

Folkhälsan i Sverige

Årsrapport 2012

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 2012-3-6

Publicerad www.socialstyrelsen.se , mars 2012

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 fick myndigheterna i uppdrag av regeringen att gemensamt lämna en årsrapport om folkhälsa i mars 2012. *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2012* är den första 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 i första hand 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 avdelningschef *Saman Rashid*, Statens folkhälsoinstitut. På Socialstyrelsen har arbetet genomförts av en arbetsgrupp bestående av *Inger Heimerson* (projektledare), *Charlotte Björkenstam*, *Maria Kölegård* och *Mats Talbäck*. På Statens folkhälsoinstitut har arbetet huvudsakligen genomförts av en projektgrupp bestående av *Mikael Nordberg* (projektansvarig), *Ida Knutsson* och *Kent Nilsson*, men sammanlagt har ett dussintal medarbetare på olika sätt deltagit i arbetet.

Taina Bäckström
Ställföreträdande generaldirektör
Socialstyrelsen

Sarah Wamala
Generaldirektör
Statens folkhälsoinstitut

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Folkhälsans utveckling	7
Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer	8
<i>Inledning</i>	9
Uppdraget	9
Bakgrund	9
Syfte och ansvarsfördelning	9
Metoder, datakällor och underlag	10
Folkhälsans utveckling	10
Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer	11
<i>Folkhälsans utveckling</i>	13
Medellivslängd och självskattad hälsa	13
Större skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper än mellan könen	13
Ökande skillnader i självskattad hälsa bland kvinnor	14
Dödlighet och dödsorsaker	15
Dödligheten minskar snabbare bland män	15
Spädbarnsdödlighet 0–1 år	16
Barn 1–14 år	17
Unga 15–24 år	18
Vuxna 25–44 år	18
Vuxna 45–64 år	19
Äldre 65–84 år	20
De äldsta, 85 år och äldre	21
Högre dödlighet bland personer med kort utbildning	22
Hjärt- och kärlsjukdomar	24
Könsskillnaderna minskar i hjärtinfarktinsjuknande	24
Insjuknandet i hjärtinfarkt minskar inte bland yngre kvinnor	26
Insjuknandet i stroke minskar	27
Insjuknande i stroke har minskat snabbast bland äldre	28
Cancer	29
Insjuknade i bröst- och prostatacancer vanligast	30
Överlevnad efter cancerdiagnos	30
Sämre canceröverlevnad i grupper med kortare utbildning	34
Skador	35
Sjukhusvård för trafikolyckor vanligast bland unga	35
Risken för höftfraktur minskar	37
Sjukhusvård för misshandel är vanligast bland unga	39
Personer med kort utbildning är oftare utsatta för våld	40
Psykisk ohälsa	42
Psykiatrisk slutenvård har ökat bland unga	43
Självskadebeteende	43

Självorden minskar – men inte bland unga	45
Självord vanligast bland män med kort utbildning	46
Alkohol- och drogmissbruk	46
Vård för alkoholdiagnoser minskar – men ökar bland unga	46
Vård för narkotikadiagnoser ökar snabbast bland unga	48
<i>Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer</i>	51
Inledning	51
Valdeltagande	51
Arbetslöshet	54
Behörighet till gymnasieskolan	58
Arbetsskador	59
Arbetsjukdomar	60
Arbetsolyckor	62
Luftföroreningar (kvävedioxid och partiklar 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	79
Cannabisanvändning	82
Sammanfattande reflektioner	84
<i>Referenser</i>	86

Sammanfattning

Folkhälsans utveckling

Medellivslängden fortsätter att öka och var 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män år 2010. Generellt har de äldre i befolkningen haft den bästa hälso-utvecklingen, medan det finns tecken på en mindre gynnsam utveckling i yngre åldersgrupper. Personer med kort utbildning har i de flesta avseenden sämst hälsa och skillnaderna i dödlighet mellan grupper med olika utbildningsbakgrund har ökat.

Den viktigaste orsaken till att medellivslängden ökat är att dödligheten minskat kraftigt i hjärt- och kärlsjukdomar. Minskningen har varit snabbare bland män och könsskillnaderna i dödlighet har minskat. Sedan 1990 har dödligheten också minskat i cancer, trafikolyckor och självmord.

Även insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke har minskat. Dessa diagnoser är vanligast bland äldre och det är också bland de äldre som insjuknandena minskat snabbast. Bland kvinnor i förvärvsarbete åldrar ses ingen minskning i hjärtinfarkt- och strokeinsjuknande sedan 1990 och bland kvinnor i yngre medelålder med kort utbildning ökar insjuknandet i dessa diagnoser.

Fler cancerdiagnoser ställs i tidigare skede, vilket innebär att fler personer får en cancerdiagnos men också att prognoserna i många fall förbättras. Personer med förgymnasial utbildning har högre dödlighet i cancer och för dem är också överlevnaden efter en cancerdiagnos sämre.

Sjukhusvård för trafikolyckor och misshandel är vanligast bland unga och vanligare bland män än bland kvinnor. Bland män är dödligheten i trafikolyckor betydligt högre bland dem med kortast utbildning.

Självrapporterade besvär av psykisk ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män och har ökat i yngre åldersgrupper sedan 1990-talet. Bland de unga har även inläggningar i psykiatrisk slutenvård ökat. Sjukhusvård för självskadebeteende är betydligt vanligare bland unga än i andra åldersgrupper och vanligare bland kvinnor än bland män. Bland både kvinnor och män har sjukhusvård på grund av självskadebeteende blivit vanligare sedan 1990-talet, men under de senaste åren finns en viss minskning bland de unga kvinnorna.

Självorden har minskat i befolkningen. Självmord är vanligast bland äldre män och det är också bland dem som minskningen varit snabbast. Bland unga ses ingen minskning av självmorden. Sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser har minskat i befolkningen men ökat bland de unga. Vård för narkotikarelaterade diagnoser ökar i flera åldersgrupper, men även här är ökningen snabbast bland de unga.

Utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer

Bestämningsfaktorer är ett brett begrepp som innefattar alla faktorer som påverkar hälsotillståndet, och de finns på olika nivåer i samhället. Utvecklingen av bestämningsfaktorerna följs via indikatorer.

Valdeltagandet har ökat något vid de senaste riksdagsvalen men ligger fortfarande på en historiskt låg nivå. Även bland förstagångsväljare syns en ökning. Kvinnor röstar i högre utsträckning än män, och personer med lång utbildning i betydligt högre utsträckning än personer med kort.

Arbetslösheten är högre bland yngre än bland äldre, och högre bland personer med kort utbildning än bland personer med lång.

Andelen elever i årskurs 9 som är behöriga till gymnasieskolan har gradvis minskat och ligger nu på den lägsta nivån hittills under 2000-talet. Varje år är det en högre andel pojkar än flickor som inte uppnår behörighet.

Antalet anmälda arbetsolyckor har minskat successivt under 2000-talet. Arbetsolyckor är vanligare bland män än bland kvinnor, men risken att råka ut för en arbetsolycka varierar avsevärt med yrkestillhörighet.

De senaste decenniernas trend mot allt renare luft i tätorterna har planat ut och det går för närvarande inte att urskilja någon tydlig utvecklingsriktning. Halten kvävedioxid i luften har varit i stort sett oförändrad sedan början av 2000-talet.

Antalet fall av antibiotikaresistenta smittämnen uppvisar en oroande ökning bland befolkningen. Under det senaste decenniet har antalet fall av meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) fyrdubblats.

Förskrivningen av fysisk aktivitet på recept (FaR) förefaller att öka.

Andelen vuxna som har en stillasittande fritid har varit oförändrad sedan mätningarnas början år 2004. Inga skillnader syns mellan kvinnor och män. Det är däremot vanligare med en stillasittande fritid bland äldre kvinnor (65–84 år) än bland kvinnor i andra åldersgrupper, liksom det är vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med lång.

Ingen trend syns för andelen vuxna med övervikt, men däremot finns det tecken på att fetma har blivit något vanligare. Övervikt är vanligare bland män än bland kvinnor, och fetma är vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med längre utbildning.

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

Rökningen fortsätter att minska, främst bland kvinnor. För både män och kvinnor är andelen dagligrökare högst i åldersgruppen 45–64 år och bland personer med kort utbildning.

Bruket av cannabis har legat på en oförändrad nivå sedan år 2004. Att ha använt cannabis under det senaste året är vanligast bland män och bland personer i åldersgruppen 16–29 år.

Inledning

Uppdraget

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut att gemensamt lämna en årsrapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer senast den 31 mars 2012.

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 folkhälsorapportering i syfte att uppnå ökad nationell samordning. Översynen avrapporterades till departementet 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. Detta är den första rapporten om folkhälsa som Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut presenterar gemensamt.

Syfte och ansvarsfördelning

Syftet med rapporten är att:

- Ge en aktuell överblick över folkhälsan i Sverige utifrån dödlighet, förekomst och utveckling av stora folksjukdomar, samt skillnader mellan könen, åldersgrupper och grupper med olika utbildningsbakgrund.
- Ge en aktuell överblick över utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer med hjälp av ett urval indikatorer, och i förekommande fall 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 Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen, 2009) och Folkhälsopolitisk rapport 2010 med tillhörande 21 underlagsrapporter (Statens folkhälsoinstitut, 2010a). Avsikten är att de indikatorer och hälsoutfall som redovisas ska uppdateras årligen i kommande årsrapporter om folkhälsa. Myndigheterna avser också att tillgängliggöra dataunderlagen till merparten av rapportens diagram på sina webbplatser, www.socialstyrelsen.se respektive www.fhi.se, i många fall dessutom kompletterade med motsvarande data på regional nivå.

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 1990–2010.

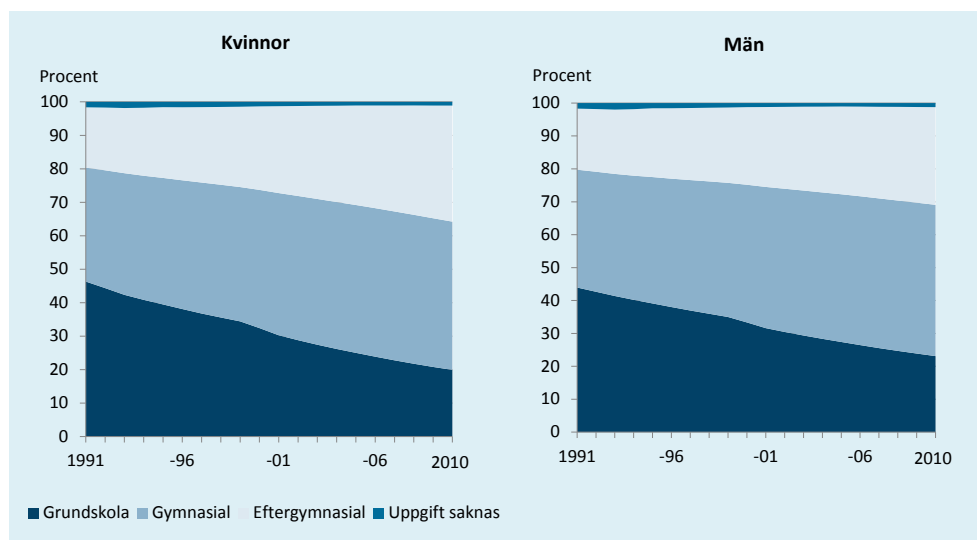
De huvudsakliga källorna är patient- och dödsorsaksregistren. De hälsoutfall som redovisas har valts ut för att spegla de största folkhälsoproblemen, med den begränsningen att allt inte kan mätas i registren. I patientregistret registreras alla patienter som skrivits ut efter inläggning på sjukhus, och 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, 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, 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 1990–2010 och allt större del av befolkningen återfinns i grupper med högre utbildning (*figur 1*). För att nå överensstämmelse med andra publikationer från Socialstyrelsen har åldersintervallet 35–84 år valts för utbildningsgrupperna då siffror redovisas för senare år. 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 1. Utbildningsnivå 1991–2010

Andel (procent) personer med olika lång utbildning. Kvinnor och män 35–79 år, perioden 1991–2010.



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 starkt vetenskapligt samband mellan 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, 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 utbildnings-

nomenklatur (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

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 och subjektiv, ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen. Personer som upplever sin hälsa som god har också visats leva längre (Idler, 1997; Burström, 2001).

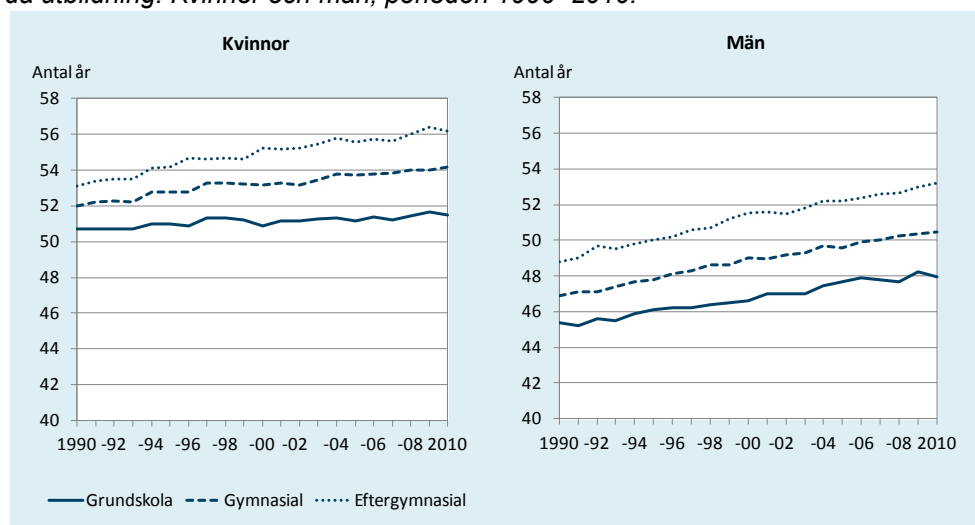
Större skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper än mellan könen

Medellivslängden i Sverige har varit stigande under mer än ett sekel. År 2010 var medellivslängden 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män. Den återstående medellivslängden vid 65 års ålder var för kvinnor 21,1 år och för män 18,2 år. De senaste decennierna har skillnaderna i medellivslängd minskat mellan könen (Statistiska centralbyrån, 2011a).

Kvinnor lever alltså längre än män, men skillnaderna i livslängd är större mellan personer med för- respektive eftergymnasial utbildning än mellan könen. De med kortast utbildning har minst chans att få uppleva sin 65-årsdag. Vid 30 års ålder är könsskillnaden i återstående medellivslängd 3,7 år. Personer med eftergymnasial utbildning har drygt fem år längre tid kvar av livet än de med enbart förgymnasial utbildning. Skillnaden i återstående medellivslängd mellan kvinnor och män är mindre inom gruppen med eftergymnasial utbildning än inom grupperna med förgymnasial- och gymnasieutbildning. Sedan 1990 har skillnaderna i återstående medellivslängd ökat mellan olika utbildningsgrupper (*figur 2*). Kvinnor med endast förgymnasial utbildning är den grupp som haft den minst gynnsamma utvecklingen.

Den höjda utbildningsnivån i befolkningen (*figur 1*) är sannolikt en viktig orsak till den ökande medellivslängden. Samtidigt är det troligt att de omkring 20 procent som idag har endast förgymnasial utbildning utgör en socialt mer utsatt grupp än de omkring 40 procent förgymnasialt utbildade år 1990.

Figur 2. Skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildning
 Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1990–2010.



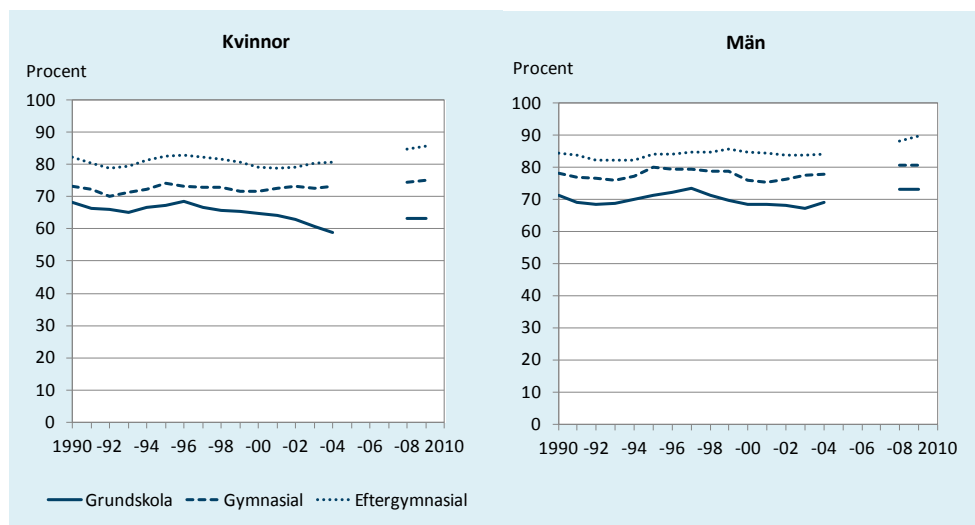
Källa: SCB.

Ökande skillnader i självskattad hälsa bland kvinnor

Kvinnor upplever sämre allmänt hälsotillstånd än män. Men liksom när det gäller livslängd så är skillnaderna i självskattad hälsa större mellan grupper med olika utbildningsnivå än mellan könen. Skillnaden mellan hur personer med olika lång utbildning upplever sitt allmänna hälsotillstånd har ökat bland kvinnor sedan 1990. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har haft den minst gynnsamma utvecklingen (*figur 3*).

Ett dåligt allmäntillstånd är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän i alla åldrar. Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 2009* och *Lägesrapport 2010* visar på sociala skillnader i framförallt värk men även stora sociala skillnader i psykiskt välbefinnande mellan arbetare och tjänstemän och att typen av arbete har betydelse (Socialstyrelsen, 2009, 2010a).

Figur 3. Gott allmänt hälsotillstånd i olika utbildningsgrupper 1990–2010
 Andelen (procent) som uppger gott allmäntillstånd i olika utbildningsgrupper.
 Kvinnor och män 30–74 år, perioden 1990–2010.



*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.

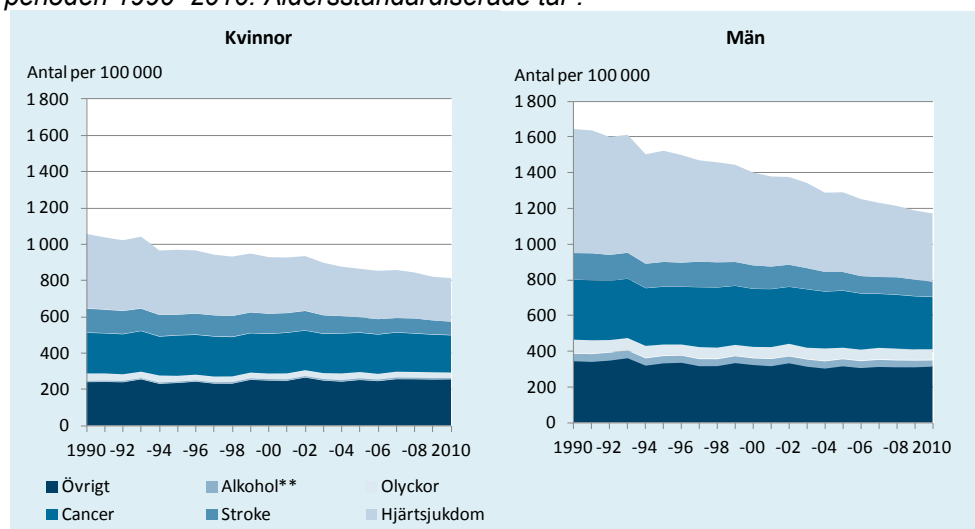
Dödlighet och dödsorsaker

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 välbefinnande. I Sverige har de allra flesta som dör uppnått en hög ålder och de vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. Om dödligheten skulle förbli oförändrad kommer 92 procent av kvinnorna och 88 procent av männen att få uppleva sin 65-årsdag. 53 procent av kvinnorna och 34 procent av männen får också uppleva sin 85-årsdag (Statistiska centralbyrån, 2011b)

År 2010 dog 46 600 (990/100 000) kvinnor och 43 900 (940/100 000) män. *Figur 4* visar hur dödligheten i befolkningen har utvecklats sedan 1990, uppdelat på olika dödsorsaker. Dödligheten minskar både bland kvinnor och bland män. Minskningen går snabbare bland män än bland kvinnor, vilket innebär att människens 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 4. Dödlighet i olika dödsorsaker, kvinnor och män 1990–2010
 Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män, alla åldrar, perioden 1990–2010. 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.

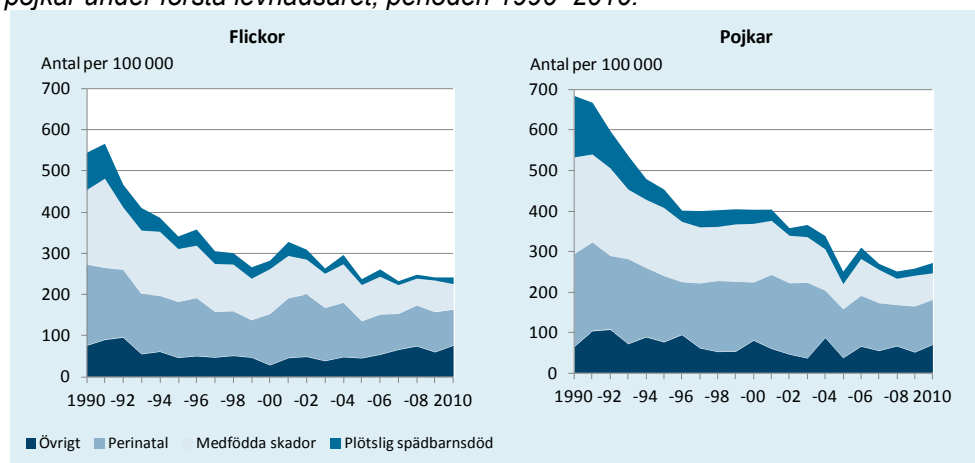
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Spädbarnsdödlighet 0–1 år

År 2010 föddes 56 256 flickor och 59 385 pojkar i Sverige. Av dem dog 134 flickor och 160 pojkar under det första levnadsåret, vilket motsvarar en spädbarnsdödlighet på 2,5/1 000 flickor och 2,8/1 000 pojkar. Bland flickor/kvinnor inträffade 0,3 procent av alla dödsfall under det första levnadsåret och 0,4 procent av alla dödsfall bland pojkar/män.

Spädbarnsdödligheten har minskat under lång tid i Sverige och minskningen har fortsatt även det senaste decenniet, något snabbare bland pojkar än bland flickor (*figur 5*). Fortfarande är det dock något vanligare att pojkar dör som spädbarn. 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 2010 var det 9 flickor och 15 pojkar som dog i plötslig spädbarnsdöd.

Figur 5. Dödlighet och dödsorsaker under första levnadsåret
 Antal döda per 100 000 levande födda, uppdelat efter dödsorsak. Flickor och pojkar under första levnadsåret, perioden 1990–2010.

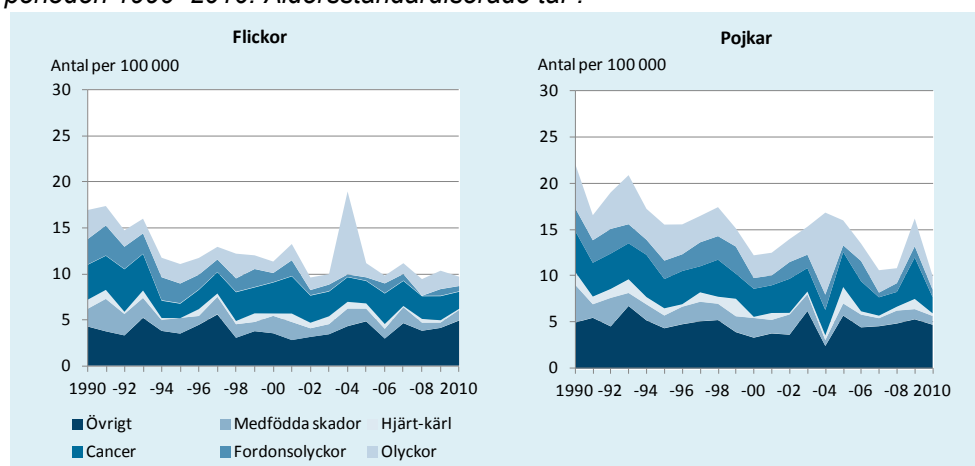


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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 2010 dog 68 flickor och 74 pojkar i åldern 1–14 år, vilket motsvarar 9,7/100 000 flickor och 10,0/100 000 pojkar. De vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen är olyckor och cancer. Dödligheten i den här åldersgruppen har minskat under lång tid och sedan 1990 fortsatt att minska bland både flickor och pojkar (figur 6). Könsskillnaden minskar också, men fortfarande är dödligheten något högre bland pojkar.

Figur 6. Dödlighet och dödsorsaker bland barn 1–14 år
 Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Flickor respektive pojkar 1–14 år, perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 4 för förklaring.

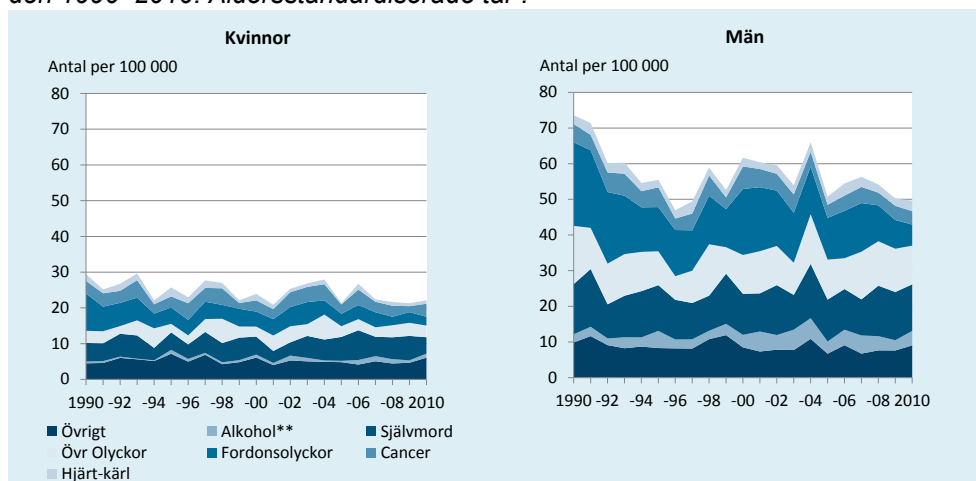
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Unga 15–24 år

Bland ungdomar är skillnaden i dödlighet mellan kvinnor och män som störst, medan könsskillnaderna nästan försvunnit bland de yngre barnen. De stora könsskillnaderna beror på att fordonsolyckor och andra skador, samt självmord är betydligt vanligare bland unga män än bland unga kvinnor (figur 7). År 2010 dog 135 kvinnor och 319 män i åldern 15–24 år, vilket motsvarar 22,3/100 000 kvinnor och 50,3/100 000 män. Av alla kvinnor som dör finns 0,3 procent i denna åldersgrupp. Motsvarande siffra för män är 0,7 procent. Sedan 1990 har den totala dödligheten minskat bland de unga, vilket främst beror på att trafikdödligheten minskat. 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 7. Dödlighet och dödsorsaker bland unga 15–24 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 15–24 år, perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 4 för förklaring.

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

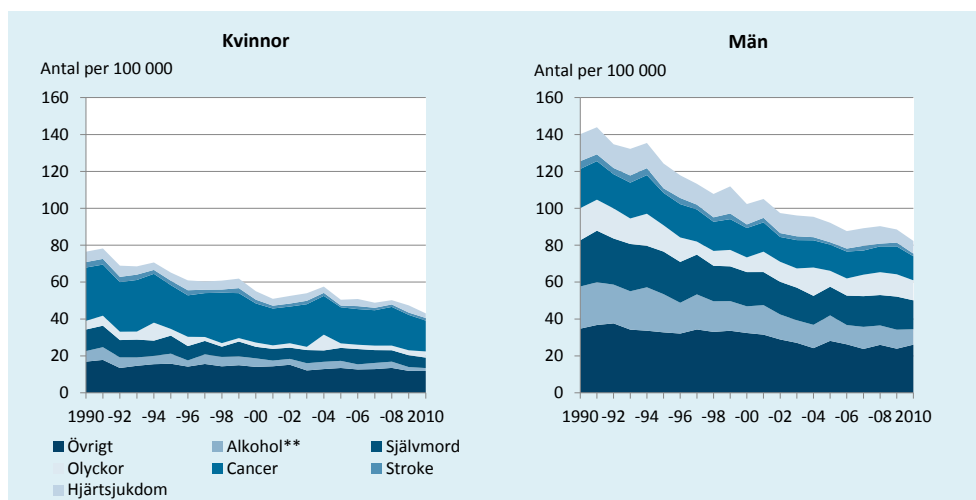
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna 25–44 år

År 2010 dog 516 kvinnor och 1 027 män i åldern 25–44 år, vilket motsvarar 42/100 000 kvinnor och 81/100 000 män. 1,1 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 8). Cancerdödligheten är högre bland kvinnor i den här åldersgruppen. Bröstcancer och andra könsspecifika cancerformer utgör närmare hälften av cancerdödsfallen bland kvinnorna. Sedan 1990 har dödligheten bland både kvinnor och män i åldersgruppen minskat. Detta beror främst på att dödligheten i självmord, hjärt-kärlsjukdomar, olyckor, cancer och alkoholrelaterade orsaker har minskat.

Figur 8. Dödlighet och dödsorsaker åldern 25–44 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 25–44 år, perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 4 för förklaring.

