



Folkhälsomyndigheten

# Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2021



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

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

© Folkhälsomyndigheten, 2021.

Artikelnummer: 21014

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Syftet med årsrapporten är att ge en övergripande beskrivning av hur folkhälsan och dess förutsättningar ser ut i Sverige och även redovisa utvecklingen över tid.

Den avser också att svara på om vi närmar oss det övergripande målet för folkhälsopolitiken, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Under 2020 har Sverige och världen drabbats av utbrottet av covid-19 som utvecklades till en pandemi under årets första månader. Den här rapporten analyserar delvis effekten av pandemin, men eftersom årsrapporten är del i en långsiktig uppföljning som baseras på kvalitetssäkrad statistik, finns en viss eftersläpning på data.

För att ge en första samlad bild av konsekvenserna av covid-19-pandemin på folkhälsan publiceras under våren en rapport där kompletterande metoder och data har använts. Analysen av pandemins konsekvenser ur ett brett folkhälsoperspektiv, såväl utmaningar som möjligheter, måste fortsätta för att skapa långsiktiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa.

Folkhälsoarbetet behöver stärkas och prioriteras för att behålla och förbättra en god folkhälsa, för att minska skillnaderna i hälsa och för att bygga hållbara samhällen som bidrar till utveckling. Det senaste årets covid-19-pandemi har dessutom förstärkt behovet av ett långsiktigt, förebyggande och tvärsektorielt folkhälsoarbete. Folkhälsomyndigheten presenterade i december 2020 en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet som syftar till att möjliggöra systematiska och samordnade insatser på statlig nivå och stödja arbetet mot en god och jämlik hälsa.

Arbetet med årsrapporten har letts av Karin Engström. Ett stort antal medarbetare på myndigheten har medverkat i att ta fram rapporten.

*Johan Carlson, Generaldirektör*

# Innehåll

Om publikationen .....	3
Sammanfattning .....	6
Summary .....	8
Inledning .....	10
Uppdrag och syfte .....	10
Utgår från det nya folkhälsopolitiska ramverket .....	10
Covid-19 och folkhälsa .....	11
Rapportens upplägg .....	12
Hälsa och förutsättningar för hälsa .....	13
Hälsans bestämningsfaktorer .....	13
Vad är ojämlikhet i hälsa? .....	14
Utbildning som mått på socioekonomisk position .....	15
Långsiktigt arbete på flera nivåer .....	16
Folkhälsan i Sverige – resultat .....	17
Målområde 1 – Det tidiga livets villkor .....	17
Målområde 2 – Kompetenser, kunskaper och utbildning .....	18
Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö .....	19
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter .....	20
Målområde 5 – Boende och närmiljö .....	22
Målområde 6 – Levnadsvanor .....	23
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet .....	25
Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård .....	26
Hälsa .....	27
Att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation .....	37
Barn i hushåll med låg ekonomisk standard .....	37
Elever med gymnasiebehörighet .....	38
Daglig tobaksrökning .....	38
Självskattad hälsa .....	39
Medellivslängd .....	39

Europeisk utblick .....	41
Medellivslängd .....	41
Psykisk hälsa och suicid .....	42
Fetma .....	42
Levnadsvanor.....	42
Covid-19.....	43
Ekonomisk tillväxt.....	44
Diskussion .....	45
Är hälsan i Sverige god?.....	45
Är hälsan i Sverige jämlik?.....	46
Närmar vi oss målet om att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation?.....	46
Bilagor.....	49
Referenser .....	50

# Sammanfattning

Under 2020 har utbrottet av covid-19 drabbat såväl samhällen som individer i Sverige och världen. Trots en rad smittskyddsåtgärder har Sverige blivit hårt drabbat av pandemin med drygt 450 000 bekräftade covid-19 fall, nästan 4 300 IVA-vårdade och över 9 800 avlidna, 2020. Spridningen av flera andra infektioner har däremot gått ner kraftigt som följd av åtgärder mot covid-19, däribland säsongsinfluensan och vinterkräksjukan, men även hepatit B och C och flera av de sexuellt överförbara sjukdomarna.

Kommande års uppföljning kommer att synliggöra effekterna av covid-19 i relation till andra sjukdomar. År 2019 var de vanligaste dödsorsakerna i Sverige cirkulationsorganens sjukdomar och cancer. Under 2006–2019 har dödligheten i dessa sjukdomar, liksom i de flesta andra sjukdomar, minskat för både kvinnor och män. Medellivslängden har ökat under samma period.

Samtidigt ökar självrapporterade psykiska besvär bland unga vuxna. Psykiska besvär i unga år kan innebära en ökad risk för senare psykisk sjukdom och det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och suicid. Även antalet suicid per 100 000 invånare ökade något bland 15–44-åringar under perioden 2006–2019. Fler kvinnor än män uppgav psykiska besvär, men fler män än kvinnor avled av suicid.

Hälsan fortsätter vara ojämlikt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper. Det gäller nästan alla former av hälsa, oberoende av om den är självskattad eller läkarbedömd och både fysisk och psykisk hälsa. Personer med högst förgymnasial utbildningsnivå har en lägre medellivslängd och en högre dödlighet i nästan alla de vanligaste dödsorsakerna, än de med eftergymnasial utbildningsnivå. Samma mönster kan ses för olika former av sjuklighet och välbefinnande, som till exempel våldsrelaterade skador, fetma och god självskattad hälsa. Även covid-19 har drabbat olika grupper i olika utsträckning.

I vissa fall ökar även ojämlikheten i hälsa under perioden 2006–2019. Medellivslängden (vid 30-års ålder) bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå ökar till exempel endast marginellt med 0,3 år under perioden, medan den genomsnittliga ökningen är 2 år. Samtidigt ökar risken för förtida död i denna grupp.

Att ojämlikheten i hälsa och medellivslängd består och i vissa fall till och med ökar kan förklaras bland annat av att förbättringar i samhället, och därmed förutsättningarna för hälsa, inte kommer alla till lika stor del. Till exempel ökade den ekonomiska standarden totalt sett med 14 procent 2011–2018, men samtidigt ökade inkomstskillnaderna. Bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå var ökningen av ekonomisk standard endast 0,2 procent. Barn till föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå levde 2018 mer än tre gånger så ofta i hem med låg ekonomisk standard, jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå.

Sammantaget ökade inte jämlikhet i hälsa under perioden 2006 och framåt. Det kvarstår också fortsatt stora skillnader i levnadsvanor, som daglig tobaksrökning, och i förutsättningar för hälsa, som låg ekonomisk standard bland både vuxna och barn. Skillnader i behörighet till gymnasiet ökade. Vidare kan covid-19-pandemin och effekterna av den komma att förstärka ojämlikheten i förutsättningarna för hälsa, genom exempelvis permitteringar, arbetslöshet och försämrade försörjningsmöjligheter. Detta indikerar att stora hälsoskillnader riskerar att kvarstå om inte adekvata åtgärder sätts in.

För att folkhälsan ska förbättras behöver hälsan bli bättre särskilt för dem med sämst hälsa. Folkhälsoarbetet behöver stärkas i hela sin bredd för att det folkhälsopolitiska målet ska kunna uppnås. Det innebär att arbeta såväl hälsofrämjande och förbyggande som med sjukvårdande insatser. Ett brett arbete inom välfärdssamhällets olika områden är viktigt för att skapa goda försörjningsmöjligheter, likvärdig utbildning och goda boendeförhållanden. Det förebyggande arbetet behöver förstärkas för att minska insjuknandet i olika sjukdomar, minska trycket på vården och bidra till människors hälsa.

## Summary

In 2020, the COVID-19 pandemic has affected society as well as individuals, in Sweden and globally. Despite a number of measures taken to limit the infection, Sweden was severely affected by the pandemic with just over 450,000 confirmed COVID-19 cases, almost 4,300 patients treated in intensive care units and over 9,800 deaths, during 2020. Contrarily, the spread of several other infections fell sharply because of measures taken against COVID-19, including the seasonal flu, calcivirus, hepatitis B and C, and several sexually transmitted infections.

Public health monitoring will show the effects of COVID-19 in relation to other diseases in the coming years. In 2019, the most common causes of death in Sweden were circulatory diseases and cancer. Mortality due to these diseases, as from most other diseases, decreased during 2006–2019, while life expectancy increased, for both women and men.

During the same period, self-reported mental problems increased among young adults. Mental problems in youth entail an increased risk of later mental disorders and there is an association between mental illness and suicide. Furthermore, the number of suicides per 100,000 inhabitants also increased slightly among 15–44 year olds during the period. More women than men reported mental problems, but more men than women died by suicide.

Health continues to be unequally distributed between different socioeconomic groups. This applies both to physical and mental health, regardless of whether it is self-reported or diagnosed. People with pre-secondary education have lower life expectancy and higher mortality rate in almost all of the most common causes of death, compared with those with post-secondary education. The same pattern is observed regarding morbidity and well-being, including violence-related injuries, obesity and good self-rated health. The COVID-19 pandemic has also struck different groups differently.

In some cases health disparities even increased from 2006 to 2019. For example, life expectancy (at the age of 30) among women with pre-secondary education increased only marginally, by 0.3 years, during the period, while the average increase in the population was 2 years. At the same time, the risk of premature death increased among women with pre-secondary education.

One explanation as to why inequalities in health and life expectancy persist and in some cases even increase, is that general improvements in society that affect conditions and opportunities in life, have not benefited all groups equally. For example, economic standard increased overall by 14 percent in 2011–2018, but income inequalities increased. Among women with pre-secondary education the increase in economic standard was only 0.2 percent. Among children whose parents had only pre-secondary education, to live in a home with low economic standard was more than three times as common, compared with children whose parents had post-secondary education.



Overall, there is no decrease in health inequality from 2006 and onwards. Furthermore, there are still large differences in health-related behaviours such as daily tobacco smoking, and living conditions such as economic standard among children. Inequalities in eligibility for upper secondary school, among students in grade nine, increased. The COVID-19 pandemic and its effects may further exacerbate inequalities in health conditions, through for example redundancies and unemployment. This indicates that large health disparities are likely to persist unless adequate measures are taken.

In order to advance public health, improvements is needed among those with the worst health. To achieve the public health policy goal, to close the avoidable health gap in a generation, public health work needs to be strengthened in all policy areas. This implies health-promoting and preventive measures as well as healthcare initiatives. Broad and coordinated work in the different areas of the welfare state is important to create opportunities for a reasonable income, high-quality education for all, and good housing conditions. Preventive work is needed to reduce the incidence of various diseases, to reduce the pressure on healthcare and to contribute to public health.

# Inledning

## Uppdrag och syfte

En god folkhälsa innebär att så många som möjligt i befolkningen har en bra fysisk och psykisk hälsa, och att hälsan är jämnt fördelad mellan olika grupper i samhället. Hälsan är viktig för den enskilda individen, och bidrar även till att stärka samhällets utveckling. En god och jämnt fördelad folkhälsa är även centralt för en hållbar utveckling.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. ”Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2021” utgör ett kunskapsunderlag i första hand för regeringen, men även för politiker och tjänstemän på regional och kommunal nivå samt andra med intresse av att följa folkhälsofrågorna.

Syftet med rapporten är att ge en övergripande beskrivning av hur folkhälsan och dess förutsättningar ser ut och utvecklas i Sverige. Beskrivningen utgår ifrån regeringens övergripande mål för folkhälsopolitiken ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” och det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden [1]. Särskild fokus läggs på jämlik hälsa.

Denna årliga övergripande folkhälsorapport kompletteras av det webbaserade uppföljningssystemet [Folkhälsans utveckling – fördjupat resultat](#) [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. Data presenteras både för befolkningen som helhet och uppdelat efter kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland och län. Indikatorerna i Folkhälsans utveckling har valts för att de utgör eller bidrar till en ansenlig sjukdomsburda, eller till ojämlikhet i hälsa, samt kommer från en tillförlitlig datakälla.

## Utgår från det nya folkhälsopolitiska ramverket

Folkhälsomyndigheten presenterade i december 2020 en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet, med ett innehåll avseende fokus för arbetet, indikatorer för uppföljning och nationella mål med bäring på den övergripande folkhälsopolitiken [3].

Strukturen i den här årsrapporten är upplagd utifrån det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden samt ett separat hälsoavsnitt. Rapporten ska läsas utifrån att den är skriven i ett skifte mellan två uppföljningssystem, där ett flertal av de nya indikatorerna ännu inte har hunnit inkluderas. De nya indikatorer som har varit möjliga att inkludera i årets rapport är de som bygger på data som handhas av Folkhälsomyndigheten, såsom enkätdata från den nationella folkhälsoenkäten

Hälsa på lika villkor (HLV) och fall av smittsamma sjukdomar från databasen SmiNet, men även data från Svenska intensivvårdsregistret (SIR).

## Covid-19 och folkhälsa

Under 2020 har Sverige och världen drabbats av utbrottet av covid-19 som inleddes i Kina och utvecklades till en pandemi. Den 11 mars 2020 deklarerade Världshälsoorganisationen (WHO) att covid-19 var en pandemi och att den hade spridits till 114 länder. I februari 2020 klassades covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom i Sverige. I slutet av januari inträffade det första konstaterade fallet av covid-19 i Sverige och i mars det första fallet av inhemsk spridning. Spridningen i Sverige sammanföll med sportlovsveckorna då många svenskar reste utomlands och tog med sig smittan hem.

Under året har Sverige implementerat en rad smittskyddsåtgärder mot covid-19, som innefattar lagar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd och rekommendationer. Trots det har Sverige blivit hårt drabbat av pandemin med 454 763 bekräftade covid-19 fall, 4 265 antal IVA-vårdade och 9 816 avlidna 2020 [4-5]. Regeringens arbete under pandemin har hittills syftat till att 1) begränsa smittspridning i landet, 2) säkerställa resurser till hälso- och sjukvård, 3) begränsa inverkan på samhällsviktig verksamhet, 4) lindra konsekvenser för medborgare och företag, 5) dämpa oro och 6) sätta in rätt åtgärder vid rätt tillfälle [6]. Exempel på åtgärder för att begränsa smittspridningen har varit att begränsa antalet personer som får samlas på allmänna platser och förbud mot att besöka äldreboenden. Föreskrifter och allmänna råd till allmänheten har gått ut om att minimera antalet fysiska kontakter, undvika trängsel och hålla fysisk distans till andra, undvika onödiga resor, jobba hemifrån om det går, undvika allmänna transportmedel om det går, vara noga med hygien, stanna hemma vid minsta symtom och att testa sig om man blir sjuk.

Utbrottet av covid-19 har satt fokus på att folkhälsoperspektivet är viktigt inom många samhällsområden och att pandemin kan påverka många aspekter av folkhälsan. Pandemin har ytterligare tydliggjort hur komplexa folkhälsofrågorna är och vikten av att inför beslut göra sammanvägda bedömningar av olika åtgärders effekter [7]. Utöver de direkta effekterna inom smittskydd och vård och omsorg har pandemin även indirekta effekter, till exempel genom påverkan på övrig hälsa och begränsningar i tillgången till övrig vård, vilket förväntas kunna påverka hälsan även på lång sikt. Även effekter på levnadsvanor samt livsvillkor, som till exempel permittering eller uppsägning och försämrade försörjningsmöjligheter kan i förlängningen påverka hälsan. Effekterna av pandemin och vidtagna åtgärder har drabbat vissa grupper i högre utsträckning än andra [8-10] och kan därmed bidra till en ökad ojämlikhet.

Både de direkta och indirekta konsekvenserna av covid-19-pandemin på folkhälsan och på jämlikhet i hälsa, kan komma att kvarstå under många år efter att smittspridningen har kommit under kontroll. Analysen av pandemins konsekvenser ur ett brett folkhälsoperspektiv, såväl utmaningar som möjligheter, måste fortsätta

för att skapa långsiktiga förutsättningar för ett folkhälsoarbete som bidrar till en god och jämlik hälsa.

