

Metadatadokumentation

Indikatorer för hållbar utveckling

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Indikator 3.1.1: Mödradödlighet per 100 000 förlossningar med levande barn.	3
Indikator: 3.2.1 Dödlighet för barn under fem år	7
Indikator: 3.2.2 Antal dödsfall inom 28 dagar efter födsel per 1000 levande födda.....	10
Indikator: 3.3.1 Antalet nya fall av HIV per 1 000 smittfria invånare, fördelat på kön, ålder och nyckelgrupper	14
Indikator: 3.3.4 Incidensen av hepatit B per 100 000 invånare	17
Indikator: 3.4.1 Dödlighet på grund av hjärtsjukdomar, cancer, diabetes eller kroniska sjukdomar i luftvägarna.	20
Indikator: 3.4.2 Själv mord per 100 000 invånare	25
Indikator: 3.4.3(N) Återstående medellivslängd, totalt i befolkningen och fördelat på kön och utbildningsnivå - <i>ej uppdaterad 2023</i>	30
Indikator: 3.4.4(N) Självskattad hälsa - <i>ej uppdaterad 2023</i>	36
Indikator: 3.4.5(N) Besvär av trafikbuller i eller i närheten av bostaden; Besvär av trafikbuller inomhus med stängda fönster och dörrar; Sömnstörda av trafikbuller; Antal exponerade för höga ljudnivåer från trafik vid bostaden - <i>ej uppdaterad 2023</i>	41
Indikator: 3.4.6(N) Psykisk påfrestning bland vuxna - <i>ej uppdaterad 2023</i>	54
Indikator: 3.4.7(N) Psykiska och somatiska besvär bland skolelever - <i>ej uppdaterad 2023</i>	58
Indikator: 3.5.2 Alkoholkonsumtion per capita (15 år och äldre) under ett kalenderår i liter ren alkohol.	62

Indikator: 3.5.3(N) Riskkonsumtion av alkohol - <i>ej uppdaterad 2023...</i>	68
Indikator 3.5.4(N) Psykisk störning och beteendestörning av psykoaktiva substanser, dvs. av alkohol och narkotika bland patienter 15 år och äldre inom slutenvården eller öppenvården per 100 000 invånare - <i>ej uppdaterad 2023</i>	73
Indikator: 3.6.1 Dödsfall genom trafikolyckor	78
Indikator: 3.6.2.(N) Skadade i vägtrafiken, svårt skadade och lindrigt skadade - <i>ej uppdaterad 2023</i>	82
Indikator: 3.7.1(P) Användning av preventivmedel bland 16-44-åringar - <i>ej uppdaterad 2023</i>	86
Indikator: 3.7.2 Antalet tonårsfödselar (10–14 år, 15–19 år) per 1 000 kvinnor i denna åldersgrupp.	93
Indikator: 3.9.1 Dödsfall till följd av luftföroreningar i och utanför bostaden.....	97
Indikator: 3.9.3 Dödsfall till följd av oavsiktlig förgiftning	101
Indikator: 3.9.4(N) Luftkvalitet i närheten av bostaden; Antal exponerade för nivåer av luftföroreningar från trafik vid bostaden - <i>ej uppdaterad 2023</i>	106
Indikator: 3.a.1 Prevalens för daglig tobaksrökning i åldern 16-84 år/3.a.1 Åldersstandardiserad prevalens för tobaksanvändning (tobaksrökning dagligen) i åldersgruppen 16 år och äldre	116
Indikator: 3.b.1 Täckningsgrad i målbefolkningen för alla vaccin som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet.....	120
Indikator: 3.b.2 Totalt offentligt utvecklingsbistånd till medicinsk forskning och grundläggande hälso- och sjukvård	124
Indikator: 3.d.2 Andelen infektioner i blodbanan som orsakas av vissa antibiotikaresistenta bakterier.	127
Indikator: 3.d.3(N) Konsumtion av antibiotika (ATC group J01) inom öppenvård och slutenvård - <i>ej uppdaterad 2023</i>	131

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.1 Till 2030 minska mödradödligheten i världen till mindre än 70 dödsfall per 100 000 förlossningar med levande barn.

Indikator 3.1.1: Mödradödlighet per 100 000 förlossningar med levande barn.

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rynaz Rabiee
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Definition: The maternal mortality ratio (MMR) is defined as the number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period. It depicts the risk of maternal death relative to the number of live births and essentially captures the risk of death in a single pregnancy (proxied by a single live birth).

Definitions related to maternal death in ICD-10

Maternal death: The death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management (from direct or indirect obstetric death), but not from accidental or incidental causes.

Pregnancy-related death: A death occurring during pregnancy, childbirth and puerperium (also known as a pregnancy-related death): The death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the cause of death.

Datakällor:

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Indikatorn publiceras inte regelbundet av Socialstyrelsen. Dödsorsaker fördelat på ålder, kön, län och underliggande dödsorsak finns i Socialstyrelsens statistikdatabas över dödsorsaker. Dödsorsakstatistik publiceras även i officiell statistik om dödsorsaker samt levereras årligen till WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet som ingår från Dödsorsaksregistret är individer som varit folkbokförda i Sverige någon gång under 2020, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel.

Variabler:

Ålder – uppnådd ålder i år vid tiden för dödsfallet

Underliggande dödsorsak – a) den sjukdom eller skadeorsak som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller b) de omständigheter som vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan. För mer information se

<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/cause-of-death>

Kön – juridiskt kön

År – år för dödsfallet

Referenstid:

År 2000-2022

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Uppgifter om avlidna hämtas från dödsorsaksregistret. Uppgifterna i dödsorsaksregistret kommer från de dödsorsaksintygen läkarna skickar till Socialstyrelsen.

Uppgifter om befolkning hämtas från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik

Bearbetningar av data:

Uppgifterna på dödsorsaksintygen kodas enligt WHO:s internationella version av ICD-10. Mer information om detta finns i volym 2 av ICD-10, https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn beräknas som antal dödsfall (x) genom antal levande födda (n) multiplicerat med 100 000: $\frac{x}{n} * 100\,000$

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.1.1>

Granskning av indikatorn:

Vid produktionen av dödsorsaksregistret kontrolleras att dödsorsakerna är rimliga utifrån den avlidnes ålder och kön samt att den angivna dödsorsaken är en rimlig dödsorsak utifrån de regel som finns i ICD-10.

Objektsbortfall kontrolleras och korrigeras mot uppgifter från Skatteverket.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn beskriver delmålet bra.

Olika sätt att bestämma och koda dödsorsaker i olika länder gör dock att det kan vara svårt att jämföra dödsorsaksstatistik från olika länder.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn tas inte fram återkommande

Jämförbarhet över tid:

Indikatorns jämförbarhet över tid är god. Vid tolkning av tidsserier bör dock förändringar i kodningen av dödsorsaker samt hantering av dödsfall och analysmetoder vid bestämmande av dödsorsaker tas i beaktande.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Avvikelse kan förekomma.

Det är oklart om den här nationella indikatorn är fullt jämförbar med den globala indikatorn.

Det svenska datauttaget överensstämmer med tidsintervallet som uppges i den globala indikatorn, dvs. död inom 42 dagar efter förlossning. Det anges även i Socialstyrelsens svenska ICD10-klassifikation för dödsfall efter förlossning.

I tidigare diskussioner med WHO och SCB beslutades att mödradödlighet definieras som dödsfall med någon av följande som underliggande dödsorsak: Obstetrisk stelkramp (A34), Graviditet, förlossning och barnsängstid (O00-O99) och det är så datauttaget tagits fram även denna gång.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med andra indikatorer med samma objekt och population.

Övrig information

ICD10-klassifikation för dödsfall efter förlossning med någon av följande som underliggande dödsorsak:

Obstetrisk stelkramp (A34)

Graviditet, förlossning och barnsängstid (O00-O99)

Referenser

Länk till metadata: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata>

Socialstyrelsens svenska ICD10-klassifikation anges – "Barnsängstiden att omfatta tiden t.o.m. 42 dagar efter förlossningen."

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.1.1>

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.2 Senast 2030 säkerställa att inga spädbarn eller barn under fem år dör av orsaker som hade kunnat förebyggas. Alla länder bör sträva efter att minska den neonatala dödligheten till högst tolv dödsfall per 1 000 levande födda och dödligheten bland barn under fem år till högst 25 dödsfall per 1 000 levande födda.

Indikator: 3.2.1 Dödlighet för barn under fem år

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rabiee, Rynaz
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Definition: The under-five mortality rate is the probability of a child born in a specific year or period dying before reaching the age of 5 years, if subject to age-specific mortality rates of that period, expressed as deaths per 1000 live births.

Concepts: The under-five mortality rate as defined here is, strictly speaking, not a rate (i.e. the number of deaths divided by the number of population at risk during a certain period of time), but a probability of death derived from a life table and expressed as a rate per 1000 live births.

Classification: not applicable.

Global indikator.

Datakällor:

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Indikatorn publiceras inte regelbundet av Socialstyrelsen. Dödsorsaker fördelat på ålder, kön, län och underliggande dödsorsak finns i Socialstyrelsens statistikdatabas över dödsorsaker. Dödsorsaksstatistik publiceras även i officiell statistik om dödsorsaker samt levereras årligen till WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet som ingår från Dödsorsaksregistret är individer som varit folkbokförda i Sverige någon gång under 2020, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel.

Variabler:

Ålder – uppnådd ålder vid dödsfallet

Kön – juridiskt kön

År – år för dödsfallet

Referenstid:

År 2000-2022

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Uppgifter om avlidna hämtas från dödsorsaksregistret. Uppgifterna i dödsorsaksregistret kommer från de dödsorsaksintygen läkarna skickar till Socialstyrelsen.

Uppgifter om levande födda hämtas från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Bearbetningar av data:

Vid cirka 1 procent av dödsfallen kommer inte något dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Information dessa dödsfall kommer då från Skatteverket och dödsbevisen som skickas dit. Dessa dödsfall saknar information om dödsorsaker men innehåller folkbokföringsuppgifter så som ålder, kön och folkbokföringsort.

Information om bortfall rörande objektsbortfall finns inte. Detta är dock troligen väldigt litet.

Även befolkningsstatistiken saknar i egentlig mening objektsbortfall.

Uppgifterna på dödsorsaksintygen kodas enligt WHO:s internationella version av ICD-10. Mer information om detta finns,
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/cause-of-death>

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn beräknas som antal dödsfall (x) genom antalet levande födda (n) multiplicerat med 1 000: $\frac{x}{n} * 1000$

Indikatorns tillförlitlighet

Då bortfallet i källorna sannolikt är väldigt litet anses indikatorn ha hög kvalitet.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn tas inte fram återkommande.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn har bra jämförbarhet över tid.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Ingen avvikelse.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med andra indikatorer baserade på samma objekt och population.

Referenser

Metadata: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.2.1>

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.2 Senast 2030 säkerställa att inga spädbarn eller barn under fem år dör av orsaker som hade kunnat förebyggas. Alla länder bör sträva efter att minska den neonatala dödligheten till högst tolv dödsfall per 1 000 levande födda och dödligheten bland barn under fem år till högst 25 dödsfall per 1 000 levande födda.

Indikator: 3.2.2 Antal dödsfall inom 28 dagar efter födsel per 1000 levande födda.

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rynaz Rabiee,
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Definition: The neonatal mortality rate is the probability that a child born in a specific year or period will die during the first 28 completed days of life, if subject to age-specific mortality rates of that period, expressed per 1000 live births.

Neonatal deaths (deaths among live births during the first 28 completed days of life) may be subdivided into early neonatal deaths, occurring during the first 7 days of life, and late neonatal deaths, occurring after the 7th day but before the 28th completed day of life.

Classifications: Not applicable

Global indikator.

Datakällor:

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Indikatorn publiceras inte regelbundet av Socialstyrelsen. Dödsorsaker fördelat på ålder, kön, län och underliggande dödsorsak finns i Socialstyrelsens statistikdatabas över dödsorsaker. Dödsorsaksstatistik publiceras även i officiell statistik om dödsorsaker samt levereras årligen till WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet som ingår från Dödsorsaksregistret är individer som varit folkbokförda i Sverige någon gång under 2020, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel.

Barn till mödrar som inte var folkbokförda i Sverige vid tiden för förlossningen inkluderas inte. Detta medför att uppgifterna som ligger till grund för indikatorn skiljer sig något från de uppgifter som publiceras i Socialstyrelsens årliga officiella statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn från medicinska födelseregistret. I Dödsorsaksregistret ingår neonatal dödlighet dvs. dödlighet bland levande födda barn inom 28 dagar från födelsen. Dödfödda barn vid förlossningstillfället ingår däremot inte i registret utan finns endast i Medicinska födelseregistret. Dödfödda barn ingår ej heller i indikatorn utan endast levande födda barn som avlider inom 28 dagar.

Variabler:

Ålder – uppnådd ålder vid dödsfallet

Kön – juridiskt kön

År – år för dödsfallet

Referenstid:

År 2000-2022

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Totalundersökning baserat på dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Uppgifter om avlidna hämtas från dödsorsaksregistret. Uppgifterna i dödsorsaksregistret kommer från de dödsorsaksintygen läkarna skickar till Socialstyrelsen.

Uppgifter om levande födda hämtas från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Bearbetningar av data:

Vid cirka 1 procent av dödsfallen kommer inte något dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Information dessa dödsfall kommer då från Skatteverket och dödsbevisen som skickas dit. Dessa dödsfall saknar information om dödsorsaker men innehåller folkbokföringsuppgifter så som ålder, kön och folkbokföringsort.

Information om bortfall rörande objektsbortfall finns inte. Detta är dock troligen väldigt litet.

Även befolkningsstatistiken saknar i egentlig mening objektsbortfall.

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn beräknas som antal dödsfall (x) genom antalet levande födda (n) multiplicerat med 1 000: $\frac{x}{n} * 1000$

Granskning av indikatorn:

Indikatorns tillförlitlighet

Då bortfallet i källorna sannolikt är väldigt litet anses indikatorn ha hög kvalitet.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn tas inte fram återkommande.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn har bra jämförbarhet över tid.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Ingen avvikelse.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med andra indikatorer baserade på samma objekt och population.

Övrig information

Referenser

Metadata: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-02.pdf>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.2.2>

Mål: 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.3 Senast 2030 utrota epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar.

Indikator: 3.3.1 Antalet nya fall av HIV per 1 000 smittfria invånare, fördelat på kön, ålder och nyckelgrupper

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	Agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet en.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Hiv övervakas som en av sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen. Indikatorn är global.

Datakällor:

SmiNet som är ett nationellt webb-baserat system för anmälan av sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen.

Tillgänglighet:

Den årliga incidensen av hiv presenteras på Folkhälsomyndighetens webb-sida där data på samtliga sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen redovisas. Samma data rapporteras också till ECDC. ECDC och WHO: s regionalkontor för Europa publicerar gemensamt årliga rapporter om hiv/aids i EU.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Indikatorn baseras på antalet rapporterade fall av hiv i Sverige under ett år.

Variabler:

Antalet fall

Kön: män eller kvinnor

Ålder: indelning på 5-års åldersgrupper.

Referenstid:

Indikatorn räknas ut årsvis.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Data samlas in via det webb-baserade anmälningssystemet SmiNet, via vilket alla sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen rapporteras, både från laboratorier och behandlande läkare.

Bearbetningar av data:

Anmälningar från laboratorier och ifrån behandlande läkare i Sminet slås ihop till ett fall.

Beräkning av indikatorn:

Antalet fall under ett år delas med folkmängden under samma år efter att den delats med 1 000.

Granskning av indikatorn:

Smittskyddsenheterna granskar sina anmälda fall så att anmälningarna blir så kompletta som möjligt.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn (incidensen) är beräknad på alla diagnosticerade fall som rapporterad till SmiNet. Anmälda fall i SmiNet har hög tillförlitligheten.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn tas fram årligen i mars.

Jämförbarhet över tid:

Metoden för att beräkna indikatorn är likadan över tid.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

En stor del av hiv fall i Sverige är migranter (75 %), som ofta redan är smittade utomlands. Detta påverkar tolkningen av incidensen.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>

<https://ecdc.europa.eu/en/hiv-infection-and-aids>

Mål: 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.3 Senast 2030 utrota epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar.

Indikator: 3.3.4 Incidensen av hepatit B per 100 000 invånare

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Hepatit B övervakas som en av sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen. Indikatorn är global.

Datakällor:

SmiNet som är ett nationellt webb-baserat system för anmälan av sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen.

Tillgänglighet:

Den årliga incidensen av hepatit B presenteras på Folkhälsomyndighetens webb-sida där data finns på samtliga sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen. Samma data rapporteras också till ECDC och WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Indikatorn baseras på antalet rapporterade fall av hepatit B i Sverige under ett år.

Variabler:

Det rör sig enbart om en variabel.

Referenstid:

Indikatorn räknas ut årsvis.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Data samlas in via det webb-baserade anmälningssystemet SmiNet, via vilket alla sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen rapporteras, både från laboratorier och behandlande läkare.

Bearbetningar av data:

Anmälningar från laboratorier och ifrån behandlande läkare i SmiNet slås ihop till ett fall.

Beräkning av indikatorn:

Antalet fall under ett år delas med folkmängden under samma år efter att den delats med 100 000.

Granskning av indikatorn:

Smittskyddsenheterna granskar sina anmälda fall så att anmälningarna blir så kompletta som möjligt.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn (incidensen) är beräknad på alla diagnosticerade fall som rapporterad till SmiNet. Anmälda fall i SmiNet har hög tillförlitlighet.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn tas fram årligen i mars.

Jämförbarhet över tid:

Metoden för att beräkna indikatorn är likadan över tid.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

En stor del av hepatit B fallen som anmäls i Sverige har fått infektionen utomlands. Incidensen speglar migrationsflödet.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hepatit-b/?t=county&tab=tab-report>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-b-annual-epidemiological-report-2021>

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Indikator: 3.4.1 Dödlighet på grund av hjärtsjukdomar, cancer, diabetes eller kroniska sjukdomar i luftvägarna.

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rynaz Rabiee,
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Definitions: Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease. Probability of dying between the ages of 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases, defined as the per cent of 30-year-old-people who would die before their 70th birthday from cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease, assuming that s/he would experience current mortality rates at every age and s/he would not die from any other cause of death (e.g., injuries or HIV/AIDS). This indicator is calculated using life table methods (see further details in section 3.3).

Concepts: Probability of dying: The likelihood that an individual would die between two ages given current mortality rates at each age, calculated using life table methods. The probability of death between two ages may be called a mortality rate.

Life table: A table showing the mortality experience of a hypothetical group of infants born at the same time and subject throughout their lifetime to a set of age-specific mortality rates.

Cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases: ICD-10 underlying causes of death I00-I99, C00-C97, E10-E14 and J30-J98.

The four noncommunicable causes of death are defined in terms of the International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) (See 2.a)

Avvikelse från den global indikatorn:

Indikatorn mäter antal faktiska dödsfall per 100 000 invånare och ej sannolikheten (dvs. ej probability of dying enligt ovan) att dö i de aktuella sjukdomarna.

Datakällor:

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Befolkningsstatistik samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Statistik om dödsorsaker publiceras årligen i Socialstyrelsens statistikdatabas för dödsorsaker samt i den officiella statistiken om dödsorsaker.

Uppgifter om dödsorsaker levereras även årligen till bland annat WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet som ingår från Dödsorsaksregistret är individer som varit folkbokförda i Sverige någon gång under 2020, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel.

Variabler:

Ålder – uppnådd ålder i år vid tiden för dödsfallet

Underliggande dödsorsak – a) den sjukdom eller skadeorsak som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller b) de omständigheter som vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan. För mer information se

https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf.

Kön – juridiskt kön

År – år för dödsfallet

Referenstid:

År 2000-2022

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Uppgifter om avlidna hämtas från dödsorsaksregistret. Uppgifterna i dödsorsaksregistret kommer från de dödsorsaksintyg läkarna skickar till Socialstyrelsen.

Uppgifter om befolkning hämtas från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik

Uppgifterna har hämtats från Statistiska centralbyråns utbildningsregister.

Bearbetningar av data:

Vid cirka 1 procent av dödsfallen kommer inget dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Vi ytterligare cirka 1,5 procent av dödsfallen innehåller dödsorsaksintygen ingen information om dödsorsak.

Påminnelser skickas för att bortfallet ska bli så litet som möjligt. Ingen speciell hantering eller imputering sker vid beräkning av dödsorsaksstatistiken.

Information om bortfall rörande objektsbortfall finns inte. Detta är dock troligen väldigt litet.

Även befolkningsstatistiken saknar i egentlig mening objektsbortfall.

Uppgifterna på dödsorsaksintygen kodas enligt WHO:s internationella version av ICD-10. Mer information om detta finns här:

<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/cause-of-death>

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn beräknas som antal dödsfall (x) genom befolkning (n) multiplicerat med 100 000: $\frac{x}{n} * 100\,000$

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.4.1>

Granskning av indikatorn:

Vid produktionen av dödsorsaksregistret kontrolleras att dödsorsakerna är rimliga utifrån den avlidnes ålder och kön samt att den angivna dödsorsaken är en rimlig dödsorsak utifrån de regler som finns i ICD-10.

Objektsbortfall kontrolleras och korrigeras mot uppgifter från Skatteverket.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn beskriver delmålet bra.

Olika sätt att bestämma och koda dödsorsaker i olika länder gör dock att det kan vara svårt att jämföra dödsorsaksstatistik från olika länder.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Statistik över dödsorsaker publiceras årligen i den officiella statistiken över dödsorsaker samt i Socialstyrelsens statistikdatabas över dödsorsaker.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorns jämförbarhet över tid är god. Vid tolkning av tidsserier bör dock förändringar i kodningen av dödsorsaker samt hantering av dödsfall och analysmetoder vid bestämmande av dödsorsaker tas i beaktande.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Avvikelse förekommer.

Proxyn som används här är något annorlunda. Istället för att redovisa *sannolikheten* för en person i den aktuella åldersgruppen att dö i de aktuella dödsorsakerna redovisas antalet per 100 000 som *verkliga* dödsfall.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med andra indikatorer med samma objekt och population.

