



Folkhälsomyndigheten

# Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2019





# Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2019

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://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, 2019.

Artikelnummer: 18130

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. ”Folkhälsans utveckling – årsrapport 2019” är tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för i första hand regeringen, men även för politiker och tjänstemän på regional nivå samt andra statliga myndigheter med intresse av att följa folkhälsofrågorna.

Årsrapporten ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper, och där så är möjligt redovisas även utvecklingen över tid. Rapporten synliggör olika aspekter av den ojämlika hälsan och hur den förändras över tid och avser därmed att stödja arbetet för en jämlik hälsa i hela befolkningen.

Arbetet har projektletts av Karin Engström. Ansvarig enhetschef var Nina Lindqvist och avdelningschef Anders Tegnell.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson  
Generaldirektör



# Innehåll

Om publikationen.....	5
Övergripande resultat.....	9
Inledning.....	10
Hälsan och dess bestämningsfaktorer.....	11
Folkhälsan i Sverige .....	14
Hälsa .....	14
Smittsamma sjukdomar.....	17
Levnadsvanor .....	18
Livsvillkor .....	19
Miljörelaterade förhållanden .....	21
Att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation.....	23
Europeisk utblick.....	28
Bilagor .....	30
Referenser.....	31





# Övergripande resultat

Regeringens övergripande mål inom folkhälsoområdet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Folkhälsan i Sverige är i ett internationellt perspektiv god och för stora delar av befolkningen utvecklas hälsan positivt. Förändringarna sker ofta långsamt. Under 2006–2017 sjunker den förtida dödligheten och medellivslängden ökar med 1,6 år. Psykisk ohälsa är ett fortsatt stort folkhälsoproblem och antalet suicid per 100 000 har inte minskat. Andelen som uppger att de röker dagligen har däremot halverats sedan 2006, till 7 procent 2018. Övervikt och fetma har ökat från 46 till 51 procent av befolkningen.

Skillnader i såväl hälsa som levnadsvanor och livsvillkor är synliga mellan kvinnor och män och mellan socioekonomiska grupper för de flesta mått på hälsan och dess bestämningsfaktorer som följs. Till exempel rapporterar fler män än kvinnor god allmän hälsa och färre nedsatt psykisk välbefinnande. Samtidigt vårdas fler män för våldsrelaterade skador och dör i till exempel suicid.

Personer med förgymnasial utbildningsnivå dör tidigare i såväl cirkulationsorganens sjukdomar och olika former av cancer som till följd av suicid, än personer med eftergymnasial utbildningsnivå. De rapporterar också sämre allmän hälsa. Även spädbarnsdödlighet under första levnadsåret är mer än dubbelt så vanligt bland spädbarn vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå jämfört med spädbarn vars föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå.

Vidare är arbetslöshet vanligare bland personer med förgymnasial utbildningsnivå. Fler vuxna och barn från denna grupp lever också i ekonomisk utsatthet och en lägre andel elever vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå är behöriga till gymnasiet och tar gymnasieexamen.

Analysen av några faktorer som valts för att följa hur ojämlikheten i hälsan och dess bestämningsfaktorer utvecklas över tid, visar att utvecklingen inte går mot att uppfylla målet om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Skillnaden i återstående medellivslängd ökar mellan grupperna med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildningsnivå 2006–2017, vilket speglar livsvillkor och levnadsvanor i dessa grupper under lång tid.

Trots att andelen som röker minskar är skillnaderna mellan utbildningsgrupperna oförändrad 2006–2018 och skillnaderna ökar vad gäller andel elever med behörighet till gymnasiet. Dessutom visar simuleringar som gjorts att rökningen även en generation framåt i tiden kommer vara fortsatt ojämlikt fördelat. Detta riskerar att öka ojämlikheten i hälsa i framtiden. För att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation behöver man utöver ojämlikhet i hälsa även lyfta vikten av de livsvillkor och levnadsvanor som påverkar hälsan.

# Inledning

Regeringens övergripande mål inom folkhälsoområdet är att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. En kommission för jämlik hälsa lämnade under 2017 sitt slutbetänkande med förslag som legat till grund för att riksdagen under våren 2018 antog ett övergripande mål och åtta nya målområden för jämlik hälsa [1].

Folkhälsomyndigheten rapporterar årligen till regeringen om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Syftet med rapporten är att ge en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer i Sverige samt att lyfta viktiga aspekter av utvecklingen på området. Särskild fokus läggs på jämlik hälsa.

Folkhälsomyndighetens årliga folkhälsorapport kompletteras av det webbaserade uppföljningssystemet "Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text" [2], som uppdateras kontinuerligt när ny data är tillgänglig. Där ges en mer ingående beskrivning av ett antal indikatorer utvalda för att spegla viktiga aspekter av folkhälsan och bakomliggande förutsättningar i form av livsvillkor och levnadsvanor. Data presenteras både för befolkningen som helhet och uppdelat efter kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland och län. Indikatorerna har valts för att de utgör eller bidrar till en ansevärd sjukdomsburden, eller till ojämlikhet i hälsa, samt kommer från en tillförlitlig datakälla.

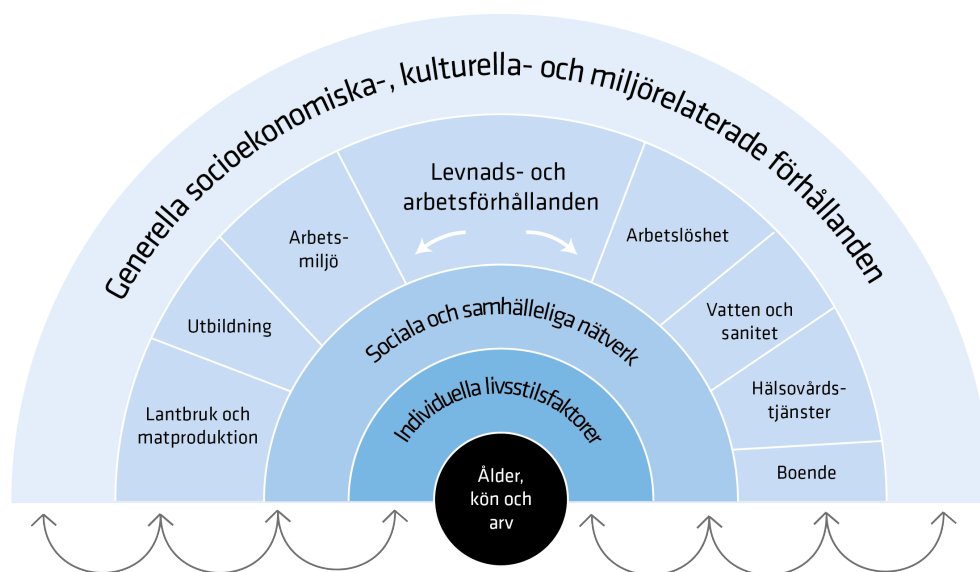
Det pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete av uppföljningssystemet, där innehåll och form ses över för att stärka rapporteringen kring ojämlikhet i hälsa. Till det arbetet har en extern expertgrupp (se bilaga 4) kopplats som är rådgivande för, och kvalitetssäkrande av, innehållet i folkhälsorapporteringen. Som ett steg i utvecklingsarbetet har i årets rapport ett mindre antal indikatorer valts ut och analyserats för att få en bild av hur ojämlikheten i hälsa har ändrats över tid utifrån målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Årsrapporten inleds med en kortfattad beskrivning av sambandet mellan hälsan och dess bestämningsfaktorer, ojämlikhet i hälsa och möjliga åtgärder. Därefter ges en beskrivning av folkhälsans nuläge och den generella utvecklingen på nationell nivå under den senaste tolv- eller trettonårsperioden. Rapporten redovisar statistik kring hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Skillnader i hälsa redovisas mellan olika befolkningsgrupper uppdelat efter kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland. Ett mindre antal indikatorer presenteras även med särskild fokus på hur ojämlikheten i hälsa förändras över tid. Rapporten avslutas med en utblick där folkhälsan i Sverige sätts i europeiskt perspektiv. I bilaga 1 finns detaljerade resultat i tabellformat, i bilaga 2 finns en utförligare beskrivning av de indikatorer som ingår i rapporten och i bilaga 3 en metodbeskrivning. Bilaga 4 innehåller en lista över medlemmarna i ovan nämnda expertgrupp.

