



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2018



Folkhälsans utveckling

Årsrapport 2018

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

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

© Folkhälsomyndigheten, 2018.

Artikelnummer: 18001

Förord

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Det här är 2018 års rapport, ”Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2018”. Den 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.

Årsrapporten ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper, och där så är möjligt redovisas även utvecklingen under den senaste elvaårsperioden. Rapporten synliggör olika aspekter av den ojämlika hälsan och dess bestämningsfaktorer och stödjer därmed arbetet för en jämlik hälsa.

Arbetet har projektletts av Karin Engström som till sin hjälp haft en arbetsgrupp bestående av Malin Hildingsson och Agota Puskas. Ansvarig enhetschef har varit Nina Lindqvist och ansvarig avdelningschef Anders Tegnell. Ett stort antal medarbetare på myndigheten har medverkat i framtagandet av rapporten.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Övergripande resultat	9
Inledning	10
Folkhälsan i Sverige	11
Hälsa.....	11
Levnadsvanor.....	14
Livsvillkor.....	15
Andra aspekter av folkhälsan.....	16
Smittsamma sjukdomar.....	16
Miljöpåverkan.....	17
Internationell utblick.....	18
Bilagor.....	20
Referenser	21

Övergripande resultat

Regeringens mål inom folkhälsoområdet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor och att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Det är ett fokus som återkommer i de globala målen och Agenda 2030 för hållbar utveckling, där ett av åtagandena från världens länder är att bekämpa ojämlikheter inom och mellan länder. Folkhälsan i Sverige är i ett internationellt perspektiv god och den utvecklas också positivt för de allra flesta. Utvecklingen skiljer sig dock mellan olika sociala grupper. För vissa grupper har utvecklingen gått långsammare eller stått stilla. För att nå regeringens mål behöver hälsan därför särskilt höjas för dem med sämst hälsa.

Ojämlikheten i hälsa visar sig bland annat i medellivslängd där skillnaderna i återstående medellivslängd vid 30 års ålder 2016 är 6,2 år mellan personer med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning och 3,3 år mellan män och kvinnor. För alla de större dödsorsakerna är den förtida dödligheten högre bland dem med förgymnasial utbildningsnivå än dem med eftergymnasial, och skillnaderna mellan utbildningsgrupperna har ökat 2006–2016.

Personer med kortare utbildning rapporterar även i högre utsträckning övervikt och fetma som också är vanligare bland män än kvinnor. Samma mönster syns för stillasittande fritid. Det är också en större andel som uppger att de röker dagligen bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning, jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.

Psykisk ohälsa är ett fortsatt stort folkhälsoproblem. Särskilt tydligt är det när kvinnor rapporterar självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande. Suicid är vanligare bland män än kvinnor samt bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med dem som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning.

Livsvillkor, som arbete och försörjning, har förbättrats för de flesta i Sverige under perioden 2006–2016, men sysselsättningsgraden är lägre och långtidsarbetslösheten högre för personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Även inkomstskillnaderna har ökat, där de med lägst inkomster halkar efter övriga grupper.

En god folkhälsa förutsätter ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Sverige har generellt ett bra skydd mot smittsamma sjukdomar men drabbades under 2017 av ett större utbrott av campylobakter. En stor ökning av gonorré skedde även mellan 2016 och 2017.

Miljöfaktorer som till exempel buller påverkar också hälsan. Uppskattningsvis en femtedel av befolkningen är exponerad för trafikbuller över gällande riktvärde.

Inledning

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

Årsrapporten inleds med en beskrivning av folkhälsans nuläge och den generella utvecklingen på nationell nivå under den senaste elvaårsperioden. Rapporten beskriver hälsoläget genom att redovisa statistik kring hälsa, levnadsvanor och livsvillkor utifrån ett antal valda indikatorer. Med syfte att belysa ojämlikheter i hälsa redovisas även skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper uppdelat efter kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland. I slutet av rapporten finns även en internationell utblick som jämför Sverige med andra länder för några centrala mått såsom medellivslängd och dödlighet. I bilaga 1 finns detaljerade resultat i olika tabeller och i bilaga 2 och 3 finns en utförligare beskrivning av de indikatorer som ingår i rapporten och en metodbeskrivning.

