

Folkhälsan i Sverige

Årsrapport 2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-3-26

Publicerad www.socialstyrelsen.se , mars 2013

Förord

År 2010 genomförde Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut en översyn av de båda myndigheternas folkhälsorapportering i syfte att uppnå ökad nationell samordning. Som ett resultat av översynen har myndigheterna årligen fått regeringens uppdrag att gemensamt lämna en årsrapport om folkhälsa. *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013* är den andra rapporten om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer som ges ut gemensamt av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut.

Syftet är att ge en aktuell överblick över folkhälsan och viktiga bestämningsfaktorer. Rapporten är indelad i två delar där de båda myndigheterna ansvarar för varsin del. Socialstyrelsen beskriver hälsans utveckling medan Statens folkhälsoinstitut redovisar utvecklingen av ett urval indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer. Resultaten beskrivs huvudsakligen genom kommenterade diagram och tabeller.

Rapporten vänder sig främst till regering, riksdag och tjänstemän på nationell nivå, men den kan även vara av intresse för politiker och tjänstemän på regional och lokal nivå och andra som arbetar med folkhälsofrågor.

Ansvariga chefer har varit enhetschef *Eva Wallin*, Socialstyrelsen, och enhetschef *Marie Risbeck*, Statens folkhälsoinstitut. På Socialstyrelsen har arbetet genomförts av en arbetsgrupp bestående av *Inger Heimerson* (projektledare), *Charlotte Björkenstam*, *Staffan Khan* och *Mats Talbäck*. På Statens folkhälsoinstitut har arbetet huvudsakligen genomförts av en projektgrupp bestående av *Mikael Nordberg* (projektansvarig), *Anna-Karin Johansson* och *Sara Kollberg*.

Taina Bäckström
Ställföreträdande myndighetschef
Socialstyrelsen

Sarah Wamala
Generaldirektör
Statens folkhälsoinstitut

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Skillnader i hälsa grundläggs tidigt	7
Sämre hälsoutveckling bland kvinnor med kort utbildning	7
Socioekonomiskt utsatta vårdas oftare för våldsskador	8
Färre unga kvinnor vårdas för självskaðebeteende	8
Levnadsvanor har betydelse för hjärtsjukdom och cancer	8
<i>Inledning</i>	9
Uppdraget	9
Bakgrund	9
Syfte	9
Om hälsan och dess bestämningsfaktorer	10
Metoder, datakällor och underlag	11
Folkhälsans utveckling	11
Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer	12
<i>Folkhälsans utveckling</i>	14
Medellivslängd och självskaðad hälsa	14
Större skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper än mellan könen	14
Kvinnor med kort utbildning har sämst självskaðad hälsa	15
Dödlighet och dödsorsaker	16
Dödligheten minskar snabbare bland män	16
Spädbarnsdödlighet 0–1 år	17
Barn 1–14 år	18
Unga 15–24 år	19
Vuxna 25–44 år	19
Vuxna 45–64 år	20
Äldre 65–84 år	21
De äldsta, 85 år och äldre	22
Högre dödlighet bland personer med kort utbildning	23
Hjärt- och kärlsjukdomar	25
Könsskillnaderna minskar i hjärtinfarktinsjuknande	25
Insjuknandet i hjärtinfarkt minskar inte bland yngre kvinnor	27
Insjuknandet i stroke minskar	28
Insjuknande i stroke ökar i yngre medelålder	29
Cancer	30
Insjuknande i bröst- och prostatacancer vanligast	31
Överlevnad efter cancerdiagnos	34
Sämre canceröverlevnad i grupper med kortare utbildning	35
Skador	36
Sjukhusvård för trafikolyckor minskar bland unga	36
Risken för höftfraktur minskar	38
Sjukhusvård för misshandel är vanligast bland unga	40
Personer med kort utbildning är oftare utsatta för våld	41

Psykisk ohälsa	43
Psykiatrisk slutenvård har ökat bland unga	44
Färre unga kvinnor vårdas för självskaðebeteende	44
Självorden minskar – men inte bland unga	46
Självord vanligast bland män med kort utbildning	47
Alkohol- och drogmisbruk	47
Vård för alkoholdiagnoser ökar – men inte bland unga vuxna	47
Vård för narkotikadiagnoser ökar snabbt bland unga	49
<i>Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer</i>	52
Valdeltagande	52
Arbetslöshet	55
Behörighet till gymnasieskolan	58
Arbetskadur	59
Arbetsjukdomar	60
Arbetsolyckor	62
Luftföroreningar (kvävedioxid i luft)	64
Fysisk aktivitet på recept (FaR®)	65
Antibiotikaresistens (MRSA)	66
Våldtäkter	69
Stillasittande fritid	70
Övervikt och fetma	73
Övervikt	74
Fetma	76
Alkoholkonsumtion	79
Daglig rökning	80
Cannabisanvändning	83
<i>Referenser</i>	86

Sammanfattning

Ett tecken på att folkhälsan i Sverige har blivit allt bättre är att medellivslängden har ökat under flera decennier och dessutom fortsatt att öka under 2000-talet. År 2011 var medellivslängden 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män. Den viktigaste orsaken till att medellivslängden har ökat är att dödligheten minskat kraftigt i hjärt- och kärlsjukdomar. Minskningen har varit snabbare bland män och könsskillnaderna i dödlighet har minskat.

Skillnader i hälsa grundläggs tidigt

Personer med kort utbildning har sämre hälsa än dem med längre utbildning. I yrkesverksamma åldrar är dödligheten mer än dubbelt så hög bland personer med förgymnasial utbildning som bland dem med eftergymnasial utbildning och skillnaden har ökat sedan början av 1990-talet. Alla stora dödsorsaker i befolkningen – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser – är vanligare bland dem med kort utbildning. De som har kort utbildning upplever också sin hälsa som sämre och har mer psykisk ohälsa.

Utbildning är en indikator på socioekonomiska förhållanden och kan påverka hälsan genom flera mekanismer, däribland lägre hälsorisker i arbetslivet, mindre ekonomisk utsatthet och mindre stress. Exempelvis är arbetslösheten högre bland personer med kort utbildning än bland personer med lång. Daglig rökning och fetma är också vanligare bland dem med kort utbildning. Dessa skillnader mellan socioekonomiska grupper finns redan i barndomen och under tonåren, vilket talar för att uppväxtmiljön har betydelse för hälsovanorna. Även utbildningskarriären avgörs tidigt i livet. Betygen i grundskolans årskurs 9 har avgörande betydelse för benägenheten att studera vidare. Andelen elever i årskurs 9 som är behöriga till gymnasieskolan har gradvis minskat och ligger nu på den lägsta nivån hittills under 2000-talet. Det är en högre andel pojkar än flickor som inte uppnår behörighet.

Sämre hälsoutveckling bland kvinnor med kort utbildning

Förstagångsinsjuknandena i stroke har minskat i befolkningen, men bland kvinnor i förvärvsarbetande åldrar ses ingen minskning den senaste tjugoförårsperioden. Bland yngre medelålders av båda könen (35–44 år) ses i stället en viss ökning, som är tydligast bland kvinnor och män med kort utbildning.

Kvinnor i förvärvsarbetande åldrar med endast grundskoleutbildning är en grupp som i flera avseenden har haft sämre hälsoutveckling än andra grupper. Bland dem har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökat långsammare än i andra grupper sedan 1990-talet, samtidigt som den självskattade hälsan har försämrats. Bland kvinnor i yngre medelålder med kort utbildning ökar nu inte endast strokeinsjuknandena utan även insjuknanden i hjärtinfarkt.

Socioekonomiskt utsatta vårdas oftare för våldsskador

Antalet fall av anmälda våldtäkter har ökat. Kvinnor drabbas oftare än män av sexuellt våld, medan män oftare utsätts för våld som leder till svåra fysiska skador och inläggning på sjukhus. Personer med kortare utbildning lever oftare i miljöer med socioekonomisk utsatthet där förekomsten av våld är vanligare, och de drabbas oftare av övergrepp och misshandel som leder till sjukhusvård. Kvinnor med förgymnasial utbildning läggs in av dessa orsaker mer än dubbelt så ofta som män med eftergymnasial, trots att män generellt sett oftare läggs in på grund av våld än kvinnor.

De unga – i åldrarna då sjukhusinläggning för övergrepp är vanligast – har ofta ännu inte uppnått sin egen slutliga utbildning. Bland dem finns en gradient så att de ungdomar som har mödrar med förgymnasial utbildning betydligt oftare läggs in på sjukhus på grund av övergrepp än ungdomar med eftergymnasialt utbildade mödrar.

Färre unga kvinnor vårdas för självskadebeteende

Ungas psykiska hälsa är sämre i dag än under 1990-talet. Såväl inläggningar i psykiatrisk slutenvård som sjukhusinläggningar för alkohol och narkotika-relaterade diagnoser har ökat. Cannabisanvändning är vanligare i åldern 16–29 år än i äldre åldersgrupper. Självmorden minskar inte bland unga, trots minskningar i övriga åldersgrupper. De senaste åren syns däremot en minskning av inläggningar för självskadebeteende bland de unga kvinnorna. Arbetslöshet ökar risken för psykisk ohälsa och kan öka risken att dö i förtid, bland annat av alkoholrelaterade orsaker eller på grund av självmord. Arbetslösheten är högre i åldersgruppen 16–24 år än i övriga åldersgrupper.

Levnadsvanor har betydelse för hjärtsjukdom och cancer

I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna har minskat i befolkningen har betydelsen av cancer ökat relativt sett som dödsorsak. Rökning, alkohol, övervikt och fetma samt brist på fysisk aktivitet är alla faktorer som ökar risken för såväl hjärt- och kärlsjukdomar som olika former av cancer. Rökningen har fortsatt att minska. Andelen dagligrökare är högst i åldersgruppen 45–64 år och bland personer med kort utbildning.

Befolkningens genomsnittliga alkoholkonsumtion har sjunkit gradvis under en följd av år och beräknas nu vara den lägsta på omkring tio år.

Övervikt och fetma har blivit vanligare de senaste två decennierna. Ökningarna har varit störst bland personer under 50 år. Det senaste decenniet syns dock ingen förändring för andelen vuxna med övervikt, men däremot finns det tecken på att fetma har blivit något vanligare. Övervikt är vanligast bland män, medan fetma är lika vanligt oavsett kön och dessutom vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med lång.

Andelen vuxna med en stillasittande fritid har varit oförändrad under det senaste decenniet. En stillasittande fritid är vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med längre.

Inledning

Uppdraget

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut att gemensamt lämna en årsrapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer senast den 28 mars 2013.

Bakgrund

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen årligen lämnat lägesrapporter om folkhälsa, med undantag för de år då mer omfattande, så kallade tematiska, rapporter presenterats. Lägesrapporterna har förmedlat en ”ögonblicksbild” över aktuella folkhälsoområden, utvecklingen av de vanligaste folksjukdomarna och viktiga bestämningsfaktorer. Statens folkhälsoinstitut har också gett ut olika rapporter inom området, bland annat de årligen återkommande lägesrapporterna om befolkningens levnadsvanor.

År 2010 genomförde Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut en gemensam översyn av myndigheternas folkhälsoberättelser i syfte att uppnå ökad nationell samordning. Översynen avrapporterades till Socialdepartementet i mars 2011 och inkluderade ett förslag om årliga myndighetsgemensamma rapporter till regeringen om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Den årliga rapporteringen föreslogs vara på nationell nivå och ske i form av kommenterade diagram och tabeller. I mars 2012 presenterade Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut den första gemensamma rapporten om folkhälsa. Detta är den andra.

Syfte

Syftet med rapporten är att ge en aktuell överblick dels över folkhälsan i Sverige utifrån dödlighet, förekomst och utveckling av stora folksjukdomar, dels över utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer med hjälp av ett urval indikatorer, och i bägge fallen peka på skillnader mellan könen, åldersgrupper och grupper med olika utbildningsbakgrund.

Rapporten är indelad i två huvudsakliga delar, där myndigheterna ansvarar för varsin del. Socialstyrelsen svarar för innehållet i den första delen, som handlar om folkhälsans utveckling och fördelning i olika grupper. På motsvarande sätt ansvarar Statens folkhälsoinstitut för den andra delen, som beskriver utvecklingen av ett urval indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer och pekar på skillnader mellan olika grupper. Resultaten presenteras i diagram och tabeller som redovisas och kommenteras kortfattat. För fördjupade analyser hänvisas till *Folkhälsoberättelse 2009* (Socialstyrelsen, 2009) och *Folkhälsoberättelse 2010* med tillhörande 21 underlagsrapporter (Statens folkhälsoinstitut, 2010a). De indikatorer och hälsoutfall som redovisas är i allt väsentligt desamma som i den första årsrapporten men har

i möjligaste mån uppdaterats med senast tillgängliga data. Myndigheterna avser att fortsätta tillgängliggöra dataunderlagen till merparten av rapportens diagram på sina webbplatser, www.socialstyrelsen.se respektive www.fhi.se, i många fall kompletterade med motsvarande data på regional nivå.

Om hälsan och dess bestämningsfaktorer

Befolkningens hälsoutveckling har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. Medellivslängd och självskattad hälsa är mått som ur olika aspekter, objektiv respektive subjektiv, ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen. Personer som upplever sin hälsa som god har också visats leva längre (Idler & Benyami, 1997; Burström & Fredlund, 2001).

Medellivslängden bestäms av orsakerna till de dödsfall som inträffar. Dödsorsakerna speglar i sin tur de sjukdomar och hälsorisker som finns i befolkningen och är därför viktiga för analysen av hur samhällets resurser för folkhälsoarbete ska prioriteras.

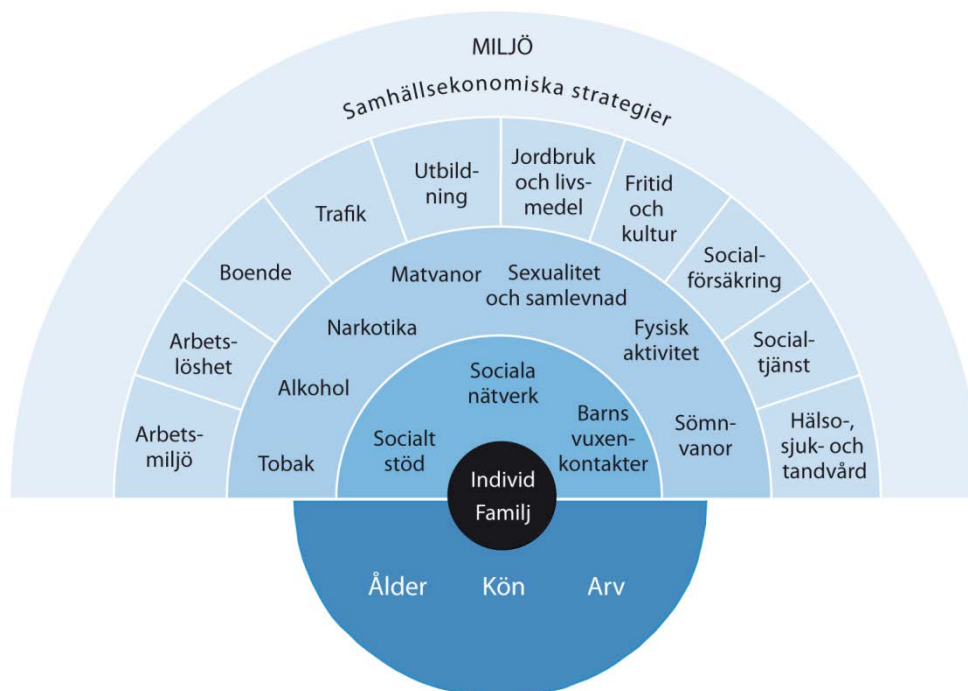
Det övergripande nationella målet för det svenska folkhälsoarbetet är ”att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. För att underlätta arbetet med att uppnå målet har en samlad målstruktur med elva målområden utvecklats. Målområdena grupperar hälsans centrala bestämningsfaktorer, det vill säga de livsvillkor och levnadsvanor som har störst betydelse för hälsan. Bestämningsfaktorernas utveckling mäts via indikatorer.

Forskningen visar att de flesta sjukdomar och hälsoproblem beror på flera samverkande faktorer (Statens folkhälsoinstitut, 2005a). Det är nästan aldrig så att alla som har varit utsatta för en given sjukdomsorsak också blir sjuka, utan det krävs oftast något annat också (SOU 2000:91). Däremot bidrar ofta exponering för en och samma riskfaktor till flera olika sjukdomar och skador (Statens folkhälsoinstitut, 2005a). Orsaker till ohälsa har vidare den egenskapen att de ofta påverkar förekomsten av varandra: de bildar så kallade orsakskedjor. Många är heller inte direkt knutna till den enskilda individen utan ligger på samhällsnivå, långt från individen. *Figur 1* visar hur olika slags biologiska faktorer, relationer, levnadsvanor och samhällsfaktorer påverkar människors hälsa.

Det är mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på bestämningsfaktorer för hälsa än på enskilda sjukdomar. Ju tidigare i orsakskedjan en insats sätts in och ju fler människor som omfattas av den desto större blir den förebyggande effekten. Ibland finns det också uppföljningsmässiga fördelar: eftersom det i vissa fall dröjer flera decennier innan sjukdom eller annan ohälsa visar sig, kan bestämningsfaktorernas utveckling vara lättare att följa över tiden än sjukdomsutvecklingen (Regeringens proposition 2007/08:110). Samtidigt finns det begränsningar eftersom sambanden är komplexa och alla hälsans bestämningsfaktorer inte är kända eller möjliga att mäta. De bestämningsfaktorer som följs är av olika slag: vissa ligger nära individen och rör levnadsvanor, andra ligger längre bort och handlar om livsvillkor. På motsvarande sätt har även de indikatorer som används för att mäta bestämningsfaktorernas utveckling olika karaktär.

Denna rapport redovisar utvecklingen av medellivslängd, självskattad hälsa, sjuklighet och dödlighet samt ett urval indikatorer för hälsans centrala bestämningsfaktorer. Inom ramen för en deskriptiv rapport som denna är det inte möjligt att på ett systematiskt sätt relatera utvecklingen av en specifik indikator till utvecklingen av ett specifikt hälsoutfall.

Figur 1. Faktorer som påverkar folkhälsan



Källa: G. Dahlgren och M. Whitehead.

Metoder, datakällor och underlag

Folkhälsans utveckling

Socialstyrelsen ansvarar för rapportens första del som handlar om folkhälsans utveckling. Det sker sällan stora förändringar i folkhälsan på ett år, och det kan också vara svårt att urskilja olika skeenden i en pågående utveckling. Om man blickar tillbaka ett par decennier framkommer däremot viktiga utvecklingslinjer tydligare, därför redovisas hälsoutvecklingen här över tidsperioden 1991–2011.

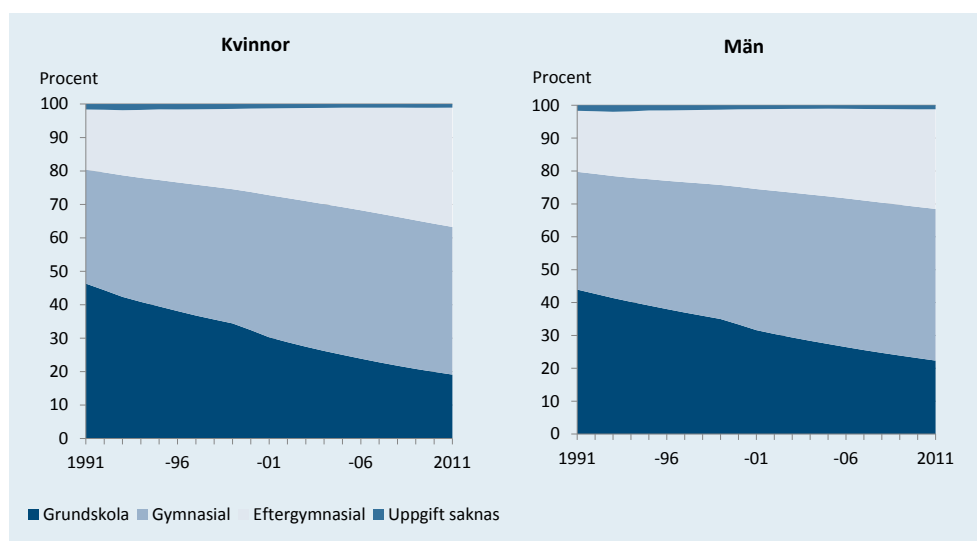
De huvudsakliga källorna är patient- och dödsorsaksregistren. De hälsoutfall som redovisas har valts ut för att spegla de största folkhälsoproblemen, med den begränsningen att allt inte kan mätas i registren. I patientregistret registreras alla patienter som skrivits ut efter inläggning på sjukhus, och det primära syftet med registret är inte att mäta sjukdomars förekomst i befolkningen. Sjukhusinläggningarna kan variera över tiden av andra orsaker än förändringar i befolkningens hälsotillstånd, exempelvis vårdplatstillgång och behandlingstraditioner, vilka kan variera på olika håll i landet och över tiden.

Hälsoutfallen redovisas uppdelade på kön, åldersgrupper och – som indikator på socioekonomiska förhållanden – utbildning. De huvudsakliga åldersgrupperna som används är 0–14, 15–24, 25–44, 45–64 och 65+. Avvikelser från detta har gjorts efter bedömning av relevans vid enskilda hälsoutfall, exempelvis redovisas höftfrakturer endast bland äldre, och då i åldersgrupperna 65–74, 75–84 och 85+.

Uppdelning på utbildning baseras på utbildningsregistret vid SCB och redovisas efter högsta uppnådda utbildning i tre grupper: förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. I rapporten redovisas ibland tidstrender för hälsoutvecklingen i utbildningsgrupperna. För tolkningen är det då viktigt att känna till att gruppernas storlek och sammansättning ändrats under perioden 1991–2011 och att allt större del av befolkningen återfinns i grupper med högre utbildning (*figur 2*). För att nå överensstämmelse med andra publikationer från Socialstyrelsen har åldersintervallet 35–84 år valts för utbildningsgrupperna då siffror redovisas för de senaste åren. När tidstrender för utbildningsgrupper redovisas används åldersintervallet 35–79, eftersom utbildningsvariabeln inte finns i registret före år 2008 för de äldre åldersgrupperna. Klassifikationen av olika utbildningar ändrades år 2000 vilket i någon mån kan påverka de tidstrender som redovisas.

Figur 2. Utbildningsnivå 1991–2011

Andel (procent) personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 35–79 år, perioden 1991–2011.



Källa: Utbildningsregistret, SCB.

Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer

Statens folkhälsoinstitut ansvarar för rapportens andra del, som redovisar utvecklingen av ett urval indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer. Indikatorerna har valts ut i en intern process, i vilken interna målområdes-sakkunniga och institutets interna granskningsgrupp har medverkat. En extern referensgrupp har utgjort ett ytterligare stöd i arbetet.

Urvalsprocessen har utgått från ett antal urvalskriterier, som för respektive indikator har vägts samman till en samlad bedömning. De viktigaste kriterierna har varit att det ska finnas ett tydligt vetenskapligt samband mel-

lan indikatorn/bestämningsfaktorn och människors hälsa, att indikatorn ska spegla ett betydande folkhälsoproblem och att indikatorn ska visa hälsoskillnader mellan grupper. Eftersom folkhälsopolitiken är uppbyggd kring en samlad målstruktur med elva målområden, har det därutöver bedömts önskvärt att varje målområde representeras av någon indikator. Med ambitionen att förmedla en koncentrerad lägesbild har antalet indikatorer begränsats till ett drygt tiotal. Så pass få indikatorer kan naturligtvis inte ge en fullständig, heltäckande bild av utvecklingen, men detta är inte heller årsrapportens syfte.

Data kommer dels från Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, Statens folkhälsoinstituts årliga urvalsundersökning riktad till Sveriges befolkning i åldern 16–84 år, dels från externa källor, främst andra myndigheter.

Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer redovisas i möjligaste mån efter kön, åldersgrupp och utbildningslängd. Åldersgrupperingen varierar något mellan indikatorerna men är generellt sett snarlik den som används i rapportens första del. För vissa av indikatorerna förhindrar dock indikatorns definition eller karaktär eller tillgången på data en redovisning efter åldersgrupp. Av samma skäl redovisas vissa indikatorer inte efter kön eller efter utbildningslängd. Utbildning redovisas enligt två olika indelningar om tre kategorier, samtliga baserade på klassificeringssystemet Svensk utbildningsnomenklatur (SUN). I Nationella folkhälsoenkäten benämns kategorierna kort utbildning (till och med gymnasium om 2 år [SUN 100–329]), mellanlång utbildning (gymnasium mer än 2 år samt högskola 0–2 år [SUN 330–529]) och lång utbildning (högskola eller universitet 3 år eller mer [SUN 530–640]). Denna indelning används när data kommer från Nationella folkhälsoenkäten. För två av indikatorerna används i stället SCB:s standardindelning i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. Vidare är tidsseriernas längd i allmänhet kortare än i den första delen. Exempelvis genomfördes Nationella folkhälsoenkäten första gången år 2004.

Folkhälsans utveckling

Medellivslängd och självskattad hälsa

Större skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper än mellan könen

Medellivslängden i Sverige har varit stigande under mer än ett sekel. År 2011 var medellivslängden 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män. Den återstående medellivslängden vid 65 års ålder var för kvinnor 21,2 år och för män 18,4 år. De senaste decennierna har skillnaderna i medellivslängd minskat mellan könen (Statistiska centralbyrån, 2012).

Vid 30 års ålder har kvinnor i genomsnitt 54,2 år kvar att leva och män 50,6 år – könsskillnaden är 3,6 år. Skillnaderna i livslängd mellan personer med kort och lång utbildning är omkring fem år, alltså större än könsskillnaderna (*tabell 1*).

Tabell 1. Skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter kön och utbildningsnivå 2011, samt könsskillnader och skillnader mellan förgymnasialt och eftergymnasialt utbildade.

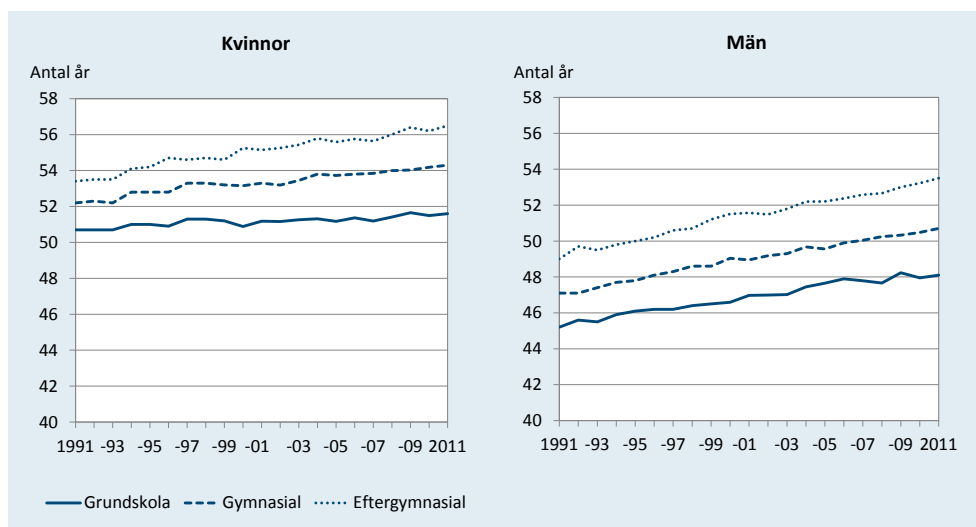
	Kvinnor	Män	Skillnad kvinnor - män
Totalt riket	54,2	50,6	3,6
Förgymnasial	51,6	48,1	3,5
Gymnasial	54,3	50,7	3,6
Eftergymnasial	56,5	53,5	3
Skillnad eftergymnasial - förgymnasial	4,9	5,4	

Källa: SCB.

Skillnaderna mellan utbildningsgrupper har ökat över tiden och fortsatt att öka även det senaste året (*figur 3*). Kvinnor med endast förgymnasial utbildning är den grupp som haft den minst gynnsamma utvecklingen och i den gruppen har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjugoårsperioden.

Den höjda utbildningsnivån i befolkningen (*figur 2*) är sannolikt en viktig orsak till den ökande medellivslängden. Samtidigt är det troligt att de omkring 20 procent som i dag har endast förgymnasial utbildning utgör en socialt mer utsatt grupp än de omkring 40 procent förgymnasialt utbildade år 1991.

Figur 3. Utvecklingen av livslängd mellan grupper med olika utbildning
Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1990–2011.



Källa: SCB.

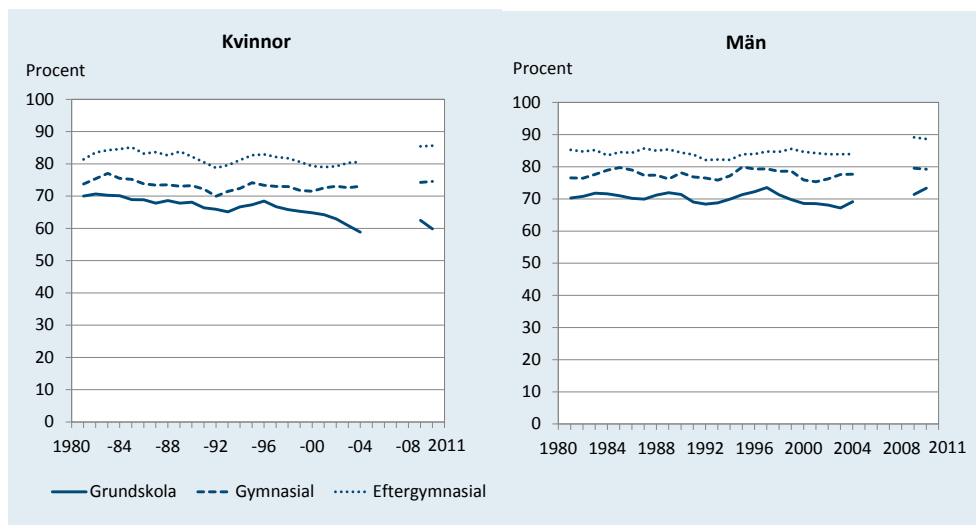
Kvinnor med kort utbildning har sämst självskattad hälsa

Undersökningar av hur människor själva uppfattar sin hälsa visar att 80–90 procent av dem med eftergymnasial utbildning upplever god hälsa, men endast 60–70 procent av dem med förgymnasial utbildning. Kvinnor rapporterar generellt något sämre hälsa än män.

Befolkningens självskattade hälsa har följts sedan år 1980 i SCB:s ULF-undersökningar. ULF-undersökningarna visar att den självskattade hälsan har försämrats bland kvinnor med kort utbildning (*figur 4*) samtidigt som inte heller medellivslängden i den gruppen har utvecklats lika positivt som i andra grupper.

Befolkningens självskattade hälsa mäts också i Nationella folkhälsoenkäten. Även den visar på sämre hälsa bland dem med lägre utbildning.

Figur 4. Gott allmänt hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 1980–2012
 Andelen (procent) som uppger gott allmänt hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper.
 Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1980–2011*.



*ULF-undersökningarna genomfördes t.o.m. år 2006 som intervjuundersökning av intervjuare på plats hos respondenten, efter det som telefonintervju. Metodbytet kan ha inverkan på svarsnivåerna. Åldersstandardiserade glidande treårsmedelvärden.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

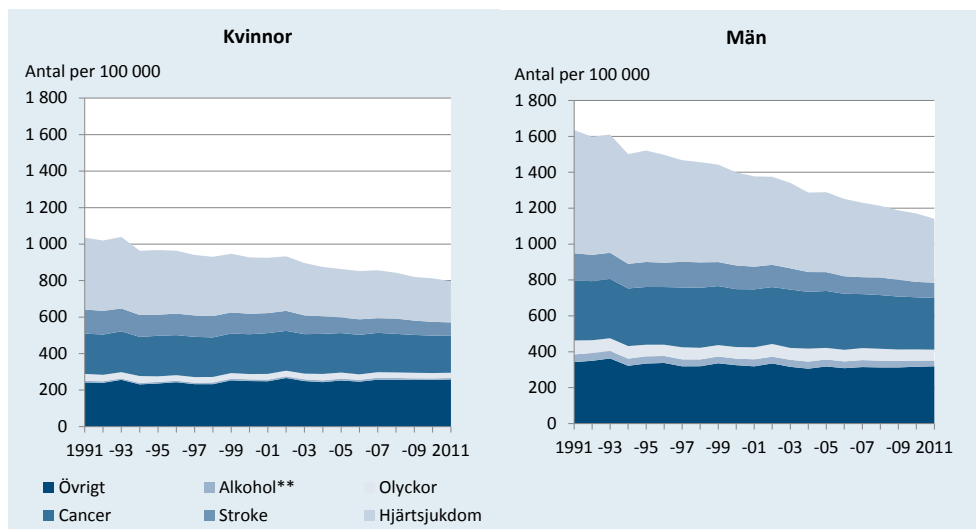
Dödlighet och dödsorsaker

Dödligheten minskar snabbare bland män

Medellivslängden i en befolkning bestäms av de bakomliggande orsakerna till de dödsfall som inträffar. Dödligheten och dödsorsakerna kan förändras kraftigt över tid och speglar i allmänhet ett samhälles välstånd. I Sverige har de allra flesta som dör uppnått en hög ålder och de vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer.

År 2011 dog 46 346 (978/100 000) kvinnor och 43 597 (926/100 000) män. *Figur 5* visar hur dödligheten i befolkningen har utvecklats sedan 1991, uppdelat på olika dödsorsaker. Dödligheten minskar både bland kvinnor och bland män. Minskningen går snabbare bland män än bland kvinnor, vilket innebär att männens medellivslängd ökar snabbare än kvinnornas och att könsskillnaden minskar. Den största enskilda orsaken till den minskade dödligheten är att dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar minskat.

Figur 5. Dödlighet i olika dödsorsaker, kvinnor och män 1991–2011
 Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män, alla åldrar, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*Dödlighet och förekomst av sjukdomar beror i hög grad på åldern. När man vill jämföra sjuklighet eller dödlighet mellan grupper behöver man därför ta hänsyn till eventuella skillnader i ålder mellan grupperna. En sådan beräkning kallas för standardvägning efter ålder eller åldersstandardisering. Beräkningen eller justeringen tar alltså bort ålderns störande inverkan på jämförelser, den kontrollerar för ålder. Här har medelbefolkningen den 1 januari 2010 uppdelad på 5-årsklasser använts för åldersstandardiseringen.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

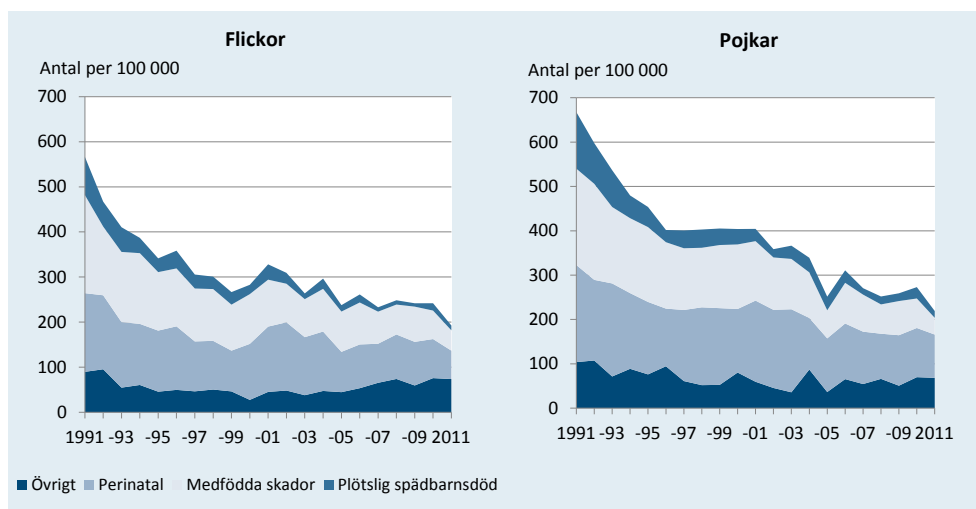
Spädbarnsdödlighet 0–1 år

År 2011 föddes 56 565 flickor och 57 205 pojkar i Sverige. Av dem dog 107 flickor och 128 pojkar under det första levnadsåret, vilket motsvarar en spädbarnsdödlighet på 1,9/1 000 flickor och 2,2/1 000 pojkar. Bland flickor/kvinnor inträffade 0,2 procent av alla dödsfall under det första levnadsåret och 0,3 procent av alla dödsfall bland pojkar/män.