Under året har Folkhälsomyndigheten också haft i uppdrag att ta fram en nationell plan för vaccinationer mot covid-19. Målet är att erbjuda vaccin som skydd för liv och hälsa, först till prioriterade grupper och i förlängningen till hela den vuxna befolkningen. Vaccinationen påbörjades i december 2020 och förväntas pågå under stora delar av året 2021.

Denna årsrapport är en del av Folkhälsomyndighetens långsiktiga folkhälso-rapportering som regelbundet publiceras i en årsrapport. Resultaten som rapporteras här bygger på data från senaste tillförlitliga mätningstillfälle, vilket innebär olika år beroende på datakällan. Smittsamma sjukdomar, inklusive covid-19, rapporteras för hela 2020, medan övriga hälsoutfall och förutsättningarna för hälsa rapporteras fram till och med 2018, 2019 respektive våren 2020. Det betyder att den påverkan covid-19-pandemin har haft på folkhälsan ännu inte kan analyseras i denna årsrapport. Inför nästa årsrapport kommer mer data vara tillgänglig för analys av covid-19-pandemins effekter på folkhälsan. Med syftet att redan nu undersöka pandemins effekter på folkhälsan publicerar Folkhälsomyndigheten under våren 2021 en rapport som använder kompletterande data och metoder för att belysa och presentera en första samlad bild av covid-19-pandemins konsekvenser på folkhälsan.

## Rapportens upplägg

Denna rapport innehåller ett återkommande kapitel: Hälsan och förutsättningar för hälsa, som beskriver de teoretiska utgångspunkter som ligger till grund för att följa både faktiska hälsoutfall och förutsättningarna för en god och jämlik hälsa, det som också kallas hälsans bestämningsfaktorer.

Därefter ges en sammanfattning av folkhälsan och förutsättningarna för hälsa, både nuläge och den generella utvecklingen på nationell nivå sedan 2006. Kapitlet är uppdelat efter det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområdena samt ett avsnitt om hälsa.

För att följa om de påverkbara klyftorna är på väg att slutas presenteras ett urval indikatorer med särskild fokus på hur ojämlikheten i hälsa förändras över tid. Kapitlet redovisar fem indikatorer som har valts för att representera olika delar av livet och speglar såväl förutsättningar för en god hälsa som mått på faktisk hälsa eller ohälsa. I kapitlet Europeisk utblick sätts folkhälsan i Sverige i ett europeiskt perspektiv och rapporten avslutas med att resultaten i rapporten diskuteras i ett samlande kapitel.

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

# Hälsa och förutsättningar för hälsa

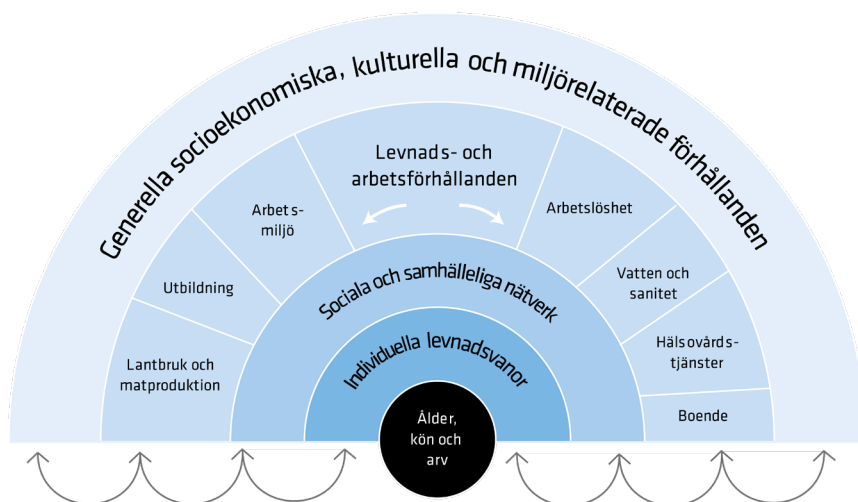
I det här avsnittet ges en kort beskrivning av hälsan och dess förutsättningar, vad ojämlikhet i hälsa är och hur det uppstår samt vad som kan göras för att motverka ojämlikhet i hälsa.

## Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle [11]. För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor har jämlika livsvillkor. Dessa villkor och förutsättningar kallas ofta för hälsans bestämningsfaktorer.

Förutsättningarna för hälsa kan grupperas på olika sätt. Dahlgren och Whitehead [12] har tagit fram en illustrativ modell som visar på bredden av faktorer som påverkar vår hälsa (figur 1). Där illustreras hälsans bestämningsfaktorer som olika lager, från faktorer som individen själv bär på som ålder, kön och arv, till samhälleliga, strukturella faktorer som socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Det är också vanligt att gruppera hälsans bestämningsfaktorer i en förenklad version av detta, i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor.

**Figur 1.** Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren & Whitehead 2007/1991 [12].



Det folkhälsopolitiska ramverket delar sedan 2018 in förutsättningarna för hälsa i åtta målområden, sju utifrån centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa, och ett åttonde som belyser hälso- och sjukvården (figur 2). Indelningen utgår från ett livslöppsperspektiv och följer inte strikt de lager som beskrivs i figur 1. De åtta målområdena tydliggör att arbetet mot en god och jämlik hälsa måste inriktas på de bakomliggande förutsättningarna och de strukturella faktorerna som påverkar hälsan.

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



### En god och jämlik hälsa – åtta målområden

Sambanden mellan bestämningfaktorer och hälsan är komplexa och samma bestämningfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige idag, och livsvillkoren och levnadsförhållandena påverkar i sin tur möjligheten till att ha hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut, som fördelnings-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik, påverkar vidare befolkningens livsvillkor och levnadsförhållanden.

Vissa sjukdomar har ett relativt snabbt förlopp, som till exempel många smittsamma sjukdomar. För andra sjukdomar är förloppet långsammare och det kan även gå lång tid från exponering för en riskfaktor, såsom rökning, till att personen insjuknar. För att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa är det därför viktigt att, utöver de faktiska hälsoutfallen, följa även förutsättningarna för hälsa eftersom det ger en bild av hur hälsan i befolkningen kan komma att utvecklas över tid.

## Vad är ojämlikhet i hälsa?

Ojämlikhet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället, till exempel kvinnor och män eller olika socioekonomiska grupper, har systematiskt olika livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Detta påverkar risken för både smittsamma [13] och icke smittsamma sjukdomar [11, 14-15].

Generellt råder ojämlikhet i hälsa när det finns systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position. Dessa skillnader visar sig både som en gradient i hälsa och som en ansamling av hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta socialt och ekonomiskt, jämfört med övriga befolkningen. Det är därför viktigt att belysa den sociala gradienten i hälsa, utan att tappa fokus på grupper som kan betraktas som särskilt utsatta.

Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg i den sociala hierarkin, till exempel nivå på utbildning, inkomst eller yrke, innebär förändrad hälsa [16-18].

Att hälsoproblem dessutom kan ansamlas i vissa utsatta grupper förklaras bland annat av att skillnader i resurser inte bara leder till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper, utan också till skillnader i mottaglighet och motståndskraft [17]. En bestämningsfaktor, som ekonomisk utsatthet eller rökning, kan öka risken för ohälsa, men hur stark effekten är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer som kan vara skadliga för hälsan. Personer med lägre social position utsätts oftare för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – såväl sociala och fysiska livsvillkor som levnadsvanor – vilket gör att effekten av en faktor ofta blir starkare.

Grupper i särskilt utsatta situationer kan till exempel vara hbtq-personer [1-20], personer med vissa funktionsnedsättningar [21], migranter [22-23], nationella minoriteter [24], ensamstående föräldrar och personer som står utanför arbetsmarknaden [25]. Det kan handla om ökad risk för ohälsa, eller sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud. Ofta sammanfaller dessa tillstånd.

Ojämligheten i hälsa kan också ses ur ett livsloppsperspektiv [26]. Det innebär att hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv [11]. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till den position man har vid den tidpunkten, men också till den position man har haft som barn och genom livet, och därmed den exponering av olika riskfaktorer för hälsan som det innebär.

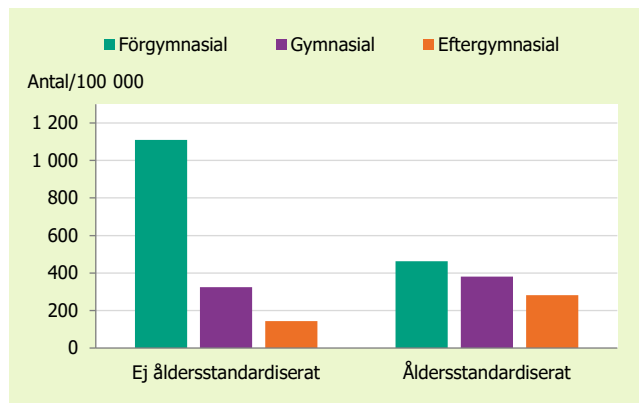
## Utbildning som mått på socioekonomisk position

Socioekonomiska grupper kan definieras på flera sätt, till exempel som yrkesgrupper, inkomstgrupper eller utbildningsgrupper [27]. I denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp. Utbildningsnivå är ett vanligt använt mått på socioekonomisk position. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildningsnivå av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avklarad utbildning och utgör därför ett mer stabilt mått [27]. Samtidigt har både andelen av befolkningen i olika utbildningsgrupper och gruppernas sammansättning förändrats över tid, vilket påverkar risken för såväl ohälsa som olika negativa levnadsvanor och livsvillkor. Exempelvis utgör gruppen med högst förgymnasial utbildningsnivå idag cirka 20 procent av befolkningen jämfört med cirka 40 procent för några decennier sedan. Även gruppens sammansättning har ändrats över tid och den innehåller idag fler unga personer och personer födda utanför Sverige [28]. Gruppen är därför i dag mer utsatt på arbetsmarknaden och även i andra sociala och ekonomiska avseenden [29].

Eftersom andelen som har gymnasieutbildning ökat markant sedan 1900-talets första hälft finns det också en större andel äldre i gruppen med högst 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. Det är därför viktigt att redovisa resultat där man tagit hänsyn till ålder, så kallade åldersstandardiserade resultat, där det är möjligt. Figur 3 visar ett exempel på hur mycket en åldersstandardisering kan påverka resultaten.

**Figur 3.** Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar (antal per 100 000), 25 år och äldre, fördelat på utbildningsnivå, 2019. Ej åldersstandardiserade och åldersstandardiserade siffror.



Källa: Socialstyrelsen och SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Långsiktigt arbete på flera nivåer

Det går att påverka folkhälsan och dess bestämningsfaktorer genom allt från olika politiska beslut till enskilda individers val. Dagens hälsoskillnader har orsaker både långt tillbaka i tiden och i nutid. För att uppnå en god och jämlik hälsa behövs ett långsiktigt arbete med att förbättra förutsättningarna för hälsan, i kombination med mer kortsiktiga insatser för att påverka konsekvenserna av ojämlika förutsättningar på hälsan idag.

Hälsan är en angelägenhet för aktörer inom olika sektorer, på nationell, regional och kommunal nivå och samverkan mellan dessa aktörer är viktig. Regionerna ansvarar bland annat för hälso- och sjukvården som har en viktig hälsofrämjande roll. De kan bidra till att förbättra folkhälsan och minska hälsoklyftorna, till exempel genom att bygga ut primärvården med ett tydligare fokus på förebyggande arbete. Mycket av arbetet sker också inom kommunerna, där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola och förskola, samt boende- och fritidsmiljöer, har stor betydelse för hälsan och möjligheten att utjämna hälsoklyftorna.

Hälsan påverkas också i hög utsträckning av hur samhället i stort är utformat, där politiska beslut inom alla områden har betydelse. Lagstiftning är ett exempel på nationella styrmedel som kan påverka hälsan och normer kring hälsobeteenden, exempelvis genom lagar om rökfria miljöer, sjukersättningsnivåer och fördelningspolitik.

Insatser för att förbättra folkhälsan behöver också ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Begreppet proportionell universalism nämns ofta och innebär generella åtgärder som kan öka i intensitet där behoven är större.



# Folkhälsan i Sverige – resultat

Här ges en kortfattad beskrivning av hälsoläget i befolkningen samt av förutsättningarna för hälsa uppdelat i det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden. Eftersom årets rapport skrivs i ett skifte mellan två rapporteringssystem är urvalet av indikatorer som presenteras inte fullständigt och det finns ännu inte indikatorer för varje målområde. Där inget annat anges hänvisas till Stödstrukturen för det statliga folkhälsoarbetet [3] för referenser.

Resultaten redovisas med fokus på skillnader i hälsa och förutsättningarna för hälsa mellan olika grupper i samhället utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelse land. Det är den relativa skillnaden mellan grupper som redovisas.

Resultaten bygger på såväl registerdata från olika källor som enkätdata insamlat av Folkhälsomyndigheten. Den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (HLV), besvaras av ett urval av befolkningen i åldern 16–84 år. För definitioner av indikatorerna se bilaga 2.

Både covid-19 och åtgärderna för att hindra smittan påverkar hälsan direkt men även på längre sikt genom att förutsättningarna för hälsa påverkas. De flesta indikatorer i denna rapport är uppmätta under 2019 eller i vissa fall 2018. De indikatorer som presenteras med data från 2020 är, utöver de smittsamma sjukdomarna, enkätdata från HLV samt data från Skolverket.

HLV-enkäten besvarades under februari till maj 2020, då covid-19 började spridas i Sverige och ett antal åtgärder sattes in för att begränsa spridningen. Ingen märkbar förändring kan ses i resultaten 2020 för någon av de indikatorer som presenteras nedan, jämfört med de två tidigare mättillfällena 2016 och 2018. En mer djupgående analys av HLV 2020 görs i en kommande rapport om pandemins effekter på folkhälsan.

## Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

En god start i livet och jämlika uppväxtvillkor är viktigt för att åstadkomma en god och jämlik hälsa. Alla barn ska ha möjlighet att utveckla sina förmågor utifrån sina egna villkor. Viktiga förutsättningar är en jämlik mödra- och barnhälsovård, en likvärdig förskola av hög kvalitet och metoder och medel som sätter barnens främsta i fokus.

I dagsläget redovisas ingen indikator under målområde 1 eftersom det saknas färdigställda indikatorer. Indikatorer av relevans för det tidiga livets villkor finns även under andra målområden, exempelvis redovisas under målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter, indikatorn Barn i hushåll med låg ekonomisk standard och under målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, redovisas vaccin till barn under två år och HPV-vaccin till äldre barn.

## Målområde 2 – Kompetenser, kunskaper och utbildning

Möjligheten för alla att utveckla sina kompetenser och kunskaper och få en god utbildning är viktig för att uppnå en god och jämlik hälsa. Viktiga förutsättningar är en god lärandemiljö i skolan, ett likvärdigt utbildningssystem och att motverka skolmisslyckanden genom tidig identifiering och insats.

De två indikatorer som redovisas under målområde 2 är Gymnasiebehörighet och Gymnasieexamen. Enligt skollagen och läroplanerna ska utbildningen också ta hänsyn till barns och elevers olika behov, och skolans kompensatoriska uppdrag innebär en skyldighet att alla elever ges goda förutsättningar att nå målen med utbildningen oavsett utgångsposition. Grundskolan lägger grunden för vidare studier och de flesta unga påbörjar gymnasiestudier. Unga som saknar slutförberedelse från gymnasieskolan har sämre möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden, och detta kan i sin tur minska möjligheterna till god hälsa under resten av livet.

