



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2020



Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/. En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar från Folkhälsomyndighetens publikationsservice, 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, 2020.

Artikelnummer: 20003

Om publikationen

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. ”Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2020” är tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för i första hand regeringen, men även för politiker och tjänstemän på regional och kommunal nivå samt andra statliga myndigheter med intresse av att följa folkhälsofrågorna.

Under de senaste månaderna har det blivit tydligt för de flesta hur viktigt arbetet med de smittsamma sjukdomarna är. De kan på kort tid och med snabb spridning få stora effekter för folkhälsan. En god grundläggande folkhälsa ger bättre förutsättningar att hantera även utbrott av smittsamma sjukdomar. Hur den pågående pandemin med covid-19 kommer att påverka folkhälsan i Sverige, på kort och på lång sikt, är för tidigt att säga. Hälsoutvecklingen behöver följas även framöver för att förebygga ohälsa och hälsoskillnader till följd av till exempel arbetslöshet och ekonomisk utsatthet.

Årsrapporten ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer och redovisar även utvecklingen över tid. Rapporten synliggör hur hälsan är fördelad i befolkningen och om skillnaderna i hälsa ökar eller minskar.

Mot bakgrund av det nya folkhälsopolitiska ramverket fick Folkhälsomyndigheten i maj 2019 i uppdrag av regeringen att göra en översyn av politikområdesmål, bestämningsfaktorer och indikatorer, med särskild fokus på jämlik hälsa. Folkhälsomyndigheten avser att redovisa en plan för en samlad uppföljning som även inkluderar indikatorer som speglar viktiga aspekter av en god och jämlik hälsa och bakomliggande förutsättningar på samhällsnivå. Uppföljningen kommer framöver att ta tydligt avstamp i de åtta folkhälsopolitiska målområdena.

För att uppnå god och jämlik hälsa måste fokus läggas på samtliga målområden genom ett brett sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som har ett inflytande på folkhälsans utveckling. Denna sektorsövergripande ansats är helt i linje med Agenda 2030 för hållbar utveckling med den genomgående principen att ingen ska lämnas utanför.

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

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson, Generaldirektör

Innehåll

Övergripande resultat	5
Inledning	6
Hälsan och dess bestämningsfaktorer	7
Hälsans bestämningsfaktorer	7
Vad är ojämlikhet i hälsa?	8
Utbildning som mått på socioekonomisk position	8
Vad kan göras?	9
Folkhälsan i Sverige – en sammanfattning	10
Hälsa.....	10
Levnadsvanor.....	13
Livsvillkor.....	14
Att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation	16
Barn i ekonomisk utsatthet	16
Elever med gymnasiebehörighet	17
Daglig tobaksrökning	17
Självskattad hälsa.....	18
Medellivslängd	18
Orsaker och slutsats	19
Europeisk utblick	20
Medellivslängd	20
Levnadsvanor.....	20
Fetma	21
Suicid	21
Socialt välbefinnande.....	21
Vidare läsning	22
Bilagor.....	24
Referenser	25

Övergripande resultat

Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och i flera avseenden utvecklas hälsan positivt; medellivslängden ökar, fler skattar sin allmänna hälsa som god och förtida död minskar. Resultaten visar emellertid fortsatt ojämlikhet i hälsa där ingen förbättring syns från 2006 och framåt. Inom ett antal områden är skillnaderna mellan olika grupper i samhället fortfarande stora och ibland även ökande.

För att uppnå det folkhälsopolitiska målet, att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation, är det viktigt med ett tvärsektorielt arbete där de olika politikområdena bidrar genom att ta ansvar och arbeta för ökad jämlikhet.

Några resultat som vi valt att lyfta i år är:

- Fler skattar sin allmänna hälsa som god 2018 än 2006, men andelen var lägre bland dem med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå.
- Medellivslängden ökar inte för kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå. Samtidigt ökar andelen som dör före 65 års ålder i samma grupp.
- Skillnaden mellan dem med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå i återstående medellivslängd vid 30 års ålder var 2018 nästan dubbelt så stor som skillnaden mellan kvinnor och män.
- Antalet dödsfall i de fyra vanligaste cancerformerna minskade under perioden 2006–2018, med undantag för kvinnor vad gäller lungcancer.
- Nedsatt psykiskt välbefinnande ökar. Antalet avlidna i suicid per 100 000

ökar något under perioden bland flickor/kvinnor 15–29 år.

- Spädbarnsdödligheten är högre bland spädbarn vars mamma är född utanför Europa jämfört med övriga födelseregioner.
- Dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar ökade under perioden bland både kvinnor och män med sammanlagt 82 procent, men ökningen har avstannat de senaste åren bland män.
- Dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar var vanligast bland personer med förgymnasial utbildningsnivå och bland dem med födda utanför Europa.
- Riskkonsumtion av alkohol bland män minskade i de yngre åldersgrupperna 16–44 år, vilket sammanfaller med en minskning bland män 30–44 vad gäller dödlighet enligt alkoholindex.
- Daglig tobaksrökning minskar i alla grupper. Det är fortsatt stora skillnader mellan utbildningsgrupperna.
- Barn vars föräldrar har förgymnasial utbildning och/eller är födda utanför Europa lever väsentligt oftare i ekonomisk utsatthet än övriga grupper och andelen ökar något under perioden.
- Det finns stora, och ökande skillnader i behörighet till gymnasiet bland elever i årskurs 9, mellan dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå och övriga.
- Långtidsarbetslösheten har ökat både i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda utanför Europa och är flera gånger högre i dessa grupper än bland dem med eftergymnasial utbildningsnivå respektive födda i Sverige.

Inledning

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 viktigt för den enskilda individen, och bidrar även till att stärka samhällets utveckling. En god och jämlikt fördelad folkhälsa är även centralt för en hållbar utveckling.

Syftet med rapporten är att, utifrån regeringens övergripande mål för folkhälsopolitiken ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation” [1], ge en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer i Sverige samt att lyfta viktiga aspekter av utvecklingen på området. Särskild fokus läggs på jämlik hälsa.

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

Årsrapporten innehåller ett återkommande kapitel: Hälsans och dess bestämningsfaktorer, 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 folkhälsans nuläge och den generella utvecklingen på nationell nivå sedan 2006. Kapitlet är uppdelat i avsnitten Hälsa, Levnadsvanor och Livsvillkor. Länkar till förslag på mer ingående läsning ligger i slutet av respektive avsnitt, samt samlat under kapitlet Vidare läsning.

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.

Rapporten avslutas med en utblick där folkhälsan i Sverige sätts i europeiskt perspektiv.

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

Hälsan och dess bestämningsfaktorer

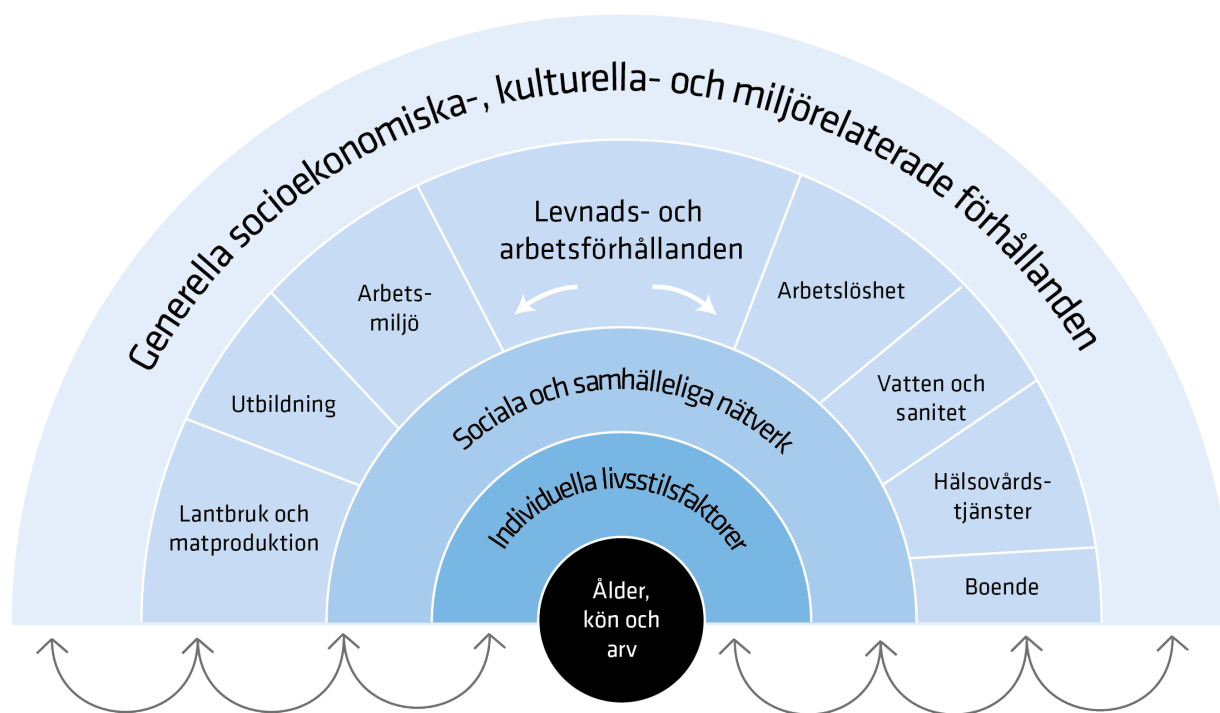
I det här avsnittet ges en kort beskrivning av hälsan och dess bestämningsfaktorer, vad ojämlikhet i hälsa är och hur det uppstår samt vad som kan göras för att motverka ojämlikhet i hälsa.

Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle [3]. För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor ges likvärdiga villkor och förutsättningar. Dessa villkor och förutsättningar benämns ofta som

hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren och Whitehead [4] har tagit fram en illustrativ modell över hälsans bestämningsfaktorer som på ett enkelt sätt visar på bredden av faktorer som påverkar vår hälsa (figur 1). Modellen har använts mycket både i Sverige och internationellt. Där illustreras hälsans bestämningsfaktorer som olika lager, från genetiska faktorer till strukturella faktorer såsom generella socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Mer förenklat görs ofta en indelning av bestämningsfaktorerna, utöver de genetiska, i livsvillkor och levnadsvanor.

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



Sambanden mellan bestämningsfaktorerna och hälsan är komplexa och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsburden i Sverige idag.

Livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Politiska beslut, som fördelnings-, utbildnings- och arbetsmarknadspolitik, påverkar vidare livsvillkoren för invånarna.

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

Vad är ojämlikhet i hälsa?

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

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

Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg nedåt i den sociala hierarkin, vare sig det handlar om nivå på utbildning, inkomst eller yrke, innebär sämre hälsa [8-10].

En förklaring till att hälsoproblem kan ansamlas i vissa grupper i särskilt utsatta situationer i samhället är att skillnader i resurser inte bara leder till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper, utan också till skillnader i mottaglighet eller motståndskraft och skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa.

Grupper i särskilt utsatta situationer kan till exempel vara hbtq-personer [11-12], personer med vissa funktionsnedsättningar [13], migranter [14-15], nationella minoriteter [16] och personer som står utanför arbetsmarknaden [17]. Det kan handla om ökad risk för ohälsa, eller sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud. Ofta sammanfaller dessa tillstånd.

Ojämlikheten i hälsa kan också ses ur ett livsförloppsperspektiv [18]. 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 [3]. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till såväl den position man har idag som den man haft som barn och under livet. Olika individer är olika sårbara för hälsans olika bestämningsfaktorer [9]. En bestämningsfaktor, som till exempel ekonomisk utsatthet eller rökning, påverkar risken för ohälsa, men hur stark effekten av faktorn är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer. Eftersom personer med lägre social position oftare utsätts för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – sociala, fysiska, levnadsvanor – blir effekten av en faktor ofta starkare bland personer med låg social position än bland personer med hög.

Utbildning som mått på socioekonomisk position

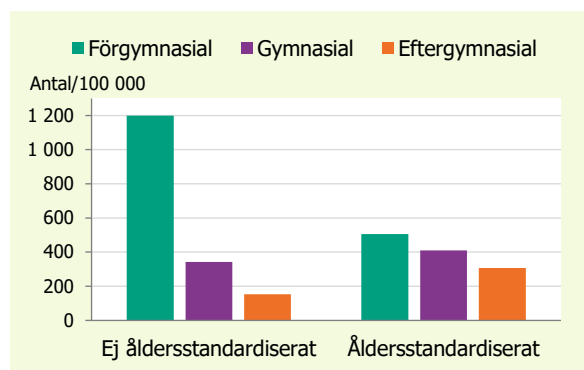
Socioekonomiska grupper kan definieras på flera sätt, till exempel som yrkesgrupper, inkomstgrupper eller utbildningsgrupper [19]. I denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp. Utbildningsnivå är ett vanligt använt mått på socioekonomisk position. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildning av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avklarad utbildning och utgör därför ett mer stabilt mått [19]. 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 förgymnasial utbildningsnivå idag cirka 20 procent av befolkningen jämfört med cirka 40 procent för ett par decennier sedan. Även gruppens sammansättning har ändrats över tid och den innehåller idag fler unga personer och personer födda utanför Sverige [20]. Gruppen är därför idag mer utsatt på arbetsmarknaden och även i andra sociala och ekonomiska avseenden [21].

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 åldersstandardiserade där det är möjligt. Figur 2 visar ett exempel på hur mycket en åldersstandardisering kan påverka resultaten.

Figur 2. Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar i åldern 25 år och äldre (antal per 100 000), 2018, fördelad på utbildningsnivå. Ej åldersstandardiserade och åldersstandardiserade siffror.



Källa: Socialstyrelsen och SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Vad kan göras?

Vad kan göras för att förbättra folkhälsan och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en

generation? Folkhälsan och dess bestämningsfaktorer är i stor utsträckning påverkbara och handlar om allt från olika politiska beslut till enskilda individers val. De hälsoskillnader vi ser idag har orsaker både långt tillbaka i tiden och idag. 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 de konsekvenser de ojämlika förutsättningarna har på hälsan idag.

Hälsan är en angelägenhet för aktörer inom olika politikområden, på såväl nationell som regional och kommunal nivå. De åtta målområden inom folkhälsopolitiken som antagits av riksdagen 2018 [1] visar också på nödvändigheten av ett intersektoriellt samarbete, och därmed också en intersektoriell uppföljning. Regionerna ansvarar för hälso- och sjukvården där sjukvården har en viktig hälsofrämjande roll och kan, till exempel genom en utbyggd primärvård med ett tydligare fokus på förebyggande arbete, bidra till att förbättra hälsan och minska hälsoklyftorna.

Hälsan påverkas också i hög utsträckning av hur samhället i stort är utformat, där politiska beslut inom andra områden än sjukvården har betydelse. För att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa behöver arbetet med detta ske i många olika politikområden. Lagstiftning är en nationell angelägenhet och exempel som kan påverka hälsan är fler rökfria utomhusmiljöer, sjukersättningsnivåer och fördelningspolitik. Mycket av arbetet sker också på kommunal nivå där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola och förskola, samt boende- och fritidsmiljöer, har stor betydelse för hälsan och möjligheten att utjämna hälsoklyftorna. Insatser för att förbättra folkhälsan behöver också ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Proportionell universalism är ett begrepp som ofta nämns och som innebär generella åtgärder som kan öka i intensitet där behoven är större.

Folkhälsan i Sverige – en sammanfattning

Här ges en kortfattad beskrivning av hälsan och dess bestämningsfaktorer, både gällande dagsläget och utvecklingen över tid.

Resultaten bygger på såväl registerdata från olika källor som enkätdata insamlat av Folkhälsomyndigheten. Den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, besvaras av ett urval av befolkningen i åldern 16–84 år, och enkäten Skolbarns hälsovanor, besvaras av barn som är 11, 13 och 15 år gamla.

Det är den relativa skillnaden mellan grupper, utifrån till exempel kön eller utbildningsnivå, som redovisas. För definition av indikatorerna se bilaga 2.

Hälsa

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

Medellivslängd

Medellivslängden ökar under perioden 2006–2018 för både kvinnor och män och för alla utbildningsgrupper, med undantag för kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå. Skillnaden i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är dubbelt så stor mellan personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildning än mellan kvinnor och män.