Spädbarnsdödligheten har minskat under lång tid i Sverige och har under de senaste två decennierna mer än halverats (*figur 6*). De vanligaste orsakerna till att spädbarn dör är perinatal dödlighet (dödlighet i samband med förlossningen på grund av förlossningskomplikationer eller sjukdomstillstånd som är specifika för foster eller nyfödda) och dödlighet på grund av svåra medfödda skador. Plötslig spädbarnsdöd är en jämförelsevis ovanlig dödsorsak. År 2011 var det 6 flickor och 9 pojkar som dog i plötslig spädbarnsdöd.

Figur 6. Dödlighet och dödsorsaker under första levnadsåret

Antal döda per 100 000 levande födda, uppdelat efter dödsorsak. Flickor och pojkar under första levnadsåret, perioden 1991–2011.



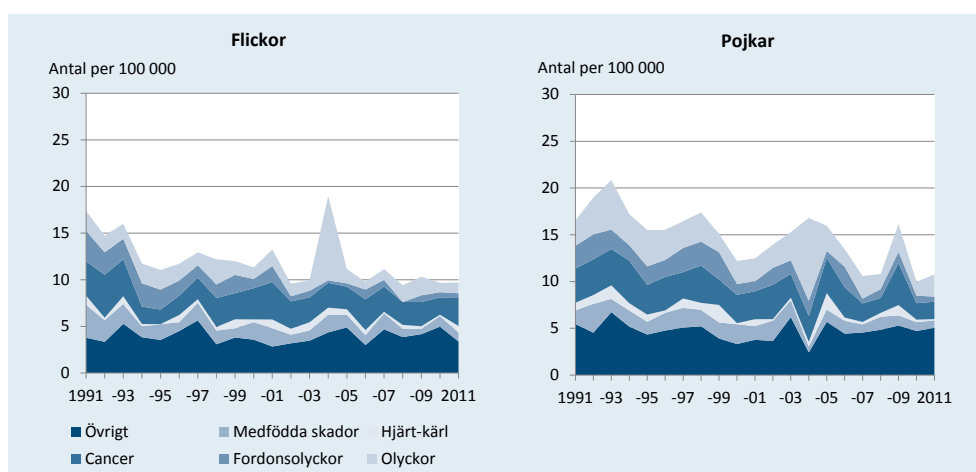
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Barn 1–14 år

Det är färre som dör i hela åldersintervallet 1–14 år än under första levnadsåret. Av alla flickor/kvinnor som dör finns 0,1 procent i denna åldersgrupp och 0,2 procent av alla pojkar/män. År 2011 dog 69 flickor och 81 pojkar i åldern 1–14 år, vilket motsvarar 9,7/100 000 flickor och 10,8/100 000 pojkar. De vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen är olyckor och cancer. Dödligheten i den här åldersgruppen har minskat under lång tid och är mycket låg i ett internationellt perspektiv. Under 2000-talet ses dock ingen ytterligare minskning bland flickor (figur 7). Könsskillnaden har minskat men fortfarande är dödligheten något högre bland pojkar.

Figur 7. Dödlighet och dödsorsaker bland barn 1–14 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Flickor respektive pojkar 1–14 år, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 5 för förklaring.

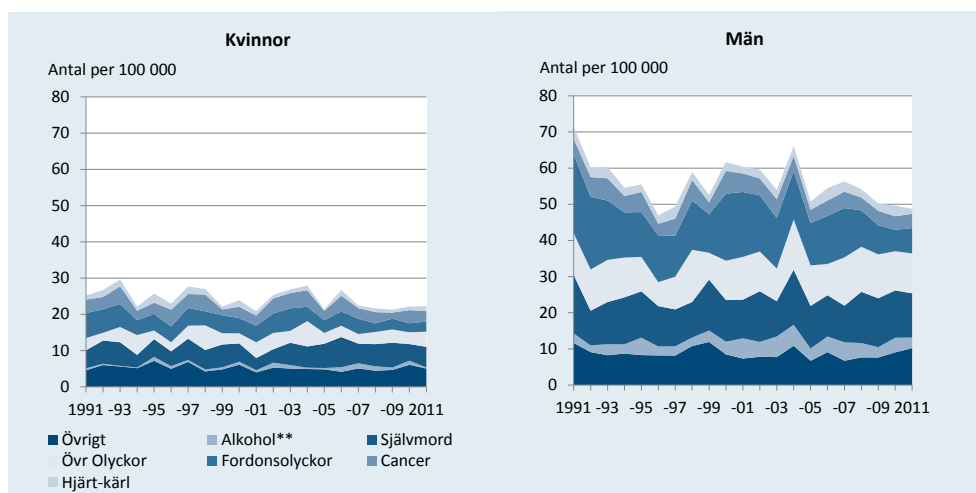
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Unga 15–24 år

Det är mer än dubbelt så vanligt att unga män dör än att unga kvinnor dör. Orsaken till detta är att olyckor och självmord är betydligt vanligare bland de unga männen (*figur 8*). År 2011 var det 136 kvinnor och 316 män som dog i åldern 15–24 år, vilket motsvarar 22,4/100 000 kvinnor och 49,4/100 000 män. Av alla kvinnor som dör finns 0,3 procent i denna åldersgrupp och 0,7 procent av alla män. Sedan mitten av 1990-talet finns ingen tydligt minskande trend i dödligheten bland de unga, även om variationer finns från ett år till ett annat. Dödligheten i alkoholskador, vilket i den här åldern oftast innebär akut alkoholförgiftning, har legat högre under 2000-talet än under 1990-talet, vilket är särskilt tydligt bland de unga männen.

Figur 8. Dödlighet och dödsorsaker bland unga 15–24 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 15–24 år, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*



*Se fotnot figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

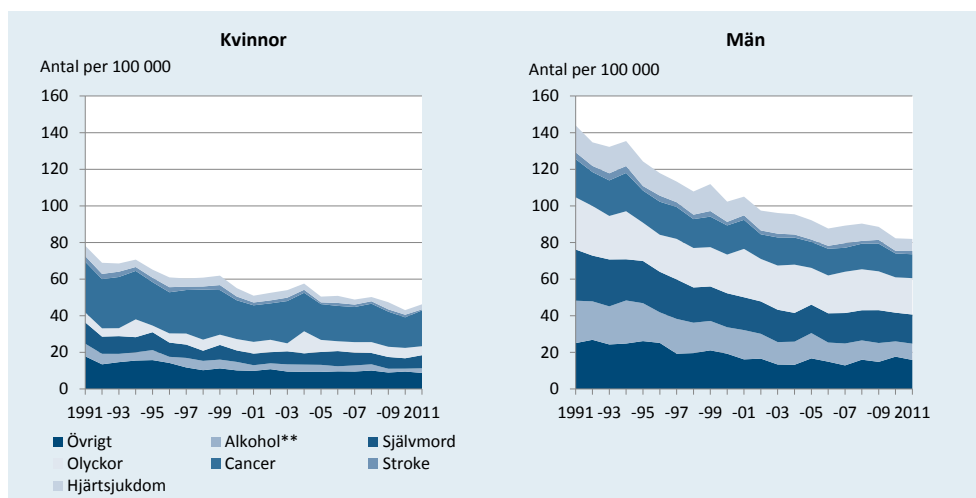
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna 25–44 år

År 2011 dog 553 kvinnor och 1 020 män i åldern 25–44 år, vilket motsvarar 46,1/100 000 kvinnor och 81,6/100 000 män. 1,2 procent av alla kvinnor som dör och 2,3 procent av alla män finns i denna åldersgrupp. I åldersgruppen är alltså dödligheten nästan dubbelt så hög bland män som bland kvinnor, vilket beror på männens högre dödlighet i olyckor, självmord och alkoholrelaterade orsaker (*figur 9*). Cancerdödligheten är högre bland kvinnor i den här åldersgruppen. Bröstcancer och andra könsspecifika cancerformer utgör närmare hälften av cancerdödsfallen bland kvinnorna. Sedan 1991 har dödligheten bland både kvinnor och män i åldersgruppen minskat. Detta beror främst på att dödligheten i självmord, hjärt- och kärlsjukdomar, olyckor, cancer och alkoholrelaterade orsaker har minskat.

Figur 9. Dödlighet och dödsorsaker åldern 25–44 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 25–44 år, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

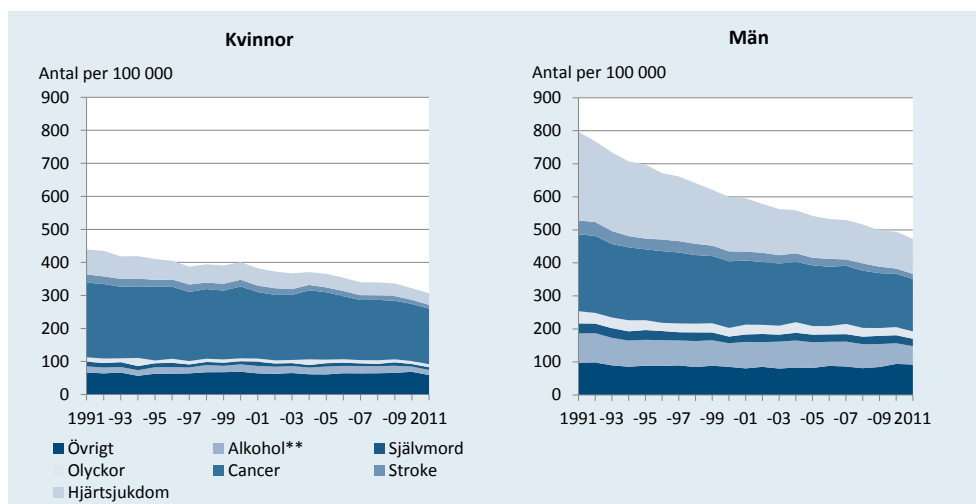
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna 45–64 år

År 2011 dog 3 634 kvinnor och 5 647 män i åldern 45–64 år, vilket motsvarar 303,1/100 000 eller 7,8 procent av alla kvinnor som dog under året och 464,0/100 000 eller 13,0 procent av alla män som dog. Den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen är cancer (*figur 10*). Bland kvinnor i åldersgruppen är cancer den helt dominerade dödsorsaken, och fler kvinnor än män dör i cancer. Det beror på bröst- och andra könsspecifika cancerformer som ofta drabbar kvinnor redan i förvärvsarbetande åldrar. Den totala dödligheten i gruppen är dock högre bland män, vilket främst förklaras av männens högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och alkoholrelaterade orsaker. Sedan 1991 har dödligheten minskat i den här åldersgruppen, och snabbare bland männen än bland kvinnorna vilket lett till att könsskillnaden minskat. Minskningen beror till största delen på minskad hjärt- och kärldödlighet.

Figur 10. Dödlighet och dödsorsaker åldern 45–64 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 45–64 år, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

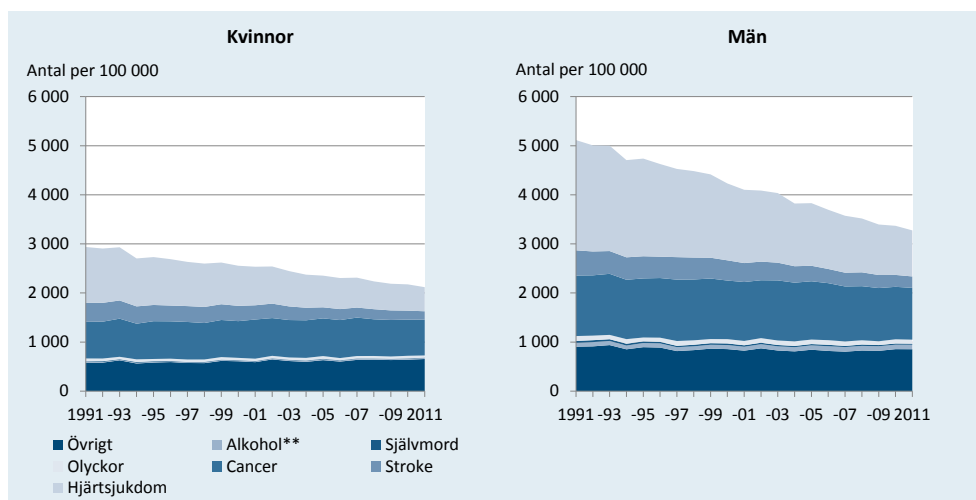
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Äldre 65–84 år

År 2011 dog 17 241 (2 155/100 000) kvinnor och 21 682 (3 060/100 000) män i åldern 65–84 år, eller 37,2 procent av alla kvinnor och 49,7 procent av alla män som dog under året. I åldersgruppen är cancer den vanligaste dödsorsaken, följt av hjärt- och kärlsjukdomar (*figur 11*). Sedan 1991 har dödligheten minskat avsevärt på grund av minskning i hjärt- och kärlsjukdomar som tidigare var den helt dominerande dödsorsaken, i synnerhet bland män. Själv mord och död i alkoholrelaterade orsaker är jämförelsevis ovanliga som dödsorsaker i denna ålder. Under 20-årsperioden har självmorden närmare halverats bland både kvinnor och män i åldersgruppen, medan alkohol dödligheten däremot ökat, i synnerhet bland kvinnorna. Ändå är det mer än fyra gånger så vanligt att män dör i alkoholrelaterade sjukdomar än att kvinnor gör det.

Figur 11. Dödlighet och dödsorsaker åldern 65–84 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 65–84 år, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

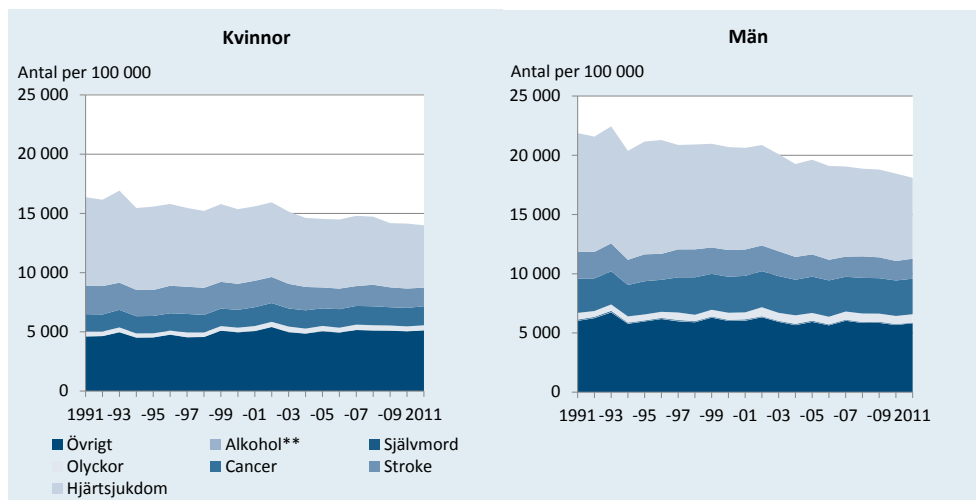
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De äldsta, 85 år och äldre

Mer än hälften av alla kvinnor (53,1 procent) och var tredje man (33,8 procent) som dog år 2011 var 85 år eller äldre. I den här åldersgruppen är hjärt- och kärlsjukdomar den vanligaste dödsorsaken, följt av cancer (*figur 12*). Självmord är en jämförelsevis ovanlig dödsorsak i åldersgruppen, och har bland männen minskat med ungefär hälften sedan 1991. Dock är självmord bland män betydligt vanligare i denna åldersgrupp än i yngre åldrar. Det är dubbelt så vanligt att män som är 85 år eller äldre begår självmord än att män i åldern 65–84 gör det. År 2011 dog 24 606 kvinnor och 14 723 män i åldrarna 85 år eller äldre, vilket motsvarar 14 648/100 000 kvinnor och 17 467/100 000 män.

Figur 12. Dödlighet och dödsorsaker åldern 85 år och äldre

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män i åldern 85 år och äldre, perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*Se figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

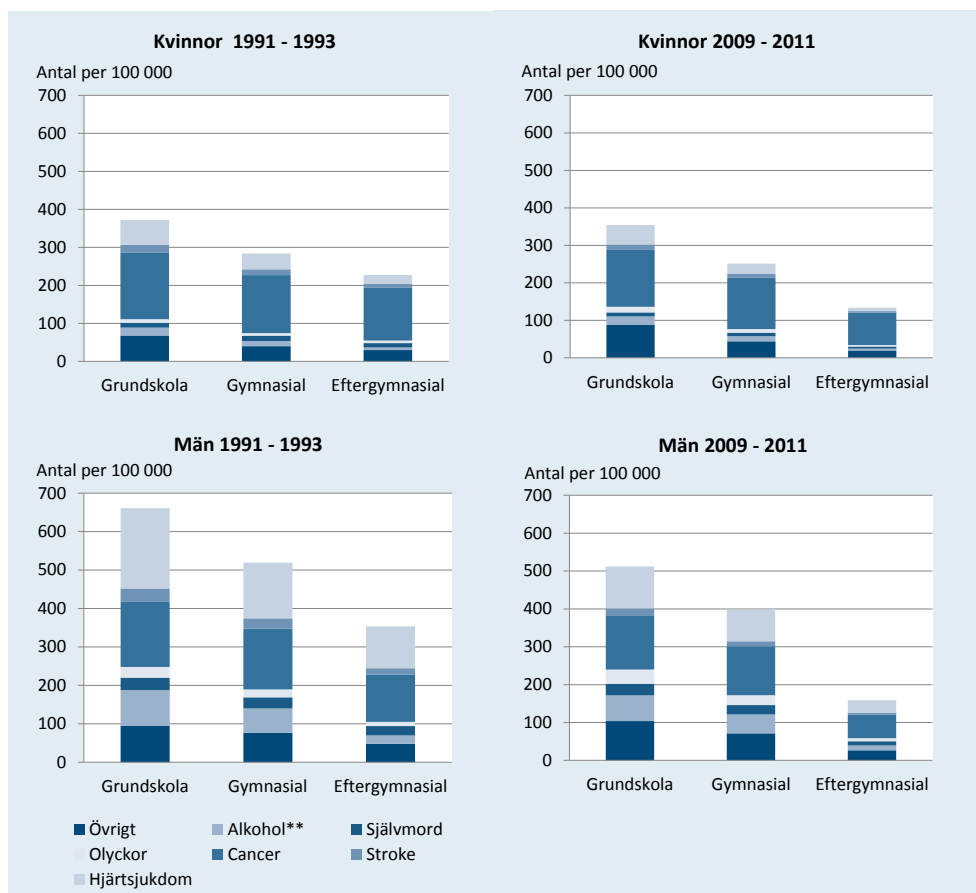
Högre dödlighet bland personer med kort utbildning

Dödligheten är högre bland dem med kort utbildning än bland dem som har en lång utbildning. Tydligast är denna skillnad i yrkesverksamma åldrar, då dödligheten är mer än dubbelt så hög bland personer med endast grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. I *figur 13* jämförs dödligheten och orsakerna till dödsfallen bland personer i åldrarna 35–64 år med olika lång utbildning, dels i början av 1990-talet och dels de senaste åren. Alla stora dödsorsaker i befolkningen – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser – är vanligast bland dem med kortast utbildning och ovanligast bland dem med längst utbildning.

Kvinnor med kort utbildning har haft den sämsta utvecklingen över tid. Sedan 1992 har dödligheten minskat med 35 procent bland kvinnor med eftergymnasial utbildning, men endast med 4 procent bland dem med grundskoleutbildning i förvärvsarbetande åldrar. Cancer följt av hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste orsakerna till dessa förtida dödsfall. Cancerdödligheten har minskat med 32 procent och dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar med 58 procent bland kvinnor med eftergymnasial utbildning, medan motsvarande minskning bland dem med förgymnasial utbildning är 11 respektive 20 procent.

Även bland män är cancer den vanligaste orsaken till död i förvärvsarbetande åldrar, oavsett utbildningsnivå. Därefter följer hjärt- och kärlsjukdomar, alkoholrelaterad dödlighet och olyckor. Sedan början av 1990-talet har dödligheten minskat bland män i alla utbildningsgrupper, och minskningar finns i alla de största dödsorsakerna förutom olyckor där dödligheten ökat något bland dem med förgymnasial och gymnasial utbildning. Män har generellt högre dödlighet än kvinnor men i den här åldersgruppen har män med *eftergymnasial* utbildning betydligt lägre dödlighet än kvinnor med *förgymnasial* utbildning.

Figur 13. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i åldern 35–64 år
Döda i olika dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 1991–1993 och 2009–2011. Kvinnor och män i åldern 35–64 år, antal per 100 000. Åldersdardiserade tal*.



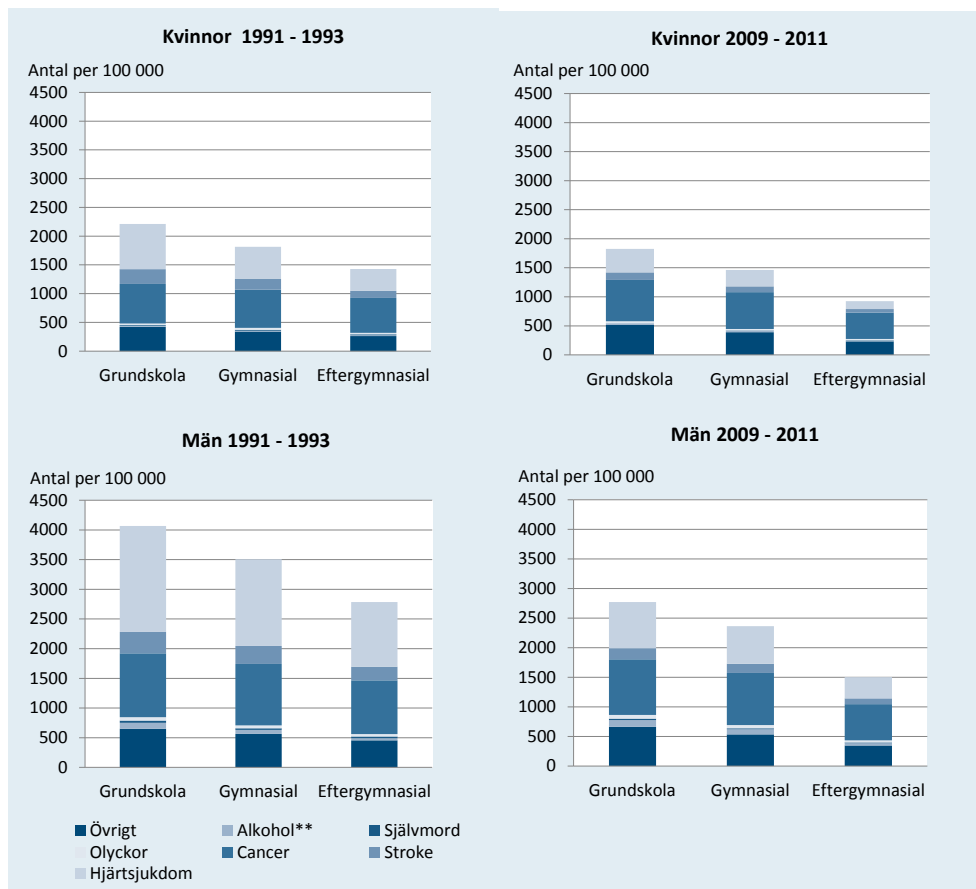
*Se figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmisbruk.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Efter pensionsåldern, i gruppen 65–79, består mönstret med högst dödlighet bland dem med förgymnasial och lägst dödlighet bland dem med eftergymnasial utbildning (figur 14). Skillnaderna mellan grupperna är dock mindre än i de yrkesverksamma åldrarna. I denna åldersgrupp har dödligheten minskat för alla utbildningsgrupper och betydligt mer bland män än bland kvinnor. Det är framför allt dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomarna som har minskat.

Figur 14. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i åldern 65–79 år
Döda i olika dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 1991–1993 och 2009–2011. Kvinnor och män i åldern 65–79 år, Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*. (Observera de olika skalorna i figur 13 och figur 14.)



*Se figur 5 för förklaring.

**Alkoholrelaterade orsaker, se faktaruta nedan i avsnittet om alkohol- och drogmissbruk.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdom har under lång tid varit den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Sett till hela befolkningen är det fortfarande så, men i åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak bland både kvinnor och män. De senaste decennierna har hjärt- och kärldödligheten minskat kraftigt, och såväl insjuknanden som dödsfall inträffar vid allt högre åldrar. Bland dem som dog i hjärt- och kärlsjukdomar år 2011 var 90 procent av kvinnorna och 74 procent av männen 75 år eller äldre, 65 procent av kvinnorna och 42 procent av männen var 85 år eller äldre. Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar påverkas bland annat av bestämningsfaktorerna arbetslöshet, stillasittande fritid och rökning som redovisas längre fram i rapporten.

Könsskillnaderna minskar i hjärtinfarktinsjuknande

Tabell 2 visar hur många som insjuknat i sin första hjärtinfarkt i olika åldersgrupper. Hjärtinfarkt är vanligare bland män än bland kvinnor. Män är också i genomsnitt yngre när de drabbas av sin första hjärtinfarkt. Åren

2009–2011 var 68 procent av kvinnorna och 44 procent av männen 75 år eller äldre när de insjuknade i sin första hjärtinfarkt.

Tabell 2. Insjuknade i hjärtinfarkt för första gången i olika åldersgrupper

Antal och antal per 100 000 som insjuknat i hjärtinfarkt för första gången. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2009–2011. Talen är inte åldersstandardiserade.

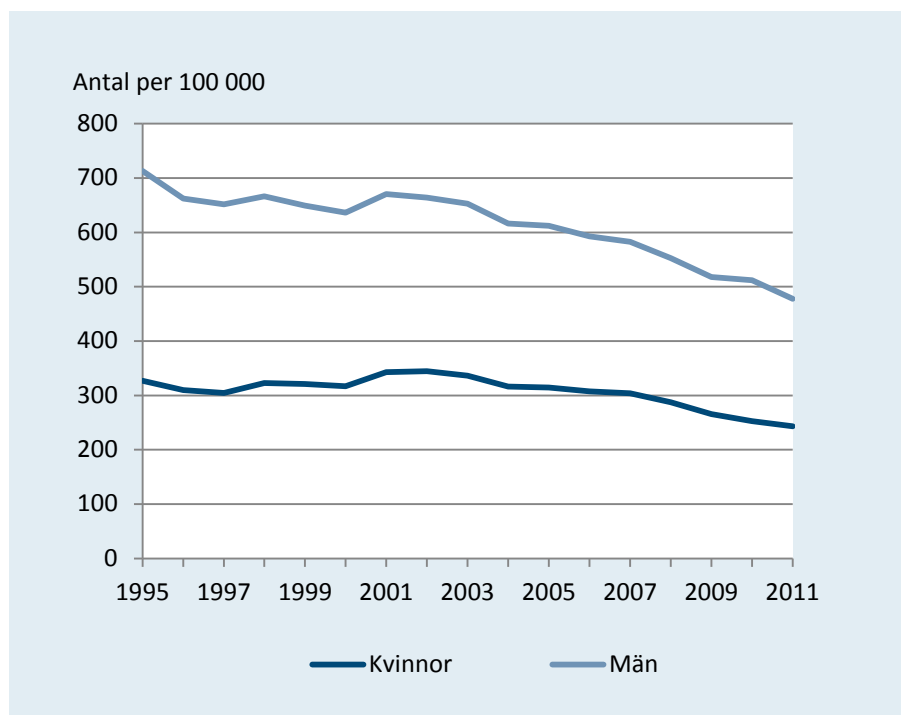
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20+	10 607	15 815	291,0	446,0
20–34	13	34	1,5	3,7
35–44	90	279	14,1	42,6
45–54	380	1 281	63,3	207,8
55–64	999	3 069	167,5	513,8
65–74	1 903	4 168	407,6	931,8
75–84	3 371	4 278	1 073,8	1 807,9
85+	3 852	2 706	2 311,9	3 266,7

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I figur 15 visas utvecklingen av förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt sedan år 1995. Insjuknandena har minskat snabbare bland män än bland kvinnor vilket innebär att könsskillnaderna minskat.

Figur 15. Förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt

Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i hjärtinfarkt för kvinnor och män, 20 år och äldre, åren 1995–2011. Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal**.



*Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt efter sju infarktfria år.

**För förklaring se figur 5.

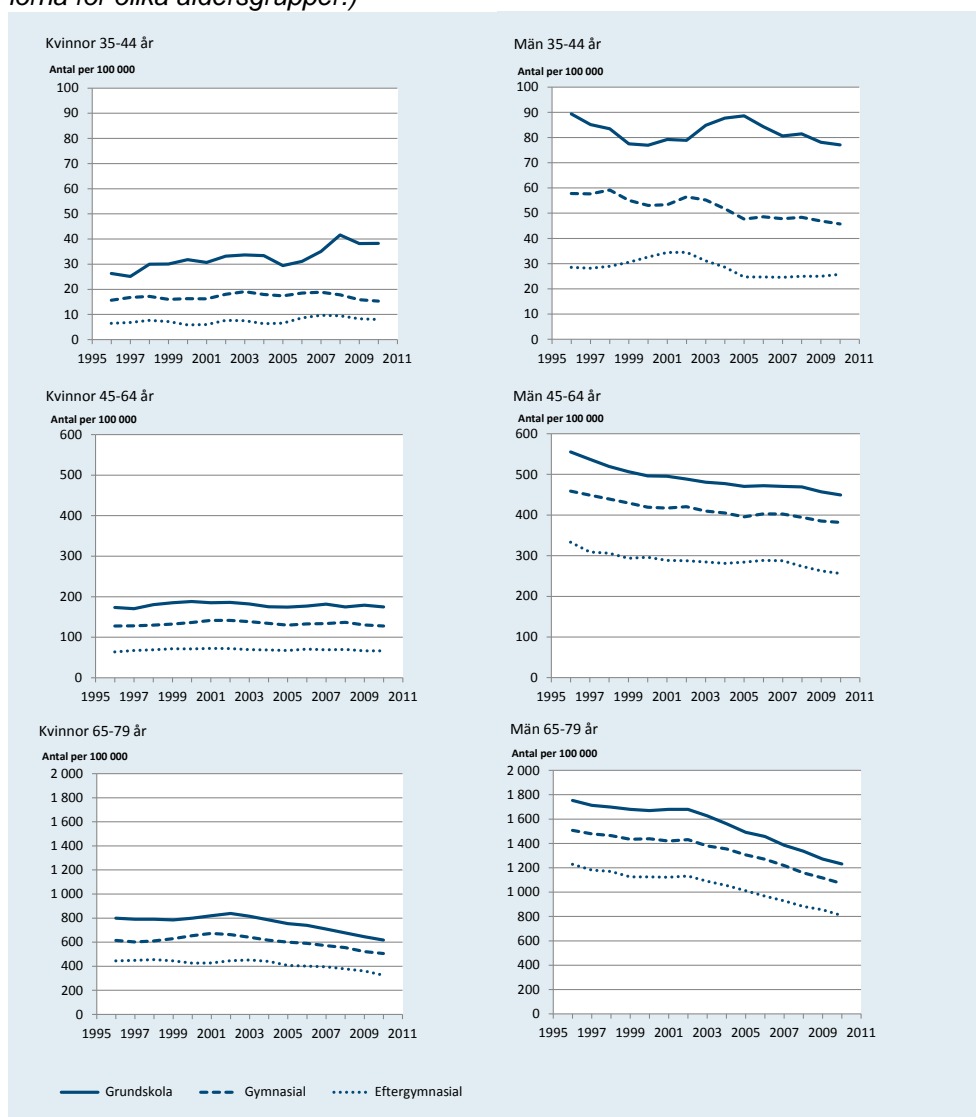
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Insjuknandet i hjärtinfarkt minskar inte bland yngre kvinnor

Bland kvinnor i förvärvsaktiv ålder har insjuknandet i hjärtinfarkt inte minskat sedan mitten av 1990-talet (*figur 16*). Bland män i samma åldersgrupp ses en tydlig minskning. Den mest positiva utvecklingen återfinns bland personer efter pensionsåldern, i synnerhet bland män.

Jämförelsevis få hjärtinfarkter inträffar i yngre medelåldern 35–44 år (*tabell 2*). I denna åldersgrupp har utvecklingen över tid varit mindre gynnsam än i äldre åldersgrupper, och risken för hjärtinfarkt har ökat för kvinnor med förgymnasial utbildning. Samtidigt har gruppen med förgymnasial utbildning minskat i storlek i takt med att allt fler fått en högre utbildning (*figur 1*), och det faktiska antalet förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt har inte ökat bland dem med förgymnasial utbildning i åldersgruppen.

Figur 16. Förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt efter utbildning i olika åldrar
Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i hjärtinfarkt för kvinnor och män i åldrarna 35–44, 45–64 och 65–79 år i olika utbildningsgrupper åren 1995–2011. Glidande treårsmedelvärden. Åldersstandardiserade tal**. (Observera de olika skalorna för olika åldersgrupper.)



*Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt efter sju infarktfria år. **För förklaring se figur 5.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, SCB.

Insjuknandet i stroke minskar

Risken för stroke ökar med stigande ålder. Av alla förstagångsinsjuknanden åren 2009–2011 inträffade 70 procent bland kvinnor och 52 procent bland män i åldern 75 år och äldre, 38 procent respektive 20 procent av förstagångsinsjuknanden skedde i åldern 85 år och äldre. Relaterat till befolkningens storlek är stroke vanligare bland män, men det faktiska antalet fall är lika högt bland kvinnor, eftersom kvinnorna är fler i den äldsta delen av befolkningen. *Tabell 3* visar insjuknandet i stroke i olika åldersgrupper.

Tabell 3. Insjuknade i stroke för första gången i olika åldersgrupper

Antal och antal per 100 000 i hela riket som insjuknat i stroke för första gången. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2009–2011. Talen är inte åldersstandardiserade.

