



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsan i Sverige

Årsrapport 2025



Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-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, 2025.

Artikelnummer: 25037

Foto omslag: Johnér.

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 huruvida Sverige närmar sig det övergripande folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

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.

Redovisningen belyser olika förutsättningar för en god hälsa genom det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden och ger en översikt av hälsoläget i befolkningen utifrån olika hälsoutfall. Rapporten beaktar även hur hälsan och dess förutsättningar är fördelade mellan olika grupper i samhället och hur de förändras över tid.

Årsrapporten kompletteras med en publikation per målområde samt en för hälsa på Folkhälsomyndighetens webbplats.

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

Folkhälsomyndigheten

Olivia Wigzell,

Generaldirektör

Innehåll

Om publikationen	3
Innehåll.....	4
Ordlista	6
Sammanfattning.....	8
Summary.....	10
Inledning	12
Uppföljningen utgår från det övergripande folkhälsopolitiska målet	12
Rapportens disposition.....	13
Hälsa och förutsättningar för hälsa.....	14
Förutsättningar för hälsa – hälsans bestämningsfaktorer	14
Vad är ojämlikhet i hälsa?	15
Demografiska förändringar och folkhälsa	17
Påverkbara hälsoklyftor.....	18
Förutsättningar för hälsa enligt folkhälsopolitikens åtta målområden	19
Datakällor	19
Målområde 1 – Det tidiga livets villkor	20
Målområde 2 – Kunskaper, kompetenser och utbildning	21
Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.....	22
Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter	23
Målområde 5 – Boende och närmiljö	25
Målområde 6 – Levnadsvanor	26
Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet.....	29
Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	32
Hälsa.....	35
Datakällor	35
Medellivslängd	36
Förtida dödlighet	37
De vanligaste dödsorsakerna	38
Självskattad hälsa.....	38

Psykisk ohälsa och suicid.....	39
Läkemedels- och narkotikaförgiftningar	41
Våldsrelaterade skador.....	41
Övervikt och obesitas.....	42
Diabetes – typ 2.....	43
Smittsamma sjukdomar.....	44
Diskussion	48
Dödligheten sjunker och vissa förutsättningar förbättras	48
Vissa former av hälsa och förutsättningar på oroande nivå	48
Fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper.....	48
Vägen framåt.....	49
Referenser.....	51

Ordlista

Absoluta skillnader	Differensen mellan andelar (t.ex. prevalens eller incidens) eller antal (t.ex. återstående levnadsår) i en grupp jämfört med en annan, t.ex. hur stor andel som är sjuka bland personer med lägst inkomst jämfört med högst inkomst. Benämns ibland som absolut ojämlikhet.
Ekonomisk standard	Ekonomisk standard definieras som en summa av hushållsmedlemmarnas samlade disponibla inkomster inklusive transfereringar och kapitalinkomster och med hänsyn tagen till hushållets storlek och sammansättning. Måttet möjliggör jämförelser av ekonomiskt utrymme mellan individer som lever i olika typer av hushåll.
Indikator	Ett statistiskt mått, som ska ge information om och mäta (indikera) faktiska nivåer eller förändringar. Ett av kriterierna för en indikator är att den har en uttalad riktning, d.v.s. att höga värden alternativt låga värden är uttryck för något bra eller dåligt.
Inkomstkvintiler	Baserat på position i inkomstfördelningen skapas ett antal grupper med samma antal individer i varje grupp. Indelningen kan göras i några enstaka grupper ända upp till hundra. I denna rapport har vi gjort en indelning i fem lika stora grupper, kvintiler, utifrån hushållsinkomst.
Kärnindikator	Ett mått som valts ut för att den är av särskilt intresse för uppföljning, t.ex. förtida dödlighet.
Målområde	Det folkhälsopolitiska ramverket består av åtta målområden som har stor betydelse för en god och jämlik hälsa samt visar inriktningen för det arbete som främjar en god och jämlik hälsa.
Redovisningsgrupp	De grupper som används i redovisningarna, t.ex. kön, ålder eller utbildningsnivå. Kallas ibland för redovisningsgrund eller indelningsgrund.

Referensgrupp	Den grupp som man jämför övriga grupper mot. Oftast den med bäst hälsa eller mest fördelaktiga förutsättningar.
Relativa skillnader	Kvoten av andel eller antal i en grupp delat med motsvarande värde i en annan. Anger hur många gånger större t.ex. förekomsten av en sjukdom är i en grupp jämfört med en annan grupp. Det ger en bild av ojämlikheten mellan grupper utan hänsyn till det totala (absoluta) antalet. Den relativa ojämlikheten kan vara hög även när det absoluta antalet och den absoluta ojämlikheten är låg, och tvärtom. Benämns ibland som relativ ojämlikhet.
Social gradient	Den sociala gradienten i hälsa innebär att varje steg i den sociala hierarkin, vare sig det handlar om utbildningsnivå, inkomst eller yrke, innebär en förändring i förekomst av hälsa på gruppnivå.
Socioekonomisk position	Social position handlar om vilken ställning människor har i olika sammanhang i samhället. När social position baseras på utbildning, yrke eller inkomst kallas det för socioekonomisk position.
Trend	Utveckling (över tid).
Varaktigt låg ekonomisk standard	Varaktigt låg ekonomisk standard definieras som att hushållets ekonomiska standard, det senaste uppmätta året och minst två av de tre föregående åren, varit lägre än 60 procent av medianvärdet för riket. Det mäter således andelen personer som har låg inkomst relativt andra, inte fattigdom mätt i en absolut summa.
Varaktigt låg inkomststandard	Låg inkomststandard är ett absolut mått på inkomstfattigdom och innebär att familjens disponibla inkomst inte räcker till de nödvändiga utgifterna (den så kallade baskonsumtionen), där exempelvis mat, boende, hemförsäkring och barnomsorg ingår. Varaktigt låg inkomststandard innebär att inkomsterna varit lägre än de nödvändiga utgifterna det senaste uppmätta året och minst två av de tre föregående åren.

Sammanfattning

Hälsan i Sverige är generellt god. Medellivslängden fortsätter att öka och de allra flesta skattar sin hälsa som god. Flera av förutsättningarna för hälsa och vissa former av ohälsa visar dock tecken på försämring, något som behöver följas upp över tid. Dessutom återfinns systematiska skillnader i nästan alla hälsoutfall och förutsättningar för hälsa och det är ofta samma grupper i samhället som har sämre förutsättningar för hälsa, mindre hälsosamma levnadsvanor och sämre hälsa.

Dödligheten sjunker och vissa förutsättningar förbättras

Medellivslängden fortsätter att öka

Vi ser fortsatt positiva resultat när det gäller vissa hälsoutfall, framför allt utifrån (minskad) dödlighet. Nästan 70 procent skattar sin hälsa som god och medellivslängden har ökat sedan första året i denna rapportering (2006). Samtidigt har dödligheten i de vanligaste dödsorsakerna fortsatt att minska.

Daglig tobaksrökning sjunker

En del levnadsvanor har under en längre tid haft en positiv utveckling, till exempel har daglig tobaksrökning minskat till drygt fem procent i befolkningen och riskkonsumtion av alkohol har minskat bland män och yngre kvinnor. Även riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödravården minskade bland unga kvinnor.

Vissa former av hälsa och förutsättningar på oroande 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 senare i livet och för en god hälsa under hela livet. Den ekonomiska standarden i Sverige har ökat under många år, men sjönk något i slutet av perioden. År 2022 levde fler än 100 000 vuxna och 70 000 barn och unga i hushåll där inkomsterna under flera år inte räckt till det nödvändigaste. Varje år går nästan 20 000 barn ut grundskolan utan behörighet till gymnasiet.

Hälften av alla unga kvinnor har avstått från att gå ut ensam

Trots att Sverige i internationellt perspektiv har hög tillit, uppgav cirka 25–30 procent lågt förtroende för samhällets institutioner och andra människor 2024, och fler än hälften av kvinnorna 16–29 år har avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla. Cirka fem procent i befolkningen utsattes för våld eller hot om våld.

Drygt var tionde person uppgav allvarlig psykisk påfrestning

Vad gäller självrapporterad hälsa har stress och lätta besvär av ångslan, oro och ångest ökat sedan 2006. Det finns även tecken på att allvarlig psykisk påfrestning ökar och att självskattad allmän hälsa försämrats det senaste året. År 2024 uppgav 11 procent i befolkningen allvarlig psykisk påfrestning och bland unga kvinnor var andelen drygt 20 procent.

Fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper

Systematiska skillnader återfinns i nästan alla hälsoutfall och förutsättningar för hälsa. 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.

Fler än hälften av barnen med lägst socioekonomi tar inte gymnasieexamen

Personer med låg socioekonomisk position lever oftare än andra i ekonomisk utsatthet. Långtidsarbetslösheten har också ökat markant sedan 2019 i dessa grupper, vilket innebär ytterligare risk för ekonomisk utsatthet. Det är mer än tio gånger vanligare bland barn vars föräldrar har kort utbildning än bland dem vars föräldrar har längst utbildning att leva i hushåll där inkomsterna under flera år inte räcker till det nödvändigaste. Andelen barn som tar gymnasieexamen är också betydligt mindre bland barn vars föräldrar har den kortaste utbildningen. Cirka 60 procent av barnen i denna grupp tar inte gymnasieexamen.

Flera andra viktiga förutsättningar för en god hälsa skiljer sig åt mellan grupper. Det gäller bland annat tillit till såväl samhällets institutioner som till andra människor, att ha varit utsatt för våld eller hot om våld, att avstå från att gå ut ensam på grund av rädsla, tandvård, daglig tobaksrökning och fysisk aktivitet, där de med lägre socioekonomisk position genomgående har mer ogynnsamma förutsättningar.

Medellivslängden sjunker bland svenskfödda kvinnor med kortast utbildning

Personer med låg socioekonomisk position dör oftare före 65 års ålder, vilket också avspeglas i en kortare medellivslängd. Detta är särskilt tydligt bland svenskfödda kvinnor utan gymnasieutbildning där medellivslängden har sjunkit under perioden. Även andra hälsoutfall som diabetes, att avlida av sjukdomar i cirkulationsorganen, cancer, covid-19, influensa och suicid, liksom dålig självskattad hälsa och allvarlig psykisk påfrestning är vanligare bland dem med lägre socioekonomisk position.

Vägen framåt

För att uppnå det övergripande folkhälsopolitiska målet behöver hälsan och dess förutsättningar förbättras i de grupper som har sämre hälsa, både för att minska hälsoklyftorna och för att det är i dessa grupper de största hälsovinster går att göra för såväl individ som samhälle. En god och jämlik hälsa i befolkningen är avgörande för ett robust samhälle med god motståndskraft mot samhällsliga kriser.

För att åstadkomma en förbättrad och mer jämlik hälsa krävs ett långsiktigt arbete med ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla politikområden, på såväl nationell som regional och kommunal nivå. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, och med särskilt fokus på att nå de grupper som idag har sämre hälsa.

Summary

Public health in Sweden is generally good. Life expectancy continues to increase and the vast majority of people perceive their health as good. However, several of the determinants of health and certain forms of ill-health show signs of deterioration. In addition, there are systematic socioeconomic differences in nearly all health outcomes and determinants of health, with the same groups consistently facing unfavourable health determinants, unhealthier behaviours and poorer health.

Mortality is declining and some determinants are improving

Life expectancy continues to increase

We see positive results with regard to certain health outcomes, especially in terms of (reduced) mortality. Nearly 70 percent of the population perceive their health as good and life expectancy has increased since the first year of follow-up (2006). At the same time, mortality from the most common causes of death has declined.

Daily tobacco smoking is decreasing

Some health behaviours have shown positive trends over time, for example, tobacco smoking has decreased to just over five percent in the population, and hazardous alcohol consumption has declined among men and younger women. Hazardous alcohol consumption at enrolment in maternity care also decreased among young women.

Some forms of health and determinants at 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 for good health throughout life. The economic standard has improved for many years, but fell slightly towards the end of the period. In 2022, over 100,000 adults and 70,000 children and young people experience prolonged periods of inadequate family income that fails to cover essential expenses. Each year, almost 20,000 children leave primary school without eligibility for upper secondary school.

Half of all young women have refrained from going out alone

Although Sweden shows high levels of trust in international comparison, 25–30 percent reported low confidence in institutions and interpersonal trust, and more than half of women aged 16–29 have refrained from going out alone due to fear. Five percent of the population reported exposure to violence or threats of violence.

Just over one in ten report severe psychological distress

In terms of self-reported health, stress and mild symptoms of anxiety, worry and distress have increased since 2006. There are also signs that severe psychological distress is increasing and that self-rated general health has decreased in recent years. In 2024, 11 percent of the population reported severe psychological distress and among young women the proportion was over 20 percent.

Remaining 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.

More than half of children with low socioeconomic status do not graduate from upper secondary school

People with a low socioeconomic status are more likely to experience financial vulnerability than other groups. Long-term unemployment has also increased significantly since 2019 in these groups, which means additional risk of financial vulnerability. It is ten times more common among children with parents having only compulsory education to experience prolonged periods of inadequate family income that fails to cover essential expenses. The proportion who graduates from upper secondary school is also significantly lower among children whose parents have the shortest education. Around 60 percent of children in this group do not graduate from upper secondary school.

Other important determinants of health also reveal clear differences between groups, including confidence in institutions and interpersonal trust, exposure to violence or threats of violence, refraining from going out alone due to fear, tobacco smoking, physical activity and dental care, where those with a lower socioeconomic status consistently face more unfavourable conditions.

Decreasing life expectancy among Swedish-born women with short education

People with low socioeconomic status are more likely to die before the age of 65, which is reflected in a shorter life expectancy. This is particularly evident among Swedish-born women without upper secondary education, where life expectancy has fallen over the period. Diabetes and deaths from cardiovascular diseases, cancer, COVID-19, influenza and suicide, as well as poor self-rated health and severe psychological distress, are also more common among those with lower socioeconomic status.

The way forward

To achieve the overall public health policy goal, health and its determinants must be improved among groups with poorer health. This is essential both to reduce the health gap and because it is within these groups that the greatest health gains can be made, both for the individual and society. Good and equal health in the population is critical for ensuring a robust society with strong resilience to crises.

To achieve improved and more equal health, long-term work is required with an increased focus on health promotion and disease prevention in all policy areas, at national as well as regional and municipal levels. While public health initiatives should be broadly targeted, it is crucial that they are carried out with increased intensity in groups with the greatest health needs.

Inledning

Folkhälsomyndighetens ansvarar för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa och de områden som utgör förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Syftet med denna rapport är att ge en samlad bild av folkhälsoläget i Sverige. Rapporten ger en översikt av befolkningens hälsa och belyser olika förutsättningar för en god hälsa, samt beakta om hälsan och förutsättningar för hälsa är jämlikt fördelade mellan olika grupper i samhället och hur detta förändras över tid.

Uppföljningen utgår från det övergripande folkhälsopolitiska målet

Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken, som antogs 2018 av en enig riksdag, är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Folkhälsopolitiken omfattar åtta målområden som bedömts som särskilt viktiga för att nå en god och jämlik hälsa [1] och som speglar förutsättningar för en god hälsa.

Folkhälsomyndighetens övergripande uppföljning utgår från det folkhälsopolitiska ramverket. För att samlat kunna bedöma utvecklingen av förutsättningarna för en god och jämlik hälsa följs ett antal kärnindikatorer [2], utifrån de åtta målområdena. När rapporten publiceras finns data tillgängliga för 24 av de 30 kärnindikatorerna.

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

För att kunna rapportera övergripande kring folkhälsoläget och förändringar i detta följs även ett antal kärnindikatorer för hälsa [3], där både fysiska och psykiska aspekter av hälsa ingår. Som komplement redovisas även ett antal mer specifika hälsoutfall där utvecklingen eller ojämlikheten är särskilt viktig att belysa.

