



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten?

Analys av ett urval av hälsotillstånd och förutsättningar för hälsa

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/. En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar, se våra kundtjänst och köpvillkor.

[Kundtjänst och köpvillkor](#).

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

© Folkhälsomyndigheten, 2024.

Artikelnummer: 24064

Foto omslag: Astrakan/Johnér Bildbyrå.

Om publikationen

Folkhälsomyndighetens har i uppdrag att ansvara för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och de områden som utgör förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Den här publikationen utgör Folkhälsomyndighetens årliga underlag till regeringen om utvecklingen av folkhälsan och dess förutsättningar, och ska kunna användas för att bedöma om Sverige närmar sig målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Årets rapport är första steget i en process att ta fram ett underlag för att på ett mer ingående sätt följa om ojämlikheten i hälsa minskar i Sverige. I kommande steg kommer fler av kärnindikatorerna, från samtliga målområden inom det folkhälsopolitiska ramverket, följas upp för att få en fylligare bild av hur ojämlikhet i hälsa och förutsättningarna för hälsa utvecklas över tid. Flera olika mått på ojämlikhet har använts för att ge en så fullständig bild som möjligt av om ojämlikheten i hälsa ökar eller minskar över tid för de indikatorer som följs. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, men den mer nyanserade bild som presenteras i den här rapporten blir ett viktigt underlag för att samtidigt kunna sätta särskilt fokus på de grupper som har sämst hälsa och där insatser ger störst effekt.

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

Folkhälsomyndigheten

Karin Tegmark Wisell

Generaldirektör

Innehåll

Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten?	1
Om publikationen	3
Innehåll	4
Förkortningar	6
Ordlista	7
Sammanfattning	9
Summary	11
Inledning	13
Valet av indikatorer	13
Vad innebär jämlik hälsa?.....	15
Alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa.....	15
Hur uppstår ojämlikhet?	15
Det folkhälsopolitiska ramverket	15
Påverkbara hälsoklyftor	16
Ojämlikhet kan mätas på olika sätt.....	17
Socioekonomisk position kan mätas på olika sätt.....	18
Ökar eller minskar ojämlikheten över tid?	19
Hälsa.....	19
Självskattad hälsa.....	19
Förtida död	20
Medellivslängd	20
Förutsättningar för hälsa	21
Gymnasiebehörighet	21
Varaktigt låg inkomststandard	21
Rökning, daglig	22
Diskussion	23
Referenser	25
Bilaga 1. Detaljerade resultat.....	26
Hälsa.....	26

Självskattad hälsa.....	26
Förtida död	28
Medellivslängd	30
Förutsättningar för hälsa	31
Gymnasiebehörighet	31
Varaktigt låg inkomststandard	34
Rökning, daglig	37
Bilaga 2. Metod	40
Definitioner	40
Indikatorer: hälsa och förutsättningar för hälsa	40
Redovisningsgrupp: utbildningsnivå och inkomst	41
Uppföljningsperiod.....	42
Mått på ojämlikhet.....	42
Absolut skillnad med enkla mått – en grupp jämfört med en annan.....	42
Relativ skillnad med enkla mått – en grupp jämfört med en annan.....	43
Relativ skillnad – sammantaget i befolkningen (komplexa mått).....	43
Absolut skillnad – sammantaget i befolkningen (komplexa mått).....	43
Trendberäkningar, konfidensintervall och åldersstandardisering	44

Förkortningar

PAF	Överskjutande andel fall i populationen (population attributable fraction)
PIN	Överskjutande antal fall i populationen (population impact number)
PK	Prevalenskvot
RR	Relativ risk

Ordlista

Absolut ojämlikhet	Differensen mellan andelar (t.ex. prevalens eller incidens) eller antal (t.ex. återstående år) i en grupp jämfört med en annan, t.ex. hur stor andel som är sjuka bland personer med lägst inkomst jämfört med högst inkomst.
Enkla mått	Mått på ojämlikhet där en grupp i samhället jämförs med en annan.
Incidens	Beskrivs ofta som antal insjuknade under en viss tid (här under ett år) i en population där nämnaren är persontid (den tid som varje person är under risk att drabbas av sjukdomen).
Indikator	Ett statistiskt mått, som ska ge information om, mäta (indikera) faktiska nivåer eller förändringar. Ett av kriterierna för en indikator är att den har en uttalad riktning, d.v.s. att höga värden alternativt låga värden är uttryck för något bra eller dåligt.
Inkomstkvintiler	Baserat på position i inkomstfördelningen skapas ett antal grupper med samma antal individer i varje grupp. Indelningen kan göras i några enstaka grupper ända upp till hundra. En indelning i fem lika stora grupper kallas kvintiler.
Komplexa mått	Mått på ojämlikhet som tar hänsyn till data för alla grupper i befolkningen. Resulterar i ett sammanvägt tal som uttrycker storleken på ojämlikhet i en befolkning utifrån en redovisningsgrund som t.ex. utbildning eller inkomst.
Kärnindikator	Ett mått som valts ut för att den är av särskilt intresse för uppföljning, t.ex. förtida dödlighet.
Målområde	Det folkhälsopolitiska ramverket består av åtta målområden som har stor betydelse för en god och jämlik hälsa samt visar inriktningen för det arbete som främjar en god och jämlik hälsa.
Prevalens	Förekomst av ohälsa i en population eller grupp.
Redovisningsgrupp	De grupper som används i redovisningarna, t.ex. kön, ålder eller utbildningsnivå. Kallas ibland för redovisningsgrund eller indelningsgrund.
Referensgrupp	Den grupp som man jämför övriga grupper mot. Oftast den med bäst hälsa.

Relativ ojämlikhet	Kvoten mellan andelar eller antal i en grupp jämfört med en annan. Anger hur många gånger större t.ex. förekomsten av en sjukdom är i en grupp jämfört med en annan grupp. Det ger en bild av ojämlikheten mellan grupper utan hänsyn till det totala antalet. Den relativa ojämlikheten kan vara hög även när det absoluta antalet och den absoluta ojämlikheten är låg, och tvärtom.
Social gradient	Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg i den sociala hierarkin, vare sig det handlar om utbildningsnivå, inkomst eller yrke, innebär en förändring i förekomst av hälsa på gruppnivå.
Socioekonomisk position	Social position handlar om vilken ställning människor har i olika sammanhang i samhället. När social position baseras på utbildning, yrke eller inkomst kallas det för socioekonomisk position.
Trend	Utveckling (över tid).
Överskjutande andel fall	(PAF) Den andel av alla fall (av t.ex. förtida död) som skulle undvikas om alla grupper hade samma förekomst som gruppen med lägst förekomst.
Överskjutande antal fall	(PIN) Det antal fall (av t.ex. förtida död) som skulle undvikas om alla grupper hade samma förekomst som gruppen med lägst förekomst.

Sammanfattning

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken, som antogs av riksdagen 2018, är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att varje år ta fram en rapport som följer utvecklingen. Denna rapport är ett första steg i att ta fram ett underlag för att på ett mer ingående sätt följa om utvecklingen av ojämlikhet i hälsa går i riktning mot det folkhälsopolitiska målet. I rapporten undersöks hur ojämlikheten utvecklats över tid med hjälp av tre kärnindikatorer för generell hälsa och tre exempel på kärnindikatorer för förutsättningar för hälsa. Utbildning och inkomst används som mått på socioekonomi.

Ojämlikhet i hälsa kan beskrivas som systematiska skillnader i hälsa mellan grupper med olika socioekonomisk position och uppstår till följd av att sociala grupper har olika förutsättningar, det vill säga olika tillgång till resurser som påverkar hälsan. För att ge en nyanserad bild av ojämlikhet är det bra att använda en kombination av olika mått, som att titta på både absoluta och relativa skillnader, men även att både jämföra dem med högst och lägst socioekonomisk position och att mäta ojämlikhet med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen.

Det folkhälsopolitiska målet anger att hälsan ska vara både god och jämlik. Hälsan har generellt sett blivit bättre i befolkningen genom att vi lever längre och färre dör i förtid. Till exempel har medellivslängden ökat med 1,7 år för kvinnor och 2,3 år för män från 2006 till 2022, och andelen förtida dödsfall har sjunkit. Andelen som uppger god (drygt 70 procent) respektive dålig hälsa (ca 6–7 procent) ändras inte nämnvärt.

Det är dock inte alla grupper som har en positiv utveckling. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning har medellivslängden till och med sjunkit med cirka ett halvt år. Inte heller förtida död förbättras tydligt i denna grupp. Ojämlikheten (absolut sett) i medellivslängd mellan dem med kortast och längst utbildning har ökat till drygt 6 år bland män och nästan 7 år bland kvinnor. Även relativt sett ökade ojämlikheten och 2022 var det drygt 3 gånger så vanligt med dödsfall i åldern 25–64 år, bland både kvinnor och män i gruppen med kortast utbildning jämfört med den med längst. Sammantaget visar det att vi inte närmar oss det övergripande folkhälsopolitiska målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna till 2048.

Vad gäller att skapa samhällsliga förutsättningar för hälsa, som också är en del av det folkhälsopolitiska målet, ger de tre exemplen på förutsättningar som redovisas här – daglig tobaksrökning, gymnasiebehörighet och varaktigt låg inkomststandard – inte en enhetlig bild. Fler indikatorer för förutsättningar behöver analyseras för att det ska vara möjligt att sammanfatta utvecklingen.

Ett exempel där utvecklingen går i positiv riktning är rökning. Andelen som röker halverades 2006–2022 och den absoluta ojämlikheten minskade. Att den relativa

ojämlikheten samtidigt ökar mellan dem med kortast och längst utbildning visar att det finns möjlighet till ytterligare förbättringar för delar av befolkningen.

Att mäta ojämlikhet i hälsa på ett mer fördjupat sätt ger oss en bättre bild av komplexiteten i hur hälsan och dess förutsättningar hänger ihop med socioekonomisk position. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, men den mer nyanserade bild som framträder här blir ett viktigt underlag för att samtidigt kunna sätta särskilt fokus på de grupper som har sämst hälsa och där insatser ger störst effekt.

Summary

The overarching national goal for the public health policy, which was adopted by the Riksdag in 2018, is to create societal conditions for good and equitable health for all and to eliminate avoidable inequalities within a generation (until 2048). The Public Health Agency is tasked with producing a report every year to follow-up the development. This report is a first step to more thoroughly follow whether the development of inequality in health is moving towards the public health policy goal. The report examines how inequality has developed over time using three core indicators for general health and three examples of core indicators for determinants of health. Education and income are used as measures of socioeconomic position.

Inequality in health can be described as systematic differences in health between groups with different socioeconomic positions and arises as a result of social groups having different conditions, i.e. different access to resources that affect health. To give a nuanced picture of inequality, it is recommended to use a combination of different measures, such as looking at both absolute and relative differences, but also to both compare those with the highest and lowest socioeconomic position and to measure inequality with regard to all groups in the population.

The public health goal states that health should be both good and equal. Health has generally improved in the population, as we live longer and fewer die in age 25–64. For example, life expectancy has increased by 1.7 years for women and 2.3 years for men from 2006 to 2022, and the rate of deaths in age 25–64 has fallen. The proportion reporting good (> 70 percent) and poor health (approx. 6–7 percent) does not change significantly.

However, not all groups have a positive development. Among women with the lowest education, the average life expectancy has even dropped by around half a year. There is no clear improvement regarding death in age 25–64, in this group either. The (absolute) inequality in average life expectancy between those with the shortest and longest education has increased to just over 6 years among men and almost 7 years among women. Even in relative terms, inequality increased and in 2022, it was more than 3 times as common for deaths in age 25–64, among both women and men in the group with the shortest education compared to the one with the longest. Overall, the results show that we are not approaching the public health goal of eliminate avoidable inequalities by 2048.

When it comes to creating societal conditions for health, another part of the public health goal, the three examples of conditions presented here – daily tobacco smoking, upper secondary school eligibility and persistently low income standard – do not give a uniform picture. More indicators for determinants of health need to be analysed in order to summarize the development.

One example of a positive development is smoking. The proportion was halved between 2006 and 2022 and absolute inequality decreased. That relative inequality

simultaneously increases, between the groups with the shortest and longest education, shows however a possibility of further improvements in parts of the population.

Measuring inequality in health more in-depth, gives us a better picture of the complexity of how health and its determinants are linked to socioeconomic position. Efforts to improve public health should be universal, but the more nuanced picture that emerges here will be important to simultaneously be able to put special focus on the groups that have the worst health and where efforts have the greatest effect.

Inledning

Den här publikationen utgör en del av Folkhälsomyndighetens årliga underlag till regeringen om utvecklingen av folkhälsan och dess förutsättningar. Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken, som antogs 2018 av en enig riksdag, är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att varje år ta fram en rapport om hur folkhälsan och dess bestämningsfaktorer utvecklas. Årets rapport är första steget i en process att ta fram ett underlag för att på ett mer ingående sätt följa om jämlikheten i hälsa ökar eller minskar i Sverige. I detta första steg följs tre kärnindikatorer med fokus på generell hälsa och tre exempel på förutsättningar för hälsa.