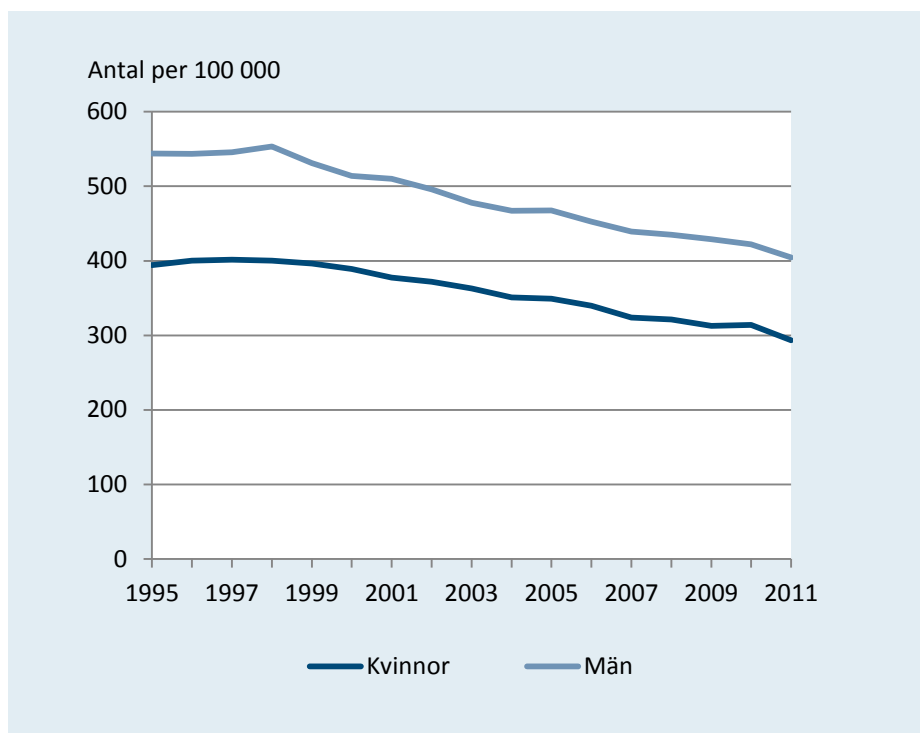
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20+	12 885	12 899	353,5	363,7
20–34	73	96	8,4	10,6
35–44	161	231	25,4	35,3
45–54	408	691	68,1	112,1
55–64	1 017	1 886	170,6	315,7
65–74	2 197	3 298	470,4	737,2
75–84	4 175	4 079	1 329,9	1 724,0
85+	4 854	2 618	2 913,7	3 160,9

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Liksom dödligheten har även insjuknandet i stroke minskat (*figur 17*). Minskningen sedan 1995 har gått snabbare bland män och könsskillnaderna har minskat.

Figur 17. Förstagångsinsjuknanden i stroke

Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i stroke för kvinnor och män, 20 år och äldre, åren 1995–2011. Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal**.



*Förstagångsinsjuknande i stroke efter sju strokefria år.

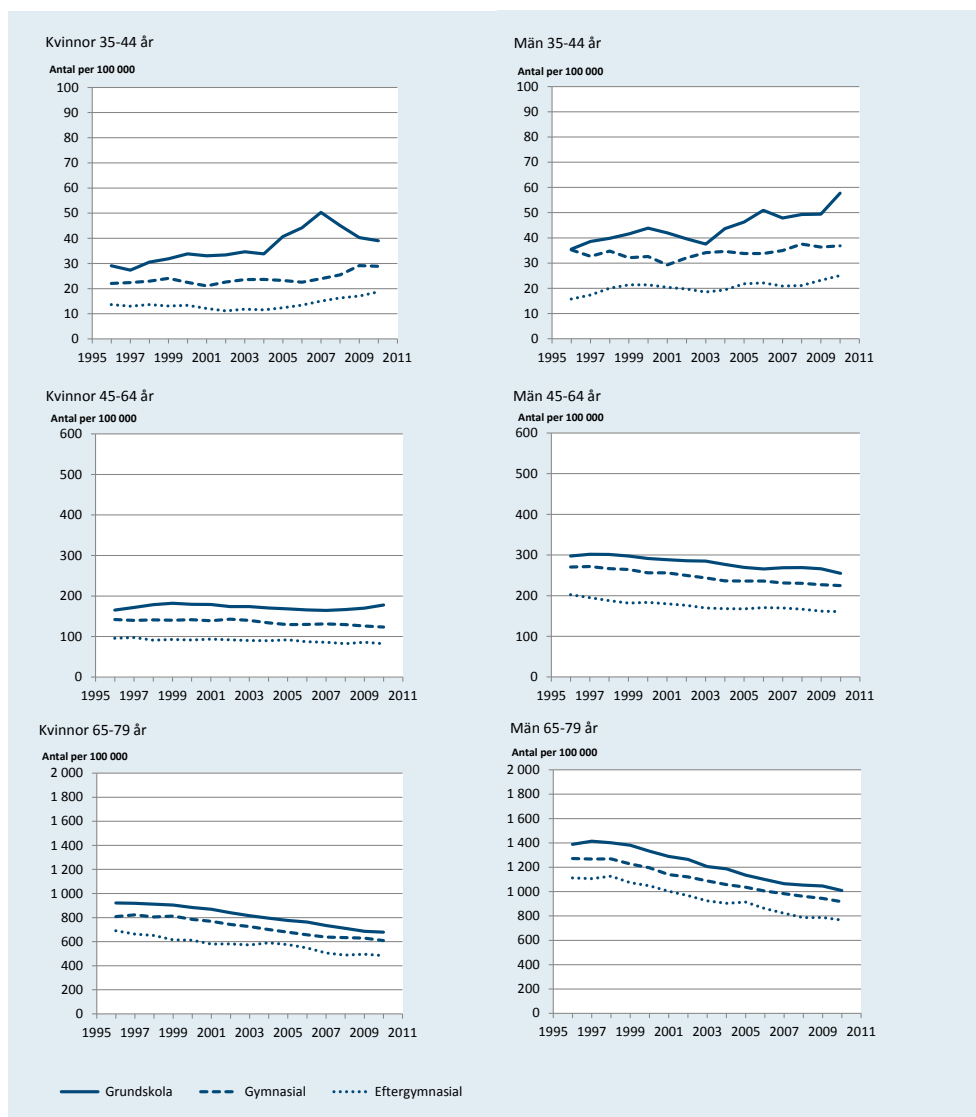
**För förklaring se figur 5.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Insjuknande i stroke ökar i yngre medelålder

Liksom för hjärtinfarkt så har insjuknandet i stroke inte utvecklats lika gynnsamt i förvärvsarbetande åldrar som bland de äldre. I åldersgruppen 35–44 år har förstagångsinsjuknandena i stroke ökat med 21 procent för kvinnor och 15 procent för män sedan mitten av 1990-talet. Ökningen är tydligast bland dem med förgymnasial utbildning och skillnaden mellan grupper med olika utbildningsbakgrund har ökat (figur 18). Strokeinsjuknanden är dock jämförelsevis ovanliga i unga år (tabell 3), men får ofta förödande konsekvenser för såväl den drabbade som för anhöriga, inte minst om den drabbade har små barn. I åldersgruppen 45–64 år minskar strokeinsjuknandet bland män, men inte bland kvinnor. De allra flesta insjuknanden i stroke sker i äldre åldersgrupper och det är också bland de äldre som den snabbaste minskningen skett. Insjuknandet i stroke har minskat snabbare bland män än bland kvinnor och könsskillnaderna har minskat.

Figur 18. Förstagångsinsjuknanden i stroke efter utbildning i olika åldrar
 Utvecklingen av insjuknanden i förstagångsstroke* för kvinnor och män i olika utbildningsgrupper åren 1995–2011. Glidande treårsmedelvärden. Åldersstandardiserade tal**. (Observera att skalan är olika för de olika åldersgrupperna.)



*Förstagångsinsjuknande i stroke efter sju strokefria år.

**För förklaring se figur 5.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, SCB.

Cancer

I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna minskat har betydelsen av cancer ökat relativt sett som dödsorsak. I åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak än hjärt- och kärlsjukdomar bland både kvinnor och män. Uppskattningsvis kommer var tredje person att få en cancerdiagnos under sin livstid.

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar som alla har det gemensamt att celler på någon plats i kroppen har börjat dela sig okontrollerat. Efter hand bildar dessa celler en tumör som växer sig allt större. I många fall sprider sig cancerceller till andra platser i kroppen och bildar dottertumörer, så kallade metastaser. Hur fort denna process går varierar

mellan olika cancertumörer och individer. Vissa cancerformer utvecklas relativt långsamt medan andra har ett snabbt och mer dramatiskt förlopp.

Insjuknande i bröst- och prostatacancer vanligast

Det är betydligt fler som insjuknar i cancer än som dör i cancer. En del blir botade, andra hinner dö av någonting annat än sin cancersjukdom. Nedan redovisas de cancerformer som är vanligast när det gäller insjuknande och död. År 2011 fick 28 000 kvinnor och 30 000 män en cancerdiagnos i Sverige. Samma år dog drygt 11 000 kvinnor och 12 000 män i cancer. Risken för att dö i cancer ökar med stigande ålder, och bland dem som dog i cancer år 2011 var cirka 50 procent av både kvinnorna och männen över 75 år, och 20 procent av kvinnorna och 17 procent av männen var över 85 år. *Tabell 4* visar insjuknande och dödlighet i de vanligaste cancerformerna. Bland kvinnor är insjuknande i bröstcancer vanligast, medan lungcancer ger upphov till flest dödsfall. Bland män är prostatacancer vanligast både när det gäller insjuknande och död. Mer information om cancer finns i olika publikationer från Socialstyrelsen, exempelvis *Folkhälsorapport 2009* (Socialstyrelsen, 2009), *Cancer Incidence in Sweden 2011* (Socialstyrelsen, 2012a) *Dödsorsaker 2011* (Socialstyrelsen, 2012b), *Cancer i siffror 2009 – Populärvetenskapliga fakta om cancer* (Cancerfonden & Socialstyrelsen, 2009) och *Cancer i Sverige. Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning* (Socialstyrelsen, 2011).

Tabell 4. Insjuknade och döda i cancer

Antal och antal per 100 000 i hela riket insjuknade och döda i cancer. Kvinnor och män, genomsnitt för åren 2009–2011. Talen är inte åldersstandardiserade.

	Insjuknade				Döda			
	Antal		Antal per 100 000		Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Cancer totalt	26 946	29 866	572,5	639,8	10 352	11 331	219,9	242,7
Bröst	7 931		168,5		1 391		29,6	
Lunga	1 840	1 887	39,1	40,4	1 673	1 884	35,5	40,4
Malignt melanom	1 485	1 533	31,5	32,8	203	282	4,3	6
Prostata		10 026		214,8		2 399		51,4
Tjock-, ändtarm	3 005	3 279	63,8	70,2	1 301	1 341	27,6	28,7

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

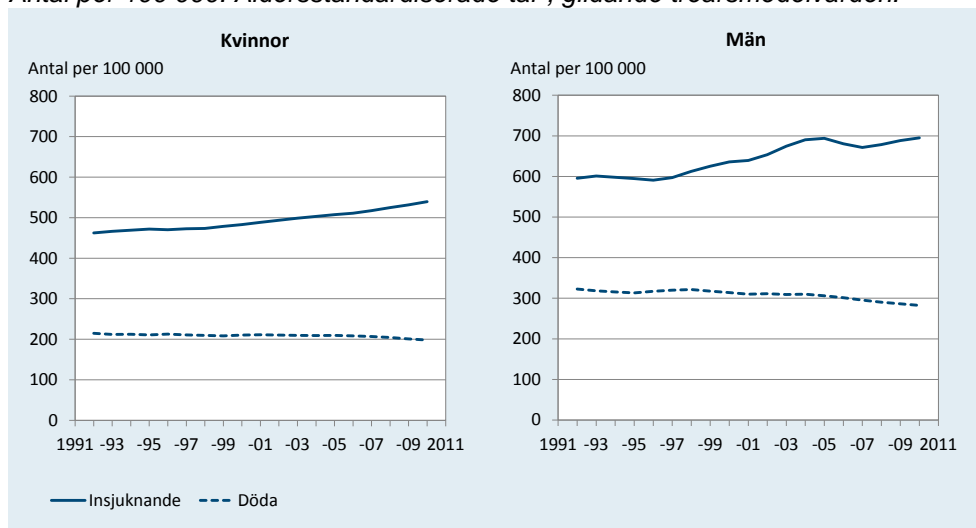
Fler får cancer men dödligheten minskar

Dödligheten i cancer minskar något, trots att allt fler cancerdiagnoser ställs. Detta beror delvis på att cancerdiagnoser ställs i tidigare skede vilket vanligen innebär bättre prognos, men också på att vården blivit allt bättre på att behandla cancer. Trenden för insjuknande påverkas inte bara av tidig diagnostik, utan beror också på förekomsten av olika riskfaktorer. De allra flesta fall av lungcancer beror på rökning, och speglar rökvanorna för två till tre decennier sedan. Rökning påverkar inte bara lungcancer utan ökar risken för de allra flesta cancerformer. Matvanor har också betydelse, liksom fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion. Solens ultraviolettera strålning är en välkänd riskfaktor för malignt melanom. I *figurerna 19–24* visas insjuk-

nande och dödlighet för all cancer sammantaget samt för bröst-, prostata-, tjock- och ändtarms-, lungcancer och malignt melanom. Förekomsten av cancer är bland annat relaterad till bestämningsfaktorerna stillasittande fritid och rökning som redovisas längre fram i rapporten.

Figur 19. Insjuknande och död i cancer

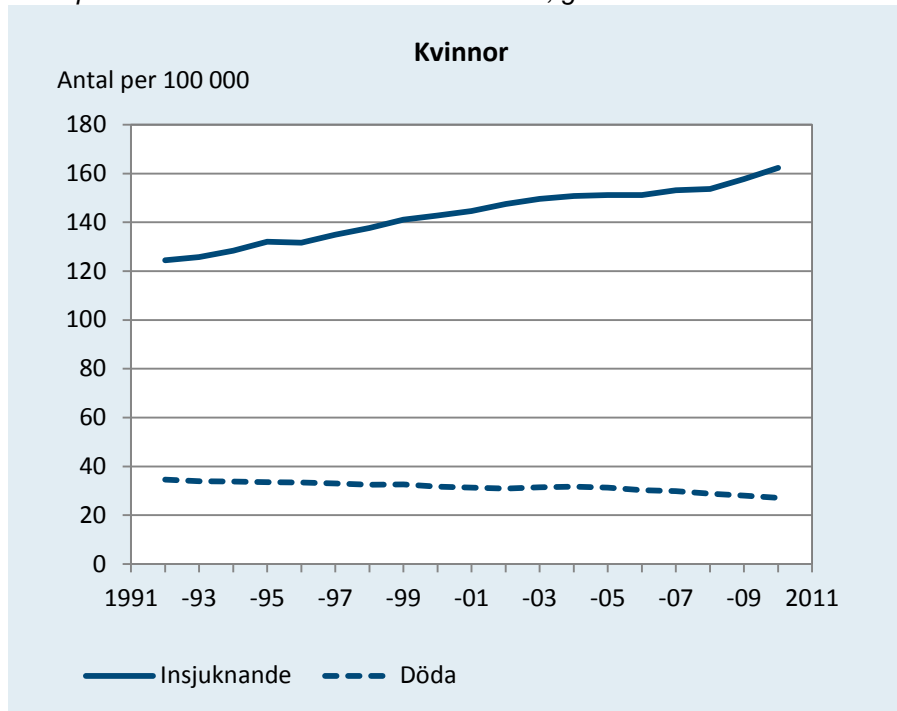
Utvecklingen av insjuknande och död i cancer åren 1991–2011. Kvinnor och män, Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring se figur 5.
Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 20. Insjuknande och död i bröstcancer

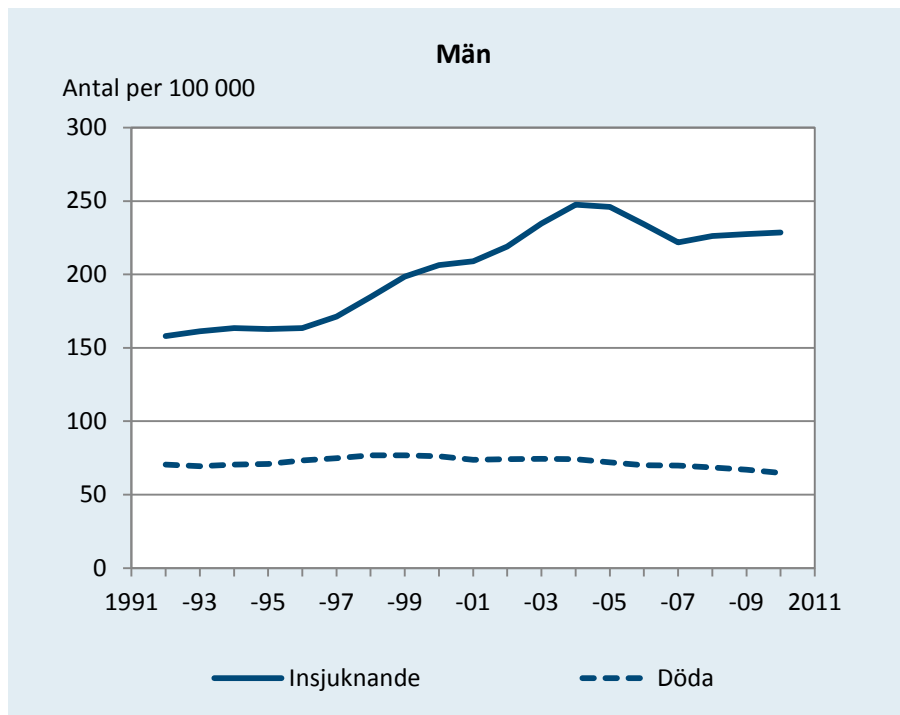
Utvecklingen av insjuknande och död i bröstcancer åren 1991–2011. Kvinnor, Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring se figur 5.
Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 21. Insjuknande och död i prostatacancer

Utvecklingen av insjuknande och död i prostatacancer åren 1991–2011. Män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

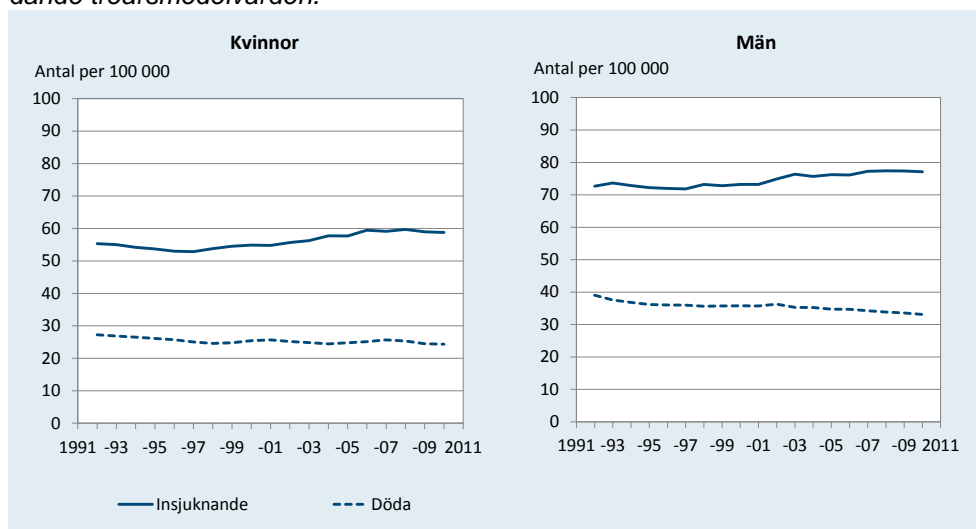


*För förklaring se figur 5.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 22. Insjuknande och död i tjock- och ändtarmscancer

Utvecklingen av insjuknande och död i tjock- och ändtarmscancer åren 1991–2011. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

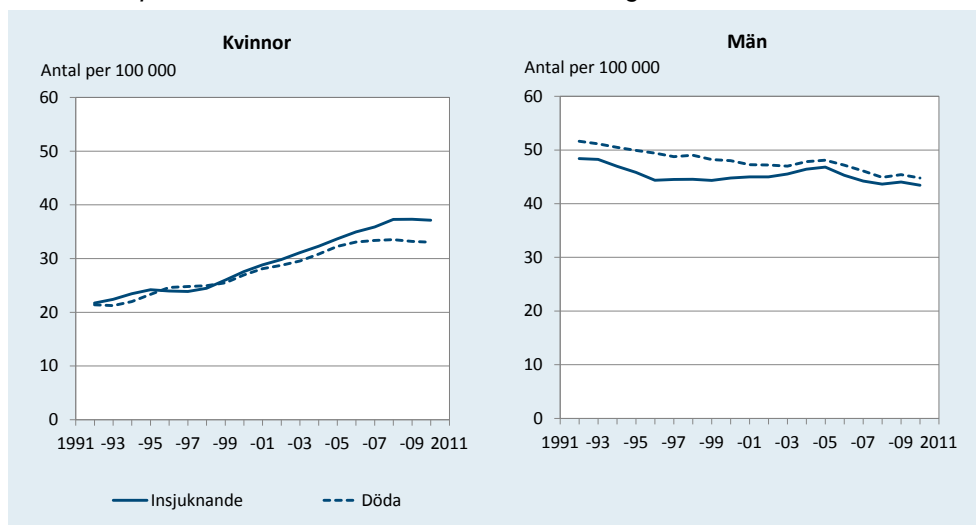


*För förklaring se figur 5.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 23. Insjuknande och död i lungcancer

Utvecklingen av insjuknande och död i lungcancer åren 1991–2011. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

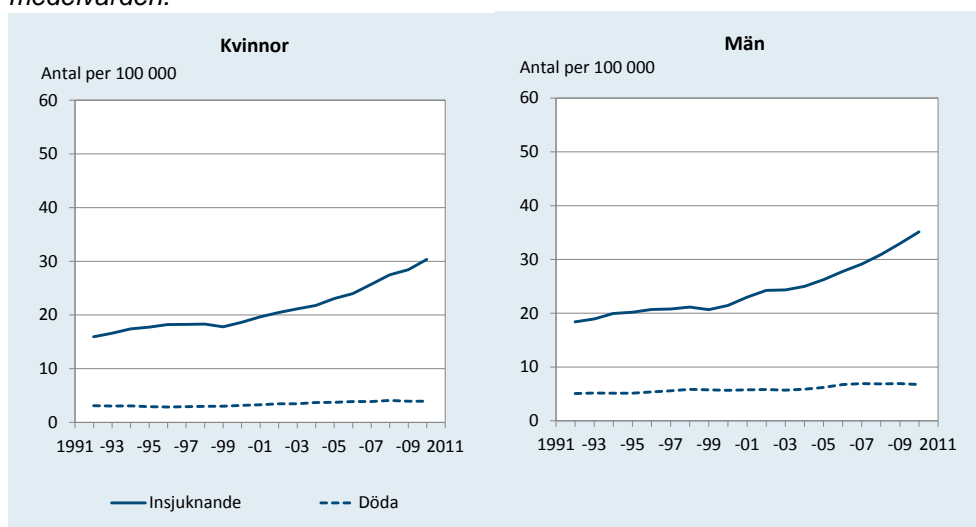


*För förklaring se figur 5.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 24. Insjuknande och död i malignt melanom

Utvecklingen av insjuknande och död i malignt melanom åren 1991–2011. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring se figur 5.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Överlevnad efter cancerdiagnos

Möjligheterna att överleva efter en cancerdiagnos skiljer sig åt väsentligt mellan olika cancerformer, men prognosen är ofta bättre om canceren upptäcks i ett tidigt skede av sjukdomen. De flesta som diagnosticeras med malignt melanom i huden lever länge efter att de fått sin diagnos, medan utsikterna är betydligt sämre vid exempelvis lungcancer. Måttet ”relativ överlevnad” används för att mäta överlevnaden bland cancerpatienter i förhållande till jämnåriga som inte har cancer. Tabell 5 visar den förväntade relativa överlevnaden för de vanligaste cancerdiagnoserna.

Tabell 5. Relativ överlevnad efter cancerdiagnos

Andel (procent) som överlever* ett, två, fem och tio år efter diagnos i olika cancerformer. Kvinnor och män 35 år och äldre. Överlevnadssiffrorna anger den förväntade relativa överlevnaden för patienter som diagnostiserats under perioden 2009–2011.

	Andel (procent) överlevande efter diagnos							
	Kvinnor				Män			
	1 år	2 år	5 år	10 år	1 år	2 år	5 år	10 år
Cancer totalt	84,6	78,3	70,6	65,4	85	79,2	72	64,8
Bröst	98,1	96,1	90,1	83,8				
Lunga	48,7	32,2	19,5	13,8	40,3	24,4	13,7	9,3
Malignt melanom	98,7	96,5	92,6	90,5	98,1	94,3	87,7	83,8
Prostata					98,6	96,4	91,7	82,6
Tjock-, ändtarm	84,3	76,1	66,3	61,3	83,8	75,5	63,1	56

* Den relativa överlevnaden anger överlevnaden bland patienter diagnostiserade med cancer vid avsaknad av andra dödsorsaker än cancer, dvs. om patienternas cancersjukdom var den enda möjliga dödsorsaken. Relativ överlevnad definieras som kvoten mellan den observerade överlevnaden för cancerpatienterna och den förväntade överlevnaden hos en jämförbar grupp i den allmänna befolkningen med avseende på kön och ålder.
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Sämre canceröverlevnad i grupper med kortare utbildning

Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk att såväl insjukna som att dö i cancer jämfört med dem som har gymnasial och eftergymnasial utbildning. Bland män ställs färre cancerdiagnoser bland dem med kortast utbildning, men dödligheten är ändå högst i denna grupp.

Bland kvinnor är dödligheten i bröstcancer högst bland dem med eftergymnasial utbildning, medan de med förgymnasial utbildning har högst dödlighet i lungcancer. Bland män är dödligheten högre i lungcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer bland dem med förgymnasial utbildning. Den största skillnaden mellan utbildningsgrupper finns i lungcancerdödlighet, vilket gäller både kvinnor och män.

Tabell 6. Insjuknade och döda i cancer efter utbildningsnivå

Antal insjuknade och döda i cancer per 100 000 invånare. Kvinnor och män 35–84 år vid diagnos med förgymnasial-, gymnasial- och eftergymnasial utbildning. Genomsnitt för åren 2009–2011. Åldersstandardiserade tal*.

Kvinnor

	Insjuknade per 100 000			Döda per 100 000		
	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial
Cancer totalt	873,1	856,9	860,6	324,7	291,8	235,9
Bröst	254,2	265,9	305,5	40,2	39,5	44,5
Lunga	85	68,7	37,4	71,8	57,1	30,3
Malignt melanom	37,5	46,7	54,1	6	5,8	5,9
Tjock-, ändtarm	94,2	92,7	92,5	34,5	35	26,7

Män

	Insjuknade per 100 000			Döda per 100 000		
	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial
Cancer totalt	1 070,9	1 088,90	1 081,6	416,2	378,3	297,8
Prostata	358,6	383,9	419,2	69,4	67	62
Lunga	87,8	72,6	47,5	85	69,7	39,6
Malignt melanom	40,7	56,4	68,8	10,4	10,1	9,7
Tjock-, ändtarm	128,5	117,9	114,5	49,2	43,8	39,7

*För förklaring se figur 5.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

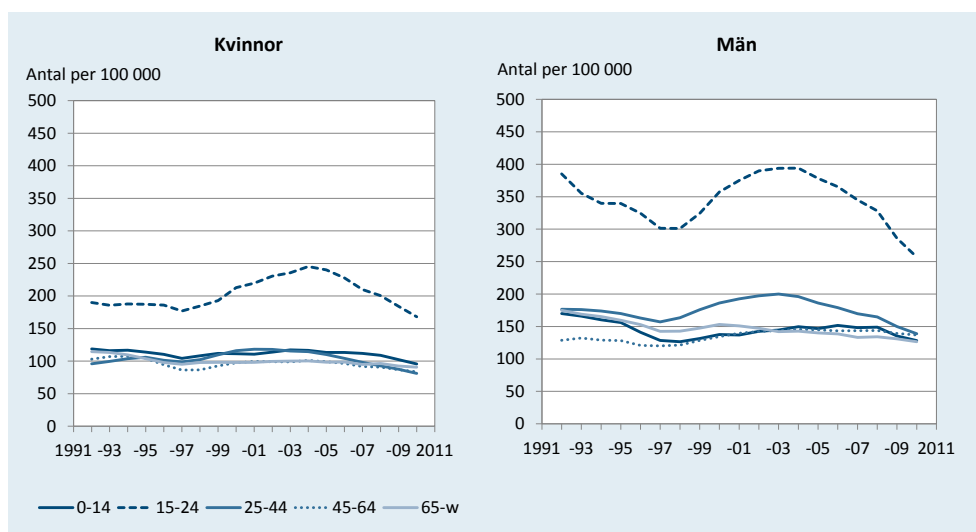
Skador

Sjukhusvård för trafikolyckor minskar bland unga

Åren 2009–2011 vårdades i genomsnitt 4 571 kvinnor (97/100 000) och 7 076 män (152/100 000) på sjukhus årligen för skador efter trafikolyckor. I alla åldersgrupper är sjukhusvård för trafikolyckor vanligare bland män än bland kvinnor (figur 25). Ungdomar och unga vuxna vårdas oftare för trafikolyckor än andra åldersgrupper och i åldern 15–24 år är också könsskillnaden som störst. Under de senaste åren har sjukhusvård till följd av trafikolyckor minskat, efter en ökning i slutet av 1990-talet och de första åren på 2000-talet.

Figur 25. Sjukhusvårdade till följd av fordonsolyckor

Antal personer per 100 000 invånare som årligen vårdats på sjukhus till följd av fordonsolyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper (0–14, 15–24, 25–44, 45–64, 65+) åren 1991–2011. Åldersstandardiserade tal**, glidande treårsmedelvärden.



*Fordon för landtransport

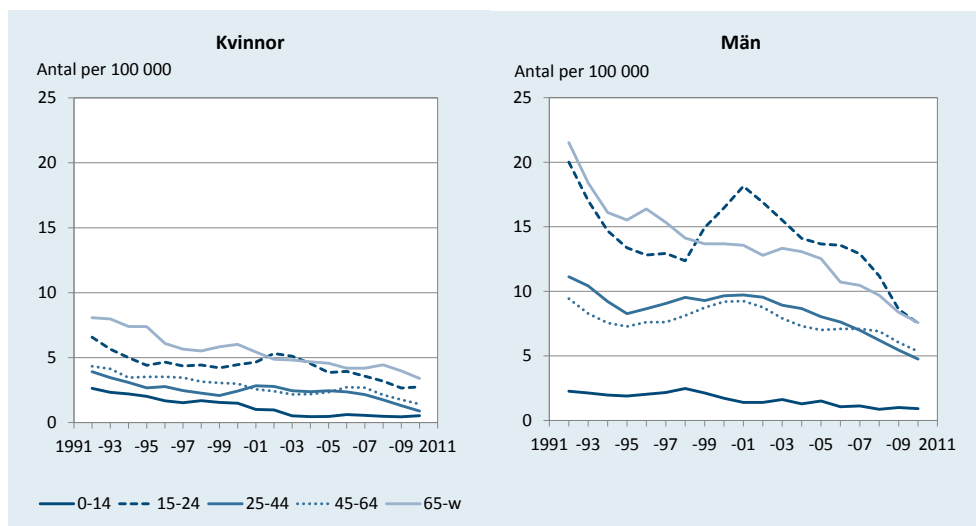
**För förklaring se figur 5.

De relativt låga talen under åren 1997–1999 antas bero på det klassifikationsbyte i patientregistret till ICD-10 som gjordes 1997. Klassifikationsbytet medförde ett stort initialt bortfall i registreringen av yttre orsaker till skador och förgiftning. Bortfallet kan dock i huvudsak hänföras till ett fåtal landsting.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 26. Dödlighet i fordonsolyckor

Antal döda i fordonsolyckor* per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal**. Glidande treårsmedelvärden.



*Fordon för landtransport.

**För förklaring se figur 5.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

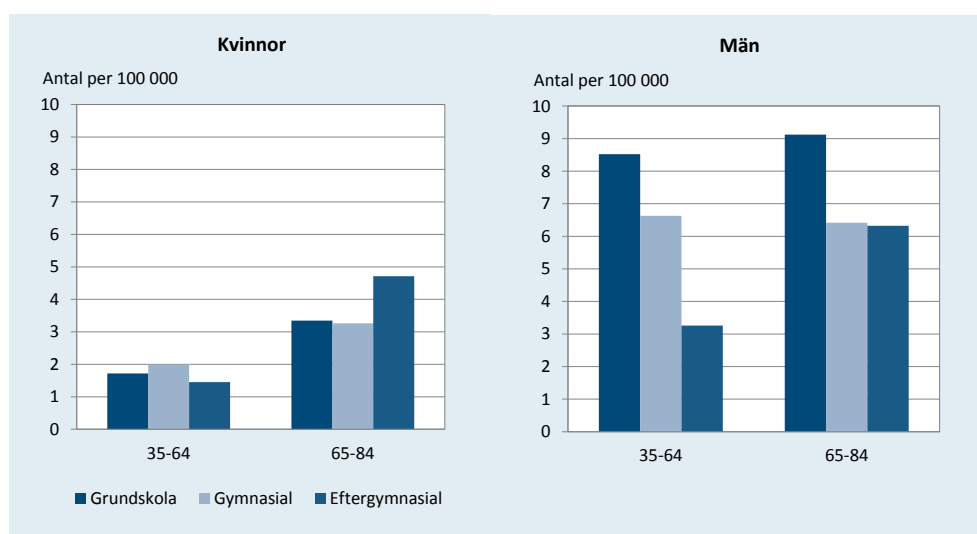
Bland män finns en gradient så att de med kortast utbildning löper högst risk att dö i trafikolyckor och de med längst utbildning har lägst risk (figur 27). Dessa skillnader finns både i förvärvsaktiva åldrar och efter pensionsåldern,

men är betydligt mer uttalade i den yngre åldersgruppen. I åldern 35–64 år är trafikdöd ungefär tre gånger så vanligt bland män med grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. Skillnaden mellan grupperna är mindre bland män som är 65 år eller äldre. Det beror på att risken för trafikdöd ökar kraftigt bland män med eftergymnasial utbildning efter pensionsåldern, medan risken för dem med grundskole- och gymnasial utbildning är väsentligen oförändrad.

Bland kvinnor i yrkesverksamma åldrar är risken för trafikdöd ungefär lika stor oavsett utbildning. Bland kvinnor som fyllt 65 år är risken för trafikdöd högst bland dem med eftergymnasial utbildning.

Figur 27. Döda i trafikolyckor i olika utbildningsgrupper

Döda i trafikolyckor bland personer med förgymnasial-, gymnasial- och eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldrarna 35–64 och 65–84 år. Antal per 100 000, genomsnitt för åren 2007–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*För förklaring se figur 5.

