

Kapitel 15 – Förändringar i de äldres hälsotillstånd från 1988/89 till 2002/03 – bortfallets betydelse

av Sven-Erik Johansson, Ilija Batljan, Jan Qvist, Jan Sundquist

15.1. Inledning

I detta kapitel analyseras hur de äldres hälsa förändrats mellan 1988/89 och 2002/03, både i termer av absoluta differenser och relativa skillnader. Huvudsyftet är att undersöka hur bortfallet kan tänkas påverka resultaten. Dessa tidpunkter är valda för att mätningarna också skall kunna inkludera individer över 84 år.

För att studera hälsoutvecklingstrender över en längre tid för individer i åldrarna 65-84 år måste alla tillgängliga mätningar inkluderas för att minska effekten av "pucklar" i trenden vissa år. Det görs i de flesta andra kapitel i denna rapport.

Frågan huruvida de äldres hälsa, i synnerhet bland dem över 80 år, förbättrats eller inte under den senaste 10-årsperioden är omdebatterad både nationellt och internationellt. Till exempel har svenska studier omfattande olika perioder visat på delvis olika trender. Batljan och Lagergren (2005) har utifrån analyser gjorda på data från SCB:s Undersökningar av Levnadsförhållanden (ULF) visat att andelen personer med svår ohälsa minskade mellan 1975 och 1999. I en longitudinell studie, där bl.a.

två grupper av 70-åringar jämfördes, hade den yngre gruppen 70-åringar födda 1911/12 genomgående bättre hälsa (t.ex. rapporterade 33 procent färre nedsatt hälsa) än den äldre gruppen födda 1901/02 (Wilhelmson et al, 2002). SWEOLD, en panelundersökning baserad på ett slumpmässigt urval med drygt 500 svarande individer över 76 år, visade å andra sidan att hälsan försämrats mellan 1992 och 2002 (Thorslund et al, 2004) i flera variabler, bl.a. ökade förekomsten av värk bland både män och kvinnor och den självskattade hälsan försämrades kraftigt bland män men förblev oförändrad bland kvinnor. Dessa svenska studier utgör enbart några exempel på den vetenskapliga debatten om utvecklingen av de äldres hälsa.

Tre olika hypoteser brukar lyftas fram i detta sammanhang. Den första hypotesen om "komprimerad sjuklighet" (compression of morbidity) pekar på att förbättrade levnadsvillkor och sundare levnadsvanor leder till att insjuknandet i kroniska sjukdomar, såsom hjärt-/kärlsjukdomar och cancer, skjuts upp till allt högre åldrar och komprimeras. Därmed förskjuts också den funktionsnedsättning dessa sjukdomar vanligtvis leder till. Att antalet levnadsår med god

hälsa (eller antal år utan funktionsnedsättning) ökar snabbare än medellivslängden stöds av olika studier från bl.a. USA (Fries, 1986, 2003), Österrike (Doblhammer & Kytir, 2001) och Frankrike (Robine et al, 1998).

Den rakt motsatta hypotesen om "växande sjuklighet" (expansion of morbidity) hävdar att den förbättrade medicinska behandlingen av de äldre leder till att en större andel personer med hälsoproblem överlever till allt högre åldrar. Den åldersrelaterade sjukligheten kommer härmed att öka i och med att fler allvarligt sjuka överlever (Gruenberg, 1977). Expansionshypotesen stöds av Guralnik (1991), Kaplan (1991) och Olshansky et al (1991). Två nyligen publicerade svenska studier stödjer delvis expansionshypotesen (Rosén & Haglund, 2005; Thorslund et al, 2004).

Den tredje hypotesen, "uppskjuten sjuklighet" (postponement of disease eller dynamic equilibrium) innebär att uppskjutandet av dödsfall till högre åldrar beroende på minskande dödlighet, åtföljs av ett motsvarande uppskjutande av ohälsa och sjukdom (Manton et al, 1995; Manton et al, 1997; Manton och Gu, 2001). Ett antal studier från USA (Freedman & Martin, 1998; Crimmins et al, 1997), Norden (Batljan & Lagergren, 2000; Hagen et al, 2002; och Malmberg et al, 2002) och Nya Zeeland (Graham et al, 2004) stödjer hypotesen om "uppskjuten sjuklighet".

I en översiktsartikel, där de tre hypoteserna diskuteras, föreslår Robine och Michel (2004) att fyra faktorer bör preliminärt vägas in i en teori om åldrande, speciellt sambandet ökande medellivslängd och sjuklighet:

- att en ökad överlevnad bland sjuka individer skulle kunna förklara ökande sjuklighet (expansion of morbidity);
- att en förbättrad behandling av kroniska sjukdomar skulle kunna förklara jämvikten mellan sjunkande

dödlighet och ökande sjuklighet (dynamic equilibrium) ;

- att en förbättrad hälsa och bättre levnadsvanor bland nya grupper av äldre skulle kunna förklara den framskjutna sjukligheten (compression of morbidity);

- att framväxten av en mycket gammal och skör befolkning skulle kunna förklara en ytterligare ökning av sjukligheten (a new expansion of morbidity).

Medan diskussionen om de tre hypoteserna pågår är det alldeles klart, i såväl Sverige som i de flesta andra västländer, att medellivslängden har ökat, att den medicinska behandlingen förbättrats och att levnadsvanorna blivit sundare. Däremot är det oklart hurvida den observerade sjukligheten förändrats till det bättre eller sämre bland det växande antalet äldre. Genomgången av de olika hypoteserna visar att olika studier kommer fram till olika resultat.

De olika resultaten kan i viss utsträckning bero på att få hälsorelaterade studier inkluderar individer över 80 år, att urvalet är för litet eller att bortfallet är stort, vilket resulterar i osäkra slutsatser. En nederländsk studie där man studerade bortfallets (ca 45 procent) betydelse visade att prevalensskattningar (*prevalens används synonymt med förekomst av och andel med ohälsa*) av rökning, alkoholkonsumtion, låg fysiskt aktivitet och dålig självskattad hälsa baserade på de svarande blev bristfälliga (Van Loon et al, 2003).

En annan viktig faktor är hur man definierar hälsa, dvs. vilken eller vilka hälsoindikatorer som används. Är det sjukdomsprevalensen i olika diagnoser, bestämda i t.ex. öppen eller slutet vård, som skall studeras eller är det funktionsnedsättningar eller är det hälsan i vidare mening. Ett grundläggande perspektiv då det gäller de äldres hälsa är hur individerna själva skattar sitt hälsotillstånd. Ett närliggande mått skulle

kunna vara de äldres livskvalitet. I de flesta västländer ligger dock fokus på att mäta funktionsförmågan bland äldre och därmed få kunskap om de äldre kan klara sig själva utan hjälp (Robine 2003). Detta brukar oftast fångas upp via frågor om hur man klarar av olika vardagsaktiviteter, ofta sammanfattat som ADL (aktiviteter för dagligt liv). Vikten av vilka indikatorer som används när man analyserar äldres hälsoutveckling framgår bl.a. av att olika indikatorer ibland visar på motsatta trender. Som exempel visar Rosén och Haglund (2005) i enlighet med expansionshypotesen att andelen äldre med högt blodtryck, hjärt-kärlproblem och diabetes ökade under de senaste tjugo åren. I samma studie går det dock också att finna stöd för uppskjuten eller komprimerad sjuklighet i och med att Rosén och Haglund (2005) visade på ständiga förbättringar av den självupplevda hälsan under de två senaste decennierna. Det är inte bara valet av de olika indikatorerna som har betydelse, utan också besvärens svårighetsgrad spelar roll. Till exempel visar Hum and Simpson (2002) vid en jämförelse mellan kompressions- och expansionshypotesen att de extra åren som läggs till livet troligen är år med lättare funktionsnedsättning.