Självskattad allmän och psykisk hälsa

Den självskattade hälsan, mätt som andelen som uppger gott allmänt hälsotillstånd, har ökat 2006–2018. Samtidigt har även andelen som

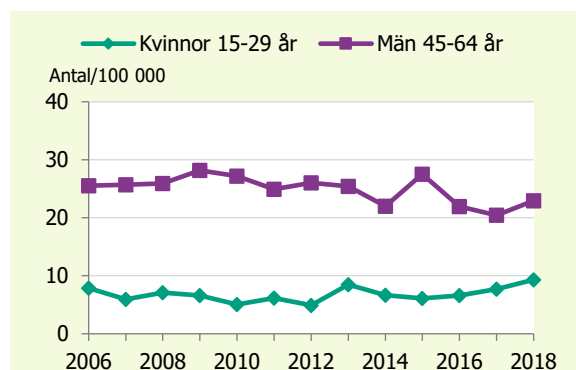
uppger nedsatt psykiskt välbefinnande ökat under samma period. Män uppger, trots kortare medellivslängd, både bättre självskattad allmän hälsa och psykiskt välbefinnande än kvinnor.

Bland personer med förgymnasial utbildningsnivå och bland personer födda i Norden är andelen som skattar sin hälsa som god lägre än bland dem med eftergymnasial utbildningsnivå och födda i övriga födelseregioner. Vad gäller nedsatt psykiskt välbefinnande ser bilden något annorlunda ut. Det finns inga större skillnader mellan olika utbildningsgrupper, och fler personer födda i Europa (utom Norden) och övriga världen uppger nedsatt psykiskt välbefinnande än personer födda i Sverige och övriga Norden.

Suicid

Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15 år och äldre är i stort sett oförändrat under perioden 2006–2018. Avvikande trender ses bland yngre kvinnor där antalet har ökat något och bland män 45–64 år där trenden istället är svagt nedåtgående (se figur 3). Antalet avlidna i suicid är mer än dubbelt så högt bland män och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland kvinnor och dem med eftergymnasial utbildningsnivå.

Figur 3. Dödlighet i suicid (antal per 100 000), kvinnor 15–29 år och män 45–64 år, 2006–2018. Åldersstandardiserade siffror.



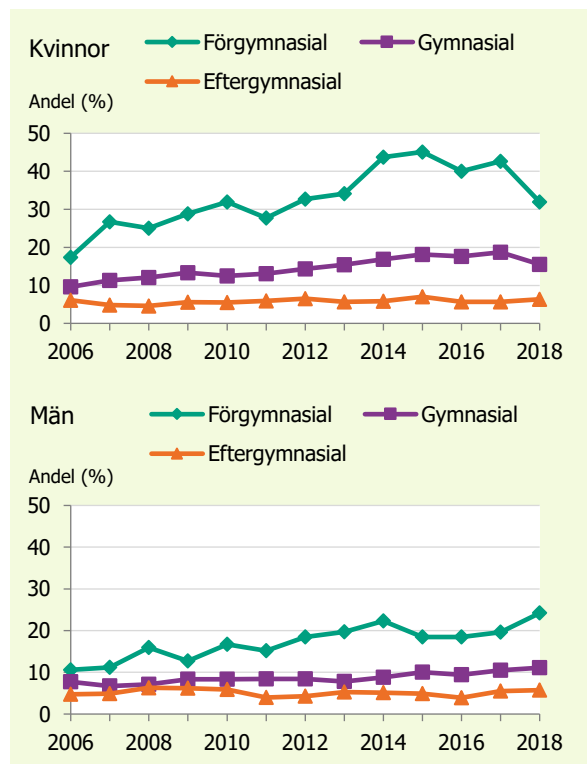
Källa: Socialstyrelsen, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Annan dödlighet

Dödligheten i de vanligaste dödsorsakerna, som olika former av cancer och cirkulationsorganens sjukdomar, har minskat 2006–2018 för både kvinnor och män, med undantag för lungcancer som fortsatt att öka bland kvinnor, främst födda i Sverige eller övriga Norden, under perioden. Den dominerande orsaken till lungcancer är rökning och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka [22]. Personer med förgymnasial utbildningsnivå har högre dödlighet i alla de vanligaste dödsorsakerna än de med eftergymnasial, och samma gäller personer födda i Norden (utom prostatacancer) jämfört med övriga födelseregioner.

De läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfallen har ökat mellan 2006 och 2018 bland både kvinnor och män, bland personer med förgymnasial respektive gymnasial utbildningsnivå samt bland personer födda i Sverige och övriga Norden (figur 4).

Figur 4. Dödlighet i läkemedels- och narkotikaförgiftningar (antal/100 000) fördelat på utbildningsnivå och kön, 2006–2018. Åldersstandardiserade siffror.



Källa: Socialstyrelsen, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

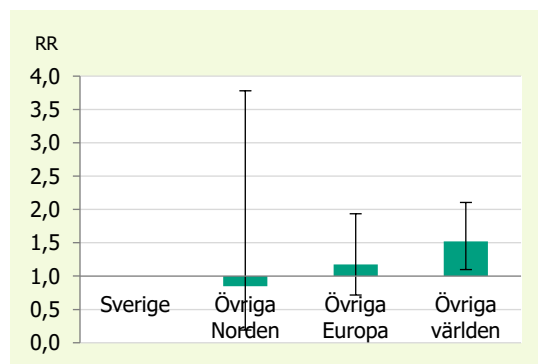
Totalt sett har den läkemedels- och narkotikarelaterade dödligheten ökat med 82 procent under perioden, men bland män har ökningen avstannat de senaste åren.

Narkotikarelaterade dödsfall är vanligare bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland dem med eftergymnasial och bland dem födda utanför Europa än i övriga födelseregioner.

Dödligheten enligt alkoholindex har minskat under perioden 2006–2018 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 utbildning.

Spädbarnsdödligheten under det första levnadsåret har minskat i Sverige från 22 till 2,4 dödsfall per 1 000 levande födda, 1950–2018. Trots att spädbarnsdödligheten är väldigt låg i Sverige finns det skillnader mellan grupper. Dödligheten är högre bland spädbarn vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå och vars mamma är född utanför Europa, jämfört med övriga utbildningsgrupper och födelseregioner (figur 5).

Figur 5. Spädbarnsdödlighet per 1 000 levande födda fördelat på moderns födelseland, 2018. Relativa risker (RR) med konfidensintervall. Jämförelse: Barn till mödrar födda i Sverige (=1,0).



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Övervikt och fetma

Förekomsten av övervikt och fetma har ökat under perioden 2006–2018. År 2018 uppger drygt 50 procent antingen övervikt eller fetma. Fetma ger större risk för bland annat typ 2-diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom [23]. Fetma har ökat bland både kvinnor och män och i samtliga utbildningsgrupper, men lägre andel personer med eftergymnasial utbildningsnivå uppger fetma än med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå.

Äldre och yngres hälsa

Befolkningen i Sverige blir äldre. Andelen som uppger att de har en god allmän hälsa är lägst i den äldsta åldersgrupp som tillfrågats, 65–84 år, där 58 procent uppger god hälsa. Andelen fallskador är störst i åldersgruppen 85 år och äldre och vanligare bland kvinnor än män.

Bland de yngre (16–29 år) är hälsan överlag bättre än i övriga grupper, men den självskattade psykiska ohälsan är hög. Andelen med stress, samt med ångslan, oro eller ångest och med nedsatt psykiskt välbefinnande är högst i denna åldersgrupp och ökar 2006–2018. Bland skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 år uppger fler flickor än pojkar att de upplevt psykosomatiska besvär, 2018.

Smittsamma sjukdomar

Smittsamma sjukdomar har sedan början av 2020 helt dominerats av utbrottet av Covid-19 som inleddes i Kina men nu utvecklats till en pandemi. I Kina avtog smittan under årets första tre månader men i övriga delar av världen sker nu en snabb utveckling. Det är ännu svårt att bedöma den totala effekten av pandemin men flera länder som till exempel Italien har drabbats hårt, speciellt de äldre. Även i Sverige arbetas intensivt med att begränsa spridningen av Covid-19.

Bördan av övriga allvarliga smittsamma sjukdomar fortsätter att minska men här, liksom

för icke smittsamma sjukdomar, finns grupper som drabbas mer [5]. Samhällsutvecklingen och många framgångsrikt riktade åtgärder, såsom vaccineringsprogram, har gjort att sjukdomsbördan har minskat kraftigt under de senaste årtiondena. Över 97 procent av alla barn födda 2016 var fullvaccinerade vid två års ålder och sedan 2019 erbjuds alla barn även vaccination mot rotavirusinfektion. Sverige har också en relativt sett låg förekomst av antibiotikaresistens, detta trots att vi under en längre period sett en ökande utveckling.