Folkhälsomyndighetens årliga folkhälsorapportering innefattar också det webbaserade uppföljningssystemet Folkhälsans utveckling – siffror, grafik och text [1]. Där beskrivs hälsa, levnadsvanor och livsvillkor utifrån ett antal valda indikatorer för befolkningen som helhet samt uppdelat efter kön, ålder, utbildningsnivå och län. Inom kort kommer även födelseland indelat efter geografisk region och HDI¹ att ingå som redovisningsgrupp. Under 2019 utkommer Folkhälsomyndigheten också med en fördjupad rapport om hälsan och dess bestämningsfaktorer för migranter. Även en fördjupad rapport om psykisk ohälsa kommer under 2018.

¹ HDI står för Human Development Index. HDI används för att jämföra välståndet i olika länder och är en sammanvägning av förväntad livslängd, utbildningsnivå och BNP.

Folkhälsan i Sverige

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle [2]. Hälsans bestämningsfaktorer, utöver de genetiska, delas ofta in i levnadsvanor och livsvillkor. Sambanden mellan bestämningsfaktorerna är komplexa och samma bestämningsfaktorer ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Olika levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som utgör den största sjukdomsbördan i Sverige idag. Livsvillkoren påverkar i sin tur möjligheten till sunda levnadsvanor. För vissa sjukdomar är sjukdomsförloppet långsamt och sjukdomen visar sig inte tydligt förrän långt efter att förloppet börjat. Dessutom kan det gå lång tid från exponering för en riskfaktor till att man insjuknar. Därför är det viktigt att följa även levnadsvanor och livsvillkor utöver de faktiska hälsoutfallen för att få en tydlig bild av hur hälsan i befolkningen ser ut och utvecklas över tid. En sådan uppföljning är även viktig i syfte att kunna förebygga ohälsa och främja hälsa.

Ojämlighet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället, som kvinnor och män eller socioekonomiska grupper, har systematiskt olika livsvillkor och levnadsvanor. Socioekonomiska grupper kan definieras på flera sätt, till exempel som yrkesgrupper, inkomstgrupper eller utbildningsgrupper. I denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp. Den sociala gradienten kan ses som en hierarki där varje steg upp i hierarkin, till exempel mätt som utbildningsnivå, har betydelse för hälsan [3-4]. De med högst utbildningsnivå har generellt sätt bättre hälsa än dem med medelhög utbildningsnivå som i sin tur har bättre hälsa än dem med lägre utbildningsnivå. Utöver den sociala gradienten i hälsa finns också grupper i särskilt utsatta situationer, såsom hbtq-personer [5], personer med vissa funktionsnedsättningar [6], nyanlända [7-8], nationella minoriteter [9] och personer som står utanför arbetsmarknaden [10]. Ofta tillhör en individ flera av dessa grupper.

Hälsa

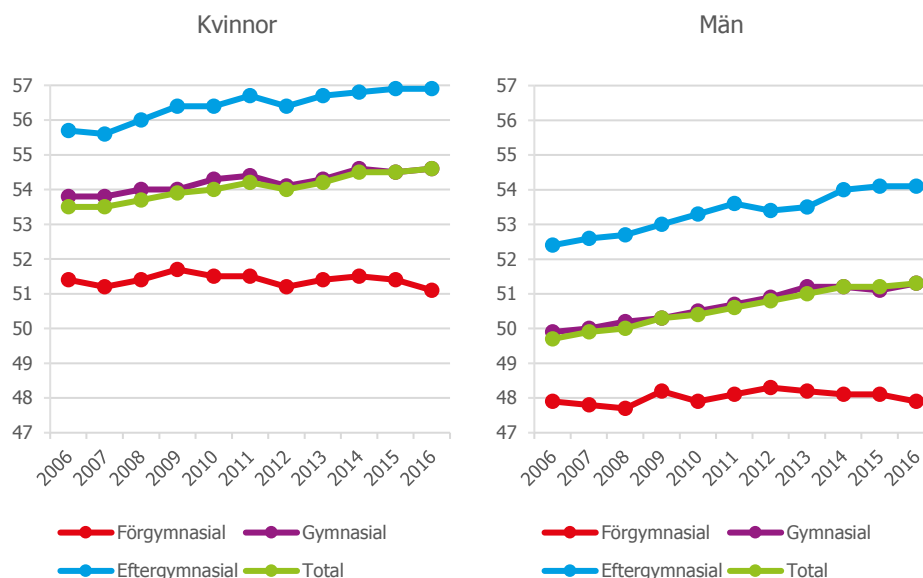
Ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god. I flera avseenden utvecklas hälsan också positivt; medellivslängden ökar, fler skattar sin allmänna hälsa som god och förstagångsinfarkter och förstagångsstroke² minskar. Utvecklingen skiljer sig emellertid åt mellan olika grupper i samhället och för ytterligare förbättringar av folkhälsan behöver hälsan höjas särskilt för dem med sämst hälsa.