ULF visar i många avseenden att de äldre fått en förbättrad hälsa. En stor osäkerhetsfaktor när det gäller ULF och liknande urvalsundersökningar är dock det ökande bortfallet, speciellt bland äldre. Bortfallet har också ökat i SWEOLD, men är fortfarande betydligt mindre än i ULF. Å andra sidan har, när det gäller att skatta förändringar, ULF i viss utsträckning visat sig vara en relativt säker källa, eftersom den relativa svarsbenägenheten i olika undergrupper av kön, ålder, H-region och civilstånd varit ganska konstant över tid. Jämför man 1988/89 och 2002/03 finns det skillnader i tre undergrupper (ålder 80-84, civilstånd Övriga och H-region 4-6). Trots detta utgör det ökande bortfallet en möjlig felkälla vid

skattning av hälsotrender. Detta framgår bl.a. av studier gjorda inom Världshälsoorganisationens (WHO) MONICA (multinational MONItoring of trends and determinants in CARdiovascular disease) projekt (Tolonen et al, 2005). Ett problem vid bedömningen av bortfallets effekter är att vi saknar kunskap om ohälsan i bortfallet. Det är också svårt att bedöma om sjukligheten ökat över tid i olika bortfalls-kategorier jämfört med de svarande.

Skillnaderna i dödsrisiker mellan svarande respektive bortfall har använts för att analysera hur hälsobeteende och hälsostatus skiljer sig mellan svarande och bortfall (Jousilahti et al, 2005). Dödlighet brukar också användas som en viktig hälsoindikator, speciellt om man saknar andra relevanta hälsodata. Vi vet att dödligheten i Sverige minskat under de senaste femton åren (figur 1 a och 1 b) i alla åldersgrupper utom bland de allra äldsta och följaktligen har också medellivslängden ökat.

Ett syfte med denna studie är att analysera hur de äldres hälsa mäts med olika ohälsomått och inskränkningar i rörelseförmågan förändrats mellan 1988/89 och 2002/03 i ULF, både i termer av absoluta differenser och relativa skillnader (visas som oddskvoter skattade med en logistisk regression i en modell där man samtidigt tar hänsyn till ålder, civilstånd och H-region).

Huvudsyftet är att undersöka hur bortfallet kan tänkas påverka resultatet i termer av både absoluta och relativa förändringar. De ordinarie efterstratifierade ULF-skattningar jämförs med kalibrerade skattningar¹ baserade på hela urvalet efter imputation (slumpmässig insättning av ett värde) under

¹ Detta innebär att vikter beräknas med hjälpvariabler (i denna studie med ålder, civilstånd och H-region) vars fördelning är känd på befolkningsnivå (Särndal & Lundström, 2005)

antagandet att sjukligheten i de olika bortfallskategorierna följer samma mönster som dödligheten.

Därutöver jämförs skattningen av förändringen av nedsatt hälsotillstånd i ULF med motsvarande i SWEOLD (Thorslund et al, 2004) i åldrarna över 76 år.

Vår generella hypotes är att ohälsa och funktionsnedsättningar minskade i åldrarna 65-84 år, men förblev oförändrade bland de allra äldsta dvs. de som är i åldrarna över 84 år.

15.2. Metod

De ULF-undersökningar vi studerar avser åren 1988/89 och 2002/03. Dessa undersökningar har, till skillnad för de övriga årliga ULF-undersökningarna, ett förstärkt urval av äldre personer utan övre åldersgräns (även 2004/05 saknar övre åldersgräns).

Följande självrapporterade variabler, som mätt på ohälsa studeras:

Självskattat hälsotillstånd

- **Nedsatt hälsotillstånd:** "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" "Dåligt eller något mellan gott och dåligt" (1988/89) respektive "Någorlunda, dåligt eller mycket dåligt" (2002/03).

- **Dåligt hälsotillstånd (del av föregående tillstånd):** "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" "Dåligt" (1988/89) respektive "Dåligt eller mycket dåligt" (2002/03).

Sjukdomar

- **Svåra eller mycket svåra sjukdomar:** "Har du någon långvarig sjukdom med svåra eller mycket svåra besvär? Ja."

- **Högt blodtryck:** "Har du högt blodtryck? Ja." eller ICD-9 diagnoserna 401-405 eller använder blodtryckssänkande mediciner.

- **Diabetes:** "Har du diabetes? Ja." eller ICD-9 diagnosen 250.

Psykiska problem, psykosomatiska besvär och värk:

- **Ångest:** "Har du oro eller ångest? Ja, svåra eller lätta."

- **Trötthet (tre frågor):** "Har du haft svårt att komma igång på morgnarna?" eller "Har du känt dig påfallande trött om dagarna?" eller "Har du känt dig påfallande trött om kvällarna?" Om "Ja" på någon av frågorna.

- **Sömnbesvär:** "Har du besvär med sömnen? Ja."

- **Värk (tre frågor):** "Har du värk i skuldror, nacke, axlar eller värk eller smärtor i händer, armbågar, ben, knän eller ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?" "Ja, svåra eller lätta besvär" på någon av frågorna.

- **Svår värk (tre frågor, se ovan):** "Ja, svåra besvär" på någon av frågorna.

Inskränkningar i rörelseförmågan

- **Rörelsehinder:** Sägs de ha som dels inte anser sig kunna springa en kortare sträcka, dels inte kan stiga på en buss obehindrat och/eller inte kan ta en kortare promenad i någorlunda rask takt.

- **Svårt rörelsehindre:** Sägs de personer med rörelsehinder vara som behöver hjälp av annan person för att förflytta sig eller som använder hjälpmedel vid förflyttning.

- **Inskränkningar i IADL (instrumentella aktiviteter för dagligt liv):** Har personer med funktionsnedsättning som behöver hjälp med matlagning eller städning eller tvättning eller inköp av livsmedel.

- **Inskränkningar i PADL (personliga aktiviteter för dagligt liv):** Har personer med funktionsnedsättning som behöver hjälp med förutom matlagning och städning och tvättning och inköp av livsmedel, också med att bada eller att stiga upp och lägga sig eller på- och avklädning.

