



Folkhälsomyndigheten



# Folkhälsan i Sverige

Årsrapport 2023

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

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

© Folkhälsomyndigheten, 2023.

Artikelnummer: 23052

Foto omslag: Johnér Bildbyrå

## Om publikationen

Folkhälsomyndighetens har i uppdrag att ansvara för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och de områden som utgör förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Den här publikationen utgör Folkhälsomyndighetens årliga underlag till regeringen om utvecklingen av folkhälsan och dess förutsättningar.

Årsrapporten är i första hand ett underlag för regeringen och ska kunna användas för att bedöma om Sverige närmar sig målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Rapporten kan även användas av aktörer med intresse för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå. Eftersom många samhällssektorer bidrar till hur förutsättningarna för en god och jämlik hälsa ser ut, kan rapporten också vara av intresse för exempelvis myndigheter och organisationer som verkar inom ett särskilt sakområde.

Redovisningen följer det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden med syfte att ge en samlad bild av folkhälsoläget och om hälsan i Sverige är jämlik.

Rapporten ska ge en översikt av befolkningens hälsa och belysa olika förutsättningar för en god hälsa, samt beakta hur hälsan och förutsättningar för hälsa är fördelade mellan olika grupper i samhället och hur de förändras över tid. Från och med 2023 har rapporten bytt namn till Folkhälsan i Sverige.

Årsrapporten kompletteras med en e-publikation per målområde samt en för hälsa i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem.

Karin Engström, utredare på Enheten för folkhälsorapportering och utvärdering, har tillsammans med flera medarbetare på myndigheten arbetat med att ta fram rapporten, under ledning av Louise Nilunger, enhetschef på enheten för folkhälsorapportering och utvärdering.

Folkhälsomyndigheten

*Karin Tegmark Wisell*  
Generaldirektör

# Innehåll

Sammanfattning .....	6
Förutsättningar för god hälsa varierar .....	6
Hälsan förbättras men inte för alla .....	6
Vägen framåt .....	7
Summary .....	8
Disparities in social determinants of health remain .....	8
Health improves but not for everyone .....	8
The way forward .....	9
Inledning .....	10
Uppdrag och syfte .....	10
Uppföljningen utgår det av riksdagen beslutade nationella målet för folkhälsan .....	10
Covid-19 och folkhälsa .....	11
Rapportens disposition .....	11
Hälsa och förutsättningar för hälsa .....	13
Förutsättningar för hälsa – hälsans bestämningsfaktorer .....	13
Vad är ojämlikhet i hälsa? .....	14
Demografiska förändringar och folkhälsa .....	16
Påverkbara hälsoklyftor .....	17
Förutsättningar för hälsa enligt folkhälsopolitikens åtta målområden .....	18
Målområde 1 – Det tidiga livets villkor .....	18
Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning .....	19
Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö .....	20
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter .....	21
Målområde 5 – Boende och närmiljö .....	23
Målområde 6 – Levnadsvanor .....	24
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet .....	27
Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård .....	29
Hälsa .....	31
Medellivslängd .....	31

Förtida dödlighet .....	32
Självskattad hälsa.....	33
Psykisk ohälsa och suicid.....	33
Allvarlig psykisk påfrestning.....	34
De vanligaste dödsorsakerna .....	35
Läkemedels- och narkotikaförgiftningar .....	35
Skador till följd av olycksfall.....	36
Våldsrelaterade skador.....	37
Smittsamma sjukdomar.....	37
Diskussion .....	42
Vägen framåt.....	42
Referenser .....	44

# Sammanfattning

## Förutsättningar för god hälsa varierar

Samtidigt som vissa av de viktigaste förutsättningarna för en god hälsa har förbättrats har andra avstannat eller till och med försämrats.

De allra flesta har fått en förbättrad ekonomisk standard och andelen både barn och vuxna, som lever i en ekonomisk situation där inkomsterna under flera år inte har räckt till de nödvändigaste utgifterna har sjunkit. Samtidigt har skillnaderna ökat mellan olika grupper och fler både barn och vuxna lever med relativt sett låg ekonomisk standard. Personer födda utanför Europa och personer med låg socioekonomisk position lever oftare än andra i ekonomisk utsatthet.

Långtidsarbetslösheten, som ökade markant 2021, drabbar också personer med låg socioekonomisk position och personer födda utanför Europa mer än andra vilket innebär ytterligare risk för ekonomisk utsatthet.

Skälig ekonomisk standard under barndomen och tillgång till utbildning är viktiga förutsättningar för goda livsvillkor senare i livet och för en god hälsa under hela livet. Drygt var femte barn med föräldrar som saknar gymnasieutbildning, och var sjätte barn fött utanför Europa, lever i en ekonomisk situation där inkomsterna sedan flera år inte räckt till de nödvändigaste utgifterna. Samma grupper har också sämre resultat både i grundskolan och gymnasiet.

En del levnadsvanor har under en längre tid haft en positiv utveckling, till exempel minskade tobaksrökning i hela befolkningen och riskkonsumtion av alkohol bland män och yngre kvinnor. Trots att tobaksrökning minskat i alla grupper kvarstår tydliga skillnader, där exempelvis personer med låg socioekonomisk position oftare röker än övriga.

Även andra viktiga förutsättningar för en god hälsa skiljer sig åt mellan grupper, till exempel att söka tandvård vid behov, fysisk aktivitet, tillit till andra och att ha varit utsatt för våld eller hot om våld, där genomgående de med lägre socioekonomisk position har mer ogynnsamma förutsättningar.

## Hälsan förbättras men inte för alla

Folkhälsan i Sverige har förbättrats under uppföljningsperioden. Medellivslängden har ökat sedan 2006 (första året i denna rapportering). Under covid-19-pandemins första år bröts den trenden och medellivslängden sjönk, för att 2021 i princip vara tillbaka på 2019 års nivå. Samtidigt har dödligheten i de vanligaste dödsorsakerna fortsatt att minska, men det finns tydliga skillnader mellan olika grupper.

Personer med låg socioekonomisk position dör oftare före 65 års ålder, vilket också avspeglas i att medellivslängden är kortare. Detta är särskilt tydligt bland kvinnor utan gymnasieutbildning där medellivslängden till och med sjunkit under perioden. För i stort sett samtliga hälsoutfall som presenteras i rapporten drabbas personer med lägre socioekonomisk position mer än övriga och det finns inga tecken på minskad relativ ojämlikhet i hälsa.

Även covid-19 har drabbat ojämlikt i befolkningen. Andelen intensivvårdade och avlidna med covid-19 var högre bland personer med förgymnasial utbildning och bland personer födda utanför Sverige. Medan (den relativa) skillnaden mellan personer med olika utbildning har legat förhållandevis konstant under pandemins tre år, var skillnaderna beroende på födelseland väldigt stora i början av pandemin, men minskade avsevärt till 2022.

Den svenska befolkningen uppfattar generellt sin hälsa som god. Kvinnor uppger sämre allmän hälsa än män och särskilt yngre kvinnor uppger olika former av psykiska besvär, jämfört med andra åldersgrupper.

## Vägen framåt

I dagens takt kommer inte det folkhälsopolitiska målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation till år 2048 att nås. För att uppnå målet behöver hälsan och dess förutsättningar förbättras i de grupper som har sämst hälsa, både för att minska hälsoklyftorna och för att det är i dessa grupper de största hälsovinster går att göra. Exempel där särskilda insatser kan behövas för att nå en bättre hälsa är:

- Män lever i genomsnitt över tre år kortare än kvinnor (medellivslängd vid födseln), en skillnad som förändrats över tid vilket tyder på att den åtminstone delvis är påverkbar.
- Fler kvinnor än män uppger olika former av psykiska besvär och andelen är särskilt stor bland unga kvinnor. Unga kvinnor är den grupp som oftast uppger både lätta besvär av ångslan, oro och ångest och besvär som indikerar en allvarlig psykisk påfrestning. Lätta besvär av ångslan, oro och ångest ökar också under perioden.
- Gruppen med låg socioekonomisk position drabbas i större utsträckning av ohälsa, uppger oftare ohälsosamma levnadsvanor och har sämre förutsättningar för hälsa. För kvinnor i den gruppen har medellivslängden till och med sjunkit. Samtidigt har även den ekonomiska standarden sjunkit vilket kan påverka hälsan även längre fram i tiden.
- Bland barn till personer med förgymnasial utbildning lever mer än ett barn av fem i en ekonomisk situation där inkomsterna under flera år inte har räckt till de nödvändigaste utgifterna och fler än 60 procent klarar inte gymnasieexamen. Det är faktorer som påverkar framtida möjligheter till god hälsa.

Hälsan påverkas av faktorer under lång tid vilket innebär att det också tar tid att åstadkomma förändring. Därför behövs att initiativ tas nu för att uppnå målet till år 2048. Det krävs ett långsiktigt arbete med ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla delar av välfärdssektorn, på såväl nationell som regional och kommunal nivå. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, men med särskilt fokus på de grupper som idag har sämst hälsa och därmed störst behov och där insatserna därför också kan få störst effekt.

## Summary

### Disparities in social determinants of health remain

While certain important conditions for good health have improved over time, others have stagnated or even worsened.

A majority of people in Sweden have experienced improved economic standards, and the proportion of people whose income has been insufficient to meet essential expenses for several years has decreased. Simultaneously, differences between various groups have increased, and the proportion of both children and adults at risk of poverty has increased. People born outside of Europe and those with low socioeconomic status, are more likely to experience financial vulnerability than other groups. Long-term unemployment, which increased significantly in 2021, also affects people with low socioeconomic status and those born outside of Europe more than others, which means additional risk of financial vulnerability.

Adequate economic standards during childhood and access to education are important determinants for good living conditions and for good health throughout life. About one in five children with parents having only compulsory education, and one in six children born outside of Europe, experience prolonged periods of inadequate family income that fails to cover essential expenses. These same groups also have poorer results in both compulsory and upper secondary school.

Some health behaviors have seen positive trends over time, such as decreased tobacco smoking in the entire population and reduced hazardous consumption of alcohol among men and younger women. Despite the decrease in tobacco smoking across all groups, disparities persist, where, for example, people with lower socioeconomic status smoke to a higher rate compared to others.

There are also clear differences between groups in other important determinants of health, such as seeking dental care when needed, physical activity, interpersonal trust, and exposure to violence or threats of violence. People with lower socioeconomic status consistently face more unfavorable conditions.

### Health improves but not for everyone

Public health in Sweden has improved over time and life expectancy has increased since 2006 (the first year reported). While this trend was interrupted during the initial year of the covid-19 pandemic, life expectancy has essentially returned to the 2019 level by 2021. At the same time, the leading causes of death have continued to decline, however, there are clear differences between groups.

People with low socioeconomic status are more likely to die before the age of 65, which is reflected by their comparatively shorter average life expectancy. This is particularly clear among women without a secondary education, where the average life expectancy even fell during the period. For all health outcomes presented in this report, people with lower socioeconomic status are more affected than others, and there are no signs of any reduction in relative inequalities in health.



Covid-19 also affected people unequally. Those who had only completed compulsory schooling or were born outside of Sweden had a higher proportion of deaths and admissions to intensive care with covid-19. Although the relative differences between people with different levels of education have remained relatively stable during the three years of the pandemic, the differences based on country of birth were initially substantial but have significantly decreased by 2022.

The Swedish population generally perceives their health as good. However, women reported poorer general health than men, and younger women in particular, more often reported various mental health problems, compared to other age groups.

## The way forward

At the current rate, it is unlikely that Sweden will be able to achieve the goal of eliminating avoidable health inequalities within a generation (by 2048). To achieve this, it will be necessary to improve health and its determinants among the groups experiencing the worst health, both to reduce the health gap and because it is within these groups that the greatest potential for health gains can be found. Examples of groups where special efforts may be needed to achieve better health are:

- On average, men have a life expectancy at birth that is more than three years shorter than that of women. However, the size of this gap has changed over time, indicating that it is at least partly possible to reduce.
- A larger proportion of women, especially young women, report poor mental health. Young women are the group that most often report both mild anxiety symptoms, and symptoms that indicate serious mental strain. The proportion reporting these symptoms increase during the period (2006–2022).
- People with a low socioeconomic status are disproportionately affected by poor health, more often report unhealthy lifestyle habits and have poorer determinants of health. Women with lower socioeconomic status have experienced a decline in life expectancy. Compounding this issue, the economic standard has also decreased, which may have further negative consequences for health in the future.
- Over one in five children whose parents have only completed compulsory education, live in households where income has not been sufficient to cover basic expenses for several years, and more 60% do not obtain an upper secondary diploma. This can affect their future opportunities for good health.

Achieving the goal requires recognizing that health outcomes are influenced by long-term factors. As a result, taking action now is important to bring about meaningful change. Long-term efforts are essential, with increased focus on health promotion and disease prevention across all aspects of the welfare sector – at national, regional and local level. While public health initiatives should be broadly targeted, it is crucial that they are carried out with increased intensity in groups with the greatest health needs, and where efforts can have the greatest impact.

# Inledning

## Uppdrag och syfte

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att varje år ta fram en rapport om hur folkhälsan och dess bestämningsfaktorer utvecklas. Årsrapporten är i första hand ett underlag för regeringen och ska kunna användas för att bedöma om Sverige närmar sig målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Rapporten kan även användas av aktörer med intresse för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå. Eftersom många samhällssektorer bidrar till hur förutsättningarna för en god och jämlik hälsa ser ut, kan rapporten också vara av intresse för exempelvis myndigheter och organisationer som verkar inom ett särskilt sakområde.

Syftet med rapporten är att ge en samlad bild av folkhälsoläget och om hälsan i Sverige är jämlik. Rapporten ska ge en översikt av befolkningens hälsa och belysa olika förutsättningar för en god hälsa, samt beakta hur hälsan och förutsättningar för hälsa är fördelade mellan olika grupper i samhället och hur de förändras över tid. Från och med 2023 har rapporten bytt namn till Folkhälsan i Sverige.