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

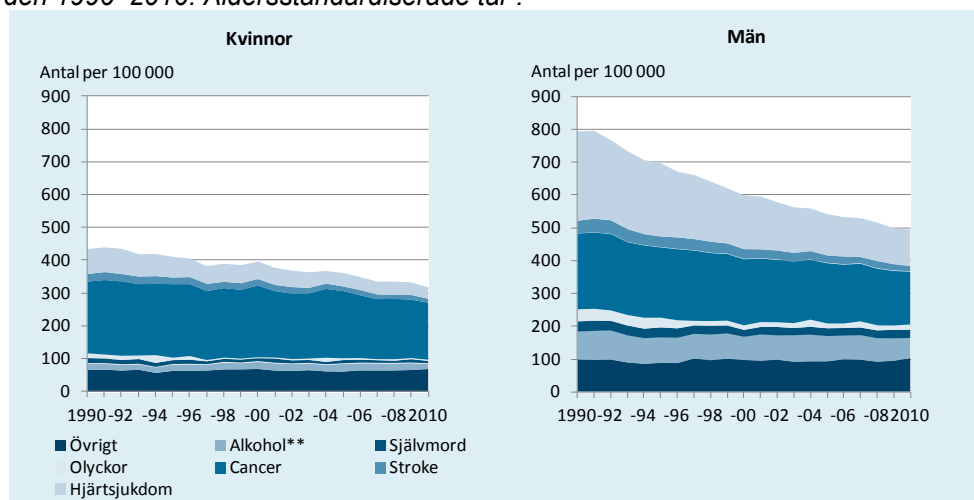
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna 45–64 år

År 2010 dog 3 793 kvinnor och 5 947 män i åldern 45–64 år, vilket motsvarar 294/100 000 eller 8,1 procent av alla kvinnor som dog under året och 460/100 000 eller 13,5 procent av alla män som dog. Den vanligaste dödsorsaken i denna åldersgrupp är cancer, bland både kvinnor och män (figur 9). Bland kvinnor i åldersgruppen är cancer den helt dominerade dödsorsaken, och fler kvinnor än män dör i cancer. Det beror på bröst- och andra köns-specifika 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 1990 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 9. Dödlighet och dödsorsaker åldern 45–64 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 45–64 år, perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 4 för förklaring.

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

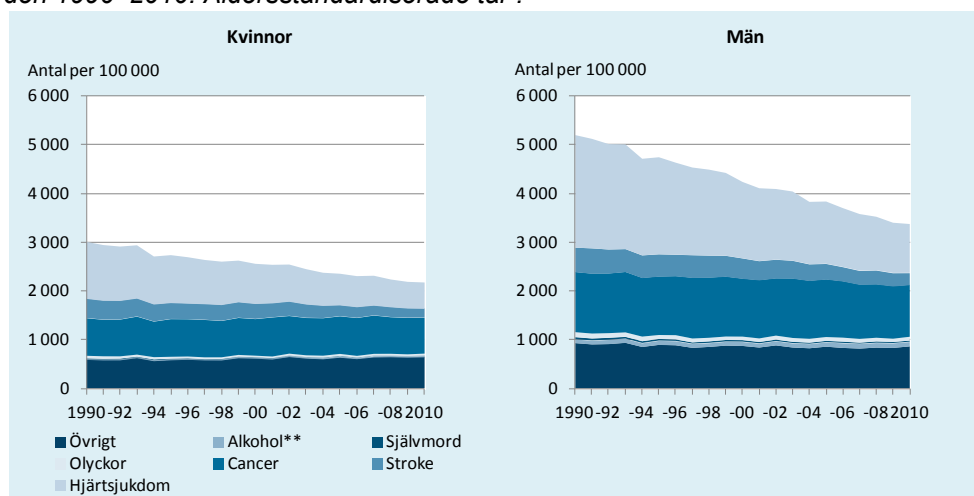
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Äldre 65–84 år

År 2010 dog 17 539 (2 300/100 000) kvinnor och 21 784 (3 600/100 000) män i åldern 65–84 år, eller 37,6 procent av alla kvinnor och 49,6 procent av alla män som dog under året. I åldersgruppen är cancer den vanligaste dödsorsaken, följt av hjärt- och kärlsjukdomar (*figur 10*). Sedan 1990 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 10. Dödlighet och dödsorsaker åldern 65–84 år.

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak och år. Kvinnor och män 65–84 år, perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*Se fotnot figur 4 för förklaring.

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

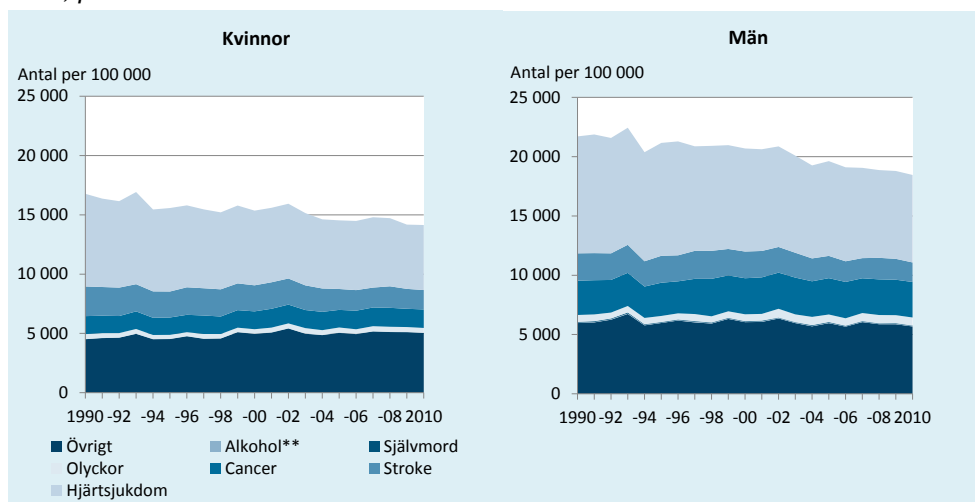
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De äldsta, 85 år och äldre

Mer än hälften av alla kvinnor (52,4 %) och var tredje man (33,3 %) som dog år 2010 var 85 år eller äldre. I den här åldersgruppen är hjärt- och kärlsjukdomar fortfarande den vanligaste dödsorsaken, följt av cancer (*figur 11*). Själv mord är en jämförelsevis ovanlig dödsorsak i åldersgruppen, och har bland männen minskat med ungefär hälften sedan 1990. Dock är själv mord 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 själv mord än att män i åldern 65–84 gör det. År 2010 dog 24 415 kvinnor och 14 608 män i åldrarna 85 år eller äldre, vilket motsvarar 17 600/100 000 kvinnor och 14 600/100 000 män.

Figur 11. 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 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*Se figur 4 för förklaring.

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

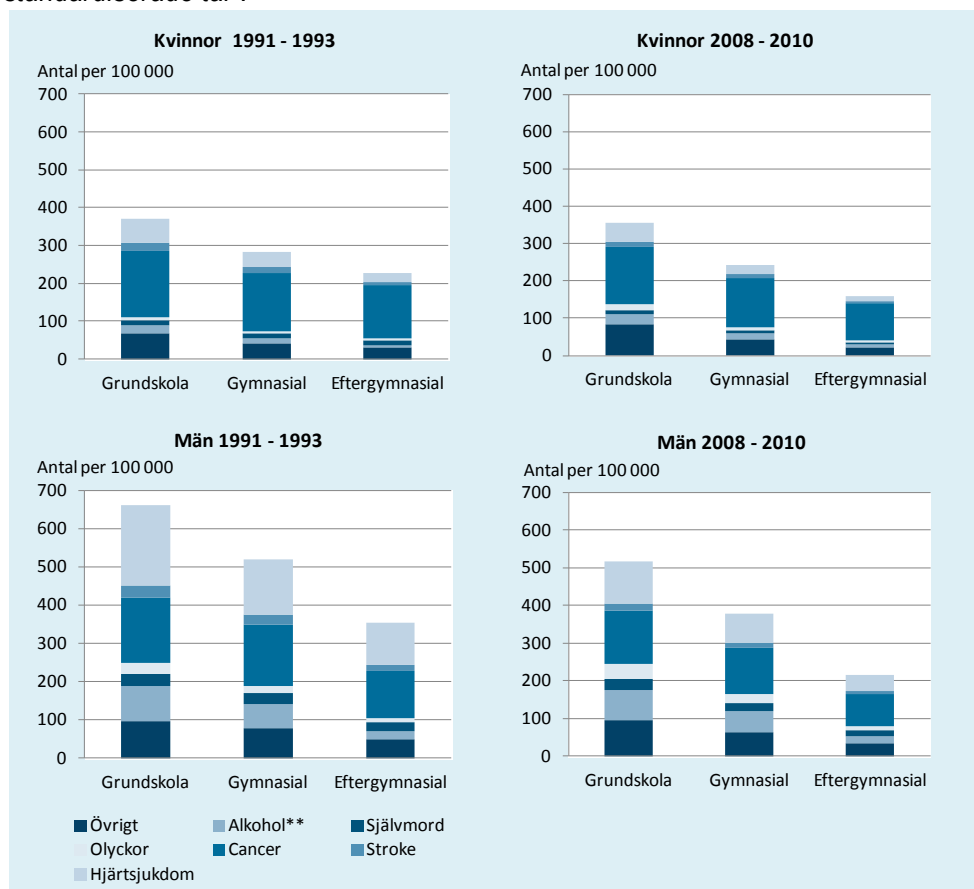
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Högre dödlighet bland personer med kort utbildning

Dödligheten är högre bland dem med förgymnasial än bland dem med eftergymnasial utbildning. I figur 12 jämförs dödlighetsmönstret bland personer i åldrarna 35–64 år med olika lång utbildning, dels i början av 1990-talet och dels de senaste åren. Samtliga analyserade dödsorsaker är vanligast bland dem med kortast utbildning och ovanligast bland dem med längst utbildning. Bland kvinnor är cancer följt av hjärt- och kärlsjukdomar de vanligaste orsakerna till dessa förtida dödsfall. Båda har minskat sedan 1990 men betydligt mer bland dem med eftergymnasial utbildning. Bland dem har cancer minskat med 28 procent och hjärt-kärlsjukdomar 49 procent, medan motsvarande minskning bland dem med förgymnasial är 12 och 22 procent.

Oavsett utbildningslängd är cancer den vanligaste orsaken till död även bland män i den här åldersgruppen. Därefter följer hjärt- och kärlsjukdomar, alkoholrelaterad dödlighet och olyckor. Alla dessa dödsorsaker är vanligare bland män med förgymnasial och gymnasial utbildning, än bland män med eftergymnasial utbildning. Sedan 1990 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 12. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i åldern 35–64 år
 Döda i olika dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 1991–1993 och 2008–2010. Kvinnor och män i åldern 35–64 år, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*.



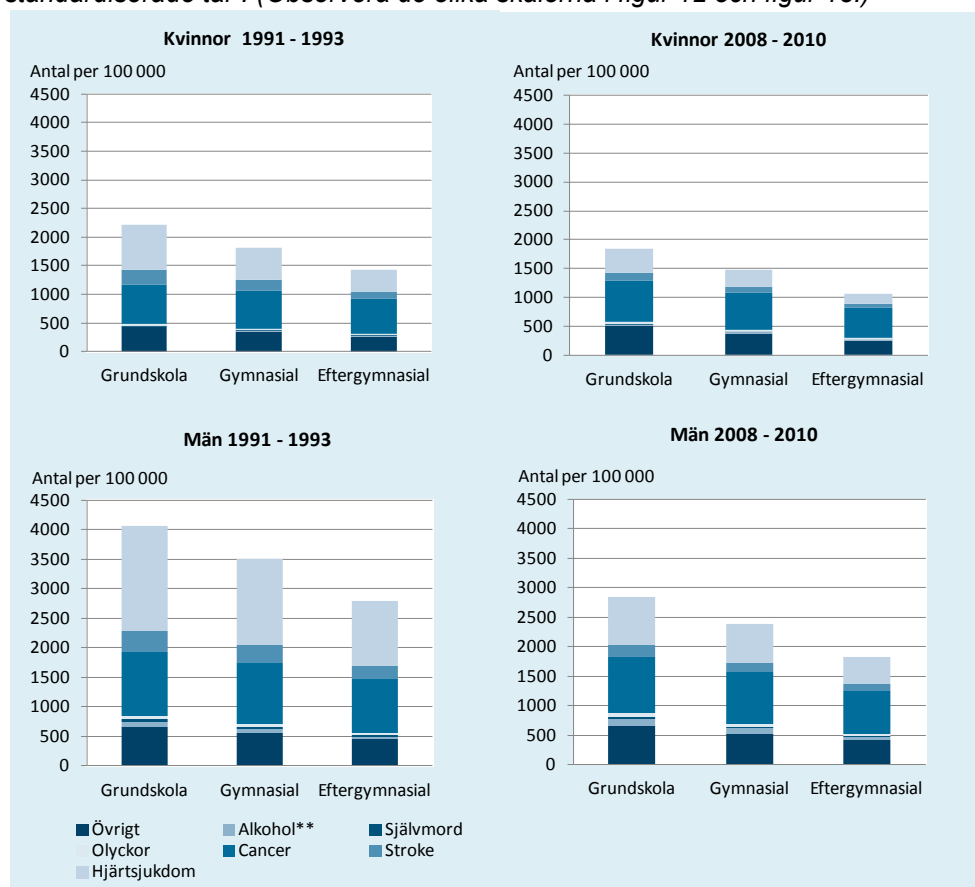
*Se figur 4 för förklaring.

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

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 13). 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 13. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i åldern 65–79 år
 Döda i olika dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 1991–1993 och 2008–2010. Kvinnor och män i åldern 65–79 år, Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*. (Observera de olika skalorna i figur 12 och figur 13.)



*Se figur 4 för förklaring.

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

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 2010 var 90 procent av kvinnorna och 74 procent av männen 75 år och äldre, 65 procent av kvinnorna och 42 procent av männen var 85 år eller äldre.

Könsskillnaderna minskar i hjärtinfarktinsjuknande

Tabell 1 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. År 2010 var 70 procent av kvinnorna och 27 procent av männen 75 år eller äldre när de insjuknade i sin första hjärtinfarkt.

Tabell 1. 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 2008–2010. Talen är inte åldersstandardiserade.

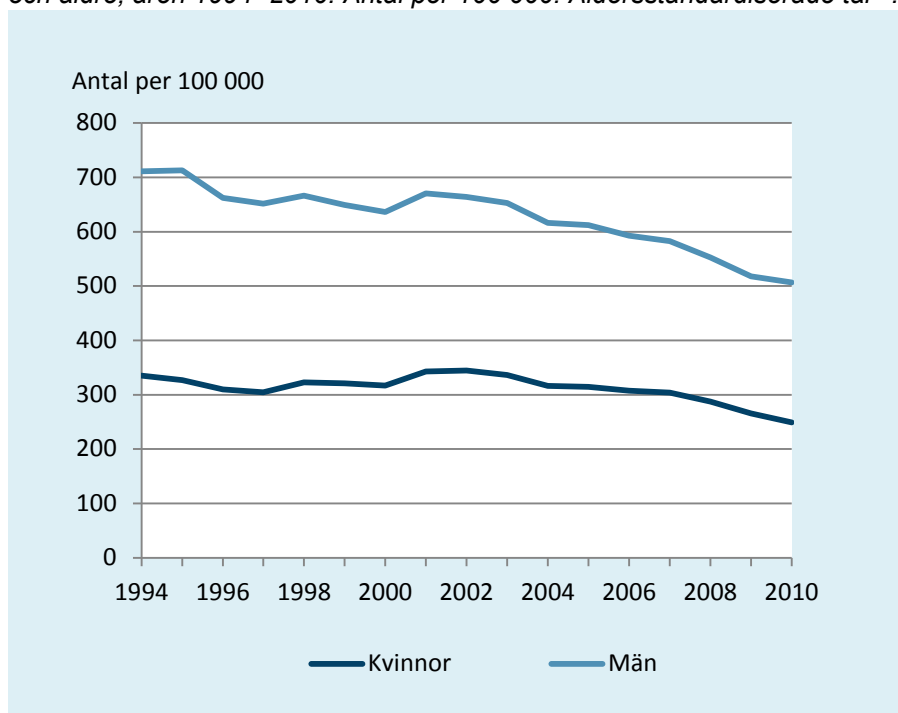
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20+	11 090	16 231	307,2	463,1
20-34	10	37	1,2	4,1
35-44	93	287	14,6	43,5
45-54	383	1 279	65,0	211,0
55-64	1 036	3 160	171,9	523,0
65-74	1 912	4 091	428,5	963,9
75-84	3 625	4 522	1 144,2	1 916,7
85+	4 030	2 854	2 443,3	3 515,6

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I figur 14 visas utvecklingen av förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt sedan år 1994. Insjuknandena har minskat snabbare bland män än bland kvinnor vilket innebär att könsskillnaderna minskat.

Figur 14. Förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt

Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i hjärtinfarkt för kvinnor och män, 20 år och äldre, åren 1994–2010. Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal**.



*Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt efter sju infarktfria år.

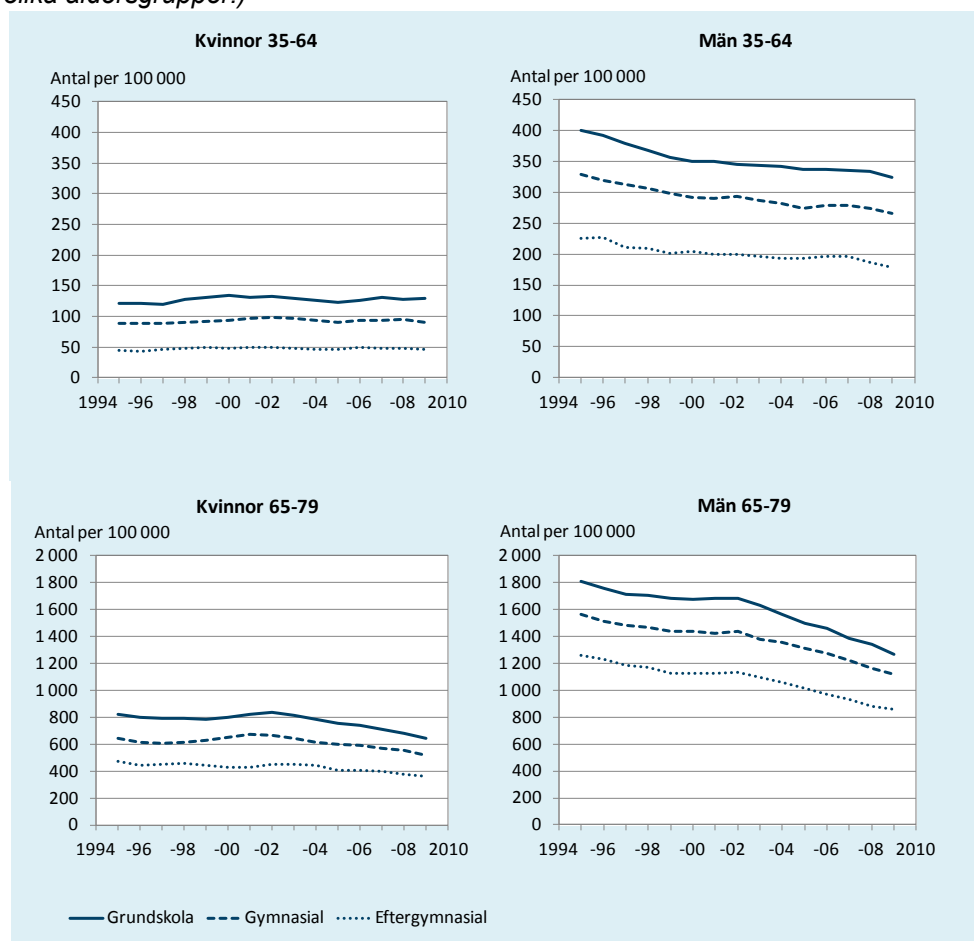
**För förklaring se figur 4.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Insjuknandet i hjärtinfarkt minskar inte bland yngre kvinnor

Bland kvinnor i förvärvsaktiv ålder (35–64 år) har insjuknandet i hjärtinfarkt inte minskat sedan 1990 (figur 15). Bland män i samma åldersgrupp ses en tydlig minskning. Den mest positiva utvecklingen återfinns dock bland personer efter pensionsåldern, i synnerhet bland män. Jämförelsevis få hjärtinfarkter inträffar i yngre medelåldern 35–44 år (tabell 1). I denna åldersgrupp har utvecklingen över tid dock varit mindre gynnsam än i andra åldersgrupper, och risken för hjärtinfarkt har ökat för kvinnor med förgymnasial utbildning sedan 1990. 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 förststegsinsjuknanden i hjärtinfarkt har inte ökat bland dem med förgymnasial utbildning i åldersgruppen.

Figur 15. Förstagångsinsjuknanden i hjärtinfarkt efter utbildning i olika åldrar Utvecklingen av förststegsinsjuknanden* i hjärtinfarkt för kvinnor och män i åldrarna 35–64 och 65–79 år i olika utbildningsgrupper åren 1994–2010. Glidande treårsmedelvärden. Åldersstandardiserade tal**. (Observera de olika skalorna för olika åldersgrupper.)



*Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt efter sju infarktfria år.

**För förklaring se figur 4.

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

Insjuknandet i stroke minskar

Risken för stroke ökar med stigande ålder. Av alla förstagångsinsjuknanden åren 2008–2010 inträffade 44 procent bland kvinnor och 38 procent bland män i åldern 75 år och äldre, 19 procent respektive 10 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 högre bland kvinnor, eftersom kvinnorna är fler i den äldsta delen av befolkningen. *Tabell 2* visar insjuknandet i stroke i olika åldersgrupper.

Tabell 2. 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 2008–2010. Talen är inte åldersstandardiserade.

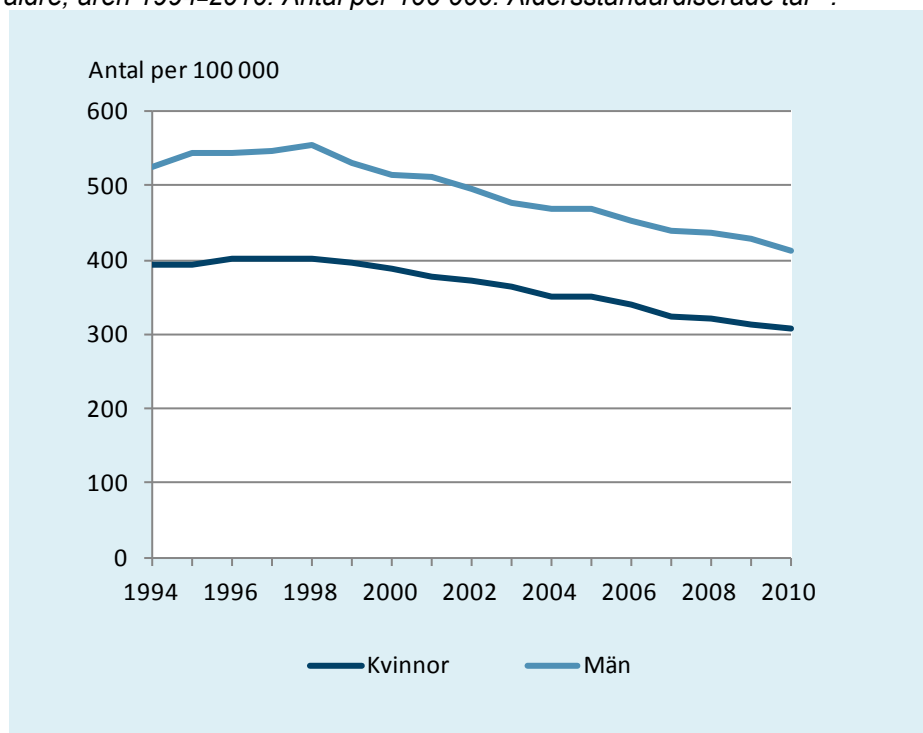
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20+	13 083	12 917	362,4	368,6
20-34	76	89	8,9	9,9
35-44	158	225	24,9	34,0
45-54	394	679	66,8	112,1
55-64	1 052	1 963	174,6	324,9
65-74	2 140	3 219	479,6	758,5
75-84	4 339	4 173	1 369,8	1 768,5
85+	4 924	2 570	2 984,8	3 165,0

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Liksom dödligheten har även insjuknandet i stroke minskat (*figur 16*). Minskningen sedan 1990-talet har gått snabbare bland män och könsskillnaderna har minskat.

Figur 16. Förstagångsinsjuknanden i stroke

Utvecklingen av förstagångsinsjuknanden* i stroke för kvinnor och män, 20 år och äldre, åren 1994–2010. Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal**.



*Förstagångsinsjuknande i stroke efter sju strokefria år.

**För förklaring se figur 4.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Insjuknande i stroke har minskat snabbast bland äldre

Liksom för hjärtinfarkt så har insjuknandet i stroke inte utvecklats lika gynnsamt i förvärvsarbetande åldrar som bland de äldre. Bland kvinnor i åldrarna 35–64 år finns ingen tydlig minskning i förstagångsinsjuknanden, och i gruppen med förgymnasial utbildning är insjuknande nu något vanligare än i början av 1990-talet (figur 17). Bland män i samma åldersgrupp ses en viss minskning i insjuknande oavsett utbildning. 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.

Jämförelsevis få strokeinsjuknanden sker i åldersgruppen 35–44 år (tabell 2), men i denna grupp finns en tendens till ökning bland både kvinnor och män sedan 1990. Ökningen är tydligast bland dem med förgymnasial utbildning och skillnaden mellan grupper med olika utbildningsbakgrund har ökat.

Figur 17. Förstagångsinsjuknanden i stroke efter utbildning i olika åldrar
 Utvecklingen av insjuknanden i förstagångsstroke* för kvinnor och män i olika utbildningsgrupper åren 1994–2010. Glidande treårsmedelvärden. Åldersstandardiserade tal**. (Observera att skalan är olika för de olika åldersgrupperna.)



*Förstagångsinsjuknande i stroke efter sju strokefria år.

**För förklaring se figur 4.

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

Insjuknade 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 2010 fick 26 000 kvinnor och 28 000 män en cancerdiagnos i Sverige. Samma år dog drygt 10 000 kvinnor och 11 000 män i cancer. Risken för att dö i cancer ökar med stigande ålder, och bland dem som dog i cancer år 2010 var 51 procent av både kvinnorna och männen över 75 år, och 20 procent av kvinnorna och 17 procent av männen var över 85 år. *Tabell 3* 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 2010* (Socialstyrelsen, 2011b) *Dödsorsaker 2010* (Socialstyrelsen, 2011c), *Cancer i siffror 2009 – Populärvetenskapliga fakta om cancer* (Cancerfonden, Socialstyrelsen 2009) och *Cancer i Sverige. Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning* (Socialstyrelsen, 2011d).

Tabell 3. 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 2008–2010. 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	26 051	28 833	557,6	623,2	10 386	11 319	222,3	244,7
Bröst	7 598	–	162,6	–	1 428	–	30,6	–
Lunga	1 777	1 830	38,0	39,5	1 658	1 881	35,5	40,7
Malignt melanom	1 366	1 411	29,2	30,5	201	288	4,3	6,2
Prostata	–	9 721	–	210,1	–	2 436	–	52,6
Tjock-ändtarm	2 974	3 226	63,7	69,7	1 296	1 338	27,7	28,9

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Överlevnad efter cancerdiagnos

Överlevnaden för personer som diagnosticeras med cancer skiljer sig åt väsentligt mellan olika cancerformer, men prognosen är ofta bättre om cancer 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 t.ex. lungcancer. Måttet ”relativ överlevnad” används för att mäta överlevnaden bland cancerpatienter i förhållande till jämnåriga som inte har cancer. *Tabell 4* visar den förväntade relativa överlevnaden för de vanligaste cancerdiagnoserna. För kvinnor som diagnosticerats med bröstcancer beräknas 10-årsöverlevnaden till 82,7 procent

det vill säga ungefär 17 procent förväntas dö inom tio år till följd av sin bröstcancer.

Tabell 4. Överlevnad efter cancerdiagnos

Relativ överlevnad* för patienter diagnosticerade med cancer. Kvinnor och män 35 år och äldre. Överlevnadssiffrorna anger den förväntade överlevanden för patienter som diagnosticerats under perioden 2008–2010.

	Kvinnor				Män			
	Antal år från diagnos				Antal år från diagnos			
	1	2	5	10	1	2	5	10
Cancer totalt	83,8	77,7	69,5	64,1	84,5	78,4	70,9	63,2
Bröst	98,0	95,8	89,1	82,7	—	—	—	—
Lunga	47,1	30,7	18,6	13,6	39,5	23,1	12,8	8,6
Malignt melanom	98,5	96,2	91,5	89,4	97,9	93,5	85,7	79,9
Prostata	—	—	—	—	98,3	95,9	90,4	80,8
Tjock-ändtarm	83,7	75,6	65,7	60,5	83,4	75	61,9	53,9

* Den relativa överlevnaden anger överlevnaden bland patienter diagnosticerade 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.