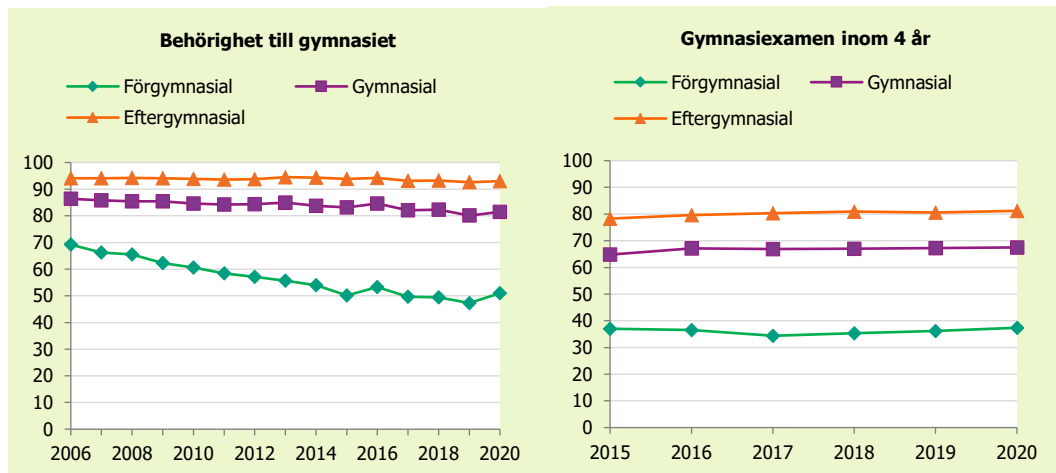
### Gymnasiebehörighet och gymnasieexamen

Både andelen elever som går ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet och andelen som tar gymnasieexamen inom fyra år från påbörjad utbildning varierar beroende på kön, födelseland och föräldrarnas utbildningsnivå. En något större andel flickor än pojkar i årskurs 9 når gymnasiebehörighet och en större andel flickor än pojkar tar examen inom fyra år.

Bland elever med föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå var andelen som går ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet 93 procent, år 2020. Motsvarande siffra bland dem vars föräldrar har gymnasial respektive förgymnasial utbildningsnivå är 81 respektive 51 procent. Andelen som tar gymnasieexamen inom fyra år är mer än dubbelt så stor bland elever vars föräldrar har eftergymnasial utbildningsnivå (81 %) än bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå (37 %). Bland elever födda i Sverige går 90 procent ut årskurs 9 behöriga till gymnasiet och 78 procent tar gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning. Motsvarande siffror för elever födda utanför Europa är 58 respektive 36 procent.

Andelen med behörighet till gymnasiet sjunker under perioden 2006–2020, främst bland dem vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå (figur 4). Detta riskerar på sikt att öka skillnaderna i hälsa hos befolkningen. Det senaste året, 2020, avstannade den nedåtgående trenden. Till följd av covid-19-pandemin infördes ett antal restriktioner som kan ha inverkat på detta. Bland annat ställdes de nationella proven in under våren 2020 och vissa skolor undervisade i viss utsträckning på distans.

**Figur 4.** Elever med behörighet till gymnasieskolan 2006–2020, samt elever som tar gymnasieexamen inom fyra år 2015–2020\* (andelar i procent), fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten. \* Tidsserien startar 2015 p.g.a. övergång till den nya gymnasieskolan.

### Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att människor ges möjlighet till sysselsättning och ekonomisk trygghet. Viktiga förutsättningar är att ha ett arbete, goda förutsättningar för ökad anställningsbarhet, goda arbets- och anställningsförhållanden och en fysiskt och psykosocialt hållbar arbetsmiljö.

De två indikatorer som redovisas under målområde 3 är Sysselsättningsgrad och Långtidsarbetslöshet. Att ha ett förvärvsarbete och sysselsättning är viktigt för individens och familjens ekonomiska resurser och skapar förutsättningar för sociala relationer till andra. Arbetslöshet ökar också risken för att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar och att dö i förtid. Långtidsarbetslöshet är även en riskfaktor för psykisk ohälsa.

#### Sysselsättningsgrad och långtidsarbetslöshet

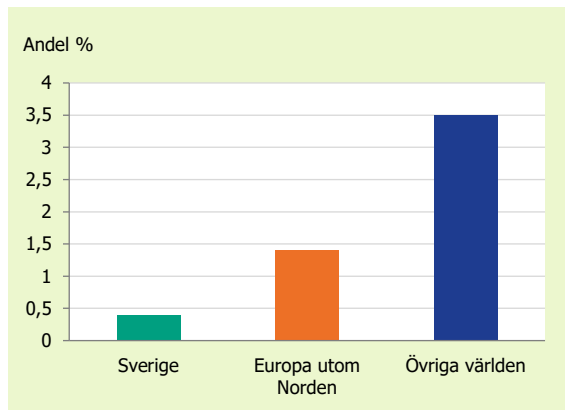
Sysselsättningsgraden var 2019, 85 procent av befolkningen 25–64 år, men skiljer sig mellan olika grupper. Sysselsättningsgraden var lägre i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå under hela perioden 2006–2019.

I viss mån förklaras sambandet mellan sysselsättningsgrad och utbildningsnivå av sambandet mellan ålder och utbildningsnivå. De som är äldre utgörs av många med folkskola eller grundskola som högsta utbildningsnivå. De äldre har också lägre sysselsättningsgrad, främst 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.

Långtidsarbetslöshet, mätt som minst 12 månaders sammanhängande arbetslöshet, har varit högst i gruppen med högst förgymnasial utbildningsnivå och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå under hela perioden 2006–2019 (3,3

respektive 0,5 %, 2019). Långtidsarbetslösheten var under samma period lägst bland personer födda i Sverige och högst bland personer födda utanför Europa (figur 5). Det syns även en ökning i långtidsarbetslöshet under perioden både för personer med förgymnasial utbildningsnivå och personer födda utanför Europa.

**Figur 5.** Långtidsarbetslösa i arbetskraften (andelar i procent), 15–74 år, fördelat på födelse land, 2019.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

Ekonomisk trygghet är viktigt för hälsan. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att ge människor möjlighet att agera och generera ekonomiska resurser, men också att stödja människor när deras egna ekonomiska resurser inte räcker till. Viktiga förutsättningar är fördelning av inkomster i befolkningen, ekonomiska resurser för de med knappa ekonomiska marginaler och minskad långvarig ekonomisk utsatthet.

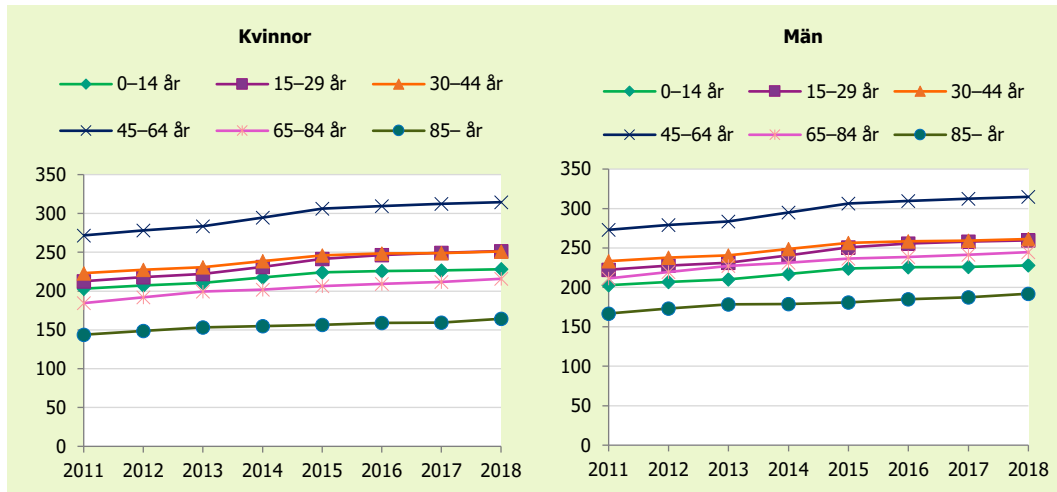
De två indikatorer som redovisas under målområde 4 är Ekonomisk standard (absolut mått) och Låg ekonomisk standard (relativt mått). Bristande ekonomiska resurser kan påverka hälsan på flera sätt, dels genom en sämre köpkraft som kan leda till brist på nödvändigheter såsom mat och tryggt boende, och dels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

### Ekonomisk standard

Den ekonomiska standarden (hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet) har stigit med 14 procent i Sverige 2011–2018, mätt i fasta priser, men med stora variationer mellan grupper. Män har generellt högre disponibel inkomst än kvinnor och den ekonomiska standarden har ökat likartat för både kvinnor och män. Åldersgruppen 85 år och äldre är den åldersgruppen som har lägst ekonomisk

standard och gruppen 45–64 år är den som har högst (figur 6). Den ekonomiska standarden har ökat mellan 2011 och 2018 för alla utbildningsgrupper och för personer födda i alla födelseregioner, men för kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå ökade den endast med 0,2 procent.

**Figur 6.** Ekonomisk standard (tusental kronor), medianvärden. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2011–2018. Belopp i 2018 års prisnivå.

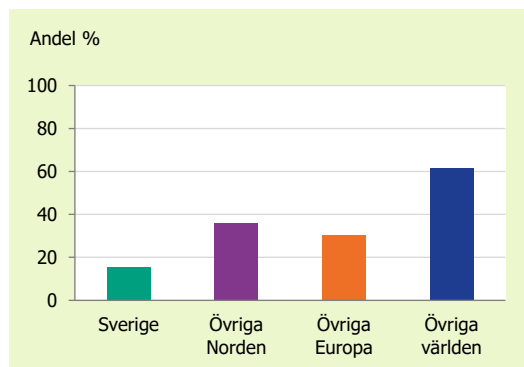


Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Låg ekonomisk standard

Trots att den ekonomiska standarden har ökat generellt i befolkningen har andelen som lever med låg ekonomisk standard (hushållets ekonomiska standard är lägre än 60 % av medianvärdet för riket) ökat både bland vuxna och yngre barn (0–9 år), sedan 2011 och det finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå och födelseland (se figur 7 för barn). År 2018 hade 13 procent av Sveriges vuxna befolkning låg ekonomisk standard. Mer än en tredjedel av vuxna födda utanför Europa har låg ekonomisk standard. Även bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå levde över 30 procent med låg ekonomisk standard. Bland barn är det störst andel bland dem med föräldrar med högst förgymnasial utbildningsnivå (67 %).

**Figur 7.** Barn med låg ekonomisk standard (andelar i procent), 0–19 år, fördelat på födelseland, 2018.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Målområde 5 – Boende och närmiljö

Tillgång till en bostad i ett område som ger samhällseliga förutsättningar för social gemenskap bidrar till trygghet, tillit och därmed en god och jämlik hälsa. Samtidigt som samhällsplaneringen bör motverka segregation och exponering för skadliga miljöfaktorer, bör den främja god luftkvalitet, god ljudmiljö och tillgång till grönområden. Viktiga förutsättningar är tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad, bostadsområden som är socialt hållbara och sunda boendemiljöer på jämlika villkor.

De två indikatorer som redovisas under målområde 5 är Störd sömn av trafikbuller och Avstått från att gå ut ensam av rädsla. En ökad trygghet i närområdet bidrar till att färre avstår från att gå ut ensamma och det blir lättare att nyttja de utomhusmiljöer som främjar hälsa. Det handlar om att kunna gå eller cykla till och från skola och arbete, att vistas på lek- och idrottsplatser, och att nyttja parker, terrängspår och liknande. Även kvaliteten på den fysiska miljön såväl inne som ute påverkar hälsan, där till exempel långvarig exponering för störande trafikbuller i närheten av bostaden kan påverka hälsan negativt.

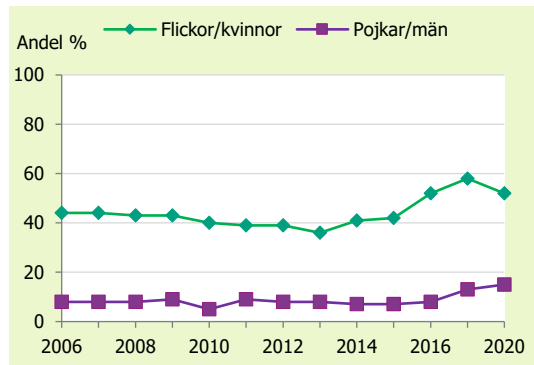
### Störd sömn av trafikbuller

År 2020 uppgav drygt 3 procent av befolkningen att de hade svårt att somna eller blir väckta av trafikbuller i närheten av bostaden, både bland kvinnor och män. Andelen var mindre bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå jämfört med dem med högst förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Sverige än i andra grupper av födelseländer.

### Avstått från att gå ut ensam av rädsla

År 2020 uppgav 42 procent av kvinnorna och 14 procent av männen att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla, och andelen ökade under perioden 2006–2020. Det var vanligare bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå att ha avstått från att gå ut på grund av rädsla, men ingen skillnad ses beroende på födelseregion. Störst andel som uppgav att de avstått från att gå ut på grund av rädsla fanns i den yngsta och äldsta åldersgruppen (16–29 respektive 65–84 år). Bland de yngre kvinnorna angav fler än hälften att de avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla, 2020 (figur 8).

**Figur 8.** Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla (andelar i procent), 16–29 år, fördelat på kön, 2006–2020.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten HLV, Folkhälsomyndigheten

## Målområde 6 – Levnadsvanor

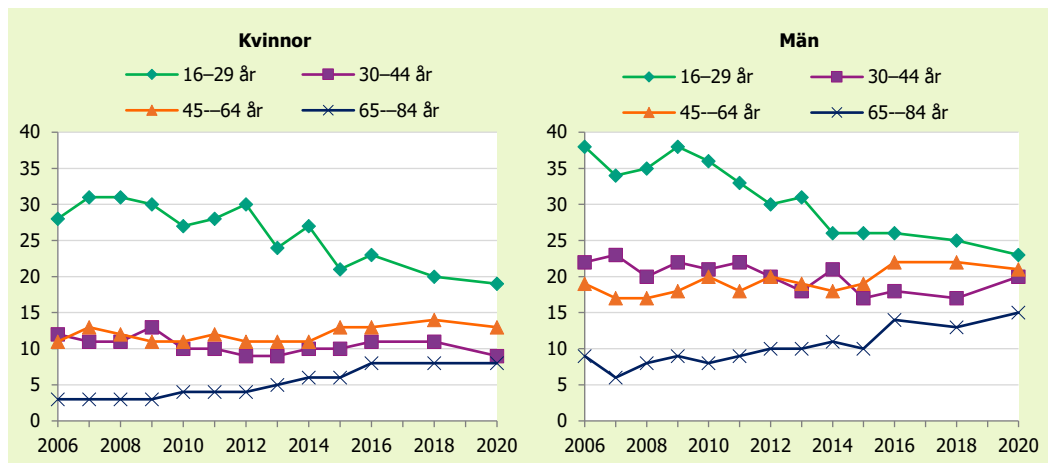
Hälsosamma levnadsvanor främjar en god hälsa [30-33]. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att stärka människors handlingsutrymme och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor. Viktiga förutsättningar är begränsad tillgänglighet till hälsoskadliga produkter, ökad tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter och att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med levnadsvanor i välfärdens organisationer.

De tre indikatorer som redovisas under målområde 6 är Riskkonsumtion av alkohol, Daglig tobaksrökning och Fysisk aktivitet. Daglig tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdomsburden i Sverige, trots att andelen personer som röker har minskat sedan 1980-talet. Rökning är förknippat med en ökad risk för bland annat lungcancer, diabetes, KOL och hjärt- och kärlsjukdom och varannan person som röker dör i förtid. Riskkonsumtion av alkohol är förknippat med ökad risk för beroendesjukdom och blodtrycks-, lever- och cancersjukdomar. Alkohol bidrar även till våld, trafikolyckor och andra olyckor såsom drunkning. Samtidigt är fysisk aktivitet kopplat till en minskad risk för bland annat hjärt- och kärlsjukdom, vissa former av cancer, psykisk ohälsa och förtida död.