Medellivslängden ökar i Sverige generellt sett, vilket speglas av att den förtida dödligheten minskar på flera områden. Exempelvis minskar dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och tre av de fyra vanligaste formerna av cancer: prostatacancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer. År 2016 var den

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

återstående medellivslängden vid födseln³ 80,6 år för män och 84,1 år för kvinnor. Medellivslängden ökar under perioden 2006–2016 för både kvinnor och män och för alla utbildningsgrupper, med undantag för dem med förgymnasial utbildningsnivå (figur 1). Skillnaderna i återstående medellivslängd vid 30 års ålder är större mellan personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildning (6,2 år) än mellan kvinnor och män (3,3 år).

Figur 1. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder (år), fördelad på utbildningsnivå och kön, 2006–2016.



För både kvinnor och män har den förtida dödligheten i såväl cirkulationsorganens sjukdomar som de vanligaste cancerformerna minskat de senaste åren. Undantaget är lungcancer som fortsatt att öka bland kvinnor under perioden 2006–2016, men minskar bland män. Den dominerande orsaken till lungcancer är rökning och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka [11].

För alla de större dödsorsakerna är den förtida dödligheten högre bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än dem med eftergymnasial och skillnaderna mellan utbildningsgrupperna ökar 2006–2016 för död i till exempel lungcancer och yttre orsaker. I gruppen med förgymnasial utbildningsnivå finns en större andel äldre än i övriga utbildningsgrupper vilket förklarar en del av den högre förtida dödligheten i gruppen.

Även den självskattade hälsan, mätt som andelen som uppger gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd, har ökat den senaste elvaårsperioden. Män i åldern 16–84 år uppger, trots den högre dödligheten, bättre självskattat allmänt hälsotillstånd än

³ Återstående medellivslängd mäts vid olika åldrar i livet. Återstående medellivslängd vid födseln används ofta vid internationella jämförelser medan återstående medellivslängd vid 30 års ålder används för att jämföra t.ex. utbildningsgrupper. För att kunna ta hänsyn till utbildningsnivå behöver måttet börja när flertalet hunnit utbilda sig.

kvinnor. Det är 76 procent som uppger god eller väldigt god hälsa bland män och 71 procent bland kvinnor. För de olika utbildningsgrupperna följer den självskattade hälsan samma mönster som förtida dödlighet; ju högre utbildningsnivå, desto fler som skattar sin hälsa som god eller väldigt god. Andelen som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott ökar för alla utbildningsgrupper 2006–2016, men skillnaderna mellan utbildningsgrupper består.

Sverige har en ökande andel invånare som är födda utanför landet. I åldern 16–84 år anger personer födda utanför Europa sämre självskattat psykiskt välbefinnande⁴ än övriga. Bland personer födda utanför Europa är det 26 procent som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande under 2016, jämfört med 14 procent bland personer födda i Sverige.

