



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsan i Sverige 2026

Ojämlikhet i hälsan och dess förutsättningar – utveckling över tid



Denna titel kan laddas ner från:

www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material

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

© Folkhälsomyndigheten, 2026.

Artikelnummer: 25247.

Foto omslag: Michael Jönsson/Johnér Bildbyrå

Om publikationen

Folkhälsomyndighetens ansvarar 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 att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (till 2048).

Rapporten kan även användas av aktörer med intresse för folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå. Eftersom många olika samhällssektorer bidrar till förutsättningarna för en god och jämlik hälsa kan rapporten också vara av intresse för exempelvis myndigheter och organisationer som verkar inom områden som har betydelse för hälsan.

Årets rapport beskriver om ojämlikhet i hälsa ökar eller minskar över tid i Sverige. Arbetet syftar till att följa ojämlikhet på ett mer systematiskt sätt och kommer att utvärderas och vid behov anpassas inför kommande rapportering. Den mer nyanserade bild av ojämlikhet som presenteras i den här rapporten utgör ett viktigt underlag för att kunna komplettera breda insatser för att förbättra folkhälsan med att sätta särskilt fokus på de grupper som har sämre hälsa och där insatser ger störst effekt.

Folkhälsomyndigheten

Olivia Wigzell,

Generaldirektör

Innehållsförteckning

Folkhälsan i Sverige 2026	1
Om publikationen	3
Innehållsförteckning	4
Förkortningar	6
Ordlista	7
Sammanfattning	9
Medellivslängden ökar och vissa förutsättningar förbättras	9
Vissa förutsättningar är på oroande nivå	9
Fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper	9
Vägen framåt	10
Summary	11
Life expectancy increases and some determinants improve	11
Some determinants are at a worrying level	11
Persistent differences between socioeconomic groups	11
The way forward	12
Inledning	13
Uppföljningen utgår från det folkhälsopolitiska ramverket	13
Rapportens disposition	14
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
Mått på ojämlikhet och socioekonomi	19
Indikatorer och datakällor	20
Målområde 1 – Det tidiga livets villkor	21

Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning	23
Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.....	26
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter	26
Målområde 5 – Boende och närmiljö	29
Målområde 6 – Levnadsvanor	31
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet.....	34
Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	37
Hälsa.....	39
Diskussion	43
Ojämlighet i hälsa kvarstår eller ökar i de flesta fall	43
Ojämlighet i de flesta förutsättningar kvarstår eller ökar.....	44
Hur kan flera sätt att mäta ojämlikhet öka förståelsen?.....	44
Spelar det roll hur vi mäter socioekonomi?.....	46
Vägen framåt.....	46
Bilaga 1 – resultat per indikator	48
Målområde 1 – Det tidiga livets villkor	48
Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning	49
Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.....	50
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter	50
Målområde 5 – Boende och närmiljö	52
Målområde 6 – Levnadsvanor	52
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet.....	54
Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	56
Hälsa.....	57
Referenser	59

Förkortningar

HLV	Den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor
MO	Målområde
PAF	Överskjutande andel fall i populationen (population attributable fraction)
PIN	Överskjutande antal fall i populationen (population impact number)
ULF/SILC	Undersökningarna av levnadsförhållanden

Ordlista

Absolut ojämlikhet	Kan beräknas till exempel som differensen i faktiskt antal fall eller andelar (ex. prevalens, kumulativ incidens eller dödstal) mellan två grupper, exempelvis hur många procentenheter fler förtida dödsfall som sker i gruppen med lägst inkomst jämfört med gruppen med högst inkomst.
Dödstal	Döda per antal invånare i en viss population. I denna rapport per 100 000.
Enkla mått	Mått på ojämlikhet där en grupp i samhället jämförs med en annan.
Indikator	Ett statistiskt mått som ska mäta (indikera) faktiska nivåer eller förändringar. Ett av kriterierna för en indikator är att den har en uttalad riktning, det vill säga 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 till exempel utbildning eller inkomst.
Kumulativ incidens	Antalet nya fall av en sjukdom, skada eller annan händelse som uppstår inom en definierad population under en viss tidsperiod (här ett år). Kumulativ incidens beräknas med antal individer i populationen vid periodens början som nämnare.
Kärnindikator	Ett mått som valts ut för att den är av särskilt intresse för uppföljning, till exempel 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	Antalet eller andelen personer i en viss population som har en specifik sjukdom eller egenskap vid en viss tidpunkt.
Redovisningsgrupp	De grupper som används i redovisningarna, till exempel. 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	Kan beräknas till exempel som kvoten mellan andelar eller antal i en grupp jämfört med en annan. Anger hur många gånger större förekomsten av eller antal nya fall med 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 av hälsan 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 (här mätt som linjär trend).
Överskjutande andel fall	Beräknas genom att anta att alla har eftergymnasial utbildning respektive tillhör de 20 procent med högst inkomst. I princip innebär det den andel av alla fall (av t.ex. förtida död) som inte skulle skett om andelen var samma i alla grupper som gruppen med lägst andel. Förkortas PAF.
Överskjutande antal fall	Beräknas genom att anta att alla har eftergymnasial utbildning respektive tillhör de 20 procent med högst inkomst. I princip innebär det, det antal fall (av t.ex. förtida död) som inte skulle skett om andelen var samma i alla grupper som gruppen med lägst andel. Förkortas PIN.

Sammanfattning

I den här rapporten följs hur ojämlikhet i hälsa och förutsättningar för 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 samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna till år 2048.

Att minska ojämlikhet i hälsa är inte bara viktig för dem med sämre hälsa utan påverkar även samhället i stort. En god och jämlik hälsa ger bättre förutsättningar för tillväxt och innovationskraft och är avgörande för att skapa ett robust samhälle med god motståndskraft mot samhälleliga kriser.

Medellivslängden ökar och vissa förutsättningar förbättras

Det folkhälsopolitiska målet anger att hälsan ska vara både god och jämlik. Hälsan i Sverige är generellt god. Medellivslängden (från 30 års ålder) ökar med 1,9 år 2012–2024 och de allra flesta skattar sin hälsa som god. Daglig tobaksrökning fortsätter att minska och 2024 uppgav 5 procent att de rökte dagligen.

Vissa förutsättningar är på oroande nivå

Flera av förutsättningarna för hälsa är på en oroväckande nivå. Hushållets inkomst påverkar många faktorer som är viktiga för hälsan, som tillgång till ett bra boende och hälsosamma levnadsvanor. Att ha skälig ekonomisk standard under barndomen och tillgång till utbildning är viktiga förutsättningar för goda livsvillkor och en god hälsa under hela livet. År 2023 levde fler än 100 000 vuxna och 64 000 barn och unga i hushåll där inkomsterna under flera år inte räckt till det nödvändigaste. Var fjärde ungdom går årligen ut gymnasiet utan att ta examen.

Fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper

Systematiska skillnader finns i nästan alla hälsoutfall och förutsättningar för hälsa och det är ofta samma grupper i samhället som har sämre förutsättningar, mindre hälsosamma levnadsvanor och sämre hälsa. En förklaring är att förutsättningarna för hälsa, som utbildning, försörjningsmöjligheter och tillgång till arbete och ett bra boende, påverkar både handlingsutrymmet för hälsosamma levnadsvanor och i förlängningen hälsan.

Ojämlikheten ökar i medellivslängd

Trots att befolkningen i genomsnitt lever längre ökar ojämlikheten mellan dem med högst och lägst socioekonomisk position 2012–2024, både relativt och absolut sett. Den absoluta skillnaden mellan dem med kortast och längst utbildning var 2024 mer än 6 år bland både kvinnor och män. Att ojämlikheten ökar beror på att medellivslängden ökar mindre bland dem med lägst socioekonomisk position än bland dem med högst. Bland kvinnor med kortast utbildning har medellivslängden ökat med endast 0,1 år jämfört med 1,9 år bland kvinnor med längst utbildning.

Det sker inte heller någon minskning av förtida dödsfall bland kvinnor med kortast utbildning. För kvinnor och män sammantaget och när hänsyn också tas till gruppen med mellanlång utbildning minskar antalet förtida dödsfall som hade kunnat undvikas om alla grupper hade samma låga dödstal (dödsfall/100 000) som gruppen med längst utbildning från 3 300 till 3 000, 2012–2024.

Att inte ta gymnasieexamen blir mer ojämlikt

Ojämligheten mellan inkomstgrupper ökar vad gäller att *inte* ta gymnasieexamen (inom fyra år från påbörjade studier) 2015–2025. Andelen elever som inte tar examen minskar mer bland dem med högst hushållsinkomst (där andelen redan var lägst) än bland dem med lägst inkomst. Av dem som inte tog gymnasieexamen 2025 skulle 60 procent ha gjort det om alla hade samma förutsättningar som dem med högst hushållsinkomst, vilket motsvarar drygt 16 900 elever.

Absolut ojämlikhet minskar för daglig tobaksrökning

Ett exempel där utvecklingen är mer positiv är daglig tobaksrökning. Andelen som röker mer än halveras 2010–2024 i alla utbildningsgrupper. Det för även med sig att den absoluta ojämlikheten mellan utbildningsgrupper minskar. Andelen som röker skulle dock ytterligare halveras om det var lika ovanligt att röka i alla grupper som i gruppen med längst utbildning, vilket visar på en fortsatt stor förbättringspotential och på behovet av kompensatoriska insatser.

Ojämligheten är oförändrad för många förutsättningar för hälsa

För flera av förutsättningarna för hälsa ses ingen tydlig förändring av ojämlikheten över tid. Några exempel med fortsatt ojämlikhet mellan socioekonomiska grupper – både utifrån utbildning och inkomst – är att ha avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla, störd sömn av trafikbuller, otillräcklig fysisk aktivitet och brist på tillit till andra. Många av dessa förutsättningar mäts med hjälp av urvalsdata där förändringarna behöver vara tydliga för att bli statistiskt säkerställda.

Vägen framåt

Sammantaget visar resultaten att vi inte närmar oss det övergripande folkhälsopolitiska målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna till 2048.

Folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar där ingen aktör ensam kan göra så att vi når målet om en god och jämlik hälsa för alla. Initiativ behöver tas inom alla politikområden, på nationell, regional och kommunal nivå. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, men med ökad intensitet där behoven är större och där insatser ger större effekt. Den mer nyanserade bild som framträder med hjälp av att mäta ojämlikhet på ett mer fördjupat sätt utgör ett viktigt underlag för att kunna sätta fokus på de grupper som idag har sämre förutsättningar.

Om två år, 2028, har den förnyade folkhälsopolitiken funnits i 10 år. Många åtgärder har redan vidtagits, men för att åstadkomma förändring behöver det fortsatta arbetet intensifieras. Det är angeläget att varje aktör utifrån sin roll bidrar till detta. Folkhälsomyndigheten har en central roll i att driva på arbetet för en god och jämlik hälsa genom att ta fram kunskap och mobilisera olika samhällsaktörer.

Summary

In this report we follow the development of inequalities in health and health determinants over time. Multiple measures of inequality are used to provide as comprehensive a picture as possible of whether progress is being made toward the overarching public health goal: to create societal conditions for good and equitable health for all and to eliminate avoidable inequalities within a generation by 2048.

Reducing health inequalities is not only crucial for those with poorer health—it also benefits society as a whole. Good and equitable health creates better conditions for economic growth and innovation and is critical for ensuring a robust society with strong resilience to crises.

Life expectancy increases and some determinants improve

The public health goal states that health should be both good and equal. Public health in Sweden is generally good. Life expectancy at age 30 has increased by 1.9 years 2012–2024, and the vast majority of people perceive their health as good. Daily tobacco smoking continues to decrease. In 2024 5 percent reported daily smoking.

Some determinants are at a worrying level

Several of the determinants are on a worrying level. Household income affects many factors important to health, such as access to good housing and healthy behaviours. Adequate economic standards during childhood and access to education are important determinants for good living conditions and good health throughout life. In 2023, 100,000 adults and 64,000 children and young people experience prolonged periods of inadequate family income that fails to cover essential expenses. Each year, one in four young people leaves upper secondary school without graduating.

Persistent differences between socioeconomic groups

Systematic differences are found in almost all health outcomes and determinants of health. The same groups of people consistently face more unfavourable determinants of health, unhealthier behaviour and poorer health. This can be explained by the fact that health determinants, such as education, income, access to work and good housing, affect both opportunities for healthy behaviour, and health.

Increased inequalities in life expectancy

Although the population on average is living longer, inequality between those with the highest and lowest socioeconomic positions increased between 2012 and 2024, both in relative and absolute terms. In 2024, the absolute difference in life expectancy between those with the shortest and longest education was over 6 years for both women and men. This is due to the fact that life expectancy increased less among those with lower socioeconomic position than among those with higher. Life expectancy increased by only 0.1 years among women with the shortest education, compared to 1.9 years among women with the longest education.

There is no reduction in death in age 25–64 among women with the shortest education. However, when considering both women and men together and including the group with intermediate-length education, the number of deaths in age 25–64 that could have been avoided, if all groups had the same mortality rate as the group with the longest education, declined from 3,300 to 3,000, 2012–2024.

Non-completion of upper secondary school is increasingly unequal

Inequality between income groups in failing to complete upper secondary school increased between 2015 and 2025. The proportion of students not graduating decreased more among those with the highest household income than among those with the lowest income. Of the students who did not graduate in 2025, 60 percent, equivalent to over 16,900 students, would have done so if all students had the same opportunities as those with the highest household income.

Absolute inequality in daily tobacco smoking decreases

A more positive example is daily tobacco smoking, which has more than halved between 2010 and 2024 across all education groups. This has also led to reduced absolute inequality between educational groups. Yet, the proportion of smokers would halve again if smoking were as uncommon in all groups as it is among those with the longest education, showing both a remaining potential for improvement and the need for compensatory interventions.

Inequality remains unchanged for many health determinants

For a number of health determinants, no clear change in inequality is observed over time. Areas with consistent disparities between socioeconomic groups—based on both education and income—are for example refraining from going out alone due to fear, sleep disruption from traffic noise, insufficient physical activity, and low interpersonal trust. Since many of these determinants rely on survey data, only substantial changes can be statistically confirmed.

The way forward

Overall, the results show that we are not approaching the public health goal of eliminating avoidable inequalities by 2048.

Public health work is a shared responsibility—no single actor can achieve the goal of good and equitable health for all. Initiatives must be taken across all policy areas at the national, regional, and local levels. While public health initiatives should be broadly targeted, it is crucial that they are carried out with increased intensity where needs are greatest and where interventions yield the highest impact. The more nuanced understanding gained by measuring inequalities in more than one way, provides a critical foundation to focus on groups with poorer conditions.

In 2028, the renewed public health policy will have been in place for a decade. Many measures have already been taken, but to bring about change requires intensified efforts. It is vital that every actor contributes to this, based on their role. The Public Health Agency plays a central role in advancing equitable and good health by generating knowledge and mobilizing stakeholders across society.

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 sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, till 2048.

Årets rapport syftar till att följa om ojämlikhet i hälsa ökar eller minskar på ett mer systematiskt sätt och arbetet kommer att utvärderas och vid behov anpassas inför kommande rapportering.

Uppföljningen utgår från det folkhälsopolitiska ramverket

Rapporten följer ojämlikhet i hälsan och dess förutsättningar med utgångspunkt i det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden [1]. För att samlat kunna bedöma utvecklingen av förutsättningarna för en god och jämlik hälsa följs ett antal kärnindikatorer [2], utifrån de åtta målområdena samt ett antal mått på hälsa.

Folkhälsopolitikens åtta målområden

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

Arbetet utgår från den genomgång som utförts av Folkhälsomyndigheten [3] av hur ojämlikhet i hälsa kan mätas på lämpligt sätt. Flera mått på ojämlikhet har använts för att ge en så fullständig bild som möjligt av om ojämlikheten i hälsan och dess förutsättningar ökar eller minskar över tid för de indikatorer som följs. När rapporten publiceras finns publicerad statistik i Folkhälsodata för 28 av de 35 kärnindikatorerna. Av dessa har ojämlikhetsberäkningar genomförts för de 21 där datatillgängligheten varit tillräcklig.