### Riskkonsumtion av alkohol

År 2020 uppgav 16 procent i befolkningen en riskkonsumtion av alkohol. Fler män än kvinnor uppger en riskkonsumtion, och andelen var i stort oförändrad under perioden 2006–2020 för både män och kvinnor. Riskkonsumtionen minskade emellertid i den yngsta åldersgruppen 16–29 år, men ökade i de äldre, 45–64 och 65–84 år (figur 9). Riskkonsumtion uppgavs oftare av personer födda i Sverige eller övriga Norden än bland personer födda i övriga Europa eller övriga världen. Bland män uppgav en större andel personer med gymnasial utbildningsnivå riskkonsumtion jämfört med personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå.

**Figur 9.** Riskkonsumtion av alkohol (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2020.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), Folkhälsomyndigheten

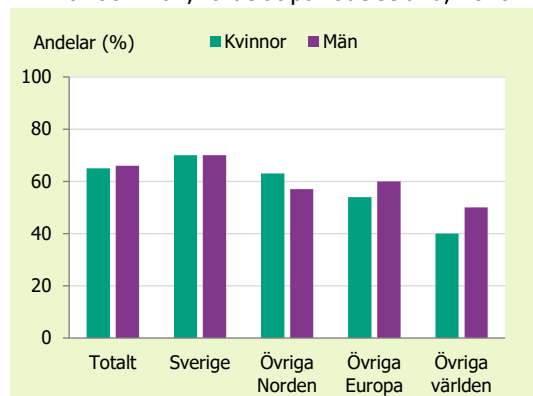
### Daglig tobaksrökning

Den dagliga tobaksrökningen minskade under 2006–2020 bland kvinnor och män, i alla åldersgrupper, alla utbildningsgrupper och oberoende av födelseland. Lika många kvinnor som män uppgav att de röker 2020, och andelen var större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Fler män födda i Europa (utanför Norden) och i övriga världen uppgav att de röker jämfört med män födda i Sverige.

### Fysisk aktivitet

År 2020 uppgav 66 procent i befolkningen en tillräcklig fysisk aktivitet, det vill säga 150 minuter eller mer, under en vanlig vecka de senaste 12 månaderna. Skillnaden var liten mellan kvinnor och män. Det var vanligare att uppgive tillräcklig fysisk aktivitet bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå. Särskilt låg andel som uppgav tillräcklig fysisk aktivitet (45 %) fanns bland personer födda utanför Europa (figur 10).

**Figur 10.** Fysisk aktivitet, minst 150 minuter per vecka (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på födelseland, 2020.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), Folkhälsomyndigheten



## Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Det gäller oavsett socioekonomisk bakgrund, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning, ålder eller geografisk hemvist. Det är även viktigt att arbeta med att motverka diskriminering och annan kränkande behandling samt främja frihet från hot och våld. Viktiga förutsättningar är ett jämlikt deltagande i demokratin, ett jämlikt deltagande i det civila samhället, arbetet för de mänskliga rättigheterna, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och ökad kontroll, inflytande och delaktighet för vissa individer och grupper.

De tre indikatorer som redovisas under målområde 7 är Tillit till andra människor, Utsatt för kränkande bemötande eller behandling och Utsatt för fysiskt våld eller hot om våld. Ur ett demokratiperspektiv är det viktigt att det civila samhället blir bättre på att nå ut till och inkludera personer som i dag står utanför föreningar, organisationer och nätverk. En viktig komponent i det är att känna tillit till andra.

### Tillit till andra människor

Andelen personer som uppgav att de inte tycker att man kan lita på de flesta människor ökade något under perioden 2006–2020 i de flesta grupper och uppgick 2020 till 29 procent. Fler i de yngre åldersgrupperna än de äldre uppgav att man inte kan lita på andra. Det var också vanligare att uppge att man inte kan lita på andra bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå, och bland personer födda utanför Norden jämfört med personer födda i Sverige och övriga Norden.

### Utsatt för kränkande bemötande eller behandling

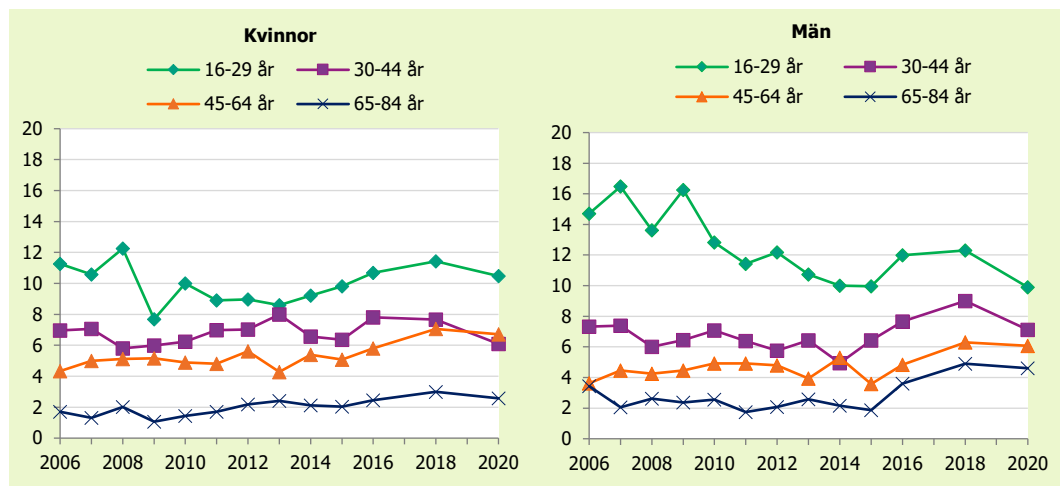
År 2020 uppgav 19 procent att de utsatts för kränkande bemötande eller behandling minst en gång under de senaste 3 månaderna. Fler kvinnor än män uppgav att de utsatts för kränkning och andelen som uppgav att de utsatts för kränkning ökade bland kvinnor, men minskade bland män under perioden 2006–2020. Det fanns inga tydliga skillnader beroende på utbildningsnivå, men fler personer födda i Europa, utanför Norden, främst bland män, uppgav att de utsatts för kränkning jämfört med personer födda i Sverige.

### Utsatt för fysiskt våld eller hot om våld

Ungefär lika många kvinnor som män uppgav 2020 att de utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste 12 månaderna. Andelen ökade bland kvinnor under perioden 2006–2020, men minskade bland män i åldersgruppen 16–29 år (figur 11). Störst andel som angav att de utsatts för våld eller hot om våld fanns i den yngsta åldersgruppen och minst andel i den äldsta. Liksom andelen som uppgav att de utsatts för kränkning var andelen som uppgav att de utsatts för våld eller hot om

våld oberoende av utbildningsnivå, men vanligare bland kvinnor födda utanför Norden jämfört med kvinnor födda i Sverige.

**Figur 11.** Utsatt för fysiskt våld eller hot om våld senaste 12 månaderna (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2020.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), Folkhälsomyndigheten

## Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

För att åstadkomma en god och jämlik hälsa är det viktigt att hälso- och sjukvården arbetar förebyggande och hälsofrämjande och att behandling utgår från patientens behov och möjligheter. Ett arbete för en jämlik vård och en hälsofrämjande hälso- och sjukvård kännetecknas av ett systematiskt jämlikhetsfokus. Viktiga förutsättningar är tillgänglighet för att möta olika behov, vårdmöten som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat, hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete, en god, tillgänglig och jämlik tandvård och att regioner leder, styr och organiserar sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård.

De två indikatorer som redovisas under målområde 8 är Vaccinationer för barn och Avstått tandvård av ekonomiska orsaker trots behov. För att förebygga allvarliga sjukdomar erbjuds alla barn vaccination enligt det allmänna vaccinationsprogrammet. I det ingår bland annat MPR-vaccination (mässling, påssjuka och röda hund) samt HPV-vaccination. Dålig tandhälsa är ett problem i sig, men det är även kopplat till sjukdomar såsom diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Det är vanligare att avstå från tandläkarvård (trots behov) av ekonomiska skäl än att avstå annan vård.

### Vaccinationer för barn

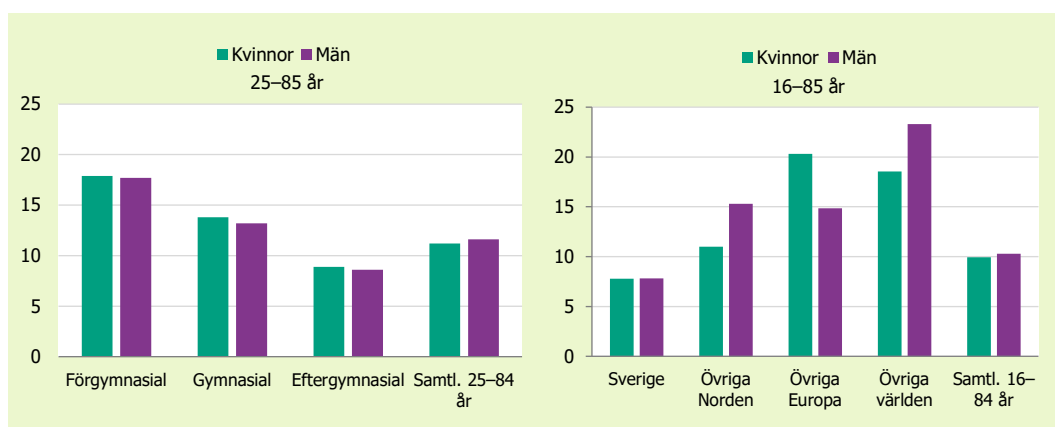
Över 97 procent av alla barn födda 2017 hade vid två års ålder fått tre doser kombinationsvaccin som ger skydd mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och hepatit B. Lika många hade fått tre doser vaccin mot pneumokocker respektive första dosen MPR-vaccin (mässling, påssjuka och röda hund). Sedan september 2019 erbjuds alla barn även vaccination mot rotavirusinfektion.

HPV-vaccin erbjuds alla barn i årskurs 5, inklusive pojkar sedan augusti 2020. Av flickor födda 2007 var drygt 87 procent vaccinerade minst en gång, 2020.

### Avstått tandvård av ekonomiska skäl trots behov

År 2020 uppgav 10 procent, både bland kvinnor och män, att de avstått från tandvård av ekonomiska skäl trots behov. Andelen var högre bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial och bland personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige (figur 12). Andelen sjönk något i nästan alla grupper under perioden 2006–2020.

**Figur 12.** Avstått från tandvård av ekonomiska skäl trots behov (andelar i procent). Utbildningsnivå samt födelse land, fördelat på kvinnor och män, 2020.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), Folkhälsomyndigheten

## Hälsa

Hälsa kan definieras både som avsaknad av ohälsa och som ett tillstånd av välbefinnande. För att belysa hälsoläget i befolkningen är det viktigt att följa såväl självskattad hälsa och välmående som diagnostiserad sjuklighet och dödlighet (mortalitet). Även hälsan i olika skeden av livet bör beaktas. För att veta om vi är på väg mot att nå det övergripande folkhälsopolitiska målet behöver vi följa ett antal mer övergripande indikatorer på hälsa som sammanfattar hälsotillståndet. Även en mer detaljerad uppföljning av olika aspekter av hälsan behövs för att bättre avgöra vad som ligger bakom den generella hälsoutvecklingen.

### Medellivslängd och förtida död

Utvecklingen av medellivslängden i en population speglar folkhälsan i alla livets åldrar. För svenskar födda under 1900-talet har medellivslängden ökat stadigt, och förbättringarna kan hänföras till en rad faktorer som stigande levnadsstandard, bättre utbildning, sundare levnadsvanor och ökad tillgång till hälso- och sjukvård av bra kvalitet.

Medellivslängden vid födseln ökade under perioden 2006–2019 med i genomsnitt 2,3 år, men med stora variationer mellan grupper. Skillnaden i återstående

medellivslängd vid 30 års ålder är nästan dubbelt så stor mellan personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå (6,0 år) som mellan kvinnor och män (3,1 år).

Förtida dödlighet belyser dödligheten under den period av människans liv som är minst förenad med död. Det är en viktig indikator i folkhälsosammanhang eftersom förtida dödsfall ofta kan förebyggas. Risken för förtida död (15–64 års ålder) är större bland män än kvinnor och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Generellt har antalet personer per 100 000 invånare som avlidit innan 65 års ålder sjunkit under perioden, men ökar bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå.

### Självskattad allmän hälsa

Självskattat allmänt hälsotillstånd visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt.

Den självskattade hälsan, mätt som andelen som uppger gott allmänt hälsotillstånd, har ökat 2006–2020 och var 73 procent 2020. Män uppger, trots kortare medellivslängd, bättre självskattad allmän hälsa. Bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Norden (ej Sverige) är andelen som skattar sin hälsa som god lägre än bland dem med eftergymnasial utbildningsnivå och födda i övriga födelseregioner. Andelen som uppger att de har en god allmän hälsa är lägst i den äldsta åldersgruppen, 65–84 år, där 59 procent uppger god hälsa.

### Psykisk hälsa och suicid

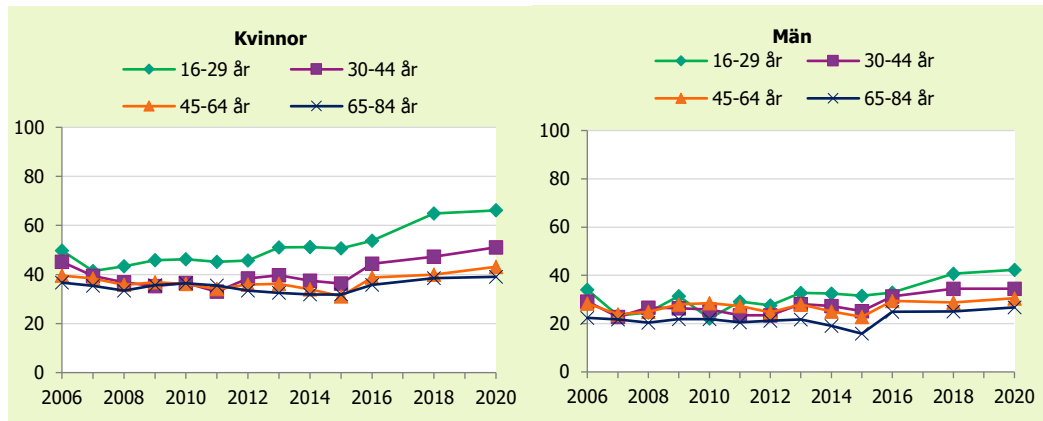
Psykisk hälsa används ofta som ett paraplybegrepp och omfattar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan vara många olikartade tillstånd med olika svårighetsgrader, alltifrån enstaka och mildare psykiska besvär till allvarliga psykiatriska tillstånd. Begreppet psykiskt välbefinnande används för att beskriva de positiva dimensionerna av psykisk hälsa och omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och suicid, och många som tar sitt liv har haft en depression eller någon annan form av psykisk ohälsa.

År 2020 uppgav 87 procent ett gott eller mycket gott psykiskt välbefinnande och i motsats till allmänt hälsotillstånd finns inga större skillnader mellan kvinnor och män. Bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå uppger färre psykiskt välbefinnande än bland personer med eftergymnasialutbildning nivå. Även bland personer födda i Europa (utanför Norden) uppgav färre psykiskt välbefinnande än personer födda i Sverige.

Bland de yngre (16–29 år) är den fysiska hälsan överlag bättre än i övriga grupper, men fler uppger olika former av psykiska besvär. Andelen med stress, samt med ångslan, oro eller ångest är högst i denna åldersgrupp och har ökat 2006–2020

(figur 13). Det var även färre bland de yngre som uppgav gott psykiskt välbefinnande jämfört med andra åldersgrupper.