Årsrapporten kompletteras med en publikation med resultat per målområde samt en för hälsa som publiceras på Folkhälsomyndighetens webbplats [4]. Där finns mer detaljerad statistik, uppdelad efter kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och inkomst. Detta utgör tillsammans myndighetens övergripande folkhälsorapportering. Dessutom finns ett faktablad per målområde som innehåller

övergripande beskrivningar av såväl fokusområden som kärnindikatorer och deras vetenskapliga grund [5]. Även resultat per kommun och län publiceras på Folkhälsomyndighetens webbplats [6]. Utöver denna övergripande uppföljning följer Folkhälsomyndigheten flera sakområden mer detaljerat.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av vad förutsättningar för hälsa och ojämlikhet i hälsa innebär. Därefter följer en översikt av utvecklingen inom folkhälsopolitikens åtta målområden, det vill säga de områden som speglar centrala förutsättningar för en god och jämlik hälsa. I avsnittet om hälsoutfall redovisas utvecklingen av folkhälsan med hjälp av några övergripande hälsoutfall och ett antal specifika sjukdomar och dödsorsaker. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion av resultaten.

I bilaga 1 finns detaljerade resultat i tabellformat. En utförligare beskrivning av de indikatorer som ingår i rapporten och en metodbeskrivning finns på Folkhälsomyndighetens webbsida.

[Folkhälsan i Sverige: så här jobbar vi med folkhälsorapportering – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)

Hälsa och förutsättningar för hälsa

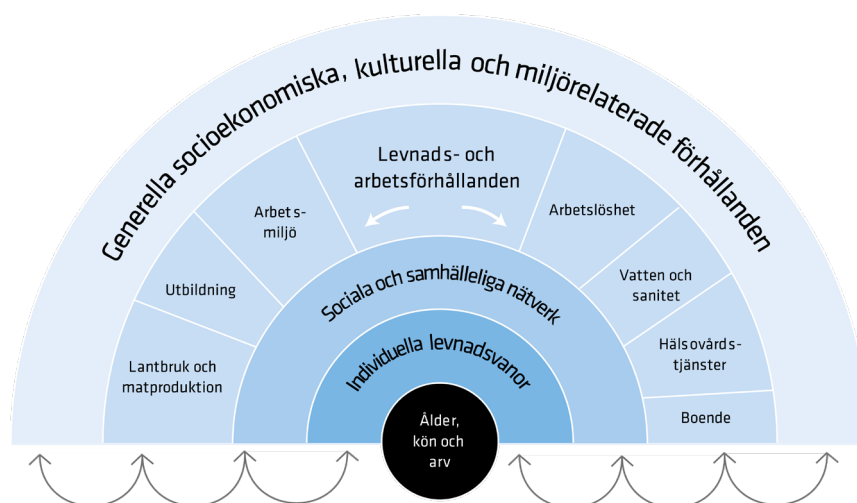
I det här avsnittet ges en kort beskrivning av hälsan och dess förutsättningar, vad ojämlikhet i hälsa är och hur demografiska förändringar hänger ihop med befolkningens hälsa. Eftersom det folkhälsopolitiska målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (d.v.s. till 2048) avslutas avsnittet med en kort diskussion om vad påverkbarhet innebär och hur ojämlikhet i hälsa kan motverkas.

Förutsättningar för hälsa – hälsans bestämningsfaktorer

Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. En god folkhälsa innebär att hälsan både är så god som möjligt och så jämnt fördelad som möjligt mellan olika grupper i samhället [1]. Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och formas genom ett samspel mellan individ och samhälle [7]. 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.

Förutsättningarna för hälsa kan grupperas på olika sätt. Dahlgren och Whitehead [8] har tagit fram en modell som visar på bredden av faktorer som påverkar vår hälsa (figur 1). Den illustrerar hälsans förutsättningar, eller som det benämns i modellen – bestämningsfaktorer, som olika lager, från faktorer som individen själv bär på som ålder, kön och arv, till samhällseliga, strukturella faktorer som socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Det är också vanligt att gruppera förutsättningarna för hälsan i en förenklad version av detta, i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor.

Figur 1. Regnbågsmodellen över hälsans bestämningsfaktorer. Dahlgren & Whitehead 2007/1991 [8].



Det folkhälsopolitiska ramverket delar in förutsättningarna för hälsa i åtta målområden, sju utifrån centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa, och ett åttonde som belyser hälso- och sjukvården (figur 2) [9]. Indelningen i målområdena utgår från ett livslopps-perspektiv och följer därför inte helt de lager som beskrivs i figur 1. De åtta målområdena tydliggör att arbetet mot en god och jämlik hälsa måste inriktas på hälsans förutsättningar och de strukturella faktorer som påverkar hälsan.

Figur 2. Hälsans förutsättningar indelade i åtta målområden utifrån det folkhälsopolitiska ramverket.



Våra levnadsvanor påverkar risken för många av de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsburden i Sverige idag, som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och vissa former av cancer. Livsvillkoren och levnadsförhållandena påverkar möjligheten till hälsosamma levnadsvanor och olika politiska beslut påverkar vidare befolkningens livsvillkor och levnadsförhållanden.

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, som till exempel många smittsamma sjukdomar. Andra sjukdomar har ett långsammare förlopp och det kan gå lång tid från att exponeras för en riskfaktor, som rökning, till att insjukna i till exempel lungcancer. För att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa är det viktigt att, utöver hälsoutfall, följa även förutsättningarna för hälsa eftersom det ger en bild av hur hälsan i befolkningen kan komma att utvecklas över tid.

Vad är ojämlikhet i hälsa?

Ojämlikhet i hälsa uppstår till följd av att grupper med olika social position systematiskt har olika tillgång till goda förutsättningar för hälsa, såsom utbildning, arbete och försörjning [7, 10-11]. Detta påverkar risken för både smittsamma [12] och icke smittsamma sjukdomar [7, 11, 13].

När social position baseras på utbildning, yrke eller inkomst kallas det för socioekonomisk position. Ofta är människors hälsa bättre ju högre socioekonomisk position de har. Detta stegvisa samband kallas för den sociala gradienten i hälsa och innebär att varje steg i den sociala hierarkin i en befolkning, till exempel en högre utbildning eller inkomst, medför förbättrad hälsa [10, 14-15].

Det kan också ansamlas hälsoproblem i vissa grupper i särskilt utsatta situationer, till exempel socialt eller ekonomiskt. Det kan förklaras bland annat av att skillnader i resurser inte bara leder till skillnader i risk för ohälsa mellan olika sociala grupper, utan också till skillnader i mottaglighet och motståndskraft [15]. Att vara utsatt för flera olika belastningar samtidigt gör en person mer sårbar och konsekvenserna av olika hälsorisker kan då bli ännu större. För personer med lägre socioekonomisk position ansamlas oftare flera olika faktorer som kan påverka hälsan negativt – såväl sociala och fysiska livsvillkor som levnadsvanor – vilket gör att effekten av ytterligare en negativ faktor kan bli större.

Det är därför viktigt att belysa den sociala gradienten i hälsa, men utan att tappa fokus på grupper som kan betraktas som särskilt utsatta.

Utöver socioekonomi kan ojämlikhet i hälsa bero på annat som påverkar människors sociala position i samhället, till exempel sådant som kopplar till diskrimineringsgrunderna, men även andra grupper kan vara utsatta eller sårbara. Vad som menas med utsatta eller sårbara grupper är en fråga om sammanhang. En grupp kan vara sårbar i en kontext och inte alls i en annan. I vissa sammanhang kan exempelvis hbtqi-personer, personer med vissa funktionsnedsättningar, migranter, nationella minoriteter, ensamstående föräldrar och personer som står utanför arbetsmarknaden vara sårbara eller utsatta, medan de inte betraktas som det i andra sammanhang. Analyser av ojämlikhet i hälsa studerar ofta hur hälsan fördelar sig utifrån socioekonomisk position, men kan även studera andra grupper i utsatta situationer.

Ojämlikheten i hälsa kan också ses ur ett livslöppsperspektiv [16]. Det innebär att hälsan och ojämlikheten i hälsa är ett resultat av processer som pågår under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv [7]. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till den position man har vid den tidpunkten, men också till den position man har haft som barn och genom livet, och därmed den exponering av olika riskfaktorer för hälsan som det innebär.

Socioekonomisk position kan mätas på olika sätt

Socioekonomisk position kan mätas på olika sätt där utbildning, inkomst och yrkesstatus tillhör de vanligaste måtten [17]. 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. Till skillnad från inkomst påverkas inte utbildningsnivå av till exempel arbetslöshet eller sjukdom efter avklarad utbildning och är därför ett mer stabilt mått [7] på individnivå. Därmed är utbildning ett mått som är mindre känsligt för så kallat omvänt samband, det vill säga att hälsan påverkar den socioekonomiska positionen.

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

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

[Utbildning och inkomst som mått på socioekonomi – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/utbildning-och-inkomst-som-matt-pa-socioekonomi)

Demografiska förändringar och folkhälsa

Hälsan i befolkningen hänger på olika sätt ihop med demografiska processer som nativitet (barnafödande), migration och mortalitet (dödlighet). En central aspekt är befolkningens åldersstruktur, som bland annat beror på faktorer som hur länge vi lever, hur många barn som föds och invandring. Sverige har liksom många andra länder en åldrande befolkning och den åldersgrupp som förväntas öka mest i storlek framöver är den äldsta [18]. Ökad medellivslängd och minskat barnafödande är faktorer som leder till att den genomsnittliga åldern i befolkningen ökar.

Medellivslängden har ökat mer eller mindre linjärt för både kvinnor och män 1970–2019 [19]. Barnafödandet har varierat under samma period [20], men antalet födda barn i relation till antalet kvinnor i barnafödande åldrar (det s.k. summerade fruktsamhetstalet) har varit lägre än vad som behövs för att upprätthålla en stabil befolkningsnivå. År 2023 uppgick det till 1,45 barn per kvinna [21].

Att antalet och andelen äldre i befolkningen ökar får effekter på folkhälsan i stort. Även om det är positivt att vi får möjlighet att leva fler år, finns det mycket som tyder på att antalet friska år inte ökar i samma utsträckning [22]. Vi håller oss friska allt högre upp i åldrarna [24], men fler lever med sjukdom och funktionsnedsättningar, som demens och andra kroniska sjukdomar [22], när det finns många äldre i befolkningen. Psykisk ohälsa är också vanligt bland äldre [23] och risken för svårare och mer komplexa sjukdomstillstånd ökar. Dessutom kan en äldre befolkning innebära en högre sårbarhet vid kriser, både för individen och samhället.

Migration till Sverige bidrar till att motverka en åldrande befolkning eftersom personer som migrerar ofta är relativt unga [25]. Migration kan påverka folkhälsan även på andra sätt. Migranter är en väldigt heterogen grupp. Samtidigt som migranter födda utanför Europa har längre medellivslängd finns en ökad risk för bland annat psykisk ohälsa för vissa grupper av migranter jämfört med personer födda i Sverige [26-27]. Faktorer som uppstår efter migrationen har också betydelse, eftersom utrikes födda generellt har sämre livsvillkor än personer som är födda i Sverige. Till exempel är arbetslösheten högre och den disponibla inkomsten lägre bland utrikes födda [26], vilket på sikt kan bidra till sämre hälsa.

I beskrivningen av ojämlikhet i hälsa behöver vi även ta hänsyn till sociodemografiska förändringar. Till exempel har både andelen av befolkningen i olika utbildningsgrupper och dessa gruppers sammansättning förändrats över tid. Gruppen med förgymnasial utbildning utgör idag cirka 15 procent av befolkningen, jämfört med cirka 40 procent för några decennier sedan, och i gruppen finns en större och ökande andel äldre personer, jämfört med övriga utbildningsgrupper. Samtidigt har andelen i befolkningen som har gymnasieutbildning ökat under perioden. Eftersom ålder påverkar risken för många sjukdomar och flera av förutsättningarna för en god hälsa, påverkar förändringar i utbildningsgruppernas ålderssammansättning och storlek det samband som finns mellan utbildningsnivå och många andra faktorer. För att undvika att ålderssammansättningen i utbildningsgrupperna påverkar resultaten är det därför önskvärt att redovisa resultat där hänsyn tagits till ålder, så kallade åldersstandardiserade eller åldersjusterade resultat.

Påverkbara hälsoklyftor

I det folkhälsopolitiska målet ingår att sluta de *påverkbara* hälsoklyftorna inom en generation (till 2048). En central följdfråga är då vad som är påverkbart, och hur stor del av den ojämlika hälsan som detta berör. Här finns inget entydigt svar.

Kommissionen för jämlik hälsa framhöll att systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper i princip är påverkbara [7]. Bakgrunden till denna utgångspunkt är att hälsa, både generellt och specifikt för många av våra vanligaste sjukdomar, påverkas av de förhållanden, villkor och miljöer som människor lever i. Det handlar om förhållanden som går att påverka genom bland annat politiska beslut, till exempel socialförsäkringens utformande. Samtidigt ligger en del val med betydelse för hälsan närmare individen, till exempel många levnadsvanor. Även det kan samhället påverka, exempelvis genom lagstiftning om rökfria miljöer, hastighetsbegränsningar i trafiken samt begränsningar i tillgänglighet för alkohol och tobak genom exempelvis åldersgränser och en aktiv prispolitik. Levnadsvanor är också socialt skiktade, orsakskedjorna är komplexa och många politikområden har betydelse. Att exakt ange den påverkbara delen av hälsoklyftorna är därför inte möjligt. Samtidigt är en del av det påverkbara också möjligt att åtgärda eller undvika på ett mer konkret sätt, som att vissa dödsfall kan undvikas genom vård och behandling.

Förutsättningar för hälsa enligt folkhälsopolitikens åtta målområden

I det här avsnittet redovisas resultat för kärnindikatorer för folkhälsopolitikens åtta målområden. Varje målområde är brett och innehåller många delar som har betydelse för hälsan och som ligger till grund för ett brett folkhälsoarbete på lokal, regional och nationell nivå. Uppföljningen av förutsättningar för hälsa utgår från de kärnindikatorer för målområdena som Folkhälsomyndigheten har beslutat [28]. Vi saknar ännu data för sex av kärnindikatorerna. Definitioner av de inkluderade indikatorerna och en utförligare metodbeskrivning finns på Folkhälsomyndighetens webbsida.

[Folkhälsan i Sverige: så här jobbar vi med folkhälsorapportering – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)

Förutsättningarna för hälsa redovisas för olika grupper i befolkningen utifrån kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och inkomst. I detta avsnitt redovisar vi både relativa och absoluta skillnader i hälsa för att beskriva ojämlikheten. När det är möjligt redovisas åldersstandardiserade siffror.

Datakällor

Den data som ligger till grund för denna rapportering kommer från olika datakällor. Vi använder senaste tillgängliga data vilket innebär att tidsperioderna för uppföljningen varierar både mellan olika indikatorer och beroende på redovisningsgrupp. Exempelvis är senaste uppgifterna för gymnasieindikatorerna från 2024 medan de ekonomiska indikatorerna innehåller information fram till och med 2022. De indikatorer som bygger på självrapporterad enkätdata kommer från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV), Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), Arbetskraftsundersökningen (AKU), Arbetsmarknadsundersökningen (AMU) och Skolbarns hälsovanor. HLV-data samlades senast in under våren 2024, ULF och AKU under 2023, Skolbarns hälsovanor 2021/22 och AMU under 2021. Eftersom inkomst inte är tillgängligt före 2012 eller senare än 2022 redovisas indikatorerna fördelat på inkomst 2012–2022.