- **Behov av hjälp pga. sjukdom:** "Medför den sjukdom du har att du behöver hjälp med något för att klara av ditt dagliga liv? Ja."

ULF-undersökningen görs genom besöksintervjuer och i undantagsfall per telefon. Ibland görs *indirekta intervjuer* med t.ex. anhörig om svarande behöver särskilt stöd.

I allmänhet ökar ohälsan och funktionsförmågan försämrats kraftigt per 5-årsklass i åldrarna över 64 år. Därför presenteras resultatet efter kön och ålder i 5-årsklasser, samt totalt vid respektive tidpunkt. Den utförliga åldersredovisningen medför en sämre precision i skattningarna, men man får istället en bättre bild av hur ohälsan ökar med tilltagande ålder och hur den förändras över tid i olika åldersklasser (tendenser). Med tendenser menas att flera åldersklasser visar samma riktning i termer av ökande/minskande ohälsa utan att vara signifikanta beroende på dålig precision pga. litet antal individer i gruppen.

Skattningar av olika ohälsomått baserade på ULF-data redovisas oftast som andelar (förekomst eller prevalens, vanligen i procent; dessa uttryck används synonymt i detta kapitel) i olika befolkningsgrupper. Resultaten redovisas också som absoluta skillnader (procentenheter) mellan åren 1988/89 och 2002/03 med signifikantest. För att skatta den relativa förändringen mellan åren används logistisk regression justerad för ålder, civilstånd och geografisk region (riket delas in i sex homogenitetsregioner förkortat H-region). Detta betyder att man tar hänsyn till eventuella förändringar i fördelning av dessa variabler och kan betraktas som en form av standardisering.

Bortfallsutveckling

Bortfallet i ULF ökade betydligt mellan 1988/89 och 2002/03, från totalt 21,9 till 27,0 procent i åldrarna över 64 år. Bortfallet var genomgående lägre bland

män än bland kvinnor. Det ökade från 19,7 till 23,9 procent bland männen (tabell 15.1b), och, från 23,6 till 29,3 procent bland kvinnorna (tabell 15.1c). I åldrarna 65-74 år var ökningen måttlig, medan den var betydligt större bland dem över 79 år. Bland män ökade andelen som ej kunde delta pga. sjukdom från 4,7 till 5,8 procent och bland kvinnor från 6,8 till 8,9 procent. Andelen som avböjde medverkan visade största ökningen, 2,0 och 2,4 procentenheter, bland män respektive kvinnor.

Bortfallskompensation

I ULF sker bortfallskompensation genom att procenttal skattas genom vägning med efterstratifierade vikter (urval och befolkning delas in i ett nittiotal strata, varvid vikten beräknas genom att dividera antalet i befolkningen med antalet svarande i urvalet i respektive stratum). Strata är baserade på kön, ålder, civilstånd och H-region. Dessa vikter kompenserar för bortfallet och bidrar till att få så korrekt skattning som möjligt. Vikterna summerar sig till befolkningen i efterstrata. Ett annat sätt att kompensera för bortfall är att imputera värden (slumpmässig insättning av ett värde bland icke-svarande), men det är ofta svårt att finna en mekanism för imputation. När det gäller hälsa är det lättare, eftersom det finns ett starkt samband mellan olika former av självrapporterad ohälsa, inskränkningar i IADL/PADL och dödlighet (Corraro et al 1991; Fried et al 1998; Idler et al 1990; Mossey & Shapiro 1982; Pudaric et al 2003; Sundquist & Johansson 1997). Därför kan dödligheten utnyttjas för att approximativt skatta sjukligheten i bortfallet. Sådan imputation benämns ofta "expertbedömning" eller "bästa möjliga bedömning" och är i detta fall kombinerad med en regression (Särndal & Lundström, 2005).

I ett första steg analyserades hela urvalet med avseende på dödlighet i olika åldersgrupper justerat för kön, ålder, civilstånd och H-region, varvid riskerna

för de icke-svarande i kategorierna "kan ej delta pga. sjukdom", "ej återfunna" och "avböjt medverkan" skattades. Man fann då att de som "ej kan delta pga. sjukdom" och "ej återfunna" hade högre dödlighet än de svarande, medan de som "avböjt medverkan" hade ungefär samma dödlighet som de svarande oavsett åldersgrupp (tabell 15.2).

I ett andra steg och i ett värsta scenario antas att de som "ej kan delta pga. sjukdom" har en fördubblad förekomst av ohälsa i olika dimensioner (tabell 15.2) jämfört med de svarande, medan "ej återfunna" antas ha i genomsnitt 20 procent högre förekomst av ohälsa än de svarande (risken=1). De som "avböjt medverkan", den största bortfallsgruppen, antas ha samma förekomst av ohälsa som de svarande. Skattningar för olika ohälsovariabler baserade på de svarande uppräknades för bortfallsgrupperna enligt dessa antaganden. Exempel: om en skattning bland de svarande i en viss åldersgrupp är 20 procent, blir skattningen för "ej återfunna" 1,2 gånger större, dvs. 24 procent. Därefter görs enligt denna förutsättning slumpmässiga imputationer bland "ej återfunna" i respektive åldersgrupp. Slutligen beräknas skattningar baserade på hela urvalet med de nya kalibrerade vikterna (efter ålder, civilstånd och H-region). Liknande risker för de olika bortfallsgrupper erhöles också om man baserade beräkningarna på sjukhusinläggningar.

Eftersom de icke-svarande totalt har högre dödlighet än de svarande kommer förekomsten av sjuklighet att öka, medan absoluta förändringar och relativa skillnader över tid förväntas bli ungefär desamma, även när man tar hänsyn till bortfallet. Prevalensökningen blir troligen inte så stor som förväntat om man ser bortfallet som helhet, eftersom de som "avböjt medverkan", den största bortfallsgruppen, antas ha samma sjuklighet som de svarande. Ytterligare en viktig faktor att ta hänsyn

till i analyserna är att åldersfördelningen bland dem över 64 år förändrats kraftigt över tidsperioden. Totalskattningar för 1988/89 standardiseras därför till 2002/03:s befolkning.