Folkhälsopolitiken har åtta målområden. Årsrapporten kompletteras med en e-publication per målområde samt en för hälsa i Folkhälsomyndighetens webbaserade uppföljningssystem [1]. Där finns mer detaljerad statistik, uppdelat efter kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland. Dessutom finns ett faktablad per målområde som innehåller övergripande beskrivningar av såväl fokusområden som kärnindikatorer och deras vetenskapliga grund [2]. Årsrapporten och webbsidorna utgör tillsammans en del i myndighetens samlade folkhälsorapportering. Utöver denna övergripande uppföljning följer Folkhälsomyndigheten särskilda sakområden mer detaljerat. Dessutom finns resultat per kommun och län att tillgå på Folkhälsomyndighetens webbplats [3].

## Uppföljningen utgår det av riksdagen beslutade nationella målet för folkhälsan

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken, som antogs 2018 av en enig riksdag, är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Folkhälsopolitiken omfattar åtta målområden som bedömts som särskilt viktiga för att nå en god och jämlik hälsa [4] och som speglar förutsättningar för en god hälsa.

Folkhälsomyndighetens övergripande uppföljning utgår från de åtta målområdena. För att samlat kunna bedöma utvecklingen av förutsättningarna för en god och jämlik hälsa följs ett antal kärnindikatorer [5]. Det gäller utvecklingen totalt sett och hur förutsättningarna fördelas i befolkningen samt hur detta sammantaget påverkar möjligheterna att nå det folkhälsopolitiska målet. När den här rapporten publiceras finns data tillgängliga för cirka tre fjärdedelar av kärnindikatorerna.

För att kunna rapportera övergripande kring folkhälsoläget och förändringar i detta följs även ett antal kärnindikatorer för hälsa [6], där både fysiska och psykiska aspekter av hälsa ingår. Som komplement redovisas även ett antal mer specifika hälsoutfall där utvecklingen eller ojämlikheten är särskilt viktig att belysa.

#### **Folkhälsopolitikens åtta målområden**

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

## **Covid-19 och folkhälsa**

Under 2022 upphörde covid-19 att kategoriseras som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom, men sjukdomen är fortfarande anmälningspliktig. Smittspridningen har fortsatt under 2022 och periodvis varit omfattande. De varianter (olika undervarianter av omikron) som dominerat smittspridningen under 2022 har gemensamt att de har en ökad förmåga att ta sig förbi skyddet mot sjukdom efter vaccination eller tidigare genomgången infektion. Vaccination skyddar dock fortsatt mycket väl mot allvarlig sjukdom och död även vid infektion med omikronvarianterna. Detta sammantaget, och med hjälp av den höga vaccinationstäckningen i befolkningen, har inneburit att det i perioder har varit en hög smittspridning men färre allvarligt sjuka jämfört med tidigare perioder med hög smittspridning. Vaccinationerna mot covid-19 fortsatte under 2022 med rekommendation om påfyllnadsdoser för vissa grupper.

Covid-19 har haft en direkt effekt på människors hälsa genom sjukdom och dödlighet, men folkhälsan har också påverkats indirekt till följd av pandemin och de åtgärder som införts. Den indirekta påverkan kan till exempel vara förändrande livsvillkor och levnadsvanor. Folkhälsomyndigheten följer detta och kommer även att följa konsekvenserna för folkhälsan på sikt.

I den här rapporten redovisas endast dödlighet och intensivvård bland bekräftade fall av covid-19, samt vaccinering mot covid-19. Socialstyrelsen tar fram statistik och lägesbilder över kvarstående eller sena symptom efter covid-19 [7].

## **Rapportens disposition**

Rapporten inleds med en beskrivning av förutsättningar för hälsa och vad ojämlikhet i hälsa innebär. Därefter följer en översikt av utvecklingen inom

folkhälsopolitikens åtta målområden, det vill säga de områden som speglar centrala förutsättningar för en god och jämlik hälsa. I avsnittet om hälsoutfall redovisas utvecklingen av folkhälsan med hjälp av några övergripande hälsoutfall och ett antal specifika sjukdomar och dödsorsaker. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion av resultaten i sin helhet.

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

# Hälsa och förutsättningar för hälsa

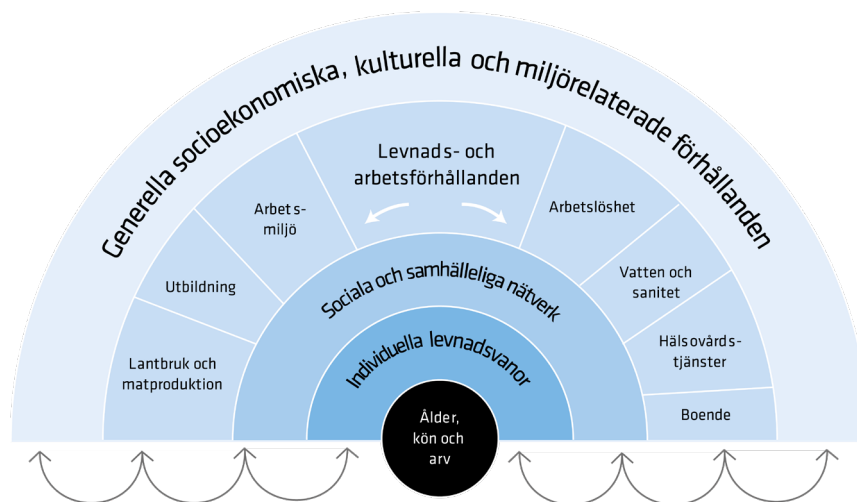
I det här avsnittet ges en kort beskrivning av hälsan och dess förutsättningar (eller bestämningsfaktorer), vad ojämlikhet i hälsa är och hur demografiska förändringar hänger ihop med befolkningens hälsa. Eftersom det folkhälsopolitiska målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (d.v.s. till 2048) avslutas avsnittet med en kort diskussion om vad påverkbarhet innebär och hur ojämlikhet i hälsa kan motverkas.

## Förutsättningar för hälsa – hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle [8]. Dessa faktorer kallas ofta för hälsans bestämningsfaktorer eller förutsättningar för hälsa. För att uppnå en god och jämlik hälsa behöver alla ha samma möjligheter till en god hälsa.

Förutsättningarna för hälsa kan grupperas på olika sätt. Dahlgren och Whitehead [9] har tagit fram en modell som visar på bredden av faktorer som påverkar vår hälsa (figur 1). Den illustrerar hälsans bestämningsfaktorer som olika lager, från faktorer som individen själv bär på som ålder, kön och arv, till samhällseliga, strukturella faktorer som socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Det är också vanligt att gruppera hälsans bestämningsfaktorer i en förenklad version av detta, i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor.

**Figur 1.** Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren & Whitehead 2007/1991 [13].



Det folkhälsopolitiska ramverket delar in förutsättningarna för hälsa i åtta målområden, sju utifrån centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa, och ett åttonde som belyser hälso- och sjukvården [10] (figur 2). Indelningen i målområdena utgår från ett livsloppsperspektiv och följer därför inte helt de lager som beskrivs i figur 1. De åtta målområdena tydliggör att arbetet mot en god och jämlik hälsa måste inriktas på hälsans förutsättningar och de strukturella faktorer som påverkar hälsan.

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



### En god och jämlik hälsa – åtta målområden

Våra levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige idag, och livsvillkoren och levnadsförhållandena påverkar möjligheten till hälsosamma levnadsvanor. Olika politiska beslut påverkar vidare befolkningens livsvillkor och levnadsförhållanden. Sambanden är komplexa och samma bestämningsfaktorer kan ligga till grund för flera olika hälsoutfall. Vissa sjukdomar har ett relativt snabbt förlopp, som till exempel många smittsamma sjukdomar. Andra sjukdomar har ett långsammare förlopp och det kan även gå lång tid från exponering för en riskfaktor, som rökning, till att personen insjuknar. För att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa är det därför viktigt att, utöver hälsoutfall, följa även förutsättningarna för hälsa eftersom det ger en bild av hur hälsan i befolkningen kan komma att utvecklas över tid.

### Vad är ojämlikhet i hälsa?

Ojämlikhet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället, till exempel kvinnor och män eller olika socioekonomiska grupper, har systematiskt olika livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Detta påverkar risken för både smittsamma [11] och icke smittsamma sjukdomar [8, 12-13].

Generellt råder ojämlikhet i hälsa när det finns systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position. Dessa skillnader visar sig både som en gradient i hälsa och som en ansamling av hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta socialt och ekonomiskt, jämfört med övriga befolkningen. Det är därför viktigt att belysa den sociala gradienten i hälsa, utan att tappa fokus på grupper som kan betraktas som särskilt utsatta. Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg i den sociala hierarkin i en befolkning, till exempel nivå på utbildning, inkomst eller yrke, medför förändrad hälsa [14-16].

Att hälsoproblem dessutom kan ansamlas i vissa utsatta grupper förklaras bland annat av att skillnader i resurser inte bara leder till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper, utan också till skillnader i mottaglighet och motståndskraft [15]. En enskild bestämningsfaktor, som ekonomisk utsatthet eller rökning, kan öka risken för ohälsa, men hur stark effekten är beror på om en person också är exponerad för andra faktorer som kan vara skadliga för hälsan. Personer med lägre social position utsätts oftare för många olika faktorer som kan inverka negativt på hälsan – såväl sociala och fysiska livsvillkor som levnadsvanor – vilket gör att effekten av ytterligare en faktor ofta blir starkare.

Grupper i särskilt utsatta situationer kan till exempel vara hbtqi-personer [17-18], personer med vissa funktionsnedsättningar [19], migranter [20-21], nationella minoriteter [22], ensamstående föräldrar och personer som står utanför arbetsmarknaden [23]. Ibland sammanfaller dessutom dessa tillstånd, vilket kan innebära ökad risk för ohälsa, eller sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud.

Ojämligheten i hälsa kan också ses ur ett livsloppsperspektiv [24]. 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 [8]. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till den position man har vid den tidpunkten, men också till den position man har haft som barn och genom livet, och därmed den exponering av olika riskfaktorer för hälsan som det innebär.

### Utbildning som mått på socioekonomisk position

Socioekonomiska grupper kan definieras på flera sätt, till exempel som yrkesgrupper, inkomstgrupper eller utbildningsgrupper [25]. Utbildning, som är ett vanligt mått på socioekonomisk position används även i denna rapport som indikator på socioekonomisk grupp. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildningsnivå av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avklarad utbildning och är därför ett mer stabilt mått [25] på individnivå.

### Olika mått på ojämlikhet

Ojämlighet kan ses och mätas på flera sätt. Om syftet är att jämföra hälsan i en specifik grupp med en annan, exempelvis bland de med kort respektive lång utbildning kan så kallade enkla mått användas. För att skatta ojämlikheten sammantaget i hela befolkningen krävs mer komplexa mått. Med komplexa mått kan även hänsyn tas till hur stor respektive grupp är i befolkningen och hur storleken förändras över tid.

Ojämlighet kan också uttryckas som absolut eller relativ. Absolut ojämlikhet handlar om skillnader i faktiskt antal mellan grupper och ger en bild av omfattningen av ohälsa i olika grupper. Relativ ojämlikhet beskriver hur många gånger större exempelvis risken för en sjukdom är för en grupp jämfört med en annan och ger en bild av ojämlikheten mellan grupper utan hänsyn till det faktiska

antalet. När den totala sjukdomsördan minskar i samhället, minskar ofta även den absoluta ojämlikheten medan den relativa ojämlikheten ofta ökar.

Valet av mått grundar sig i vad man vill mäta, till exempel absoluta eller relativa skillnader. Men även förutsättningarna i form av data påverkar vilka mått som är lämpliga. För att få en så fullständig bild som möjligt av om ojämlikheten ökar eller minskar bör flera mått användas.

## Demografiska förändringar och folkhälsa

Hälsan i befolkningen hänger på olika sätt ihop med demografiska processer som nativitet (barnafödande), migration och mortalitet (dödlighet). En central aspekt är befolkningens åldersstruktur, som bland annat beror på faktorer som hur länge vi lever, hur många barn som föds och invandring. Sverige har liksom många andra länder en åldrande befolkning och den åldersgrupp som förväntas öka mest framöver är den äldsta [26]. Ökad medellivslängd och minskat barnafödande är faktorer som leder till att den genomsnittliga åldern i befolkningen ökar.

Medellivslängden har ökat mer eller mindre linjärt för både kvinnor och män mellan 1970 och 2019 [27]. Barnafödandet har dock varierat under samma period [28], men antalet födda barn i relation till antalet kvinnor i barnafödande åldrar (det s.k. summerade fruktsamhetstalet) har varit lägre än vad som behövs för att upprätthålla en stabil befolkningsnivå. År 2021 uppgick det till 1,67 barn per kvinna.

Att antalet och andelen äldre i befolkningen ökar får effekter på folkhälsan i stort. Även om det är positivt att vi får möjlighet att leva fler år, finns det mycket som tyder på att antalet friska år inte ökar i samma utsträckning [29]. Det innebär bland annat att fler personer lever med demens och andra kroniska sjukdomar som är vanliga bland äldre [29]. Psykisk ohälsa är också vanligt bland äldre [30]. Även om vi håller oss friska allt högre upp i åldrarna [31], är det fler som lever med sjukdom och funktionsnedsättningar om det finns många äldre i befolkningen. Risken för svårare och mer komplexa sjukdomstillstånd ökar också. Dessutom kan en äldre befolkning innebära en högre sårbarhet vid vissa hälsokriser, både för individen och samhället, som till exempel under covid-19-pandemin.

Migration till Sverige bidrar till att motverka en åldrande befolkning eftersom personer som migrerar ofta är relativt unga [32]. Migration – att människor flyttar till ett annat land av olika skäl – kan påverka folkhälsan även på andra sätt. Migranter är en väldigt heterogen grupp. Samtidigt som migranter har längre medellivslängd finns en ökad risk för bland annat psykisk ohälsa för vissa grupper av migranter jämfört med personer födda i Sverige [33-34]. Faktorer som uppstår efter migrationen har också betydelse, eftersom utrikes födda generellt har sämre livsvillkor än personer som är födda i Sverige. Till exempel är arbetslösheten högre och den disponibla inkomsten lägre bland utrikes födda [33], vilket på sikt kan bidra till sämre hälsa.

Det är också nödvändigt ta hänsyn till sociodemografiska förändringar vid beskrivningen av ojämlikhet i hälsa. Ett exempel är att både andelen av



befolkningen i olika utbildningsgrupper och dessa gruppers sammansättning har förändrats över tid. Det påverkar såväl ohälsa som olika negativa levnadsvanor och livsvillkor. Exempelvis utgör gruppen med förgymnasial utbildning idag cirka 15 procent av befolkningen, jämfört med cirka 40 procent för några decennier sedan.