Övrig information

Dödsfall enligt ICD-10 (10:de revideringen) på grund av hjärtsjukdomar, cancer, diabetes eller kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna definieras som dödsfall med någon av följande som underliggande dödsorsak:

Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)

Maligna tumörer (C00-C97)

Diabetes (E10-E14)

Andningsorganens sjukdomar (J30-J98)

Referenser

Metadata: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-04-01.pdf>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.4.1>

Mål: 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Indikator: 3.4.2 Själv mord per 100 000 invånare

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rynaz Rabiee,
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

The Suicide mortality rate as defined as the number of suicide deaths in a year, divided by the population, and multiplied by 100 000.

The preferred data source is death registration systems with complete coverage and medical certification of cause of death, coded using the international classification of diseases (ICD). The ICD-10 codes for suicide are: X60-X84, Y87.0. Other possible data sources include household surveys with verbal autopsy, sample or sentinel registration systems, special studies and surveillance systems.

Indikatorn är global.

Datakällor:

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Befolkningsstatistik samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Statistik om dödsorsaker publiceras årligen i Socialstyrelsens statistikdatabas för dödsorsaker samt i den officiella statistiken om dödsorsaker.

Uppgifter om dödsorsaker levereras även årligen till bland annat WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet är individer och populationen är personer som skulle ha varit folkbokförda i Sverige någon gång under 2018, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel.

Variabler:

Ålder – uppnådd ålder i år vid tiden för dödsfallet

Underliggande dödsorsak – a) den sjukdom eller skadeorsak som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller b) de omständigheter som vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan. För mer information se https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf.

Kön – juridiskt kön

År – år för dödsfallet

Referenstid:

År 2000-2022

Indikatorns framställning

Urval:

Totalundersökning baserat på dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Datainsamling:

Uppgifter om avlidna hämtas från dödsorsaksregistret. Uppgifterna i dödsorsaksregistret kommer från de dödsorsaksintyg läkarna skickar till Socialstyrelsen.

Uppgifter om befolkning hämtas från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Uppgifter om befolkningens utbildning berör personer i åldrarna 35-69 år, dvs. personer som tillhör arbetslivets senare del då grundutbildningen antas vara genomförd. Uppgifterna har hämtats från Statistiska centralbyråns utbildningsregister.

Bortfall:

Vid cirka 1 procent av dödsfallen kommer inget dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Vi ytterligare cirka 1,5 procent av dödsfallen innehåller dödsorsaksintygen ingen information om dödsorsak.

Påminnelser skickas för att bortfallet ska bli så litet som möjligt. Ingen speciell hantering eller imputering sker vid beräkning av dödsorsaksstatistiken.

Vid drygt 300 dödsfall per år där den underliggande dödsorsaken har klassats som en yttre orsak har avsikten bakom skadehändelsen som ledde till dödsfallet kunnat avgöras. Den underliggande dödsorsaken blir i dessa fall Skadehändelser med oklar avsikt. Hur stor del av dessa dödsfall som i själva verket är självmord är okänt samt att det verkliga antalet självmord också är okänt.

Information om bortfall rörande objektsbortfall finns inte. Detta är dock troligen väldigt litet.

Även befolkningsstatistiken saknar i egentlig mening objektsbortfall.

Bearbetningar av data:

Uppgifterna på dödsorsaksintygen kodas enligt WHO:s internationella version av ICD-10. Mer information om detta finns i volym 2 av ICD-10, https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf.

Beräkningar:

Indikatorn beräknas som antal dödsfall (x) genom befolkning (n) multiplicerat med 100 000: $\frac{x}{n} * 100\,000$

Granskning:

Vid produktionen av dödsorsaksregistret kontrolleras att dödsorsakerna är rimliga utifrån den avlidnes ålder och kön samt att den angivna dödsorsaken är en rimlig dödsorsak utifrån de regler som finns i ICD-10.

Objektsbortfall kontrolleras och korrigeras mot uppgifter från Skatteverket.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn beskriver delmålet bra.

Den relativt stora andelen dödsfall klassade som skadehändelser med oklar avsikt gör att framförallt antalet dödsfall bör tolkas med viss försiktighet.

Olika sätt att bestämma och koda dödsorsaker i olika länder gör att det kan vara svårt att jämföra dödsorsaksstatistik från olika länder. När det gäller självmord kan det dessutom finnas stigma som gör att antalet dödsfall underrapporteras. Olika riktlinjer för när ett dödsfall ska klassas som suicid gör att internationella jämförelser bör göras med stor försiktighet.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Statistik över dödsorsaker publiceras årligen i den officiella statistiken över dödsorsaker samt i Socialstyrelsens statistikdatabas över dödsorsaker.

Jämförbarhet över tid:

Jämförbarheten över tid är god.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Då den redovisade indikatorn är densamma som den globala finns inga betydande skillnader.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med andra indikatorer med samma population (personer folkbokförda i Sverige).

Övrig information

Självmord definieras som dödsfall med någon av följande diagnoskoder som underliggande dödsorsak:

Avsiktligt självdestruktiv handling (X60-X84)

Sena effekter av avsiktligt självdestruktiv handling (Y87.0)

Referenser

Metadata:

<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-04-02.pdf>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.4.2>

WHO methods and data sources for global causes of death, 2000–2019:

https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf

The cause of death categories (including suicides) follow the definitions in terms of the International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10). Please see Annex Table A of the WHO methods and data sources for global causes of death, 2000–2019:

https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf

Mål: 3 God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande

Indikator: 3.4.3(N) Återstående medellivslängd, totalt i befolkningen och fördelad på kön och utbildningsnivå - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Statistiska centralbyrån.

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Örjan Hemström
E-post	Orjan.hemstrom@scb.se
Telefon	010-479 49 97

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Återstående medellivslängd från födelsen totalt i befolkningen och efter kön och utbildningsnivå används som en nationell indikator som ett globalt hälsomått och följer inte direkt under något av delmålen.

Datakällor:

Uppgifter för kvinnor och män efter kombinationer av utbildningsnivå och hushållstyp hämtas från SCB:s statistikdatabas, det är officiell statistik. Här har särskilt också tagits fram, med samma beräkningsmetod uppgifter för båda könen sammantaget räknat från födelsen, som inte finns i SSD. Källan är samma som i SSD, SCB:s befolkningsstatik. Antalet återstående år efter utbildningsnivå och hushållstyp finns för alla enskilda åldrar från och med 30 års ålder i livslängdstabeller. För denna är källan utbildningsregistret.

Tillgänglighet:

SCB:s statistikdatabas. Uppgifter för kön och utbildningsnivå används även av Folkhälsomyndigheten i samband med folkhälsorapportering.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Populationen för befolkningsstatistiken och befolkningens utbildning utgörs av de personer som skulle ha varit folkbokförda i Sverige någon gång under de olika åren som ingår i tidsserien (2012 till 2020), om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel. Observationsobjekten utgörs av, eller härleds utifrån, poster i Registret över totalbefolkningen (RTB), där varje post motsvarar en person. För statistik avseende folkmängd utgör personer målobjekt och för statistik om befolkningsförändringar avseende födda och döda utgör också personer målobjekt.

Variabler:

De variabler som används för indikatorns framtagning är ålder (ettåriga), kön (kvinnor, män, båda könen totalt), högsta uppnådda utbildningsnivå, hushållstyp (ensamstående, sammanboende, övriga hushåll) och uppgift om dödsfall.

Referenstid:

Referenstid för ettåriga uppgifter om återstående medellivslängd är årets mitt, befolkningsmängd är medelfolkmängd under året (medeltal för folkmängd vid två årsslut).

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Indikatorn framställs från totalräknade register. Återstående medellivslängd efter utbildningsnivå och hushållstyp är avgränsad till befolkningen född i Sverige.

Insamlingen, dataregistreringen, sker vid Skatteverkets folkbokföring (befolkningsstatistiken). Uppgifter om högsta utbildningsnivå kommer från ett stort antal register vid SCB., bland annat Universitets- och högskoleregistret, examinerade, Universitets- och högskoleregistret, avklarade poäng, Universitets- och högskoleregistret, Registret över forskarutbildade, Register över avgångna från gymnasieskolan, Avgångna från grundskolan, Folk- och bostadsräkningen 1990 (FoB90), Folk- och bostadsräkningen 1970 (FoB70). Vissa uppgifter kommer från bland annat Arbetsförmedlingens register om Utbildningsbakgrund och från Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal. För gruppen nyinvandrade utrikes födda (20–59 år) som under året (oktober-september före aktuellt årsskifte) blivit folkbokförda och saknar uppgift om utbildning i Utbildningsregistret genomförs en årlig

enkätundersökning (Utbildning i annat land än Sverige) där uppgifter om personernas högsta utbildning samlas in. Uppgifter om hushållstyp är från hushållsregistret i befolkningsstatistiken.

Bearbetningar av data:

För Befolkningsstatistiken gäller att själva dataregistreringen sker på Skatteverket. Då uppgifterna bereds, dataregistreras och bearbetas inom folkbokföringen genomförs både manuella och maskinella kontroller som kan ge upphov till rättelser och korrigeringar.

När uppgifterna sedan aviserats till SCB granskas de i de olika skeden av bearbetningar som görs innan de godkänns för inläggning i RTB:s observationsregister.

Vid datainsamlingen från administrativa källor utanför SCB, som exempelvis Arbetsförmedlingen, används en mall för databeställningar där population, referenstid och variabler specificeras. När datamaterialet kommer till SCB kontrolleras att levererat material motsvarar det som angetts i beställningen.

SCB:s enkätenhet samlar in det frågeformulär som årligen går ut till nyinvandrade utrikesfödda och som utgör en indatakälla till Utbildningsregistret. De inkomna frågeformulären granskas i flera olika skeden av bearbetningen. Inflödet följs upp och jämförelser görs med tidigare år med avseende på svarsfrekvenser och ett flertal processvariabler.

Universitets- och högskoleregistret som är en källa till Utbildningsregistret, har sin insamling via LADOK. Granskning vid insamlingen sker inom Universitets- och högskoleregistret.

SCB samlar på uppdrag av Skolverket in uppgifter om förskola, fritidshem, skola, vuxenutbildning och annan pedagogisk verksamhet. En del av Skolverksregistren är också viktiga indatakällor för UREG. Granskningen görs i framställningen av varje skolregister.

Bearbetningarna för statistiken är helt PC-baserade. Bearbetningsprogrammen är skrivna i SAS och de manuella momenten är få. Resultaten kontrolleras noggrant för att upptäcka misstag samt jämförs med vissa livslängdstabeller för kvinnor och män som publicerats tidigare i befolkningsstatistiken. Det finns inga kända fel kvar i bearbetningsfasen. Kontroller för eventuella bearbetningsfel i grundmaterialet har inte gjorts och eventuella bearbetningsfel i respektive register/undersökning förekommer då även i livslängdstabeller efter utbildningsnivå.

Statistiken bearbetas med kodning av ömsesidigt uteslutande kategorier utifrån ursprungliga värдемängder. Det görs för utbildningsnivå, födelseland och hushållstyp.

Utbildningsnivå, högsta enligt SUN (svensk utbildningsnomenklatur)

- Uppgift saknas. Individer som har bortfallskod i UREG (betyder att utbildning saknas helt eller är okänd).
- Förgymnasial utbildningsnivå. Individer som klassificerats med förgymnasial utbildning kortare än 9 år eller med förgymnasial utbildning 9 år (motsvarande).
- Gymnasial utbildningsnivå. Individer som har gymnasial utbildning högst 2-årig eller gymnasial utbildning 3 år.
- Eftergymnasial utbildningsnivå. Individer som har eftergymnasial utbildning kortare än 3 år, eftergymnasial utbildning 3 år eller längre eller forskarutbildning.

Hushållstyp

- Ensamstående. Individer som är ensamstående utan barn, ensamstående med barn under 25 år eller ensamstående med barn över 24 år.
- Sammanboende. Individer som är sammanboende utan barn, sammanboende med barn under 25 år eller sammanboende med barn över 24 år.
- Övriga hushåll. Individer i övriga hushåll utan barn, övriga hushåll med barn under 25 år eller övriga hushåll med barn över 24 år.

Bearbetningen av respektive register och urvalsundersökning beskrivs i kvalitetsdeklarationerna för Befolkningsstatistik www.scb.se/BE0101 och utbildningsstatistik www.scb.se/UF0506.

Beräkning av indikatorn:

Återstående medellivslängd beräknas i en livslängdstabell och beskrivs mer detaljerat i dokumentationen av SCB:s befolkningsstatistik¹ samt för livslängdstabeller efter utbildningsnivå². Återstående medellivslängd utgörs av det antal år som i genomsnitt återstår att leva för en person i en viss bestämd ålder enligt den, vid tidpunkten för beräkningen, gällande dödligheten. Återstående medellivslängd vid födelsen kallas kortare för medellivslängd, men förstås bäst som observerad standardiserad medelålder vid döden. I måttet görs en modellskattad justering av dödsriskerna i åldern 95+.

När det gäller livslängdsberäkningar efter utbildningsnivå ingår endast personer födda i Sverige. Uppgifter om utbildningsnivå saknas ofta för

¹

https://www.scb.se/contentassets/9299bfcd87ba4c828a8d46b4db49d67a/be0101_kd_2018_tj_190218.pdf

²

https://www.scb.se/contentassets/67bbc721377f47659568254a88e28627/be0701_staf_2018_oh_190605.pdf

utrikes födda. Därför har de exkluderats från statistiken. Livslängdsberäkningen görs med en utjämning av dödsrisker i de äldsta åldrarna, 90 år och äldre 2000–2009 och 99 år och äldre 2010–2011. Utjämningen 2000–2011 innebär att alla utbildningsgrupper tilldelas samma dödsrisk som inrikes födda kvinnor och män totalt i riket från och med de olika höga åldrarna. Anledningen till utjämningen är att utbildningsnivå saknas för samtliga personer födda i Sverige före 1911. Från och med 2012 görs beräkningen på samma sätt som i den officiella statistiken för kvinnor och män totalt i Sverige, med modelljusterade dödsrisker i åldern 95+.

Granskning av indikatorn:

För granskning av data, se bearbetning ovan. Färdiga livslängdstabeller jämförs för föregående år för att se att uppgifter är rimliga.

Indikatorns tillförlitlighet

För en hel nation och större grupper är återstående medellivslängd en tillförlitlig indikator. I grupper där det finns kända brister med övertäckning (personer som är folkbokförda, men som inte borde vara det) är måttet av sämre kvalitet. Det gäller främst utrikes födda, som har störst förekomst av övertäckning i befolkningsregistret. Det är ett av skälen till att utrikes födda inte ingår i beräkningen av återstående medellivslängd efter utbildningsnivå.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn framställs årligen av SCB, med möjlig historisk tidsserie från mitten av 1700-talet för kvinnor och män (inte för utbildningsnivå). Under åren har olika metoder för korrigeringar av folkmängd och utjämning av dödsrisker i olika åldrar förändrats.

Jämförbarhet över tid:

Återstående medellivslängd har bra jämförbarhet över tid, även trots vissa mindre korrigeringar av beräkningar av dödsrisker bland de äldsta i befolkningen, vilka genomförts med jämna mellanrum sedan 1861.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Indikatorn ingår inte i den ordinarie indikatorsuppsättning inom målområde 3, och finns inte logiskt direkt under något av delmålen. Indikatorn ses som ett globalt hälsomått med bra kvalitet som är lämplig att följa upp. Den har tillfälligt placerats inom delmål 3.1. För

Sveriges del mer relevant än att minska mödradödligheten som är mycket låg i Sverige, och som är ett globalt delmål.

Samanvändbarhet:

Återstående medellivslängd kan sammanvändas med andra indikatorer, t.ex. Jämställdhet (målområde 5) och Minskad ojämlikhet (målområde 10) eftersom de redovisar uppgifter efter kön, utbildningsnivå och hushållstyp. Måtten finns som officiell statistik av SCB.

Livslängdstabeller som används för måttet kan kombineras med andra mått på hälsa och ohälsa för att ta fram hälsovägda levnadsår.

Spridningen avseende ålder vid död brukar ibland ses som ett mått på ojämlikhet vid döden. Spridningen har minskat över tid, det kan mätas med t.ex. standardavvikelse.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

SCB. Kvalitetsdeklaration. Befolkningsstatistik.

https://www.scb.se/contentassets/9299bfcd87ba4c828a8d46b4db49d67a/be0101_kd_2020_mf_200309.pdf

SCB. Statistikens framställning. Befolkningens utbildning.

https://www.scb.se/contentassets/776fd7a4ac2f4574ae86e4a3b5b7595e/uf0506_staf_2019_tw_200428.pdf

SCB. Statistikens framställning. Demografisk analys. Livslängdstabeller efter utbildningsnivå.

https://www.scb.se/contentassets/67bbc721377f47659568254a88e28627/be0701_staf_2019_oh_200522.pdf

Mål: 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Indikator: 3.4.4(N) Självskattad hälsa - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Statistiska centralbyrån (SCB).

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Anna Hagman
E-post	anna.hagman@scb.se
Telefon	010-479 48 19

Indikatorns sammanhang

Nationell som inte direkt kan inordnas i något av de specificerade delmålen. Är egentligen en övergripande indikator av välbefinnande i befolkningen för hela mål 3.

Ändamål:

Indikatorn i SDG-sammanhang är nationell och tas fram för att kunna beskriva såväl förändring över tid som nuläge gällande andel i befolkningen, fördelat på olika grupper såsom kvinnor och män när det gäller allmänt hälsotillstånd.

Datakällor:

Undersökningarna av levnadsförhållanden, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Indikatorn omfattas av den årliga publiceringen av Undersökningarna av levnadsförhållanden de år den finns med i undersökningen:

www.scb.se/ulf.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Målpopulationen utgörs av personer som är folkbokförda i Sverige och som är 16 år eller äldre under datainsamlingsåret.

Variabler:

Indikatorn redovisas i detta sammanhang fördelat på följande grupper:

Kön: Registeruppgift, om urvalspersonen är kvinna eller man.

Åldersgrupper: Registeruppgift baserat på urvalspersonens födelseår och avser urvalspersonens ålder den 31 december respektive undersökningsår: 16-29, 30-49, 50-64, 65+.

Inkomst: Registeruppgift, disponibel hushållsinkomst per konsumtionsenhet uppdelat på *kvintiler* i fem lika stora grupper.

Sysselsättning: Arbete –anställd, arbete –egen företagare, pensionär, arbetslös.

Högsta utbildningsnivå: Registeruppgift, förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial mindre än tre år, eftergymnasial minst tre år.

Födelselandsgrupp: Registeruppgift, Sverige, Norden utom Sverige, EU utom Norden, Europa utom Norden och EU, utanför Europa.

Hushållstyp: Barn/ungdomar som bor med föräldrar, ensamstående utan barn, ensamstående med barn 0-24 år, gift/sambo utan barn, gift/sambo med barn 0-24 år.

För definition av indikatorn, se avsnitt *Beräkning av indikatorn* nedan.

Referenstid:

Indikatorn redovisas med tvåårsmedelvärden, 2014-2015, 2016-2017 och 2018-2019 samt för år 2020.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) är en urvalsundersökning. Urvalet dras från SCB:s Registret över totalbefolkningen (RTB). Urvalet dras som stratifierat urval med obundet slumpmässigt urval inom respektive stratum.

Datainsamlingen pågår under större delen av året och sker huvudsakligen genom telefonintervjuer.

Frågeformulär finns publicerade på SCB:s webbsida:

<https://www.scb.se/hittillsassa-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/produktrelaterat/Fordjupad-information/ulfsilc--intervjuformular/>

Under 2014-2018 uppgick bortfallet, ovägt, till 44-48 procent.

En betydande bortfallsökning har skett under åren efter 2008. Både andelen vägrare och andelen ej anträffbara har ökat, men andelen ej anträffbara har ökat i störst utsträckning och utgjort en stor del av bortfallsökningen under de senaste åren.

Mer utförlig information om bortfallsutvecklingen, bland annat fördelat på kön, ålder, utbildningsnivå samt inrikes och utrikes födda, finns på SCB:s webbplats:

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/produktrelaterat/Fordjupad-information/bortfallsutvecklingen-i-ulf/>

När resultaten beräknas används vikter som tar hänsyn till urvalsdesign och bortfall. Vid bortfall kan det vara så att vissa grupper av urvalet svarar i mindre utsträckning än övriga, till exempel kan män och yngre svara i mindre grad än kvinnor och äldre. Om de grupper som svarat i mindre utsträckning har en annan fördelning på undersökningsvariablerna än övriga kan detta ha en snedvridande effekt på resultatet. För att minska denna skevhet har så kallade kalibreringsvikter använts.

Bearbetningar av data:

Ingen kodning, imputering eller annan databearbetning görs med avseende på indikatorn.

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn om det allmänna hälsotillståndet mäts med frågan "Hur tycker du att din hälsa är i allmänhet? Är den...

- 1 mycket bra
- 2 bra
- 3 någorlunda
- 4 dålig
- 5 mycket dålig

Definitionen av "Bra hälsa" är att intervjupersonen antingen svarat "mycket bra" eller "bra" på frågan.

Granskning av indikatorn:

Vid bearbetning av svarsdata och vid framställning av resultat genomförs granskning och det genomförs outputgranskning av resultattabeller.

Indikatorns tillförlitlighet

De osäkerhetskällor som har störst betydelse för ULF/SILC är urval (beror på att ett specifikt urval undersökts), bortfall (beror på att svar helt eller delvis saknas för vissa personer i urvalet) samt mätning (beror främst på att frågor eller svar missförstås).

Den slumpmässiga osäkerheten beroende på att undersökningen är baserad på ett urval redovisas i form av osäkerhetstal. Dessa kan användas för att skapa konfidensintervall. Dessa är tillgängliga i de tabellpaket som publiceras på www.scb.se/LE0101.

Det finns inga beräkningar på hur stor effekt de systematiska felen har på undersökningens resultat. För att minska effekten av bortfallsfel används hjälpinformation för att ta fram så kallade kalibreringsvikter.

