2005–2015. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk att såväl insjukna som att dö i cancer jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning (tabell 9). När det gäller män ställs färre cancerdiagnoser bland dem med lägst utbildningsnivå, men dödligheten är ändå högst i denna grupp.

²Siffrorna kan skilja sig något från de siffror som publicerades i Folkhälsomyndighetens Årsrapport 2014 (2) pga. att analysen till årets figurer bl.a. inte inkluderar ICD10-koderna D37–D48 då dessa redovisar tumörer med osäker eller okänd natur samt att man har haft något olika referenspopulation vid åldersstandardiseringen.

Tabell 9. Insjuknande och döda i cancer efter utbildningsnivå

Antal insjuknande och döda i cancer per 100 000 invånare. Kvinnor och män 35–84 år vid diagnos med förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. Genomsnitt för åren 2012–2014. Ålderstandardiserade tal.

Cancer totalt		Insjuknande per 100 000			Döda per 100 000		
Utbildningsnivå		Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial
Kvinnor		850,8	859,0	830,3	329,3	291,3	237,1
Män		1 033,6	1 046,2	1 057,9	409,0	353,5	292,8

Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Dödligheten bland kvinnor i bröstcancer är högst bland dem med eftergymnasial utbildning, medan de med förgymnasial utbildning har högst dödlighet i lungcancer (2). Vidare ser man att för män är dödligheten högre i lungcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer bland dem med förgymnasial utbildning. Den största skillnaden mellan utbildningsgrupper finns i lungcancerdödlighet, vilket gäller både kvinnor och män.

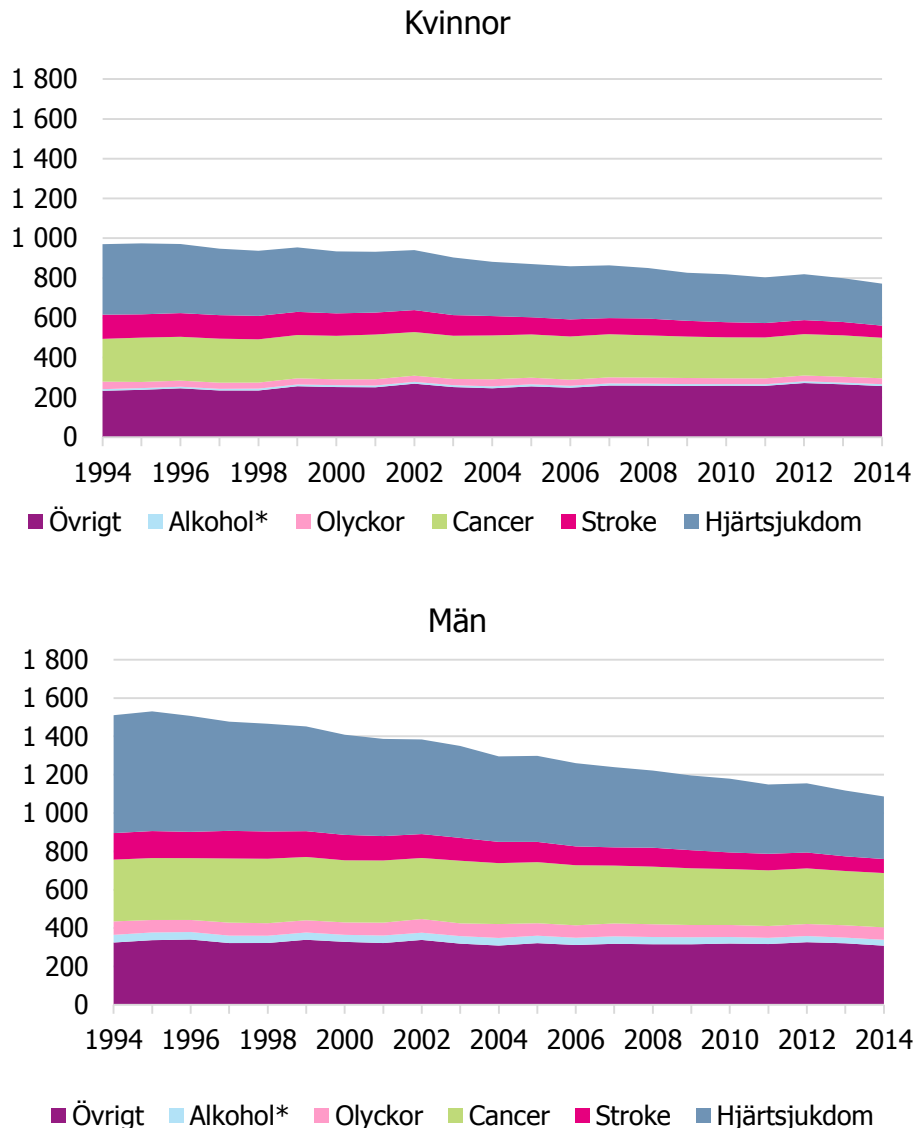
Dödlighet och dödsorsaker

Begreppet dödlighet används här synonymt med begreppet mortalitet, som syftar på antalet som dör under ett år relaterat till befolkningens storlek. År 2014 dog exempelvis 940 per 100 000 kvinnor och 897 per 100 000 män. Att fler kvinnor än män dog beror på att åldersfördelningen är olika mellan kvinnor och män. Det finns fler kvinnor bland de allra äldsta eftersom kvinnor lever längre än män, och risken att dö ökar förstas kraftigt med stigande ålder.

Olika orsaker till dödlighet

I Sverige är de vanligaste dödsorsakerna numera hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. I figurerna 26 och 27 visas hur dödligheten i befolkningen utvecklades under perioden 1994–2014, uppdelat på olika dödsorsaker. I beräkningen visas antalet döda per 100 000 i befolkningen, oavsett ålder. År 2014 var det 45 600 kvinnor som dog (940 per 100 000) och 43 400 män (897 per 100 000) (18).

Figur 26 och 27. Dödlighet i olika dödsorsaker*, kvinnor och män 1994–2014. Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män, alla åldrar, perioden 1994–2014. Åldersstandardiserade tal.



*Alkoholrelaterade orsaker definieras enligt Socialstyrelsens index (23). Dödsfall som beror på en organskada till följd av alkoholkonsumtion räknas här som alkoholrelaterade, exempelvis ett dödsfall i hjärtsjukdom till följd av alkoholkonsumtion.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, exempelvis hjärtinfarkt och stroke, har minskat kraftigt under den senaste tjugoårsperioden, vilket är den största enskilda orsaken till att medellivslängden i Sverige har ökat. Hjärt- och kärldödligheten har minskat snabbare bland män än bland kvinnor, vilket är den viktigaste förklaringen till att mäns livslängd ökar snabbare. Minskningarna har framför allt inträffat bland medelålders och äldre, alltså de åldrar då dessa sjukdomar är vanligast.

En viss minskning av dödligheten i cancer har också skett under den senaste tjugoårsperioden. Dödligheten i cancer är högre bland män än bland kvinnor. De

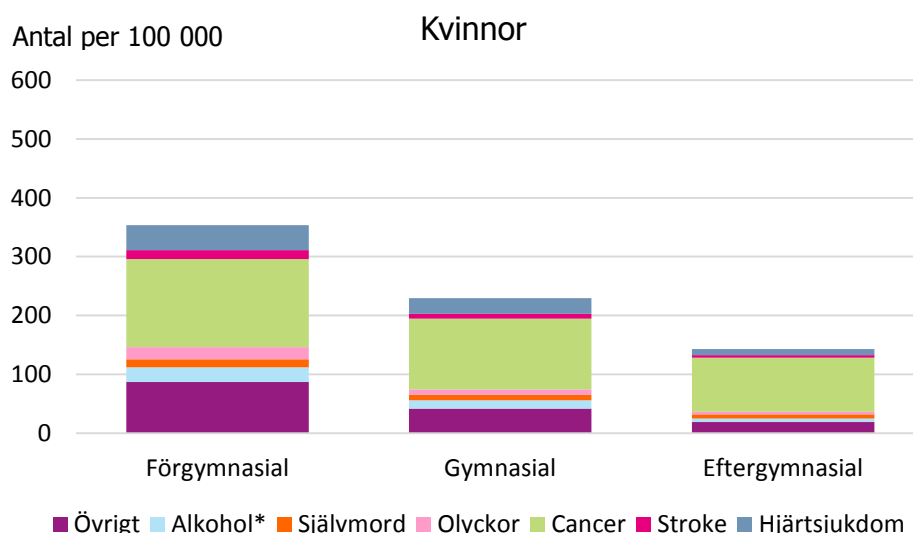
cancerformer som leder till flest dödsfall bland kvinnor är lungcancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer, och bland män är de prostatacancer, lungcancer och tjock- och ändtarmscancer. Före pensionsåldern är cancerdödligheten högre bland kvinnor än bland män. Det beror framför allt på att många kvinnor dör i könsspecifika cancerformer såsom bröst- och livmoderhalscancer redan i yrkesverksamma åldrar, medan dödligheten i prostatacancer stiger först vid betydligt högre åldrar.

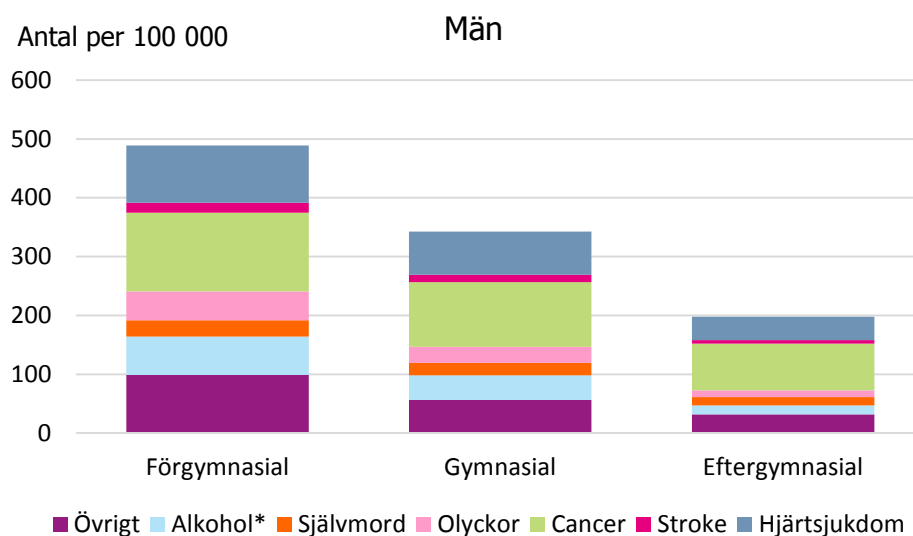
Även dödligheten i olyckor och alkoholrelaterade diagnoser har minskat något bland både kvinnor och män. Dessa dödsorsaker har större relativ betydelse i yngre åldersgrupper, då dödsfall i cancer och hjärtsjukdom är ovanligare. Eftersom dödsfall är vanligast bland de äldsta blir det dödligheten i den äldre delen av befolkningen som dominerar bilden av hur dödligheten utvecklas i hela befolkningen.

Dödlighet och utbildningsnivå

Dödligheten är högre bland dem med låg utbildningsnivå än bland dem som har en högre. Tydligast är denna skillnad i yrkesverksamma åldrar, då dödligheten är mer än dubbelt så hög bland personer med endast grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning (figur 28, 29). Här redovisas skillnaderna i åldersintervallet 35–64 år, då de flesta uppnått sin egen slutliga utbildning men ännu inte pensionsåldern. De dödsfall som inträffar i dessa åldrar kan anses som förtida i en svensk kontext, och de är därför särskilt angelägna att förebygga.

Figur 28 och 29. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i åldern 35–64 år
Döda i olika dödsorsaker* efter utbildning, genomsnitt för åren 2012–2014. Kvinnor och män i åldern 35–64 år, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal.





*Alkoholrelaterade orsaker definieras enligt Socialstyrelsens index (23). Dödsfall som beror på en organskada till följd av alkoholkonsumtion räknas här som alkoholrelaterade. Exempelvis ett dödsfall i hjärtsjukdom till följd av alkoholkonsumtion räknas endast i den senare gruppen.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Av figurerna framgår att alla stora dödsorsaker i befolkningen – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser – är vanligast bland dem med lägst utbildningsnivå och ovanligast bland dem med högst. Mäns dödlighet är generellt sett högre än kvinnors, men i den här åldersgruppen (35–64 år) är dödligheten bland kvinnor med förgymnasial utbildning betydligt högre än bland män med eftergymnasial utbildning.

Skillnaderna i dödlighet mellan grupperna med olika utbildningsbakgrund beror kvantitativt till största delen på de absoluta skillnaderna som finns i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom och cancer mellan grupperna, även om de relativa skillnaderna i dödlighet är större för olyckor och alkoholrelaterade diagnoser. Bland dem med lägre utbildning är det också fler som dör i självmord.

Dödlighet i cancer är vanligare hos kvinnor med lägre utbildningsnivå än hos dem med högre, och det är den viktigaste orsaken till skillnaden i dödlighet. Bland män finns också stora skillnader i cancerrelaterad dödlighet, men skillnaderna i dödlighet mellan dem med låg respektive hög utbildningsnivå orsakas i ännu högre grad av skillnader i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Även alkoholrelaterade diagnoser bidrar till en stor del av den totala skillnaden i dödlighet mellan för- och eftergymnasialt utbildade män.

Dödligheten i olyckor är mer fyra gånger högre i gruppen med endast grundskoleutbildning än bland de eftergymnasialt utbildade, och den har dessutom ökat under den senaste tjugoförårsperioden bland förgymnasialt utbildade kvinnor och män. Olycksdödligheten har ändå en kvantitativt mindre betydelse än hjärtsjukdom och cancer, och bland män alkoholrelaterade diagnoser, för att förklara skillnaderna i dödlighet i detta åldersspann.

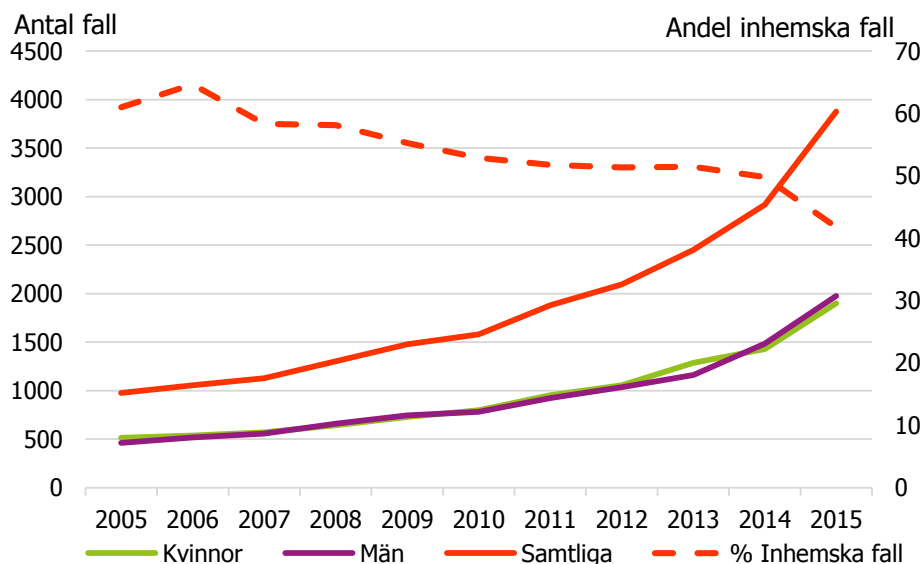
Infektionssjukdomar

Antibiotikaresistenta bakterier och antibiotikaanvändning

Situationen när det gäller antibiotikaresistenta bakterier är gynnsam i Sverige jämfört med andra länder, men trots detta ses en kontinuerlig ökning. Antalet anmälda fall av MRSA ökade med över 30 procent mellan 2014 och 2015, till 3 882 fall (figur 30). Den kraftiga ökningen beror på det ökande antalet asylsökande. De har en högre förekomst av MRSA och provtas också i högre grad än övrig befolkning för att de har fler kontakter med sjukvården, t.ex. beroende på skador.

Ökningen av fall med MRSA ses främst bland de yngre åldersgrupperna 0–14 år, 15–24 år och 25–44 år för både kvinnor och män. Även om antalet inhemska fall har ökat, från 595 fall år 2005 till 1 619 fall år 2015, har andelen inhemskt smittade personer minskat: från 61 procent till 42 procent under samma period.

Figur 30. Antal anmälda fall av MRSA bland kvinnor, män och samtliga i befolkningen samt andel inhemskt smittade fall 2005–2015.



Källa: SmiNet, Folkhälsomyndigheten

Det är särskilt allvarligt att det sker en tilltagande ökning av Enterobacteriaceae med ESBL_{CARBA}, en ytterst resistent och svårbehandlad bakterie. Till 15 december 2015 hade 106 fall anmälts mot totalt 47 fall 2014. Ett flertal smittspridningar förekommer dessutom varje år på sjukhus. I Sverige försäljs cirka 90 procent av all antibiotika på recept. Sedan mitten på 1990-talet har försäljningen minskat med mer än en tredjedel. Under 2015 fortsatte denna utveckling, och till och med november 2015 hade antibiotikaförsäljningen på recept minskat från 326 till 324 recept per 1 000 invånare och år, jämfört mot samma tolv månadersperiod föregående år. Skillnaden mellan landstingen och regionerna är dock fortfarande stor, från 354 recept per 1 000 invånare och år i Stockholm till 252 i Västerbotten, vilket talar för att det fortfarande finns en överanvändning av antibiotika.