# Hälsan och dess bestämningsfaktorer

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle [3]. Hälsans bestämningsfaktorer, utöver de genetiska, delas ofta in i levnadsvanor och livsvillkor. I en modell ofta använd i Sverige (figur 1) [4], beskrivs även strukturella faktorer såsom generella socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden, som en del av hälsans bestämningsfaktorer. I denna rapport innefattar begreppet livsvillkor även det som ibland kallas levnads- och arbetsförhållanden.

Figur 1. Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren & Whitehead 2007/1991 [4].



Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplexa och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsbördan i Sverige idag. Livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut, såsom fördelnings-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik, påverkar vidare livsvillkoren för invånarna.

Vissa sjukdomar har ett relativt snabbt händelseförlopp, som till exempel många smittsamma sjukdomar. För andra sjukdomar är sjukdomsförloppet långsamt och det kan gå lång tid från exponering för en riskfaktor till insjuknande. För att kunna förebygga ohälsa är det viktigt att följa även levnadsvanor och livsvillkor utöver de faktiska hälsoutfallen, eftersom det ger en bild av hur hälsan i befolkningen ser ut och kan komma att utvecklas över tid.

Ojämlighet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället, som till exempel kvinnor och män eller olika socioekonomiska grupper, har systematiskt olika livsvillkor och levnadsvanor. Detta påverkar risken för såväl smittsamma [5] som icke smittsamma sjukdomar [3, 6-7]. Socioekonomiska grupper kan definieras på flera

sätt, till exempel som yrkesgrupper, inkomstgrupper eller utbildningsgrupper [8]. I denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp. Den sociala gradienten kan ses som en hierarki där varje steg uppåt, till exempel mätt som utbildningsnivå, har betydelse för hälsan [9-10]. De med högst utbildningsnivå har generellt sett bättre hälsa än dem med medelhög utbildningsnivå, som i sin tur har bättre hälsa än dem med lägre utbildningsnivå. Utöver den sociala gradienten i hälsa finns också grupper i särskilt utsatta situationer, såsom hbtq-personer [11-12], personer med vissa funktionsnedsättningar [13], migranter [14-15], nationella minoriteter [16] och personer som står utanför arbetsmarknaden [17]. Många gånger tillhör en individ flera av dessa grupper.

Utbildningsnivå är ett vanligt använt mått på socioekonomisk position. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildning av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avslutad utbildning [8]. Däremot har både andelen av befolkningen i olika utbildningsgrupper och gruppernas komposition förändrats över tid, vilket påverkar risken för såväl ohälsa som olika negativa levnadsvanor och livsvillkor. Exempelvis utgör gruppen med förgymnasial utbildningsnivå idag cirka 20 procent av befolkningen jämfört med cirka 40 procent för ett par decennier sedan. Även gruppens komposition har ändrats över tid och den innehåller idag fler unga personer och personer födda utanför Sverige [19]. Gruppen är därför i dag mer utsatt på arbetsmarknaden och även i andra sociala och ekonomiska avseenden [18]. Eftersom andelen som har gymnasieutbildning ökat markant sedan 1900-talets första hälft finns det också en större andel äldre i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med övriga utbildningsgrupper. Det påverkar relationen mellan utbildningsnivå och många andra faktorer, eftersom ålder ökar risken för en stor mängd sjukdomar, samt påverkar flera av hälsans bestämningsfaktorer.

Ojämligheten i hälsa kan också ses ur ett livsförloppsperspektiv [20]. Det innebär att hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxtfamilj, skola, arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv [3]. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till såväl den position man har idag som den man haft som barn och under livet. Olika individer är olika sårbara för hälsans olika bestämningsfaktorer [10]. En bestämningsfaktor, som till exempel ekonomisk utsatthet eller rökning, påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av faktorn är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer. Eftersom personer med lägre social position oftare utsätts för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – sociala, fysiska, levnadsvanor – blir effekten av en faktor ofta starkare bland personer med låg social position än bland personer med hög.

Vad kan göras för att förbättra folkhälsan och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation? Folkhälsan och dess bestämningsfaktorer är i stor utsträckning påverkbara och handlar om allt från olika politiska beslut till enskilda individers val. Hälsan är en angelägenhet för aktörer inom olika politikområden, på såväl nationell som regional och kommunal nivå. De åtta nya målområden som antagits av riksdagen 2018 [1] visar också på nödvändigheten av ett intersektoriellt

samarbete. Regionerna ansvarar för hälso- och sjukvården där sjukvården har en viktig hälsofrämjande roll och kan, till exempel genom en utbyggd primärvård, bidra till att förbättra hälsan och minska hälsoklyftorna. Hälsan påverkas också i stor utsträckning av hur samhället i stort är utformat, där politiska beslut inom andra områden än sjukvården har betydelse. Lagstiftning är en nationell angelägenhet och exempel som kan påverka hälsan är rökningförbud på restauranger, sjukersättningsnivåer och fördelningspolitik. Mycket av arbetet sker också på kommunal nivå där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola/förskola, boende- och fritidsmiljöer har stor betydelse för hälsan och möjligheten att utjämna hälsoklyftorna. Insatser för att förbättra folkhälsan behöver också ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Proportionell universalism är ett begrepp som ofta nämns och som innebär generella åtgärder, men mer där behoven är större.

# Folkhälsan i Sverige

## Hälsa

Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god. I flera avseenden utvecklas hälsan också positivt; medellivslängden ökar, fler skattar sin allmänna hälsa som god och förstagångsinfarkter och förstagångsstroke<sup>1</sup> minskar. Utvecklingen skiljer sig emellertid åt mellan olika grupper i samhället och för ytterligare förbättringar av folkhälsan behöver hälsan bli bättre särskilt för dem med sämst hälsa.

Medellivslängden ökar i Sverige generellt sett, vilket speglas av att den förtida dödligheten minskar på flera områden, som cirkulationsorganens sjukdomar och flera former av cancer. År 2017 var den återstående medellivslängden vid födseln<sup>2</sup> 80,7 år för män och 84,1 år för kvinnor. Medellivslängden ökar under perioden 2006–2017 för både kvinnor och män och för alla utbildningsgrupper, med undantag för kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå. Skillnaderna i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är dubbelt så stor mellan personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildning (6,2 år) än mellan kvinnor och män (3,1 år).

För både kvinnor och män har dödligheten i de vanligaste dödsorsakerna, såsom cirkulationsorganens sjukdomar (t.ex. hjärtinfarkt och stroke) och de vanligaste cancerformerna minskat de senaste åren. Undantaget är lungcancer som fortsatt att öka bland kvinnor under perioden 2006–2017. Den dominerande orsaken till lungcancer är rökning och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka [21].

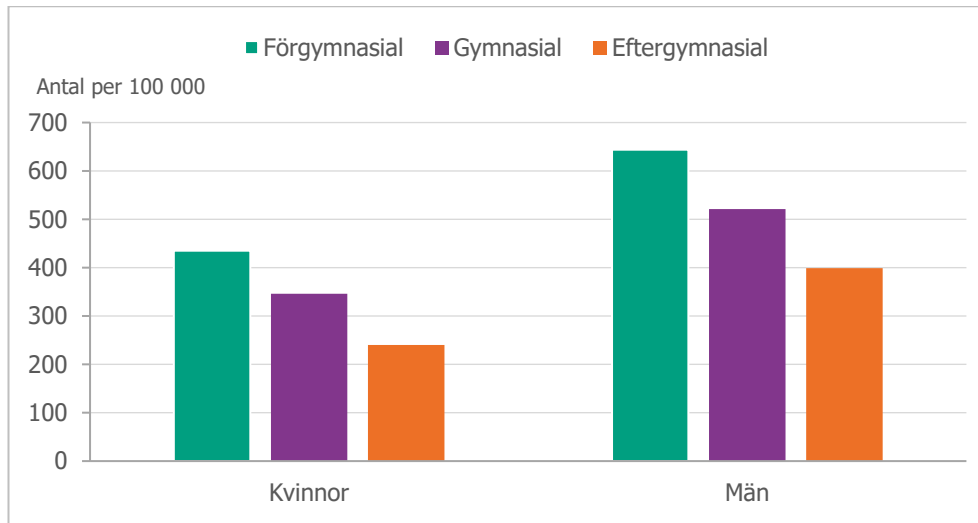
För alla de vanligaste dödsorsakerna är dödligheten högre bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland dem med eftergymnasial, och bland personer födda i Norden (utom Sverige) jämfört med övriga födelseregioner, med undantag för prostatacancer där dödligheten är större bland män födda i Sverige. En stor del av den högre dödligheten i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå och i gruppen födda i Norden (utom Sverige) förklaras av den större andelen äldre i dessa grupper. Även efter justering för ålder kvarstår emellertid en högre dödlighet bland såväl gruppen med förgymnasial utbildningsnivå (se t.ex. figur 2) som bland dem födda i Norden (utom Sverige).