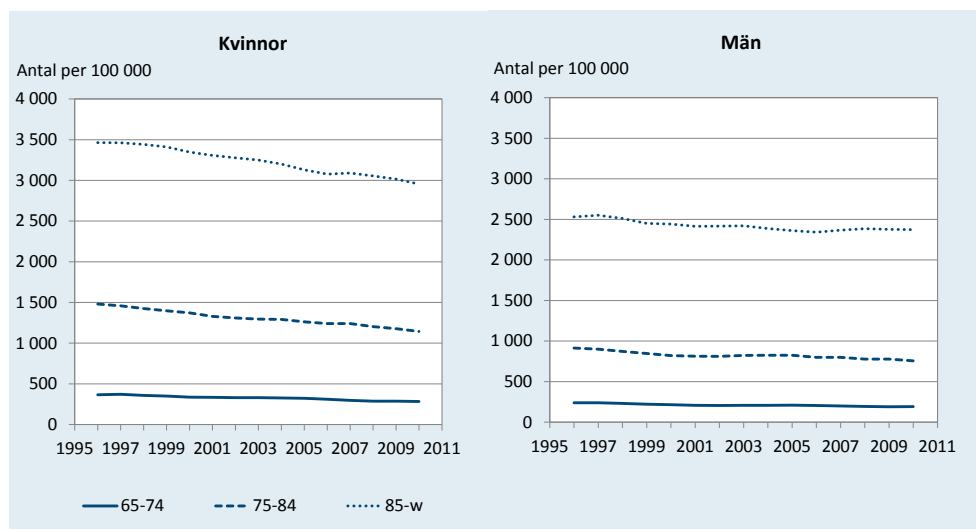
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Risken för höftfraktur minskar

Höftfrakturer är vanligt bland de äldsta och ofta ett symtom på långt framskriden osteoporos. I stort sett alla höftfrakturer opereras och efter detta följer en lång rehabilitering som är krävande för många äldre. Det är inte ovanligt att en höftfraktur innebär att den äldre inte längre klarar sig i eget boende, många uppnår inte sin tidigare funktionsförmåga trots rehabilitering (Socialstyrelsen, 2009). År 2011 var det 10 078 kvinnor (1 008/100 000) och 4 641 män (563/100 000) 65 år eller äldre som vårdades på sjukhus för sin första höftfraktur. Risken för höftfraktur har minskat och förstagångsfrakturerna inträffar senare i livet (*figur 28*). Det kan bland annat bero på ökad fysisk aktivitet bland de äldre, men också på att det blivit vanligare med tidig upptäckt och medicinsk behandling av osteoporos. Faktorer som ökar risken för osteoporos är bland annat rökning, fysisk inaktivitet och alkoholkonsumtion, förekomsten av dessa redovisas längre fram i rapporten.

Figur 28. Sjukhusvård för höftfraktur

Antal per 100 000 invånare som sjukhusvårdats för första gången på grund av fraktur i höftleden. Kvinnor och män i åldrarna 65–74, 75–84, 85+ år, perioden 1995–2011. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

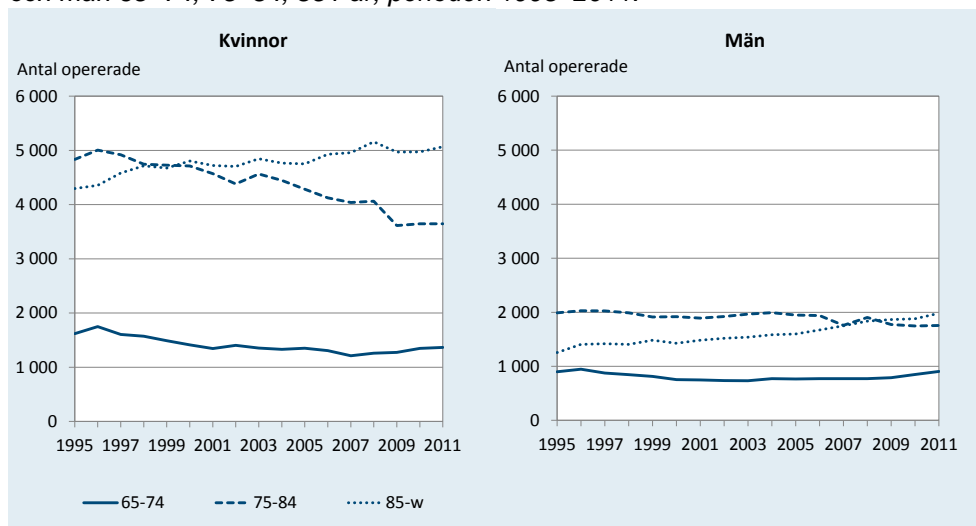


*För förklaring se figur 5.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Trots den minskade risken har ändå det faktiska antalet höftfrakturer ökat i befolkningen över 85 år, eftersom de allra äldsta blivit fler. *Figur 29* visar att det endast är i den allra äldsta gruppen som det faktiska antalet första-gångsfrakturer blivit fler, medan antalet minskat i grupperna 65–74 år och 75–84 år.

Figur 29. Sjukhusvård för höftfraktur

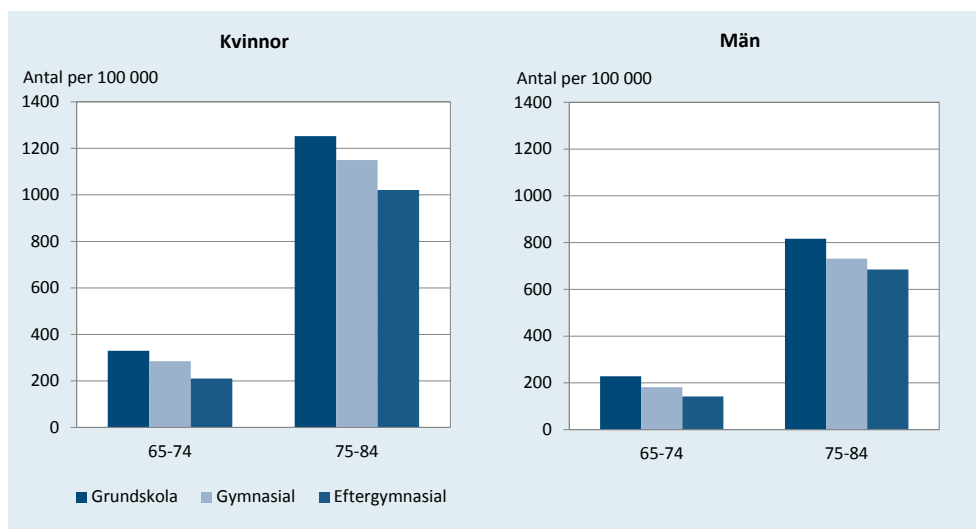
Antal sjukhusvårdade för första gången på grund av fraktur i höftleden. Kvinnor och män 65–74, 75–84, 85+ år, perioden 1995–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det är vanligare att personer med kort utbildning får höftfraktur än personer med lång utbildning. Detta gäller för både kvinnor och män (*figur 30*).

Figur 30. Sjukhusvård för höftfraktur i olika utbildningsgrupper
 Kvinnor och män med förgymnasial-, gymnasial- och eftergymnasial utbildning, som sjukhusvårdats för förstagingfraktur i höftleden. Antal per 100 000 i åldrarna 65–74 och 75–84 år, genomsnitt för åren 2007–2011. Åldersstandardiserade tal*.



*För förklaring se figur 5.
 Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

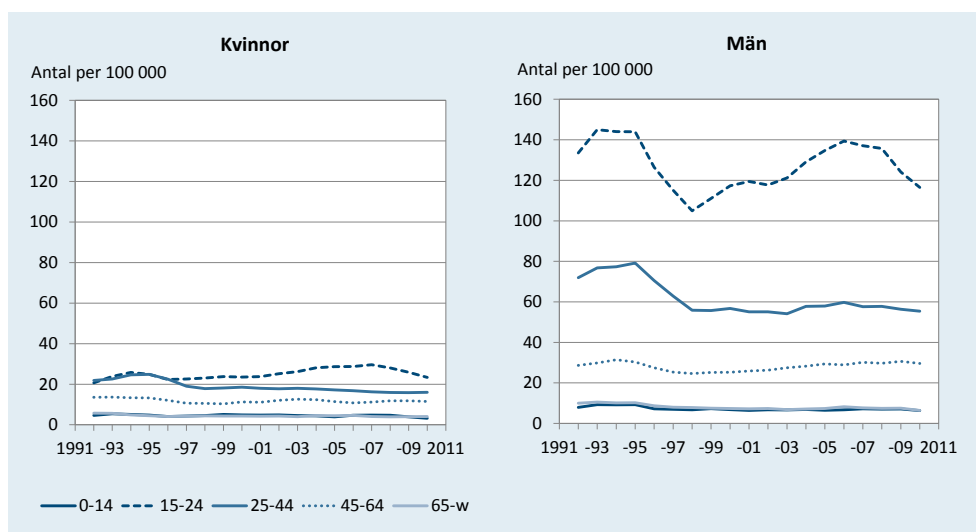
Sjukhusvård för misshandel är vanligast bland unga

Polisanmälda brott, frågeundersökningar och Socialstyrelsens patient- och dödsorsaksregister är källor som beskriver förekomsten av våld och våldets karaktär ur olika aspekter. En samlad överblick och fördjupad analys finns i Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen, 2009). Exempelvis är våldet mot kvinnor och mot män ofta olika till sin karaktär. Män utsätts oftare för misshandel utomhus av andra män. Däremot är det vanligare att kvinnor är utsatta för våld i nära relationer, vilket då ofta är upprepat och pågår under lång tid, även om det i undantagsfall leder till inläggning på sjukhus. Det är också vanligare att kvinnor utsätts för sexuellt våld. De polisanmälda våldtäkterna har ökat kraftigt vilket visas nedan i avsnittet om hälsans bestämningsfaktorer.

Pojkar och män drabbas oftare av så svåra fysiska skador efter misshandel att de vårdas ineliggande på sjukhus, eller avlider. Åren 2009–2011 var det i genomsnitt 536 (11,6/100 000) kvinnor och 1901 (39,9/100 000) män som årligen vårdades på sjukhus på grund av övergrepp tillfogat av annan person, och i genomsnitt 26 kvinnor (0,6/100 000) och 54 män (1,2/100 000) som dog. *Figur 31* visar utvecklingen av sjukhusvård på grund av övergrepp åren 1991–2011 i olika åldersgrupper. Unga i åldern 15–24 år är den grupp som oftast läggs in på grund av övergrepp.

Figur 31. Sjukhusvård på grund av övergrepp

Kvinnor och män i olika åldersgrupper (0–14, 15–24, 25–44, 45–64, 65+) som vårdats på sjukhus till följd av övergrepp tillfogat av annan person, åren 1991–2011. Antal per 100 000, glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal*.



*För förklaring, se figur 5.

De relativt låga talen under åren 1997–1999 antas bero på det klassifikationsbyte i patientregistret till ICD-10 som gjordes 1997. Klassifikationsbytet medförde ett stort initialt bortfall i registreringen av yttre orsaker till skador och förgiftning. Bortfallet kan dock i huvudsak hänföras till ett fåtal landsting.

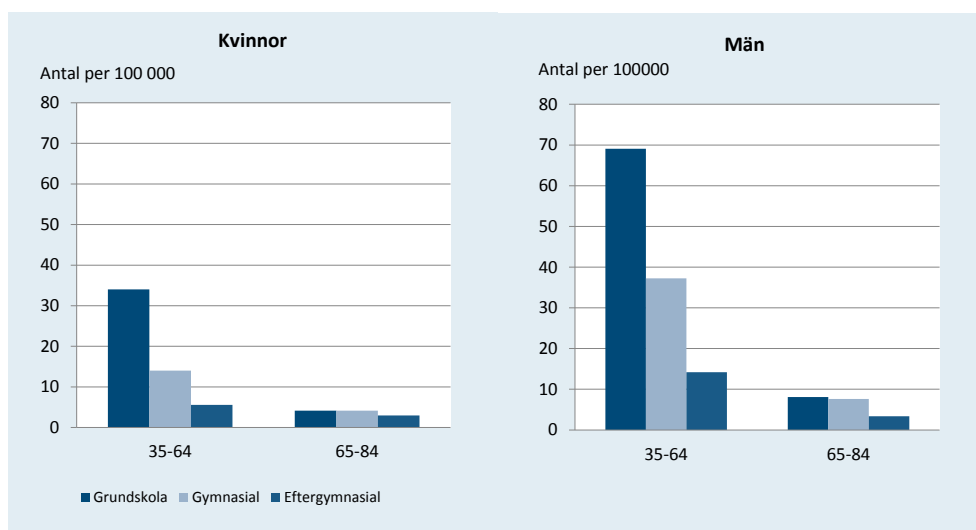
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Personer med kort utbildning är oftare utsatta för våld

Övergrepp som leder till sjukhusvård drabbar betydligt oftare personer med förgymnasial utbildning än dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning (figur 32). Detta gäller både män och kvinnor, och särskilt i de yrkesverksamma åldrarna. Kvinnor med förgymnasial utbildning läggs in på sjukhus på grund av övergrepp eller misshandel mer än dubbelt så ofta som män med eftergymnasial utbildning, trots att män generellt oftare läggs in på grund av våld än kvinnor. Personer med kortare utbildning lever oftare i miljöer med socioekonomisk utsatthet, där förekomst av våld är vanligare.

Figur 32. Sjukhusvård för övergrepp bland personer med olika lång utbildning

Sjukhusvård för övergrepp tillfogad av annan person bland personer med förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. Genomsnitt för åren 2007–2011, åldersstandardiserade tal*. Kvinnor och män i åldrarna 35–64 och 65–84 år. Antal per 100 000.



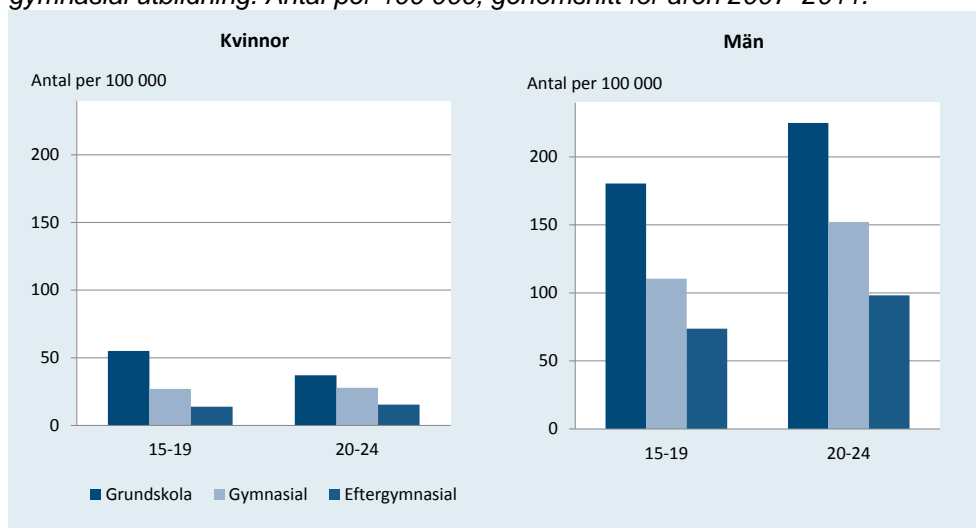
*För förklaring, se figur 5.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB.

De unga – i åldrarna då sjukhusinläggning för övergrepp är vanligast – har ofta ännu inte uppnått sin egen slutliga utbildning. Bland dem finns en gradient så att ungdomar som är barn till mödrar med förgymnasial utbildning betydligt oftare läggs in på sjukhus på grund av övergrepp än ungdomar med eftergymnasialt utbildade mödrar (figur 33).

Figur 33. Sjukhusvård för övergrepp bland unga efter moderns utbildning

Sjukhusvård för övergrepp av annan person bland kvinnor och män i åldrarna 15–19 och 20–24 år, vars mödrar har förgymnasial, gymnasial respektive eftergymnasial utbildning. Antal per 100 000, genomsnitt för åren 2007–2011.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB.

Psykisk ohälsa

Ett flertal undersökningar, däribland SCB:s ULF-undersökningar som inkluderar befolkningen 16 år och äldre, har visat att besvär av ängslan, oro, ångest och sömnbesvär ökade, framför allt bland de unga under 1990-talet och början av 2000-talet (Socialstyrelsen, 2009). Utgående från ULF-undersökningarna är det svårt att bedöma hur denna utveckling har fortsatt, på grund av ett metodbyte omkring år 2006 som kan ha påverkat nivåerna. Bland kvinnorna var det 25 procent som rapporterade besvär av ängslan, oro eller ångest och 31 procent som uppgav sömnbesvär åren 2010–2011 (*tabell 7*). Motsvarande siffror bland män var 14 procent med ängslan, oro eller ångest och 22 procent med sömnbesvär. Mest besvär av ängslan, oro och ångest rapporterar kvinnor i åldern 16–24 år, medan sömnbesvär är vanligast bland de äldre kvinnorna. Skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat, i början av 1990-talet var ängslan, oro och ångest avsevärt mindre vanligt bland unga medan sådana besvär ökade i takt med stigande ålder.

Tabell 7. Ängslan, oro eller ångest och sömnbesvär

Andel (procent) som uppgett besvär av ängslan, oro eller ångest respektive sömnbesvär. Kvinnor och män i olika åldersgrupper år 2010–11.

	Ängslan, oro, ångest		Sömnbesvär	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16+	25	14	31	22
16-24	32	14	26	19
25-34	26	19	29	23
35-44	23	14	28	22
45-54	26	18	33	24
55-64	23	12	35	21
65-74	21	9	34	20
75-84	23	11	35	23
85+	23	17	31	25

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

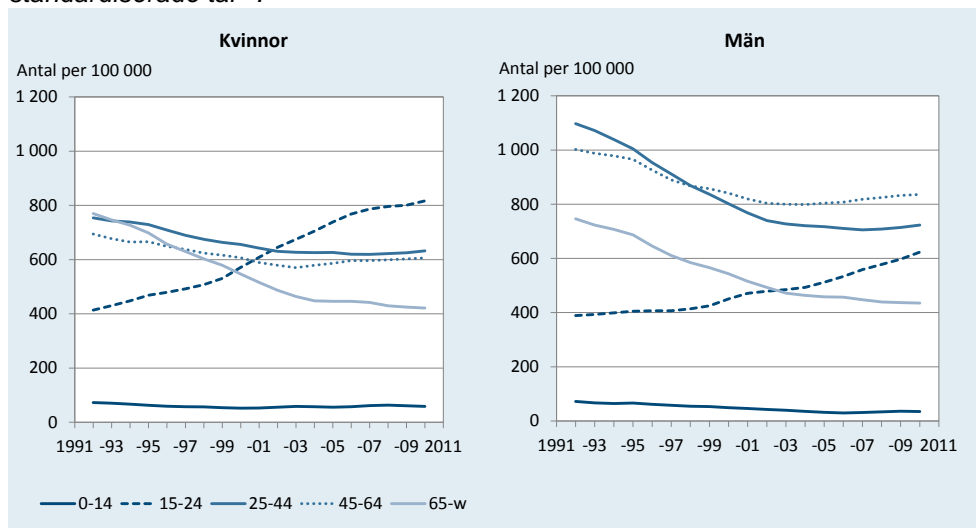
Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i slutenvårds- och dödsorsaksregistren vid Socialstyrelsen, även om det endast är en bråkdel av dem med psykisk ohälsa som läggs in på sjukhus, eller begår självmord. Nedan redovisas utvecklingen av inläggningar i psykiatrisk slutenvård, inläggningar för självskadebeteende, samt utvecklingen av fullbordade självmord.

Psykiatrisk slutenvård har ökat bland unga

Åren 2009–2011 var det 72 497 kvinnor (516/100 000) och 80 479 män (572/100 000) som vårdades i psykiatrisk slutenvård. *Figur 34* visar sjukhusinläggningarna åren 1991–2011, en period då vårdplatserna inom den psykiatriska slutenvården minskat kraftigt. Under perioden har också inläggningarna minskat i alla åldersgrupper, utom bland de unga i åldern 15–24 år, där inläggningarna i stället ökat. I samma åldersgrupp har det även skett en ökning bland männen, denna ökning började senare än bland de unga kvinnorna och har pågått även under de senaste åren. I *Folkhälso-rapport 2009* (Socialstyrelsen, 2009) visades att det framför allt är sjukhusvård för depressioner och ångestillstånd som ökat kraftigt bland de unga.

Figur 34. Vårdade inom psykiatrisk slutenvård

Antal personer per 100 000 invånare i olika åldersgrupper som vårdats inom psykiatrisk slutenvård*, perioden 1991–2011. Glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal**.



*Allmänpsykiatrisk vuxenvård, geropsykiatrisk vård, barn- och ungdomspsykiatrisk vård, rättspsykiatrisk regionvård, psykiatrisk specialvård.

**För förklaring, se figur 5.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Färre unga kvinnor vårdas för självska debeteende

Självska debeteende innebär ett medvetet skadande av den egna kroppen. Avsikten kan vara att ta sitt eget liv, i lindrigare fall kan självska debeteende upplevas som ångestlindrande eller vara ett rop på hjälp. Endast de allvarligaste fallen leder till sjukhusinläggning, och bland sjukhusinläggningarna är förgiftningar vanligast bland både kvinnor och män. Det är vanligare att kvinnor läggs in på sjukhus på grund av självska debeteende i alla åldersgrupper, förutom bland de äldsta, då inläggning är vanligare bland män. Bland både kvinnor och män är sjukhusvård för självska debeteende vanligast i åldern 15–24 år (*tabell 8*), och i den åldersgruppen är det mer än dubbelt så vanligt att kvinnor läggs in.

Tabell 8. Sjukhusvård på grund av självskadebeteende i olika åldersgrupper
 Antal och antal per 100 000 vårdade i slutna vård till följd av självskadebeteende*.
 Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2009–2011. Talen är
 inte åldersstandardiserade.

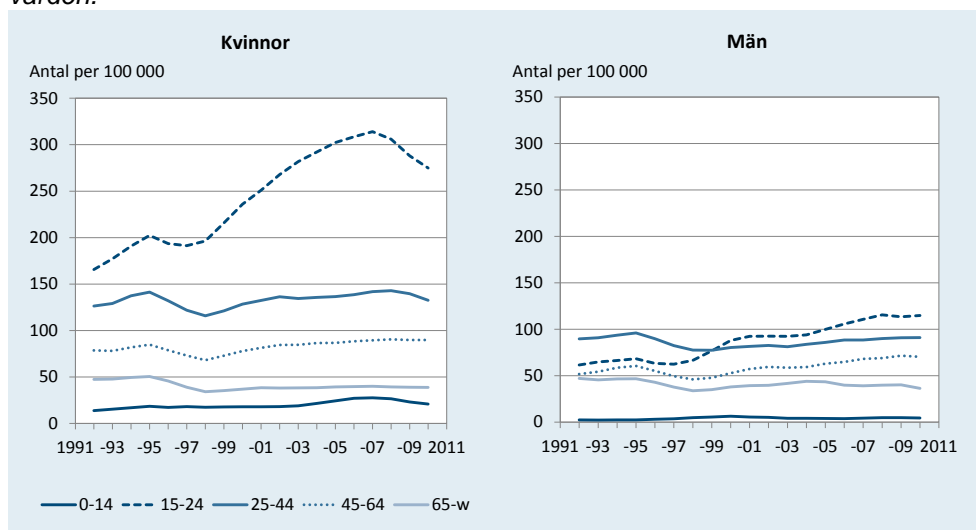
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Totalt	4 855	3 042	103,1	65,2
0–14	157	36	20,7	4,5
15–24	1 665	735	275,1	115,3
25–44	1 591	1 141	132,6	91,3
45–64	1 074	858	89,8	70,7
65–74	181	141	38,8	31,5
75+	187	132	38,9	41,3

*Avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84).
 Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bland kvinnor i åldersgruppen 15–24 år har sjukhusinläggningarna ökat sedan början av 1990-talet för att nå en topp 2007 med 319 vårdade per 100 000 kvinnor (figur 35). Därefter har en minskning skett, men inläggningarna ligger fortfarande kvar på en betydligt högre nivå än under 1990-talet. Trenden för kvinnor i övriga åldersgrupper har varit relativt stabil. Bland män har gruppen 25–44 år den högsta andelen vårdade fram till 1998. Därefter har sjukhusinläggning varit vanligare i gruppen 15–24 år och i den gruppen ökar inläggningarna.

Figur 35. Sjukhusvårdade för självskadebeteende

Antal personer per 100 000 invånare som vårdats på sjukhus för självskadebeteende*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper (0–14, 15–24, 25–44, 45–64, 65+) perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal**, glidande treårsmedelvärden.



*Avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84). De relativt låga talen under åren 1997–1999 antas bero på det klassifikationsbytet i patientregistret till ICD-10 som gjordes 1997. Klassifikationsbytet medförde ett stort initialt bortfall i registreringen av yttre orsaker till skador och förgiftning. Bortfallet kan dock i huvudsak hänföras till ett fåtal landsting.

**För förklaring, se figur 5.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Självmoden minskar – men inte bland unga

Självmod är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligare bland äldre än bland yngre. Åren 2009–2011 begick i genomsnitt 325 kvinnor och 834 män självmord varje år (*tabell 9*). Bland kvinnor är självmord vanligast i åldersgruppen 45–64 år, bland män i gruppen 75 år eller äldre.

Tabell 9. Självmod i olika åldersgrupper

Antal och antal per 100 000 i hela riket som begått självmord*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2009–2011. Talen är inte åldersstandardiserade.

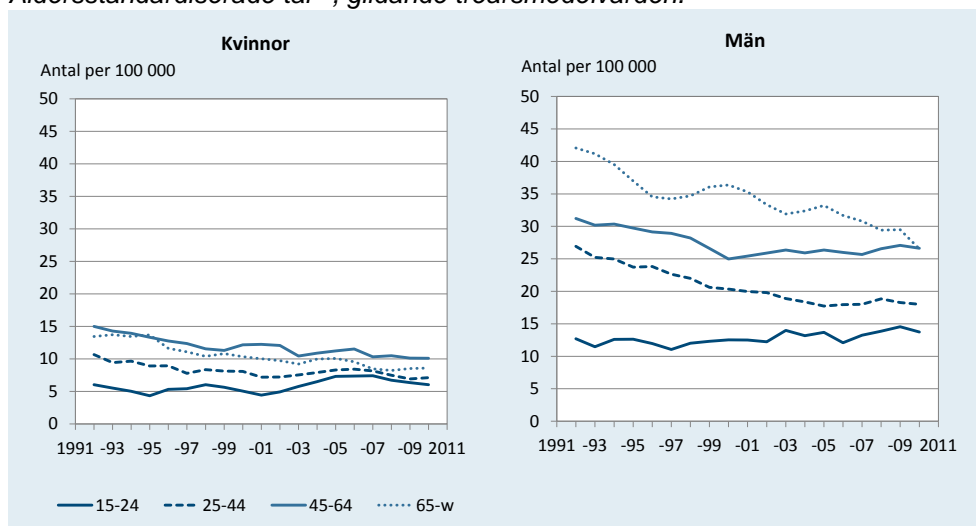
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0+	325	834	6,9	17,9
15–24	36	88	6,0	13,8
25–44	85	225	7,1	18,0
45–64	120	323	10,1	26,6
65–74	45	98	9,6	21,8
75+	36	98	7,4	30,8

*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84).
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sedan början av 1990-talet har självmorden minskat i alla åldersgrupper utom i gruppen 15–24 år där självmord i stället blivit något vanligare (*figur 36*). Självmoden har minskat snabbast bland de äldsta, särskilt bland männen, och skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat.

Figur 36. Självmod i olika åldersgrupper åren 1991–2011

Antal personer per 100 000 invånare som har begått självmord*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper (15–24, 25–44, 45–64, 65+) under perioden 1991–2011. Åldersstandardiserade tal**, glidande treårsmedelvärden.



*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84).

**För förklaring, se figur 5.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

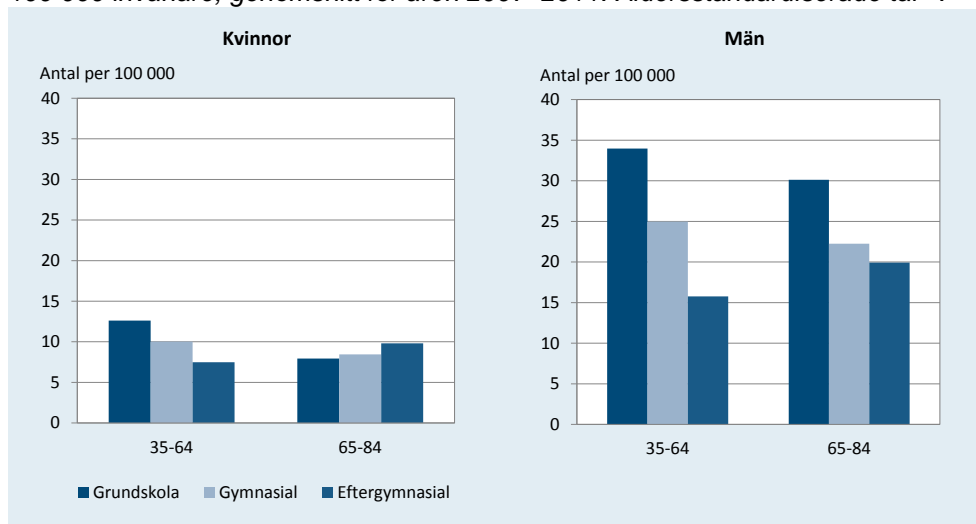
Självmod vanligast bland män med kort utbildning

I förvärvsarbetande åldrar är självmord vanligast i gruppen med förgymnasial utbildning och ovanligast bland de eftergymnasialt utbildade. Skillnaden mellan utbildningsgrupperna är större bland män, och män med förgymnasial utbildning begår självmord mer än dubbelt så ofta som de med eftergymnasial utbildning (figur 37). Bland de äldre männen, i åldern 65–84 år, är mönstret likartat även om skillnaderna är något mindre.

Mönstret ser annorlunda ut för de äldre kvinnorna 65–84 där gradienten förefaller gå åt motsatt håll, så att självmord är vanligast bland de eftergymnasialt utbildade och minst vanligt förekommande bland dem med förgymnasial utbildning. Skillnaderna mellan grupperna är dock liten och inte statistiskt säkerställd.

Figur 37. Självmod i grupper med olika utbildning

Självmod* bland personer med förgymnasial- gymnasial och eftergymnasial utbildning i åldersgrupperna 35–64 och 65–84 år. Kvinnor och män, antal per 100 000 invånare, genomsnitt för åren 2007–2011. Åldersstandardiserade tal**.



*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84).

**För förklaring, se figur 5.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB.

Alkohol- och drogmissbruk

Totalkonsumtionen av alkohol har inte ökat under 2000-talet, vilken redovisas i avsnittet om bestämningsfaktorer. I detta avsnitt redovisas utvecklingen av alkohol- och narkotikarelaterad sjukhusvård och dödlighet.

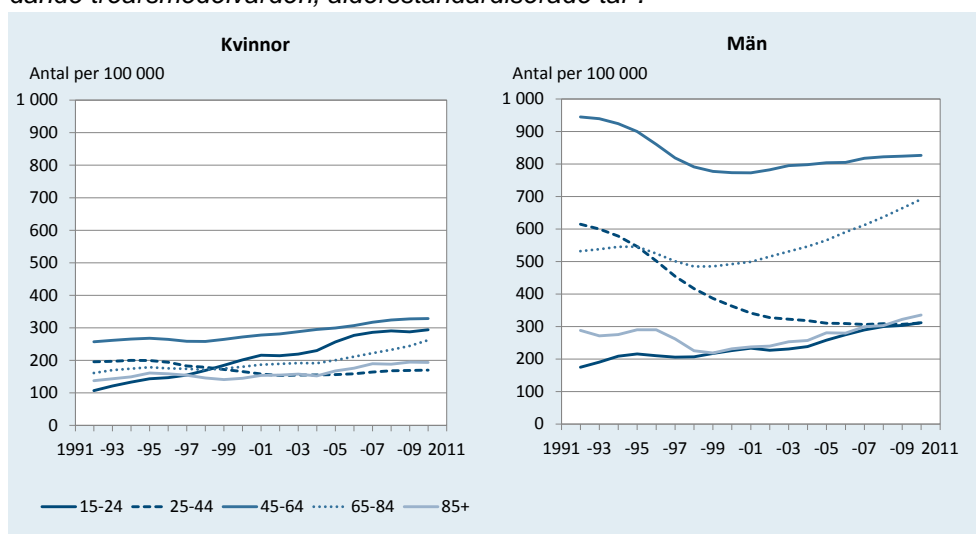
Vård för alkoholdiagnoser ökar – men inte bland unga vuxna

Åren 2009–2011 vårdades i genomsnitt 7 857 kvinnor (198/100 000) och 18 448 män (474/100 000) på sjukhus för en alkoholrelaterad diagnos (se faktaruta nedan). Vård för alkoholrelaterade diagnoser är vanligare bland män än bland kvinnor, men sedan 1990-talet har sjukhusinläggningarna ökat bland kvinnor medan en minskning skett bland männen. Vård för alkoholrelaterade diagnoser är vanligast i åldern 45–64 år.

Figur 38 visar att utvecklingen åren 1991–2011 varit olika i olika åldersgrupper. I åldersgruppen 25–44 år har inläggningarna minskat bland både kvinnor och män, bland männen har inläggningarna minskat med hälften jämfört med början av 1990-talet. I åldern 15–24 har inläggningarna i stället ökat bland både kvinnor och män. Ökningen har varit snabbare bland de unga kvinnorna än bland männen, vilket inneburit att den könsskillnad som tidigare fanns har utplånats. Inläggningarna på grund av alkoholrelaterade diagnoser har också ökat bland de äldre.

Figur 38. Sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser

Kvinnor och män i åldrarna 15–24, 25–44, 45–64, 65–84 och 85+, som vårdats på sjukhus för alkoholrelaterade diagnoser åren 1991–2011. Antal per 100 000, glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal*.

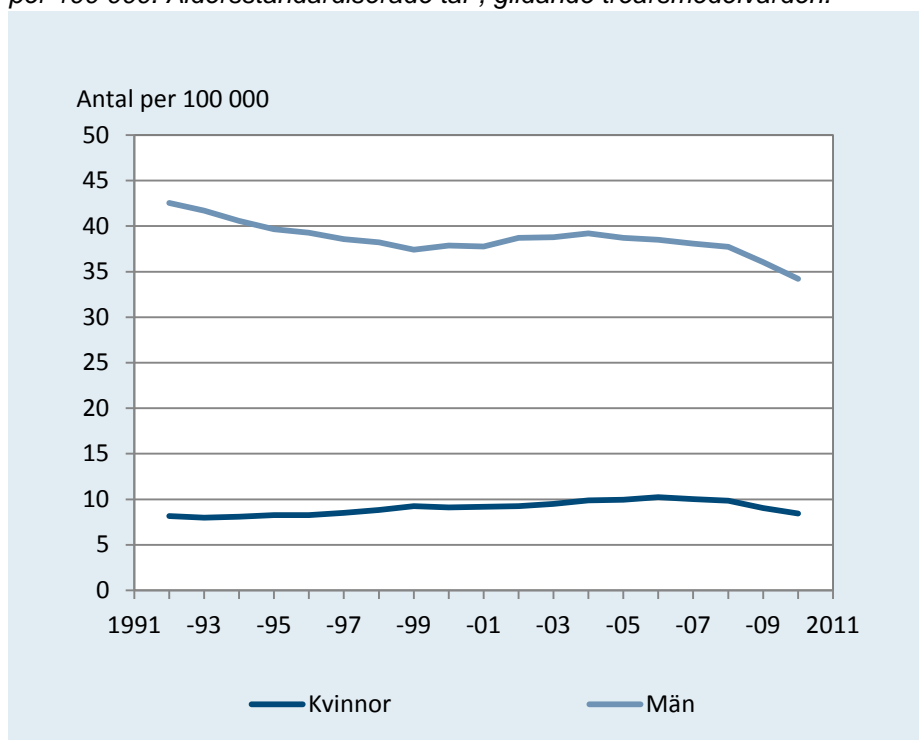


*För förklaring, se figur 5.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2009–2011 var det i genomsnitt 528 kvinnor (8,5/100 000) och 1 625 män (34/100 000) som dog med en alkoholrelaterad diagnos som dödsorsak. Sedan 1991 har dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser minskat bland män, men ökat bland kvinnor, vilket inneburit att könsskillnaderna minskat (figur 39).