**Figur 13.** Ängslan, oro, ångest (andelar i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2020.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), Folkhälsomyndigheten

Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15 år och äldre är i stort sett oförändrat under perioden 2006–2019. En avvikande trend ses i åldersgrupperna 15–29 och 30–44 år, där antalet har ökat något. Antalet avlidna i suicid är mer än dubbelt så högt bland män än bland kvinnor, och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland och dem med eftergymnasial utbildningsnivå.

### De vanligaste dödsorsakerna: cancer och cirkulationsorganens sjukdomar

Den vanligaste dödsorsaken idag bland såväl män som kvinnor är sjukdomar i cirkulationsorganen följt av cancer. Resultaten här innefattar åren 2006–2019. Under första halvåret 2020 var covid-19, som presenteras under Smittsamma sjukdomar, den tredje vanligaste dödsorsaken.

Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och cancer har minskat 2006–2019 bland både kvinnor och män, med undantag för lungcancer som fortsatt att öka bland kvinnor. Den dominerande orsaken till lungcancer är rökning och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka [34]. Personer med högst förgymnasial utbildningsnivå har högre dödlighet i alla de vanligaste dödsorsakerna än de med eftergymnasial, utom vad gäller bröstcancer.

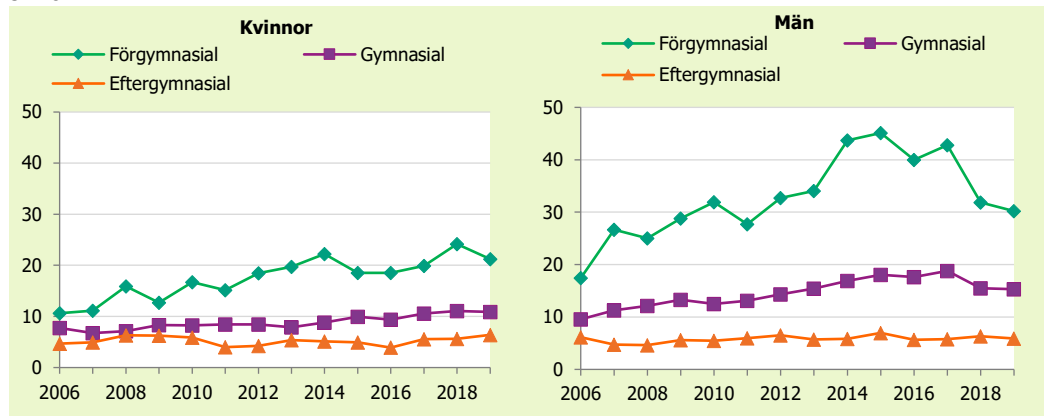
### Läkemedel, narkotika och alkohol

De läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfallen har ökat mellan 2006 och 2019 bland både kvinnor och män, bland personer med högst förgymnasial respektive gymnasial utbildningsnivå (figur 14) samt bland personer födda i Sverige och övriga Norden.

Totalt sett har den läkemedels- och narkotikarelaterade dödligheten ökat med 79 procent under perioden, men bland män har ökningen avstannat de senaste åren. Narkotikarelaterade dödsfall är vanligare bland personer med högst förgymnasial

utbildningsnivå än bland dem med eftergymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Norden (utanför Sverige) jämfört övriga födelseregioner.

**Figur 14.** Dödlighet i läkemedels- och narkotikaförgiftningar (antal per 100 000), 25 år och äldre. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2019. Åldersstandardiserade siffror.



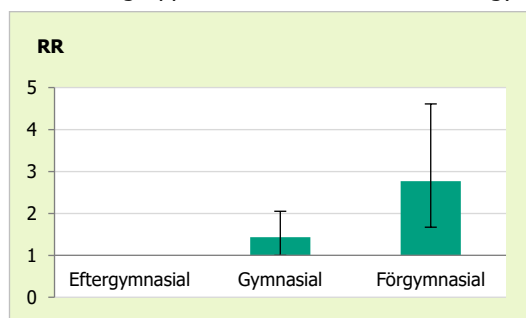
Källa: Socialstyrelsen, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Dödligheten enligt alkoholindex har minskat under perioden 2006–2019 framför allt bland män under 65 år och bland personer med eftergymnasial respektive gymnasial utbildningsnivå. Samtidigt har dödligheten ökat bland personer 65–84 år och bland kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå. Dödlighet enligt alkoholindex är cirka tre gånger högre bland män än bland kvinnor och mer än dubbelt så hög bland personer med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå.

### Spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten under det första levnadsåret har minskat i Sverige från 22 till 2,1 dödsfall per 1 000 levande födda, 1950–2019. Nedgången har fortsatt under hela perioden och minskade med runt 20 procent 2006–2019. Trots att spädbarnsdödligheten idag är låg i Sverige finns det skillnader mellan grupper. Dödligheten är högre bland spädbarn vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå och vars mamma är född utanför Europa, jämfört med övriga utbildningsgrupper och födelseregioner (figur 15).

**Figur 15.** Spädbarnsdödlighet under första levnadsåret (antal per 1 000 levande födda), fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2019. Relativa risker (RR) med konfidensintervall. Jämförelsegrupp: Barn till föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå (=1,0).



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

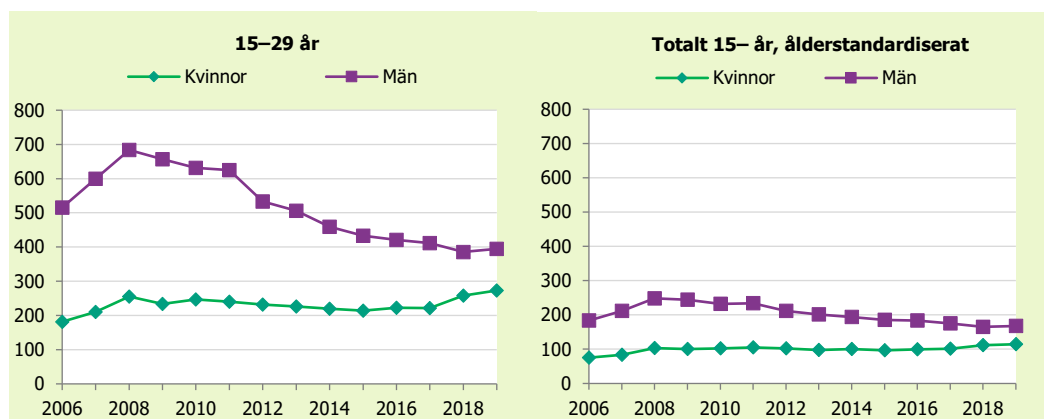
## Våldsrelaterade skador

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

Totalt vårdades 141 per 100 000 personer 15 år eller äldre inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för våldsrelaterade skador 2019. Fler män än kvinnor (per 100 000) och fler med högst förgymnasial utbildningsnivå än med eftergymnasial utbildningsnivå vårdades för våldsskada. Bland män har fler födda utanför Europa än födda i Sverige vårdats för våldsskada.

Under perioden 2006–2019 minskade antalet vårdade för våldsskada bland yngre män (figur 16), medan det ökade bland kvinnor under 65 år. Antalet vårdade för våldsskada sjönk även bland män med gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå, medan ökade bland män med förgymnasial utbildningsnivå och bland kvinnor oavsett utbildningsnivå.

**Figur 16.** Vårdade för våldsrelaterade skador (antal per 100 000), 15–29 år samt 15 år och äldre, fördelat på kön, 2006–2019.



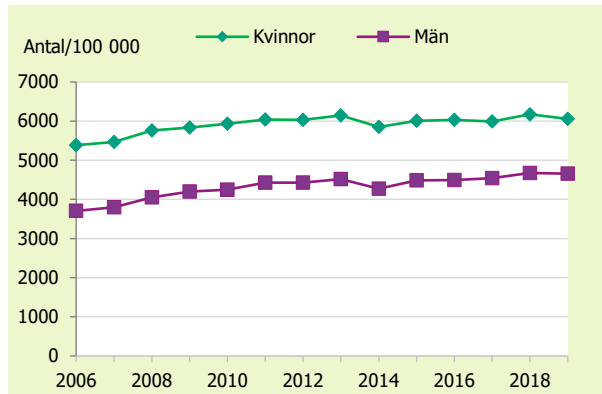
Källa: Socialstyrelsen, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Fallskador bland äldre

Befolkningen i Sverige blir äldre och fallolyckor är den vanligaste skadeorsaken till inläggning på sjukhus bland äldre. Orsaker till att fallrisken ökar med stigande ålder är bland annat muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrade balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering.

Andelen fallskador är störst i åldersgruppen 85 år och äldre och vanligare bland kvinnor än män (figur 17). Andelen med fallskador har ökat under perioden för alla grupper.

**Figur 17.** Vårdade för fallolyckor (antal per 100 000), 65 år och äldre, fördelat på kön, 2006–2019. Åldersstandardiserade siffror.

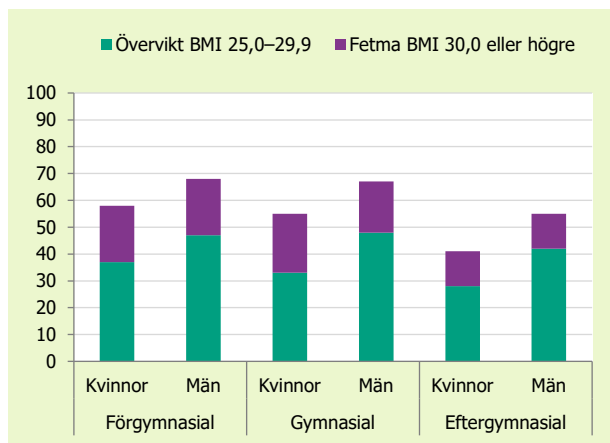


Källa: Socialstyrelsen, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Övervikt och fetma

Förekomsten av övervikt och fetma har ökat under perioden 2006–2020. År 2020 uppgav drygt 50 procent antingen övervikt eller fetma. Fetma ger större risk för bland annat typ 2-diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom [33]. Fetma har ökat bland både kvinnor och män och i samtliga utbildningsgrupper, men en lägre andel personer med eftergymnasial utbildningsnivå uppgav fetma än personer med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå, under hela perioden (figur 18).

**Figur 18.** Övervikt och fetma (andel i procent), 25–84 år, fördelat på kön och utbildningsnivå, 2020. Åldersstandardiserade siffror.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten (HLV), Folkhälsomyndigheten

## Smittsamma sjukdomar

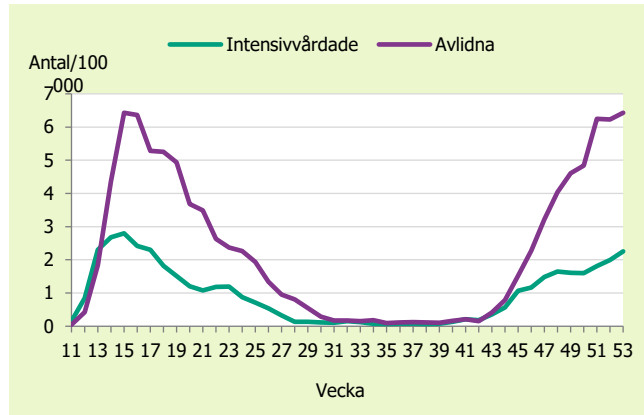
### Covid-19

I Sverige förekom en bred smittspridning av covid-19 under våren 2020, med en minskning under sommaren, följt av ytterligare en ökad smittspridning under hösten och vintern. Antalet bekräftade fall under höstens ökning var betydligt fler än under våren vilket främst bedöms bero på en utökad möjlighet till testning av personer med misstänkt covid-19-infektion. Figur 19 visar antalet intensivvårdade (IVA-vårdade) och antalet avlidna med covid-19 per 100 000 invånare under året.



Där framgår de två topparna med hög smittspridning för våren respektive sen höst och vinter, och den nedgång som inträffade under sommaren.

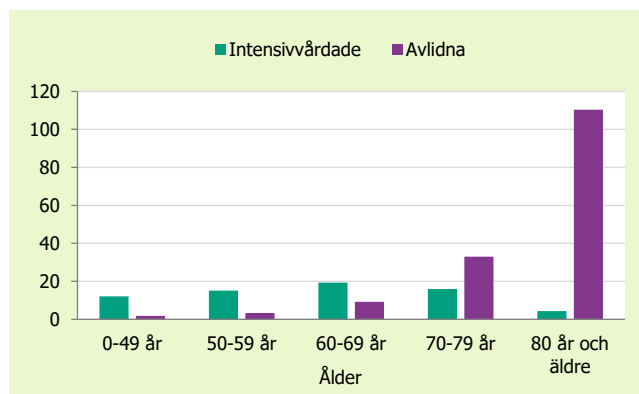
**Figur 19.** Avlidna respektive intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), totalt, per vecka 2020.



Källa SmiNet, Folkhälsomyndigheten och Svenska intensivvårdsregistret (SIR)

Ålder är den enskilt största riskfaktorn för allvarlig sjukdom och död till följd av covid-19 och risken ökar för äldre med bakomliggande sjukdomar. Flest antal fall per 100 000 förekommer i åldersgrupperna 20–59 år, men högst antal IVA-vårdade finns i åldersgrupperna 60–69 år och flest avlidna per 100 000 finns i åldersgruppen 80 år och äldre (figur 20).

**Figur 20.** Avlidna respektive intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), totalt, fördelat på ålder, 2020.



Källa SmiNet, Folkhälsomyndigheten

Utöver ålder är intensivvård för covid-19 kopplat till faktorer som kön och underliggande sjukdom. Fler män än kvinnor har drabbats av allvarlig sjukdom. Underliggande sjukdom som rapporterats bland personer som intensivvårdats innefattar bland annat kronisk hjärt- och lungsjukdom, diabetes, fetma och högt blodtryck.

Data från perioden 13 mars till 7 maj visar att incidensen av bekräftade fall av covid-19, IVA-vårdade och avlidna är högre bland personer med annat födelseland än Sverige [10]. Ett likartat mönster noteras för resten av året. Att vara född i ett annat land är sannolikt inte en riskfaktor i sig för covid-19. Sambandet mellan

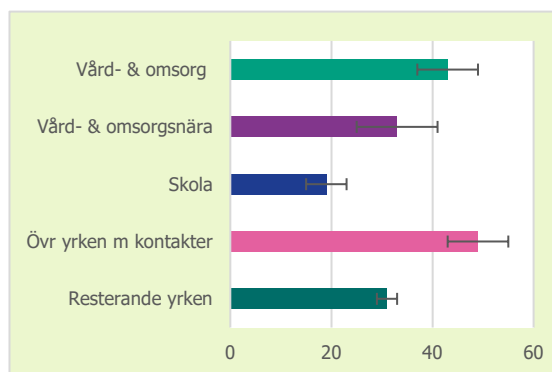
födelseland och covid-19 kan troligen till stor del förklaras av andra strukturella faktorer. Det kan till exempel handla om skillnader i ålderssammansättning, yrkesfördelning, boendesituation och andra socioekonomiska faktorer mellan utrikesfödda personer och personer födda i Sverige.

Vissa yrkesgrupper har varit mer utsatta för att smittas av covid-19 än andra, vilket visas i rapporten ”Förekomst av covid-19 i olika yrkeskategorier – delrapport 2”, från Folkhälsomyndigheten [9]. Exempel är yrkesgrupper som har begränsade möjligheter att utföra sitt arbete hemma, har många kontakter i yrket och/eller arbetar inom vård- och omsorg.