För att minska effekten av mätfel tillämpas medlyssning vid ungefär 5 procent av de genomförda intervjuerna.

Mer information om statistikens kvalitet finns på SCB:s webbplats www.scb.se/ulf

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn är inkluderad i undersökningen varje år.

Jämförbarhet över tid:

Frågan finns i ULF/SILC sedan flera år, men har ställts på samma sätt och med samma svarsalternativ sedan 2014. Det är ett skäl till att indikatorn nu redovisas från och med 2014. Det finns möjlighet att förlänga tidsserien bakåt men då med något sämre jämförbarhet.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Den redovisade indikatorn är nationell.

Samanvändbarhet:

Indikatorn är vanligt förekommande i hälsoundersökningar och bör ha bra sammanvändbarhet med de undersökningar som använder de definitioner som finns i Eurostats direktiv, såsom att enbart ställa frågan till direkt intervjuade (det vill säga att inte inkludera de som svarar åt någon annan).

Övrig information

Referenser

Statistikens kvalitet:

https://www.scb.se/contentassets/35da017ddbc3439a932bd8af95c58601/le0101_kd_2019_ee_200417.pdf.

Statistikens framställning:

https://www.scb.se/contentassets/35da017ddbc3439a932bd8af95c58601/le0101_staf_2019_ee_200417.pdf.

Redovisningsgrupper:

https://www.scb.se/contentassets/435a38e207be435db4e000ebe36b86df/ulf-redovisningsgrupper_ssd_rev2020.pdf.

Mål: 3 God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Indikator: 3.4.5(N) Besvär av trafikbuller i eller i närheten av bostaden; Besvär av trafikbuller inomhus med stängda fönster och dörrar; Sömnstörda av trafikbuller; Antal exponerade för höga ljudnivåer från trafik vid bostaden - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndigheten.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn syftar till att undersöka andelen av befolkningen (%) som uppger att de har besvär av trafikbuller i eller i närheten av bostaden eller har svårt att somna eller blir väckta av trafikbuller. Indikatorn är nationell.

Datakällor:

Miljöhälsoenkät 1999, 2003, 2007, 2011 och 2015. Nationella folkhälsoenkäten 2018 och 2020.

Genom Miljöhälsoenkäten följer Folkhälsomyndigheten hur exponering och upplevda besvär av miljöfaktorer som t.ex. buller utvecklas. Resultaten för vuxna redovisas i Folkhälsodata och i visualiseringsverktyget Folkhälsostudio på både nationell och regional nivå, efter kön och i kombination med utbildning och undersökningsår. Resultaten för barn från 2019 kommer att läggas in i Folkhälsodata/Folkhälsostudio under 2020.

Från och med 2018 ingår frågan om sömnstörning även i den Nationella folkhälsoenkäten.

För länkar, se nedan.

Tillgänglighet:

För 2003 och 2011 års barnenkäter:

Se avsnitt om buller och höga ljudnivåer i Miljöhälsorapport 2005 utgiven av Socialstyrelsen:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf262002b3a94cc7b55bb46a287c460e/miljohalsorapport-2005.pdf>

och Miljöhälsorapport 2013 utgiven av Institutet för Miljömedicin:

<http://www.imm.ki.se/mhr2013.pdf>

För 1999, 2007 och 2015 års vuxnenkäter:

Se Folkhälsodata - Miljöhälsoenkäten, nationella och regionala resultat: "Besvär av trafikbuller efter kön, region och år. Andel (procent)"

http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/I_Milj%c3%b6h%c3%a4lsa/I_Milj%c3%b6h%c3%a4lsa_Buller/bullkon.px/table/tableViewLayout2/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c

För 2018

Se Folkhälsodata - Nationella folkhälsoenkäten, nationella och regionala resultat: "Trafikbuller, störd av, (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent)."

http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_iMi_ljohals_Buller/trafbullald.px/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

1999: individer 19–81 bosatta i Sverige

2003, 2011: individer 12 år bosatta i Sverige

2007: individer 18–80 bosatta i Sverige

2015: individer 18–84 bosatta i Sverige

2018: individer 16–84 år bosatta i Sverige.

2020: individer 16–84 år bosatta i Sverige.

Variabler:

Förutom de variabler som samlades in via frågeblanketten hämtades följande variabler från SCB:s register:

- Kön
- Födelseår
- Födelseland (även föräldrars födelseland för barnenkäterna)
- Medborgarskap
- Civilstånd
- Högsta avslutade utbildningsnivå
- Sammanräknad förvärvsinkomst och arbetsrelaterade ersättningar
- Hushållets disponibla inkomst
- Kommun

Referenstid:

1999–2020

Indikatorns framställning

Miljöhälsoenkäten har genomförts sedan 1999 och utvecklats under tid samt bytt hemvist från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Nedan beskrivning av indikatorns framställning från Miljöhälsoenkäten hänvisar därför till framställningen av den senaste enkätundersökningen som genomfördes 2015 och är hämtad från SCB:s tekniska rapport för Miljöhälsoenkät 2015.

Sedan 2018 har indikatorn även framställts genom den Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Fullständig teknisk rapport från SCB om framställandet av denna enkät finns här:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Datainsamling:

Miljöhälsoenkäten (2015)

Informationsbrev med inloggningsuppgifter och frågeblanketter skickades ut till urvalspersonerna med post. I ett informationsbrev ombads personen att besvara frågorna och skicka svaret till SCB. I undersökningen användes en webbintensiv utsändningsstrategi. Det innebar att första utskicket var i form av ett brev med inloggningsuppgifter, andra utskicket med frågeblankett, det tredje i

form av ett påminnelsebrev med inloggningsuppgifter och det fjärde i form av en påminnelse med ny frågeblankett.

Av de svarande valde 16 841 att besvara webbenkäten, vilket var 45,4 procent av de svarande. I informationsbrevet kunde uppgiftslämnarna läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SCB. Informationsbrevet informerade också om att uppgifter hämtades från SCB:s register och att en avidentifierad datafil levererades till Folkhälsomyndigheten. Brevet informerade även om personuppgiftslagen samt offentlighets- och sekretesslagen och att det var frivilligt att medverka i undersökningen.

För att SCB ska kunna lämna ut data från en enkätundersökning krävs informerat samtycke av uppgiftslämnarna. Det innebär att de genom att besvara blanketten och skicka in den godkänner att deras svar kompletteras med de bakgrundsvariabler, och behandlas på det sätt, som beskrivs i informationsbrevet. Datainsamlingen genomfördes av enkätenheten vid SCB. Datainsamlingen genomfördes via webb samt skanning av de frågeblanketter som kommit in via post.

Urval Miljöhälsoenkäten

Urvalet har under åren ökat från cirka 16 000 personer 1999 till cirka 110 000 i den senaste Miljöhälsoenkäten som skickades ut under våren 2019.

1999: Under våren skickades enkäten ut till 15 750 personer i hela riket. Målpopulationen var alla i åldrarna 19–81 år som varit bosatta i Sverige under de senaste fem åren. Totalt bestod målpopulationen av 6 357 557 individer.

2003: Totalt skickades frågeformulär ut till föräldrarna till drygt 40 000 barn. Formulären skickades till barnens mantalsskrivnings-adresser. Barnen var i åldrarna 8 månader, 4 år och 12 år. Barnen var födda i Sverige eller hade varit bosatta i Sverige i minst fem år. I hela riket fanns det 314 651 barn som uppfyllde dessa villkor (målbefolkningen). I många avseenden är föräldrarnas svar representativa för alla barn upp till och med 14 år, ca 1 591 000 barn.

2007: Totalt ingick 43 905 personer i enkätundersökningen, vilket motsvarar 0,6 procent av målbefolkningen. I den första delen, grundurvalet, valdes 10 500 personer ut. Dessa var jämnt fördelade mellan Sveriges 21 län. Den andra delen bestod av ett förstärkt urval för tio län med sammanlagt 33 405 personer.

2011: Totalt nästan 71 400 barn valdes ut genom ett slumpmässigt urval inom alla län. Cirka 36 000 personer besvarade enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på drygt 50 procent.

2015: Nettourvalet (målgruppen) 2015 utgjordes av 88 300 personer i åldern 18–84 år som varit folkbokförda i Sverige i minst fem år. I tidigare miljöhälsoenkäter var åldersintervallet 18–81 år men det har alltså utökats till 18–84 år för att öka samstämmigheten med övriga enkätundersökningar från Folkhälsomyndigheten.

2018: I den nationella folkhälsoenkäten drogs ett obundet slumpmässigt urval om 40 000 personer.

2020: I den nationella folkhälsoenkäten drogs ett obundet slumpmässigt urval om 40 000 personer.

År 2015 utgjordes urvalspopulationen av personer i åldern 18–84 år, som varit folkbokförda i Sverige sedan minst fem år, den 23 mars 2015 (datum för första utskicket). En urvalsram skapades som avgränsade, identifierade och möjliggjorde koppling till objekten i populationen. Urvalsramen i undersökningen skapades med hjälp av data från Registret över totalbefolkningen, RTB, version 2015-01-31. Antalet personer i urvalsramen var 7 123 256.

Urvalsramen stratifierades på region. Grundurvalet utgjordes av ett stratifierat obundet slumpmässigt urval (STOSU), om 500 personer från vart och ett av rikets 21 län. Utöver grundurvalet tillkom förtätningar av regioner (län, kommun eller församling). Totalt bildades 82 strata. Från urvalsramen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 88 300 personer.

Bortfall Miljöhälsoenkäten

Bortfallet består dels av objektsbortfall, som innebär att frågeblanketten inte är besvarad alls, dels av partiellt bortfall som innebär att vissa frågor i blanketten inte är besvarade. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva. För att reducera bortfallsskevheten har vikter beräknats med hjälp av kalibrering.

Objektsbortfall kan bland annat bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte går att nå eller att uppgiftslämnaren är förhindrad att medverka. Objektsbortfallet i denna undersökning redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Beskrivning av objektsbortfall

	Antal
Ej avhörda	48 950
Postreturer	912
Avböjd medverkan	650

Förhindrad medverkan	228
Ej anträffad	218
Totalt	50 958

Partiellt bortfall kan bero på att en fråga är svår att förstå, är känslig, att uppgiftslämnaren glömmer att besvara frågan eller att instruktionerna vid hoppfrågor misstolkas. Det partiella bortfallet varierar mellan 0,2 och 3 procent för de flesta av frågorna. I denna undersökning ligger det partiella bortfallet under 5 procent för 94,3 procent av frågorna bland webbsvaren, 76,4 procent av frågorna bland pappersenkätsvaren och 84,1 procent av frågorna bland pappers och webbsvar sammantaget. Webbsvaren har således ett lägre partiellt bortfall jämfört med pappersenkätsvaren. I ett fåtal frågor har dock webbsvaren ett högre partiellt bortfall.

Nationella folkhälsoenkäten – HLV 2018

En bortfallsanalys genomfördes 2009 som visade att de som avstår från att besvara enkäten inte tycks ha ett avvikande svarsmönster i jämförelse med dem som besvarat den. Se teknisk rapport om urval och bortfall från SCB:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Bearbetningar av data:

Indikatorn består av flera olika delar som bearbetas på olika sätt. Den del som mäter "sömnstörda av buller" består av andelen som minst en gång per vecka uppgav att de har svårt att somna eller blir väckta av trafikbuller. Dit räknas de som svarade ja på minst en av frågorna om att bli väckt respektive ha svårt att somna dagligen eller varje vecka året runt.

För övriga delar som ingår i indikatorn räknas de som angivit att de upplever besvär dagligen eller varje vecka året om till andelen för respektive besvär.

Beräkning av indikatorn:

Miljöhälsoenkäten

För varje svarande person (kallas objekt i fortsättningen) har en vikt beräknats. Syftet med detta är att kunna redovisa resultat för hela populationen och inte bara för de svarande. Vikten kallas därför även för uppräkningsstal. Vikterna har beräknats utifrån urvalsdesignen samt antaganden om objektsbortfall och täckningsfel. Beräkningen gjordes med hjälp av ett av SCB egenutvecklat SAS-makro (CLAN).

Vikterna i denna undersökning kan beskrivas med formeln:

$$w_k = d_k^* \cdot g_k$$

där

w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

d_k^* = designvikt- och bortfallsvikt

g_k = justeringsvikt baserad på hjälpinformation

Vikten d_k^* är den del av vikten som dels beror på urvalsdesignen och dels kompenserar för det totala bortfallet inom strata. Vid bortfall kan det vara så att vissa grupper av urvalet svarar i större utsträckning än övriga, t.ex. kan kvinnor svara i högre grad än män. Om de grupper som svarat i högre grad har en annan fördelning med avseende på undersökningsvariablerna än övriga kan detta ha en snedvridande effekt på resultatet. För att kompensera för detta har kalibreringsvikter använts. Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl och därmed att över- och undertäckningen är försumbar. Vikterna/uppräkningsstalen multipliceras med objektens variabelvärden för att skapa statistikvärden gällande för populationen. Om vikterna inte

används så kan resultaten bli helt missvisande. Vikterna kompenserar för objektsbortfallet men inte för det partiella bortfallet.

För beräkning av skattningar av totaler används följande formel:

$$\hat{Y} = \sum_r w_k y_k$$

där

w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

y_k = variabelvärde för objekt k

och summering sker av de svarande (r)

För beräkning av skattningar av medelvärden används följande formel:

$$\hat{\bar{Y}} = \frac{\sum_r w_k y_k}{\sum_r w_k}$$

där

w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

y_k = variabelvärde för objekt k

och summering sker av de svarande (r)

Nationella folkhälsoenkäten - HLV

Se teknisk rapport från SCB:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Granskning av indikatorn:

Miljöhälsoenkäten

Kontroller har genomförts bland annat för att säkerställa att endast valida värden förekommer i materialet. Täckningsfel, under- och övertäckning, innebär att urvalsram och population inte helt stämmer överens. Ett sätt att minska täckningsfelen är att ha bra och uppdaterade register. Registret över totalbefolkningen (RTB) bedöms vara av god kvalitet och bra uppdaterat. I denna undersökning visade sig 209 personer vara övertäckningsobjekt. Det var personer som avlidit eller flyttat utomlands.

Ytterligare kvalitetskomponent som undersökts är:

- Urvalsfel: avvikelser mellan ett skattat värde och det faktiska värdet som beror på att man inte undersöker alla objekt i populationen.
- Mätfel: ett fel som kan uppstå vid mätning är att lämnade uppgifter skiljer sig från faktiska uppgifter, t ex då uppgiftslämnaren inte minns de faktiska uppgifterna, missförstår frågan eller medvetet svarar felaktigt.
- Bearbetningsfel: Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Dessa fel kan förhindras och upptäckas i de kontroller som genomförs vid dataregistreringen.
- Bortfallsfel: inträffar om objekten i bortfallet och de svarande skiljer sig åt avseende frågorna/variablerna i undersökningen. En beskrivning av bortfallet finns i den bortfallsanalys som gjorts i samband med valet av hjälpinformation till kalibreringen (se ovan).

Nationella folkhälsoenkäten - HLV

Se teknisk rapport från SCB:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Indikatorns tillförlitlighet

Delmål 3.4 avser att till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Den nationella indikatorn 3.4.5 följer andelen i befolkningen som uppger att de har besvär av trafikbuller i eller i närheten av bostaden eller har svårt att somna eller blir väckta av trafikbuller.

Omgivningsbuller är den typ av störning i miljön som berör flest människor i Sverige och den vanligaste källan är trafik. Uppskattningar visar att nästan 20 procent av befolkningen (motsvarande 2 miljoner människor), är utsatta för trafikbuller där den dygnsekvivalenta ljudnivån utomhus vid fasad överstiger 55 dBA. Vägtrafik är den klart dominerande källan följt av spårtrafik och flygtrafik (Naturvårdsverket, 2014).

En av de allvarligaste effekterna av samhällsbuller är sömnstörning. Ostörd sömn är en förutsättning för att barn och vuxna ska fungera väl fysiologiskt och mentalt. De senaste årens forskning har stärkt misstanken om att långvarig exponering för trafikbuller ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom. Forskningen har i huvudsak fokuserat på samband mellan trafikbuller och sjukdomar såsom högt blodtryck, hjärtinfarkt och stroke (Miljöhälsorapport 2017).

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Miljöhälsoenkäten har genomförts vart 4:e år, varannan gång för vuxna och varannan gång för barn, sedan 1999. Senaste utskick var mars-juni 2019, vars data förväntas finnas tillgängligt årsskiftet 2019/2020

Från och med år 2018 finns frågan om sömnstörning av buller med i den nationella folkhälsoenkäten som genomförs vartannat år.

Jämförbarhet över tid:

Nationella enkätundersökningar i den vuxna befolkningen genomfördes 1999 (MHE99), 2007 (MHE07) och 2015 (MHE15) och resultaten beskrevs i respektive Miljöhälsorapporter MHR01, MHR09 och MHR17. Nationella enkätundersökningar om barns miljö och hälsa genomfördes

2003 (BMHE03) och 2011 (BMHE11) där resultaten har beskrivits i MHR05 respektive MHR13.

Flera enkätfrågor är liktydiga i alla enkätundersökningarna (i vissa fall har mindre förändringar varit nödvändiga), vilket gör det möjligt att jämföra resultaten och redovisa hur befolkningens miljö och upplevda hälsa har förändrats sedan 1999.

Frågan 1999 (vuxna) löd:

Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik) några av följande störningar?

- Svårt att somna
- Blir väckt
- Svårt att ha fönster öppet på dagtid
- Svårt att vistas på balkong eller uteplats

Svarsalternativen var:

- Ja, varje vecka året runt
- Ja, varje vecka vissa delar av året
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2003 (barn) löd:

Tycker du att något av dessa ljud [*Från frågan innan*: Ljud från bilar, bussar, grävmaskiner mm/Ljud från tåg, tunnelbana, spårvagn/Ljud från flygplan] har varit så störande så att du haft svårt att:

- Somna
- Sova hela natten utan att vakna

Svarsalternativen var:

- Ja, flera gånger i veckan
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2007 (vuxna) löd:

Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik) några av följande störningar i eller i närheten av din bostad?

- Svårt att somna
- Blir väckt
- Svårt att ha fönster öppet på dagtid
- Svårt att vistas på balkong eller uteplats

Svarsalternativen var:

- Ja, varje vecka året runt

- Ja, varje vecka vissa delar av året
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2011 (barn) löd:

Tycker du att trafikbuller (buller och ljud från väg-, tåg- och flygtrafik) medför några av följande störningar i eller i närheten av bostaden?

- Svårt att somna
- Blir väckt

Svarsalternativen var:

- Ja, varje vecka året runt
- Ja, varje vecka vissa delar av året
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2015 (vuxna) löd:

Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik), i eller i närheten av din bostad, några av följande störningar? Med ”i eller i närhet av din bostad” menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.

- Svårt att somna
- Blir väckt
- Svårt att ha fönster öppet på dagtid
- Svårt att vistas på balkong eller uteplats

Svarsalternativen var:

- Ja, dagligen
- Ja, varje vecka året runt
- Ja, varje vecka vissa delar av året
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2018 (vuxna) löd:

Medför trafikbuller (väg-, tåg- eller flygtrafik), i eller i närheten av din bostad, några av följande störningar? Med ”i eller i närheten av din bostad” menas inomhus samt utomhus alldeles i närheten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén.

- Svårt att somna
- Blir väckt
- Svårt att sova med öppet fönster
- Svårt att ha fönster öppet på dagtid
- Svårt att vistas på balkong eller uteplats

Svarsalternativen var:

- Ja, dagligen
- Ja, varje vecka året runt
- Ja, varje vecka vissa delar av året
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Det finns ingen jämförbar global indikator.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med indikator 3.9.4(N) som beskriver: Luftkvalitet i närheten av bostaden; Antal exponerade för nivåer av luftföroreningar från trafik vid bostaden.

Indikatorn kan också sammanvändas med 3.9.1 Dödsfall till följd av luftföroreningar i och utanför bostaden.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

Länkar till datakällor, se rubrik "Tillgänglighet" ovan

Länk till Miljöhälsorapporterna:

2001:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e874a5e74e364cb2b95e61298002799e/miljohalsorapport-2001.pdf>

2005:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf262002b3a94cc7b55bb>

2009:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9ae8f10a3a544fcd857c84a803602ee9/miljohalsorapport-2009.pdf>

2013: <http://www.imm.ki.se/mhr2013.pdf>

2017:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c44fcc5df7454b64bf2565454bbdf0e3/miljohalsorapport-2017-02096-2016-webb.pdf>

Länk till teknisk rapport för HLV:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Länk till rapport med bakgrund och syfte med frågorna i HLV:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d16468d6725b48f7bfbad5f56c9a81cf/syfte-bakgrund-nationella-folkhalsoenkaten-2018.pdf>

Naturvårdsverket. 2014. Kartläggning av antalet överexponerade för buller. Sweco/Naturvårdsverket. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:747806/FULLTEXT01.pdf>

Mål: God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Indikator: 3.4.6(N) Psykisk påfrestning bland vuxna - ej uppdaterad 2023

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet en.
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Psykisk ohälsa kan se mycket olika ut och omfattar både självrapporterade psykiska besvär och diagnostiserade psykiatriska tillstånd. Statistik från Folkhälsomyndigheten visar att förekomsten av självrapporterade psykiska besvär är hög i befolkningen och att drygt 40 procent uppger att de har besvär av ångslan, oro eller ångest. Oftast lätta besvär. Psykiatriska tillstånd är mindre förekommande än psykiska besvär. Det är dock en vanlig orsak till sjukskrivning och depressioner, ångest- och stressyndrom ligger bakom nästan hälften av alla sjukskrivningar i Sverige (Försäkringskassan, 2020:8 "Sjukskrivning i psykiatriska diagnoser"). För att följa andelen i befolkningen som kan ha ett psykiatriskt tillstånd används sedan 2020 indikatorn psykisk påfrestning i HLV.