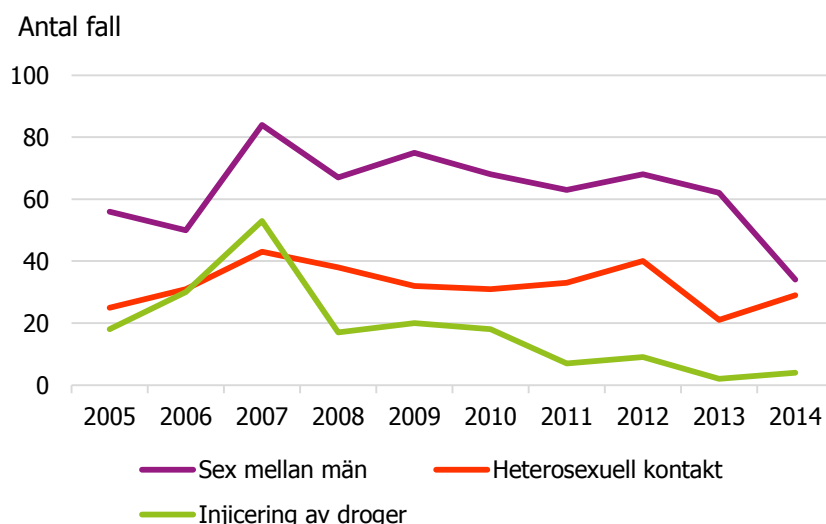
Blodburna och sexuellt överförda sjukdomar

Antalet rapporterade fall av hepatit C-infektion fortsätter att ligga på en hög nivå, med omkring 2 000 fall per år. Majoriteten har smittats i Sverige och injicering av droger är den vanligaste smittvägen. En minskning ses i åldrarna över 30 år, men inte bland ungdomar och unga vuxna i åldern 15–24 år, vilket indikerar att antalet personer som börjar injicera droger och därigenom utsätts för smittrisk inte minskar.

Efter flera års minskande trend ökade 2014 antalet fall av akut hepatit B-infektion, då 107 fall rapporterades i akut stadium. Tre olika utbrott av hepatit B identifierades under året med hjälp av genetisk typning, varav två var koncentrerade till personer som injicerar droger. En analys av utbrotten påvisar dels att det finns en bristande vaccinationstäckning i denna grupp, som omfattas av rekommendationen om riskgruppsvaccination, dels att lokala utbrott bland personer som injicerar droger snabbt kan få spridning till flera städer och län, särskilt i landsting och regioner som saknar sprututbytesverksamhet.

År 2014 rapporterades 473 fall av hivinfektion, vilket ligger i nivå med genomsnittet under den senaste femårsperioden. När det gäller antalet personer som smittats i Sverige har vi dock sett en minskande trend under samma period, och andelen inhemskt smittade fall har minskat från en fjärdedel till en sjundedel av samtliga fall (figur 31). År 2014 var minskningen av inhemska fall särskilt tydlig bland män som har sex med män, med en halvering av fallen jämfört med genomsnittet för femårsperioden. Den minskade förekomsten av inhemskt överförd hiv speglar troligen att en allt större andel (> 90 procent) av alla hivpatienter i Sverige nu står på effektiv antiviral behandling och därmed har en mycket låg risk att överföra hiv via sexuella kontakter.

Figur 31. Antalet rapporterade fall av hiv 2005–2014 som smittats i Sverige uppdelat på smittvägar.



Källa: SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Antalet klamydiafall har under de senaste fem åren stabiliserats på en jämn men hög nivå med omkring 36 000 rapporterade fall årligen. Klamydiainfektion är fortsatt vanligare bland kvinnor än bland män, en könsskillnad som delvis kan förklaras med att endast 30 procent av dem som testar sig är män, trots ökad tillgång till lättillgängliga hemtester för klamydia genom internet under senare år.

Gonorré ökade under 2014 med 20 procent till 1 336 fall, varav tre fjärdedelar av fallen rapporteras bland män. Ökningen fortsatte under 2015, till 1 677 anmälda fall (tabell 11), och beror framför allt på ökad inhemsk spridning bland män som har sex med män och på ökad provtagning. Under de senaste tio åren har gonorréincidensen i Sverige fördubblats och ligger nu på samma höga nivå som i slutet av 1980-talet, vilket är oroande med tanke på bakteriens ökande resistens mot antibiotika.

Syfilis har ökat under det senaste årtiondet och 2014 rapporterades 244 fall, med sex mellan män som den vanligaste smittvägen.

Luftburna sjukdomar

Influensasäsongen 2014–2015 var lång och intensiv. Äldre drabbades hårt och det fanns en viss överdödlighet i denna åldersgrupp. Totalt sett rapporterades fler influensafall under säsongen än tidigare säsonger (med undantag för pandemin 2009) och fler prov analyserades. Detta tyder på att fler, troligen främst äldre, sökte vård för influensa under säsongen, förmodligen på grund av att influensa A(H3N2) dominerade.

Säsongen för respiratory syncytial virus (RSV) 2014–2015 började tidigt och kännetecknades av en hög aktivitet under en lång period.

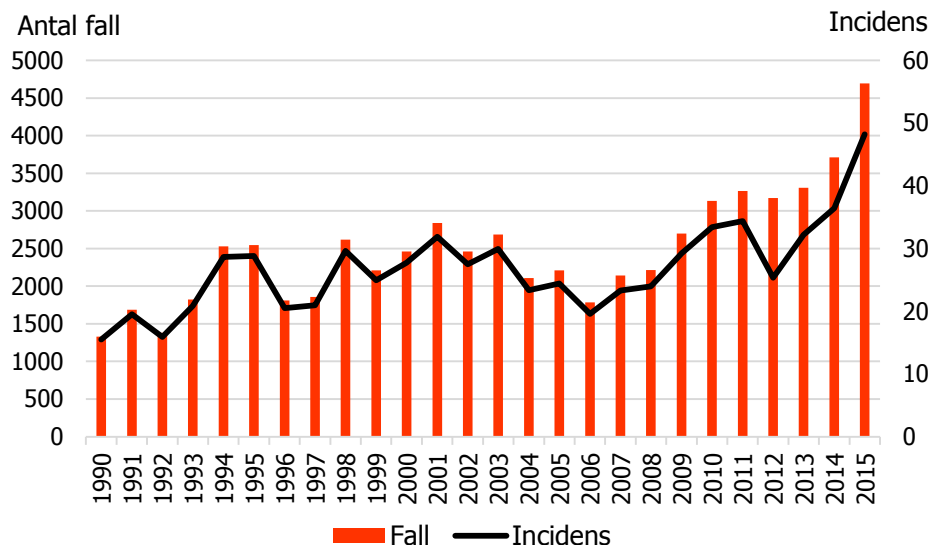
Vatten- och livsmedelsburna sjukdomar

Varje år insjuknar ett stort antal människor i magsjuka orsakad av olika smittämnen som sprids med vatten och livsmedel. Under 2015 kunde smittkällorna, som i många fall var importerade livsmedel, identifieras vid ett flertal större utbrott.

En ökande trend av listeriainfektion har konstaterats de senaste åren, både i Sverige och i Europa (24). Under 2014 kunde två listeriautbrott i Sverige kopplas ihop med en sannolik smittkälla (25).

I Sverige är campylobacterinfektion den anmälningspliktiga magtarminfektion som det rapporteras flest fall av och antalet fall har ökat under de senaste åren. År 2015 rapporterades det högsta antalet fall som smittats i Sverige någonsin (26) (figur 32). Jämfört med tidigare år sågs en stor ökning av inhemsk smitta under vintersäsongen 2014–2015. Under samma period sågs även en ökning av bakterien bland svenska slaktkycklingar. Tynningsanalyserna visade att majoriteten av människorna var smittade med samma bakteriestammar som cirkulerade bland kycklingflockarna. En liknande ökning av antalet rapporterade personer som smittats i Sverige konstaterades även ett år senare, under november–december 2015, och samtidigt har det återigen skett en ökning på kycklingsidan.

Figur 32. Antal fall samt incidens (fall per 100 000) av inhemsk campylobacter 1990–2015.



Källa: SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Norovirus, som orsakar vinterkräksjuka, förekommer ofta i samband med utbrott som är orsakade av frysta bär, företrädesvis frysta hallon. År 2015 kunde samma grupp av norovirus påvisas både hos de insjuknade och i hallonen. Sedan 2013 rekommenderar Livsmedelsverket att frysta hallon kokas före konsumtion (27).

Importerad, torkad kryddblandning orsakade under 2015 ett stort utbrott med salmonella där totalt 184 personer spridda över landet insjuknade. Samma variant av salmonella kunde påvisas både hos de insjuknade och i kryddblandningen.

Under hösten 2015 inträffade ett utbrott av shigellainfektion i Sverige. Smittspårningen visade att importerad färsk koriander var en trolig smittkälla.

Sjukdomar i vaccinationsprogrammet

Barnvaccinationsprogrammet i Sverige omfattar tio sjukdomar: difteri, stelkramp, kikhosta, polio, allvarlig sjukdom av *Haemophilus influenzae* typ b (Hib), allvarlig pneumokocksjukdom, mässling, röda hund och påssjuka samt för flickor även infektion med humant papillomvirus. Anslutningen till vaccinationsprogrammet är hög (tabell 10). Enligt 2014 års statistik var 82 procent av flickor födda 1999–2002 vaccinerade med minst en dos av HPV-vaccin (28-30).

Tabell 10. Vaccinationstäckning (procent) bland tvååringar 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Difteri	98,0	98,3	98,4	98,4	98,2
Stelkramp	98,0	98,3	98,4	98,4	98,2
Kikhosta	98,0	98,3	98,3	98,4	98,2
Polio	98	98,3	98,3	98,4	98,1
Hib	97,8	98,1	98,2	98,3	98,1
Pneumokocker*	-	-	97,5	97,6	97,5
MPR	96,5	96,4	97,2	97,4	97,3

Källa: Folkhälsomyndighetens webbplats (28).

*Pneumokockvaccination infördes 2009, data finns för 2012 och framåt.

Sjukdomarna i vaccinationsprogrammet fortsätter att vara under god kontroll med undantag av kikhosta. Antalet rapporterade fall av kikhosta ökade kraftigt under 2014 och var det högsta sedan 2007. Även om sjukdomsförekomsten minskade något under 2015 rapporterades ändå dubbelt så många fall jämfört med åren 2008–2013. Flest fall rapporterades bland spädbarn och främst bland barn under sex månader som inte hunnit få de två första vaccindoserna.

Under de senaste två åren rapporterades 26 respektive 22 fall av mässling. Enstaka mindre utbrott har inträffat med 2–4 fall. Majoriteten av de insjuknade var ovaccinerade. Tack vare den höga immuniteten i befolkningen och effektiva smittskyddsåtgärder blir det ingen större smittspridning i Sverige.

Andra smittsamma sjukdomar

Under 2015 lyckades man begränsa spridningen av ebola i Västafrika, och under höstmånaderna rapporterades endast ett fåtal fall från Sierra Leone, Liberia och Guinea, de länder som drabbades hårdast av utbrottet som startade i början av 2014. Enligt statistik från WHO hade sammanlagt 28 637 personer smittats under utbrottet fram till sista december 2015, och av dessa avled 11 314 personer (31). Inget fall av sjukdomen har rapporterats i Sverige.

Middle East Respiratory Syndrome (MERS), en luftvägsinfektion som för första gången infekterade människor i Saudiarabien 2012, har enligt statistik från WHO fram till sista december 2015 drabbat 1 625 personer av vilka 584 avlidit (32). Sjukdomen, som i Sverige är anmälnings- och smittspårningspliktig sedan 2015, har främst drabbat länder på Arabiska halvön och där särskilt Saudiarabien. I maj 2015 drabbades Sydkorea av ett utbrott av sjukdomen sedan en infekterad person återvänt efter resa till Arabiska halvön. När utbrottet stävjades i juli 2015 hade 186 personer smittats och av dessa avled 36 stycken. Utbrottet orsakade stora störningar i samhällets funktioner. Inget fall av MERS har rapporterats i Sverige.

Sedan 2014 har den myggburna virusinfektionen zika spridit sig i Central- och Sydamerikanska länder där sjukdomen tidigare inte påvisats. Zikavirusinfektion ger normalt relativt milda symtom i form av feber, hudutslag, ledvärk och

ögoninflammation. På grund av en nästan tiofaldigt ökad förekomst av mikrocefali (tillväxtstörning av hjärnan) i Brasilien finns misstankar om ett möjligt samband mellan zikavirusinfektion under graviditet och mikrocefali hos det nyfödda barnet. Även om sjukdomen smittar många personer i de drabbade länderna har hittills ingen omfattande spridning till resenärer rapporterats, så risken för dessa är liten enligt de data som hittills finns tillgängliga. Folkhälsomyndigheten påvisade inom ramen för sin diagnostiska verksamhet i juni 2015 zikavirus i prov från en hemvändande resenär efter en vistelse i Brasilien.

Under 2015 rapporterades 862 fall av den anmälningspliktiga bakteriella infektionen harpest (tularemi), vilket är det största antalet fall sedan 1960-talet. Tidigare toppnotering för sjukdomen under senare år var 2003 då nästan 700 fall rapporterades.

Tabell 11. Antalet anmälda fall av smittsamma sjukdomar* enligt smittskyddslagen. Totala antalet fall åren 2011–2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Klamydiainfektion	37 290	37 691	35 886	36 125	37 819
Enterobacteriaceae, ESBL-A / ESBL-M	5 666	7 225	8 131	8 902	9 584
Campylobacterinfektion	8 214	7 902	8 116	8 288	9 180
Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) (infektion med)	1 884	2 097	2 454	2 921	3 881
Hepatit B	1 446	1 558	1 793	2 044	2 391
Salmonellainfektion	2 885	2 917	2 838	2 213	2 298
Hepatit C	2 086	1 981	2 078	1 900	1 957
Gonorré	951	1 098	1 114	1 336	1 677
Den nya influensan A (H1N1)**	1 041	252	2 702	1 732	1 557*
Giardiainfektion	1 045	1 084	1 253	1 260	1 474
Pneumokockinfektion (invasiv infektion)	1 361	1 387	1 316	1 160	1 314
Viral meningoencefalit	934	860	972	905	881
Harpest (tularemi)	350	590	114	150	859
Tuberkulos	595	645	655	684	837
Kikhosta	177	289	237	703	603

*För information om de olika sjukdomarna hänvisas till Folkhälsomyndighetens webbplats www.folkhalsomyndigheten.se.

**Anmälningsplikten för den nya influensan A (H1N1) ersattes med anmälningsplikt för all influensa 1 december 2015.

Källa: SmiNet, Folkhälsomyndigheten

Livsvillkor och levnadsförhållanden

Sverige är i ett internationellt perspektiv ett relativt jämlikt samhälle, men ändå finns det tydliga sociala skillnader i hälsa. Hälsan och skillnaderna i hälsa påverkas av människors livsvillkor och levnadsförhållanden. Livsvillkoren omfattar sådana aspekter som berör det samhällssystem individen lever i och som ofta ligger utanför den enskilda individens omedelbara kontroll, exempelvis lagstiftning och välfärdssystem. Levnadsförhållanden beskriver förutsättningarna i den miljö som människor lever och verkar i och som är närmare individen, t.ex. boendemiljön, arbetsmiljön eller den psykosociala miljön. Levnadsförhållandena påverkas av livsvillkoren (33).

I följande kapitel redogörs för utvecklingen av ekonomisk standard, arbetsinkomster, arbetslöshet och utbildningsnivåer. I kapitlet presenteras även miljörelaterade faktorerens betydelse för hälsa, inklusive en redogörelse för olika gruppers friluftaktiviteter och data om arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar.

Inkomstnivå och ekonomisk standard

Inkomstnivå och ekonomisk standard påverkar påtagligt förutsättningarna för en god hälsa, och välbeställda individer är friskare och lever längre än de med knappa ekonomiska resurser. Även om det finns ett omvänt orsakssamband, där ett sämre hälsotillstånd kan leda till en sämre ekonomi (34), har inkomst också en direkt effekt på ohälsa och dödlighet. Att leva under knapphändiga materiella förhållanden, med ekonomisk stress och bristande kontroll över livssituationen, har negativa hälsoeffekter oavsett faktorer såsom yrke och utbildningsnivå (35-37).