Rapporten är en del av uppföljningssystemet Folkhälsan i Sverige, som innefattar bland annat sammanfattande årsrapporter om 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 förutsättningarna för en god och jämlik

hälsa, kan rapporten också vara av intresse för exempelvis myndigheter och organisationer som verkar inom ett särskilt sakområde.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av vad ojämlikhet är, hur den uppstår och hur den kan mätas. Därefter följer en genomgång av om ojämlikhet i hälsa och dess förutsättningar ökar eller minskar. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion av resultaten och vägen framåt.

Bilaga 1 innehåller mer detaljerade resultat per indikator och i bilaga 2 (separat dokument) finns resultat i tabellformat. En utförligare beskrivning av de indikatorer som ingår i rapporten och en metodbeskrivning finns på Folkhälsomyndighetens webbplats.

[Folkhälsan i Sverige: så här jobbar vi med folkhälsorapportering – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/rapporter-och-publiceringar/folkhalsan-i-sverige-sa-har-jobbar-vi-med-folkhalsorapportering)

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 är både så god som möjligt och så jämlikt fördelad som möjligt mellan olika grupper i samhället [1]. Utgångspunkten i folkhälsopolitiken är att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv.

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, boende och försörjning [4-6]. Ofta är människors hälsa bättre ju högre socioekonomisk position de har. Detta stegvisa samband kallas för den sociala gradienten i hälsa [4, 7]. 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 [7].

Ojämlikheten i hälsa kan också ses ur ett livsloppsperspektiv [8]. 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 [5].

Det folkhälsopolitiska ramverket

Det folkhälsopolitiska ramverket med dess åtta målområden (se faktaruta s. 13) 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 som en blomma med ett blad för varje målområde. Symbolen i mitten speglar vikten av att ha ett livsloppsperspektiv på dessa frågor.

Figur 1. Folkhälsopolitikens åtta målområden utifrån det folkhälsopolitiska ramverket.



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 [5].

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 lokal nivå. Regionerna har en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. De har bland annat det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och kan bidra till att förbättra folkhälsan och minska hälsoklyftorna genom till exempel en primärvård med fokus på förebyggande insatser som når alla grupper i samhället. Regionerna ansvarar även för regional utveckling inklusive näringslivsfrågor och hållbara transporter. Mycket av arbetet som påverkar folkhälsan sker 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 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.

Ojämlighet kan mätas på olika sätt

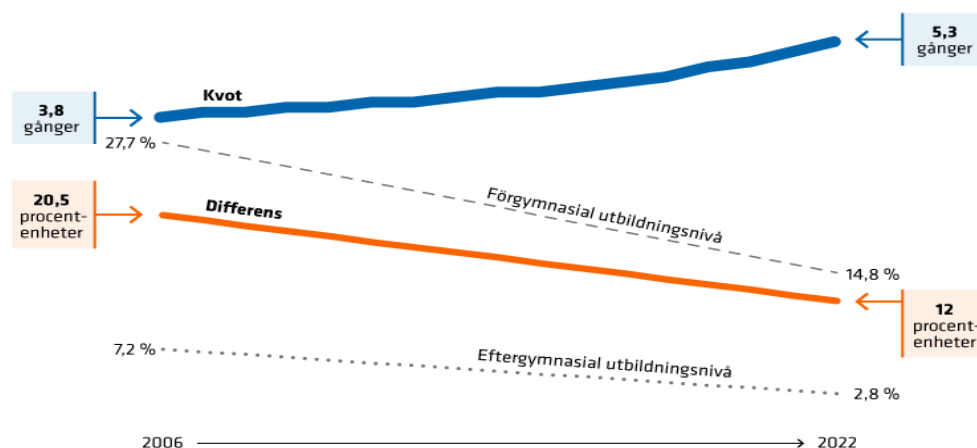
Enkla och komplexa mått på ojämlikhet

Ojämlighet i hälsa kan ses och mätas på flera sätt. Syftet kan vara att jämföra hälsan i en specifik grupp med en annan, exempelvis bland dem med kortast respektive längst utbildning. Ett annat syfte kan vara att skatta ojämlikheten sammantaget för alla grupper i befolkningen, inklusive dem med mellanlång utbildning. Med denna typ av mått kan hänsyn även tas till hur stor respektive grupp är och hur gruppernas andel i befolkningen förändras över tid, som att andelen personer som saknar gymnasieutbildning minskar medan andelen personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning ökar.

Absolut och relativ ojämlikhet

Ojämlighet i hälsa kan också uttryckas som absolut eller relativ. Absolut ojämlikhet handlar om skillnader i faktiskt antal eller andelar (t.ex. med en sjukdom eller som röker) mellan grupper. Relativ ojämlikhet beskriver hur många gånger större andelen (med t.ex. en sjukdom eller rökning) 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, till exempel tenderar absoluta skillnader att minska och relativa skillnader att öka när förekomsten minskar. I figur 2 illustreras detta med exemplet rökning. Andelen som röker både bland dem med förgymnasial (streckad linje) och eftergymnasial (prickad linje) utbildning minskar över tid. Samtidigt minskar den absoluta skillnaden (uttryckt som differens; tunn orange linje) mellan grupperna, medan den relativa skillnaden (uttryckt som kvot; fet blå 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 datatillgång. 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 om detta. I en grundrapport, av mer

teknisk karaktär, presenterar vi 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, ger vi 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 \(folkhälsomyndigheten.se\)](#)

Socioekonomisk position kan mätas på olika sätt

Även socioekonomisk position kan mätas på olika sätt, där utbildning, inkomst och yrkesstatus tillhör de vanligaste måtten [9]. De olika måtten mäter olika aspekter av socioekonomisk position, men hänger till viss del ihop och överlappar varandra. Att redovisa hälsan och dess förutsättningar utifrån mer än ett mått på socioekonomisk position kan därför ge en mer fullständig bild av hur hälsan och dess förutsättningar är fördelade i befolkningen.

En individs eller ett hushålls inkomster varierar över tid beroende på bland annat sysselsättning, ohälsa och hushållsförändringar. Inkomsten ändras även i takt med att individer åldras, bland annat vid övergång till pension. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildningsnivå av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avslutad utbildning och är därför ett mer stabilt mått [9] 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 högsta utbildningsnivå (t.ex. förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial), och med den generellt höjda utbildningsnivån i befolkningen innebär det att den grupp som endast har förgymnasial utbildning har blivit mindre. Gruppen med förgymnasial utbildning utgör idag cirka 15 procent av befolkningen, jämfört med cirka 40 procent för några decennier sedan. Detta påverkar även sammansättningen av utbildningsgrupperna, där det i gruppen med förgymnasial utbildning finns en större och ökande andel äldre personer, jämfört med övriga utbildningsgrupper.

Eftersom ålder påverkar risken för till exempel ohälsa och tidig död kan sambandet mellan utbildningsnivå och hälsa påverkas av förändringar i ålderssammansättningen i utbildningsgrupperna. För att undvika att ålderssammansättningen påverkar resultaten är det därför önskvärt att redovisa resultat där hänsyn tagits till ålder, så kallade åldersstandardiserade eller åldersjusterade resultat.

Mer information om hur utbildning och inkomst förhåller sig till varandra och till begreppet socioekonomi finns på Folkhälsomyndighetens webbplats.

[Utbildning och inkomst som mått på socioekonomi \(folkhälsomyndigheten.se\)](#)

Ökar eller minskar ojämlikheten över tid?

Här redovisas hälsans förutsättningar utifrån folkhälsopolitikens åtta målområden samt ett avsnitt om hälsa. I varje avsnitt finns en sammanfattande tabell. För mer information hänvisas till bilaga 1, som innehåller mer detaljerade resultat per indikator och bilaga 2, som innehåller resultat i tabellformat.

Mått på ojämlikhet och socioekonomi

För att få en mer nyanserad bild av om ojämlikheten ökar eller minskar över tid redovisas fyra mått på ojämlikhet som visar både absoluta (differens och PIN) och relativa (kvot och PAF) skillnader, och både ojämlikhet som jämför en grupp med en annan, (s.k. enkla mått: differens och kvot) och ojämlikhet som tar hänsyn till alla grupper i befolkningen, (s.k. komplexa mått: PIN och PAF). När det finns behov redovisas siffror justerade för ålder.

Pilarna i tabellerna i resultaten nedan visar om det finns en statistiskt säkerställd ökning eller minskning över tid för respektive mått. En pil som visar oförändrad utveckling kan antingen innebära att resultatet är genuint oförändrat eller att det skett en förändring som inte är tillräckligt tydlig för att ge ett signifikant resultat. Det senare är vanligare i urvalsundersökningar som är behäftade med ett större osäkerhetstal, vilket också innebär att resultatet för urvalsundersökningar oftare visar att ojämlikheten är oförändrad.

Beskrivning av de fyra mått på ojämlikhet som används

En kvot beskriver hur många gånger större antalet fall eller andelar (t.ex. prevalens, kumulativ incidens eller dödstal) av till exempel förtida dödsfall är i en grupp jämfört med referensgruppen.

Differensen beskriver skillnaden i antal fall eller andelar i en grupp jämfört med referensgruppen.

Med PAF (eng. population attributable fraction) avses den överskjutande *andelen* av alla fall. Det beräknas genom att anta att alla i befolkningen har eftergymnasial utbildning respektive tillhör de 20 procent med högst inkomst. I princip innebär det den *andel* av alla fall av exempelvis förtida död som skulle undvikas om andelen var samma i alla grupper som gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst.

Med PIN (eng. population impact number) avses det överskjutande *antalet* av alla fall. Det beräknas genom att anta att alla i befolkningen har eftergymnasial utbildning respektive tillhör de 20 procent med högst inkomst. I princip innebär det, det *antalet* fall av exempelvis förtida död som skulle undvikas om alla grupper hade samma andel (med förtida död) som gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst.

Förutsättningarna för hälsa redovisas för socioekonomiska grupper i befolkningen, mätt som utbildningsnivå (egen eller förälders) respektive hushållets inkomst. Eftersom inkomst mäts uppdelat på kvintiler, där befolkningen delas in i fem lika

stora grupper, utgör jämförelsegruppen (de med högst inkomst) 20 procent av befolkningen. När det gäller utbildningsnivå är grupperna (förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial, härafter benämnda kortast, mellanlång och längst) olika stora, och jämförelsegruppen (de med längst utbildning) utgör drygt 40 procent av befolkningen 25 år och äldre. Det innebär att jämförelsegruppen för inkomst är hälften så stor som den för utbildningsnivå. Detta påverkar resultaten på olika sätt, till exempel kommer de mått som tar hänsyn till alla grupper (PAF och PIN) generellt sett att visa större ojämlikhet för inkomst än utbildningsnivå.

Indikatorer och datakällor

Statistiken som ligger till grund för denna rapportering kommer från flera olika datakällor. Vi använder senaste tillgängliga data, vilket innebär att tidsperioderna för uppföljningen varierar både mellan olika indikatorer och beroende på redovisningsgrupp. Exempelvis är de senaste uppgifterna för gymnasie-indikatorerna från 2025 medan de ekonomiska indikatorerna innehåller statistik till och med 2023. De indikatorer som bygger på urvalsundersökningar kommer från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) och undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), och samlades senast in 2024. Första året för uppföljningen är för registerdata 2012, eftersom inkomst inte är tillgängligt innan dess. I HLV finns inkomst med först från 2016 och utbildning följs från 2010.

Enkätdata som är baserat på ett urval av befolkningen är förknippat med en större osäkerhet än register som bygger på data från hela befolkningen. Antalet svarande de aktuella åren har varierat mellan 9 384 och 17 624 i HLV och mellan 5 273 och 11 739 i ULF/SILC. Ett vanligt problem i enkätundersökningar är att svarsfrekvensen har sjunkit över tid vilket ökar osäkerhetstalet. Till exempel har svarsfrekvensen minskat från 61 till 39 procent 2004–2024 i HLV. Resultaten standardiseras för ålder och kön, så att de blir representativa för befolkningen, vilket minskar en del av den skevhet som svarsbortfallet medför. Ett visst bortfallsfel kvarstår dock i resultaten, särskilt inom grupper med lägre svarsfrekvensen.

Uppföljningen utgår från de beslutade kärnindikatorerna [2]. Analyserna omfattar de indikatorer där data är tillgänglig och möjlig att följa upp över tid, det vill säga de indikatorer för vilka mikrodata (detaljerade, individbaserade uppgifter) finns tillgänglig för minst fem år. Av de 35 kärnindikatorerna uppfyller 21 dessa kriterier. På grund av osäkerheten i urvalsdata (HLV och ULF/SILC) har ett av de fyra måtten på ojämlikhet (PIN) inte kunnat beräknas för indikatorer från dessa datakällor. Prevalenserna från HLV som redovisas här och i bilaga 1 och 2 avviker något från den officiella statistiken, i huvudsak på grund av att personer som saknar information om utbildningsnivå respektive hushållsinkomst inte ingår i beräkningarna. En utförligare metodbeskrivning och definitioner av de inkluderade indikatorerna finns på Folkhälsomyndighetens webbplats.

[Folkhälsan i Sverige: så här jobbar vi med folkhälsorapportering \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se)

Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

Att ge varje barn en bra start i livet är av stor betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa över livsloppet. Både faktorer under fosterlivet och under barndomen kan påverka hälsan tidigt såväl som senare i livet [10, 11]. Fokus för målområdet är åldrarna 0–5 år, men det är viktigt att följa barns hälsa även under skollåldern.

Under målområde (MO) 1 följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården och barn inskrivna i förskolan det år de fyller tre år. Under MO 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter – presenteras ytterligare indikatorer som berör det tidiga livet.

Sammanfattande bedömning

- Andelen med riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården minskar.

Ojämlikheten ökar över lag i relation till inkomst medan den minskar i relation till utbildning när hänsyn tas till alla utbildningsgrupper, på grund av att riskbruket minskar mest i gruppen med mellanlång utbildning.

OBS! andelen med riskbruk är minst i gruppen med kortast utbildning respektive lägst inkomst.

- Andelen barn inskrivna i förskolan det år de fyller tre ökar.

Ojämlikheten är oförändrad.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation vad gäller barn inskrivna i förskolan. För riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården kvarstår ingen ojämlikhet när hänsyn tas till alla utbildningsgrupper, men för övriga studerade mått närmar vi oss inte målet.

Tabell 1a. Förändring av ojämlikheten i MO1 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå (egen respektive förälders), samt andel totalt i befolkningen, 2014–2024.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2014–24
Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården	 ökar	 ökar	 minskar	 minskar	3,0 %	 minskar
Barn inskrivna i förskolan, 3 års ålder	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	5,1 %	 minskar

Tabell 1b. Förändring av ojämlikheten i MO1 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån hushållets inkomst, samt andel totalt i befolkningen, 2014–2024.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2014–24
Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården	 ökar	 oförändrad	 ökar	 ökar	3,0 %	 minskar
Barn inskrivna i förskolan, 3 års ålder	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	5,1 %	 minskar

Källa: Graviditetsregistret, Karolinska universitetssjukhuset och Barn och personal per 1 november, Skolverket, Folkhälsomyndighetens beräkningar. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

- (a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

Andelen kvinnor med riskbruk av alkohol – mätt utifrån frågor om konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador – vid inskrivning i mödrahälsovården minskar i alla grupper oavsett utbildningsnivå och hushållets inkomst under perioden 2014–2024. Andelen 2024 var 3 procent av samtliga inskrivna kvinnor. Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödravården följer ett motsatt mönster än de flesta indikatorer. Minst andel med riskbruk finns i gruppen med kortast utbildning respektive lägst inkomst, men med relativt små skillnaderna i relation till utbildning. Ojämlikheten mellan gruppen med kortast och den med längst utbildning (differens, kvot) ökar något, men när hänsyn tas även till gruppen med mellanlång utbildning (PIN, PAF) försvinner istället ojämlikheten helt. Ojämlikheten mellan inkomstgrupper ökar för tre av fyra mått på ojämlikhet.