Utbrott av bland annat mag- och tarminfektioner sker regelbundet och under 2019 utredde flertalet större livsmedelburna utbrott. Det skedde också en ökning av sexuellt överförbara sjukdomar för flera diagnoser under 2019. Till exempel ökade fall av gonorré med 20 procent, främst bland heterosexuella yngre kvinnor samt män som har sex med män.

Läs mer om Hälsa under Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text

[Folkhälsans utveckling](#)

För direktlänkar till respektive indikator se under avsnittet Vidare läsning.

Läs mer om psykisk ohälsa

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicidprevention.-lagesrapport-2019/>

Läs mer om smittsamma sjukdomar

Epidemiologisk årsrapport
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/arsrapporter-anmalningspliktiga-sjukdomar/>

Antibiotikaresistens och förbrukning
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/swedres-svarm-2018/>

Årsrapport barnvaccinationsprogrammet
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/barnvaccinationsprogrammet-i-sverige-2018-arsrapport/>

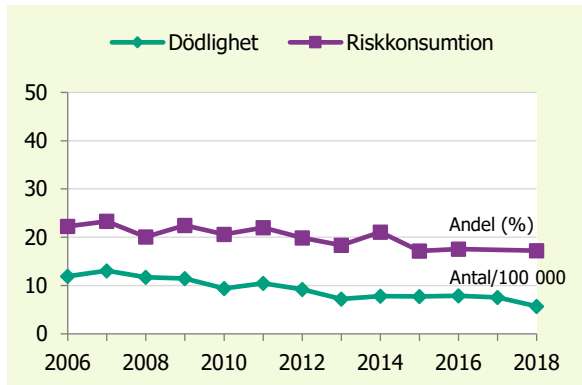
Levnadsvanor

Levnadsvanorna kan påverka hälsan i form av ökad risk för såväl cancer, kardiovaskulära sjukdomar, kronisk luftvägssjukdom och viss form av diabetes [23-26]. Hälsoeffekten av levnadsvanorna är emellertid fördröjd och kan ofta inte ses förrän många år senare.

Riskkonsumtion av alkohol

År 2018 uppgav 16 procent i befolkningen riskkonsumtion av alkohol. Fler män än kvinnor uppger en riskkonsumtion, trots att den minskar något bland män, men är oförändrad bland kvinnor. Riskkonsumtionen minskade i de yngre åldersgrupperna 16–44 år, men ökade i de äldre. Figur 6 visar hur minskningen av riskkonsumtion i gruppen män 30–44 också åtföljdes av en minskad dödlighet enligt alkoholindex.

Figur 6. Dödlighet enl alkoholindex (antal/100 000,) och riskkonsumtion av alkohol (andel i procent), män 30–44 år, 2018. Åldersstandardiserade siffror.



Källa: Socialstyrelsen och SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

En större andel personer med gymnasial utbildning uppger riskkonsumtion jämfört med personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå. Riskkonsumtion uppges oftare av dem födda i Sverige eller övriga Norden än bland personer dem födda i övriga Europa eller övriga världen.

Daglig tobaksrökning

Den dagliga tobaksrökningen minskade under 2006–2018 bland kvinnor och män, i alla

åldersgrupper, i alla utbildningsgrupper och oberoende av födelseland. Lika många kvinnor som män uppger att de röker 2018 och större andel bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå, än dem med eftergymnasial utbildningsnivå. Fler män födda utanför Europa och i Europa utanför Norden uppger att de röker än män födda i Sverige. Bland kvinnor uppger fler födda i övriga Norden och Europa men färre födda utanför Europa att de röker än kvinnor födda i Sverige.

Cannabis

Andelen som uppger att de använt cannabis någon gång under de senaste 12 månaderna var 3 procent av befolkningen 2018. Andelen ökade under perioden 2006–2018, både bland kvinnor och män, bland personer med eftergymnasial och gymnasial utbildningsnivå, och bland personer födda i Sverige. Cannabisanvändningen var högre bland män än bland kvinnor, och bland yngre än bland äldre.

Läs mer om Levnadsvanor under Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text

[Folkhälsans utveckling](#)

För direktlänkar till respektive indikator se under avsnittet Vidare läsning

Läs mer om ANDT

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/>

ANDT-strategin

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/65d011aa9c2840af9d615952eec0f9b8/folkhalsomyndighetens-uppdrag-stodja-genomforandet-andt-strategin-2018.pdf>

Läs mer om övriga levnadsvanor

Fysisk aktivitet och matvanor

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/>

Spel om pengar

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelpreventio>

Livsvillkor

Livsvillkoren påverkar möjligheten till god hälsa, både avseende att få god vård i tid, men även genom att ge förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor. Livsvillkoren kan ofta påverkas genom välfärdspolitiken och policyutveckling och har tydlig inverkan på människors hälsa och förutsättningar till jämlik hälsa. Livsvillkoren skiljer sig mellan olika grupper i samhället, som till exempel mellan kvinnor och män och mellan socioekonomiska grupper.

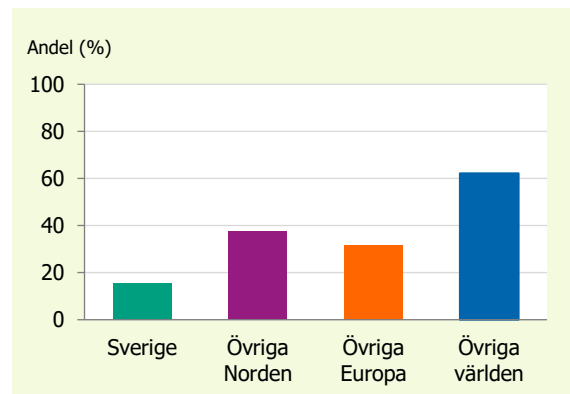
Livsvillkoren har generellt sett förbättrats för de flesta i Sverige under de senaste åren. Den ekonomiska standarden har höjts 2006–2017 och sysselsättningsgraden har gått upp sedan lågkonjunkturen 2008–2010, till 85 procent av befolkningen 25–64 år, 2018. Andelen yngre (15–24 år) som varken arbetar eller studerar har sjunkit något.

Ekonomisk standard och utsatthet

Män har generellt högre disponibel inkomst och högre sysselsättningsgrad än kvinnor. Den disponibla inkomsten har ökat mellan 2006 och 2017 för alla utbildningsgrupper, men inte i lika stor utsträckning för dem med förgymnasial utbildningsnivå som övriga grupper.

Trots att det disponibla inkomsten har ökat generellt har andelen som lever i ekonomisk utsatthet (hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet är lägre än 60 % av medianvärdet för riket) ökat både bland vuxna och barn sedan 2011 och det finns stora skillnader beroende på utbildningsnivå och födelse-land (se figur 7 för barn). Störst andel bland vuxna som lever i ekonomisk utsatthet är de födda utanför Europa (38 procent) och bland barn dem med föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå (67 procent).

Figur 7. Barn i ekonomisk utsatthet (andel i procent), bland barn 0–19 år, fördelat på födelse-land, 2017.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Sysselsättningsgrad och långtidsarbetslöshet

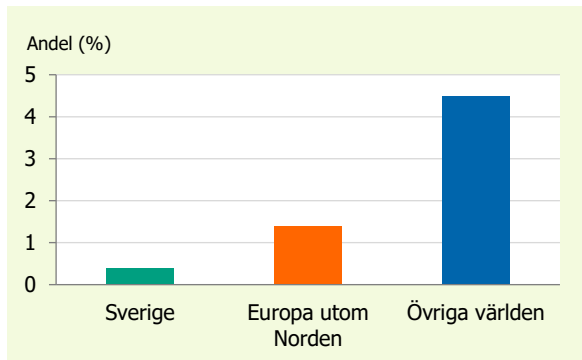
Sysselsättningsgraden 2018 bland personer 25–64 år skiljer sig mellan utbildningsgrupper och har varit lägre i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå under hela perioden 2006–2018. Skillnaderna i sysselsättningsnivå mellan personer med olika utbildningsnivå har ökat under perioden.