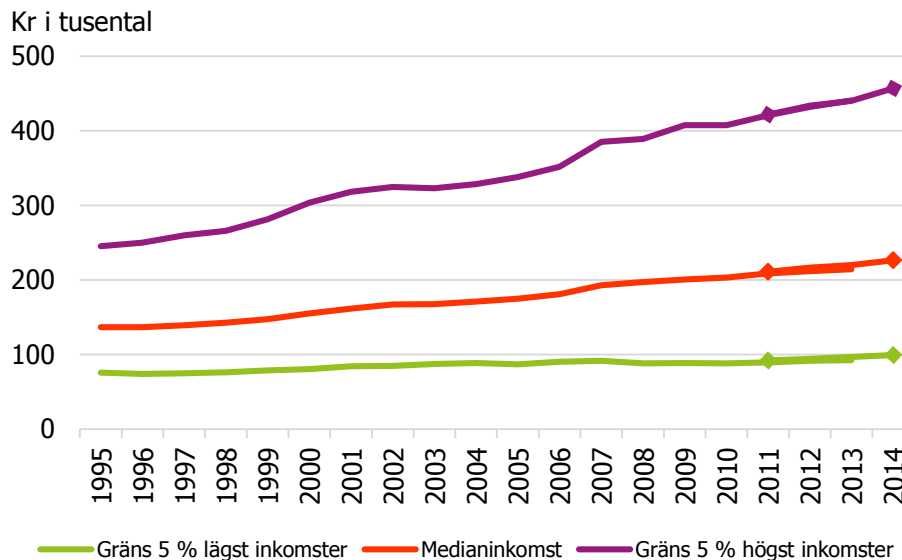
Disponibel inkomst

I Sverige fortsätter den ekonomiska standarden att förbättras. Vi använder här disponibel inkomst³ för att illustrera individens ekonomiska standard och utrymme för konsumtion och sparande, med hänsyn tagen till familjestorlek. Figur 33 visar att den disponibla medianinkomsten steg med 32 procent under tioårsperioden 2004–2014, räknat i fasta priser. Samtidigt fortsätter inkomstskillnaderna att öka. Den undre inkomstgränsen för de fem procent av befolkningen med högst disponibla inkomster ökade under samma period med 39 procent, samtidigt som den övre inkomstgränsen för de fem procent med lägst disponibla inkomster ökade med 12 procent. Inkomstnivån för den lägsta inkomstklassen är 43 procent av medianen jämfört med 52 procent för tio år sedan, vilket i den ekonomiska litteraturen benämns som ”a drop to the bottom” (38). Tendensen har dock planat ut och efter 2010 ses ingen ytterligare ökning av avståndet. Att leva med en

³ Ekonomisk standard mäts här som konsumentprisindex-justerade (KPI) disponibla inkomster per konsumtionsenhet, exklusive kapitalvinster. Disponibel inkomst beräknas som summan av alla skattepliktiga inkomster (löner, inkomst från näringsverksamhet och bidrag) och skattefria bidrag, minus skatt och övriga negativa transfereringar. I disponibel inkomst ingår samtliga hushållets inkomster, även barnens.

ekonomisk standard som är under 60 procent av medianvärdet för samtliga klassas som att leva i relativ fattigdom med ökad risk för marginalisering och ohälsa (39, 40). År 2014 var denna grupp 13 procent av befolkningen, vilket kan jämföras med 8 procent år 2004.

Figur 33. Utveckling av ekonomisk standard och inkomstspredning perioden 1995–2014*.

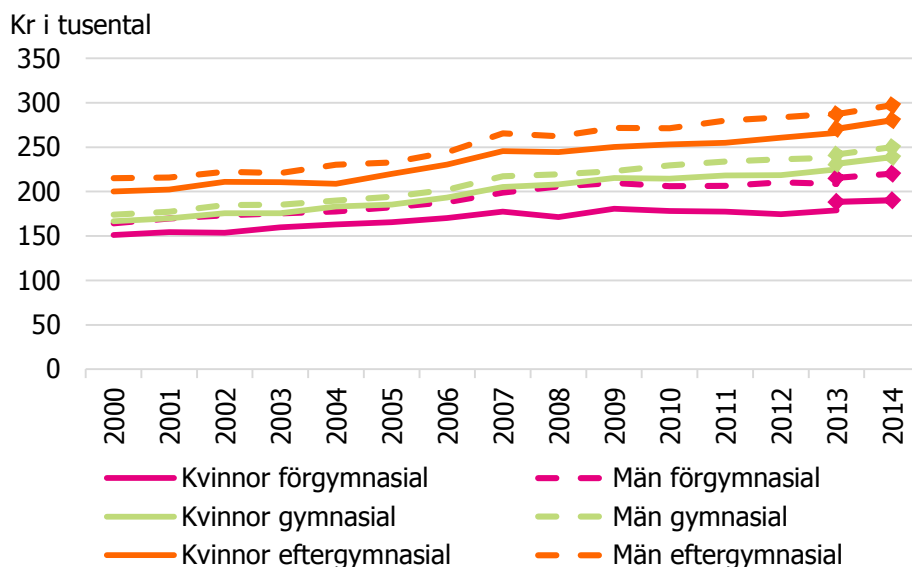


*Utvecklingen av disponibel inkomst efter hänsyn tagits till familjestorlek, räknat i fasta priser. Kapitalvinster ej medräknat. Figuren visar övre inkomstgränsen för de 5 procent i befolkningen som har lägst disponibel inkomst, medianinkomsten och nedre inkomstgränsen för de 5 procent i befolkningen som har högst disponibel inkomst

Källa: 1995–2013 Hushållens ekonomi (HEK) och 2011–2014 totalräknad inkomstfördelningsstatistik (TRIF), SCB

Även mellan utbildningsgrupper ses ökade skillnader i ekonomisk standard, med systematiska skillnader mellan könen. Gruppen med grundskoleutbildning hade en svagare utveckling under tioårsperioden 2004–2014 med 14 procents ökning av medianinkomsten bland kvinnor och 19 procent bland män. Bland dem med eftergymnasial utbildning ökade medianinkomsten med 25 procent bland kvinnor och 22 procent bland män, vilket ökar skillnaden mellan grupperna med 19 procentenheter bland kvinnor och 5 bland män (se figur 34). Lågutbildade kvinnor har alltså en särskilt svag utveckling av den ekonomiska standarden. Samtidigt minskade gruppen grundskoleutbildade under perioden med 25 procent bland kvinnor och 17 procent bland män.

Figur 34. Utveckling av ekonomisk standard efter utbildning och kön*.



*Disponibel inkomst för befolkningen 30–64 år i köns- och utbildningsgrupper efter hänsyn tagits till familjestorlek, räknat i fasta priser. Perioden 2000–2014.

Källa: 1995–2013 Hushållens ekonomi (HEK), och 2013–2014 totalräknad inkomstfördelningsstatistik (TRIF), SCB

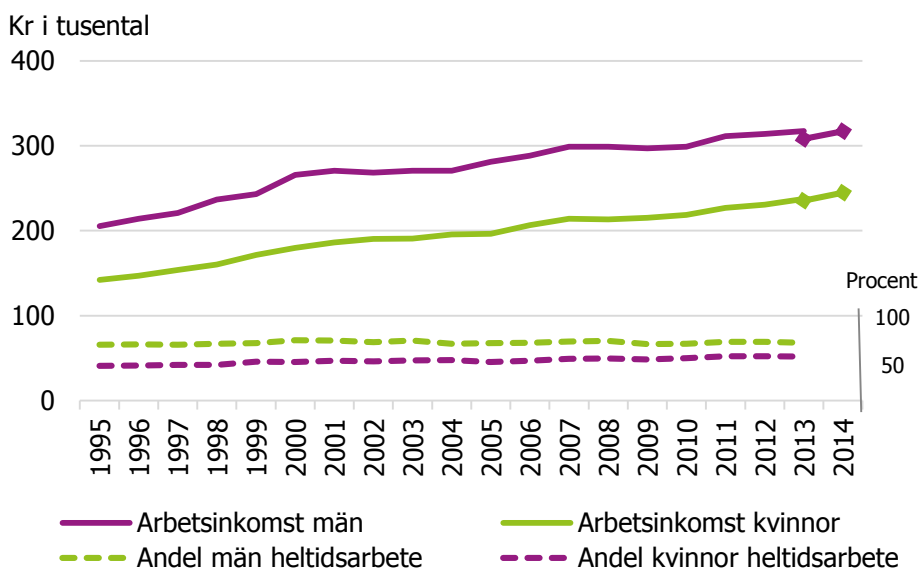
Arbetsinkomst

Kvinnor har i genomsnitt högre utbildning, men lägre lön, lägre totalinkomster och lägre pensioner än män (41, 42). Arbetsinkomst⁴ är ett mått på hur stor arbetsrelaterad inkomst en individ har under ett år. Arbetsinkomsten för den heltidsarbetande befolkningen 20–64 år ökade med 19 procent under perioden 2004–2013. Ökningen var 21 procent för kvinnor och 17 procent för män (se figur 35). Kvinnors arbetsinkomst år 2013 låg därmed på 74,7 procent av mäns inkomst. År 2004 låg andelen på 72,3 procent och skillnaden mellan kvinnors och mäns arbetsinkomster har således minskat med 2,4 procentenheter. Könsskillnaderna förklaras till största delen av skillnader i lön och av att kvinnors sjukfrånvaro och uttag av tillfällig föräldrapenning är högre. Även löneskillnaderna har dock minskat på grund av en minskande könssegregation på arbetsmarknaden samtidigt som kvinnors månadslöner ökat något mer än mäns (41).

Andelen kvinnor i heltidsarbete har ökat med 8 procent under perioden (se figur 35) men år 2014 arbetade fortfarande 30 procent av de sysselsatta kvinnorna deltid jämfört med 11 procent av männen.

⁴ Arbetsinkomst mäts som summan av löneinkomst, näringsinkomst, sjukpenning och föräldrapenning.

Figur 35. Arbetsinkomstutveckling och andel i heltidsarbete, kvinnor och män*.



*Utveckling av medelinkomst bland kvinnor och män 20–64 år, och andel i heltidsarbete. Perioden 1995–2013

Källa: Hushållens ekonomi (HEK), SCB

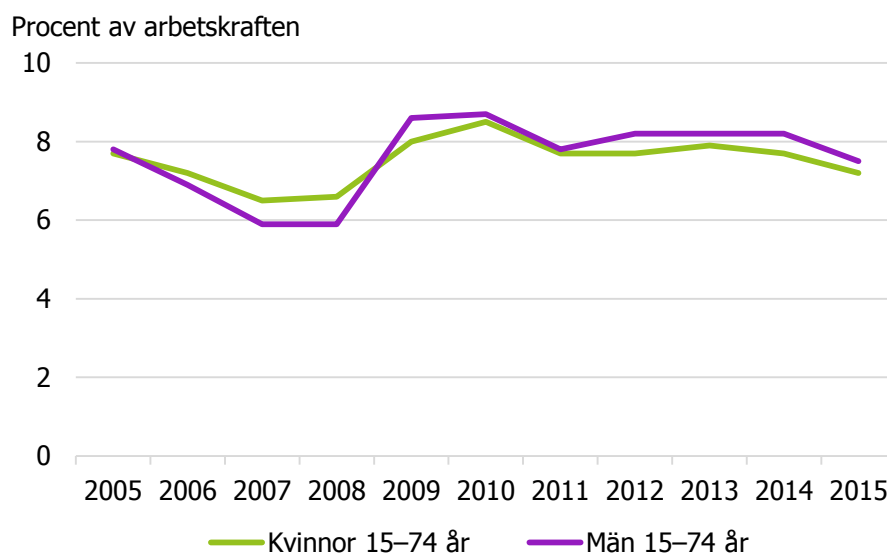
Arbetslöshet

Ohälsan är högre bland arbetslösa än bland människor som har arbete, men sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa är komplext. Det finns en hälsoselektion, där människor med någon form av ohälsa har svårare att få arbete, men arbetslöshet har också direkta negativa effekter på individens hälsa (43). Det finns studier som pekar på ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (44), psykisk ohälsa (45, 46) och alkoholrelaterad sjukhusinläggning (46–48). Arbetslöshet ökar också risken för ohälsosamma levnadsvanor, särskilt bland dem som redan är utsatta. Exempelvis kan överkonsumtion av alkohol leda till arbetslöshet, som i sin tur leder till svårare missbruk (48). Arbetslösa har också ökad risk att dö i förtid (49), bl.a. av alkoholrelaterade orsaker eller på grund av självmord (47, 50).

Arbetslöshetstalen har under 2000-talet varit fluktuerande men stigande, för att efter 2011 stabiliserats kring 8 procent. Senaste mätningarna visar sjunkande tendenser och 2015 var 7 procent av arbetskraften⁵ i arbetslöshet (figur 36). Utbildningsnivån påverkar risken för arbetslöshet och arbetslösheten är högst bland lågutbildade. År 2015 var 25 procent av kvinnorna och 17 procent av männen i gruppen med endast grundskoleutbildning arbetslösa. Arbetslösheten ökade dessutom mest i denna grupp under perioden 2005–2015 (figur 37).

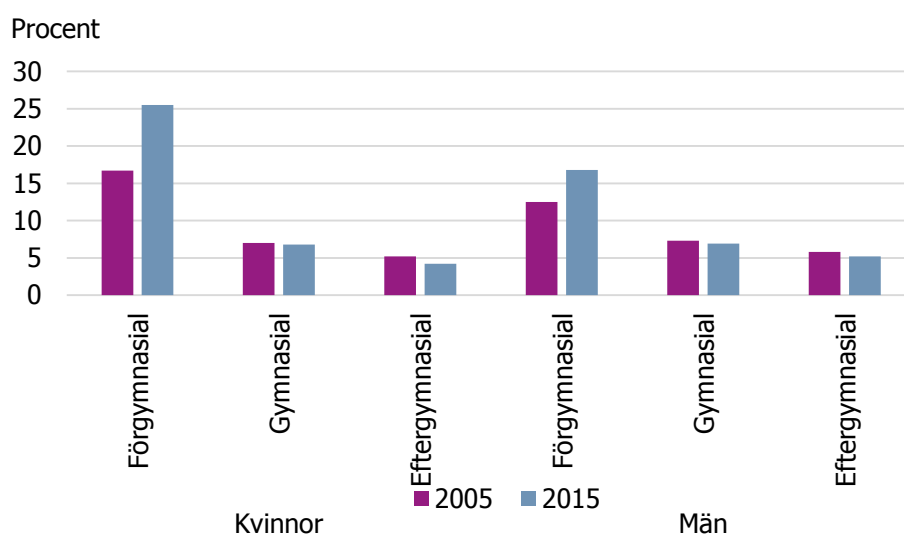
⁵ Till arbetskraften räknas alla 15–74 år som är sysselsatta eller arbetslösa, även heltidsstuderande som sökt arbete.

Figur 36. Arbetslöshet perioden 2005–2015. Andel arbetslösa av arbetskraften. Kvinnor och män 15–74 år.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Figur 37. Arbetslöshet efter utbildning. Andel arbetslösa av arbetskraften efter utbildning år 2005 och 2015. Kvinnor och män 15–74 år.



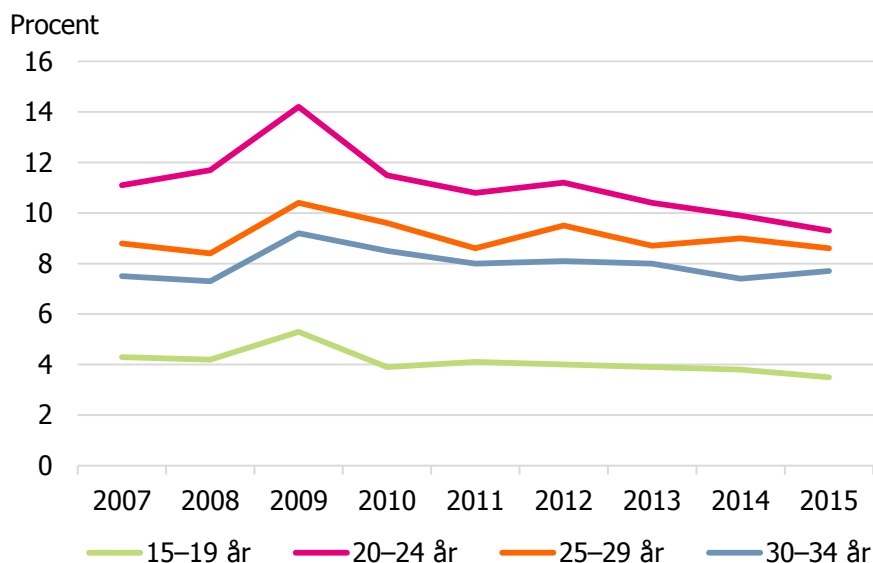
Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Arbetslösheten är betydligt högre bland ungdomar än bland äldre. Unga som varken arbetar eller studerar⁶ är särskilt utsatt grupp då dessa riskerar att få det svårt att ta sig in på arbetsmarknaden genom att de går miste om kunskaper och

⁶ Definitionen av unga som varken arbetar eller studerar är 15–24-åringar som varken är sysselsatta eller ägnar sig åt någon form av studier, vare sig formella eller informella. Till sysselsatta räknas de som uppgav att de under mätveckan utförde något arbete som anställd eller som egen företagare under minst en timme, eller som var tillfälligt frånvarande under mätveckan.

erfarenheter som krävs för att få ett arbete i framtiden (51). År 2015 var det 79 500 unga i åldern 15–24 år som varken arbetade eller studerade. Av dessa var 37 100 kvinnor och 42 300 män. Figur 38 visar utvecklingen över tid i fyra åldersgrupper. Efter relativt höga tal år 2009 ses en förbättring med sjunkande tal framför allt bland 20–24-åringar. Situationen för äldre åldersgrupper (dvs. 25–29 och 30–34 år) bör tolkas som enbart arbetslöshet då individer kan ha varit aktiva på arbetsmarknaden före den pågående perioden av inaktivitet.

Figur 38. Andel unga som varken arbetar eller studerar 2007–2015, båda könen 15–35 år.