Andelen barn som inte är inskrivna i förskolan det år de fyller tre minskade 2014–2024 och 2024 var cirka 95 procent av alla barn inskrivna. Det är nästan 3 gånger vanligare att barn till föräldrar i gruppen med kortast utbildning respektive lägst inkomst inte är inskrivna i förskolan än barn till föräldrar i gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst (kvot). Av de barn som inte är inskrivna i förskolan skulle 30 procent vara det om andelen inskrivna var lika hög i alla grupper som i den med högst inkomst (PAF). Ingen tydlig förändring av ojämlikheten mellan grupperna sker över tid oavsett mått på ojämlikhet.

Tolkning av resultaten

Att ojämlikheten i riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården ökar mellan grupperna med kortast och längst utbildning (differens, kvot) samtidigt som den försvinner när hänsyn tas även till gruppen med mellanlång utbildning (PIN, PAF) beror på att den största minskningen av riskbruk sker i gruppen med mellanlång utbildning. Den ökade ojämlikheten i relation till inkomst förklaras av

att andelen med riskbruk minskar mer i gruppen med lägst inkomst (där riskbruk är minst vanligt) än i grupperna med högre inkomst.

En förklaring till att ojämlikheten, oavsett mått, är oförändrad över tid för barn inskrivna i förskolan det år de fyller tre, är att andelen minskar likartat för alla grupper och att minskningen är relativt liten.

Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning

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

Under målområde (MO) 2 följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna saknar gymnasiebehörighet och saknar gymnasieexamen inom fyra år från påbörjade studier.

Sammanfattande bedömning

- Andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar.

Den relativa ojämlikheten minskar vilket till viss del beror på att andelen utan behörighet ökar, den absoluta ojämlikheten ökar eller kvarstår.

- Andelen som inte tar gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjade studier minskar.

Ojämlikheten mellan elever från olika utbildnings- och inkomstgrupper ökar eller kvarstår.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa och att sluta hälsoklyftorna för detta målområde.

Tabell 2a. Förändring av ojämlikheten i MO2 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå (förälders), samt andel totalt i befolkningen. Gymnasiebehörighet 2012–2025, gymnasieexamen 2015–2025.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2025	Totalt 2012/15–25
Saknar gymnasiebehörighet	 minskar	 oförändrad	 minskar	 ökar	16 %	 ökar
Saknar gymnasieexamen	 ökar	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	24 %	 minskar

Tabell 2b. Förändring av ojämlikheten i MO2 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån hushållets inkomst, samt andel totalt i befolkningen. Gymnasiebehörighet 2013–2025, gymnasieexamen 2015–2025.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2025	Totalt 2013/15–25
Saknar gymnasiebehörighet	 minskar	 ökar	 oförändrad	 ökar	16 %	 ökar
Saknar gymnasieexamen	 ökar	 ökar	 ökar	 ökar	24 %	 minskar

Källa: Grundskolan slutbetyg och Gymnasieskolan slutbetyg, Skolverket, Folkhälsomyndighetens beräkningar.

Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

(a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

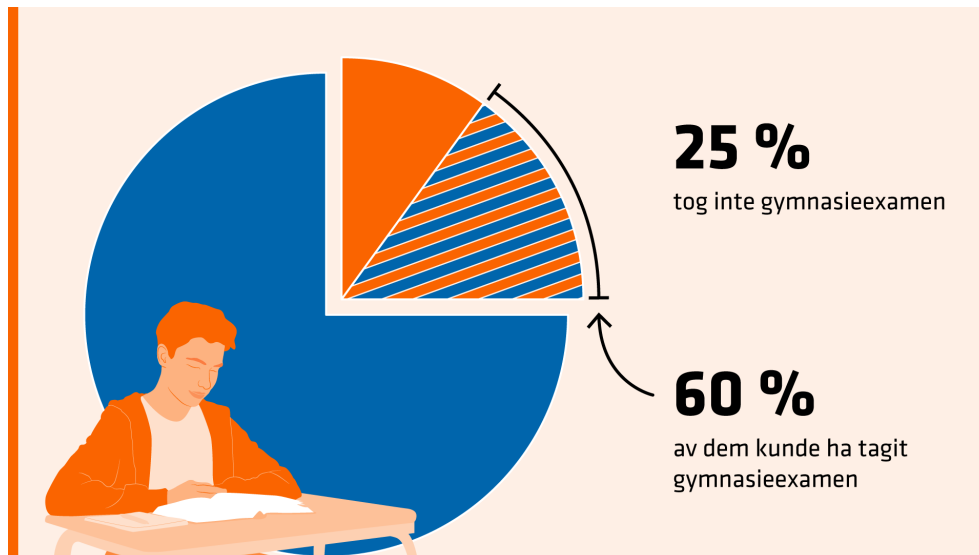
(d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

Andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar totalt i befolkningen under perioden 2012–2025 och är vanligare bland dem vars föräldrar har kortast utbildning respektive lägst inkomst. Den absoluta ojämlikheten mellan elever från olika utbildnings- och inkomstgrupper (differens, PIN) ökar eller kvarstår, medan den relativa (kvot, PAF) minskar eller kvarstår. År 2025 var det, trots att den relativa ojämlikheten minskat, mer än 6 gånger så vanligt att gå ut nionde klass utan behörighet bland dem i gruppen med lägst inkomst jämfört med dem med högst (kvot). Nästan 19 500 (16 %) av alla elever når inte behörighet till gymnasiet. Av dessa skulle 13 800 (PIN) nå behörighet om alla hade samma möjlighet som de i gruppen med högst inkomst.

Andelen utan gymnasieexamen inom fyra år från påbörjade studier minskar totalt i befolkningen mellan 2015 (första möjliga uppföljningsår) och 2025. Samtidigt ökar eller kvarstår ojämlikheten mellan elever från olika utbildnings- och inkomstgrupper oavsett mått på ojämlikhet. År 2025 var det 4 gånger så vanligt att inte ta examen bland dem med lägst hushållsinkomst jämfört med dem med högst (kvot). Cirka 29 000, motsvarande 25 procent, av de som påbörjat gymnasiestudier fyra år tidigare saknade gymnasieexamen 2025. Av dem skulle 60 procent ha tagit examen om alla elever hade samma möjlighet att ta examen som de i gruppen med högst inkomst (PAF).

Figur 3. Andelen av dem som inte tog gymnasieexamen som skulle göra det om alla hade samma förutsättningar som dem i gruppen med högst hushållsinkomst (PAF), 2025. Det större blå fältet visar andel av alla som påbörjat gymnasiet som tagit examen inom fyra år (75 %), orange och randigt fält tillsammans visar dem som inte tagit examen (25 %).



Tolkning av resultaten

Att den absoluta ojämlikheten vad gäller gymnasiebehörighet är oförändrad mellan dem vars föräldrar har längst respektive kortast utbildning (differens) förklaras av att andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar i båda grupperna (ej statistiskt säkerställt i gruppen med kortast utbildning) samtidigt som gruppen med elever vars föräldrar har längst utbildning ökar som andel av alla elever. Andelen elever som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar mest i gruppen vars föräldrar har mellanlång utbildning, vilket bidrar till ökningen av absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla grupper (PIN). För inkomst ökar andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet mer i gruppen från hushåll med lägst inkomster än i den med högst, vilket leder till de ökade skillnader som ses mellan dem med högst respektive lägst hushållsinkomst (differens). Att den relativa ojämlikheten har en svagt positiv utveckling – både kvot och PAF för utbildningsgrupper och kvot för inkomstgrupper minskar – förklaras av att andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet generellt sett ökar i befolkningen 2012–2025.

Ojämlikheten i andelen utan gymnasieexamen ökar relativt sett mellan dem vars föräldrar har längst respektive kortast utbildning (kvot), men är oförändrad för övriga mått i relation till utbildning. Det kan förklaras av att andelen elever som inte tar gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjade studier minskar mer i gruppen vars föräldrar har högst utbildning än i övriga utbildningsgrupper. Även att både den absoluta (differens, PIN) och relativa (kvot, PAF) ojämlikheten ökar i relation till inkomst kan till stor del förklaras av att andelen elever som inte tar gymnasieexamen minskar mer i gruppen med högst inkomst än i de med lägre.

Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Beräkningar har inte kunnat göras för indikatorerna i detta målområde på grund av datans karaktär och förändringar i hur arbetsmiljön följs upp av Arbetsmiljöverket.

Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

Inkomst är ett vanligt mått på socioekonomi när ojämlikhet i hälsa beskrivs, men sambandet är komplext och kan ha flera olika förklaringar. Ohälsa och sjukdom påverkar inkomsten eftersom individer med sämre hälsa har svårare att arbeta. Ekonomiska resurser sätter samtidigt ramarna för människors materiella standard och handlingsutrymme. Det kan till exempel handla om att ha råd med ett bra boende, möjligheter till hälsosamma levnadsvanor och att kunna delta i samhällslivet, vilket är faktorer som i sin tur kan påverka hälsan [10, 12]. Även barn och unga som växer upp i ekonomisk utsatthet påverkas av familjens inkomst.

Under målområde (MO) 4 följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna ekonomisk standard, varaktigt låg ekonomisk standard (vuxna respektive barn och unga) och varaktigt låg inkomststandard (vuxna respektive barn och unga).

Sammanfattande bedömning

- Den ekonomiska standarden ökar i befolkningen.
Ojämlikheten ökar eller kvarstår.
- Varaktigt låg ekonomisk standard (relativ ekonomisk utsatthet) ökar.
Ojämlikheten ökar eller kvarstår.
- Varaktigt låg inkomststandard (att inkomsterna inte räcker till det nödvändigaste) minskar.

Den absoluta ojämlikheten mellan dem med längst och kortast utbildning minskar. Att den relativa ojämlikheten ökar kan till viss del förklaras av att andelen med varaktigt låg inkomststandard totalt sett minskar.

Sammanfattningsvis är bilden inte entydig vad gäller detta målområde. Vi närmar oss inte det folkhälsopolitiska målet vad gäller ekonomisk standard och varaktigt låg ekonomisk standard. För varaktigt låg inkomststandard närmar vi oss målet genom att den absoluta ojämlikheten minskar något, men inte för övriga mått.

Tabell 4. Förändring av ojämlikheten i MO4 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå (egen respektive förälders), samt median respektive andel totalt i befolkningen. Ekonomisk standard 2012–23, varaktigt låg ekonomisk standard respektive inkomststandard 2014–2023.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2023	Totalt 2012/14–23
Ekonomisk standard (median)	→ oförändrad	↗ ökar	–	–	324 000	↗ ökar
Varaktigt låg ekonomisk standard, barn och unga	↗ ökar	↗ ökar	↗ ökar	↗ ökar	11 %	↗ ökar
Varaktigt låg ekonomisk standard, vuxna	↗ ökar	↗ ökar	→ oförändrad	↗ ökar	7,3 %	→ oförändrad
Varaktigt låg inkomststandard, barn och unga	→ oförändrad	↘ minskar	↗ ökar	→ oförändrad	2,7 %	↘ minskar
Varaktigt låg inkomststandard, vuxna	↗ ökar	↘ minskar	↗ ökar	→ oförändrad	1,5 %	↘ minskar

Källa: Inkomst- och taxeringsregistret, SCB, Folkhälsomyndighetens beräkningar. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial.

- (a) Relativ ojämlikhet mellan längsta och kortaste utbildningsnivån
(b) Absolut ojämlikhet mellan längsta och kortaste utbildningsnivån
(c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer
(d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer

Resultat

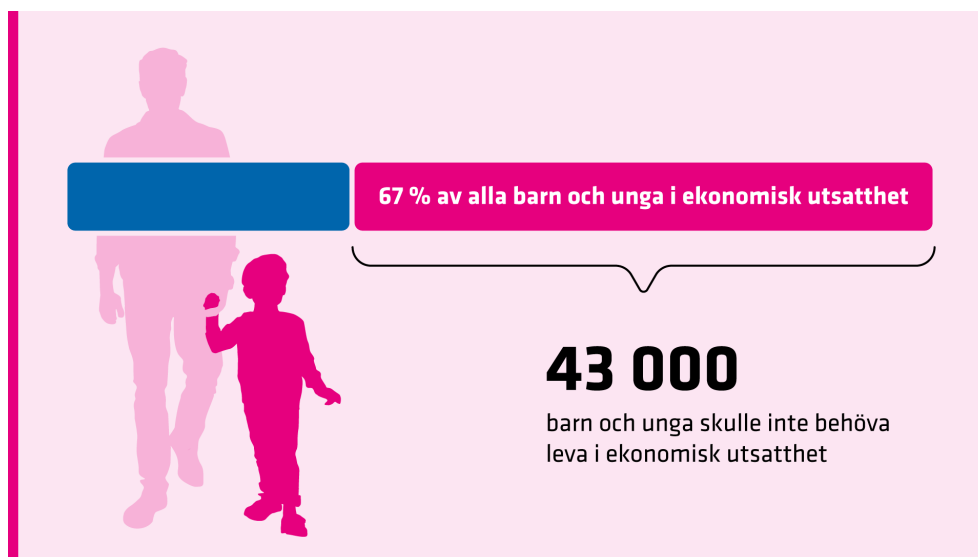
Den ekonomiska standarden steg med i snitt 11 procent i Sverige 2012–2023, trots en nedgång de sista två åren. Gruppen med längst utbildning har högre ekonomisk standard än den med kortast och skillnaderna ökar från 113 000 kronor 2012 till 128 000 kronor (differens) 2023. Relativt sett (kvot) är ojämlikheten oförändrad.

Varaktigt låg ekonomisk standard innebär att ha haft en disponibel inkomst som understiger 60 procent av medianvärdet för riket under det senaste året samt minst två av de tre föregående åren. Andelen med varaktigt låg ekonomisk standard ökar 2014–2023 och 2023 levde ungefär 11 procent av alla barn och unga (0–24 år) och 7 procent av alla vuxna (25 år och äldre) i en sådan situation. Det var många gånger vanligare med varaktigt låg ekonomisk standard i gruppen med kortast utbildning än i den med längst (kvot, ca 8 respektive 4 gånger bland barn och unga respektive vuxna) och ojämlikheten ökar, bland såväl barn, unga som vuxna, både absolut (differens) och relativt (kvot) sett.

Varaktigt låg inkomststandard är ett absolut mått som beskriver en ekonomisk situation där inkomsterna det senaste året och minst två av de tre föregående åren inte har räckt till de nödvändigaste utgifterna. Varaktigt låg inkomststandard minskar under perioden 2014–2023 och år 2023 levde 2,7 procent av alla barn och unga (64 000) och 1,5 procent av vuxna (motsvarande 103 000) under sådana förhållanden. Varaktigt låg inkomststandard är mer än 10 gånger vanligare bland barn och unga i gruppen med kortast utbildning (förälders) än i den med längst

utbildning. Den absoluta ojämlikheten mellan de två utbildnings-grupperna (differens) minskar i alla åldrar, medan den relativa (kvot) ökar bland vuxna och är oförändrad bland barn och unga. När hänsyn tas även till gruppen med mellanlång utbildning ökar den överskjutande andelen (PAF), men inte motsvarande antal (PIN), bland såväl barn och unga som vuxna. Andelen av dem med varaktigt låg inkomststandard 2023 som inte skulle ha det om alla hade samma förutsättningar som i gruppen med längst utbildning (egen eller förälders), är 67 procent för barn och unga (motsvarande 42 800 personer) och 29 procent för vuxna (30 000).

Figur 4. Andelen av de barn och unga, 0–24 år, som lever i ett hushåll där inkomsterna under flera år inte har räckt till de nödvändigaste, som inte skulle behöva det om alla hade samma förutsättningar som gruppen vars föräldrar har längst utbildning (PAF), 2023. Den blå och rosa stapeln tillsammans visar alla barn som lever i sådan ekonomisk utsatthet (2,7 % av samtliga barn och unga).



Tolkning av resultaten

En förklaring till att differensen ökar något för ekonomisk standard (median), mellan grupperna med längst och kortast utbildning, samtidigt som den relativa ojämlikheten (kvot) kvarstår, är att den ekonomiska standarden ökar i alla utbildningsgrupper.