Det finns inga större skillnader mellan olika utbildningsgrupper i självskattat psykiskt välbefinnande, men precis som för allmänt självskattat hälsotillstånd är andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande lägre bland män än bland kvinnor. En svag ökning av andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande kan ses bland både män och kvinnor under perioden 2006–2016. Även andelen som uppger ängslan, oro eller ångest är lägre bland män. Bland skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 år uppger flickor oftare att de upplevt psykiska eller somatiska besvär än pojkar. Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15 år och äldre är i stort sett oförändrat under perioden i samtliga grupper, såväl för utbildningsnivå som för kön, med en svag nedgång för män. Antalet avlidna i suicid är fortsatt högre bland män (19 per 100 000) jämfört med kvinnor (8 per 100 000) och bland personer med förgymnasial utbildningsnivå (22 per 100 000) jämfört med dem med gymnasial (16 per 100 000) respektive eftergymnasial utbildningsnivå (10 per 100 000).

Förekomsten av övervikt och fetma samt högt blodtryck ökar generellt under perioden 2006–2016. Övervikt och fetma ökar bland både kvinnor och män och 2016 har 44 procent av kvinnorna och 58 procent av männen i åldern 16–84 år övervikt eller fetma. Övervikt och fetma ökar även i samtliga utbildningsgrupper där en lägre andel av personer med eftergymnasial utbildningsnivå uppger övervikt eller fetma än av dem med gymnasial eller förgymnasial utbildningsnivå. Övervikt och fetma ökar bland annat risken för typ 2-diabetes, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom [12]. Även andelen som uppger att de hade högt blodtryck ökar bland män och bland dem med förgymnasial utbildningsnivå. Andelen som uppger att de diagnostiserats med diabetes är relativt oförändrad under perioden, men ökar något bland kvinnor.

Befolkningen i Sverige blir äldre och de äldre har överlag sämre hälsa än yngre. Däremot ses en mer positiv utveckling i hälsan i åldersgruppen 65–84 år än bland 16–29-åringar under 2006–2016. Den snabbaste ökningen i livslängd sker bland de äldre. Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar, i de fyra vanligaste

⁴ Nedsatt psykiskt välbefinnande mättes med en självskattningsskala, General Health Questionnaire (GHQ), där fem frågor användes.

cancerformerna och på grund av yttre orsaker, till exempel fallolyckor och läkemedelsförgiftningar, minskar i åldersgruppen 65–84 år, med undantag för lungcancer bland kvinnor. Andelen som anger att de har bra eller mycket bra allmän hälsa ökar också bland personer 45 år och äldre, medan det självskattade allmänna hälsotillståndet är oförändrat bland yngre. Även övervikt och fetma ökar i alla åldersgrupper utom bland 65–84-åringar.

Bland de yngre (16–29 år) finns vissa tecken på att den psykiska ohälsan ökar mellan 2006 och 2016. Andelen med ångslan, oro eller ångest respektive med nedsatt psykiskt välbefinnande ökar bland yngre, men är oförändrat bland de äldre (65–84 år). Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15 år och äldre är oförändrat i alla åldersgrupper.

Levnadsvanor

Det finns ett flertal levnadsvanor som påverkar hälsan samt risken för sjuklighet och förtida död. I ”Hälsa på lika villkor”, en datainsamling som görs regelbundet av Folkhälsomyndigheten, samlas information in kring ett antal av dessa levnadsvanor. Utvecklingen under 2006–2016 av levnadsvanor kopplade till hälsan har i vissa fall varit positiv. Daglig tobaksrökning minskar från 13 till 9 procent i befolkningen 16–84 år och riskkonsumtion av alkohol minskar något bland män och yngre åldersgrupper.

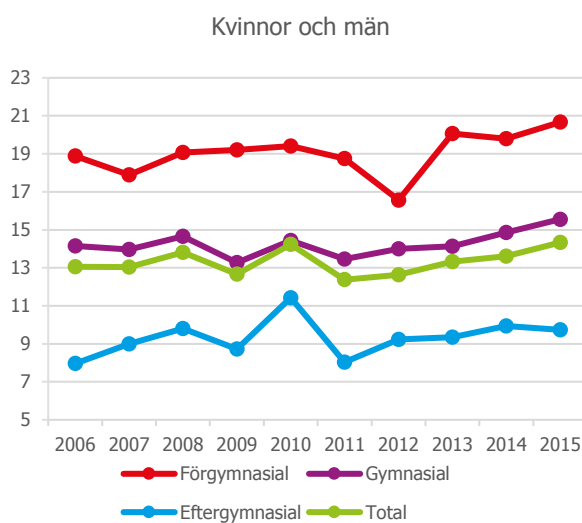
Daglig tobaksrökning minskade under 2006–2016 bland kvinnor och män, i alla åldersgrupper, i alla utbildningsgrupper och oberoende av födelseland – med undantag för dem födda i Norden (ej Sverige). Något fler kvinnor än män uppger att de röker dagligen 2016 och andelen som uppger att de röker dagligen är fortsatt större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå, jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå. Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper kvarstår under perioden.