15.3 En åldrande befolkning och hälsan

Befolknings- och dödlighetsutveckling

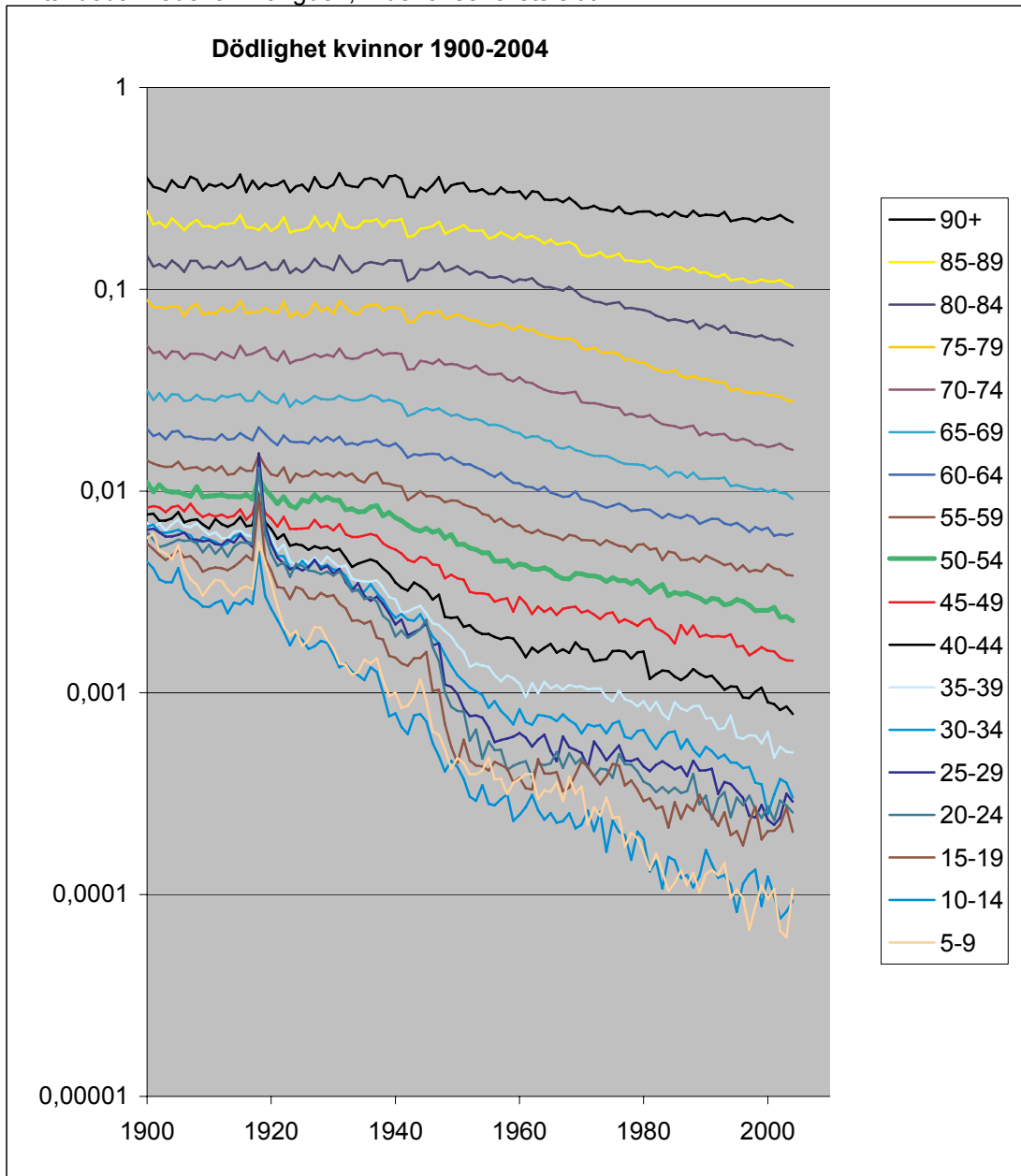
Andelen av befolkningen i åldrarna över 74 år bland dem över 64 år ökade betydligt från 1988/89 till 2002/03, bland männen från 40,1 procent till 48,3 procent och bland kvinnorna från 47,2 till 55,6 procent (tabell 15.3). Den totala befolkningsökningen under tidsperioden i åldrarna över 74 år var 50 000 och 70 000 för män respektive kvinnor. Dödstalen under studieperioden var i stort oförändrade för både män och kvinnor över 84 år. Däremot sjönk dödstalen i varje 5-årsklass i åldrarna 65-84 år oavsett kön (Figur 1 a och 1 b). Nedgången berodde främst på minskad dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar, medan dödligheten i tumörsjukdomar var oförändrad. Övriga sjukdomar, betraktade som en grupp, visade t.o.m. en uppgång.

I det följande redovisas utvecklingen av hälsotillståndet i befolkningen, som i antal och andel nått allt högre åldrar, mellan 1988/89 till 2002/03. Redovisningen sker med ett omfattande tabellmaterial (tabellerna 15.15.4-15.15.18) och en summerande beskrivning i det följande (se även tabellerna 15.15.19-15.15.20).