Eftersom andelen som har gymnasieutbildning har ökat markant sedan 1900-talets första hälft finns det en större andel äldre i gruppen med endast förgymnasial utbildning jämfört med övriga utbildningsgrupper. Det påverkar sambandet mellan utbildningsnivå och många andra faktorer, eftersom ålder ökar risken för en stor mängd sjukdomar, samt påverkar flera av hälsans bestämningsfaktorer. Det är därför viktigt att redovisa resultat där hänsyn tagits till ålder, så kallade åldersstandardiserade resultat, där det är möjligt.

## Påverkbara hälsoklyftor

I det folkhälsopolitiska målet ingår att sluta de *påverkbara* hälsoklyftorna inom en generation. En central följdfråga är då vad som egentligen är påverkbart, och hur stor del av den ojämlika hälsan som detta berör. Här finns inget entydigt svar. Kommissionen för jämlik hälsa framhöll att systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper i princip är påverkbara [8].

Bakgrunden till denna utgångspunkt är att hälsa, både generellt och specifikt för många av våra vanligaste sjukdomar, påverkas av de förhållanden, villkor och miljöer som människor lever i. Det handlar om förhållanden som går att påverka genom bland annat politiska insatser, till exempel inom välfärdsområdet som socialförsäkringens utformande. Samtidigt kan en del val med betydelse för hälsan uppfattas ligga närmare individen, till exempel när det gäller vissa hälsobeteenden. Även här kan samhället påverka, exempelvis genom lagstiftning om rökfria miljöer, hastighetsbegränsningar i trafiken samt åldersgränser och en aktiv prispolitik för alkohol och tobak. Levnadsvanor är också socialt skiktade, orsakskedjorna är komplexa och många politikområden har betydelse. Att ange den påverkbara delen av hälsoklyftorna är därför inte möjligt. Samtidigt är en del av det påverkbara sådant som är möjligt att åtgärda eller undvika på ett mer konkret sätt. Ett exempel är dödsfall som kan undvikas genom vård och behandling.

Folkhälsan och dess förutsättningar är en angelägenhet för aktörer inom olika sektorer på nationell, regional och kommunal nivå. Regionerna ansvarar bland annat för hälso- och sjukvården som har en viktig hälsofrämjande roll. De kan bidra till att förbättra folkhälsan och minska hälsoklyftorna, till exempel genom en primärvård med fokus på förebyggande insatser som når alla grupper i samhället. Mycket av arbetet sker också inom kommunerna, där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola och förskola, samt boende- och fritidsmiljöer, har betydelse för hälsan och dess förutsättningar. Insatser för att förbättra folkhälsan behöver också ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Begreppet proportionell universalism nämns ofta i de här sammanhangen och innebär generella åtgärder som kan öka i intensitet där behoven är större.

# Förutsättningar för hälsa enligt folkhälsopolitikens åtta målområden

I det här avsnittet redovisas resultat för ett antal indikatorer för folkhälsopolitikens åtta målområden. Varje målområde är brett och innehåller många delar som har betydelse för hälsan och som ligger till grund för ett brett folkhälsoarbete på lokal, regional och nationell nivå. Uppföljningen av förutsättningar för hälsa utgår från de kärnindikatorer för målområdena som Folkhälsomyndigheten har valt ut [35]. För denna rapport är presentationen dock inte fullständig då vi ännu saknar data och/eller definitioner för en fjärdedel av kärnindikatorerna. För definitioner av de inkluderade indikatorerna se bilaga 2.

Förutsättningarna för hälsa redovisas för olika grupper i befolkningen utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelse-land. I detta avsnitt redovisar vi framför allt relativa skillnader i hälsa för att beskriva ojämlikheten, men även absoluta skillnader förekommer. När det är möjligt redovisas åldersstandardiserade siffror.

De olika datakällor som denna rapportering utgår ifrån innefattar olika tidsperioder. Exempelvis är senaste uppgifterna för gymnasieindikatorerna från 2022 medan de ekonomiska indikatorerna innehåller information fram till och med 2020. De indikatorer som bygger på självrapporterade data kommer från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV), Arbetskraftsundersökningen (AKU), Arbetsmarknadsundersökningen (AMU) och Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF). HLV-data samlades senast in under våren 2022 och AKU, AMU och ULF under 2021.

Flera av indikatorerna bygger på information från HLV. Enkätdata är ofta förknippat med ett större osäkerhetstal än register som bygger på data från hela populationen. År 2022 ingick 44 800 personer i urvalet till HLV. Svarefrekvensen har minskat från 60 procent 2006 till 38 procent 2022. Resultaten viktas, vilket reducerar en del av den skevhet som svarsbortfallet medför. Ett visst bortfallsfel kvarstår troligtvis i vissa resultat, särskilt inom grupper där svarefrekvensen är låg.

## Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

Att ge varje barn en bra start i livet är av stor betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa över livsloppet. Både faktorer under fosterlivet och under barndomen kan påverka hälsan tidigt såväl som senare i livet [10,36]. Fokus för målområdet är åldrarna 0–5 år, men det är viktigt att följa barns hälsa även under skolåldern. Även under Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter – och Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård – presenteras indikatorer som berör det tidiga livet.

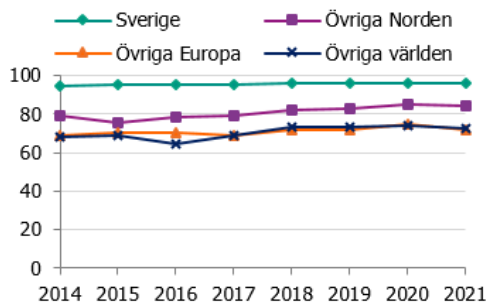
### Barn inskrivna i förskola

Av alla barn som fyllde tre under 2021 var 95 procent inskrivna vid förskolan, men det varierade mellan olika grupper. Medan 96 procent av barn till föräldrar med

eftergymnasial utbildnings var inskrivna i förskolan var 89 procent inskrivna bland barn till föräldrar med förgymnasial utbildning. Bland barn födda utanför Norden var 72 procent inskrivna i förskolan.

Under perioden 2014–2021 ökade andelen. Uppgången har varit större bland barn som är födda utanför Sverige än bland de födda i Sverige (figur 3).

**Figur 3.** Barn inskrivna i förskola (andel i procent), 3-årsålder, fördelat på födelseland, 2014–2021.



## Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning

Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Lärande är en viktig faktor för hälsa, samtidigt som hälsa är en viktig faktor för lärande. Kunskaper och kompetenser förvärvade genom utbildning ger bättre möjligheter till arbete och inkomst, men stärker också psykologiska och sociala resurser [10].

### Gymnasiebehörighet och gymnasieexamen

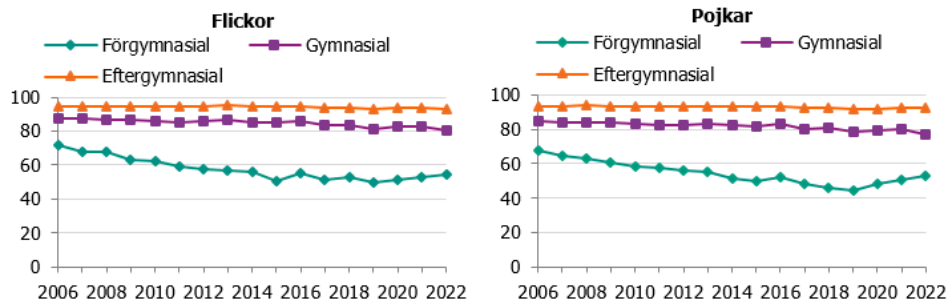
Både andelen elever som har gått ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet och andelen som har tagit gymnasieexamen inom fyra år från påbörjad utbildning varierar beroende på kön, födelseland och föräldrarnas utbildningsnivå. Ungefär lika stor andel flickor som pojkar i årskurs 9 uppnådde gymnasiebehörighet (86 respektive 85 %) men en större andel flickor än pojkar tog examen från gymnasiet inom fyra år under 2021 (78 respektive 70 %).

Bland elever med föräldrar med eftergymnasial utbildning var andelen som gick ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet 93 procent, 2021. Motsvarande andel bland dem vars föräldrar har gymnasial respektive förgymnasial utbildning var 79 respektive 54 procent (figur 4). Andelen 2021 som tog gymnasieexamen inom fyra år var mer än dubbelt så stor bland elever vars föräldrar har eftergymnasial utbildning (83 %) än bland dem vars föräldrar saknar gymnasieutbildning (40 %). Bland elever födda i Sverige gick 89 procent ut årskurs 9 som behöriga till gymnasiet och 80 procent tog gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning. Motsvarande siffror för elever födda utanför Europa var 62 respektive 41 procent.

Andelen elever med behörighet till gymnasiet minskade i alla utbildningsgrupper 2006–2022. Allra tydligast var detta bland elever vars föräldrar saknar

gymnasieutbildning, trots att den nedåtgående trenden i den gruppen avstannat efter 2019.

**Figur 4.** Gymnasiebehörighet (andel i procent). Flickor och pojkar, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2006–2022.



### Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

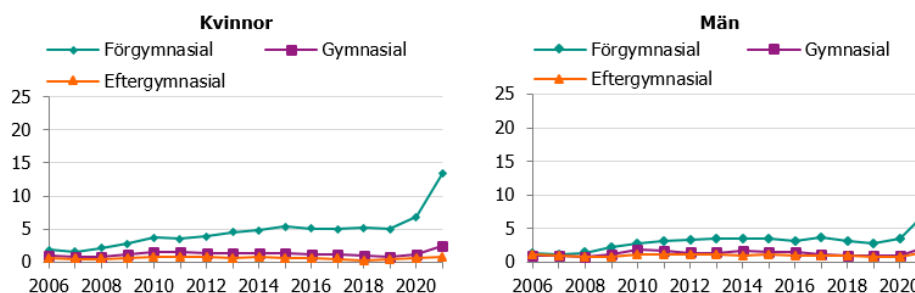
Sambandet mellan arbete och hälsa går åt båda håll: Arbetslöshet påverkar hälsan negativt, men ohälsa ökar också risken för arbetslöshet. Arbetslöshet kan kopplas samman med flera olika hälsoutfall som olika former av psykisk ohälsa [37] och högre dödlighet [38]. Arbetslöshetens längd kan därtill ha betydelse. Till exempel är risken för suicid högre vid långtidsarbetslöshet jämfört med kortare perioder av arbetslöshet [39]. Att sakna ett arbete, men även dåliga arbetsförhållanden och brister i arbetsmiljön, är faktorer som bidrar till ojämlikhet i hälsa, i och med att de är ojämnt fördelade i befolkningen.

#### Långtidsarbetslöshet

Långtidsarbetslösheten, mätt som minst 12 månaders sammanhängande arbetslöshet bland personer i arbetskraften 25–64 år, var 2,1 procent 2021, vilket motsvarar nästan 100 000 personer och innebar en fördubbling mot 2020. Det sågs förhållandevis små skillnader mellan män och kvinnor under den uppmätta perioden, 2006–2021 (figur 5).

Bland personer med förgymnasial utbildning steg långtidsarbetslösheten under större delen av perioden, men den mest framträdande uppgången skedde sista året. Bland kvinnor i den gruppen var färre än 2 procent långtidsarbetslösa 2006, jämfört med över 13 procent 2021. Motsvarande siffror för dem med eftergymnasial utbildning var 0,6 och 0,8 procent. Sett till födelseland var långtidsarbetslösheten högst bland personer födda utanför Europa (7,9 procent).

**Figur 5.** Långtidsarbetslösa i arbetskraften (andel i procent), 25–64 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2021.



### Kravkontroll och fysisk påfrestning i arbetet

Andelen personer bland de sysselsatta (25–64 år) som 2021 uppgav att de har hög anspänning i sitt arbete, det vill säga höga krav kombinerat med låg kontroll, var 29 procent bland kvinnor och 18 procent bland män. Personer födda utanför Norden rapporterade högre anspänning än födda i Sverige. Däremot sågs inga större skillnader mellan utbildningsgrupper. År 2021 rapporterade en lägre andel hög anspänning i arbetet jämfört med 2007.

År 2021 uppgav 24 procent av männen och 23 procent av kvinnorna fysisk påfrestning i arbetet. Andelen som uppgav fysisk påfrestning i sitt arbete var mer än dubbelt så stor bland personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning, 39 respektive 37 procent, jämfört med personer med eftergymnasial utbildning, 15 procent. Andelen var i stort sett oförändrad 2007–2021 bland både kvinnor och män.

## Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

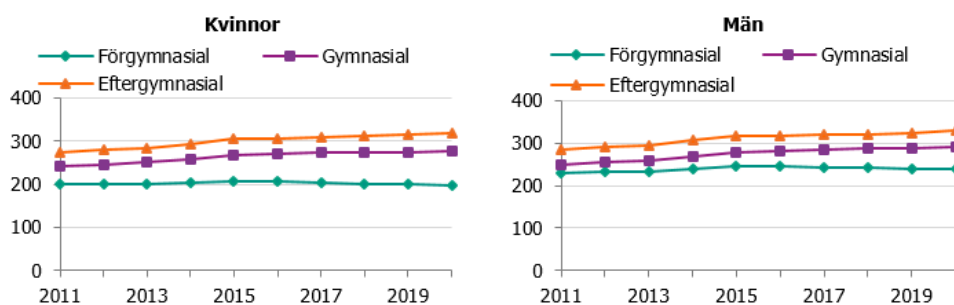
Inkomst är ett vanligt mått på socioekonomi när ojämlikhet i hälsa beskrivs, men sambandet är komplext och kan ha flera olika förklaringar. Ohälsa och sjukdom påverkar inkomsten eftersom individer med sämre hälsa har svårare att arbeta. Ekonomiska resurser sätter samtidigt ramarna för människors materiella standard och handlingsutrymme. Det kan till exempel handla om att ha råd med ett bra boende, möjligheter till hälsosamma levnadsvanor och att kunna delta i samhällslivet. Även barn och unga som växer upp i ekonomisk utsatthet drabbas. Det är faktorer som i sin tur kan påverka hälsan [10,40].