Enkätdata är förknippat med ett större osäkerhetstal än register som bygger på data från hela populationen. Ett vanligt problem i enkätundersökningar är att svarsfrekvensen har sjunkit över tid vilket ökar osäkerhetstalet. Som exempel har svarsfrekvensen minskat från 60 procent 2006 till 39 procent 2024 i HLV. Resultaten kan viktas, vilket reducerar en del av den skevhet som svarsbortfallet medför. Detta görs i samtliga urvalsundersökningar som ligger till grund för denna rapport. Ett visst bortfallsfel kvarstår dock troligtvis i vissa resultat, särskilt inom grupper där svarsfrekvensen är låg.

Målområde 1 – Det tidiga livets villkor

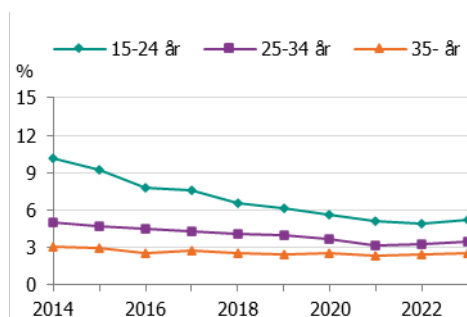
Att ge varje barn en bra start i livet är av stor betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa över livsloppet. Både faktorer under fosterlivet och under barndomen kan påverka hälsan tidigt såväl som senare i livet [9,29]. Fokus för målområdet är åldrarna 0–5 år, men det är viktigt att följa barns hälsa även under skolåldern. Under Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter – och Målområde 8 – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård – presenteras ytterligare indikatorer som berör det tidiga livet.

Riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården

Andelen kvinnor med riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården var 3,3 procent 2023. Det var vanligare med riskbruk bland yngre kvinnor än äldre (figur 3) och bland kvinnor födda i Sverige jämfört med kvinnor födda utanför Norden. Riskbruk vid inskrivning i mödrahälsovården var också vanligare bland kvinnor med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning. Däremot var riskbruk vanligare bland kvinnor i hushåll med höga inkomster jämfört med dem med låga.

Under perioden 2014–2023 minskade andelen kvinnor med riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården i samtliga grupper.

Figur 3. Kvinnor med riskbruk av alkohol vid inskrivning i mödrahälsovården (andel i procent), fördelat på åldersgrupp, 2014–2023.

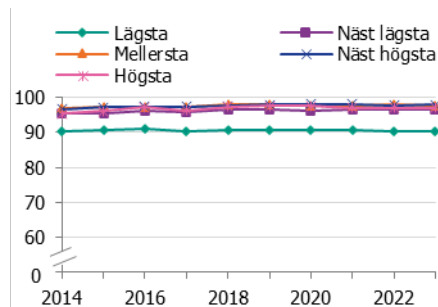


Barn inskrivna i förskola

Av alla barn som fyllde tre år under 2023 var 95 procent inskrivna i förskolan, men det varierade mellan olika grupper. Medan 96 procent av barn till föräldrar med eftergymnasial utbildnings var inskrivna i förskolan, var 88 procent inskrivna av barn till föräldrar med förgymnasial utbildning. Även bland barn i hushåll med de lägsta inkomsterna var andelen inskrivna mindre än de i hushåll med högre inkomster (figur 4). Bland barn födda utanför Norden var 74 procent inskrivna i förskolan.

Under perioden 2014–2023 ökade andelen barn inskrivna i förskola. Uppgången har varit större bland barn som är födda utanför Sverige än bland dem födda i Sverige.

Figur 4. Barn inskrivna i förskola vid tre års ålder (andel i procent), fördelat på hushållets inkomst (i kvintiler), 2014–2023.



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 [9].

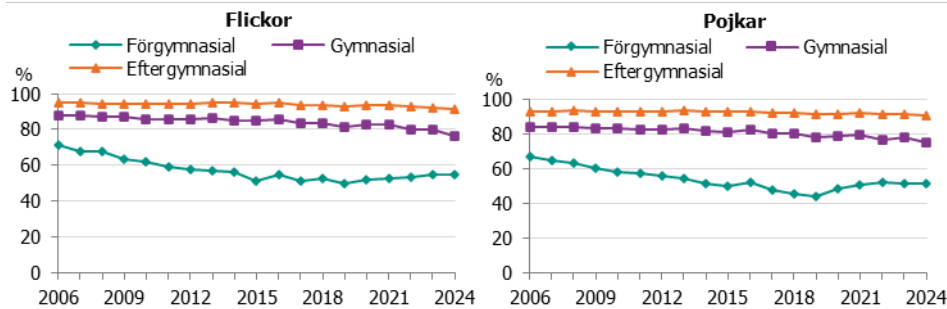
Gymnasiebehörighet och gymnasieexamen

Både andelen elever som har gått ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet och andelen som har tagit gymnasieexamen inom fyra år från påbörjad utbildning varierar beroende på födelseled, föräldrarnas utbildningsnivå och hushållets inkomst. En lika stor andel flickor som pojkar i årskurs 9 uppnådde gymnasiebehörighet (84 %) men en större andel flickor än pojkar tog examen från gymnasiet inom fyra år efter påbörjade studier under 2024 (77 respektive 72 %).

Bland elever med föräldrar som har eftergymnasial utbildning var andelen som gick ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet 91 procent 2024. Motsvarande andel bland dem vars föräldrar har gymnasial respektive förgymnasial utbildning var 76 respektive 53 procent (figur 5). Andelen 2024 som tog gymnasieexamen inom fyra år var mer än dubbelt så stor bland elever vars föräldrar har eftergymnasial utbildning (83 %) än bland dem vars föräldrar saknar gymnasieutbildning (40 %). Även bland elever i hushåll med de högsta inkomsterna var andelen som gick ut årskurs 9 med gymnasiebehörighet respektive tog gymnasieexamen inom fyra år större (95 respektive 89 %) jämfört med elever i hushåll från lägsta inkomstkvintilen (70 respektive 54 %). Bland elever födda utanför Europa gick 65 procent ut årskurs 9 som behöriga till gymnasiet och 47 procent tog gymnasieexamen inom fyra år efter påbörjad utbildning.

Andelen elever med behörighet till gymnasiet minskade i alla utbildningsgrupper 2006–2024. Allra tydligast var detta bland elever vars föräldrar saknar gymnasieutbildning, trots att den nedåtgående trenden i den gruppen avstannat efter 2019. Andelen som tog gymnasieexamen inom fyra år ökade i samtliga grupper 2015–2024 (år med tillgänglig data).

Figur 5. Gymnasiebehörighet (andel i procent). Flickor respektive pojkar, fördelat på föräldrarnas utbildningsnivå, 2006–2024.



Målområde 3 – Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Sambandet mellan arbete och hälsa går åt båda håll: arbetslöshet påverkar hälsan negativt, men ohälsa ökar också risken för arbetslöshet. Arbetslöshet kan kopplas samman med flera olika hälsoutfall som olika former av psykisk ohälsa [30] och högre dödlighet [31]. Arbetslöshetens längd har därtill betydelse. Till exempel är risken för suicid högre vid långtidsarbetslöshet jämfört med kortare perioder av arbetslöshet [32]. Att sakna ett arbete, men även dåliga arbetsförhållanden och brister i arbetsmiljön, är faktorer som påverkar hälsan.

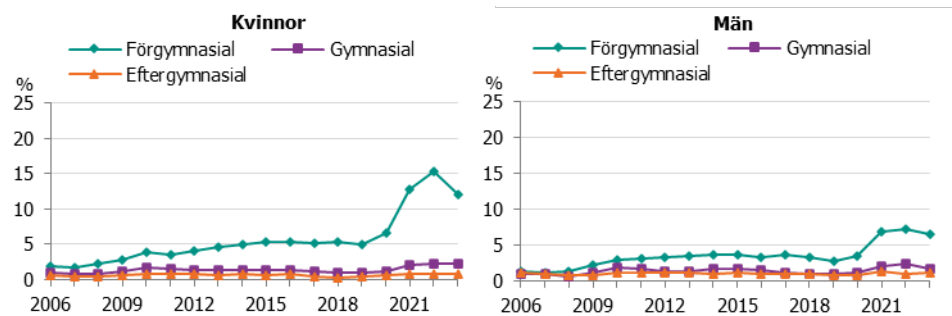
För kärnindikatorerna kravkontroll och fysisk påfrestning i arbetet finns ingen ny data sedan senaste Årsrapporten, 2023. Indikatorerna utgår därför i årets redovisning.

Långtidsarbetslöshet

Långtidsarbetslösheten, mätt som minst 12 månaders sammanhängande arbetslöshet bland personer i arbetskraften 25–64 år, var 1,8 procent 2023, vilket motsvarar nästan 85 000 personer. Mellan 2010 och 2019 sjönk långtidsarbetslösheten men den har sedan stigit igen, med högsta noteringen 2022. Det sågs förhållandevis små skillnader mellan män och kvinnor under den uppmätta perioden, 2006–2023.

Bland personer med förgymnasial utbildning steg långtidsarbetslösheten under större delen av perioden, men den mest framträdande uppgången skedde efter 2019. Bland kvinnor i den gruppen var färre än 2 procent långtidsarbetslösa 2006, jämfört med över 12 procent 2023 (figur 6). Motsvarande siffror för kvinnor med eftergymnasial utbildning var 0,6 och 0,8 procent. Sett till födelseland var långtidsarbetslösheten högst bland personer födda utanför Europa (6,9 procent).

Figur 6. Långtidsarbetslösa i arbetskraften (andel i procent), 25–64 år. Kvinnor respektive män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2023.



Målområde 4 – Inkomster och försörjningsmöjligheter

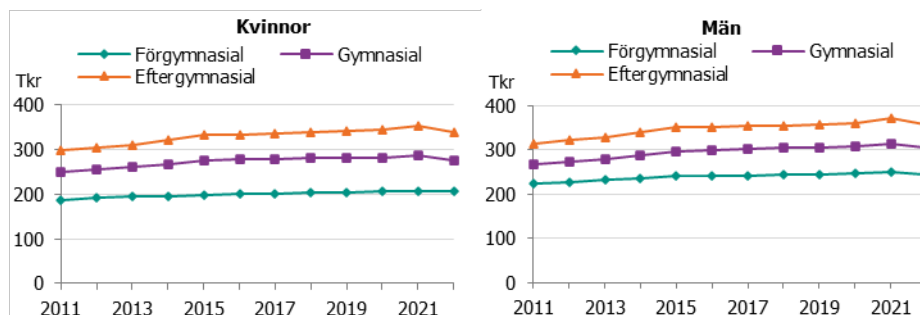
Inkomst är ett vanligt mått på socioekonomi när ojämlikhet i hälsa beskrivs, men sambandet är komplext och kan ha flera olika förklaringar. Ohälsa och sjukdom påverkar inkomsten eftersom individer med sämre hälsa har svårare att arbeta. Ekonomiska resurser sätter samtidigt ramarna för människors materiella 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 [9, 33]. Även barn och unga som växer upp i ekonomisk utsatthet påverkas av familjens inkomst.

Ekonomisk standard

Den ekonomiska standarden (hushållets disponibla inkomst per konsumtionsenhet) steg med i snitt 16 procent i Sverige 2011–2022, mätt i fasta priser, trots en nedgång det sista året. Män har generellt högre disponibel inkomst än kvinnor, men uppgången under tioårsperioden var ungefär lika stor för kvinnor och män. Personer 85 år och äldre är den åldersgrupp som hade lägst ekonomisk standard och personer 45–64 år den med högst.

Även om den ekonomiska standarden steg totalt under perioden, varierade det stort beroende på till exempel utbildningsnivå och födelseland. Skillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå ökade, och bland personer med förgymnasial utbildning steg den ekonomiska standarden endast med 11 procent (figur 7) jämfört med 16 procent i hela befolkningen.

Figur 7. Ekonomisk standard (tkr), 25 år och äldre. Kvinnor respektive män fördelat på utbildningsnivå, 2011–2022.

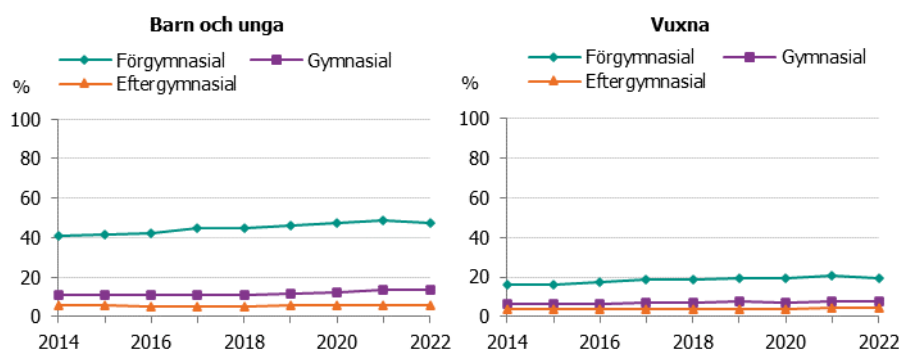


Varaktigt låg ekonomisk standard (relativ)

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 2022 levde ungefär var tolfte vuxen (25 år och äldre) och drygt vart tionde av alla barn och unga (0–24 år) i Sverige med varaktigt låg ekonomisk standard. Det var ungefär fem gånger vanligare att leva med varaktigt låg ekonomisk standard bland barn födda utanför Europa jämfört med barn födda i Sverige. Bland barn vars föräldrar har förgymnasial utbildning var det åtta gånger vanligare än bland dem vars föräldrar har eftergymnasial utbildning (figur 8).

Under perioden 2014–2022 ökade andelen med varaktigt låg ekonomisk standard, främst bland vuxna kvinnor och bland barn och unga. Ökningen var tydligast bland personer med förgymnasial utbildning och bland barn och unga vars föräldrar har förgymnasial utbildning (figur 8).

Figur 8. Varaktigt låg ekonomisk standard (andel i procent). Flickor och pojkar 0–24 år respektive kvinnor och män 25 år och äldre, fördelat på utbildningsnivå (egen resp. förälders), 2014–2022. Åldersstandardiserade siffror för vuxna.

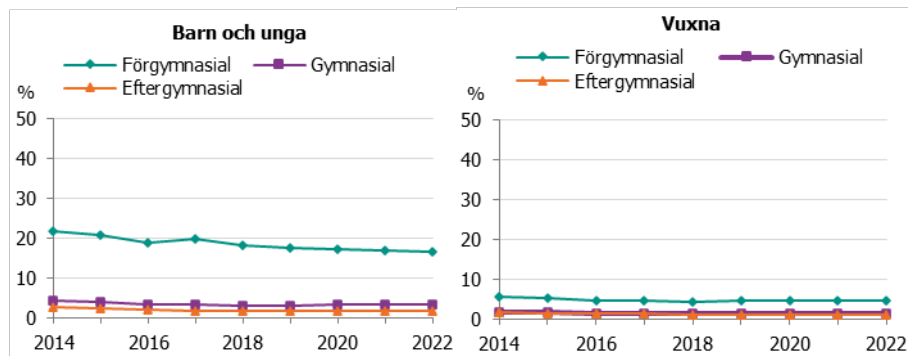


Varaktigt låg inkomststandard (absolut)

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 2022 levde 1,6 procent av vuxna (25 år och äldre) och nästan 3 procent av alla barn och unga (0–24 år) i Sverige med varaktigt låg inkomststandard, vilket motsvarar ungefär 113 000 vuxna och 71 000 barn och unga. Störst andel med varaktigt låg inkomststandard fanns bland personer med förgymnasial utbildning (figur 9), särskilt kvinnor, och personer födda utanför Norden. Även bland barn var varaktigt låg inkomststandard vanligast bland dem vars föräldrar har förgymnasial utbildning, där nästan vart sjätte barn hade en sådan situation. Bland barn födda utanför Europa var andelen 11 procent.