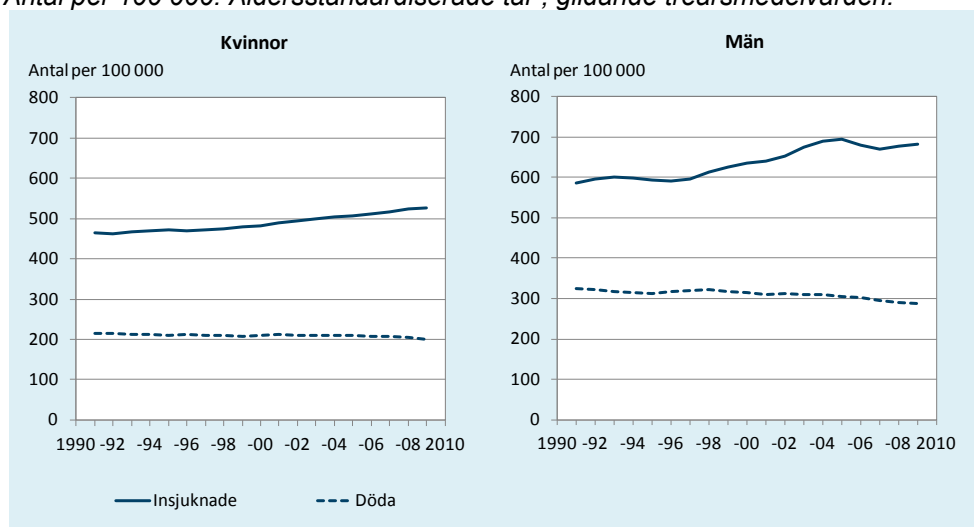
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Fler får cancer men dödligheten minskar

Sedan år 1990 har dödligheten i cancer minskat 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 ultravioletta strålning är en välkänd riskfaktor för malignt melanom. I *figurerna 18–23* visas insjuknande och dödlighet för all cancer sammantaget samt för bröst-, prostata-, tjock- och ändtarms-, lungcancer och malignt melanom.

Figur 18. Insjuknande och död i cancer

Utvecklingen av insjuknade och död i cancer åren 1990–2010. Kvinnor och män, Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

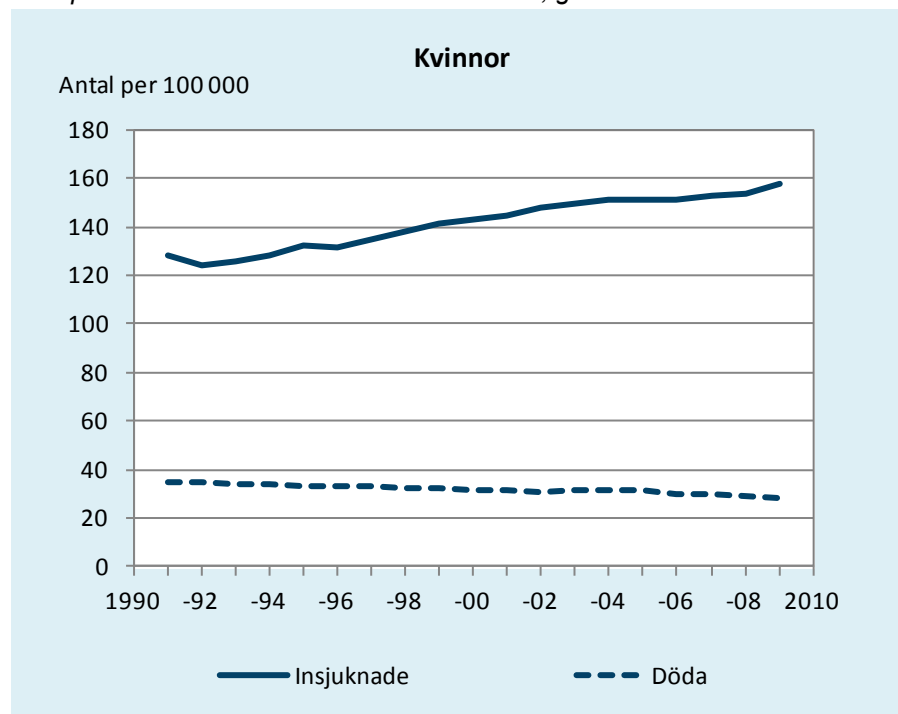


*För förklaring se figur 4.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 19. Insjuknande och död i bröstcancer

Utvecklingen av insjuknande och död i bröstcancer åren 1990–2010. Kvinnor, Antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

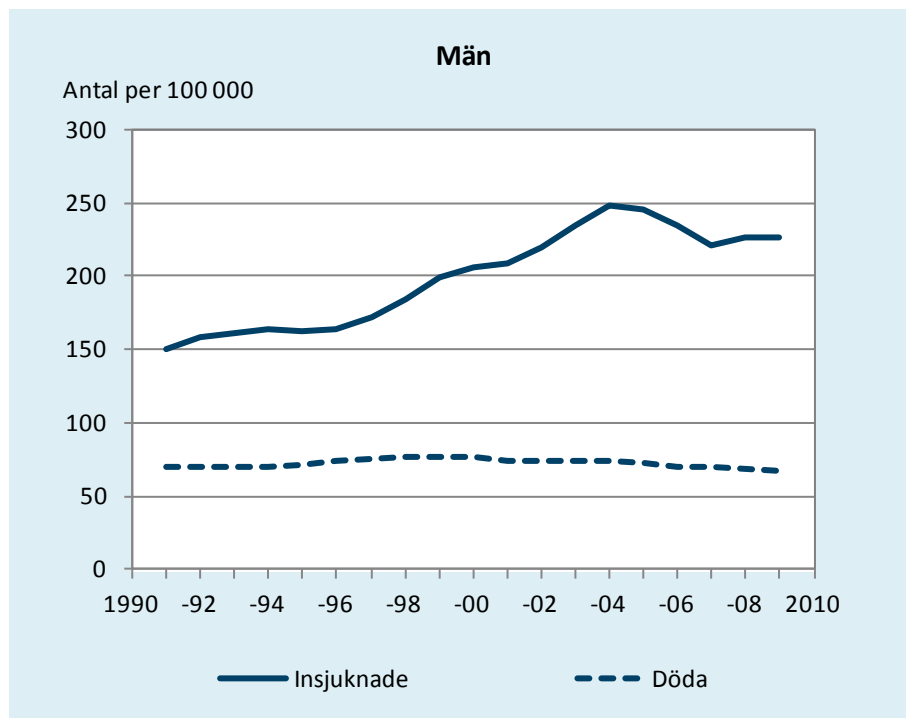


*För förklaring se figur 4.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 20. Insjuknande och död i prostatacancer

Utvecklingen av insjuknande och död i prostatacancer åren 1990–2010. Män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

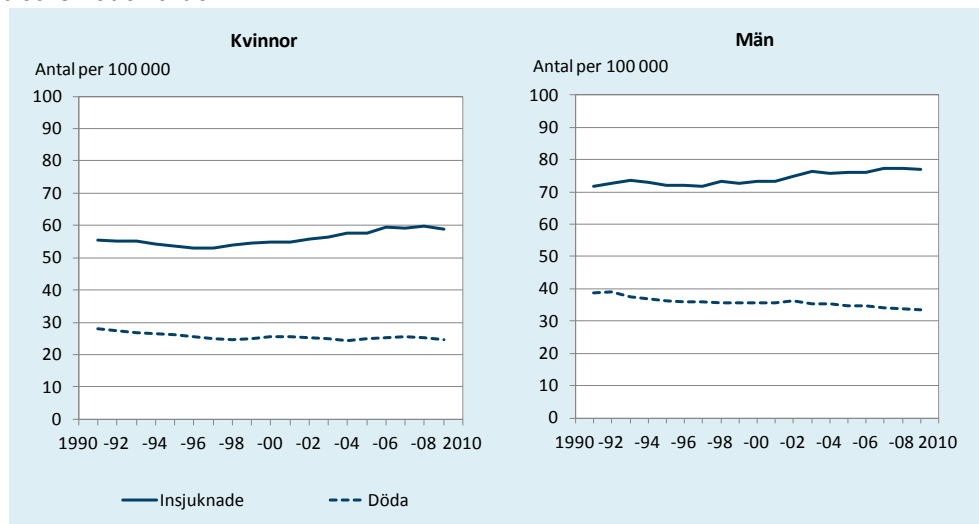


*För förklaring se figur 4.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 21. Insjuknande och död i tjock- och ändtarmscancer

Utvecklingen av insjuknande och död i tjock- och ändtarmscancer åren 1990–2010. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

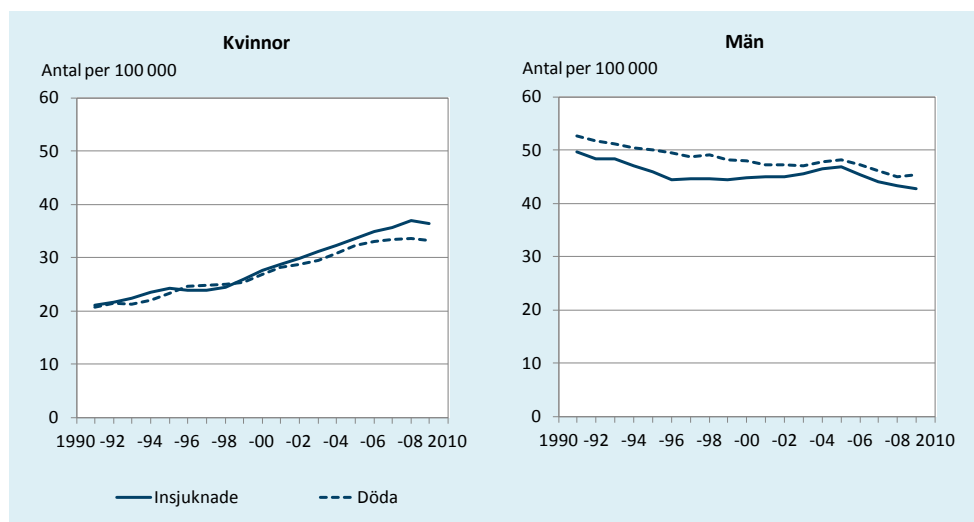


*För förklaring se figur 4.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 22. Insjuknande och död i lungcancer

Utvecklingen av insjuknande och död i lungcancer åren 1990–2010. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.

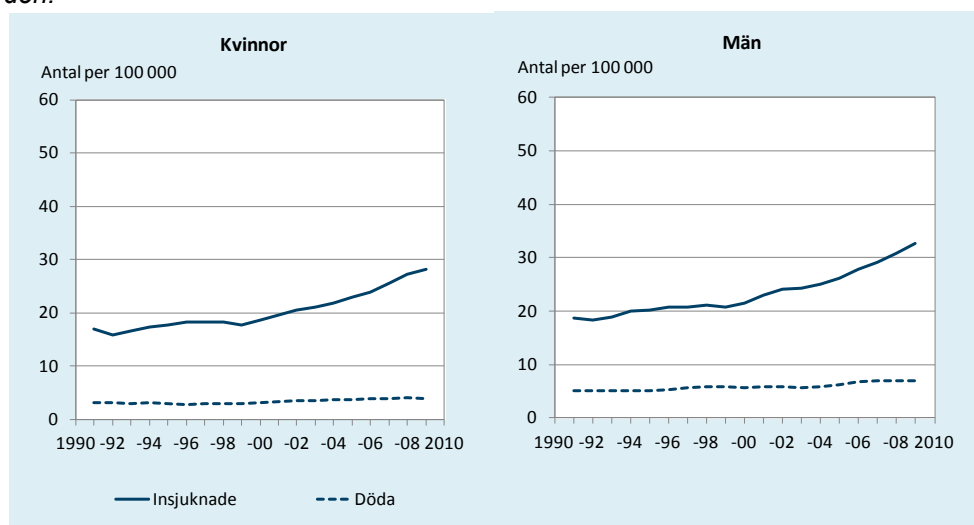


*För förklaring se figur 4.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 23. Insjuknande och död i malignt melanom

Utvecklingen av insjuknande och död i malignt melanom åren 1990–2010. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring se figur 4.

Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, 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 längre utbildning. Bland män ställs flest cancerdiagnoser bland dem med längst utbildning, men dödligheten är ändå lägst i denna grupp. Överlevnaden efter en cancerdiagnos är alltså sämre bland dem med förgymnasial utbildning.

Bland kvinnor är dödligheten i bröstcancer högst bland dem med eftergymnasial utbildning, medan de med förgymnasial utbildning har högst dödlighet i lungcancer, malignt melanom och tjock- och ändtarmscancer.

Bland män är dödligheten högre i lungcancer, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer bland dem med förgymnasial utbildning. Den största skillnaden finns i lungcancerdödlighet, vilket gäller både kvinnor och män.

Tabell 5. Insjuknade och döda i cancer efter utbildningsnivå

Antal per 100 000 i hela riket insjuknande och döda i cancer. Kvinnor och män 35–84 år vid diagnos med förgymnasial- gymnasie- och eftergymnasial utbildning.

Genomsnitt för åren 2008–2010. Åldersstandardiserade tal*.

Kvinnor

	Insjuknande			Döda		
	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial
Cancer totalt	858,0	841,8	842,6	330,7	296,2	240,3
Bröst	247,0	257,0	297,7	41,9	40,7	45,7
Lunga	81,7	66,9	38,5	71,9	56,6	32,3
Malignt melanom	35,1	42,9	49,7	6,6	5,6	5,7
Tjock-ändtarm	95,6	95,7	86,8	35,2	34,9	26,6

Män

	Insjuknande			Döda		
	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial
Cancer totalt	1 057,6	1 059,4	1 068,8	419,6	382,6	312,5
Prostata	356,6	373,4	416,4	72,1	67,9	67,3
Lunga	88,3	71,7	46,8	85,2	71,1	43,6
Malignt melanom	40,2	52,5	63,4	10,5	10,5	10,4
Tjock-ändtarm	128,5	116,8	118,2	49,2	45,1	42,0

*För förklaring se figur 4.

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

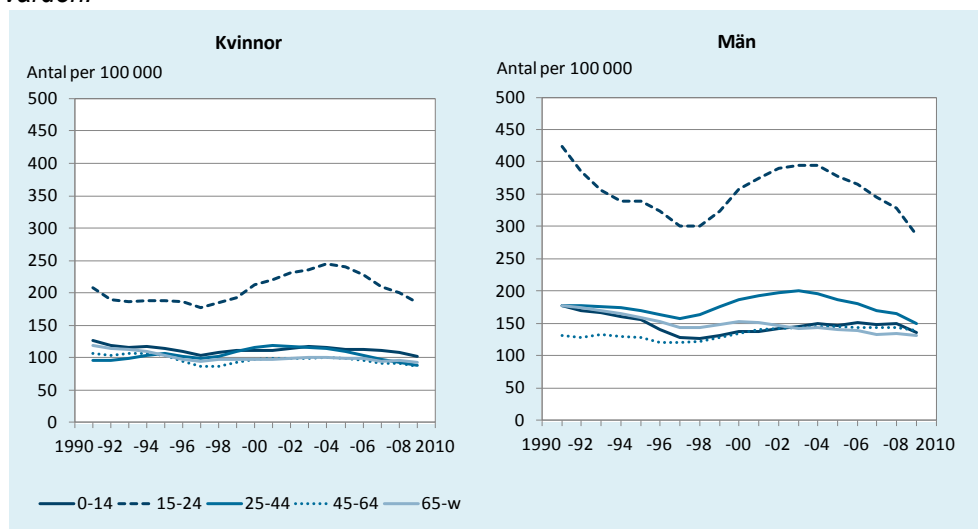
Skador

Sjukhusvård för trafikolyckor vanligast bland unga

Åren 2008–2010 vårdades i genomsnitt 4 823 kvinnor (90/100 000) och 7 411 män (104/100 000) på sjukhus årligen för skador efter trafikolyckor. I alla åldersgrupper är sjukhusvård för trafikolyckor vanligare bland män än bland kvinnor (figur 24). 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 bland de unga, efter en ökning i slutet av 1990-talet och de första åren på 2000-talet.

Figur 24. 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 1990–2010. Åldersstandardiserade tal**, glidande treårsmedelvärden.



*Fordon för landtransport

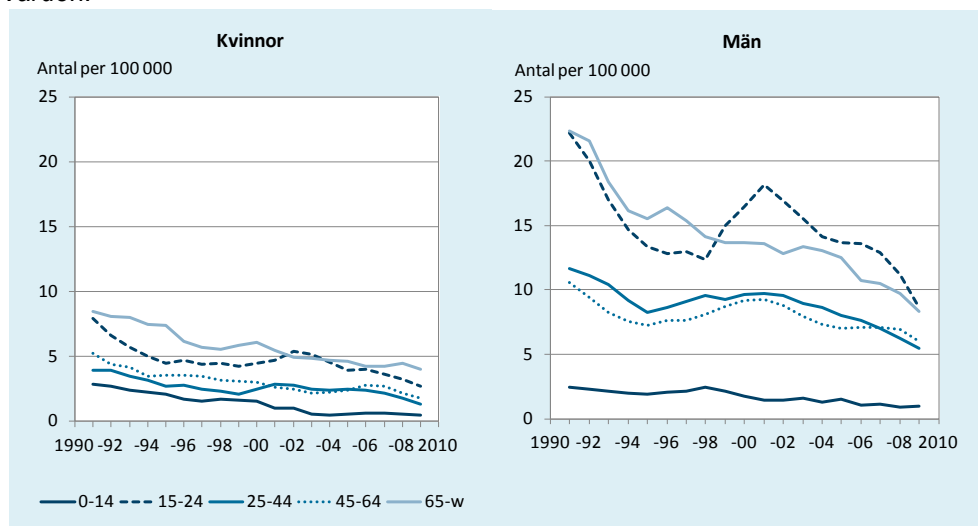
**För förklaring se figur 4.

De relativt låga talen under åren 1997–1999 antas beror 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 25. Dödlighet i fordonsolyckor

Antal döda per 100 000 invånare i fordonsolyckor*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal**, glidande treårsmedelvärden.



*Fordon för landtransport.

**För förklaring se figur 4.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

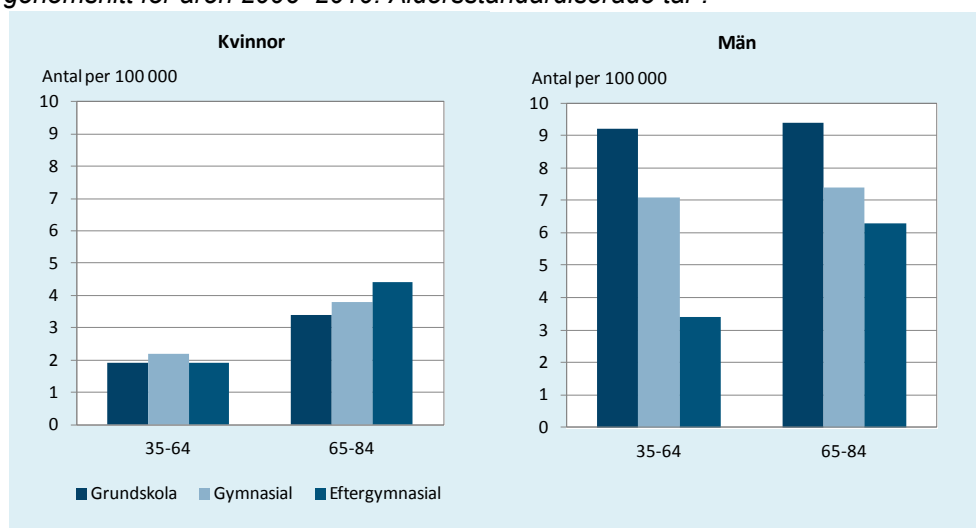
Bland män finns en gradient så att de med kortast utbildning löper högst risk att dö i trafikolyckor och de med längst utbildning har lägst risk (figur 26). Dessa skillnader finns både i förvärvsaktiva åldrar och efter pensionsåldern, men är betydligt mer uttalade i den yngre åldersgruppen. I åldern 35–64 år är trafikdöd ungefär tre gånger så vanligt bland män med grundskoleutbild-

ning jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. Skillnaden mellan grupperna är mindre bland män som är 65 år eller äldre, vilket 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. För kvinnor som fyllt 65 år ses en gradient där de med eftergymnasial utbildning har högst risk för trafikdöd och de med förgymnasial utbildning har lägst risk.

Figur 26. Döda i trafikolyckor i olika utbildningsgrupper

Döda i trafikolyckor bland personer med förgymnasial- gymnasie- och eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldrarna 35–64 och 65–84 år. Antal per 100 000, genomsnitt för åren 2006–2010. Åldersstandardiserade tal*.



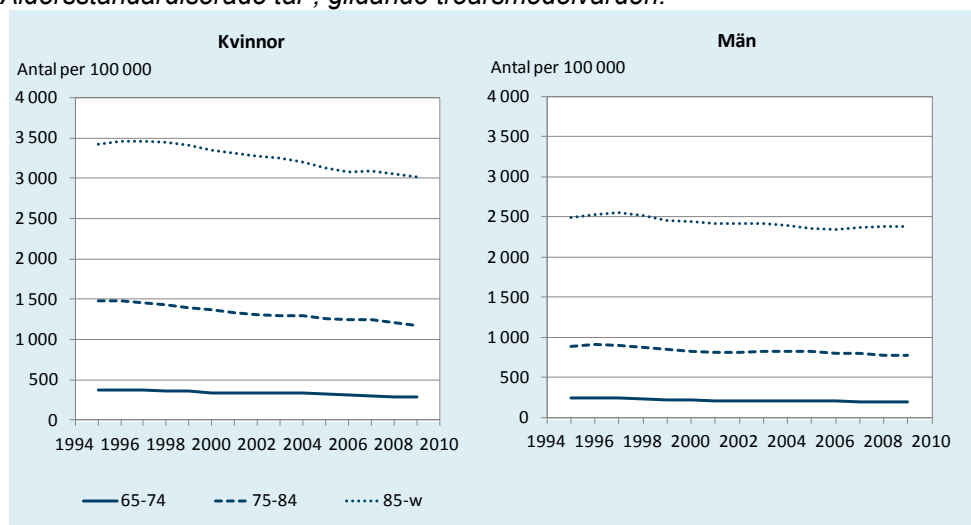
*För förklaring se figur 4.
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Risken för höftfraktur minskar

Höftfrakturer är vanligt bland de äldsta och ofta ett symptom 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 rehabiliteringen (Socialstyrelsen, 2009). År 2010 var det 9 968 kvinnor (1 052/100 000) och 4 485 män (585/100 000) 65 år och äldre som vårdades på sjukhus för sin första höftfraktur. Risken för höftfraktur har minskat och förstagångsfrakturerna inträffar senare i livet (figur 27). Det kan bero på bland annat 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.

Figur 27. Sjukhusvård för höftfraktur

Antal per 100 000 som sjukhusvårdats för första gången på grund av fraktur i höftleden. Kvinnor och män i åldrarna 65–74, 75–84, 85+ år, perioden 1994–2010. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



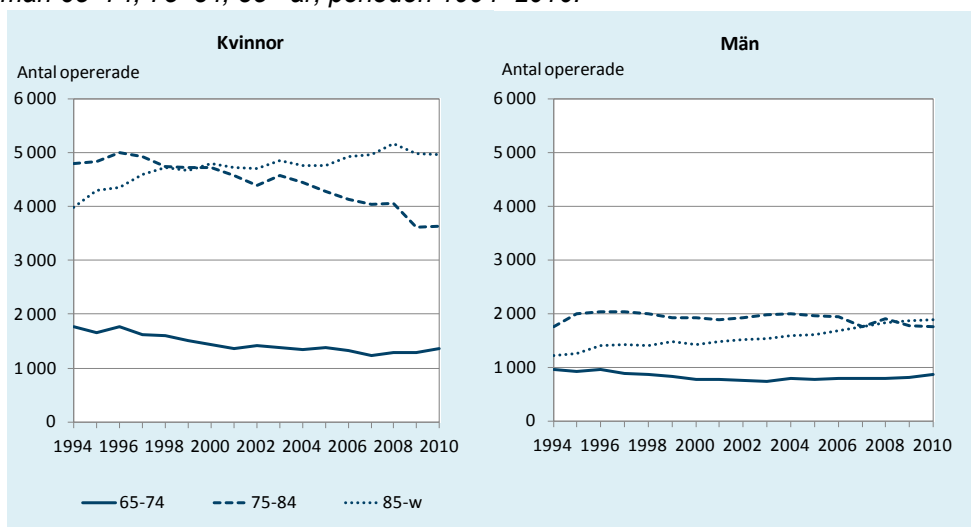
*För förklaring se figur 4.

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 28* visar att det är endast 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 28. Sjukhusvård för höftfraktur

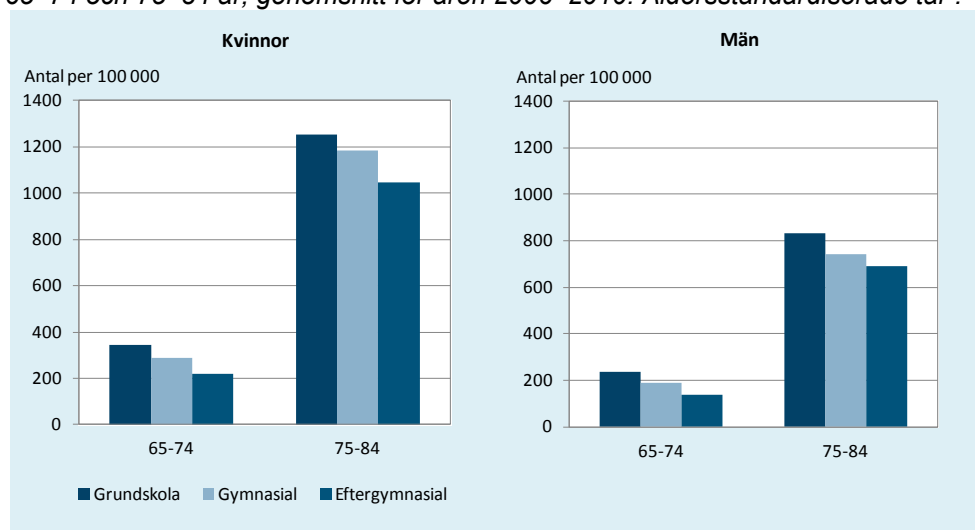
Antal sjukhusvårdade för första gången på grund av fraktur i höftleden. Kvinnor och män 65–74, 75–84, 85+ år, perioden 1994–2010.



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 29*).

Figur 29. Sjukhusvård för höftfraktur i olika utbildningsgrupper
 Kvinnor och män med förgymnasial- gymnasial- och eftergymnasial utbildning i
 som sjukhusvårdats för förstegångsfraktur i höftleden. Antal per 100 000 i åldrarna
 65–74 och 75–84 år, genomsnitt för åren 2006–2010. Åldersstandardiserade tal*.



*För förklaring se figur 4.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

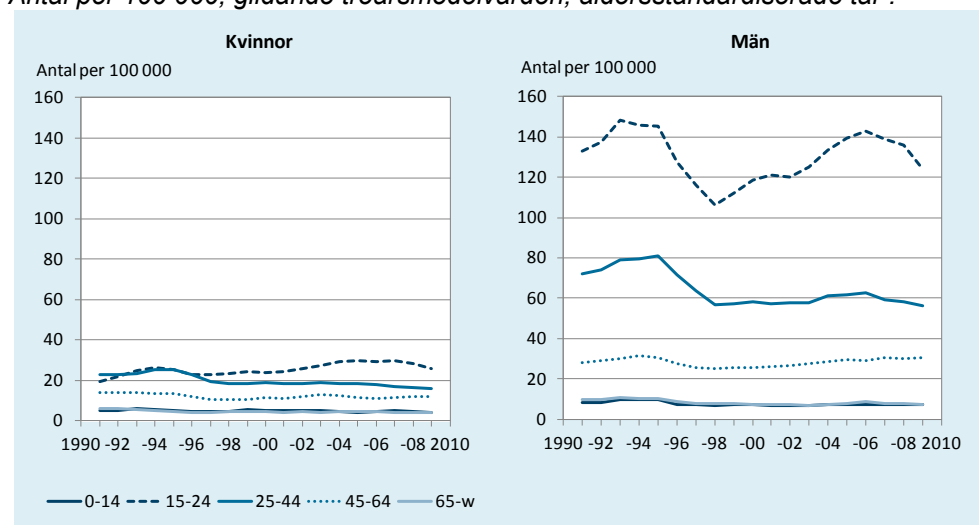
Sjukhusvård för misshandel är vanligast bland unga

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.

Pojkar och män drabbas oftare av så svåra fysiska skador efter misshandel att de vårdas ineliggande på sjukhus, eller avlider. Åren 2008–2010 var det i genomsnitt 623 (13,5/100 000) kvinnor och 2313 (49,0/100 000) män som årligen vårdades på sjukhus på grund av övergrepp tillfogad av annan person, och i genomsnitt 28 kvinnor (0,6/100 000) och 53 män (1,1/100 000) som dog. *Figur 30* visar utvecklingen av sjukhusvård på grund av övergrepp åren 1990–2010 i olika åldersgrupper. Unga i åldern 15–24 år är den grupp som oftast läggs in på grund av övergrepp.

Figur 30. 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 1990–2010. Antal per 100 000, glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal*.



*För förklaring, se figur 4.

De relativt låga talen under åren 1997–1999 antas beror 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.

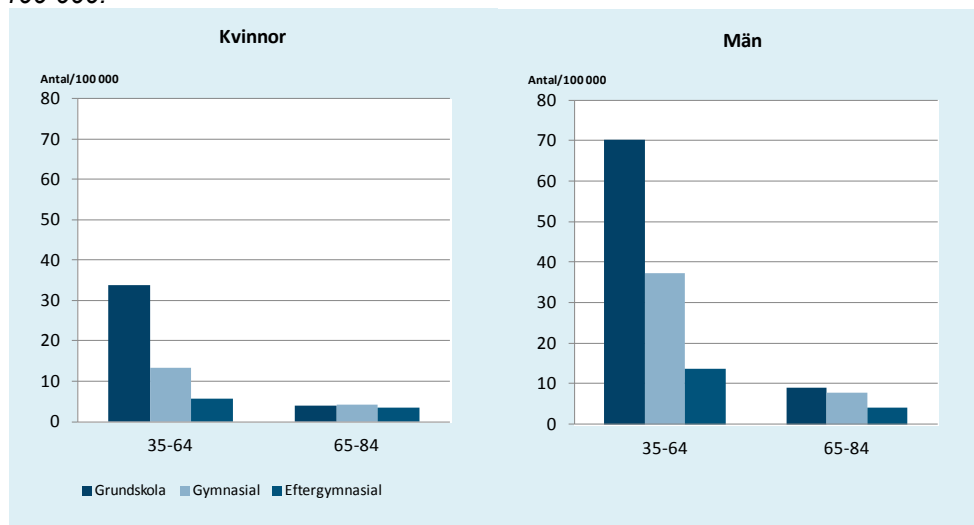
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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 31*). 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 tre gånger 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 socioekonomiskt utsatthet, där förekomst av våld är vanligare.