I kommande steg kommer fler av kärnindikatorerna, från samtliga målområden, följas upp för att få en fylligare bild av hur jämlikhet i hälsa och förutsättningar för hälsa utvecklas över tid. Det är först då som det blir möjligt att mer genomgripande sammanfatta utvecklingen mot det folkhälsopolitiska målet. Arbetet utgår från den genomgång som utförts av Folkhälsomyndigheten [1] av hur ojämlikhet i hälsa kan mätas på lämpligt sätt. Flera olika mått på ojämlikhet har använts för att ge en så fullständig bild som möjligt av om ojämlikheten i hälsa ökar eller minskar över tid för de indikatorer som följs.

Rapporten är en del av uppföljningssystemet Folkhälsan i Sverige, som innefattar bland annat sammanfattande årsrapporter av folkhälsan, rapporter utifrån respektive målområde och fördjupade analyser av utvalda områden. Rapporten är i första hand ett underlag för regeringen, men kan även användas av aktörer med intresse och ansvar för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå. Eftersom många samhällssektorer bidrar till hur förutsättningarna för en god och jämlik hälsa ser ut, kan rapporten också vara av intresse för exempelvis myndigheter och organisationer som verkar inom ett särskilt sakområde.

Valet av indikatorer

I rapporten följs kärnindikatorerna för hälsa, det vill säga självskattad hälsa, förtida död och medellivslängd. Psykisk påfrestning kan inte följas över tid ännu på grund av för få mätpunkter. Utvecklingen av medellivslängden i en population speglar folkhälsan i alla livets åldrar. För svenskar födda under 1900-talet har medellivslängden ökat stadigt och förbättringarna kan hänföras till en rad faktorer som stigande levnadsstandard, bättre utbildning, hälsosammare levnadsvanor och ökad tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Förtida död belyser dödligheten under en period (25–64 år) av livet där dödsfall är mindre vanligt. Det är en viktig indikator för folkhälsan eftersom förtida dödsfall ofta kan förebyggas. Självskattad hälsa visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats vara relaterat till en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt.

Även tre indikatorer för förutsättningar för hälsa är inkluderade i årets rapport: gymnasiebehörighet, varaktig låg inkomststandard (att inkomsten inte räcker till det allra nödvändigaste) och daglig tobaksrökning. De tre indikatorerna representerar tre av åtta målområden: Kunskap, kompetenser och utbildning, Inkomster och försörjningsmöjligheter och Levnadsvanor.

Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Behörighet till gymnasiet i årskurs 9 är av avgörande betydelse för skolelevers benägenhet att studera vidare. Ekonomiska resurser sätter samtidigt ramarna för människors materiella standard och handlingsutrymme som också är relaterat till hälsan. Varaktigt låg inkomststandard beskriver en ekonomisk situation där inkomsterna det senaste året och minst två av de tre föregående åren inte har räckt till de nödvändigaste utgifterna. Även våra levnadsvanor påverkar risken att dö i förtid och insjukna i icke smittsamma sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom, cancer, diabetes och kronisk lungsjukdom. En av de levnadsvanor som bidrar mest till sjukdomsördan i Sverige är rökning.

Vad innebär jämlik hälsa?

Alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa

Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. En god folkhälsa innebär att hälsan både är så god som möjligt och så jämnt fördelad som möjligt mellan olika grupper i samhället [2]. Utgångspunkten i folkhälsopolitiken är att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Det folkhälsopolitiska målet är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna till 2048.

Hur uppstår ojämlikhet?

Hälsan i befolkningen formas genom ett samspel mellan individ och samhälle. Olika faktorer som påverkar hälsan förstärker varandra och samspelar genom hela livet. Bättre förutsättningar för hälsa, det vill säga tillgång till resurser som påverkar hälsan, ger ett ökat handlingsutrymme att utvecklas, må bra och göra hälsosamma val. Sämre förutsättningar är förknippat med sämre hälsa på gruppnivå, men innebär inte att en individ automatiskt får en sämre hälsa.

Sambanden mellan förutsättningarna för hälsa och hälsan är komplexa, och samma förutsättningar ligger ofta till grund för flera olika hälsoutfall. Vissa sjukdomar har ett relativt snabbt förlopp, till exempel många smittsamma sjukdomar. Andra sjukdomar har ett långsammare förlopp och det kan gå lång tid från att vara exponerad för en riskfaktor, som rökning, till att insjukna.

Ojämlikheten i hälsa uppstår till följd av att sociala grupper systematiskt har olika tillgång till goda förutsättningar för hälsa, såsom utbildning, arbete och försörjning [3-5]. Ofta är människors hälsa bättre ju högre socioekonomisk position de har. Detta stegvisa samband kallas för den sociala gradienten i hälsa [3,6]. Det kan också ansamlas hälsoproblem i vissa grupper i särskilt utsatta situationer, till exempel socialt eller ekonomiskt. För personer med lägre socioekonomisk position ansamlas oftare flera olika faktorer som kan påverka hälsan negativt. Att vara utsatt för flera olika belastningar samtidigt gör en person mer sårbar och konsekvenserna av olika hälsorisker kan då bli ännu större [6].

Ojämlikheten i hälsa kan också ses ur ett livslöppsperspektiv [7]. Det innebär att hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv [4].

Det folkhälsopolitiska ramverket

Det folkhälsopolitiska ramverket med dess åtta målområden tydliggör att arbetet mot en god och jämlik hälsa måste inriktas på hälsans förutsättningar och ske utifrån ett brett angreppssätt. I figur 1 illustreras dessa målområden. Symbolen i mitten speglar vikten av att ha ett livslöppsperspektiv på dessa frågor. Insatser för

att förbättra folkhälsan bör ske brett, men med särskilt fokus på de grupper som har sämst hälsa och därmed störst behov.

Figur 1. Folkhälsopolitikens åtta målområden utifrån det folkhälsopolitiska ramverket.



Folkhälsomyndighetens uppföljning utgår från det folkhälsopolitiska ramverket och dess övergripande mål. För att samlat kunna bedöma utvecklingen av förutsättningarna för en god och jämlik hälsa har ett antal kärnindikatorer valts ut, från samtliga åtta målområden, som följs upp regelbundet.

Påverkbara hälsoklyftor

I det folkhälsopolitiska målet ingår att sluta de *påverkbara* hälsoklyftorna inom en generation. En central följdfråga är då vad som egentligen är påverkbart, och hur stor del av den ojämlika hälsan som detta berör. Här finns inget entydigt svar. Kommissionen för jämlik hälsa framhöll dock att systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper i princip, men inte alltid, är påverkbara [4].

Bakgrunden till den utgångspunkten är att hälsa, både generellt och specifikt för många av de vanligaste sjukdomarna påverkas av de förhållanden, villkor och miljöer som människor lever i. Det handlar om förhållanden som går att påverka genom politiska insatser, exempelvis inom välfärdsområden som socialförsäkringens utformning. Samtidigt kan en del val med betydelse för hälsan uppfattas ligga närmare individen, till exempel många levnadsvanor. Även det kan samhället påverka, exempelvis genom lagstiftning om rökfria miljöer, hastighetsbegränsningar i trafiken samt åldersgränser och en aktiv prispolitik för alkohol och tobak. En del av det påverkbara är också möjligt att åtgärda eller undvika på ett mer konkret sätt, som att vissa dödsfall kan undvikas genom vård och behandling.

Folkhälsan och dess förutsättningar är en angelägenhet för aktörer inom olika sektorer på nationell, regional och kommunal nivå. Regionerna ansvarar bland annat för hälso- och sjukvården som har en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. De kan bidra till att förbättra folkhälsan och

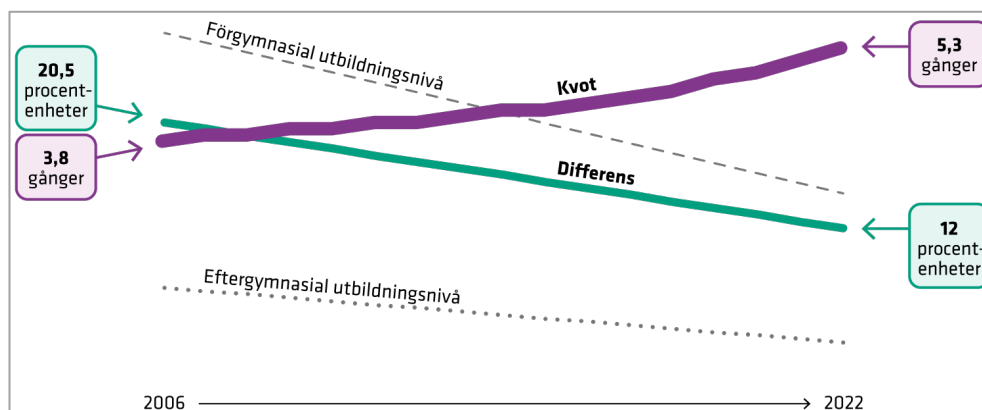
minska hälsoklyftorna, till exempel genom en primärvård med fokus på förebyggande insatser som når alla grupper i samhället. Regionen ansvarar även för regional utveckling inklusive till exempel näringslivsfrågor och hållbara transporter. Mycket av arbetet som påverkar folkhälsan sker också inom kommunerna, där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola och förskola, samt boende- och fritidsmiljöer, har betydelse för hälsan och dess förutsättningar. Insatser för att förbättra folkhälsan behöver också ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Begreppet proportionell universalism nämns ofta i de här sammanhangen och innebär generella åtgärder som kan öka i intensitet där behoven är större.

Ojämlikhet kan mätas på olika sätt

Ojämlikhet i hälsa kan ses och mätas på flera sätt. Syftet kan vara att jämföra hälsan i en specifik grupp med en annan, exempelvis bland de med kortast respektive längst utbildning. Det kan också vara att skatta ojämlikheten sammantaget i alla grupper i befolkningen, inklusive de med mellanlång utbildning. Med den senare formen av mått kan även hänsyn tas till hur stora de respektive grupperna är i befolkningen och hur gruppernas befolkningsandel förändras över tid, som att andelen som saknar gymnasieutbildning sjunker medan den med eftergymnasial utbildning ökar.

Ojämlikhet i hälsa kan också uttryckas som absolut eller relativ. Absolut ojämlikhet handlar om skillnader i faktiskt antal eller andelar (med t.ex. en sjukdom) mellan grupper. Relativ ojämlikhet beskriver hur många gånger större förekomsten (t.ex. av en sjukdom) är i en grupp jämfört med en annan och ger en bild av ojämlikheten mellan grupper utan hänsyn till det faktiska antalet. Absoluta och relativa mått på ojämlikhet i hälsa belyser olika aspekter av ojämlikhet och den ena kan öka samtidigt som den andra minskar. I figur 2 illustreras detta med exemplet rökning. Andelen som röker både bland dem med förgymnasial (streckad linje) och eftergymnasial (prickad linje) utbildning sjunker över tid. Samtidigt minskar de absoluta skillnaderna (uttryckt som differens; grön linje) mellan grupperna medan de relativa skillnaderna (uttryckt som kvot; lila linje) ökar.

Figur 2. Exempel som visar att absolut och relativ ojämlikhet kan utvecklas åt olika håll. Daglig tobaksrökning, 25–84 års ålder, 2006–2022.



Valet av mått på ojämlikhet grundar sig i vad man vill mäta och vilka data man har tillgång till. För att få en så fullständig bild som möjligt av om vi är på väg mot det övergripande folkhälsopolitiska målet bör en kombination av flera mått användas. För den som är intresserad av att läsa mer om olika mått på ojämlikhet har Folkhälsomyndigheten publicerat två rapporter kring detta. I en grundrapport, av mer teknisk karaktär, presenterar ett förslag på statistiska mått för att mäta ojämlikhet i hälsa. Måtten har valts från en mängd olika mått med utgångspunkt i vetenskaplig litteratur, erfarenheter från andra länder av att mäta ojämlikheter samt Folkhälsomyndighetens analyser av olika typer av data. I en kortare rapport som utgår från de valda måtten, ges praktiska råd kring hur analyser av ojämlikhet i hälsa och förutsättningar för hälsa kan genomföras, illustreras och förstås.

[Att mäta ojämlikhet i hälsa i befolkningen – kartläggning, analys och rekommenderade mått](#)

[Att mäta ojämlikhet i praktiken – val av statistiska mått](#)

Socioekonomisk position kan mätas på olika sätt

Även socioekonomisk position (SEP) kan mätas på olika sätt där utbildning, inkomst och yrkesstatus tillhör de vanligaste måtten [8]. De olika måtten mäter olika aspekter av SEP men hänger till viss del ihop och överlappar varandra. Att redovisa hälsan och dess förutsättningar utifrån mer än ett mått på SEP kan därför ge en mer fullständig bild av hur hälsan och dess förutsättningar är fördelade i befolkningen.

Inkomst varierar beroende på flera faktorer. Det kan handla om sysselsättning, ohälsa och hushållsförändringar och den ändras i takt med att individer åldras. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildningsnivå av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avklarad utbildning och är därför ett mer stabilt mått [8] på individnivå. Därmed är utbildning ett mått som är mindre känsligt för så kallat omvänt samband, det vill säga att hälsan påverkar den socioekonomiska positionen.