Under perioden 2014–2022 minskade andelen med varaktigt låg inkomststandard i samtliga grupper oavsett kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland, både bland vuxna och bland barn och unga, men minskningen har avstannat de senaste åren.

Figur 9. Varaktigt låg inkomststandard (andel i procent). Flickor och pojkar 0–24 år respektive kvinnor och män 25 år och äldre, fördelat på utbildningsnivå (egen resp. förälders), 2014–2022. Åldersstandardiserade siffror för vuxna.



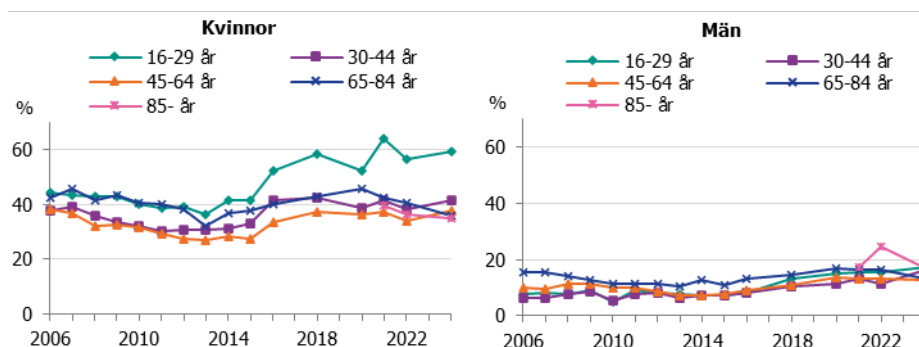
Målområde 5 – Boende och närmiljö

Tillgång till ett bra boende och en god närmiljö är viktiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa [9,34]. 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 [35].

Avstått från att gå ut ensam av rädsla

År 2024 uppgav 43 procent av kvinnorna och 15 procent av männen, 16–84 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 ökade under perioden 2006–2024. Även olika åldersgrupper skilde sig åt, där störst andel som uppgav att de har avstått från att gå ut på grund av rädsla fanns i den yngsta åldersgruppen, 16–29 år (figur 10). Bland yngre kvinnor uppgav fler än hälften att de har avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla. Det var något vanligare bland personer med kortare utbildning och i hushåll med lägre inkomster att ha avstått från att gå ut på grund av rädsla än bland dem med eftergymnasial utbildning respektive i hushåll med högre inkomster.

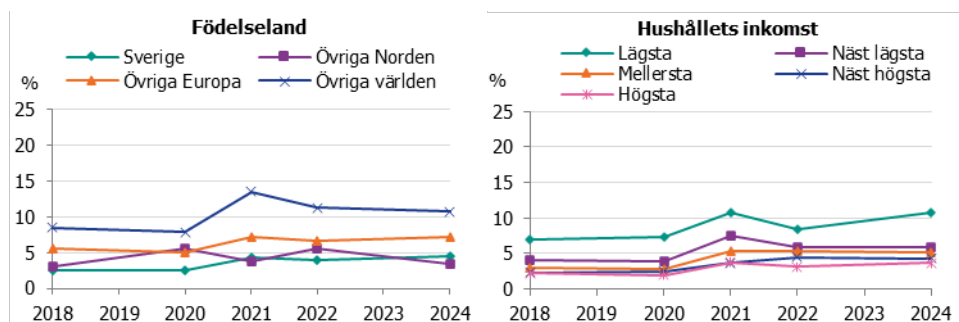
Figur 10. Avstått från att gå ut ensam av rädsla (andel i procent), 16–och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2024.



Störd sömn av trafikbuller

År 2024 uppgav 5,4 procent av befolkningen 16–84 år att de hade svårt att somna eller blev väckta av trafikbuller i närheten av bostaden. Det var vanligare med störd sömn på grund av buller bland personer med förgymnasial utbildning, i hushåll med lägre inkomster och bland personer födda utanför Norden än bland personer med eftergymnasial utbildning, i hushåll med högre inkomster och personer födda i Sverige (figur 11). Andelen med störd sömn på grund av buller ökade under perioden 2018–2024.

Figur 11. Störd sömn av trafikbuller (andel i procent), kvinnor och män 16–84 år, fördelat på födelseland respektive hushållets inkomst (i kvintiler), 2018–2024. Åldersstandardiserade siffror för hushållets inkomst.



Målområde 6 – Levnadsvanor

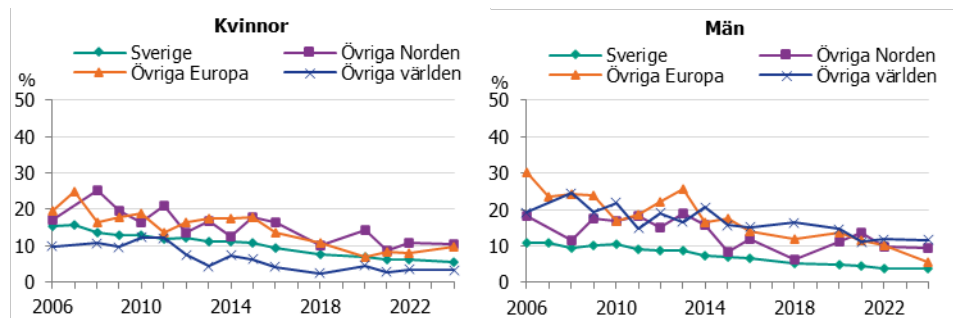
Våra levnadsvanor påverkar risken att insjukna i icke smittsamma sjukdomar som till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes och kronisk lungsjukdom [9, 36]. De levnadsvanor som framför allt bidrar till sjukdomsburden i Sverige är rökning, ohälsosamma matvanor, alkoholbruk och otillräcklig fysisk aktivitet, men även andra levnadsvanor har betydelse [37]. Handlingsutrymmet att välja hälsosamma levnadsvanor påverkas av våra livsvillkor och levnadsförhållanden. Därför är de övriga målområdena nära sammankopplade med området levnadsvanor.

Tobaksrökning

År 2024 uppgav drygt 5 procent av befolkningen i åldrarna 16–84 år att de röker tobak dagligen och ungefär lika många kvinnor som män uppgav 2024 att de röker. En större andel män födda utanför Sverige uppgav att de röker jämfört med män födda i Sverige, medan en mindre andel kvinnor födda utanför Europa uppgav att de röker jämfört med kvinnor födda i Sverige (figur 12). Andelen var tydligt större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning, och bland personer i hushåll med lägre inkomster än bland personer med högre inkomster.

Den dagliga tobaksrökningen minskade under 2006–2024 bland kvinnor och män, i alla åldersgrupper, födelselandsgrupper, utbildningsgrupper och inkomstgrupper (inkomst finns för 2016–2024).

Figur 12. Tobaksrökning, daglig (andel i procent), 16–84 år. Kvinnor respektive män, fördelat på födelse land, 2006–2024.

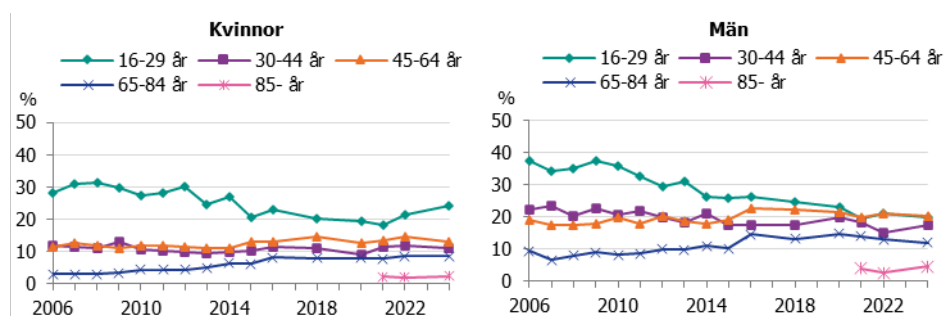


Risikkonsumtion av alkohol

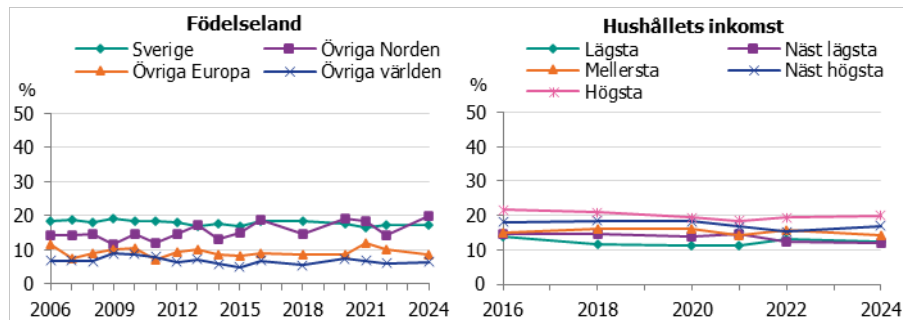
Risikkonsumtion av alkohol visar andelen personer som uppger en konsumtion av alkohol som medför en tydligt förhöjd risk för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. År 2024 uppgav 15 procent av befolkningen, 16–84 år, en risikkonsumtion av alkohol. Fler män än kvinnor uppgav risikkonsumtion. Andelen minskade något bland män under perioden 2006–2024, medan den låg på samma nivå bland kvinnor. I den yngsta åldersgruppen, 16–29 år, minskade risikkonsumtionen avsevärt bland både kvinnor och män, medan den ökade i de äldre åldersgrupperna, 45–64 och 65–84 år (figur 13). Bland de äldsta var uppgången särskilt tydlig bland kvinnor.

Inga märkbara skillnader sågs mellan olika utbildningsgrupper, men risikkonsumtion var vanligare bland personer i hushåll med höga inkomster jämfört med personer i hushåll med låga inkomster och bland personer födda i Sverige och Norden än bland dem födda utanför Norden (figur 14).

Figur 13. Risikkonsumtion av alkohol (andel i procent), 16 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2024.



Figur 14. Riskkonsumtion av alkohol (andel i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på födelseland 2006–2024 respektive hushållets inkomst (i kvintiler) 2016–2024. Åldersstandardiserade siffror för hushållets inkomst.



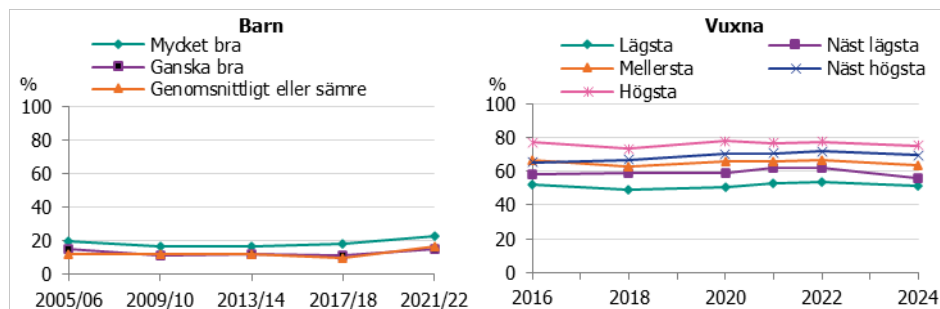
Fysisk aktivitet

År 2024 uppgav 65 procent i befolkningen 16–84 år en tillräcklig fysisk aktivitet, det vill säga i genomsnitt minst 150 minuter pulshöjande aktivitet i veckan. Andelen var något mindre bland kvinnor än bland män och varierade beroende på såväl utbildningsnivå och inkomstnivå som födelseland. Jämförelsevis små andelar med tillräcklig fysisk aktivitet fanns bland personer med förgymnasial utbildning (49 %), bland personer i hushåll med lägst inkomst (51 %; figur 15) och bland personer födda utanför Europa (49 %). Andelen personer 16–84 år som uppgav tillräcklig fysisk aktivitet ökade under perioden, 2016–2022, men minskade igen 2024. Det är ännu för tidigt att bedöma om det är ett trendbrott.

Bland barn krävs att pulshöjande aktivitet minst en timme om dagen för att rapporteras som fysiskt aktiva. I åldrarna 11, 13 och 15 år var 19 procent fysiskt aktiva minst en timme om dagen, 2021/2022 (figur 15). Även i dessa åldrar var fler pojkar än flickor fysiskt aktiva. Inga tydliga skillnader sågs beroende på födelseland, men andelen som var fysiskt aktiva minst en timme om dagen var större bland de barn som själva uppgav en mycket bra ekonomisk situation än bland dem som uppgav en sämre situation.

Figur 15. Fysisk aktivitet (1) (andel i procent). Flickor och pojkar 11, 13 och 15 år respektive kvinnor och män 16–84 år, fördelat på barnens skattning av sin ekonomiska situation 2005/06–2021/22, respektive hushållets inkomst (i kvintiler) 2016–2024.

Åldersstandardiserade siffror för vuxna.



(1) Tillräcklig fysisk aktivitet definieras olika för barn och vuxna. För barn krävs att vara aktiv minst en timme om dagen och för vuxna krävs minst 150 minuter pulshöjande aktivitet i veckan.

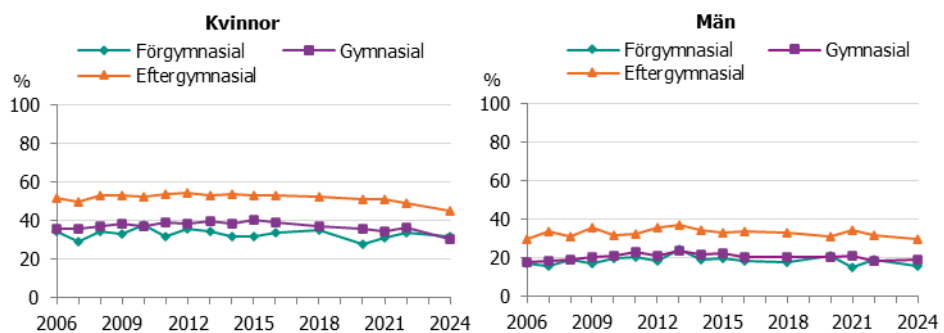
Grönsaks- och rotfruktsintag

Fler kvinnor än män (38 respektive 24 %), 16–84 år, uppgav att de äter grönsaker eller rotfrukter minst två gånger per dag 2024. Färre personer uppgav ett intag av grönsaker och rotfrukter i de båda de äldsta åldersgrupperna än i övriga åldersgrupper. Andelen som uppgav att de äter grönsaker eller rotfrukter minst två gånger per dag har minskat bland både kvinnor och män 2016–2024.

Det var fler med eftergymnasial utbildning (figur 16) och i hushåll med högst inkomster, än med förgymnasial utbildning och i hushåll med lägre inkomster, som uppgav ett dagligt intag av grönsaker eller rotfrukter (38 respektive 22 %). Däremot sågs inga tydliga skillnader beroende på födelseland.

Bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år, angav 24 procent att de äter grönsaker dagligen, 2021/2022. Andelen skiljde sig inte mellan flickor och pojkar eller mellan barn födda i olika födelselandsgrupper, däremot angav en större andel av barnen som själva uppgav en bättre ekonomisk situation att de äter grönsaker varje dag jämfört med barnen som uppgav sämre ekonomisk situation.

Figur 16. Intag av grönsaker eller rotfrukter minst två gånger per dag (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor respektive män, fördelat på utbildningsnivå, 2016–2024. Åldersstandardiserade siffror.