Flest diagnostiserade med covid-19 per 100 000 invånare återfanns inom vård- och omsorgsyrken, både under våren (13 mars–30 juni) och hösten (24 augusti–15 december). Detta kan sannolikt förklaras av både en mer omfattande provtagning i denna yrkeskategori och av ökad exponering i yrket, i jämförelse med övriga yrkeskategorier. Under hösten var förekomsten av covid-19 jämnare mellan yrkeskategorierna, vilket antagligen förklaras främst av ökad provtagning i befolkningen men även i viss mån av ökad smitta i samhället.

Flest IVA-vårdade per 100 000 invånare under hela den studerade perioden (13 mars–15 december) återfanns bland personer som arbetar inom ”övriga yrken med många kontakter”, som till exempel serviceyrken, följt av dem som arbetar inom vård- och omsorgsyrken (figur 21). Yrkesgrupper som träffar större grupper av barn inom skolan, grundskollärare, förskollärare och barnskötare hade inte en högre risk att IVA-vårdas för covid-19 i jämförelse med andra yrkesgrupper.

**Figur 21.** Intensivvårdade för covid-19 (antal per 100 000), 25–64 år, uppdelat på yrkeskategori med minst 10 fall under perioden 13 mars–15 december. Med 95 % konfidensintervall.



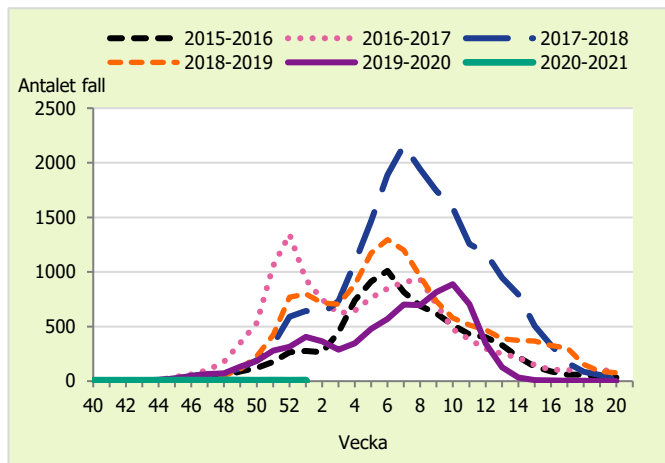
Källa SmiNet, Folkhälsomyndigheten, Svenska intensivvårdsregistret (SIR) och SCB. Modifierad figur från rapporten Förekomst av covid-19 i olika yrkeskategorier – delrapport 2 [9]

### Övriga smittsamma sjukdomar

Under 2020 har stora förändringar i antalet anmälda fall av smittsamma sjukdomar konstaterats där påverkan av pandemin är tydlig, troligen via flera olika mekanismer. Antalet laboratorieverifierade influensafall sjönk markant i samband med att åtgärder mot covid-19 sattes in och gick från en topp vecka 10, 2020 till

avslut vecka 13. Under säsongen 2020–2021 har endast ett fåtal fall rapporterats (figur 22).

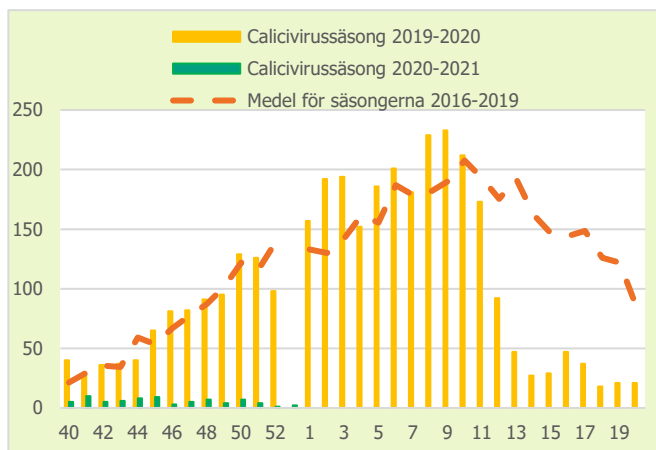
**Figur 22.** Laboratorieverifierade fall av influensa (antal per vecka), per säsong, 2015–2021.



Källa SmiNet, Folkhälsomyndigheten

Även antalet fall med RS-virus och vinterkräksjuka (calicivirus) har sjunkit under pandemin. I figur 23 visas antalet laboratorierapporterade fall av vinterkräksjuka per vecka. Mönstret är detsamma som för influensa, antalet fall går ner i vecka 12 under våren 2020 och säsongen 2020–2021 har legat långt under medelvärdet för rapporterade fall tidigare säsonger.

**Figur 23.** Laboratorieverifierade fall av vinterkräksjuka (calicivirus) (antal per vecka), per säsong 2019–2020 respektive 2020–2021, samt medelvärdet för säsongerna 2016–2019.



Källa Frivillig laboratorierapportering, Folkhälsomyndigheten.

Minskat resande under pandemin är en faktor som har påverkat flera av de smittsamma sjukdomarna. Under året identifierades färre stora livsmedelburna utbrott jämfört med föregående år. Det sågs även en minskning av antalet fall hepatit B och C, som båda minskade med 27 procent. Antalet fall tuberkulos minskade kraftigt och 32 procent färre fall registrerades under 2020 jämfört med 2019.

### Sexuellt överförbara sjukdomar

Det skedde också en ovanligt stor minskning av sexuellt överförbara sjukdomar för flera diagnoser under 2020. Till exempel minskade antalet fall av gonorré med 17 procent till 2 692 fall, klamydiainfektion minskade med 4 procent till 33 339 fall och antalet fall av hiv minskade med 18 procent till 364 fall. I antalet fall av syfilis sågs däremot en ökning med 10 procent.

### Antibiotikaresistens och antibiotikaanvändning

Sverige har en relativt sett låg förekomst av antibiotikaresistens, detta trots att vi under en längre period sett en ökande utveckling. Liksom för många smittsamma sjukdomar har anmälningspliktig antibiotikaresistens, när det gäller flertalet agens, minskat under pandemin.

Även försäljningen av antibiotika på recept minskade med 17 procent under 2020 jämfört med året innan [35]. Sannolikt beror minskningen bland annat på att den fysiska distanseringen och smittskyddsåtgärderna under covid-19-pandemin även lett till en nedgång i många sjukdomar som kan kräva antibiotikabehandling.

# Att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation

För att följa om utvecklingen går mot att nå det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken ”att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” presenteras här ett urval av de indikatorer som redovisats ovan, med särskild fokus på hur ojämlikheten i hälsa förändras över tid.

Indikatorerna har valts för att representera olika delar av livet och speglar såväl förutsättningar för en god hälsa som mått på faktisk hälsa eller ohälsa. Ojämlikhet mäts som relativ ojämlikhet mellan grupper med olika utbildningsnivå, för kvinnor och män separat.

Ekonomisk standard under barndomen och tillgång till utbildning är viktiga förutsättningar som lägger grunden för en god och jämlik hälsa. Låg ekonomisk standard i barndomen påverkar såväl fysisk och psykisk hälsa [36-38], hälsobeteenden och de sociala relationerna [37-38], som skolresultat och graden av trångboddhet [37]. Även utbildning har stor betydelse för en individs möjligheter till försörjning på arbetsmarknaden, hälsosamma levnadsvanor och god hälsa under hela livet. Barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard och ungdomar med behörighet till gymnasiet är därför två indikatorer som presenteras.

Daglig tobaksrökning är den mest väldokumenterade riskfaktorn bland levnadsvanor för sjukdom.

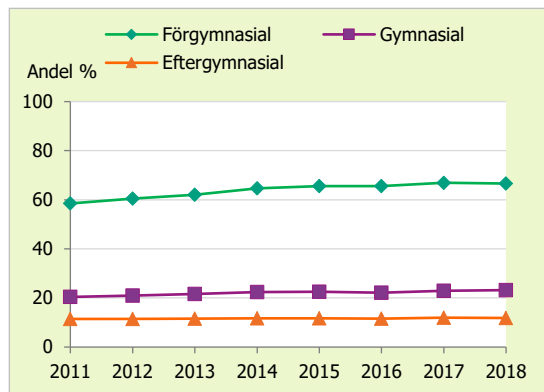
Som mått på hälsa redovisas självskattad hälsa i åldern 16–85 år samt medellivslängd. Självskattad hälsa är ett brett mått på hälsa som har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt [39]. Medellivslängd är resultatet av många faktorer under lång tid, som till exempel ekonomisk standard, möjligheter till utbildning, levnadsvanor och tillgång till hälso- och sjukvård, och mäter den yttersta konsekvensen av ohälsa.

## Barn i hushåll med låg ekonomisk standard

Flickor och pojkar redovisas här tillsammans då de uppvisar samma nivåer och mönster av ekonomisk utsatthet. Totalt levde 19 procent av barnen i Sverige i hushåll med låg ekonomisk standard 2018, vilket innebär att nästan var femte barn lever med en ökad risk för negativa hälsokonsekvenser på lång sikt.

Barn vars föräldrar har förgymnasial utbildning lever i betydligt större utsträckning med låg ekonomisk standard än barn med föräldrar som har gymnasial eller eftergymnasial utbildningsnivå. Andelen barn i de två yngsta åldersgrupperna (0–9 år) med låg ekonomisk standard ökar något under perioden 2011–2018. Skillnaderna mellan barn vars föräldrar har förgymnasial respektive eftergymnasial utbildningsnivå består under perioden (figur 24).

**Figur 24.** Barn med låg ekonomisk standard (andelar i procent), 0–19 år, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2011–2018.

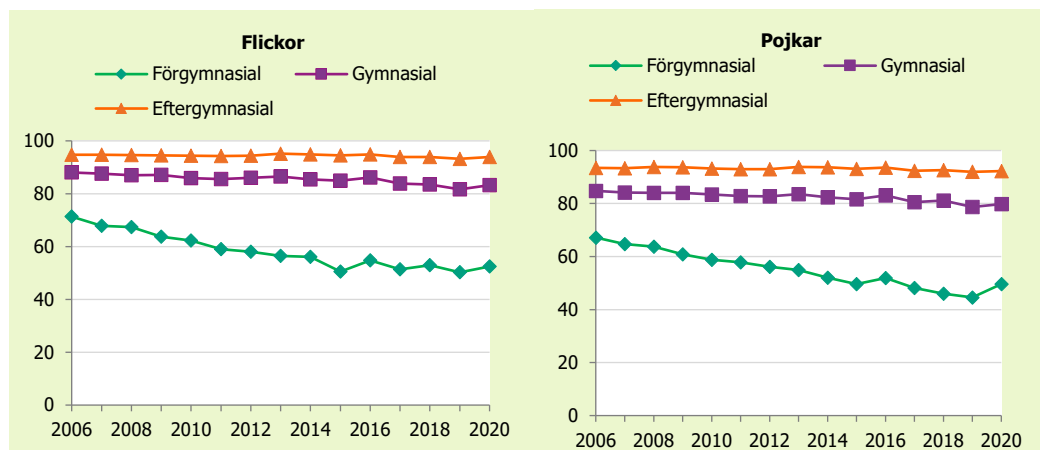


Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Elever med gymnasiebehörighet

Andelen elever med gymnasiebehörighet i årskurs 9 har generellt sett sjunkit under perioden 2006–2020 (figur 25). Andelen behöriga till gymnasiet var lägre bland elever vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå redan i början av perioden och sjönk fram till 2020 med 13 procent. Skillnaden mellan elever vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå och övriga grupper ökade under perioden.

**Figur 25.** Gymnasiebehörighet (andelar i procent). Flickor och pojkar, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2006–2020.

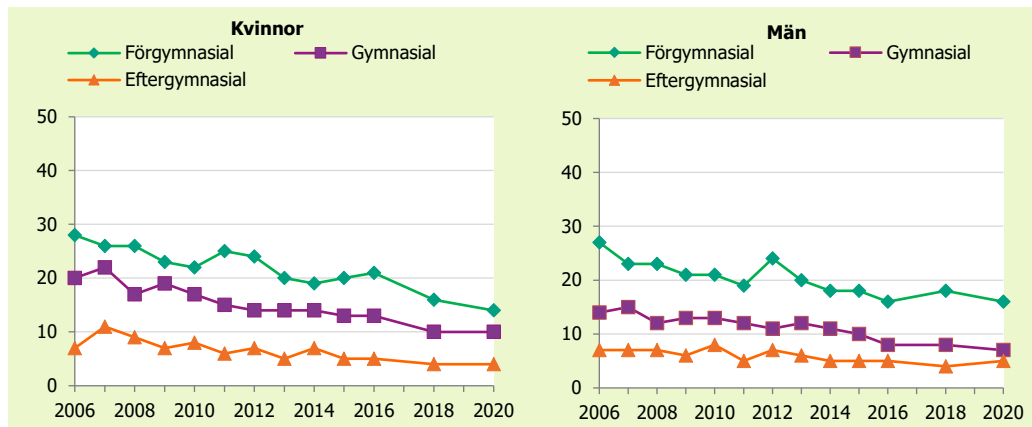


Källa: SCB, ursprungligen Skolverket, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

## Daglig tobaksrökning

Andelen personer som uppger att de röker tobak dagligen har minskat under 2006–2020, bland kvinnor och män och i alla utbildningsgrupper (figur 26). Andelen personer som röker är högre bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå och skillnaden ökar något under perioden, främst bland kvinnor.

**Figur 26.** Daglig tobaksrökning (andelar i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2020. Åldersstandardiserade siffror.

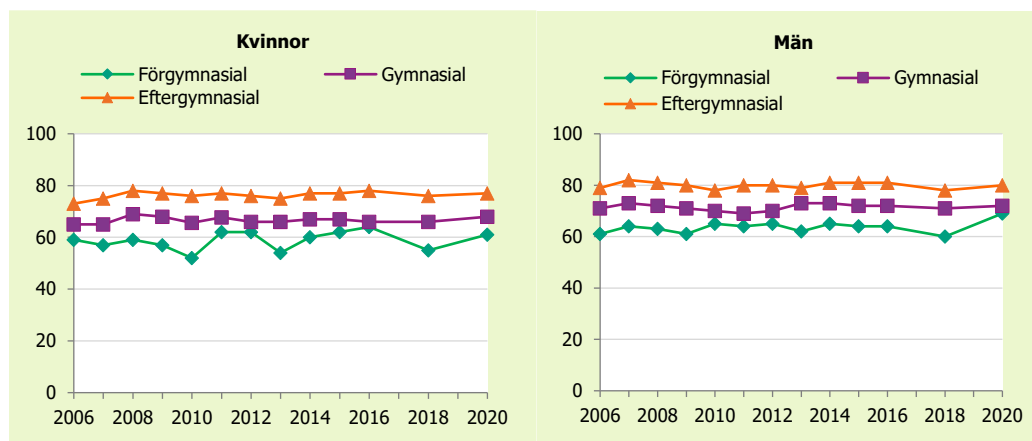


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

## Självskattad hälsa

Andelen i befolkningen som uppger god självskattad hälsa ökar något under perioden 2006–2020. Totalt uppgav 73 procent god självskattad hälsa 2020. Genomgående uppger färre personer med förgymnasial utbildningsnivå en god självskattad hälsa under hela perioden jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå (figur 27). Skillnaden mellan grupperna består under perioden.

**Figur 27.** God självskattad hälsa (andelar i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2020. Åldersstandardiserade siffror.