---

1 Som förstagångsinfarkt eller förstagångsstroke räknas insjuknande efter minst 7 infarktfria eller strokefria år.

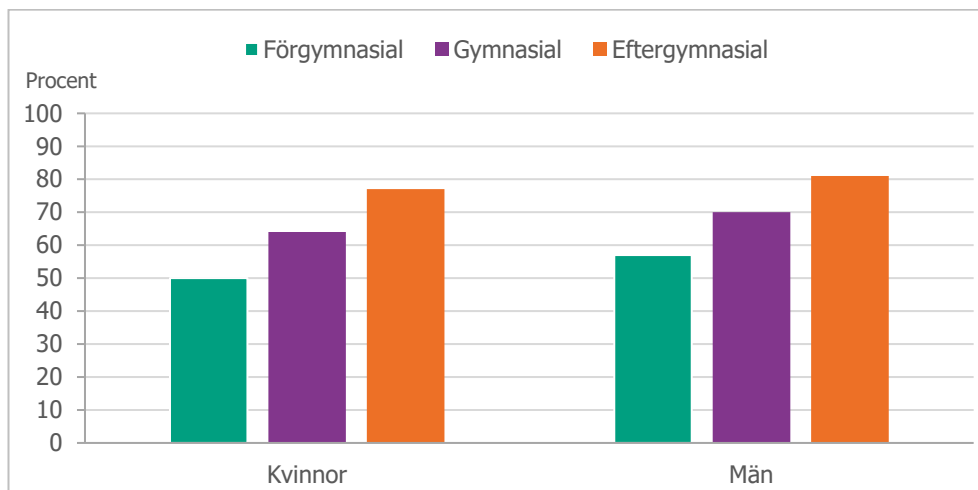
2 Återstående medellivslängd mäts vid olika åldrar i livet. Återstående medellivslängd vid födseln används ofta vid internationella jämförelser medan återstående medellivslängd vid 30 års ålder används för att jämföra t.ex. utbildningsgrupper. För att kunna ta hänsyn till utbildningsnivå behöver måttet börja när flertalet hunnit utbilda sig.

Figur 2. Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar i åldern 25 år och äldre, fördelad på utbildningsnivå och kön, 2017. Åldersstandardiserade siffror.



Fler skattar sin hälsa som god. Den självskattade hälsan, mätt som andelen som uppger gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, har ökat 2006–2018. Män i åldern 16–84 år uppger, trots högre dödlighet, bättre självskattad allmän hälsa än kvinnor. Det är 74 procent som uppger god eller mycket god hälsa bland män och 69 procent bland kvinnor. För de olika utbildningsgrupperna följer den självskattade hälsan samma mönster som dödligheten; ju högre utbildningsnivå, desto fler som skattar sin hälsa som god eller mycket god (figur 3). Andelen som skattar sin hälsa som god eller mycket god är lägre bland personer födda i Norden (utom Sverige) än övriga födelseregioner.

Figur 3. Självskattat gott allmänt hälsotillstånd i åldern 16–84 år, fördelat på utbildningsnivå och kön, 2018.



Det finns inga större skillnader mellan olika utbildningsgrupper i självskattat psykiskt välbefinnande. En svag ökning av andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande kan ses bland både män och kvinnor under perioden 2006–2018. Även andelen som uppger stress samt ängslan, oro eller ångest är lägre bland män. Bland skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 år 2018 uppger flickor oftare att de upplevt psykosomatiska besvär än pojkar. Fler personer födda i Europa (utom Norden) och övriga världen uppger nedsatt psykiskt välbefinnande än personer födda i Sverige.

Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15 år och äldre är i stort sett oförändrat under perioden 2006–2017 i samtliga grupper, såväl för utbildningsnivå som för kön, men med en nedgång av antalet avlidna i gruppen födda i Europa (utom Norden). Antalet avlidna i suicid är fortsatt högre bland män (21 per 100 000) jämfört med kvinnor (8 per 100 000) och bland personer med förgymnasial (23 per 100 000) respektive gymnasial utbildningsnivå (17 per 100 000) jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå (10 per 100 000).

Antalet personer per 100 000 som vårdades minst en natt på sjukhus för våldsrelaterade skador är större bland män (27 per 100 000) än kvinnor (9 per 100 000) och flest drabbas i den yngsta åldersgruppen (15–29 år). Även bland personer med förgymnasial utbildningsnivå är andelen större än bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Norden (utom Sverige) och utanför Europa jämfört med övriga födelseregioner. Sammantaget sjunker andelen vårdade för våldsrelaterade skador under perioden 2006–2017 med 46 procent. Tydligast är minskningen i flera av de mest drabbade grupperna: män, den yngsta åldersgruppen och födda utanför Europa. Däremot minskar andelen inte lika mycket bland dem med förgymnasial utbildningsnivå som bland dem med eftergymnasial.

Förekomsten av övervikt och fetma ökar generellt under perioden 2006–2018. År 2018 uppger drygt 50 procent antingen övervikt eller fetma. Både övervikt och fetma ökar bland både kvinnor och män och 2018 har 15 procent av kvinnorna och 16 procent av männen i åldern 16–84 år fetma. Fetma ökar även i samtliga utbildningsgrupper där en lägre andel av personer med eftergymnasial utbildningsnivå uppger fetma än av dem med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå. Fetma ökar bland annat risken för typ 2-diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom [22]. Även andelen som uppger att de har högt blodtryck ökar under perioden och är högre bland män och bland dem med förgymnasial utbildningsnivå. Andelen som uppger att de diagnostiserats med diabetes är oförändrad, men diabetes uppges oftare av män än kvinnor och av personer med förgymnasial än eftergymnasial utbildningsnivå.

Befolkningen i Sverige blir äldre och de äldre har överlag sämre hälsa än yngre. Andelen som uppger att de har en god hälsa är lägst i åldersgruppen 65–84 år, där 58 procent uppger god hälsa. Andelen fallskador bland dem 65 år och äldre är störst i den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre (7 722 per 100 000) och vanligare bland kvinnor än män. Det ses däremot en positiv utveckling i vissa fall av



dödlighet, där till exempel antalet dödsfall i bröstcancer och prostatacancer per 100 000 personer i åldersgruppen 65–84 år minskar 2006–2017. Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar minskar både i åldersgruppen 65–84 år och 85 år och äldre.

Bland de yngre (16–29 år) är hälsan överlag bättre än i övriga grupper, men det finns vissa tecken på att den psykiska ohälsan ökar mellan 2006 och 2018. Andelen med stress, samt med ängslan, oro eller ångest och med nedsatt psykiskt välbefinnande är högst i den yngsta åldersgruppen och ökar under perioden 2006–2018. Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer är oförändrat i alla åldersgrupper.

Spädbarnsdödligheten under det första levnadsåret har minskat successivt i Sverige, från 22 dödsfall per 1 000 levande födda år 1950 till 2,4 dödsfall per 1 000 levande födda år 2017. Utvecklingen under den senaste 12-årsperioden har varit i princip oförändrad. Spädbarnsdödligheten är högre bland spädbarn vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå (5,8 per 1 000 levande födda) och lägst bland spädbarn vars föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå (1,9 per 1 000 levande födda).