Fler män än kvinnor uppger fortfarande en riskkonsumtion av alkohol 2016, trots att den minskar något bland män, men är oförändrad bland kvinnor. En större andel personer med gymnasial utbildning uppger riskkonsumtion jämfört med personer med förgymnasial och eftergymnasial utbildningsnivå. Andelen som uppger riskkonsumtion av alkohol är i princip oförändrad för personer födda i såväl Sverige, övriga Norden och övriga Europa som utanför Europa under perioden 2006–2016. Riskkonsumtion uppges oftare av dem födda i Sverige eller resten av Norden än bland personer födda i övriga Europa eller utanför Europa.

Utvecklingen vad gäller fysisk aktivitet och stillasittande fritid har varit oförändrad eller negativ för de flesta grupper. Andelen i befolkningen med stillasittande fritid ökar något medan andelen som är fysiskt aktiva enligt den rekommenderade nivån

är oförändrad⁵. Något fler män än kvinnor uppger att de har en stillasittande fritid 2015 men andelen kvinnor ökar något 2006–2015. Andelen med stillasittande fritid är högre bland personer med förgymnasial utbildningsnivå än bland dem med gymnasial utbildningsnivå som i sin tur är högre än dem med eftergymnasial utbildningsnivå. I den äldsta åldersgruppen (65–84 år) minskar andelen fysiskt aktiva något och stillasittande ökar bland personer över 45 år. I övriga åldersgrupper är stillasittande och fysisk aktivitet oförändrat under perioden. Den största andelen som uppger stillasittande fritid finns bland personer födda utanför Europa, 30 procent 2015, jämfört med 13 procent av personer födda i Sverige.

Figur 2. Andelen av befolkningen 25–74 år med stillasittande fritid, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2015.



Livsvillkor

Livsvillkoren påverkar möjligheten att få god vård i tid, men även möjligheten till hälsosammare levnadsvanor och därmed en förbättrad hälsa. Livsvillkoren skiljer sig mellan olika grupper i samhället, såväl mellan kvinnor och män som mellan socioekonomiska grupper. Även ålder påverkar en persons livsvillkor.

Livsvillkoren har förbättrats för de flesta i Sverige under perioden 2006–2016. Den ekonomiska standarden har generellt höjts och sysselsättningsgraden har gått upp sedan lågkonjunkturen 2008–2010, till 67 procent av befolkningen 15–74 år, 2016. Andelen yngre (15–24 år) som varken arbetar eller studerar har sjunkit något och andelen elever i årskurs 9 med gymnasiebehörighet är relativt oförändrad under perioden, med 87 procent behöriga 2016. Andelen gymnasieelever som tar examen inom 4 år är 71 procent 2016.

⁵ Frågorna kring stillasittande fritid och fysisk aktivitet ändrades i enkäten "Hälsa på lika villkor" 2016 och därför används 2015 som sista mätår för dessa indikatorer.

Livsvillkoren skiljer sig något åt mellan könen. Män har högre disponibel inkomst⁶ och högre sysselsättningsgrad⁷, 2016. Sysselsättningsgraden ökade dock mer för kvinnor än män under 2006–2016. Vad gäller gymnasiebehörighet och examen är det något större andel flickor än pojkar i årskurs 9 som når gymnasiebehörighet och större andel flickor än pojkar på gymnasiet som tar gymnasieexamen inom 4 år.