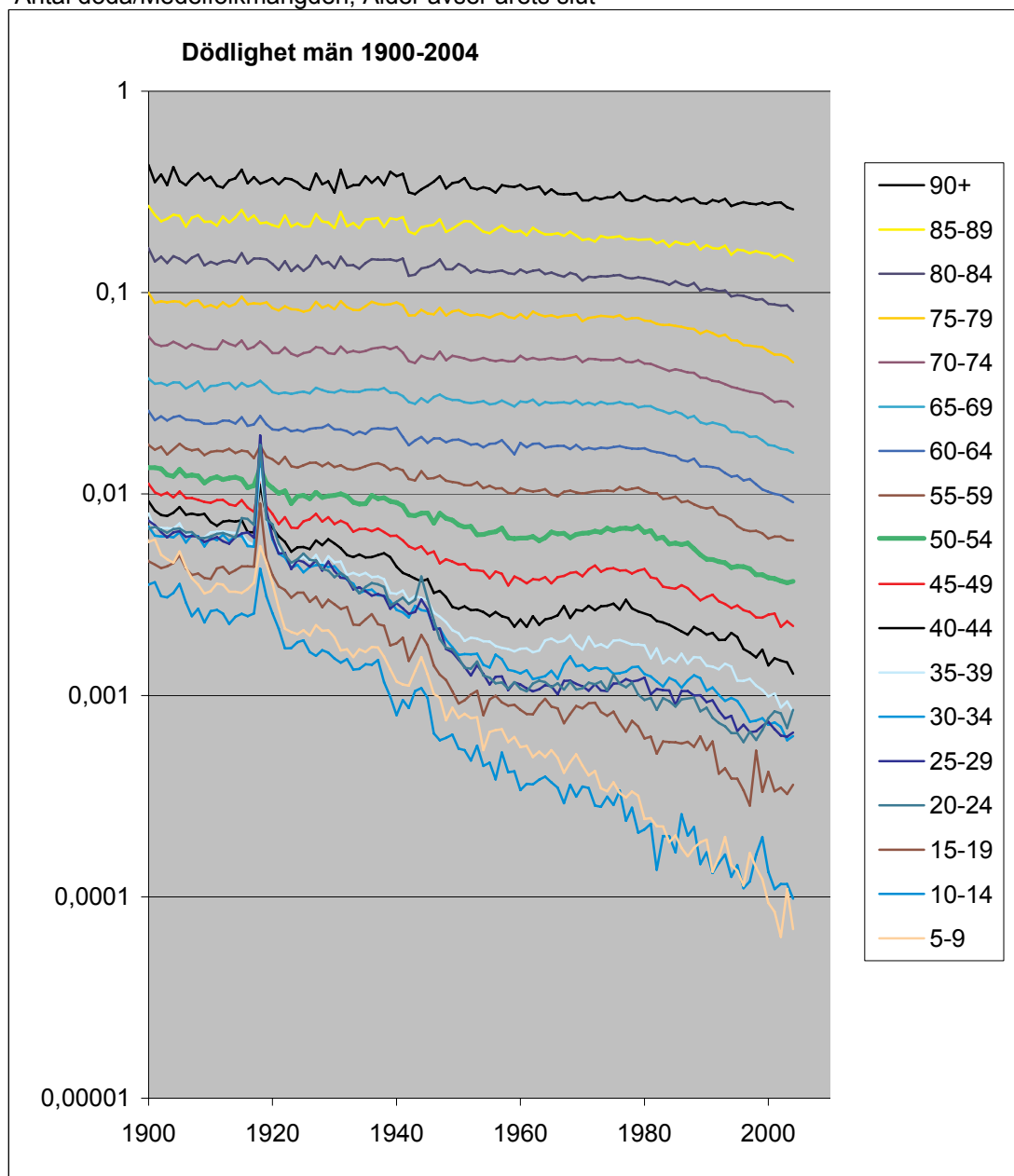
Självskattat hälsotillstånd

Då det gäller den självskattade ohälsan minskade andelen med "nedsatt hälsa" i befolkningen. Denna kategori inkluderar även svårare former av ohälsa enligt definitionen. Kategorin "dåligt hälsotillstånd" har däremot inte minskat i någon större utsträckning, vilket pekar på att det är lättare ohälsa som förändrats mest.

Figur 1 a Dödlighet kvinnor 1900-2004
 Antal döda/Medelfolkmängden; Ålder avser årets slut



Figur 1 b Dödlighet män 1900-2004
Antal döda/Medelfolkmängden; Ålder avser årets slut



Både män och kvinnor rapporterade *nedsett hälsotillstånd* i signifikant lägre grad 2002/03 än 1988/89, ca 5 respektive 3 procentenheter (tabell 15.4a och 4 b), oavsett om analysen var baserad på de svarande eller hela urvalet med imputation. Minskningen skedde främst i åldrarna 65-79 år. Den relativa förbättringen med kontroll för ålder, civilstånd och H-region var ca 20 procent bland männen och drygt 10 procent bland kvinnorna (tabell 15.4 a och 15.4 b).

Däremot var det varken absolut eller relativt några förändringar i förekomsten av *dåligt hälsotillstånd*. Endast kvinnor 70-74 år rapporterade en svag signifikant förbättring från 1988/89 till 2002/03 (tabell 15.5 a och 15.5 b). För männens del finns dock tendenser till förbättring i flera åldrar från 75-89 års ålder.

Förekomst av sjukdomar

Den relativa förekomsten av långvariga sjukdomar som helhet har varit oförändrad under perioden 1988/89 och 2002/03. De stora sjukdomsgrupperna högt blodtryck och diabetes bland män har dock ökat.

Andelen personer med *långvariga sjukdomar med svåra eller mycket svåra besvär* förändrades varken absolut eller relativt över tiden, med ett undantag, män 85-89 år som rapporterade signifikant färre sjukdomar 2002/03 än 1988/89 (15.15.6 a och 15.6 b). Detta är i samklang med den oförändrade utvecklingen av andelen som rapporterar "dålig hälsa".

Både män och kvinnor rapporterade signifikant högre prevalens av *högt blodtryck*. Den absoluta ökningen låg mellan 6 och 8 procentenheter, medan den relativa var cirka 40 procent (tabell 15.7 a och 15.7 b). Detta gäller oavsett om analysen var baserad på de svarande eller hela urvalet med imputation. Ökningen skedde främst i åldrarna 75-89 år.

Män över 79 år rapporterade signifikant större förekomst av *diabetes* 2002/03 än 1988/89 (tabell 15.8 a). Den totala ökningen var cirka 3 procentenheter och var signifikant på 5-procentsnivån endast i analysen baserad på hela urvalet med imputation. Bland kvinnor var prevalensen av diabetes oförändrad både totalt och i alla åldersgrupper (tabell 15.8 b).

Psykiska problem, psykosomatiska besvär och värk

Sammanfattningsvis gäller för denna typ av hälsoproblem att bland män har andelen med ångest ökat, dock från en betydligt lägre nivå än för kvinnor, medan bland kvinnor andelen med sömnbesvär ökat. För både män och kvinnor har andelen med lättare värk ökat något.

Män rapporterade signifikant mer *ångest* 2002/03 än 1988/89 (tabell 15.9 a). Den absoluta ökningen var ca 4 procentenheter och den relativa ca 40 procent. Alla åldersgrupper visade samma tendens, men endast ökningen i åldersgruppen 65-69 år var signifikant. Kvinnor rapporterade ångest i samma utsträckning vid båda tillfällena (tabell 15.9 b). Oavsett om analysen var baserad på de svarande eller på hela urvalet med imputation erhöles likartade resultat, både absolut och relativt.

Prevalensen av *trötthet* var oförändrad mellan tidpunkterna, oberoende av kön, ålder och metod (tabell 15.10 a och 10 b). Trötthet var nästan två gånger vanligare bland kvinnor (8,7 procent) än bland män (4,7 procent).

Männen hade oförändrad prevalens av sömnbesvär, 21 procent totalt (tabell 15.11 a), jämfört med drygt 42 procent för kvinnor. Bland kvinnor ökade *sömnbesvären* signifikant med ca 6 procentenheter från 1988/89 till 2002/03 (tabell 15.11 b). Den relativa ökningen var cirka 30 procent. Uppgången skedde främst i åldrarna 65-79 år.

Såväl män som kvinnor rapporterade, både absolut och relativt, signifikant

mer värk (inkluderar också svår värk) 2002/03 än 1988/89 (tabell 15.12 a och 15.12 b). Den absoluta ökningen var ca 3 procentenheter bland män och 5 procentenheter bland kvinnor, medan den relativa ökningen var ca 20 respektive 30 procent. Bland män var ökningen störst i åldersgruppen 80-84 år och bland kvinnor i åldersgrupperna 70-74 och 85-89 år. Återigen var resultaten ganska lika, oberoende av om analysen var baserad på de svarande eller på hela urvalet med imputation.

Om man speciellt studerar andelen med svår värk finns det totalt sett inga förändringar. Detta tyder på att det är andelen personer med lättare värk som ökat. Det kan dock nämnas att i detta fall hade bortfallet en viss betydelse. Män rapporterade mindre frekvent svår värk 2002/03 än 1988/89 (tabell 15.13 a), medan kvinnor rapporterade signifikant mer svår värk (tabell 15.13 b). Denna minskning respektive ökning fanns enbart i analysen baserad på hela urvalet med imputation. Förändringen var även knuten till vissa åldersgrupper. Bland män minskade dock andelen med svår värk signifikant enbart bland 75-79-åringar och bland kvinnor ökade den svåra värken signifikant bland 85-89-åringar ($p < 0,10$).