Ojämlikheten ökar, både bland vuxna och bland barn och unga, vad gäller andelen med varaktigt låg ekonomisk standard, oavsett mått på ojämlikhet (med ett undantag där den är oförändrat). Det kan förklaras av att andelen ökar mest i gruppen med kortast utbildning och minst i gruppen med längst utbildning, bland såväl barn och unga som bland vuxna.

Att den absoluta ojämlikheten i varaktigt låg inkomststandard minskar eller kvarstår medan den relativa ökar eller kvarstår kan till viss del förklaras av att andelen med varaktigt låg inkomststandard minskar i alla grupper, både bland vuxna och bland barn och unga.

Målområde 5 – Boende och närmiljö

Tillgång till ett bra boende och en god närmiljö är viktiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa [10, 13]. Storlek och kvalitet på bostaden, samt sociala och fysiska faktorer i närmiljön har betydelse. I områden med trygga miljöer blir det lättare att nyttja de utomhusmiljöer som främjar hälsa. Även kvaliteten på den fysiska miljön såväl inne som ute påverkar hälsan. I den byggda miljön är det främst luftföroreningar och buller från trafik som bidrar till sjuklighet och förtida död [14].

Under målområde (MO) 5 följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad och störd sömn på grund av trafikbuller.

Sammanfattande bedömning

- Andelen som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla ökar.
Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.
- Andelen som har störd sömn på grund av trafikbuller är oförändrad.
Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation inom detta målområde.

Tabell 5a. Förändring av ojämlikheten i MO5 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå, samt andel totalt i befolkningen, 25–84 år. Avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla 2010–2024, störd sömn p.g.a. trafikbuller 2018–2024.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2010/18–24
Avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	28 %	↗ ökar
Störd sömn p.g.a. trafikbuller	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	4,4 %	→ oförändrad

Tabell 5b. Förändring av ojämlikheten i MO5 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån hushållets inkomst, samt andel totalt i befolkningen, 25–84 år. Avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla 2016–2024, störd sömn p.g.a. trafikbuller 2018–2024.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2016/18–24
Avstått från att gå ut ensam p.g.a. rädsla	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	28 %	→ oförändrad
Störd sömn p.g.a. trafikbuller	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	24 %	→ oförändrad

Källa: HLV, Folkhälsomyndigheten. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

(a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

År 2024 uppgav 39 procent av kvinnorna och 13 procent av männen, i åldrarna 25–84 år, att de ibland eller ofta har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, och andelen ökar under perioden 2010–2024. Det är något vanligare (1,3 gånger, motsvarande 8 procentenheter fler) i gruppen med kortast utbildning och i hushåll med lägst inkomst att ha avstått från att gå ut på grund av rädsla än bland dem med längst utbildning respektive i hushåll med högst inkomst (kvot respektive differens) 2024. Den överskjutande andelen (PAF), det vill säga den andel av dem som avstått från att gå ut ensam som inte skulle gjort det om alla hade samma andel som gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst, var 2024 16 respektive 13 procent. Ingen förändring av ojämlikheten ses över tid, oavsett mått på ojämlikhet.

År 2024 uppgav 4,4 procent av befolkningen 25–84 år att de hade svårt att somna eller blev väckta av trafikbuller i närheten av bostaden. Ingen tydlig förändring av andelen sker 2018–2024. Det var cirka 3 gånger så vanligt med störd sömn på grund av buller i gruppen med kortast utbildning respektive lägst inkomst än i gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst (kvot). Den överskjutande andelen (PAF) med störd sömn av trafikbuller var 2024 drygt 30 procent både för utbildning och inkomst. Ojämlikheten förändras inte tydligt över tid oavsett mått på ojämlikhet.

Tolkning av resultaten

Att ingen förändring av ojämlikheten ses över tid, oavsett mått, vad gäller att ha avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla förklaras till viss del av att andelen ökar relativt likartat i de flesta utbildningsgrupper och kvarstår som oförändrad i de flesta inkomstgrupper.

Ingen förändring ses heller av ojämlikheten för att ha störd sömn på grund av trafikbuller, oavsett mått på ojämlikhet. Det kan förklaras av att andelen som har

störd sömn på grund av trafikbuller inte förändras tydligt i någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna.

Avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla och störd sömn på grund av trafikbuller kommer från urvalsundersökningen HLV. Den större osäkerhet som finns i urvalsundersökningar kan bidra till att färre statistiskt säkerställda förändringar ses.

Målområde 6 – Levnadsvanor

Våra levnadsvanor påverkar risken att insjukna i icke smittsamma sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes och kronisk lungsjukdom [10, 15]. De levnadsvanor som framför allt bidrar till sjukdomsburden i Sverige är rökning, ohälsosamma matvanor, alkoholkonsumtion och otillräcklig fysisk aktivitet, men även andra levnadsvanor har betydelse [16]. Handlingsutrymmet att välja hälsosamma levnadsvanor påverkas av våra livsvillkor och levnadsförhållanden. Därför är de övriga målområdena nära sammankopplade med området levnadsvanor.

Under målområde (MO) 6 följs ojämlikhet över med hjälp av indikatorerna daglig tobaksrökning, riskkonsumtion av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och otillräckligt intag av grönsaker och rotfrukter.

Sammanfattande bedömning

- Andelen som röker tobak dagligen minskar.

Den absoluta ojämlikheten minskar till följd av att rökning minskar likartat i alla grupper. Till viss del kan den minskande andelen som röker också förklara ökningen av den relativa ojämlikheten.

- Andelen med riskkonsumtion av alkohol ökar något.

Ingen förändring av ojämlikheten i relation till inkomst ses, oavsett mått på ojämlikhet.

OBS! Andelen med riskkonsumtion är minst i gruppen med lägst inkomst. Ingen skillnad ses mellan utbildningsgrupper.

- Andelen med otillräcklig fysisk aktivitet är oförändrad.

Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet

- Andelen som inte äter tillräckligt med grönsaker och rotfrukter är oförändrad.

Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation vad gäller fysisk aktivitet och intag av grönsaker och rotfrukter. För daglig tobaksrökning närmar vi oss målet genom att andelen som röker minskar i alla grupper och genom att den absoluta ojämlikheten minskar. För riskkonsumtion av alkohol finns ingen ojämlikhet i relation till utbildning medan den omvända ojämlikhet som finns i relation till inkomst består.

Tabell 6a. Förändring av ojämlikheten i MO6 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå, samt andel totalt i befolkningen, 25–84 år. Daglig tobaksrökning, riskkonsumtion av alkohol och intag av grönsaker och rotfrukter 2010–24, fysisk aktivitet 2016–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2010/16–24
Rökning, tobak daglig	 ökar	 minskar	 ökar	–	5,0 %	 minskar
Alkohol, riskkonsumtion	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	15 %	 ökar
Fysisk aktivitet, otillräcklig	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	33 %	 oförändrad
Grönsaker och rotfrukter, otillräckligt	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	67 %	 oförändrad

Tabell 6b. Förändring av ojämlikheten i MO6 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån hushållets inkomst, samt andel totalt i befolkningen, 25–84 år, 2016–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2016–24
Rökning, tobak daglig	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	5,0 %	 minskar
Alkohol, riskkonsumtion	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	15 %	 minskar
Fysisk aktivitet, otillräcklig	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	33 %	 oförändrad
Grönsaker och rotfrukter, otillräckligt	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	67 %	 ökar

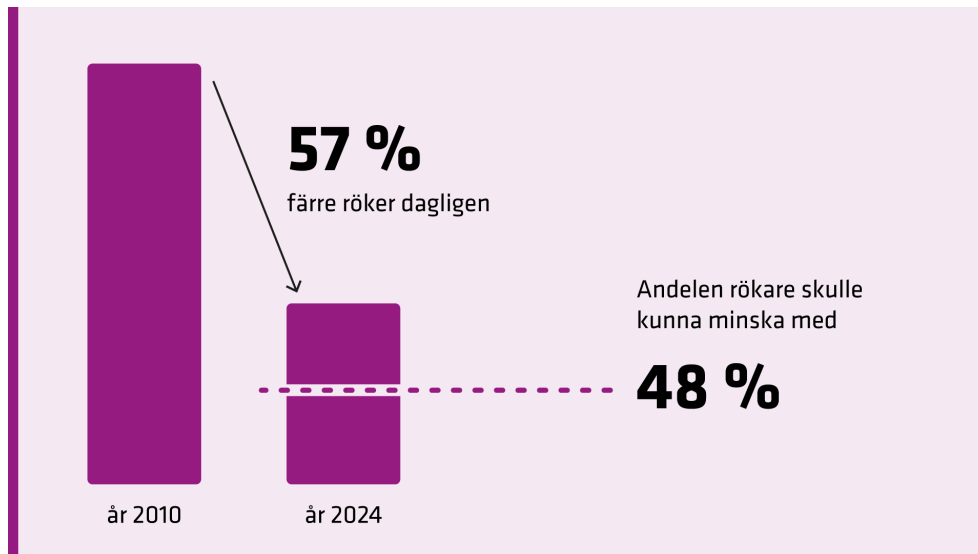
Källa: HLV, Folkhälsomyndigheten. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

- (a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

Andelen som röker tobak dagligen har minskat generellt i befolkningen 25–84 år, från 12 till 5 procent under perioden 2010–2024. Den absoluta ojämlikheten mellan dem i gruppen med kortast och längst utbildning (differens) minskar (till 8,5 procentenheter), samtidigt som den relativa (kvot) ökar (till 3,9 gånger). Cirka 50 procent av alla som röker skulle inte göra det om andelen som rökte var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning (PAF). Ingen förändring av varken den absoluta och relativa ojämlikheten ses i relation till inkomst (som följs en kortare period), oavsett mått på ojämlikhet.

Figur 5. Minskning av andelen som röker tobak dagligen, 25–84 år, 2010 (12 %) till 2024 (5 %), samt andelen av de som röker 2024 som inte skulle det om rökning var lika ovanligt i alla grupper som i gruppen med längst utbildning (PAF).



Andelen som uppger riskkonsumtion av alkohol – mätt utifrån frågor om konsumtion – var 15 procent i befolkningen, 25–84 år, 2024. Riskkonsumtion följer ett motsatt mönster än de flesta indikatorer med mindre andel i gruppen med lägst än i gruppen med högst inkomst. I relation till utbildning ses ingen tydlig ojämlikhet. Ingen nämnvärd förändring av skillnaden mellan inkomstgrupper ses över tid, oavsett mått på ojämlikhet. Cirka 20–30 procent av alla dem med riskkonsumtion av alkohol skulle inte ha det om alla grupper hade lika låg andel med riskkonsumtion som gruppen med lägst inkomst (PAF).

År 2024 uppgav 33 procent i befolkningen 25–84 år att de inte uppnådde en tillräcklig fysisk aktivitet (i genomsnitt minst 150 minuter pulshöjande aktivitet i veckan). Otillräcklig fysisk aktivitet är vanligare i gruppen med kortast utbildning respektive med lägst inkomst än i gruppen med längst utbildning respektive med högst inkomst (cirka 2 gånger vanligare, motsvarande 23 procentenheter fler). Ingen förändring av ojämlikheten ses över tid, varken absolut (differens) eller relativt (kvot, PAF) sett. Cirka 25–30 procent av dem med otillräcklig fysisk aktivitet skulle uppnå tillräcklig nivå om andelen med otillräcklig fysisk aktivitet var lika liten som i gruppen med längst utbildning eller högst inkomst (PAF).

Andelen som äter grönsaker eller rotfrukter mindre än två gånger per dag är oförändrad 2010–2024 och var 67 procent 2024. Det är något vanligare att inte äta tillräckligt med grönsaker och rotfrukter i gruppen med kortast utbildning respektive med lägst inkomst än i gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst (utbildning: 1,3 gånger, motsvarande 17 procentenheter fler; inkomst: 1,1 gånger, motsvarande 6,6 procentenheter fler). Ingen förändring av ojämlikheten ses över tid, varken absolut (differens) eller relativt (kvot, PAF) sett.

Tolkning av resultaten

Både ökningen av den relativa (kvot, PAF) och minskningen av den absoluta (differens) ojämlikheten i daglig tobaksrökning förklaras av att andelen som röker har minskat likartat i alla utbildningsgrupper. Förekomsten är 2024 liten i gruppen med längst utbildning vilket gör den relativa skillnaden stor. Att ojämlikheten oavsett mått är oförändrad mellan inkomstgrupperna kan delvis förklaras av att uppföljningstiden här är kortare.

Att ingen förändring av ojämlikheten, oavsett mått, ses över tid för riskkonsumtion av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och otillräckligt intag av grönsaker och rotfrukter förklaras av att varken andelen med riskkonsumtion av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet eller otillräckligt intag av grönsaker och rotfrukter förändras nämnvärt i någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna. Notera att ingen ojämlikhet ses för riskkonsumtion av alkohol i relation till utbildning.

Samtliga indikatorer i målområde 6 kommer från urvalsundersökningen HLV. Den större osäkerhet som finns i urvalsundersökningar kan bidra till att färre statistiskt säkerställda förändringar ses.

Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

Att vara del av ett socialt sammanhang, och att ha inflytande och kontroll över sitt liv är viktigt för människors hälsa [10]. Sambanden är komplexa och kan ha flera förklaringar. Brist på inflytande och delaktighet kan påverka hälsan negativt, men sämre hälsa kan också påverka upplevelsen av kontroll, inflytande och delaktighet. Ibland används begreppet socialt kapital för att beskriva i vilken grad människor har tillgång till sociala nätverk och sammanhang, samt i vilken utsträckning människor känner tillit och har förtroende för andra och samhällets institutioner [17].

Under målområde (MO) 7 följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna låg tillit till andra, utsatt för kränkande behandling eller bemötande och utsatt för våld eller hot om våld.

Sammanfattande bedömning

- Andelen som saknar tillit till andra ökar något.

Ingen förändring av ojämlikheten ses varken i relation till utbildning eller inkomst, oavsett mått på ojämlikhet, med undantag för att den absoluta ojämlikheten mellan dem med längst och kortast utbildning ökar något.

- Andelen som utsatts för kränkande behandling eller bemötande är oförändrad.

Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.

OBS! Ingen skillnad ses mellan utbildningsgrupper.

- Andelen som har utsatts för våld eller hot om våld är oförändrad.

Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.

OBS! Ingen skillnad ses mellan utbildningsgrupper.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation vad gäller tillit till andra och vad gäller att ha utsatts för kränkande behandling eller bemötande och våld eller hot om våld i relation till inkomst. Däremot finns ingen tydlig ojämlikhet i att ha utsatts för kränkande behandling eller bemötande respektive våld eller hot om våld i relation till utbildning.

Tabell 7a. Förändring av ojämlikheten i MO7 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå, samt andel totalt i befolkningen, 25–84 år, 2010–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2010–2024
Låg tillit till andra	→ oförändrad	↗ ökar	→ oförändrad	–	26,3 %	↗ ökar
Utsatt för kränkande behandling eller bemötande	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	17,8 %	→ oförändrad
Utsatt för våld eller hot om våld	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	4,4 %	→ oförändrad

Tabell 7b. Förändring av ojämlikheten i MO7 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån hushållets inkomst, samt andel totalt i befolkningen, 25–84 år, 2016–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2016–2024
Låg tillit till andra	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	26,3 %	→ oförändrad
Utsatt för kränkande behandling eller bemötande	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	17,8 %	→ oförändrad
Utsatt för våld eller hot om våld	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	4,4 %	→ oförändrad

Källa: HLV, Folkhälsomyndigheten. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

- (a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

Andelen personer 25–84 år som uppger att de *inte* tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor ökar något under perioden 2010–2024 och var 26 procent 2024. En större andel i gruppen med kortast utbildning och i hushåll med lägst inkomst, än i gruppen med längst utbildning och i hushåll med högst inkomst (kvot), uppger låg tillit (2,4 respektive 2,0 gånger så vanligt). Ingen förändring av ojämlikheten ses, varken i relation till utbildning och inkomst oavsett mått på ojämlikhet, med undantag för den absoluta ojämlikheten mellan dem med längst och kortast utbildning (differensen) som ökar något. Runt 30 procent (den

s.k. överskjutande andelen) av alla som uppger att de inte litar på folk i allmänhet skulle göra det om andelen var lika liten i hela befolkningen som i gruppen med längst utbildning respektive med högst inkomst (PAF).