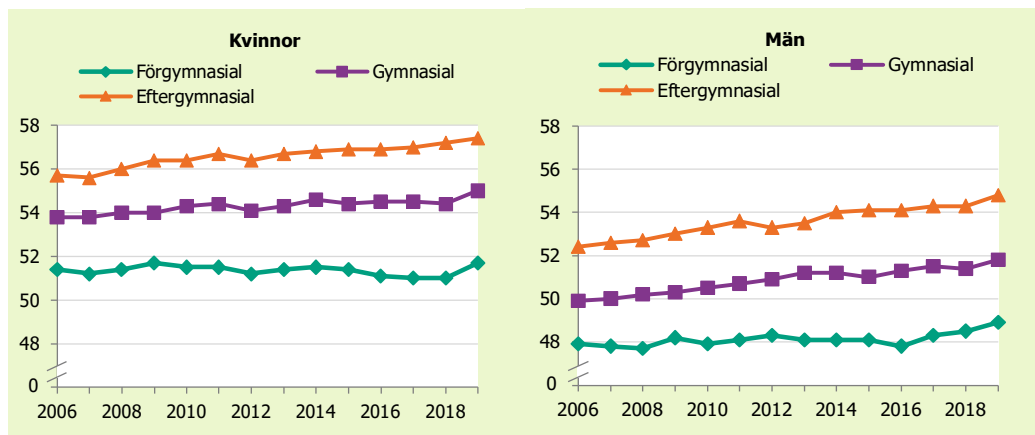


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

## Medellivslängd

Medellivslängden har ökat under perioden 2006–2019, men olika mycket för olika grupper (figur 28). Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökade i genomsnitt 2,0 år. För kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå har ökningen dock varit marginell, 0,3 år, under perioden. Skillnaden mellan dem med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå har ökat under perioden, både bland kvinnor och män.

**Figur 28.** Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder, inrikes födda. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2019.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten



## Europeisk utblick

Detta kapitel baseras på internationell folkhälsorapportering, där data om Sverige rapporteras enligt internationella krav med fokus på jämförbarhet mellan länder. Information om Sverige i den internationella rapporteringen stämmer inte alltid överens med nationell rapportering, på grund av definitionen av indikatorer och redovisningsgrupper.

Att minska ojämlikhet i hälsa är en prioriterad fråga på såväl global, europeisk som nationell nivå. I de globala målen för hållbar utveckling inom Agenda 2030 nämns god hälsa och välbefinnande, jämställdhet och minskad ojämlikhet som egna mål (mål 3, 5 och 10) [1]. Flertalet andra globala mål är viktiga för jämlik hälsa eftersom de berör människors livsvillkor och levnadsvanor, till exempel utbildning och arbete.

Under 2020 har covid-19-pandemin påverkat människor och samhällen runt om i världen, både direkt genom sjukdom och död och indirekt utifrån olika åtgärder mot smittspridningen. Enligt FNs rapport Sustainable development goals report har arbetslösheten ökat, cirka 1,6 miljarder elever har påverkats av nedstängning av skolor och tiotals miljoner människor har åter hamnat i extrem fattigdom och hunger [40]. Möjligheten att söka asyl har minskat under pandemin, vilket förvärrar situationen för människor i migration då de ofta har begränsade möjligheter att skydda sig från smitta och tillgången till sjukvård är begränsad [40]. Sammantaget gör detta att vissa av de senaste årens framsteg gått tillbaka och att det blir än mer utmanande att nå de globala målen för hållbar utveckling.

## Medellivslängd

Medellivslängden i Sverige var 2018 den femte högsta i EU, 82,6 år, enligt Health at glance Europe 2020 [41]. Medellivslängden i EU var i snitt 81 år och Spanien och Italien hade den högsta förväntade medellivslängden bland EU-länderna, med över 83 år [41]. Vad gäller antalet friska förväntade levnadsår vid 65 års ålder (healthy life years, HLY) placerade sig Sverige högst i EU för både kvinnor och män, med 15,8 respektive 15,6 HLY, år 2018 [42]. Sverige tillhör också de länder i världen där risken är som allra lägst att dö i förtid [43-44].

Medellivslängden har ökat i Sverige liksom de andra EU-länderna under de senaste decennierna, men framstegen har avtagit i många länder, däribland Sverige. Stagnationen förklaras till stor del av svåra influensasäsonger samt att dödsfall på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen inte minskar lika snabbt som tidigare. Covid-19-pandemin förväntas resultera i ytterligare stagnation eller till och med minskad medellivslängd under 2020 i de länder som har drabbats mest, och enligt SCB blir 2020 troligen ett år med sjunkande medellivslängd i Sverige [45].

Stora ojämlikheter i förväntad livslängd finns mellan kvinnor och män och mellan socioekonomiska grupper. Jämlikheten i förväntad livslängd efter utbildningsnivå är ofta större bland män än bland kvinnor [41]. Sedan mitten av 80-talet har

skillnaderna i livslängd mellan olika socioekonomiska grupper i Sverige ökat [46]. Trots det tillhör Sverige de länder med minst skillnad i livslängd mellan grupperna med längst och kortast utbildning inom OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) [41, 47].

## Psykisk hälsa och suicid

År 2018 uppgav i genomsnitt en av nio vuxna (11 %) i EU-länderna symptom på psykisk ohälsa. I Sverige uppgav en något lägre andel symptom på psykisk ohälsa [41]. Även Sveriges suicidtal ligger nära genomsnittet för OECD och Sverige uppvisar jämfört med andra OECD-länder mindre skillnader mellan kvinnor och män i suicidtal [47]. Antalet suicid har minskat i nästan alla EU-länder med omkring 50 procent mellan 2000 och 2017 [41].

## Fetma

Fetma är en riskfaktor för många icke smittsamma sjukdomar, inklusive högt blodtryck, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och vissa former av cancer [47]. Resultat från vissa länder tyder på att fetma ökar risken för att utveckla svåra covid-19-symtom och för att behöva intensivvård [48].

Under de senaste två decennierna har förekomsten av fetma ökat i EU till runt 17 procent. Andelen i den vuxna befolkningen med övervikt och fetma i Sverige ligger under andelen i EU, runt 15 procent, år 2018, med små skillnader mellan könen [41]. Även andelen 11- och 15-åringar i Sverige med övervikt är lägre än genomsnittet i EU. I EU-länderna är övervikt och fetma mer förekommande bland ungdomar i familjer med lägre socioekonomisk standard än bland dem från familjer med högre socioekonomisk standard [41].

## Levnadsvanor

De sociala skillnaderna i hälsa och medellivslängd återspeglar i stor utsträckning skillnader i livsvillkor och levnadsvanor. Kända riskfaktorer för sjuklighet och förtida död är till exempel rökning, alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet.

Sverige är ett av de länder med lägsta andelen vuxna som röker tobak dagligen (7 % för båda könen år 2020), tillsammans med Finland, Island och Norge. De nordiska länderna, Nederländerna, Irland och Estland har uppnått den största minskningen av rökning bland vuxna under det senaste decenniet [41]. Även bland 15-åringar gick andelen som röker ner mellan 2014 och 2018 i de flesta EU-länder inklusive Sverige. I genomsnitt rökte mer än var sjätte 15-åring (18 %) i EU minst en gång senaste månaden 2018, medan siffran för Sverige var 12 procent [41]. Tobaksrökning är vanligare i grupper med låg socioekonomisk position både bland unga och i den vuxna befolkningen. Det är fortfarande vanligare bland män än kvinnor i de flesta EU-länder. Cirka en av fyra män och en av sex kvinnor rökte dagligen i genomsnitt i EU-länderna år 2018 [41].

Alkoholkonsumtionen per capita i Europa är den högsta i världen och alkoholrelaterade skador är ett stort folkhälsoproblem. Alkohol användning stod för knappt 300 000 dödsfall i EU-länderna 2016 [49]. Män i lägre socioekonomiska grupper dricker mer än män i högre socioekonomiska grupper, medan det motsatta förhållandet gäller för kvinnor [50].

När det gäller fysisk aktivitet rapporterade i genomsnitt en av fyra 11-åringar och en av sju 15-åringar inom EU att de genomförde måttlig till kraftig träning minst en timme dagligen 2018. I alla länder är flickor mindre fysiskt aktiva än pojkar i båda åldersgrupperna. I genomsnitt har andelen barn och ungdomar som utför fysisk aktivitet dagligen minskat mellan 2006 och 2018, för både pojkar och flickor. I Sverige var det en mindre andel flickor och pojkar än genomsnittet i EU-länderna som var fysiskt aktiva i mer än en timme dagligen. Detta gällde både 11- och 15-åringar [41].

## Covid-19

I de flesta väst- och nordeuropeiska länder inträffade den första vågen av smittspridning av covid-19 i mars 2020. Under sommaren rapporterade de flesta av dessa länder få fall innan de under hösten mötte en kraftig ökning av antalet smittade från slutet av augusti. Central- och östeuropeiska länder rapporterade få fall under första halvåret 2020. Det är svårt att jämföra dödsfall mellan olika länder då det påverkas av flera olika aspekter som antal prover som tas och sjukvårdssystemets utformning. Hela Europa har drabbats av två omfattande vågor av covid-19 men det är ännu för tidigt att analysera på djupet om, hur och varför länderna har drabbats olika.

Storbritannien rapporterade fram till den 31 oktober 2020 det högsta absoluta antalet covid-19-dödsfall (över 46 000) i EU-länderna, följt av Italien, Frankrike och Spanien, som var och en rapporterade mer än 35 000 dödsfall [41]. Justerat för befolkningsstorlek rapporterade Belgien högst antal covid-19-dödsfall per miljon människor (över 1 000), följt av Spanien, Storbritannien, Italien, Sverige och Frankrike (alla över 500). Dödsfallen har följt samma mönster som antalet fall, med en topp under våren, en nedgång över sommaren och en gradvis uppgång igen från och med augusti. I slutet av året var dödligheten i covid-19 lägst i vissa nordiska länder, Finland, Island och Norge, de baltiska länderna, Slovakien, Grekland och Cypern.

Ytterligare ett mått på dödlighet i covid-19 är så kallad överdödlighet, som ibland kan visa en annan bild. Fler olika analyser pågår för att jämföra olika länder men ingen av dessa är ännu publicerad i en vetenskaplig tidskrift. Sammanfattningsvis är det även här för tidigt för mer grundläggande analyser av de skillnader man ser mellan olika länder.

I Europa ses samma mönster som i Sverige där de som har störst risk för allvarlig sjukdom och död på grund av covid-19 är äldre och personer med underliggande

sjukdomar. Män har högre risk än kvinnor och vissa grupper i utsatta situationer löper högre risk än andra [41].

## Ekonomisk tillväxt

Covid-19-pandemin har lett till en global ekonomisk kris, där de länder som drabbats hårdast av covid-19 har upplevt de största ekonomiska nedgångarna i BNP. Alla 31 undersökta europeiska länder i rapporten Health at a Glance: Europe 2020 [41] upplevde under andra kvartalet 2020 negativ ekonomisk tillväxt, med i genomsnitt en nedgång med 11,4 procent. Storbritannien och Spanien hade störst nedgång med nästan 20 procent, och Finland, Norge och Estland var mindre drabbade med mindre än 6 procent [41]. Sverige har haft en relativt liten nedgång, på 8,3 procent under andra kvartalet 2020. Ekonomiska nedgångar påverkar ofta i högre grad de som redan är i mer utsatta situationer, socialt och ekonomiskt, vilken i sin tur kan leda till ökande skillnader i till exempel hälsa.

# Diskussion

## Är hälsan i Sverige god?

Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god. I flera avseenden utvecklas hälsan också positivt, men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika grupper i samhället och i vissa hänseenden ökar ojämlikheten. Covid-19-pandemin har under 2020 satt fokus på både folkhälsan i stort och ojämlikheten i förutsättningarna för en god hälsa. Det återstår att se hur mycket pandemin har påverkat och fortsatt kommer att påverka såväl folkhälsan som ojämlikheten i hälsa.

Medellivslängden har ökat i Sverige under 2006–2019. Män lever i genomsnitt kortare än kvinnor men skillnaderna har minskat under perioden. Under 2019 var de vanligaste dödsorsakerna i Sverige cirkulationsorganens sjukdomar och olika former av cancer. Risken att dö på grund av dessa sjukdomar har minskat under perioden, för både kvinnor och män i alla åldersgrupper utom den äldsta (85 år och äldre) vilket kan förklaras av att individer lever allt längre, varpå dödligheten förskjuts till den äldsta åldersgruppen.

Ett avvikande exempel är att dödlighet i lungcancer har ökat bland kvinnor, troligen beroende på förändrade rökvanor 20–30 år tillbaka i tiden. År 2020 angav lika många kvinnor som män att de röker dagligen. Andelen har sjunkit 2006–2020, bland både kvinnor och män, vilket sannolikt kommer att bidra till att ett sjunkande antal personer dör i lungrelaterade sjukdomar i framtiden. Fetma är en annan riskfaktor för flera olika sjukdomar, till exempel diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdom. År 2020 uppgav 16 procent av befolkningen (16–84 år) fetma och över hälften uppgav övervikt eller fetma. Andelen med övervikt och fetma ökade 2006–2020.

Hälsan varierar med ålder och den självrapporterade hälsan skiljer sig mellan olika åldersgrupper i befolkningen (16–84 år). År 2020 rapporterade fler yngre än äldre ett gott allmänt hälsotillstånd, men samtidigt rapporterade fler yngre, särskilt kvinnor, både stress och ångslan, oro och ångest. Andelen som uppgav stress och ångslan, oro och ångest ökade också bland de yngre 2006–2020. Även suicidtalet (antalet suicid/100 000 invånare) ökade något i de två yngsta åldersgrupperna (15–44 år). Andelen som uppgav gott allmänt hälsotillstånd och gott psykiskt välbefinnande var något högre bland män än bland kvinnor, men fler män än kvinnor avled av suicid.

Under perioden 2006–2019 minskade antalet skador på grund av våld (sjukhusvårdade fall) främst bland yngre män (15–29 år) samtidigt som de ökade bland kvinnor. Trots detta var det 2020 fortfarande vanligare bland män än kvinnor att ha vårdats för våldsrelaterade skador. Även andelen personer som själva uppgav att de utsatts för våld eller hot om våld ökade bland kvinnor 2006–2020 och var 2020 lika stor, drygt sex procent, för kvinnor och män. Under samma period ökade andelen personer som uppgav att de avstått från att gå ut ensamma på grund av

rädsla. Bland de yngre kvinnorna uppgav fler än hälften att de någon gång avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla, 2020.

## Är hälsan i Sverige jämlik?

De socioekonomiska skillnaderna i hälsa i Sverige är tydliga. Det gäller nästan alla former av hälsa, oberoende av om den är självskattad eller läkarbedömd och det gäller både fysisk och psykisk hälsa.

Personer med högst förgymnasial utbildningsnivå har en lägre medellivslängd och en högre dödlighet i alla de vanligaste dödsorsakerna, än personer med eftergymnasial utbildningsnivå, utom vad gäller bröstcancer. Även läkemedels- och narkotikarelaterad dödlighet och dödlighet enligt alkoholindex var högre i denna grupp, samt avlidna i suicid. Vidare är spädbarnsdödlighet vanligare bland barn vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå.

Samma mönster kan ses för olika former av sjuklighet och välbefinnande. Skador till följd av våld (sjukhusvårdade fall) var betydligt vanligare bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå, medan god självskattad hälsa, både allmänt hälsotillstånd och psykiskt välbefinnande, var mindre vanligt. Dessutom uppges en större andel bland personer med högst förgymnasial utbildningsnivå övervikt och fetma jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå.

Under covid-19-pandemin har det blivit tydligt att även smittsamma sjukdomar drabbar olika grupper i olika utsträckning [51]. Mycket återstår att följa upp kring vilka som drabbats och varför, men det är redan nu tydligt att risken att insjukna i covid-19 är större bland personer med vissa yrken, exempelvis yrken som inte kan utföras på distans eller som innebär många kontakter, däribland vård- och omsorgsyren [9]. Personer födda utanför Sverige har visats ha en större risk att insjukna i covid-19 [10], vilket troligen förklaras till stor del av socioekonomisk situation och olika strukturella faktorer, som till exempel åldersstruktur, yrke och boendesituation.