Figur 39. Dödlighet i alkoholrelaterade diagnoser

Dödlighet i alkoholrelaterade diagnoser åren 1991–2011. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring, se figur 5.

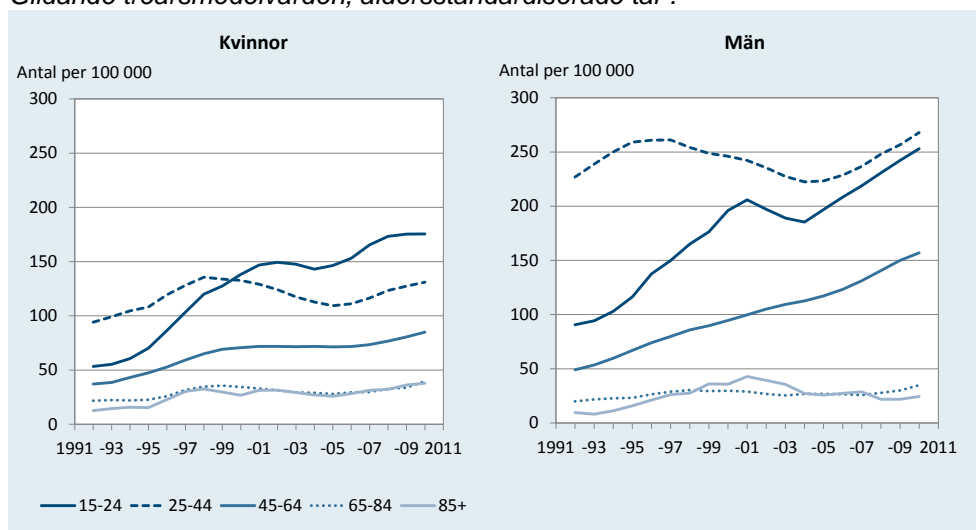
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vård för narkotikadiagnoser ökar snabbt bland unga

Åren 2009–2011 vårdades i genomsnitt 4 032 kvinnor (102/100 000) och 7 162 män (184/100 000) för en narkotikarelaterad diagnos (se faktaruta nedan). Inläggningarna har ökat bland både kvinnor och män i alla åldersgrupper, men allra snabbast i åldern 15–24 år (figur 40). Under 1990-talet var det vanligast att personer i åldern 25–44 år lades in för vård på grund av narkotikamissbruk. Bland kvinnor har det under 2000-talet varit ungdomar i åldern 15–24 år som oftast fått vård, och bland män i samma åldergrupp har det nu blivit nästan lika vanligt som bland män i åldern 25–44 år.

Figur 40. Sjukhusvård för narkotikarelaterade diagnoser

Kvinnor och män i åldrarna 15–24, 25–44, 45–64, 65–84 och 85+, som vårdats på sjukhus för narkotikarelaterade diagnoser åren 1991–2011. Antal per 100 000. Glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal*.



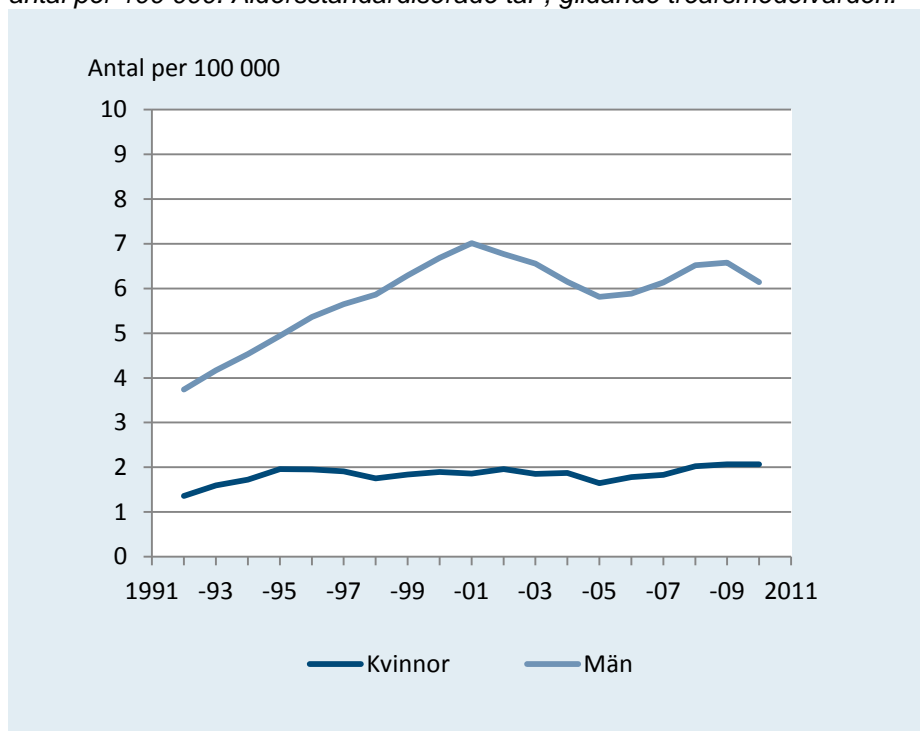
*För förklaring, se figur 5.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Åren 2009–2011 var det i genomsnitt 97 kvinnor (2/100 000) och 291 män (6/100 000) som dog på grund av sitt narkotikamissbruk. Under 1990-talet, fram till år 2000, fördubblades dödligheten i narkotikamissbruk bland männen och en ökning skedde också bland kvinnorna (*figur 41*). Nivåerna har planat ut under 2000-talet och det är nu ingen tydlig trend.

Figur 41. Dödlighet i narkotikarelaterade diagnoser

Dödlighet i narkotikarelaterade diagnoser åren 1991–2011. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring, se figur 5.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet

För en detaljerad beskrivning av begreppen ”alkoholrelaterad dödlighet” och ”narkotikarelaterad dödlighet” hänvisas till *Dödsorsaker 2011* (Socialstyrelsen, 2012b). De vanligaste diagnoserna som ingår är:

Alkoholrelaterad dödlighet

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
Gastrit (magsäcksinflammation) orsakad av alkohol
Leversjukdom orsakad av alkohol
Pankreatit orsakad av alkohol
Alkoholförgiftning

Narkotikarelaterad dödlighet

Förgiftningar
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
Drogberoende och drogmissbruk

Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer

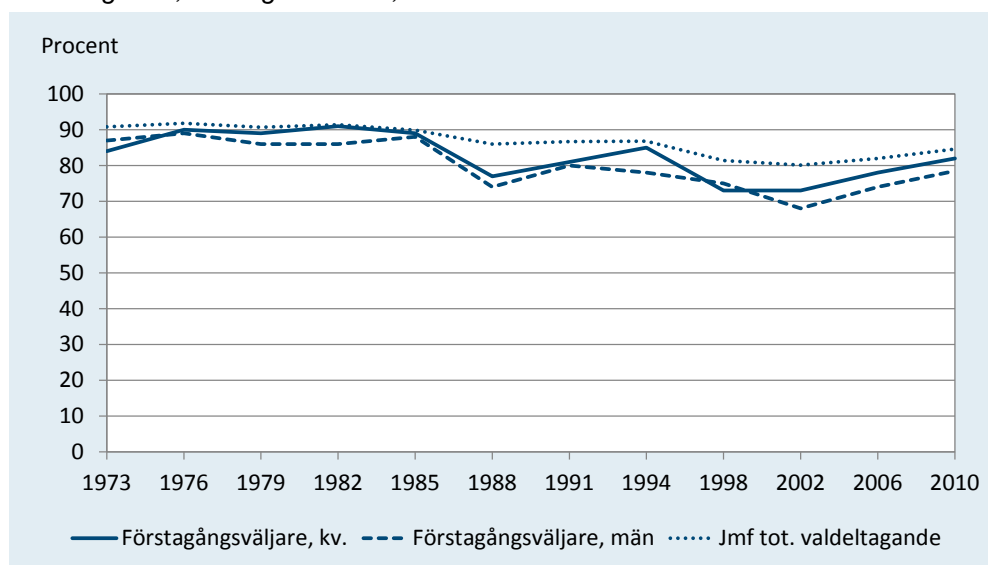
Valdeltagande

Tillit mellan människor har betydelse för deras hälsa då tillit sannolikt minskar människors stress (Barefoot et al., 1998; Jen, Johnston, Jones & Sund, 2010). Den som känner tillit till andra är också mer benägen att delta i sociala nätverk och aktiviteter som till exempel olika demokratiska institutioner. Tilliten till dessa institutioner är viktig för hälsan. Människor som har blivit orättvist behandlade av samhället litar mindre på andra, och det kan påverka hälsan negativt (Rostila, 2008). För att känna samhörighet med samhället måste människor ha rätten och möjligheten att påverka sina egna livsvillkor och utvecklingen av det samhälle de lever i (SOU 2000:1). Den som inte har sådana möjligheter eller den makten kan känna sig maktlös, något som har en negativ inverkan på hälsan (Antonovsky, 1991).

Det finns ett positivt samband mellan demokratisk delaktighet i form av valdeltagande i allmänna val och självskattad hälsa, där grupper med ett lågt valdeltagande också anger en låg självskattad hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2010b).

Figur 42. Valdeltagande i riksdagsval, 1973–2010

Valdeltagande i riksdagsval bland förstagångsväljare, kvinnor och män, och totalt valdeltagande, rikets genomsnitt, 1973–2010.

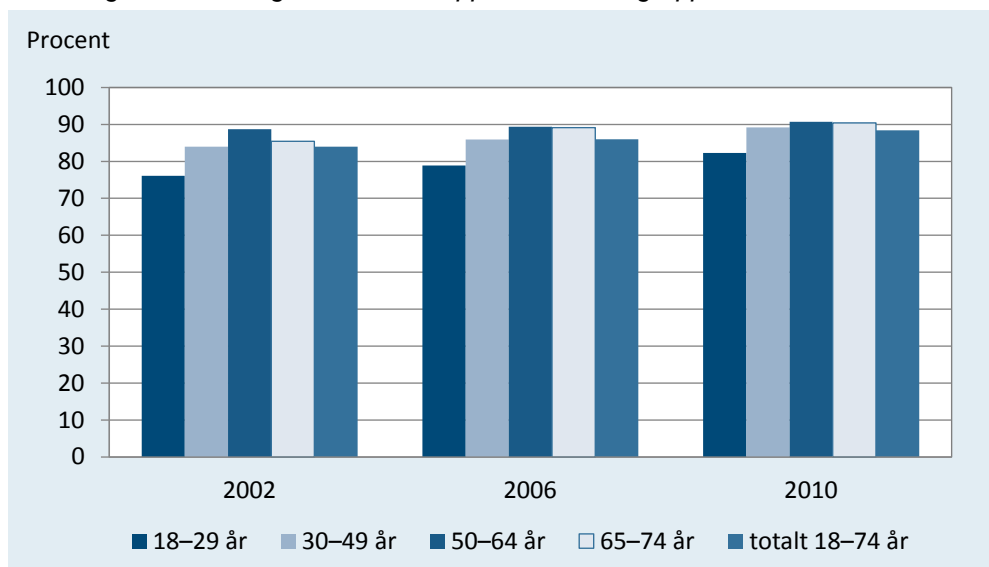


Källa: SCB.

Sedan 1970-talet har befolkningens valdeltagande i riksdagsval sjunkit, för att senast vid valen 2006 och 2010 ha ökat något igen. Fortfarande är dock valdeltagandet lägre än vad det var under hela perioden under 1970-, 1980- och 1990-talen.

Förstagångsväljarnas valdeltagande är lägre än det totala. Det var särskilt lågt kring millennieskiftet men har sedan ökat, dock utan att nå nivåerna från valen mellan åren 1976 och 1985. År 2010 var valdeltagandet bland förstagångsväljare högre bland kvinnor än bland män.

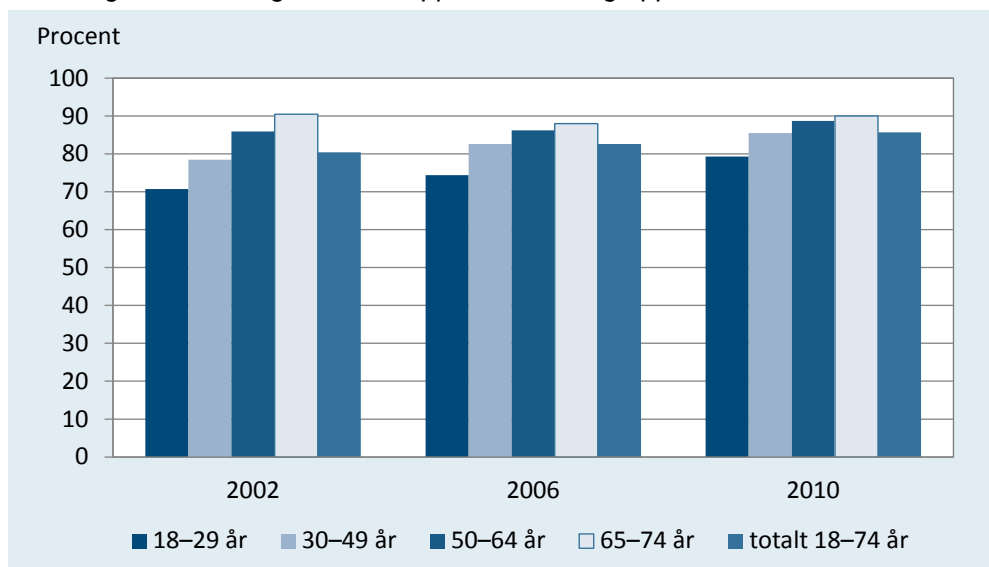
Figur 43. Valdeltagande i riksdagsval, kvinnor och åldersgrupper, 2002–2010
Valdeltagande i riksdagsval, kvinnor uppdelat i åldersgrupper, 2002–2010.



Källa: Valdeltagandeundersökningen, SCB.

Yngre kvinnor (18–29 år) har lägre valdeltagande än övriga kvinnor vid riksdagsvalen, men det finns tecken på ett ökat valdeltagande i denna grupp.

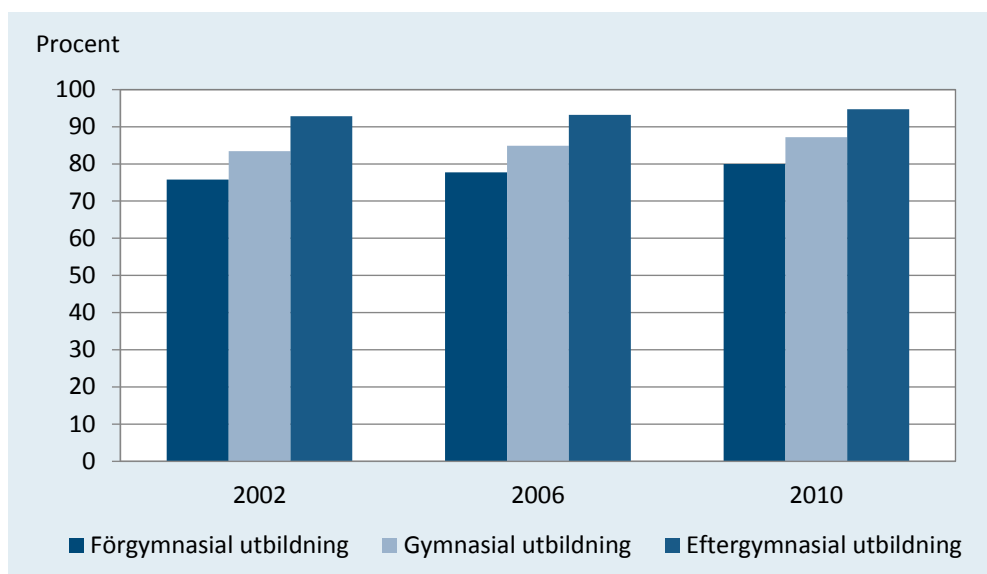
Figur 44. Valdeltagande i riksdagsval, män och åldersgrupper, 2002–2010
Valdeltagande i riksdagsval, män uppdelat i åldersgrupper, 2002–2010.



Källa: Valdeltagandeundersökningen, SCB.

Yngre män (18–29 år) har lägre valdeltagande än övriga män vid riksdagsvalen, men deras valdeltagande har ökat.

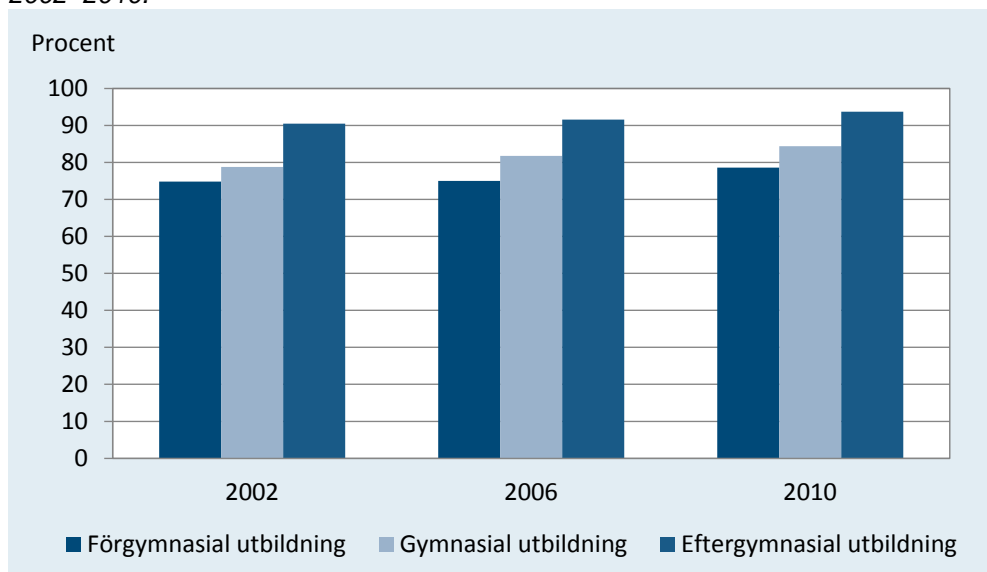
Figur 45. Valdeltagande i riksdagsval, kvinnor och utbildning, 2002–2010
 Valdeltagande i riksdagsval för kvinnor, 18–74 år, uppdelat på utbildningslängd, 2002–2010.



Källa: Valdeltagandeundersökningen, SCB.

För kvinnor finns det ett positivt samband mellan utbildningslängd och valdeltagande i riksdagsval. Samma mönster syns bland männen.

Figur 46. Valdeltagande i riksdagsval, män och utbildning, 2002–2010
 Valdeltagande i riksdagsval för män, 18–74 år, uppdelat på utbildningslängd, 2002–2010.



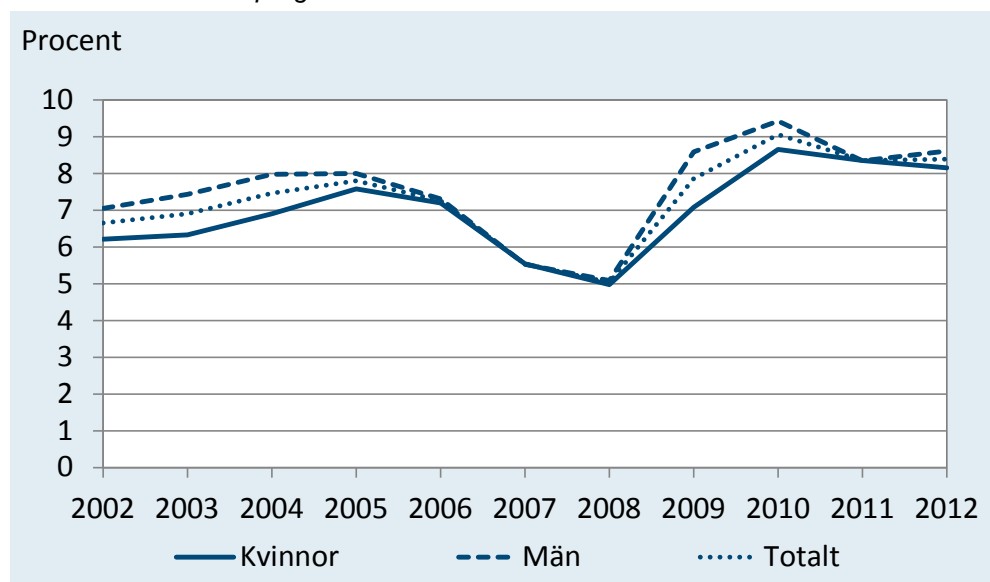
Källa: Valdeltagandeundersökningen, SCB.

Arbetslöshet

Att vara arbetslös eller att förlora arbetet ökar risken för psykisk ohälsa (Gonäs, Hallsten & Spånt, 2006; Paul & Moser, 2009; Hammarström, Gustafsson, Strandh, Virtanen & Janlert, 2011) och kan också öka risken att dö i förtid (Roelfs, Shor, Davidson & Schwartz, 2011), bland annat av alkoholrelaterade orsaker eller på grund av självmord (Eliason & Storrie, 2009a). Det finns också studier som pekar på ökad risk för alkoholrelaterad sjukhusinläggning (Eliason & Storrie, 2009b) och ohälsorelaterade beteenden såsom rökning (Hammarström et al., 2011).

Figur 47. Arbetslöshet, kön och samtliga, 2002–2012

Andel arbetslösa bland kvinnor, män och samtliga i arbetskraften, 16–64 år, 2002–2012. Total arbetslöshet avses, det vill säga summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.

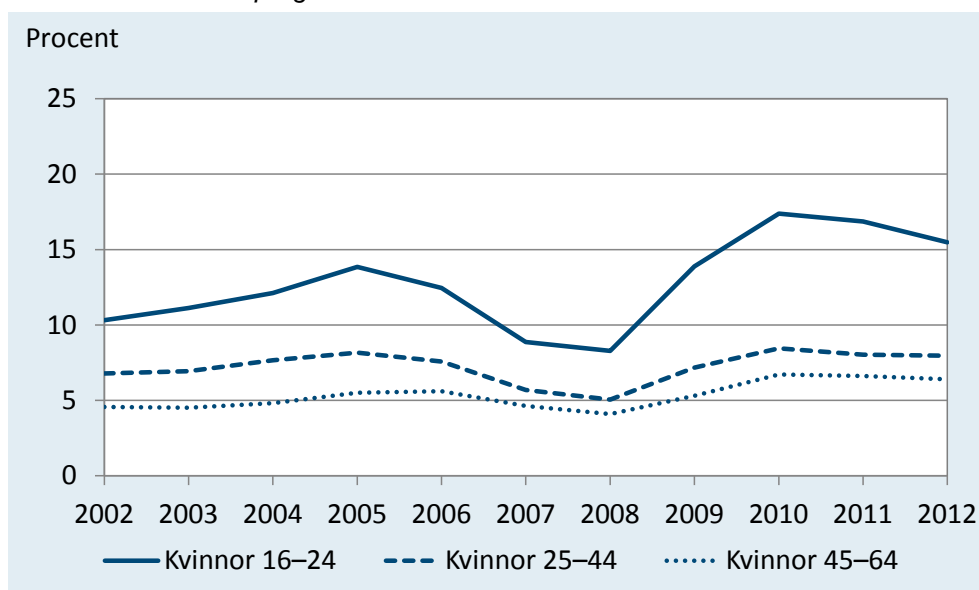


Källa: Arbetsförmedlingen (antal arbetslösa), SCB (antal förvärvsarbetande [i nattbefolkningen]) och egna beräkningar. Anmärkning: (i) Från och med årgång 2004 använder SCB en ny källa för att identifiera företagare och en ny metod för att avgränsa förvärvsarbetande. (ii) Arbetskraften beräknas som summan av antalet förvärvsarbetande, antalet öppet arbetslösa och antalet arbetssökande i program med aktivitetsstöd. (iii) Andelen arbetslösa (arbetslöshetsprocenten) relateras till arbetskraften två år tillbaka. År 2002 är detta inte möjligt till följd av felaktiga arbetslöshetsdata för år 2000. Därför används i stället 2001 års arbetslöshetsdata tillsammans med SCB-data för förvärvsarbetande år 2000 för att beräkna arbetskraften år 2000. Detta inverkar bara marginellt på 2002 års arbetslöshetsprocent.

Arbetslösheten är känslig för konjunkturförändringar och har i allmänhet varit något högre bland män.

Figur 48. Arbetslöshet, kvinnor och åldersgrupper, 2002–2012

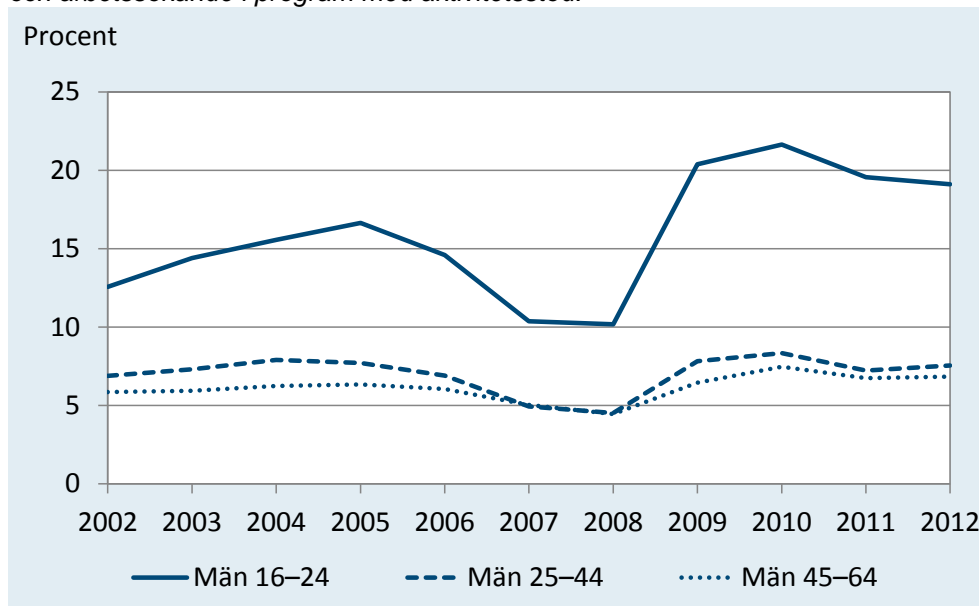
Andel arbetslösa bland kvinnor i arbetskraften fördelad efter åldersgrupper, 2002–2012. Total arbetslöshet avses, det vill säga summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.



Källa: Arbetsförmedlingen (antal arbetslösa), SCB (antal förvärvsarbetande [i nattbefolkningen]) och egna beräkningar. Anmärkning: Se figur 47.

Figur 49. Arbetslöshet, män och åldersgrupper, 2002–2012

Andel arbetslösa bland män i arbetskraften fördelad efter åldersgrupper, 2002–2012. Total arbetslöshet avses, det vill säga summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.

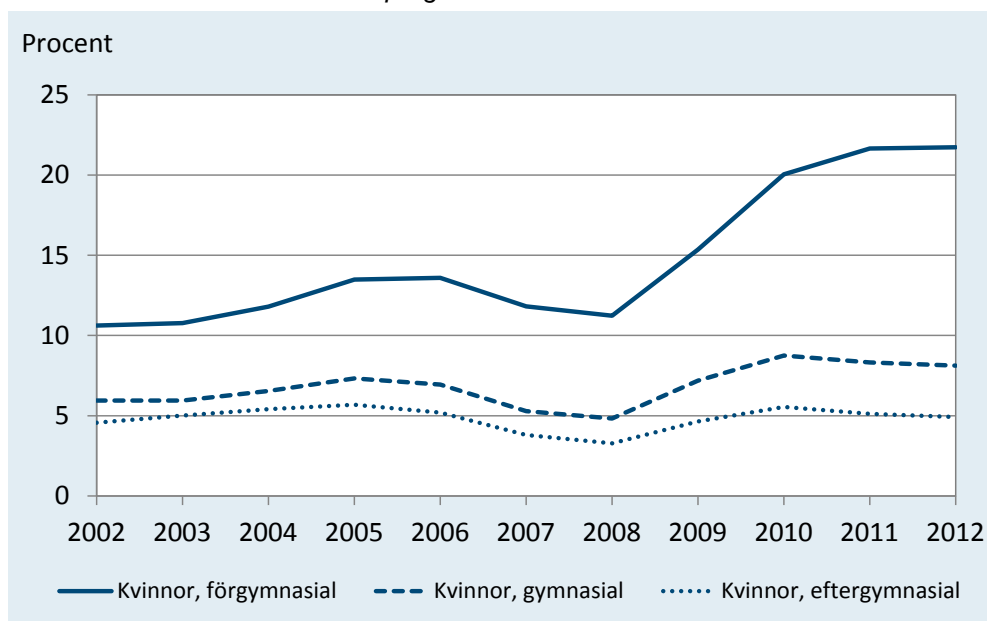


Källa: Arbetsförmedlingen (antal arbetslösa), SCB (antal förvärvsarbetande [i nattbefolkningen]) och egna beräkningar. Anmärkning: Se figur 47.

Bland både kvinnor och män är arbetslösheten högre bland yngre än bland äldre, men skillnaderna minskar vid högkonjunktur. Ungdomar i åldersgruppen 16–24 är drabbades särskilt hårt under den senaste lågkonjunkturen.

Figur 50. Arbetslöshet, kvinnor och utbildning, 2002–2012

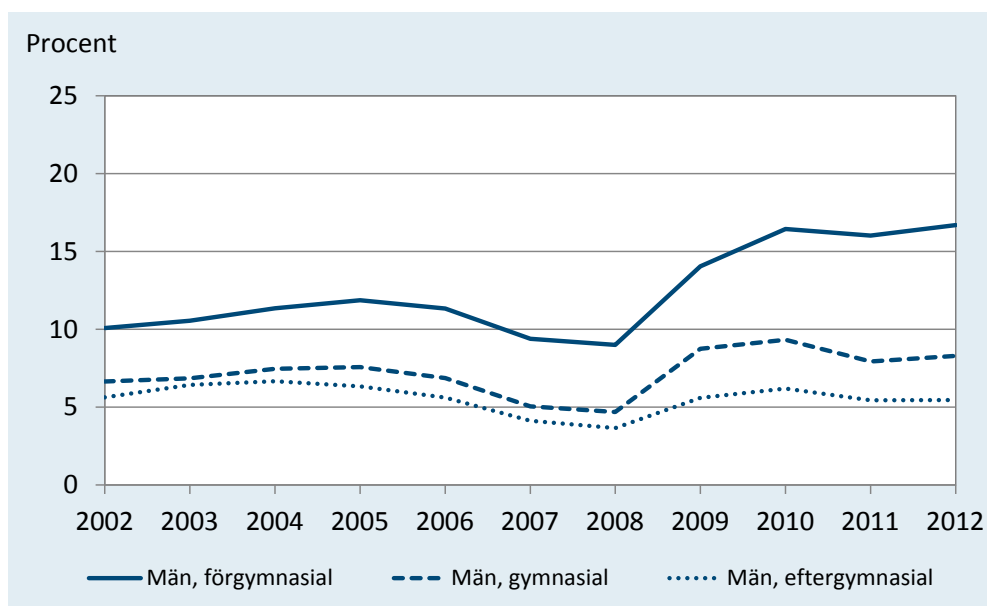
Andel arbetslösa bland kvinnor i arbetskraften, 16–64 år, fördelad efter utbildningslängd, 2002–2012. Total arbetslöshet avses, det vill säga summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.



Källa: Arbetsförmedlingen (antal arbetslösa), SCB (antal förvärvsarbetande [i nattbefolkningen]) och egna beräkningar. Anmärkning: Se figur 47.

Figur 51. Arbetslöshet, män och utbildning, 2002–2012

Andel arbetslösa bland män i arbetskraften, 16–64 år, fördelad efter utbildningslängd, 2002–2012. Total arbetslöshet avses, det vill säga summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.



Källa: Arbetsförmedlingen (antal arbetslösa), SCB (antal förvärvsarbetande [i nattbefolkningen]) och egna beräkningar. Anmärkning: Se figur 47.

Bland både kvinnor och män har arbetslösheten genomgående varit lägst bland personer med eftergymnasial utbildning och högst bland personer med förgymnasial. Personer med eftergymnasial utbildning klarade den senaste lågkonjunkturen betydligt bättre än personer med förgymnasial utbildning.

Behörighet till gymnasieskolan

Det finns ett starkt samband mellan utbildningslängd och hälsa.¹ Skillnaderna i medellivslängd är betydande och har dessutom ökat över tiden mellan grupper med olika lång utbildning. De största skillnaderna i ohälsa finns mellan dem som enbart har förgymnasial utbildning och dem som har eftergymnasial utbildning.² Ohälsa i form av till exempel värk från rygg, nacke och leder eller besvär av ängslan, oro och ångest är betydligt vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med lång.

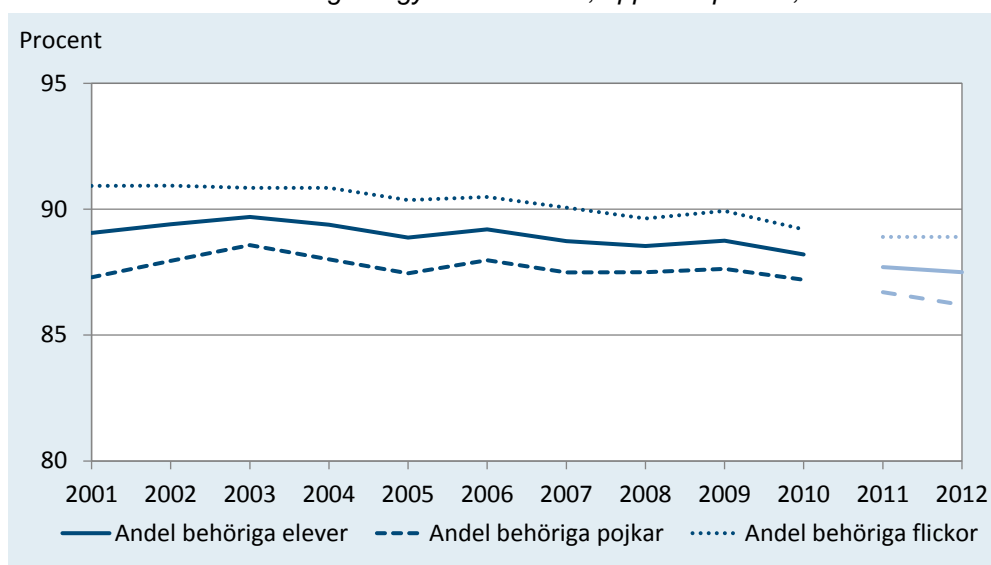
Utbildning kan påverka hälsan genom flera mekanismer, såsom lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan också påverka hur människor betar sig privat, och göra dem bättre rustade att hitta och tillgodogöra sig information om till exempel hälsorelaterat beteende. Mycket talar alltså för att längre utbildning kan leda till bättre hälsa (Lundberg, 1998; Hammond, 2002; Lindbladh & Lyttkens, 2002, 2003; Bremberg, 2003).