## Smittsamma sjukdomar

En god folkhälsa förutsätter ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar och befolkningen i Sverige har generellt ett bra sådant skydd. Utbrott av bland annat mag- och tarminfektioner sker däremot regelbundet. En av de allvarligare infektionerna är ehec som 2018 orsakade ett utbrott med 116 sjukdomsfall, vilket gör det till ett av de största utbrotten av ehec som Sverige hittills haft.

Jämfört med andra länder i Europa har Sverige en relativt låg förekomst av antibiotikaresistens<sup>3</sup>, detta trots att vi under en längre period sett en ökande utveckling. Under 2018 rapporterades något fler fall av resistent bakterier av typen MRSA (3864 fall) jämfört med 2017, men antalet fall ligger på en relativt jämn nivå undantaget ett topp 2016. En ökning kan ses för två av de enligt smittskyddslagen anmälningspliktiga resistent bakterierna. För Enterobacteriaceae med ESBL<sub>CARBA</sub> rapporterades 145 fall 2018 jämfört med 116 år 2017. Antalet fall av VRE har nästan fördubblats (från 244 fall till 444), främst genom smittspridning på sjukhus.

Från flera länder i Europa rapporteras ökad vaccintveksamhet, men vaccinationstäckningen i Sverige fortsätter att vara mycket hög. Över 97 procent av alla barn födda 2015 var fullvaccinerade vid två års ålder. I Sverige inträffade 43

---

<sup>3</sup> Här rapporterar vi kring tre olika resistent bakterier: MRSA (meticillinresistent gula stafylokocker), ESBL<sub>CARBA</sub> (en resistensmekanism bland bakterier som innebär att de kan bryta ner s.k. betalaktamantibiotika) och VRE (vankomycinresistent enterokocker).

fall av mässling under 2018. Majoriteten av de insjuknade var vuxna och smittan var kopplad till utlandsvistelser.

Antalet rapporterade fall av hivinfektion har under senaste tioårsperioden legat på en oförändrad nivå, men under 2018 har en viss ökning setts i vissa grupper.

Antalet fall av gonorré som rapporterats i Sverige fortsatte att öka något under 2018 efter en större ökning de senaste åren. Ökningen är störst i Stockholms län. Liksom tidigare år ses flest fall i gruppen män som har sex med män, men även bland heterosexuellt smittade män och kvinnor är ökningen påtaglig. Bland män som har sex med män ökar även rapporterade fall av syfilis.

## Levnadsvanor

Det finns ett flertal levnadsvanor som påverkar hälsan samt risken för sjuklighet och förtida död. I den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”, en datainsamling som görs regelbundet av Folkhälsomyndigheten, samlas information in kring ett antal av dessa levnadsvanor. Utvecklingen av levnadsvanor kopplade till hälsan har under 2006–2018 i flera fall varit positiv. Daglig tobaksrökning minskar i befolkningen 16–84 år och riskkonsumtion av alkohol minskar något bland män och i den yngsta åldersgruppen.

Daglig tobaksrökning minskade under 2006–2018 bland kvinnor och män, i alla åldersgrupper, i alla utbildningsgrupper och oberoende av födelseland. Lika många kvinnor som män uppger att de röker dagligen 2018 och andelen som uppger att de röker dagligen är fortsatt större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå, jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå. Även bland personer födda i Europa (utom Norden) och utanför Europa uppger fler att de röker än bland personer födda i Sverige.

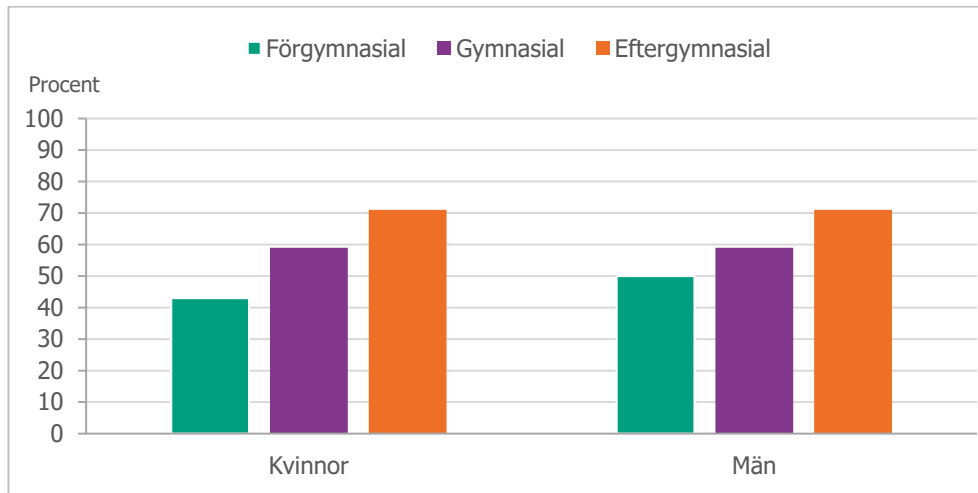
Fler män än kvinnor uppger fortfarande en riskkonsumtion av alkohol 2018, trots att den minskar något bland män, men är oförändrad bland kvinnor. En större andel personer med gymnasial utbildning uppger riskkonsumtion jämfört med personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå. Riskkonsumtion uppges oftare av dem födda i Sverige eller övriga Norden än bland personer födda i övriga Europa eller övriga världen.

Andelen som uppger att de är fysiskt aktiva<sup>4</sup> är 64 procent av befolkningen 2018. Skillnaden är liten mellan kvinnor och män men andelen som uppger fysisk aktivitet är högre i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå (71 procent) än i gruppen med gymnasial (59 procent) och förgymnasial utbildningsnivå (47 procent) (figur 4). Även bland personer födda utanför Europa uppger färre personer att de är fysiskt aktiva (45 procent) än bland personer från övriga födelseregioner.

---

<sup>4</sup> Fysiskt aktiv definieras här som dem med 150 aktivitetsminuter eller mer per vecka. Uträkningen för aktivitetsminuter beskrivs närmare i bilaga 2.

Figur 4. Fysisk aktivitet i åldern 16–84 år, fördelad på utbildningsnivå och kön, 2018.



Levnadsvanorna kan påverka hälsan i form av ökad risk för såväl cancer, kardiovaskulära sjukdomar, kronisk luftvägssjukdom och viss form av diabetes [22-24]. Hälsoeffekten av levnadsvanorna är emellertid fördröjd och kan ofta inte ses förrän många år senare.

## Livsvillkor

Livsvillkoren påverkar möjligheten att få god vård i tid, men även möjligheten till god hälsa, både direkt och genom förutsättningar för hälsosammare levnadsvanor. Livsvillkoren skiljer sig mellan olika grupper i samhället, såväl mellan kvinnor och män som mellan socioekonomiska grupper. Villkoren ser också olika ut i olika åldrar.

Män har generellt högre disponibel inkomst<sup>5</sup> och högre sysselsättningsgrad<sup>6</sup> än kvinnor. Sysselsättningsgraden ökade dock något mer för kvinnor än män under 2006–2017. En något större andel flickor än pojkar i årskurs 9 når gymnasiebehörighet och en större andel flickor än pojkar på gymnasiet tar examen inom fyra år.

Den disponibla inkomsten ökar mellan 2006 och 2016 för alla utbildningsgrupper, men inte i lika stor utsträckning för dem med förgymnasial utbildningsnivå som övriga grupper. Ekonomisk utsatthet<sup>7</sup>, ett mått som anger vilka som lever i risk för fattigdom, varierar beroende på såväl utbildningsnivå som födelseland. Bland både vuxna och barn finns stora skillnader i andelen som lever i ekonomisk utsatthet mellan familjer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå (figur 5).