Inskränkningar i rörelseförmågan

Mindre andel med rörelsehinder rapporteras. Dessutom har andelen med behov av hjälp i aktiviteter för dagligt liv minskat.

Både män och kvinnor rapporterade signifikant mindre förekomst av rörelsehinder 2002/03 än 1988/89 (tabell 15.14 a och 15.14 b). Den absoluta nedgången var 8,4 procentenheter bland män och 5,1 procentenheter bland kvinnor. Motsvarande relativ minskning var 43 respektive 23 procent. Nedgången skedde främst i åldrarna 65-84 år. Likartade resultat erhöles oavsett om analysen var baserad på de svarande eller på hela urvalet med imputation, både absolut och relativt.

Minskningen av svårt rörelsehinder var inte lika markant, endast män visade signifikant mindre svårt rörelsehinder 2002/03 än 1988/89, både absolut och relativt, främst i åldrarna 75-84 år (tabell 15.15 a). Kvinnor i åldersgruppen 80-84 år rapporterade också en signifikant nedgång, från ca 44 till 36 procent (tabell 15.15 b). Kvinnor totalt hade en tendens till minskning ($p < 0,10$) när analysen baserades på hela urvalet med imputation.

Förekomsten av inskränkningar i I ADL (instrumentella aktiviteter för dagligt liv, t.ex. hjälp med att handla) minskade signifikant både totalt och i de flesta åldersgrupper och bland såväl män som kvinnor (tabell 15.16 a och 16 b). Den absoluta nedgången var drygt 11 procentenheter bland män och drygt 8 procentenheter bland kvinnor. Den relativa minskningen var ca 60 respektive 37 procent.

Inskränkningar i PADL (personliga aktiviteter för dagligt liv, t.ex. hjälp med att tvätta sig) minskade också signifikant från 1988/89 (9,5 procent) till 2002/03 (6,7 procent) bland män baserat på de svarande, främst i åldrarna 80-89 år (tabell 15.17 a). Totalt var den absoluta minskningen ca 2,5 procentenheter och den relativa ca 30 procent. Kvinnor låg oförändrat kvar på nivån 11 procent (tabell 15.17 b).

Behov av hjälp pga. sjukdomar minskade bland både män och kvinnor från 1988/89 till 2002/03 i absoluta tal mellan 4 och 5 procentenheter (tabell 15.18 a och 18 b). Relativt var minskningen mellan 23 och 39 procent justerat för ålder, civilstånd och H-region. Nedgången ägde rum främst i åldrarna 70-84 år. Oavsett vilka data analyserna var baserade på blev resultaten nästa identiska, både absolut och relativt.

Sammanfattande tabeller

I tabellerna 19-20 sammanfattas resultaten från tabellerna 4-18 både i termer av absoluta och relativa differenser ef-

ter kön och ålder. I termer av signifikans fanns endast en avvikelse (kvinnor med svår värk) i differensskattningar mellan 2002/03 och 1988/89 beroende på om analyserna var baserade på enbart de svarande eller på hela urvalet med imputationer (tabell 15.19 a och 15.19 b).

Bland män hade åldersgrupperna 70-74, 75-79 och 80-84 år den mest gynnsamma hälsoutvecklingen under tidsperioden, medan den yngsta och äldsta åldersgruppen visade endast smärre förbättringar (tabell 15.20 a). Kvinnor i åldersgruppen 70-74 år visade en förbättrad hälsa i fem hälsoindikatorer, medan den äldsta åldersgruppen var oförändrad i samtliga hälsoindikatorer (tabell 15.20 b).

Det fanns skillnader i termer av signifikans inom åldersgrupper vid tre tillfällen mellan analyser baserade på enbart de svarande och på hela urvalet med imputationer, både bland män och bland kvinnor. I samtliga fall var det, som väntat, analyser baserade på hela urvalet som visade signifikanta resultat. Eftersom antalet test är mycket stort kan man förvänta sig slumpmässiga skillnader i resultat. Dessutom är flera av åldersgrupperna ganska små.

Sett över alla analyser är det mycket små skillnader i både absoluta och relativa differenser, oberoende av om analyserna är baserade på enbart de svarande eller på hela urvalet med imputation.

15.4 Diskussion

Sammanfattningsvis har hälsan förbättrats i vissa avseenden men i övrigt förblivit oförändrad eller t.o.m. försämrats i åldrarna 65 år och uppåt, när man tar hänsyn till enbart två mättidpunkter. I kapitlen 12 och 13 studeras trendutvecklingen över hela tidsperioden i åldrarna 65-84 år, vilket utgör ULF:s stora styrka.

Andelen personer med hälsotillståndet *nedfatt hälsa* har minskat, vilket

även gäller andelen med *rörelsehinder*. Vissa specifika sjukdomar samt psykiska problem och värk har dock ökat något.

Vår hypotes att de flesta hälsoförbättringar skedde främst i åldersspannet 65-84 år stämmer väl, men även gruppen 85-89 år rapporterade i vissa avseenden bättre hälsa 2002/03 än 1988/89.

Det metodologiskt viktigaste resultatet är att analyser baserade på antingen de svarande eller hela urvalet med imputation ger ungefär samma *absoluta differenser* (största skillnad mellan differenser var 1,8 procentenheter) och ungefär samma *relativa skillnader* (största skillnad mellan oddskvoter var 0,15). Detta gäller både män och kvinnor totalt. Endast en analys, svår värk bland kvinnor, visade skillnader i termer av signifikans. Vid de åldersgruppsvisa analyserna fanns det tre avvikelser. Detta betyder att bortfallet spelar mindre roll för slutsatser om hur ohälsan förändrats absolut eller relativt över tid. Vi kan alltså förlita oss på förändringskattningar baserade på de svarande, givet att redovisningsgruppen är tillräckligt stor.

Ett annat metodologiskt, intressant fynd är att *förekomsten (prevalensen)* av ohälsa, som väntat, ökade när analysen var baserad på hela urvalet med imputation jämfört med om analysen var baserad enbart på de svarande. Underskattningen av prevalensen, baserad på de svarande, var i regel under 3 procentenheter, men kunde i enstaka fall vara upp till drygt 4 procentenheter. Det är således inte några radikala underskattningar av ohälsaförekomsten som inträffar, när man baserar analyserna på de svarande. Detta stöds av dödlighetsdata, där man fick att andelen döda bland de svarande var 7,5 procent bland de svarande och 8,1 procent bland nettourvalet med en uppföljningstid på i genomsnitt 7 år (SCB, 2001, Appendix 17 i serien Levnadsförhållanden).

De teorier som inledningsvis relaterades kan i viss mån stödjas när man tar hänsyn till endast två mätpunkter. Utvecklingen visar överensstämmelse med teorin om "komprimerad sjuklighet". De hälsoförbättringar som kunde observeras stämmer med den teorin. Detta kan i viss mån också gälla teorin om "uppskjuten sjuklighet". Ökningen i vissa sjukdomstillstånd visar även partiell överensstämmelse med teorin om "växande sjuklighet".