Datakällor:

Datakälla för indikatorn är nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, som är en nationell urvalsundersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Undersökningen riktar sig till personer i åldern 16-84 år och har genomförts varje år fram till till år 2016 men från med 2016 görs undersökningen vartannat år. Till följd av covid-19-pandemin genomfördes en extra omgång under år 2021. För mer information om undersökningen hänvisas till undersökningens sida:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>.

Tillgänglighet:

Indikatorn ingår i Folkhälsomyndighetens folkhalsorapportering och i Folkhälsodata.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Samtliga personer folkbokförda i Sverige i åldern 16-84 år.

Variabler:

Andel (procent) av befolkningen 16-84 år, uppdelat på kön som svarat att de upplevt psykisk påfrestning under den senaste månaden. Med kön avses juridiskt kön. Indikatorn psykisk påfrestning mäts med *Kessler psychological distress scale* (K6) och består av 6 frågor som fångar in i vilken omfattning man under den senaste månaden har känt sig orolig, utan hopp, rastlös, nedstämd, ansträngd, värdelös. Svaren redovisas på en skala mellan "Hela tiden" till "ingen del av tiden".

Referenstid:

K6 har använts i HLV sedan 2020-års undersökning. Februari-maj 2020 och februari-maj 2021.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Det nationella urvalet för HLV görs som ett obundet slumpmässigt urval från SCB:s Register över totalbefolkningen (RTB). Från 2018 års undersökning och framåt omfattas urvalet av 40 000 personer, 16-84 år. HLV är en tvärsnittsundersökning och datainsamling sker med hjälp av pappers- och webbenkäter som finns på svenska, finska och engelska.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

Bearbetningar av data:

Till de 6 frågorna hör fasta svarsalternativ som kodas till den siffra som visas inom parentes: "Hela delen av tiden" (4); "Mesta delen av tiden" (3); "Viss del av tiden" (2); "Liten del av tiden" (1); "Ingen del av tiden"

(0). Poängen för de 6 delfrågorna summeras till ett totalpoäng som anta värden mellan 0–24.

Beräkning av indikatorn:

Poängen för de 6 delfrågorna summeras till ett totalpoäng som kan ha värdena 0–24. En summa om 13 eller högre kategoriseras som psykisk påfrestning, vilket innebär hög sannolikhet att man uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

Granskning av indikatorn:

Det interna/partiella bortfallet för frågorna som ligger till grund för beräkning av indikatorn granskas. År 2020 var det interna bortfallet för de 6 frågor som ingår i K6 1–1,5 procent per fråga. Ett betydande problem är att svarsfrekvensen i HLV har minskat över tid, med särskilt låga svarsfrekvenser bland de yngsta deltagarna (16–29 år). Svarsfrekvensen för hela befolkningen 16–84 år var 44 procent 2021. För att kompensera för bortfallet används kalibreringsvikter.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn psykisk påfrestning infördes i HLV 2020 som ersättning för den tidigare indikatorn nedsatt psykiskt välbefinnande, som mättes med *General health questionnaire*, GHQ. Båda mätinstrumenten avser att uppskatta andelen av befolkningen som kan ha ett psykiatriskt tillstånd. Studier visar att K6 har god förmåga att identifiera psykiatriska tillstånd i enlighet med DSM-IV (Kessler et al, 2002; 2003) och vissa studier indikerar att K6 fungerar bättre än GHQ-12 i detta syfte (Cornelius, Groothoff, van der Klink & Brouwer, 2013).

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn är ny, då K6 infördes i HLV 2020. I dagsläget har data för indikatorn samlats in 2020 och 2021.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn har enbart funnits sedan 2020. Data för den tidigare indikatorn *nedsatt psykiskt välbefinnande* kan inte användas som jämförelse då den härrör från en annan skala, GHQ.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Indikatorn är nationell.

Samanvändbarhet:

Indikatorn används i Folkhälsomyndigheten uppföljning av folkhälsa och

folkhälsorapportering.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

Försäkringskassan (2020). Sjukskrivning I psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning I åldern 20 – 69 år. Socialförsäkringsrapport 2020:8

Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L., Walters E.E., Zaslavsky A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*, 32, 959–976.

Kessler R.C., Barker P.R., Colpe L.J., Epstein J.F., Gfroerer J.C., Hiripi E., Howes M.J., Normand S.L., Manderscheid R.W., Walters E.E., Zaslavsky A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 184 –189.

Cornelius, B.L., Groothoff, J.W., van der Klink, J.J. *et al.* (2013). The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants. *BMC Public Health* 13, 128.

Mål: 3 God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Indikator: 3.4.7(N) Psykiska och somatiska besvär bland skolelever - ej uppdaterad 2023

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten.

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet en.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Psykisk ohälsa debuterar ofta under ungdomstiden och besvären kan bli långvariga, vilket påverkar barnets framtidsutsikter. Psykisk ohälsa kan mätas på olika sätt. Ett sätt är att mäta förekomsten av återkommande psykosomatiska besvär. Psykosomatiska besvär är vanligt förekommande i populationen, både bland vuxna och bland barn. Besvär som återkommer ofta kan vara tecken på psykisk ohälsa, t.ex. reaktioner på stress. Denna indikator mäter andelen barn som har uppgett minst två psykosomatiska besvär oftare än en gång i veckan under det senaste halvåret. Nationell indikator.

Datakällor:

Uppgifter om återkommande psykosomatiska besvär bland skolelever baseras på den svenska översättningen av Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) symptom check list som ingår i enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor. Sedan 1985/86 deltar Sverige i undersökningen Skolbarnshälsovanor, som Världshälsoorganisationen samordnar. Folkhälsomyndigheten genomför undersökningen på uppdrag av regeringen. Frågorna handlar om hälsa och levnadsvanor samt miljö i skolan och i hemmet. Resultaten presenteras på nationell nivå. Resultaten används för att

följa upp skolbarns hälsa över tid och för att identifiera områden som kräver insatser för att främja deras hälsa. Uppgifterna är inte personbundna.

Tillgänglighet:

I Sverige redovisas indikatorn publiceras i Folkhälsomyndighetens folkhälsorapportering. WHO redovisar internationell statistik för indikatorn.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Populationen omfattar skolbarn i ålder 11, 13 och 15 år.

Variabler:

Redovisning sker uppdelat på kön (flickor/pojkar), ålder (11-, 13- och 15-åringar), födelselandsgrupp (född i Sverige, född utomlands), familjesituation (bor med båda föräldrarna, bor växelvis, bor mest med en förälder, ibland hos den andra, bor med en förälder, bor utan föräldrar), familjens socioekonomiska villkor (ganska bra eller mycket bra ekonomiskt, genomsnittligt ställt ekonomiskt, inte alls bra eller inte särskilt bra ställt ekonomiskt)

Referenstid:

Redovisning vart fjärde år från 1985/86 till 2017/18.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Enkätundersökningen är skolbaserad och ett klusterbaserat urval görs för varje årskurs (åk 5, 7 och 9). Ett slumpmässigt urval av skolor väljs ut och därefter slumpas en klass i varje skola som får besvara enkäten.

Bearbetningar av data:

Enkätundersökningen 2017/2018 besvarades av ca 4 300 elever från 213 skolor. Svarsfrekvensen var 47 procent på skolnivå. Svarsfrekvensen har över tid minskat på skolnivå. Detta har hanterats genom att utöka urvalet av skolor för att få minst 1500 svarande elever per årskurs. Svarsfrekvensen i deltagande klasser (på individnivå) är vanligen hög.

HBSC symptom checklist innehåller frågor om åtta olika besvär: Huvudvärk, magont, ryggont, yrsel (somatiska) och nedstämdhet, nervositet, sömnbesvär, och irritation/dåligt humör (psykiska). För att

ta fram indikatorn återkommande psykosomatiska summeras de olika svarsalternativen så att de omfattar barn som har svarat att de har haft minst två av ovanstående besvär oftare än en gång i veckan under det senaste halvåret.

Internt bortfall exkluderas från vidare analyser.

Beräkning av indikatorn:

Se ovan. Återkommande psykosomatiska besvär redovisas som andel med 95% konfidensintervall.

Granskning av indikatorn:

Vid bearbetning av svarsdata och vid framställning av resultat genomförs granskning och det genomförs outputgranskning av resultattabeller.

Indikatorns tillförlitlighet

Återkommande psykosomatiska besvär baseras på skalan HBSC symptom scale som används i internationella sammanhang. Skalan har validerats i internationella studier. Svagheter med skalan är att besvären inte graderas vad gäller intensitet, varaktighet (över dagen) eller avseende vilken påverkan besvären har på barnens liv.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

November/december vart fjärde år. Senaste framställningen 2018.

Jämförbarhet över tid:

1989/90 var svarsalternativen formulerade på ett annat sätt , varför det saknas jämförbara data för det året.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Indikatorn definieras och beräknas på samma sätt i alla länder ("multiple health complaints). Referenstiderna kan variera mellan länder beroende på hur länge respektive land har varit med i undersökningen. Undersökningen genomförs samma år i alla länder och med samma urvalsprocedur. I agendan är det en nationell indikator.

Samanvändbarhet:

Kan vara användbar för andra indikatorer inom mål för utbildning.

Övrig information

Ingen övrig information

Referenser

Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence - Reliability and validity of survey methods. J Adolesc 2001;24:611–24.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197100903932>

Hetland J, Torsheim T, Aarø LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. Scand J Public Health 2002;30:223–30.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/140349480203000309>

Haugland S, Wold B, Stevenson J, et al. Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. Eur J Public Health 2001;11:4–10.
<https://academic.oup.com/eurpub/article/11/1/4/447290>

Ravens-Sieberer et al An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. Eur J Public Health 2008;18:294-299
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn001>

<http://www.hbsc.org/index.aspx>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/>

Mål: 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.

Delmål: 3.5 Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmisbruk, inklusive narkotikamisbruk och skadligt alkoholbruk.

Indikator: 3.5.2 Alkoholkonsumtion per capita (15 år och äldre) under ett kalenderår i liter ren alkohol.

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Ansvarig organisation: Folkhälsomyndigheten. Bidragande organisation: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndigheten.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn tas fram för att redovisa den totala alkoholanskaffningen i Sverige i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Indikatorn är global.

Datakällor:

Data sammanställd av CAN med data från följande källor: CAN:s Monitormätningar (surveyundersökning, telefonintervjuer), Systembolagets försäljningsstatistik, försäljning på restauranger (från Folkhälsomyndigheten), försäljning av folköl från företaget Delfi på uppdrag av Sveriges Bryggerier.

Tillgänglighet:

Indikatorn publiceras av CAN i en årlig rapport samt på Folkhälsomyndighetens webbplats Indikatorlabbet. De delar som rör den självrapporterade konsumtionen (surveyundersökningen) publiceras i separat rapport.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Åldersintervallet för intervjupersonerna i urvalet är 17–84 år. Endast de respondenter som kan genomföra en intervju på svenska ingår i undersökningen.

Variabler:

Vi har inte möjlighet att i dagsläget att bryta ner data på t.ex. ålder och kön för materialet som helhet.

Referenstid:

Försäljningsstatistik för helåren 2017. Intervjuer (Monitormätningarna) genomfördes kontinuerligt under året. År som ingår med samma mätmetod är 2017–2022.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Urval i befolkningen gällande intervjuerna i Monitormätningarna; de med ett tillgängligt telefonabonnemang i databasen PAR-konsument.

Register som avser den registrerade försäljningen (består av inrapportering från tillståndshavare av stadigvarande serveringstillstånd (restaurangrapport), från tillverkare och partihandlare av alkoholdrycker (statistikrapport försäljning/tillverkning) och direktinsamling som avser den oregistrerade försäljningen.

Registrerad försäljning inkluderar:

- Systembolaget
- Restauranger
- Livsmedelsbutiker

Oregistrerad försäljning inkluderar:

- Resandeförsäljning
- Smugglad alkohol
- Hemtillverkning
- Köp via internet

Bearbetningar av data:

Se beräkningar nedan.

Beräkning av indikatorn:

Registrerad anskaffning. Uppgifterna om försäljningen av alkohol på Systembolaget erhålls direkt från Systembolaget. Försäljning på restauranger baseras på partihandlarnas redovisade uppgifter som publiceras av Folkhälsomyndigheten. Försäljningen av folköl beräknas av företaget Delfi som redovisar uppgifter om försäljning från de företag som ingår i deras undersökningar, vilket är den övervägande majoriteten. För övriga företag görs en uppskattning. I de redovisade uppgifterna om folkölsförsäljningen ingår även den försäljning som sker på restauranger eller andra serveringsställen. Samtliga delmängder av den registrerade anskaffningen av alkohol räknas om till liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Denna omräkning baseras på de av Systembolaget redovisade alkoholhalterna i respektive dryckeskategori respektive år.

Oregistrerad anskaffning

1. Resandeförd alkohol

Antal förpackningar av respektive dryck respondenten tog med sig hem vid den senaste resan summeras till en volym av respektive dryck och totalt. Denna mängd multipliceras med antal gånger respondenten varit utomlands under de senaste 30 dagarna. De respondenter som tog med sig dryckerna tillsammans med någon eller några andra får sina mängder införd alkohol dividerade med det antal personer man tog med sig dryckerna tillsammans med. (Om exempelvis en respondent tar med sig 10 liter vin tillsammans med sin partner divideras den mängden med två, vilket innebär att respondentens införda mängd blir 5 liter.) Detta tillvägagångssätt används för att undvika att samma mängd alkohol uppges av flera personer. De införda mängderna drycker räknas om till antal liter 100 procent ren alkohol.

2. Köp av smugglad alkohol

Antal förpackningar av respektive dryck respondenten köpt vid det senaste tillfället summeras till en volym av respektive dryck. Dessa volymer multipliceras med antalet gånger man köpt smugglad alkohol under de senaste 30 dagarna. Dessa mängder dryck räknas därefter om till antal liter 100 procent ren alkohol.

3. Hemtillverkad alkohol, inklusive hembränd sprit

De mängder vin och öl som respondenterna har färdigställt räknas om till liter 100 procent ren alkohol. Mängden hembränd sprit beräknas med hjälp av konsumtionsfrågorna om de konsumerade mängderna sprit respektive hembränd sprit. Andelen hembränd sprit av den totala spritkonsumtionen (p) används för att beräkna den totala konsumtionen av hembränt på nationell nivå enligt följande ekvation:

$$T = \text{ÖS} + \text{pH} * T$$

I ekvationen står T för den totala spritkonsumtionen i landet, pH*T är andelen hembränt av den totala spritkonsumtionen. Konsumtionen, eller mer korrekt anskaffningen, av all övrig sprit betecknas med ÖS (försäljning på Systembolaget och restaurangerna samt de beräknade delmängderna oregistrerad sprit, förutom hembränt). Tecknet * i ekvationen är ett multiplikationstecken.

4. Köp av alkohol över internet

Antalet förpackningar av respektive dryck respondenten köpt vid det senaste tillfället summeras till en volym av respektive dryck. Dessa volymer multipliceras med antalet gånger man beställt alkohol på det sättet under de senaste 30 dagarna. De beställda mängderna drycker räknas därefter om till antal liter 100 procent ren alkohol.

Beräkning av den totala alkoholanskaffningen i befolkningen:

Den registrerade anskaffningen av alkohol summeras med den oregistrerade för att erhålla den totala anskaffningen av alkohol under respektive år. För den oregistrerade delen beräknas först de genomsnittliga mängderna resandeförd alkohol, köp av smugglad alkohol, beställt via internet samt hemtillverkad alkohol (bortsett från hembränt som beräknas separat, se ovan), separat för respektive dryck, bland respondenterna i liter 100 procent alkohol. Denna omräkning baseras på de av Systembolaget redovisade alkoholhalterna i respektive dryckeskategori respektive år. Därefter räknas dessa mängder om till totala volymer anskaffad alkohol i de olika kategorierna genom att multiplicera de genomsnittliga mängderna bland respondenterna med antalet personer som är 15 år och äldre i befolkningen. Dessa beräknade mängder är dock lägre än de verkliga volymerna i befolkningen av framförallt på grund av tre faktorer. Den första är att ålderskategorierna inte är desamma, 17-84 år i frågeundersökningarna jämfört med 15 år och äldre i redovisningen av den oregistrerade anskaffningen. Den andra är att respondenter generellt sett underrapporterar sina mängder anskaffad alkohol på grund av glömska och social önskvärdhet. Den tredje är att storkonsumenter är överrepresenterade i bortfallet. För att korrigera för dessa faktorer används ett uppräkningsförfarande. Detta uppräkningsförfarande baseras på skillnaden mellan respondenternas uppgivna köp av alkohol på Systembolaget och Systembolagets faktiska försäljning. Skillnaden mellan dessa används som ett mått på underrapporteringen och räknas om till en kvot som används för att räkna upp de olika delmängderna oregistrerad alkohol. Genom denna uppräkning korrigeras de beräknade volymerna för de två första faktorerna. Tidigare forskning har även visat att personer som generellt dricker mycket alkohol i större utsträckning är överrepresenterade i bortfallet. Ett separat uppräkningsförfarande används för att korrigera

även för detta. De som deltar i undersökningen viktas med hänsyn till variablerna kön, ålder och region (Hregion). H-regioner mäter invånartäthet i kommunerna, från storstad till glesbygd. Vid skapandet av denna viktvariabel används en så kallad viktmatris, där ålder är indelad i fem kategorier, variabeln H-region i tre kategorier och kön i två kategorier.

Granskning av indikatorn:

Innan leverans sker en granskning på intervjuarnivå för att upptäcka eventuella avvikelser. Dessutom sker en kontinuerlig medlyssning för att fånga upp förbättringsmöjligheter bland intervjuarna. Efter leverans sker en traditionell granskning av sureydata, innan uppgifterna publiceras.

Indikatorns tillförlitlighet

Uppgifterna för de oregistrerade delarna av konsumtionen är hämtade från en surveyundersökning. Enlig tidigare forskning är uppgifter om köp och konsumtion underrapporterade i den typen av undersökningar. Med anledning av detta sker uppräkningskorrigeringar av de redovisade uppgifterna för att korrigera dels för en allmän underrapportering men även för att storkonsumenter är överrepresenterade i bortfallet. I surveyundersökningar finns alltid en viss osäkerhet. På grund av det metodologiska upplägget har inte några konfidensintervall beräknats.

Bortfallet i Monitormätningarnas frågeundersökning har ökat successivt under perioden, vilket har varit en generell utveckling för den här typen av undersökningar. Under Monitormätningarnas första år, fram till 2004, uppgick det till ungefär 40 %. Därefter steg bortfallet till 50 % under åren 2007–2008, för att uppgå till omkring 66 % under de senaste åren. Det som definieras som bortfall i undersökningen är gruppen av personer som av olika skäl inte gått att nå för intervju eller som inte velat ingå i undersökningen. Denna grupp har dock ersatts av andra personer från urvalet som intervjuats istället för att erhålla det önskade antalet respondenter.

Läs hur bortfall hanteras under rubriken ”beräkningar”.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Årligen i september.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn finns från år 2001 och därefter årligen, den är jämförbar över tid.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Sveriges indikator innehåller både registrerad och oregistrerad försäljning av alkohol som en beräkning av den totala alkoholkonsumtionen.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan användas för att studera eventuella samband med relaterade skadeindikatorer som sjuklighet, dödlighet och våldsutveckling men inte på individnivå.

Övrig information

Data som tidigare redovisats (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>) stämmer inte helt överens med den data vi har i dagsläget och rapporterar nu.

År	Tidigare rapporterad data https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/	Det som nu rapporteras
2000	8,299..	Finns ej mätpunkt
2005	8,53..	10,26
2010	9,477..	9,5 (överensstämmer)
2015	9,1666..	9,13 (värdet har blivit justerad från 9,17 till 9,13 pga en felrapportering som justerats i efterhand)
2016	9,1582..	9,04

Referenser

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN:s) Monitormätningar.

<https://www.can.se/undersokningar/monitormatningarna/>

<http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/>

<https://www.can.se/Publikationer/rapporter/estimating-total-alcohol-consumption-in-the-monitor-survey>

<https://www.can.se/contentassets/09a4678d0fea4eae84319939e25eb036/estimating-total-alcohol-consumption-in-the-monitor-survey.pdf>

Mål: 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.5 Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk

Indikator: 3.5.3(N) Riskkonsumtion av alkohol - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndigheten.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn tas fram för att följa andelen av befolkningen 16–84 år med riskkonsumtion av alkohol, det vill säga konsumtion av alkohol som medför en förhöjd risk för relaterade skador. Indikatorn är nationell.

Datakällor:

Datakälla för indikatorn är den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (HLV). HLV är en upprepad tvärsnittsundersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor som baseras på ett nationellt obundet och slumpmässigt urval av personer i åldern 16–84 år. HLV genomfördes varje år mellan 2004 och 2016, men har genomförts vartannat år från 2016 med undantag för pandemiåret 2021 då en extra undersökning genomfördes. För mer information om HLV hänvisas till:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>.

Tillgänglighet:

Indikatorn redovisas till WHO (NCD Capacity Questionnaire) och ingår i Folkhälsomyndighetens återkommande rapportering.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Samtliga personer i åldern 16–84 år.

Variabler:

Andel (procent) med osäkerhet (konfidensintervall) av befolkningen 16–84 år med riskkonsumtion av alkohol. Indikatorn kan delas upp på kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland och län. Kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland och län är registervariabler. Med kön avses juridiskt kön. Ålder delas in i åldersgrupper enligt 16–29 år, 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år. Utbildningsnivå är begränsad till befolkningen 25–84 år och delas in i utbildningsgrupper enligt förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial. Födelseland delas födelselandsgrupper enligt Sverige, övriga Norden, övriga Europa och övriga världen.