Målområde 7 – Kontroll, inflytande och delaktighet

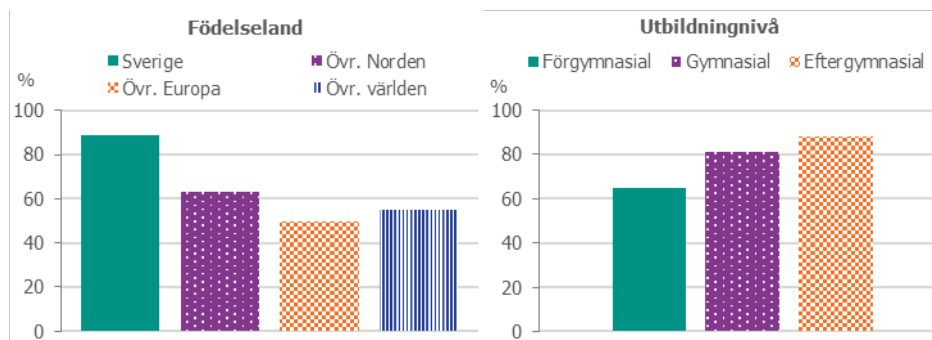
Att vara del av ett socialt sammanhang, och att ha inflytande och kontroll över sitt liv är viktigt för människors hälsa [9]. Sambanden är komplexa och kan ha flera förklaringar. Brist på inflytande och delaktighet kan påverka hälsan negativt, men sämre hälsa kan också påverka upplevelsen av kontroll, 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 [38].

Valdeltagande

År 2022 röstade 81 procent av de i befolkningen som var berättigade att rösta i minst ett av valen till riksdag, regionfullmäktige eller kommunfullmäktige. Valdeltagandet var något högre bland kvinnor än bland män och bland 45–84-åringar jämfört med de 18–44 år. Lägst var valdeltagandet i den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre.

Valdeltagandet var lägre bland personer födda utanför Norden än bland personer födda i Sverige och bland dem med förgymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning (figur 17).

Figur 17. Valdeltagande (andel i procent), 18 år och äldre. Kvinnor och män, uppdelat på födelseland respektive utbildningsnivå, 2022. Åldersstandardiserade siffror.



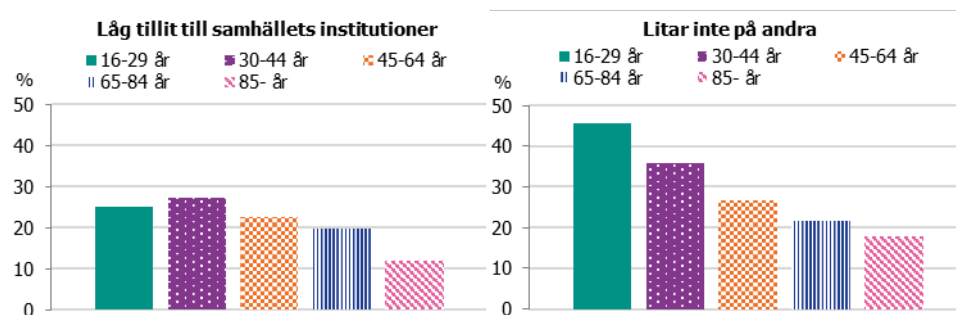
Tillit till samhällets institutioner och tillit till andra människor

Andelen personer, 16–84 år, som 2024 uppgav *låg* tillit till samhällets institutioner var 24 procent. Något fler, 32 procent, uppgav att de *inte* tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor.

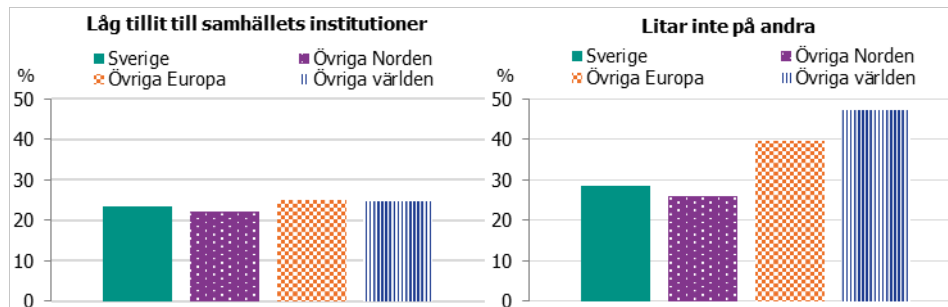
Både låg tillit till institutioner och att inte lita på de flesta människor var vanligare bland yngre än äldre (figur 18). Låg tillit till institutioner var även vanligare bland män. Det var en större andel personer med förgymnasial och gymnasial utbildning och i hushåll med lägre inkomster, än bland personer med eftergymnasial utbildning och i hushåll med högre inkomster, som uppgav låg tillit, till såväl institutioner som till andra människor. Personer födda utanför Norden uppgav oftare att de inte tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor jämfört med personer födda i Sverige, medan tillit till samhällets institutioner inte skiljde sig nämnvärt åt beroende på födelseland (figur 19).

Andelen personer, 16–84 år, som uppgav att de *inte* tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor ökade något under perioden 2006–2024 bland både kvinnor och män. Tillit till samhällets institutioner mättes inte innan 2024.

Figur 18. Låg tillit till samhällets institutioner respektive att inte lita på andra människor (andel i procent), 16 år och äldre. Kvinnor och män, fördelat på åldersgrupp, 2024.



Figur 19. Låg tillit till samhällets institutioner respektive att inte lita på andra människor (andel i procent), 16–84 år. Kvinnor och män, fördelat på födelseland, 2024.

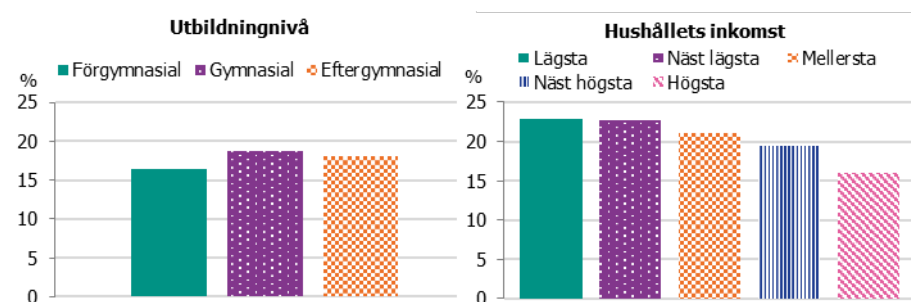


Utsatt för kränkande behandling eller bemötande

År 2024 uppgav 19 procent av befolkningen, 16–84 år, att de under de senaste tre månaderna har blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta (ca 7,5 procent utifrån någon av diskrimineringsgrunderna). Fler kvinnor än män uppgav att de blivit utsatta för kränkande behandling eller bemötande. Andelen minskade något bland män samtidigt som den ökade något bland kvinnor 2006–2024. Att ha blivit utsatt för kränkande behandling eller bemötande var vanligare bland yngre än bland äldre. Bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) uppgav nästan fyra av tio att de har utsatts, 2024.

Det fanns inga stora skillnader i andelen som uppgav att de har utsatts för kränkande behandling eller bemötande mellan de olika utbildningsgrupperna eller beroende på födelseland, medan personer i hushåll med lägre inkomster oftare uppgav kränkande behandling eller bemötande än dem i hushåll med högre inkomster (figur 20).

Figur 20. Utsatt för kränkande behandling eller bemötande (andel i procent). Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 25–84 år, respektive hushållets inkomst (i kvintiler), 16–84 år, 2024. Åldersstandardiserade siffror.

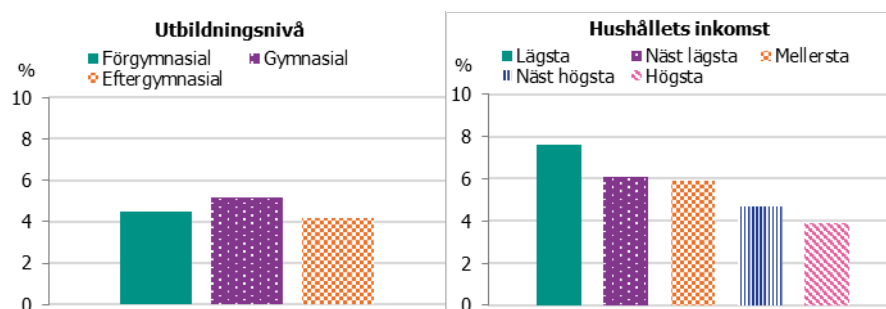


Utsatt för våld eller hot om våld

Ungefär 5 procent bland både kvinnor och män, 16–84 år, uppgav 2024 att de har utsatts för fysiskt våld eller hot om våld de senaste tolv månaderna. Andelen som uppgav att de har utsatts för våld eller hot om våld var större bland personer i hushåll med lägre inkomster än med högre (figur 21), främst bland kvinnor. Däremot fanns inga tydliga skillnader i andel som uppgav att de har utsatts för våld eller hot om våld mellan utbildningsgrupper eller beroende på födelseland.

Bland kvinnor sågs ingen tydlig förändring under perioden 2006–2024, men bland män har andelen minskat. Störst andel som 2024 angav att de har utsatts för våld eller hot om våld fanns i den yngsta åldersgruppen (16–29 år), trots en minskande andel i gruppen, och minst andel i den äldsta åldersgruppen.

Figur 21. Utsatt för våld eller hot om våld (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor och män, fördelat på utbildningsnivå, 25–84 år, respektive hushållets inkomst (i kvintiler), 16–84 år, 2024. Åldersstandardiserade siffror.



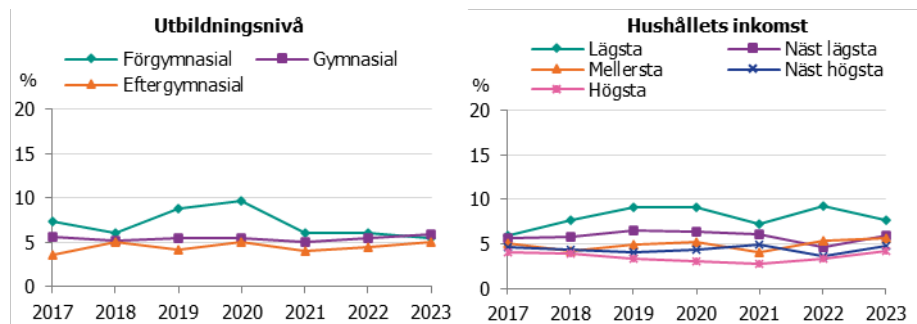
Målområde 8 – En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

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 [9, 39] för hela befolkningen. I primärvårdens grunduppdrag ingår att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar [40].

Avstått läkarvård trots upplevt behov

Av befolkningen 16 år och äldre var det 5,6 procent 2023 som uppgav att de avstått från läkarvård de senaste 12 månaderna, trots upplevt behov. Andelen var större bland personer födda i Europa (utanför Norden) jämfört med personer födda i Sverige och bland personer i den lägsta inkomstgruppen jämfört med den högsta (figur 22). Det fanns inga tydliga skillnader mellan utbildningsgrupperna. Under den uppmätta perioden, 2017–2023, sågs inga stora förändringar över tid i andelen som avstått läkarvård trots upplevt behov.

Figur 22. Avstått läkarvård trots upplevt behov (andel i procent). Kvinnor och män fördelat på utbildningsnivå, 25 år och äldre, respektive hushållets inkomst (i kvintiler), 16 år och äldre, 2017–2023. Ålderstandardiserade siffror.

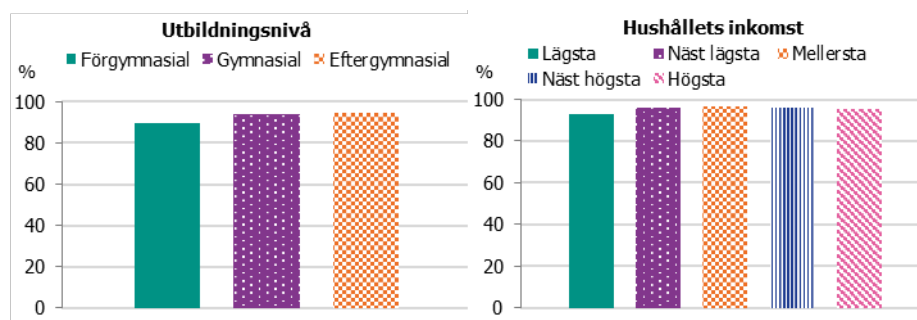


Vaccinationer för barn

För att förebygga allvarliga sjukdomar erbjuds alla barn i Sverige vaccination enligt det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Vaccinationstäckningen är hög och har varit stabil över tid. Från 2021 rapporteras barnvaccinationer in på ett nytt sätt till nationella vaccinationsregistret (NVR), vilket har fått som konsekvens att de rapporterade andelarna nu är något lägre än de faktiska. Ett exempel är att vaccinationer som är givna utomlands inte längre rapporteras in till NVR. På grund av detta redovisar vi inte andel vaccinerade uppdelat på födelseland.

I slutet av 2023 var 94 procent av alla tvååringar vaccinerade med första dosen av vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Andelen vaccinerade var mindre bland barn vars föräldrar har förgymnasial utbildning eller som tillhör hushåll med de lägsta inkomsterna jämfört med barn vars föräldrar har eftergymnasial utbildning eller som tillhör hushåll med de högsta inkomsterna (figur 23).

Figur 23. Vaccinerade med en dos MPR-vaccin (andel i procent), två års ålder. Flickor och pojkar fördelat på föräldrars utbildningsnivå respektive hushållets inkomst (i kvintiler), 2023.

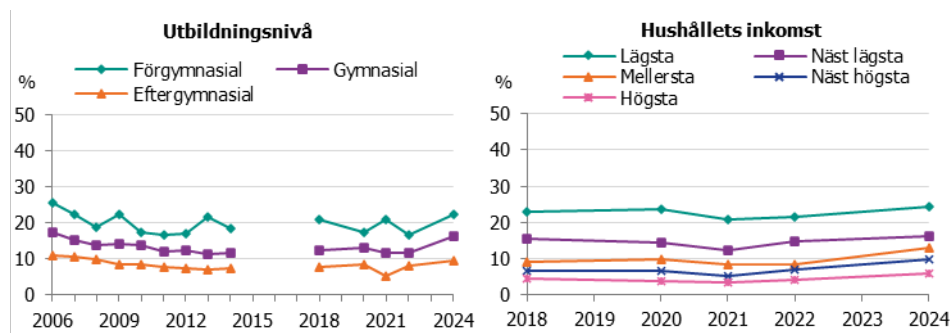


Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov

År 2024 uppgav 12 procent av befolkningen, 16–84 år, att de har avstått från tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov. Andelen som avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl var 2024 större bland personer i hushåll med lägre inkomster, bland personer med förgymnasial utbildning (figur 24) och bland personer födda utanför Norden.

Under 2006–2022 blev det något mindre vanligt att avstå tandläkarvård av ekonomiska skäl i de flesta grupper, men andelen ökade något igen 2024. Det går inte ännu att säga om det är ett trendbrott.

Figur 24. Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov (andel i procent). Kvinnor och män fördelat på utbildningsnivå, 25–84 år, 2006–2024 (med uppehåll 2015–2017) respektive hushållets inkomst (i kvintiler), 16–84 år, 2018–2024. Åldersstandardiserade siffror.



Hälsa

I det här avsnittet sammanfattas hälsoläget i befolkningen utifrån olika hälsoutfall där kärnindikatorerna medellivslängd, förtida dödlighet, självskattad hälsa och allvarlig psykisk påfrestning följs, kompletterat med ett antal specifika hälsoutfall av särskilt intresse för utvecklingen.

Hälsan redovisas utifrån kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och inkomst där det är möjligt. Vi redovisar både relativa och absoluta skillnader i hälsa för att beskriva ojämlikheten. När det är möjligt redovisas åldersstandardiserade siffror.