### Ekonomisk standard

Den ekonomiska standarden (hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet) steg med i snitt 16 procent i Sverige 2011–2020, mätt i fasta priser. Män har generellt högre disponibel inkomst än kvinnor, men uppgången under tioårsperioden var lika stor för kvinnor och män. Personer 85 år och äldre är den åldersgrupp som hade lägst ekonomisk standard och personer 45–64 år den med högst.

Även om den ekonomiska standarden ökade totalt under perioden, var det med stor variation beroende på till exempel utbildningsnivå och födelse-land. Skillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå ökade, och bland kvinnor med förgymnasial utbildning sjönk till och med den ekonomiska standarden med 2 procent (figur 6).

**Figur 6.** Ekonomisk standard (tkr), 25–64 år. Kvinnor och män fördelat på utbildningsnivå, 2011–2020.

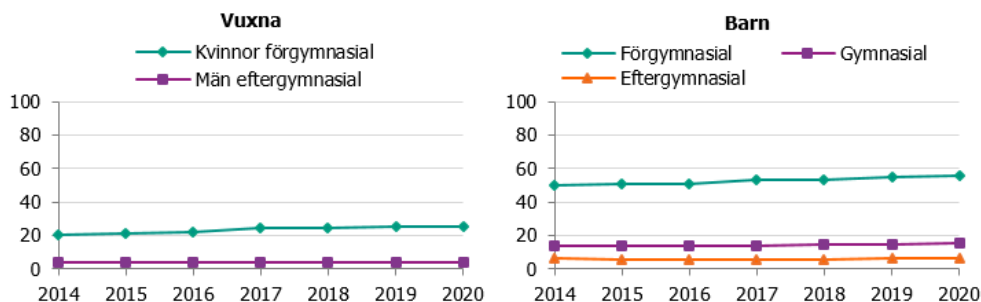


### Varaktigt låg ekonomisk standard (relativ)

Varaktigt låg ekonomisk standard innebär att ha haft en disponibel inkomst som understiger 60 procent av medianvärdet för riket under det senaste året samt minst två av de tre föregående åren, med hänsyn taget till hushållets storlek och sammansättning. År 2020 levde ungefär var tolfte vuxen och ungefär var tionde barn i Sverige med varaktigt låg ekonomisk standard. Det var ungefär fyra gånger vanligare att leva med varaktigt låg ekonomisk standard bland barn födda utanför Europa jämfört med barn födda i Sverige och ungefär fem gånger vanligare bland barn vars föräldrar hade förgymnasial utbildning än de vars föräldrar hade eftergymnasial (figur 7).

Under perioden 2014–2020 steg andelen med varaktigt låg ekonomisk standard med 16 procent bland både vuxna och barn. Ökningen var tydligast bland kvinnor (vuxna), personer med förgymnasial utbildning och bland barn födda utanför Europa samt barn vars föräldrar hade förgymnasial utbildning. Bland män med eftergymnasial utbildning, och barn födda i Norden och Europa utanför Sverige, minskade istället andelen (figur 7).

**Figur 7.** Varaktigt låg ekonomisk standard (andel i procent). Kvinnor med förgymnasial utbildning och män med eftergymnasial utbildning (vänster), och barn fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå (höger), 2014–2020. Åldersstandardiserade siffror för vuxna.

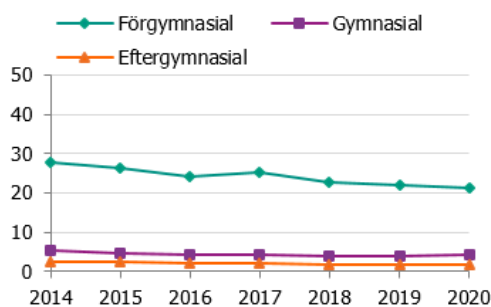


## Varaktigt låg inkomststandard (absolut)

Varaktigt låg inkomststandard är till skillnad från varaktigt låg ekonomisk standard ett absolut mått som beskriver en ekonomisk situation där inkomsterna det senaste året och minst två av de tre föregående åren inte har räckt till de nödvändigaste utgifterna. År 2020 levde 1,7 procent av vuxna och 3,5 procent av barn i Sverige med varaktigt låg inkomststandard, vilket motsvarar 124 000 vuxna och 65 700 barn. Utsatta grupper var personer med förgymnasial utbildning, särskilt kvinnor, samt personer födda utanför Norden. Även bland barn var varaktigt låg inkomststandard vanligast bland de vars föräldrar har förgymnasial utbildning (figur 8) där drygt var femte barn levde så, och bland barn födda utanför Europa.

Under perioden 2014–2020 sjönk andelen med varaktigt låg inkomststandard i samtliga grupper oavsett kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland. Under sexårsperioden nästan halverades andelarna bland unga (20–29 år), och bland barn födda i Norden (utanför Sverige) och i övriga Europa.

**Figur 8.** Varaktigt låg inkomststandard (andel i procent), 0–19 år, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2014–2020.



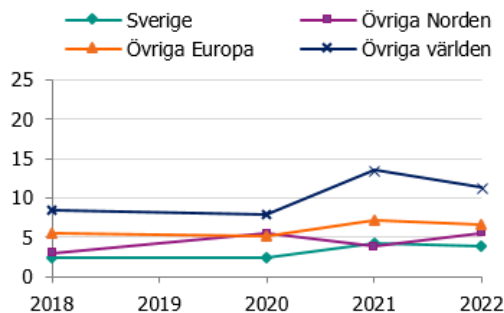
## Målområde 5 – Boende och närmiljö

Tillgång till ett bra boende och en god närmiljö är viktiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa [10,41]. Storlek och kvalitet på bostaden, samt sociala och fysiska faktorer i närmiljön är faktorer som har betydelse. Offentliga platser behöver planeras och underhållas så att de blir tillgängliga för alla. I områden med trygga miljöer blir det lättare att nyttja de utomhusmiljöer som främjar hälsa. Även kvaliteten på den fysiska miljön såväl inne som ute påverkar hälsan. I den byggda miljön är det främst luftföroreningar och buller från trafik som bidrar till sjuklighet och förtida död [42].

### Störd sömn av trafikbuller

År 2022 uppgav 5 procent av befolkningen, 16–84 år, att de hade svårt att somna eller blev väckta av trafikbuller i närheten av bostaden. Det var vanligare med störd sömn på grund av buller bland personer med förgymnasial utbildning och bland personer födda utanför Norden än bland personer med eftergymnasial utbildning och personer födda i Sverige (figur 9).

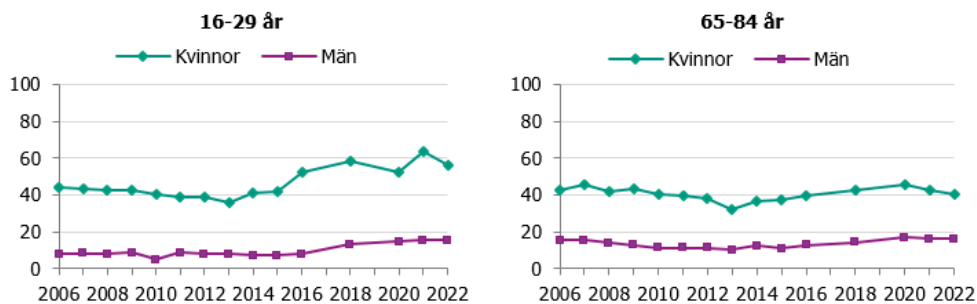
**Figur 9.** Störd sömn av trafikbuller (andel i procent) 16–84 år, fördelat på födelseland, 2018–2022.



### Avstått från att gå ut ensam av rädsla

År 2022 uppgav 41 procent av kvinnorna och 14 procent av männen, 16–84 år, att de ibland eller ofta har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, och andelen ökade under perioden 2006–2022. Även olika åldersgrupper skilde sig åt. Störst andel som uppgav att de har avstått från att gå ut på grund av rädsla fanns i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) och den äldsta (65–84 år). Bland yngre kvinnor uppgav fler än hälften att de har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla (figur 10). Det var något vanligare bland personer med gymnasial och förgymnasial utbildning att ha avstått från att gå ut på grund av rädsla.

**Figur 10.** Avstått från att gå ut ensam av rädsla (andel i procent) 16–29 år och 65–84 år, fördelat på kön, 2006–2022.



## Målområde 6 – Levnadsvanor

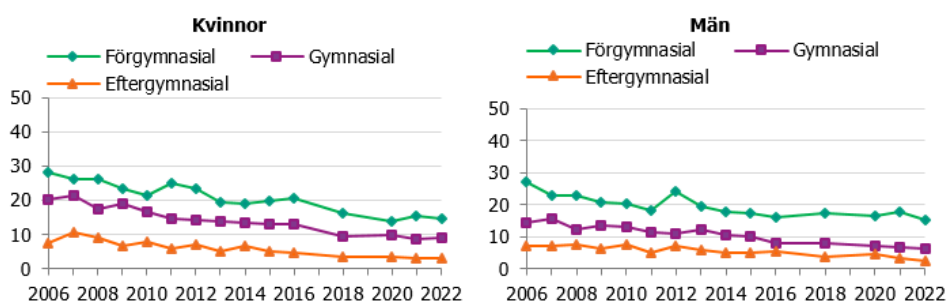
Våra levnadsvanor påverkar risken att insjukna i icke smittsamma sjukdomar som till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes och kronisk lungsjukdom [10,43]. De levnadsvanor som framför allt bidrar till sjukdomsörskadan i Sverige är rökning, ohälsosamma matvanor, alkoholbruk och otillräcklig fysisk aktivitet, men även andra levnadsvanor har betydelse [44]. Handlingsutrymmet att välja hälsosamma levnadsvanor påverkas av våra livsvillkor och levnadsförhållanden. Därför är de övriga målområdena nära sammankopplade med området levnadsvanor.



## Tobaksrökning

Den dagliga tobaksrökningen minskade under 2006–2022 bland kvinnor och män, i alla åldersgrupper, alla utbildningsgrupper och alla födelselandsgrupper. Något fler kvinnor än män uppgav 2022 att de röker, och andelen var tydligt större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning (figur 11). Män födda utanför Sverige uppgav i större utsträckning att de röker jämfört med män födda i Sverige.

**Figur 11.** Tobaksrökning, daglig (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2022. Åldersstandardiserade siffror.

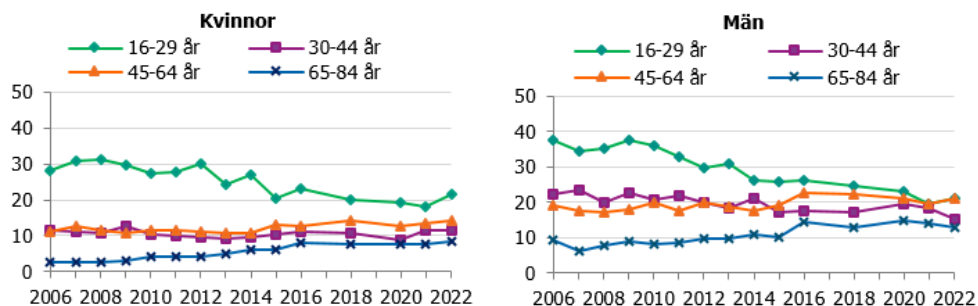


## Risikkonsumtion av alkohol

Risikkonsumtion av alkohol visar andelen personer som uppger en konsumtion av alkohol som indikerar en tydligt förhöjd risk för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. År 2022 uppgav 16 procent av befolkningen, 16–84 år, en risikkonsumtion av alkohol. Fler män än kvinnor uppgav risikkonsumtion, men andelen minskade något bland män under perioden 2006–2022. I den yngsta åldersgruppen (16–29 år) halverades nästan risikkonsumtionen, bland både kvinnor och män, medan den ökade i de äldre åldersgrupperna (45–64 och 65–84 år). Bland de äldsta var uppgången särskilt tydlig bland kvinnor (figur 12).

Inga märkbara skillnader sågs bland olika utbildningsgrupper, men bland män var risikkonsumtionen tydligt lägre hos personer födda utanför Europa än bland dem födda i Sverige.

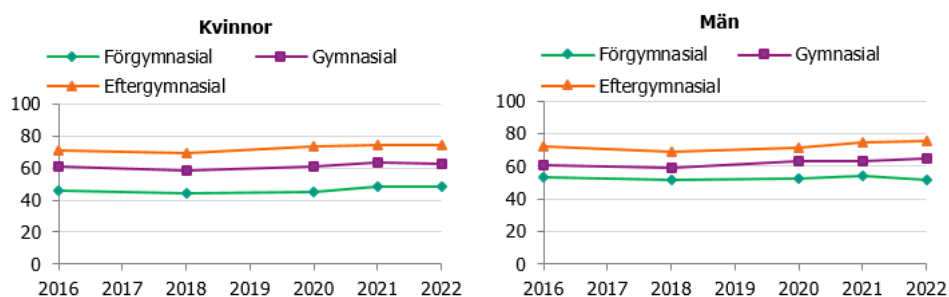
**Figur 12.** Risikkonsumtion av alkohol (andel i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2022.



## Fysisk aktivitet

Andelen personer, 16–84 år, som uppgav tillräcklig fysisk aktivitet, det vill säga i genomsnitt minst 150 minuter pulshöjande aktivitet i veckan, steg under den uppmätta perioden, 2016–2022. År 2022 uppgav 68 procent i befolkningen en tillräcklig fysisk aktivitet. Skillnaden var liten mellan kvinnor och män, men andelen som uppgav tillräcklig fysisk aktivitet varierade beroende på såväl utbildningsnivå som födelseland. Jämförelsevis låga andelar med tillräcklig fysisk aktivitet fanns bland personer med förgymnasial utbildning (50 %; figur 13), och bland personer födda utanför Europa (54 %).

**Figur 13.** Fysisk aktivitet (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor och män fördelat på utbildningsnivå, 2016–2022. Åldersstandardiserade siffror.