Referenstid:

Februari-maj 2014, februari-maj 2016, februari-maj 2018, februari-maj 2020 och februari-maj 2021.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

HLV baseras på ett nationellt obundet och slumpmässigt urval. Urvalsstorleken var 20 000 personer mellan 2004 och 2016, men har utökats till 40 000 personer från 2018. Urvalsramen för undersökningen skapas med hjälp av data från registret över totalbefolkningen (RTB). HLV har gått från att vara en pappersenkät till att bli en kombination av webb- och pappersenkät. Den senaste undersökningen 2021 skickades först ett informationsbrev med inloggningsuppgifter till webbenkäten. Besvarades inte webbenkäten skickades en pappersenkät. Därefter skickades tre påminnelser, varav den sista med en ny pappersenkät. Svarsfrekvensen var 42 procent 2018, 42 procent 2020 och 44 procent 2021, men har minskat över tid från cirka 60 procent 2004. För en mer detaljerad beskrivning av datainsamlingen hänvisas till undersökningens tekniska rapporter:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/>.

Bearbetningar av data:

Indikatorn baseras på de tre första frågorna i en svensk version av "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT). AUDIT har utvecklats av WHO. Kortversionen som används i HLV kallas för AUDIT-C. Frågorna är:

- 1) Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?
 - a. 4 gånger/vecka eller mer
 - b. 2–3 gånger/vecka
 - c. 2–4 gånger/månad
 - d. 1 gång/månad eller mer sällan
 - e. Aldrig, gå vidare till fråga ...
- 2) Hur många "glas" (se exempel ...) drack du en typisk dag då du drack alkohol under de senaste 12 månaderna?
 - a. 1–2
 - b. 3–4
 - c. 5–6
 - d. 7–9
 - e. 10 eller fler
 - f. Vet inte
- 3) Hur ofta drack du sex "glas" (se exempel ...) eller fler vid ett och samma tillfälle under de senaste 12 månaderna?
 - a. Dagligen eller nästan varje dag
 - b. Varje vecka
 - c. Varje månad
 - d. Mer sällan än en gång i månaden
 - e. Aldrig

Svarsalternativen kodas 0–4 där 4 anger högst frekvens eller störst mängd.

Beräkning av indikatorn:

Svaren på frågorna 1–3 under "Bearbetning av data" summeras. Max poäng är 12. Gränsvärdet för riskbruk av alkohol är satt till 5 poäng eller fler för kvinnor och 6 poäng eller fler för män.

Andel med riskbruk av alkohol skattas för befolkningen och för olika grupper som viktad andel svarande.

För att reducera påverkan av bortfallet beräknas kalibreringsvikter. Vikterna beräknas utifrån urvalsdesign samt antaganden om objektsbortfall och täckningsfel. Beräkningen görs med hjälp av ett av SCB utvecklat SAS-makro (ETOS). Vikterna i undersökningen kan beskrivas med formeln:

$$wk = dk \cdot vk$$

där w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

dk = designvikt för objekt k

vk = kalibreringsvikt för objekt k baserad på hjälpinformation

Både icke åldersstandardiserade och åldersstandardiserade värden presenteras.

Granskning av indikatorn:

Resultaten jämförs med tidigare resultat och granskas av sakkunniga.

Indikatorns tillförlitlighet

Bortfallet bedöms vara den största källan till osäkerhet och dess påverkan på skevheten på beräknade statistiska storheter är okänd. Användningen av kalibreringsvikter vid framtagandet av de statistiska storheterna bedöms dock lindra skevheten i skattningarna till en viss grad. Täckningsfelet bedöms vara litet och ramtäckningen bedöms vara mycket god. För att begränsa mätfelet har enkätfrågorna i undersökningen genomgått mätteknisk granskning. Gränsvärdena har även prövats mot fullängdsversionen av AUDIT. Inga andra bedömningar av risk för mätfel har gjorts. Tänkbara mätfel inkluderar underrepresentation av personer med alkoholproblem, brister i metodtrohet såsom anpassning av AUDIT-C till svenska förhållanden och ordningsföljd på svarsalternativen, och underrapportering av alkoholkonsumtion. Mest troligt leder dessa mätfel till underskattningar av punkttestimaten. Osäkerhetsmåttet som tas fram är standardavvikelse. För information om storlek på objektbortfall och partiellt bortfall hänvisas till HLVs tekniska rapporter:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/>.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Undersökningen genomfördes varje år mellan 2004 och 2016, men genomförs vartannat år från 2016 (det vill säga 2018, 2020 och så vidare) med undantag för att en extra undersökning genomfördes under pandemiåret 2021. Data finns tillgängligt i slutet av det år som undersökningen genomförs.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn bedöms vara jämförbar över tid. Undersökningen genomförs under månaderna februari–maj det aktuella året. Enkätfrågorna, både när det gäller lydelse och svarsalternativ, var samma under åren 2004–2015. Lydelsen på frågorna ändrades 2016 till dem som anges under ”Bearbetning av data”. Ändringarna bestod av en ändring av tempus i frågorna 2 och 3, tillägg av en hänvisning till exemplen på glas i fråga 3 och tillägg av tidsangivelsen ”under de senaste 12 månaderna” i frågorna 2 och 3. Ändringarna medförde något högre punktestimat överlag.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Indikatorn är en nationell indikator.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan användas tillsammans med den globala indikatorn 3.5.2, alkoholkonsumtion per capita 15 år och äldre, för att ge en bild inte bara av den genomsnittliga konsumtionen av alkohol per capita utan även förekomsten av riskkonsumtion av alkohol, det vill säga konsumtion av alkohol som medför en förhöjd risk för relaterade skador. Att den nationella indikatorn kan delas upp på olika grupper innebär att den möjliggör ett jämlikhetsperspektiv.

Övrig information

-

Referenser

HLV: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

Riskkonsumtion av alkohol:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>

Datakälla: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_al_evvanor_aabLevvanoralk/

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.5 Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk..

Indikator 3.5.4(N) Psykisk störning och beteendestörning av psykoaktiva substanser, dvs. av alkohol och narkotika bland patienter 15 år och äldre inom sluten- eller öppenvården per 100 000 invånare - ej uppdaterad 2023

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Marianne Aggestam
E-post	Marianne.agggestam@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 36 03

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Den nationella proxy-indikatorn mäter beroendediagnoser inom sluten- och öppenvården och visar endast en delpopulation av den globala indikatorn som avser att mäta täckningsgrad av all prevention och behandling vid beroende av olika substanser.

Datakällor:

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tillgänglighet:

Den nationella indikatorn uppdateras regelbundet i Socialstyrelsen [statistikdatabas](#) som öppna data.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet som ingår kommer från Patientregistret och består av individer 15 år och äldre som erhåller huvuddiagnoser under respektive kalendår efter kontakt med sluten- och öppen specialiserad vård.

Individerna är folkbokförda i Sverige, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen har efterlevts utan fel.

Variabler:

Kön – juridiskt kön

Ålder – uppnådd för individ vid tiden för vårdkontakt.

År – år för huvuddiagnos.

Referenstid:

År 2008–2020

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Vård och behandling inom slutenvård och öppenvård mäts genom inrapporterad statistik av huvuddiagnoser från Socialstyrelsens patientregister i slutenvård och specialiserad öppenvård i Statistikdatabasen. Patientregistret är ett hälsodataregister som är reglerat i lagen (1998:543) om hälsodataregister och tillhörande förordning (2001:707). I lagen och förordningen regleras vilka uppgifter som får finnas i registret liksom skyldigheten för dem som bedriver hälso- och sjukvård att lämna uppgifter till patientregistret. Uppgifter från Patientregistret ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården.

Bearbetningar av data:

För indikatorn används den internationella statistiska klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem med följande huvuddiagnoser enligt [ICD-10](#). I [Statistikdatabasen](#) väljs: ”Val av vårdform”: Slutenvård och/eller specialiserad öppenvård (fr.o.m. 2008).

Alkohol

F10 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

Narkotika

F11 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider

F12 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis

F13 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika

F14 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain

F15 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein

F16 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener

F18 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel

F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

Beräkning av indikatorn:

Antal patienter med huvuddiagnos psykisk störning och beteendestörning av psykoaktiva substanser, dvs. av alkohol och narkotika bland patienter 15 år och äldre inom sluten- eller öppenvården per 100 000 invånare.

- Antal patienter (x) som har en huvuddiagnos psykiska störningar och beteendestörningar *orsakade av alkohol* (F10) bland patienter 15 år och äldre inom sluten- eller öppenvården under ett givet kalenderår per 100 000 invånare.
- Antal patienter (x) som har en huvuddiagnos psykiska störningar och beteendestörningar *orsakade av narkotika samt av flera droger i kombination* (F11-F16, F17-F19) bland patienter 15 år och äldre inom sluten- eller öppenvården under ett givet kalenderår per 100 000 invånare.

Granskning av indikatorn:

Patientregistret startades 1964 och är sedan 1987 rikstäckande. Uppgifterna till patientregistret omfattar sedan 2001 både offentliga och privata vårdgivare. Läkarbesök med kirurgi samlades i registret från år 1997. Övriga läkarbesök i specialiserad öppenvård lades till från år 2001. År 2009 började även diagnoser och utförda åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård samlas in. Sedan 2016 ingår även information om akutmottagningarnas väntetider. Bortfallet är lågt och patientregistret granskas kontinuerligt.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn bedöms som tillförlitlig genom och att den mäter antal patienter med en huvuddiagnos för psykisk störning och beteendestörning av psykoaktiva substanser enligt beskrivningen ovan. Indikatorn visar endast en delpopulation av alla som får prevention och behandling pga. av sitt beroende. Variationer i utfallet över tid kan innebära att registreringen i vården blivit bättre, att diagnossättningen

blivit mer korrekt, ett minskat utfall kan därför inte tolkas som att behov av vård och behandling har minskat. Data från primärvården ingår inte eftersom sådan data inte kan redovisas på nationell nivå. Socialstyrelsens nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende redovisar rekommendationer ur ett styr- och ledningsperspektiv för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rekommendationerna om vård och stöd vid missbruk och beroende omfattar följande områden: bedömningsinstrument, medicinska tester, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, sociala stödinsatser från socialtjänsten, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem. Det finns indikatorer som visar på följsamheten till de olika behandlingsrekommendationerna.

Likaså redovisas inte data från andra verksamhetsområden som tvångsvård, socialtjänst eller förebyggande eller rehabiliterade insatser.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Den nationella indikatorn tas fram återkommande i Socialstyrelsens statistikdatabas.

Jämförbarhet över tid:

Den nationella indikatorn är jämförbar över tid. Vid tolkning av tidsserier bör dock förändringar i kodningen av huvuddiagnoser beaktas som sådana förekommer.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Avvikelse förekommer. Den nationella indikator 3.5.1(N) är inte jämförbar med den globala indikatorn 3.5.1.

Samanvändbarhet:

Övrig information

Referenser

- Den globala SDG-indikatorns metadata för 3.5.1.

Länk: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-05-01.pdf>

- Information om Socialstyrelsens nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende med rekommendationer för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Länk: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

- Information om konsumtions- och skadeutvecklingen av alkohol och andra droger i samhället finns hos CAN – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning –ett nationellt kompetenscentrum inom ANDT-området. Länk:

<https://www.can.se/undersokningar/>

- Information om Alkohol- och narkotikaberoende – Förekomst, överlappning och demografiska skillnader enligt register över öppen- och slutenvård, läkemedelsuttag, sjuk- eller aktivitetsersättning och lagförda brott. Folkhälsomyndigheten. Länk:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publiceratmaterial/publikationsarkiv/a/alkohol--och-narkotikaberoende/>

Mål: 3. God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.6 Minska antalet dödsfall och skador i vägtrafiken

Indikator: 3.6.1 Dödsfall genom trafikolyckor

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er)

Trafikanalys publicerar officiell statistik, Polisen rapporterar från vägtrafikolyckor och Transportstyrelsen förvaltar databasen med uppgifterna.

Kontaktuppgifter

Kontaktinformation	Maria Melkersson
E-post	Maria.melkersson@trafa.se
Telefon	010 – 414 42 16

Indikatorns sammanhang

Ändamål

Ändamålet om omkomna och skadade i vägtrafiken är att beskriva hur säkerheten och önskade följder för hälsa och välbefinnande utvecklas i vägtrafiken.

Datakällor

Polisen rapporterar från vägtrafikolyckor och Transportstyrelsen förvaltar databasen med uppgifterna. Officiell statistik om Vägtrafikskador baseras på polisens uppgifter som kompletterats med bl.a. registeruppgifter från SCB och Rättsmedicinalverket.

Tillgänglighet

Indikatorn publiceras årligen som en del av den officiell statistiken om Vägtrafikskador på <https://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>, i tabeller, statistiknyhet och i databaser samt tillsammans med metoddokumentation.

Indikatorns innehåll

Population och objekt

Intressepopulation är alla olyckor, skador och dödsfall i vägtrafiken. Målpopulation är de olyckor, skador och dödsfall som polisen rapporterat

om till Transportstyrelsen, enligt Kungörelse (1965:561) om statistiska uppgifter angående vägtrafikolyckor.

Statistiken baseras på uppgifter från polisen om personskador och olyckor i vägtrafik på svenska vägar, där minst ett fordon i rörelse varit inblandat. I statistiken redovisas följande.

Variabler

Antal Dödsfall genom trafikolyckor och antal Skadade i vägtrafiken, svårt skadade och lindrigt skadade, avser alla de olyckor varifrån polisen rapporterat.

Referenstid

Helår, senast tillgängliga statistik avser 2022.

Indikatorns framställning

Datainsamling

Polisen rapporterar från de olyckor där de varit närvarande och där personskada uppstått. Uppgifterna om skador och dödsfall rapporteras av polisen till Transportstyrelsen, enligt Kungörelse (1965:561) om statistiska uppgifter angående vägtrafikolyckor.

Transportstyrelsen förvaltar databasen med uppgifter från polisen, som kompletteras med uppgifter från SCB (dödsdatum), Rättsmedicinalverket (dödsorsaker, alkohol i blodet hos omkomna förare) samt Vägtrafikregistret (egenskaper hos fordon i olyckan) och Körkortsregistret (förarens körkortsbehörighet).

Själv mord och sjukdomsfall exkluderas från omkomna i Vägtrafikskador. Bedömning på individnivå görs av en särskild expertgrupp.

Bearbetningar av data

Trafikanalys använder Transportstyrelsens databas över polisrapporterade olyckor och skadade/omkomna personer i dessa. Inga imputeringar eller modellantaganden görs.

Beräkning av indikatorn

Indikatorn är antal. Inga imputeringar eller andra skattningar görs.

Granskning av indikatorn

Transportstyrelsen gör kontinuerliga granskningar av datamaterialet och publicerar även preliminärt antal omkomna och skadade varje månad.

Indikatorns tillförlitlighet

Statistiken om skador och olyckor i vägtrafik redovisar polisens rapportering av vägtrafik-olyckor med personskada. Alla personskadeolyckor kommer emellertid inte till polisens kännedom, vilket gör att såväl det verkliga antalet skadade som antalet olyckor är betydligt större än det som redovisas i statistiken. Det är endast de olyckor polisen känner till och som de rapporterar som finns i den officiella statistiken. Vad gäller antal omkomna är tillförlitligheten större. Polisens uppgifter om dödsfall i vägtrafiken är kompletterade med en rad andra källor och därmed troligen heltäckande för omkomna i vägtrafiken.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens

Indikatorn publiceras i Vägtrafikskador som är en årlig publikation (i slutet av april året efter det statistiken avser).

Jämförbarhet över tid

Viss försiktighet bör iakttas om antal omkomna och skadas studeras över en längre tid. Självmod och död på grund av annat än vägtrafikolyckan (främst sjukdom) har hanterats olika över tid. Det är osäkert hur kontroll av dödade på grund av sjukdom och självmod skedde tidigare. Sedan databasen Strada togs i bruk 2003 sker konsistent kontroll av uppgifterna även om utveckling av kvalitet sker kontinuerligt, tack vare tillgång till fler underlag. Från och med 2010 exkluderas omkomna i "självmod och andra avsiktliga händelser".

Tidsseriebrott av andra slag beskrivs närmare i dokumentationen på hemsidan, <https://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>

Jämförbarhet med den globala indikatorn

Målen i Agenda 2030 avser alla omkomna och skadade i vägtrafikolyckor medan den indikator som finns tillgänglig avser enbart omkomna/skadade polisrapporterade olyckor.

Samanvändbarhet

Indikatorerna på omkomna och skadade i vägtrafiken kan användas tillsammans med andra indikatorer som avser kalenderår.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

Trafikanalys hemsida för officiell statistik om Vägtrafikskador
<https://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>

Transportstyrelsens databas Strada beskrivs här
<https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/Olycksstatistik/om-strada/>

Mål: 3. God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.6 Minska antalet dödsfall och skador i vägtrafiken

Indikator: 3.6.2.(N) Skadade i vägtrafiken, svårt skadade och lindrigt skadade - ej uppdaterad 2023

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er)

Trafikanalys publicerar officiell statistik, Polisen rapporterar från vägtrafikolyckor och Transportstyrelsen förvaltar databasen med uppgifterna.

Kontaktuppgifter

Kontaktinformation	Maria Melkersson
E-post	Maria.melkersson@trafa.se
Telefon	010 – 414 42 16

Indikatorns sammanhang

Ändamål

Ändamålet om omkomna och skadade i vägtrafiken är att beskriva hur säkerheten och önskade följder för hälsa och välbefinnande utvecklas i vägtrafiken.

Datakällor

Polisen rapporterar från vägtrafikolyckor och Transportstyrelsen förvaltar databasen med uppgifterna. Officiell statistik om Vägtrafikskador baseras på polisens uppgifter som kompletterats med bl.a. registeruppgifter från SCB och Rättsmedicinalverket.

Tillgänglighet

Indikatorn publiceras årligen som en del av den officiell statistiken om Vägtrafikskador på <https://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>, i tabeller, statistiknyhet och i databaser samt tillsammans med metoddokumentation.

Indikatorns innehåll

Population och objekt

Intressepopulation är alla olyckor, skador och dödsfall i vägtrafiken. Målpopulation är de olyckor, skador och dödsfall som polisen rapporterat om till Transportstyrelsen, enligt Kungörelse (1965:561) om statistiska uppgifter angående vägtrafikolyckor.

Statistiken baseras på uppgifter från polisen om personskador och olyckor i vägtrafik på svenska vägar, där minst ett fordon i rörelse varit inblandat. I statistiken redovisas följande.

Variabler

Antal Dödsfall genom trafikolyckor och antal Skadade i vägtrafiken, svårt skadade och lindrigt skadade, avser alla de olyckor varifrån polisen rapporterat.

Referenstid

Helår, senast tillgängliga statistik avser 2020.

Indikatorns framställning

Datainsamling

Polisen rapporterar från de olyckor där de varit närvarande och där personskada uppstått. Uppgifterna om skador och dödsfall rapporteras av polisen till Transportstyrelsen, enligt Kungörelse (1965:561) om statistiska uppgifter angående vägtrafikolyckor.

Transportstyrelsen förvaltar databasen med uppgifter från polisen, som kompletteras med uppgifter från SCB (dödsdatum), Rättsmedicinalverket (dödsorsaker, alkohol i blodet hos omkomna förare) samt Vägtrafikregistret (egenskaper hos fordon i olyckan) och Körkortsregistret (förarens körkortsbehörighet).

Själv mord och sjukdomsfall exkluderas från omkomna i Vägtrafikskador. Bedömning på individnivå görs av en särskild expertgrupp.

Bearbetningar av data

Trafikanalys använder Transportstyrelsens databas över polisrapporterade olyckor och skadade/omkomna personer i dessa. Inga imputeringar eller modellantaganden görs.

Beräkning av indikatorn

Indikatorn är antal. Inga imputeringar eller andra skattningar görs.

Granskning av indikatorn

Transportstyrelsen gör kontinuerliga granskningar av datamaterialet och publicerar även preliminärt antal omkomna och skadade varje månad.

Indikatorns tillförlitlighet

Statistiken om skador och olyckor i vägtrafik redovisar polisens rapportering av vägtrafik-olyckor med personskada. Alla personskadeolyckor kommer emellertid inte till polisens kännedom, vilket gör att såväl det verkliga antalet skadade som antalet olyckor är betydligt större än det som redovisas i statistiken. Det är endast de olyckor polisen känner till och som de rapporterar som finns i den officiella statistiken. Vad gäller antal omkomna är tillförlitligheten större. Polisens uppgifter om dödsfall i vägtrafiken är kompletterade med en rad andra källor och därmed troligen heltäckande för omkomna i vägtrafiken.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens

Indikatorn publiceras i Vägtrafikskador som är en årlig publikation (i slutet av april året efter det statistiken avser).

Jämförbarhet över tid

Viss försiktighet bör iakttas om antal omkomna och skadas studeras över en längre tid. Självmod och död på grund av annat än vägtrafikolyckan (främst sjukdom) har hanterats olika över tid. Det är osäkert hur kontroll av dödade på grund av sjukdom och självmod skedde tidigare. Sedan databasen Strada togs i bruk 2003 sker konsistent kontroll av uppgifterna även om utveckling av kvalitet sker kontinuerligt, tack vare tillgång till fler underlag. Från och med 2010 exkluderas omkomna i "självmod och andra avsiktliga händelser".

Tidsseriebrott av andra slag beskrivs närmare i dokumentationen på hemsidan, <https://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>

Jämförbarhet med den globala indikatorn

Målen i Agenda 2030 avser alla omkomna och skadade i vägtrafikolyckor medan den indikator som finns tillgänglig avser enbart omkomna/skadade polisrapporterade olyckor.

Samanvändbarhet

Indikatorerna på omkomna och skadade i vägtrafiken kan användas tillsammans med andra indikatorer som avser kalenderår.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

Trafikanalys hemsida för officiell statistik om Vägtrafikskador

<https://www.trafa.se/vagtrafik/vagtrafikskador/>

Transportstyrelsens databas Strada beskrivs här

<https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/Olycksstatistik/om-strada/>

Mål: Mål 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.7 Senast 2030 säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program.

Indikator: 3.7.1(P) Användning av preventivmedel bland 16-44-åringar - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndigheten.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn tas fram för att mäta preventivmedelsanvändning som en bestämningsfaktor för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

"Moderna metoder" kan definieras på olika sätt och åldersspannet i den globala indikatorn är inte detsamma som Folkhälsomyndigheten brukar använda. Det är dessutom svårt att estimerar "behov" i svenska befolkningen, efterfrågan är också relevant. I den nationella uppföljningen av de Globala målen används istället en proxy indikator 3.7.1 (P) Preventivmedelsanvändning bland kvinnor 16-44 år (SRHR 2017, publicerad 2019). Indikatorn mäter faktisk användning av preventivmedel bland kvinnor generellt.