Datakällor

Resultaten bygger på såväl registerdata som enkätdata. Hälsa på lika villkor (HLV) och Skolbarns hälsovanor samlas in av Folkhälsomyndigheten och är de undersökningar som vi har använt för självrapporterade mått på hälsa. Registerdata för olika hälsoutfall bygger på data från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Definitioner av de inkluderade indikatorerna och en utförligare metodbeskrivning finns på Folkhälsomyndighetens webbsida.

[Folkhälsan i Sverige: så här jobbar vi med folkhälsorapportering – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

I likhet med indikatorerna för de åtta målområdena presenteras indikatorerna för hälsoutfallen för olika tidsperioder. De självrapporterade hälsoindikatorerna är insamlade under våren 2024 för vuxna och 2021/2022 för barn. Även de smittsamma sjukdomarna, som också har Folkhälsomyndigheten som källa, finns rapporterade för 2024, med undantag av covid-19 och säsongsinfluensa som följs säsongvis fram till säsongen 2023/2024. I övrigt redovisas hälsoindikatorerna fram till och med 2023. Eftersom inkomst inte är tillgängligt före 2012 eller senare än 2022 redovisas indikatorerna fördelat på inkomst 2012–2022.

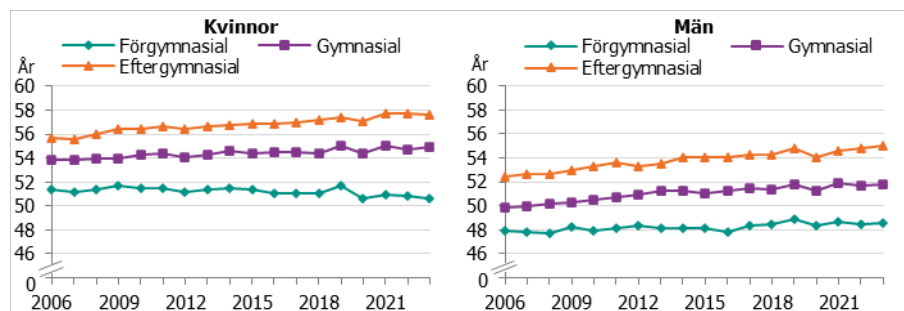
Medellivslängd

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.

År 2023 var medellivslängden vid födseln 83,3 år i Sverige. Medellivslängden varierar stort mellan olika grupper. Skillnaden mellan kvinnors och mäns livslängd minskade under perioden 2006–2023 till 3,3 år 2023. Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder visar samma mönster, men med något mindre skillnader mellan kvinnor och män (3,1 år).

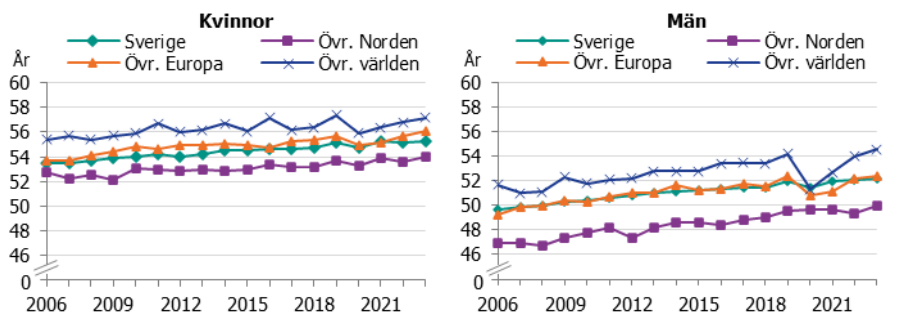
Sett över hela perioden 2006–2023 ökade den återstående medellivslängden vid 30 års ålder bland personer födda i Sverige i alla utbildningsgrupper utom bland kvinnor med förgymnasial utbildning, där den minskade från 51,4 till 50,6 år (figur 25). Den återstående medellivslängden var 7 år kortare bland kvinnor med förgymnasial utbildning än bland kvinnor med eftergymnasial utbildning 2023. Motsvarande skillnad för män var 6,4 år. Medellivslängden ökade även i alla inkomstgrupper under den uppmätta perioden 2012–2023, men ökningen var mindre för personer i hushåll med de lägsta inkomsterna än i övriga inkomstgrupper. Skillnaden i medellivslängd mellan personer i gruppen med lägst inkomster och i gruppen med högst inkomster var 6,4 år för kvinnor och 9,2 år för män 2023.

Figur 25. Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder, inrikes födda. Kvinnor respektive män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2023.



Vad gäller födelse-land har medellivslängden ökat i samtliga grupper av födelse-länder under perioden 2006–2023. Medellivslängden var 2023 längst bland personer födda utanför Europa och kortast bland personer födda i Norden utanför Sverige (figur 26).

Figur 26. Återstående medellivslängd (antal år) vid 30 års ålder. Kvinnor respektive män, fördelat på födelse-land, 2006–2023.



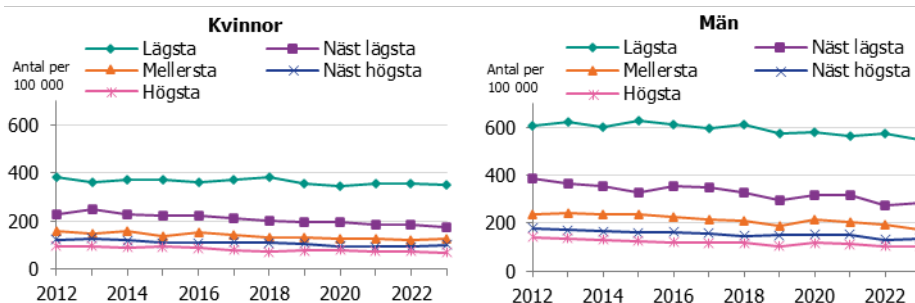
Förtida dödlighet

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. Totalt inträffade 9 252 förtida dödsfall (i 25–64 års ålder) 2023, vilket motsvarar 171 dödsfall per 100 000 invånare.

Förtida död var vanligare bland män än kvinnor, bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning och bland personer i hushåll med lägre inkomster jämfört med personer i hushåll med högre inkomster (figur 27). Bland personer födda utanför Norden var förtida död mindre vanligt än bland personer födda i Sverige och övriga Norden.

Generellt har antalet personer (per 100 000) som avlidit innan 65 års ålder minskat under perioden, men ökat bland personer i hushåll med den lägsta inkomsten (mätt åren 2012–2022) och bland kvinnor med förgymnasial utbildning (mätt åren 2006–2023).

Figur 27. Förtida dödlighet, avlidna i åldern 25–64 år (antal per 100 000). Kvinnor respektive män, fördelat på hushållets inkomst (i kvintiler), 2012–2023. Åldersstandardiserade siffror.

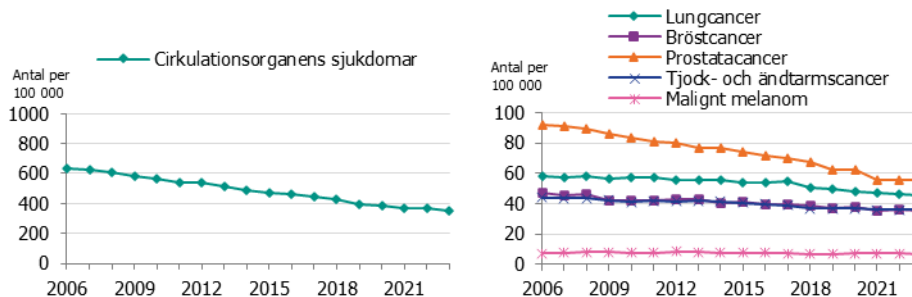


De vanligaste dödsorsakerna

De vanligaste dödsorsakerna idag bland såväl män som kvinnor är sjukdomar i cirkulationsorganen följt av cancer. Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och de vanligaste cancerformerna har sjunkit 2006–2023 (figur 28). Nedgången ses både bland kvinnor och män, med undantag för lungcancer och malignt melanom (cancer i huden). Sett till hela perioden har dödligheten både i lungcancer och malignt melanom varit oförändrat bland kvinnor. Dödligheten i lungcancer ökade till och med något bland kvinnor med förgymnasial utbildning och i hushåll med de lägsta inkomsterna. Den dominerande orsaken till lungcancer är tobaksrökning [41] och antalet lungcancerfall idag speglar rökvanorna för 20 år sedan och längre tillbaka.

Personer med förgymnasial utbildning hade högre dödlighet i alla de vanligaste dödsorsakerna jämfört med personer med eftergymnasial utbildning, undantaget bröstcancer och malignt melanom som var lika vanlig dödsorsak i alla utbildningsgrupper. Även personer i hushåll med lägst inkomster hade högre dödlighet än dem i hushåll med högst inkomster i alla de vanligaste dödsorsakerna, undantaget malignt melanom. Personer födda utanför Europa hade en lägre dödlighet än personer födda i Sverige vad gäller cirkulationsorganens sjukdomar, malignt melanom, prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer. Även dödligheten i lungcancer var lägre bland kvinnor födda utanför Europa, men högre bland män.

Figur 28. Avlidna i cirkulationsorganens sjukdomar respektive de vanligaste cancersorterna (per 100 000 invånare), 2006–2023 (1). Åldersstandardiserade siffror. Observera att y-axlarna har olika skalor.



(1) Prostatacancer anges per 100 000 män och bröstcancer per 100 000 kvinnor.

Självskattad hälsa

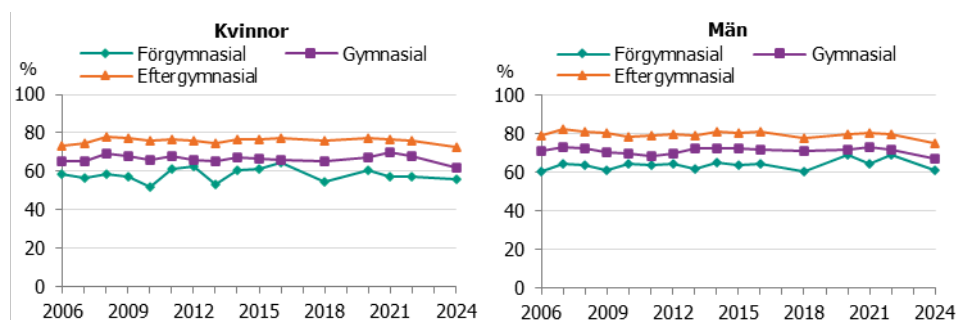
Självskattat allmänt hälsotillstånd visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna indikera en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt [42].

Av befolkningen 16–84 år uppgav 69 procent 2024 att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen var större bland män än bland kvinnor, och större bland yngre än äldre. Bland personer med förgymnasial eller gymnasial utbildning var det en mindre andel som skattade sin hälsa som bra eller mycket bra jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 29). Även bland personer i hushåll med lägre inkomst skattade en mindre andel sin hälsa som bra eller mycket bra jämfört med

personer i hushåll med högre inkomster. Under perioden 2006–2021 ökade andelen något i befolkningen som skattade sin hälsa som bra, men 2021–2024 minskade andelen igen. Det är ännu för tidigt att avgöra om det är ett trendbrott.

Bland barn, 11, 13 och 15 år gamla, skattade 91 procent sin hälsa som bra eller mycket bra, 2021/2022. Fler pojkar än flickor och fler som uppgav en mycket bra ekonomisk situation än de som uppgav en sämre ekonomisk situation, skattade sin hälsa som bra eller mycket bra. Lika stor andel skattade sin hälsa som bra eller mycket bra i alla födelselandsgrupper.

Figur 29. God självskattat hälsa (andel i procent), 25–84 år. Kvinnor respektive män fördelat på utbildningsnivå 2006–2024. Åldersstandardiserade siffror.



Psykisk ohälsa och suicid

Psykisk ohälsa innefattar många olikartade tillstånd med olika svårighetsgrader och varaktighet, alltifrån enstaka och mildare psykiska besvär till allvarliga psykiatriska tillstånd. Lätta psykiska besvär, exempelvis av ängslan, oro och ångest, är vanliga och utgör ofta reaktioner på påfrestningar i livet. Måttet allvarlig psykisk påfrestning syftar till att uppskatta hur stor andel av befolkningen som skulle kunna uppfylla kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd. Det finns ett tydligt samband mellan psykiatriska tillstånd och suicid, och många som tar sitt liv har haft en depression eller någon annan form av psykiatriskt tillstånd.

Stress samt lätta besvär av ängslan, oro eller ångest

Fler kvinnor än män 16–84 år uppgav stress och lätta besvär av ängslan, oro eller ångest. Både stress och övriga besvär var vanligare i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) jämfört med de äldre åldersgrupperna. Bland kvinnor 16–29 år uppgav drygt 50 procent lätta besvär av ängslan, oro eller ångest och 37 procent av män i samma åldersgrupp uppgav stress, 2024 (figur 30). Under perioden 2006–2024 ökade andelen som uppgav ängslan, oro eller ångest i alla åldersgrupper och andelen som uppgav stress bland de yngre.

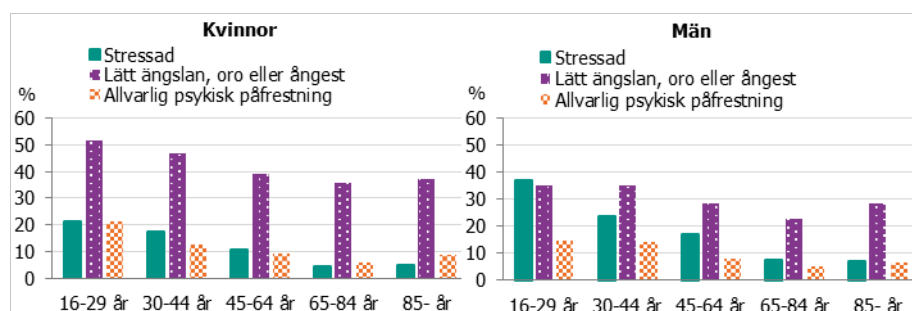
Stress var vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning, medan lätta besvär av ängslan, oro och ångest inte skilde sig åt mellan utbildningsgrupperna. Både stress och lätta besvär av ängslan, oro och ångest var vanligare bland personer i hushåll med lägre inkomster än bland dem med högre inkomster.

Allvarlig psykisk påfrestning

Av befolkningen 16–84 år uppgav 11 procent besvär som indikerar en allvarlig psykisk påfrestning, 2024. Andelen var större bland kvinnor än män och det var vanligare bland yngre än bland äldre (figur 30).

En större andel personer med förgymnasial utbildning, i hushåll med lägre inkomster och personer födda utanför Norden hade allvarlig psykisk påfrestning än personer med eftergymnasial utbildning, i hushåll med högre inkomster respektive personer födda i Sverige.

Figur 30. Stress, lätta besvär av ängslan, oro eller ångest samt allvarlig psykisk påfrestning (andel i procent), 16 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på åldersgrupp, 2024.