## Närmar vi oss målet om att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation?

För att undersöka om Sverige närmar sig målet om att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation har ett antal indikatorer följts med särskild fokus på hur ojämlikheten i hälsa förändras över tid, 2006 och framåt. Eftersom hälsan påverkas av livsvillkor och levnadsvanor genom hela livet indikerar skillnader i förutsättningar för hälsa hur hälsan i befolkningen kan komma att förändras framåt.

Medellivslängden har ökat bland både kvinnor och män 2006–2019, men samtidigt har skillnaderna ökat mellan socioekonomiska grupper. Bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå ökade medellivslängden endast med 0,3 procent, samtidigt som risken för förtida död ökade. Även ojämlikheten i självskattat allmänt hälsotillstånd består under perioden (2006–2020), med färre personer som

skattar sin allmänna hälsa som god bland dem med högst förgymnasial utbildningsnivå än i övriga utbildningsgrupper.

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor har jämlika förutsättningar för en god hälsa. Orsakerna till utvecklingen av medellivslängden står att finna under en individs hela livsförlopp. Den ökade medellivslängd vi ser idag beror på faktorer både långt tillbaka i tiden och idag. Även den självskattade hälsan påverkas, som all form av hälsa, av både den aktuella situationen och faktorer tidigare under livet.

Att ojämlikheten i självskattad hälsa och medellivslängd kvarstår, och vad gäller medellivslängd till och med ökar, kan förklaras bland annat 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.

Förutsättningarna för en god hälsa har inte heller förbättrats lika mycket för alla grupper vilket påverkar skillnaderna i hälsa och medellivslängd. Att livsvillkoren inte förbättras lika mycket för alla syns exempelvis i ökade inkomstskillnader. Samtidigt som den ekonomiska standarden generellt sett ökat med 14 procent, har inkomstskillnaderna, mätt med hjälp av Gini-koefficienten, ökat kontinuerligt i Sverige sedan 80-talet [52-54]. Dessutom har den percentil med lägst inkomst halkat efter [54-55]. Speciellt utsatta grupper vad gäller låg inkomst är bland annat personer födda utanför Europa, ensamstående föräldrar, äldre ensamstående, personer med funktionsnedsättning, personer med långtidssjukskrivning och personer som står utanför arbetsmarknaden [54, 56-57]. Bland kvinnor med högst förgymnasial utbildningsnivå har den ekonomiska standarden ökat med endast 0,2 procent 2011–2018 och fler än 30 procent lever med låg ekonomisk standard.

Att en stor andel barn till föräldrar med högst förgymnasial utbildningsnivå lever med låg ekonomisk standard är också en följd av de ökade inkomstskillnaderna. Barn till föräldrar med högst förgymnasial utbildningsnivå levde 2018 mer än tre gånger så ofta i hem med låg ekonomisk standard, jämfört med barn till föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå. Även andelen behöriga till gymnasiet var lägre bland elever vars föräldrar har högst förgymnasial utbildningsnivå. Andelen behöriga sjönk också mer i denna grupp, med 13 procent fram till 2020, än i övriga grupper.

Daglig tobaksrökning har minskat under lång tid i Sverige och fortsatte att gå ner 2006–2020. Det beror på flera olika faktorer, där styrmedel i form av skatter, lagar och riktlinjer, samt ett i övrigt utvecklat förebyggande arbete, bidrar. När det gäller levnadsvanor påverkas de val människor gör både av personliga preferenser och det handlingsutrymme som en person har [11]. Handlingsutrymmet att genomföra de förändringar som behövs för att förbättra hälsan skiljer sig åt 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 och kunskap når olika grupper.

Ytterligare en förklaring till uteblivna förbättringar i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, vad gäller såväl självskattad hälsa och medellivslängd som tobaksrökning, är att gruppen utgör en minskande andel av befolkningen och att gruppens sammansättning har ändrats över tid [28], vilket gör att den idag är mer utsatt på arbetsmarknaden och i andra avseenden [29]. Kommande förändringar i gruppens storlek och sammansättning kan även påverka utvecklingen framåt.

Sammantaget syns ingen ökad jämlikhet i hälsa under perioden 2006 och framåt. Covid-19-pandemin har satt fokus på att även smittsamma sjukdomar med ett snabbt sjukdomsförlopp drabbar ojämnt. Fortsatt stora skillnader i daglig tobaksrökning och att leva med låg ekonomisk standard, samt ökande skillnader i behörighet till gymnasiet indikerar stora hälsoskillnader även i framtiden om inte adekvata åtgärder sätts in. Vidare kan effekterna av pandemin komma att förstärka ojämligheten i förutsättningarna för hälsa, genom exempelvis permitteringar, arbetslöshet och försämrade försörjningsmöjligheter.




För ytterligare förbättringar av folkhälsan behöver hälsan bli bättre särskilt för dem med sämst hälsa. Folkhälsoarbetet behöver stärkas i hela sin bredd för att det folkhälsopolitiska målet ska kunna uppnås. Det innebär ett tvärsektorielt arbete där de olika politikområdena bidrar genom att arbeta såväl hälsofrämjande och förbyggande som med sjukvårdande insatser. Ett brett arbete inom välfärdssamhällets olika områden är viktigt för att skapa goda försörjningsmöjligheter, likvärdig utbildning och goda boendeförhållanden. Det förebyggande arbetet behöver förstärkas för att minska insjuknandet i olika sjukdomar, minska trycket på vården och bidra till människors hälsa.



# Bilagor

För att läsa bilagorna kan du öppna dem från [webbsidan för Folkhälsans utveckling – årsrapport 2021](#).

Du kan också ladda ner årsrapporten och därefter dubbelklicka på gomet bredvid respektive bilaga för att öppna bilagan. Som ett alternativ kan du också öppna menyn för bifogade filer i din pdf-app och sedan klicka på rätt bilaga i den menyn.

-  Bilaga 1. Resultat i tabellform
-  Bilaga 2. Beskrivning av indikatorer
-  Bilaga 3. Metodbeskrivning

# Referenser

1. Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – fördjupat resultat. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019 [uppdaterad 20 februari 2021; citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/>
3. Folkhälsomyndigheten. På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dffcb3a5e67/stodstruktur-god-jamlik-halsa.pdf>
4. Folkhälsomyndigheten. SmiNet. Elektronisk anmälan av smittsamma sjukdomar. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2021 [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <http://www.sminet.se/>
5. Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). COVID-19 i svensk intensivvård. Karlstad: SIR; 2021 [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/>
6. Regeringskansliet. Strategi med anledning av det nya coronaviruset. Stockholm: Regeringskansliet; 2020 [uppdaterad 7 april 2020, citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/regeringens-arbete-med-coronapandemin/strategi-med-anledning-av-det-nya-coronaviruset/>
7. Folkhälsomyndigheten. Årsredovisning 2020. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/fd346b40b404481eb91236b390972f7c/folkhalsomyndighetens-arsredovisning-2020.pdf>
8. Sjögren A (redaktör), Engdahl M, Hall C, Holmlund H, Lundin M, Mühlrad H, Öckert B. Barn och unga under coronapandemin. Lärdomar från forskning om uppväxtmiljö, skolgång, utbildning, och arbetsmarknadsinträde. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU); 2021. Rapport 2021:2. [citerad 16 mars 2021]. Hämtad från: <https://www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/20212/barn-och-unga-under-coronapandemin/>
9. Folkhälsomyndigheten. Förekomst av covid-19 i olika yrkeskategorier – delrapport 2. Bekräftade covid-19 fall i Sverige 13 mars – 15 december. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2196ac08bde24bc4bc7d4abfd6775001/forekomst-covid-19-olika-yrkeskategorier-delrapport-2.pdf>
10. Folkhälsomyndigheten. Covid-19. Demografisk beskrivning av bekräftade covid-19 fall i Sverige 13 mars-7 maj 2020. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d6538f6c359e448ba39993a41e1116e7/covid-19-demografisk-beskrivning-bekraftade-covid-19-fall.pdf>
11. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Inequalities in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2007. Arbetsrapport 2007 nr.14. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.ifs.se/publikationer/arbetsrapporter/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

13. 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
14. 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
15. Whitehead M, Dahlgren G, World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2006. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
16. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Høgskolan i Oslo og Akershus; 2014. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-OsloMet-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Sosial-ulikhet-i-helse-En-norsk-kunnskapsoversikt>
17. 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
18. Marmot M. Introduction. I: Marmot M, Wilkinson RG, redaktörer. *Social determinants of health*. 2 uppl. New York: Oxford University Press; 2006. p. 1-5.
19. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/nyheter-press/dokument-nyheter/2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
20. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). Hälsa och livsvillkor hos unga HBTQ-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? Stockholm: Forte; 2018. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/unga-hbtq/>
21. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a9f9f81fd47c40ecb2241b5d2658bfe2/slutrapport-funktionshindersuppdraget-2011-2016.pdf>
22. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa - Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017. Stockholm: Barnombudsmannen; 2017. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/ovriga-publikationer/nyanlanda-barns-halsa/>
23. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets Högskola; 2016. Rapportnummer 2016:1. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <http://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1060355&dswid=-2892>
24. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Riksdagstryckeriet; 2012. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunnskapsoversikt-om-nationella-minoriteter\\_GZ0WRFR11](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunnskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRFR11)
25. Janlert U. Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad; 2012. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: [https://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert\\_underlag.pdf](https://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf)

26. Marmot M, Goldblatt P, Allen J et al. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Institute of Health Equity; 2010. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
27. Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, Lynch J, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (Part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):7-12. DOI: 10.1136/jech.2004.023531
28. Statistiska centralbyrån (SCB). Arbetsmarknaden för personer med låg utbildning 2005-2016. Stockholm: SCB; 2017. Statistiska meddelanden AM 110 SM 1704. [citerad 23 februari 2021]. 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)
29. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015.
30. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève: WHO; 2014. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
31. 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*. 2018;392(10152):1015–1035. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
32. 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
33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. Paris: OECD Publishing; 2019. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity\\_67450d67-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en)
34. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/lungcancer/>
35. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Minskad antibiotikaanvändning under covid-19-pandemin har inte lett till fler allvarliga infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-12-7119.pdf>
36. McKenna C, Law C, Pearce A. Increased household financial strain, the Great Recession and child health—findings from the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open*. 2017;7(3):e015559. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015559
37. Bergnehr D, Enell S. Ungdomars och unga vuxnas levnadsvillkor i Sverige. En kunskapsöversikt med fokus på ojämlikhet. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte); 2018. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/ungdomars-och-unga-vuxnas-levnadsvillkor/>
38. UNICEF. Fairness for children. A league table of inequality in child well-being in rich countries. Florens: UNICEF office of Research - Innocenti; 2016. Innocenti Report Card no. 13. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.unicef-irc.org/publications/830-fairness-for-children-a-league-table-of-inequality-in-child-well-being-in-rich-countries.html>
39. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet*. 2002;359(9302):187-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07466-4
40. UN (2020), Sustainable Development Goals Report: <https://sdgs.un.org/sites/default/files/2020-09/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>

41. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Europeiska Unionen. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2020 [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf)
42. Eurostat. Healthy life years at age 65 by sex. Europeiska Kommissionen; 2020 [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tepsr\\_sp320&language=en](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tepsr_sp320&language=en)
43. Organization for economic co-operation and development (OECD). Sverige: Landprofil hälsa 2019. Paris/Bryssel: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sverige-landprofil-halsa-2019\\_9ca28133-sv](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sverige-landprofil-halsa-2019_9ca28133-sv)
44. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Genève: WHO; 2018 [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
45. SCB, Prognos om avlidna och medellivslängd 2020. Demografiska rapporter 2020:4 [https://scb.se/contentassets/8755adb4665e4fb880f89c90440f49d9/be0701\\_2020a01\\_br\\_be51br2005.pdf](https://scb.se/contentassets/8755adb4665e4fb880f89c90440f49d9/be0701_2020a01_br_be51br2005.pdf)
46. Statistiska Centralbyrån (SCB). Sammanboende lever längre. [uppdaterad 8 oktober 2019; citerad 26 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/sammanboende-lever-langre>
47. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019. OECD indicators. Paris: OECD; 2019. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/4dd50c09-en>
48. Caussy C, Pattou F, Wallet F, Simon C, Chalopin S, Telliame C, et al. Prevalence of obesity among adult inpatients with COVID-19 in France. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(7):562-564. DOI: 10.1016/S2213-8587(20)30160-1
49. World Health Organization (WHO). Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2019. [citerad 16 mars 2021]. Hämtad från: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>
50. Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) Society at glance 2011. Social Indicators. OECD. [https://doi.org/10.1787/soc\\_glance-2011-en](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2011-en)
51. Statistiska Centralbyrån (SCB). Lämna ingen utanför. Statistisk lägesbild av genomförandet av Agenda 2030 i Sverige, oktober 2020. Solna: SCB; 2020 [citerad 16 mars 2021]. Hämtad från: [https://www.scb.se/contentassets/992b5ef6a28a451286cfff1672acea73/mi1303\\_2020a01\\_br\\_x41br2002.pdf](https://www.scb.se/contentassets/992b5ef6a28a451286cfff1672acea73/mi1303_2020a01_br_x41br2002.pdf)
52. Waldenström D, Bastani S, Hansson Å. Konjunkturrådets rapport 2018. Kapitalbeskattningens förutsättningar. Stockholm: SNS förlag; 2018. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.sns.se/aktuellt/konjunkturradets-rapport-2018-kapitalbeskattningens-forutsattningar-2/>
53. Kuvalainen S, Nelson K. The Nordic welfare model in a European perspective. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2010. Arbetsrapport 2010:11. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/the-nordic-welfare-model-in-a-european-perspective/>
54. Statistiska centralbyrån (SCB). Ekonomisk välfärdsstatistik 2017:1. Inkomstrapport 2015 – individer och hushåll. Stockholm: SCB; 2017. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och->

[inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/publikationer/inkomstrapport-2015--individer-och-hushall/](#)

55. Roine J, Waldenström D. Long-Run Trends in the Distribution of Income and Wealth. I: Atkinson AB, Bourguignon F, redaktörer. Handbook of Income Distribution, vol. 2A. Amsterdam: North-Holland; 2015. S. 469-592.
56. Regeringens proposition 2014/15:100. 2015 års ekonomiska vårproposition. Bilaga 2, Fördelningspolitisk redogörelse. Stockholm: Finansdepartementet; 2015. [citerad 23 februari 2021]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2015/04/prop.-201415100/>
57. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistik om personer med funktionsnedsättning, tabeller 2016–2017. [citerad 23 februari 2021]. 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-2016-2017//>

Den årliga uppföljningen av folkhälsan visar att hälsan skiljer sig åt mellan grupper och att den inte förbättras för alla. Dödligheten i flera kroniska sjukdomar minskar, men olika mycket för olika grupper. Rapporten visar också att psykiska besvär fortsätter att öka, främst bland unga vuxna och särskilt bland kvinnor.

Inte heller förutsättningarna för hälsa, som goda försörjningsmöjligheter och utbildning, förbättras för alla. Personer med kort utbildning, särskilt kvinnor, och även barn till föräldrar med kort utbildning är grupper som i flera avseenden halkar efter.

Sammantaget är det en lång väg kvar till att uppnå det folkhälsopolitiska målet om jämlik hälsa och stora skillnader riskerar att kvarstå om inte adekvata åtgärder sätts in.

Sverige har under 2020 blivit hårt drabbat av covid-19-pandemin. Hur pandemin och åtgärderna mot den påverkar andra hälsoutfall och förutsättningarna för hälsa studeras inte i denna rapport, så pandemins fulla effekt återstår att se. Effekterna av covid-19-pandemin kan på sikt komma att ytterligare förstärka ojämlikheten i hälsa.

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

---

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



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Forskarens väg 3. Box 505, 831 26 Östersund.

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