Barns utbildningskarriär avgörs tidigt. Betygen i grundskolans årskurs 9 har avgörande betydelse för benägenheten att studera vidare, oavsett barnens socioekonomiska bakgrund. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 ökar dessutom risken för framtida psykosociala problem. Allvarlig kriminalitet i ung vuxen ålder är åtta till tio gånger så vanligt bland dem med låga betyg som bland dem med medelbetyg eller höga betyg (Socialstyrelsen, 2010b).

¹ Se avsnitten "Medellivslängd och självskattad hälsa" och "Högre dödlighet bland personer med kort utbildning" ovan.

² Skillnader mellan socioekonomiska grupper i fråga om rökning och fetma finns redan i barndomen och under tonåren, vilket tyder på att uppväxtmiljön har betydelse för hälsorelaterade levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2010a).

Figur 52. Behörighet till gymnasieskolan, flickor och pojkar, 2001–2012
 Andel elever som är behöriga till gymnasieskolan, uppdelat på kön, 2001–2012.



Källa: Skolverket. Anmärkning: Det är ett tidsseriebrott år 2011 då reglerna för behörighet till gymnasieskolan ändrades. Fram till hösten 2010 krävdes godkänt betyg i svenska, engelska och matematik för behörighet till gymnasieskolans nationella program. Från hösten 2011 krävs godkänt betyg i svenska, engelska, matematik och ytterligare minst fem ämnen för att läsa vid ett yrkesförberedande program och ytterligare nio för att läsa vid ett högskoleförberedande program (Skolverket, 2011). Figuren visar för perioden 2001–2010 behörighet till gymnasieskolans nationella program och för åren 2011–2012 behörighet till gymnasieskolans yrkesförberedande program. I likhet med Skolverkets analyser görs jämförelserna mellan andelen behöriga till yrkesförberedande program åren 2011–2012 och andelarna behöriga till gymnasieskolans nationella program åren 2001–2010.

Figur 52 visar behörighet till gymnasieskolan i form av behörighet till gymnasieskolans nationella program åren 2001–2010 och gymnasieskolans yrkesförberedande program åren 2011–2012.

Andelen elever som uppnår behörighet till gymnasieskolan har minskat under större delen av 2000-talet. År 2012 var 87,5 procent av eleverna behöriga att söka till ett yrkesförberedande program. Det innebär att drygt 12 procent av de elever som gick ut årskurs 9 våren 2012 inte uppnådde behörighet till gymnasieskolan. Det är den högsta andelen icke behöriga elever hittills under 2000-talet. En högre andel pojkar än flickor uppnår inte behörighet.

Arbets-skador

I Sverige dokumenterar och sammanställer Arbetsmiljöverket årligen statistik över antalet anmälda arbets-skador. Arbets-skador kan kategoriseras i följande tre grupper: arbetssjukdomar, arbetsolycksfall, och olyckor på väg till eller från arbetet. En arbetssjukdom är en arbets-skada som har orsakats av problem och besvär som ofta har pågått under en längre tid, till exempel psykisk påfrestning eller exponering för kemiska ämnen eller strålning. Arbetsolycksfall är däremot mer omedelbara och är olycksfall som inträffat på arbetsplatsen eller på någon annan plats där den skadade vistats i eller för arbetet. Siffrorna som avser arbetsolyckor motsvarar de som resulterat i minst en sjukfrånvarodag (Arbetsmiljöverket, 2012).

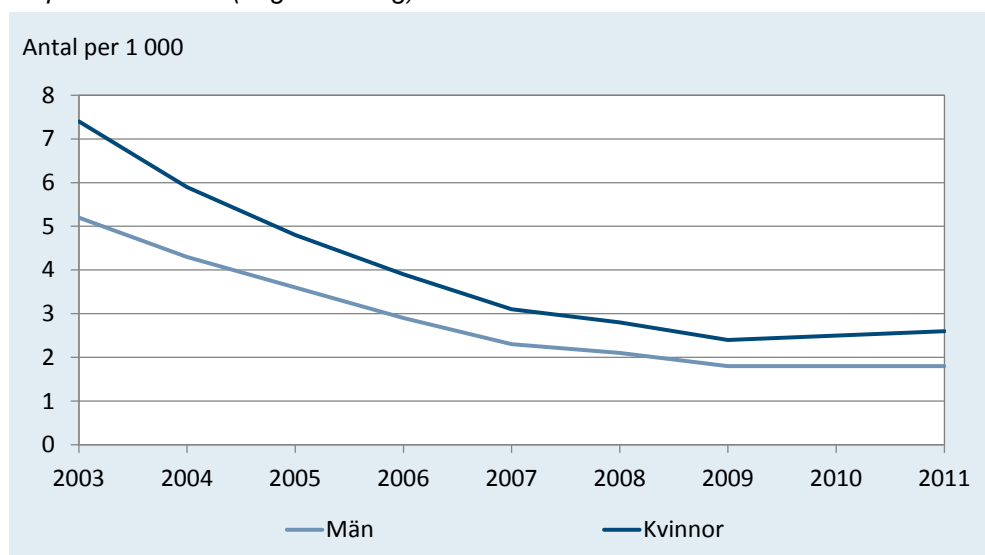
För år 2011 anmäldes det 106 661 arbets-skador, varav 9 777 var arbetssjukdomar och resterande var olika typer av arbetsolyckor. Under år 2011 skedde 57 arbetsolyckor bland de förvärvsarbetande med dödlig utgång.

Denna siffra utgjorde en ökning jämfört med föregående två år (Arbetsmiljöverket, 2012).

Arbetssjukdomar

Figur 53. Arbetssjukdomar, förvärvsarbetande i befolkningen, kön, 2003–2011

Antal anmälda arbetssjukdomar, män och kvinnor 20–64 år, 2003–2011. Statistiken avser antal anmälda arbetssjukdomar per 1 000 av alla förvärvsarbetande män respektive kvinnor (dagbefolkning).

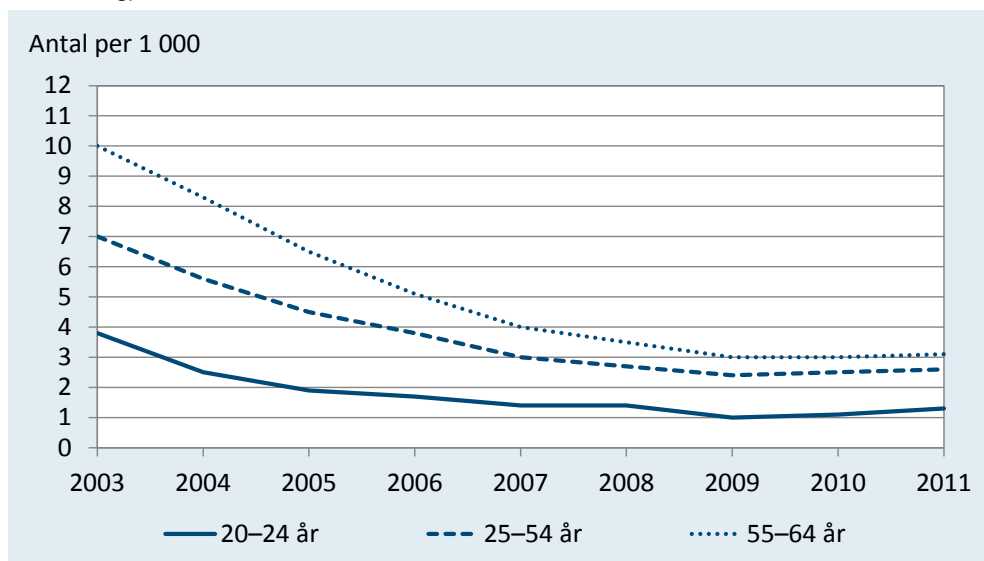


Källa: Arbetsmiljöverket.

Antalet anmälda arbetssjukdomar har minskat successivt för varje år från 2003 fram till 2009 för både kvinnor och män, och antalet anmälningar var år 2009 ungefär en tredjedel av motsvarande siffra år 2003. De senaste åren har antalet anmälda arbetssjukdomar planat ut, dock har antalet anmälningar för 2011 ökat med cirka 5 procent jämfört med föregående år. Som framgår av *figur 53* ligger antalet anmälningar för varje år högre bland kvinnor än bland män. Nästan hälften av alla anmälda arbetssjukdomar år 2011 hade sin grund i fysiska belastningar som exempelvis tunga lyft eller felaktiga arbetsställningar. Bullerskador samt kemiska eller biologiska ämnen står tillsammans för cirka 24 procent av anmälningarna (Arbetsmiljöverket, 2011).

Figur 54. Arbetssjukdomar, kvinnor och åldersgrupper, 2003–2011

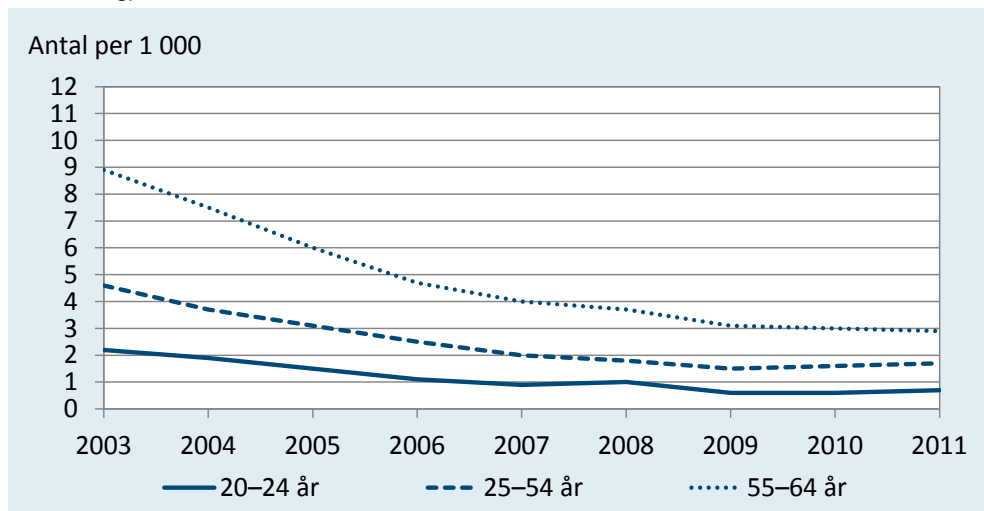
Antal anmälda arbetssjukdomar, kvinnor i åldersgrupper, 2003–2011. Statistiken avser antal anmälda arbetssjukdomar per 1 000 av alla förvärvsarbetande (dagbefolkning).



Källa: Arbetsmiljöverket.

Figur 55. Arbetssjukdomar, män och åldersgrupper, 2003–2011

Antal anmälda arbetssjukdomar, män i åldersgrupper, 2003–2011. Statistiken avser antal anmälda arbetssjukdomar per 1 000 av alla förvärvsarbetande (dagbefolkning).



Källa: Arbetsmiljöverket.

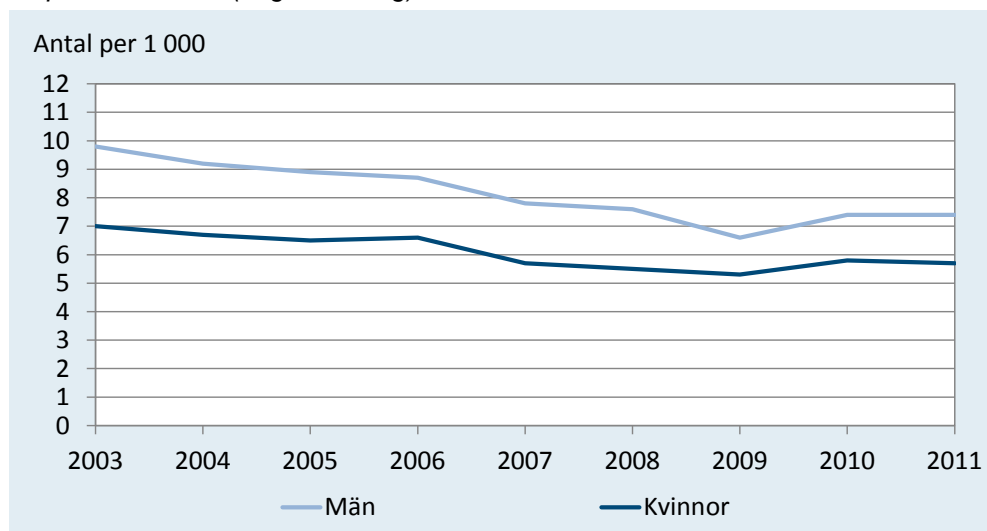
Antalet anmälda arbetssjukdomar är högst för åldersgruppen 55 år och uppåt och lägst för åldersgruppen 20–24 år. Mönstret har sett likadant ut sedan år 2003 och på samma sätt för både kvinnor och män, men kvinnor står tämligen genomgående för ett större antal anmälningar än män. Den ålder som anges är åldern då anmälan gjordes.

Minskningen av antalet anmälda arbetssjukdomar är svårtolkad. Man kan mer generellt anta att benägenheten att göra arbetsskadeanmälan har minskat, men Arbetsmiljöverkets (2010a) bedömning är också att minskningen av arbetsskadeanmälningarna sannolikt till en del kan förklaras av olika för-

bättringar av arbetsmiljön. Denna bedömning stöds till viss del av Arbetsmiljöverkets undersökning om arbetsorsakade besvär (Arbetsmiljöverket, 2010b), där det framgår att andelen sysselsatta med arbetsorsakade besvär har minskat från år 2003 till år 2010.

Arbetsolyckor

Figur 56. Arbetsolyckor, förvärvsarbetande i befolkningen, kön, 2003–2011
Antal anmälda arbetsolyckor, män och kvinnor 20–64 år, 2003–2011. Statistiken avser antal anmälda arbetsolyckor per 1 000 av alla förvärvsarbetande män respektive kvinnor (dagbefolkning).

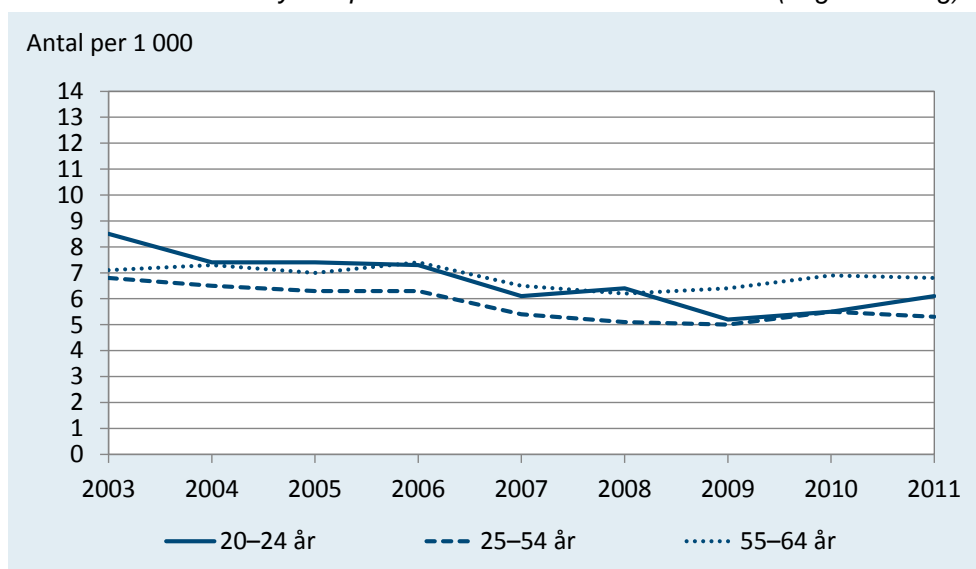


Källa: Arbetsmiljöverket.

Antalet anmälda arbetsolyckor minskade successivt mellan åren 2003 och 2009 för både män och kvinnor. Därefter har de ökat något igen. 2011 års siffror om 7,4 för män och 5,7 för kvinnor (per 1 000 invånare) är fortfarande lägre än vad de var år 2003.

Figur 57. Arbetsolyckor, kvinnor och åldersgrupper, 2003–2011

Antal anmälda arbetsolyckor, kvinnor i åldersgrupper, 2003–2011. Statistiken avser antal anmälda arbetsolyckor per 1 000 av alla förvärsarbetande (dagbefolkning).

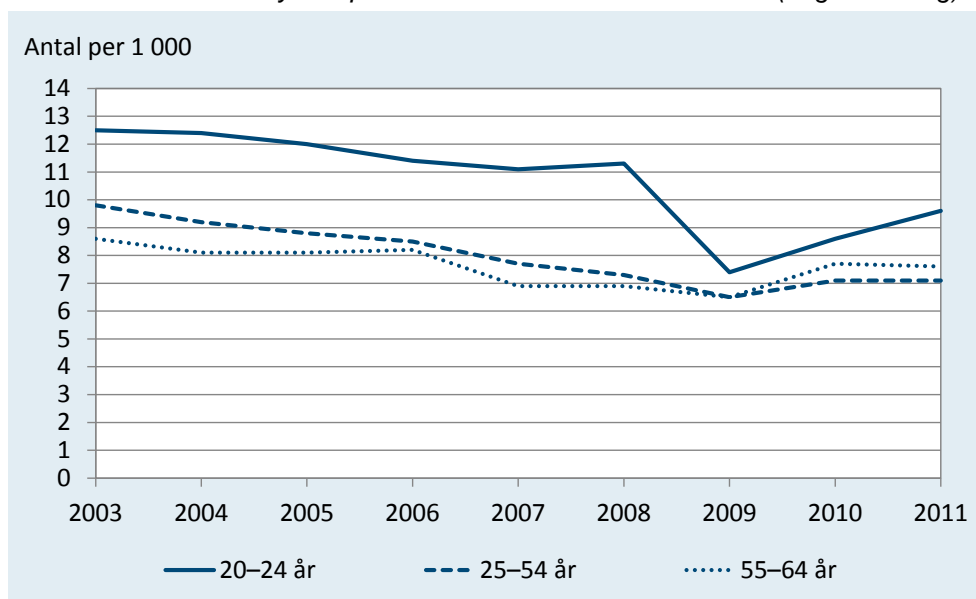


Källa: Arbetsmiljöverket.

Mönstret för arbetsolyckor i olika åldersgrupper skiljer sig åt för kvinnor och män och det förhållandet har sett likadant ut över tid. Bland kvinnor rapporterades åren 2003 till 2005 störst antal arbetsolyckor i åldersgruppen 20–24 år, men från år 2009 och framåt har det varit flest anmälda arbetsolyckor bland kvinnor i åldern 55 år eller äldre. År 2011 anmäldes det 6,8 arbetsolyckor per 1 000 invånare i den åldersgruppen, och 6,1 i gruppen 20–24 år. Åldersgruppen 25–54 år har varje år haft lägst antal anmälningar, och 2011 var siffran 5,3 i denna åldersgrupp.

Figur 58. Arbetsolyckor, män och åldersgrupper, 2003–2011

Antal anmälda arbetsolyckor, män i åldersgrupper, 2003–2011. Statistiken avser antal anmälda arbetsolyckor per 1 000 av alla förvärsarbetande (dagbefolkning).



Källa: Arbetsmiljöverket.

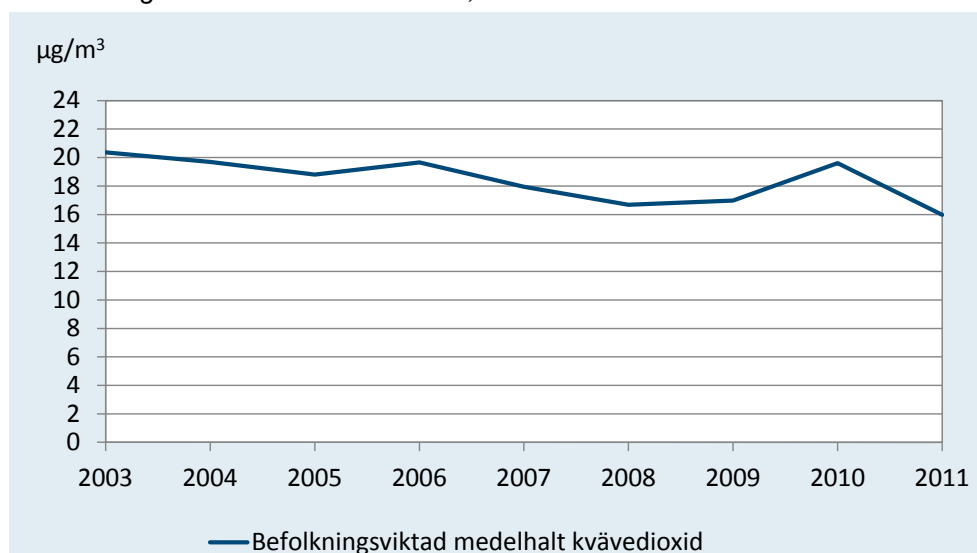
Bland männen är det den yngsta åldersgruppen, 20–24 år, som har det högsta antalet anmälda arbetsolyckor under hela mätperioden 2003–2011. Från år 2008 till år 2009 sker det i denna åldersgrupp en tydlig minskning i antalet anmälda arbetsolyckor, från 11,3 till 7,4 per 1 000 av de förvärvsarbetande. År 2011 var antalet anmälda arbetsolyckor i denna åldersgrupp 9,6 per 1 000 av de förvärvsarbetande, medan siffrorna för åldersgrupperna 25–54 år samt 55–64 år var 7,1 respektive 7,6.

Luftföroreningar (kvävedioxid i luft)

Enligt Socialstyrelsens beräkningar orsakar luftföroreningar cirka 3 000 förtida dödsfall per år räknat som långtidseffekter, och 200–300 lungcancerfall per år beror på luftföroreningar. Luftföroreningar orsakar förtida död, sjukdomar och besvär (hjärta, kärl och luftvägar) (Socialstyrelsen & Institutet för miljömedicin [IMM], 2009). Flertalet studier har visat att negativa hälsoeffekter av kvävedioxid uppstår även vid halter som underskrider dagens miljö kvalitetsnorm på $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ som årsmedelvärde och som är normal bakgrundshalt i flera tätorter (World Health Organization [WHO], 2013). Kvävedioxid är i sig en skadlig förorening för hälsan men förekomst av kvävedioxid påvisar också närvaro av andra, mer skadliga luftföroreningar som exempelvis partiklar och PAH. Kvävedioxidhalt i bakgrundsluft används därför även som en markör för andra föroreningar från förbränning. Negativa hälsoeffekter uppstår av dessa olika luftföroreningar enskilt men också i kombination (WHO, 2006, 2013).

Figur 59. Kvävedioxid i luft, 2003–2011

Befolkningsviktad medelhalt av kvävedioxid (NO_2) i luft som ett index av årsmedelvärde i bakgrundsluft i svenska tätorter, 2003–2011.



Källa: Naturvårdsverkets datavärd för luft, IVL Svenska Miljöinstitutet AB.

Kvävedioxidhalterna i luft i svenska tätorter minskade fram till slutet av 1990-talet, men sedan dess har den positiva trenden avtagit och för perioden 2003–2011 går det inte att se någon tydlig utvecklingsriktning. Det framräknade indexet av årsmedelvärdet av kvävedioxid i bakgrundsluften i

svenska tätorter visar en genomsnittlig halt på 15–20 µg/m³ i stadsmiljö, men på vissa gator eller i tunnlar kan halterna bli betydligt högre.

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®])

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) är en metod som används i hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet hos vårdsökande. God evidens finns för att använda metoder med syftet att främja den fysiska aktiviteten (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). Svenska studier visar att metoden FaR[®] leder till ökad fysisk aktivitet hos cirka 50 procent av de vårdsökande som har fått ett recept (Kallings, 2008; Kallings, Leijon, Hellenius & Stahle, 2008; Kallings et al., 2009; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Festin & Stahle, 2009).

I *tabell 10* redovisas en sammanställning av antalet FaR[®] uppdelat på landsting och regioner. Förskrivningen av FaR[®] ser ut att fortsätta öka inom Sverige.³ Statistiken över antalet FaR[®] har dock flera osäkerhetsfaktorer. Exempelvis är statistiken baserad på data från enbart primärvården inom flera landsting och regioner, medan andra har statistik även från exempelvis sjukhus, psykiatri och rehabiliteringsenheter. Det finns även variation över åren i några av landstingen och regionerna. En ytterligare osäkerhetsfaktor är att det kan finnas fler FaR[®] som förskrivits men som inte är med i det statistiska underlaget. Det kan till exempel vara förskrivning som inte har registrerats på ett korrekt sätt i journalsystemet, förskrivning på vårdenheter eller hos privata vårdgivare med andra journalsystem.

³ För mer om förskrivningen av FaR[®] på regional nivå, se Kallings (2012).

Tabell 10. Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) i Sverige 2004–2012
 Sammanställning över antalet förskrivna FaR[®] per landsting eller region i Sverige 2004–2012.

Landsting/region	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Blekinge				403			674	5 450	6 126
Dalarna							1 041	874	2 306
Gotland				80	96	180	514		359
Gävleborg				1 000	1 257	2 112	4 091	4 036	4 962
Halland				1 276	1 654	1 209	1 939	2 000	3 169
Jämtland		69	109	140	260	380	1 496	1 304	1 007
Jönköping				450	1 377	1 561	900	297	1 245
Kalmar				320	800	900	1 136	1 541	1 795
Kronoberg					299	1 317	1 669	1 759	1 726
Norrbottnen				179	203	501	579	1 479	7 866
Skåne					512	4 000	7 300		
Stockholm [®]				1 000	3 741	5 130	7 021	14 741	
Sörmland				458			930	1 435	
Uppsala				589	1 100	1 000	1 150	1 363	1 962
Värmland			828	703	1 295	1 930	2 470		
Västerbotten							1 100	2 500	4 700
Västernorrland				1 000	1 518	1 000	1 200	1 493	3 490
Västmanland				100			608	1 157	
Västra Götaland	110	940	1 767	5 195	10 000	11 000	6 799	19 100	25 000
Örebro	129	1 092	890	735	885	1 300	3 024	2 577	2 858
Östergötland	3 344	2 956		3 033	2 895	2 882	3 477	3 899	4 854
Summa per år	3 583	5 057	3 594	16 661	27 892	36 402	49 118	67 005	73 425

Källa: Statens folkhälsoinstitut (2011a) (2004–2010) och egen datainsamling (2011–2012). Anmärkning: Statistiken om antalet förskrivna FaR[®] är inte heltäckande och baseras dessutom på information från flera källor. För åren 2007 och 2009 bygger data framför allt på en primärvårdsenkät som Statens folkhälsoinstitut genomförde. Data för åren 2008 och 2010 har till stor del hämtats från Riksidrottsförbundets årliga sammanställning, som bygger på distriktsidrottsförbundens rapporteringar. För år 2010 och som komplettering för övriga år före år 2010 har sökningar gjorts på landstingens och regionernas webbplatser, i rapporter, via personliga kontakter och via Hälso- och sjukvårdens nationella nätverk för FaR[®]. Kompletterande data för år 2010 har även hämtats från en undersökning som Dagens Medicin har gjort. Data för åren 2011 och 2012 har inhämtats från landstingens och regionernas samordnare för uppföljning av FaR[®], från webbsidor samt via personliga kontakter. Observera att en tom cell inte behöver betyda att landstinget eller regionen ifråga har förskrivit noll FaR[®] det året, utan innebörden är att uppgiften om antalet förskrivna FaR[®] inte har kunnat samlas in.

Antibiotikaresistens (MRSA)⁴

Antibiotikaresistens bedöms av den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC som ett av de främsta hoten mot folkhälsan i Europa (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2010). Bakterier som blir så resistenta att de inte längre kan behandlas med några registrerade antibiotika hotar medicinska framsteg såsom cancerbehandling, transplantationer och stora operationer. Utvecklingen av antibiotikaresistens drivs på av onödig användning av antibiotika (Smittskyddsinstitutet, 2012).

Antibiotikaresistens bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet i bakteriella infektioner. Om infektionen är lindrig kan antibiotikaresistens fördröja läkningen. Vid en allvarligare infektion, som blodförgiftning eller hjärninflammation, kan dödligheten öka (Ekdahl & Giesecke, 2003; Melander, Burman & Cars, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2011b). Dödligheten var 42 procent bland intensivvårdspatienter som behandlades med antibiotika som på grund av antibiotikaresistens var ineffektiv. Bland de patienter där antibiotikabehandlingen hade avsedd effekt var dödligheten bara 18 procent (Kollef, Sherman, Ward & Fraser, 1999). I en studie av svenska förhållanden har de MRSA-relaterade dödsfallen uppskattats till cirka 260 stycken per år (Melander et al., 2007). Antibiotikaresistens leder också till kompli-

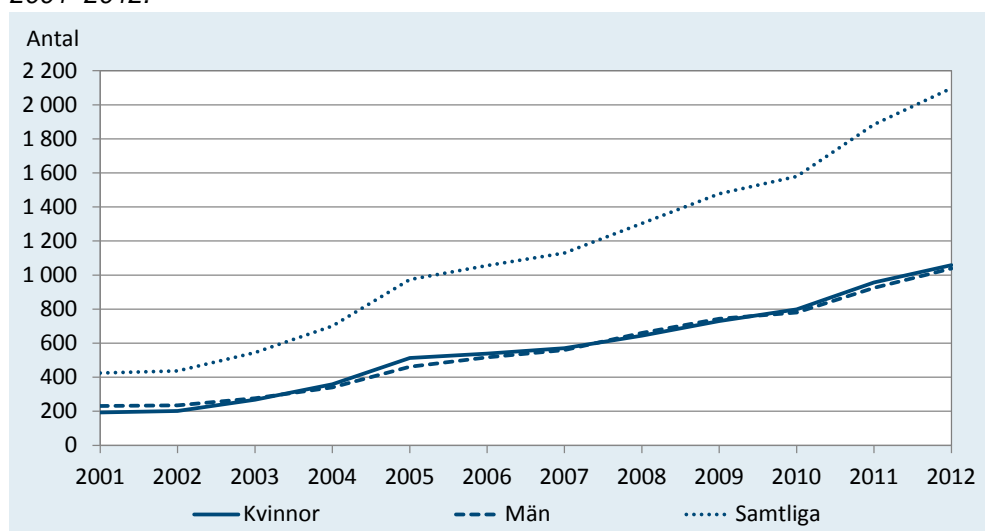
⁴ MeticillinResistenta Staphylococcus Aureus (meticillinresistenta gula stafylokker).

kationer till följd av behandlingssvikt, som infertilitet till följd av klamydia-orsakad äggledarinfektion och nedsatt hörsel vid svår öroninflammation (Statens folkhälsoinstitut, 2011b).

Antibiotikaresistenta bakterier blir fortsatt vanligare och alltmer ett problem också ute i samhället, i stället för som tidigare inom vård och äldreomsorgen (Smittskyddsinstitutet, 2012). Av de anmälningspliktiga antibiotikaresistenta smittämnen har MRSA valts som indikator för rapporteringen.⁵ MRSA är ett av de största vårdhygieniska problemen i världen, och antalet rapporterade fall i Sverige ökar stadigt (Statens folkhälsoinstitut 2011b). Spridningen av MRSA har också förändrats de senaste åren och sker nu främst bland personer som inte förefaller ha fått smittan i vården (Smittskyddsinstitutet, 2012).

Figur 60. MRSA, kön och befolkning, 2001–2012

Antal anmälda fall av MRSA bland kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 2001–2012.



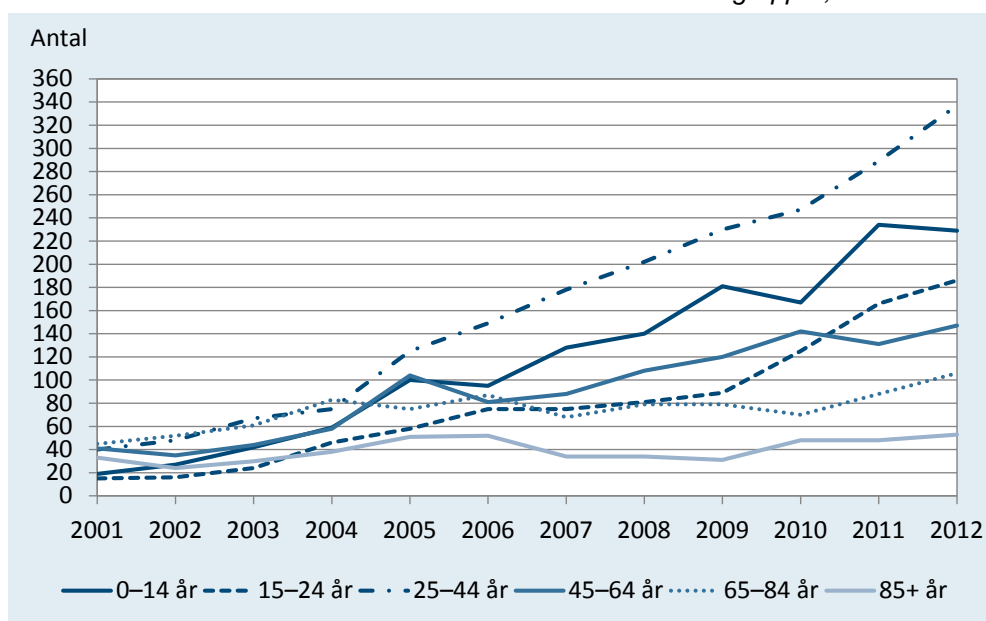
Källa: Smittskyddsinstitutet. Anmärkning: I MRSA-statistiken från Smittskyddsinstitutet förekommer ett antal fall som benämns "Uppgiften okänd", vilket kan ses vid några enstaka fall åren 2001, 2004, 2009, 2011 och 2012. Dessa fall är få och bedöms inte påverka föreliggande redovisning av MRSA-statistik för perioden 2001–2012.

Antalet fall av MRSA i befolkningen har ökat från 425 år 2001 till 2 097 år 2012. Ökningen över åren beror förmodligen på en kombination av reell incidensökning och ökad provtagning, i takt med att lokala och regionala vårdprogram har implementerats (Smittskyddsinstitutet, 2012).

⁵ Se Statens folkhälsoinstitut (2011b, sidorna 18 och 33) för en diskussion om val av indikator.

Figur 61. MRSA, kvinnor och åldersgrupper, 2001–2012

Antal anmälda MRSA-fall bland kvinnor fördelade efter åldersgrupper, 2001–2012.

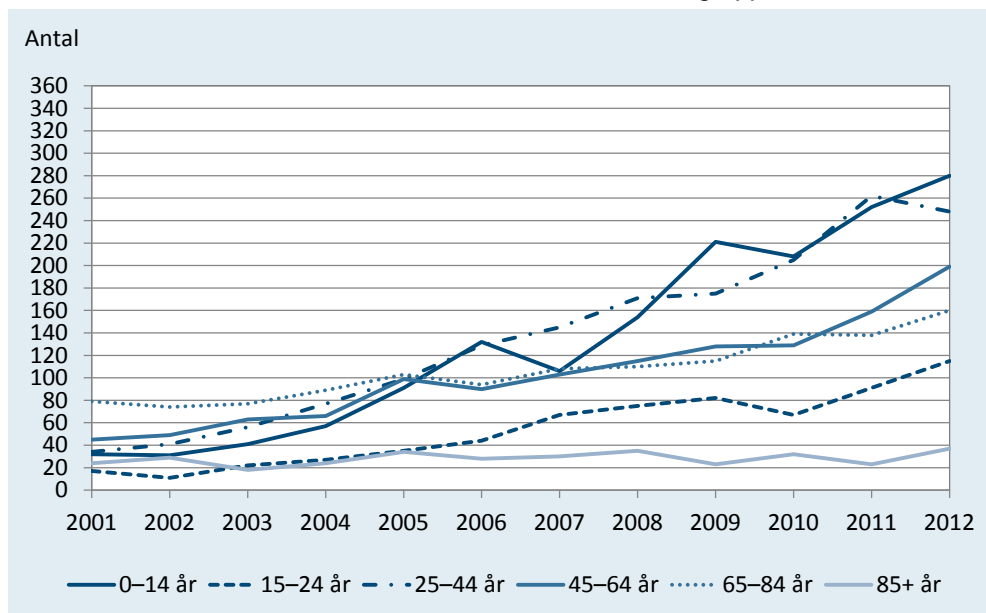


Källa: Smittskyddsinstitutet.