Andelen, 25–84 år, som uppger att de under de senaste tre månaderna har blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta är oförändrad och ligger mellan 17 och 21 procent under perioden. Ingen ojämlikhet ses i relation till utbildning, varken absolut (differens) eller relativt (kvot, PAF) sett. För inkomst uppger gruppen med lägst inkomst oftare kränkande behandling eller bemötande än den med högst. Den överskjutande andelen (PAF) som uppger kränkande behandling eller bemötande var 19 procent 2024. Ojämlikheten i relation till inkomst är oförändrad, oavsett mått på ojämlikhet.

Andelen av de tillfrågade, 25–84 år, som uppger att de har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste tolv månaderna var 4,4 procent 2024. Det ses ingen tydlig förändring under perioden 2010–2024. Medan inga tydliga skillnader mellan gruppen med längst och kortast utbildning (differens, kvot) ses någon gång under perioden, är det dubbelt så stor andel som uppger att de har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld i gruppen med lägst inkomst än i den med högst (kvot). Den överskjutande andelen (PAF) som uppger att de utsatts för våld eller hot om våld var 14 procent 2024. Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupper, varken i relation till utbildning eller inkomst, sker över tid, oavsett mått på ojämlikhet.

Tolkning av resultaten

Att den absoluta ojämlikheten i tillit till andra mellan dem med längst och kortast utbildning (differens) ökar något medan den relativa ojämlikheten (kvot) är oförändrad kan förklaras av att andelen som saknar tillit till andra ökar i samtliga utbildningsgrupper, men något mindre i gruppen med längst utbildning än i övriga. Att ingen förändring av ojämlikheten mellan inkomstgrupperna ses, oavsett mått, kan delvis förklaras av att uppföljningstiden här är kortare.

Att ingen förändring av ojämlikheten för att ha utsatts för kränkande behandling eller bemötande sker i relation till inkomst kan förklaras av att ingen tydlig förändring ses i någon av inkomstgrupperna. Notera att ingen ojämlikhet ses i relation till utbildning.

Att ingen förändring av ojämlikheten, oavsett mått, i att ha utsatts för fysiskt våld eller hot om våld ses över tid förklaras av att andelen som har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld inte förändras nämnvärt i de flesta av inkomstgrupperna. Notera att ingen ojämlikhet ses i relation till utbildning.

Samtliga indikatorer i målområde 7 kommer från urvalsundersökningen HLV. Den större osäkerhet som finns i urvalsundersökningar kan bidra till att färre statistiskt säkerställda förändringar ses.

Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Jämlik vård handlar om att erbjuda och ge hälso- och sjukvård utifrån behov och på lika villkor, inte om att ge samma vård till alla. I hälso- och sjukvårdslagen framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor [10, 18] för hela befolkningen. I primärvårdens grunduppdrag ingår att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar [19].

Under målområde (MO) 8 följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna avstått läkarvård trots behov och avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov.

Sammanfattande bedömning

- Andelen som avstått läkarvård trots behov är oförändrad.

Ingen förändring av ojämlikheten ses för inkomstgrupper, oavsett mått på ojämlikhet.

OBS! Ingen skillnad ses mellan utbildningsgrupper 2024.

- Andelen som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov är oförändrad.

Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation inom detta målområde. Notera att det inte finns någon tydlig ojämlikhet i att avstå läkarvård trots behov i relation till utbildning.

Tabell 8a. Förändring av ojämlikheten i MO8 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå, samt andel totalt i befolkningen. Avstått läkarvård trots behov 2017–24, Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov 2010–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2010/17–2024
Avstått läkarvård trots behov (25 år och äldre)	 minskar	 oförändrad	 oförändrad	–	5,3 %	 oförändrad
Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov (25–84 år)	 oförändrad	 oförändrad	 oförändrad	–	12 %	 oförändrad

Tabell 8b. Förändring av ojämlikheten i MO8 över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån inkomstkventiler, samt andel totalt i befolkningen. Avstått läkarvård trots behov 2017–24, Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov 2016–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2016/17–2024
Avstått läkarvård trots behov (25 år och äldre)	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	5,3 %	→ oförändrad
Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov (25–84 år)	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	12 %	→ oförändrad

Källa: ULF/SILC, SCB och HLV, Folkhälsomyndigheten, Folkhälsomyndighetens beräkningar. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

(a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägsta utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

(d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

Av befolkningen 25 år och äldre var det 5,3 procent 2024 som uppgav att de avstått från läkarvård de senaste 12 månaderna, trots behov. Under perioden 2017–2024 ses inga stora förändringar. Ingen ojämlikhet ses i relation till utbildning, varken absolut (differens) eller relativ (kvot, PAF) 2024. Andelen som avstått läkarvård trots behov är genomgående större bland personer i den lägsta inkomstgruppen jämfört med den högsta (kvot, 1,6 gånger vanligare 2024). Ingen tydlig förändring sker över tid mellan grupperna, varken för absolut (differens) eller relativ (kvot) ojämlikhet. Inte heller när hänsyn tas till alla inkomstgrupper (PAF) ses någon förändring. Andelen av alla som avstått läkarvård trots behov som inte skulle det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med högst inkomst (PAF) var 22 procent 2024.

År 2024 uppgav 12 procent av befolkningen, 25–84 år, att de har avstått från tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov. Ingen tydlig förändring ses under perioden 2010–2024. Andelen som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl var mer än 2 gånger så stor i gruppen med kortast utbildning än i gruppen med längst och mer än 4 gånger så stor i gruppen med lägst inkomst än i gruppen med högst (kvot). Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupper, varken i relation till utbildning eller inkomst, ses över tid, oavsett mått på ojämlikhet. Över 50 procent av alla som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov skulle inte det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med högst inkomst (PAF).

Tolkning av resultaten

Att ingen förändring av ojämlikhet vad gäller att ha avstått läkarvård trots behov i relation till inkomst ses, oavsett mått på ojämlikhet, kan förklaras av att andelen som avstått läkarvård är oförändrad i alla inkomstgrupper. Notera att ingen ojämlikhet ses i relation till utbildning.

Att ingen förändring av ojämlikheten ses vad gäller att avstå tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov, i något de tre analyserade måtten under perioden, förklaras av att andelen som avstått tandläkarvård inte förändras nämnvärt i någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna.

Avstått läkarvård trots behov och avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov kommer från urvalsundersökningarna ULF/SILC och HLV. Den större osäkerhet som finns i urvalsundersökningar kan bidra till att färre statistiskt säkerställda förändringar ses.

Hälsa

Hälsa kan definieras både som avsaknad av ohälsa och som ett tillstånd av välbefinnande. För att belysa hälsoläget i befolkningen är det viktigt att följa såväl självskattad hälsa och välmående som diagnostiserad sjuklighet och dödlighet (mortalitet). Även hälsan i olika skeden av livet bör beaktas. För att veta om vi är på väg mot att uppfylla det övergripande folkhälsopolitiska målet behöver vi följa ett antal mer övergripande indikatorer på hälsa som sammanfattar hälsotillståndet.

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 dödlighet belyser dödligheten under den period av livet där dödsfall är minst vanligt. Det är en viktig indikator för folkhälsan eftersom förtida dödsfall ofta kan förebyggas. Självskattat allmänt hälsotillstånd visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna indikera en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt [20].

För hälsa följs ojämlikhet över tid med hjälp av indikatorerna medellivslängd, förtida död och självskattad hälsa.

Sammanfattande bedömning

- Medellivslängden ökar.
Både den absoluta och relativa ojämlikheten ökar.
- Förtida dödlighet minskar.
Den absoluta ojämlikheten minskar i viss mån – exempelvis det så kallade överskjutande antalet dödsfall i relation till utbildning – och till viss del kan ökningen av den relativa ojämlikheten förklaras av att antalet förtida dödsfall totalt sett minskar.
- Självskattad hälsa förändras inte nämnvärt.
Ingen förändring av ojämlikheten ses, oavsett mått på ojämlikhet.

Sammanfattningsvis närmar vi oss inte det folkhälsopolitiska målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation, eftersom ojämlikheten i hälsa kvarstår eller

ökar i de flesta fall. För förtida död närmar vi oss målet när hänsyn tas till alla utbildningsgrupper.

Tabell 9a. Förändring av ojämlikheten i hälsa över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån utbildningsnivå, samt återstående år respektive andel totalt i befolkningen. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder och förtida död 2012–24, självskattad hälsa 2010–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2024	Totalt 2010/12–2024
Självskattad hälsa (25–84 år)	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	6,3 %	→ oförändrad
Medellivslängd (vid 30 års ålder)	↗ ökar	↗ ökar	–	–	54,3 år	↗ ökar
Förtida död (25–64 år)	↗ ökar	→ oförändrad	→ oförändrad	↘ minskar	158/ 100 000	↘ minskar

Tabell 9b. Förändring av ojämlikheten i hälsa över tid, mätt med fyra olika mått, utifrån hushållets inkomst, samt återstående år respektive andel totalt i befolkningen. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder 2012–23, förtida död 2012–24 och självskattad hälsa 2016–24.

Indikator	Ojämlikhet Kvot (a)	Ojämlikhet Differens (b)	Ojämlikhet PAF (c)	Ojämlikhet PIN (d)	Totalt 2023/24	Totalt 2012/16–23/24
Självskattad hälsa (25–84 år)	→ oförändrad	→ oförändrad	→ oförändrad	–	6,3 %	→ oförändrad
Medellivslängd (vid 30 års ålder)	↗ ökar	↗ ökar	–	–	54,3 år	↗ ökar
Förtida död (25–64 år)	↗ ökar	↘ minskar	↗ ökar	→ oförändrad	158/ 100 000	↘ minskar

Källa: SCB, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och HLV, Folkhälsomyndigheten, Folkhälsomyndighetens beräkningar. Analyserna utgår från utbildning indelat i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt inkomst indelat i kvintiler.

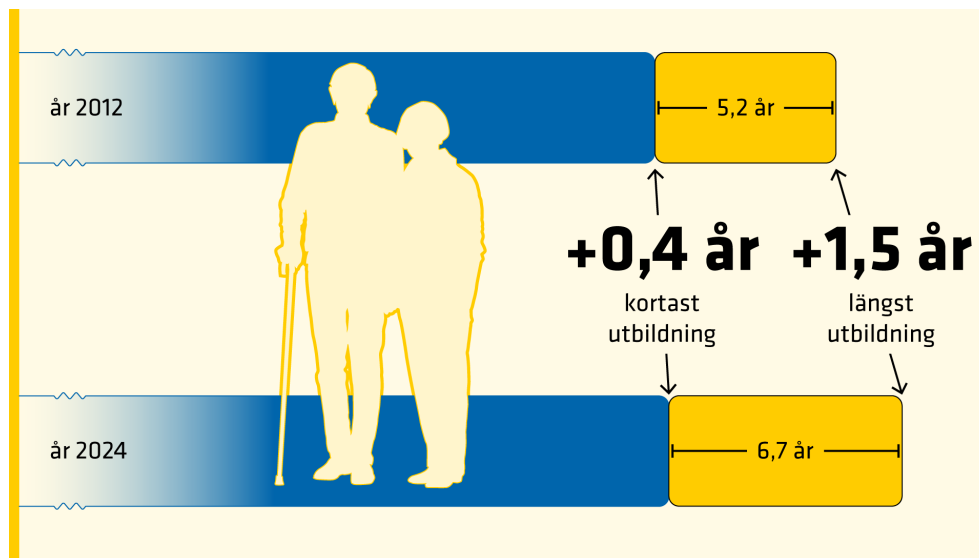
- (a) Relativ ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägst utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (b) Absolut ojämlikhet mellan längsta/högsta och kortaste/lägst utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (c) Relativ ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler
- (d) Absolut ojämlikhet med hänsyn taget till alla utbildningsnivåer/inkomstkvintiler

Resultat

Andelen av de tillfrågade, 25–84 år, som uppger att deras hälsa är dålig är oförändrad, och ligger mellan 5 och 7 procent över perioden. Dålig självskattad hälsa är nästan 5 gånger så vanligt bland dem i gruppen med lägst inkomst jämfört med dem med högst (kvot). Runt 30 respektive 50 procent av alla som skattar sin hälsa som dålig skulle inte göra det om andelen var lika liten i hela befolkningen som i gruppen med längst utbildning respektive med högst inkomst. Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupper, varken i relation till utbildning eller inkomst, ses oavsett mått på ojämlikhet.

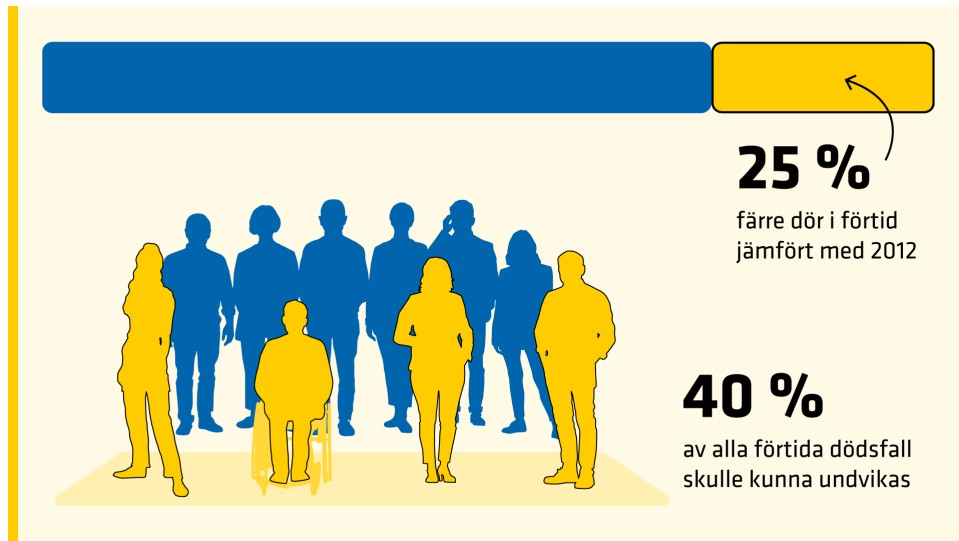
Sett över hela perioden 2012–2024 ökar den återstående medellivslängden vid 30 års ålder bland personer födda i Sverige med 1,7 år för kvinnor och 2,1 år för män. Medellivslängden ökar i alla utbildningsgrupper och alla inkomstkventiler, men bland inrikes födda kvinnor i gruppen med kortast utbildning är ökningen marginell (0,1 år). Ojämligheten i medellivslängd utifrån både utbildning och inkomst ökar under perioden 2012–2024, mätt både som absoluta (differens) och som relativa (kvot) skillnader (marginell ökning relativt sett). År 2024 var skillnaden mer än 6 år mellan personer i gruppen med kortast och längst utbildning.

Figur 6. Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder för dem med kortast (längre blå stapel) respektive längst (blå + kortare gul stapel) utbildning, samt skillnaden (differensen) mellan grupperna, för kvinnor och män ihop, 2012 och 2024.



Antalet förtida dödsfall per 100 000 individer minskar totalt i befolkningen under perioden 2012–2024, och 2024 inträffade totalt 8 680 förtida dödsfall i åldern 25–64 år. Antalet dödsfall (per 100 000) minskar i alla grupper utom för kvinnor i gruppen med kortast utbildning. Den absoluta ojämlikheten (differens, PIN) mellan både utbildnings- och inkomstgrupper minskar eller kvarstår, samtidigt som den relativa ojämlikheten (kvot, PAF) ökar i de flesta fall. Mellan 35 och 50 procent av alla förtida dödsfall skulle kunna undvikas (s.k. överskjutande andel, PAF) om alla grupper hade samma låga dödstal (antal förtida dödsfall/100 000) som gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst, vilket motsvarar 3 029 respektive 4 182 dödsfall totalt (s.k. överskjutande antal, PIN). Den överskjutande andelen förtida dödsfall (PAF) förändras inte i relation till utbildning men antalet dödsfall det motsvarar (PIN) minskar med cirka 300. År 2024 var det drygt 3 gånger så vanligt med förtida dödsfall i gruppen med kortast utbildning jämfört med den med längst (kvot) och ännu större skillnad mellan inkomstgrupperna.