Eftersom inkomst ofta mäts uppdelat på specificerade andelar av befolkningen, till exempel kvintiler eller deciler, förändras inte storleken på inkomstgrupperna över tid. Utbildningsnivå däremot mäts oftast som en specifik uppnådd utbildningsnivå (t.ex. förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial), och med den generellt höjda utbildningsnivån i befolkningen innebär det till exempel att den grupp som endast har förgymnasial utbildning blir mindre. Gruppen antas därför i ökande utsträckning utgöras av personer i socialt eller ekonomiskt utsatta situationer och de yngre i denna grupp är kanske inte jämförbara med de äldre.

Mer information om hur utbildning och inkomst förhåller sig till varandra och till begreppet socioekonomi finns i ett faktablad som tagits fram av Folkhälsomyndigheten.

[Utbildning och inkomst som mått på socioekonomi](#)

Ökar eller minskar ojämlikheten över tid?

För att mäta om ojämlikheten i hälsa ökar eller minskar över tid har vi följt utvecklingen av den generella hälsan, mätt med tre olika indikatorer. Dessutom följer vi tre exempel på förutsättningar för hälsa, tagna från tre olika målområden. Både utbildningsnivå och inkomst används som mått på socioekonomisk position.

För att få en så fullständig bild som möjligt av om vi är på väg att nå det övergripande folkhälsopolitiska målet redovisas både absoluta och relativa skillnader, och både ojämlikhet som jämför en grupp med en annan och ojämlikhet som tar hänsyn till alla grupper i befolkningen.

Resultaten presenteras per indikator i avsnitten nedan. Det finns även en mer detaljerad beskrivning av resultaten i bilaga 1. Resultaten är, där det är relevant, justerade för ålder eller åldersstandardiserade. Olika indikatorer följs upp för olika tidsperioder beroende på vilka år data finns tillgängligt. En mer ingående beskrivning av indikatorerna och analyserna finns i bilaga 2. Samtliga siffror presenteras i tabeller i bilaga 3.

Hälsa

Självskattad hälsa, förtida död och medellivslängd är tre kärnindikatorer för hälsa. De beskriver det generella hälsoläget i befolkningen, utan att ta hänsyn till specifika diagnoser. Den fjärde kärnindikatorn för hälsa, psykisk påfrestning, går ännu inte att följa över tid eftersom data inte finns tillgängligt för mer än tre år.

Självskattad hälsa

Självskattad hälsa är ett av de hälsomått som valts ut för att se om vi når det övergripande målet om en god och jämlik hälsa. Över 70 procent av de tillfrågade uppger, under hela perioden, att deras hälsa är bra och 5–7 procent uppger att den är dålig. Fler kvinnor än män uppger dålig hälsa.

Dålig självskattad hälsa är genomgående vanligare i gruppen med kortast utbildning (förgymnasial) jämfört med dem med längst (eftergymnasial) och bland dem med lägst inkomst jämfört med dem med högst. Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupperna sker över tid.

Inte heller för ojämlikhet med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen sågs en tydlig trend över tid, även om siffrorna skilde sig åt en del från år till år. Andelen av dem med dålig hälsa som inte skulle ha det om alla grupper uppgav dålig hälsa i samma utsträckning som grupperna med bäst hälsa (längst utbildning respektive högst inkomstkvintil), varierade mellan 25 och 50 procent. Det motsvarar cirka 100 000–200 000 personer.

Förtida död

Förtida död är ett annat hälsomått som valts. Med förtida död avses här dödsfall som inträffar i 25–64 års ålder. År 2022 dog drygt 170 personer per 100 000 i förtid vilket motsvarar 9 280 personer. Högre andel män än kvinnor dör i förtid.

Förtida död är vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning och även i gruppen med lägst inkomst jämfört med den med högst. Andelen förtida dödsfall sjunker i de flesta utbildningsgrupper och inkomstkvintiler, och mest bland dem med högre socioekonomisk position. Ingen tydlig minskning ses för kvinnor i gruppen med kortast utbildning eller med lägst inkomst.

De relativa skillnaderna ökar, både mellan dem med kortast och längst utbildning (från drygt 2 till ca 3 gånger högre) och mellan dem med lägst och högst inkomst (från drygt 4 till ca 5 gånger högre). Även de absoluta skillnaderna ökar mellan dem med kortast och längst utbildning, och motsvarar 227 dödsfall per 100 000 individer, 2022. Det kan förklaras av den snabbare minskningen av andelen förtida dödsfall i gruppen med längst utbildning. De absoluta skillnaderna förändras inte i relation till inkomst.

Med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen sker inga säkerställda förändringar över tid vad gäller den relativa ojämlikheten. Runt 40 procent av alla förtida dödsfall skulle kunna undvikas om alla hade samma risk för förtida död som de i gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst. Antalet personer det motsvarar minskar dock i relation till utbildning, från runt 4 600 till drygt 3 750.

Medellivslängd

Även medellivslängd används som mått på hälsa i befolkningen. Medellivslängden har ökat generellt sett i befolkningen under uppföljningsperioden 2006–2022, med undantag för covid-19-pandemins första år 2020 och några år utan ökning för kvinnor 2014–2017. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder har ökat i alla utbildningsgrupper och alla inkomstkvintiler, utom bland kvinnor med förgymnasial utbildning där den istället har sjunkit med drygt ett halvt år.

Ojämlikheten i medellivslängd utifrån utbildning har ökat under perioden 2006–2022, både mätt som absoluta och som relativa skillnader och både för män och kvinnor. I antal år har skillnaden ökat bland män från 4,5 till 6,3. Motsvarande siffror för kvinnor är från 4,3 år till 6,9. Relativt sett innebär det att personer i gruppen med längst utbildning har nästan 10 procent fler återstående levnadsår vid 30 års ålder än den med kortast 2006, vilket ökade till nästan 15 procent 2022.

Även den absoluta skillnaden mellan dem i lägsta och högsta inkomstkvintilen ökar, medan den relativa skillnaden är förhållandevis stabil över tid. Skillnaden i medellivslängd mellan gruppen med högst och lägst inkomst är genomgående större bland män än bland kvinnor och var 2021 8,7 år bland män och 5,7 år bland kvinnor.

Ojämlighet sammantaget för alla grupper i befolkningen går inte att mäta med samma mått för medellivslängd som för övriga faktorer, eftersom medellivslängd rapporteras som medelvärden för olika grupper.

Förutsättningar för hälsa

De tre indikatorer som beskriver förutsättningar för hälsa som valts ut är gymnasiebehörighet från målområdet Kunskap, kompetenser och utbildning, varaktigt låg inkomststandard från målområdet Inkomster och försörjningsmöjligheter och daglig tobaksrökning, från målområdet Levnadsvanor.

Gymnasiebehörighet

Andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet ökade från 2006 fram till 2019 men sjönk något igen 2019–2023. År 2023 var det drygt 14 procent av alla i nionde klass som inte uppnådde gymnasiebehörighet.

Att inte uppnå gymnasiebehörighet är vanligare bland dem vars föräldrar har kortast utbildning (förgymnasial) än bland dem vars föräldrar har längst (eftergymnasial). Mellan 2006 och 2019 ökade andelen som inte uppnådde gymnasiebehörighet i båda grupperna, men andelen ökade mer i gruppen vars föräldrar hade kortast utbildning. Det innebar att ojämlikheten mellan de två grupperna också ökade, både absolut och relativt sett. 2006 var det drygt 5 gånger så vanligt att inte uppnå behörighet bland dem vars föräldrar hade kortast utbildning vilket motsvarar 25 procentenheter fler. 2019 var det drygt 7 gånger så vanligt och 45 procentenheter fler.

Från 2019 till 2023 sjönk andelen som inte uppnådde gymnasiekompetens i gruppen med föräldrar med kortast utbildning, samtidigt som andelen fortsatte att öka i gruppen med högst utbildning. Det ledde till att ojämlikheten minskade något igen, men inte tillbaka till 2006 års nivåer.

Inkomst kan endast mätas från 2013. Även här ökade andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet i alla grupper, men i slutet av perioden planar trenden ut för dem i lägsta inkomstkventilen. Ojämligheten ökade absolut sett mellan dem i högsta och lägsta inkomstkventilen, medan den relativt sett var oförändrad.

Ojämlighet mätt med mått som tar hänsyn till alla grupper i befolkningen visar en liknande utveckling. Som flest skulle drygt hälften av alla som inte uppnår behörighet till gymnasiet göra det om alla hade samma låga andel som dem vars föräldrar har längst utbildning. Det motsvarar runt 7 000 elever på ett år. För inkomst var andelen drygt 70 procent vilket motsvarar över 12 000 elever.

Varaktigt låg inkomststandard

Indikatorn varaktigt låg inkomststandard mäter om hushållet under de senaste åren har haft en inkomst som inte räcker till de nödvändigaste utgifterna. Andelen som lever i en sådan ekonomiskt utsatt situation har sjunkit under uppföljningsperioden 2014–2021, både bland vuxna och barn. År 2021 levde 1,6 procent av vuxna (25 år

och äldre) och 3 procent av barn och unga i Sverige i hushåll med varaktigt låg inkomststandard, vilket motsvarar nästan 113 000 vuxna och drygt 72 000 barn och unga.

Varaktigt låg inkomststandard är avsevärt vanligare bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Det gäller såväl vuxna som barn och unga, men skillnaden är ännu större bland barn och unga.

Bland barn och unga sjönk andelen som lever i hushåll där inkomsten under flera år inte räckt till de nödvändigaste utgifterna i alla utbildningsgrupper (utifrån föräldrars utbildning), vilket ledde till att även den absoluta skillnaden mellan gruppen med kortast och längst utbildning minskade. År 2021 var skillnaden 15 procentenheter. Relativt sett var varaktigt låg inkomststandard runt 9–11 gånger vanligare bland dem med föräldrar i gruppen med kortast utbildning jämfört med dem med längst. Även bland vuxna sjönk andelen med varaktigt låg inkomststandard i alla utbildningsgrupper, samtidigt som den absoluta skillnaden minskade och den relativa skillnaden ökade.

Med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen ökar andelen barn och unga med varaktigt låg inkomststandard som inte skulle behöva leva i den situationen om alla hade samma förekomst som de med föräldrar med längst utbildning, från 36 till 43 procent. Samtidigt sjönk antalet som det motsvarar från runt 33 000 till 29 500. Bland vuxna hade cirka en tredjedel av alla som lever med varaktigt låg inkomststandard kunnat undvikas, vilket motsvarar runt 35 000–40 000 personer.

Rökning, daglig

Andelen som röker tobak dagligen har sjunkit generellt i befolkningen, från 15 till 6 procent under perioden 2006–2022. Det är vanligare att röka i gruppen som saknar gymnasieutbildning än i gruppen med eftergymnasial utbildning och i gruppen med låg inkomst jämfört med dem med hög inkomst.

Andelen som röker sjönk kraftigt i alla utbildningsgrupper. I gruppen med kortast utbildning sjönk till exempel andelen från cirka 27 till 14,5 procent. Det ledde till att även den absoluta skillnaden minskade. Den relativa skillnaden ökade samtidigt och 2022 var det cirka 4 gånger vanligare att röka bland dem med kortast utbildning än bland dem med längst.

Vad gäller skillnader utifrån inkomst sågs ett liknande mönster för män för de år som gick att följa upp, 2015–2022, medan inga nämnvärda förändringar syntes över tid för kvinnor.

Med hänsyn tagen till alla utbildningsgrupper i befolkningen sågs inga större förändringar över tid vad gäller relativ ojämlikhet, cirka 50 procent av alla som röker skulle inte göra det om lika få rökte i alla grupper som i gruppen med längst utbildning. Antalet personer som det motsvarar har däremot halverats under perioden.

Diskussion

I den här rapporten följs hur ojämlikhet i hälsa utvecklas över tid. Flera mått på ojämlikhet används för att ge en så fullständig bild som möjligt av om utvecklingen går i riktning mot det övergripande folkhälsopolitiska målet att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (till år 2048). Ojämlikheten mäts utifrån både utbildningsnivå och inkomst.

De hälsoutfall som följs är självs kattad hälsa, förtida död och medellivslängd. Det ger oss en bild av ohälsan på ett övergripande plan, men för att förstå var och hur insatser ska sättas in kan även mer diagnosspecifik hälsa behöva analyseras. Kärnindikatorn för psykisk ohälsa, allvarlig psykisk påfrestning, kan ännu inte analyseras på grund av för få mätpunkter. Den kommer att utgöra ett viktigt komplement till övriga indikatorer.

Det övergripande folkhälsopolitiska målet ger att hälsan ska vara både god och jämlik. De tre indikatorer som följs visar att hälsan generellt sett blir bättre i befolkningen genom att vi lever längre och färre dör i förtid. Medellivslängden (antal återstående år vid 30 års ålder) har ökat med 1,7 år för kvinnor och med 2,3 år för män, mellan 2006 och 2021, och förtida dödsfall (25–64 år) har sjunkit från 239 till 173 per 100 000 individer. Samtidigt förändras inte den självs kattade hälsan nämnvärt. Drygt 70 procent av befolkningen anger god hälsa och drygt 6 procent dålig.