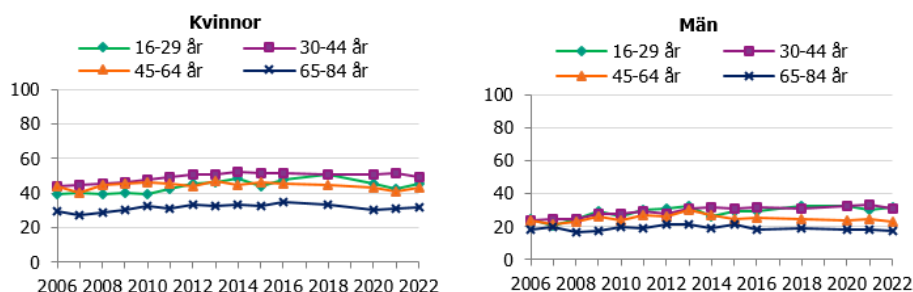


## Grönsaks- och rotfruktsintag

Fler kvinnor än män (43 respektive 26 %), 16–84 år, uppgav att de äter grönsaker eller rotfrukter minst två gånger per dag 2022. Bland åldersgrupperna var det de båda äldsta åldersgrupperna som angav lägst intag av grönsaker och rotfrukter 2022 (figur 14).

Det var också fler med eftergymnasial utbildning än med förgymnasial utbildning som uppgav ett dagligt intag av grönsaker eller rotfrukter (41 respektive 25 %). Däremot sågs inga tydliga skillnader beroende på födelseland.

**Figur 14.** Grönsaks och rotfruktsintag, minst två gånger dagligen (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2022.



## Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

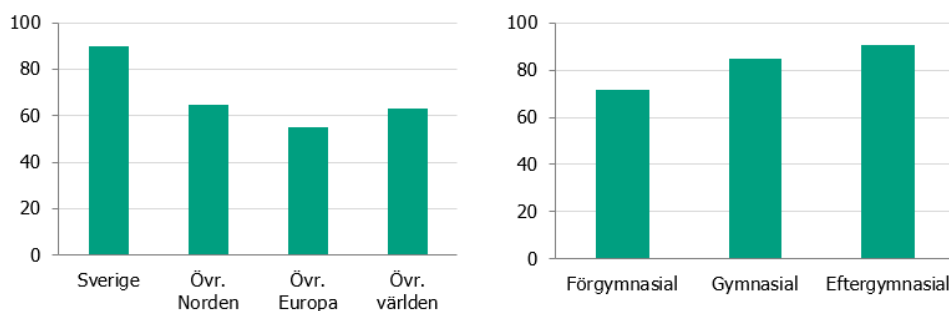
Att vara del av ett socialt sammanhang, och att ha inflytande och kontroll över sitt liv är viktigt för människors hälsa [10]. Sambanden är komplexa och kan ha flera förklaringar. Brist på inflytande och delaktighet kan påverka hälsan negativt, men sämre hälsa kan också påverka upplevelsen av kontroll, inflytande och delaktighet. Ibland används begreppet socialt kapital för att beskriva i vilken grad människor har tillgång till sociala nätverk och sammanhang, samt i vilken utsträckning människor känner tillit och har förtroende för andra och samhällets institutioner [45].

### Valdeltagande

Uppgifter om valdeltagande i 2022 års val till riksdag, regionfullmäktige och kommunfullmäktige, uppdelat på olika grupper, finns ännu inte tillgängliga.

År 2018 röstade 84 procent av de i befolkningen som var berättigade att rösta i minst ett av valen. Valdeltagandet var lägre bland personer med förgymnasial utbildning än personer med eftergymnasial utbildning, och lägre bland personer födda utanför Norden än bland personer födda i Sverige (Figur 15). Valdeltagandet var högre bland äldre (45–54 och 65–84 år) än bland yngre.

**Figur 15.** Valdeltagande (andel i procent), 18 år och äldre, fördelat på födelseland respektive utbildningsnivå, 2018. Åldersstandardiserade siffror.

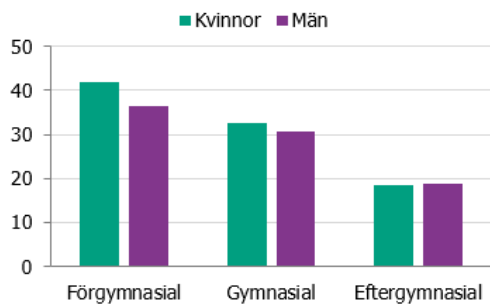


### Tillit till andra människor

Andelen personer, 16–84 år, som uppgav att de inte tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor ökade något under perioden 2006–2021 bland både kvinnor och män och uppgick 2022 till 28 procent.

Det var vanligare att inte lita på andra bland yngre än bland äldre. Det var också vanligare bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 16), och bland personer födda utanför Norden jämfört med personer födda i Sverige.

**Figur 16.** Låg tillit till andra (andel i procent), 25–84 år, fördelat på utbildningsnivå och kön, 2022. Åldersstandardiserade siffror.

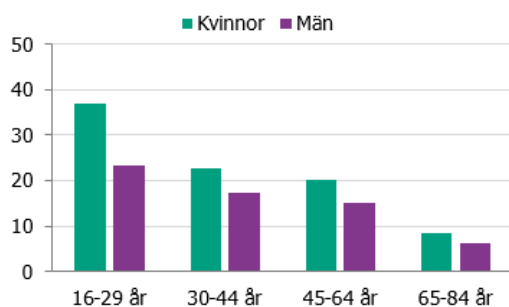


### Utsatt för kränkande behandling eller bemötande

År 2022 uppgav 18 procent av befolkningen, 16–84 år, att de under de senaste 3 månaderna har blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta. Färre män än kvinnor uppgav detta och andelen minskade dessutom bland män under perioden 2006–2022. Att ha blivit utsatt för kränkande behandling eller bemötande var vanligare bland yngre än bland äldre (figur 17). Bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) uppgav en dryg tredjedel att de har utsatts, 2022.

Det fanns inga tydliga skillnader i andelen som uppgav att de har utsatts för kränkande behandling eller bemötande mellan de olika utbildningsgrupperna eller beroende på födelseland.

**Figur 17.** Kränkande behandling eller bemötande (andel i procent), 16–84 år, fördelat på ålder och kön, 2022.



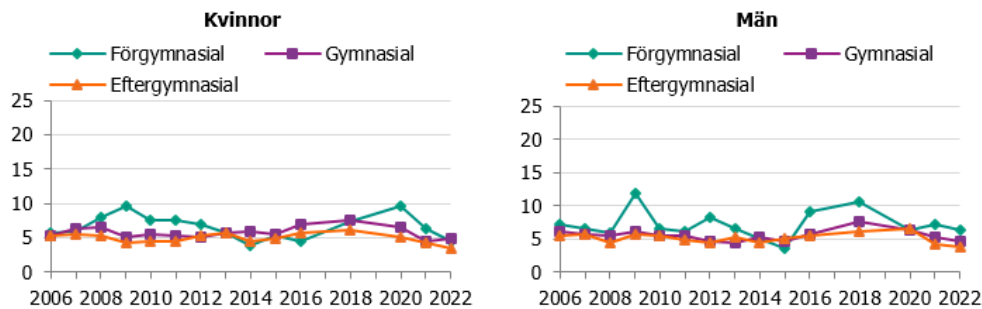
### Utsatt för våld eller hot om våld

Ungefär 5 procent bland både kvinnor och män, 16–84 år, uppgav 2022 att de har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste 12 månaderna. Bland kvinnor sågs ingen tydlig förändring under perioden 2006–2022, men bland män minskade andelen. Störst andel som angav att de har utsatts för våld eller hot om våld fanns i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) trots att andelen sjönk under perioden, och minst andel i den äldsta.

Andelen som uppgav att de har utsatts för våld eller hot om våld var 2022 högre bland personer med kortare utbildning jämfört med personer med eftergymnasial

utbildning (figur 18). Den var även högre bland personer födda utanför Europa jämfört med personer födda i Sverige. Under perioden 2006–2022 sjönk andelen som uppgav att de har utsatts för våld eller hot om våld både bland män födda i Sverige och bland män födda utanför Europa.

**Figur 18.** Utsatt för våld eller hot om våld (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor och män fördelat på utbildningsnivå, 2006–2022. Åldersstandardiserade siffror.



## Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Jämlik vård handlar om att erbjuda och ge hälso- och sjukvård utifrån behov och på lika villkor, inte om att ge samma vård till alla. I hälso- och sjukvårdslagen framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor [10,46] för hela befolkningen. I primärvårdens grunduppdrag ingår att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar [47].

### Vaccinationer för barn

För att förebygga allvarliga sjukdomar erbjuds alla barn i Sverige vaccination enligt det allmänna vaccinationsprogrammet. Vaccinationstäckningen är hög och har varit stabil över tid. Från 2021 rapporteras dock barnvaccinationer på ett nytt sätt, med grund i nationella vaccinationsregistret (NVR), vilket innebär att de rapporterade andelarna har sjunkit och nu är något lägre än de faktiska.

Enligt aktuell redovisning vaccinerades 92,5 procent av alla tvååringar 2021 med en vaccindos mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Andelen är cirka 4 procentenheter lägre än tidigare år. Vi bedömer dock att vaccinationstäckningen inte har förändrats nämnvärt i praktiken, utan att skillnaden endast beror på den förändrade sammanställningsmetoden.

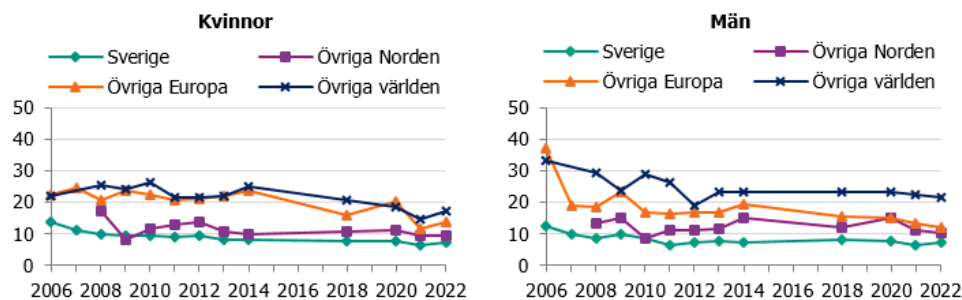
Vaccin mot humant papillomvirus (HPV) erbjuds alla barn i årskurs fem. Pojkar erbjuds vaccination sedan augusti 2020. Av 12-åriga flickor var 83 procent vaccinerade med två doser 2021. Motsvarande siffra för pojkar var 78 procent.

## Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov

År 2022 uppgav 9,2 procent av befolkningen, 16–84 år, att de har avstått från tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov. Under 2006–2022 blev det något mindre vanligt att avstå tandläkarvård av ekonomiska skäl i nästan alla grupper.

Andelen var 2022 högre bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Den var även högre bland personer födda utanför Norden jämfört med personer födda i Sverige (figur 19).

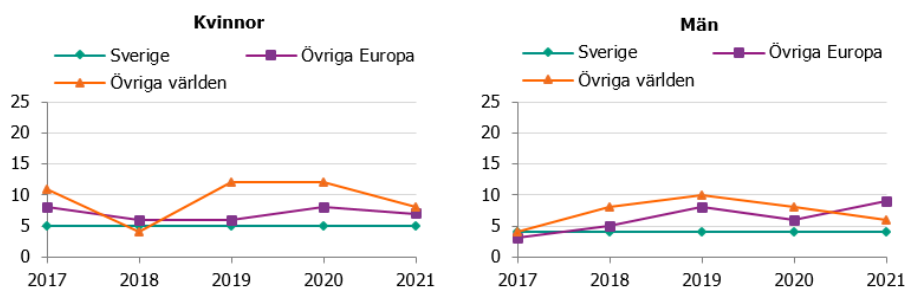
**Figur 19.** Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov (andel i procent), 16–84 år. Kvinnor och män fördelat på födelse land, 2006–2022.



## Avstått läkarvård trots upplevt behov

Av befolkningen 16 år och äldre var det 4,8 procent 2021 som uppgav att de har avstått från läkarvård de senaste 12 månaderna, trots upplevt behov. Andelen var högre bland personer födda utanför Sverige jämfört med personer födda i Sverige (figur 20). Under den uppmätta perioden, 2017–2021, sågs också en uppgång i andelen som avstått läkarvård trots upplevt behov bland män födda i övriga Europa. Det fanns inga tydliga skillnader mellan utbildningsgrupperna, 2021.

**Figur 20.** Avstått läkarvård trots upplevt behov (andel i procent), 25 år och äldre. Kvinnor och män fördelat på födelse land (värden för övriga Norden saknas), 2017–2021. Ålderstandardiserade siffror.



# Hälsa

I det här avsnittet sammanfattas hälsoläget i befolkningen utifrån olika hälsoutfall. Folkhälsomyndigheten har valt ut fem generella hälsomått som kärnindikatorer för hälsa [35]. I denna årsrapport redovisar vi fyra av dessa kärnindikatorer: medellivslängd, förtida dödlighet, självskattat allmänt hälsotillstånd och allvarlig psykisk påfrestning. Den femte kärnindikatorn för hälsa, som är ett samlat mått på sjuklighet, håller för närvarande på att utvecklas. Som komplement till kärnindikatorerna redovisar vi även ett antal mer specifika hälsoutfall av särskilt intresse för utvecklingen.

Hälsan redovisas utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland där det är möjligt. Vi redovisar framför allt relativa skillnader i hälsa för att beskriva ojämlikheten, men även absoluta skillnader förekommer (t.ex. skillnader i år när det gäller olika grupper medellivslängd).

Resultaten bygger på såväl registerdata som enkätdata. Hälsa på lika villkor (HLV) samlas in av Folkhälsomyndigheten och är den undersökning som vi har använt för självrapporterade mått på hälsa. Registerdata för olika hälsoutfall bygger på data från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. För definitioner av indikatorerna se bilaga 2.

I likhet med indikatorerna för de åtta målområdena presenteras indikatorerna för hälsoutfallen för olika tidsperioder. De självrapporterade hälsoindikatorerna är insamlade under våren 2022. Även de smittsamma sjukdomarna, som också har Folkhälsomyndigheten som källa, finns rapporterade för 2022. I övrigt redovisas hälsoindikatorerna fram till och med 2021.