Figur 7. Minskning av förtida dödlighet, avlidna i åldern 25–64 år (antal per 100 000, s.k. dödstal) 2012–2024, samt den andel förtida dödsfall som skulle kunna undvikas om alla grupper hade samma låga dödstal som gruppen med längst utbildning (PAF). Längre blå stapel visar dödstalet 2024 (158/100 000), blå och gul stapel tillsammans visar dödstalet 2012 (210/100 000).



Tolkning av resultaten

Att ojämlikheten varken ökar eller minskar tydligt vad gäller självskattad hälsa, i något av de tre analyserade måtten under perioden, förklaras av att andelen med dålig självskattad hälsa inte förändras nämnvärt i någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna.

Att både den absoluta (differens) och relativa (kvot) ojämlikheten ökar för medellivslängd utifrån såväl utbildning som inkomst beror i stor utsträckning på att medellivslängden ökar mer i grupperna med längst utbildning respektive högst inkomster än i de med kortast respektive lägst.

En förklaring till att differensen minskar för förtida död mellan grupperna med högst inkomst och dem med lägst, samtidigt som de relativa skillnaderna (kvot) ökar, är att antalet dödsfall per 100 000 personer minskar i alla inkomstgrupper. Att differensen kvarstår i relation till utbildning förklaras delvis av att förtida död bland kvinnor i gruppen med kortast utbildning inte minskar. Att det överskjutande antalet förtida dödsfall (PIN) minskar i relation till utbildning trots att andelen förtida dödsfall (PAF) kvarstår kan förklaras av att det totala antalet dödsfall minskar. Samma förklaring ligger bakom att det överskjutande antalet (PIN) förtida dödsfall i relation till inkomst kvarstår, trots att den överskjutande andelen (PAF) ökar.

Självskattad hälsa kommer från urvalsundersökningen HLV. Den större osäkerhet som finns i urvalsundersökningar kan bidra till att färre statistiskt säkerställda förändringar ses.

Diskussion

I den här rapporten följs hur ojämlikhet i hälsa och i förutsättningar för 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 samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (till år 2048).

Att minska ojämlikhet i hälsa är inte bara viktig för dem med sämre hälsa utan påverkar även samhället i stort. En god och jämlik hälsa ger bättre förutsättningar för tillväxt och innovationskraft och är avgörande för att skapa ett robust samhälle med god motståndskraft mot samhällsliga kriser i form av både hälsohot och hot som kommer med ett oroligt omvärldsläge.

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. Det är ofta samma grupper i samhället som har sämre förutsättningar för hälsa, mindre hälsosamma levnadsvanor och sämre hälsa. En förklaring är att förutsättningarna för hälsa, som exempelvis utbildning, försörjningsmöjligheter och tillgång till arbete och ett bra boende, påverkar både handlingsutrymmet för hälsosamma levnadsvanor och i förlängningen hälsan.

Ojämlikhet i hälsa kvarstår eller ökar i de flesta fall

Det övergripande folkhälsopolitiska målet anger att hälsan ska vara både god och jämlik. Hälsan blir generellt sett bättre i befolkningen genom att vi lever längre och färre dör i förtid. Medellivslängden (vid 30 års ålder) har ökat med 1,9 år mellan 2012 och 2024, och förtida dödsfall (25–64 år) har minskat. Den självskattade hälsan är fortsatt god för de flesta.

Trots att befolkningen i genomsnitt lever längre har ojämlikheten ökat mellan dem med högst och lägst socioekonomisk position 2012–2024, både relativt och absolut sett. Den absoluta skillnaden var 2024 6,3 år bland män och 6,6 år bland kvinnor. Att skillnaden ökar beror på att medellivslängden ökat minst bland dem med lägst socioekonomisk position och mest bland dem med högst position. Bland kvinnor i gruppen med kortast utbildning ökade medellivslängden endast med 0,1 år, medan ökningen i gruppen med längst utbildning var 1,9 år. Samma mönster kan ses för kvinnor med kortast utbildning vad gäller förtida död, där andelen förtida dödsfall inte minskade över tid. För kvinnor och män sammantaget minskade dock det så kallade överskjutande antalet förtida dödsfall – det vill säga antalet dödsfall som hade kunnat undvikas om alla grupper hade samma låga dödstal (antal förtida dödsfall/100 000) som gruppen med längst utbildning – från drygt 3 300 till drygt 3 000, 2012–2024. Ojämlikheten i självskattad hälsa kvarstår över tid.

Ojämlighet i de flesta förutsättningar kvarstår eller ökar

En del av det folkhälsopolitiska målet är också att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Här har vi analyserat 18 indikatorer från 7 av de 8 målområdena (MO) för att möjliggöra en bedömning av utvecklingen mot det folkhälsopolitiska målet. MO 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö har inte kunnat analyseras. Att analysera även detta målområde innebär ett viktigt framtida tillägg till resultaten i denna rapport eftersom förutsättningar som ryms i MO 3 lägger grunden för flera av de övriga målområdena.

Precis som för hälsa kan en positiv utveckling ses i befolkningen för ett antal förutsättningar för hälsa. Det gäller till exempel vissa av de ekonomiska förutsättningarna och det tidiga livets villkor. Även för daglig tobaksrökning ses en positiv utveckling där andelen som röker mer än halverats 2010–2024.

Samtidigt kvarstår flera av förutsättningarna på en oroande nivå medan vissa till och med försämrats. Hushållets inkomst påverkar många faktorer som är viktiga för hälsan, som att ha råd med en god boendemiljö och kunna delta i sociala sammanhang. År 2024 levde fler än 100 000 vuxna och 64 000 barn och unga i ett hushåll där inkomsterna under flera år inte räckt till det nödvändigaste. Dessutom är det en fjärdedel av alla som börjar gymnasiet som inte tar gymnasieexamen (inom fyra år), vilket kan påverka möjligheterna till en god hälsa på längre sikt.

Nästan alla förutsättningar för hälsa, med ett fåtal undantag, är ojämlikt fördelade mellan socioekonomiska grupper där de med kortast utbildning respektive lägst inkomst har sämst förutsättningar. I de flesta målområden ökar eller kvarstår ojämlikheten över tid. Ett undantag är absoluta skillnader i daglig tobaksrökning som minskar mellan dem med kortast och längst utbildning. Exempel på ökad ojämlikhet är gymnasieexamen (inom fyra år från påbörjade studier), där både den absoluta och relativa ojämlikheten ökar mellan inkomstgrupper, och varaktig ekonomisk utsatthet (mätt i relation till befolkningen) där ojämlikheten ökar för såväl vuxna som barn och unga och för de flesta mått på ojämlikhet.

För flera av förutsättningarna för hälsa förändras ojämlikheten inte tydligt över tid. Några exempel med fortsatt ojämlikhet mellan socioekonomiska grupper – både utifrån utbildning och inkomst – är att ha avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla, störd sömn av trafikbuller, otillräcklig fysisk aktivitet och brist på tillit till andra. Många av dessa mäts med hjälp av urvalsdata där förändringarna behöver vara tydligare eller större för att bli statistiskt säkerställda eftersom det finns en större osäkerhet i resultaten än i registerdata. Det kan innebära att en faktisk ökning av ojämlikhet ibland inte fångas medan motsatsen, att missa en faktisk minskning, är mindre trolig.

Hur kan flera sätt att mäta ojämlikhet öka förståelsen?

De olika sätten att mäta ojämlikhet kan hjälpa oss att bättre förstå hur den förändras över tid, genom att de ger oss en mer nyanserad bild av komplexiteten i hur hälsan

och dess förutsättningar hänger ihop med socioekonomisk position. Att endast utgå från relativ ojämlikhet, som är mest använt, eller bara titta på ojämlikheten mellan grupperna med högst och lägst socioekonomisk position kan ge en ofullständig eller missvisande bild av utvecklingen över tid.

Ett exempel som visar att det är viktigt att mäta ojämlikhet på olika sätt (komplettera relativ ojämlikhet med absolut) är daglig tobaksrökning. Här utvecklas absolut och relativ ojämlikhet åt olika håll. Andelen som röker i Sverige har mer än halverats mellan 2012 och 2024. Den absoluta ojämlikheten minskar samtidigt, genom att andelen som röker minskar likartat (relativt sett) i alla grupper. Att den relativa ojämlikheten ökar kan i viss mån ses som missvisande i en bedömning av om vi är på väg att uppnå målet, eftersom ökningen är en effekt av att andelen som röker minskar. Trots det är den så kallade överskjutande andelen som röker hög, cirka 50 procent, vilket visar på en fortsatt stor förbättringspotential. Det innebär att andelen som röker skulle halveras om det var lika ovanligt att röka i alla grupper som i gruppen med längst utbildning. I denna rapport följs inte nya nikotinprodukter som e-cigarett och nikotinsnus, där användningen har ökat de senaste åren framförallt bland unga, och vars långsiktiga effekt på hälsan ännu inte är tillräckligt utredd.

Ett exempel där *både* den absoluta och relativa ojämlikheten ökar är medellivslängd. Medellivslängden ökar generellt sett i befolkningen. Samtidigt ökar både den relativa och absoluta ojämlikheten mellan såväl utbildnings- som inkomstgrupper. Det beror på att medellivslängden ökar mest i grupperna som redan har längst medellivslängd, det vill säga den med längst utbildning respektive högst inkomst, och minst i grupperna med kortast utbildning respektive lägst inkomst.

De mått som tar hänsyn till ojämlikheten samlat i befolkningen, med hänsyn även till dem med mellanlång utbildning respektive alla inkomstgrupper, är ett viktigt komplement till mått där två grupper jämförs. Ett exempel är gymnasiebehörighet i årskurs nio. Andelen som *inte* uppnår gymnasiebehörighet ökar generellt bland elever i årskurs nio. Den absoluta ojämlikheten mellan dem vars föräldrar har längst respektive kortast utbildning är oförändrad, men när hänsyn tas även till dem vars föräldrar har mellanlång utbildning ökar den absoluta ojämlikheten. Det beror på att andelen elever som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar mest i gruppen vars föräldrar har mellanlång utbildning. Att endast titta på ojämlikheten mellan dem med högst och lägst socioekonomisk position hade i det här fallet lett till att vi hade förbisett en ökning av ojämlikheten. Antalet elever som inte uppnått behörighet som skulle gjort det om andelen utan behörighet var lika liten i alla grupper som bland dem vars föräldrar har längst utbildning, var nästan 7 900 elever 2025. Motsvarande siffra i relation till inkomst var drygt 13 800 elever. De flesta av dem som går ut nian utan behörighet till gymnasiet påbörjar gymnasiet med hjälp av introduktionsprogram. Att andelen utan behörighet ökar innebär trots det en risk för att andelen utan examen kan öka i framtiden.

Spelar det roll hur vi mäter socioekonomi?

Ojämligheten studeras här utifrån både utbildningsnivå och inkomst. Längre utbildning ger i sig inte bättre hälsa, men är en viktig förutsättning för hälsa. Att ha kort utbildning innebär större risk för andra faktorer som kan påverka hälsan, till exempel ett osäkrare arbete med lägre inkomster. Inkomst påverkar i sin tur flera andra förutsättningar. För individen förändras inkomsten under livet och ger därför en mer aktuell bild av den socioekonomiska positionen än utbildningsnivå, men inkomsten kan också påverkas negativt av till exempel sjuklighet (s.k. selektion).

Rapporten visar att det finns en systematisk ojämlikhet både utifrån inkomst och utbildning i de flesta hälsoutfall och även i förutsättningarna för hälsa. Generellt sett är ojämlikheten något större mellan inkomstgrupper än mellan utbildningsgrupper, både för hälsans förutsättningar och för hälsa i sig. Det beror främst på att jämförelsegruppen för inkomst är hälften så stor (en femtedel av befolkningen) som den för utbildningsnivå (drygt 40 procent av befolkningen och ännu större i yngre åldrar), men kan också i viss mån bero på selektion. Ett arbete pågår för att så småningom använda fyra utbildningsgrupper istället för tre.

En social gradient är tydlig för de flesta hälsoutfall och förutsättningar för hälsa, där grupperna med mellanlång utbildning respektive inkomstkventil 2–4 har bättre förutsättningar än gruppen med kortast utbildning och lägst inkomst, men sämre än dem med längst utbildning och högst inkomst. Eftersom gruppen med kortast utbildning utgör en relativt liten andel av befolkningen, framför allt bland de yngre, innebär det att *antalet* som exempelvis lever i ekonomisk utsatthet, inte tar gymnasieexamen eller röker tobak dagligen är större i gruppen med mellanlång utbildning, trots att *andelen* är större i gruppen med kortast utbildning. Insatser bör därför riktas brett, men med ökad intensitet utifrån behov.

Vägen framåt

Sammantaget för de hälsoutfall och förutsättningar som följs i denna rapport närmar vi oss inte det övergripande folkhälsopolitiska målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna till 2048. Utifrån ett livsloppsperspektiv är det oroväckande att ojämlikheten inte minskar för många av förutsättningarna för hälsa. Att hälsan påverkas av faktorer under lång tid innebär att det också tar tid att åstadkomma förändring. Därför är det viktigt att initiativ tas nu för att kunna uppnå målet till år 2048.

Folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar där ingen aktör ensam kan göra så att vi når målet om en god och jämlik hälsa för alla. Folkhälsomyndigheten har en central roll i att driva på arbetet för att uppnå målet. Ett starkt tvärsektoriellt samarbete med andra samhällsaktörer är avgörande för att påverka de strukturella faktorerna bakom ojämlikheter i hälsa. Myndigheten kan förstärka sin roll att samordna folkhälsoarbetet på nationell nivå, genom att i högre grad agera samlande, pådrivande och stödjande för samverkan mellan aktörer som kommuner, regioner, andra myndigheter och ideella organisationer.

En tydlig kommunikation och insatser för att mobilisera samhällsaktörer och allmänhet kan vara en väg framåt. Ett exempel på hur vi kan mobilisera tvärsektoriellt är den nyligen tecknade avsiktsförklaringen med 12 myndigheter för det rörelsefrämjande året. Ytterligare ett steg är att systematiskt integrera folkhälsoperspektivet (god och jämlik hälsa) i olika verksamheter, som exempelvis arbete och sysselsättning, barns ekonomiska villkor, samhällsplanering, skola och utbildning, vården och äldreomsorg. Exempel på ett arbete som har lett till både generella förbättringar och minskad absolut ojämlikhet mellan socioekonomiska grupper är insatserna för att minska och förebygga tobaksrökning. Det goda utfallet är ett resultat av politiska initiativ och ett långsiktigt arbete på alla nivåer i samhället, inklusive informationskampanjer, reklamförbud, målgruppsanpassad tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården, introduktion av rökfria miljöer, tillsyn av efterlevnad av rökfria skolgårdar och åldersgränser samt en aktiv prispolitik.

Insatser för att förbättra folkhälsan behöver ta hänsyn till att personer har olika förutsättningar. Kompensatoriska insatser behövs för att nå de grupper som idag har sämre förutsättningar för hälsa. Begreppet proportionell universalism nämns ofta i de här sammanhangen och innebär generella åtgärder som kan öka i intensitet där behoven är större. Den mer nyanserade bild som framträder genom att mäta ojämlikhet på ett mer fördjupat sätt utgör ett viktigt underlag för att kunna sätta särskilt fokus på de grupper som har sämre förutsättningar och där insatser ger störst effekt.