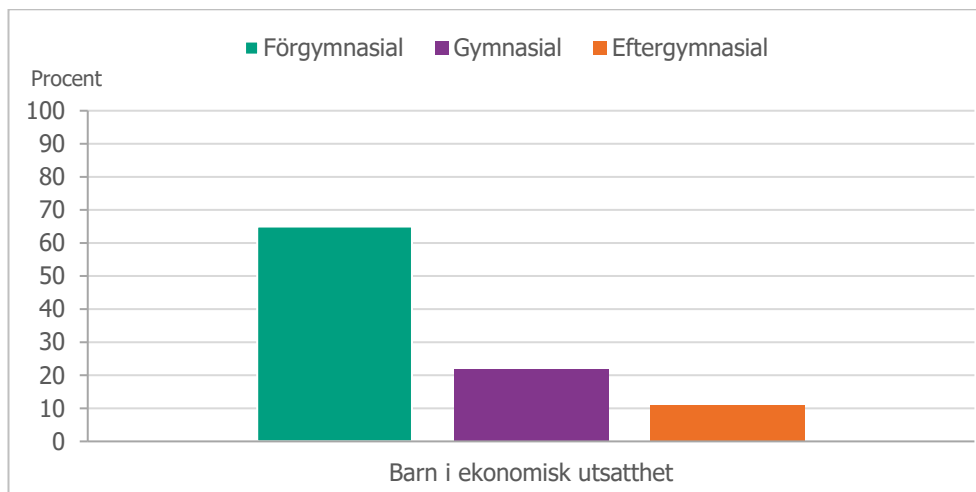
5 Här mätt som medianvärdet för den ekvivalerade disponibla inkomsten. Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster minus skatter. Ekvivalerad innebär att ett viktsystem används för att relatera hushållets konsumtion till dess sammansättning.

6 Sysselsättningsgrad redovisas som andel som förvärsarbetar i befolkningen.

7 Ekonomisk utsatthet innebär att hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet är lägre än 60 % av medianvärdet för riket. Data finns tillgängligt endast för 2011-2016.

Även födelseland har stor betydelse där flest i gruppen födda utanför Europa lever i ekonomisk utsatthet både bland vuxna (35 procent) och barn (59 procent), vilket kan jämföras med 10 respektive 15 procent för gruppen född i Sverige.

Figur 5. Barn (0–19 år) i ekonomisk utsatthet, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2016.



Sysselsättningsgraden 2017 bland personer 25–64 år skiljer sig mellan utbildningsgrupper och är lägre i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, 62 procent, jämfört med gruppen med gymnasial och eftergymnasial nivå, 85 respektive 89 procent. Även långtidsarbetslösheten<sup>8</sup> är större i gruppen med förgymnasial utbildning än i övriga grupper. I viss mån förklaras det av sambandet mellan ålder och utbildningsnivå. De som är äldre utgörs av många med folkskola eller grundskola som högsta utbildningsnivå. De som är äldre har också lägre sysselsättningsgrad, bland annat på grund av att fler har gått i pension. Detta kan resultera i överskattning av utbildningens betydelse för sysselsättningen, även om en högre utbildningsnivå innebär en ökad möjlighet till sysselsättning.

Vad gäller andelen som går ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet är skillnaderna stora beroende på föräldrarnas utbildningsnivå. Andelen som går ut med gymnasiebehörighet 2018 är 51 procent bland dem med föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå, att jämföra med 93 procent bland dem vars föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå. Motsvarande siffror för andelen gymnasieelever som tar examen inom fyra år är 41 respektive 82 procent. Skillnaderna i andel med gymnasiebehörighet och gymnasieexamen är stora även beroende på födelseland. Bland dem födda i Sverige är 90 procent som går ut årskurs 9 behöriga till gymnasiet och 77 procent tar gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning, medan motsvarande siffror för dem födda utanför Europa är 48 respektive 36 procent.

<sup>8</sup> Långtidsarbetslöshet redovisas som andel arbetslösa (minst 12 månader) av alla i arbetskraften, det vill säga den arbetsföra delen av befolkningen.

Livsvillkoren har generellt sett förbättrats för de flesta i Sverige under de senaste åren. Den ekonomiska standarden har höjts mellan 2006 och 2016 och sysselsättningsgraden har gått upp sedan lågkonjunkturen 2008–2010, till 84 procent av befolkningen 25–64 år, 2017. Även andelen yngre (15–24 år) som varken arbetar eller studerar har sjunkit något. Trots det har andelen som lever i ekonomisk utsatthet ökat något både bland vuxna och barn sedan 2011 och det finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå och födelseland. Även andelen elever i årskurs 9 som går ut med gymnasiebehörighet sjunker under perioden, främst bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå. Detta riskerar på sikt att öka skillnaderna i hälsa hos befolkningen.

### Miljörelaterade förhållanden

Ytterligare delar av folkhälsoarbetet handlar om att främja förutsättningarna för en miljö som bidrar till en god och jämlik hälsa, liksom att identifiera hälsorisker i den fysiska miljön. Hälsan påverkas av många olika faktorer i miljön, både i den yttre miljön och inomhus.

Bostadens läge har stor betydelse för olika faktorer som kan påverka hälsan. En sådan är hur mycket en person exponeras för luftföroreningar. Enligt Miljöhälsoenkäten [25] bor 26 procent i en bostad som har något fönster som vetter mot en större gata eller trafikled och 14 procent har ett sovrumsfönster i ett sådant trafikutsatt läge. Dessutom rapporterar ungefär två tredjedelar (68 procent) att de varje dag vistas mer än en halvtimme i trafik och 36 procent att de gör det minst en timme. Yngre tillbringar mer tid i trafik än äldre. Luftföroreningar utomhus bidrar till sjukdom och förtida död, främst i hjärt- och kärlsjukdom och lungsjukdom, men även cancer [25].

Omgivningsbuller kan påverka välbefinnande och hälsa på många sätt. Utöver att det kan göra det svårare att uppfatta tal, kan det ge upplevelse av obehag och irritation, nedsatt inlärning och prestation, störd sömn samt stressreaktioner. Mycket starka ljud riskerar att leda till hörselnedsättning och tinnitus. Uppskattningsvis är 20 procent av befolkningen i Sverige exponerade för trafikbuller över gällande riktvärde utomhus vid bostadens fasad [25] och cirka 3 procent av befolkningen uppger 2018 att man har svårt att somna eller blir väckt på grund av trafikbuller [26].

Ihållande perioder av värme kan orsaka ohälsa och till och med leda till ökad dödlighet. I Sverige var juli 2018 den varmaste julimånaden som uppmätts sedan man började mäta för 260 år sedan, i princip i hela landet och fler dagar hade temperaturer över 30 grader [27]. Folkhälsomyndighetens datasammanställning visar att dödligheten ökade under sommaren 2018 jämfört med tidigare somrar och under veckorna 23–35 var den totala överdödligheten cirka 700 dödsfall. Vidare rapporterade 58 procent av befolkningen att de har upplevt något symtom kopplat till det ovanligt varma vädret. De som tillhör en riskgrupp rapporterar fler besvär än de som inte tillhör en riskgrupp, 69 procent mot 56 procent [27]. Främst är det personer som är äldre, kroniskt sjuka, eller har vissa typer av funktionsnedsättning

som är särskilt sårbara vid värmeböljor. Även riktigt små barn och gravida räknas till riskgrupperna.

Den ökning av ehec, vibriobakterier samt cryptosporidiuminfektioner som noterades under sommaren 2018, jämfört med åren innan, kan ha ett samband med att en längre och varmare sommar påverkar både människors beteende och smittämne tillväxt och överlevnad. Till exempel anmäldes 131 fall av infektioner orsakade av vibriobakterier, jämfört med 20 fall i genomsnitt under samma period de senaste fyra åren. Smitta sker i detta fall via sjö- eller havsvatten och symtomen inkluderar öroninfektioner och så kallad badsårsfeber.