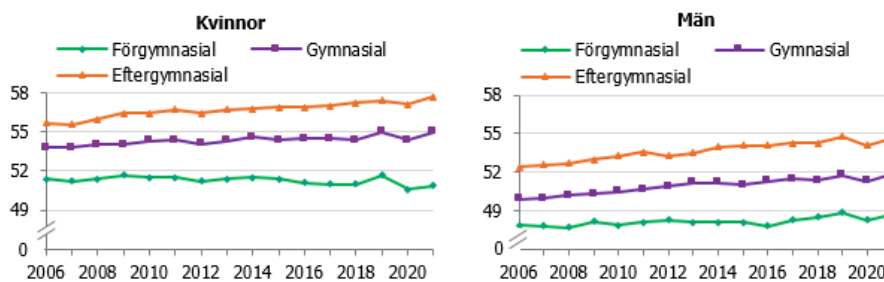
## Medellivslängd

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

År 2021 var medellivslängden vid födseln 83,0 år i Sverige. Medellivslängden varierar stort mellan olika grupper. Skillnaden mellan kvinnors och mäns livslängd minskade under perioden 2006–2019, men ökade något igen från 2020 till 3,6 år 2021. Medellivslängden vid 30 års ålder visar samma mönster, men med något mindre skillnader mellan kvinnor och män (3,4 år).

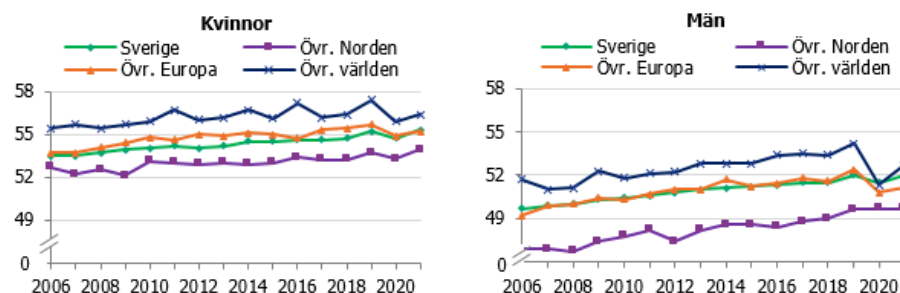
År 2020 sågs en nedgång i återstående medellivslängd vid 30 års ålder i samtliga utbildningsgrupper jämfört med 2019. Sett över hela perioden 2006–2021 ökade dock medellivslängden i alla utbildningsgrupper utom bland kvinnor med förgymnasial utbildning, där den minskade från 51,4 till 50,9 år (figur 21).

**Figur 21.** Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder, inrikes födda. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2021.



Vad gäller födelseland ökade medellivslängden i samtliga grupper 2006–2019 (figur 22). Under 2020 sågs dock en nedgång, främst bland personer födda utanför Europa och särskilt bland män. I samtliga grupper av födelseländer har medellivslängden ökat igen under 2021, men för personer födda utanför Norden var den återstående medellivslängden vid 30 års ålder vid utgången av 2021 fortfarande lägre än 2019.

**Figur 22.** Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder. Kvinnor och män, fördelat på födelseland, 2006–2021.



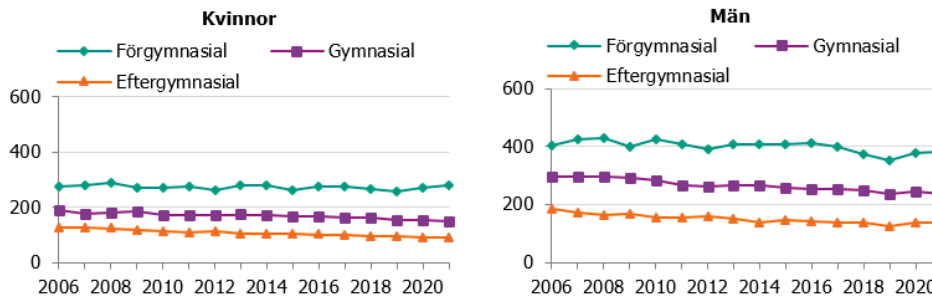
## Förtida dödlighet

Förtida dödlighet belyser dödligheten under den period av livet där dödsfall är minst vanligt. Det är en viktig indikator för folkhälsan eftersom förtida dödsfall ofta kan förebyggas. Totalt inträffade 9 974 förtida dödsfall (i 15–64 års ålder) 2021, vilket motsvarar 154 dödsfall per 100 000 invånare. Under perioden 2006–2021 sågs en kontinuerlig nedgång av förtida dödsfall bland både kvinnor och män.

Risken för förtida död var större bland män än kvinnor och bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Generellt har antalet personer (per 100 000) som avlidit innan 65 års ålder sjunkit under perioden, men ökat bland kvinnor med förgymnasial utbildning.



**Figur 23.** Förtida dödlighet, avlidna i åldern 15–64 år (antal per 100 000). Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2022. Åldersstandardiserade siffror.



## Självskattad hälsa

Självskattat allmänt hälsotillstånd visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt [48].

Av befolkningen 16–84 år uppgav 73 procent 2022 att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen var högre bland män än bland kvinnor, och högre bland yngre än äldre. Bland personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning var det en lägre andel som skattade sin hälsa som bra eller mycket bra jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Under perioden 2006–2022 ökade andelen i befolkningen som skattade sin hälsa som bra.

## Psykisk ohälsa och suicid

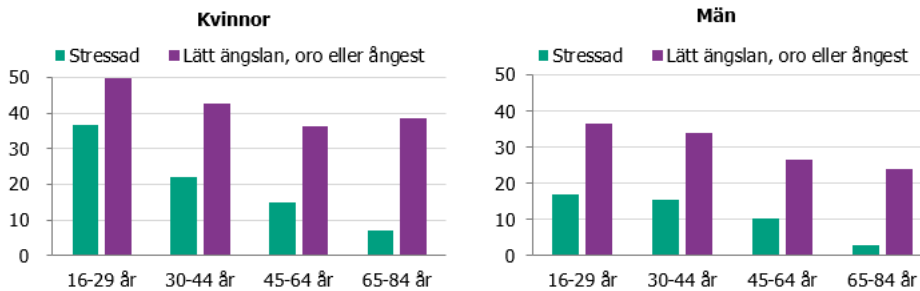
Psykisk ohälsa innefattar många olikartade tillstånd med olika svårighetsgrader och varaktighet, alltifrån enstaka och mildare psykiska besvär till allvarliga psykiatriska tillstånd. Lätta psykiska besvär är vanliga och utgör ofta reaktioner på påfrestningar i livet. Måttet allvarlig psykisk påfrestning syftar till att uppskatta hur stor andel av befolkningen som skulle kunna uppfylla kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd. Det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och suicid, och många som tar sitt liv har haft en depression eller någon annan form av psykiatriskt tillstånd.

### Stress samt lätta besvär av ängslan, oro eller ångest

Fler kvinnor än män, 16–84 år, uppgav stress och lätta besvär av ängslan, oro eller ångest. Båda dessa besvär var vanligare i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) jämfört med de äldre. Bland kvinnor 16–29 år uppgav 50 procent lätta besvär av ängslan, oro eller ångest (figur 24) och 37 procent uppgav stress. Under perioden 2006–2022 ökade andelen som uppgav ängslan, oro eller ångest i alla åldersgrupper och andelen som uppgav stress bland de yngre.

Stress var vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning, medan lätta besvär av ängslan, oro och ångest inte skilde sig åt mellan utbildningsgrupperna.

**Figur 24.** Stress och lätta besvär av ängslan, oro eller ångest (andel i procent). Kvinnor och män, fördelat på ålder, 2022.



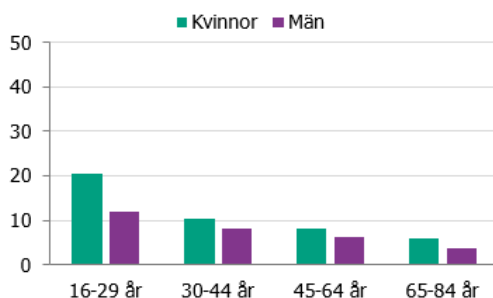
## Allvarlig psykisk påfrestning

Allvarlig psykisk påfrestning är ett sammanfattande mått som uppskattar andelen av befolkningen som skulle kunna uppfylla kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd.

Av befolkningen 16–84 år uppgav 9 procent besvär som indikerar en allvarlig psykisk påfrestning, 2022. Det var en högre andel kvinnor än män och det var vanligare bland yngre än bland äldre (figur 25).

En högre andel av personer med förgymnasial utbildning och personer födda utanför Norden hade allvarlig psykisk påfrestning än av personer med eftergymnasial utbildning respektive personer födda i Sverige.

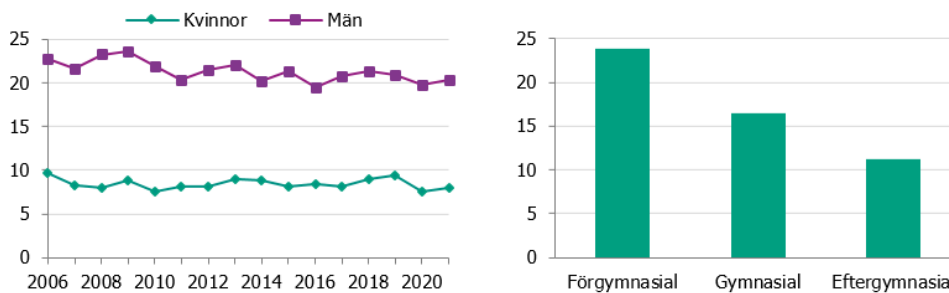
**Figur 25.** Allvarlig psykisk påfrestning (andel i procent), fördelat på ålder, 2022.



## Suicid

Antalet avlidna i suicid per 100 000 invånare 15 år och äldre (suicidtalet) var i stort sett oförändrat under perioden 2006–2021. Andelen var 2021 mer än dubbelt så hög bland män som bland kvinnor och dubbelt så hög bland personer med förgymnasial utbildning som bland personer med eftergymnasial utbildning (figur 26). Under perioden ökade suicidtalet i åldersgrupperna 15–29 år och 30–44 år och bland kvinnor med förgymnasial utbildning. När det gäller gruppen 15–29 år visar myndighetens fördjupade analyser att ökningen avser gruppen 20–29 år [49]. I åldersgruppen 65–84 år och bland personer födda utanför Norden minskade däremot suicidtalet.

**Figur 26.** Suicid (antal per 100 000), 15 år och äldre, fördelat på kön, 2006–2022, respektive utbildningsnivå, 2022. Åldersstandardiserade siffror.

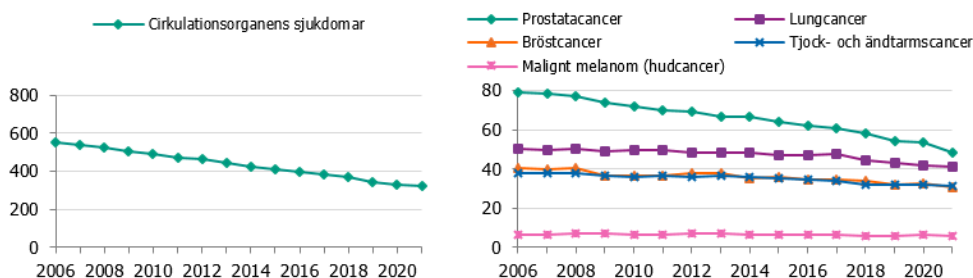


## De vanligaste dödsorsakerna

De vanligaste dödsorsakerna idag bland såväl män som kvinnor är sjukdomar i cirkulationsorganen följt av cancer. Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och de vanligaste cancerformerna har sjunkit 2006–2021 (figur 27). Nedgången ses både bland kvinnor och män, med undantag för lungcancer. Sett till hela perioden har lungcancer ökat bland kvinnor, men den ökande trenden har avstannat från 2017. Den dominerande orsaken till lungcancer är tobaksrökning [50] och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka.

Dödligheten i cancer har minskat i de flesta åldersgrupper och i cirkulationsorganens sjukdomar ses nedgångar i samtliga grupper. Personer med förgymnasial utbildning hade högre dödlighet i alla de vanligaste dödsorsakerna jämfört med personer med eftergymnasial utbildning, undantaget malignt melanom som var lika vanligt i alla utbildningsgrupper. Personer födda utanför Europa hade en lägre dödlighet än personer födda i Sverige vad gäller cirkulationsorganens sjukdomar, malignt melanom, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer.

**Figur 27.** Avlidna i cirkulationsorganens sjukdomar och de vanligaste cancersorterna (per 100 000, prostatacancer per 100 000 män, bröstcancer per 100 000 kvinnor), 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror. Observera att y-axlarna har olika skalor.

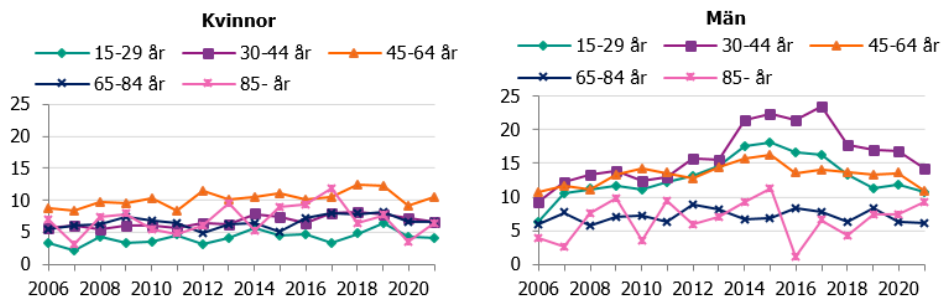


## Läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Sett till hela perioden 2006–2021 har dödligheten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar ökat med 62 procent, trots att den har vänt nedåt bland män under 65 år mot slutet av perioden (figur 28). Läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfall 2021 var vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland

personer med eftergymnasial utbildning, och vanligare bland personer födda i Sverige än bland personer födda utanför Norden.

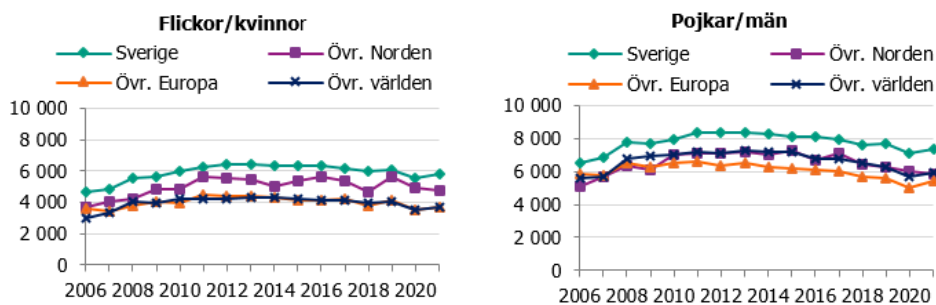
**Figur 28.** Dödlighet i läkemedels- och narkotikaförgiftningar (antal per 100 000). Kvinnor och män, fördelat på ålder, 2006–2021.