Övergripande hälsomått och specifika sjukdomar

Det övergripande hälsomåttet *ned satt hälsotillstånd* visade en relativ förbättring (ca 10-20 procent) i ULF både bland män och kvinnor mellan 1988/89 och 2002/03, främst i åldrarna 65-79 år. Detta stämmer väl med Wilhelmson et al (2002), som visade ett förbättrat hälsotillstånd bland 70-åriga män och kvinnor med drygt 30 procent relativt sett i den yngre gruppen född 1911/12 jämfört med den äldre gruppen född 1901/02.

Lägg speciellt märke till att det i ULF även finns en tendens till nedgång i andelen med *dåligt hälsotillstånd* för män i åldern 75 år till 89 år.

Däremot var prevalensen av minst en svår eller mycket svår sjukdom i stort sett oförändrad under tidsperioden både bland män och bland kvinnor, vilket är i enlighet med engelska data från General Household Survey (Walker et al, 2002) där man inte heller fann några förändringar mellan 1985 och 2001, varken bland män eller kvinnor i åldrarna över 64 år.

Vad gäller specifika sjukdomstillstånd, ökade prevalensen av högt blodtryck kraftigt bland både män och kvinnor, troligen beroende på ökad upptäckt, bättre behandling och ändrade gränser. Enligt rekommendationerna från 1999 WHO/ISH Hypertension Guidelines (hypertoni ≥ 140 systoliskt och ≥ 90 diastoliskt blodtryck) skall

även fler äldre behandlas med blodtrycksmedicin än tidigare. Högt blodtryck är en betydande riskfaktor för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar. Behandlingen har förbättrats och medicineringen har ökat, men högt blodtryck är fortfarande ett allvarligt hälsoproblem. Det finns en tvekan hos läkarna att förskriva blodtryckssänkande läkemedel och äldre patienter med lättare blodtrycksstegring fick ingen behandling trots att rekommendationerna säger att de skall ha behandling (Persson et al, 2004).

Förekomsten av diabetes ökade bland män, men var oförändrad bland kvinnor. Diabetes är ett växande problem i hela världen och är dessutom en viktig riskfaktor för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar. Den globala förekomsten av diabetes uppskattades år 2000 till mellan 12 och 15 procent i åldrarna över 64 år (Wild et al, 2004), män något lägre än kvinnor. I ULF varierade förekomsten av diabetes bland män i dessa åldrar mellan 9 och 21 procent, medan kvinnor hade betydligt lägre prevalens, omkring 10 procent oberoende av ålder. Osäkerheten i skattningarna borde inte vara så stor, eftersom det frågas direkt om respondenten har diabetes eller inte. Enligt en studie baserad på Skaraborgs län ökade prevalensen med 6 procent per år, men inte incidensen (Berger et al, 1999). I Monica-studien (Decode study group, 2003) fann man i åldern 70-74 år en prevalens på 13,9 procent diagnostiserad diabetes bland män och 8,3 procent bland kvinnor. Detta kan jämföras med motsvarande prevalenser i ULF 2002/03 baserade på de svarande: 10,3 respektive 10,9 procent, alltså en ganska god överensstämmelse. Monica-studiens data är dock äldre än data i denna studie. Våra resultat stämmer också överens med Rosén och Haglund (2005) som bl.a. visar att andelen äldre med högt blodtryck och diabetes ökat under de senaste tjugo åren i Sverige.

Psykiska problem, värk och psykosomatiska besvär

Självrapporterad ångest ökade till 12 procent bland män, medan kvinnor låg kvar på ca 28 procent. I en holländsk studie (van Hout et al, 2004) fann man en kliniskt diagnostiserad ångestprevalens på 12,5 och 20,3 procent för män respektive kvinnor i åldrarna 55-85 år. Ångest är ett allvarigare hälsoproblem för män än för kvinnor, eftersom samma studie också visade att män som led av ångest hade en 78 procent högre dödsrisk än män som inte lider av ångest, medan kvinnor med ångest inte hade någon förhöjd dödsrisk. Ångest är vidare en stark riskfaktor för självmord för både män och kvinnor enligt en svensk studie (Ringbäck & Rosén 2005). De relativa riskerna är i samstämmighet med studien ovan mycket högre för män än för kvinnor.

Både män och kvinnor rapporterade relativt sett ca 30 procent mer värk 2002/03 än 1988/89, vilket är i överensstämmelse med SWEOLD (Parker et al, 2005), som också visade på kraftigt signifikanta ökning, främst värk i armar och ben.

Trötthet är inte något särskilt frekvent problem bland äldre (ca 5 procent bland män och drygt 8 procent bland kvinnor). Detta är i enlighet med en kanadensisk studie (Rockwood et al, 2001) där prevalenserna var 6,4 och 8,1 procent bland män respektive kvinnor. Samma studie visade också att det finns ett starkt samband mellan trötthet och 5-års dödlighet. Både män och kvinnor äldre än 64 år som led av trötthet hade ca 63 procent högre dödsrisk än de som inte led av trötthet. Således, trötthet är ett allvarligt hälsoproblem bland äldre.

Bland kvinnor ökade sömnproblemen under tidsperioden. Kvinnor rapporterade mer sömnproblem än män, 38,3 respektive 20,0 procent, vilket är i överensstämmelse med en annan svensk studie, Kungsholmenprojektet (Giron et al, 2002), där prevalensen av kliniskt identifierade sömnproblem för kvinnor

var 38,1 procent och för män 24,6 procent. Medelåldern för deltagarna i den studien var dock ca 87 år.

Inskränkningar i rörelseförmågan

Förekomsten av rörelsehinder minskade kraftigt från 1988/89 till 2002/03.

Inskränkningar i IADL minskade också mycket kraftigt under tidsperioden både bland män och bland kvinnor, på samma sätt som behovet av hjälp pga. sjukdom. Inskränkningar i PADL minskade för män, medan andelen kvinnor med PADL-inskränkningar var oförändrad. Dessa resultat är i enlighet med flera amerikanska studier (Manton & Gu, 2001; Waidmann & Liu, 2000; Freedman et al 2002) och en finsk studie (Sulander et al 2003) som visade att funktionsförmågan med avseende på IADL, och mätt på liknande sätt som i ULF, förbättrades både bland män och bland kvinnor från 1985 till 1999 i åldrarna 65-79 år. De olika trenderna när det gäller ökad prevalens av sjukdomar och minskad prevalens av funktionsnedsättningar kan delvis förklaras av att förekomsten av en sjukdom verkar leda till mindre funktionsnedsättning idag än den gjorde tidigare (Crimmins, 2004), och delvis av förbättringar när det gäller tillgång till hjälpmedel och en mer anpassad omgivning (Spillman, 2004; Freedman et al, 2004). En annan delförklaring kan kanske vara bättre diagnosmetoder (ofta i kombination med förändrade gränsvärden) med tidigare upptäckt och bättre behandling som följd.