Datakällor:

SRHR2017 – en befolkningsundersökning bland personer 16-84 år i Sverige.

Tillgänglighet:

Se rapport:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999>

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Individer 16-84 år bosatta i Sverige. För indikatorn 3.7.1(P), gäller det individer 16-44 år bosatta i Sverige.

Variabler:

Åldersgrupper 16-29, 30-44, 45-64, 65-84 år har använts, vidare kan data brytas ned på, födelseregion Norden, icke Norden, utbildningsnivå för gymnasial, gymnasial, eftergymnasial, inkomstnivå och sexuell identitet hetero-, bi och homosexuell.

Referenstid:

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Urval:

Enkäten riktades till individer i åldrarna 16–84 år. Det gäller även andra befolkningsbaserade undersökningar såsom Hälsa på lika villkor (HLV) och Hiv i Sverige 2016, vilket möjliggör jämförelser.

SCB var ansvariga för urvalsdragning, utskick och leverans av registervariabler. SCB ansvarade även för populationsurvalet. Urvalsramen byggde på Registret över totalbefolkningen (RTB) i juni 2017. Antalet personer i urvalsramen var 7 906 368, dvs. de personer som vid tidpunkten var i åldrarna 16–84 år och var folkbokförda i Sverige. Från urvalsramen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 50 016 personer. Ett stratifierat obundet slumpmässigt urval innebär att alla objekt inom ett stratum har samma sannolikhet att komma med i urvalet. Totalt bildades 48 stratum utifrån kön, ålder och bostadsregion.

Urvalsramen stratifierades på kön (2)* ålder (4) * regioner (6)

Kön (2 grupper): Kvinna, Man

Ålder (4 grupper): 16–29, 30–44, 45–64 och 65–84 år

Regioner (6 grupper):

- Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland
- Region Gävleborg, Region Dalarna, Region Västmanland, Region Värmland och Region Uppsala
- Region Sörmland, Region Östergötland, Region Örebro län, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Halland och Region Blekinge
- Västra Götalandsregionen
- Region Skåne
- Region Stockholm och Region Gotland

Undersökningen genomfördes som en självrapporterad web/pappersenkät.

Datainsamlingsmetod:

I ett första informationsbrev kunde uppgiftslämnarna läsa om undersökningens bakgrund och syfte samt att undersökningen genomfördes i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SCB. Enkätfabriken AB var ansvarig för utveckling och support av webbenkäten och att skanna in svaren från pappersenkäten. Detta framgick också i informationsbrevet samt att uppgifter hämtades från SCB:s register och att en avidentifierad datafil skulle levereras till Folkhälsomyndigheten. Brevet informerade även om personuppgiftslagen och offentlighets- och sekretesslagen, och att det var frivilligt att medverka i undersökningen. I det andra utskicket skickades pappersenkäten per post till respondenterna tillsammans med information om att enkäten även gick att fylla i via internet. Efter det skickades ytterligare en pappersenkät ut. Två skriftliga påminnelser skickades ut. Den totala datainsamlingstiden omfattade drygt en och en halv månad.

Bortfall:

På uppdrag av Folkhälsomyndigheten har SCB genomfört en bortfallsanalys. Bortfallet består av både objektsbortfall, dvs. att en del personer inte besvarade enkäten, och partiellt bortfall, dvs. att vissa frågor i enkäten inte är besvarade. Svarsandelen bland personer födda i Sverige var 33,8 procent. Bland personer födda i övriga Europa, Nordamerika och Oceanien var den 22,4 procent, bland dem födda i Afrika och Sydamerika 12,9 procent, och bland personer med födelseland i Asien svarade 12,2 procent.

SCB:s slutsatser av bortfallet är att det inte är slumpmässigt utan att det finns variabler som påverkar benägenheten att svara. Bortfallsanalysen visar att de som inte svarade i högre utsträckning var födda utanför Sverige, hade lägre utbildningsnivå, hade föräldrar med lägre utbildningsnivå, var män och tillhörde de yngre åldersgrupperna.

Resultatet av bortfallsanalysen överensstämmer med många andra undersökningar.

Bearbetningar av data:

Totalt besvarades enkäten av 15 186 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 30,5 procent. Skattningar som bygger på enbart de svarande kan vara skeva om bortfallet, alltså de som inte svarade, skiljer sig från de svarande när det gäller undersökningsvariablerna. För att reducera bortfallsskevheten har vikter beräknats med hjälp av en s.k. fördjupad kalibrering. Genom att beräkna en vikt för varje svarande person kan vi redovisa resultaten för hela befolkningen och inte bara för de svarande. Vikten kallas därför även för uppräkningsstal. Vikterna har beräknats utifrån urvalsdesignen och antaganden om objektsbortfall och täckningsfel. Beräkningen gjordes av SCB. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning. För ytterligare information hänvisas till SCB:s Teknisk rapport – en beskrivning av genomförandet och metoder SRHR - Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter 2017.

Resultaten har viktats vad gäller kön, ålder, region, födelseland och utbildningsnivå i förhållande till det förväntade resultatet (viktat).

För information om bortfallsjustering och viktning se rubrik ”Bortfall”.

Beräkning av indikatorn:

Frågan löd:

”Vilka av följande preventivmedel eller preventivmetoder har du eller en partner till dig i nuvarande relation, använt de senaste 12 månaderna? Kryssa för de alternativ som är aktuella för dig”

Andel som rapporterat användning per preventivmedel redovisas i tabellredovisningen.

Granskning av indikatorn:

Se rubrik ”Bearbetning av data”

Indikatorns tillförlitlighet

För att mäta mål 3.7.1 i de globala hållbarhetsmålen följs indikatorn ”andelen kvinnor i fertil ålder (15–49 år) som har sitt behov av familjeplanering tillfredsställt med moderna metoder”. Det finns olika sätt att bedöma när kvinnors behov av preventivmedel är tillfredsställt, vilket gör indikatorn svår att mäta. Användning är endast en grov proxy på ”tillfredsställda behov”.

Andelen i denna studie som det senaste året använt någon modern metod för preventivmedel, är bland kvinnor upp till 29 år, 78 procent, och bland de 30–44 år, 90 procent. Ett flertal kvinnor i fertil ålder använde inte konsekvent preventivmedel under det senaste året. Orsaker som anges är att man inte har en relation eller helt enkelt inte använt moderna preventivmetoder. 13 till 21 procent anger att de använt avbrutet samlag.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Datainsamlingen genomförs sporadiskt och gjordes som en engångsundersökning 2017. Folkhälsomyndigheten har även ställt en liknande fråga i undersökningen UngKAB15 bland 16–29 år (se: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/11272529714342b390d40fe3200f48cf/sexualitet-halsa-bland-unga-sverige-01186-2017-1-webb.pdf>)

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn finns tillgänglig från 2017 (SRHR2017) och från 2015 (UngKab15), dock berör olika åldersgrupper. Tidigare svenska undersökningar har undersökt användning av preventivmedel men har använt olika instrument och undersökt olika grupper i samhället.

Andelen som inte använder preventivmedel varierar över tid mellan 12 och 53 procent. Orsaken kan vara att man vill bli eller är gravid, inte har sex med en annan person, eller har sex på ett sätt där preventivmedel inte behövs. Eller inte använt moderna preventivmedel.

Få kvinnor (1 procent) anger att kostnaden för preventivmedel är ett hinder, trots att användandet av hormonella preventivmedel samvarierar med inkomst. Utifrån våra data kan vi inte fastställa om de har ett otillfredsställt behov av preventivmedel. I en nyligen genomförd randomiserad studie svarade 87 procent av kvinnor 20–40 år att de använt prevention vid senaste samlaget (1). I tidigare svenska undersökningar anger cirka 40 procent av såväl män och kvinnor att de inte använde något preventivmedel vid senaste samlaget, trots att de inte önskade få barn. Av dessa hade 95 procent inte heller använt prevention vid sitt näst senaste samlag (2).

Det finns en rädsla för hormonella preventivmedel – 19 procent av alla kvinnor är rädda för hormoner eller biverkningar. Detta behöver undersökas ytterligare. I Sverige beräknas kvinnors otillfredsställda behov av preventivmedel till 8,9 procent (89/1001 kvinnor) (3).

Den svenska modellen med stor tillgång till preventivmedel och lagstöd för rätt till abort har inte, till skillnad från i många andra länder, lett till färre oönskade graviditeter.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Den globala indikatorn ”3.7.1 Andelen kvinnor i fertil ålder (15–49 år) som har sina behov av familjeplanering tillfredsställda med moderna metoder” är svår att mäta då både behov och efterfrågan styr vad som kan anse vara tillfredsställda behov av moderna metoder. Användning är endast en grov proxy på ”tillfredsställda behov”.

Övrig information

I den svenska kontexten styr både behov och efterfrågan vad som kan anses vara tillfredsställda behov av moderna metoder. Bland svenska kvinnor varierar användandet av hormonella preventivmedel samt långtidsverkande preventivmedel (LARC) med inkomst och utbildningsnivå vilket troligtvis har att göra med skillnader i kunskap, medvetenhet och rädsla för biverkningar av hormonella preventivmedel. Med högre användning av metoder som appar och p-dator i de yngre åldersgrupperna kan vi också konstatera att nuvarande uppföljning av preventivmedelsanvändning bör uppdateras.

WHO har tagit fram rekommendationer för familjeplanering och preventivmedel för kvinnor som är i reproduktiv ålder och vill undvika graviditet. De redovisar moderna preventivmetoder och deras effektivitet utifrån perfekt användning, det vill säga korrekt och konsekvent. Det är dels metoder som, i Sverige, bara kan förmedlas av en person med förskrivningsrätt eller medicinsk kompetens. Men bland moderna preventivmetoder ingår även barriärmetoder och s.k. säkra perioder. En barriärmetod som kondom skyddar mot såväl sexuellt överförda infektioner och hiv som mot oönskad graviditet vid konsekvent och korrekt användning. Säkra perioder innebär att samlag undviks under de dagar som kvinnan är fertil. Det innebär att den enskilda kvinnan beräknar sin fertila period utifrån menstruationscykelns längd, kroppstemperatur eller konsistensen på sekret från livmoderhalsen. Även den sex månader långa perioden efter förlossning då kvinnor som ammar dygnet runt ofta inte har ägglossning ingår som metod. Avbrutet samlag räknas inte som modern utan traditionell metod.

Referenser

Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017. Folkhälsomyndigheten; 2019.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999>

1. Skogsdal YRE, Karlsson JÅ, Cao Y, Fadl HE, Tydén TA. Contraceptive use and reproductive intentions among women requesting contraceptive counseling. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2018;97(11):1349-57.
2. Lewin B, Fugl-Meyer K. Sex i Sverige : om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm:Folkhälsainstitutet; 1998.
3. Kallner HK, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Danielsson KG. Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women-a nationwide survey. PLoS One. 2015;10(5):e0125990

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.7 Senast 2030 säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program.

Indikator: 3.7.2 Antalet tonårsfödslar (10–14 år, 15–19 år) per 1 000 kvinnor i denna åldersgrupp.

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rynaz Rabiee,
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

”Reducing adolescent fertility and addressing the multiple factors underlying it are essential for improving sexual and reproductive health and the social and economic well-being of adolescents. There is substantial agreement in the literature that women who become pregnant and give birth very early in their reproductive lives are subject to higher risks of complications or even death during pregnancy and birth and their children are also more vulnerable. Therefore, preventing births very early in a woman’s life is an important measure to improve maternal health and reduce infant mortality. Furthermore, women having children at an early age experience a curtailment of their opportunities for socio-economic improvement, particularly because young mothers are unlikely to keep on studying and, if they need to work, may find it especially difficult to combine family and work responsibilities. The adolescent birth rate also provides indirect evidence on access to pertinent health services since young people, and in particular unmarried adolescent women, often experience difficulties in access to sexual and reproductive health services.” (WHO)

Global indikator.

Datakällor:

Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

I Socialstyrelsens årliga officiella statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn publiceras antal förlossningarna per år där modern är under 19 år vid förlossningen, för förstföderskor respektive omföderskor. Den officiella statistiken är dock inte uppdelad i 10-14 respektive 15-19 år och presenteras inte relaterad till befolkningen i den åldersgruppen, utan presenteras som antal förlossningar samt som andel av alla förlossningar. Statistiken är inte heller begränsad till levande födda barn, som i denna indikator, utan omfattar även dödfödda.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Samtliga förlossningar och nyfödda barn i Sverige.

Variabler:

Moderns ålder – uppnådd ålder vid förlossningen. 10–14 år, 15–19 år samt 10–19 år totalt.

Dklass (överlevnad, nyföddhetsperioden) – variabeln används för att exkludera dödfödda barn.

År - barnets födelseår.

Nämnare: Medelbefolkningen, kvinnor, aktuellt år: det vill säga medelvärdet av den kvinnliga befolkningen i Sverige som uppnått aktuell ålder vid årets början och den kvinnliga befolkningen som uppnått aktuell ålder vid årets slut.

Referenstid:

År 2009–2022.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Statistiken baseras på Medicinska födelseregistret. Registret startade år 1973 och omfattar alla graviditeter som lett till förlossning i Sverige. Innehållet baseras på journaluppgifter från mödrahälsovården och förlossningsvården. Dessa uppgifter levereras till Socialstyrelsen kontinuerligt och sammanställs en gång per år.

Bearbetningar av data:

Inga bearbetningar görs som är relevanta för indikatorns framställning.

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn beräknas som antal förlossningar av levande födda barn (x) dividerat med medelbefolkningen (n) multiplicerat med 1000:
 $x/n*1000$.

Granskning av indikatorn:

När Medicinska födelseregistret sammanställs görs eftersökningar av födda barn som saknas i registret (jämfört med registret över totalbefolkningen hos SCB). Det innebär att en lista med de saknade födslarna skickas till den aktuella förlossningskliniken (denna identifieras genom att göra en matchning med Patientregistret, på moderns personnummer) som ombeds att komplettera med de uppgifter som saknas.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn bedöms som tillförlitlig för att mäta det som den avser att mäta, det vill säga förekomst av tonårsfödslar.

För att uppskatta täckningsgraden kan matchning ske för de mödrar i MFR som har ett giltigt personnummer med mödrar till nyfödda barn i Statistiska centralbyråns befolkningsdata (SCB). Jämförelsen visar på en underrapportering till MFR på mellan 1 och 3 procent per år under de senaste 20 åren. Till skillnad från SCB:s data ingår dock även kvinnor som inte är folkbokförda i Sverige men som har fött barn i landet i MFR.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Medicinska födelseregistret, som indikatorn baseras på, uppdateras årligen. Den officiella statistiken om graviditeter, förlossningar och

nyfödda barn (se rubriken Tillgänglighet) publiceras också årligen, några veckor efter att registret har färdigställts.

Jämförbarhet över tid:

Medicinska födelseregistret startade år 1973. Indikatorns jämförbarhet över tid bedöms vara relativt god, men den 1 juli 2008 gjordes en ändring i vilka förlossningar som fick registreras. Före det datumet ingick födda barn från graviditetsvecka 28+0, men från och med det datumet inkluderades födda barn från vecka 22+0. Effekten av den definitionsändringen, i form av tidsseriebrott, syns troligen mindre när statistiken begränsas till levande födda barn.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Ingen avvikelse.

Samanvändbarhet:

Övrig information

Referenser

Länk till metadata: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-02.pdf>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.7.2>

Mål: Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.9 Till 2030 väsentligt minska antalet döds- och sjukdomsfall till följd av skadliga kemikalier samt föroreningar och kontaminering av luft, vatten och mark

Indikator: 3.9.1 Dödsfall till följd av luftföroreningar i och utanför bostaden

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Naturvårdsverket.

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Siiri Latvala
E-post	Siiri.Latvala@Naturvardsverket.se
Telefon	073-3342567

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn tas fram för att kunna följa hur stora hälsoeffekter luftföroreningar har i Sverige. Indikatorn är global.

Datakällor:

Indikatorn har tagits fram av IVL och Umeå Universitet (IVL, (2018). Grunddata för halter av NO₂, PM_{2.5} och PM₁₀ kommer ifrån de nationella mätningarna. Halterna för NO₂ över hela Sverige var interpolerade från mätningar i 34 nationella mätningsstationer och geografisk spridning. Befolkningsdata per geografisk enhet kommer från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik. Data om dödsfall samt om risk för förtida död i relation till olika halter av luftföroreningar, se vidare bearbetningar av data.

Tillgänglighet:

Indikatorn publiceras i en rapport tillhörande den nationella Hälsorelaterade miljöövervakningen. Indikatorn ingår inte i några andra befintliga indikatoruppsättningar.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Befolkningen i Sverige.

Variabler:

Denna indikator ger endast ett beräknat antal förtida dödsfall i Sverige pga. exponering för luftföroreningar. Variablerna är NO2 (urban bakgrund), PM25 (vedeldning och regional bakgrund) och PM10 (vägtrafik).

Referenstid:

År 2019.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Sammanställningar halter av olika luftföroreningar vid mätstatstioner i landet. Befolkningsdata (spridningen av befolkning över landet i 1x1km griddar) hämtas ifrån SCB.

Bearbetningar av data:

Grunddata för halter av NO2, PM2.5 och PM10 kommer ifrån de nationella mätningarna. Halterna för NO2 över hela Sverige var interpolerade från mätningar i 34 nationella mätningsstationer. Halterna över PM2.5 och PM10 över landet var beräknade med mätningar från 4 nationella mätstationer i kombination med mätstationerna från EMEP-nätverket. För att beräkna spridningen för partiklarna användes en "mesoscale dispersion model" EMEP (2012).

För att beräkna exponering i urban bakgrund, användes urbana bakgrundsdata av uppmätta halter samt ventilationsindex. Årsmedelhalterna av NO2 och PM10 i urban bakgrund var beräknade med en empirisk statistisk URBAN-modell, baserat på medelvärden på 2 månader.

Spridningen av NO2, PM10 och PM2.5 i urbana områden lades över kartan över spridningen i regionala bakgrundshalter för att få de slutgiltiga haltkartorna.

Hur många människor som var exponerade för dessa luftföroreningar var sedan uträknat genom att lägga folkmängdsdata på kartan över halterna. Exponeringen var estimerad sedan för varje grid. Exponeringsberäkningarna av NO2, PM2.5 och PM10 var baserade på en

jämförelse mellan halter och befolkningsdensitet. Såväl haltdata som befolkningsdensiteten bestod av 1x1km griddar.

Vilka hälsoeffekter exponeringen hade var sedan estimerad med hjälp av AirQ+ (Air Quality Health Impact Assessment Tool, utvecklad av WHO).

Beräkning av indikatorn:

Mer information om spridningsmodeller, exponering och risk för förtida dödsfall till följd av luftföroreningar finns mer beskrivet i Miljöinstitutets rapport (IVL, 2018).

Granskning av indikatorn:

Rapporten sakgranskas av Naturvårdsverket.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorns tillförlitlighet beror i stort sett på grunddata, spridningsmodeller och exponerings-risk-sambanden. De två sistnämnda utvecklas kontinuerligt. En brist är att inga exponerings-risk-samband finns för exponering i gaturum, där halterna tenderar vara som högst. En brist för grunddata är de få mätningsstationerna som finns nationellt för att mäta partiklar i regional bakgrund.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn tas fram återkommande, med intervall om fyra eller fem år.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn är tillgänglig för följande referenstider: 2005, 2010, 2015 och 2019. Den statistiska modellen som har använts för att ta fram indikatorn, har uppdaterats under tiden. Därmed kan indikatorn inte direkt jämföras mellan åren.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Det finns betydande metod- och datatekniska skillnader mellan denna indikator och den globala indikatorn. Den globala indikatorn är ett grovt estimat, medan denna nationella indikator är framtagen genom noggrannare beräkningar över spridningen av luftföroreningar och befolkning. Denna indikator kan även delas upp i olika luftföroreningar.

Samanvändbarhet:

Övrig information

Referenser

EMEP (2012). Transboundary particulate matter in Europe. Status report 4/2012. Joint CCC & MSC-W Report 2012. EMEP Report 4/2012.

IVL (2018), Quantification of population exposure to NO₂, PM_{2.5} and PM₁₀ and estimated health impacts:
<https://www.ivl.se/download/18.2aa26978160972788071cafe/1529073450199/C317%20Quantification%20of%20population%20exposure%20015.pdf>

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.9 Till 2030 väsentligt minska antalet döds- och sjukdomsfall till följd av skadliga kemikalier samt föroreningar och kontaminering av luft, vatten och mark.

Indikator: 3.9.3 Dödsfall till följd av oavsiktlig förgiftning

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Socialstyrelsen

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Diana Corman, Rynaz Rabiee,
E-post	diana.corman@socialstyrelsen.se Rynaz.Rabiee@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 31 10 075-247 32 76

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Definition: The mortality rate attributed to unintentional poisoning as defined as the number of deaths of unintentional poisonings in a year, divided by the population, and multiplied by 100,000.

Concepts: Mortality rate in the country from unintentional poisonings per year. The International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) codes corresponding to the indicator includes X40, X43, X46-X48, X49.

Indikatorn är global.

Datakällor:

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen,

Befolkningsstatistik samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Tillgänglighet:

Statistik om dödsorsaker publiceras årligen i Socialstyrelsens statistikdatabas för dödsorsaker samt i den officiella statistiken om dödsorsaker.

Uppgifter om dödsorsaker levereras även årligen till bland annat WHO.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Objektet som ingår från Dödsorsaksregistret är individer som varit folkbokförda i Sverige någon gång under 2020, om de lagar, förordningar och andra regler som gäller för folkbokföringen hade efterlevts utan fel.

Variabler:

Ålder – uppnådd ålder i år vid tiden för dödsfallet.

Underliggande dödsorsak – a) den sjukdom eller skadeorsak som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller b) de omständigheter som vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan. För mer information se https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf.