Sysselsättningsgraden 2016 skiljer sig mellan utbildningsgrupper, 25–64 år, och är lägre i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, 61 procent, jämfört med gruppen med gymnasial och eftergymnasial nivå, 84 respektive 89 procent. Även långtidsarbetslösheten⁸ är större i gruppen med förgymnasial utbildning än övriga grupper. Det finns ett samband mellan ålder och utbildningsnivå. De som är äldre har också lägre sysselsättningsgrad, bland annat på grund av att fler är pensionärer, och utgörs av många som har folkskola eller grundskola som högsta utbildningsnivå. Detta kan resultera i överskattning av utbildningens betydelse för sysselsättningen, även om en högre utbildningsnivå innebär en ökad möjlighet till sysselsättning. Det bör också noteras att gruppen som har förgymnasial utbildningsnivå utgör en mindre grupp i dag (cirka 20 procent) jämfört med för ett par decennier sedan (cirka 40 procent) och är därför i dag mer utsatt på arbetsmarknaden och sannolikt även i andra sociala och ekonomiska avseenden [13].

De generella inkomstskillnaderna, mätt till exempel med hjälp av Gini-koefficienten⁹, har kontinuerligt ökat i Sverige sedan 80-talet [14-16]. Det visar sig bland annat i att den disponibla inkomsten ökar mellan 2006 och 2016 för alla utbildningsgrupper men inte i lika stor utsträckning för dem med förgymnasial utbildningsnivå som övriga grupper. Dessutom har den percentil med lägst inkomst halkat efter mer än övriga [16-17]. Speciellt utsatta grupper vad gäller låg ekonomisk standard är till exempel utlandsfödda, ensamstående föräldrar, äldre ensamstående, personer med funktionsnedsättning, långtidssjukskrivna och arbetslösa [16, 18-19].

Andra aspekter av folkhälsan

Smittsamma sjukdomar

Andra faktorer som påverkar hälsan är förekomst av smittsamma sjukdomar och antibiotikaresistens. Sverige har jämfört med många andra länder ett gott läge vad gäller smittsamma sjukdomar och antibiotikaresistens, men riskbilden förändras

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

7 Sysselsättningsgrad redovisas som andel som förvärvsarbetar i befolkningen.

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

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

ständigt både i vårt land och i omvärlden. Antalet rapporterade fall av MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus aureus) under 2017 (3 739 nya fall) har minskat efter en topp 2016. Toppen hade samband med det stora antalet asylsökande under perioden.

En annan händelse med betydelse för folkhälsan är utbrottet av campylobacter som orsakades av svenskt kycklingkött. Uppskattningsvis 4 000 personer drabbades under perioden augusti 2016 till maj 2017. Omkring 7 500 fall under samma period tillhörde inte utbrottet. Erfarenheterna från utbrottshanteringen visar på vikten av samverkan mellan aktörer inom sektorerna folkhälsa, djurhälsa och livsmedelsproduktion.

Under december 2017 och januari 2018 rapporterades ett med svenska mått relativt stort utbrott av mässling med 28 fall i Västra Götaland. I Sverige ingår vaccination mot mässling i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn sedan 1970-talet och sedan 1982 med två doser. Vaccinationstäckningen ligger kring 97 procent men enstaka mässlingsfall inträffar varje år genom att personer utan skydd smittas utomlands och kan sprida sjukdomen vidare inom Sverige.

Antalet rapporterade hivfall har varit oförändrat sedan 2008, med cirka 450 fall per år. Däremot ses en fortsatt ökning av gonorré (44 procents ökning från 2016 till 2017), i synnerhet inom gruppen män som har sex med män. Förklaringen till denna utveckling är komplex, men kan delvis förklaras av en kombination av ökad provtagning och minskad kondomanvändning.

Miljöpåverkan

Ytterligare delar av folkhälsoarbetet handlar om att identifiera hälsorisker i den fysiska miljön liksom att främja förutsättningarna för en miljö som bidrar till en god och jämlik hälsa. Resultat ur ”Miljöhälsorapport 2017” visar att andelen personer som dagligen utsätts för andras tobaksrök minskar och att fler människor skyddar sig mot skadlig UV-strålning. Däremot ökar andelen i befolkningen som uppger att de har hösnuva eller allergisk snuva och uppskattningsvis 20 procent av befolkningen är exponerade för trafikbuller över gällande riktvärde. Även ämnen som bryts ned långsamt i miljön och som kan fortsätta att bidra till människors exponering under lång tid är ett fortsatt problem [20].