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, bland annat på grund av att fler har gått i pension. Detta kan resultera i överskattning av utbildningens betydelse för sysselsättningen, även om en högre utbildningsnivå innebär en ökad möjlighet till sysselsättning.

Långtidsarbetslösheten har varit högst i gruppen med endast förgymnasial utbildningsnivå och lägst i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå under hela perioden 2006–2018. Långtidsarbetslösheten var under samma period lägst bland personer födda i Sverige och högst bland personer födda utanför Europa (se figur 8). Det syns även en ökning i lågtidsarbets-

löshet under perioden i de två grupperna med högst andel långtidsarbetslösa.

Figur 8. Långtidsarbetslösa i arbetskraften (andel i procent) 15–74 år, fördelat på födelseland, 2018.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Gymnasiebehörighet och gymnasieexamen

Vad gäller andelen elever som går ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet är skillnaderna stora beroende på föräldrarnas utbildningsnivå och födelseland. Andelen med behörighet sjunker under perioden, främst bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå. Detta riskerar på sikt att öka skillnaderna i hälsa hos befolkningen.

Andelen som går ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet 2019 är nästan dubbelt så stor bland dem med föräldrar med eftergymnasial utbildningsnivå, som bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå. Samma gäller andelen gymnasieelever som tar examen inom fyra år. Bland dem födda i Sverige är 89 procent som går ut årskurs 9 behöriga till gymnasiet och 81 procent tar gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning. Motsvarande siffror för dem födda utanför Europa är 53 respektive 36 procent.

En något större andel flickor än pojkar i årskurs 9 når gymnasiebehörighet och en större andel flickor än pojkar tar examen inom fyra år.

Miljörelaterade förhållanden

En god miljö kan påverka människors fysiska, mentala och sociala välbefinnande positivt. Samtidigt kan förekomsten av olika miljöfaktorer som luftföroreningar, farliga kemiska ämnen, buller, strålning, klimatförändringar och dålig inomhusmiljö påverka hälsan negativt.

I likhet med vad som gäller för andra riskfaktorer så varierar exponeringen för miljöfaktorer, och därmed också hälsan, med människors levnadsförhållanden, livsvillkor och socioekonomiska tillhörighet. Folkhälsoarbetet handlar därför också om att främja förutsättningarna för en miljö som bidrar till en god och jämlik hälsa, liksom att identifiera hälsorisker i den fysiska miljön [27].

Läs mer om Livsvillkor under Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text

[Folkhälsans utveckling](#)

För direktlänkar till respektive indikator se under avsnittet Vidare läsning

Läs mer om miljörelaterade förhållanden

Miljöhälso rapport.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/m/miljohalsorapport-2017/>

Att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation

För att följa om trenden går mot att uppfylla det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken ”att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” presenteras ett urval indikatorer 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.

Barn i ekonomisk utsatthet och behörighet till gymnasiet är två indikatorer för förutsättningar som lägger grunden för en god och jämlik hälsa. Ekonomisk utsatthet i barndomen påverkar såväl fysisk och psykisk hälsa [28-30], hälsobeteenden och de sociala relationerna [29-30], som skolresultat och graden av trångboddhet [29]. Även utbildning har stor betydelse för en individs möjligheter till försörjning på arbetsmarknaden, hälsosamma levnadsvanor och god hälsa under hela livet.

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 [31] Medellivslängd är resultatet av många faktorer under lång tid, som mäter den yttersta konsekvensen av ohälsa.

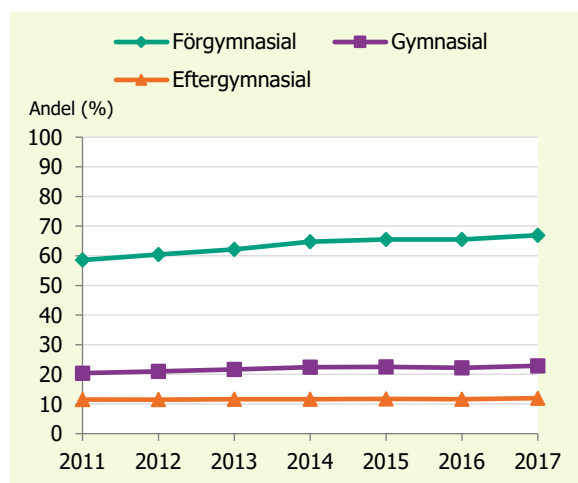
Informationen om självskattad hälsa och daglig tobaksrökning kommer från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, insamlad av Folkhälsomyndigheten. Övriga indikatorer bygger på data från populationsbaserade register från Skolverket och SCB.

Barn i ekonomisk utsatthet

Totalt levde 19 procent av barnen i Sverige i ekonomisk utsatthet 2017. Flickor och pojkar redovisas här tillsammans då de uppvisar samma nivåer och mönster av ekonomisk utsatthet.

Barn vars föräldrar har förgymnasial utbildning lever i betydligt större utsträckning i ekonomisk utsatthet än dem med föräldrar med gymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå. Andelen ökar också något under perioden 2006–2017 (figur 9). Skillnaderna mellan barn med föräldrar med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildningsnivå har inte ändrat sig nämnvärt under perioden.

Figur 9. Ekonomisk utsatthet (andel i procent) bland barn 0–19 år, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2006–2017.



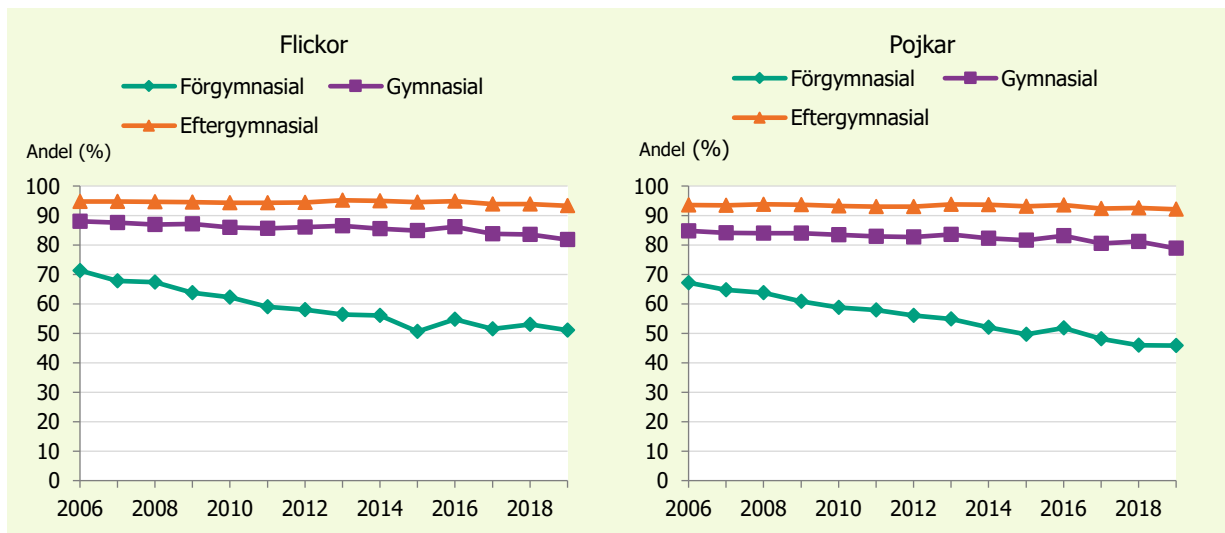
Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Elever med gymnasiebehörighet

Andelen elever med gymnasiebehörighet i årskurs 9 har generellt sett sjunkit under perioden 2006–2019. Det finns stora skillnader i

andelen med behörighet beroende på föräldrarnas utbildningsnivå (figur 10). Andelen behöriga har dessutom sjunkit mer i gruppen vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå än i övriga grupper under perioden.

Figur 10. Gymnasiebehörighet (andel i procent), fördelad på kön och föräldrarnas utbildningsnivå, 2006–2019.