Figur 31. 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 2006–2010, åldersstandardiserade tal*. Kvinnor och män i åldrarna 35–64 och 65–84. Antal per 100 000.



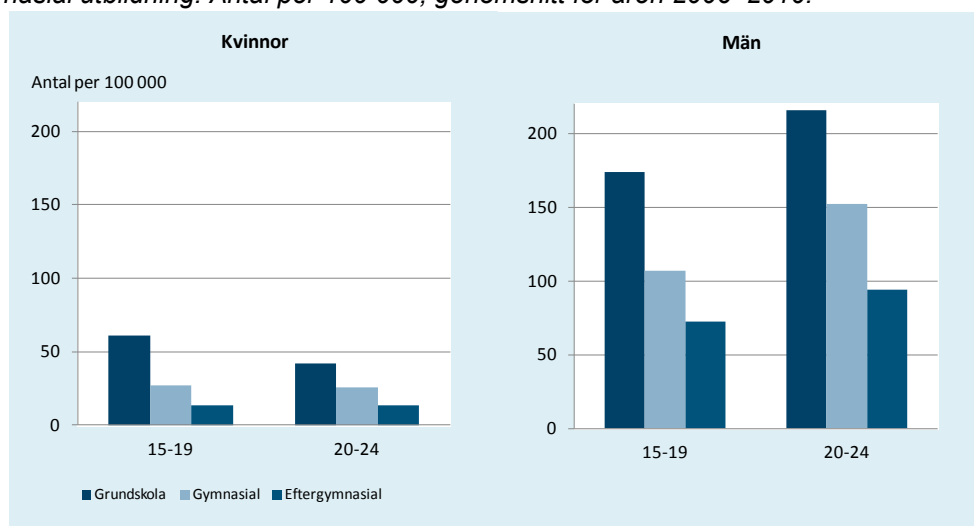
*För förklaring, se figur 4.

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. I gruppen finns en gradient så att ungdomar som är barn till mödrar med eftergymnasial utbildning betydligt mer sällan läggs in på sjukhus på grund av övergrepp än ungdomar med förgymnasialt utbildade mödrar (figur 32).

Figur 32. 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, vars mödrar har förgymnasial- gymnasial respektive eftergymnasial utbildning. Antal per 100 000, genomsnitt för åren 2006–2010.



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 liksom sömnbesvär ökade, framför allt bland de unga under 1990-talet och början av 2000-talet (Socialstyrelsen, 2009). Det är svårt att bedöma hur denna utveckling har fortsatt, eftersom ULF-undersökningarna genomgick ett metodbyte omkring år 2006, vilket kan ha påverkat nivåerna. Bland kvinnorna var det 24 procent som rapporterade besvär av ängslan, oro eller ångest och 32 procent som uppgav sömnbesvär år 2010 (*tabell 6*). Motsvarande siffror bland män var 15 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 allra äldsta kvinnorna. Men 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 6. 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.

	Ängslan, oro, ångest		Sömnbesvär	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16+	24	15	32	22
16-24	32	14	25	21
25-34	21	19	29	23
35-44	23	14	29	24
45-54	29	19	35	25
55-64	20	11	34	21
65-74	23	9	35	20
75-84	24	14	36	21
85+	24	16	38	24

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Kvinnor rapporterar alltså mer psykisk ohälsa än män och de största ökningarna har skett bland ungdomar och unga vuxna, medan nivåerna i den äldre befolkningen varit väsentligen oförändrade.

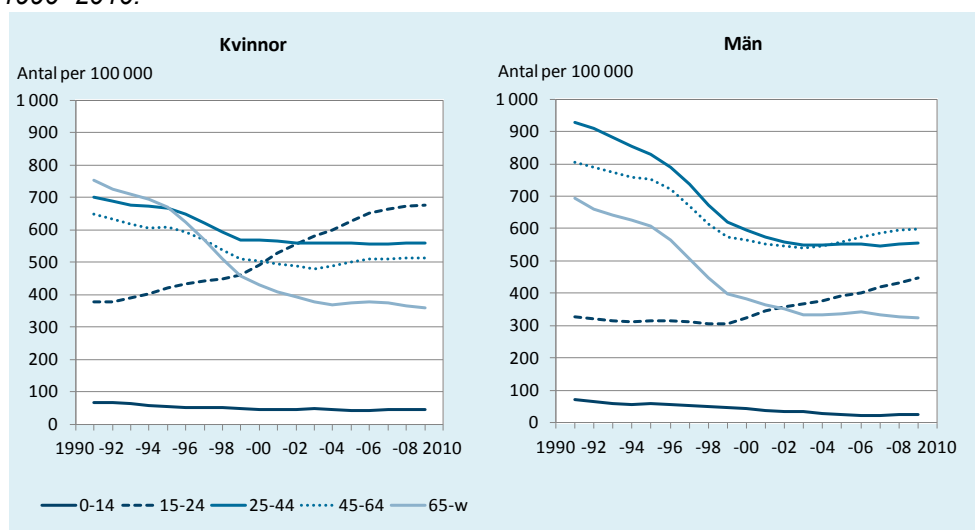
Det är inte endast enkät- och intervjuundersökningar som talar för ökande psykisk ohälsa bland de unga. Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i slutenvårds- och dödsorsaksregistren vid Socialstyrelsen, även om det endast är en bråkdel av dem med psykisk ohälsa som läggs in på sjukhus, eller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

Psykiatrisk slutenvård har ökat bland unga

År 2008–2010 var det 71 479 kvinnor (510/100 000) och 78 917 män (569/100 000) som vårdades i psykiatrisk slutenvård. *Figur 33* visar sjukhusinläggningarna åren 1990–2010, 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. Kvinnor i åldern 15–24 år är numera den vanligaste gruppen som får psykiatrisk sjukhusvård, men ökningen har planat ut under de senaste åren. 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 Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen, 2009) visades att det framför allt är sjukhusvård för depressioner och ångesttillstånd som ökat kraftigt bland de unga.

Figur 33. Vårdade inom psykiatrisk slutenvård

Antal personer per 100 000 invånare i olika åldersgrupper som vårdats inom allmänpsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård, perioden 1990–2010.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Självskadeteende

Självskadeteende innebär ett medvetet skadande av den egna kroppen. Avsikten kan vara att ta sitt eget liv, i lindrigare fall kan självskadeteende 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 självskadeteende i alla åldersgrupper, förutom bland de äldsta, då inläggning är vanligare bland män. Bland både kvinnor och män är sjukhusvård för självskadeteende vanligast i åldern 15–24 år (*tabell 7*), och i den åldersgruppen är det mer än dubbelt så vanligt att kvinnor läggs in.

Tabell 7. Sjukhusvård på grund av självskadebeteende i olika åldersgrupper
 Antal och antal per 100 000 i hela riket vårdade i slutenvård till följd av självskadebeteende*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2008–2010. Talen är inte åldersstandardiserade.

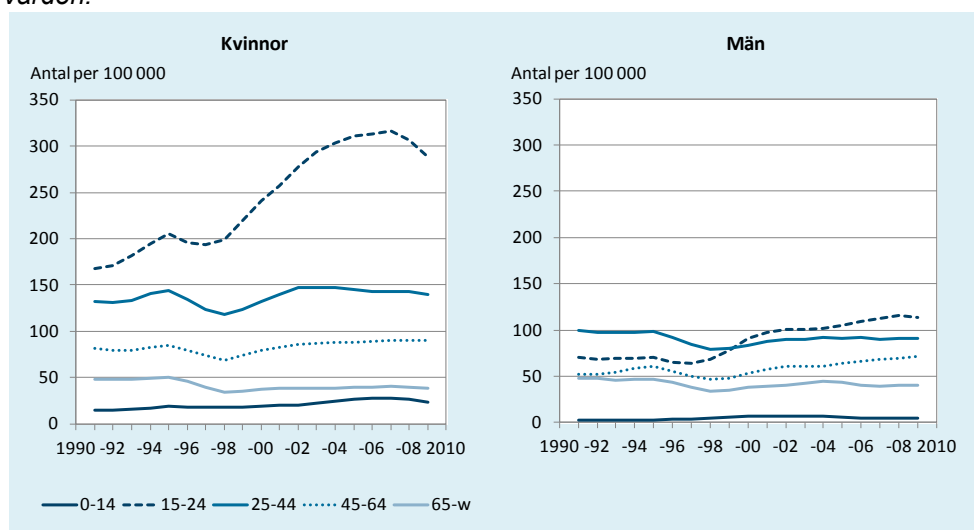
	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0+	5 006	3 045	107,2	65,8
0-14	180	39	23,9	4,9
15-24	1 725	713	288,0	113,2
25-44	1 674	1 138	139,6	91,1
45-64	1 067	866	89,5	71,5
65-74	173	145	38,8	34,2
75+	187	144	38,9	45,3

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

Bland kvinnor i åldersgruppen 15–24 år har inläggningarna ökat sedan början av 1990-talet för att nå en topp 2007 med 319 vårdade per 100 000 kvinnor (figur 34). Därefter har en viss minskning skett, men sjukhusinläggningarna ligger fortfarande kvar på en betydligt högre nivå än under 1990-talet. Trenden för kvinnor i övriga åldersgrupper har varit relativt stabil sedan 1990. Bland män har gruppen 25–44 år den högsta andelen vårdade fram till 1998. Därefter har sjukhusinläggning varit vanligare i gruppen 15–24 år.

Figur 34. 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 1990–2010. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*Avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84). De relativt låga talen under åren 1997–1999 antas beror 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.
 **För förklaring, se figur 4.

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 2008–2010 begått i genomsnitt 323 kvinnor och 859 män självmod varje år (*tabell 8*). Bland kvinnor är självmod vanligast i åldersgruppen 45–64 år, bland män i gruppen 75 år och äldre.

Tabell 8. Självmod i olika åldersgrupper

Antal och antal per 100 000 i hela riket som begått självmod*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, genomsnitt för åren 2008–2010. Talen är inte åldersstandardiserade.

	Antal		Antal per 100 000	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0+	323	859	6,9	18,6
15-24	38	91	6,3	14,5
25-44	83	228	6,9	18,3
45-64	121	328	10,1	27,1
65-74	41	104	9,3	24,6
75+	37	106	7,7	33,4

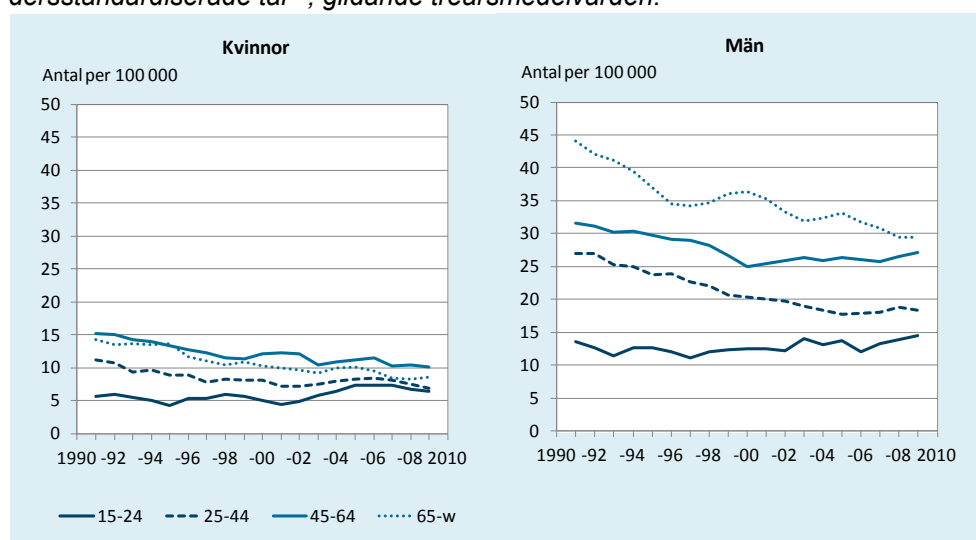
*Dödsfall på grund av avsiktligt självdestruktiv handling (ICD-koder X60–84).

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sedan 1990 har självmoden minskat i alla åldersgrupper utom i gruppen 15–24 år där självmod istället blivit något vanligare (*figur 35*). Självmoden har minskat snabbast bland de äldsta, särskilt bland männen, och skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat.

Figur 35. Självmod i olika åldersgrupper åren

Antal personer per 100 000 invånare som har begått självmod*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper (15–24, 25–44, 45–64, 65+) under perioden 1990–2010. Åldersstandardiserade tal**, glidande treårsmedelvärden.



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

**För förklaring, se figur 4.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

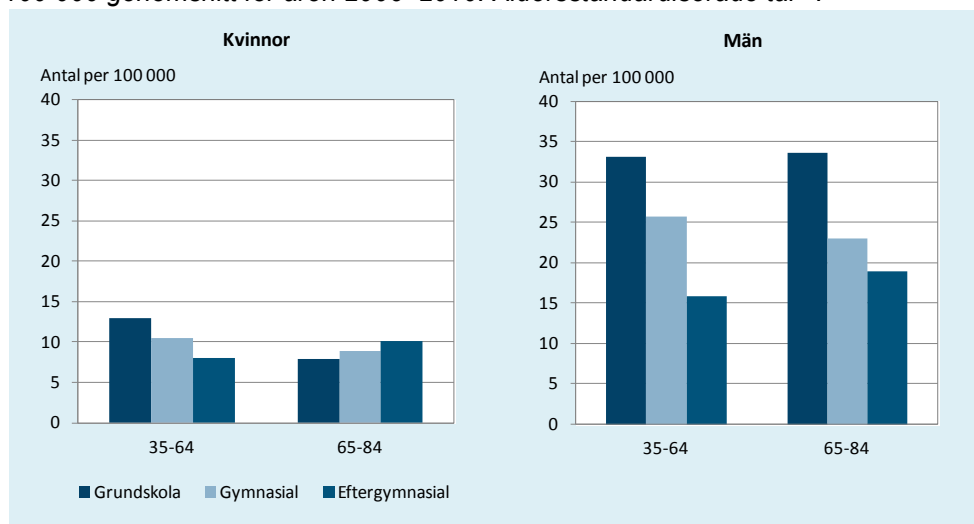
Självmod vanligast bland män med kort utbildning

I förvärvsarbetsande åldrar är självmod 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 självmod mer än dubbelt så ofta som de med eftergymnasial utbildning (*figur 36*). 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 självmod 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 36. 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 genomsnitt för åren 2006–2010. Åldersstandardiserade tal**.*



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

**För förklaring, se figur 4.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB.

Alkohol- och drogmissbruk

Vård för alkoholdiagnoser minskar – men ökar bland unga

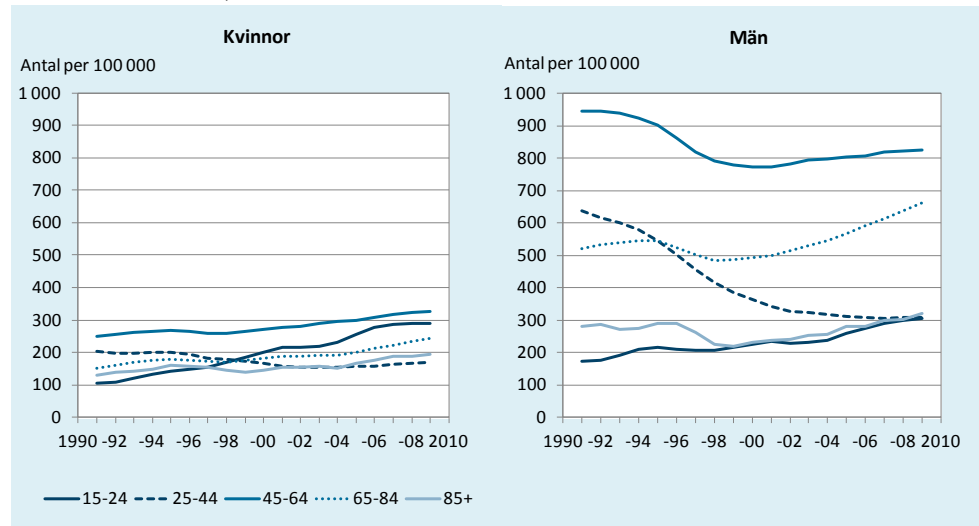
Åren 2008–2010 vårdades i genomsnitt 5 313 kvinnor (113,7/100 000) och 12 177 män (263,2/100 000) på sjukhus för en alkoholrelaterad diagnos (se faktaruta nedan). *Figur 37* visar utvecklingen åren 1990–2010. Vård för alkoholrelaterade diagnoser är vanligare bland män än bland kvinnor, och vanligast i åldern 45–64 år.

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 istället ökat bland både kvinnor och män. Ökningen har varit snabbare bland de unga kvinnorna än bland männen, vilket inneburit att den könsskillnad som tidi-

gare fanns har utplånats. Inläggningarna på grund av alkoholrelaterade diagnoser har också ökat i den äldsta åldersgruppen.

Figur 37. Sjukhusvård för alkoholrelaterade diagnoser

Kvinnor och män i åldrarna 15–24, 25–44, 45–64 och 65+, som vårdats på sjukhus för alkoholrelaterade diagnoser åren 1990–2010. Antal per 100 000, glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal*.

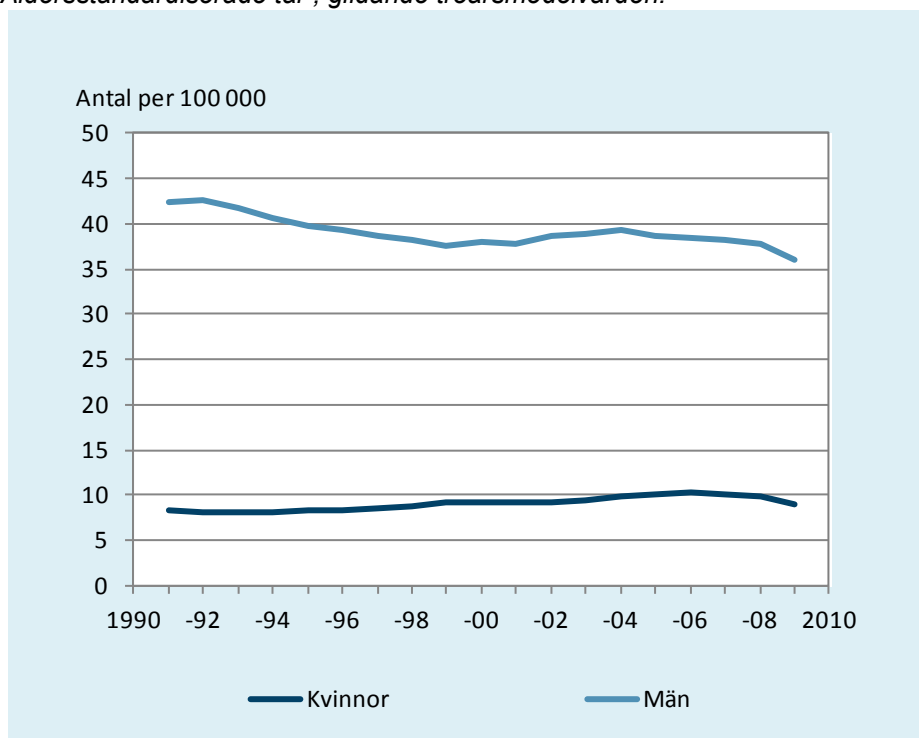


*För förklaring, se figur 3.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2008–2010 var det i genomsnitt 428 kvinnor (9,2/100 000) och 1 626 män (35,1/100 000) som dog med en alkoholrelaterad diagnos som dödsorsak. Sedan 1990 har dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser minskat bland män, men ökat bland kvinnor, vilket inneburit att könsskillnaderna minskat (figur 38).

Figur 38. Dödlighet i alkoholrelaterade diagnoser

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



*För förklaring, se figur 4.

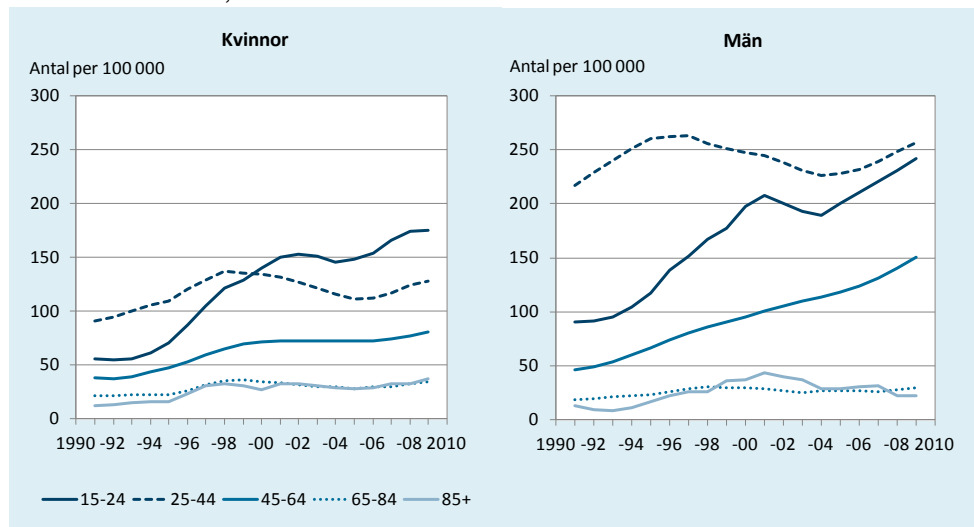
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vård för narkotikadiagnoser ökar snabbast bland unga

Åren 2008–2010 vårdades i genomsnitt 2 658 kvinnor (56,9/100 000) och 4 787 män (103,4/100 000) 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 39*). 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 39. Sjukhusvård för narkotikarelaterade diagnoser

Kvinnor och män i åldrarna 15–24, 25–44, 45–64 och 65+, som vårdats på sjukhus för narkotikarelaterade diagnoser* åren 1990–2010. Antal per 100 000. Glidande treårsmedelvärden, åldersstandardiserade tal*.



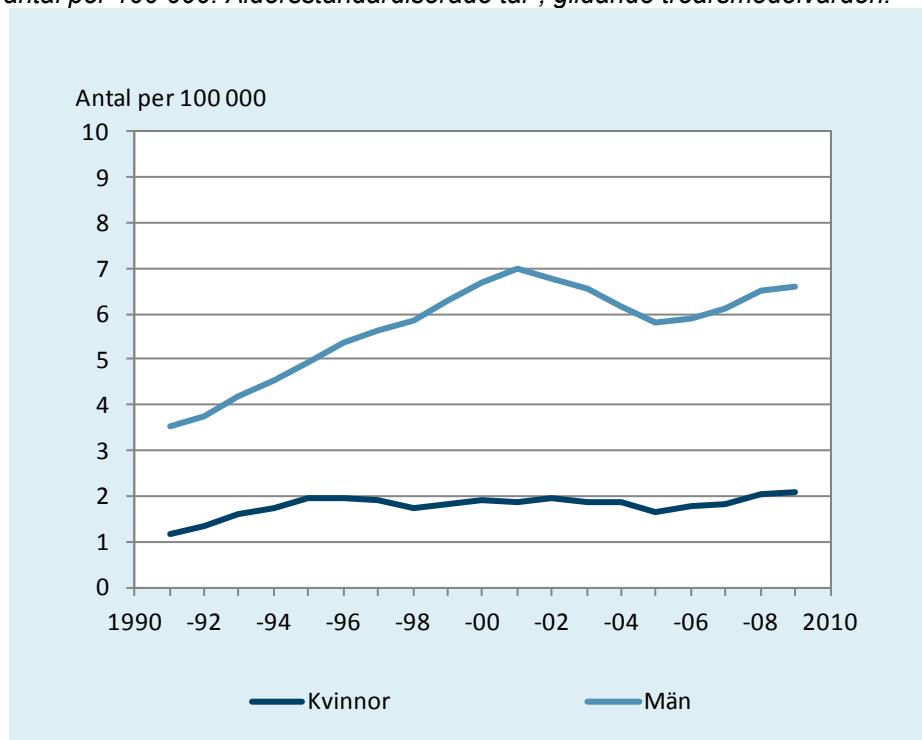
*För förklaring, se figur 4.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Åren 2008–2010 var det i genomsnitt 96 kvinnor (2,0/100 000) och 310 män (6,7/100 000) 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 40*). Nivåerna har planat ut under 2000-talet och det är nu ingen tydlig trend.

Figur 40. Dödlighet i narkotikarelaterade diagnoser

Dödlighet i narkotikarelaterade diagnoser åren 1990–2010. Kvinnor och män, antal per 100 000. Åldersstandardiserade tal*, glidande treårsmedelvärden.



*För förklaring, se figur 4.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet

För en detaljerad beskrivning av begreppen ”alkoholrelaterad dödlighet” och ”narkotikarelaterad dödlighet” var god se *Dödsorsaker 2010* (Socialstyrelsen, 2011c). 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

Inledning

För att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen har riksdagen beslutat om en nationell och sektorsövergripande folkhälsopolitik. Denna har ett långsiktigt och övergripande mål, ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”, och elva tillhörande målområden (Regeringens proposition 2002/03:35, 2007/08:110). I stället för att utgå från sjukdomar eller hälsoproblem är hälsans bestämningsfaktorer utgångspunkten för folkhälsopolitiken. Med bestämningsfaktorer avses de faktorer i samhällets organisation och människors livsvillkor och levnadsvanor som bidrar till hälsa eller ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2005a). Fördelen med att utgå från bestämningsfaktorer är att målen blir åtkomliga för politiska beslut och därmed kan påverkas genom olika samhällsinsatser (Statens folkhälsoinstitut, 2010a).

För att kunna följa bestämningsfaktorernas utveckling, samhälleliga förändringar och politiska initiativ inom folkhälsopolitiken används ett antal indikatorer, som har ett samband med preciserade hälsoeffekter. Meningen med uppföljningen är att ge underlag till hur väl politiken lyckats att påverka folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2005a). Denna del av rapporten redovisar utvecklingen för ett urval av indikatorerna inom folkhälsopolitiken.

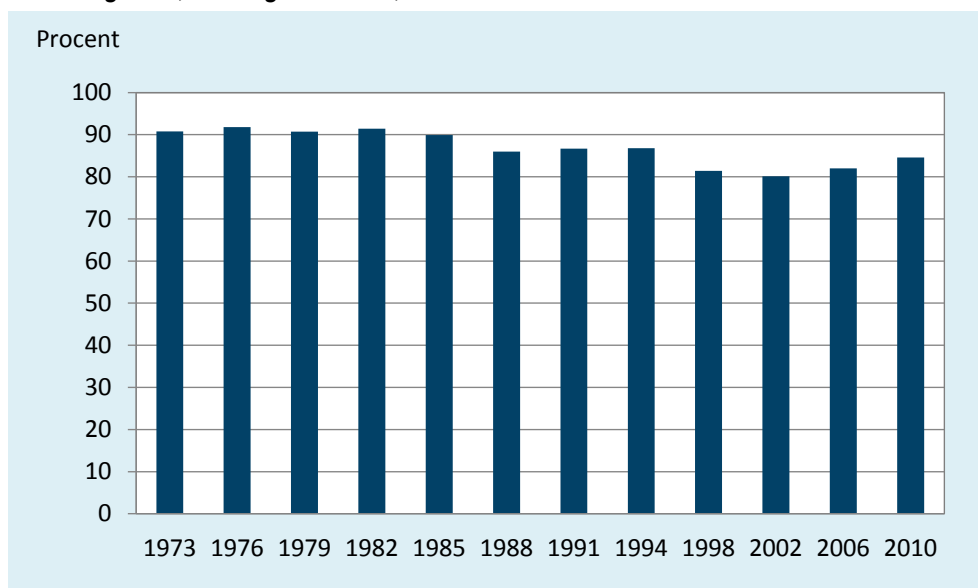
Valdeltagande

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 t.ex. 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 41. Valdeltagande i riksdagsval, riket, 1973–2010

Valdeltagande, rikets genomsnitt, 1973–2010.

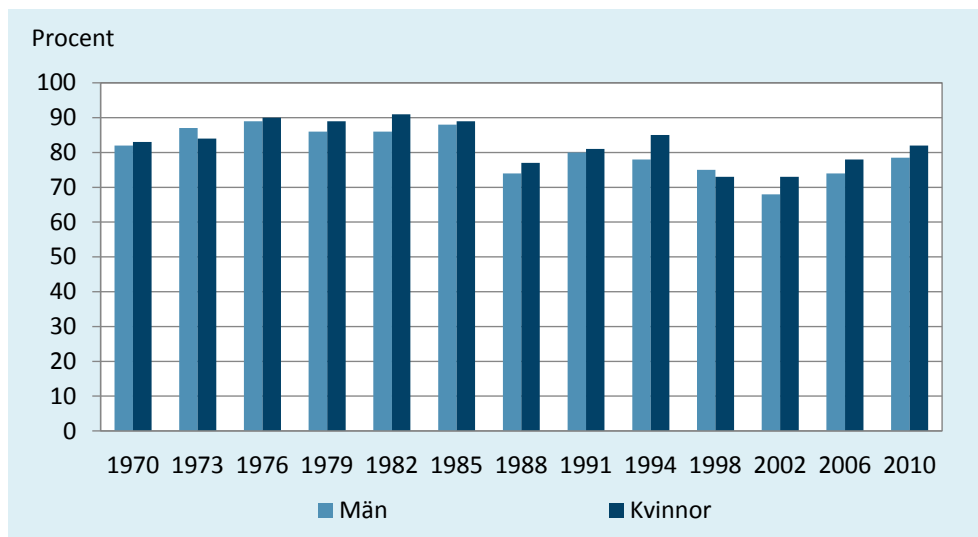


Källa: SCB.