Kön – juridiskt kön.

År – år för dödsfallet.

Referenstid:

År 2000-2020

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Totalundersökning baserat på dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, och befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Uppgifter om avlidna hämtas från dödsorsaksregistret. Uppgifterna i dödsorsaksregistret kommer från de dödsorsaksintyg läkarna skickar till Socialstyrelsen.

Uppgifter om befolkning hämtas från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Bearbetningar av data:

Vid cirka 1 procent av dödsfallen kommer inget dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Vi ytterligare cirka 1,5 procent av dödsfallen innehåller dödsorsaksintygen ingen information om dödsorsak.

Påminnelser skickas för att bortfallet ska bli så litet som möjligt. Ingen speciell hantering eller imputering sker vid beräkning av dödsorsaksstatistiken.

Information om bortfall rörande objektsbortfall finns inte. Detta är dock troligen väldigt litet.

Uppgifter om befolkningens utbildning berör personer i åldrarna 35-69 år, dvs. personer som tillhör arbetslivets senare del då grundutbildningen antas vara avslutad. Antalet dödsfall med exempelvis gymnasieutbildning viktas mot antalet i befolkningen inom samma utbildningskategori, dvs. befolkningsantalet inom varje utbildningsnivå finns i nämnaren.

Även befolkningsstatistiken saknar i egentlig mening objektsbortfall.

Uppgifterna på dödsorsake kodas enligt WHO:s methods for global causes of death, 2000–2019 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf)

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn beräknas som antal dödsfall (x) genom befolkning (n) multiplicerat med 100 000: $\frac{x}{n} * 100\,000$

$$\text{Unintentional poisoning mortality rate} = \frac{\text{Number of unintentional poisoning deaths in a year}}{\text{Mid - year population in the same year}} \times 100,000$$

Granskning av indikatorn:

Vid produktionen av dödsorsaksregistret kontrolleras att dödsorsakerna är rimliga utifrån den avlidnes ålder och kön samt att den angivna dödsorsaken är en rimlig dödsorsak utifrån de regler som finns i ICD-10.

Objektsbortfall kontrolleras och korrigeras mot uppgifter från Skatteverket.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn beskriver delmålet dåligt då främst helt andra dödsfall än de som beskrivs delmålet inkluderas i indikatorn.

Olika sätt att bestämma och koda dödsorsaker i olika länder gör att det kan vara svårt att jämföra dödsorsaksstatistik från olika länder.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Statistik över dödsorsaker publiceras årligen i den officiella statistiken över dödsorsaker samt i Socialstyrelsens statistikdatabas över dödsorsaker.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorns jämförbarhet över tid är ganska god. Vid tolkning av tidsserier bör förändringar i kodningen av dödsorsaker samt hantering av dödsfall och analysmetoder vid bestämmande av dödsorsaker tas i beaktande.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Ingen avvikelse.

Praxis i olika länder för hur dödsorsaksintygen fylls i kan variera samt hur de kodas/registreras. Förekomsten av att nu X44 exkluderats från indikatorn kan till exempel medföra att jämförbarheten av indikatorn ändrats.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med andra indikatorer med samma population (personer folkbokförda i Sverige)

Övrig information

Dödsfall på grund av oavsiktlig förgiftning definieras som dödsfall med någon av följande som underliggande dödsorsak:

Oavsiktlig förgiftning med och exponering för smärtstillande läkemedel av icke opiatkaraktär, febernedsättande medel och medel mot reumatism (X40)

Oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra läkemedel som påverkar det autonoma nervsystemet (X43)

Oavsiktlig förgiftning med och exponering för organiska lösningsmedel och halogenerade kolväten och deras ångor (X46)

Oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra gaser och ångor (X47)

Oavsiktlig förgiftning med och exponering för pesticider (X48)

Oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra och icke specificerade kemiska ämnen och skadliga substanser (X49)

I maj 2021 exkluderas ”X44 - oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser” i den globala indikatorn. Det har även Socialstyrelsen korrigerat för i denna dataleverans vilket gör att utfallet skiljer sig från tidigare redovisning en del.

Referenser

Metadata: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-09-03.pdf>

Handbok för hur indikatorn tas fram:

<https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.9.3>

Mål: 3 God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.9 Till 2030 väsentligt minska antalet döds- och sjukdomsfall till följd av skadliga kemikalier samt föroreningar och kontaminering av luft, vatten och mark

Indikator: 3.9.4(N) Luftkvalitet i närheten av bostaden; Antal exponerade för nivåer av luftföroreningar från trafik vid bostaden - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn syftar till att undersöka andelen av befolkningen (%) som uppger att de upplever bristfällig luftkvalitet i eller i närheten av bostaden. Det är främst i områden med starkt trafikerade gator, stadskärnor och större infarter som miljökvalitetsnormerna för luftföroreningar överskrids. Luftföroreningar tränger även in i närliggande byggnader vilket utgör ett problem främst i städer.

Enligt Miljöhälsoberättelse 2017 orsakar luftföroreningar i Sverige att medellivslängden förkortas med cirka 6 månader och bidrar till cirka 1 000 sjukhusinläggningar per år i hjärt- och kärlsjukdom. Luftföroreningar bidrar även till olika lungsjukdomar och cancer. Alla luftföroreningar kommer inte från trafiken men enligt miljömålet Frisk luft utgör vägtrafik en stor källa till luftföroreningar, framförallt i tätorter. Se vidare under "Indikatorns tillförlitlighet". Nationell indikator.

Datakällor:

Miljöhälsoenkät 1999, 2003, 2007, 2011 och 2015

Genom Miljöhälsoenkäten följer Folkhälsomyndigheten hur exponering och upplevda besvär av miljöfaktorer som t. ex. luftkvalitet utvecklas.

Resultaten för vuxna redovisas i Folkhälsodata och i visualiseringsverktyget Folkhälsostudio på både nationell och regional nivå, efter kön och i kombination med utbildning och undersökningsår. Resultaten för barn från 2019 kommer att läggas in i Folkhälsodata/Folkhälsostudio under 2020.

För länkar, se nedan.

Tillgänglighet:

För 2003 och 2011 års barnenkäter:

I Miljöhälsorapport 2005 utgiven av Socialstyrelsen

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf262002b3a94cc7b55bb46a287c460e/miljohalsorapport-2005.pdf> återfinns data om besvär av lukt från bilavgaser i Tabell 15.2, sid 170.

I Miljöhälsorapport 2013 utgiven av Institutet för Miljömedicin

<http://www.imm.ki.se/mhr2013.pdf> återfinns data om besvär av lukt från bilavgaser i Tabell 10.5. Besvär av lukt, sid 120

Data från både 2003 och 2011 kommer att finnas tillgängligt 2020 då det laddas upp i Folkhälsostudio. Då kommer det även att få fram könsupplagd data.

För 1999, 2007 och 2015 års vuxnenkäter:

Se Folkhälsodata - Miljöhälsoenkäten, nationella och regionala resultat --> Bostad, exponering och besvär: " Besvär av lukter i eller i närheten av bostaden efter kön, region och år. Andel (procent)."

http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/I_Milj%c3%b6h%c3%a4lsa/I_Milj%c3%b6h%c3%a4lsa_Bostadexp/luftkon.px/table/tableViewLayout1/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

1999: individer 19-81 bosatta i Sverige

2003, 2011: individer 12 år bosatta i Sverige

2007: individer 18-80 bosatta i Sverige

2015: individer 18-84 bosatta i Sverige

Variabler:

Förutom de variabler som samlades in via frågeblanketten hämtades följande variabler från SCB:s register:

- Kön
- Födelseår
- Födelseland (även föräldrars födelseland för barnenkäterna)
- Medborgarskap
- Civilstånd
- Högsta avslutade utbildningsnivå
- Sammanräknad förvärvsinkomst och arbetsrelaterade ersättningar
- Hushållets disponibla inkomst
- Kommun

Referenstid:

1999-2015

Indikatorns framställning

Miljöhälsoenkäten har genomförts sedan 1999 och utvecklats under tid samt bytt hemvist från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Nedan beskrivning av indikatorns framställning från Miljöhälsoenkäten hänvisar därför till framställningen av den senaste enkätundersökningen som genomfördes 2015 och är hämtad från SCBs tekniska rapport för Miljöhälsoenkät 2015.

Datainsamling:

Miljöhälsoenkäten 2015

Informationsbrev med inloggningsuppgifter och frågeblanketter skickades ut till urvalspersonerna med post. I ett informationsbrev ombads personen att besvara frågorna och skicka svaret till SCB. I undersökningen användes en webbintensiv utsändningsstrategi. Det innebar att första utskicket var i form av ett brev med inloggningsuppgifter, andra utskicket med frågeblankett, det tredje i form av ett påminnelsebrev med inloggningsuppgifter och det fjärde i form av en påminnelse med ny frågeblankett.

Av de svarande valde 16 841 att besvara webbenkäten, vilket var 45,4 procent av de svarande. I informationsbrevet kunde uppgiftslämnarna läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SCB. Informationsbrevet informerade också om att uppgifter hämtades från SCB:s register och att en avidentifierad datafil levererades till Folkhälsomyndigheten. Brevet informerade även om

personuppgiftslagen samt offentlighets- och sekretesslagen och att det var frivilligt att medverka i undersökningen.

För att SCB ska kunna lämna ut data från en enkätundersökning krävs informerat samtycke av uppgiftslämnarna. Det innebär att de genom att besvara blanketten och skicka in den godkänner att deras svar kompletteras med de bakgrundsvariabler, och behandlas på det sätt, som beskrivs i informationsbrevet. Datainsamlingen genomfördes av enkätenheten vid SCB. Datainsamlingen genomfördes via webb samt skanning av de frågeblanketter som kommit in via post.

Bearbetningar av data:

Indikatorn ”Besvärade av bilavgaser i eller i närheten av bostaden” består av andelen som angett något utav ja-alternativen på frågan om de besvärats av lukt från avgaser.

Beräkning av indikatorn:

Miljöhälsoenkäten 2015

För varje svarande person (kallas objekt i fortsättningen) har en vikt beräknats. Syftet med detta är att kunna redovisa resultat för hela populationen och inte bara för de svarande. Vikten kallas därför även för uppräkningsstal. Vikterna har beräknats utifrån urvalsdesignen samt antaganden om objektsbortfall och täckningsfel. Beräkningen gjordes med hjälp av ett av SCB egenutvecklat SAS-makro (CLAN). Vikterna i denna undersökning kan beskrivas med formeln:

$$w_k = d_k^* \cdot g_k$$

där

w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

d_k^* = designvikt- och bortfallsvikt

g_k = justeringsvikt baserad på hjälpinformation

Vikten d_k^* är den del av vikten som dels beror på urvalsdesignen och dels kompenserar för det totala bortfallet inom strata. Vid bortfall kan det vara så att vissa grupper av urvalet svarar i större utsträckning än övriga, t.ex. kan kvinnor svara i högre grad än män. Om de grupper som svarat i högre grad har en annan fördelning med avseende på

undersökningsvariablerna än övriga kan detta ha en snedvridande effekt på resultatet. För att kompensera för detta har kalibreringsvikter använts. Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl och därmed att över- och undertäckningen är försumbar. Vikterna/uppräkningsstalen multipliceras med objektens variabelvärden för att skapa statistikvärden gällande för populationen. Om vikterna inte används så kan resultaten bli helt missvisande. Vikterna kompenserar för objektsbortfallet men inte för det partiella bortfallet.

För beräkning av skattningar av totaler används följande formel:

$$\hat{Y} = \sum_r w_k y_k$$

där

w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

y_k = variabelvärde för objekt k

och summering sker av de svarande (r)

För beräkning av skattningar av medelvärden används följande formel:

$$\hat{\bar{Y}} = \frac{\sum_r w_k y_k}{\sum_r w_k}$$

där

w_k = vikt/uppräkningsstal för objekt k

y_k = variabelvärde för objekt k

och summering sker av de svarande (r)

Nationella folkhälsoenkäten - HLV

Se teknisk rapport från SCB:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Granskning av indikatorn:

Miljöhälsoenkäten 2015

Kontroller har genomförts bland annat för att säkerställa att endast valida värden förekommer i materialet. Täckningsfel, under- och övertäckning, innebär att urvalsram och population inte helt stämmer överens. Ett sätt att minska täckningsfelen är att ha bra och uppdaterade register. Registret över totalbefolkningen (RTB) bedöms

vara av god kvalitet och bra uppdaterat. I denna undersökning visade sig 209 personer vara övertäckningsobjekt. Det var personer som avlidit eller flyttat utomlands.

Ytterligare kvalitetskomponent som undersökts är:

- Urvalsfel: avvikelser mellan ett skattat värde och det faktiska värdet som beror på att man inte undersöker alla objekt i populationen.
- Mätfel: ett fel som kan uppstå vid mätning är att lämnade uppgifter skiljer sig från faktiska uppgifter, t ex då uppgiftslämnaren inte minns de faktiska uppgifterna, missförstår frågan eller medvetet svarar felaktigt.
- Bearbetningsfel: Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Dessa fel kan förhindras och upptäckas i de kontroller som genomförs vid dataregistreringen.
- Bortfallsfel: inträffar om objekten i bortfallet och de svarande skiljer sig åt avseende frågorna/variablerna i undersökningen. En beskrivning av bortfallet finns i den bortfallsanalys som gjorts i samband med valet av hjälpinformation till kalibreringen (se ovan).

Indikatorns tillförlitlighet

Delmål 3.9 anger att vi till 2030 ska väsentligt minska antalet döds- och sjukdomsfall till följd av skadliga kemikalier samt föroreningar och kontaminering av luft, vatten och mark. Delmål 11.6 avser att till 2030 minska städernas negativa miljöpåverkan per person, bland annat genom att ägna särskild uppmärksamhet åt luftkvalitet samt hantering av kommunalt och annat avfall.

De nationella indikatorerna 3.9.4 (N) och 11.6.4 (N) följer andelen i befolkningen som uppger att de besväras av avgaser från trafiken i eller i närheten av bostaden för att följa upp luftkvalitet i närheten av bostaden samt antal exponerade för nivåer av luftföroreningar från trafik vid bostaden.

Bostadens läge har stor betydelse för hur mycket en person exponeras för luftföroreningar. I en bostad nära gator med mycket trafik blir halten av luftföroreningar hög även inomhus. Tidigare studier har visat att cirka hälften av de luftföroreningar som produceras av vägtrafiken tränger in i närliggande byggnader. Andelen som rapporterar ganska dålig eller mycket dålig luftkvalitet är högre bland dem som bor i en bostad med fönster mot en större gata eller trafikled; fyra gånger högre avseende dålig luftkvalitet inne i bostaden och sju gånger högre avseende dålig luftkvalitet i närheten av bostaden.

Luftföroreningar ökar risken för insjuknande och död i hjärt- och kärlsjukdomar och lungsjukdomar. Det finns också ett litet stöd i nyare studier för att luftföroreningar kan påverka fosterutveckling, metabola sjukdomar och demensutveckling.

Luftföroreningar orsakar, bidrar till och förvärrar sjukdomar i luftvägarna hos barn. Det finns starka bevis för att långtidsexponering för luftföroreningar påverkar barns lungfunktion och lungtillväxt negativt. Barn med astma och allergisjukdomar är en särskilt utsatt grupp. Det är framför allt inandningsbara partiklar, kväveoxider, ozon samt vissa organiska kolväten som bidrar till uppkomsten av olika hälsoproblem i Sverige. Sannolikt innebär aktuell exponering bland annat att flera hundratals ungdomar per årskull växer upp med påtagligt sänkt lungfunktion. Ett samband mellan luftföroreningar och ohälsa har rapporterats även vid måttliga halter och ännu har ingen säker tröskelnivå identifierats för vilken hälsoeffekter helt uteblir. (Miljöhälsorapport 2015)

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Miljöhälsoenkäten har genomförts vart 4:e år, varannan gång för vuxna och varannan gång för barn, sedan 1999. Senaste utskick var mars-juni 2019, vars data förväntas finnas tillgängligt årsskiftet 2019/2020

Från och med år 2018 finns frågan om sömnstörning av buller med i den nationella folkhälsoenkäten som genomförs vartannat år.

Jämförbarhet över tid:

Nationella enkätundersökningar i den vuxna befolkningen genomfördes 1999 (MHE99), 2007 (MHE07) och 2015 (MHE15) och resultaten beskrevs i respektive Miljöhälsorapporter MHR01, MHR09 och MHR17. Nationella enkätundersökningar om barns miljö och hälsa genomfördes 2003 (BMHE03) och 2011 (BMHE11) där resultaten har beskrivits i MHR05 respektive MHR13.

Flera enkätfrågor är liktydiga i alla enkätundersökningarna (i vissa fall har mindre förändringar varit nödvändiga), vilket gör det möjligt att jämföra resultaten och redovisa hur befolkningens miljö och upplevda hälsa har förändrats sedan 1999.

Frågan 1999 (vuxna) löd:

31. Har du de senaste 3 månaderna känt dig besvårad av något av följande i eller i närheten av Din bostad?

- Bilavgaser

Svarsalternativen var:

- Ja, minst 1 gång per vecka
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2003 (barn) löd:

79. Tycker du att några av dessa lukter har varit obehagliga den senaste månaden. Tänk på lukter både hemma och i närheten. *(Läs upp alternativen [...] för ditt barn.)*

- Avgaser från bilar, lastbilar eller bussar

Svarsalternativen var:

- Ja, flera gånger i veckan
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig/inte aktuellt

Frågan 2007 (vuxna) löd:

22. Har du de senaste 3 månaderna känt dig besvårad av något av följande i eller i närheten av din

bostad?

- Bilavgaser

Svarsalternativen var:

- Ja, minst 1 gång per vecka
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan 2011 (barn) löd:

14 a. Har du upplevt - de senaste tre månaderna - att någon/några av följande lukter har varit obehagliga (besvärande)? Tänk på lukter i eller i närheten av bostaden.

- Avgaser från bilar, bussar, lastbilar och andra fordon

Svarsalternativen var:

- Ja, flera gånger i veckan
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig/inte aktuellt

Frågan 2015 (vuxna) löd:

Under de senaste 3 månaderna, har du känt dig besvärad av något av följande utomhus i närheten av din bostad? Med "utomhus i närhet av din bostad" menas utomhus alldeles i närheten, som t.ex. på balkong, på innergård, i trädgård eller vid entrén

- Bilavgaser

Svarsalternativen var:

- Dagligen
- Ja, minst 1 gång per vecka
- Ja, men mer sällan
- Nej, aldrig

Frågan var tidigare sammanslagen inomhus och utomhus, men delades upp i MHE2015 på initiativ av Folkhälsomyndigheten.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Den finns ingen jämförbar global indikator.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med indikator 3.4.5 som beskriver: Besvär av trafikbuller i eller i närheten av bostaden; Besvär av trafikbuller inomhus med stängda fönster och dörrar; Sömnstörda av trafikbuller; Antal exponerade för höga ljudnivåer från trafik vid bostaden.

Indikatorn kan också sammanvändas med 3.9.1 Dödsfall till följd av luftföroreningar i och utanför bostaden

Övrig information

Indikatorerna 3.9.4 & 11.6.4 mäter samma sak men det kan förekomma att data presenteras på olika sätt. I rapporten LNOB används indikatorerna för att beskriva andel personer som besväras av lukt av bilavgaser i eller utanför bostaden.

Referenser

Länkar till datakällor, se rubrik "Tillgänglighet" ovan

Länk till Miljöhälsorapporterna:

2001:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e874a5e74e364cb2b95e61298002799e/miljohalsorapport-2001.pdf>

2005:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf262002b3a94cc7b55bb>

2009:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9ae8f10a3a544fcd857c84a803602ee9/miljohalsorapport-2009.pdf>

2013: <http://www.imm.ki.se/mhr2013.pdf>

2017:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c44fcc5df7454b64bf2565454bbdf0e3/miljohalsorapport-2017-02096-2016-webb.pdf>

Mål: 3 God hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.a Stärka genomförandet av Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll i alla länder, där så är lämpligt

Indikator: 3.a.1 Prevalens för daglig tobaksrökning i åldern 16-84 år/3.a.1 Åldersstandardiserad prevalens för tobaksanvändning (tobaksrökning dagligen) i åldersgruppen 16 år och äldre

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Global indikator för att följa tobaksanvändningen, omfattar endast daglig tobaksrökning.

Datakällor:

Datakälla för indikatorn är nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, som är en nationell urvalsundersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Undersökningen riktar sig till personer i åldern 16-84 år och har genomförts varje år fram till till år 2016 men från med 2016 görs undersökningen vartannat år. För mer information om undersökningen hänvisas till undersökningens sida:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>.

Tillgänglighet:

Indikatorn redovisas till WHO (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic) och indikatorn ingår i Folkhälsomyndighetens folkhälsorapportering.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Samtliga personer folkbokförda i Sverige i åldern 16–84 år.

Variabler:

Andel (procent) med felmarginal av befolkningen 16–84 år, uppdelat på kön, åldersgrupper och total som uppger tobaksrökning dagligen. Både kön och ålder är registervariabler. Med kön avses juridiskt kön. Ålder indelas i åldersgrupper enligt 16–29 år, 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år.

Referenstid:

Februari-maj 2014, februari-maj 2016, februari-maj 2018, februari-maj 2020 och februari-maj 2022.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Datainsamling sker genom obundet slumpmässigt urval. Urvalsstorleken för åren 2014 och 2016 består av 20 000 personer. För åren 2018 och 2020 utökades urvalsstorleken till 40 000 personer. År 2022 utökades urvalet med ytterligare 5000 personer till 45 000 personer. Urvalsramen i undersökningen skapades med hjälp av data från Registret över totalbefolkningen (RTB). Insamlingsmetod för undersökningen är en kombination av webbenkät och frågeblankett. Först skickades informationsbrev till deltagarna med inloggningsuppgifter till webbenkäten. Om svar ej inkom skickades en frågeblankett. För en mer detaljerad beskrivning kring genomförande av undersökningen hänvisas till undersökningens tekniska rapporter <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/>.