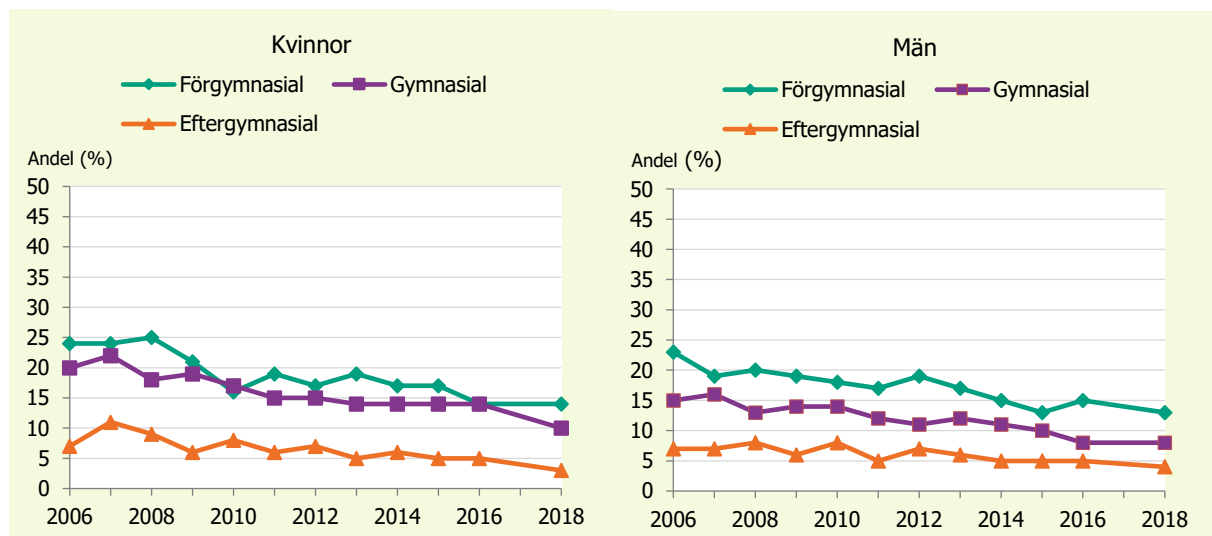
Källa: SCB, ursprungligen Skolverket, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Daglig tobaksrökning

Andelen personer som uppger att de röker dagligen har minskat under 2006–2018 bland kvinnor och män och i alla utbildningsgrupper

(figur 11). Det finns skillnader mellan grupperna i andelen som röker där till exempel en högre andel med förgymnasial utbildningsnivå röker än personer med eftergymnasial. Skillnaden är oförändrat stor under perioden.

Figur 11. Daglig tobaksrökning (andel i procent) 25–84 år, fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2018.



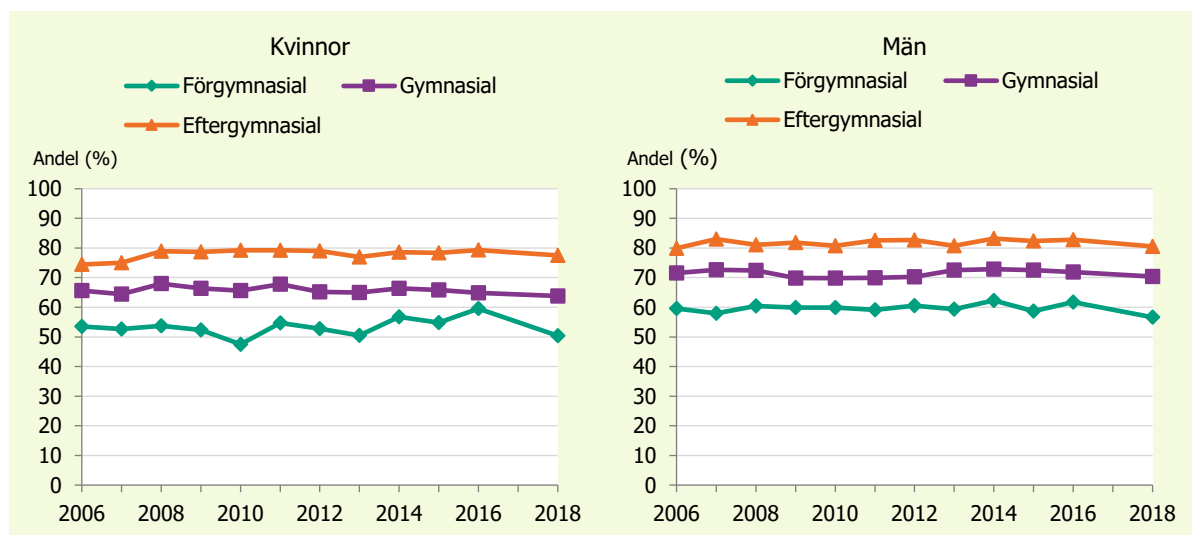
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Självskattad hälsa

Andelen som uppger god självskattad hälsa ökar under perioden 2006–2018. Totalt 71 procent uppgav god självskattad hälsa 2018 (figur 12).

Färre personer med förgymnasial utbildningsnivå uppger en god självskattad hälsa under hela perioden jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå. Skillnaden mellan grupperna har varit oförändrad under perioden.

Figur 12. God självskattad hälsa (andel i procent) 25–84 år, fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2018.



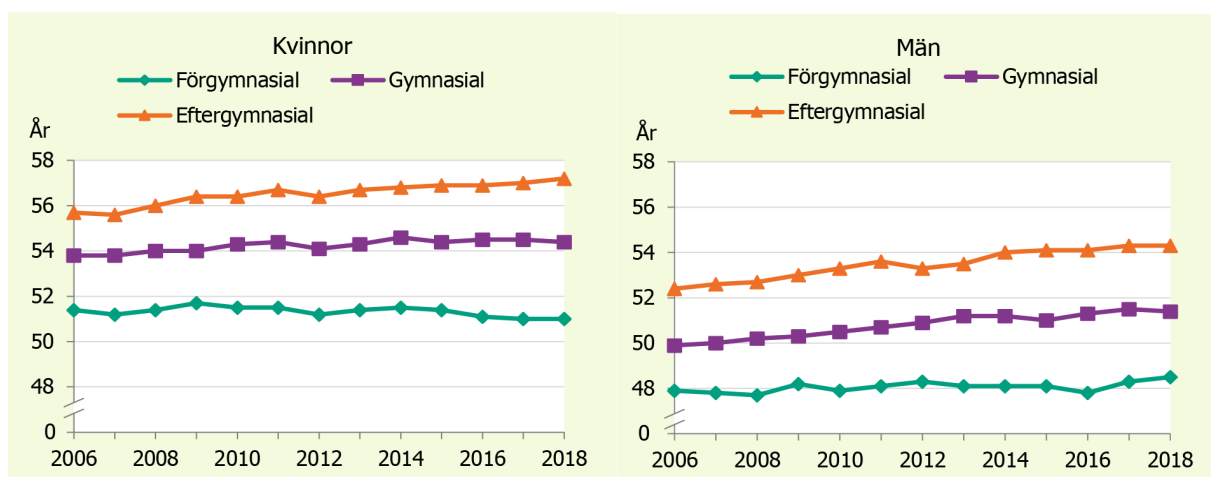
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten

Medellivslängd

Medellivslängden har ökat under perioden 2006–2018 men inte för alla grupper (figur 13). Kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå har

till och med något kortare medellivslängd 2018 än 2006 och skillnaden mellan dem med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå har ökat under perioden, både bland kvinnor och män.

Figur 13. Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder, inrikes födda, fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2018.



Källa: SCB, bearbetat av Folkhälsomyndigheten

Orsaker och slutsats

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. Den självskattade hälsan är ett mått på hur en individ upplever sin hälsa vid mättillfället, men hur man upplever sin hälsa vid ett tillfälle påverkas, som all form av hälsa, även av 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.

Livsvillkoren 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 ökningen av de generella inkomstskillnaderna. Inkomstskillnaderna, mätt med hjälp av Gini-koefficienten, har ökat kontinuerligt i Sverige sedan 80-talet [32-34]. Dessutom har den percentil med lägst inkomst halkat efter mer än övriga [34-35]. Speciellt utsatta grupper vad gäller låg inkomst är bland annat utlandsfödda, ensamstående föräldrar, äldre ensamstående, personer med funktionsnedsättning, långtidssjukskrivna och arbetslösa [34, 36-37]. I dessa grupper är det även vanligare med högst förgymnasial utbildningsnivå.

Den stora andelen barn i ekonomisk utsatthet bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildningsnivå är också en följd av de ökade inkomstskillnaderna.