Internationell utblick

Trots en i allmänhet god hälsoutveckling finns det, liksom den här rapporten visat för Sverige, påtagliga sociala skillnader i hälsa även internationellt. Ojämlighet i hälsa finns såväl *inom* som *mellan* länder. I Europa lever västeuropéer med den högsta medellivslängden, i genomsnitt över 8 år längre än central- och östeuropéer som har den kortaste medellivslängden [21]. Dödligheten har minskat i absoluta termer i de flesta europeiska länder men den positiva trenden går inte lika snabbt för grupper med lägre social position [22].

Utmaningen att minska ojämlikheten i hälsa är således gemensam, vilket även återspeglas i de globala målen för hållbar utveckling (Agenda 2030). Mål 3, 5 och 10 är i detta sammanhang viktiga. Mål 3 är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar, 5 att uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt och 10 att minska ojämlikheten inom och mellan länder [23].

I ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige generellt sett god. År 2015 var medellivslängden i samtliga EU-länder 80,6 år och i Sverige 82,2 år. Sveriges medellivslängd är den femte högsta i EU [24]. Medellivslängden i Sverige har varit bland de högsta i världen sedan 1990-talet och i början av 1970-talet var den högst av alla länder i världen [25]. Ökningen av medellivslängden har dock planat ut en aning under det senaste decenniet i Sverige.

Under perioden 2009–2014 har medellivslängden i Sverige ökat med 0,7 år för kvinnor och 1 år för män, vilket placerar Sverige bland de länder i Europa som hade den minsta ökningen [25]. Utvecklingen med en svag ökning noteras också i andra länder med hög medellivslängd, till exempel bland män och kvinnor i Schweiz och kvinnor på Island. Även Japan har haft en svag ökning för både kvinnor och män. Länder med låg medellivslängd har större möjligheter att öka denna och stora ökningar har noterats i länder som till exempel Ukraina och Ryssland. Globalt är denna trend ännu starkare och den största ökningen har skett i Zimbabwe där kvinnors medellivslängd ökade med nästan 10 år under perioden 2009–2014.

I nästan hela Europa har skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män minskat sedan 1980-talet. Även om skillnaden mellan kvinnor och män har minskat över tid är den fortfarande påtaglig – i genomsnitt var den 6 år 2014. Sverige ligger under snittet med en skillnad på knappt 4 år. Störst är skillnaden i Ryssland med 11,4 år och minst i Liechtenstein med 2,2 års längre medellivslängd för kvinnor än män [25].

Ökande medellivslängd speglar en sjunkande dödlighet. Hur dödligheten i olika sjukdomar utvecklas är därmed centralt för att förstå hur den generella förändringen i livslängd uppkommit. Att livslängden inte ökat lika snabbt som tidigare i Sverige kan bero på svagare nedgång i dödlighet för vissa dödsorsaker. En studie från 2014 [26], som baseras på data fram till 2009, visade exempelvis att

bland annat Japan, Frankrike och Schweiz hade snabbare livslängdsökning än Sverige på grund av att dödligheten av sjukdomar i cirkulationsorganen då var något högre bland medelålders och äldre i Sverige. Unga vuxna och barn hade emellertid en lägre dödlighet i Sverige än i Japan och Frankrike, enligt studien. Variationerna i dödlighet mellan länder och över tid visar på en potential till ytterligare förbättringar.