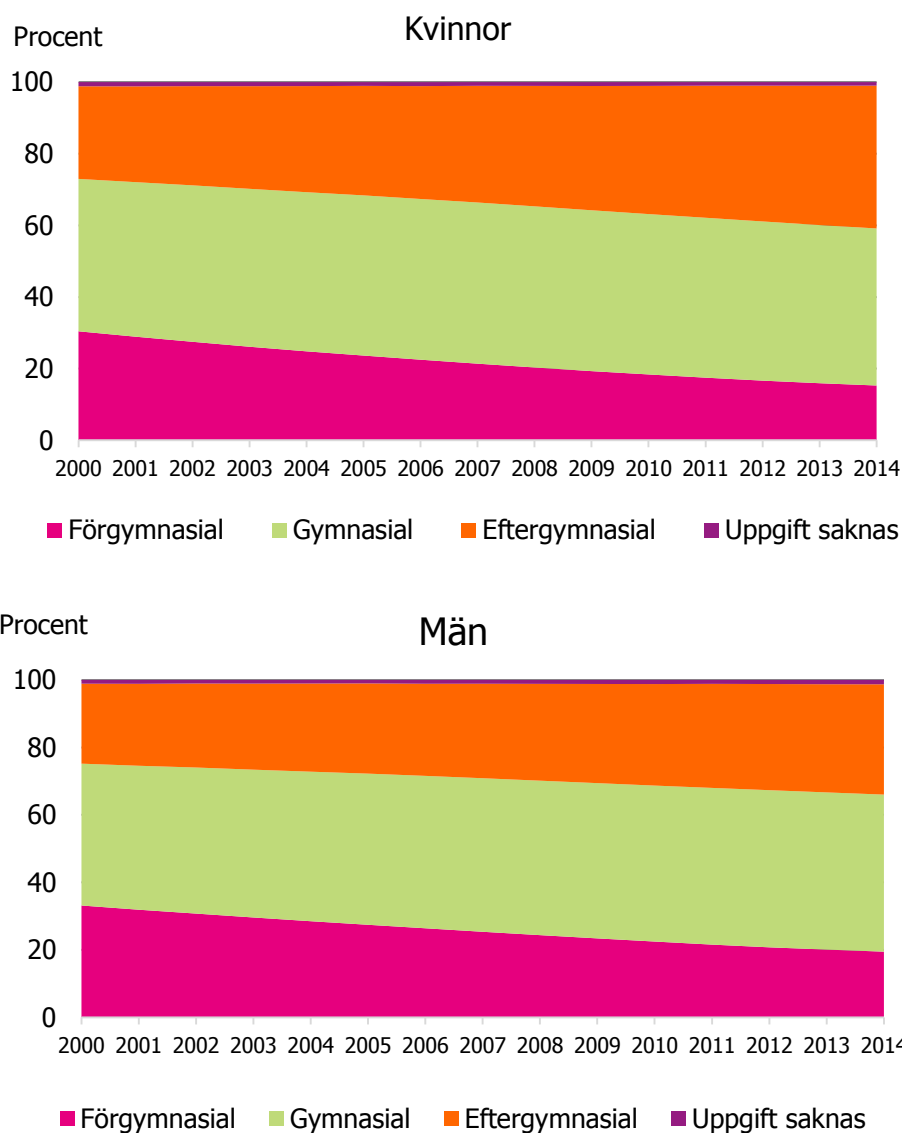


Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Samband mellan hälsa och utbildningsnivåer

Generellt gäller att en låg utbildningsnivå är starkt kopplad till en låg social position i samhället – och att detta i sin tur leder till en ökad risk för ohälsa och hälsomässigt ogynnsamma livsvillkor. Under en följd av år har befolkningen höjt sin genomsnittliga utbildningsnivå relativt kraftigt. År 2014 hade drygt 80 procent av befolkningen 35–74 år minst en gymnasieutbildning. Cirka 36 procent hade någon form av eftergymnasial utbildning. Samtidigt har andelen av befolkningen med grundskola som högsta utbildning minskat rejält. Det handlar i stort sett om en halvering under de senaste 15 åren, från runt 32 procent år 2000 till 17 procent 2014 (figur 39, 40).

Figur 39 och 40. Utbildningsnivå i befolkningen, kvinnor och män 35–74 år, perioden 2000–2014.



Källa: Utbildningsregistret, SCB (bearbetad data)

I september 2015 slutredovisade Folkhälsomyndigheten ett regeringsuppdrag om vilken betydelse det har för folkhälsan att allt fler skaffar sig högre utbildning. I analysen drogs tre övergripande slutsatser:

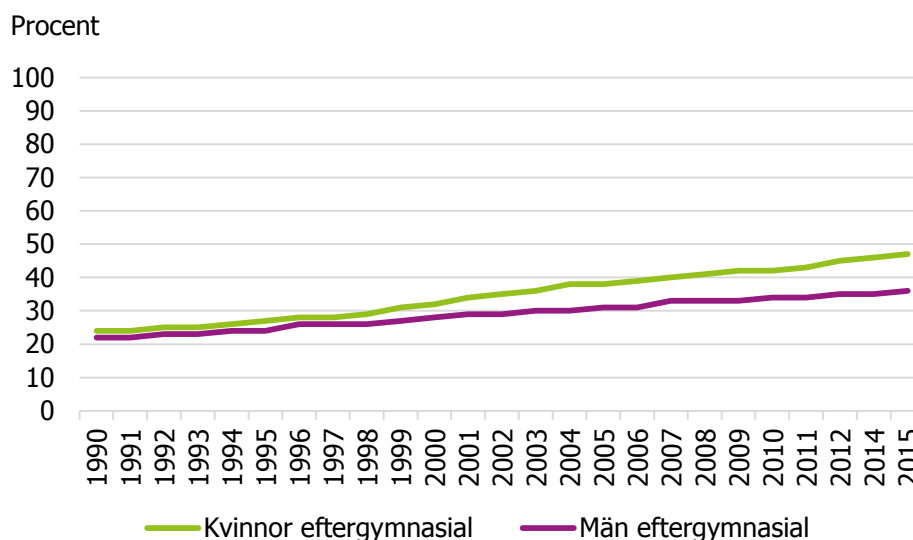
1. Personer med låg utbildningsnivå har generellt sett sämre hälsa och sämre förutsättningar för god hälsa jämfört med högutbildade.
2. Denna grupp har blivit en mer utsatt på arbetsmarknaden som förändrats till gruppens nackdel. Dessutom har gruppens sammansättning förändrats.
3. Utbildnings- och hälsorelaterade problem uppstår tidigt – och det går att se ett flertal samband mellan utbildningsnivå/studieresultat och hälsa.

I rapporten pekar Folkhälsomyndigheten på att befolkningens stigande utbildningsnivå skulle kunna vara en delförklaring till den generellt förbättrade folkhälsan i landet. Dock går det inte att hitta något tydligt stöd för ett direkt orsakssamband mellan utbildningsnivå och folkhälsa, även om det inte går att utesluta en indirekt effekt av ökad utbildningsnivå eftersom en ökad andel högutbildade verkar kunna främja ekonomisk tillväxt, och denna tillväxt i sin tur kan bidra till en förbättrad folkhälsa (12).

Könsskillnader i utbildningsnivå

Utbildningsnivåerna var relativt jämnt fördelade mellan könen 1990, men 2014 var det betydligt fler kvinnor än män som hade en högre utbildningsnivå. Trenden när det gäller ökade könsskillnader är tydlig och förändringstakten tenderar att öka. Särskilt tydlig är skillnaden när det gäller eftergymnasial utbildning, där kvinnornas andel i dag är tio procentenheter högre än männens för åldersgruppen 25–64 år (figur 41). Analyseras data utifrån de yngre åldrarna, 25–34 år, är könsskillnaderna ännu större, vilket stärker bilden av att könsskillnaderna kommer att fortsätta öka. När det gäller antagna och studerande vid högskola och universitet ligger proportionen på omkring 60 kvinnor och 40 procent män (52).

Figur 41. Andel i procent av befolkningen med eftergymnasial utbildning, kvinnor och män, 25–64 år, utveckling 1990–2015.



Källa: SCB, utbildningsregistret (bearbetad data)

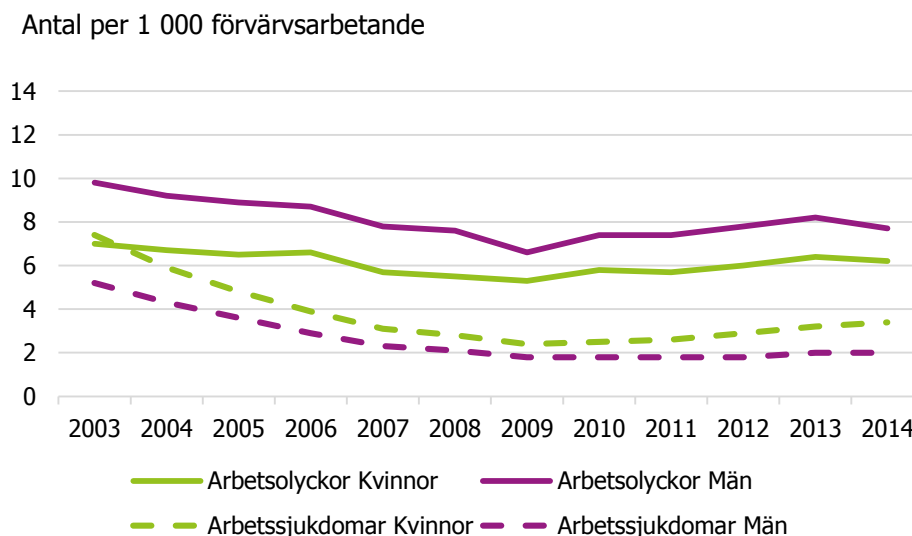
Det kan finnas flera orsaker till att skillnaderna i utbildningsnivåer ökar; bl.a. brukar man peka på att utbildningen till flera traditionellt kvinnodominerade yrken, såsom förskollärare och flera vårdyrken, numera sker inom högskolans ram. Samma utveckling ses inte när det gäller traditionellt manligt dominerande yrken. Samtidigt kan det konstateras att många förändringar av utbildningsnivåer skedde långt innan utbildningsskillnaderna mellan könen verkligen började få ett genomslag. Framför allt innebar högskolereformen 1977 att bl.a. lärar- och

förskollärarytbildningar, vårdutbildningar och socialhögskolornas utbildningar införlivades i högskolebegreppet (53).

Arbetsskador

Arbetsskador delas in i arbetsolyckor, olyckor på väg till eller från arbetet och arbetssjukdomar. Arbetsolyckor är olycksfall som inträffar på arbetsplatsen eller på annan plats där den skadade vistas i eller för arbetet. Arbetssjukdomar är arbetsskador som har uppkommit genom annan skadlig inverkan än olycksfall, ofta under en längre tid, exempelvis genom ensidiga rörelser eller psykiskt påfrestande förhållanden i arbetet. Det går i regel att ganska exakt fastställa när en arbetsolycka inträffat, medan det kan vara betydligt svårare att säga när en arbetssjukdom uppstått (54). Arbetssjukdomar redovisas därför efter det år då anmälan gjordes, inte efter det år då sjukdomen uppstod. Figur 42 visar utvecklingen av antalet anmälda arbetsolyckor som medfört sjukfrånvaro och antalet anmälda arbetssjukdomar, i båda fallen i relation till antalet förvärvsarbetande.

Figur 42. Antal anmälda arbetsolyckor som medfört sjukfrånvaro och antal anmälda arbetssjukdomar per 1 000 förvärvsarbetande (arbetstagare och egenföretagare) 2003–2014. Kvinnor och män 20–64 år.



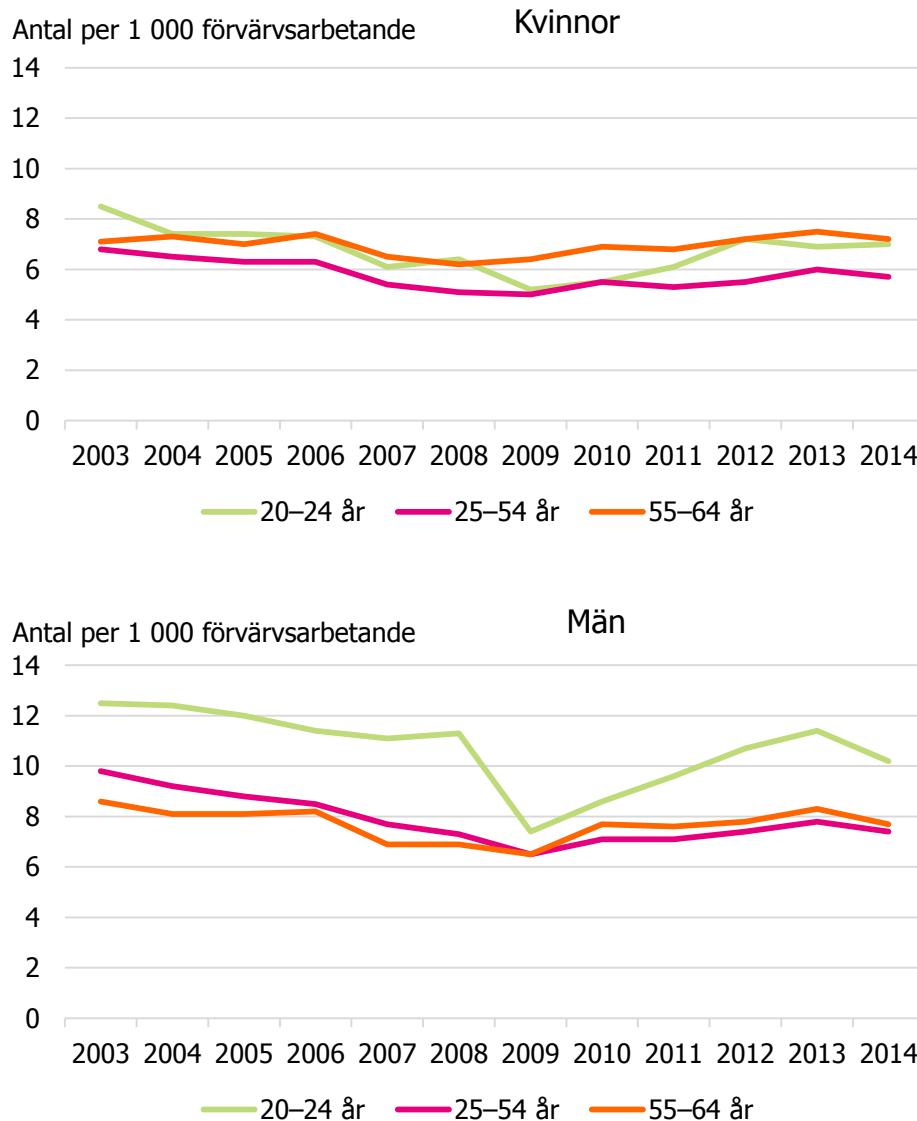
Källa: Arbetsmiljöverket, ISA-registret

Arbetsolyckor är vanligare bland män, medan arbetssjukdomar är vanligare bland kvinnor. Antalet arbetssjukdomar har mer än halverats sedan år 2003 även om de senaste åren uppvisar en stigande trend bland kvinnor. Antalet arbetsolyckor med sjukfrånvaro har minskat i betydligt mindre omfattning. Utvecklingen över tid är dock svårtolkad eftersom den beror på benägenheten att göra skadeanmälan. Exempelvis påverkar förändringar i sjuk- och arbetsskadeförsäkringarnas regelverk anmälningsbenägenheten.

Arbetsolyckor är vanligast bland yngre män (figurerna 43, 44). Många olyckor beror på att man har förlorat kontrollen över maskiner, transportutrustning, verktyg

eller djur. Fallolyckor är också relativt vanliga, liksom olyckor orsakade av fysisk ansträngning, snedtramp eller halkning.

Figur 43 och 44. Antal anmälda arbetsolyckor som medfört sjukfrånvaro per 1 000 förvärvsarbetande (arbetstagare och egenföretagare) 2003–2014. Kvinnor och män 20–64 år i olika åldersgrupper.