Trots den positiva utvecklingen där medellivslängden ökar och förtida dödsfall minskar har både den relativa och absoluta ojämlikheten ökat mellan dem med högst och lägst socioekonomisk position. Till exempel ökade den absoluta skillnaden i medellivslängd mellan utbildningsgrupperna från 4,5 till 6,3 år bland män och från 4,3 till 6,9 år bland kvinnor. Förklaringen är att utvecklingen varit minst positiv bland dem med lägst socioekonomisk position och mest positiv bland dem med högst, särskilt bland kvinnor. Andelen förtida dödsfall sjönk till exempel inte nämnvärt bland kvinnor i gruppen med lägst inkomst eller med kortast utbildning, och medellivslängden bland kvinnor i gruppen med kortast utbildning har till och med sjunkit med drygt ett halvår.

Vad gäller självs kattad dålig hälsa är ojämlikheten, precis som den totala förekomsten, förhållandevis konstant. Det är 2–3 gånger så vanligt med dålig hälsa i gruppen med kortast utbildning än i den med längst.

Sammantaget betyder det att vi, för de hälsoutfall som följs i denna rapport, inte närmar oss det övergripande folkhälsopolitiska målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna till 2048.

En del av det folkhälsopolitiska målet är också att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. De tre exemplen på förutsättningar som redovisas här ger inte en lika entydig bild som den kring hälsa. I kommande rapporter ska vi analysera kärnindikatorer från samtliga folkhälsopolitiska

målområden. Det är först då som det blir möjligt att göra en sammantagen bedömning av utvecklingen mot det folkhälsopolitiska målet.

Daglig tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom i Sverige. Andelen som röker dagligen halverades 2006–2022, vilket bidrar till att vi närmar oss målet om en god hälsa. Det bidrar även till målet om en jämlik hälsa då den absoluta ojämlikheten minskar. Att den relativa ojämlikheten ökar mellan dem med kortast och längst utbildning visar dock att det finns möjlighet till ytterligare förbättringar för delar av befolkningen. Rökning påverkar hälsan både på kort sikt och med en viss fördröjning, vilket indikerar att hälsan ytterligare kan komma att förbättras i Sverige. I denna rapport följs inte nya nikotinprodukter som e-cigarettor och nikotinsnus, där användningen har ökat de senaste åren framförallt bland unga, och vars långsiktiga effekt på hälsan ännu inte är tillräckligt utredd.

Ekonomisk trygghet har en mer indirekt betydelse för hälsan genom att den sätter ramarna för individens materiella standard och handlingsutrymme. Det kan till exempel handla om att ha råd med ett bra boende och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor. Att leva med varaktigt låg inkomststandard, det vill säga med inkomster som under flera år inte räcker till det allra nödvändigaste, är en indikator för ekonomisk utsatthet. Andelen som lever under denna form av ekonomisk utsatthet har sjunkit under perioden 2014–2021 (den period då det går att studera). Även den absoluta skillnaden mellan dem med kortast och längst utbildning minskade, men inte lika snabbt som för rökning, och 2021 levde fortfarande nästan 113 000 vuxna och drygt 72 000 barn och unga i sådan ekonomisk utsatthet. På grund av att gruppen med förgymnasial utbildning är relativt liten finns flest personer med varaktigt låg inkomststandard i gruppen med gymnasial utbildning, trots att andelen med en sådan ekonomiskt utsatt situation är många gånger vanligare i gruppen med förgymnasial utbildning.

Även utbildning har stor betydelse för en individs möjligheter till försörjning på arbetsmarknaden, hälsosamma levnadsvanor och god hälsa under hela livet. Att inte vara behörig till gymnasiet påverkar chanserna till en god utbildning. Andelen elever i nionde klass utan behörighet till gymnasiet har sammantaget ökat över perioden 2006–2023 och samtidigt ökade även ojämlikheten både absolut och relativt sett. Andel utan gymnasiebehörighet har sjunkit igen de senaste åren, men fortfarande går fler ut nionde klass utan behörighet idag än 2006.

Resultaten från detta första steg i att mäta ojämlikhet på ett mer fördjupat sätt ger oss en bättre bild av komplexiteten i hur hälsan och dess förutsättningar hänger ihop med socioekonomisk position. De visar på vikten av att titta på ojämlikhet ur flera perspektiv, men också att följa flera olika indikatorer för hälsan och dess förutsättningar, för att få en så fullständig bild som möjligt av om utvecklingen går i riktning mot det övergripande folkhälsopolitiska målet. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, men den mer nyanserade bild som framträder här blir ett viktigt underlag för att samtidigt kunna sätta särskilt fokus på de grupper som har sämst hälsa och där insatser ger störst effekt.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Att mäta ojämlikhet i hälsa. Kartläggning, analys och rekommenderade mått [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023 [citerad 6 mars 2024]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e15dAtt_mäta_ojämlikhet_i_hälsa_Kartläggning_analys_och_rekommenderade_mått
2. Sverige. Socialdepartementet. God och jämlik hälsa: en utvecklad folkhälsopolitik (Prop:2017/18:249) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 6 mars 2024]. Hämtad från: [God och jämlik hälsa: en utvecklad folkhälsopolitik \(Prop:2017/18:249\)](#)
3. Marmot M, Wilkinson RG, redaktörer. Social determinants of health. 2 uppl. New York: Oxford University Press; 2006. Introduction; p. 1-5.
4. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55) [Internet]. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016 [citerad 6 mars 2024]. Hämtad från: [Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: delbetänkande \(SOU 2016:55\)](#)
5. Whitehead M, Dahlgren G, World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 [citerad 6 mars 2024]. Hämtad från: [Levelling up \(part 1\): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health](#)
6. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C; Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health. Health inequality--determinants and policies. Scand J Public Health. 2012 Nov;40(8 Suppl):12-105. doi: 10.1177/1403494812457734.
7. Marmot M, Goldblatt P, Allen J et al. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Institute of Health Equity; 2010. [citerad 6 mars 2024]. Hämtad från: [Fair society, healthy lives. The Marmot review.](#)
8. Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, Lynch J, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (Part 1). J Epidemiol Community Health. 2006;Jan;60(1):7-12. doi: 10.1136/jech.2004.023531.

Bilaga 1. Detaljerade resultat

Hälsa

Självskattad hälsa

Självskattad hälsa är ett av de hälsomått som valts ut för att se om vi når det övergripande målet om en god och jämlik hälsa. Över 70 procent av de tillfrågade uppger, under hela perioden, att deras hälsa är bra. Även andelen som skattar sin hälsa som dålig är relativt konstant över uppföljningsperioden 2006–2022. År 2022 uppgav drygt 6 procent av de tillfrågade, 16–84 år, dålig självskattad hälsa.

Självskattad hälsa, dålig

Med dålig självskattad hälsa menas de som svarat dålig eller mycket dålig på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". Indikatorn är dikotom (mycket dåligt/dåligt eller någorlunda/bra/mycket bra), bygger på data från nationella folkhälsoenkäten och följs upp 2006–2022.

OBS! Självskattad hälsa rapporteras ofta som *god* självskattad hälsa, till exempel i Folkhälsans årsrapport 2023.

Utbildningsnivå redovisas uppdelat på tre grupper som kan rangordnas.

Inkomst redovisas uppdelat på fem grupper (kvintiler) och finns tillgängligt från 2015.

Resultaten redovisas separat för kvinnor och män 25–84 år.

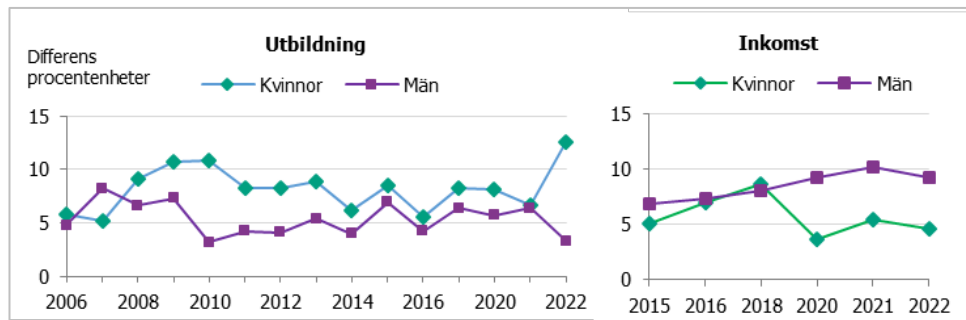
Val av mått: PK, differens, PAF och PIN.

Dålig självskattad hälsa är vanligare i gruppen med kortast utbildning än i den med längst. Andelen med dålig hälsa fluktuerar under uppföljningsperioden, 2006–2022, mellan 9 och 12,5 procent bland de med kortast utbildning (förgymnasial) och mellan 3 och 5,5 procent bland de med längst utbildning (eftergymnasial). Fler kvinnor än män uppger dålig självskattad hälsa.

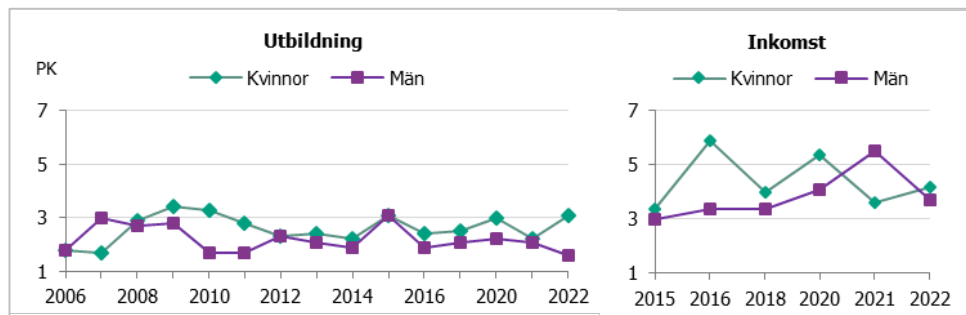
Även ojämlikheten i självskattad hälsa utifrån utbildningsnivå går upp och ner under perioden, både absolut och relativt sett, och det går inte att se någon tydlig trend över tid (figur B1 och B2). Ungefär 2–3 gånger så många i gruppen med kortast utbildning uppger dålig självskattad hälsa jämfört med personer med längst utbildning, vilket motsvarar cirka 5–8 procentenheter fler. Att dålig självskattad hälsa är vanligare bland kvinnor än män innebär också att den absoluta skillnaden är större bland kvinnor än män (ca 5–12 jämfört med 3–7 procentenheter), trots att den relativa ojämlikheten är ungefär densamma.

Vad gäller inkomst, är andelen med dålig självskattad hälsa högre i gruppen med lägst inkomst än i den med högst inkomst. Inkomst går att följa från 2015 vad gäller självskattad hälsa. En viss ökning av den absoluta skillnaden mellan dem med lägst och högst inkomst kan ses, men övriga mått visar ingen förändring.

Figur B1. Absolut skillnad (differens): andel som uppger dålig hälsa i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.

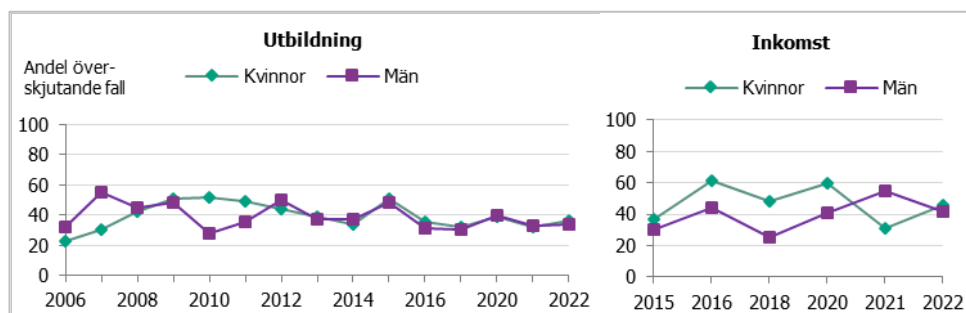


Figur B2. Relativ skillnad (PK): andel som uppger dålig hälsa i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.

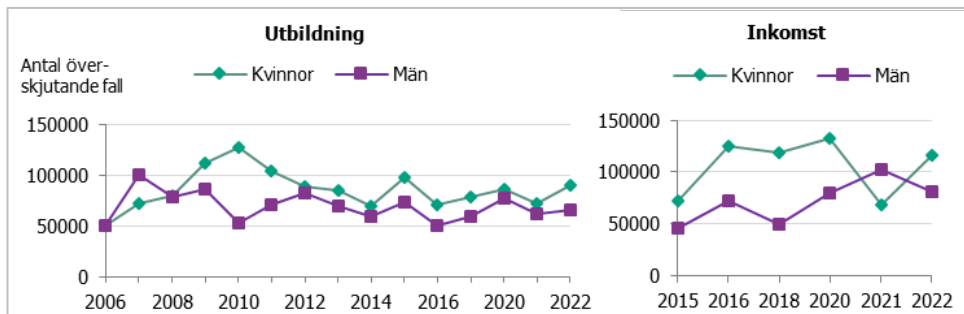


Inte heller om ojämlikheten mäts med ett mått som tar hänsyn även till gruppen med gymnasial utbildning, ser vi en tydlig förändring över tid (figur B3 och B4). Runt 25–50 procent av den dåliga hälsan skulle kunna undvikas om de med förgymnasial och gymnasial utbildning hade lika låg andel med dålig hälsa som de med eftergymnasial utbildning. Det motsvarar cirka 100 000–200 000 personer i befolkningen (uppräknat från ett urval). Ojämlikhet mellan inkomstgrupper ger en liknande bild, men med något större skillnader överlag.