Om två år, 2028, har den förnyade folkhälsopolitiken funnits i 10 år. Åtgärder som har vidtagits för att stärka och utveckla arbetet för att minska ojämlikheten har bidragit till att skapa bättre förutsättningar för att nå målet för folkhälsopolitiken, men för att skapa förändring behöver vi göra mer eller annorlunda. Det fortsatta arbetet kommer att behöva intensifieras, och ytterligare initiativ krävs inom alla politikområden, för att stärka genomslaget för folkhälsopolitiken på nationell, regional och lokal nivå. Det är angeläget att varje aktör, utifrån sin roll, bidrar till de gemensamma målen. Folkhälsomyndigheten har en central roll i detta arbete.

Bilaga 1 – resultat per indikator

Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården

Under perioden 2014–2024 minskar andelen kvinnor med riskbruk av alkohol – mätt utifrån frågor om konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador – vid inskrivning i mödrahälsovården, och 2024 var andelen totalt 3 procent.

Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödravården följer en annan socioekonomisk gradient än de flesta indikatorer, eftersom störst andel med riskbruk finns i gruppen med mellanlång utbildning respektive högst inkomst och minst andel i gruppen med kortast utbildning respektive lägst inkomst. Andelen minskade i alla utbildningsgrupper och oberoende av hushållets inkomst 2014–2024.

Både den absoluta (differens) och den relativa (kvot) ojämlikheten mellan dem med kortast och längst utbildning är liten, men ökar något under perioden. Ojämlikheten mellan dem med högst och lägst inkomst är genomgående större än för utbildning, med en kvot på 0,4 motsvarande 2,8 procentenheter. Den relativa ojämlikheten i relation till inkomst ökar medan den absoluta är oförändrad.

När hänsyn tas även till gruppen med mellanlång utbildning försvinner ojämlikheten både absolut (PIN) och relativt (PAF) sett. I relation till inkomst ökade istället både den överskjutande andelen, det vill säga andelen av dem med riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården som inte skulle ha det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med minst andel (här de med lägst inkomst), till nästan 50 procent motsvarande cirka 1 300 kvinnor.

Barn inskrivna i förskolan vid 3 års ålder

Cirka 5 procent av alla barn som fyllde tre år under 2024 var inte inskrivna i förskolan. Andelen som inte var inskrivna minskade mellan 2014 och 2024.

Att inte vara inskriven i förskolan vid tre års ålder är vanligare bland dem vars föräldrar har kortast utbildning respektive lägst inkomst (12 respektive 8,5 %) än bland dem vars föräldrar har längst utbildning respektive högst inkomst (4,1 respektive 3,0 %). Mellan 2014 och 2024 minskade andelen barn som inte var inskrivna i förskolan i alla utbildningsgrupper och i inkomstkventil 2 (näst lägst) och 4 (näst högst).

Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupperna med kortast och längst utbildning eller lägst och högst inkomst sker över tid (differens, kvot). Inte heller för ojämlikhet med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen (PAF och PIN) ses en tydlig förändring över tid. Andelen av alla barn som fyllde tre år 2024 som inte var inskrivna i förskolan som skulle vara det om alla grupper hade lika hög inskrivning som grupperna med längst utbildning respektive högst inkomst (s.k. överskjutande andel), var 13 respektive 30 procent. Det motsvarar cirka 755 respektive 1 780 barn.

Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning

Gymnasiebehörighet

Under perioden 2012–2025 ökar andelen elever utan behörighet till gymnasiet, och 2025 var det cirka 16 procent av alla i nionde klass som inte uppnådde gymnasiebehörighet, vilket motsvarar nästan 19 400 elever.

Att inte uppnå gymnasiebehörighet är vanligare bland dem vars föräldrar har kortast utbildning (45 % 2025) än bland dem vars föräldrar har längst (9 %). Den absoluta ojämlikheten mellan de två grupperna (differensen) är oförändrad över tid, medan den relativa (kvot) minskar något. År 2012 var det nästan 7 gånger så vanligt att inte uppnå behörighet bland dem vars föräldrar hade kortast utbildning vilket motsvarar 37 procentenheter fler. Motsvarande siffror för 2025 var 5 gånger så vanligt, och 36 procentenheter fler.

Inkomst kan endast mätas från 2013. Även bland elever i hushåll med högst inkomst är andelen som gick ut årskurs 9 utan gymnasiebehörighet mindre (4,4 %) jämfört med elever i hushåll med lägst inkomst (30 %). Andelen som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar i alla grupper, men i slutet av perioden planar den gynnsamma trenden ut för dem med lägst inkomst. År 2025 var det nästan 7 gånger så vanligt bland dem med lägst hushållsinkomst än bland dem med högst, vilket motsvarar nästan 25 procentenheter. Ojämlikheten ökar absolut sett mellan dem i den högsta och lägsta inkomstkventilen (differens), medan den relativt sett (kvot) minskar, främst bland flickor.

Ojämlikhet mätt med mått som tar hänsyn till alla utbildningsgrupper i befolkningen visar en lite annan utveckling, delvis beroende på att andelen elever som inte uppnår gymnasiebehörighet ökar mest i gruppen vars föräldrar har mellanlång utbildning. Andelen så kallade överskjutande fall, det vill säga andelen av alla som inte uppnår behörighet till gymnasiet som skulle göra det om andelen var lika liten i alla grupper som bland dem vars föräldrar har längst utbildning (PAF), minskar från runt 50 till drygt 40 procent. Antalet elever som det motsvarar ökar dock och var 2025 nästan 7 900 elever (PIN). För inkomst ligger andelen (PAF) runt 70 procent under hela perioden, samtidigt som det motsvarande antalet ökar till drygt 13 800 elever (PIN).

Gymnasieexamen

Andelen som saknar gymnasieexamen fyra år efter påbörjade studier minskar under perioden 2015 (första möjliga uppföljningsår) till 2025 till 25 procent.

Den relativa ojämlikheten mellan elever vars föräldrar har kortast respektive längst utbildning (kvot) ökade något under perioden, främst bland pojkar, samtidigt som den absoluta (differensen) är oförändrad. Det är 3,4 gånger så vanligt att inte ta examen bland elever vars föräldrar har kortast utbildning (59 %) än bland dem vars föräldrar har längst utbildning (17 %) 2025.

Även i relation till hushållets inkomst ökar den relativa ojämlikheten 2015–2025 och mer än 4 gånger så många från den lägsta inkomstkventilen saknar gymnasieexamen jämfört med elever i hushåll från den högsta inkomstkventilen (45 respektive 11 %). Den absoluta ojämlikheten (differens) minskar mellan grupperna och var 2025 34 procentenheter.

När hänsyn tas även till elever vars föräldrar har medellång utbildning respektive alla inkomstkventiler kvarstår skillnaderna för utbildningsnivå men ökar både relativt och absolut sett (PAF och PIN) för inkomst. Andelen som skulle ta en gymnasieexamen av dem som saknar det, om andelen var lika liten i alla grupper som bland dem vars föräldrar har längst utbildning är cirka 30 procent (PAF), vilket motsvarar runt 8 500–9 000 elever (PIN). Samtidigt ökar andelen utifrån inkomst från 45 till nästan 60 procent, vilket motsvarar en ökning från cirka 15 500 elever till drygt 16 900 elever.

Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Beräkningar har inte kunnat göras för indikatorerna i detta målområde på grund av datans karaktär och förändringar i hur arbetsmiljön följs upp av Arbetsmiljöverket.

Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

Ekonomisk standard

Den ekonomiska standarden (hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet) steg med i snitt 11 procent i Sverige 2012–2023, mätt i fasta priser, trots en nedgång de sista två åren. Även om den ekonomiska standarden stiger totalt under perioden, varierar det stort mellan olika utbildningsgrupper.

Den ekonomiska standarden är högre i gruppen med längst utbildning jämfört med den med kortast. Skillnaden mellan grupperna ökar absolut sett (differens) från 113 000 kronor 2012 till 128 000 kronor 2023. Relativt sett (kvot) är ojämlikheten oförändrad.

Ojämlikheten sammantaget för alla grupper i befolkningen (PAF och PIN) går inte att mäta med samma mått för ekonomisk standard som för övriga indikatorer, eftersom ekonomisk standard visar som medianvärden för olika grupper.

Varaktigt låg ekonomisk standard (relativ)

Varaktigt låg ekonomisk standard innebär att ha haft en disponibel inkomst som understiger 60 procent av medianvärdet för riket under det senaste året samt minst två av de tre föregående åren, med hänsyn taget till hushållets storlek och sammansättning. År 2023 levde ungefär 11 procent av alla barn och unga (0–24 år) och 7 procent av alla vuxna (25 år och äldre) i Sverige med varaktigt låg ekonomisk standard.

Bland barn och unga vars föräldrar har kortast utbildning var det 8 gånger vanligare med varaktigt låg ekonomisk standard än bland dem vars föräldrar har

längst utbildning (kvot). Motsvarande siffra för vuxna var drygt 4, 2023. Den absoluta skillnaden (differens) var 45 respektive 15 procentenheter. Under perioden 2014–2023 ökar andelen med varaktigt låg ekonomisk standard, i alla utbildningsgrupper, såväl bland barn och unga som bland vuxna. Både den absoluta (differens) och den relativa (kvot) ojämlikheten ökar mellan grupperna med längst och kortast utbildning, bland vuxna och bland barn och unga. När hänsyn tas även till gruppen med mellanlång utbildning ökar den absoluta ojämlikheten (PIN) för barn och unga samt vuxna, medan den relativa ojämlikheten (PAF) ökar bland barn och unga men är oförändrad bland vuxna. År 2023 skulle 66 av alla barn och unga och 45 procent av alla vuxna som lever med varaktigt låg ekonomisk standard inte göra det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning (egen eller förälders) (PAF). Det motsvarar 174 000 barn och unga respektive 235 000 vuxna.

Varaktigt låg inkomststandard (absolut)

Varaktigt låg inkomststandard är ett absolut mått som beskriver en ekonomisk situation där inkomsterna det senaste året och minst två av de tre föregående åren inte har räckt till de nödvändigaste utgifterna. År 2023 levde 2,7 procent av alla barn och unga (0–24 år) och 1,5 procent av vuxna (25 år och äldre) i Sverige med varaktigt låg inkomststandard, vilket motsvarar ungefär 64 000 barn och unga och 103 000 vuxna. Under perioden 2014–2023 minskar andelen med varaktigt låg inkomststandard i samtliga grupper oavsett utbildningsnivå, både bland barn och unga och bland vuxna, men minskningen har avstannat de senaste åren.

Störst andel med varaktigt låg inkomststandard bland vuxna finns bland personer med kortast utbildning, särskilt kvinnor. Även bland barn och unga är varaktigt låg inkomststandard vanligast bland dem vars föräldrar har kortast utbildning. Det är mer än 10 gånger så vanligt med varaktigt låg inkomststandard i gruppen vars föräldrar har kortast utbildning att ha en sådan situation än i gruppen vars föräldrar har högst (kvot). Den absoluta skillnaden (differens) är drygt 15 procentenheter. Motsvarande siffror för vuxna är 3,7 gånger och 3,1 procentenheter. Den absoluta ojämlikheten mellan utbildningsgrupperna med längst och kortast utbildning (differens) minskar under perioden medan den relativa (kvot) ökar bland vuxna och är oförändrad bland barn och unga.

När hänsyn tas även till gruppen med mellanlång utbildning ökar den överskjutande andelen (PAF) med varaktigt låg inkomststandard bland såväl barn och unga som vuxna. Det överskjutande antalet (PIN) är oförändrat. Andelen av alla dem med varaktigt låg inkomststandard 2023 som inte skulle ha det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning är 67 procent bland barn och unga och 29 procent bland vuxna. Motsvarande antal är 42 800 barn och unga och 30 000 vuxna.

Målområde 5 – Boende och närmiljö

Avstått från att gå ut på grund av rädsla

År 2024 uppgav 39 procent av kvinnorna och 13 procent av männen, i åldrarna 25–84 år, att de ibland eller ofta har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, och andelen ökar under perioden 2010–2024.

Det var något vanligare (1, 3 gånger, motsvarande 8 procentenheter fler) i gruppen med kortast utbildning respektive i hushåll med lägst inkomst att ha avstått från att gå ut på grund av rädsla än bland dem med längst utbildning respektive i hushåll med högst inkomst, 2024. Ingen förändring av ojämlikheten mellan grupperna ses inte över tid, varken absolut eller relativt sett (differens, kvot).

Inte heller när hänsyn tas till alla grupper i befolkningen ses någon tydlig förändring av den relativa ojämlikheten (PAF) över tid. Den överskjutande andelen varierar mellan 10–16 procent mellan åren. Andelen av alla som avstått från att gå ut på grund av rädsla som inte skulle göra det om andelen som avstår var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst var 16 respektive 13 procent.

Störd sömn på grund av trafikbuller

År 2024 uppgav 4,4 procent av befolkningen 25–84 år att de hade svårt att somna eller blev väckta av trafikbuller i närheten av bostaden. Andelen med störd sömn på grund av buller ändras inte tydligt under perioden 2018–2024.

Det är runt 3 gånger så vanligt med störd sömn på grund av buller bland personer med kortast utbildning och i hushåll med lägst inkomst än bland personer med längst utbildning och i hushåll med högst inkomst (kvot). Den absoluta skillnaden (differens) är runt 6 procentenheter både för utbildning och inkomst. Ingen förändring varken av den absoluta eller den relativa ojämlikheten mellan grupperna (differens, kvot) ses över tid.

Cirka en tredjedel (33 respektive 34 %) av alla som har störd sömn på grund av trafikbuller skulle inte ha det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning eller högst inkomst (PAF). Andelen förändrades inte nämnvärt under perioden.

Målområde 6 – Levnadsvanor

Rökning, tobak daglig

Andelen som röker tobak dagligen har sjunkit generellt i befolkningen 25–84 år, från 12 till 5 procent under perioden 2010–2024.

Det är vanligare att röka i gruppen med kortast utbildning än i gruppen med längst utbildning och i gruppen med lägst inkomst jämfört med dem med högst inkomst. Andelen som röker minskar tydligt i alla utbildningsgrupper. I gruppen med kortast

utbildning minskar till exempel andelen från 20 till 12 procent. Det har lett till att även den absoluta skillnaden mellan gruppen med kortast och gruppen med längst utbildning (differens) minskar, från 12 till 8,5 procentenheter. Den relativa skillnaden mellan grupperna (kvot) ökar samtidigt och 2024 var det cirka 4 gånger vanligare att röka bland dem med kortast utbildning än bland dem med längst.

Ett liknande, men inte statistiskt säkerställt, mönster ses för inkomst de år som gick att följa (2016–2024). År 2024 var det nästan 4 gånger så vanligt att röka tobak dagligen i gruppen med lägst inkomst än i den med högst (kvot), vilket motsvarar 7,5 procentenheter (differens)

Med hänsyn tagen till alla utbildningsgrupper i befolkningen ökar den relativa ojämlikheten (PAF) något över tid, främst bland kvinnor. Cirka 50 procent av alla (kvinnor och män sammantaget) som röker skulle inte göra det om lika få rökte i alla grupper som i gruppen med längst utbildning 2024. Motsvarande siffra för inkomst är drygt 40 procent. Ingen förändring över tid ses för PAF för inkomst.

Alkohol, riskkonsumtion

Riskkonsumtion av alkohol visar andelen personer som uppger en konsumtion av alkohol som medför en tydligt förhöjd risk för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. Under perioden 2010–2024 ökar riskkonsumtion av alkohol något bland kvinnor men är oförändrad bland män, i åldrarna 25–84 år. År 2024 uppgav 15 procent av befolkningen en riskkonsumtion av alkohol.

Ingen tydlig skillnad ses mellan gruppen med längst och kortast utbildning (högst andel med riskkonsumtion finns i gruppen med mellanlång utbildning). För inkomst ses ett motsatt mönster än för de flesta andra indikatorer där riskkonsumtion är vanligare (5,8 procentenheter fler) bland personer i hushåll med högst inkomst jämfört med personer i hushåll med lägst inkomst.