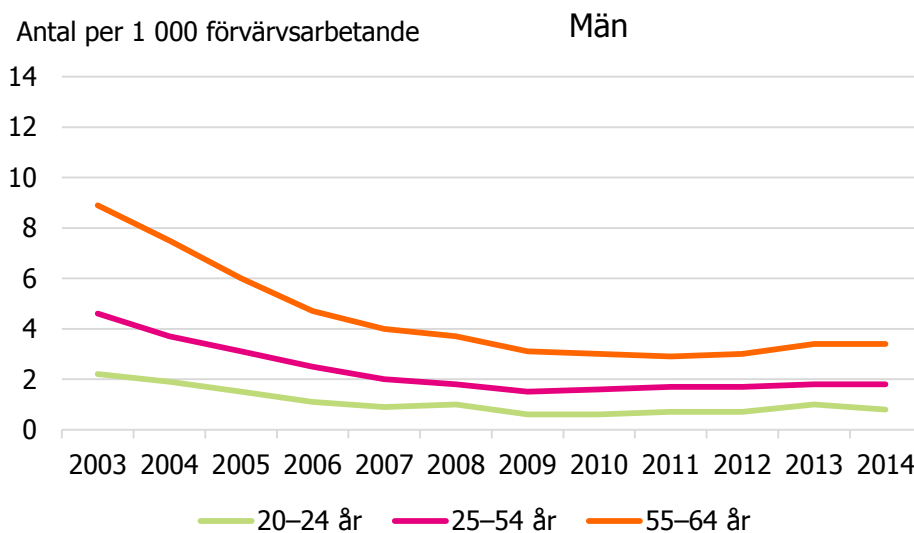
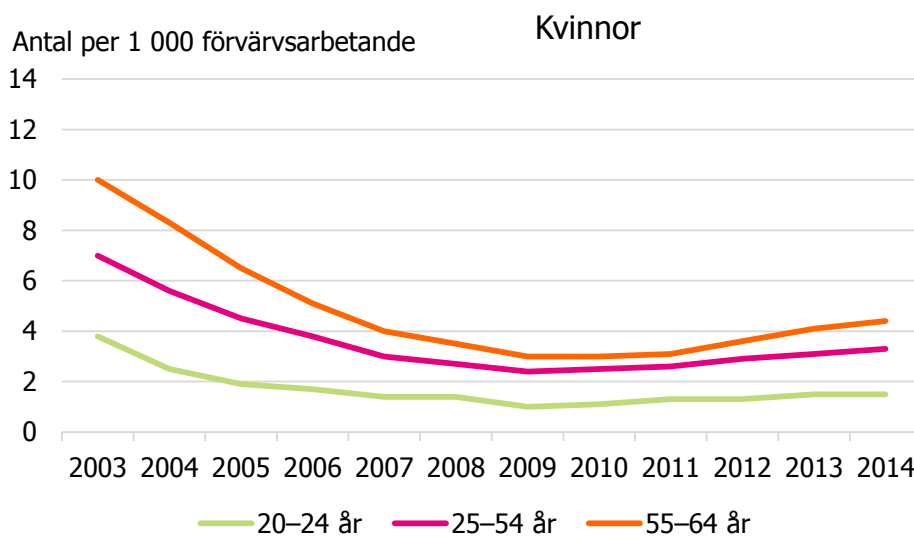


Källa: Arbetsmiljöverket, ISA-registret

Arbetssjukdomar är minst vanliga bland yngre personer och ökar sedan med stigande ålder (figurerna 45, 46). En viktig förklaring är att arbetssjukdomar i regel uppstår först efter en längre tids skadlig exponering. Bland kvinnor är psykosociala besvär den vanligaste typen av besvär, medan muskel- och ledbesvär är den vanligaste bland män. De dominerande orsakerna bakom de arbetssjukdomar som anmäldes år 2014 var belastningsfaktorer (40 procent av fallen) och sociala eller organisatoriska faktorer (31 procent av fallen). Belastningsfaktorer är vanligast bland män (49 procent av de anmälda fallen bland män år 2014) och gäller ofta

tunga lyft, ensidigt och monotont arbete eller olämpliga arbetsställningar. Sociala eller organisatoriska faktorer är vanligast bland kvinnor (41 procent av de anmälda fallen bland kvinnor år 2014) och handlar ofta om alltför mycket arbete eller alltför hög arbetstakt eller om problem i relationerna på arbetsplatsen – samarbetsproblem, mobbning, utfrysning eller trakasserier. År 2014 anmäldes drygt 1 000 fall av arbetssjukdomar som specifikt gällde mobbning, utfrysning, kränkning eller trakasserier, och den absoluta majoriteten avsåg kvinnor.

Figur 45 och 46. Antal anmälda arbetssjukdomar per 1 000 förvärvsarbetande (arbetstagare och egenföretagare) 2003–2014. Kvinnor och män 20–64 år i olika åldersgrupper.



Källa: Arbetsmiljöverket, ISA-registret

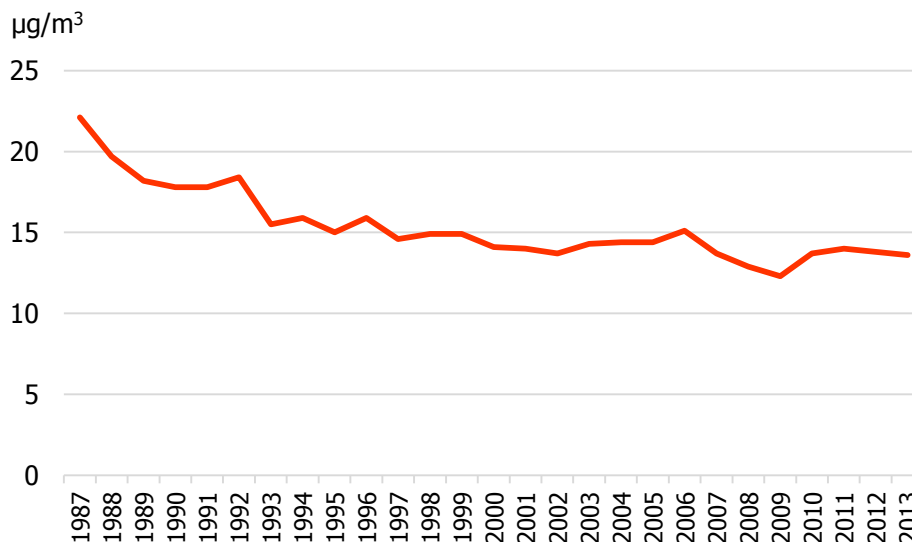
Miljöfaktorer

En god utemiljö kan påverka människors fysiska, mentala och sociala välbefinnande positivt. Samtidigt kan förekomsten av olika miljöfaktorer såsom luftföroreningar, förorenat vatten, farliga kemiska ämnen, buller, strålning, bakterier och virus påverka hälsan negativt. Många miljörelaterade hälsoproblem finns redan i dag, och nya uppkommer kontinuerligt. Problemen kan bero på faktorer såsom konsumtions- och livsstilsmönster eller klimatpåverkan, men också på den snabba utvecklingen av nya kemikalier och teknologier. I det här avsnittet redovisar vi utvecklingen av några viktiga bestämningsfaktorer för hälsa: luftföroreningar och farliga kemiska ämnen.

Luftföroreningar

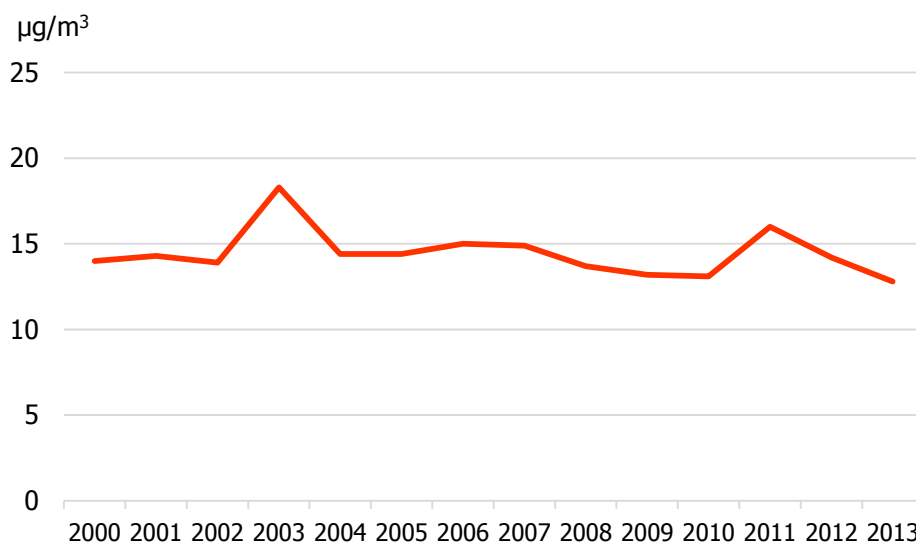
Naturvårdsverkets senaste fördjupade utvärdering av miljökvalitetsmålen visar att utvecklingen av luftkvaliteten till stor del är positiv. Utsläppen av partiklar mindre än 2,5 mikrometer (PM_{2,5}) minskar något, likaså de lite större partiklarna PM₁₀ där den främsta källan är användande av dubbdäck. Halten av kvävedioxid minskar i landet som helhet tack vare teknisk utveckling av motorfordon, men tendensen i mindre städer är svag (55). Figurerna 47 och 48 visar utvecklingen av halten av kvävedioxid och PM₁₀ i luft över tid.

Figur 47. Halten av kvävedioxid i luft ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) som årsmedelvärde i bakgrundsluft i en svensk medeltätort.



Källa: www.miljomal.se

Figur 48. Halten av partiklar mindre än 10 mikrometer (PM10) i luft ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) som årsmedelvärde i bakgrundsluft i en svensk medeltätort.



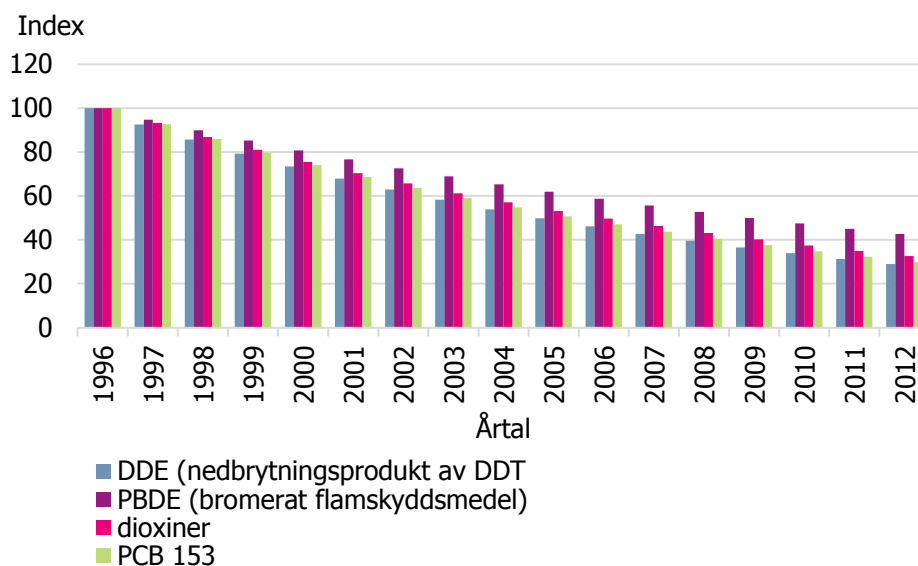
Källa: www.miljomal.se

Farliga kemiska ämnen

Den senaste fördjupade utvärderingen av miljökvalitetsmålen visar att farliga kemiska ämnen fortfarande förekommer i halter som kan hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden. Positivt är att halterna av vissa farliga ämnen minskar i miljön efter att begränsande åtgärder vidtagits. För många misstänkt farliga ämnen saknas dock fortfarande tillräcklig information om deras effekter och om exponering och resulterande halter i människa och miljö (55).

Långlivade organiska miljöföroreningar utgör en hälsorisk. Flera av dessa ämnen är hormonstörande och kan påverka hälsan även hos avkomman. Flertalet av ämnena är svårnedbrytbara och ansamlas i levande organismer (56). Analyser av modersmjölk från förstföderskor boende i Uppsala-regionen (figur 49) visar att långlivade organiska miljöföroreningar fortfarande förekommer, men halterna minskade med 5–7 procent per år mellan åren 1996 och 2012. Halterna av PCB, DDE (nedbrytningsprodukt av DDT), dioxiner och PBDE (bromerat flamskyddsmedel) i modersmjölk minskar långsamt trots att användning och spridning har begränsats kraftigt. Begränsningsåtgärderna fungerar alltså såtillvida att halterna i bröstmjöl avtar, men för långlivade organiska ämnen som redan är spridda i varor, byggnader och miljö är processen långsam (57).

Figur 49. Halter av vissa långlivade organiska miljöföroreningar i modersmjölk från förstföderskor från Uppsalaregionen i relation till 1996 års utgångsvärde.



Källa: www.miljomal.se

Friluftsliv

Vistelse i naturen har flera positiva hälsoeffekter på människors fysiska, mentala och sociala välbefinnande. Förutom att friluftslivet kan ge en möjlighet till fysisk aktivitet kan det bidra till avkoppling, rekreation och återhämtning (58-60).

Även om det finns kunskap om flera enskilda samband saknas en samlad och heltäckande bild av friluftslivets totala påverkan när det gäller människors hälsa.

Utövande av friluftsliv

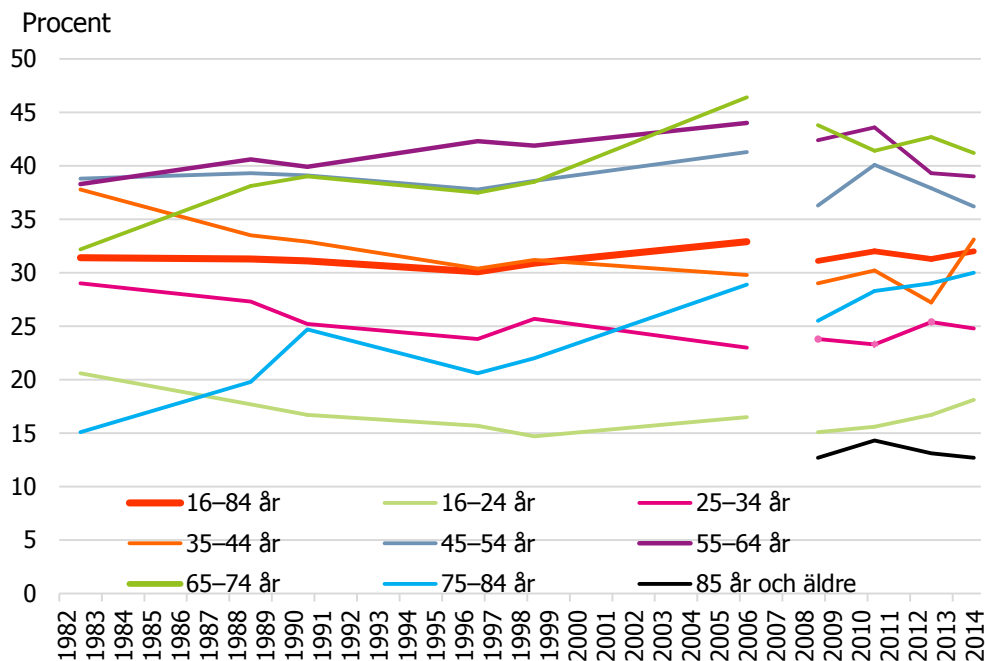
Den totala vistelsen i naturen har varit relativt konstant bland befolkningen (16–84-åringar 1982–2007 respektive 16-åringar och äldre 2008–2014) under de senaste 30 åren (1982–2014) (figur 50). Den enda förändring som är tydlig i SCB:s ULF-/SILC-undersökningar under perioden är att äldre personer (75–84 år) kommer ut allt oftare (61).

Omkring en tredjedel av befolkningen är friluftaktiv, dvs. har varit ute i skog och mark någon gång i veckan eller oftare under det senaste året. Resultatet visar att det finns skillnader mellan olika befolkningsgrupper.

Figur 50 och tabell 12 visar att största andelen friluftaktiva är 55–74 år (2008–2014). I den åldersgruppen utövar två femtedelar friluftsliv frekvent. Den äldsta gruppen (85 år och äldre) har den lägsta aktiviteten. Även åldersgruppen 16–24 år uppvisar låg friluftaktivitet, där är endast en sjättedel ute ofta. En större andel av 75–84-åringarna är friluftaktiva jämfört med 16–34-åringarna, och skillnaden har ökat under de senaste sex åren. Inga slutsatser kan dras om friluftsutövandet bland barn upp till 16 år, då det saknas kunskap om den gruppen.

Det finns fler friluftaktiva kvinnor än män bland 16–54-åringarna. Från 65 år gäller det omvända, se tabell 12.

Figur 50. Andel friluftaktiva, dvs. personer som har varit ute i skog och mark någon gång i veckan eller oftare det senaste året, per ålderskategori, 1982–2014*.



*De enskilda mätningar som genomförts markeras i grafen. År 2006–2008 genomgick undersökningen två betydande förändringar varmed figuren redovisar ett brott (62). Viss försiktighet bör iaktas gällande jämförbarheten i statistiken före och efter brottet. Ytterligare statistik finns för 2006 och 2007 men den riskerar vara missvisande och redovisas därför inte i figuren.

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden/EU-Statistics on Income and Living Conditions (ULF/SILC)
www.scb.se/ulf

En större andel (2012–2014) av de som bor i glesbefolkade kommuner är frekvent ute i skog och mark jämfört med de som bor i storstäder och förortskommuner. Inrikes födda är i högre grad friluftaktiva (2008–2014) jämfört med utrikesfödda (tabell 12).

Tabell 12. Skillnader mellan grupper vad gäller idkande av friluftsliv

Grupper av Sveriges befolkning, 16 år och äldre, som har störst och lägst andel friluftaktiva än motsvarande grupper. Baserat på samlad statistik för åren 2008–2014 (*2012–2014).

Grupper med störst andel friluftaktiva	Grupper med lägst andel friluftaktiva
Alla 55–74 år	Alla 16–24 år
Kvinnor 16–54-år	Män 16–54 år
Män 65 år och äldre	Kvinnor 65 år och äldre
Inrikes födda	Utrikes födda
Boende i glesbefolkade kommuner*	Boende i storstäder och förortskommuner*

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden/EU-Statistics on Income and Living Conditions

Levnadsvanor

Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Individens val är dock inte så fritt som man kan tro. I själva verket skiljer sig levnadsvanorna påtagligt beroende på social miljö, utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och bostadsort.