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 det var under hela perioden under 1970-, 1980- och 1990-talet.

Figur 42. Valdeltagande i riksdagsval, förstagångsväljare, kön, 1970–2010

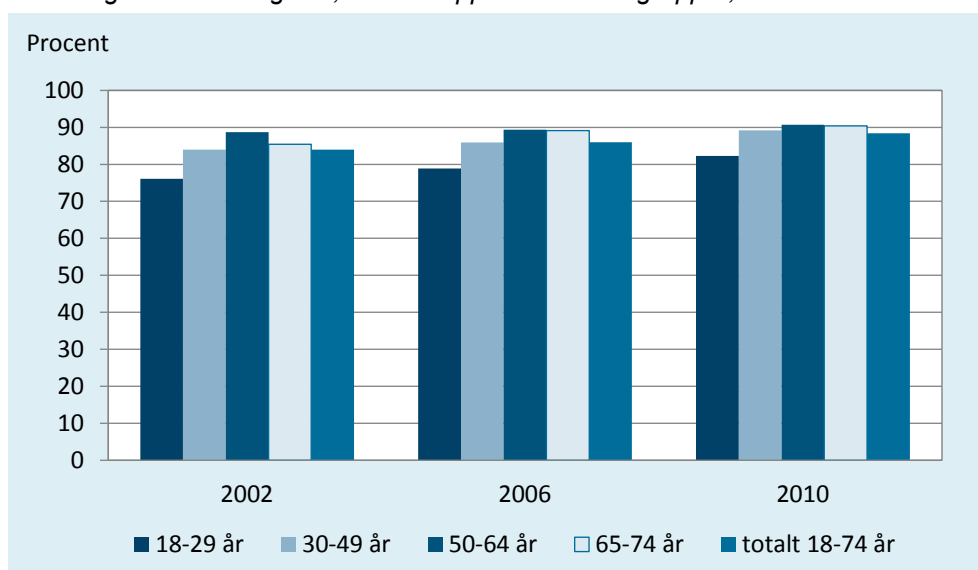
Valdeltagande i riksdagsval bland förstagångsväljare, män och kvinnor, 1970–2010.



Källa: SCB.

Valdeltagandet bland förstagångsväljare var lågt kring millennieskiftet men har sedan ökat. Fortfarande är dock valdeltagandet lägre än det var under valen mellan åren 1976 och 1985. Valdeltagandet var år 2010 högre bland kvinnor än bland män.

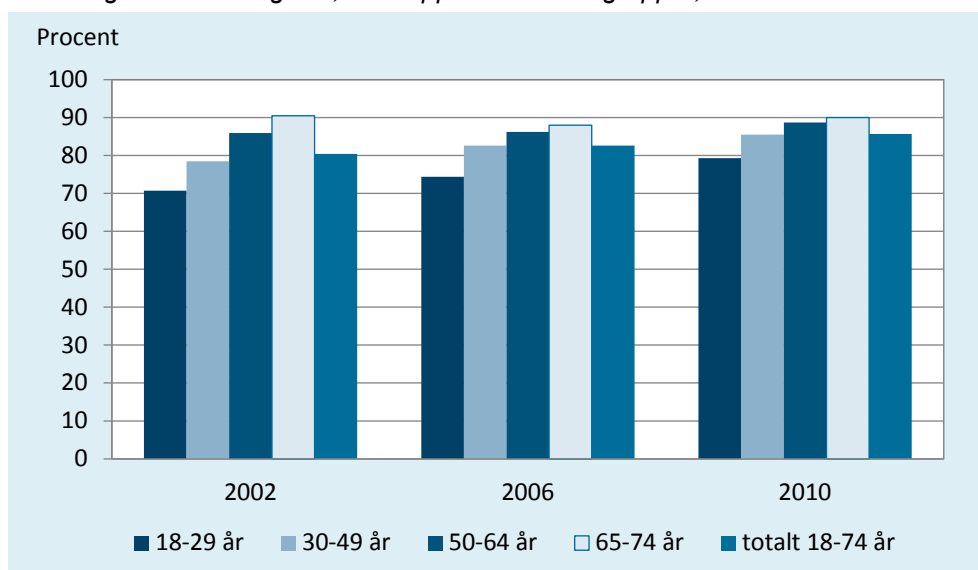
Figur 43. Valdeltagande i riksdagsval, kvinnor och åldersgrupper, 2002–2010
Valdeltagande i riksdagsval, kvinnor uppdelat i åldersgrupper, 2002–2010.



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.

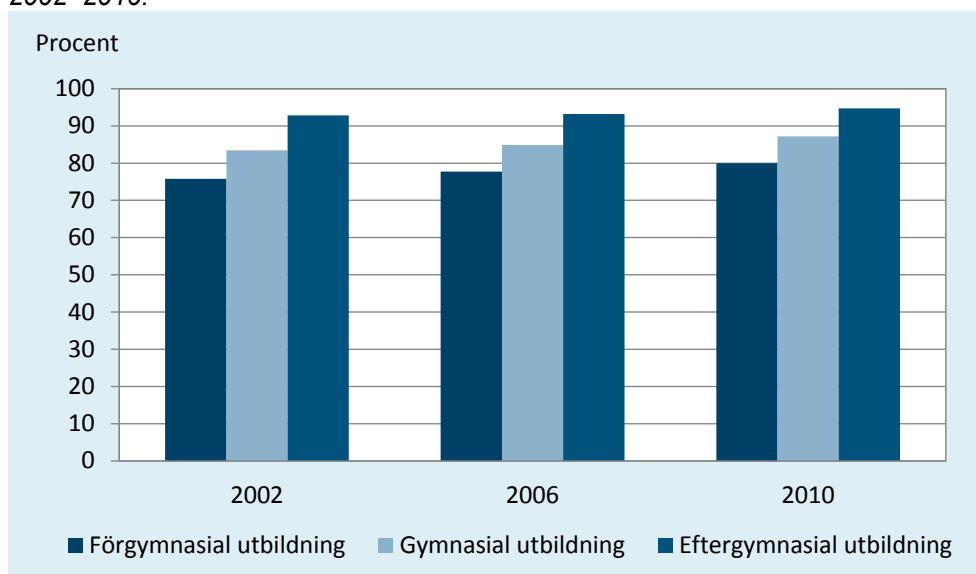
Figur 44. Valdeltagande i riksdagsval, män och åldersgrupper, 2002–2010
Valdeltagande i riksdagsval, män uppdelat i åldersgrupper, 2002–2010.



Källa: Valdeltagandeundersökningen, SCB.

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

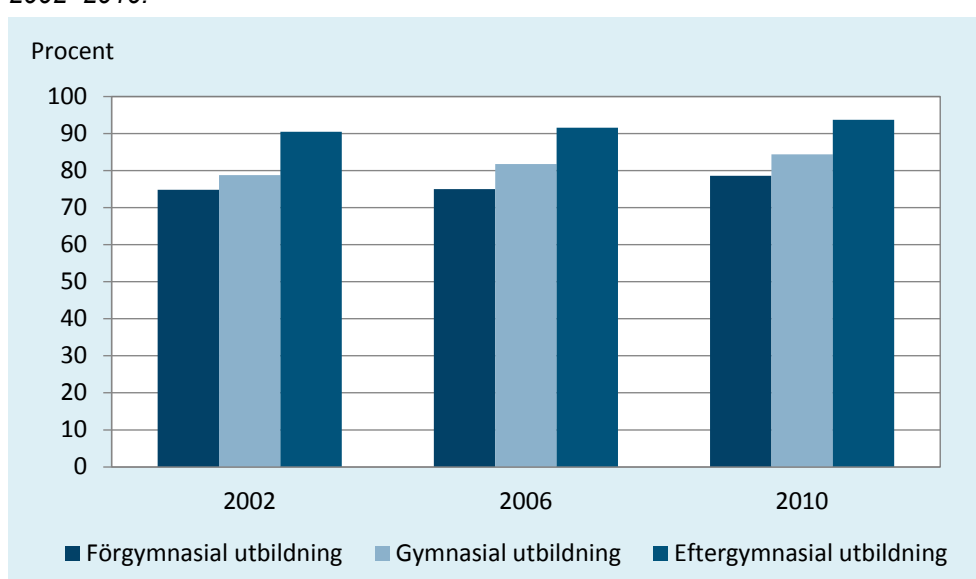
Figur 45. Valdeltagande i riksdagsval, kvinnor och utbildning, 2002–2010
 Valdeltagande i riksdagsval för kvinnor, 18–74 år, uppdelat på utbildningslängd, 2002–2010.



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.

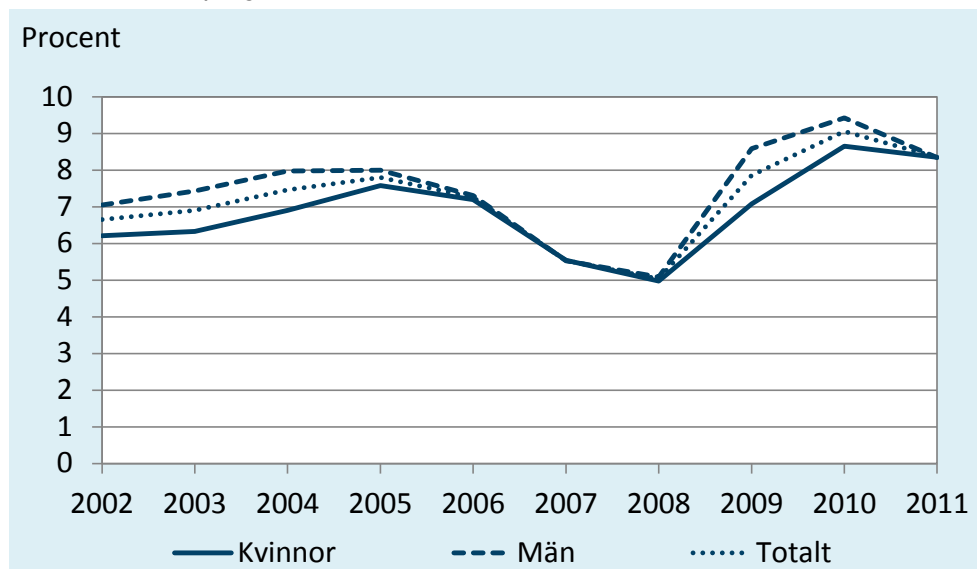
Arbetslöshet

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 alkohol-

relaterade 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, 2002–2011

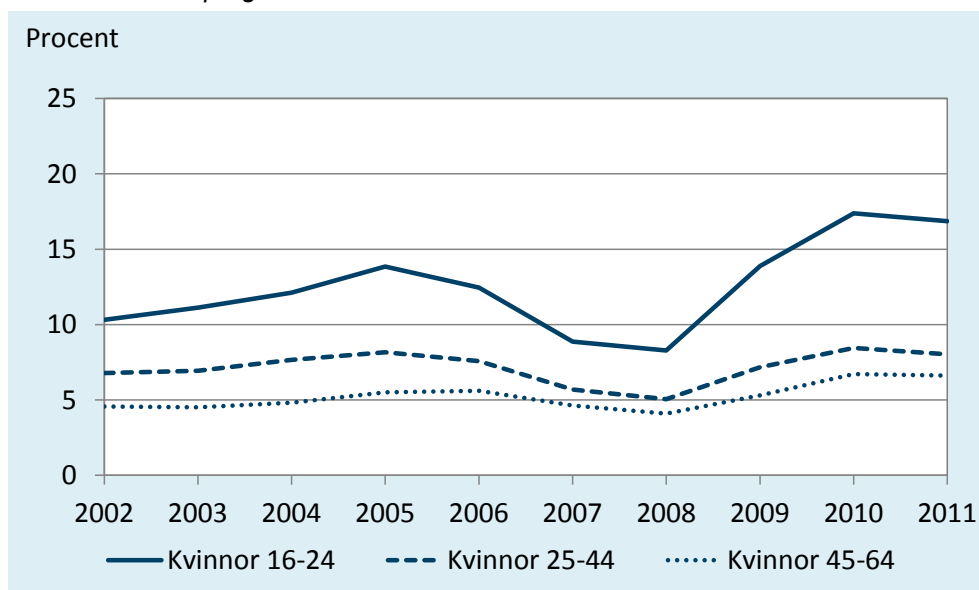
Andel arbetslösa bland kvinnor, män och samtliga i arbetskraften, 16–64 år, 2002–2011. Total arbetslöshet avses, dvs. summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.



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.

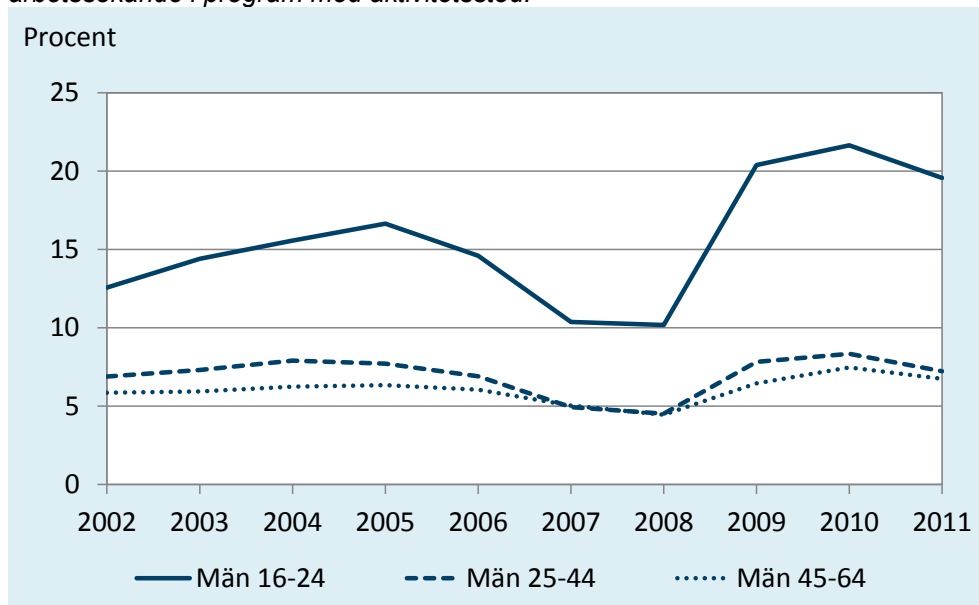
Arbetslösheten är känslig för konjunkturförändringar och har i allmänhet varit något högre bland män.

Figur 48. Arbetslöshet, kvinnor och åldersgrupper, 2002–2011
 Andel arbetslösa bland kvinnor i arbetskraften fördelad efter åldersgrupper, 2002–2011. Total arbetslöshet avses, dvs. 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, 2002–2011
 Andel arbetslösa bland män i arbetskraften fördelad efter åldersgrupper, 2002–2011. Total arbetslöshet avses, dvs. summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.

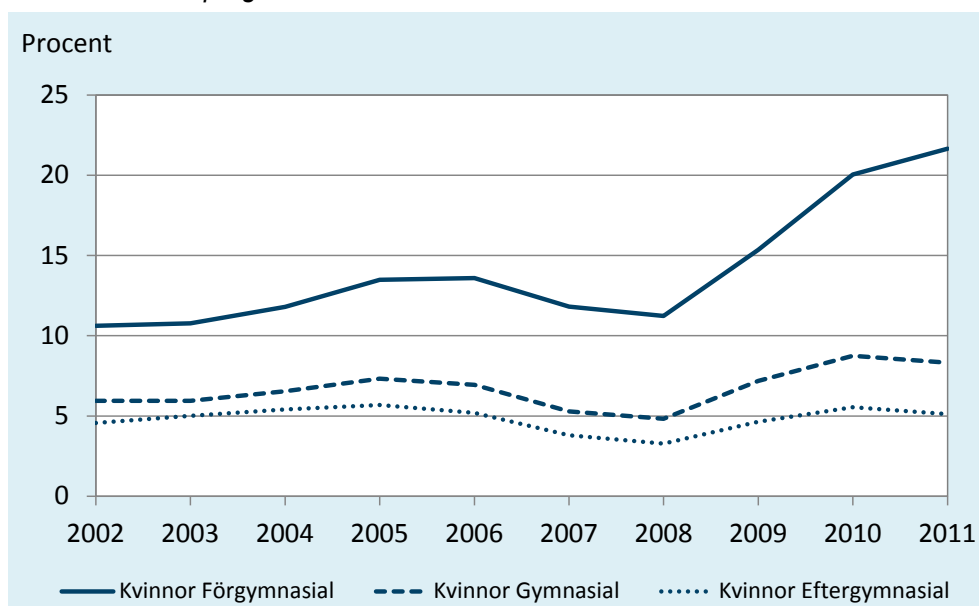


Källa: Arbetsförmedlingen (antal arbetslösa), SCB (antal förvärvsarbetande (i nattbefolkningen)) och egna beräkningar.
 Anmärkning: Se figur 47.

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

Figur 50. Arbetslöshet, kvinnor och utbildning, 2002–2011

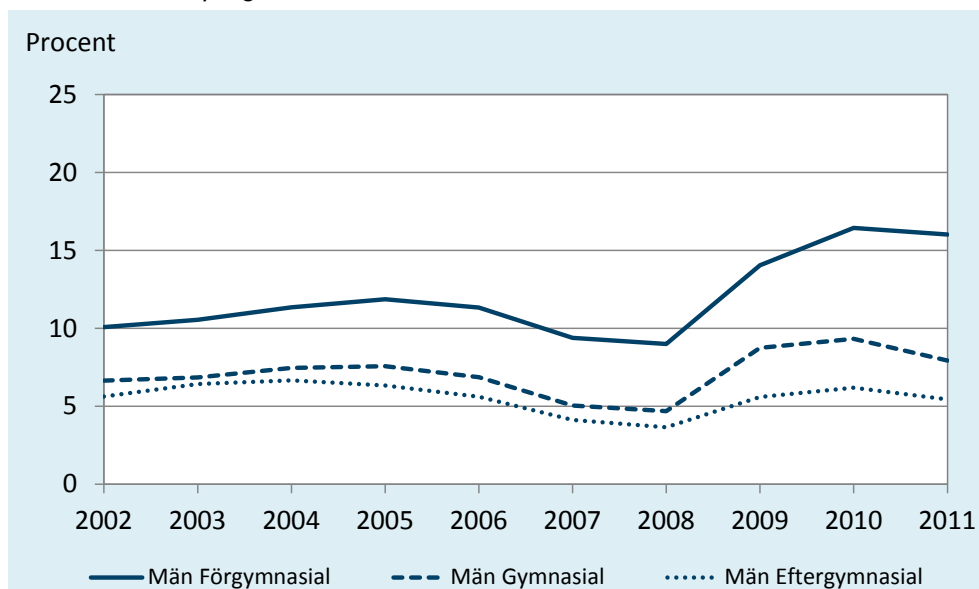
Andel arbetslösa bland kvinnor i arbetskraften, 16–64 år, fördelad efter utbildningslängd, 2002–2011. Total arbetslöshet avses, dvs. summan av öppet arbetslösa och arbetssökande i program med aktivitetsstöd.



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

Figur 51. Arbetslöshet, män och utbildning, 2002–2011

Andel arbetslösa bland män i arbetskraften, 16–64 år, fördelad efter utbildningslängd, 2002–2011. Total arbetslöshet avses, dvs. 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 de med förgymnasial utbildning.

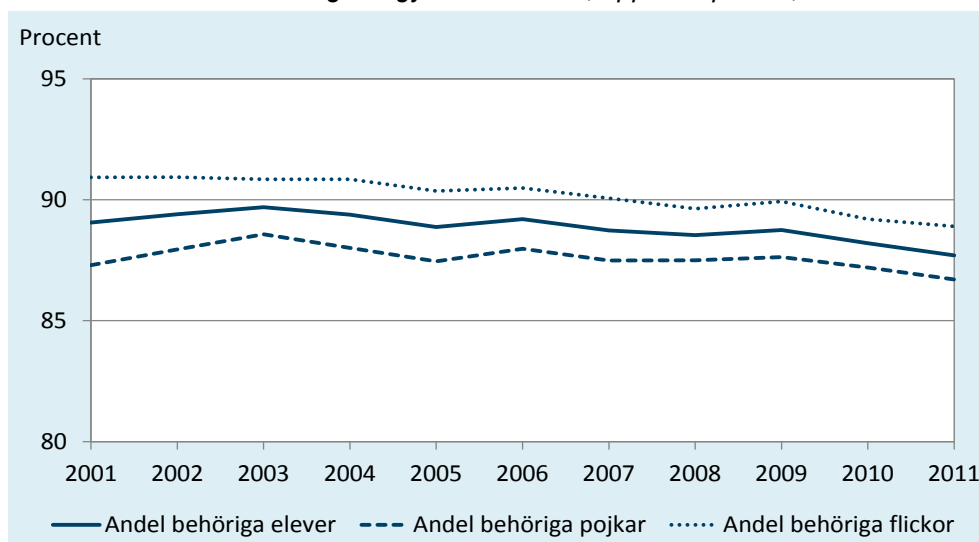
Behörighet till gymnasieskolan

Det finns ett starkt samband mellan utbildningslängd och hälsa. 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. Skillnaderna i medellivslängd är också betydande och ökar med 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 (Statistiska centralbyrån, 2003).¹

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 (Bremberg, 2003; Lundberg, 1998; Hammond, 2002; Lindbladh & Lyttkens, 2002, 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 8–10 gånger så vanligt bland dem med låga betyg som bland dem med medel/höga betyg (Socialstyrelsen, 2010b).

Figur 52. Behörighet till gymnasieskolan, flickor och pojkar, 2001–2011
Andel elever som är behöriga till gymnasieskolan, uppdelat på kön, 2001–2011.



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 år 2011 behörighet till gymnasieskolans yrkesförberedande program. I likhet med Skolverkets analyser görs jämförelserna mellan andelen behöriga till yrkesförberedande program år 2011 och andelarna behöriga till gymnasieskolans nationella program åren 2001–2010.

¹ Se även s. 13–14 och 22–24 ovan.

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

Andelen elever som uppnår behörighet till gymnasieskolan har minskat under hela 2000-talet. År 2011 var 87,7 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 2011 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

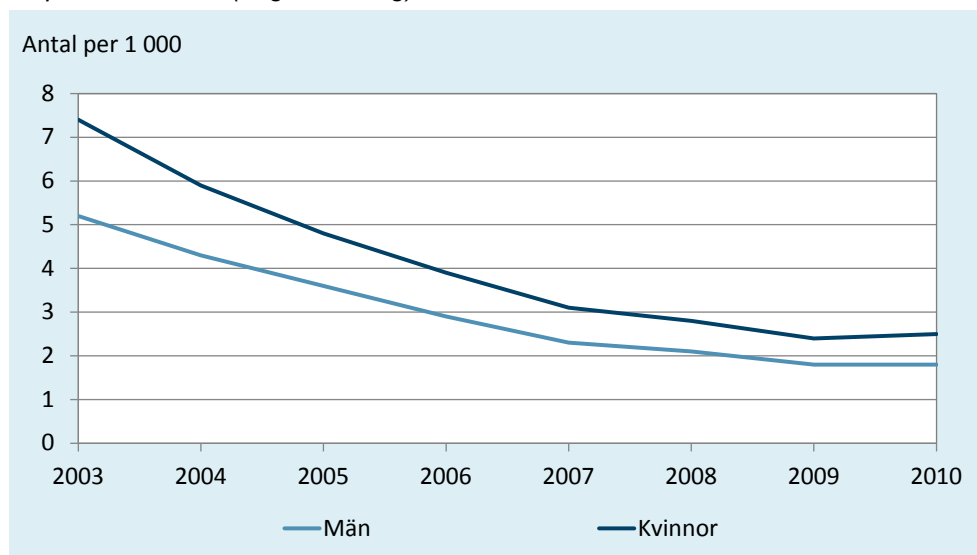
I Sverige dokumenterar och sammanställer Arbetsmiljöverket årligen statistik över antalet anmälda arbets-skador. Arbets-skador kan kategoriseras i följande tre grupper: arbetssjukdomar; arbetsolycksfall; och olyckor på väg till eller från arbetet. En arbetssjukdom är en arbets-skada som har orsakats av problem och besvär som ofta har pågått under en längre tid, till exempel psykisk påfrestning, 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, 2011).

För år 2010 anmäldes det 104 000 arbets-skador, varav 9 000 var arbetssjukdomar och resterande var olika typer av arbetsolyckor. Under år 2010 skedde 54 arbetsolyckor bland de förvärvsarbetande med dödlig utgång. Denna siffra utgjorde en ökning jämfört med föregående två år (Arbetsmiljöverket, 2011).

Arbetssjukdomar

Figur 53. Arbetssjukdomar, förvärvsarbetande i befolkningen, kön, 2003–2010

Antal anmälda arbetssjukdomar, män och kvinnor 20–64 år, 2003–2010. Statistiken avser antal anmälda arbetssjukdomar per 1000 av alla förvärvsarbetande män respektive kvinnor (dagbefolkning).

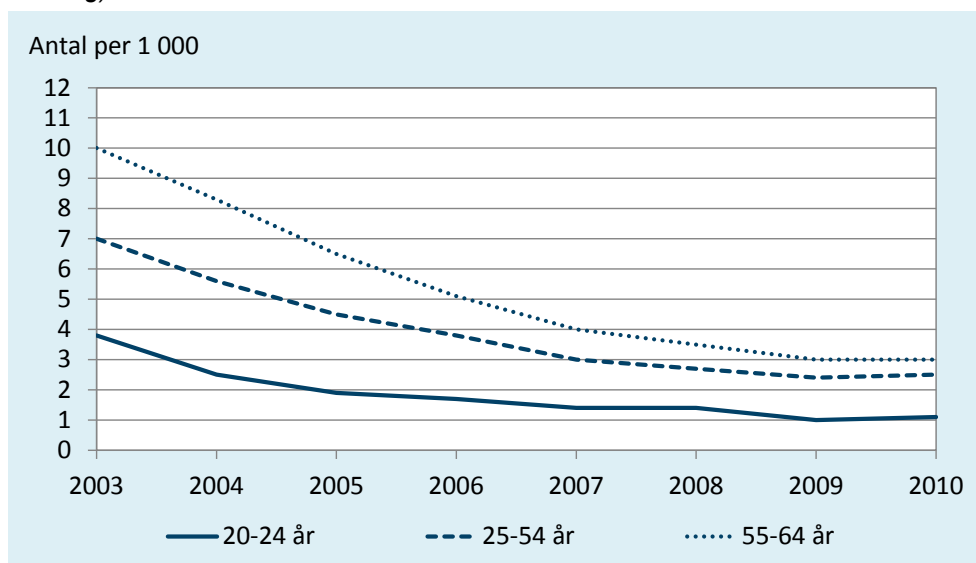


Källa: Arbetsmiljöverket.

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. Under år 2010 skedde en liten ökning av antalet anmälningar för kvinnor, men nivåerna för båda könen är fortfarande de lägsta som uppvisats sedan denna typ av mätningar infördes 1979. Som framgår av *figur 53* ligger antalet anmälningar för varje år högre bland kvinnor än män. Hälften av alla anmälda arbetssjukdomar 2010 hade sin grund i fysiska belastningar som ett resultat av t.ex. tunga lyft, felaktiga arbetsställningar eller alltför ensidigt arbete, och andelen är något högre bland män än bland kvinnor. Var fjärde anmälan har sin orsak i organisatoriska eller sociala faktorer, men för kvinnor står dessa orsaker för en tredjedel av anmälningarna. Bullerskador samt kemiska eller biologiska ämnen står för tillsammans ca 20 procent av anmälningarna (Arbetsmiljöverket, 2011).

Figur 54. Arbetssjukdomar, kvinnor och åldersgrupper, 2003–2010

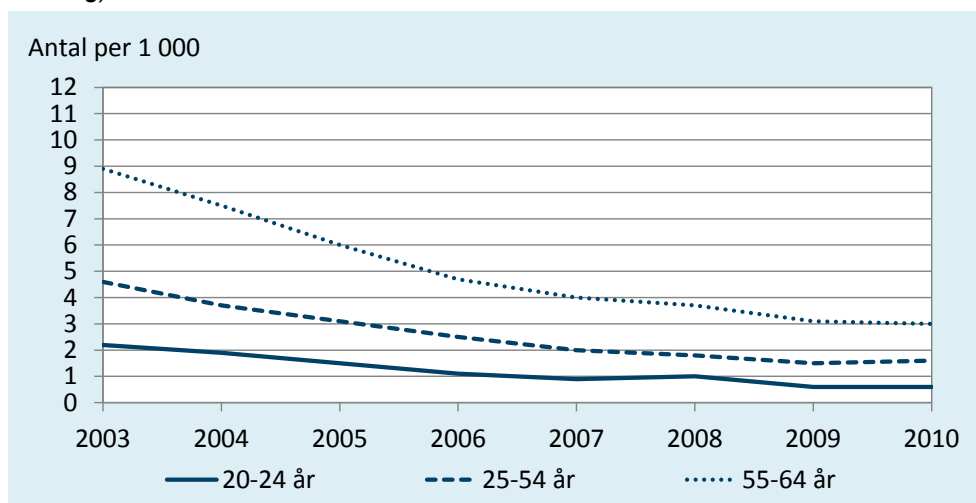
Antal anmälda arbetssjukdomar, kvinnor i åldersgrupper, 2003–2010. Statistiken avser antal anmälda arbetssjukdomar per 1000 av alla förvärvsarbetande (dagbefolkning).