Figur B3. Relativ skillnad (PAF): andel överskjutande fall av dålig självskattad hälsa i befolkningen utifrån utbildning, 2006–2022, respektive inkomst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



Figur B4. Absolut skillnad (PIN): antal överskjutande fall av dålig självskattad hälsa i befolkningen utifrån utbildning, 2006–2022, respektive inkomst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



Förtida död

Förtida död är ett annat hälsomått som valts ut. Med förtida död avses här dödsfall som inträffar i åldern 25–64 år. År 2022 dog drygt 170 personer per 100 000 i förtid vilket motsvarar 9 280 personer. Förtida död är vanligare bland män än bland kvinnor.

Förtida död

Förtida död definieras här som dödsfall mellan 25 och 64 års ålder. Indikatorn är dikotom (död eller inte), bygger på registerdata för hela befolkningen och följs upp 2006–2022.

Utbildningsnivå redovisas uppdelat på tre grupper som kan rangordnas.

Inkomst redovisas uppdelat på fem grupper (kvintiler) och finns tillgängligt från 2013.

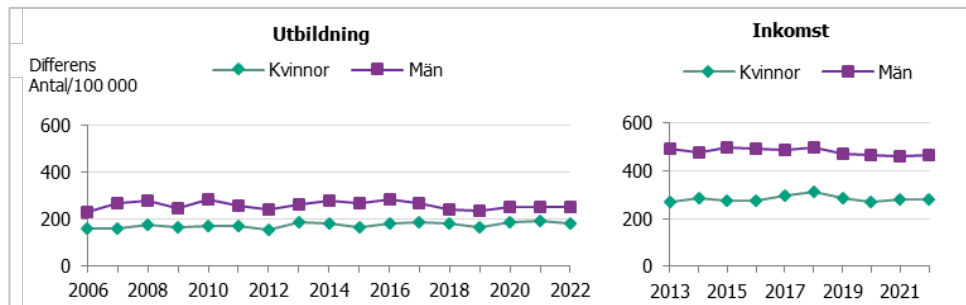
Resultaten redovisas separat för kvinnor och män 25–64 år.

Val av mått: RR, differens, PAF och PIN.

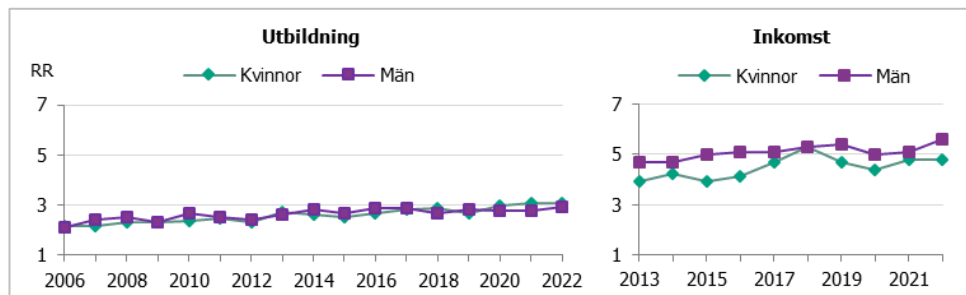
Andelen personer som dör i förtid sjunker i alla utbildningsgrupper under uppföljningsperioden 2006–2022, men nedgången är inte tydlig för kvinnor med förgymnasial utbildning. Det sjunker mer i gruppen med eftergymnasial utbildning än i den med gymnasial. Förtida dödsfall är genomgående vanligare bland personer i gruppen med kortast utbildning (förgymnasial) än bland dem med längst (eftergymnasial).

Både den absoluta och relativa skillnaden mellan dem med kortast respektive längst utbildning ökar på grund av att andelen sjunker snabbare i den grupp som redan har lägst andel (figur B5 och B6). I slutet av perioden är förtida dödsfall runt 3 gånger så vanligt bland dem med kortast utbildning än bland dem med längst. Absolut sett är skillnaden nästan 230 dödsfall per 100 000 invånare, 2022. Även den relativa skillnaden mellan högsta och lägsta inkomstkventilen ökar under perioden (till drygt 5 gånger så stor 2022), och är generellt sett större än skillnaden mellan utbildningsgrupperna. Den absoluta skillnaden mellan dem med högst och lägst inkomst sjunker något för män, men förändras inte för kvinnor.

Figur B5. Absolut skillnad (differens): antal per 100 000 som dör i förtid i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2013–2022. Kvinnor och män redovisas separat.

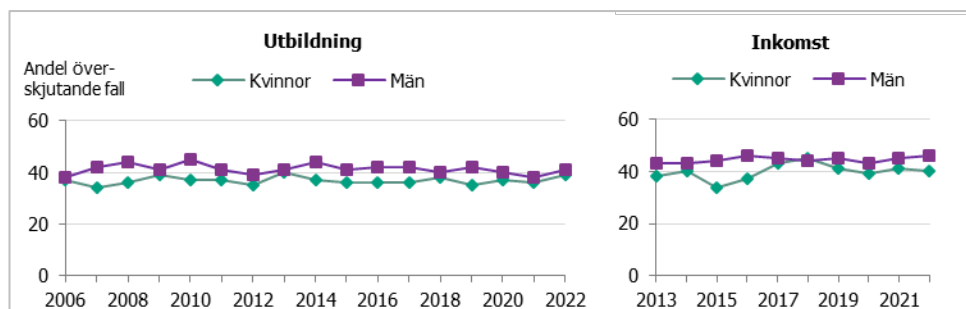


Figur B6. Relativ skillnad (RR): antal per 100 000 som dör i förtid i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2013–2022. Kvinnor och män redovisas separat.

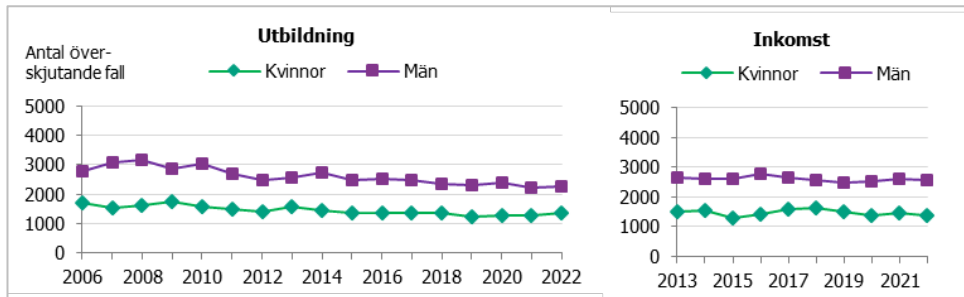


När även personer med gymnasial utbildning tas med och med hänsyn tagen till att utbildningsgruppernas storlek kan förändras sker ingen tydlig förändring över tid vad gäller den relativa ojämlikheten (figur B7). Cirka 40 procent av alla förtida dödsfall skulle undvikas om alla hade samma risk för förtida död som de med längst utbildning. Det motsvarar cirka 4 600 extra (eller överskjutande) dödsfall 2006 och 3 750, 2022 (figur B8). Inte heller för inkomst ses någon tydlig trend över tid, men andelen extra fall varierade mellan 40 och 45 procent.

Figur B7. Relativ skillnad (PAF): andel överskjutande fall av förtida död i befolkningen utifrån utbildning, 2006–2022, respektive inkomst, 2013–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



Figur B8. Absolut skillnad (PIN): antal överskjutande fall av förtida död i befolkningen utifrån utbildning, 2006–2022, respektive inkomst, 2013–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



Medellivslängd

Även medellivslängd är ett vanligt mått på befolkningens hälsa. Medellivslängden har ökat generellt sett i befolkningen med undantag för covid-19-pandemins första år 2020 och några år utan ökning för kvinnor 2014–2017.

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder

Indikatorn visar antal år i genomsnitt, bygger på registerdata för hela befolkningen och följs upp 2006–2022. Personer födda utanför Sverige är exkluderade på grund av ett större bortfall vad gäller både utbildningsnivå och inkomst.

Utbildningsnivå redovisas uppdelat på tre grupper som kan rangordnas.

Inkomst redovisas uppdelat på fem grupper (kvintiler) och finns tillgängligt från 2012 till 2021.

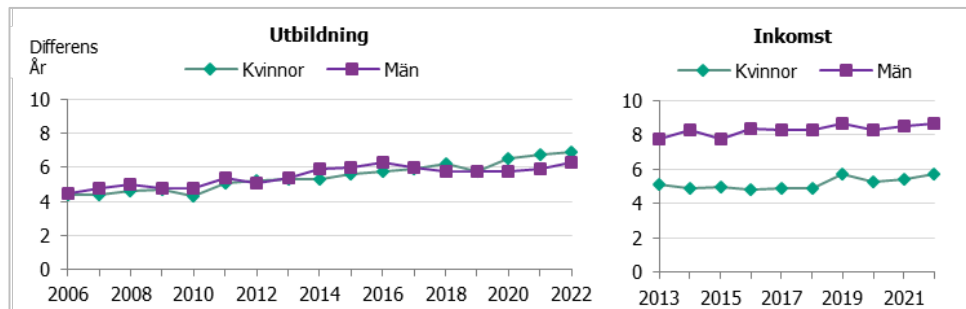
Resultaten redovisas separat för kvinnor och män.

Val av mått: kvot och differens.

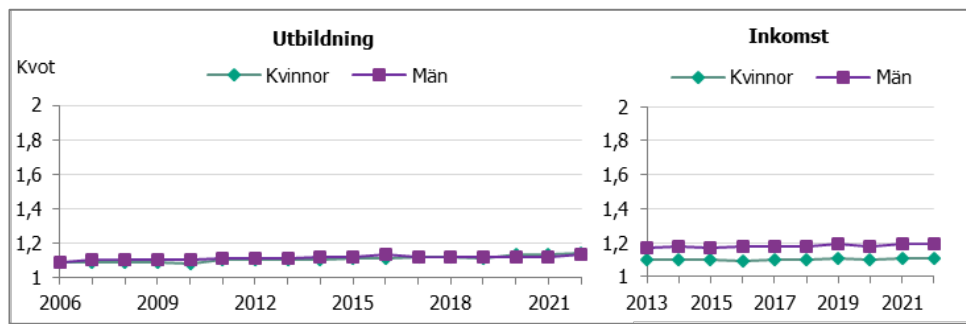
Återstående medellivslängd vid 30 års ålder har ökat i alla utbildningsgrupper utom bland kvinnor med förgymnasial utbildning där den istället har sjunkit med ett halvt år. Ojämligheten i medellivslängd utifrån utbildning har ökat under perioden 2006–2022, både mätt som absoluta och relativa skillnader och både för män och kvinnor. I antal år har skillnaden ökat bland män från 4,5 till 6,3 år, en ökning med 1,8 år. Motsvarande siffror för kvinnor är från 4,3 till 6,9 år, en ökning på 2,6 år. Relativt sett innebär det att personer med längst utbildning (eftergymnasial) har nästan 10 procent fler återstående levnadsår vid 30 års ålder än de med kortast (förgymnasial) i början av uppföljningen, vilket ökat till nästan 15 procent 2022.

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder har ökat även i alla inkomstkventiler. Den absoluta skillnaden mellan de i lägsta och högsta inkomstkventilen ökar också, medan den relativa skillnaden är förhållandevis stabil över tid (figur B9 och B10). Skillnaderna i medellivslängd utifrån inkomst är genomgående större bland män än bland kvinnor och uppgår 2021 till 8,7 år bland män och 5,7 år bland kvinnor.

Figur B9. Absolut skillnad (differens): antal återstående år, i medellivslängd vid 30 års ålder bland dem med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2013–2021. Kvinnor och män redovisas separat.



Figur B10. Relativ skillnad (kvot): antal återstående år, i medellivslängd vid 30 års ålder bland dem med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2013–2021. Kvinnor och män redovisas separat.



Ojämlighet sammantaget för alla grupper i befolkningen går inte att mäta med samma mått för medellivslängd som för övriga faktorer, eftersom medellivslängd rapporteras som medelvärden för olika grupper.

Förutsättningar för hälsa

Gymnasiebehörighet

Gymnasiebehörighet är en kärnindikator från målområdet Kunskaper, kompetenser och utbildning. Andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet ökade från 2006 fram till 2019 men sjönk något igen 2019–2023. År 2023 var det drygt 14 procent av alla i nionde klass som inte uppnådde gymnasiebehörighet.