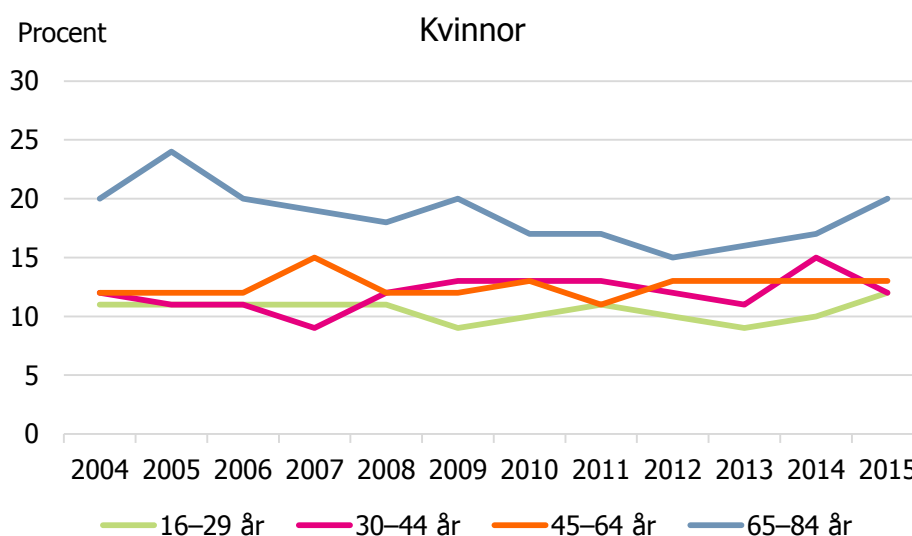
Hälsosamma levnadsvanor främjar hälsa och förebygger ohälsa och sjuklighet. I detta kapitel redovisas utvecklingen av viktiga bestämningsfaktorer för hälsa när det gäller levnadsvanor: fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och fetma, tobaksanvändning, alkoholbruk och narkotika.

Fysisk aktivitet

Andelen kvinnor och män som rapporterat att de motionerar regelbundet har ökat sedan år 1980 och ligger nu kring 60 procent enligt statistik från SCB (63). Andelen kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag har dock varit oförändrad den senaste tioårsperioden. Data från SCB och den nationella folkhälsoenkäten HLV visar även att andelen med en stillasittande fritid legat på en relativt oförändrad nivå, kring 13–15 procent, fram till år 2015. En stillasittande fritid innebär att man ägnar sig åt stillasittande sysselsättning på fritiden och promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än två timmar i veckan. Med en stillasittande fritid är risken stor att man är otillräckligt fysisk aktiv och kan drabbas av ohälsa.

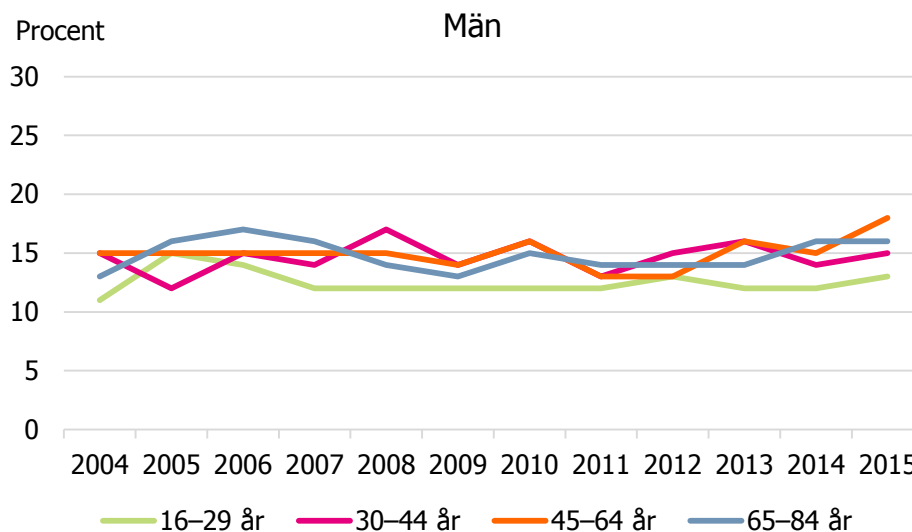
Figur 51 visar att en stillasittande fritid är vanligare bland äldre kvinnor, 65–84 år, jämfört med yngre kvinnor. Bland män går det inte att se några tydliga skillnader mellan olika åldersgrupper (figur 52).

Figur 51. Andel kvinnor i procent med stillasittande fritid, efter ålder för perioden 2004–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

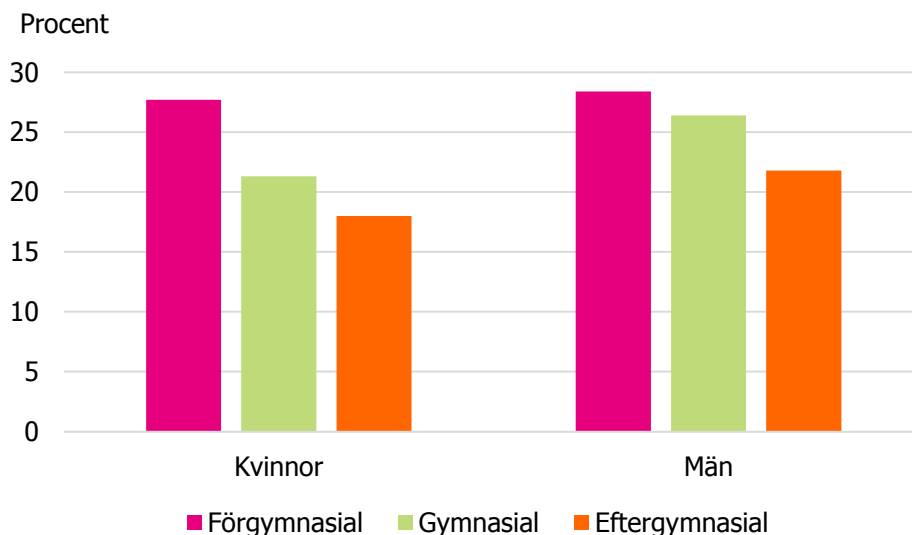
Figur 52. Andel män i procent med stillasittande fritid, efter ålder för perioden 2004–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Analys från den nationella folkhälsoenkäten, HLV, visar att de med låg utbildningsnivå oftare är stillasittande på sin fritid jämfört med högutbildade (64). Här finns alltså en tydlig gradient för både kvinnor och män, där andelen med stillasittande fritid minskar med ökad utbildningsnivå (figur 53).

Figur 53. Stillasittande fritid efter utbildning. Andel personer i procent med stillasittande fritid efter utbildning. Kvinnor och män 30–64 år.



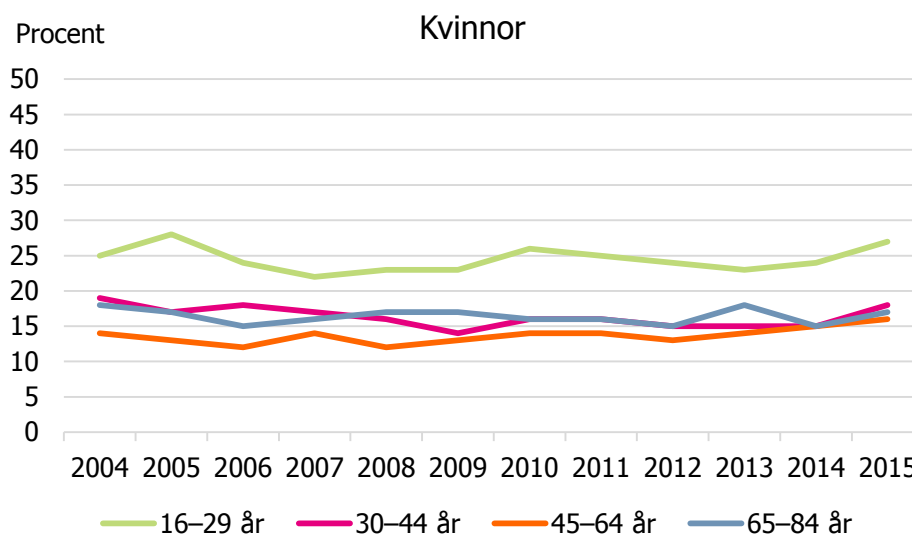
Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Matvanor

En mer hälsosam kost innebär en ökad konsumtion av frukt och grönsaker, samt ett minskat intag av salt, socker, mättat fett och transfetter jämfört med hur konsumtionen ser ut i dag. Ett lågt intag av frukt och grönsaker finns med på

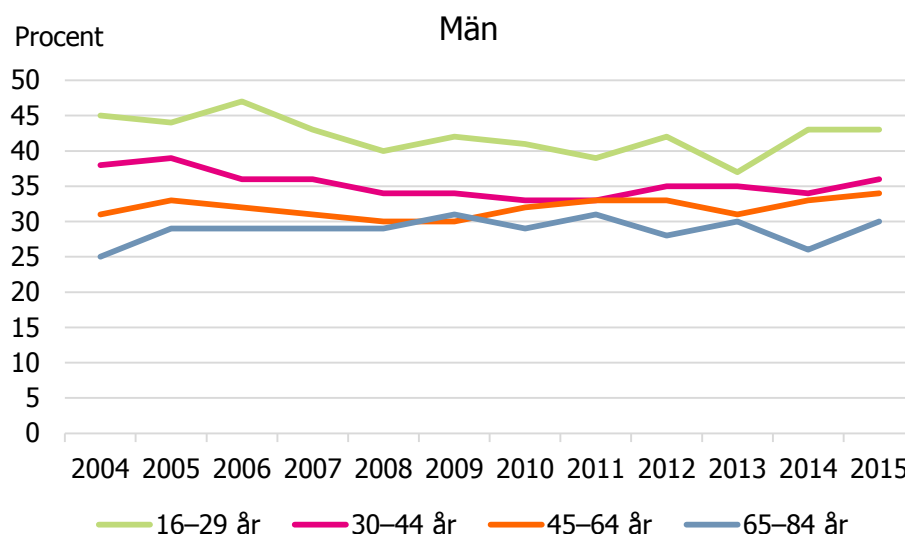
WHO:s lista över de tio största riskfaktorerna för både män och kvinnor vid sjukdomsburda i höginkomstländer. I den nationella folkhälsoenkäten HLV ställs frågor om konsumtion av frukt och grönsaker. Andelen som uppger att de äter lite frukt och grönsaker (högst 1,3 gånger per dag) har varit i stort sett oförändrad över tid (figur 54 och 55). Personer i åldern 16–29 år rapporterar oftare än övriga åldersgrupper att de äter lite frukt och grönsaker. Det är nästan dubbelt så många män som kvinnor som äter lite frukt och grönsaker. Analyser av HLV-data visar även på skillnader utifrån utbildningsnivå. Jämfört med personer med enbart förgymnasial utbildning är de med eftergymnasial utbildning tre till fyra gånger mer benägna att äta grönsaker (oftare än en gång per dag). För frukt ses liknande, men inte lika stora, skillnader.

Figur 54. Andel kvinnor i procent som äter frukt och grönsaker högst 1,3 gånger per dag, efter ålder för perioden 2004–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Figur 55. Andel män i procent som äter frukt och grönsaker högst 1,3 gånger per dag, efter ålder för perioden 2004–2015.

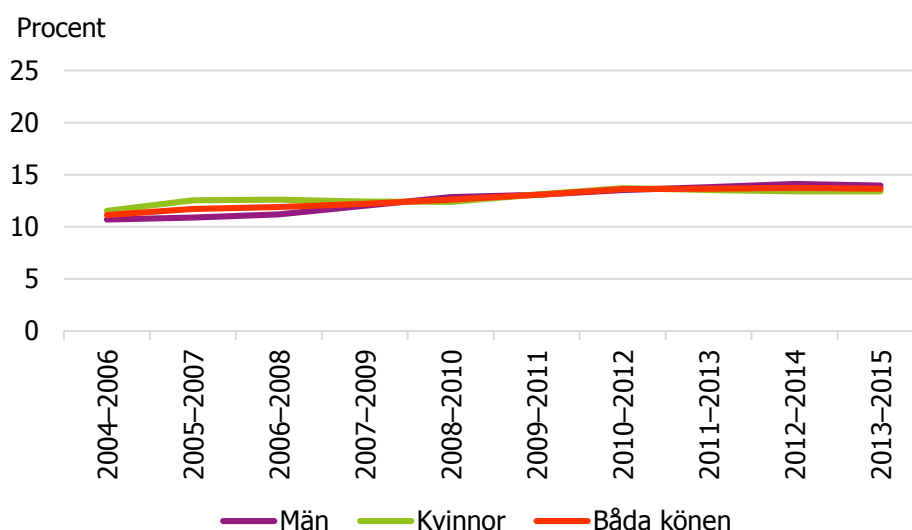


Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Övervikt och fetma

Som övervikt räknas BMI (Body Mass Index) mellan 25 och 30. Fetma innebär BMI som överstiger 30. BMI uttrycker en relation mellan längd och vikt. Högt BMI utgör en riskfaktor för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar (65). Fetma återfinns bland de fem främsta riskfaktorerna i världen för förlorade friska levnadsår, enligt WHO (66, 67). Andelen personer med fetma har ökat något bland båda könen under 2004–2015 (figur 56), och var 14 procent hos såväl kvinnor som män 2015. Förändringen har skett bland personer i åldern 45–84 år. I de yngre åldersgrupperna går det inte att se några signifikanta förändringar. Utvecklingen ligger i linje med vad data från SCB:s ULF-undersökningar visar.

Figur 56: Utvecklingen av fetma för kvinnor, män och båda könen, 16–84 år, åren 2004–2015. Andel (procent) med fetma (BMI 30 och högre). Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.

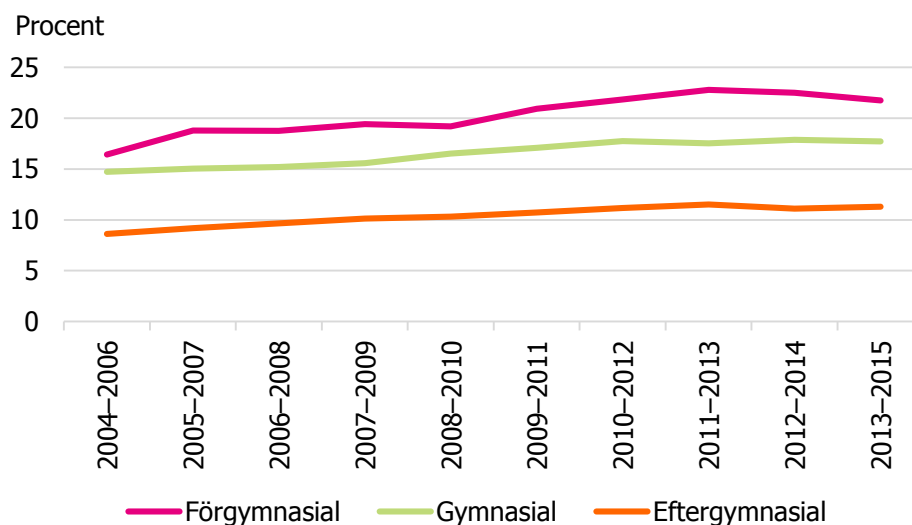


Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten.

Det har däremot inte skett någon förändring av andelen personer med övervikt under 2004–2015. Vid den senaste mätningen 2015 var andelen med övervikt 29 procent bland kvinnor och 42 procent bland män.

Fetma är vanligare bland personer med lägre utbildningsnivå (figur 57). Bland både kvinnor och män är fetma nästan dubbelt så vanligt bland dem med förgymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning. Inte heller här finns några större skillnader mellan könen.

Figur 57. Andel (procent), båda könen 30–74 år, med fetma (BMI ≥ 30) efter utbildningsnivå, 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

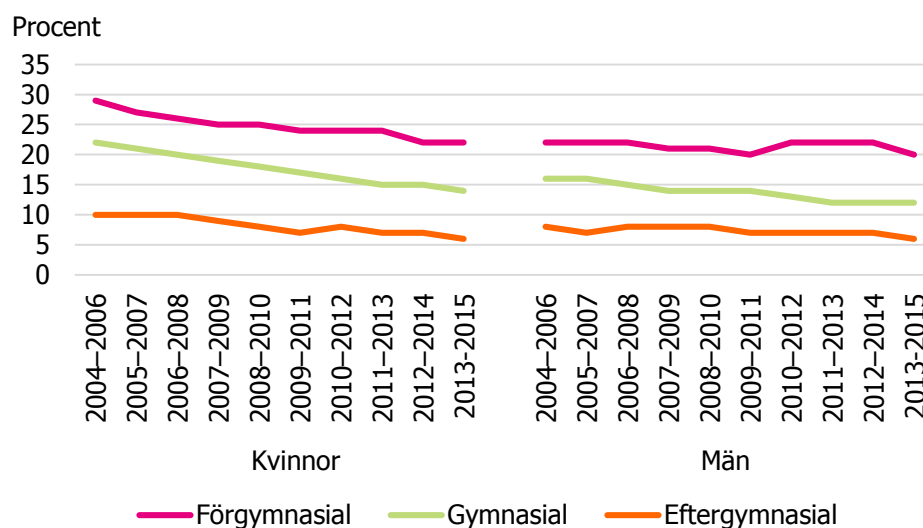
Tobak

Rökning

Andelen som röker dagligen har minskat under 2004–2015. År 2015 rökte 11 procent av kvinnorna och 9 procent av männen dagligen. Dagligrökning är vanligast bland personer i övre medelåldern (13 procent bland 45–64-åringar). Andelen har dock minskat i alla utom den äldsta åldersgruppen. Bland yngre är det i stället vanligare att röka då och då; drygt 18 procent uppgav 2015 att de röker sporadiskt. Inga förändringar skett över tid när det gäller andelen personer som röker då och då.

Andelen som röker dagligen är nästan tre gånger så hög bland personer med enbart förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Figur 58 visar förändringen över tid för olika utbildningsgrupper.