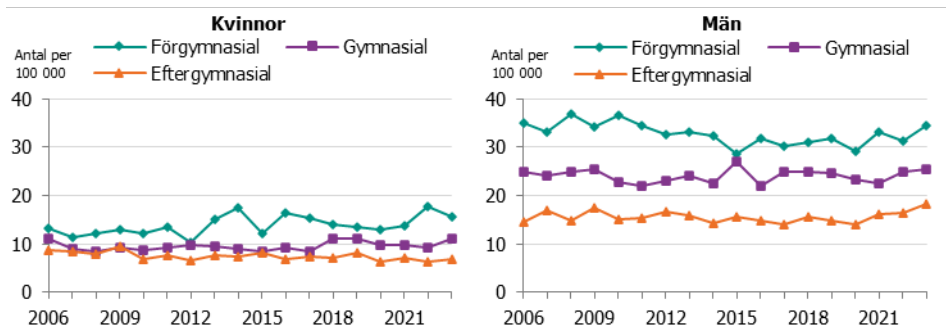
Suicid

Antalet avlidna i suicid per 100 000 invånare (suicidtalet) var i stort sett oförändrat under perioden 2006–2023. Antalet (per 100 000) var 2023 mer än dubbelt så stort bland män som bland kvinnor och störst bland män 85 år och äldre. Suicidtalet skiljde sig även beroende på utbildnings- och inkomstnivå. Antalet (per 100 000) var drygt dubbelt så stort bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 31) och mer än fyra gånger så stort i lägsta inkomstgruppen jämfört med högsta inkomstgruppen. Antalet avlidna i suicid var mindre i gruppen med personer födda utanför Europa än i gruppen med personer födda i Sverige.

Även bland barn och unga (15–24 år) var antalet (per 100 000) större bland pojkar än bland flickor. Skillnader mellan socioekonomiska grupper och födelseland går ej att analysera på grund av det låga antalet suicid i denna åldersgrupp.

Under perioden ökade suicidtalet i åldersgrupperna 25–44 år samt i gruppen med lägst inkomster och bland kvinnor med förgymnasial utbildning. Bland män i åldern 45–84 år minskade däremot suicidtalet.

Figur 31. Suicid (antal per 100 000), 25 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på utbildningsnivå, 2006–2023. Åldersstandardiserade siffror.

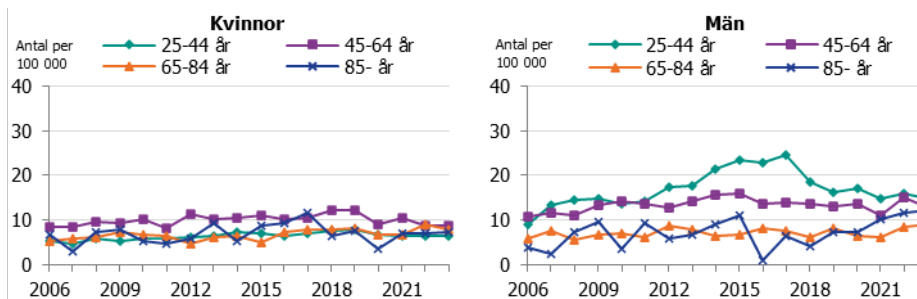


Läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar var 2023 vanligare bland män än kvinnor och bland personer födda i Sverige än bland personer födda utanför Norden. Bland personer med förgymnasial utbildning och bland personer i hushåll med lägre inkomster var dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar avsevärt vanligare än bland personer med eftergymnasial utbildning respektive i hushåll med högre inkomst.

Sett till hela perioden 2006–2023 har dödligheten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar ökat trots att den har vänt nedåt igen i slutet av perioden (figur 32).

Figur 32. Läkemedels- och narkotikaförgiftningar, avlidna (antal per 100 000), 25 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på åldersgrupp, 2006–2023.



Våldsrelaterade skador

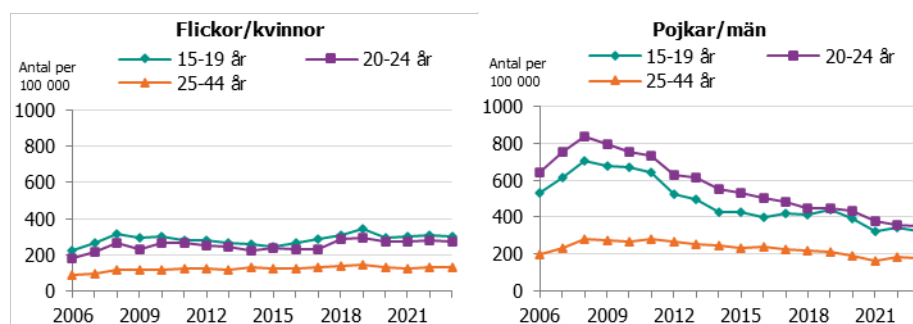
Att vårdas för våldsrelaterade skador var vanligare bland pojkar och män än bland flickor och kvinnor, 2023. Störst antal vårdade för våldsskador per 100 000 fanns i åldersgrupperna 15–19 och 20–25 år, särskilt bland pojkar/män.

Bland personer 25 år och äldre var det mer än fem gånger så vanligt att vårdas för våldsrelaterade skador bland dem med förgymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning och drygt fyra gånger så vanligt bland dem i hushåll med lägst inkomster jämfört med dem i hushåll med högst inkomster. Även bland personer 24 år och yngre var det vanligare att ha vårdats för våldsskada bland dem med föräldrar med förgymnasial utbildning eller i hushåll med de lägsta inkomsterna, men skillnaderna var mindre än för personer 25 år och äldre. Det var

även vanligare bland pojkar och män födda utanför Sverige, men det fanns inte några större skillnader bland flickor och kvinnor beroende på födelseland.

Under perioden 2006–2023 minskade antalet vårdade för våldsrelaterade skador (per 100 000), framför allt bland pojkar och män i åldersgrupperna 15–44 år, samtidigt som det ökade något bland flickor och kvinnor i samma åldrar (figur 33). Antalet (per 100 000) minskade även bland pojkar och män med gymnasial eller eftergymnasial utbildning (egen eller förälders) och oavsett hushållsinkomst. Bland kvinnor ökade istället antalet bland dem med förgymnasial och gymnasial utbildning och bland flickor, 24 år och yngre, ökade antalet bland dem med förgymnasial utbildning (förälders) och i alla inkomstgrupper.

Figur 33. Våldsrelaterade skador, vårdade i slutenvård eller specialiserad öppenvård (antal per 100 000), 15–44 år. Flickor/kvinnor respektive pojkar/män fördelat på åldersgrupp, 2006–2023. Ålderstandardiserade siffror för de 25 år och äldre.



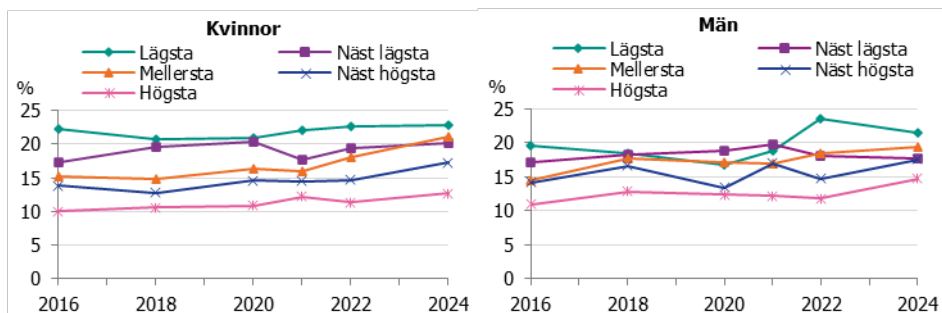
Övervikt och obesitas

Andelen med övervikt eller obesitas (BMI 25 eller högre) i befolkningen 16–84 år var 2024 drygt 53 procent. Fler män än kvinnor och fler äldre än yngre hade övervikt eller obesitas.

Obesitas (BMI 30 eller högre) var ungefär lika vanligt bland kvinnor och män, runt 18 procent, och störst andel fanns i åldersgruppen 45–64 år. Obesitas var vanligare bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning, samt bland personer från hushåll med lägre inkomster jämfört med gruppen med högst inkomster (figur 34). Det fanns inga stora skillnader i andelen med obesitas mellan födelselandsgrupper. Under perioden 2006–2024 ökade andelen med obesitas något bland både kvinnor och män och i alla åldersgrupper.

Andelen barn, 11, 13 och 15 år gamla, som har övervikt eller obesitas var 2021/2022 cirka 12 procent och andelen med obesitas var 3 procent. Fler pojkar än flickor har övervikt och obesitas. Obesitas var dessutom vanligare bland barn som uppgav en sämre ekonomisk situation än de som angav en bra eller ganska bra situation. Även bland barn sågs en ökning av obesitas under perioden 2005/2006–2021/2022.

Figur 34. Obesitas (andel i procent), 16–84 år. Kvinnor respektive män, fördelat på hushållets inkomst (i kvintiler), 2016–2024. Åldersstandardiserade siffror.

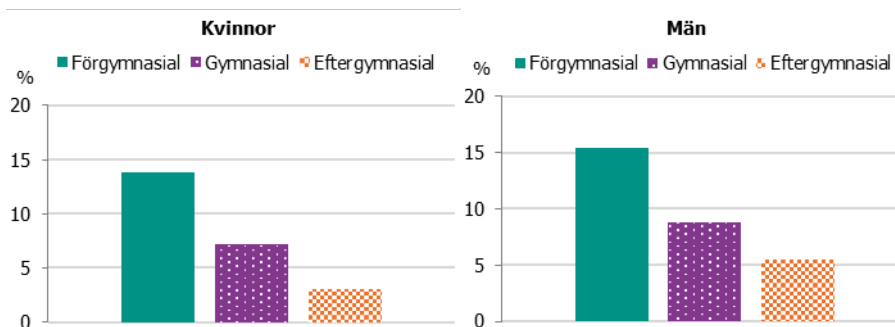


Diabetes – typ 2

För typ 2-diabetes pågår ett utvecklingsarbete och det kan nu för första gången rapporteras uppdelat på utbildningsnivå, men ännu inte på hushållets inkomst och födelse land. För att få data som täcker så stor del som möjligt av de faktiska diabetesfallen har data från Nationella diabetesregistret och patientregistret kombinerats.

Andelen med typ-2 diabetes bland personer 25 år och äldre var i genomsnitt ca 7,5 procent under perioden 2019–2022. Förekomsten var något högre bland män än kvinnor och det var nästan fyra gånger så vanligt bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning (figur 35).

Figur 35. Diabetes typ 2 (andelar i procent) 25 år och äldre. Kvinnor respektive män fördelat på utbildningsnivå, genomsnitt under perioden 2019–2022. Åldersstandardiserade siffror.



Smittsamma sjukdomar

Folkhälsomyndigheten övervakar många smittsamma sjukdomar. Här presenteras ett urval som har haft betydelse för folkhälsan under det gångna året.

Vissa av sjukdomarna presenteras för året 2024 medan andra presenteras för säsongen 2023/24. För de flesta smittsamma sjukdomar visas antal sjukdomsfall som rapporterats, medan antalet avlidna respektive intensivvårdade visas för covid-19 och influensa. Antalet avlidna avser antalet personer som avlidit med laboratoriebekräftad influensa respektive covid-19, oavsett dödsorsak. Som dödsfall räknas de som enligt folkbokföringen avlidit inom 30 dagar efter den aktuella diagnosen ställts. Antalet intensivvårdade avser antalet personer med laboratoriebekräftad influensa respektive covid-19 som rapporteras intensivvårdade från svenska intensivvårdsregistret. Det innebär att statistiken som rapporteras här innehåller både personer som dött eller intensivvårdats på grund av influensa respektive covid-19 och personer vars primära orsak till dödsfallet eller intensivvården varit något annat än influensa respektive covid-19. Observera att nivån på y-axeln i figurerna nedan skiljer sig åt.

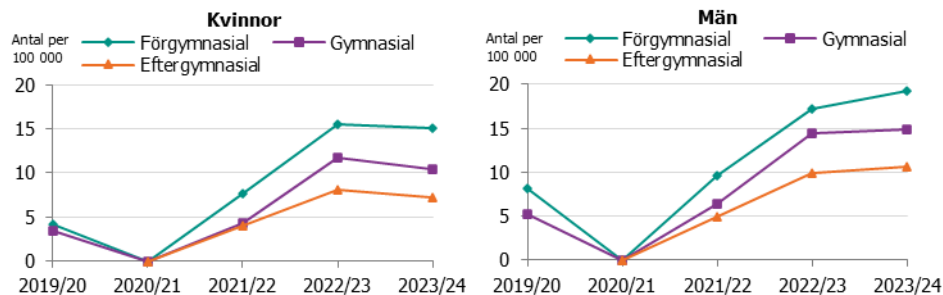
Säsongsinfluensa

Säsongsinfluensa orsakar årliga epidemier under vinterhalvåret och cirkulerar inte i Sverige under sommaren. Olika säsonger domineras av ett eller flera av de influensavirus som cirkulerar globalt bland människor. I samspel med andra faktorer såsom immunitetsläget i befolkningen ger säsongsinfluensa därför olika stor påverkan på samhället från säsong till säsong och antalet allvarliga fall varierar.

Antalet avlidna respektive intensivvårdade med influensa under säsongen 2023/2024 (juli–juni) var drygt 12 respektive cirka 5 personer per 100 000 invånare 45 år och äldre. Antalet (per 100 000) avlidna med influensa var avsevärt större i den äldsta åldersgruppen 85 år och äldre, än i gruppen 45–65 år. Både antalet avlidna och antalet intensivvårdade var större bland män än kvinnor.

Antalet (per 100 000) avlidna och intensivvårdade var även större bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning (figur 36), samt bland personer i de lägre inkomstgrupperna jämfört med den högsta. Inga tydliga skillnader kunde ses med avseende på födelselandsgrupp.

Figur 36. Avlidna med influensa (antal per 100 000), 45 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på utbildningsnivå, 2019/2020–2023/2024. Åldersstandardiserade siffror.



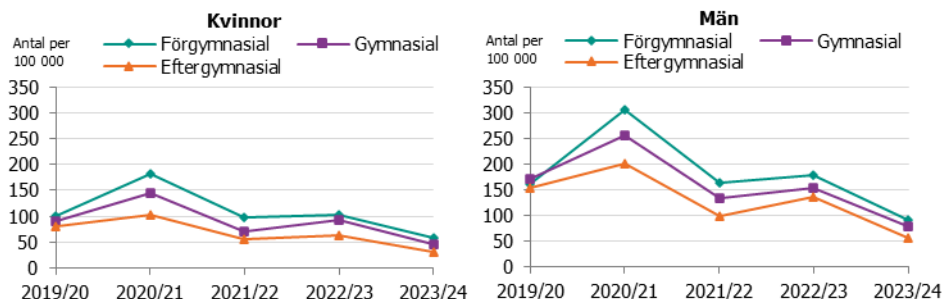
Covid-19

Smittspridningen av covid-19 pågår året runt och följer inte samma tydliga säsongsmönster som influensa. Under åren 2020–2023 var spridningen av covid-19 som mest omfattande under vinterhalvåret. Under 2024 var smittspridningen låg under vintern och våren, och ökade under sommaren.

Antal avlidna med covid-19 under säsongen 2023/2024 (juli–juni) var drygt 56 personer per 100 000 invånare 45 år och äldre. Under samma period intensivvårdades drygt 10 personer med covid-19 per 100 000 invånare i samma åldersgrupp. Fler män än kvinnor avled respektive intensivvårdades. Det var avsevärt många fler i den äldsta åldersgruppen 85 år och äldre som avled med covid-19 jämfört med de yngre åldersgrupperna, samtidigt som det var vanligast att intensivvårdas i åldersgruppen 65–84 år.