Ej uppnådd gymnasiebehörighet

Ej uppnådd gymnasiebehörighet avser elever i årskurs 9 som inte är behöriga till ett yrkesprogram eller högskoleförberedande gymnasieprogram. Indikatorn är dikotom (behörig eller ej), bygger på registerdata för alla som går i klass 9 och följs upp 2006–2023.

Utbildningsnivå redovisas uppdelat på tre grupper som kan rangordnas. Föräldrarnas utbildningsnivå används.

Inkomst redovisas uppdelat på fem grupper (kvintiler) och finns tillgängligt från 2015.

Resultaten redovisas separat för flickor och pojkar.

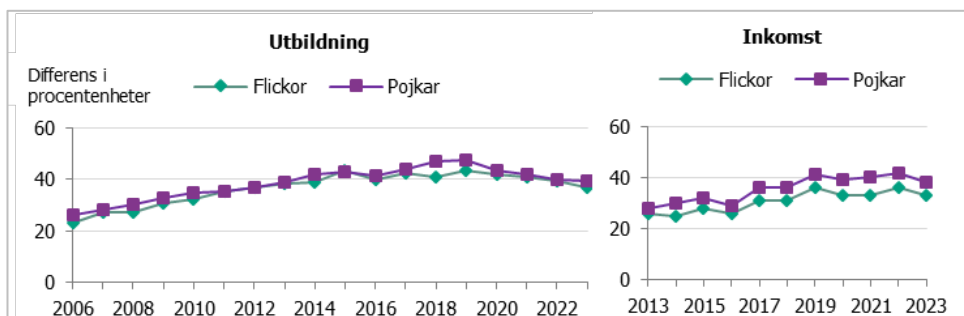
Val av mått: RR, differens, PAF och PIN.

Att inte uppnå gymnasiebehörighet är vanligare bland dem vars föräldrar tillhör gruppen med kortast utbildning (förgymnasial) än bland dem vars föräldrar tillhör gruppen med längst (eftergymnasial). Mellan 2006 och 2019 ökade andelen som saknar gymnasiebehörighet i båda grupperna, men andelen ökade mer i gruppen vars föräldrar hade kortast utbildning. Det innebar att ojämlikheten mellan de två grupperna ökade, både absolut och relativt sett. År 2006 var det drygt 5 gånger så vanligt att inte uppnå behörighet bland dem vars föräldrar hade kortast utbildning vilket motsvarar 25 procentenheter färre som uppnår behörighet. Motsvarande siffror för 2019 var drygt 7 gånger så vanligt och 45 procentenheter färre.

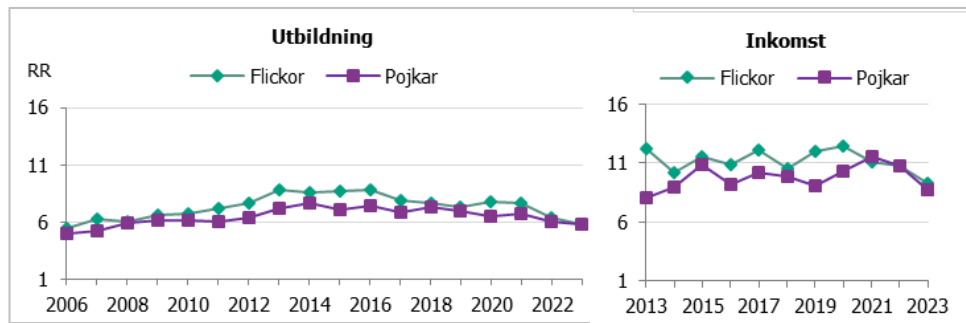
Från 2019 till 2023 sjönk andelen som inte uppnådde gymnasiekompetens något i gruppen vars föräldrar har kortast utbildning samtidigt som andelen fortsatte att öka i de övriga grupperna. Det ledde till att ojämlikheten, både relativt och absolut sett, minskade något (figur B11 och B12).

Inkomst kan endast mätas från 2013. Här ses ett liknande mönster som för utbildning med en ökad andel som inte uppnår gymnasiebehörighet under flera år, men i slutet av perioden planar trenden ut för dem i lägsta inkomstkventilen. Den absoluta ojämlikheten ökar från cirka 27 procentenheter till 36, medan den relativa visar att det är runt 9–11 gånger så vanligt att sakna gymnasiebehörighet i den lägsta inkomstkventilen jämfört med den högsta under hela perioden.

Figur B11. Absolut skillnad (differens): andel som ej uppnår gymnasiebehörighet i gruppen med kortast utbildning (förälders) jämfört med längst, 2006–2023, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2015–2023. Flickor och pojkar redovisas separat.



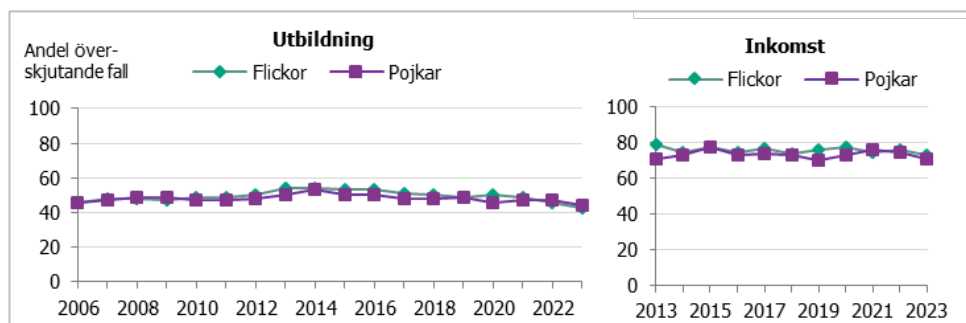
Figur B12. Relativ skillnad (RR): andel som ej uppnår gymnasiebehörighet i gruppen med kortast utbildning (förälders) jämfört med längst, 2006–2023, respektive lägst inkomstkventil jämfört med högst, 2015–2023. Flickor och pojkar redovisas separat.



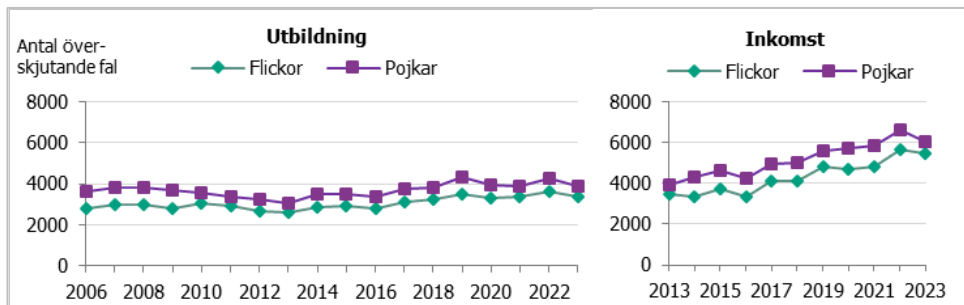
Även ojämlikhet mätt med mått som tar hänsyn till hela befolkningen visar en liknande utveckling vad gäller relativa skillnader (figur B13). Som flest skulle drygt hälften av alla som inte uppnår behörighet till gymnasiet göra det om alla hade samma låga andel ej behöriga som dem vars föräldrar har längst utbildning. 2023 hade andelen sjunkit till 44 procent. Det motsvarar runt 6 000–8 000 elever varje år (varierar också i viss mån beroende på årskullens storlek).

Andelen som inte uppnådde gymnasiebehörighet bland dem i högsta inkomstkventilen var ännu lägre än andelen bland dem med föräldrar med längst utbildning, till stor del beroende på att gruppen utgör mindre än 20 procent av eleverna, medan gruppen med högst utbildning utgör mer än 60 procent av eleverna. Det gör att den uppmätta ojämlikheten är större för inkomst än utbildning vad gäller andelen som saknar gymnasiebehörighet som hade undvikits om alla hade samma låga andel som de i högsta inkomstkventilen (ca 75 procent). Antalet nionde klassare som det motsvarar ökade från drygt 7 400 elever 2013 till nästan 11 500 elever 2023 (figur B14).

Figur B13. Relativ skillnad (PAF): andel överskjutande fall som ej uppnått gymnasiebehörighet utifrån utbildning (förälders), 2006–2023, respektive inkomst (hushållets), 2015–2023. Flickor och pojkar redovisas separat.



Figur B14. Absolut skillnad (PIN): antal överskjutande fall som ej uppnått gymnasiebehörighet utifrån utbildning (förälders), 2006–2023, respektive inkomst (hushållets), 2015–2023. Flickor och pojkar redovisas separat.



Varaktigt låg inkomststandard

Indikatorn varaktigt låg inkomststandard mäter om hushållet under de senaste åren har haft en inkomst som räcker till de nödvändigaste utgifterna och är en av de kärnindikatorer som valts från målområdet Inkomster och försörjningsmöjligheter. Andelen som lever i en sådan ekonomiskt utsatt situation har sjunkit under uppföljningsperioden 2014–2021, bland både vuxna och barn.

Varaktigt låg inkomststandard

Med varaktigt låg inkomststandard menas att leva i ett hushåll där inkomsterna inte räcker till det nödvändigaste det senaste mätåret samt två av tre föregående år. Indikatorn är dikotom (ja eller nej), bygger på registerdata för hela befolkningen och går att följa 2014–2021.

Utbildningsnivå redovisas uppdelat på tre grupper som kan rangordnas. För barn och unga upp till xx år används föräldrarnas utbildningsnivå.

Resultaten redovisas separat för kvinnor och män 25 år och äldre, och för flickor och pojkar, 0–24 år.

Val av mått: RR, differens, PAF och PIN.

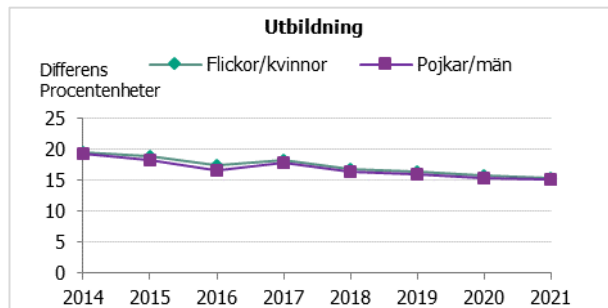
År 2021 levde 1,6 procent av vuxna (25 år och äldre) och 3 procent av barn och unga i Sverige med varaktigt låg inkomststandard, vilket motsvarar nästan 113 000 vuxna och drygt 72 000 barn och unga.

Barn och unga

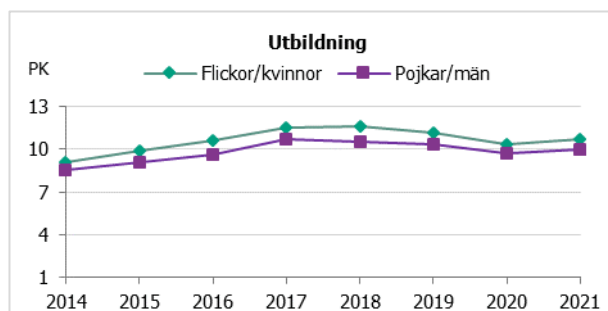
Under hela perioden 2014–2021 var varaktigt låg inkomststandard vanligare bland barn och unga vars föräldrar tillhör gruppen med kortast utbildning (förgymnasial) än bland dem vars föräldrar tillhör gruppen med längst (eftergymnasial). Andelen sjönk i alla utbildningsgrupper, vilket innebär att även den absoluta skillnaden mellan dessa två grupper minskade under perioden, från 19 till 15 procentenheter (figur B15). Samtidigt förändrades inte den relativa skillnaden mellan grupperna särskilt mycket, utan låg runt 10 gånger så vanligt bland barn och unga vars föräldrar har förgymnasial utbildning än de vars föräldrar har eftergymnasial utbildning (figur B16). Andelen barn och unga som har föräldrar med förgymnasial

utbildning är en förhållandevis liten grupp (ca 5 procent år 2021), vilket till viss del kan förklara att de relativa skillnaderna är så stora.

Figur B15. Absolut skillnad (differens): andel med varaktigt låg inkomststandard i gruppen med kortast utbildning (förälders) jämfört med längst, 2014–2021. Flickor/kvinnor och pojkar/män redovisas separat, 0–24 år.

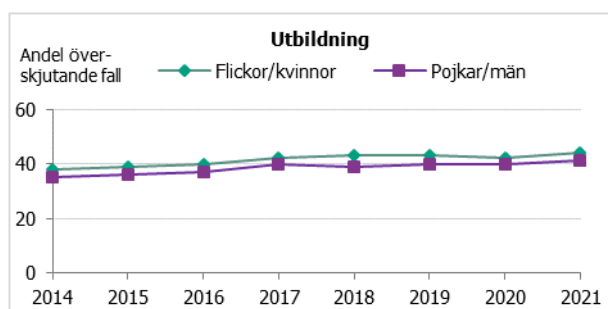


Figur B16. Relativ skillnad (PK): andel med varaktigt låg inkomststandard i gruppen med kortast utbildning (förälders) jämfört med längst, 2014–2021. Flickor/kvinnor och pojkar/män redovisas separat, 0–24 år.