Bland kvinnor har antalet fall av MRSA ökat i alla åldersgrupper perioden 2001–2012. Främst ses ökningen bland 0–14-åringar och 25–44-åringar. I åldersgruppen 85 år och äldre har det bara varit en liten ökning.

Figur 62. MRSA, män och åldersgrupper, 2001–2012

Antal anmälda MRSA-fall bland män fördelade efter åldersgrupper, 2001–2012.



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Bland män har antalet fall av MRSA ökat i alla åldersgrupper utom en under perioden 2001–2012. Främst ses ökningen bland 0–14-åringar och 25–44-åringar. I åldersgruppen 85 år och äldre har ingen ökning skett.

Våldtäkter

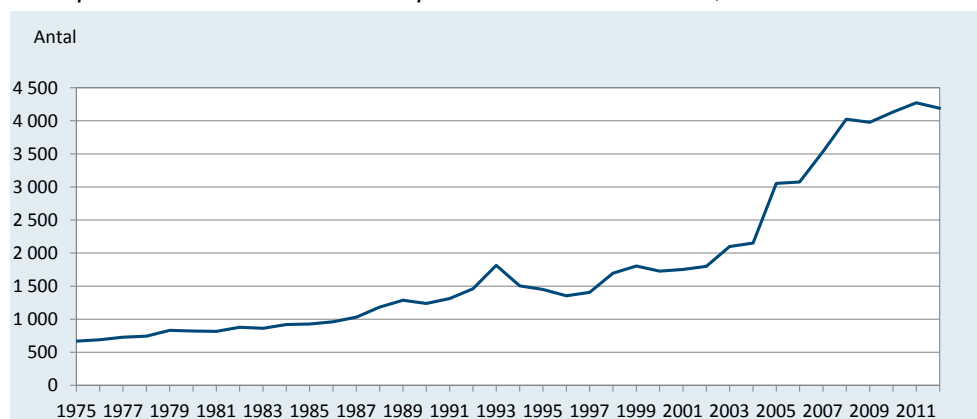
Fysiskt och psykiskt våld eller tvång samt sexuella övergrepp förekommer ofta tillsammans, överlappar varandra och kan inte alltid urskiljas från varandra. Var tionde invånare är offer för våld, hot eller trakasserier varje år. Särskilt utsatta är ungdomar och ensamstående kvinnor med barn.⁶ Ofta leder våld i nära relationer till ohälsa, exempelvis psykisk ohälsa och kroniska smärtor, men också självmordsförsök (Sutherland, Bybee & Sullivan, 1998; Socialstyrelsen, 2005, 2006). Kvinnor, flickor, män och pojkar som uppger ett allmänt dåligt hälsotillstånd har i högre grad än andra tvingats till sexuella handlingar någon gång (Priebe, Hansson, & Svedin, 2010).

Samband finns mellan utsatthet för sexuella övergrepp i barn- eller ungdomsåren och självskadande handlingar, psykosomatiska problem och sexuellt risktagande senare i livet. En högre frekvens av skolk och narkotikaerfarenhet är också mer förekommande jämfört med barn som inte har utsatts för övergrepp (Lewin, Fugl-Meyer, Helmius, Lalos & Månsson, 1998; Spak, Allebeck, Spak & Thundal, 2001; Forsberg, 2006).

Nordiska studier visar att sexuella övergrepp är sammanlänkade med socioekonomisk utsatthet (Edgardh & Ormstad, 2000; Priebe & Svedin, 2009; Priebe et al., 2010). Ungdomar som har varit utsatta för sexuella övergrepp som barn lever oftast inte med båda föräldrarna, har föräldrar med lägre inkomst, har lägre självkänsla och har samlagsdebuterat tidigare än ungdomar som inte har varit utsatta för sexuella övergrepp (Priebe & Svedin, 2009; Priebe et al., 2010). En annan studie visar att förövarna ofta själva har varit utsatta för sexuella övergrepp (Seto et al., 2010).

Figur 63. Våldtäkter, personer 15 år eller äldre, 1975–2012

Antal polisanmälda våldtäkter mot personer 15 år eller äldre, 1975–2012.



Källa: Brottsförebyggande rådet (2013a). Anmärkning: En ny sexualbrottslagstiftning trädde i kraft den 1 april 2005. Den innebär att en del gärningar som tidigare rubricerades som sexuellt utnyttjande nu rubriceras som våldtäkt. Siffran för år 2012 är preliminär.

Under år 2012 anmäldes preliminärt drygt 17 100 sexualbrott. Antalet anmälda våldtäkter minskade under året med preliminärt 5 procent till omkring 6 200 anmälda brott, och de står därmed för drygt en tredjedel av det totala antalet anmälda sexualbrott (Brottsförebyggande rådet, 2013a). Av *figur 63* framgår det att antalet polisanmälda våldtäkter mot personer 15 år

⁶ Jämför statistiken om sjukhusvård för övergrepp i avsnitten "Sjukhusvård för misshandel är vanligast bland unga" och "Personer med kort utbildning är oftare utsatta för våld" ovan.

eller äldre har mer än fördubblats under det senaste decenniet, från 1 798 år 2002 till preliminärt 4 200 år 2012. Detta beror troligen på en kombination av ökad brottslighet och ökad anmälningsbenägenhet (Brottsförebyggande rådet, 2008, 2013b). En stor del av ökningen har skett efter det att den nya sexualbrottslagstiftningen trädde i kraft år 2005, vilket innebär att en del gärningar som tidigare skulle ha klassats som sexuellt utnyttjande nu rubriceras som våldtäkt.

År 2012 anmäldes preliminärt omkring 2 800 våldtäkter mot barn i åldern 0–17 år. I cirka 10 procent av fallen var offren pojkar. Bland de vuxna offren var ungefär 4 procent män (Brottsförebyggande rådet, 2013a). Av dem som misstänks för sexualbrott är majoriteten män, bara omkring 2 procent är kvinnor (Brottsförebyggande rådet, 2013b).

Orsaker till den generella ökningen av brottslighet och sexualbrott kan vara ungdomars förändrade attityder, ökad alkoholkonsumtion och exploateringen av sexuella kontakter på nätet (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2009).

Sexualbrott är en av de brottstyper som anmäls i minst utsträckning; endast drygt 20 procent av alla sexualbrott polisanmäls. Nationella trygghetsundersökningen, som genomförs av Brottsförebyggande rådet, ger en bättre bild av hur brottsligheten ser ut, med uppgifter om både offer och gärningsmän, vilket saknas i kriminalstatistiken (Brottsförebyggande rådet, 2013b).

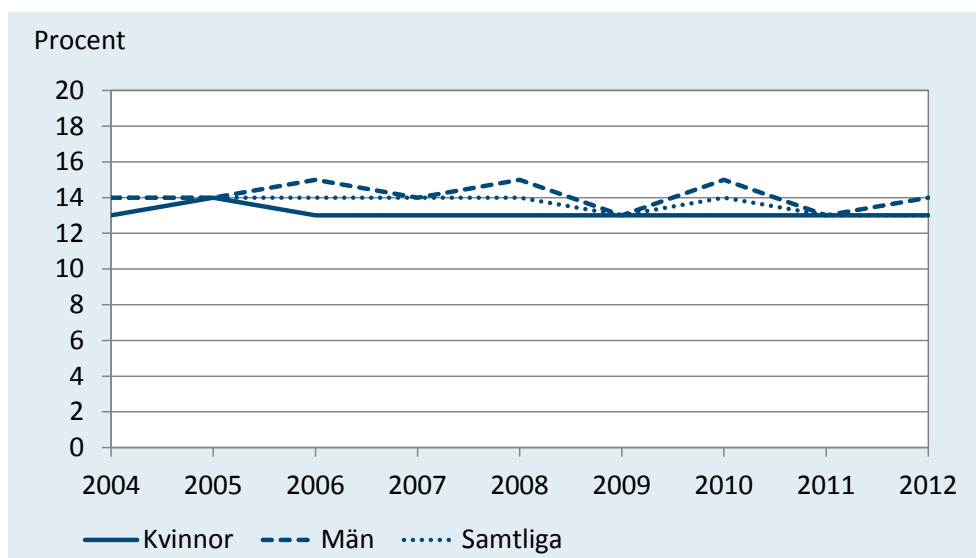
Stillasittande fritid

Fysisk aktivitet på fritiden är viktig då våra arbeten blir alltmer stillasittande med få inslag av fysisk aktivitet. Oavsett ålder ger en stillasittande fritid negativa effekter. Det finns vetenskapligt stöd för ökad dödlighet (alla orsaker, dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar), risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar och i endometrie-cancer. Det verkar även finnas ett visst stöd för ett samband mellan stillasittande beteenden och risk för diabetes typ 2, cancerdödlighet för kvinnor och för biomarkörer för hjärt- och kärlsjukdom (Statens folkhälsoinstitut, 2012a).

Att ha en stillasittande fritid utgör den lägsta aktivitetsnivån i Nationella folkhälsoenkäten.

Figur 64. Stillasittande fritid, kön och befolkning, 2004–2012

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

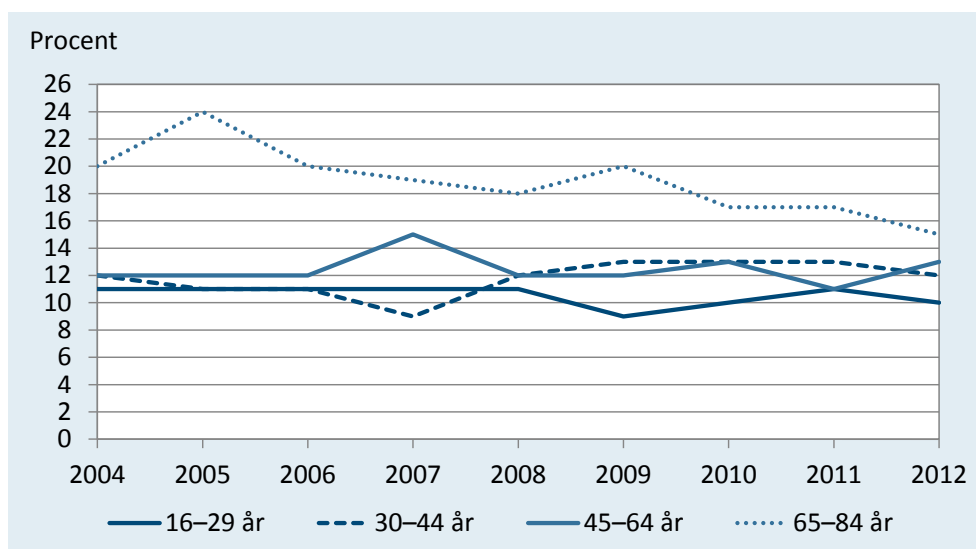


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012. Anmärkning: Nationella folkhälsoenkäten innehåller frågan "Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?". Figuren visar andelarna som kryssat i svarsalternativet "Stillasittande fritid" definierat som "Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan." De övriga tre svarsalternativen är "Måttlig motion på fritiden", "Måttlig, regelbunden motion på fritiden" och "Regelbunden motion och träning". För definitioner av dessa svarsalternativ, se Statens folkhälsoinstitut (2012b). "Stillasittande fritid" utgör den lägsta aktivitetsnivån.

Det har inte skett några förändringar bland vare sig kvinnor eller män i andel av befolkningen som rapporterade att de hade en stillasittande fritid perioden 2004–2012.

Figur 65. Stillasittande fritid, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2012.



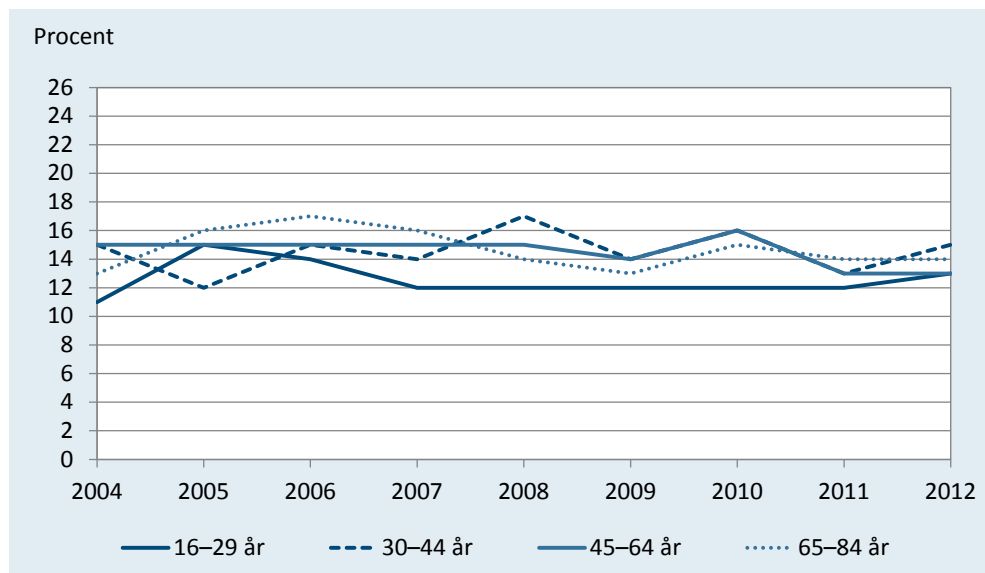
Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012. Anmärkning: Se figur 64.

Det var vanligare att kvinnor i åldern 65–84 år rapporterade en stillasittande fritid i stort sett hela perioden 2004–2011, men skillnaden gentemot andra

åldersgrupper tycks vara på väg att minska. Det finns ingen signifikant skillnad mellan de övriga åldersgrupperna.

Figur 66. Stillasittande fritid, män och åldersgrupper, 2004–2012

Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2012.

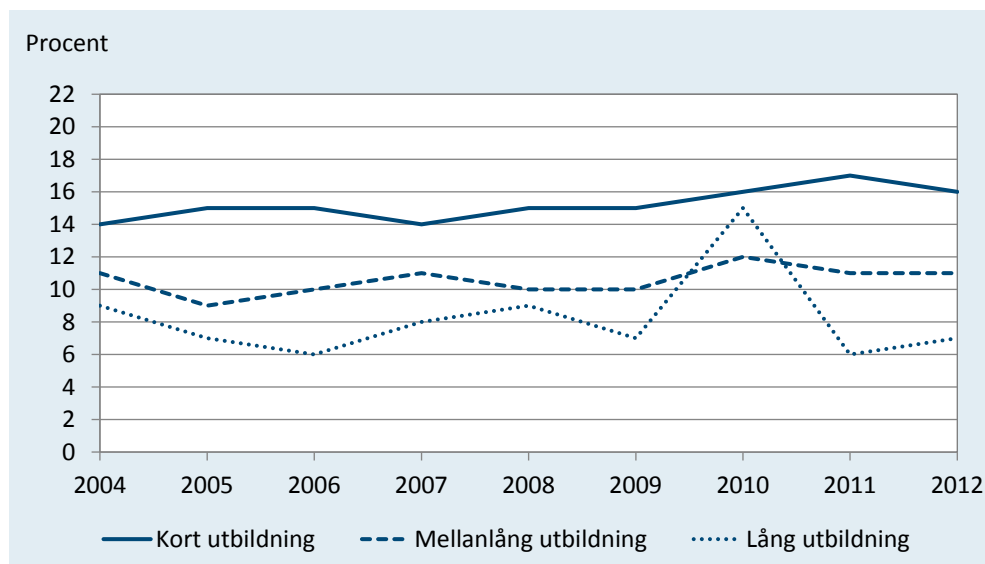


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012. Anmärkning: Se figur 64.

Det finns inga signifikanta skillnader bland män i olika åldersgrupper som rapporterade en stillasittande fritid perioden 2004–2012.

Figur 67. Stillasittande fritid, kvinnor och utbildning, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.



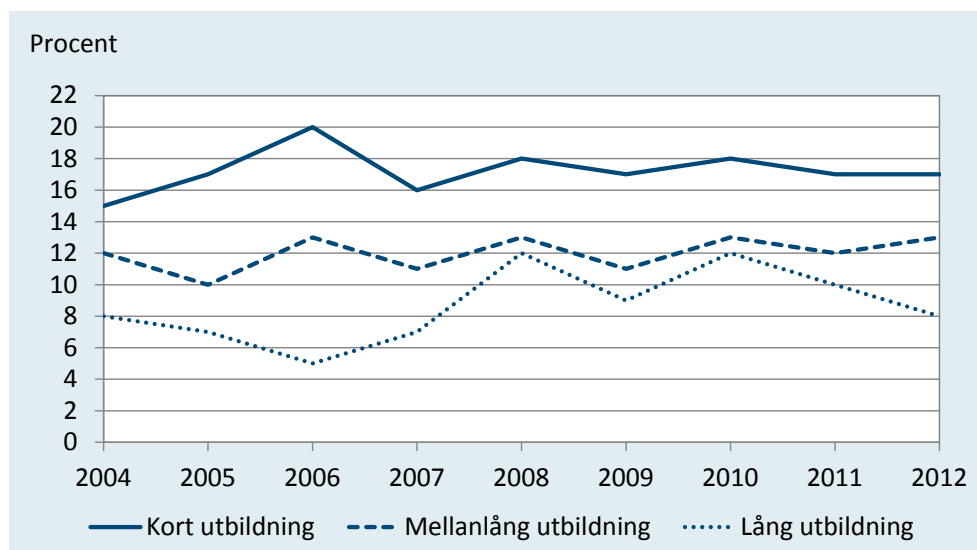
Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012. Anmärkning: Se figur 64.

Det var vanligare att rapportera en stillasittande fritid bland kvinnor med kort utbildning jämfört med kvinnor med längre utbildning och skillnaden

har bestått. När det gäller lång utbildning och år 2010 kan denna siffra bortses ifrån då dataunderlaget är alltför osäkert.

Figur 68. Stillasittande fritid, män och utbildning, 2004–2012

Andel män, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012. Anmärkning: Se figur 64.

Det var vanligare att rapportera en stillasittande fritid bland män med kort utbildning jämfört med män med längre utbildning och skillnaden har bestått.

Övervikt och fetma

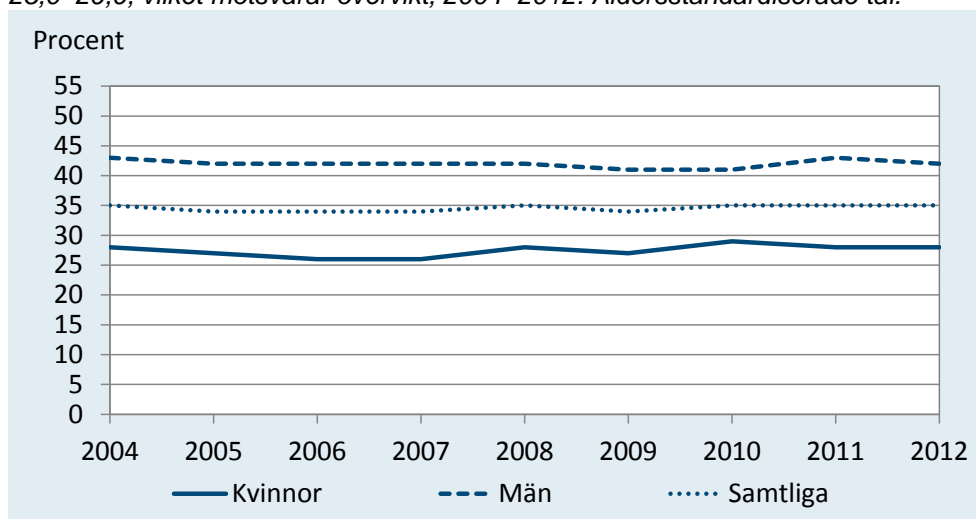
I utvecklingen av övervikt och fetma spelar faktorer i samhället in, liksom våra gener och våra levnadsvanor. Avgörande är en persons totala energiförbrukning i förhållande till hans eller hennes matvanor och grad av fysisk aktivitet. Det finns ett signifikant samband mellan övervikt och fetma och ett antal sjukdomar. Övervikt och fetma ökar risken för många cancerformer som till exempel postmenopausal bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer. Andra samband finns mellan övervikt och fetma och ökad risk för hjärt- och kärlsjuklighet och typ 2-diabetes (Guh et al., 2009).

Övervikt och fetma har blivit vanligare i befolkningen under de två senaste decennierna, med den största ökningen bland personer under 50 år (Norberg & Danielsson, 2012).

Övervikt

Figur 69. Övervikt, kön och befolkning, 2004–2012

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

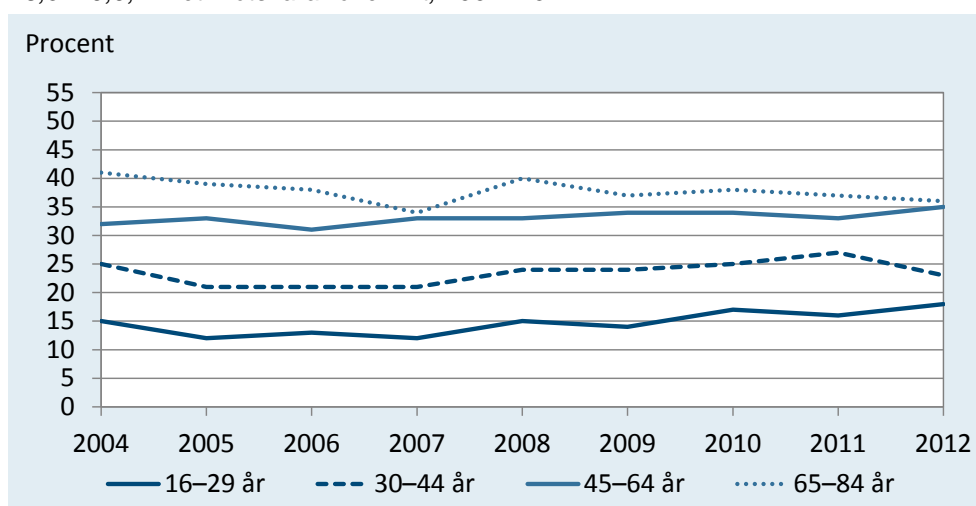


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Det var vanligare bland män att rapportera ett BMI inom intervallet 25,0–29,9, motsvarande övervikt, perioden 2004–2012. Ingen förändring kan ses bland kvinnor, män eller i befolkningen under perioden.

Figur 70. Övervikt, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2012.

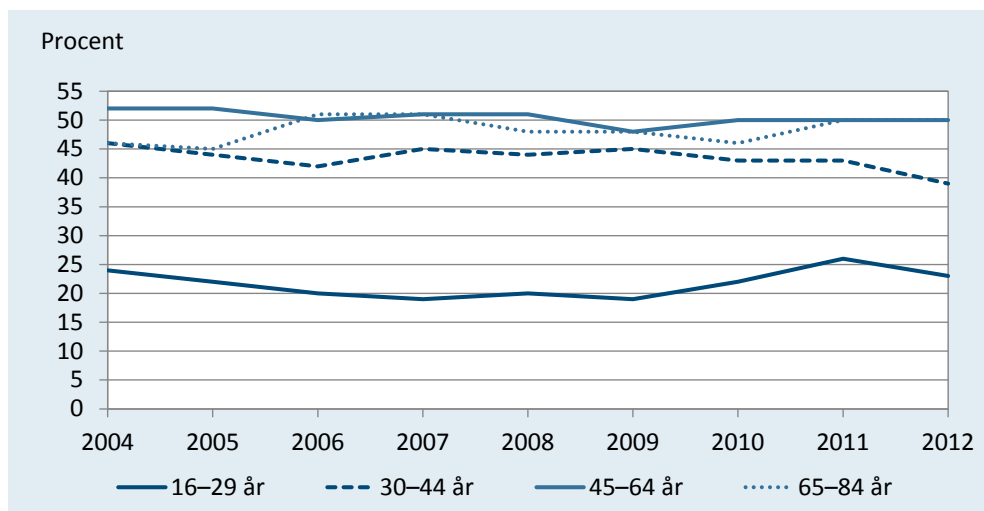


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Generellt sett var det vanligare att rapportera övervikt bland kvinnor 45–84 år jämfört med de andra åldersgrupperna perioden 2004–2012.

Figur 71. Övervikt, män och åldersgrupper, 2004–2012

Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2012.

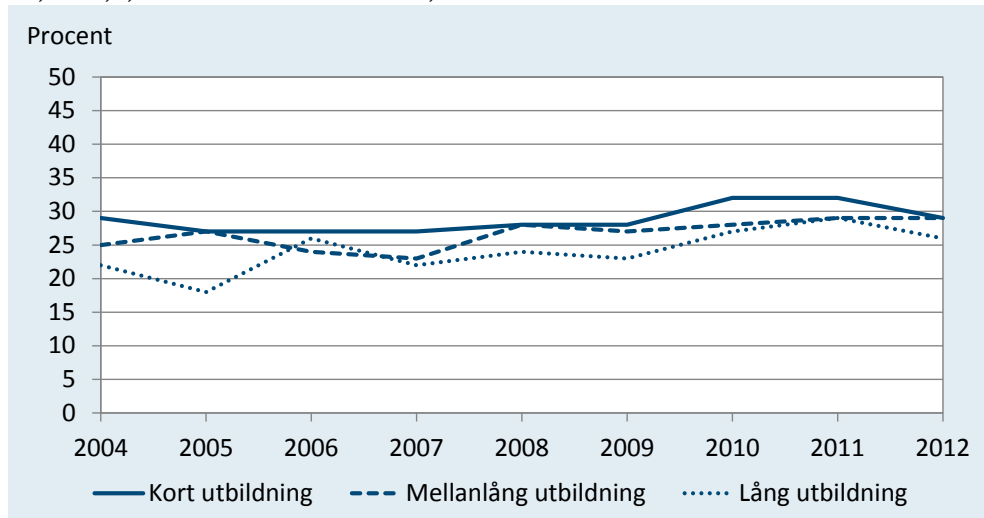


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Det var vanligare att rapportera övervikt bland män 30–84 år jämfört med män 16–29 år.

Figur 72. Övervikt, kvinnor och utbildning, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

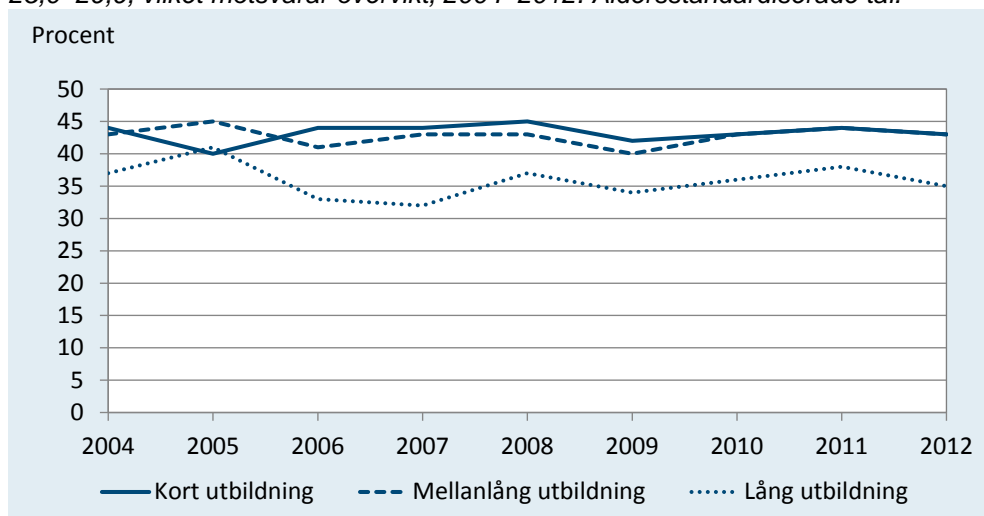


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Det finns ingen statistisk skillnad mellan kvinnor med olika utbildningslängd som rapporterade ett BMI motsvarande övervikt perioden 2004–2012. Ingen ändring kan ses bland de olika utbildningslängderna under perioden.

Figur 73. Övervikt, män och utbildning, 2004–2012

Andel män, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.



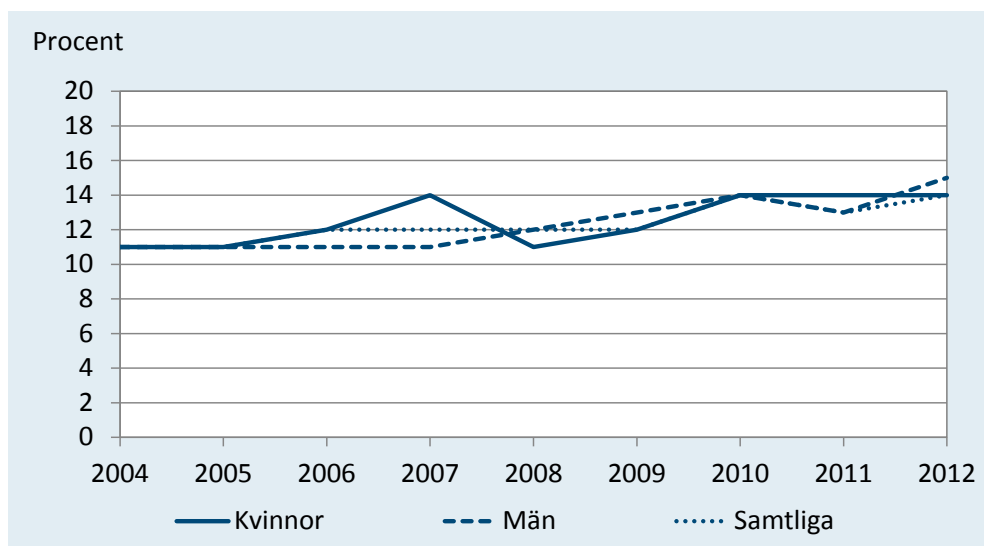
Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Det var under perioden generellt sett mindre vanligt att rapportera övervikt bland män med lång utbildning jämfört med män med kortare utbildning. Ingen ändring kan ses bland de olika utbildningslängderna under perioden.

Fetma

Figur 74. Fetma, kön och befolkning, 2004–2012

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år (2004: 18–84 år), som rapporterade BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

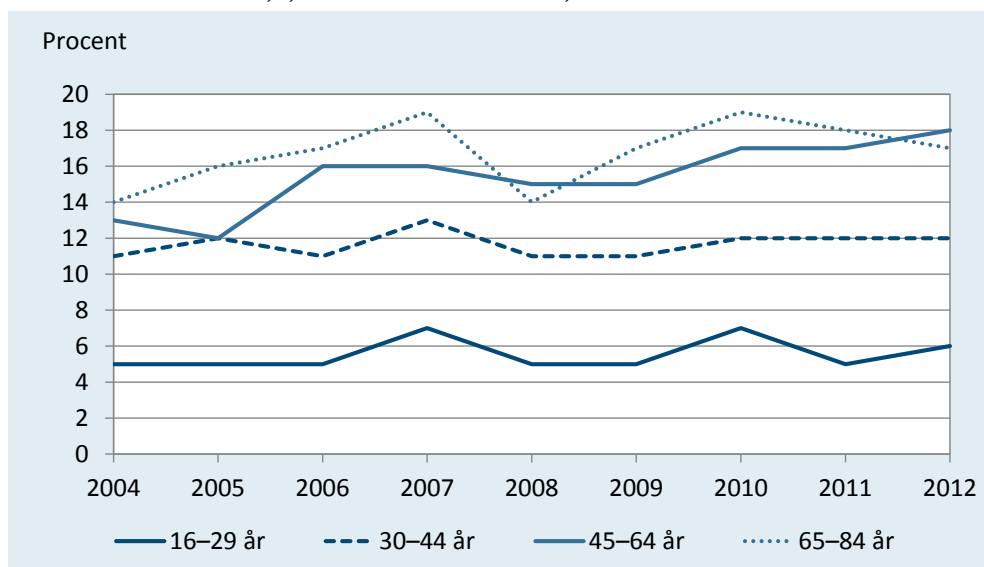


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Andelen av befolkningen som rapporterade ett BMI över 29,9, motsvarande fetma, ökade något under perioden. Det syns ingen skillnad könen.

Figur 75. Fetma, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–84 år (2004: 18–84 år), fördelad i åldersgrupper, som rapporterade BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2012.

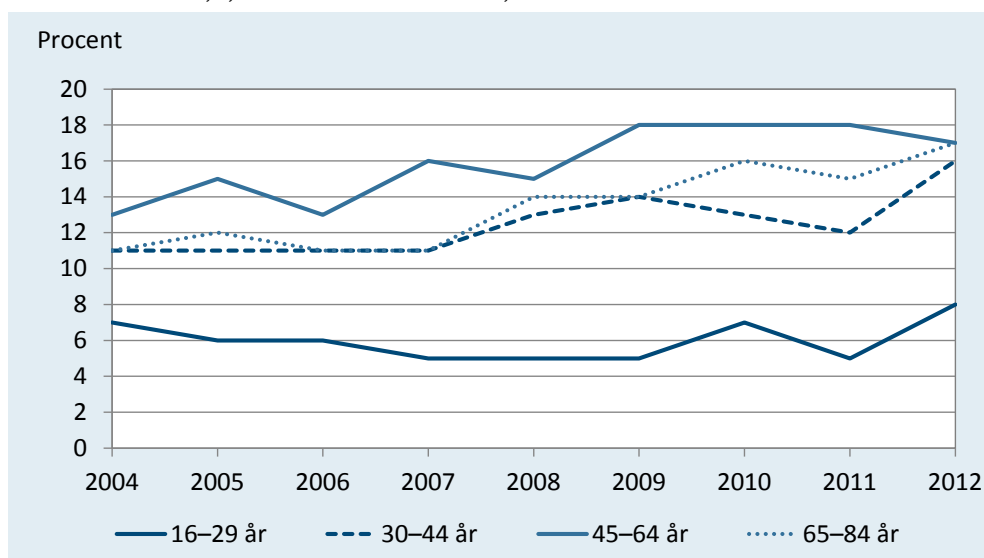


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Bland kvinnor var det vanligast att rapportera ett BMI över 29,9 i de två högsta åldersgrupperna, 45–64 år och 65–84 år.

Figur 76. Fetma, män och åldersgrupper, 2004–2012

Andel män, 16–84 år (2004: 18–84 år), fördelad i åldersgrupper, som rapporterade BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2012.