Figur 58. Andel personer (30–74 år) i procent som röker dagligen efter utbildningsnivå, 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Snusning

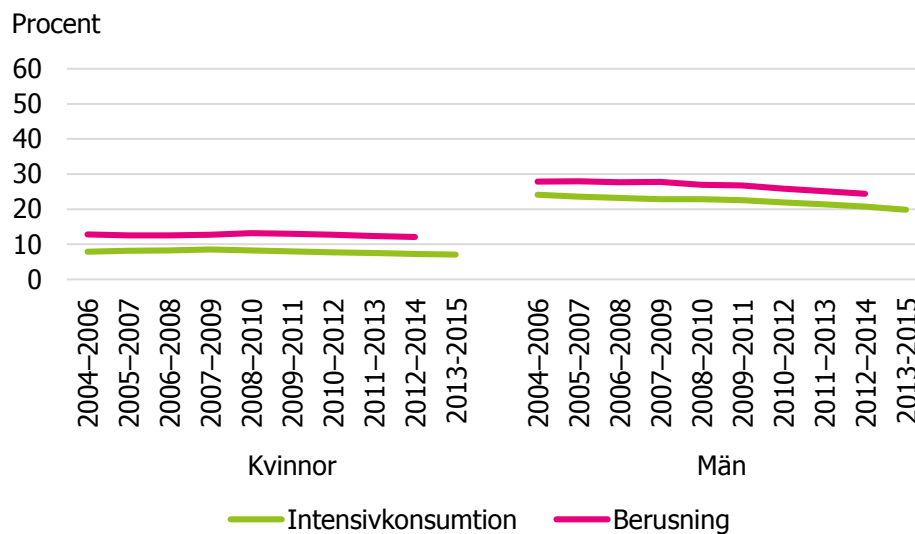
Andelen män i åldern 16–84 år som snusar dagligen har minskat med 3 procentenheter under 2004–2015 och år 2015 var andelen 19 procent. Bland kvinnorna har andelen dagligsnusare varit 3–4 procent under hela perioden. Lägst andel personer som snusar dagligen återfinns i åldersgruppen 65–84 år. Ser vi till de som snusar då och då har inga signifikanta förändringar skett. År 2015 var andelen som uppger att de snusar då och då 6 procent bland männen och 3 procent bland kvinnorna.

Alkohol

I Sverige konsumerades totalt cirka 9,4 liter ren alkohol per år och person 15 år och äldre 2014 (68). Totalkonsumtionen av alkohol ökade under åren 2001–2004, minskade sedan fram till 2009 för att sedan plana ut. Utvecklingen är likartad för den oregistrerade anskaffningen, medan den registrerade totalt sett har ökat något 2000–2014.

Omkring 10–15 procent av befolkningen 16–84 år intensivkonsumerade⁷ alkohol minst en gång i månaden 2015 (figur 59). Den månatliga intensivkonsumtionen har minskat under de senaste fem åren. Minskningen är dock inte jämnt fördelad i befolkningen utan det är framför allt bland unga (16–29 år) som andelen minskat (figur 60). Särskilt tydlig är trenden bland skolungdomar (årskurs 9 och år 2 på gymnasiet) (69). Bland äldre (65–84 år) har däremot andelen som intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden ökat under samma femårsperiod (figur 61). Den positiva utvecklingen bland unga och den negativa utvecklingen bland äldre är likartad för män och kvinnor. Utvecklingen fördelad på ekonomi, socioekonomi⁸ eller utbildning följer inget tydligt mönster.

Figur 59. Andelarna kvinnor och män i åldrarna 16–84 år som intensivkonsumerade alkohol och/eller berusade sig minst en gång i månaden under perioden 2006–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden*.



*Frågan om berusning fanns inte med i 2015 års enkät.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

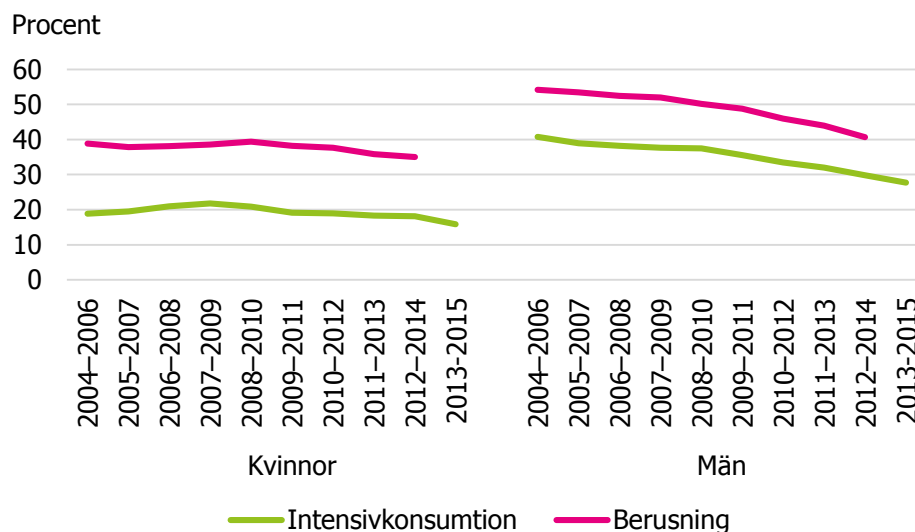
Intensivkonsumtion av alkohol har samband med berusning; 15–20 procent av befolkningen 16–84 år berusade sig minst en gång i månaden 2014 (HLV, opublicerad data). Den månatliga berusningen har liksom intensivkonsumtionen

⁷ Intensivkonsumtion: konsumtion av minst sex "glas" alkohol vid ett och samma tillfälle.

⁸ Socioekonomi: kategorierna arbetare, lägre tjänstemän och mellan/högre tjänstemän.

minskat under innevarande årtionde. Inte heller i fallet månatlig berusning är minskningen jämnt fördelad i befolkningen utan det är framför allt bland unga som andelen minskat (figur 60). Bland äldre kvinnor har däremot andelen som berusat sig minst en gång i månaden ökat under samma period (figur 61). Den positiva utvecklingen bland unga är likartad för män och kvinnor. Utvecklingen fördelad på ekonomi, socioekonomi eller utbildning följer inget tydligt mönster.

Figur 60. Andelarna kvinnor och män i åldrarna 16–29 år som intensivkonsumerade alkohol och/eller berusade sig minst en gång i månaden under perioden 2006–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden*.



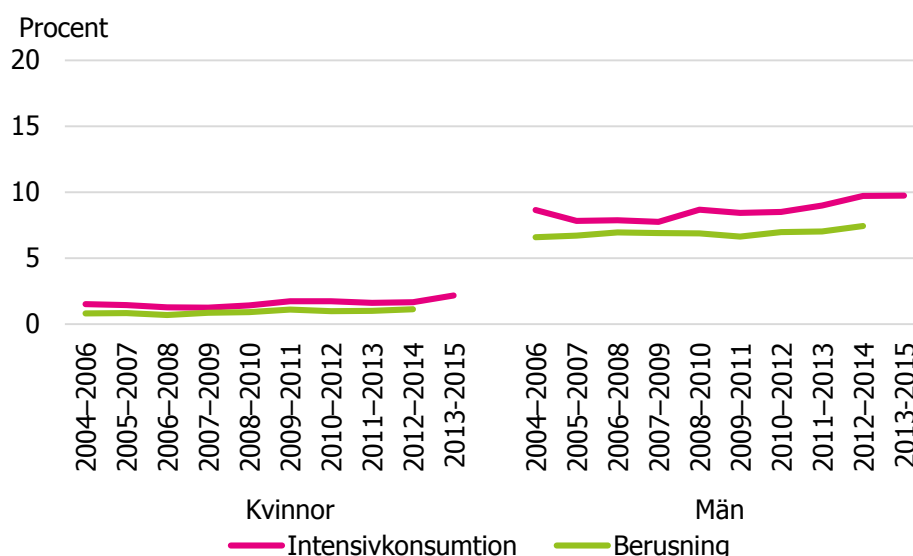
*Frågan om berusning fanns inte med i 2015 års enkät.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Intensivkonsumtion av alkohol har också samband med riskkonsumtion⁹; Under 2004–2015 minskade andelen män med en riskkonsumtion av alkohol från 23 till 18 procent. Bland kvinnor har inte några statistiskt säkerställda förändringar skett och 2015 var andelen 12 procent. Sett till olika åldersgrupper har det skett en minskning av andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 16–29 år, från 37 procent 2004 till 23 procent 2015. I åldersgruppen 30–44 har andelen varierat lite mer, men sett över hela perioden 2004–2014 har det skett en minskning. Bland 45–64-åringar har andelen varit i stort sett oförändrad. Däremot har andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 65–84 år ökat, från 5 procent 2004 till 8 procent 2015.

⁹ Riskkonsumtion: konsumtion av alkohol som medför ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar.

Figur 61. Andelarna kvinnor och män i åldrarna 65–84 år som intensivkonsumerade alkohol och/eller berusade sig minst en gång i månaden under perioden 2006–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden*.



*Frågan om berusning fanns inte med i 2015 års enkät.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Antalet personer som vårdades på sjukhus med explicit alkoholdiagnos enligt alkoholindex¹⁰ som bi- eller huvuddiagnos har ökat med drygt 20 procent 2006–2013, för att sedan minska något 2014 till 596 vårdade patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre (70). Det är ungefär dubbelt så många vårdade män som kvinnor.

Antalet avlidna med explicit alkoholdiagnos var 24 per 100 000 invånare 15 år och äldre 2014, med drygt tre gånger så många män som avlidit jämför med kvinnor (71). Antalet män som avlidit har minskat med en knapp femtedel under 2000-talet, medan antalet kvinnor varit i stort sett oförändrat. För en utförlig beskrivning av utvecklingen för vårdade och avlidna enligt alkoholindex, se Folkhälsomyndighetens uppföljning av ANDT-strategin (72).

Narkotika

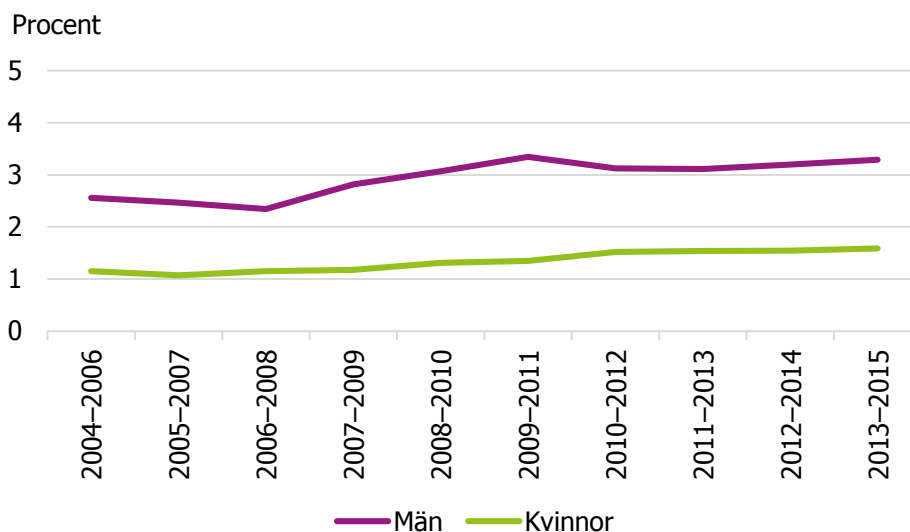
Användning av cannabis under de senaste 12 månaderna har bland 16–84-åringar ökat från 1,8 procent till 2,5 procent 2004–2015. Det är vanligare bland män än kvinnor att ha använt cannabis (figur 62). Andelen som uppgett cannabisanvändning under det senaste året är också högre bland unga vuxna jämfört med äldre åldersgrupper. Under 2015 var det 7,4 procent av kvinnorna och 8,8 procent av männen i åldersgruppen 16–29 år som använt cannabis under

¹⁰ Slut- och/eller specialiserad öppenvård. Alkoholindex: index omfattande följande diagnoskoder enligt ICD-10: E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, T51, Y90.1-Y90.9, Y91.1-Y91.9, Z50.2, Z71.4, Z72.1.

senaste 12 månaderna, vilket kan jämföras med 0,9 respektive 4,3 procent bland 30–44-åringar och 0,1 respektive 0,7 procent bland 45–65-åringar.

Skillnader i användning syns också mellan grupper med olika utbildningsnivå (treårsmedelvärden). Bland personer med lägre utbildning är det en högre andel som uppger att de använt cannabis de senaste 12 månaderna, jämfört med personer med högre utbildningsnivå.

Figur 62. Cannabisanvändning andel vuxna. Andel kvinnor och män (16–84 år) som använt cannabis under det senaste året under perioden 2004–2015. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.

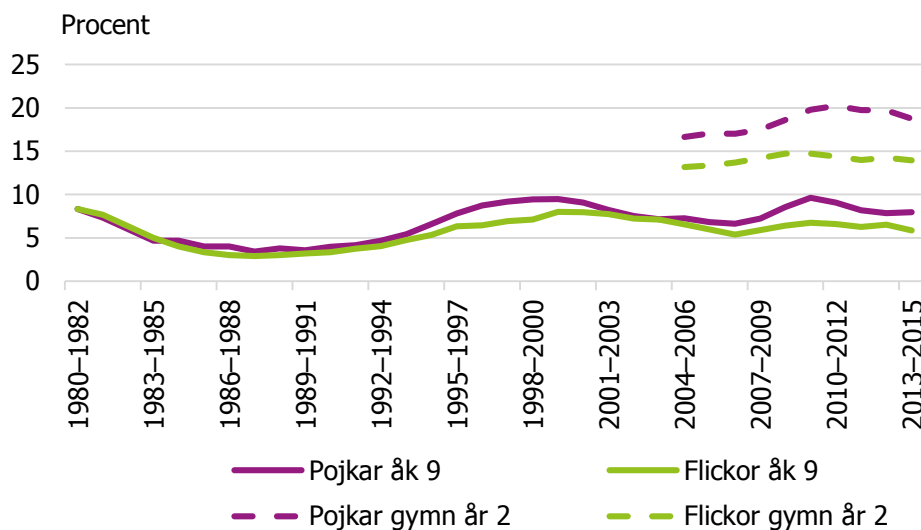


Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

Andelen skolelever på högstadiet (årskurs 9) som någon gång använt narkotika har sedan mitten av 1990-talet varit 5–10 procent (figur 63). Under 2015 uppgav 8 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna i årskurs 9 att de använt narkotika någon gång. Framför allt för flickorna innebär det en liten nedgång jämfört med närmast föregående år. Jämfört med elever i årskurs 9 är det dubbelt så vanligt att elever i gymnasiets år 2 har använt narkotika. Under 2015 uppgav 17 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna i gymnasiets år 2 att de någon gång använt narkotika. Bland gymnasieeleverna går det att se en ökning av narkotikaerfarenheten till och med 2010 som sedan planar ut. Med 2015 års resultat kan totalt sett en nedgång noteras, huvudsakligen beroende på en minskning bland pojkarna.

Bland de elever som uppgett att de använt narkotika någon gång är cannabis det vanligaste preparatet. Därefter kommer spice och andra liknande rökmixar. Övriga preparat är betydligt mera sällsynta (69).

Figur 63. Användning av narkotika bland ungdomar*. Glidande treårsmedelvärden.



*Användning av narkotika någon gång bland ungdomar i årskurs 9 grundskolan och gymnasiet år 2, andel som svarat ja, på frågan: "Har du någon gång använt narkotika?" Med narkotika avses t.ex. hasch, marijuana, amfetamin, kokain, heroin, GHB och andra narkotikaklassade preparat. Flickor och pojkar, åren 1980–2015 för åk 9 och åren 2004–2015 för gymnasieelever år 2.

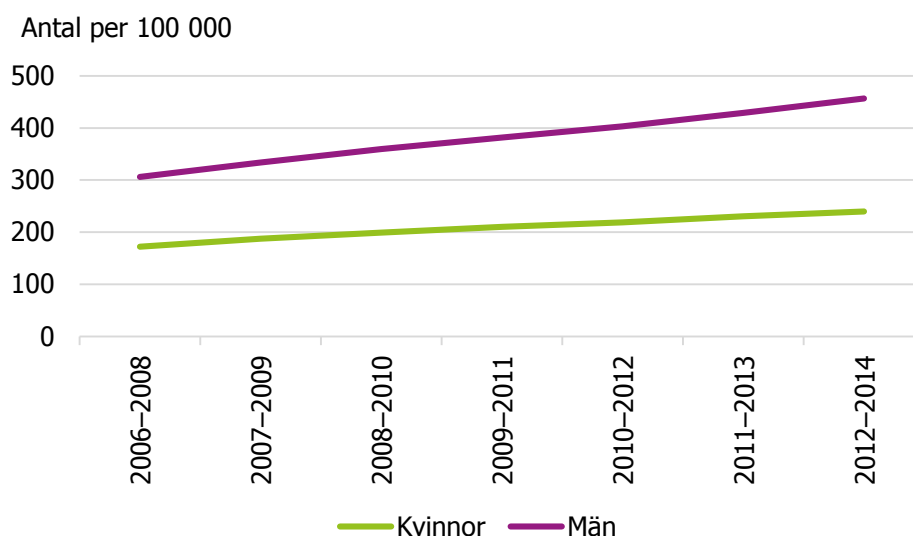
Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Vård för narkotikadiagnoser

Antalet individer som vårdats på sjukhus för en explicit narkotikadiagnos¹¹ som bi- eller huvuddiagnos har ökat 2006–2014 (figur 64). Det är nästan dubbelt så många män som kvinnor som vårdades 2014; 484 per 100 000 invånare 15 år och äldre bland män jämfört med 250 per 100 000 invånare bland kvinnor.