Källa: Arbetsmiljöverket.

Figur 55. Arbetssjukdomar, män och åldersgrupper, 2003–2010

Antal anmälda arbetssjukdomar, män i åldersgrupper, 2003–2010. Statistiken avser antal anmälda arbetssjukdomar per 1000 av alla förvärvsarbetande (dagbefolkning).



Källa: Arbetsmiljöverket.

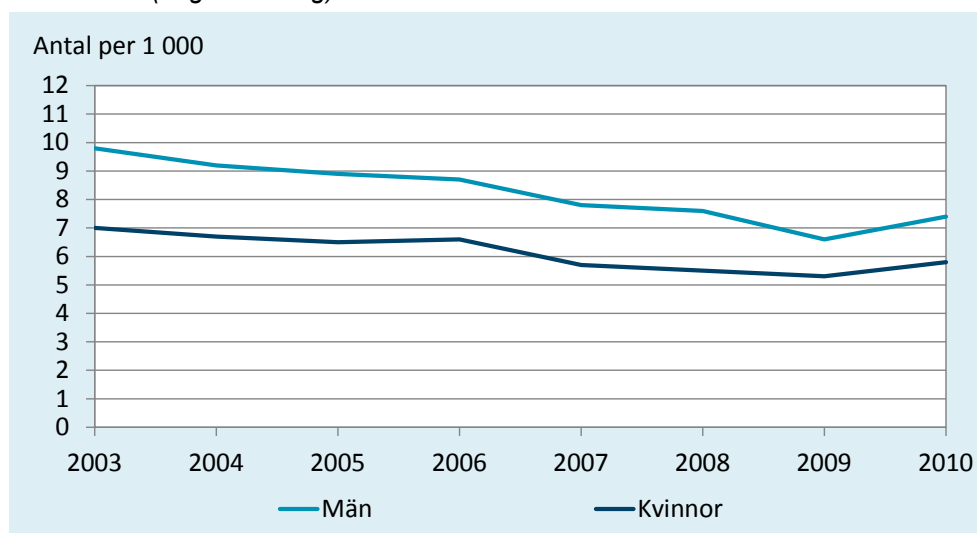
Antalet anmälda arbetssjukdomar är högst för åldersgruppen 55 år och uppåt och lägst för åldersgruppen 20–24 år. Mönstret har sett likadant ut sedan år 2003 och på samma sätt för både kvinnor och män, men där kvinnor genomgående står för ett större antal anmälningar än män. Den ålder som anges är åldern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

Minskningen av antalet anmälda arbetssjukdomar är svårtolkad. Man kan mer generellt anta att benägenheten att göra arbetsskadeanmälan har minskat, även om det under 2000-talet inte har gjorts någon större förändring i

fråga om regler för ersättning för arbetsskada, något som annars skulle kunna påverka. Arbetsmiljöverkets (2010a) bedömning är att minskningen av arbetsskadeanmälningarna sannolikt till en del kan förklaras av olika förbättringar av arbetsmiljön. Bedömningen erhåller visst stöd i Arbetsmiljöverkets undersökning om Arbetsorsakade besvär, som genomförs genom intervjuer vartannat år av SCB (Arbetsmiljöverket, 2010b). Där framgår att andelen med arbetsorsakade besvär har minskat från år 2003 till år 2010. Andelen personer bland den sysselsatta befolkningen som uppgav att de hade besvär uppgick år 2003 till 32 procent för kvinnor och 25 procent för män. Motsvarande siffra år 2010 var 23 procent för kvinnor och 17 procent för män.

Arbetsolyckor

Figur 56. Arbetsolyckor, förvärvsarbetande i befolkningen, kön, 2003–2010
 Antal anmälda arbetsolyckor, män och kvinnor 20–64 år, 2003–2010. Statistiken avser antal anmälda arbetsolyckor per 1000 av alla förvärvsarbetande män respektive kvinnor (dagbefolkning).

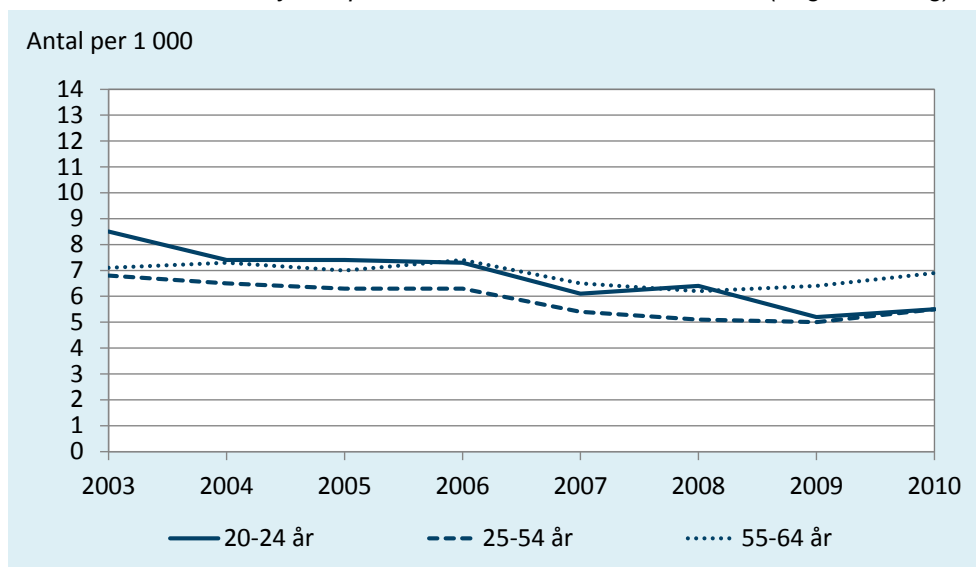


Källa: Arbetsmiljöverket.

Antalet anmälda arbetsolyckor har minskat för varje år mellan 2003 och 2009 för både män och kvinnor, med undantag av år 2006 för kvinnor då det skedde en liten ökning jämfört med föregående år. Under år 2010 skedde en liten ökning, men siffrorna på 7,4 för män och 5,8 för kvinnor (per 1 000 invånare) är fortfarande lägre än de var 2003.

Figur 57. Arbetsolyckor, kvinnor och åldersgrupper, 2003–2010

Antal anmälda arbetsolyckor, kvinnor i åldersgrupper, 2003–2010. Statistiken avser antal anmälda arbetsolyckor per 1000 av alla förvärvsarbetande (dagbefolkning).

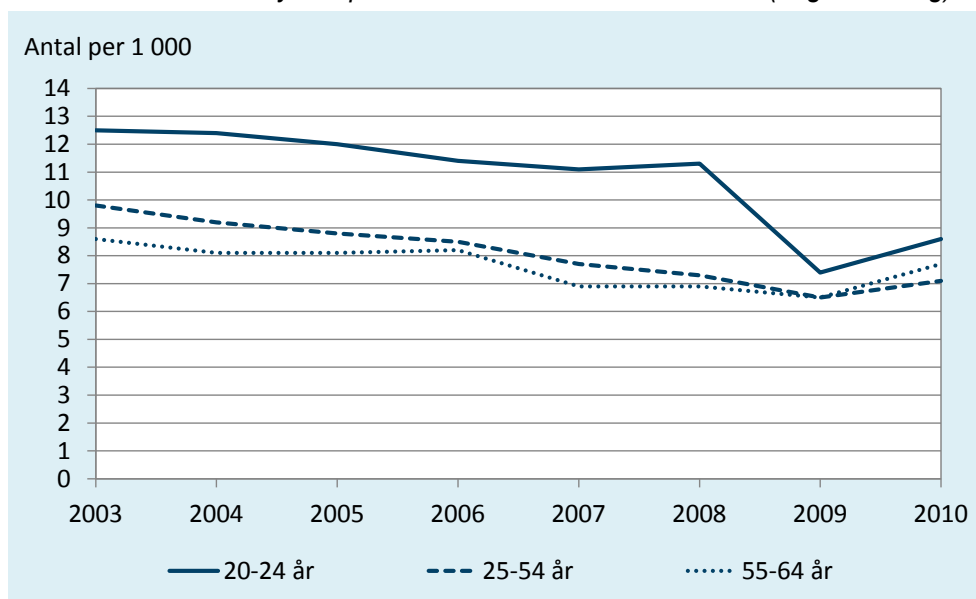


Källa: Arbetsmiljöverket.

Mönstret för arbetsolyckor i olika åldersgrupper skiljer sig åt för kvinnor respektive 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 2006 och framåt har det varit flest anmälda arbetsolyckor bland kvinnor i åldern 54 år eller äldre. År 2010 anmäldes det 6,9 arbetsolyckor per 1 000 invånare i den åldersgruppen, och 5,5 i gruppen 20–24 år. Åldersgruppen 25–54 år har varje år haft lägst antal anmälningar, men 2010 var siffran 5,5 även i denna åldersgrupp.

Figur 58. Arbetsolyckor, män och åldersgrupper, 2003–2010

Antal anmälda arbetsolyckor, män i åldersgrupper, 2003–2010. Statistiken avser antal anmälda arbetsolyckor per 1000 av alla förvärvsarbetande (dagbefolkning).



Källa: Arbetsmiljöverket.

Bland männen är det den yngsta åldersgruppen, 20–24 år, som har det högsta antalet anmälda arbetsolyckor under hela mätperioden 2003–2010. 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. Till skillnad från kvinnorna har det mellan 2003 och 2008 varit lägst antal anmälda arbetsolyckor bland de äldre männen, 54 år och uppåt. Under 2010 ändrades mönstret något och det var då i stället gruppen 25–54 år som hade lägst antal anmälda arbetsolyckor, 7,1 per 1 000 av de förvärvsarbetande. För den yngsta åldersgruppen, 20–24 år, var siffran 8,6 och för dem i åldern 54 år och uppåt var motsvarande siffra 8.

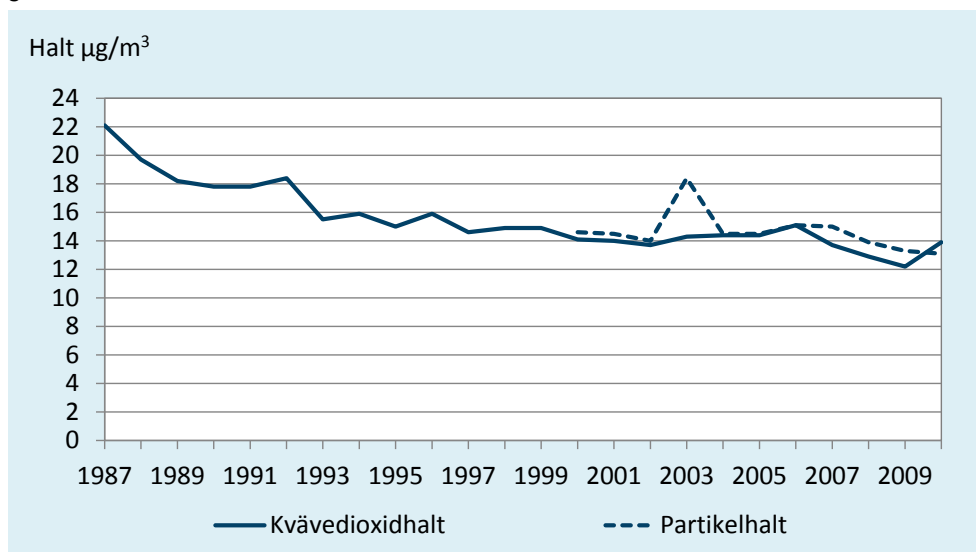
Det finns också tydliga skillnader mellan yrken när det gäller antal anmälda arbetsolyckor. SCB genomför regelbundet Arbetskraftsundersökningarna (AKU), där man med hjälp av ett slumpmässigt urval av Sveriges befolkning, 15–74 år, samlar information om utvecklingen på arbetsmarknaden (Arbetsmiljöverket, 2011). Genom att i undersökningen ta fram uppgifter om antal anställda i olika yrken är det också möjligt att redovisa de yrken som har flest anmälda olycksfall i relation till antalet sysselsatta. Statistiken för år 2010 visar att det för både kvinnor och män förekommer flest arbetsolycksfall i yrken inom industrin; maskinoperatörer, transport- och maskinförararbete samt lager- och transportassistenter är de yrken med flest arbetsskadeolycksfall för kvinnor, medan processoperatörer inom trä- och pappersindustri respektive inom maskinmekanik och maskinreparatörer är de yrken där flest anmälda arbetsolycksfall förekommer bland män.

Luftföroreningar (kvävedioxid och partiklar i luft)

Hypotesen att luftföroreningar har allvarliga hälsoeffekter även i måttliga halter har underbyggts på senare tid. Enligt Socialstyrelsens beräkningar orsakar luftföroreningar ca 3 000 förtida dödsfall per år räknat som långtidseffekter och 200–300 lungcancerfall per år beror på luftföroreningar. Kvävedioxid och partiklar kan orsaka förtida död, sjukdomar och besvär (hjärta, kärl och luftvägar) (Socialstyrelsen & IMM, 2009). Vetenskapen har påvisat sambandet mellan höga kvävedioxidhalter och negativa hälsoeffekter (Forsberg & Sjöberg, 2005). Studier på djur och människor tyder på att kvävedioxid i sig är en skadlig förorening för hälsan men även är en markör för andra föroreningar från förbränning (World Health Organization [WHO], 2006). Evidensen är också entydig vad gäller höga partikelhalters negativa inverkan på människors hälsa (WHO, 2006; Forsberg et al., 2005).

Figur 59. Kvävedioxid och partiklar (PM₁₀) i luft, 1987–2010

Halt av kvävedioxid respektive partiklar (PM₁₀) i luft som årsmedelvärde i bakgrundsluft i en svensk medeltätort, 1987–2010.



Källa: Miljömålsportalen, Naturvårdsverket.

Trenden med förbättrad luft i tätorterna de senaste årtiondena har avtagit och det går just nu inte att se någon tydlig utvecklingsriktning. Sedan slutet av 1980-talet har utsläppen av kvävedioxid i Sverige minskat avsevärt och därmed även befolkningens exponering. De senaste åren har nivån stabiliserats vid 13–16 µg/m³ i stadsmiljö, men på vissa gator eller i tunnlar kan halterna bli betydligt högre. Sedan grova partiklar (PM₁₀) började mätas under 1990-talet syns ingen minskning.

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®])

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) är en metod som används av hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet bland patienter. God evidens finns för att använda metoder för att främja fysisk aktivitet (SBU, 2007). Svenska studier visar att metoden FaR[®] ger ökad fysisk aktivitet (Kallings et al., 2009; Kallings, Leijon, Hellenius, & Stahle, 2008; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Festin, & Stahle, 2009) hos ca 50 procent av patienterna som fått ett recept (Kallings, 2008; Kallings et al., 2008; Kallings et al., 2009; Leijon et al., 2009).

I *tabell 9* redovisas en sammanställning av antalet FaR[®] uppdelat på landsting och regioner. Förskrivningen av FaR[®] förefaller att öka i landet.

Tabell 9. Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) i Sverige 2004–2010
 Sammanställning över antalet förskrivna FaR[®] per landsting/region i Sverige 2004–2010.

Landsting/region	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Blekinge				403			674
Dalarna							1 041
Gotland				80	96	180	514
Gävleborg				1 000	1 257	2 112	4 091
Halland				1 276	1 654	1 209	1 939
Jämtland		69	109	140	260	380	1 496
Jönköping				450	1 377	1 561	900
Kalmar				320	800	900	1 136
Kronoberg					299	1 317	1 669
Norrbottnen				179	203	501	579
Skåne					512	4 000	7 300
Stockholm				1 000	3 741	5 130	7 021
Sörmland				458			930
Uppsala				589	1 100	1 000	1 150
Värmland			828	703	1 295	1 930	2 470
Västerbotten							1 100
Västernorrland				1 000	1 518	1 000	1 200
Västmanland				100			608
Västra Götaland	110	940	1 767	5 195	10 000	11 000	6 799
Örebro	129	1 092	890	735	885	1 300	3 024
Östergötland	3 344	2 956		3 033	2 895	2 882	3 477
Summa per år	3 583	5 057	3 594	16 661	27 892	36 402	49 118

Källa: Statens folkhälsoinstitut (2011a). 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. Ett problem är att distriktet inte stämmer helt geografiskt överens med landstingen och regionerna. För år 2010 och som komplettering för övriga år 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.

Antibiotikaresistens (MRSA)²

Antibiotikaresistens bedöms av den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC som ett av de främsta hoten mot folkhälsan i Europa, tillsammans med hälso- och sjukvårdsrelaterade infektioner, sjukdomar som kan förebyggas med vaccin, infektioner i luftvägarna, och hiv-infektion (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2010).

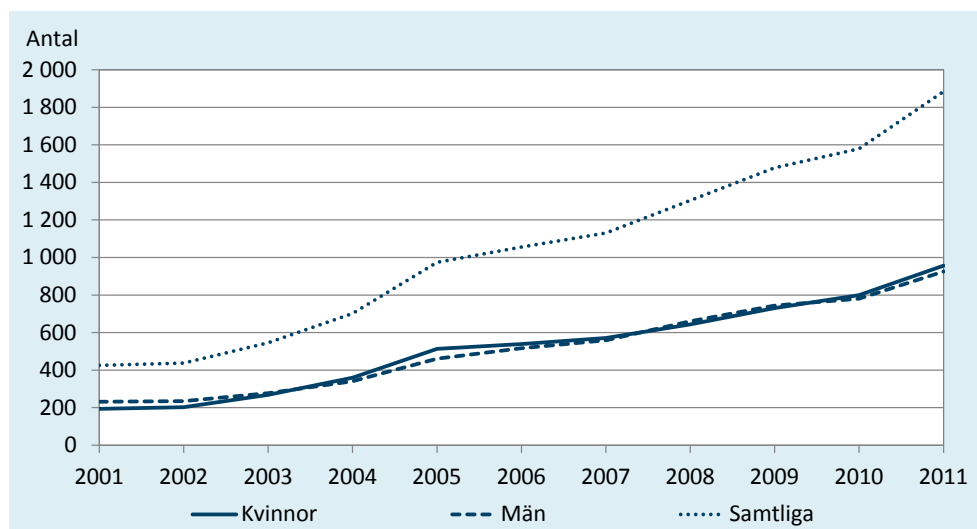
Antibiotikaresistens bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet i bakteriella infektioner. Om infektionen är lindrig kan antibiotikaresistens fördröja läkningen. Vid en allvarigare infektion, som blodförgiftning eller hjärninflammation, kan dödligheten öka (Ekdahl & Giesecke, 2003; Melander & Cars, 2007; 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 & Cars, 2007). Antibiotikaresistens leder också till komplikationer

² MeticillinResistentia Staphylococcus Aureus (meticillinresistenta gula stafylokocker).

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

Utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier i Sverige har tilltagit alltmer under de senaste åren (Smittskyddsinstitutet, 2011). Av de anmälningspliktiga antibiotikaresistenta smittämnen har MRSA valts som indikator för rapporteringen.³ MRSA är ett av de största vårdhygieniska problemen i världen, och antalet rapporterade fall i Sverige ökar stadigt. Spridningen av MRSA har dessutom förändrats och sker nu framförallt ute i samhället.

Figur 60. Antibiotikaresistens (MRSA), kön och befolkning, 2001–2011
Antal anmälda fall av MRSA bland kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 2001–2011.

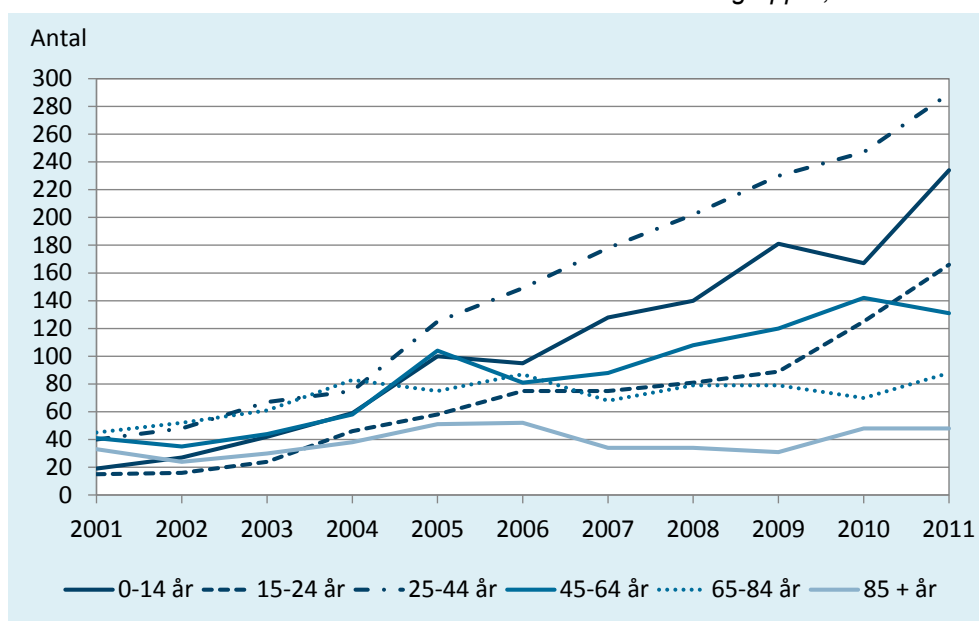


Källa: Smittskyddsinstitutet, 2012-02-08. Anmärkning: I MRSA-statistiken från Smittskyddsinstitutet förekommer ett antal fall som benämns "Uppgiften okänd", vilket kan ses vid några enstaka fall åren 2001, 2004, 2009 och 2011. Dessa fall är få och bedöms inte påverka föreliggande redovisning av MRSA-statistik perioden 2001–2011.

Antalet fall av MRSA i befolkningen har ökat från 425 år 2001 till 1884 år 2011, med andra ord mer än fyrdubblats. Ökningen beror förmodligen på en kombination av en reell ökning och av att antalet provtagningar med frågeställning MRSA har ökat i takt med att lokala och regionala vårdprogram införts och att man då upptäckt ”dolda” asymtomatiska bärare (Smittskyddsinstitutet, 2011).

³ Se Statens folkhälsoinstitut (2011b, s. 18, 33) för en diskussion om val av indikator.

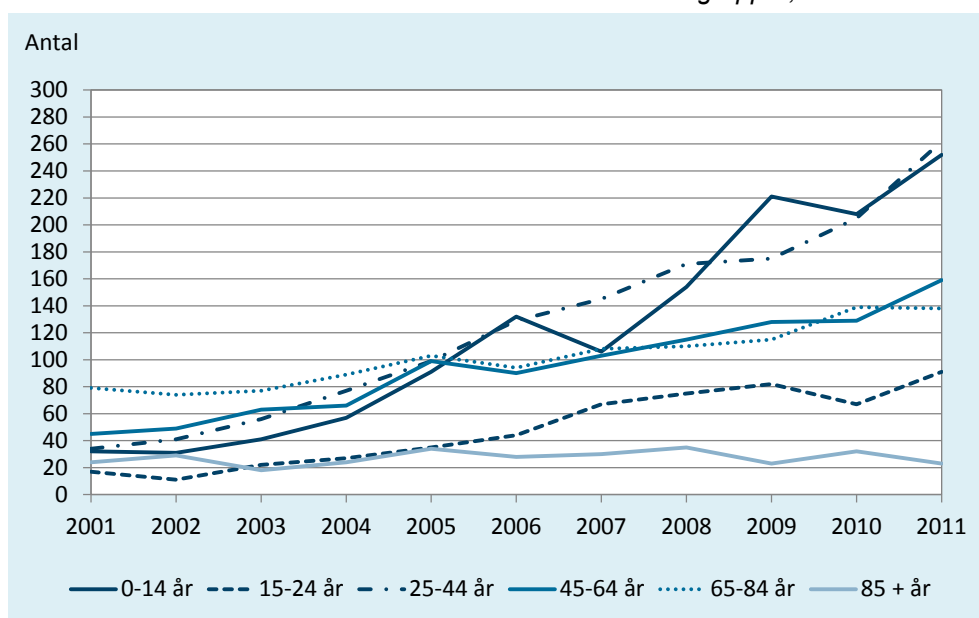
Figur 61. Antibiotikaresistens (MRSA), kvinnor och åldersgrupper, 2001–2011
 Antal anmälda MRSA-fall bland kvinnor fördelade efter åldersgrupper, 2001–2011.



Källa: Smittskyddsinstitutet, 2012-02-08.

Bland kvinnor har antalet fall av MRSA ökat i alla åldersgrupper perioden 2001–2011. 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. Antibiotikaresistens (MRSA), män och åldersgrupper, 2001–2011
 Antal anmälda MRSA-fall bland män fördelade efter åldersgrupper, 2001–2011.



Källa: Smittskyddsinstitutet, 2012-02-08.

Bland män har antalet fall av MRSA ökat i alla åldersgrupper utom en under perioden 2001–2011. Främst ses ökningen bland 0–14-åringar och 25–44-åringar. I åldersgruppen 85 år och äldre har ingen ökning skett.

En förändring i smittvägar är att de flesta inhemska fallen de senaste fem åren har smittats ute i samhället, och att andelen samhällsförvärvade infektioner ökar. Smitta inom äldreomsorg och öppenvård ökar också något. Under år 2010 upptäcktes ett fåtal begränsade MRSA-utbrott inom sjukvården och inom annan vård/omsorg (Smittskyddsinstitutet, 2011).

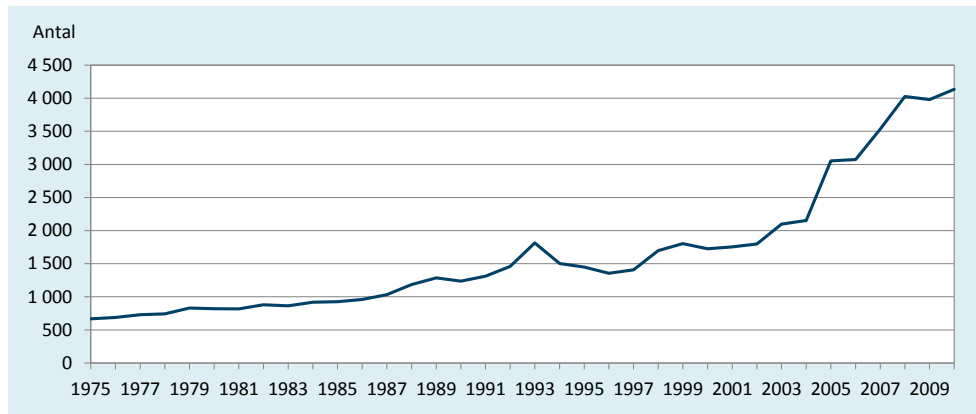
Våldtäkter

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. Ofta leder våld i nära relationer till ohälsa, som exempelvis psykisk ohälsa, kroniska smärtor men också självmordsförsök (Socialstyrelsen, 2005, 2006; Sutherland, Bybee, & Sullivan, 1998). 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-/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 bland barn som inte har utsatts för övergrepp (Forsberg, 2005; Lewin, Fugl-Meyer, Helmius, Lalos, & Månsson, 1998; Spak, Allebeck, Spak, & Thundal, 2001).

Figur 63. Våldtäkter, personer 15 år och äldre, 1975–2010

Antal polisanmälda våldtäkter mot personer 15 år eller äldre, 1975–2010.



Källa: Brottsförebyggande rådet. 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.

Under år 2011 anmäldes 16 900 sexualbrott. Hälften av brotten klassas som sexuellt ofredande eller blottning. Våldtäkt och försök till våldtäkt står för 40 procent av alla anmälda sexualbrott (6 509 anmälningar). Trenden visar att antalet anmälda sexualbrott har ökat konstant under flera år, och polisanmälningarna för våldtäkt har som *figur 63* visar mer än fördubblats under det senaste decenniet, från 1 726 år 2000 till 4 134 år 2010. Detta beror troligtvis på en kombination av ökad brottslighet och ökad anmälningsbenägenhet (Brottsförebyggande rådet, 2008, 2012). 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.

Under år 2011 ökade anmälningarna av våldtäkt med 11 procent, jämfört med året innan. Sexuellt tvång, utnyttjande med mera ökade med 9 procent. Sexuellt ofredande minskade något till cirka 7 660 anmälda brott (Brottsförebyggande rådet, 2012).

Totalt anmäldes 3 000 våldtäkter mot barn i åldern 0–17 år. I 9 procent av våldtäkterna var offren pojkar. Bland de vuxna offren var 96 procent kvinnor och 4 procent män. I en tredjedel av alla anmälda våldtäkter är offret barn under 15 år. Av dem som misstänks för sexualbrott är majoriteten män, bara omkring två procent är kvinnor (Brottsförebyggande rådet, 2012).

Orsaker till den generella ökningen av brottslighet och sexualbrotten kan vara ungdomars förändrade attityder, ökad alkoholkonsumtion och exploateringen av sexuella kontakter på nätet (Brottsförebyggande rådet, 2012; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2009).

Endast 10–20 procent av alla sexualbrott polisanmäls. Den 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, 2012).