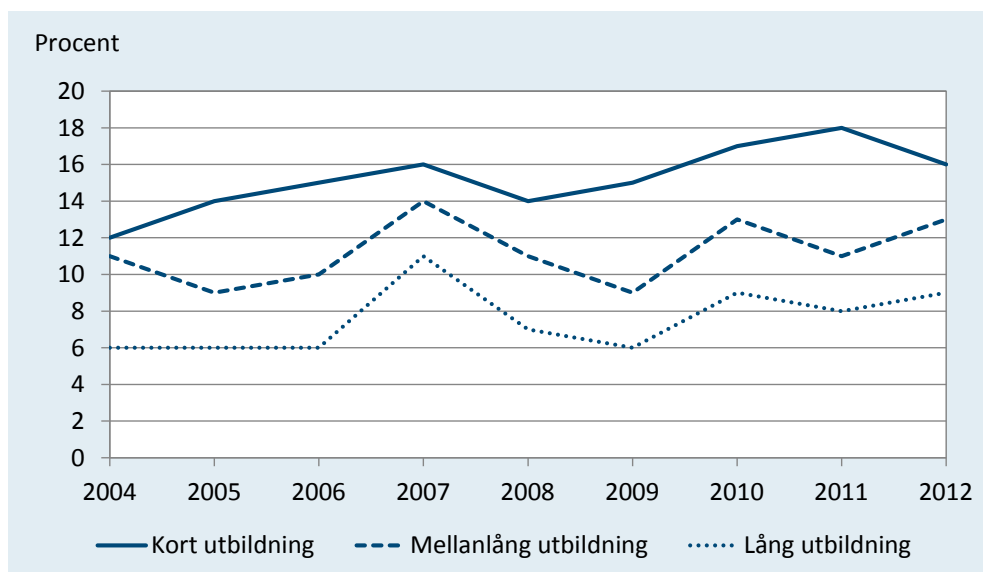


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Bland män var det generellt vanligt att rapportera ett BMI motsvarande fetma i de tre högsta åldersgrupperna, 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år perioden 2004–2012.

Figur 77. Fetma, kvinnor och utbildning, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–74 år (2004: 18–84 år), fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

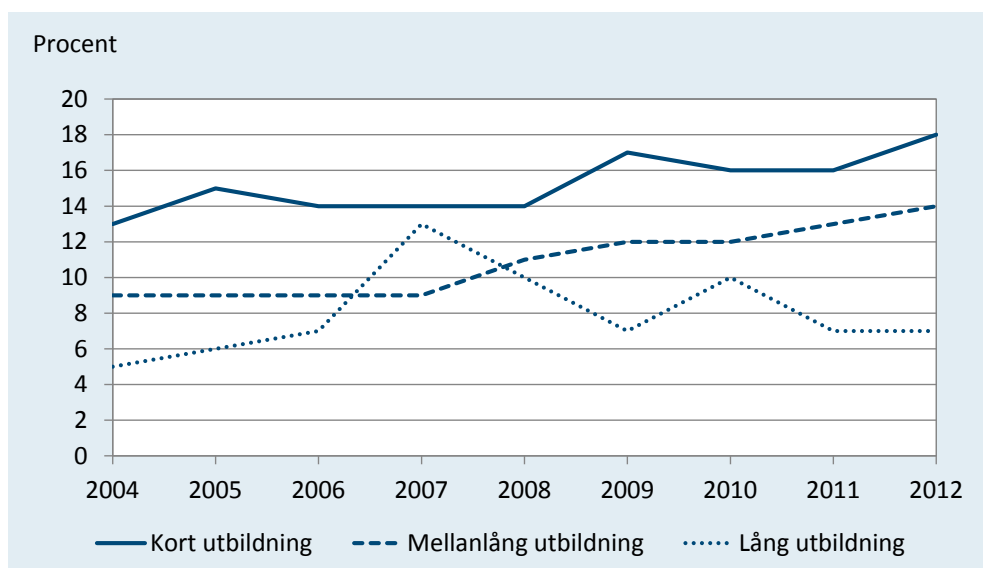


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Fetma var vanligare bland kvinnor med kort utbildning än bland kvinnor med lång, och skillnaden var signifikant hela perioden 2004–2012.

Figur 78. Fetma, män och utbildning, 2004–2012

Andel män, 16–74 år (2004: 18–84 år), fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

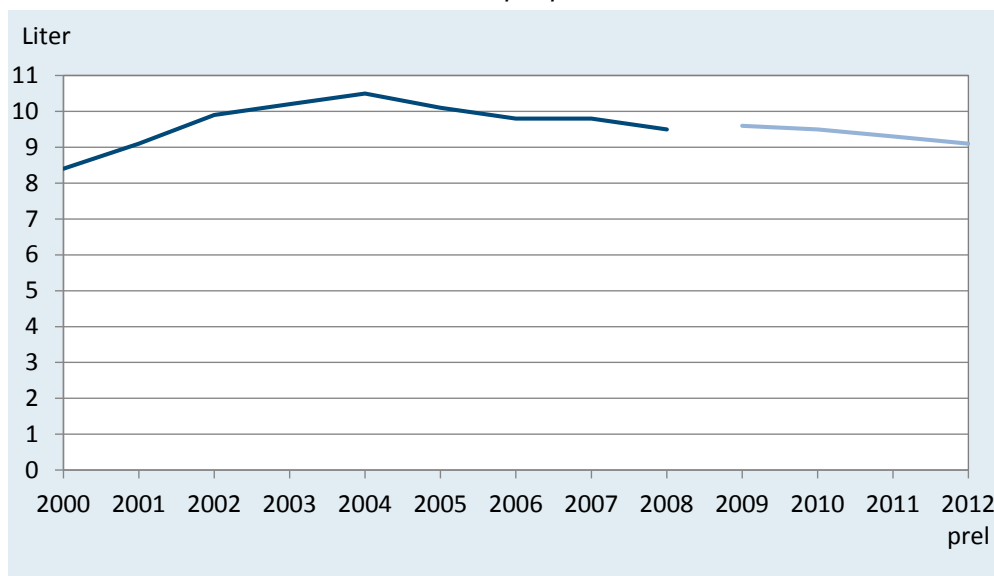
Bland män var det generellt vanligare att rapportera fetma bland män med kort utbildning än bland män med längre utbildning perioden 2004–2012. Svängningarna som ses vad gäller lång utbildning kan bero på ett osäkert dataunderlag och bör inte vidare beaktas.

Alkoholkonsumtion

Alkohol orsakar mer än ett sextiotal olika sjukdomstillstånd, varav de vanligaste är olika former av hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2005b; WHO, 2011). Alkohol beräknas orsaka ungefär 10 procent av all cancer hos män och 3 procent hos kvinnor (Schütze et al., 2011). Åren 2009–2011 avled i genomsnitt 2 153 personer per år (528 kvinnor, 1 625 män) med en alkoholrelaterad diagnos som dödsorsak (se avsnittet ”Alkohol- och drogmissbruk” ovan). Om detta mått kompletteras med andra alkoholrelaterade indikatorer, exempelvis antalet döda personbilsförare med alkohol i blodet, erhålls en vidare bild av den alkoholrelaterade dödligheten. Enligt en skattning avseende år 2009 inträffade det året drygt 4 500 dödsfall, där alkoholen orsakade eller signifikant bidrog till dödsfallet (Statens folkhälsoinstitut, 2011c).

Runt 700 000 svenskar bedöms ha en riskabel alkoholkonsumtion och ytterligare 300 000 ett beroende (SOU 2011:6). Bland föräldrar med hemmavarande barn under 18 år beräknas omkring 60 000 mammor och 115 000 pappor ha en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion (Statens folkhälsoinstitut, 2012c).

Figur 79. Totalkonsumtion av alkohol, personer över 15 år, 2000–2012
Total alkoholkonsumtion i liter ren alkohol per person 15 eller äldre, 2000–2012.



Källa: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD). Anmärkning: (i) Tidseriebrutt år 2009. Från och med år 2009 används en ny beräkningsmetod. Så kallade uppräkningsfaktorer för självrapporterade uppgifter är reviderade från och med det året. Den reviderade metoden ökar värdena något jämfört med tidigare beräkningssätt. (ii) 2011 års värde är inte slutgiltigt fastställt. 2012 års värde är preliminärt och ännu inte publicerat av SoRAD.

Den totala alkoholkonsumtionen beskrivs i liter ren alkohol (100 procent) per invånare 15 år eller äldre. Konsumtionen steg mellan åren 2000 och 2004 och har därefter sjunkit gradvis. År 2011 skattades den till 9,3 liter. En preliminär skattning för år 2012 om 9,1 liter tyder på fortsatt viss minskning av konsumtionen.

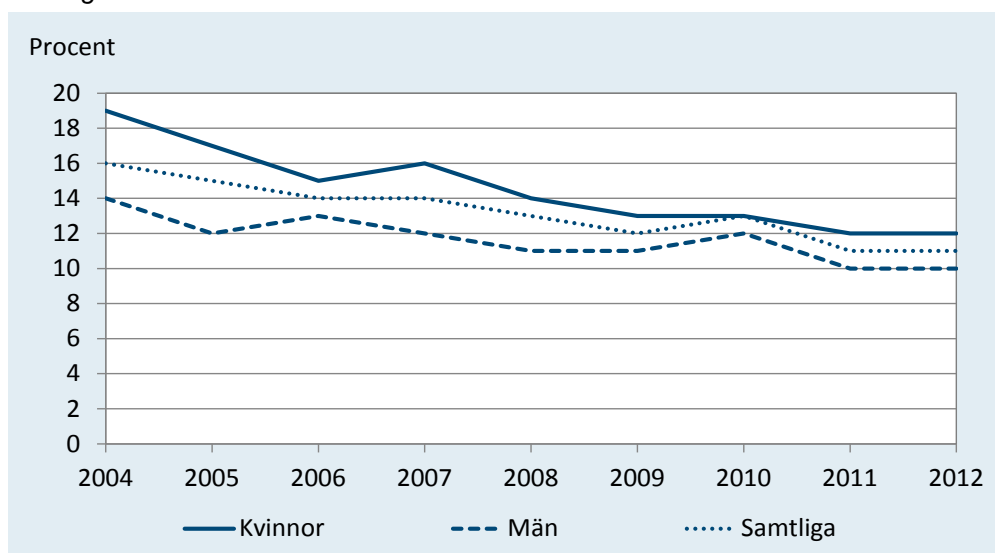
Daglig rökning

Alla som röker skadas av sitt bruk. Tobaksrökning har en vetenskapligt belagd ökad risk för 58 olika sjukdomstillstånd, varav de vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, KOL, lungcancer och flera andra former av cancer (Agardh, Moradi & Allebeck, 2008). Detta leder till att cirka 6 400 människor dör i förtid varje år i Sverige på grund av sitt tobaksbruk; de flesta dödsfall beror på hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2009). Varannan rökare dör i förtid av sitt bruk och i genomsnitt lever en rökare tio år kortare än en icke-rökare (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004).

Att vara utsatt för passiv rökning innebär i stort sett samma sorts risker som för den aktiva rökaren, om än i lägre grad. Risken att drabbas av sjukdom på grund av passiv rökning ökar ju större exponeringen är men det finns inga riskfria nivåer (The Surgeon General, 2006).

Figur 80. Daglig rökning, kön och befolkning, 2004–2012

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade daglig rökning 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

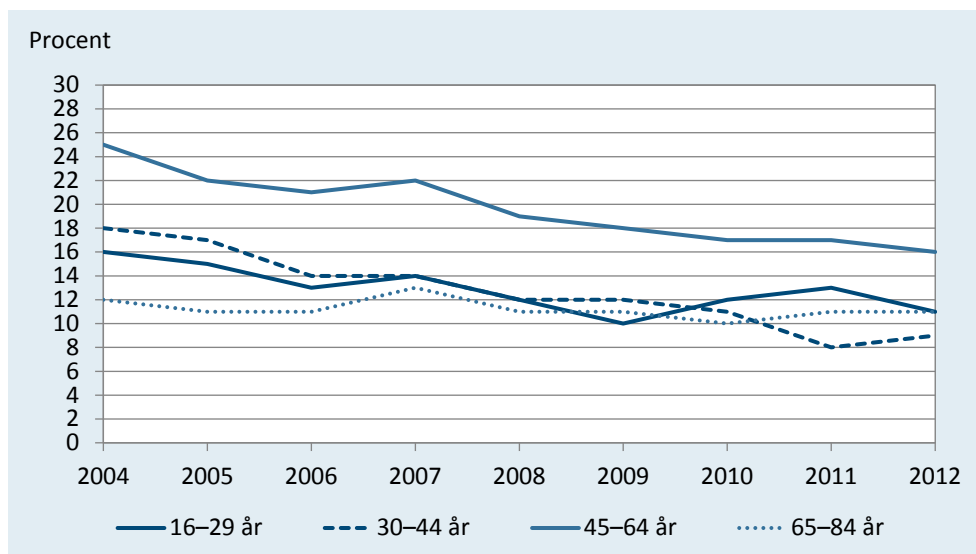


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

En minskning har skett sedan år 2004 av andelen dagligrökare i befolkningen. Minskningen ses hos båda könen men det är kvinnor som står för större delen.

Figur 81. Daglig rökning, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade daglig rökning 2004–2012.

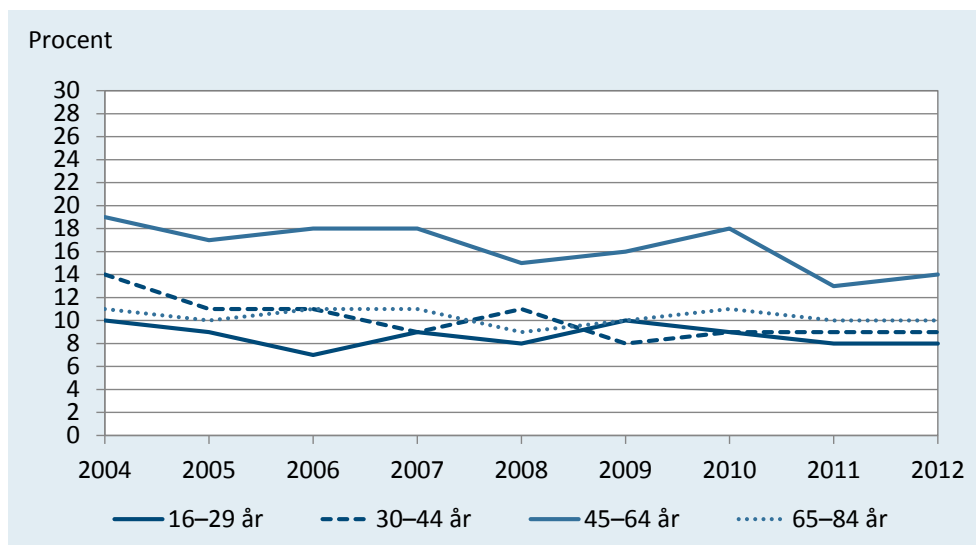


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Bland kvinnor 45–64 år var det vanligare att röka dagligen än i andra åldersgrupper. En minskning av andelen kvinnor som rapporterade daglig rökning 2004–2012 kan ses i åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år.

Figur 82. Daglig rökning, män och åldersgrupper, 2004–2012

Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade daglig rökning 2004–2012.

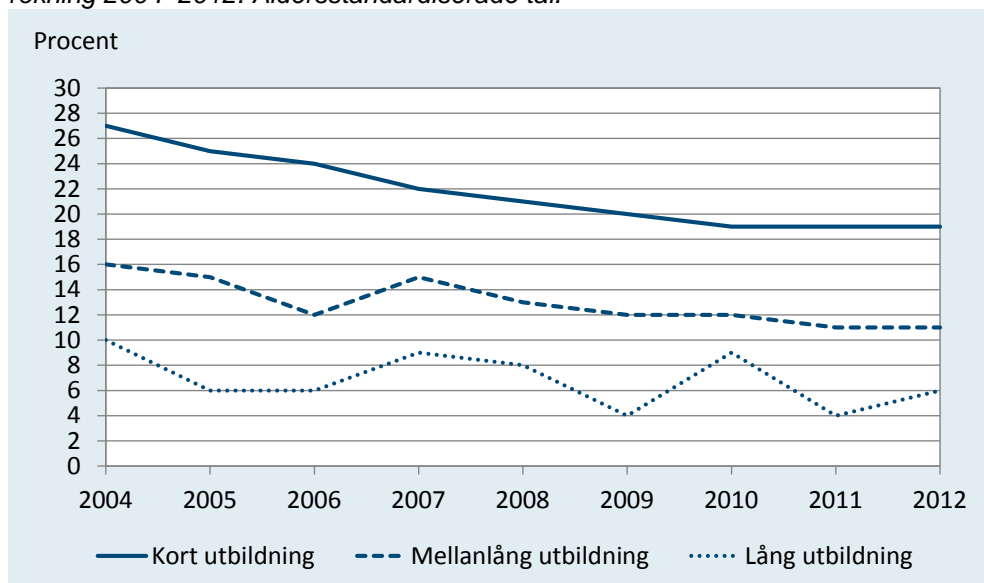


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Även bland män 45–64 år var det vanligare att röka dagligen än i andra åldersgrupper. Inga signifikanta förändringar av andelen män som rapporterade daglig rökning 2004–2012 kan ses i någon åldersgrupp.

Figur 83. Daglig rökning, kvinnor och utbildning, 2004–2012

Andel kvinnor, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade daglig rökning 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.

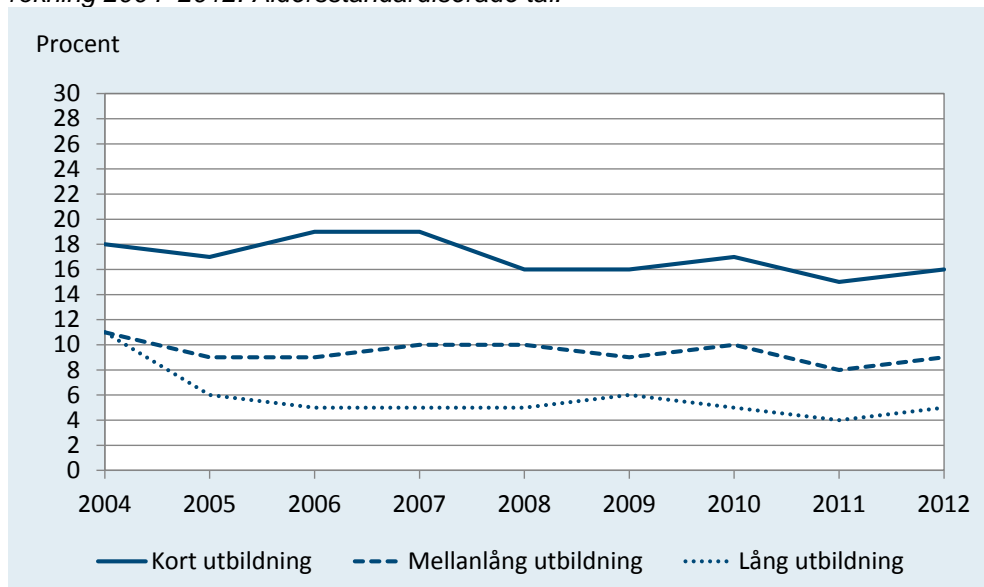


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Vid jämförelse mellan de olika utbildningslängderna bland kvinnor ses en signifikant skillnad i andel rapporterad daglig rökning: ju kortare utbildning, desto vanligare med daglig rökning.

Figur 84. Daglig rökning, män och utbildning, 2004–2012

Andel män, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade daglig rökning 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Bland männen syns motsvarande skillnader som bland kvinnorna: under större delen av perioden 2004–2012 gäller sambandet att ju kortare utbildning desto vanligare med daglig rökning. Gemensamt för de olika utbildningslängderna är att andelen män som rapporterade daglig rökning var i stort sett oförändrad perioden 2004–2012.

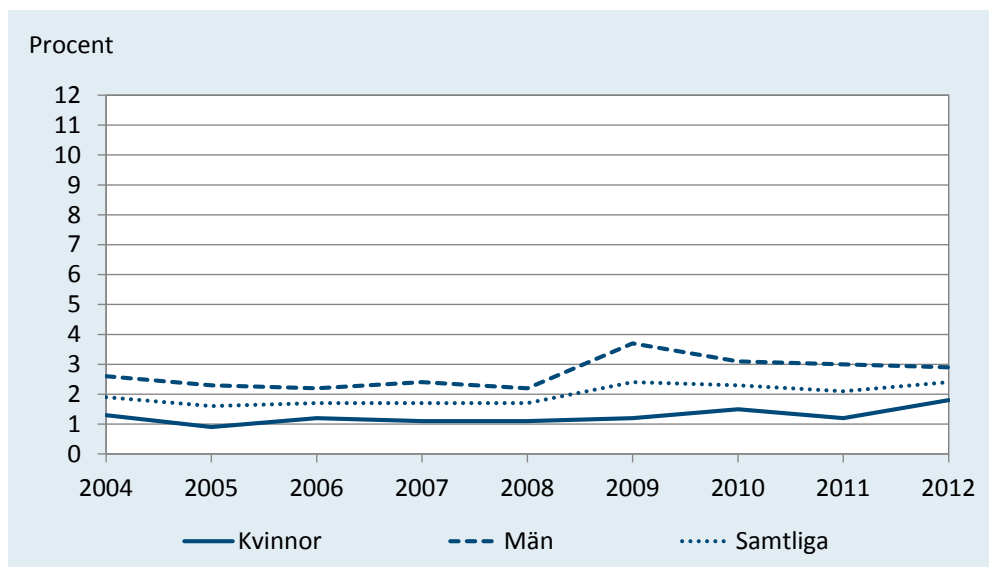
Cannabisanvändning

Narkotikabruk innebär ökade risker för både medicinska och sociala skador samt ökad risk för förtida död. Olika typer av psykiska sjukdomar och besvär är vanligare hos personer med ett skadligt narkotikabruk men även ett mindre regelbundet bruk ger psykisk ohälsa i högre grad (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2007).

Resultat från Nationella folkhälsoenkäten visar på samband mellan cannabisanvändning (hasch eller marijuana) och psykisk ohälsa. Bland cannabisanvändarna är det fler som anger en hög grad av besvär som ängslan, oro och ångest. De kan också ha använt antidepressiv medicin under de senaste tre månaderna eller någon gång allvarligt övervägt att ta sitt liv eller försökt ta sitt liv. Sannolikt går sambandet i båda riktningarna: man använder cannabis för att man mår dåligt och man mår dåligt för att man använder cannabis (Moore et al., 2007; Ramström, 2009; Stevens, 2011).

Figur 85. Cannabisanvändning, kön och befolkning, 2004–2012

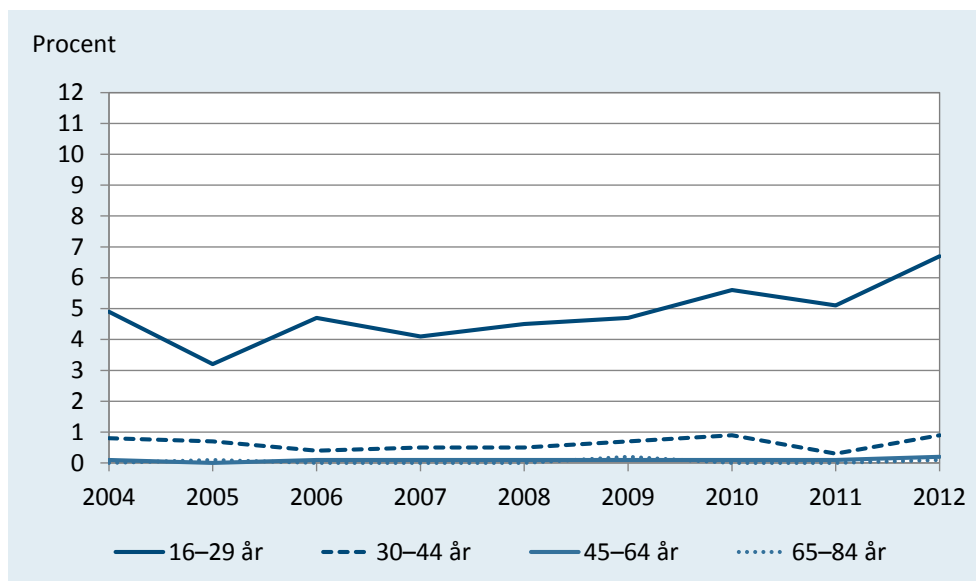
Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade att de använt cannabis senaste året 2004–2012. Åldersstandardiserade tal.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Det var vanligare att män rapporterade att de använt cannabis senaste året. Ingen förändring har skett perioden 2004–2012 vad gäller andelen som rapporterar att de använt cannabis senaste året bland kvinnor, män eller i befolkningen.

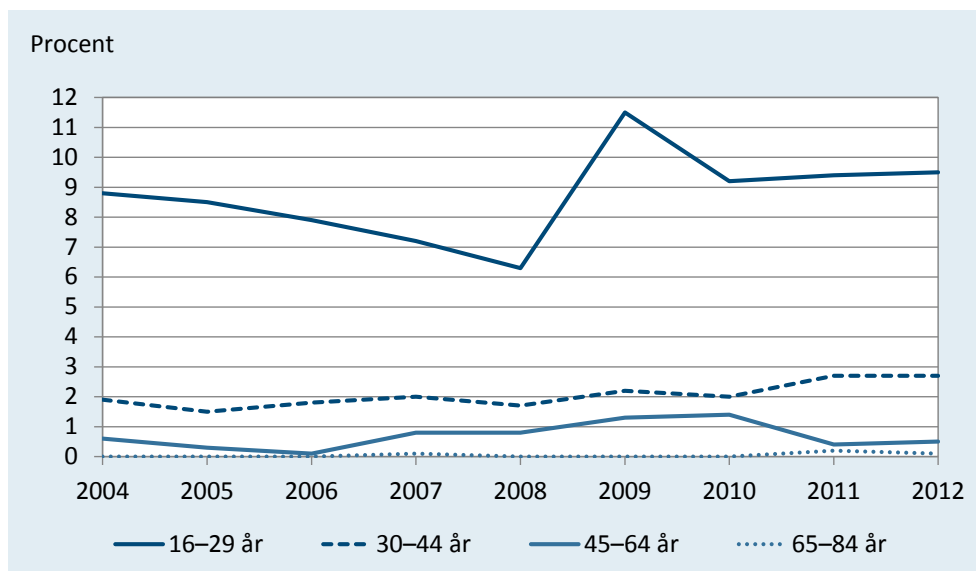
Figur 86. Cannabisanvändning, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2012
 Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade att de använt cannabis senaste året 2004–2012.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Bland kvinnor var det i åldersgruppen 16–29 år som det var vanligast att rapportera att man använt cannabis senaste året. Ingen förändring har skett i åldersgruppen eller i de andra åldersgrupperna perioden 2004–2012.

Figur 87. Cannabisanvändning, män och åldersgrupper, 2004–2012
 Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade att de använt cannabis senaste året 2004–2012.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2012.

Bland män var det i åldersgruppen 16–29 år som det var vanligast att rapportera att man använt cannabis senaste året. Ingen förändring har skett i åldersgruppen eller i de andra åldersgrupperna perioden 2004–2012.

Uppgifter om cannabisanvändning efter utbildningslängd bland kvinnor och män utgår då de inte är meningsfulla att redovisa på grund av osäkert dataunderlag.

Referenser

- Agardh, E., Moradi, T., & Allebeck, P. (2008). Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsburden i Sverige: Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen*, 105(11), 816–821.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arbetsmiljöverket. (2010a). *Årsredovisning 2009*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2010b). *Arbetsorsakade besvär 2010* (Arbetsmiljöstatistik Rapport nr 2010:4). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2011). *Arbetssskador 2010* (Arbetsmiljöstatistik Rapport nr 2011:1). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2012). *Arbetssskador 2011: Occupational accidents and work-related diseases* (Arbetsmiljöstatistik Rapport nr 2012:2). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Barefoot, J. C., Beckham, J. C., Brummet, B. H., Hooker, K., Maynard, K. E., & Siegler, I. C. (1998). Trust, health and longevity. *Journal of Behavioural Medicine*, 21(6), 517–526.
- Bremberg, S. (2003). Jämlikhet i hälsa – perspektiv, begrepp och mått. I C. Hogstedt (Red.), *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brottsförebyggande rådet. (2008). *Våldtäkt mot personer 15 år och äldre: Utvecklingen under åren 1995–2006* (Rapport 2008:13). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet. (2013a). Sök statistik över anmälda brott (Brottsförebyggande rådets statistikdatabas över anmälda brott). Data hämtade vid olika tillfällen, senast 2013-03-18, från <http://statistik.bra.se/solwebb/action/index>.
- Brottsförebyggande rådet. (2013b). Våldtäkt och sexualbrott. Hämtad 2013-02-25 från <http://bra.se/bra/brott--statistik/valdtakt-och-sexualbrott.html>.
- Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 836–840.

- Cancerfonden & Socialstyrelsen. (2009). *Cancer i siffror 2009: Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Cancerfonden.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2007). *Drogutvecklingen i Sverige 2007* (CAN Rapport nr 107). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2009). *Skolelevers drogvänor 2008*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328(7455), 1519.
- Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*, 88, 310–319.
- Ekdahl, K., & Giesecke, J. (Red.). (2003). *Smittskyddsboken*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2009a). Does job loss shorten life? *Journal of Human Resources*, 44(2), 277–302.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2009b). Job loss is bad for your health: Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1396–1406.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2010). *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Forsberg, M. (2006). *Ungdomar och sexualitet: En forskningsöversikt år 2005* (Rapport nr R 2006:18). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Gonäs, L., Hallsten, L., & Spånt, R. (2006). *Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa: En översikt av forskningen 1995–2005* (Arbetsliv i omvandling 2006:15). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9:88.
- Hammarström, A., Gustafsson, P. E., Strandh, M., Virtanen, P., & Janlert, U. (2011). It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 187–193.

- Hammond, C. (2002). What is it about education that makes us healthy? Exploring the education-health connection. *International Journal for Lifelong Education*, 21(6), 55–71.
- Idler, E. I., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Jen, M. H., Johnston, R., Jones, K., & Sund, E. R. (2010). Trustful societies, trustful individuals and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health and Place*, 16(1), 1022–1029.
- Kallings, L. V. (2008). *Physical Activity on Prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Kallings, L. V. (2012). Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*, 109(51–52), 2348–2350.
- Kallings, L. V., Leijon, M., Hellenius, M. L., & Stahle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: A follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(2), 154–161.
- Kallings, L. V., Sierra Johnson, J., Fisher, R. M., de Faire, U., Stahle, A., Hemmingsson, E., et al. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: Results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 16(1), 80–84.
- Kollef, M. H., Sherman, G., Ward, S., & Fraser, V. J. (1999). Inadequate antimicrobial treatment of infections: A risk factor for hospital mortality among critically ill patients. *Chest*, 115, 462–474.
- Leijon, M. E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Festin, K., Stahle, A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(5), 627–636.
- Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., & Månsson, S. (1998). *Sex i Sverige: Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Lindbladh, E., & Lyttkens, C. H. (2002). Habit versus choice: The process of decision-making in health-related behavior. *Social Science & Medicine*, 55, 451–465.

- Lindbladh, E., & Lyttkens, C. H. (2003). Polarisation in the reaction to health-risk information: A question of social position? *Risk Analysis*, 23, 841–855.
- Lundberg, O. (1998). Om ohälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige (Red.), *Nationella folkhälsokommittén: En god hälsa – ett socialt privilegium?* Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.
- Melander, E., Burman, L. G., & Cars, O. (2007). Antibiotikaresistenta *S aureus* ger ökad dödlighet och dyrare sjukvård. *Läkartidningen*, 104(42), 3052–3056.
- Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319–328.
- Norberg, M., & Danielsson, M. (2012). Overweight, cardiovascular diseases and diabetes: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 7. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(Suppl. 9), 135–163.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282.
- Priebe, G., Hansson, K., & Svedin, C. G. (2010). Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health: A population-based study with Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 40–48.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 19–39.
- Ramström, J. (2009). *Skador av hasch och marijuana: En genomgång av vetenskapliga studier publicerade till och med år 2008* (Rapport nr R 2009:13). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine*, 72(6), 840–854.
- Rostila, M. (2008). *Healthy bridges: Studies of social capital, welfare, and health* (Thesis nr 10). Stockholm: Stockholm University Centre for Health Equity Studies (CHESS).

Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G., et al. (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *British Medical Journal*, Online pub.

Seto, M., Kjellgren, C., Priebe, G., Mossige, S., Svedin, C. G., & Långström, N. (2010). Sexual coercion experience and sexually coercive behavior: A population study of Swedish and Norwegian male youth. *Child Maltreat*, 15(3), 219–228.

Skolverket. (2011). En beskrivning av betygen i grundskolan våren 2011. Hämtad 2012 från http://www.skolverket.se/2.3894/publicerat/2.5006?_xurl_=http%3A%2F%2Fwww4.skolverket.se%3A8080%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2FRecord%3Fk%3D2695.

Smittskyddsinstitutet. (2012). *Epidemiologisk årsrapport 2011*. Solna: Smittskyddsinstitutet.

Socialstyrelsen. (2005). *Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum [EpC].

Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: En samhälls-ekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010a). *Lägesrapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010b). *Social rapport 2010*. Hämtad 2012 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11>.

Socialstyrelsen. (2011). *Cancer i Sverige: Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012a). *Cancer incidence in Sweden 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012b). *Dödsorsaker 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen & Institutet för miljömedicin [IMM]. (2009). *Miljöhälso-rapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2000:1. *En uthållig demokrati! – Politik för folkstyrelse på 2000-talet*. Hämtad från <http://regeringen.se/content/1/c4/06/24/1c43643c.pdf>.

SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor: Nationella mål för folkhälsan: Betänkande från Nationella folkhälsokommittén*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2822>.

SOU 2011:6. *Missbruket, kunskapen, vården: Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Fritzes.

Spak, F., Allebeck, P., Spak, L., & Thundal, K.-L. (2001). Alkoholmissbruk och sexuella övergrepp. *Läkartidningen*, 98(10), 1109–1114.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport nr 181). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens folkhälsoinstitut. (2005a). *Folkhälsopolitisk rapport 2005* (Rapport nr R 2005:5). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2005b). *Alkohol och hälsa* (Rapport nr R 2005:11). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Tobak och avvänjning: En faktaskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning* (Rapport nr R 2009:17). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa – allas ansvar* (Rapport nr R 2010:16). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2010b). Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor. Hämtad 2011-02-03 från <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>.

Statens folkhälsoinstitut. (2011a). *FaR: Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet* (Rapport nr R 2011:30). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2011b). *Skydd mot smittspridning: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010* (Rapport nr R 2011:26). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2011c). *Alkohol: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010* (Rapport nr R 2011:16). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2012a). *Stillasittande och ohälsa – en litteratursammanställning* (Rapport nr R 2012:07). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2012b). *Hälsa på lika villkor? En undersökning om hälsa och livsvillkor i Sverige 2012*. Enkätformulär. Nedladdningsbar från <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Enkatformular-LISTA/Fomular-nationell-2012.pdf>.

Statens folkhälsoinstitut. (2012c). *Lägesrapport ANDT 2012: Lägesrapport avseende Statens folkhälsoinstituts verksamhet inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet 1 oktober 2011 – 30 september 2012*. Hämtad 2013-03-12 från <http://www.fhi.se/Om-oss/Uppdrag-och-styrdokument/Regeringsuppdrag/Redovisade-uppdrag/Redovisning-av-uppdraget-Lagesrapportering-inom-ANDT-området/>.

Statistiska centralbyrån. (2012). *Återstående medellivslängd för åren 1751–2011*. Hämtad 2012-11-20 från www.scb.se.

Stevens, A. (2011). *Drugs, crime, and public health: The political economy of drug policy*. New York, NY: Routledge.

Sutherland, C., Bybee, D., & Sullivan, C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Womens Health, 4*(1), 41–70.

The Surgeon General. (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

World Health Organization [WHO]. (2006). *WHO Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide: Global update 2005: Summary of risk assessment*. Genève: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Genève: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2013). *Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP: First results*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.