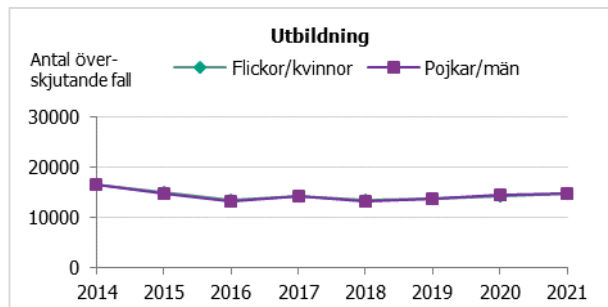


De mått som tar med samtliga utbildningsgrupper och även tar hänsyn till att storleken på dessa grupper har förändrats över tid ger samma bild som när grupperna med kortast och längst utbildning jämförs (figur B17 och B18). I början av uppföljningsperioden var det 36 procent av de barn och unga som levde i ett hushåll där pengarna inte räckte till det allra nödvändigaste som inte hade gjort det om alla hade samma risk för det som dem med föräldrar med längst utbildning. Den andelen ökade till 43 procent 2021. Antalet barn som det motsvarar sjönk från cirka 33 000 till drygt 29 500.

Figur B17. Relativ skillnad (PAF): andel överskjutande fall med varaktigt låg inkomststandard i befolkningen utifrån utbildning (förälders), 2014–2021. Flickor/kvinnor och pojkar/män redovisas separat, 0–24 år.



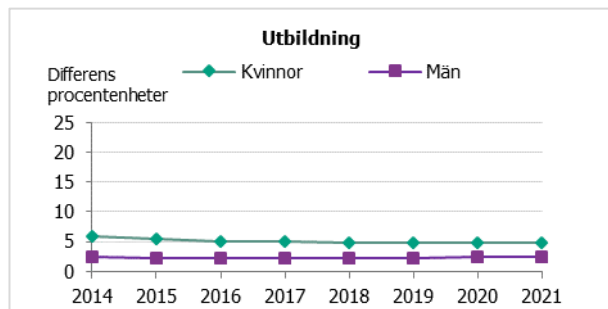
Figur B18. Absolut skillnad (PIN): antal överskjutande fall med varaktigt låg inkomststandard i befolkningen utifrån utbildning (förälders), 2014–2021. Flickor/kvinnor och pojkar/män redovisas separat, 0–24 år.



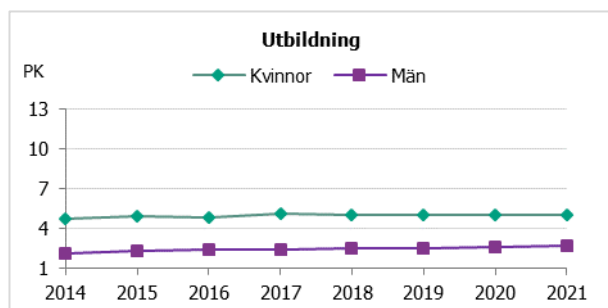
Vuxna

Även bland vuxna är varaktigt låg inkomststandard vanligare bland dem med förgymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning. Andelen vuxna med varaktigt låg inkomststandard sjönk i alla utbildningsgrupper. Ojämligheten mellan grupperna med kortast och längst utbildning ökade därmed något, relativt sett, från 3,3 gånger så vanligt bland dem med kortast utbildning 2014 till 3,7 gånger så vanligt 2021, och den absoluta skillnaden minskade från cirka 4 till 3,5 procentenheter (figur B19 och B20). Ojämligheten är större bland kvinnor än män.

Figur B19. Absolut skillnad (differens): andel som uppger varaktigt låg inkomststandard i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2014–2021. Kvinnor och män redovisas separat, 25 år och äldre.

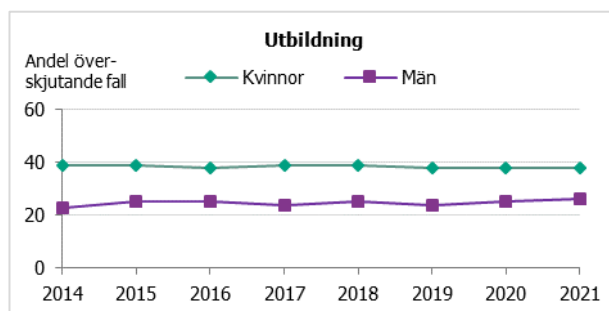


Figur B20. Relativ skillnad (PK): andel som uppger varaktigt låg inkomststandard i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2014–2021. Kvinnor och män redovisas separat, 25 år och äldre.

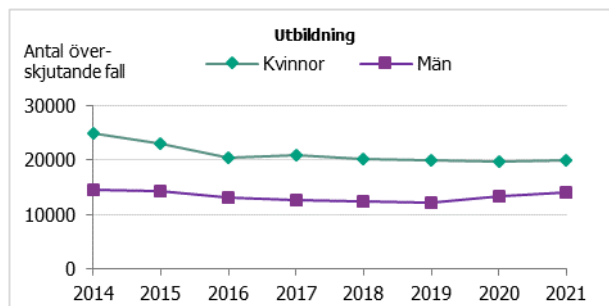


Ojämligheten beaktat samtliga utbildningsgrupper och hur storleken på grupperna förändras visar ingen tydlig förändring över tid (figur B21 och B22). Under hela perioden var det cirka en tredjedel av de som lever med inkomster som inte räckte till det allra nödvändigaste som kunnat undvikas om alla hade samma risk för det som de med längst utbildning. Antalet personer som det motsvarar varierade mellan cirka 33 000 och 40 000.

Figur B21. Relativ skillnad (PAF): andel överskjutande fall med varaktigt låg inkomststandard i befolkningen utifrån utbildning, 2014–2021. Kvinnor och män redovisas separat, 25 år och äldre.



Figur B22. Absolut skillnad (PIN): antal överskjutande fall med varaktigt låg inkomststandard i befolkningen utifrån utbildning, 2014–2021. Kvinnor och män redovisas separat, 25 år och äldre.



Rökning, daglig

Daglig tobaksrökning är en kärnindikator från målområdet Levnadsvanor. Andelen som röker har sjunkit generellt i befolkningen, från 15 till 6 procent under perioden 2006–2022.

Daglig tobaksrökning

Med daglig tobaksrökning menas de som svarat att de röker dagligen. Indikatorn är dikotom (ja eller nej), bygger på data från nationella folkhälsoenkäten och följs upp 2006–2022.

Utbildningsnivå redovisas uppdelat på tre grupper som kan rangordnas.

Inkomst redovisas uppdelat på fem grupper (kvintiler) och finns tillgängligt från 2013.

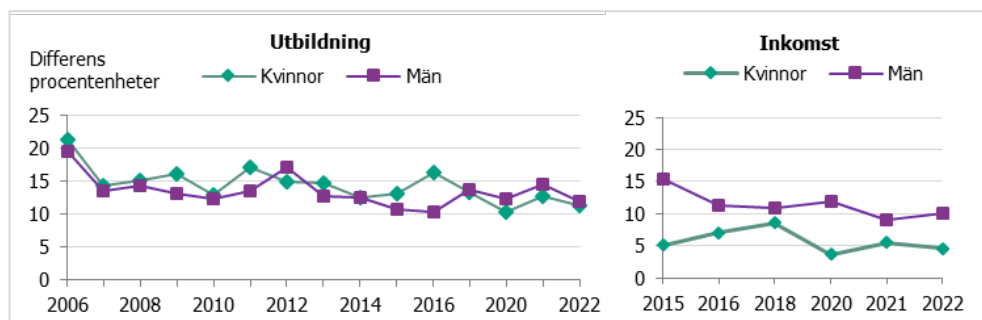
Resultaten redovisas separat för kvinnor och män 25 år och äldre.

Val av mått: PK, differens, PAF och PIN.

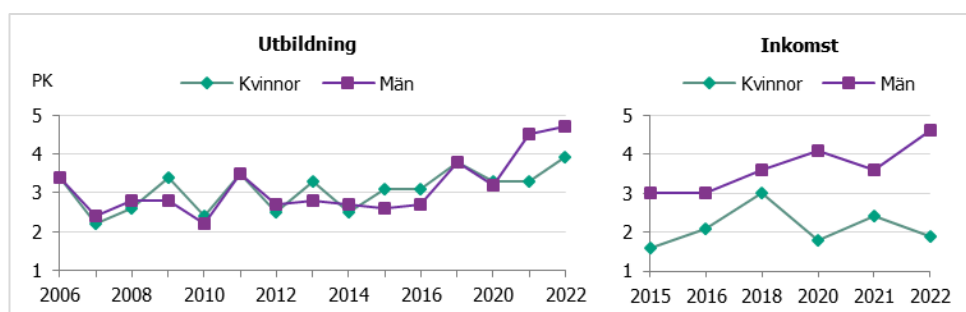
Andelen sjönk i alla utbildningsgrupper. I gruppen med kortast utbildning (förgymnasial) sjönk andelen från cirka 27 till 14,5 procent och i gruppen med längst utbildning (eftergymnasial) sjönk den från knappt 7 till knappt 3 procent. Utvecklingen ledde till att ojämlikhet mätt som absolut skillnad mellan dem med kortast och längst utbildning minskade från 20 till 10 procentenheter (figur B23). Samtidigt ökade den relativa skillnaden från att det var drygt tre gånger så vanligt att röka bland dem med kortast utbildning som bland dem med längst i början av perioden, till drygt 4 gånger så vanligt 2022 (figur B24).

För män är utvecklingen liknande vad gäller inkomst (figur B23 och B24). Andelen som röker sjunker och den absoluta skillnaden mellan de i högsta och lägsta inkomstkvintilen minskade från 2015 (första året inkomst följs) till 2022. Även bland kvinnor sjönk andelen som röker i både den lägsta och högsta kvintilen, men för kvinnor sågs ingen tydlig trend för om ojämlikheten ökar eller minskar utifrån inkomst.

Figur B23. Absolut skillnad (differens): andel som röker dagligen i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkvintil jämfört med högst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



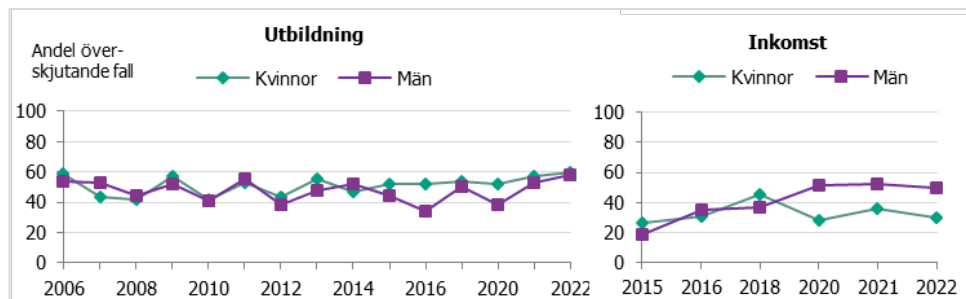
Figur B24. Relativ skillnad (PK): andel som röker dagligen i gruppen med kortast utbildning jämfört med längst, 2006–2022, respektive lägst inkomstkvintil jämfört med högst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



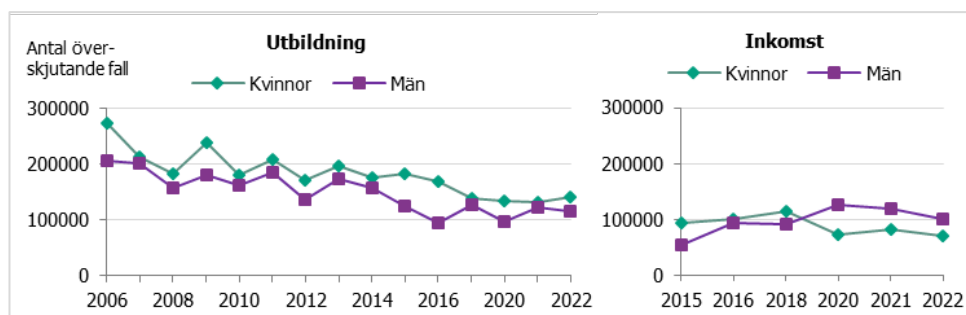
Tittar vi på ojämlikhet utifrån mått som tar hänsyn till alla utbildningsgrupper och även till hur storleken på de olika grupperna ändras över tid, visar de att runt 40–60 procent (varierar något från år till år) av de som röker inte skulle göra det om rökning var lika ovanligt som i gruppen med eftergymnasial utbildning (figur B25). Det syns ingen tydlig förändring över tid i andelen sådana fall, men antalet det motsvarar (uppräknat till befolkningen) sjunker från cirka 500 000 till drygt 250 000 personer (figur B26).

Även i relation till inkomst ökar andelen som inte skulle röka om alla inkomstgrupper rökte lika lite som dem med högst inkomst, från 24 till 40 procent.

Figur B25. Relativ skillnad (PAF): andel överskjutande fall som röker i befolkningen utifrån utbildning, 2006–2022, respektive inkomst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



Figur B26. Absolut skillnad (PIN): antal överskjutande fall som röker i befolkningen utifrån utbildning, 2006–2022, respektive inkomst, 2015–2022. Kvinnor och män redovisas separat.