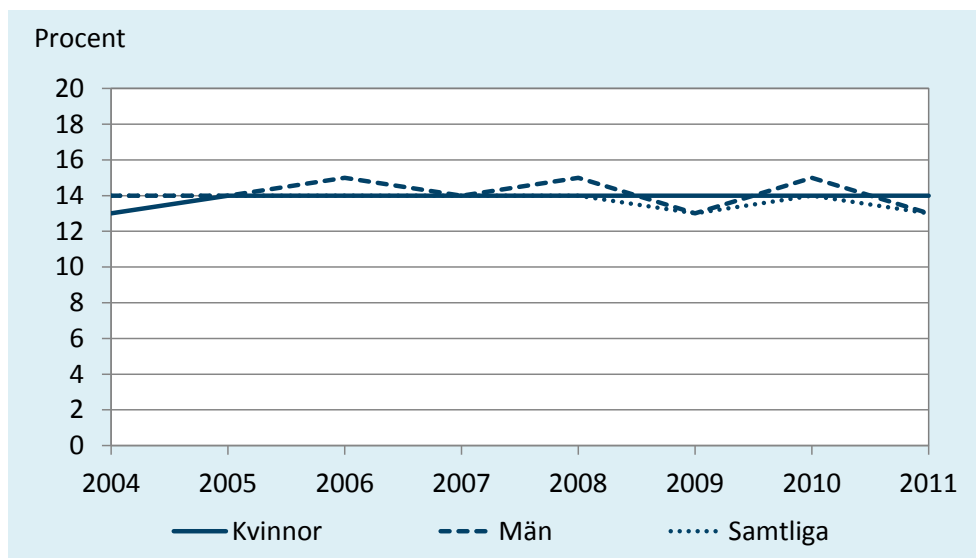
Nordiska studier visar att sexuella övergrepp är sammanlänkade med socioekonomisk utsatthet (Edgardh & Ormstad, 2000; Priebe et al., 2010; Priebe & Svedin, 2009). Ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn lever oftast inte med båda föräldrarna, har föräldrar med lägre inkomst, har lägre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

Stillasittande fritid

En stillasittande fritid innebär att man ägnar sig åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden och promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än två timmar i veckan. Fysisk aktivitet på fritiden är viktig då våra arbeten blir allt mer stillasittande med få inslag av fysisk aktivitet. Oavsett ålder ger en stillasittande fritid negativa effekter. Det finns en ökad risk att drabbas av bröstcancer, prostatacancer (Thune, 2008), hjärt- och kärlsjukdomar, osteoporos, Parkinsons sjukdom, diabetes (Zanesco & Antunes, 2007), kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) (Donesky-Cuenco, Janson, Neuhaus, Neilands, & Carrieri-Kohlman, 2007), demens (Berchtold, 2008) och depression (Teychenne, Ball, & Salmon, 2008).

Figur 64. Stillasittande fritid, kön och befolkning, 2004–2011

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2011.

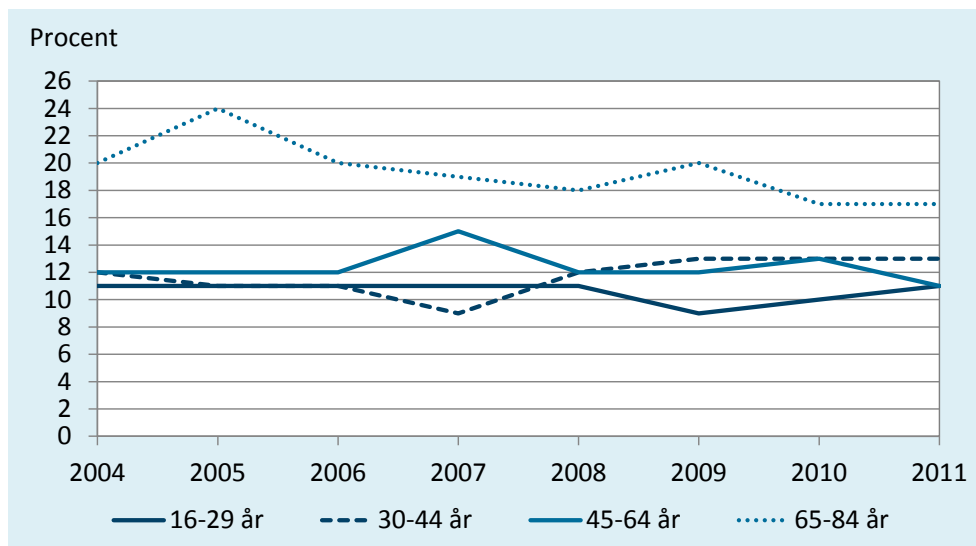


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det har inte skett några förändringar bland kvinnor, män och dem i befolkningen som rapporterade att de hade en stillasittande fritid perioden 2004–2011.

Figur 65. Stillasittande fritid, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2011.

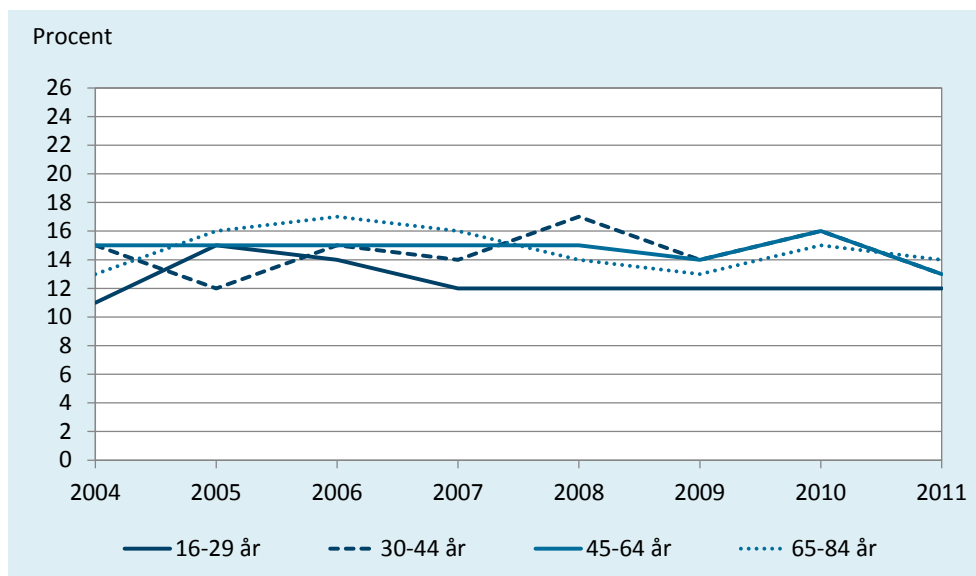


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att kvinnor i ålder 65–84 år rapporterade en stillasittande fritid perioden 2004–2011 och ingen ändring har skett under perioden. Det finns ingen signifikant skillnad mellan de övriga åldersgrupperna.

Figur 66. Stillasittande fritid, män och åldersgrupper, 2004–2011

Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2011.

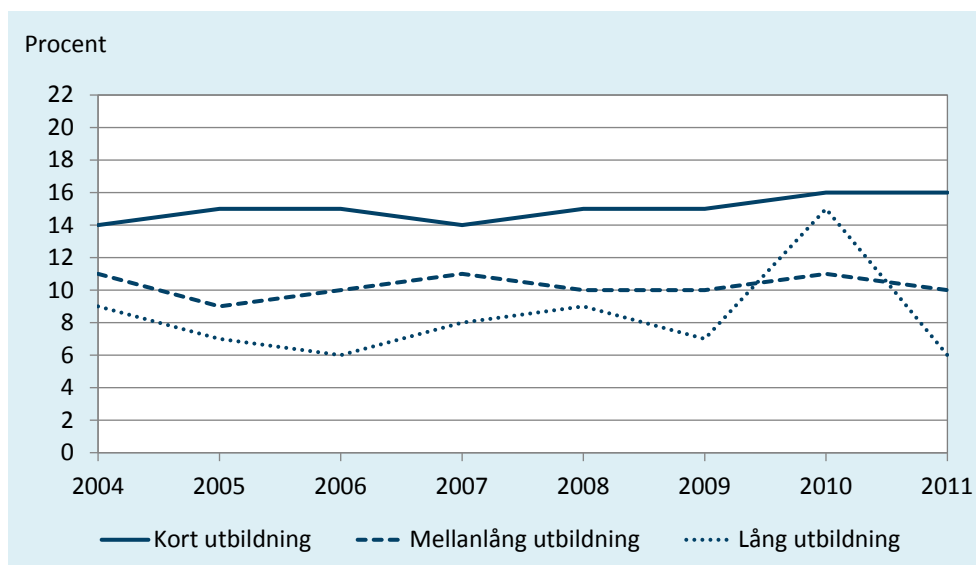


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det finns inga signifikanta skillnader bland män i olika åldersgrupper som rapporterade en stillasittande fritid perioden 2004–2011.

Figur 67. Stillasittande fritid, kvinnor och utbildning, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2011.

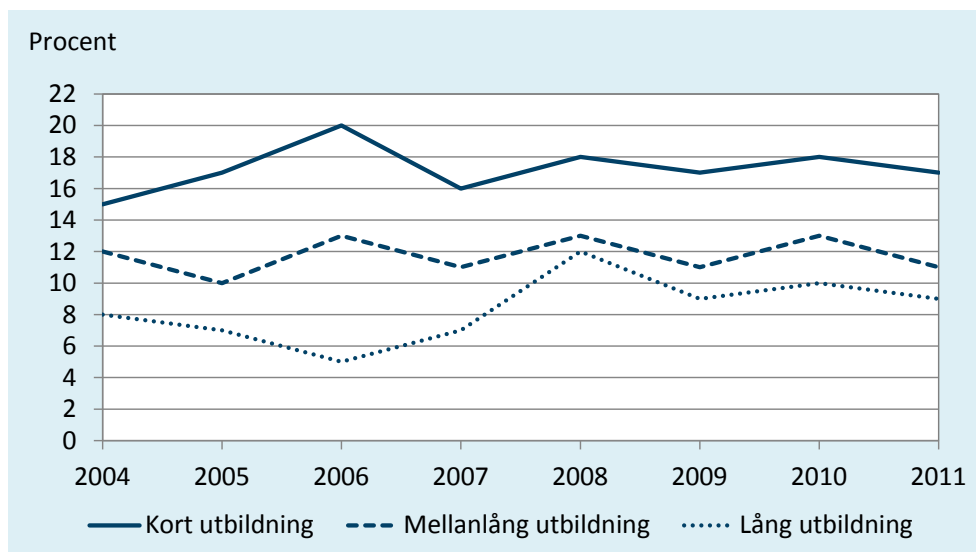


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att rapportera en stillasittande fritid bland kvinnor med kort utbildning jämfört med kvinnor med lång utbildning och skillnaden har bestått sedan 2004. När det gäller lång utbildning och år 2010 kan denna bortses ifrån då data är alltför osäker.

Figur 68. Stillasittande fritid, män och utbildning, 2004–2011

Andel män, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade en stillasittande fritid 2004–2011.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att rapportera en stillasittande fritid bland män med kort utbildning jämfört med män med lång utbildning och skillnaden har bestått sedan 2004.

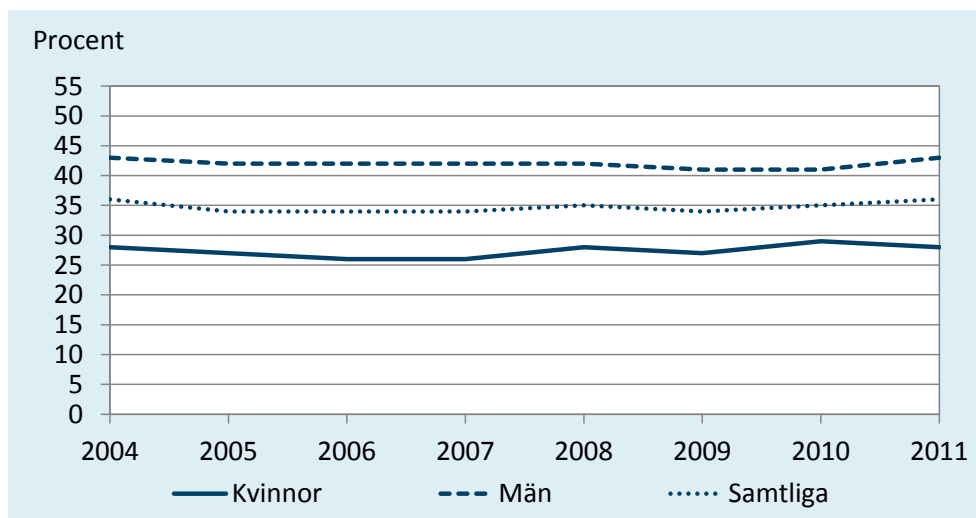
Övervikt och fetma

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 starkt samband mellan övervikt och ett antal cancerformer som t.ex. postmenopausal bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer (AICR: World Cancer Research Fund, 2007). Andra samband finns mellan övervikt och ökad risk för högt blodtryck, förhöjda blodfetter och typ 2-diabetes (WHO, 2002).

Övervikt

Figur 69. Övervikt, kön och befolkning, 2004–2011

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade ett BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2011.

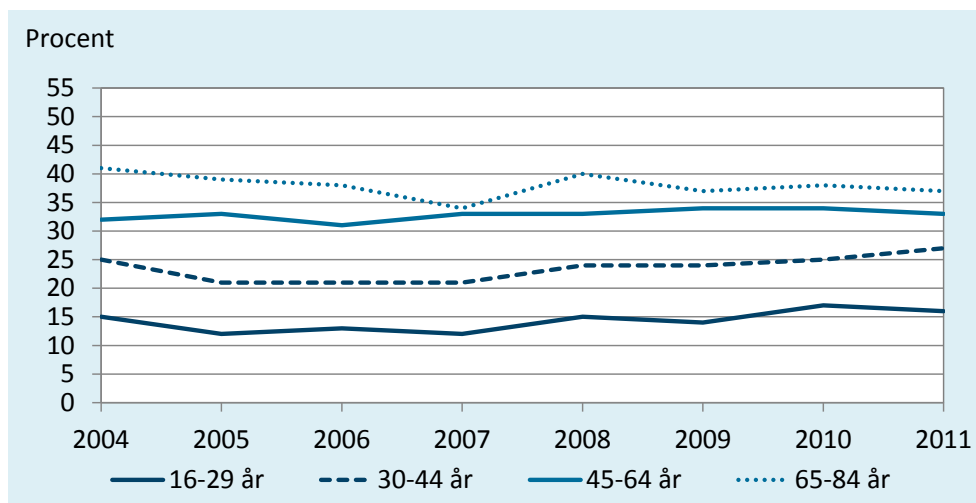


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare bland män att rapportera ett BMI 25,0–29,9, som motsvarar övervikt, perioden 2004–2011. Ingen förändring kan ses bland kvinnor, män eller i befolkningen under perioden.

Figur 70. Övervikt, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade ett BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2011.

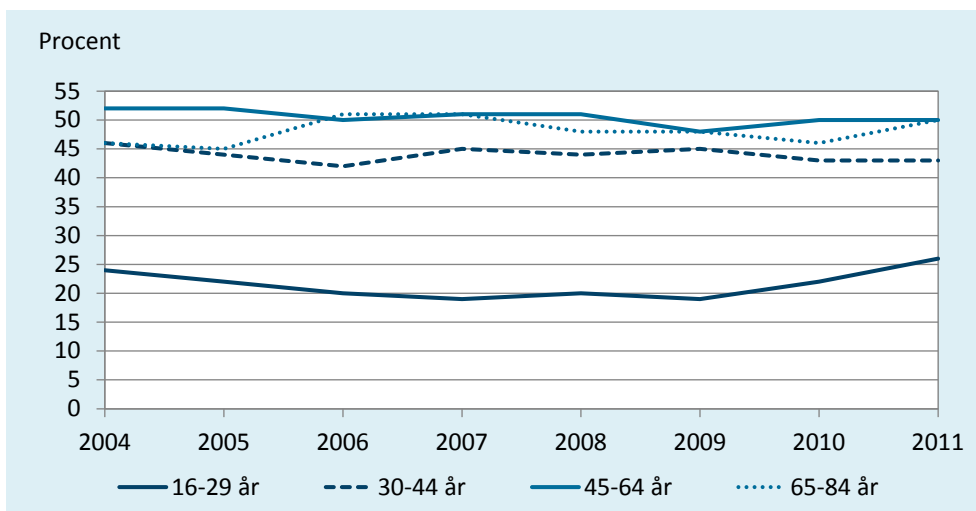


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Generellt sett var det vanligare att rapportera övervikt bland kvinnor 45–84 år jämfört med de andra åldersgrupperna perioden 2004–2011.

Figur 71. Övervikt, män och åldersgrupper, 2004–2011

Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade ett BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2011.

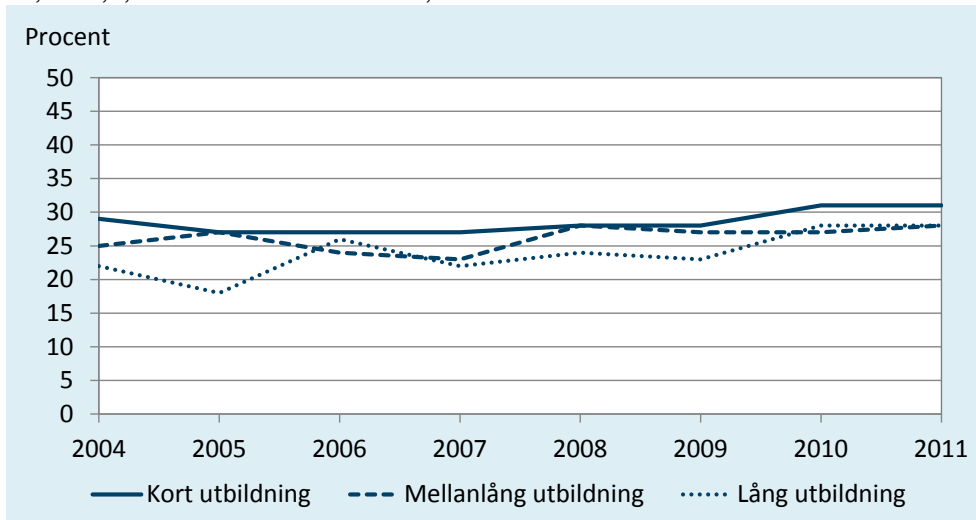


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

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

Figur 72. Övervikt, kvinnor och utbildning, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade ett BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2011.

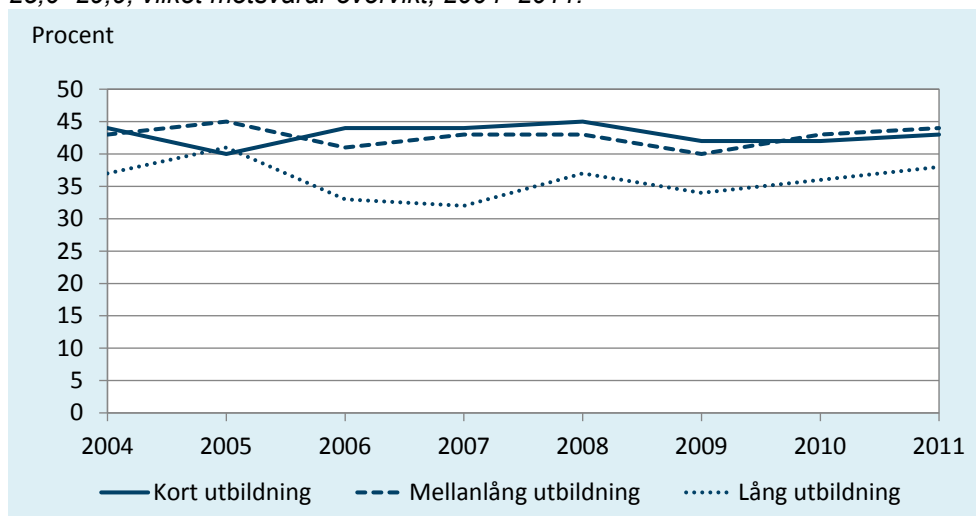


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det finns ingen statistisk skillnad bland kvinnor med olika utbildningslängd som rapporterade ett BMI motsvarande övervikt perioden 2004–2011. Ingen ändring kan ses bland de olika utbildningslängderna under perioden.

Figur 73. Övervikt, män och utbildning, 2004–2011

Andel män, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade ett BMI 25,0–29,9, vilket motsvarar övervikt, 2004–2011.



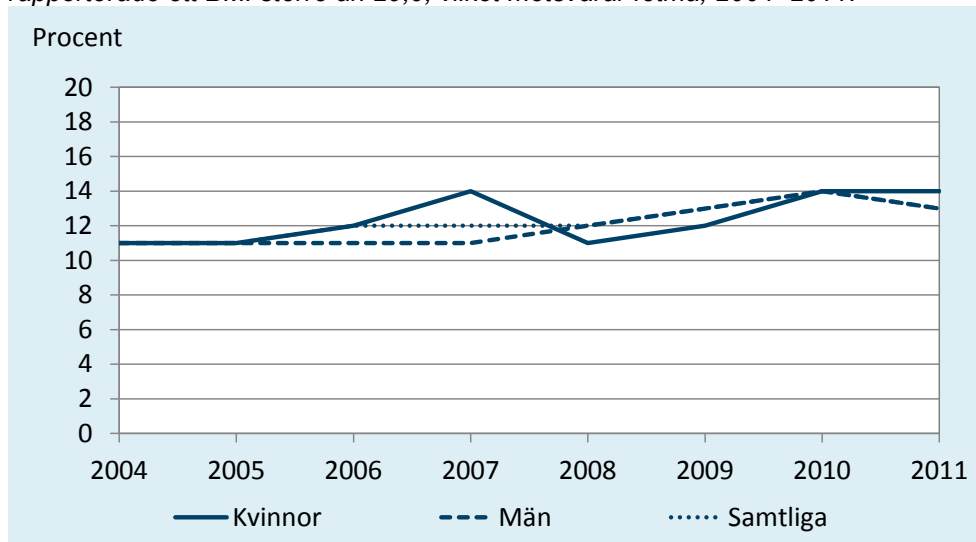
Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Med några undantag ses ingen statistisk skillnad gällande rapporterad övervikt bland män med olika utbildningslängd perioden 2004–2011. Ingen ändring kan ses bland de olika utbildningslängderna under perioden.

Fetma

Figur 74. Fetma, kön och befolkning, 2004–2011

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år (2004 18–84 år), som rapporterade ett BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2011.

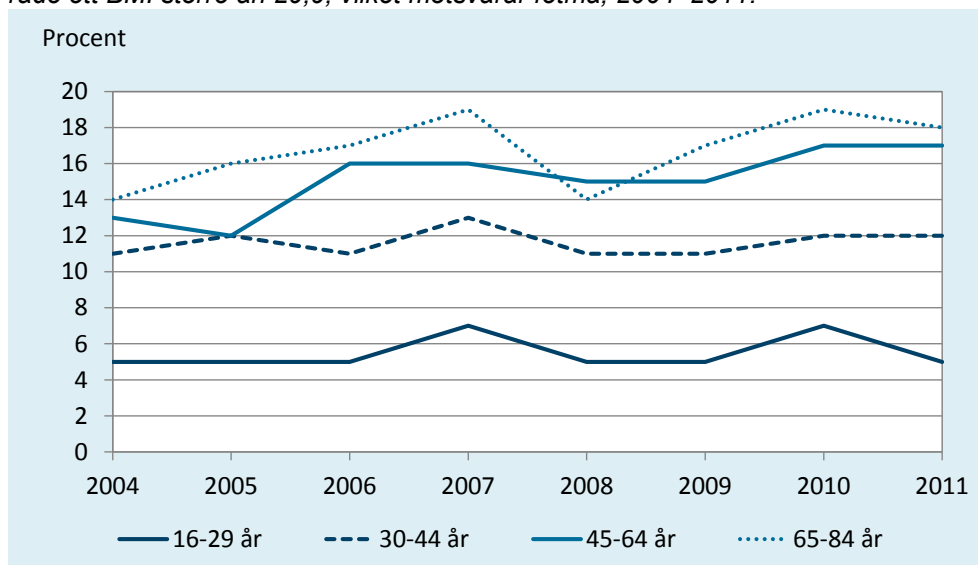


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

En ökning kan ses bland dem i befolkningen som rapporterade ett BMI över 29,9 åren 2010 och 2011. Ökningen kan ses bland kvinnor men den var tydligast bland män då en signifikant skillnad ses 2009–2011 jämfört med början av perioden 2004–2011.

Figur 75. Fetma, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–84 år (2004 18–84 år), fördelad i åldersgrupper, som rapporterade ett BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2011.

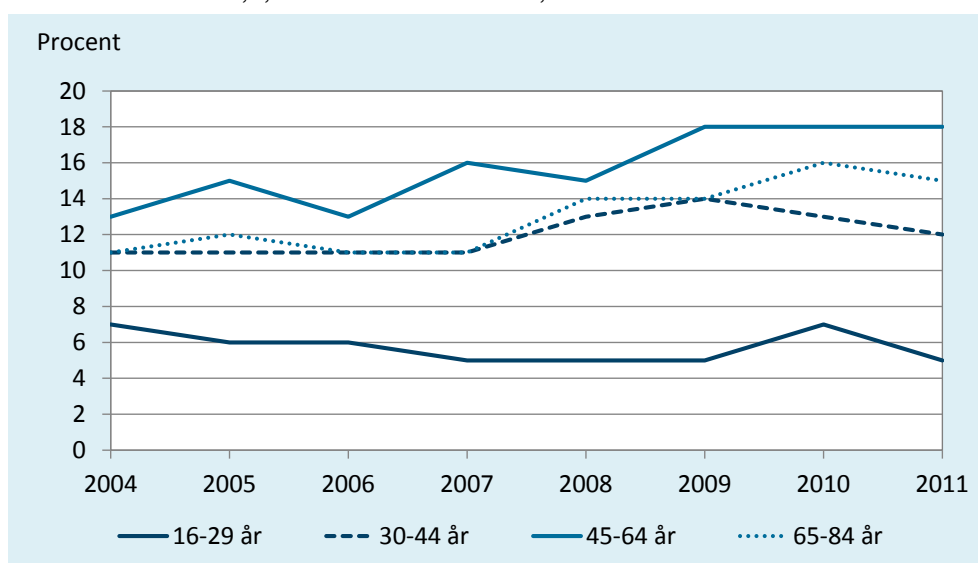


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

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

Figur 76. Fetma, män och åldersgrupper, 2004–2011

Andel män, 16–84 år (2004 18–84 år), fördelad i åldersgrupper, som rapporterade ett BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2011.

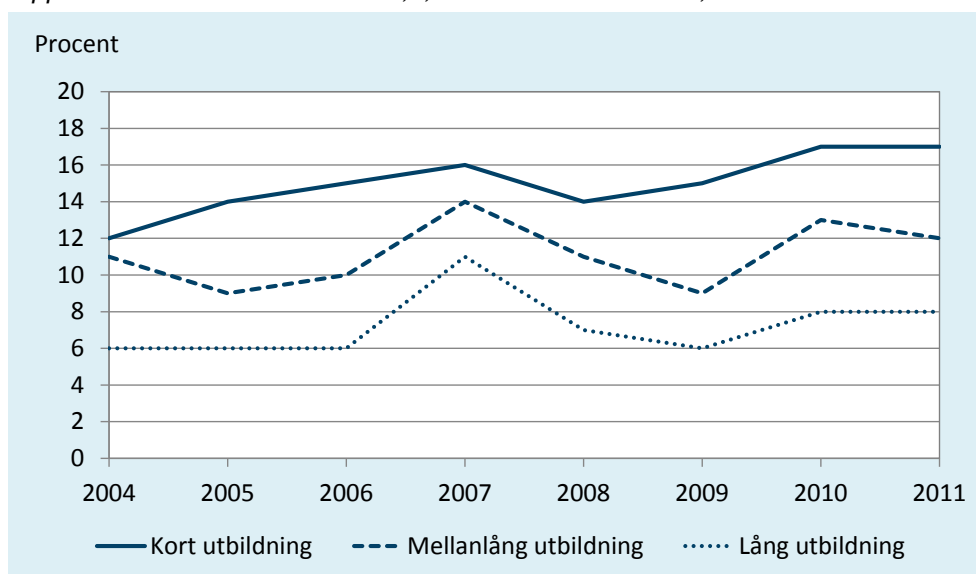


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Bland män var det generellt vanligt att rapportera ett BMI över 29,9 i de tre äldsta åldersgrupperna, 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år perioden 2004–2011. 2011 ses en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år.

Figur 77. Fetma, kvinnor och utbildning, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–74 år (2004 18–84 år), fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade ett BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2011.

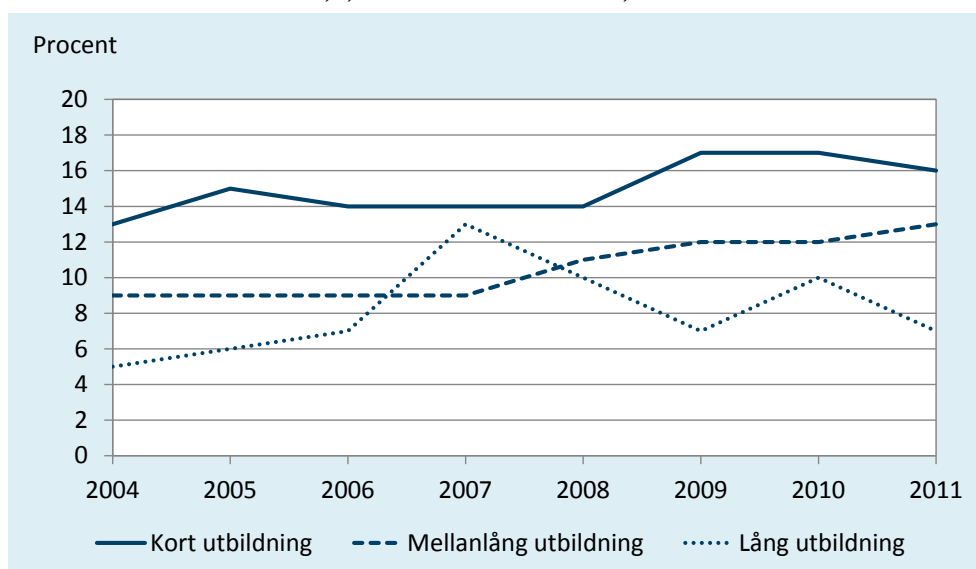


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Bland kvinnor med olika utbildningslängd ses en signifikant skillnad i rapporterad BMI över 29,9 perioden 2009–2011. Ingen ändring kan ses bland de olika utbildningslängderna under perioden 2004–2011.