Bearbetningar av data:

Indikatorn baseras på enkätfrågan *Röker du?*, svarsalternativet *Ja, dagligen*, eller tidigare enkätfråga *Röker du dagligen?*, svarsalternativet *Ja*, räknas som daglig rökning.

Beräkning av indikatorn:

Andel med daglig tobaksrökning skattas för befolkningen och för olika grupper som viktad andel svarande.

För att reducera påverkan av bortfallet har kalibreringsvikter beräknats. Vikterna har beräknats utifrån urvalsdesignen samt antaganden om objektsbortfall och täckningsfel. Beräkningen gjordes med hjälp av ett av SCB egenutvecklat SAS-makro (ETOS). Vikterna i denna undersökning kan beskrivas med formeln:

$$wk = dk \cdot vk$$

där wk = vikt/uppräkningsstal för objekt k

dk = designvikt för objekt k

vk = kalibreringsvikt för objekt k baserad på hjälpinformation

Värden presenteras som icke åldersstandardiserade. Åldersstandardisering av data som redan är uppdelad på åldersgrupp har inte bedömts som att det tillför tillräckligt mycket ny information.

Granskning av indikatorn:

Resultaten jämförs med tidigare beräknade resultat och granskas av sakkunniga.

Indikatorns tillförlitlighet

Bortfallet bedöms vara den största källan till osäkerhet, då dess påverkan på skevheten på beräknade statistiska storheter är okänd. Användningen av kalibreringsvikter vid framställning av statistiska storheter bedöms dock lindra skevheten i skattningar till en viss grad. Täckningsfel bedöms vara litet, liksom ramtäckningen bedöms som mycket god. För att begränsa mätfelet har enkätfrågorna i undersökningen genomgått mätteknisk granskning. Inga andra bedömning om förekomst av eventuella mätfel eller deras storlek har gjorts. Osäkerhetsmått som tas fram är felmarginal. Information om storlek på objektbortfallet såväl som partiella bortfallet för undersökning finns sammanställda i tekniska rapporterna för undersökningen.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

För åren 2004 till 2016 gjordes undersökningen årligen, från och med 2016 görs den vartannat år (dvs. 2018, 2020 och 2022, med undantag för extra undersökning 2021). Data finns tillgängligt i slutet av samma år som undersökningen genomförs.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn är jämförbar över tid. Undersökningen genomförs under månaderna februari-maj på det aktuella året. Enkätfrågor, både när det gäller frågornas lydelse och svarsalternativet som indikatorn bygger på har varit konstant över uppföljningsperioden med undantag för svarsalternativet

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Två avvikelser med den globala indikatorn:

- Ej åldersstandardiserat
- Population 16-84 år istället för 15 år och äldre

Jämfört med definitionen för 3.a.1-indikatorn "current tobacco use" beskriver den globala indikatorn endast en del av befolkningens tobaksbruk, genom att den endast inkluderar tobaksrökning och ej snus användning. Detta för att möjliggöra jämförelser med andra länder som enbart rapporterar rökning dagligen.

Samanvändbarhet:

Indikatorn kan sammanvändas med indikator 3.a.2(N) som är den nationella indikatorn för tobaksanvändning (tobaksrökning och/eller snus användning) dagligen eller ibland.

Övrig information

-

Referenser

Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>

Tekniska rapporter

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/>

Mål: 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.b Stödja forskning om och utveckling av vaccin och läkemedel mot de smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar som i första hand drabbar utvecklingsländer.

Indikator: 3.b.1 Täckningsgrad i målbefolkningen för alla vaccin som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndigheten.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Global indikator.

Datakällor:

Årlig insamling och sammanställning av vaccinationsstatistik från barnavårdscentraler. Nationellt vaccinationsregister.

Äldre redovisningar 2002-2020: Årlig insamling och sammanställning av vaccinationsstatistik från barnavårdscentraler.

Tillgänglighet:

Uppföljning av vaccinationstäckning är en del av uppföljning av det nationella vaccinationsprogrammet och publiceras på Folkhälsomyndighetens webbplats.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Äldre redovisningar: Barn som har fyllt 2 år under det föregående året och som är inskrivna på en barnavårdscentral (BVC).

2021- Barn i relevanta åldrar som är folkbokförda i Sverige.

För HPV-vaccinationer: vaccinerade flickor och pojkar från 11 till 17 års ålder (pojkar från och med födelseår 2009).

Nationella vaccinationsregistret och befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån.

Variabler:

År, andel vaccinerade, typ av vaccination. För HPV även födelseår.

Referenstid:

För senaste statistiken: 2022-12-31, sammanställd 2023

HPV-vaccinationer: 2022-12-31

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Statistik 2021- Löpande rapportering från barnhälsovård och elevhälsa till det nationella vaccinationsregistret.

Äldre statistik: Insamling från barnavårdscentraler.

Bearbetningar av data:

Folkbokföringsort tillförs via Skatteverkets folkbokföringsdatabas

Kön tillförs med hjälp av personnumret.

Äldre statistik: ingen

Beräkning av indikatorn:

Fram till och med 2020: Täckningsgraden för vaccinationer bland 2-åringar: antal vaccinerade barn/ antal inskrivna barn på BVC*100.

Från och med 2021-: Täckningsgraden för vaccinationer i relevanta åldrar: antal vaccinerade barn/ antal folkbokförda barn i samma åldrar.

Täckningsgraden för HPV-vaccin: antal flickor respektive pojkar (12-17 år, pojkar från födelseår 2009) med minst 2 doser av HPV-vaccin/antal flickor respektive pojkar i samma åldrar i folkbokföringen.

Granskning av indikatorn:

Fram till och med 2020: data från BVC granskades både regionalt och nationellt för täckningsgrad för vaccinationer bland 2-åringar.

Nationella vaccinationsregistret (NVR) har valideringskontroller för inkomna data. Viss underrapportering förekommer.

Indikatorns tillförlitlighet

Tillförlitligheten är god.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Fram till och med 2020 årlig framställning för statistiken från BVC. Indikatorn klar i juli/augusti.

Från och med 2021 publiceras statistik en gång per år.

Jämförbarhet över tid:

Statistiken från BVC har samlats sedan 1982. Metoden för att ta fram statistiken har ändrats över tid i flera regioner. Detta har påverkat den nationella täckningsgraden något.

Jämförelser för täckningsgraden för vaccinationer från år 2021 och tidigare årgångar är inte möjliga eftersom insamlingsförfarandet och statistikunderlaget skiljer sig åt.

Vaccinationsregistret har funnits sedan 2013, den första kohorten flickor för vilka HPV-vaccinationer ska vara registrerade är födda 2002.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Skillnader är inte av betydande karaktär.

Samanvändbarhet:

Ingen kännedom om sam användbarhet.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-om-vaccinationer-inom-barnvaccinationsprogrammet/>

http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata/

Mål: 3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Delmål: 3.b Stödja forskning om och utveckling av vaccin och läkemedel mot de smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar som i första hand drabbar utvecklingsländer. Sörja för tillgång till ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin, i enlighet med Doha-deklarationen om TRIPS-avtalet och folkhälsa, i vilken det bekräftas att utvecklingsländerna har rätt att fullt ut utnyttja den flexibilitet som avtalet om handelsrelaterade aspekter av immaterialrätter erbjuder för att skydda folkhälsan och, framför allt, säkerställa att alla har tillgång till läkemedel.

Indikator: 3.b.2 Totalt offentligt utvecklingsbistånd till medicinsk forskning och grundläggande hälso- och sjukvård

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Sida

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Analysenheten, Sida
E-post	statistics@sida.se
Telefon	

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn är en global indikator och anger nettobeloppet av Sveriges offentliga utvecklingsbistånd som går till medicinsk forskning och grundläggande hälso- och sjukvård.

Datakällor:

Indikatorn baseras på underlag från Sida. Sida ansvarar för att sammanställa Sveriges rapportering av det totala offentliga utvecklingsbiståndet (ODA) till OECD/DAC. Sida ansvarar även för insamling av andra offentliga flöden (OOF) och offentliga exportkrediter från berörda myndigheter. Det är årligen ca 17 myndigheter som rapporterar till Sida i enlighet med regleringsbrev och ägarinstruktion. OECD/DAC ansvarar i sin tur för den officiella globala databasen över det offentliga utvecklingsbiståndet.

Tillgänglighet:

Indikatorn publiceras på OECD/DACs hemsida. Indikatorn publiceras inte som en indikator utan i sin egenrätt som separata sektorer inom biståndet.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Sveriges totala offentliga utvecklingsbistånd till medicinsk forskning och grundläggande hälso- och sjukvård.

Variabler:

Ingen information.

Referenstid:

Indikatorn rapporteras årligen.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Data samlas in från samtliga myndigheter med medel från UO7. Information rapporteras in på aktivitetsnivå i Excelformat till Sida. Sida lägger samman denna rapportering med information om sina egna aktiviteter, och sammanställer Sveriges officiella rapportering till OECD/DAC.

Bearbetningar av data:

Inga bearbetningar av data.

Beräkning av indikatorn:

Indikatorn baseras på en uppsättning sektorkoder i OECD/DACs statistiska ramverk: Indikatorn avser nettobeloppet av det svenska offentliga utvecklingsbiståndet som går till sektorkoder under kategorin "122 – Basic health", samt till sektorkoden "12182 – Medical research".

Granskning av indikatorn:

Samtliga myndigheter som ansvarar för biståndsmedel från UO7 ansvarar för att rapportera in sina medel till Sida enligt OECD/DACs riktlinjer över vad som får kallas offentligt utvecklingsbistånd (ODA). Sida genomför sedan en kvalitetskontroll över statistiken innan den rapporteras in till OECD/DAC. OECD/DAC granskar i sin tur statistiken

innan den godkänns och publiceras som det offentliga svenska biståndet.

Indikatorns tillförlitlighet

En stor del av det svenska biståndet utgörs av kärnstöd till multilaterala organisationer, exempelvis som FN och Världsbanken. Enligt gängse regler för hur biståndet ska rapporteras till OECD/DAC inkluderas inte stöd till de kanalerna som vidarebefordras i andra eller tredje part till medicinsk forskning och grundläggande hälso- och sjukvård.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Indikatorn framställs årligen för rapportering till OECD/DAC senast 15 juli. OECD/DAC kvalitetssäkrar sedan indikatorn och slutgiltig siffra godkänns under tidig höst.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn publiceras årligen sedan 2002.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Indikatorn rör endast svenskt ODA till skillnad från den globala indikatorn som berör totalt globalt ODA. Till skillnad från den globala indikatorn som presenterar bruttobelopp så avser den nationella indikatorn nettobelopp.

Samanvändbarhet:

Indikatorn är en andel av det totala svenska utvecklingsbiståndet.

Övrig information

Ingen övrig information.

Referenser

OECDs webbplats för statistik: <https://stats.oecd.org/>

Mål: God hälsa och välbefinnande

Delmål: Stärka alla länders, i synnerhet utvecklingsländernas, kapacitet när det gäller tidig varning, riskreducering och hantering av nationella och globala hälsorisker.

Indikator: 3.d.2 Andelen infektioner i blodbanan som orsakas av vissa antibiotikaresistenta bakterier.

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig organisation:

Folkhälsomyndigheten.

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndighet en.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Indikatorn ger en bild av förekomsten av allvarliga bakteriella infektioner där antibiotikaresistens försvårar behandlingen. Indikatorn är global och nationell.

Datakällor:

Data hämtas ur IT systemet Svebar.

Tillgänglighet:

Data rapporteras till ECDC (EARS-Net) samt till WHO (GLASS) årligen.

Swedres-Svarm är en årlig rapport som visar statistik över antibiotikaresistens och antibiotikaförsäljning hos människor och djur i Sverige.

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Personer i befolkningen med allvarlig infektion i blodbanan orsakad av Escherichia coli (E. coli) eller Staphylococcus aureus (S. aureus).

Variabler:

Andelen *Escherichia coli* med resistens mot tredje generationens cefalosporiner (*E. coli* med ESBL) samt Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) bland personer i befolkningen med infektion i blodbanan orsakad av *Escherichia coli* (*E. coli*) eller *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*).

Kön och ålder redovisas från 2015.

Referenstid:

Data rapporteras under juni månad årligen till ECDC.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Data samlas in kontinuerligt från 20 av landets 26 kliniskt mikrobiologiska laboratorier som är uppkopplade till Svebar sedan 2015.

Alla mikrobiologiska odlingar som gör på laboratorierna skickas dagligen till Svebar.

Bearbetningar av data:

Data sammanställs och analyseras under januari-mars årligen.

Beräkning av indikatorn:

Antal *E. coli* resistenta mot tredje generationens cefalosporiner/antal testade *E. coli* för känslighet mot tredje generationens cefalosporiner.

Antal *S. aureus* resistenta mot cefoxitin/antal testade *S. aureus* för känslighet mot cefoxitin.

95% konfidensintervall används.

Granskning av indikatorn:

Dataunderlag valideras tillsammans med anslutna laboratorier fortlöpande.

En analysgrupp bestående av personer från Fohm samt externa deltagare granskar framtagna resistenssiffror (indikatorer) årligen, detta inkluderar även trender över flera år.

Konfidensintervall används i rapporteringen.

Indikatorns tillförlitlighet

Indikatorn ger en bra nationell bild. Vi tar många blododlingar i Sverige och får på så sätt mer representativ data jämför med om man enbart tar en blododling vid behandlingssvikt.

Konfidensintervall används och jämförs över åren.

Alla kliniskt mikrobiologiska laboratorier (26 st) är inte uppkopplade till Svebar så data är inte heltäckande. Idag rapporterar 20 laboratorier och dessa täcker 86 % av befolkningen. Från år 2015 implementerades data från Svebar istället från separata Excel filer vilket har ökat täckningsgraden.

Sverige har följt utvecklingen sen 1999 för MRSA i blod samt från 2001 för E. coli ESBL i blod.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Årlig återkommande framställning som kan rapporteras i mars.

Jämförbarhet över tid:

Svabardata finns från 2015. MRSA i blod har rapporterats till ECDC sedan 1999. ESBL förekomst hos E. coli började rapporteras till ECDC 2001.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

Global indikator som mäts på samma sätt nationellt. I Sverige har vi hög blododling förekomst vilket ger en låg och korrekt andel resistent bakterier till skillnad från om man endast utför en blododling vid behandlingssvikt.

Samanvändbarhet:

Inom Sveriges övervakning av antibiotikaresistens så följer vi även indikatorn för förbrukning (3.d.3(N) Konsumtion av antibiotika).

Övrig information

-

Referenser

Swedres: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/antibiotikastatistik/swedres-svarm-arsrapporter/>

Svebardata: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/resistensovervakning/svebar/rapporter-fran-svebar/>

EARS-Net och GLASS: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/resistensovervakning/rapportering-till-ears-net-och-glass/>

<https://www.who.int/initiatives/glass>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702>

Atlas: <https://www.ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectious-diseases>

Mål: 3 Hälsa och välbefinnande

Delmål: 3.d Stärka alla länders, i synnerhet utvecklingsländernas, kapacitet när det gäller tidig varning, riskreducering och hantering av nationella och globala hälsorisker.

Indikator: 3.d.3(N) Konsumtion av antibiotika (ATC group J01) inom öppenvård och slutenvård - *ej uppdaterad 2023*

Ansvarig organisation och kontaktuppgifter

Ansvarig(a) organisation(er):

Folkhälsomyndigheten (Presenterad data tillgänglig från Concise, genom e-Hälsomyndigheten)

Kontaktuppgifter:

Kontaktinformation	Lovisa Sydén
E-post	agenda2030.indikatorer@folkhalsomyndigheten.se
Telefon	010-205 24 26

Indikatorns sammanhang

Ändamål:

Nationell övervakning av antibiotikaförsäljning görs för att kunna analysera försäljnings- och resistenssituationen över tid samt för att se följsamhet till behandlingsrekommendationer.

Datakällor:

Data hämtas från Concise, ett statistiksystem med försäljningsdata från apotek och övrig detaljhandel, vilket FOHM abonnerar på genom eHälsomyndigheten.

Tillgänglighet:

Data rapporteras till ECDCs övervakningssystem ESAC-Net årligen.

Swedres Svärm är en årlig rapport som visar statistik över antibiotikaresistens och antibiotikaförsäljning hos människor och djur i Sverige.

På Folkhälsomyndighetens hemsida läggs rapporter över antibiotikaförsäljning upp kvartalsvis. Länk:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/antibiotikastatistik/sverige/>

Indikatorns innehåll

Population och objekt:

Definierad dygnsdos (DDD) per 1000 invånare och dag i riket.

Variabler:

Idag används indikatorn nationellt framförallt för att visa totalen i riket över tid.

Används ibland uppdelad på preparatgrupper inom J01-gruppen samt regionsvis. Kan även delas upp på åldersgrupp (Beslutade åldersgrupper: 0-6 år, 7-19 år, 20-64 år, 65-79 år, 80+ år) samt kön (kvinna,man). Uppdelat årsvis.

Referenstid:

Kvartalsvis och årsvis.

Indikatorns framställning

Datainsamling:

Försäljning av läkemedel via apotek och detaljhandel rapporteras till eHälsomyndigheten, som lagrar data i Concise (registret). Folkhälsomyndigheten har ett abonnemang med personlig inlogg till Concise och kan där hämta de data som behövs genom att exportera en färdig excelfil.

Bearbetningar av data:

I Concise finns analysverktyget INSIKT, med vars hjälp de data som önskas kan sammanfogas till tabeller. Dessa tabeller exporteras sedan som .xlsx. Ingen kodning eller imputering görs. Inför Swedres Svarm (årsrapportering), månadsrapporter och kvartalsrapporter görs mer specifika utdrag från Concise, exempelvis över specifika antibiotikagrupper. Dessa data redovisas i grafer och ej heller här görs imputering eller integration av datakällor.

Beräkning av indikatorn:

Den totala mängden DDD under ett år i Sverige divideras med befolkningsmängden multiplicerad med 365. Detta multipliceras sedan

med 1000. Detta görs dock i statistiksystemet Concise och tas ut i denna form av Folkhälsomyndigheten.

$$DDD/TIND=DDD/(Invånare*365)*1000$$

Granskning av indikatorn:

Kontrollräkningar utförs vid årsrapportering. Vid månads- och kvartalsrapportering görs ingen granskning.

Indikatorns tillförlitlighet

En brist i kvaliteten hos indikatorn är hur redovisningen varierar beroende på en enhets (sjukhus, land) dosering av läkemedel (jämför PDD med DDD). Exempelvis har Sverige en högre dosering av flera antibiotikum och det framstår då som att användningen i Sverige är högre än vad den är. Trots detta används DDD idag som ett jämförande mått länder emellan.

Inom öppenvårdsförskrivningen är indikatorn mycket tillförlitlig. Slutenvårdsdata har dock många kända brister. I dagsläget hanteras detta genom uteslutning av de regioner som har alltför bristfälliga data. Exempelvis har Dalarna inte kunnat rapportera in slutenvårdsdata till Concise. Siffran för rikets slutenvårdsrekvisition är därför egentligen ”Riket exkl Dalarna”.

I övrigt hög kvalitet för indikatorns tillförlitlighet. Samma indikator används globalt för att följa upp antibiotikaförsäljning.

Frekvens och jämförbarhet

Frekvens:

Siffror publiceras i Concise månadsvis. Därför görs rapporter kvartalsvis samt årsvis. Kvartalsrapporter färdigställs två veckor efter att data för senaste månader publicerats. Årsvis data publiceras i januari/februari varje år samt mer ingående i maj/juni.

Andra indikatorer används vid månadsvis framställning av samma data.

Jämförbarhet över tid:

Indikatorn redovisas framförallt årsvis. Vid kvartalsvisa data används ett rullande medelvärde för det senaste året (exempelvis 1 april 2017-30 mars 2018). Indikatorn har haft en god tillförlitlighet över tid, där samma mätmetod använts. Dock har förändringar skett under 2018, vilket gjort att data för 2019 skiljer sig från tidigare. För år 2019 reviderades definitionerna av DDD och flera läkemedel gavs nya definierade dygnsdoser. Detta ledde till att trenden i

antibiotikaförsäljning såg ut att ha minskat år 2019. Därför är det av stor vikt att se över så att konsekvent definition av DDD används vid trendanalys. I årsrapporten Swedres Svarm 2018 visades DDD i både ny och gammal definition för att visa skillnaderna. Framöver kommer enbart 2019 års definierade dygnsdoser finnas i Concise och vid publicering av tidsserier är det viktigt att ha detta i åtanke.

Jämförbarhet med den globala indikatorn:

DDD/TIND är det mest använda indikatorn globalt gällande antibiotikaförsäljning samt på EU-nivå och därför den som passar bäst för jämförelser internationellt. Inga nämnvärda skillnader finns.

Samanvändbarhet:

I Sverige sammanvänder vi DDD/TIND med DDD/vård dagar och/eller vårdtillfällen. Detta för att särskilja data rörande sjukhusvård, då även särskilda boenden ingår i variabeln slutenvård.

Övrig information

Nationellt delas försäljningen upp i öppen- och slutenvård i och med att antibiotika förskrivs på olika sätt inom de olika vårdformerna. Inom öppenvården används Recept per 1000 invånare och år, vilket är ett mer precist mått på försäljning. Dock är detta inte tillförlitligt inom slutenvården (i och med att läkemedel förskrivs på rekvisition och inte recept) och internationellt används inte heller detta mått (idag arbetar dock flera EU-länder för att kunna mäta sin nationella försäljning i recept). I Sverige har vi ett nationellt mål på 250 recept per 1000 invånare och år, som alla regioner gemensamt strävar mot och recept per 1000 invånare är den mest använda indikatorn nationellt.

Referenser

WHO, 2019

https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

Swedres Svarm, 2019

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/swedres-svarm-2019/>

Kvartalsrapporter antibiotikastatistik

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/antibiotikastatistik/sverige/kvartalsrapporter/>

eHälsomyndigheten

Datum
2023-12-11

135 av 135

Agenda 2030, Indikatorer för hållbar utveckling
Metadata för mål 3

<https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/lakemedelsstatistik/>