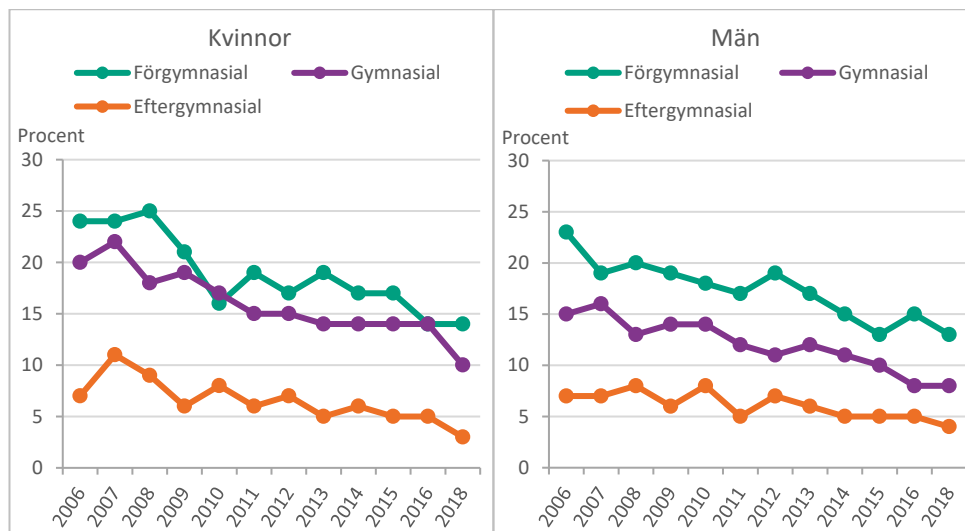
Orsakerna till utvecklingen av medellivslängden står att finna under en individs hela livsförlopp. Den ökade medellivslängd vi kan mäta idag beror således på faktorer både långt tillbaka i tiden och idag. Att ojämlikheten i medellivslängd kvarstår och till och med ökar kan bland annat förklaras av att förbättringar i samhället inte kommer alla till lika stor del. Sjukvården är ett exempel, där screening av olika sjukdomar inte når alla grupper i samma utsträckning.

Livsvillkoren har inte heller förbättrats lika mycket för alla grupper vilket påverkar skillnaderna i medellivslängd. Att livsvillkoren inte förbättras lika mycket för alla syns exempelvis i ökningen av de generella inkomstskillnaderna.

Inkomstskillnaderna, mätt med hjälp av Gini-koefficienten<sup>9</sup>, har ökat kontinuerligt i Sverige sedan 80-talet [29-31]. Dessutom har den percentil med lägst inkomst halkat efter mer än övriga [31-32]. Speciellt utsatta grupper vad gäller låg ekonomisk standard är till exempel utlandsfödda, ensamstående föräldrar, äldre ensamstående, personer med funktionsnedsättning, långtidssjukskrivna och arbetslösa [31, 33-34]. I dessa grupper är det även vanligare med förgymnasial utbildningsnivå som högsta utbildning.

Daglig tobaksrökning minskade under 2006–2018 bland kvinnor och män och i alla utbildningsgrupper, men skillnaderna i andelen personer som röker mellan gruppen med förgymnasial utbildningsnivå och gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå är oförändrat stora under perioden (figur 7).

Figur 7. Daglig tobaksrökning 16–84 år, fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2018.



Nedgången i daglig tobaksrökning beror på många olika faktorer, där olika styrmedel i form av skatter, lagar och riktlinjer bidrar. När det gäller levnadsvanor betonas ofta att de val människor gör påverkas dels av personliga preferenser och

<sup>9</sup> Gini-koefficienten mäter inkomstspridningen inom ett land och kan ta ett värde mellan 0 och 1. I ett land med värde 0 har alla invånare exakt samma inkomst medan värdet 1 innebär att en enda person har all inkomst. Gini-koefficienten kan användas för att jämföra olika länders inkomstfördelning med varandra eller för att studera trender över tid.

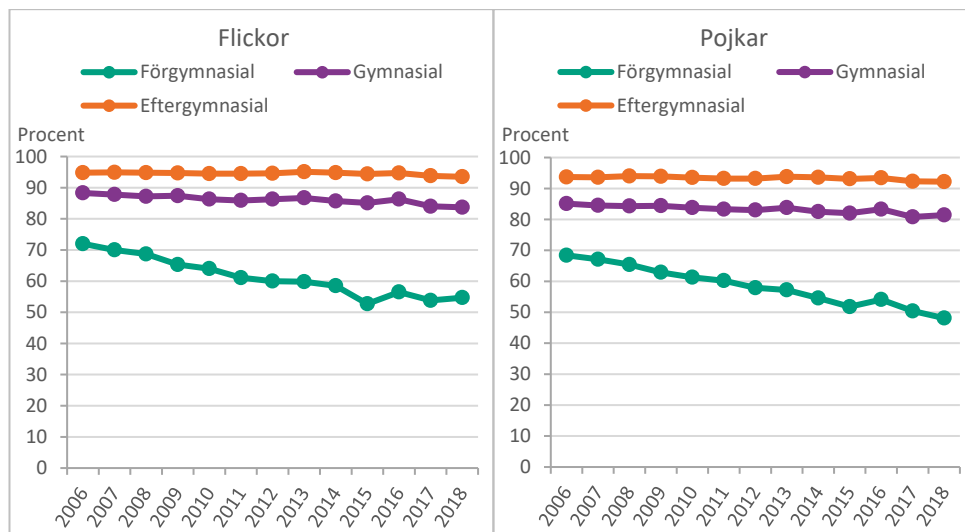


dels av det handlingsutrymme man har [3]. Handlingsutrymmet att genomföra de förändringar som behövs för att förbättra hälsan skiljer sig mellan olika grupper. Att rökningen inte minskat lika mycket i alla grupper hänger troligtvis samman med såväl en ökad skillnad i de ovan beskrivna sociala och ekonomiska livsvillkoren som med hur väl olika insatser når olika grupper.

Ytterligare en förklaring till uteblivna förbättringar i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, vad gäller såväl medellivslängd som tobaksrökning, är att gruppen utgör en minskande andel av befolkningen och att gruppens komposition har ändrats över tid [19], vilket gör att den idag är mer utsatt på arbetsmarknaden och i andra avseenden [18]. Kommande förändringar i gruppens storlek och komposition kan även påverka utvecklingen framåt.

Andelen elever med gymnasiebehörighet i årskurs 9 har generellt sett sjunkit under perioden 2006–2018, även om en svag uppgång kan ses igen sista året. Det finns stora skillnader i andel med behörighet beroende på föräldrarnas utbildningsnivå (figur 8), och andelen behöriga har dessutom sjunkit mer i gruppen vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå än i övriga grupper under perioden 2006–2018.

Figur 8. Gymnasiebehörighet, fördelad på föräldrarnas utbildningsnivå och kön, 2006–2018.



Trenden med ökande skillnader i behörighet till gymnasiet är viktig eftersom utbildning påverkar en individs möjligheter till såväl arbete som god hälsa genom livet och därmed kan säga något om utvecklingen av hälsoskillnader i framtiden.

För att få en uppfattning om hur skillnaderna i hälsa och dess bestämningsfaktorer kan utvecklas en generation framåt i tiden (30 år) har simuleringar gjorts med hjälp av mikrosimuleringsmodellen SESIM [35]. Syftet med detta är att kunna resonera kring framtida utmaningar vad gäller att sluta klyftorna inom en generation. Nedan presenteras prognoser baserade på SESIM, för hur utbildningsklyftorna i tobaksrökning utvecklas under 2019–2049.

#### SESIM – en modell för simulering

SESIM, som är utvecklad vid Finansdepartementet, är en *mikrosimuleringsmodell*, vilket innebär att modellens minsta beståndsdelar är individer. Individerna i modellpopulationen utgör ett representativt urval av Sveriges befolkning 1999, som med hjälp av registerdata tilldelats egenskaper – bland annat ålder, kön, sysselsättning och inkomst. Befolkningen utvecklas över tid i enlighet med SCBs befolkningsprognoser med avseende på populationsstorlek och dess fördelning vad gäller ålder, födelseland, utbildningsnivå etc. Varje individs egenskaper uppdateras årligen, baserat på statistiska modeller skattade på verkliga data som tar individens egenskaper och historik i beaktande. Exempelvis tilldelas en individ ny inkomst utifrån utbildningsnivå och antal arbetade år. Även antaganden på makronivå, i detta fall om den ekonomiska tillväxttakten, spelar roll.