Figur 78. Fetma, män och utbildning, 2004–2011

Andel män, 16–74 år (2004 18–84 år), fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade ett BMI större än 29,9, vilket motsvarar fetma, 2004–2011.



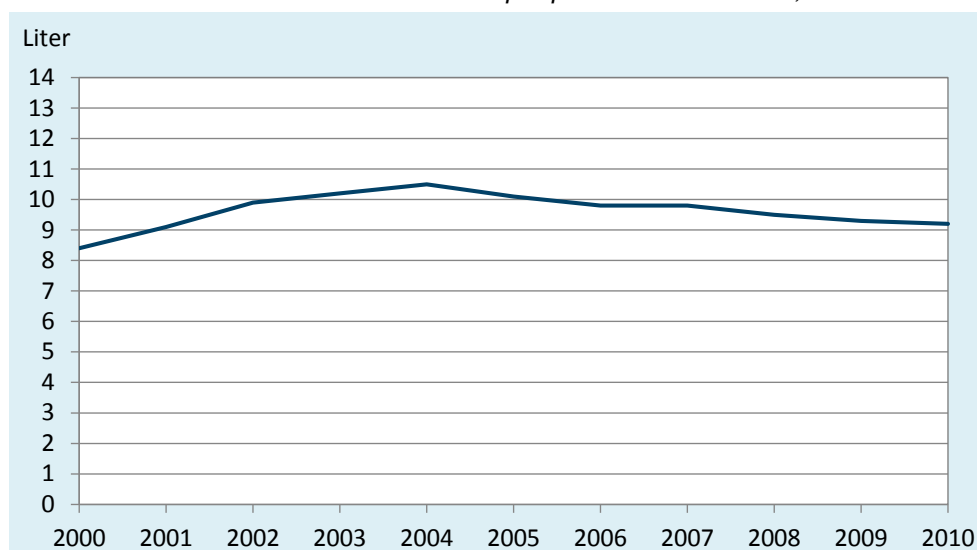
Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Bland män var det generellt vanligt att rapportera ett BMI över 29,9 i gruppen med kort utbildning perioden 2004–2011. Svängningarna som ses vad gäller lång utbildning kan bero på osäkra data och bör inte vidare beaktas.

Alkoholkonsumtion

Alkohol orsakar ett 60-tal olika sjukdomstillstånd, varav de vanligaste är olika former av hjärt-kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa (WHO, 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2005b). År 2009 hade drygt 4 500 dödsfall ett konstaterat orsakssamband med alkoholkonsumtion. Upp till 400 000 svenska barns psykiska eller fysiska hälsa riskerar att påverkas negativt av att de har en förälder som dricker för mycket. Runt 700 000 svenskar bedöms ha en riskabel alkoholkonsumtion och ytterligare 300 000 ett beroende (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Alkohol beräknas orsaka ungefär 10 procent av all cancer hos män och 3 procent hos kvinnor (Schütze et al., 2011).

Figur 79. Totalkonsumtion av alkohol, personer över 15 år, 2000–2010
Total alkoholkonsumtion i liter ren alkohol per person 15 eller äldre, 2000–2010.



Källa: SoRAD. Anmärkning: 2010 års konsumtionsiffra är preliminär och kan komma att justeras något. Skattningen är baserad på befolkningsdata från år 2009.

Den totala alkoholkonsumtionen beskrivs i liter ren alkohol (100 %) per invånare 15 år eller äldre. Konsumtionen steg mellan 2000 och 2004 från 8,4 till 10,5 liter och har därefter sjunkit gradvis till 9,3 liter år 2009. En preliminär skattning för år 2010 om 9,2 liter tyder på fortsatt viss minskning av konsumtionen.

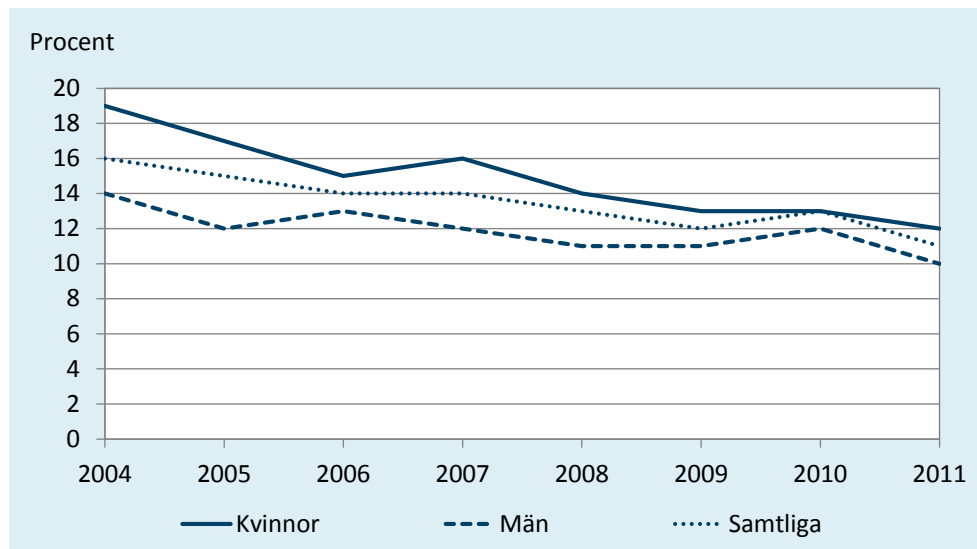
Daglig rökning

Alla som röker skadas av sitt bruk. Tobaksrökning har ett direkt samband med ett fyrtiotal olika sjukdomar, varav de vanligaste är hjärt-kärlsjukdomar, KOL, lungcancer och flera andra former av cancer. 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-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 sjukdomar på grund av passiv rökning ökar ju större exponeringen är (The Ontario Tobacco Research Unit, 2001).

Figur 80. Daglig rökning, kön och befolkning, 2004–2011

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade daglig rökning 2004–2011.

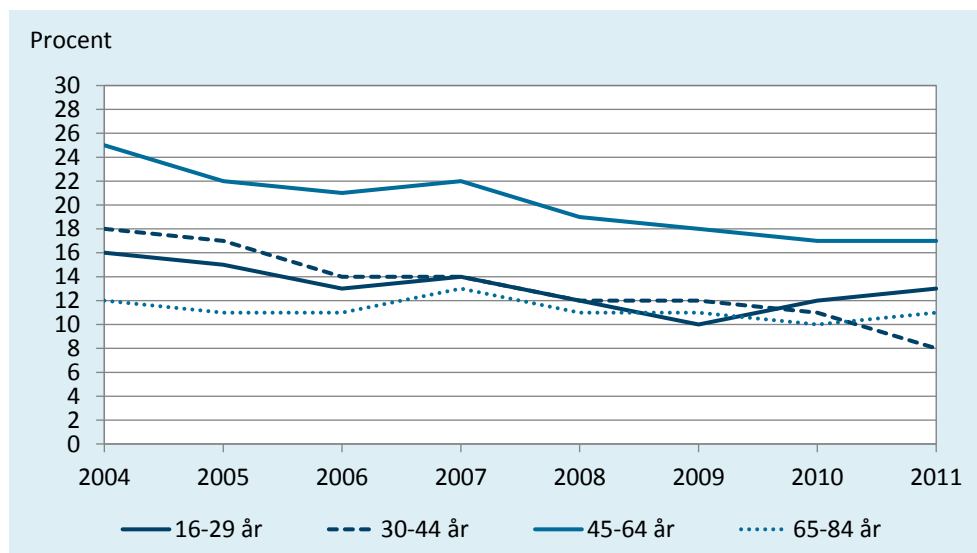


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

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 av den.

Figur 81. Daglig rökning, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade daglig rökning 2004–2011.

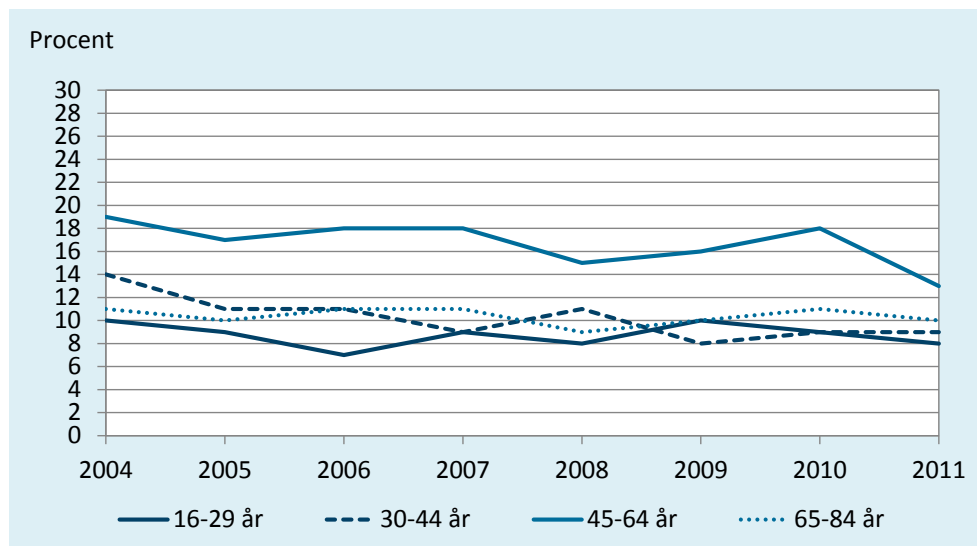


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att kvinnor i åldersgruppen 45–64 år rapporterade daglig rökning 2004–2011. En minskning av andelen kvinnor som rapporterade daglig rökning 2004–2011 kan ses i åldersgrupperna 30–44 år och 45–64 år.

Figur 82. Daglig rökning, män och åldersgrupper, 2004–2011

Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade daglig rökning 2004–2011.

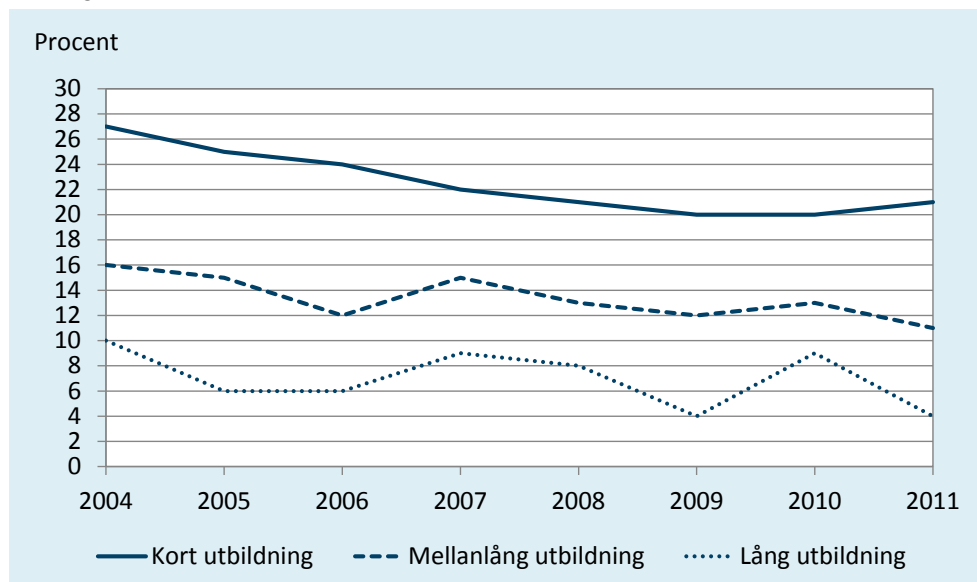


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att män i åldersgruppen 45–64 år rapporterade daglig rökning 2004–2011. Ingen förändring av andelen män som rapporterade daglig rökning 2004–2011 kan ses i någon åldersgrupp.

Figur 83. Daglig rökning, kvinnor och utbildning, 2004–2011

Andel kvinnor, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade daglig rökning 2004–2011.

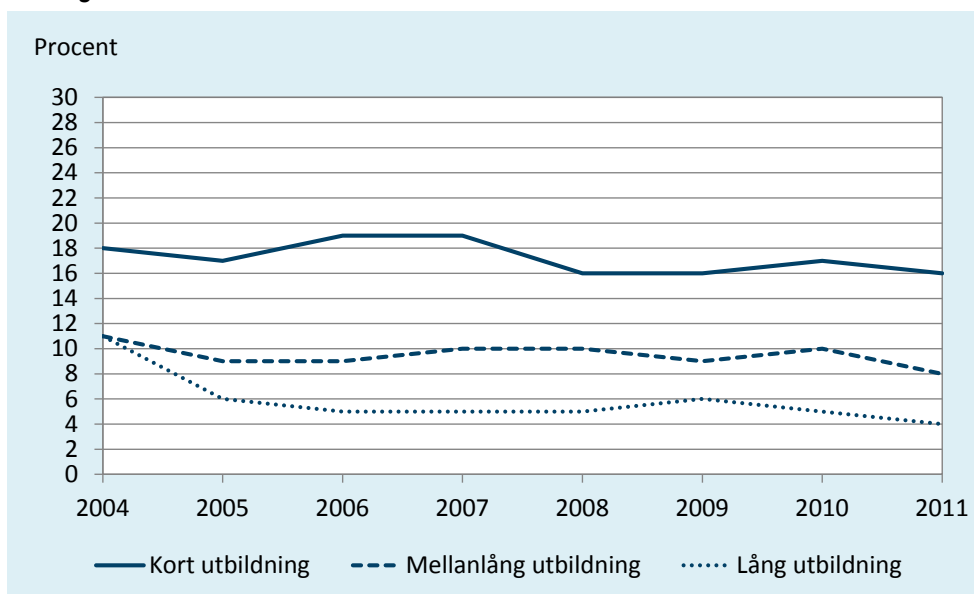


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att kvinnor med kort utbildning rapporterade daglig rökning 2004–2011 jämfört med kvinnor med annan utbildningslängd. Vid jämförelse mellan de olika utbildningslängderna bland kvinnor ses en signifikant skillnad i andel rapporterad daglig rökning. Gemensamt för de olika utbildningslängderna är att andelen kvinnor som rapporterade daglig rökning minskade perioden 2004–2011.

Figur 84. Daglig rökning, män och utbildning, 2004–2011

Andel män, 16–74 år, fördelad efter utbildningslängd, som rapporterade daglig rökning 2004–2011.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att män med kort utbildning rapporterade daglig rökning 2004–2011 jämfört med män med annan utbildningslängd. Gemensamt för de olika utbildningslängderna är att andelen män som rapporterade daglig rökning var oförändrad perioden 2004–2011.

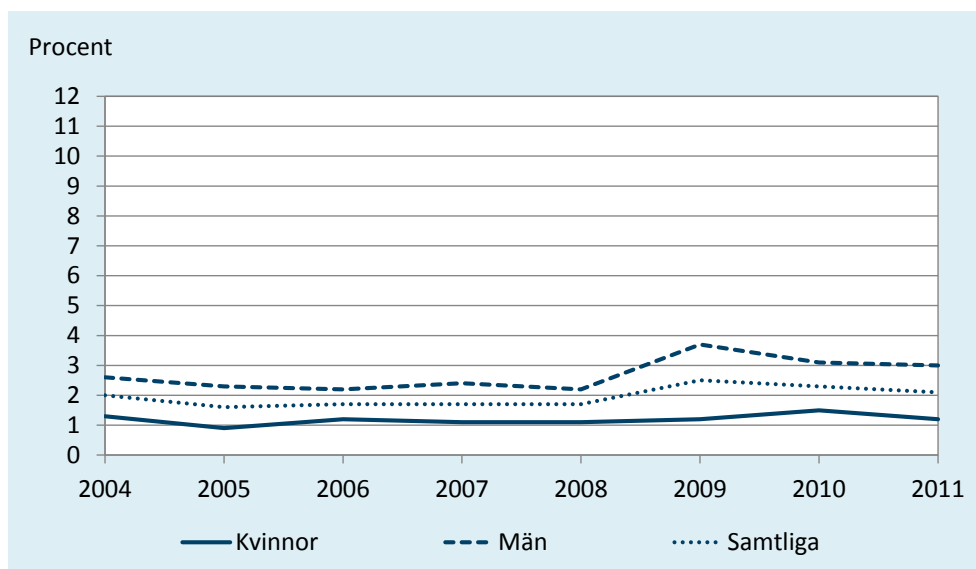
Cannabisanvändning

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 även på samband mellan cannabisanvändning (hasch eller marijuana) och psykisk ohälsa. Bland cannabisanvändarna är det fler som anger en hög grad av besvär som ångslan, 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, 2004–2011

Andel kvinnor, män och samtliga i befolkningen, 16–84 år, som rapporterade att de använt cannabis senaste året 2004–2011.

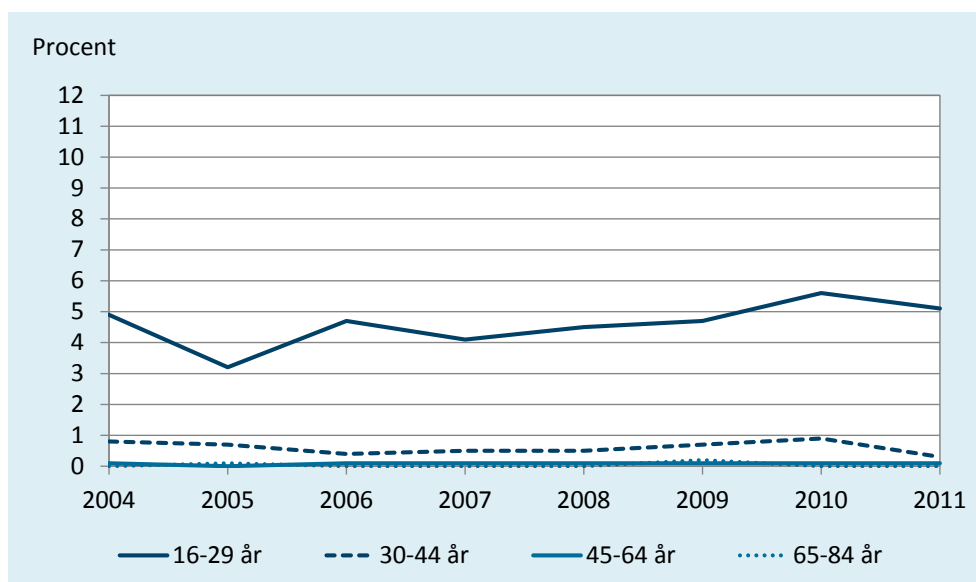


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Det var vanligare att män rapporterade att de använt cannabis senaste året. Ingen förändring har skett perioden 2004–2011 vad gäller andelen som rapporterade att de använt cannabis det senaste året bland kvinnor, män och i befolkningen.

Figur 86. Cannabisanvändning, kvinnor och åldersgrupper, 2004–2011

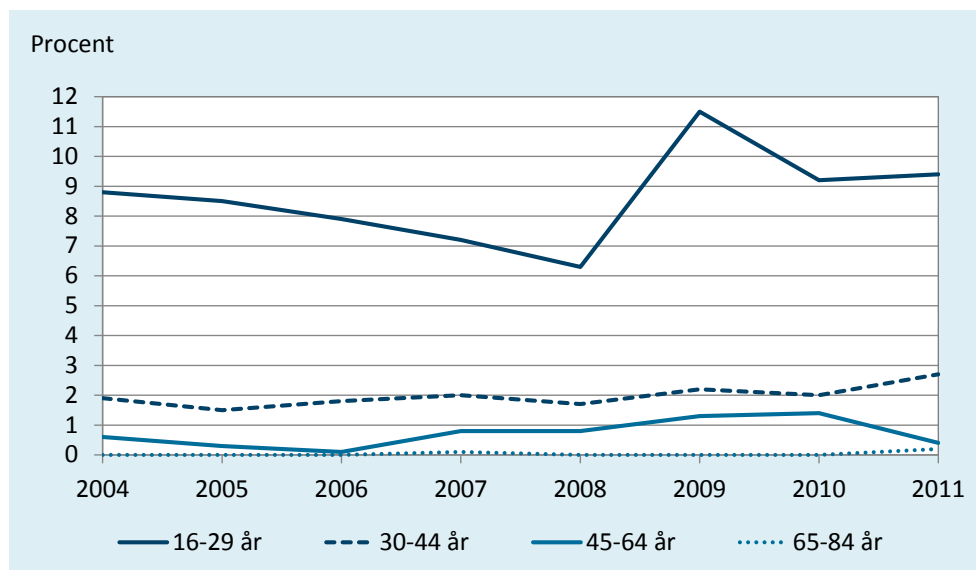
Andel kvinnor, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade att de använt cannabis senaste året 2004–2011.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Bland kvinnor var det i åldersgruppen 16–29 år som det var vanligast att rapportera att de använt cannabis senaste året. Ingen förändring har skett i åldersgruppen och de andra åldersgrupperna perioden 2004–2011.

Figur 87. Cannabisanvändning, män och åldersgrupper, 2004–2011
 Andel män, 16–84 år, fördelad i åldersgrupper, som rapporterade att de använt cannabis senaste året 2004–2011.



Källa: Statens folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor?, 2011.

Bland män var det i åldersgruppen 16–29 år som det var vanligast att rapportera att de använt cannabis senaste året. Ingen statistisk förändring har skett i åldersgruppen och de andra åldersgrupperna perioden 2004–2011.

Uppgifter om utbildning bland kvinnor och män utgår då det inte är meningsfullt att redovisa på grund av osäkra data.

Sammanfattande reflektioner

De redovisade indikatorerna ger sammantaget ingen enhetlig bild av utvecklingen. I vissa fall går utvecklingen i önskvärd riktning, i andra inte. Ett sätt att bilda sig en uppfattning om de tänkbara folkhälsokonsekvenserna är att utgå ifrån de största riskfaktorerna för ohälsa mätt i termer av funktionsjusterade levnadsår, DALY (disability-adjusted life years).⁴ Till de riskfaktorer som med detta sätt att mäta orsakar den största sjukdomsördan i Sverige hör tobak (9,6 %), högt BMI (6,6 %), fysisk inaktivitet (3,5 %) och alkohol (2 %), där procentsiffrorna anger de skattade andelarna av den totala sjukdomsördan (Agardh, Moradi, & Allebeck, 2008). Mot denna bakgrund är det glädjande att kunna konstatera att andelen dagligrökare har minskat under de senaste åren bland såväl män som kvinnor och att trenden tycks fortsätta. Även för konsumtionen av alkohol ser situationen förhållandevis ljus ut, åtminstone att döma av totalkonsumtionens utveckling. Det oförändrade stillasittandet på fritiden ger däremot viss anledning till oro, särskilt med tanke på att det finns tecken på att fetman ökar bland befolkningen.

En mer dystert bild av läget framträder om de socioekonomiska förhållandenas betydelse för människors levnadsvanor beaktas. Män och kvinnor

⁴ Genom att använda en gemensam mättenhet – förlorade levnadsår – för att mäta den förlust av friskt liv som förtida död och funktionsförlust till följd av sjukdomar (och skador) orsakar, väger DALY-mättet samman dödligheten och sjukligheten i en befolkning. Resultatet kan tolkas som ett mått på avståndet mellan befolkningens faktiska hälsostatus och den "ideala". (Se t.ex. SOU 1998:43, kapitel 7.)

med längre utbildning har i högre utsträckning mer hälsosamma levnadsvanor än de med kortare utbildning. Den högre arbetslösheten bland personer med kortare utbildning förstärker den ogynnsamma bilden. Att detta välkända mönster består är en påminnelse om angelägenheten i det övergripande folkhälsopolitiska målet om att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.⁵ Den sjunkande andelen behöriga till gymnasieskolan under det senaste decenniet antyder att målet kommer att förbli aktuellt även framöver.

⁵ Det underlag som har presenterats här är otillräckligt för att avgöra om skillnaderna generellt sett ökar eller minskar. Se Statens folkhälsoinstitut (2010a, s. 49) för en kort diskussion om mätning av socioekonomiska skillnader i hälsa över tid.

Referenser

- Agardh, E., Moradi, T., & Allebeck, P. (2008). Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsördan i Sverige: Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen*, 105(11), 816–821.
- AICR: World Cancer Research Fund. (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC: AICR: World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research.
- 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). *Arbets-skador 2010* (Arbetsmiljöstatistik Rapport nr. 2011:1). 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.
- Barton, C. A., McGuire, A., Waller, M., Treloar, S. A., McClintock, C., McFarlane, A. C., et al. (2010). Smoking prevalence, its determinants and short-term health implications in the Australian Defence Force. *Military Medicine*, 175(4), 267–272.
- Berchtold, N. C. (2008). Exercise, stress mechanisms, and cognition. I W. W. Spirduso, L. W. Poon & W. Chodzko-Zajko (Red.), *Exercise and its mediating effects on cognition* (Vol. 2, s. 47–67). Champaign: Human Kinetics.
- Boffetta, P., & Straif, K. (2009). Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: Systematic review with meta-analysis. *British Medical Journal*, 339, b3060.
- 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. (2012). Sexualbrott. Hämtad 2012-02-28 från http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=8&module_instance=2

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 drogvanor 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.

Donesky-Cuenco, D., Janson, S., Neuhaus, J., Neilands, T. B., & Carrieri-Kohlman, V. (2007). Adherence to a home-walking prescription in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 36(5), 348–363.

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. (2005). *Ungdomar och sexualitet – en kunskapsöversikt 2005*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Forsberg, B., Hansson, H. C., Johansson, C., Areskoug, H., Persson, K., & Järvholm, B. (2005). Comparative health impact assessment of local and regional particulate air pollutants in Scandinavia. *Ambio*, 34(1), 11–19.

Forsberg, B., & Sjöberg, K. (2005). *Quantifications of deaths attributed to air pollution in Sweden using estimated population exposure to nitrogen dioxide as indicator* (IVL Rapport nr. B 1648). Göteborg: IVL Swedish Environmental Reserach Institute Ltd.

Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte M. J., Lee, I.-M., et al. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1334–1359.

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.

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.

Hvitfeldt, T., & Gripe, I. (2009). *Skolelevers drogvanor 2009* (CAN rapport nr. 118). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Idler, E. I., & Benyami, 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., 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 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.

Leijon, M., Bendtsen, P., Stahle, A., Ekberg, K., Festin, K., & Nilsen, P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Family Practice*, *11*(1), 38.

Leijon, M., Stark-Ekman, D., Nilsen, P., Ekberg, K., Walter, L., Stahle, A., et al. (2010). Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health*, *10*(1), 34.

Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., & Månsson, S. (1998). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Lin, J. S., O'Connor, E., Whitlock, E. P., & Beil, T. L. (2010). Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, *153*(11), 736–750.

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., & 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), 319–328.

Naturvårdsverket. (2007). *Frisk luft: Underlagsrapport till fördjupad utvärdering av miljömålsarbetet* (Rapport nr. 5765). Stockholm: Naturvårdsverket.

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(3), 264–282.

Post, A., Gilljam, H., Rosendahl, I., Bremberg, S., & Galanti, M. R. (2010). Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: A comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco users. *Addiction*, *105*(4), 740–746.

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 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringen.

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).

- SBU. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt* (SBU-rapport nr. 181). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- 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. (2011). *Epidemiologisk årsrapport 2010*. 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. (2011a). *Dödsorsaker 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011b). *Cancer incidence in Sweden 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011c). *Cancer i Sverige: Insjuknad och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & Institutet för miljömedicin (IMM). (2009). *Miljöhälso-rapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1998:43. *Hur skall Sverige må bättre? Första steget mot nationella folkhälsomål: Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén*. Stockholm: Fritzes.

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

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

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. (2008). *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem: Omfattning och analys* (Rapport nr. R 2008:28). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Tobak och avvänjning: En faktskrift 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/>. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

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.

Statistiska centralbyrån. (2003). *Välfärd och ofärd på 90-talet: En temabok om ekonomi, åldrande, inkomst, hälsa och omsorg, jämlikhet, sociala nätverk, demokrati, fritid, Sverige i världen*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Statistiska centralbyrån. (2011a). *Sveriges befolkning efter ålder och kön 31 december 2011*. Hämtad 2012-03-02 från www.scb.se.

Statistiska centralbyrån. (2011b). *Sveriges framtida befolkning 2011–2060. BE 18 SM 1101*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

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

Sundell, K. (2008). Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk. I S. Andréasson (Red.), *Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete: En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

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

Teychenne, M., Ball, K., & Salmon, J. (2008). Physical activity and likelihood of depression in adults: A review. *Preventive medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 46*(5), 397–411.

The Ontario Tobacco Research Unit. (2001). *Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario: A review of evidence regarding best practices*. Toronto: The Ontario Tobacco Research Unit.

Thune, I. (2008). Cancer. I A. Ståhle (Red.), *Fysisk aktivitet i sjukdoms-prevention och sjukdomsbehandling*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

World Health Organization [WHO]. (2002). *The world health report: Reducing risks, promoting healthy life*. Genève: World Health Organization.

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.

ZanESCO, A., & Antunes, E. (2007). Effects of exercise training on the cardiovascular system: Pharmacological approaches. *Pharmacology and Therapeutics, 114*(3), 307–317.