## Skador till följd av olycksfall

Under perioden 2006–2021 blev det vanligare för barn och unga (0–24 år) i Sverige att vårdas för skador till följd av olyckor. Antalet steg från 151 000 fall 2006 till 191 000 fall 2021. Barn och unga födda utanför Norden var grupper där andelarna istället sjönk. Bland barn och unga födda i Sverige var det vanligare att vårdas för olycksskada än bland barn födda utanför Sverige (figur 29). Varje år under perioden var det en större andel pojkar/män än flickor/kvinnor som vårdades för en olycksskada.

**Figur 29.** Vårdade för olycksskada (antal per 100 000). Flickor/kvinnor och pojkar/män 0–24 år, fördelat på födelse land, 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror.



Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och det är också en vanlig dödsorsak bland äldre. Orsaker till att fallrisken ökar med stigande ålder är bland annat muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrade balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering.

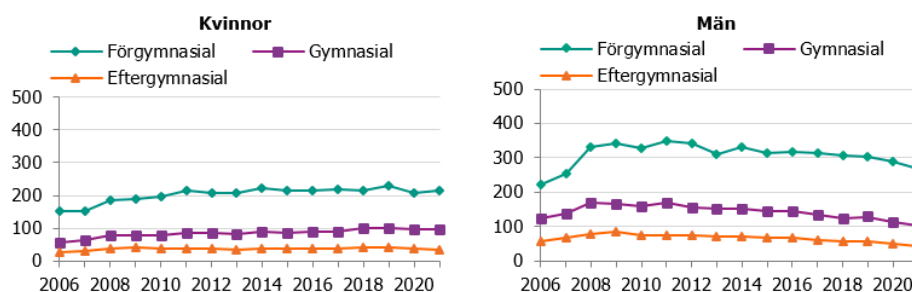
År 2021 var antalet patienter som fick slutenvård eller specialiserad öppenvård för fallskador 5 936 per 100 000 kvinnor och 4 542 per 100 000 män. Totalt vårdades 111 358 personer 65 år och äldre för fallolyckor. Under perioden 2006–2021 blev det vanligare att vårdas för fallskador bland äldre. Uppgången sågs i alla grupper utom bland dem födda utanför Europa. Bland män, men inte bland kvinnor, var det vanligare att vårdas för fallskada bland dem med kortare utbildning än bland dem med eftergymnasial.

## Våldsrelaterade skador

Att vårdas för våldsrelaterade skador var vanligare bland män än bland kvinnor, och särskilt vanligt var det bland män i åldersgruppen 15–29 år. Bland personer med förgymnasial utbildning var det mer än fem gånger så vanligt att vårdas för våldsrelaterade skador jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 30). Det var även vanligare bland män födda utanför Sverige, men inte några större skillnader bland kvinnor beroende på födelseland.

Under perioden 2006–2021 sjönk antalet (per 100 000) framför allt bland yngre män och män med gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Bland kvinnor ökade istället antalet, främst bland kvinnor med förgymnasial och gymnasial utbildning.

**Figur 30.** Våldsrelaterade skador (antal vårdade per 100 000) 15 år och äldre fördelat på utbildningsnivå och kön, 2006–2021. Åldersstandardiserade siffror.



## Smittsamma sjukdomar

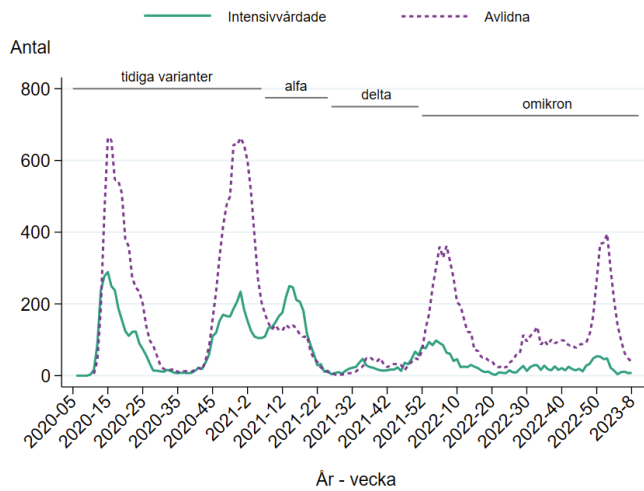
### Covid-19

År 2022 inleddes med en omfattande smittspridning av SARS-CoV-2 som avtog under våren. Under sommarmånaderna ökade åter smittspridningen, för att under hösten stabiliseras på en lägre nivå. I slutet av året ökade smittspridningen återigen och var vid årsskiftet mycket hög. Under år 2022 cirkulerade olika undergrupper av omikronvarianten av SARS-CoV-2-viruset.

Sjukdomsbilden vid covid-19 har i och med omfattande vaccination, och att en stor andel av befolkningen genomgått infektionen samt att smittspridningen från och med 2022 helt domineras av omikronvarianten bytt karaktär till ett förlopp med en lägre risk för allvarlig sjukdom och död.

Antalet avlidna avser antalet personer som avlidit med laboratoriebekräftad covid-19, oavsett dödsorsak. Dödsfallen har antingen rapporterats avlidna av behandlande läkare eller avlidit enligt folkbokföringen inom 30 dagar efter en covid-19-diagnos. Antalet intensivvårdade avser antalet personer med laboratoriebekräftad covid-19 som rapporteras intensivvårdade från Svenska intensivvårdsregistret. Det innebär att statistiken som rapporteras här innehåller både personer som dött eller intensivvårdats på grund av covid-19 och personer vars primära orsak till dödsfallet eller intensivvården varit något annat än covid-19.

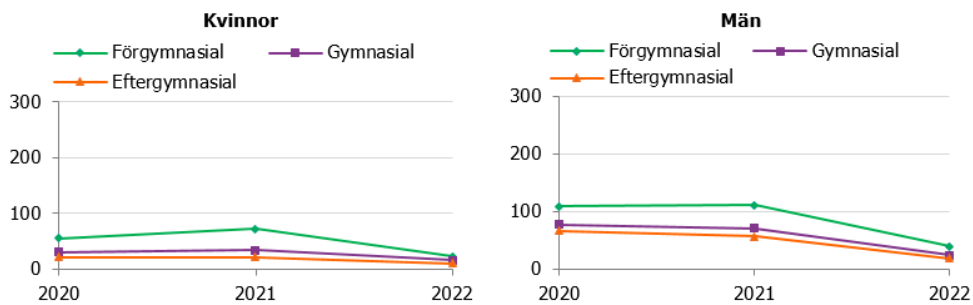
**Figur 31.** Avlidna respektive intensivvårdade med covid-19, totalt per år och vecka, mars 2020 till februari 2023.



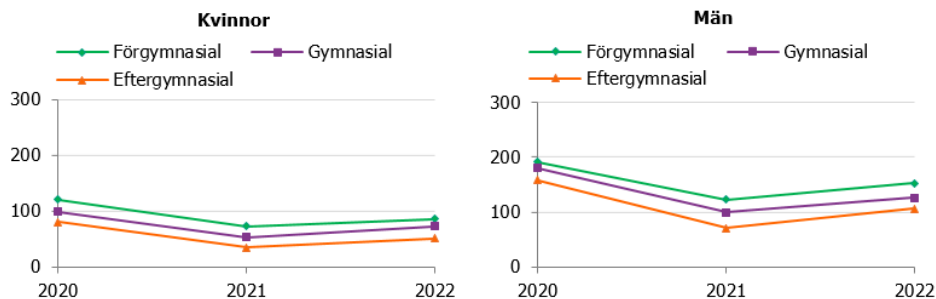
Ålder är den största riskfaktorn för allvarlig sjukdom och död till följd av covid-19 och män har drabbats mer än kvinnor i alla ålderskategorier.

Mer än dubbelt så många (per 100 000) har intensivvårdats med covid-19 (figur 32) bland personer med förgymnasial utbildning än med eftergymnasial och runt 1,5 gånger så många avled med covid-19 (figur 33). De relativa skillnaderna var förhållandevis likartade alla tre åren, men något större bland kvinnor än bland män.

**Figur 32.** Intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), alla åldrar. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2020–2022. Åldersstandardiserade siffror.

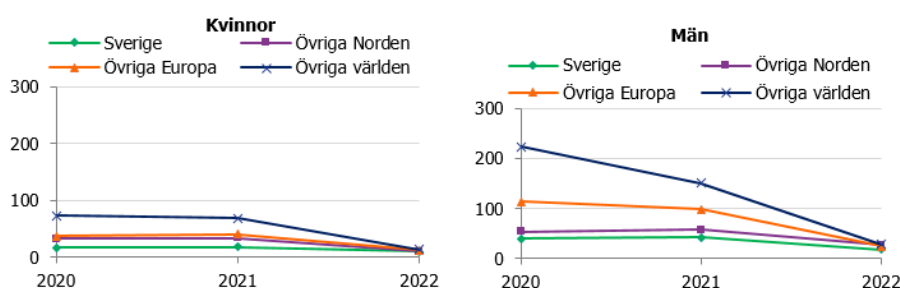


**Figur 33.** Avlidna med covid-19 (antal per 100 000), alla åldrar. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 2020–2022. Åldersstandardiserade siffror.



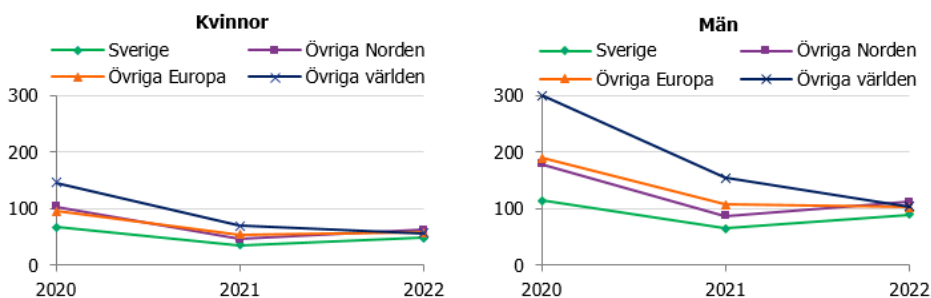
Även bland personer födda utanför Sverige har fler (per 100 000) intensivvårdats (figur 34) eller avlidit (figur 35) med covid-19 än bland personer födda i Sverige. Flest intensivvårdade fanns bland personer födda utanför Europa, där det var nästan sex gånger så vanligt bland män att intensivvårdas under 2020 och mer än fyra gånger så vanligt bland kvinnor jämfört med personer födda i Sverige. Skillnaderna sjönk något 2021 men var fortfarande stora, för att 2022 sjunka ytterligare. År 2022 var det cirka 1,5 gånger så många födda utanför Europa som intensivvårdades för covid-19 jämfört med personer födda i Sverige. Skillnaderna var något större bland män än kvinnor även 2022.

**Figur 34.** Intensivvårdade med covid-19 (antal per 100 000), alla åldrar. Kvinnor och män, fördelat på födelseland, 2020–2022. Åldersstandardiserade siffror.



Drygt dubbelt så många personer (per 100 000) födda utanför Europa avled med covid-19 jämför med personer födda i Sverige under 2020 och 2021, en skillnad som var något större bland män än bland kvinnor. Skillnaderna minskade tydligt 2022 då endast en mindre skillnad återstod.

**Figur 35.** Avlidna med covid-19 (antal per 100 000), alla åldrar. Kvinnor och män, fördelat på födelseland, 2020–2022. Åldersstandardiserade siffror.



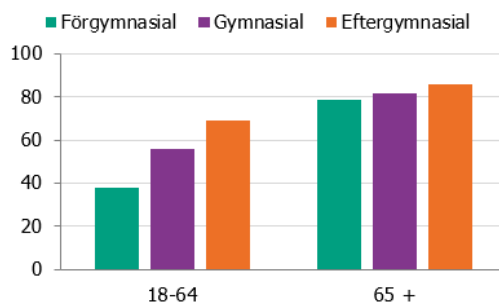
### Vaccination mot covid-19

Rekommendationerna för vaccination mot covid-19 skiljer sig åt för olika åldersgrupper. Personer 18–65 år rekommenderas tre doser medan personer över 65 år rekommenderades fyra doser fram till september 2022, då en femte dos rekommenderades.

I slutet av 2022 var 67 procent av befolkningen 18 år och äldre vaccinerad (med minst tre doser) mot covid-19. I åldersgruppen 65 år och äldre hade 81 procent tagit en fjärde dos och 64 procent en femte dos. En större andel kvinnor än män var

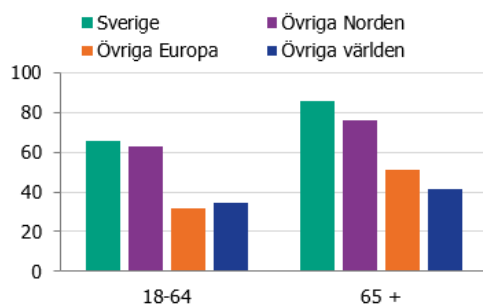
vaccinerade (figur 36). Andelen vaccinerade skiljde sig åt även mellan personer med olika utbildningsnivå och mellan personer födda i olika delar av världen. En större andel bland personer med eftergymnasial utbildning var vaccinerade jämfört med personer med gymnasial eller förgymnasial utbildning. Skillnaden var liten i åldern 65 år och äldre men tydligare bland personer 18–64 år.

**Figur 36.** Vaccinerade mot covid-19 (andel i procent), uppdelat på ålder och utbildningsnivå, till och med 2022-12-28.



Både i gruppen 18–64 år och 65 år och äldre var det en större andel vaccinerade bland personer födda i Sverige jämfört med födda utanför Sverige (figur 37). Lägst andel vaccinerade i den äldre åldersgruppen var det bland personer födda utanför Europa. I den yngre åldersgruppen var det lägst andel bland personer födda i Europa, utanför Norden.