Daglig tobaksrökning har generellt sett minskat. Det beror på många olika faktorer, där olika

styrmedel i form av skatter, lagar och riktlinjer, samt ett i övrigt utvecklat förebyggande arbete, bidrar. När det gäller levnadsvanor betonas ofta att de val människor gör påverkas både av personliga preferenser och det handlingsutrymme man har [3]. Handlingsutrymmet att genomföra de förändringar som behövs för att förbättra hälsan skiljer sig emellertid 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 medellivslängd som tobaksrökning, är att gruppen utgör en minskande andel av befolkningen och att gruppens sammansättning har ändrats över tid [20], vilket gör att den idag är mer utsatt på arbetsmarknaden och i andra avseenden [21]. Kommande förändringar i gruppens storlek och sammansättning kan även påverka utvecklingen framåt.

Sammantaget syns ingen förbättring i jämlikhet i hälsa under perioden 2006 och framåt. Fortsatt stora skillnader i daglig tobaksrökning och ekonomisk utsatthet bland barn samt ökande skillnader i behörighet till gymnasiet är indikatorer på stora hälsoskillnader även i framtiden om inte adekvata åtgärder sätts in. För att uppnå det folkhälsopolitiska målet, att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation, och för att skapa förbättringar även på kort sikt, är det viktigt med ett tvärsektorielt arbete där de olika politikområdena bidrar genom att ta ansvar och arbeta för ökad jämlikhet.

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 hälsa och välbefinnande, jämställdhet och minskad ojämlikhet som egna mål (mål 3, 5 och 10) [38]. Flertalet andra globala mål är viktiga för jämlik hälsa eftersom de berör människors livsvillkor och levnadsvanor, t.ex. utbildning, arbete och malnutrition.

Medellivslängd

Medellivslängden i Sverige var 2017 den fjärde högsta i EU och sjunde högsta i Europa [39-40]. Gällande antalet förväntade friska levnadsår vid 65 års ålder (healthy life years, HLY) placerade sig Sverige högst i EU för både kvinnor och män (15,8 respektive 15,6 HLY 2018) [41]. Sverige tillhör de länder i världen där risken är som allra lägst att dö i förtid [39, 42], och 1991–2006 minskade svenskarnas risk att dö i åldern 30–70 år av icke smittsamma sjukdomar med 30 procent[43].

Den generella ökningen av medellivslängden har de senaste decennierna emellertid saktat ned i Sverige [44], och detta mönster går igen i Europa. Medellivslängden i EU ökade med omkring 2–3 år 2001–2011 och 2011–2016 ökade medellivslängden med mindre än ett halvt år [45]. Avmattningen anges främst bero på att dödsfall på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen inte minskar lika snabbt som tidigare samt att dödligheten bland äldre

ökar periodiskt, delvis på grund av särskilt allvarliga influensasäsonger [45].

Medellivslängden ökar långsammare för grupper med lägre socioekonomisk position [46]. År 2016 kunde 30-åriga män i Europa med kort utbildning i genomsnitt förvänta sig runt åtta års kortare livslängd än de med lång utbildning [45]. När det gäller kvinnor med kort respektive och lång utbildning var skillnaderna i medellivslängd mindre, cirka fyra år. Motsvarande siffror för Sverige var cirka 4 år för män och knappt 3 år för kvinnor.

Sedan mitten av 80-talet har skillnaderna i livslängd mellan olika socioekonomiska grupper i Sverige ökat [44, 47]. Trots det tillhör Sverige länderna med den minsta skillnaden i livslängd mellan grupperna med längst och kortast utbildning, inom OECD [48].

Levnadsvanor

De sociala skillnaderna i hälsa och medellivslängd återspeglar i stor utsträckning skillnader i livsvillkor och kända riskfaktorer för förtida död, som rökning, alkohol och fetma. Rökningen i Europa uppvisar stark koppling till socioekonomisk position. I nästan alla Europas länder, inklusive Sverige, är det personer med kortast utbildning som mest sannolikt röker [49-50]. Andelen som röker har minskat i de flesta EU-länder men fortfarande röker omkring var fjärde till var femte vuxen person varje dag. Andelen skiljer sig bland annat beroende på hur utbyggda regleringarna av tobaksvaror är [45].

Grupper med lägre socioekonomisk position drabbas också av alkoholrelaterade skador i större utsträckning än grupper med högre socioekonomisk position [51]. Sedan WHO:s Europeiska handlingsplan mot skadlig alkoholkonsumtion antogs 2011 har alkoholkonsumtionen och de alkoholrelaterade skadorna minskat något, framför allt i

Östeuropa, men alkohol är alltså ett större folkhälsoproblem i Europa än resten av världen [52-53].

Fetma

I EU har i genomsnitt en av sex vuxna och nästan ett av åtta barn, 7–8 år, fetma; något över genomsnittet i Sverige [45]. Andelen vuxna med fetma i OECD-länderna har ökat med i genomsnitt 13 procent mellan 2010–2016 [54]. Sannolikheten att ha fetma är i genomsnitt i EU nära dubbelt så hög i grupper med låg socioekonomisk position än i grupper med hög. Detta gap är mindre i Sverige [45].

Suicid

Elva av tjugo länder i världen med högst andel suicid ligger i Europa [55] och europeiska män uppvisar de högsta suicidtalerna (antal suicid/100 000) i världen [56]. Suicidtalet har emellertid minskat i nästan alla OECD-länder och sjönk i snitt med mer än 30 procent mellan

1990 och 2017 [48]. Sveriges suicidtal ligger nära genomsnittet för OECD och Sverige uppvisar jämfört med andra OECD-länder mindre skillnader mellan kvinnor och män i suicidtal [48].

Socialt välbefinnande

I Sverige används inte Socialt välbefinnande nationellt, utan här följs istället psykisk hälsa och ohälsa. Uppföljningen på området socialt välbefinnande är komplicerad och delvis svårtolkad [41], vilket sannolikt de stora variationerna i resultat mellan länder speglar [57-59]. Socialt välbefinnande kan kopplas till både psykisk och fysisk hälsa [41, 50, 60]. Tidstrenden 2013–2018 visar att övergripande nöjdhet med livet och andelen som alltid eller mestadels känt sig glada de senaste fyra veckorna har ökat i EU som helhet, men minskat i Sverige. I jämförelser uppvisar dock Sverige fortfarande resultat som indikerar mycket goda sociala förutsättningar för hälsa, även i ett jämlik hälsa-perspektiv [57, 60-61].

Vidare läsning

Läs mer under Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text

Dödlighet

Medellivslängd <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-medellivslangd/>

Förtida dödlighet <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-fortida-dodlighet/>

Spädbarnsdödlighet <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-spadbarnsdodlighet/>

Lungcancer <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-lungcancer-dodlighet/>

Bröstcancer <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-brostdcancer-dodlighet/>

Prostatacancer <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-prostatacancer-dodlighet/>

Tjock- och ändtarmscancer <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-tjock-och-andtarmscancer-dodlighet/>

Cirkulationsorganens sjukdomar <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-cirkulationsorganens-sjukdomar-dodlighet/>

Yttre orsaker <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-yttre-orsaker-dodlighet/>

Alkoholindex <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-alkoholindex-dodlighet/>

Läkemedels- och narkotikaförgiftningar <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-lakemedels-narkotikaforgiftning-dodlighet/>

Suicid (själv mord) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-suicid-dodlighet/>

Hälsa och ohälsa

Fallolyckor bland äldre <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-fallolyckor-bland-aldre/>

Våldsrelaterade skador <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-valdsrelaterade-skador/>

Hjärtinfarkt <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-insjuknande-i-hjartinfarkt/>

Stroke <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-insjuknande-i-stroke/>

Självskattat allmänt hälsotillstånd <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-sjalvskattat-allmant-halsotillstand/>

Nedsatt psykiskt välbefinnande <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Stress <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-stress/>

Ängslan, oro eller ångest <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-angslan-oro-angest/>

Psykosomatiska besvär bland skolelever <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-psykosomatiska-besvar-skolelever/>

Övervikt och fetma <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-overvikt-och-fetma/>

Levnadsvanor

Daglig tobaksrökning <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-tobaksrokning-daglig/>

Riskkonsumtion av alkohol <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-alkohol-riskkonsumtion/>

Cannabisanvändning <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-cannabisanvandning/>

Läs mer under Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text

Livsvillkor

Ekonomisk standard <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-ekonomisk-standard/>

Ekonomisk utsatthet bland barn <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-ekonomisk-utsatthet-barn/>