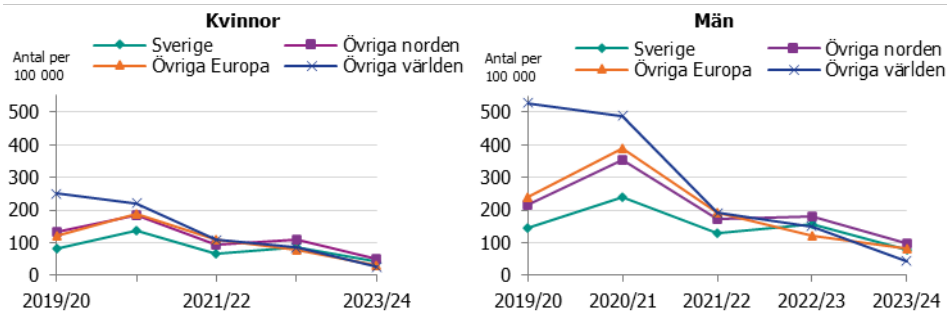
Både bland kvinnor och män var antalet (per 100 000) som avled eller intensivvårdades med covid-19 större bland dem med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning (figur 37). Även bland personer i hushåll med lägre inkomster var det vanligare att avlida respektive intensivvårdas med covid-19 än i gruppen med högst inkomster.

Figur 37. Avlidna med covid-19 (antal per 100 000), 45 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på utbildningsnivå, 2019/2020–2023/2024. Åldersstandardiserade siffror.



Såväl antalet avlidna (per 100 000) som intensivvårdade med covid-19 var 2023/2024 något färre bland personer födda utanför Europa jämfört med personer födda i Sverige (figur 38). Detta till skillnad från den första tiden med covid-19 då både antalet avlidna och intensivvårdade (per 100 000) var större bland personer födda utanför Europa jämfört med personer födda i Sverige.

Figur 38. Avlidna med covid-19 (antal per 100 000), 45 år och äldre. Kvinnor respektive män, fördelat på födelseland, 2019/20–2023/2024. Åldersstandardiserade siffror.



Övriga vintersäsongsbetonade sjukdomar

Från augusti 2024 sågs en ökning av mykoplasmainfektioner som orsakar luftvägsinfektion och lunginflammation. Mykoplasma återkommer vissa år med större antal fall och 2024 präglades troligen både av denna återkommande cykel och av pandemins effekter där spridning av mykoplasma och andra luftvägsinfektioner utom covid-19 var mycket låg.

Säsongen 2023/2024 konstaterades det största antalet fall av invasiva grupp A-streptokocker (iGAS) som noterats sedan sjukdomen blev anmälningspliktig 2004. iGAS kan orsaka både lindriga och allvarliga infektioner, som till exempel hudinfektioner, halsfluss, blodförgiftning (sepsis) och allvarlig septisk infektion i muskelvävnad (nekrotiserande fasciit). Bidragande faktorer till den höga spridningen av iGAS kan vara en minskad immunitet hos befolkningen, till följd av minskad smittspridning under pandemin, och samtidig hög smittspridning av flera andra luftvägsinfektioner efter pandemin.

Sexuellt överförda och blodburna infektioner

Klamydiafallen följer fortsatt den minskande trend som setts över en längre tidsperiod, men minskningen under 2024 var ovanligt stor och incidensen sjönk till den lägsta sedan början av 2000-talet. Minskningen var särskild tydlig i yngre åldersgrupper. Även fallen av syfilis, hiv, hepatit B och hepatit C fortsatte att minska under 2024. För gonorré sågs istället fler fall 2024 totalt sett, men även här fanns tecken på en nedgång i vissa grupper.

Livsmedelsburna infektioner

Under 2024 ökade antalet fall av salmonella och antalet inhemskt smittade fall var det största sedan 2007. Orsaken till ökningen var två ovanligt stora utbrott kopplade till importerade matvaror. Antalet fall av campylobacter har legat relativt stabilt under 2022–2024 och är betydligt lägre än under åren 2014–2018.

Fästingburen encefalit (hjärnhinneinflammation)

Antalet fall av den fästingburna sjukdomen TBE minskade med cirka en tredjedel under 2024 jämfört med 2023. Sett över en längre tidsperiod är trenden dock ökande. Flera faktorer påverkar risken för att smittas men vad som framförallt bidragit till minskningen under 2024 är oklart.

Sjukdomar som omfattas av det allmänna vaccinationsprogrammet för barn

Under 2024 sågs en markant ökning av kikhosta. Över 2 500 fall rapporterades under året, vilket kan jämföras med 700–800 fall per år under 2014–2019. En trolig orsak till ökningen är den låga förekomsten av kikhosta under covid-19-pandemiåren vilket sannolikt bidragit till lägre immunitet i befolkningen.

Infektioner orsakade av antibiotikaresistenta bakterier och vårdrelaterade infektioner

Antibiotikaresistens är särskilt betydelsefull i relation till vårdrelaterade infektioner. Det beror på att vårdrelaterade infektioner oftare är allvarliga och oftare orsakas av antibiotikaresistenta bakterier. Sjukhus är också den miljö där mest spridning av antibiotikaresistens förekommer. Det är därmed även den miljö där spridningen mest effektivt kan minskas genom åtgärder såsom goda vårdhygieniska rutiner och klok antibiotikaanvändning.

Under 2024 ökade antalet rapporterade fall av anmälningspliktig antibiotikaresistens för flera typer av bakterier, jämfört med 2023. Ett antal större utbrott på sjukhus var en bidragande orsak för vissa av dessa.

Diskussion

Det övergripande folkhälsopolitiska målet ger att hälsan ska vara både god och jämlik. Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2025 visar en i vissa fall annorlunda bild än tidigare år. Vi ser fortsatt positiva resultat för vissa hälsoutfall, framför allt utifrån (minskad) dödlighet, och ett antal levnadsvanor. Samtidigt är vissa former av ohälsa och flera förutsättningarna för hälsa på en oroande nivå eller visar tecken på försämring. Det finns fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper.

Dödligheten sjunker och vissa förutsättningar förbättras

Runt 70 procent i befolkningen 16–84 år, och runt 90 procent bland barn och unga, skattar sin hälsa som god i Sverige. Medellivslängden ökar fortsatt och dödligheten i de flesta dödsorsakerna minskar.

Ett annat exempel på positiv utveckling är att daglig tobaksrökning, som kan påverka folkhälsan positivt i framtiden, fortsatt minskar. Även riskbruk av alkohol sjunker i vissa grupper, främst bland unga. Detta avspeglas också i att andelen med riskbruk vid inskrivning i mödrahälsovården minskat tydligt bland yngre kvinnor.

Vissa former av hälsa och förutsättningar på oroande nivå

Hushållets inkomst påverkar många faktorer som är viktiga för hälsan, som att ha råd med en god boendemiljö och att kunna delta i sociala sammanhang. År 2022 levde fler än 100 000 vuxna och 70 000 barn och unga i ett hushåll där inkomsterna under flera år inte räckt till det nödvändigaste. Dessutom är det en fjärdedel av alla som påbörjar gymnasiet som inte tar gymnasieexamen (inom fyra år), vilket kan påverka möjligheterna till en god hälsa på längre sikt.

Andelen som avstått från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad, ökade och 2024 uppgav fler än hälften av kvinnorna i den yngsta åldersgruppen detta. Även vad gäller självrapporterad hälsa har stress och lätta besvär av ångslan, oro och ångest ökat, särskilt bland unga. Det finns också tecken på att allvarlig psykisk påfrestning ökar och att självskattad allmän hälsa försämrats det senaste året.

Fortsatt stora skillnader mellan socioekonomiska grupper

Vad gäller den del av det övergripande folkhälsopolitiska målet som handlar om att skapa samhälleliga förutsättningar för en jämlik hälsa ser vi fortsatt stora skillnader i hälsa och dess förutsättningar. 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.

I denna årsrapport används för första gången både utbildningsnivå och hushållets inkomst som mått på socioekonomisk position. 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, som 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 i sig påverkas negativt av till exempel sjuklighet. Att utbildningsgruppernas storlek förändrats över tid, med en ökande andel högtbildade i befolkningen, medan inkomstgrupperna delas in i kvintiler (femtedelar) för varje år, kan också ha betydelse. Rapporten visar dock att det finns en systematisk ojämlikhet både utifrån inkomst och utbildning i de flesta hälsoutfall och även i förutsättningarna för hälsa.

Medellivslängden vid 30 års ålder (data utgår från personer födda i Sverige) skiljer sig åt beroende på socioekonomisk position, mätt både som utbildningsnivå och hushållets inkomst. Medellivslängden är flera år kortare bland personer med lägst socioekonomisk position än bland personer med högst. Även till exempel dålig självskattad hälsa, allvarlig psykisk påfrestning och suicid, är vanligare bland dem med lägre socioekonomisk position.

Ekonomisk standard skiljer sig också åt mellan socioekonomiska grupper. Att ha en ekonomisk situation där inkomsterna under flera år inte räcker till de nödvändigaste utgifterna var nästan tre gånger så vanligt bland personer i gruppen med kortast utbildning än bland dem med längst. Exempel på andra förutsättningar för en god hälsa som är sämre bland dem med lägre socioekonomisk position är tillit, både till samhällets institutioner och till andra människor, och att avstå från att gå ut på grund av rädsla. Det gäller även mindre hälsosamma levnadsvanor, som rökning, otillräcklig fysisk aktivitet och lågt intag av grönsaker och rotfrukter.

Även barn till föräldrar med kortast utbildning lever med sämre förutsättningar för en god hälsa. Ungefär ett barn av sex i denna grupp lever i ett hushåll där inkomsterna under flera år inte räcker till det nödvändigaste och cirka 60 procent av dem som påbörjar gymnasiet tar inte gymnasieexamen.

Vägen framåt

Eftersom både livslängd och dödlighet i olika sjukdomar är resultat av hälsan under hela livsloppet påverkas dödligheten och medellivslängden i befolkningen av förutsättningar för hälsa långt tillbaka i tiden och fram till idag. För personer födda under 1900-talet kan den ökade medellivslängden hänföras till en rad faktorer som stigande levnadsstandard, bättre utbildning, hälsosammare levnadsvanor och ökad tillgång till en förbättrad hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av detta är det oroväckande att flera av förutsättningarna för hälsa och även vissa former av ohälsa är på en otillfredsställande nivå eller visar tecken på försämring.

För att uppnå målet om en god och jämlik hälsa behöver hälsan och dess förutsättningar förbättras i de grupper som har sämre hälsa, både för att minska hälsoklyftorna och för att det är i dessa grupper de största hälsovinsterna går att göra för såväl individ som samhälle. En god och jämlik hälsa i befolkningen är avgörande för ett robust samhälle med god motståndskraft mot samhälleliga kriser.

Att hälsan påverkas av faktorer under lång tid innebär att det också tar tid att åstadkomma förändring. Initiativ behöver tas nu för att uppnå målet till år 2048, med ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla politikområden på nationell, regional och kommunal nivå, exempelvis inom områden som utbildning, arbetsmarknad, socialtjänst och boende. Ett exempel på nytt initiativ på nationell nivå är strategin för psykisk ohälsa, som har potential att påverka utvecklingen i positiv riktning och som kan ge effekter även på andra områden. Insatser för att förbättra folkhälsan bör ske brett, och med särskilt fokus på att nå de grupper som idag har sämre hälsa.

Referenser

1. Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa: en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
2. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Bilaga 2, Kärnindikatorer för uppföljning av målområden i det folkhälsopolitiska ramverket. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-2-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-malomradesindikatorer.pdf>
3. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Bilaga 1, Kärnindikatorer för uppföljning av hälsa i det folkhälsopolitiska ramverket. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-1-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-hasloindikatorer.pdf>
4. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige: resultat per målområde i Folkhälsan i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten. [citerad 27 mars 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/resultat/>
5. Folkhälsomyndigheten. Faktablad om folkhälsopolitikens åtta målområden. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [uppdaterad 22 januari 2025; citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/stodstruktur-for-det-statliga-folkhalsoarbetet/faktablad-om-folkhalsopolitikens-atta-malomraden/>
6. Folkhälsomyndigheten. Resultat på läns- och kommunnivå. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2023. [uppdaterad 30 mars 2023; citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/resultat-pa-lans-och-kommunniva/>
7. Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/>
8. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Inequalities in Health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2007. Arbetsrapport 2007 nr.14. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/arbetsrapporter/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
9. 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 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>
10. Marmot M. Introduction. I: Marmot M, Wilkinson RG, redaktör. Social determinants of health. 2 uppl. New York: Oxford University Press; 2006. s. 1-5.
11. 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. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2006. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
12. Pini A, Stenbeck M, Galanis I, Kallberg H, Danis K, Tegnell A, et al. Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: an individually matched case-control study. Lancet Infect Dis. 2019;19(2):165–76. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30485-7
13. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 ×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-

- analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*. 2017;389:1229–37. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32380-7
14. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Høgskolan i Oslo og Akershus; 2014. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
 15. Diderichsen, 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
 16. Marmot M, Goldblatt P, Allen J et al. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Institute of Health Equity; 2010. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
 17. 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.
 18. Statistikmyndigheten SCB. Sveriges framtida befolkning 2021-2070. Solna: SCB; 2021. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401_2021i70_br_be51br2101.pdf
 19. Statistikmyndigheten SCB. Medellivslängden i Sverige. Solna: SCB; 2022. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
 20. Statistikmyndigheten SCB. Nedåtgående trend i barnafödande. Solna: SCB; 2018. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/nedatgaende-trend-i-barnafodande/>
 21. Statistikmyndigheten SCB. Summerad fruktsamhet efter region och kön. År 2000 – 2024. Solna: SCB; 2025. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101H/FruktSamhetSum/table/tableViewLayout1
 22. World Health Organization, WHO. Ageing and health. Genève: World Health Organization; 2022. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 23. Folkhälsomyndigheten. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>
 24. Eurostat. Healthy life years statistics. Luxemburg: Europeiska Kommissionen; 2021. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth
 25. Bengtsson T, Scott K. Population aging and the future of the welfare state: the example of Sweden. *Population and development review*. 2011;37:158-170. doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00382.x
 26. Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikes födda: skillnader i hälsa utifrån födelseland. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2019. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466>
 27. Gilliver SC, Sundquist J, Li X, Sundquist K. Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:72–9. doi: 10.1093/eurpub/cku101

28. Folkhälsomyndigheten. Kärnindikatorer för uppföljning av det folkhälsopolitiska målet. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/05ac0429430847dba4e23e1c5e315b65/karnindikatorer-for-uppfoljning-av-det-folkhalsopolitiska-malet.pdf>
29. 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 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603>
30. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264–82. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001
31. Vågerö D, Garcy AM. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992–96 deep Swedish recession. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):778–83. doi: 10.1093/eurpub/ckw053
32. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2013;8(1):e51333. doi: 10.1371/journal.pone.0051333
33. 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 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://docplayer.se/28074227-Fattigdom-inkomst-och-jamlik-halsa.html>
34. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397–418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036
35. European Environment Agency. Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe. Luxemburg: Publications Office of the European Union; 2020. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthy-lives>
36. World Health Organization, WHO. Noncommunicable diseases: key facts. Genève: World Health Organization; 2022. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
37. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2019. GBD Compare VizHub. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2023. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
38. 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
39. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Digifyiskt vårdval: tillgänglig primärvård basera på behov och kontinuitet. (SOU 2019:42). Stockholm: Norstedts juridik. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/6e378658462844798630946d5bf12fc3/diqifysiskt-vardval--tillganglig-primarvard-baserad-pa-behov-och-kontinuitet.pdf>
40. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
41. Socialstyrelsen, Cancerfonden. Cancer i siffror 2018: populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden; 2018. [citerad 25 februari 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-6-10.pdf>
42. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet*. 2002;359(9302):187-8. doi:10.1016/S0140-6736(02)07466-4

Denna publikation är i första hand ett underlag till regeringen och kan användas för bedömning om Sverige närmar sig det riksdagsbeslutade folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Redovisningen följer det folkhälsopolitiska ramverkets åtta målområden och ger en samlad bild av folkhälsoläget.

Rapporten belyser olika aspekter av hälsan såväl som de viktigaste förutsättningarna för hälsa, hur de fördelas mellan grupper i samhället och hur de utvecklas över tid.

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