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. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - siffror, grafik och text. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016 [uppdaterad 30 maj 2017; citerad 13 februari 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/>
2. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
3. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Hämtad från: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HIOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
4. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, The Working group of the Danish review on social determinants of health. Health Inequality - determinants and policies. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2011. Hämtad från: <https://www.sst.dk/en/publications/2011/health-inequality-determinants-and-policies#>
5. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-best%c3%a4mningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
6. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/>
7. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa - Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017. Stockholm: Barnombudsmannen; 2017. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/ovriga-publikationer/nyanlanda-barns-halsa/>
8. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Huddinge: Röda Korsets Högskola; 2016. Rapportnummer 2016:1. Hämtad från: <https://www.rkh.se/forskning/pagaende-projekt/forskningsstudie-om-halsa-och-levnadsvillkor-bland-flyktingar-och-asylsokande-i-sverige/>
9. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Sveriges Riksdag; 2012. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRF11/html
10. Janlert U. Arbetslöshet och hälsa – en kunskapsöversikt. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö: Malmö stad; 2012. Hämtad från: http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfc800036206/UrbanJanlert_underlag.pdf
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnummer 2011-3-2. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18241/2011-3-2.pdf>
12. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genève: WHO; 2014. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
13. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015. Hämtad från:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/utbildningsniva-halsa/slutrapport-utbildningsnivaer.pdf>

14. Waldenström D, Bastani S, Hansson Å. Konjunkturrådets rapport 2018. Kapitalbeskattningens förutsättningar. Stockholm: SNS förlag; 2018. Hämtad från: <https://www.sns.se/wp-content/uploads/2018/01/konjunkturradets-rapport-2018-kapitalbeskattningens-forutsattningar.pdf>
15. Kuvalainen S och Nelson K. The Nordic welfare model in a European perspective. Institute for Futures Studies Working Paper 2010:11. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 2010.
16. Statistiska centralbyrån (SCB). Ekonomisk välfärdsstatistik 2017:1. Inkomstrapport 2015 – individer och hushåll. Stockholm: SCB; 2017. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och-inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/publikationer/inkomstrapport-2015--individer-och-hushall/>
17. Roine J och Waldenström D. Long-Run Trends in the Distribution of Income and Wealth. I: Atkinson AB och Bourguignon F (redaktörer). Handbook of Income Distribution, vol. 2A. Amsterdam: North-Holland; 2015.
18. Regeringens proposition 2014/15:100. Bilaga 2, Fördelningspolitisk redogörelse. Stockholm: Regeringen; 2015. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49c859/contentassets/16577670d2c147cb9db90a39e70a549f/2015-ars-ekonomiska-varproposition-hela-dokumentet-prop.-201415100>
19. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistik om personer med funktionsnedsättning, tabeller 2014–2015. Ekonomi. Stockholm: SCB; 2016 [citerad 19 februari 201]. Hämtad från: <http://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-20142015/>
20. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsorapport 2017. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/m/miljohalsorapport-2017/>
21. OECD. Multilingual Summaries Health at a Glance. Europé 2016 State of health in EU Cycle. Hämtad från: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/9b78caba-sv.pdf?expires=1520434661&id=id&accname=quest&checksum=EA20A03332DAB04FF1C87A765FDE931E>
22. Mackenbach JP, Kulháňová I, Artnik B, Bopp M, Borrel C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2016;353:i1732. doi: 10.1136/bmj.i1732.
23. United Nations Development Programme (UNDP). Globala målen för hållbar utveckling. Stockholm: UNDP; 2015. [citerad 13 februari 2018]. Hämtad från: <http://www.globalamalen.se/>
24. OECD och European Observatory on health Systems and Policies. State of the Health in the EU – Sverige Landprofil hälsa 2017. Paris/Bryssel: OECD Publishing/ European Observatory on health Systems and Policies; 2017. Hämtad från: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sv_swedish.pdf
25. Statistiska Centralbyrån (SCB). Hög medellivslängd i Sverige. Artikel Nr 2017:10. [publicerad 6 mars 2017; citerad 9 februari 2018]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/Hog-medellivslangd-i-Sverige/>
26. Drefahl S, Ahlbom A, Modig K. Losing Ground - Swedish Life Expectancy in a Comparative Perspective. Plos One. 2014;9(2):e88357. doi: 10.1371/journal.pone.0088357.

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Det här är 2018 års rapport och den 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 2018 ger en övergripande nulägesbeskrivning av folkhälsan i Sverige och dess bestämningsfaktorer i olika befolkningsgrupper, och där så är möjligt redovisas även utvecklingen under den senaste elvaårsperioden. 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, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se