Bilaga 2. Metod

Definitioner

Indikatorer: hälsa och förutsättningar för hälsa

Uppgifterna om självskattad hälsa kommer från den nationella folkhälsoenkäten (HLV) och avser perioden 2006–2022 (se faktaruta för mer information om HLV). Den självskattade hälsan mäts på en femgradig skala som EU-länderna har enats kring för att följa hälsoläget i Europa. Dålig självskattad hälsa är en sammanslagning av de som svarat "Dåligt" och "Mycket dåligt" på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". Övriga svarsalternativ är "Någorlunda", "Bra" eller "Mycket bra". Andelar redovisas för personer i åldern 25–74 år mellan åren 2006 och 2009 och från 2010 och framåt för personer i åldern 25–84 år.

Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?" (HLV)

Under 2006 till 2016 har undersökningen genomförts årligen och urvalet har bestått av cirka 20 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 16–84 år. Från och med 2016 genomförs den vartannat år och för 2018 och framåt har det nationella urvalet fördubblats till 40 000. År 2021 genomfördes en extra omgång av enkäten med anledning av covid-19-pandemin. År 2022 ingick 44 800 personer i urvalet. Svarefrekvensen har minskat från 60 procent 2006 till 38 procent 2022. Resultaten räknas upp till befolkningsnivå via kalibreringsviktning, vilket reducerar en del av den skevhet som svarsbortfallet medför. Ett visst bortfallsfel kvarstår troligtvis ändå i vissa resultat, särskilt inom grupper där svarefrekvensen är låg.

Uppgifterna kring medellivslängd kommer från Statistiska centralbyrån (SCB) 2006–2022. Måttet medellivslängd definieras som den återstående medellivslängden vid en viss ålder, här 30 år. Den återstående medellivslängden vid födseln sammanfattar dödlighet och överlevnad för alla åldrar samtidigt.

Uppgifterna om förtida dödlighet är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister 2006–2022 och är bearbetade vid Folkhälsomyndigheten. I denna redovisning definieras dödsfall mellan 25 och 64 års ålder som förtida. Genom att avgränsa till denna ålder får vi ett mått på dödlighet under en period av människans liv där dödsfall är mer ovanligt (mindre än 10 procent av dödsfallen sker i denna ålder i Sverige).

Uppgifterna om gymnasiebehörighet 2006–2022 är hämtade från SCB, som hämtar uppgifterna från Skolverket, och är bearbetade vid Folkhälsomyndigheten. Måttet som anges avser elever i årskurs 9 som är behöriga till ett yrkesprogram eller högskoleförberedande gymnasieprogram.

Låg inkomststandard är ett absolut mått på inkomstfattigdom och innebär att familjens inkomster är lägre än de nödvändiga utgifterna (den så kallade baskonsumtionen), för exempelvis mat, boende, hemförsäkring och barnomsorg.

Varaktigt låg inkomststandard betyder att hushållet haft en låg inkomststandard det senaste mätbara året samt minst två av de tre föregående åren. Eftersom hushållsinkomsterna mäts på samma sätt från 2011 och framåt kan denna indikator därför följas från 2014.

Uppgifterna om inkomst är hämtade från Statistiska centralbyråns (SCB:s) Inkomst- och taxeringsregister (IoT) och är bearbetade vid Folkhälsomyndigheten. Uppgifterna presenteras till och med 2021 då data från IoT blir tillgängligt med 13 månaders fördröjning på grund att de baseras på deklarerade inkomstuppgifter och avser inkomster under ett helt år. På grund av övergång från SCB:s urvalsbaseerade inkomstfördelningsundersökning, hushållens ekonomi (HEK), till ny totalräknad inkomstfördelningsstatistik (TRIF), är uppgifterna före 2011 för ekonomisk standard inte jämförbara med senare uppgifter. Från och med 2011 finns ett rikstäckande lägenhetsregister som gör att hushållstäckningen är bättre efter det.

Indikatorn Tobaksrökning, daglig är hämtad från HLV och bygger på frågan "Röker du?". Svarsalternativen är "Ja, dagligen", "Ja, ibland" samt "Nej". Här redovisas andelen som svarat "Ja, dagligen", för personer i åldern 25–74 år mellan åren 2006 och 2009 och från 2010 och framåt personer 25–84 år. Åren 2006–2016 ställdes frågan "Röker du dagligen" och andelen som svarade "Ja" på frågan redovisas. Förändringen av frågan förväntas inte påverka tidsserien.

Mer information om indikatorerna finns i en indikatorbeskrivning på Folkhälsomyndighetens webbplats.

[Indikatorbeskrivning Folkhälsan i Sverige](#)

Redovisningsgrupp: utbildningsnivå och inkomst

I den här rapporten används både utbildningsnivå och inkomstkventiler som redovisningsgrund. Utbildning finns tillgängligt i årliga register sedan 1985 medan inkomst som det mäts i denna rapport finns tillgängligt från 2011. För den nationella folkhälsoenkäten (HLV), finns utbildningsnivå tillgängligt från första mättillfället medan inkomst finns från 2015.

Inkomst mäts utifrån hushållet, medan utbildning mäts utifrån individens egen utbildning. För barn och unga under 25 år mäts utbildningsnivå som mått på socioekonomisk position, utifrån den förälder som har högst utbildningsnivå.

Tre utbildningsnivåer används, förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial. Gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå är den grupp som övriga utbildningsgrupper jämförs med (s.k. referensgrupp). En del personer saknar uppgift om utbildningsnivå. Den gruppen redovisas inte i den här rapporten, men ingår i uppgifter som redovisas för befolkningen totalt.

Inkomst definieras som ekvivalerad disponibel hushållsinkomst per konsumtionsenhet, det vill säga summan av hushållsmedlemmarnas inkomster inklusive kapitalinkomster, efter det att skatt och andra negativa transfereringar dragits av, dividerat med en ekvivalensskala (konsumtionsenhet) som tar hänsyn

till hushållets storlek och sammansättning av vuxna och barn. Baserat på position i inkomstfördelningen har fem grupper (kvintiler) skapats med samma antal individer i varje grupp. Den kvintil med högst inkomst används som referensgrupp. En del personer saknar uppgifter om hushållsinkomst. De ingår inte i redovisningen.

Uppföljningsperiod

Olika indikatorer kan följas för olika år på grund av datatillgänglighet. I tabell M1 redovisas för vilka år respektive indikator följs. Varaktigt låg inkomststandard redovisas endast efter utbildning.

Tabell M1. År som respektive indikator följs, utifrån utbildningsnivå och inkomst.

Indikator	Startår utbildning	Slutår utbildning	Startår inkomst	Slutår inkomst
Självskattad dålig hälsa	2006	2022	2015	2022
Förtida död	2006	2022	2013	2022
Medellivslängd	2006	2022	2012	2021
Gymnasiebehörighet	2006	2023	2013	2023
Varaktigt låg inkomststandard, barn och unga	2014	2021		
Varaktigt låg inkomststandard, vuxna	2014	2021		
Daglig tobaksrökning	2006	2022	2015	2022

Mått på ojämlikhet

I rapporten har fyra olika varianter av ojämlikhet mätts. Dessutom används olika former av data vilket också påverkar val av mått. Nedan beskrivs de olika måtten i korthet. För den som är intresserad av att läsa mer om olika mått på ojämlikhet har Folkhälsomyndigheten publicerat två rapporter kring detta. En grundrapport av mer teknisk karaktär och en kortare rapport med praktiska råd.

[Att mäta ojämlikhet i hälsa i befolkningen – kartläggning, analys och rekommenderade mått](#)

[Att mäta ojämlikhet i praktiken – val av statistiska mått](#)

Absolut skillnad med enkla mått – en grupp jämfört med en annan

Absoluta skillnader i hälsa mellan två grupper mäts här som en differens och belyser skillnader i andel mellan två grupper i befolkningen (här utifrån utbildning eller inkomst). Även skillnaden i medellivslängd beräknas. Gruppen med högst socioekonomisk position och som oftast har det ”bästa” utfallet, till exempel lägst andel med förtida död, sätts i relation till gruppen med lägst socioekonomisk position. Hänsyn tas inte till alla grupper i befolkningen. Måtten som används är differens baserat på prevalens, incidens eller antal år, beroende på indikator.

Relativ skillnad med enkla mått – en grupp jämfört med en annan

Relativ ojämlikhet beskriver hur många gånger större risken för (incidens) eller förekomsten av (prevalens) exempelvis dålig hälsa är i en grupp i relation till en jämförelsegrupp. Gruppen med högst socioekonomisk position, som oftast har det ”bästa” utfallet, till exempel lägst andel med förtida död, sätts i relation till gruppen med lägst socioekonomisk position. Hänsyn tas inte till alla grupper i befolkningen. Måtten som används är relativ risk (RR), prevalenskvot (PK) och kvot.

Relativ skillnad – sammantaget i befolkningen (komplexa mått)

Relativ ojämlikhet sammantaget i befolkningen mäts här med ett mått som kallas överskjutande andel fall i befolkningen (Population attributable fraction; PAF). Måttet ger en uppfattning om *andelen* i befolkningen som inte skulle vara sjuk om alla grupper i befolkningen hade samma nivå på förekomst av sjukdom som den grupp som hade lägst förekomst. Måttet kan baseras på regressionsmodeller och tar hänsyn till alla grupper i befolkningen, samt incidensen eller prevalensen i respektive grupp (t.ex. utbildningsgrupper) och den proportionella storleken (befolkningsandelen) på respektive grupp.

Måttet är känsligt för storleken på referensgruppen där en mindre referensgrupp generellt sett ger ett högre värde på PAF. Om referensgruppen utgörs av 20 procent av befolkningen (ex. högsta inkomstkventilen) finns utrymme för större förbättringspotential i resterande 80 procent av befolkningen än om referensgruppen är över 40 procent (ex. gruppen med eftergymnasial utbildning).

Absolut skillnad – sammantaget i befolkningen (komplexa mått)

Absolut ojämlikhet sammantaget i befolkningen mäts här med ett mått som kallas överskjutande antal fall i befolkningen (Population impact number; PIN). Måttet visar *antalet* fall av till exempel förtida död som skulle kunna undvikas i befolkningen om alla grupper hade samma förekomst som den grupp som har lägst förekomst. Måttet beräknas baserat på PAF, och ger en uppfattning av den totala storleken på den undersökta ojämlikheten. PIN påverkas av förändringar i den totala folkmängden, utöver förändringar av den proportionella storleken (befolkningsandelen) på, och incidensen eller prevalensen i, respektive grupp.

När data bygger på en urvalsundersökning, som till exempel HLV, blir värdet för PIN beroende av urvalsstorleken. För att PIN ska vara informativt behöver urvalet därför räknas upp till hela befolkningens storlek. Det innebär att värdet på PIN blir osäkrare i en urvalsundersökning jämfört med registerdata över hela befolkningen. För data från HLV har kalibreringsvikter använts för att räkna upp antalet till befolkningens storlek. Mer detaljer kring hur kalibreringsvikterna används i HLV finns i de tekniska rapporterna.

[Teknisk rapport HLV](#)

Trendberäkningar, konfidensintervall och åldersstandardisering

Trender över tid har beräknats genom viktad linjär regression, där vi genom viktningen tar hänsyn till variansen för varje årsskattning.

Konfidensintervall för PAF beräknades genom Monte Carlo simulering. Baserat på det faktiska antalet i samtliga grupper slumpades 1 000 nya antal för respektive grupp med hjälp av poissonfördelningen. Därefter beräknades PAF 1 000 gånger för respektive samling av grupper med angiven referensgrupp. Baserat på fördelningen av dessa 1 000 PAF skapades 95 procentigt konfidensintervall utifrån gränserna 2,5 procent och 97,5 procent.

För prevalenser och incidenser används åldersstandardiserade siffror, där populationen 2021 utgör standardpopulationen. Undantaget är indikatorerna gymnasiebehörighet och varaktigt låg inkomststandard för barn och unga. De åldersstandardiserade incidenserna och prevalenserna ligger också till grund för de beräknade differenserna. I beräkningarna av RR, PK och PAF justeras istället för ålder.

För samtliga analyser har statistikpaketet R använts.

Denna rapport är ett första steg i att ta fram ett underlag för att på ett mer ingående sätt följa om utvecklingen av ojämlikhet i hälsa går i riktning mot det övergripande folkhälsopolitiska målet. I rapporten undersöks hur ojämlikheten utvecklats över tid med hjälp av ett antal kärnindikatorer för hälsa och förutsättningar för hälsa. För att ge en mer nyanserad bild av ojämlikhet är det bra att använda en kombination av olika mått på ojämlikhet som att titta på både absoluta och relativa skillnader.

Utöver riksdag och regering kan rapporten användas av aktörer med intresse för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå. Då många samhällssektorer bidrar till förutsättningarna för en god och jämlik hälsa kan rapporten vara av intresse för ett brett spektrum av myndigheter och organisationer. Rapporten är i första hand ett underlag för regeringen, men kan även användas av aktörer med intresse och ansvar för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se