I SESIMs modell för tobaksrökning bestäms individens sannolikhet att röka främst av följande bestämningsfaktorer: ålder, kön, utbildningsnivå, födelseland, inkomst, samboskap och förekomsten av småbarn i hushållet. Det finns även faktorer som modellen inte tar hänsyn till som till exempel stress, arbets- och boendemiljö och tillgången till sociala nätverk. Risken att röka påverkas i SESIM inte heller av mer strukturella samhällsförändringar över tid, som till exempel ökad eller minskad segregation, ökade eller minskade inkomstskillnader, kulturella strömningar eller innovationer.

I SESIM baseras risken för rökning på data från SCBs ”Undersökningar för levnadsförhållanden” (ULF). Övriga delar av rapporten baseras på data från Folkhälsomyndighetens egen urvalsundersökning ”Hälsa på lika villkor” (HLV). ULF visar generellt sett en något högre andel som röker dagligen än vad HLV visar. Även utbildningsnivå definieras olika i SESIM och övriga rapporten<sup>10</sup> vilket resulterar i en något större andel med förgymnasial respektive gymnasial utbildningsnivå i SESIM.

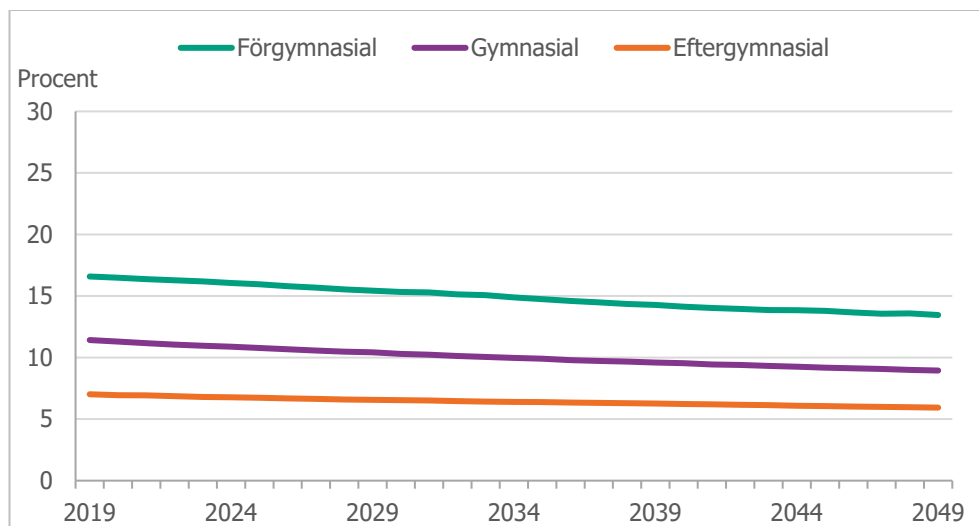
Grupperna baserat på utbildningsnivå förändras också över tid, där till exempel gruppen med förgymnasial utbildning minskar i storlek och får en högre genomsnittlig ålder.

---

<sup>10</sup> I SESIM krävs avslutat treårigt gymnasium för gymnasial utbildningsnivå och examen på universitet/högskola för eftergymnasial utbildningsnivå. Motsvarande för övriga rapporten är minst en termin på gymnasiet respektive minst en termin på universitet/högskola.

Simuleringarna med SESIM visar att rökning fortsätter att sjunka i samtliga utbildningsgrupper under kommande generation 2019–2049 (figur 9). Klyftorna mellan grupperna med förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå förväntas enligt simuleringen att minska något under perioden, men kvarstår ändå som tydliga.

Figur 9. Simulerad daglig tobaksrökning bland personer 16 år och äldre, fördelad på utbildningsnivå, 2019–2049.



Simuleringen visar att utvecklingen inte går mot att uppfylla målet om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Som nämnts ovan påverkas ojämlikheten i tobaksrökning mellan utbildningsgrupperna av såväl ojämnt fördelade sociala och ekonomiska livsvillkor som av hur väl olika insatser når olika grupper. Politiska beslut, policys och åtgärder kommer att påverka hur detta utvecklas i framtiden.

## Europeisk utblick

Att minska ojämlikheten i hälsa är en prioriterad fråga på såväl global, europeisk som nationell nivå. I de globala målen för hållbar utveckling (Agenda 2030) är mål 3, 5 och 10 särskilt viktiga i detta sammanhang. Mål 3 är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och att verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar, mål 5 är att uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt och mål 10 att minska ojämlikheten inom och mellan länder [36]. WHO Europaregionens 53 medlemsländer antog redan 2012 ett gemensamt evidensbaserat policyramverk – Hälsa 2020 – vars två övergripande strategiska mål är att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikheten i hälsa [37]. I Sverige framhöll regeringen 2014 ambitionen att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation och 2018 antog riksdagen ett nytt övergripande mål för folkhälsopolitiken som innebär ett tydligare fokus på jämlik hälsa [1].

I ett europeiskt perspektiv är folkhälsan i Sverige god. År 2016 var den förväntade medellivslängden vid födseln i samtliga EU-länder 81 år och i Sverige 82,4 år, vilket för Sveriges del är en ökning med 0,2 procentenheter från föregående år [38]. Sveriges medellivslängd är fortsatt den femte högsta i EU [38]. Medellivslängden i Sverige har varit bland de högsta i världen sedan 1990-talet och var i början av 1970-talet den högsta av alla länder i världen [39]. Ökningen av medellivslängden har dock planat ut en aning under det senaste decenniet i Sverige.

Samma mönster går igen i Europa som helhet. Medellivslängden i EU ökade med omkring 2–3 år mellan 2001 och 2011, men utvecklingen har mattats av, särskilt i Västeuropa, och medellivslängden ökade med 0,5 år 2011–2016. Avmattningen tycks främst bero på att dödsfallen på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen inte minskar lika snabbt som tidigare, samt att dödligheten bland äldre ökar periodiskt delvis på grund av särskilt allvarliga influensasäsonger [38].

Även om dödligheten har minskat i befolkningen som helhet i de flesta europeiska länder går den positiva trenden inte lika snabbt för grupper med lägre socioekonomisk position [39]. I genomsnitt kunde 30-åriga män i Europa 2016 med låg utbildningsnivå förvänta sig cirka åtta års kortare livslängd än dem med universitetsutbildning. Skillnaderna i medellivslängd var mindre, cirka fyra år, mellan hög- och lågutbildade europeiska kvinnor. Motsvarande siffror för Sverige 2016 var cirka 4 år för män och knappt 3 år för kvinnor [38]. Skillnaderna återspeglar i stor utsträckning skillnader i livsvillkor men även exponering för olika riskfaktorer såsom rökning, alkoholkonsumtion och fetma.

Andelen som röker har minskat i de flesta EU-länder, omkring var femte vuxen person röker fortfarande varje dag i länder med mer utbyggda regleringar av tobaksvaror och var fjärde vuxen person i länder med mindre utbyggda regleringar [40]. Rökning är ett fortsatt stort folkhälsoproblem och den visar sig allt mer ha koppling till socioekonomisk position [41]. Den totala alkoholkonsumtionen har minskat i flera länder i Europa men alkohol kvarstår som en stor folkhälsoutmaning [40]. I en omfattande europeisk översiktsstudie [42] fann forskarna att

alkoholrelaterade dödsorsaker är starkt sammankopplade med att vara man med lägre socioekonomisk position. Andelen med fetma i den vuxna befolkningen i Europa fortsätter att öka. Omkring var sjätte person har fetma. Cirka 20 procent av dem med en lägre utbildningsnivå har fetma jämfört med cirka 12 procent bland dem med en högre utbildningsnivå [40].