**Figur 37.** Vaccinerade mot covid-19 (andel i procent), uppdelat på ålder och födelseregion, till och med 2022-12-28.



## Övriga smittsamma sjukdomar

### Vintersäsongsbetonade sjukdomar

Smittspridningen av de vintersäsongsbetonade sjukdomarna influensa och RS-virus kännetecknades av tidiga kraftiga toppar under säsongerna 2021–2022 och 2022–2023. För influensa sågs två toppar av smitta under säsongen 2021–2022 med en spridning som fortsatte in på sommaren 2022. Den efterföljande säsongen nådde en första topp i slutet av december 2022.

Även för calicivirus (som orsakar vinterkräksjuka) sågs två toppar av smitta under säsongen 2021–2022. Fler fall än vanligt av calicivirus rapporterades under säsongen 2021–2022 och spridningen i samhället var mycket omfattande. Säsongen 2022–2023 har hittills varit mildare än föregående säsong.



Kännetecknande för säsongen 2022–2023 var en samtida smittspridning av influensa och RS-virus samt covid-19, vilket bidrog till en hög vårdbelastning.

#### Mpox

Under 2022 spreds mpox (tidigare apkoppor) för första gången i större utsträckning utanför Afrika. I Sverige rapporterades 255 fall. Under sommaren var den största andelen av fallen smittade utomlands, under hösten skedde smittspridningen till största delen i Sverige. Det finns vaccin mot sjukdomen och under 2022 vaccinerades ungefär 2 800 personer i Sverige.

#### Sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar

Utvecklingen för sexuellt överförbara och blodburna infektioner under 2022 var olika för olika sjukdomar. Klamydia och hepatit B har ökat sedan 2021 men antalet fall är fortfarande lägre än före pandemin. Även gonorré har ökat sedan 2021 och är nu tillbaka på samma nivå som innan pandemin. Däremot har antalet som insjuknat i syfilis minskat med 10 procent jämfört med 2021, medan antalet fall med hepatit C är jämförbart med 2021

Antalet fall av hiv ökade under 2022. En stor del av ökningen återfinns bland personer som kom till Sverige på grund av kriget i Ukraina. Flertalet av de fallen hade en redan känd hiv-diagnos med pågående behandling.

#### Livsmedelsburna infektioner

Under 2022 ökade antalet fall av flera av de livsmedelsburna infektionerna, som campylobacter och salmonella jämfört med 2021. Ökningarna berodde till stor del på ett stigande antal utlandssmittade. För andra, som till exempel hepatit A minskade antalet fall till nivåer lägre än innan pandemin (2019), medan fallen för listeria i stort var oförändrade.

## Diskussion

Folkhälsan i Sverige har förbättras under uppföljningsperioden, men den skiljer sig fortfarande stort mellan grupper i samhället och alla grupper har inte fått en förbättrad hälsa.

Även vissa av förutsättningarna för en god hälsa, som ekonomisk standard, har förbättrats i de flesta grupper, medan andra förutsättningar, som till exempel långtidsarbetslöshet, inte har en lika positiv utveckling. Vissa levnadsvanor, som till exempel rökning, har också utvecklats i en positiv riktning. Livsvillkoren skiljer sig också åt mellan olika grupper och förbättringarna kommer inte alla till del i lika stor utsträckning.

## Vägen framåt

I dagens takt kommer inte det folkhälsopolitiska målet, att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation till år 2048, att nås. En utmaning som lyftes i förra årets årsrapport, är att systematiska skillnader återfinns i nästan alla hälsoutfall och förutsättningar för en god hälsa. Vissa grupper hamnar efter och inte får del av förbättringarna i hälsan och dess förutsättningar. Det är ofta samma grupper i samhället som har sämre förutsättningar för hälsa, mindre hälsosamma levnadsvanor och sämre hälsa. En förklaring är att förutsättningarna för hälsa, som exempelvis utbildning, försörjningsmöjligheter och tillgång till arbete och ett bra boende, påverkar både handlingsutrymmet för hälsosamma levnadsvanor och i förlängningen hälsan. Covid-19-pandemin har visat att det även gäller smittsamma sjukdomar.

För att uppnå det folkhälsopolitiska målet behöver hälsan och dess förutsättningar förbättras i de grupper som har sämst hälsa, både för att minska hälsoklyftorna och för att det är i dessa grupper de största hälsovinsterna går att göra. Nedan lyfts exempel på grupper där särskilda insatser behövs för att nå en bättre hälsa.

Medellivslängden, som är ett resultat av hälsan under hela livsloppet, skiljer sig åt mellan såväl kvinnor och män som mellan socioekonomiska grupper. Män lever i genomsnitt över tre år kortare än kvinnor (medellivslängd vid födseln). Skillnaden har minskat under en period fram till 2020 för att sedan öka igen, vilket tyder på att den i viss mån är påverkbar. Detta speglas också i att fler män än kvinnor dör i förtid (före 65 års ålder), även detta en skillnad som minskat under de senaste åren.

Trots att medellivslängden är högre bland kvinnor rapporterar fler kvinnor sämre allmänt hälsotillstånd och fler psykiska besvär. Lätta besvär av ångslan, oro och ångest har ökat under hela perioden och unga kvinnor är de som oftast uppger detta. Unga kvinnor är också den grupp som oftast anger besvär som indikerar en allvarlig psykisk påfrestning. Dessutom är det den grupp som oftast avstår från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade.

Gruppen med förgymnasial utbildning är genomgående de som drabbas mest av ohälsa, och som oftast uppger ohälsosamma levnadsvanor och har sämre förutsättningar för hälsa än övriga. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning sjönk medellivslängden under den studerade perioden. Samtidigt sjönk den ekonomiska standarden i denna grupp och långtidsarbetslösheten ökade till 13 procent 2021. Nästan 6 procent levde med varaktigt låg inkomststandard, det vill säga en ekonomisk situation där inkomsterna inte räckt till de nödvändigaste utgifterna.

Även barn till personer med förgymnasial utbildningslever med sämre förutsättningar för en god hälsa. Trots att andelen sjunkit, lever mer än ett barn av fem i denna grupp med varaktigt låg inkomststandard. Det är nästan sju gånger vanligare än bland de vars föräldrar har eftergymnasial utbildning. Även andelen som är behöriga till gymnasiet och tar gymnasieexamen är betydligt mindre i denna grupp vilket påverkar de framtida möjligheterna till ett hälsosamt liv. Nästan hälften når inte behörighet till gymnasiet och mer än 60 procent av de som påbörjar gymnasiet klarar inte gymnasieexamen, vilket motsvarar runt 4 000 barn per år.

I denna rapport används utbildningsgrupper som indikator på socioekonomisk grupp. Utbildning ger i sig inte bättre hälsa, men är en viktig förutsättning för hälsa. Kort utbildning innebär också större risk för andra faktorer som kan påverka hälsan, som till exempel ett osäkrare arbete med lägre inkomster. Eftersom inte alla kan uppnå en hög utbildning krävs mer komplexa lösningar för att personer med kortare utbildning ska kunna leva ett hälsosamt liv. Samtidigt har gruppen med förgymnasial utbildning ändrats över tid. Den minskar som andel av befolkningen och även gruppens sammansättning har ändrats, vilket kan påverka vilka åtgärder som är mest effektiva. Den innehåller idag fler unga personer och personer födda utanför Sverige [51]. Gruppen är idag mer utsatt på arbetsmarknaden och även i andra sociala och ekonomiska avseenden [52].

Ytterligare en utmaning som lyftes i 2022 års årsrapport är att hälsan påverkas av faktorer under lång tid vilket innebär att det också tar tid att åstadkomma förändring. Initiativ behöver tas nu för att uppnå målet till år 2048, med ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla delar av välfärdssektorn på nationell, regional och kommunal nivå, exempelvis inom områden som utbildning, arbetsmarknad, socialtjänst och boende. Det krävs ett långsiktigt och brett arbete, men med särskilt fokus på de grupper som idag har sämst hälsa och därmed störst behov men där insatserna därför också kan få mest effekt.

# Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling; fördjupat resultat. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 30 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/resultat/>
2. Folkhälsomyndigheten. Faktablad om folkhälsopolitikens åtta målområden. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2020. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/stodstruktur-for-det-statliga-folkhalsoarbetet/faktablad-om-folkhalsopolitikens-atta-malomraden/>
3. Folkhälsomyndigheten. Kommunfaktablad. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2020. [citerad 30 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/resultat-pa-lans-och-kommunniva/>
4. Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa: en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
5. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Bilaga 2, Kärnindikatorer för uppföljning av målområden i det folkhälsopolitiska ramverket. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-2-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-malomradesindikatorer.pdf>
6. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Bilaga 1, Kärnindikatorer för uppföljning av hälsa i det folkhälsopolitiska ramverket. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-1-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-hasloindikatorer.pdf>
7. Socialstyrelsen. Statistik om postcovid i primärvård och specialiserad vård. Stockholm, Socialstyrelsen; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-2-7778.pdf>
8. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Inequalities in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2007. Arbetsrapport 2007 nr.14. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
10. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa: slutbetänkande (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
11. 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
12. 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

13. 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 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
14. 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 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
15. 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
16. Marmot M. Introduction. I: Marmot M, Wilkinson RG, redaktörer. Social determinants of health. 2 uppl. New York: Oxford University Press; 2006. p. 1-5.
17. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/nyheter-press/dokument-nyheter/2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
18. 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 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://forte.se/publikation/unga-hbtq/>
19. Folkhälsomyndigheten. Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016". Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016 [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f036a18be7e74ef8b6885a048874ee68/slutra-pport-funktionshindersuppdraget-2011-2016.pdf>
20. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa: delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017, barn på flykt. Stockholm: Barnombudsmannen; 2017. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
21. 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 7 mars 2023]. Hämtad från: <http://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1060355&dswid=-2892>
22. Riksdagen. Kunskapsöversikt om nationella minoriteter. Rapport från riksdagen 2011/12:RFR11. Stockholm: Riksdagstryckeriet; 2012. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunnskapsoversikt-om-nationella-minoriteter\\_GZ0WRFR11](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/kunnskapsoversikt-om-nationella-minoriteter_GZ0WRFR11)
23. Janlert U. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt: underlagsrapport nr 2 till Kommissionen för jämlik hälsa, S 2015:02. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://docplayer.se/135117-Arbetsloshet-och-halsa.html>
24. 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 7 mars 2023]. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
25. 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.
26. Statistiska centralbyrån (SCB). Sveriges framtida befolkning 2021-2070. Solna: SCB; 2021. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från:

[https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401\\_2021i70\\_br\\_be51br2101.pdf](https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401_2021i70_br_be51br2101.pdf)

27. Statistiska centralbyrån (SCB). Medellivslängden i Sverige. Solna: SCB; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
28. Statistiska centralbyrån (SCB). Nedåtgående trend i barnafödande. Solna: SCB; 2018. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/nedatgaende-trend-i-barnafodande/>
29. World Health Organization (WHO). Ageing and health. Genève: WHO; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
30. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>
31. Eurostat. Healthy life years statistics. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Healthy\\_life\\_years\\_at\\_birth](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth)
32. Bengtsson T, Scott K. Population aging and the future of the welfare state: the example of Sweden. *Population and development review*. 2011;37:158-170. doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00382.x
33. Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikes födda: skillnader i hälsa utifrån födelseland. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466>
34. Gilliver SC, Sundquist J, Li X, Sundquist K. Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:72–9. doi: 10.1093/eurpub/cku101
35. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/05ac0429430847dba4e23e1c5e315b65/karnindikatorer-for-uppfoljning-av-det-folkhalsopolitiska-malet.pdf>
36. World Health Organization (WHO), United Nations Children’s Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Genève: WHO; 2018. [citerad 8 mars 2023]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603>
37. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264–82. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001
38. Vågerö D, Garcy AM. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992–96 deep Swedish recession. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):778–83. doi: 10.1093/eurpub/ckw053
39. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2013;8(1):e51333. doi: 10.1371/journal.pone.0051333
40. Fritzell, J. Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa: underlagsrapport nr 3 till Kommissionen för jämlik hälsa, S 2015:2. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://docplayer.se/28074227-Fattigdom-inkomst-och-jamlik-halsa.html>
41. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397–418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036
42. European Environment Agency. Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe. Luxemburg: Publications Office of the European Union;

2020. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthy-lives>
43. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases: key facts. Genève: WHO; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
44. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2019. GBD Compare VizHub. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2023. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
45. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: a systematic review of systematic reviews. SSM Popul Health. 2019;8:100425. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100425
46. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Digifysiskt vårdval: tillgänglig primärvård basera på behov och kontinuitet. SOU 2019:42. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/6e378658462844798630946d5bf12fc3/digifysiskt-vardval--tillganglig-primarvard-baserad-pa-behov-och-kontinuitet.pdf>
47. Hälsö- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
48. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. Lancet. 2002;359(9302):187-8. doi:10.1016/S0140-6736(02)07466-4. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07466-4
49. Folkhälsomyndigheten. Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år – Fördjupad analys. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 7 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/oe/okning-av-suicid-bland-unga-vuxna-20-29-ar/>
50. Socialstyrelsen, Cancerfonden. Cancer i siffror 2018: populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden; 2018. [citerad 28 januari 2021]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-6-10.pdf>
51. Statistiska centralbyrån (SCB). Arbetsmarknaden för personer med låg utbildning 2005-2016. Stockholm: SCB; 2017. Statistiska meddelanden AM 110 SM 1704. [citerad 20 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/arbetskraftsundersokningar/arbetskraftsundersokningarna-aku/pong/publikationer/arbetskraftsundersokningarna--tema-arbetsmarknaden-for-personer-med-lag-utbildning-20052016/>
52. Akademikernas a-kassa. Arbetslöshetsrapporten 2022. [citerad 20 mars 2023]. Hämtad från: <https://arbetsloshetsrapporten.se/>

Denna publikation är i första hand ett underlag till regeringen och kan användas för bedömning om Sverige närmar sig det riksdagsbeslutade folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Redovisningen följer det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden och ger en samlad bild av folkhälsoläget.

Rapporten belyser olika aspekter av hälsan såväl som de viktigaste förutsättningarna för hälsa, hur de fördelas mellan grupper i samhället och hur de utvecklas över tid.

---

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 Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

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