Ekonomisk utsatthet bland vuxna <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-ekonomisk-utsatthet-vuxna/>

Gymnasiebehörighet <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-gymnasiebehorighet/>

Gymnasieexamen <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-gymnasieexamen/>




Långtidsarbetslöshet <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-langtidsarbetsloshet/>

Sysselsättning i befolkningen <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-sysselsattning-i-befolkningen/>

Unga som varken arbetar eller studerar <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-uvas/>

Bilagor

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

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

Referenser

1. Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - siffror, grafik och text. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019 [uppdaterad 14 mars 2019; citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/>
3. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
4. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Inequalities in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2007. Arbetsrapport 2007 nr.14. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
5. Pini A, Stenbeck M, Galanis I, Kallberg H, Danis K, Tegnell A, et al. Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: an individually matched case-control study. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(2):165–76. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30485-7
6. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 ×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet.* 2017;389:1229–37. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32380-7
7. Whitehead M, Dahlgren G, 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 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
8. 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 26 februari 2020]. 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>
9. 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
10. Marmot M. Introduction. I: Marmot M, Wilkinson RG, redaktörer. Social determinants of health. 2 uppl. New York: Oxford University Press; 2006. p. 1-5.
11. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/nyheter-press/dokument-nyheter/2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
12. 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 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/unga-hbtq/>
13. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a9f9f81fd47c40ecb2241b5d2658bfe2/slutrapport-funktionshindersuppdraget-2011-2016.pdf>
14. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa - Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017. Stockholm: Barnombudsmannen; 2017. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/ovriga-publikationer/nyanlanda-barns-halsa/>
15. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets Högskola; 2016. Rapportnummer 2016:1. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <http://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1060355&dsid=-2892>

16. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Riksdagstryckeriet; 2012. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRFR11
17. Janlert U. Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad; 2012. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: https://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf.
18. 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 26 februari 2020]. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
19. 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
20. Statistiska centralbyrån (SCB). Arbetsmarknaden för personer med låg utbildning 2005-2016. Stockholm: SCB; 2017. Statistiska meddelanden AM 110 SM 1704. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: https://www.scb.se/contentassets/bfca27069b504896af1244d3c837f544/am0401_2017k03_sm_am110sm1704.pdf
21. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälsorespektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015.
22. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/lungcancer/>
23. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève: WHO; 2014. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
24. 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
25. 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
26. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. Paris: OECD Publishing; 2019. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en
27. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsorapport 2017. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2017. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/m/miljohalsorapport-2017/>
28. 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
29. 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 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/ungdomars-och-unga-vuxnas-levnadsvillkor/>
30. 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 26 februari 2020]. 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>
31. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. Lancet. 2002;359(9302):187-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07466-4
32. Waldenström D, Bastani S, Hansson Å. Konjunkturrådets rapport 2018. Kapitalbeskattningens förutsättningar. Stockholm: SNS förlag; 2018. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.sns.se/aktuellt/konjunkturadets-rapport-2018-kapitalbeskattningens-forutsattningar-2/>
33. Kuvainen S, Nelson K. The Nordic welfare model in a European perspective. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2010. Arbetsrapport 2010:11. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/the-nordic-welfare-model-in-a-european-perspective/>

34. Statistiska centralbyrån (SCB). Ekonomisk välfärdsstatistik 2017:1. Inkomstrappport 2015 – individer och hushåll. Stockholm: SCB; 2017. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och-inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/publikationer/inkomstrappport-2015--individer-och-hushall/>
35. 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.
36. Regeringens proposition 2014/15:100. 2015 års ekonomiska vårproposition. Bilaga 2, Fördelningspolitisk redogörelse. Stockholm: Finansdepartementet; 2015. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2015/04/prop.-201415100/>
37. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistik om personer med funktionsnedsättning, tabeller 2016–2017. [citerad 27 februari 2020]. 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//>
38. United Nations Development Programme (UNDP). Globala målen för hållbar utveckling. Stockholm: UNDP; 2015. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <http://www.globalamalen.se/>
39. 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 11 december 2019]. Hämtad från: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sverige-landprofil-halsa-2019_9ca28133-sv
40. Statistiska Centralbyrån (SCB). Hög medellivslängd i Sverige. [uppdaterad 6 mars 2017; citerad 25 oktober 2019]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Hog-medellivslangd-i-Sverige/>
41. Eurostat. Healthy life years at age 65 by sex. Europeiska Kommissionen; 2020 [citerad 25 februari 2020]. Hämtad från: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tepsr_sp320&language=en
42. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Genève: WHO; 2018 [citerad 8 november 2019]. Hämtad från: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
43. Santosa A, Rocklöv J, Högberg U, Byass P. Achieving a 25% reduction in premature non-communicable disease mortality: the Swedish population as a cohort study. BMC Med. 2015;13(1):65. DOI: 10.1186/s12916-015-0313-8
44. Statistiska Centralbyrån (SCB). Sammanboende lever längre. [uppdaterad 8 oktober 2019; citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2019/sammanboende-lever-langre>
45. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Europeiska Unionen. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018 [citerad 25 oktober 2019]. Hämtad från: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
46. Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2016;353:i1732. DOI: 10.1136/bmj.i1732
47. Burstrom K, Johannesson M, Diderichsen F. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997. Health Econ. 2005;14(8):831-50. DOI: 10.1002/hec.977
48. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019. OECD indicators. Paris: OECD; 2019. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/4dd50c09-en>
49. Gregoraci G, van Lenthe FJ, Artnik B, Bopp M, Deboosere P, Kovacs K, et al. Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990-2004. Tob Control. 2017;26(3):260-8. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052766
50. World Health Organization Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2019 [citerad 11 november 2019]. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/health-equity-status-report-2019>.
51. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Gender differences in socioeconomic inequality of alcohol-attributable mortality: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Rev. 2015;34(3):267-77. DOI: 10.1111/dar.12184
52. World Health Organization Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2019. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad

från: <http://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>

53. Rehm J, Manthey J, Shield KD, Ferreira-Borges C. Trends in substance use and in the attributable burden of disease and mortality in the WHO European Region, 2010–16. *Eur J Public Health*. 2019;29(4):723-8. DOI: 10.1093/eurpub/ckz064
54. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. Paris: OECD Publishing; 2019. [citerad 26 februari 2020]. Hämtad från: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>
55. World Health Organization Regional Office for Europe. *Fact sheets on sustainable development goals: Health targets: Mental Health*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2019 [citerad 8 november 2019]. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2016/fact-sheets-on-sustainable-development-goals-sdgs-health-targets-mental-health-sdg-target-3.4>.
56. World Health Organization (WHO). *Suicide in the world. Global health estimates*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Genève: WHO; 2019 [citerad 8 november 2019]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>.
57. Huppert FA, Marks N, Clark A, Siegrist J, Stutzer A, Vittersø J, et al. *Measuring Well-being Across Europe: Description of the ESS Well-being Module and Preliminary Findings*. *Soc Indic Res*. 2009;91(3):301-15. DOI: 10.1007/s11205-008-9346-0
58. Eurostat. *Quality of life (QOL)*. Europeiska Kommissionen; 2019 [citerad 14 november 2019]. Hämtad från: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life>
59. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Better Life Initiative: Measuring Well-being and Progress*. Paris: OECD; 2019 [citerad 14 november 2019]. Hämtad från: <https://www.oecd.org/statistics/better-life-initiative.htm>
60. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *The Economy of Well-being: Creating Opportunities for People's Well-being and Economic Growth*. SDD WORKING PAPER No. 102. Paris: OECD Statistics and Data Directorate; 2019 [citerad 14 november 2019]. Hämtad från: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=SDD/DOC\(2019\)2&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=SDD/DOC(2019)2&docLanguage=En)
61. Eurostat. *Living conditions in Europe — 2018 edition*. Luxemburg: Publications Office of the European Union; 2018 [citerad 14 november 2019]. Hämtad från: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/9079352/KS-DZ-18-001-EN-N.pdf/884f6fec-2450-430a-b68d-f12c3012f4d0>

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

Folkhälsans utveckling – årsrapport 2020 ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper, och där så är möjligt redovisas även utvecklingen över tid. Rapporten synliggör olika aspekter av den ojämlika hälsan och dess bestämningsfaktorer och stödjer därmed arbetet för en jämlik hälsa.

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