Ett annat mått på hälsa är återstående hälsosamma levnadsår vid 65 års ålder (Healthy life years: HLY), som rapporterats av WHO för ett stort antal länder i Europa [43]. Skillnaderna mellan länder i Europa är stora, där Sverige 2015 rapporterar flest hälsosamma år; 16,8 HLY för kvinnor och 15,7 för män. Enligt EU-kommissionen är psykisk ohälsa den enskilt största folkhälsoutmaningen i Europa. Kommissionen uppskattar att en av sex personer i EU:s medlemsländer drabbades av psykisk ohälsa 2016, vilket motsvarar cirka 84 miljoner människor. Under 2015 tillskrevs 84 000 dödsfall i EU psykisk ohälsa eller självmord [44].

# Bilagor

Nedan bilagor är bifogade i denna fil, dubbelklicka på gomet för att läsa respektive bilaga eller se menyn för bifogade filer i din pdf-läsare. Filen är optimerad för Internet Explorer och Acrobat Reader DC.

Bilaga 1 Resultat i tabellform

Bilaga 2 Beskrivning av indikatorer

Bilaga 3 Metodbeskrivning

Bilaga 4 Extern expertgrupp, medlemmar

# Referenser

1. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. Regeringens proposition 2017/18:249. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - siffror, grafik och text. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016 [uppdaterad 14 mars 2019; citerad 15 mars 2019]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/>
3. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
4. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Inequalities in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 2007. Working paper 2007:14. Hämtad från: <https://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
5. Pini A, Stenbeck M, Galanis I, Kallberg H, Danis K, Tegnell A, et al. Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: an individually matched case-control study. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(2):165–76. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30485-7.
6. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 ×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet*. 2017;389:1229–37. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32380-7.
7. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. Hämtad från: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107790>
8. Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, Lynch J, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):7-12. doi: 10.1136/jech.2004.123531.
9. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Hämtad från: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
10. Diderichsen, Andersen I, Manuel C, Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health. Health inequality--determinants and policies. *Scand J Public Health*. 2012 Nov;40(8 Suppl):12-105. DOI: 10.1177/1403494812457734.
11. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-best%c3%a4mningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
12. Forte. Hälsa och livsvillkor hos unga HBTQ-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? Stockholm: Forte; 2018. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/unga-hbtq/>
13. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a9f9f81fd47c40ecb2241b5d2658bfe2/slutrapport-funktionshindersuppdraget-2011-2016.pdf>

14. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa - Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017. Stockholm: Barnombudsmannen; 2017. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/ovriga-publikationer/nyanlanda-barns-halsa/>
15. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets Högskola; 2016. Rapportnummer 2016:1. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:rkh:diva-2324>
16. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2012. Hämtad från: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter\\_GZ0WRF11](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRF11)
17. Janlert U. Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad; 2012. Hämtad från: [http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfc800036206/UrbanJanlert\\_underlag.pdf](http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf).
18. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/utbildningsniva-halsa/slutrapport-utbildningsnivaer.pdf>
19. Statistiska centralbyrån (SCB). Arbetsmarknaden för personer med låg utbildning 2005-2016. Stockholm: SCB; 2017. Statistiska meddelanden SM 1704. Hämtad från: [https://www.scb.se/contentassets/bfca27069b504896af1244d3c837f544/am0401\\_2017k03\\_sm\\_a\\_m110sm1704.pdf](https://www.scb.se/contentassets/bfca27069b504896af1244d3c837f544/am0401_2017k03_sm_a_m110sm1704.pdf)
20. Marmot M. Fair society, healthy lives: The Marmot review: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Institute of Health Equity; 2010. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-2>
22. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève: WHO; 2014. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
23. GBD 2016 alcohol collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).
24. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012; 380(9838):219-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
25. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsorapport 2017. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/m/miljohalsorapport-2017/>
26. Folkhälsodata. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018. Trafikbuller, störd av, efter ålder, kön och år. Andel (procent). [citerad 2019-02-06]. Hämtad från: [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/B\\_HLV\\_iMiljohals\\_Buller/trafballad.px/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_iMiljohals_Buller/trafballad.px/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c)
27. Folkhälsomyndigheten. Resultat från Hälsorapports augustienkät om värmeböljor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2018 [citerad 2019-02-06]. Hämtad från: <https://www.halsorapport.se/sv/resultat/resultat-augusti-2018/>.



28. Vågerö D. Löpande bevakning och rapportering av folkhälsa och ojämlikhet i hälsa. Underlagsrapport 9 till Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa; 2017. Hämtad från: <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/lopande-bevakning-och-rapportering-av-folkhalsa-och-ojamlikhet-halsa>
29. Waldenström D, Bastani S, Hansson Å. Konjunkturrådets rapport 2018. Kapitalbeskattningens förutsättningar. Stockholm: SNS förlag; 2018. Hämtad från: <https://www.sns.se/aktuellt/konjunkturradets-rapport-2018-kapitalbeskattningens-forutsattningar-2/>
30. Kuvalainen S, Nelson K. The Nordic welfare model in a European perspective. Stockholm: Institute for Futures Studies; 2010. Working paper 2010:11. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/the-nordic-welfare-model-in-a-european-perspective/>
31. Statistiska centralbyrån (SCB). Ekonomisk välfärdsstatistik 2017:1. Inkomstrappport 2015 – individer och hushåll. Stockholm: SCB; 2017. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och-inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/publikationer/inkomstrappport-2015--individer-och-hushall/>
32. Roine J, Waldenström D. Long-Run Trends in the Distribution of Income and Wealth. I: Atkinson AB, Bourguignon F (red.). Handbook of Income Distribution, vol. 2A. Amsterdam: North-Holland; 2015.
33. 2015 års ekonomiska vårproposition. Stockholm: Finansdepartementet; 2015. Regeringens proposition 2014/15:100. Bilaga 2, Fördelningspolitisk redogörelse. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2015/04/prop.-201415100/>
34. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistik om personer med funktionsnedsättning, tabeller 2016–2017. [citerad 21 februari 2019]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/tabell-och-diagram/statistik-om-personer-med-funktionsnedsattning/tabeller-2016-20172/>
35. Flood L. SESIM: A Swedish Micro-Simulation Model. I: Klevmarken A, Lindgren B, red. Simulating an Aging Population. A microsimulation approach applied to Sweden. Bingley: Emerald; 2008. Hämtad från: <https://www.emeraldinsight.com/doi/book/10.1016/S0573-8555%282008%29285>
36. United Nations Development Programme (UNDP). Globala målen för hållbar utveckling. Stockholm: UNDP; 2015. [citerad 13 februari 2018]. Hämtad från: <http://www.globalamalen.se/>
37. WHO. Hälsa 2020. Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-2020-ett-policyramverk-for-sektorsovergripande-insatser-for-halsa-och-valbefinnande-i-whos-europaregion/>
38. OECD, Europeiska kommissionen. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)
39. Statistiska Centralbyrån (SCB). Hög medellivslängd i Sverige. Stockholm: SCB; 2017. [publicerad 6 mars 2017; citerad 9 februari 2018]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Hog-medellivslangd-i-Sverige/>
40. Europiska kommissionen. State of the Health in the EU. Pooling expertise, strengthening knowledge. Paris: OECD Publishing; 2018. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_sum\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_sum_en.pdf)

41. Artnik B, Bopp M, Deboosere P, de Gelder R, Gregoraci G, Kovács K, et al. Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries 1990–2004. *Tob Control*. 2017;26(3):260-68. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052766.
42. Probst C, Roerecke M, Beherendt S, Rehm J. Gender differences in socioeconomic inequality of alcohol attributable mortality: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev*. 2015; 34(3):267-77. doi: 10.1111/dar.12184.
43. World health organization (WHO). The European health report 2018. More than numbers – evidence for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>
44. Mackenbach JP, Kulháňová I, Artnik B, Bopp M, Borrel C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ*. 2016;353:1732. doi: 10.1136/bmj.i1732.

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Rapporten är tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för i första hand regeringen men även politiker och tjänstemän på regional nivå samt andra statliga myndigheter med intresse av att följa folkhälsofrågorna.

Folkhälsans utveckling – årsrapport 2019 ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper, och där så är möjligt redovisas även utvecklingen under den senaste tolv- eller trettonårsperioden. Rapporten synliggör olika aspekter av den ojämlika hälsan och dess bestämningsfaktorer och stödjer därmed arbetet för en jämlik hälsa.

-----  
*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 hälsot.*

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