¹¹ Sluten- och/eller specialiserad öppenvård. Diagnoskod F11-F16, F18, F19, O35.5, P04.4, T40, T43.6, Z50.3, Z71.5, Z72.2.

Figur 64. Sjukhusvård för narkotikarelaterade diagnoser*. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



*Kvinnor och män som vårdats i sluten- och/eller specialiserad öppenvård för en explicit narkotikadiagnos åren 2000–2014. Antal per 100 000 invånare 15 år och äldre.

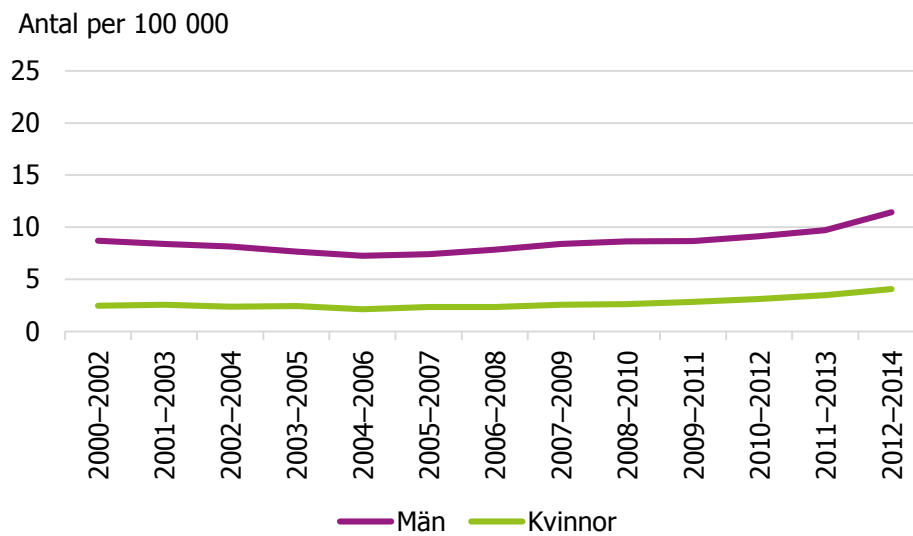
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Narkotikarelaterad dödlighet

Under 2014 dog 765 personer med narkotika som underliggande eller bidragande dödsorsak, vilket motsvarar en ökning på 30 procent jämfört med 2013. Båda könen visar på öknings i antalet fall men det är männen som dominerar i antal (figur 65). Under 2014 var det 13,7 dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre för män, jämfört med 5 dödsfall per 100 000 invånare för kvinnor. Störst antal dödsfall under 2014 fanns i åldersgruppen 20–24 år (107 fall 2014). Under en period på 10 år är ökningen dock procentuellt störst i gruppen 65–69 år. Dödsfallen ökar alltså bland de äldre, i linje med en åldrande brukarpopulation (73). Samtidigt ses även öknings i antalet dödsfall bland de yngre åldersgrupperna, främst i gruppen 20–24 år respektive 30–34 år.

Socialstyrelsen har nyligen gjort en analys av den narkotikarelaterade dödligheten som bl.a. pekar på att olycksfall i form av överdoser, självmord, läkemedel, blandmissbruk och nättdroger är viktiga orsaker till dödsfallen, men att delar av ökningen i dödlighet också kan förklaras av fler och förbättrade rättsmedicinska analyser och hur dödsorsaksintyg registreras och kodas (74).

Figur 65. Dödlighet i narkotikarelaterade diagnoser*. Åldersstandardiserade tal, glidande treårsmedelvärden.



*Avlidna med explicit narkotikadiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak åren 2000–2014. Kvinnor och män, antal per 100 000 invånare 15 år och äldre.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Medarbetare

Medarbetare vid Folkhälsomyndigheten som deltagit i framtagandet av rapporten

Enheten för folkhälsorapportering:

Peter Andréasson, Inger Heimerson, Ann-Louise Johansson, Karin Junehag
Källman, Malin Kark, Marlene Makenzius, Mikael Nordberg

Enheten för övervakning och samordning:

Margareta Löfdahl

Enheten för statistik och register:

Gunilla Eriksson, Ahmed Farah

Enheten för epidemiologi och hälsoekonomi:

Maria Kölegård

Enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor:

Eija Airaksinen, Maria Corell, Petra Löfstedt, Jenny Telander

Enheten för drogprevention:

Emma Wahlstedt

Enheten för hälsofrämjande levnadsvanor:

Marita Friberg, Jenny Hansson, Richard Henriksson, Kajsa Mickelsson, Suzanne Nilsson, Agota Puskas

Enheten för miljöhälsa:

Sara Kollberg, Ida Knutsson

Enheten för vaccinationsprogram:

Tiia Lepp

Enheten för övergripande kommunikation:

Örjan Carlbring

Avdelningen för kunskapsstöd:

Sofia Ljungdahl

Referenser

1. Socialdepartementet. Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Stockholm: Riksdagen. [citerad 28 januari 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-20131020-med-ins_sfs-2013-1020/?bet=2013:1020.
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2014.
3. Folkhälsomyndigheten. PM folkhälsa – ett faktaunderlag. [Registrerade handlingar. Folkhälsomyndigheten]. Stockholm: 2015. Ärendenummer 01509-2015.
4. Boedeker W, Kreis J. Work-related health monitoring in Europe from a public health perspective. Eur J Public Health. 2003;13(3 Suppl):91-4.
5. Robine JM, Jagger C. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health. 2003;13(3 Suppl):6-14.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2015 [Internet]. [uppdaterad 2015; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>.
7. Statistiska centralbyrån. Medellivslängden ökar stadigt [Internet]. [uppdaterad 3 oktober 2012; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/>.
8. Statistiska centralbyrån. Statistiskskolan: Medellivslängd – mått med gamla anor [Internet]. [uppdaterad 9 september 2013; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangd--matt-med-gamla-anor/>.
9. Statistiska centralbyrån. Återstående medellivslängd för kvinnor och män 1900-2010. Åldern 0, 30, 50, 65 och 85 [Internet]. [uppdaterad 15 december 2011; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys/55349/55356/Livslangd/Livslangden-i-Sverige-2001-2010/Aterstaende-medellivslangd-for-kvinnor-och-man-1900-2010-Aldern-0-30-50-65-och-85/>.
10. Statistiska centralbyrån. Återstående medellivslängd för åren 1751-2014 [Internet]. [uppdaterad 19 mars 2015; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/25830/>.
11. Statistiska centralbyrån. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 2000–2014 [Internet]. [uppdaterad 11 november 2015; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys/55349/55356/Livslangd/Aterstaende-medellivslangd-efter-utbildningsniva/359019/>.
12. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2015. [citerad 22 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/styrdokument-och-uppdrag/avslutade/uppdrag-om-utbildning-och-halsa/>.
13. Statistiska centralbyrån. Återstående medellivslängd vid 65 års ålder efter utbildningsnivå 2000–2014 [Internet]. [uppdaterad 11 november 2015; citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys/55349/55356/Livslangd/Aterstaende-medellivslangd-efter-utbildningsniva/359021/>.
14. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – En kunskapsöversikt. Stockholm: Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova, 2015.

15. Socialstyrelsen. Psyisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
16. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) [Internet]. [uppdaterad 26 maj 2015; citerad 18 februari 2016]. Hämtad från: http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/#c_li_354235.
17. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
18. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker [Internet]. [uppdaterad 17 december 2015; citerad 4 februari 2016]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.
19. Socialstyrelsen. Cancerincidens i Sverige 2014 - Nya diagnostiserade cancerfall år 2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015. [citerad 4 februari 2016]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-26>.
20. Socialstyrelsen. Cancer i Sverige. Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
21. Socialstyrelsen, Cancerfonden. Cancer i siffror 2013- Populärvetenskaplig fakta om cancer. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
22. Socialstyrelsen. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
23. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.
24. European Food Safety Authority (EFSA), European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). The European Union summary report on trends and sources of zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks in 2014. The EFSA Journal. 2015;13(12):4329. DOI:10.2903/j.efsa.2015.4329.
25. Folkhälsomyndigheten. Utbrottsarkiv [Internet]. [uppdaterad 12 november 2015; citerad 7 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/beredskap/utbrott/utbrottsarkiv/>.
26. Folkhälsomyndigheten. Campylobacterinfektion. Sjukdomsstatistik [Internet]. [citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/campylobacterinfektion/?base=domestic>.
27. Livsmedelsverket. Norovirus i frysta hallon- riskhantering och vetenskapligt underlag. Stockholm: Livsmedelsverket, 2013. Rapportnr. 14/2013. [citerad 12 januari 2016]. Hämtad från: http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/rapporter/2013/2013_livsmedelsverket_14_norovirus_i_frysta_hallon_riskhantering_och_vetenskapligt_underlag.pdf?id=5689.
28. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationsstatistik från barnavårdscentraler [Internet]. [uppdaterad 16 november 2015; citerad 26 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Barnvaccinationsprogrammet-2014---Arsrapport/>.
29. Folkhälsomyndigheten. Statistik för HPV-vaccinationer [Internet]. [uppdaterad 6 mars 2015; citerad 26 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/vaccinationsstatistik/statistik-for-hpv-vaccinationer/>.
30. Folkhälsomyndigheten, Läkeemedelsverket. Barnvaccinationsprogrammet 2014 - Årsrapport. [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2015. [citerad 26 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Barnvaccinationsprogrammet-2014---Arsrapport/>.
31. World Health Organization. Ebola Situation Reports- Archive [Internet]. [uppdaterad 6 januari 2016; citerad 12 januari 2016]. Hämtad från: <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports-archive>.

32. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [Internet]. [uppdaterad 2016; citerad 12 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>.
33. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Köpenhamn: World Health Organization, 1992.
34. Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status. *J Econ Perspect*. 1999;13(2):145-66.
35. Andersen I, Osler M, Petersen L, Gronbaek M, Prescott E. Income and risk of ischaemic heart disease in men and women in a Nordic welfare country. *Int J Epidemiol*. 2003;32(3):367-74.
36. Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. The shape of the relationship between income and mortality in the United States: evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*. 1996;6(1):12-20.
37. Geyer S, Hemström Ö, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(9):804-10.
38. Piketty T. Capital in the Twenty-First Century. Cambridge Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press; 2014.
39. eurostat. Statistics Explained. Glossary: At-risk-of-poverty rate [Internet]. [uppdaterad 6 februari 2014; citerad 25 januari 2016]. Hämtad från: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate.
40. Sen A. Inequality reexamined. New York: Harvard University Press; 1992.
41. Medlingsinstitutet. Löneskillnaden mellan kvinnor och män 2014. Vad säger den officiella statistiken? Stockholm: Medlingsinstitutet, 2015. [citerad 25 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.mi.se/publicerat/loneskillnader-mellan-kvinnor-och-man/>.
42. Statistiska centralbyrån. Jämställdhet [Internet]. [citerad 25 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/jamstalldhet/>.
43. Falkstedt D, Hemmingsson T. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2011.
44. Lundin A, Falkstedt D, Lundberg I, Hemmingsson T. Unemployment and coronary heart disease among middle-aged men in Sweden: 39 243 men followed for 8 years. *Occup Environ Med*. 2014;71(3):183-8. DOI:10.1136/oemed-2013-101721.
45. Backhans MC, Hemmingsson T. Unemployment and mental health -Who is (not) affected? *Eur J Public Health*. 2012;22(3):429-33. DOI:10.1093/eurpub/ckr059.
46. Hammarström A, Gustafsson PE, Strandh M, Virtanen P, Janlert U. It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort. *Scand J Public Health*. 2011;39(2):187-93. DOI:10.1177/1403494810394906.
47. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health - Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med*. 2009;68(8):1396-406. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.01.021.
48. Lundin A, Backhans M, Hemmingsson T. Unemployment and Hospitalization Owing to an Alcohol-Related Diagnosis Among Middle-Aged Men in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(4):663-9. DOI:10.1111/j.1530-0277.2011.01666.x.
49. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*. 2011;72(6):840-54. DOI:10.1016/j.socscimed.2011.01.005.
50. Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T. Unemployment and mortality - A longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(1):22-8. DOI:10.1136/jech.2008.079269.

51. Statistiska centralbyrån. Sverige under EU-snittet för unga som varken arbetar eller studerar [Internet]. [uppdaterad 28 augusti 2014; citerad 25 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Sverige-under-EU-snittet-for-unga-som-varken-arbetar-eller-studerar/>.
52. Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Sökande och antagna till grundnivå och avancerad nivå höstterminen 2015. Statistiskt meddelande. Stockholm: UKÄ, 2015. [citerad 22 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.uka.se/arkiv/statistiska-meddelanden/2015-11-19-sokande-och-antagna-till-grundniva-och-avancerad-niva-hostterminen-2015.html>.
53. Högskoleförordning (SFS 1977:263). [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet. [citerad 22 januari 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1977263_sfs-1977-263/.
54. Arbetsmiljöverket. Arbetsskador 2014: Arbetsmiljöstatistisk rapport 2015:1. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2015. [citerad 15 januari 2016]. Hämtad från: <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljostatistik-arbetsskador-2014-rapport-2015-01.pdf>.
55. Naturvårdsverket. Mål i sikte. Analys och bedömning av de 16 miljökvalitetsmålen i fördjupad värdering. Stockholm: Naturvårdsverket, 2015. Volym 1. Rapportnr. 6662.
56. Socialstyrelsen, Karolinska institutet. Miljöhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
57. Naturvårdsverket. Miljöföreningar i modersmjölk. Giftfri miljö. Miljömålen [Internet]. [uppdaterad 29 september 2015; citerad 15 december 2015]. Hämtad från: <http://www.miljomal.se/Miljomalen/Alla-indikatorer/Indikatorsida/?iid=76&pl=1>.
58. Statens folkhälsoinstitut. Gå ut min själ. Forskningsöversikt om hälsoeffekter av utevistelse i närmatur. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
59. Statens folkhälsoinstitut. Grönområden för fler- en vägledning för bedömning av närhet och attraktivitet för bättre hälsa. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2009.
60. Statens folkhälsoinstitut. Främja goda levnadsvanor genom insatser i livsmiljön - planera och följa upp fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2013.
61. Statistiska centralbyrån. Fritid. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) [Internet]. [uppdaterad 26 maj 2015; citerad 14 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/ulf>.
62. Statistiska centralbyrån. Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållanden 2006-2008 – En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna. [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2010. Rapportnr. 2010:4. [citerad 8 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljerad-information/?PublObjId=12340>.
63. Statistiska centralbyrån. Fritid 2006-2007 [Internet]. [uppdaterad 4 april 2014; citerad 28 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12207/Publikationer/Fritid-2006-2007/>.
64. Folkhälsomyndigheten. Fysisk aktivitet. Nationella folkhälsoenkäten [Internet]. [uppdaterad 16 november 2015; citerad 22 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>.
65. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Sweden. Global Burden of Disease [Internet]. [uppdaterad 2013; citerad 18 februari 2016]. Hämtad från: <http://www.healthdata.org/sweden>.
66. World Health Organization (WHO). Health topics Obesity [Internet]. [uppdaterad 2016; citerad 18 februari 2016]. Hämtad från: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
67. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Genève: WHO, 2000. WHO Technical Report Series 894. [citerad 18 februari 2016]. Hämtad från: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.

68. Centraförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN). Hur mycket dricker svensken? Registrerad och oregistrerad alkoholkonsumtion 2001-2014. Stockholm: CAN, 2015. CAN rapport 152.
69. Centraförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN). Skolelevers drogvanor 2015. Stockholm: CAN, 2015. CAN rapport 154.
70. Folkhälsomyndigheten. Vårdade alkoholindex, sluten- och/eller specialiserad öppenvård, efter kön och region. Indikatorlabbet [uppdaterad 4 november 2015; citerad 7 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/>.
71. Folkhälsomyndigheten. Avlidna, alkoholindex, efter kön och region. Indikatorlabbet [Internet]. [uppdaterad 4 september 2015; citerad 7 januari 2016]. Hämtad från: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/>.
72. Folkhälsomyndigheten. Samlad uppföljning av ANDT-strategin. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2015. [citerad 9 mars 2016]. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/uppfoljning-andt-strategin.pdf>.
73. European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. European drug report 2015: Trends and Developments. Luxemburg: Publications Office of the European Union, 2015.
74. Socialstyrelsen. Narkotikarelaterade dödsfall– Statistikutveckling och en analys av 2014 års dödsfall. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016. [citerad 16 mars 2016]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-32>.

Folkhälsomyndigheten rapporterar årligen till regeringen om utvecklingen av hälsan och dess bestämningsfaktorer. Det här är 2016 års rapport. I den redovisar myndigheten aktuell och uppdaterad data och statistik om befolkningens hälsa och beskriver även utvecklingen av de faktorer som påverkar hälsan, såsom livsvillkor och levnadsvanor. Redovisningen sker på nationell nivå och bygger främst på data från olika centrala register samt data från ett antal enkäter med folkhälsoanknytning.

Rapporten kan med fördel användas som en kortfattad och översiktlig sammanfattning av ett antal viktiga indikatorer som tillsammans ger en bild av hur folkhälsan i Sverige utvecklas. Innehållet är av intresse för politiker och andra beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, men även för profession inom t.ex. hälso- och sjukvård och socialtjänst, för forskare och studenter vid vård- och folkhälsoutbildningar och liknande och för medier.

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