Andelen med riskkonsumtion av alkohol förändras inte nämnvärt i någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna, med undantag för en svag ökning i gruppen med högst utbildning 2010–2024. Ingen tydlig förändring ses över tid av skillnaden mellan grupperna med kortast utbildning respektive lägst inkomst jämfört med dem med längst utbildning respektive högst inkomst (differens, kvot).

Inte heller för relativ ojämlikhet med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen (PAF) ses en tydlig trend över tid, även om siffrorna skiljer sig åt en del från år till år. Den överskjutande andelen, det vill säga andelen av alla dem med riskkonsumtion av alkohol som inte skulle ha det om alla grupper hade lika låg andel med riskkonsumtion som gruppen med lägst inkomst låg mellan 20–30 procent under perioden.

Fysisk aktivitet

År 2024 uppgav 33 procent i befolkningen 25–84 år att de inte uppnådde en tillräcklig fysisk aktivitet, det vill säga i genomsnitt minst 150 minuter pulshöjande

aktivitet i veckan. Andelen personer som uppger en otillräcklig fysisk aktivitet minskar under perioden 2016–2022, men ökade igen 2024.

Jämförelsevis stora andelar med otillräcklig fysisk aktivitet finns i gruppen med kortast utbildning (50 %) och bland personer i hushåll med lägst inkomst (47 %) jämfört med gruppen med längst utbildning (26 %) och bland personer i hushåll med högst inkomst (24 %). Ingen förändring av ojämlikhet mellan grupperna ses över tid, varken absolut eller relativt sett (differens, kvot) för kvinnor och män sammantaget. En viss ökning kan ses för män i relation till utbildning.

När hänsyn tas till alla grupper i befolkningen ses inte heller någon tydlig förändring av den relativa ojämlikheten (PAF) över tid. Om andelen som uppger tillräcklig fysisk aktivitet var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning skulle 25 procent av dem med otillräcklig fysisk aktivitet uppnå tillräcklig nivå. Motsvarande siffra för inkomstgrupperna är drygt 30 procent.

Grönsaker och rotfrukter

Andelen som äter grönsaker eller rotfrukter mindre än två gånger per dag är oförändrad i befolkningen 25–84 år, under perioden 2010–2024 och var 67 procent 2024.

Det är något fler i gruppen med kortast utbildning och i hushåll med lägst inkomst (77 respektive 70 %) än i gruppen med längst utbildning och i hushåll med högst inkomst (60 respektive 63 %), som inte äter tillräckligt med grönsaker och rotfrukter. Ingen förändring av skillnader mellan grupperna ses över tid, varken mätt som absolut eller relativ ojämlikhet (differens, kvot).

Inte heller när hänsyn tas till alla grupper i befolkningen ses en förändring av den relativa ojämlikheten (PAF) över tid. Andelen av dem som inte äter tillräckligt med grönsaker och rotfrukter som skulle göra det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning är runt 10 procent. Motsvarande siffra för inkomst är 6 procent.

Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

Låg tillit till andra

Andelen personer 25–84 år som 2024 uppgav att de *inte* tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor var 26 procent. Andelen ökar något under perioden 2010–2024.

Det är 2,4 gånger så stor andel i gruppen med kortast utbildning än i gruppen med längst utbildning (kvot) som uppger låg tillit, vilket motsvarar 27 procentenheter (differens), 2024. Motsvarande siffror för inkomst är 1,9 gånger och 20 procentenheter. Den absoluta ojämlikheten mellan dem med längst och kortast utbildning (differensen) ökar något medan den relativa (kvot) är oförändrad. Ingen förändring av ojämlikheten mellan dem med högst och lägst inkomst ses, varken absolut och relativt sett.

När hänsyn tas även till dem med mellanlång utbildning respektive alla inkomstkventiler ses ingen förändring av den överskjutande andelen (PAF) med låg tillit. Runt 30 procent av alla som uppger att de inte litar på folk i allmänhet skulle göra det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning respektive med högst inkomst.

Utsatt för kränkande behandling eller bemötande

År 2024 uppgav 18 procent av befolkningen, 25–84 år, att de under de senaste tre månaderna har blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta (ca 7 % utifrån någon av diskrimineringsgrunderna). Andelen är oförändrad 2010–2024 och varierar mellan 17 och 21 procent.

Ingen ojämlikhet ses för att ha varit utsatt för kränkande behandling eller bemötande mellan utbildningsgrupperna. Vad gäller inkomst uppger personer i hushåll med lägst inkomst oftare kränkande behandling eller bemötande (23 %) än dem i hushåll med högst inkomster (14 %). Det ses ingen förändring av varken den absoluta (differens) eller den relativa (kvot) ojämlikheten över tid.

Inte heller när hänsyn tas till gruppen med mellanlång utbildning ses någon ojämlikheten (PAF). För inkomst ses ingen förändring av den relativa ojämlikheten över tid när hänsyn tas till alla inkomstkventiler. Cirka 20 procent av de som upplevt kränkande behandling eller bemötande skulle inte behöva ha gjort det om andelen var lika låg i alla grupper som i den med högst inkomst.

Utsatt för våld eller hot om våld

Sammanlagt uppgav 4,4 procent i befolkningen, 25–84 år, 2024 att de har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste tolv månaderna. Det ses ingen tydlig förändring under perioden 2010–2024.

Det finns inga nämnvärda skillnader i andel som uppger att de har utsatts för våld eller hot om våld mellan dem med längst och dem med kortast utbildning. Ingen förändring ses, varken för den absoluta (differens) och den relativa (kvot) jämlikheten, under perioden.

Andelen som uppger att de har utsatts för våld eller hot om våld är 2 gånger så stor bland personer i hushåll med lägst inkomst än i hushåll med högst (kvot), vilket motsvarar en absolut skillnad (differens) på nästan 4 procentenheter. Ingen tydlig förändring sker över tid mellan grupperna, varken för absolut (differens) eller relativ (kvot) ojämlikhet.

Inte heller någon förändring av den överskjutande andelen personer (PAF) som utsatts för våld eller hot om våld ses över tid, varken i relation till utbildning eller inkomst. Andelen av alla som utsatts för våld eller hot om våld som inte skulle det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med högst inkomst varierade mellan 6 och 22 procent under perioden och var 14 procent 2024.

Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Avstått läkarvård trots behov

Av befolkningen 25 år och äldre var det 5,3 procent 2024 som uppgav att de avstått från läkarvård de senaste 12 månaderna, trots behov. Under perioden 2017–2024 ses inga stora förändringar över tid i andelen som avstått läkarvård.

I början av perioden är andelen som avstått läkarvård trots behov något fler bland dem med kortast utbildning än med längst, men det återstår inga tydliga skillnader mellan dem med kortast och längst utbildning 2024. Den relativa ojämlikheten mellan grupperna (kvot) minskar under perioden. Ingen nämnvärd förändring ses för den absoluta (differens) jämlikheten under perioden.

Andelen som avstått läkarvård trots behov är genomgående större bland personer i den lägsta inkomstgruppen jämfört med den högsta, och 2024 var det cirka 1,6 gånger så vanligt att ha avstått läkarvård i gruppen med lägst inkomst. Den absoluta skillnaden (differens) var cirka 3 procentenheter. Ingen tydlig förändring sker över tid mellan grupperna, varken för absolut (differens) eller relativ (kvot) ojämlikhet.

När hänsyn tas till gruppen med mellanlång utbildning minskar den relativa ojämlikheten (PAF) bland kvinnor, men inte bland män. Ingen ojämlikhet kvarstår 2024. Ingen tydlig förändring ses i överskjutande andel som avstått läkarvård trots behov i relation till inkomst. Andelen av alla som avstått läkarvård trots behov som inte skulle det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med högst inkomst varierar mellan 17 och 38 procent och var 22 procent 2024.

Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov

År 2024 uppgav 12 procent av befolkningen, 25–84 år, att de har avstått från tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov. Ingen tydlig förändring sker i andelen som uppger att de har avstått från tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov under perioden 2010–2024.

Andelen var 2,5 gånger så stor i gruppen med kortast utbildning än i gruppen med längst och drygt 4 gånger så stor i gruppen med lägst inkomst än i gruppen med högst kvot) 2024. Den absoluta skillnaden (differens) var 12 respektive 19 procentenheter. Ingen förändring av ojämlikhet ses mellan utbildnings- och inkomstgrupperna, varken absolut (differens) eller relativt (kvot) sett.

Inte heller när hänsyn tas till dem med mellanlång utbildning och alla inkomstkventiler ses någon förändring av den relativa ojämlikheten (PAF). Över 30 procent av alla som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov skulle inte det om andelen var lika liten i alla grupper som i gruppen med längst utbildning. Motsvarande överskjutande andel i relation till inkomst är drygt 50 procent.

Hälsa

Självskattad hälsa

Över 70 procent av de tillfrågade, i åldrarna 25–84 år, 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 nästan 3 gånger så vanligt i gruppen med kortast utbildning jämfört med den med längst och nästan 5 gånger så vanligt bland dem i gruppen med lägst inkomst jämfört med dem med högst (kvot). Den absoluta skillnaden (differens) är 8 respektive 12 procentenheter. Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupperna (differens, kvot) sker över tid.

Inte heller för relativ ojämlikhet med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen (PAF) ses en tydlig förändring över tid, även om siffrorna skiljer 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 gruppen med bäst hälsa (längst utbildning respektive högst inkomst) varierar mellan 25 och 52 procent och är generellt sett högre för inkomst än utbildning. År 2024 var andelen 29 procent för utbildning och 52 för inkomst.

Medellivslängd

Medellivslängden ökar generellt sett i befolkningen under uppföljningsperioden 2012–2024, med undantag för covid-19-pandemins första år 2020 och några år utan ökning för kvinnor 2014–2017. År 2024 var den återstående medellivslängden vid 30 års ålder 55,7 år för kvinnor och 52,9 för män. Det kan också uttryckas som en medelålder vid döden på 85,7 respektive 82,9 år (givet en överlevnad till 30 års ålder).

Sett över perioden 2012–2024 ökar den återstående medellivslängden vid 30 års ålder bland personer födda i Sverige med 1,7 år för kvinnor och 2,1 år för män. Medellivslängden ökar i alla utbildningsgrupper och alla inkomstkventiler. Ökningen bland kvinnor i gruppen med kortast utbildning är dock marginell (0,1 år).

Ojämlikheten i medellivslängd mellan utbildningsgrupper ökar under perioden 2012–2024, både mätt som absoluta och relativa skillnader (differens, kvot), även om de relativa skillnaderna ökar marginellt. I antal år ökar skillnaden bland män från 5,0 till 6,3 år. Motsvarande siffror för kvinnor är från 5,2 till 6,6 år. Relativt sett har personer i gruppen med längst utbildning drygt 10 procent fler återstående levnadsår vid 30 års ålder än i gruppen med kortast utbildning, 2024.

Även den absoluta skillnaden mellan dem i lägsta och högsta inkomstkventilen (differens) ökar, medan den relativa skillnaden (kvot) ökar marginellt. Skillnaden i medellivslängd mellan gruppen med högst och lägst inkomst är genomgående större bland män än bland kvinnor och var 2023 (senaste året med tillgängliga data) 8,9 år bland män och 6,1 år bland kvinnor.

Ojämlighet sammantaget för alla grupper i befolkningen (PAF och PIN) går inte att mäta med samma mått för medellivslängd som för övriga indikatorer, eftersom medellivslängd är ett medelvärde för olika grupper.

Förtida död

Totalt inträffade 8 680 förtida dödsfall (i åldern 25–64 år) 2024, vilket motsvarar 158 dödsfall per 100 000 personer. Antalet förtida dödsfall minskar med cirka 50 per 100 000, vilket motsvarar totalt 1 921 dödsfall i befolkningen, 2012–2024.

Förtida död är vanligare bland personer i gruppen med kortast utbildning (311/100 000) än bland dem med i gruppen med längst utbildning (98/100 000) och även i gruppen med lägst inkomst (406/100 000) jämfört med den med högst (82/100 000).

Andelen förtida dödsfall minskar i alla utbildningsgrupper 2012–2024, utom bland kvinnor i gruppen med kortast utbildning. De absoluta skillnaderna (differens) kvarstår mellan dem med kortast och längst utbildning (216 dödsfall per 100 000 individer), samtidigt som de relativa skillnaderna (kvot) ökar från 2,5 till drygt 3 gånger fler 2024.

Även i alla inkomstgrupper minskar de förtida dödsfallen 2012–2024. Samtidigt minskar de absoluta skillnaderna mellan gruppen med högst och lägst inkomst (differens), främst bland män, medan de relativa skillnaderna (kvot) ökar från drygt 4 till drygt 5 gånger så många.

Med hänsyn tagen till alla grupper i befolkningen sker ingen säkerställd förändring över tid vad gäller den relativa ojämlikheten (PAF), överskjutande andel dödsfall, mellan utbildningsgrupper, medan en viss ökning sker mellan inkomstgrupper. Den absoluta ojämlikheten (PIN), överskjutande antal dödsfall, minskar mellan utbildningsgrupper och är oförändrad i relation till inkomst. Ungefär 35–50 procent av alla förtida dödsfall skulle kunna undvikas om alla hade lika låg risk för förtida död som de i gruppen med längst utbildning respektive högst inkomst. Antalet dödsfall det motsvarar är 3 029 för utbildning och 4 182 för inkomst 2024.

Referenser

1. Socialdepartementet. God och jämlik hälsa: en utvecklad folkhälsopolitik (Prop:2017/18:249) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
2. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/05ac0429430847dba4e23e1c5e315b65/karnindikatorer-for-uppfoljning-av-det-folkhalsopolitiska-malet.pdf>
3. Folkhälsomyndigheten. Att mäta ojämlikhet i hälsa. Kartläggning, analys och rekommenderade mått [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023 [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: [https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e15dAtt mäta ojämlikhet i hälsa. Kartläggning, analys och rekommenderade mått](https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e15dAtt_mäta_ojamlikhet_i_halsa_Kartlaggning_analys_och_rekommenderade_matt)
4. Marmot M, Wilkinson RG, redaktörer. Social determinants of health. 2 uppl. Oxford: Oxford University Press; 2006. Introduction; p. 1-5.
5. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: delbetänkande (SOU 2016:55) [Internet]. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016 [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
6. 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 4 mars 2026]. Hämtad från: <http://www.who.int/publications/i/item/9789289104267>
7. 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.
8. Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot review [Internet]. London: Institute of Health Equity; 2010 [citerad 2026 mar 27]. Tillgänglig från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources/reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf>
9. 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.
10. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa: slutbetänkande (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
11. World Health Organization, WHO, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Genève: World Health Organization; 2018. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603>
12. Fritzell, J. Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa: underlagsrapport nr 3 till Kommissionen för jämlik hälsa, S 2015:2. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa; 2016. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://docplayer.se/28074227-Fattigdom-inkomst-och-jamlik-halsa.html>
13. Shaw M. Housing and public health. Annu Rev Public Health. 2004;25:397-418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036
14. European Environment Agency. Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthy-lives>

15. World Health Organization, WHO. Noncommunicable diseases: key facts. Genève: World Health Organization; 2025. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
16. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2019. GBD Compare VizHub. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2023. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
17. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: a systematic review of systematic reviews. SSM Popul Health. 2019;8:100425. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100425
18. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Digifysiskt vårdval: tillgänglig primärvård basera på behov och kontinuitet. (SOU 2019:42). Stockholm: Norstedts juridik. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/6e378658462844798630946d5bf12fc3/digifysiskt-vardval--tillganglig-primarvard-baserad-pa-behov-och-kontinuitet.pdf>
19. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 4 mars 2026]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
20. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. Lancet. 2002;359(9302):187-8. doi:10.1016/S0140-6736(02)07466-4

Årets rapport beskriver om ojämlikhet i hälsa ökar eller minskar över tid i Sverige. Arbetet syftar till att följa ojämlikhet på ett mer systematiskt sätt. Den mer nyanserade bild av ojämlikhet som presenteras i den här rapporten utgör ett viktigt underlag för att kunna komplettera breda insatser för att förbättra folkhälsan med att sätta särskilt fokus på de grupper som har sämre hälsa och där insatser ger störst effekt.

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