Jämförelse med SWEOLD

Vid en jämförelse mellan SWEOLD och ULF vad gäller förändring av hälsotillståndet mellan 1992 och 2002 respektive mellan 1988/89 och 2002/03 i åldrarna 77 år och uppåt, finner man att kvinnorna i båda undersökningarna rapporterade oförändrat hälsotillstånd (tabell 15.21 a). Däremot visade männen i ULF en signifikant förbättring på 7 procentenheter jämfört med SWEOLD, där

männen visade en mycket kraftig försämring. I ULF skedde förbättringen främst i åldersgruppen 80-84 år (tabell 15.21 b). Vad denna skillnad beror på kan vi bara spekulera i, men en möjlig orsak kan vara urvalsstorleken som är mer än dubbelt så stor i ULF som i SWEOLD. Prevalenserna var rimligt lika vid den senare tidpunkten. Där- emot visade SWEOLD en totalprevalens på endast 36,1 procent vid första tidpunkten, vilket ligger på samma nivå som ULF:s 65-74-åringar.

Framgångsrikt åldrande

Vi nämnde inledningsvis att ett mått på hälsa kunde vara de äldres livskvalitet. Tyvärr saknar ULF frågor om hur de äldre upplever olika aspekter av åld-

randet. I en longitudinell studie om framgångsrikt åldrande visar Vaillant och Mukamal (2001) att de som skattade sig som lyckliga/välmående hade hälsosammare livsstil, bl.a. mer fysiskt aktiva, hade mognare försvarsmekanismer och levde i ett lyckligt äktenskap än de som skattade sig som olyckliga/sjuka. Alla dessa faktorer bedömdes som påverkbara. De lyckliga/välmående levde också längre och funktionsnedsättningar inträffade senare i livet. En mycket negativ faktor för framgångsrikt åldrande var att drabbas av en depression. En nackdel med denna studie är urvalet av deltagare och urvalsstorlek.

Sammanfattning 15.5

En åldrande befolkning

Befolkningen i åldrarna över 74 år ökade kraftigt från 1988/89 till 2002/03.

Medellivslängden ökade också under samma tidsperiod, främst beroende på minskad dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar.

Bortfallet

Bortfallet i ULF steg kraftigt mellan 1988/89 och 2002/03, från totalt 21,9 till 27,0 procent i åldrarna över 64 år. Dock förändrades inte bortfallsmönstret i någon större omfattning mellan tidpunkterna.

För att testa bortfallets betydelse skattades hälso- och funktionsförändringar mellan de två tidpunkterna i femton variabler.

Hälso- och funktionsförändringar

I stort följer män och kvinnor samma mönster av hälsoförbättring mellan 1988/89 och 2002/03 i variablerna nedfattat hälsotillstånd, rörelsehinder och inskränkningar i IADL (instrumentella aktiviteter för dagligt liv, t.ex. hjälp med att handla). Män hade emellertid en mer gynnsam utveckling än kvinnor också i variablerna svårt rörelsehinder och inskränkningar i PADL (personliga aktiviteter för dagligt liv, t.ex. hjälp med att tvätta sig). När det gäller hälsoförsämringar hade män en mer negativ utveckling än kvinnor i förekomst av diabetes och ångest, medan enbart kvinnor rapporterade en ökning av sömnbesvären från 1988/89 till 2002/03. Både män och kvinnor visade en ökad andel med högt blodtryck och värk under tidsperioden.

Bland män hade åldersgrupperna 70-74, 75-79 och 80-84 år den mest gynnsamma hälsoutvecklingen under tidsperioden, medan den yngsta och äldsta åldersgruppen endast visade smärre

förbättringar. Kvinnor i åldersgruppen 70-74 år visade en klart förbättrad hälsa i fem hälsoindikatorer, medan den äldsta åldersgruppen var oförändrad i samtliga hälsoindikatorer.

Bortfallets betydelse

Analyser baserade på enbart de svarande eller hela urvalet med imputation (slumpmässig insättning av ett värde bland icke-svarande) resulterade i ungefär samma absoluta och relativa förändringar i ohälsa i de allra flesta fall, både totalt per kön och efter åldersgrupp. I *absoluta differenser* var största skillnaden mellan differenser 1,8 procentenheter och i *relativa skillnader* var största skillnaden i oddskvoter 0,15 oavsett kön. Detta betyder att bortfallet spelar mindre roll om man vill studera förändringar, både absolut och relativt. I mindre redovisningsgrupper blir osäkerheten större och därmed kan skillnaderna vara större.

Däremot var förekomst (prevalens) av ohälsa och funktionsförmåga genomgående högre när analysen baserades på hela urvalet jämfört med om den baserades på enbart de svarande. Underskattningen var mestadels liten (< 3 procentenheter), men kunde i enstaka fall vara upp till drygt 4 procentenheter.

I termer av signifikanser fanns endast en avvikelse (kvinnor med svår värk) i differensskattningar mellan 2002/03 och 1988/89, beroende på om analyserna var baserade på enbart de svarande eller på hela urvalet med slumpmässig insättning av värden (imputationer).

Oberoende om analyserna var baserade på enbart de svarande eller på hela urvalet med imputationer fanns det få skillnader inom åldersgrupper i termer av signifikanser, totalt tre per kön. I samtliga fall var det, som väntat, analyser baserade på hela urvalet som var signifikanta.

Referenser

- Batljan, I. Lagergren, M. (2005). Future demand for formal long-term care in Sweden. *European Journal of Ageing*; 2(3):216-24.
- Batljan I, Lagergren M (2000). Kommer det att finnas en hjälpande hand? Långtidsutredningen 1999/2000. Bilaga 8. Stockholm: Fritzes.
- Berger B et al (1999). Incidence, prevalence, and mortality of diabetes in a large population. *Diabetes Care* 22:773-77.
- Corraro G et al (1991). Disability, perceived health, and risk of death in a cohort of elderly. *Ann Ist Super Sanita* 27(2):297-303.
- Crimmins EM (2004). Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health* 25:79-98
- Crimmins E M et al. (1997). Further evidence on recent trends in the prevalence and incidence of disability among older Americans from two sources: the LSOA and the NHIS. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 52B: S59-S71.
- Decode study group (2003). Age- and sex specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. *Diabetes Care* 26:61-69.
- Doblhammer G, Kytir J. (2001). Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Social Science & Medicine* 52(3), 385-391.
- Freedman VA et al (2004). Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: report from a technical working group. *Demography* 41(3):417-441
- Freedman VA et al (2002). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States. *JAMA* 288(24):3137-46.
- Freedman V A, Martin L G. (1998). Understanding trends in functional limitations among older Americans. *American Journal of Public Health* 88, 1457-1462.
- Fried LP et al (1998). Risk factors for 5-year mortality in older adults. *JAMA* 279(8): 585-92.
- Fries J F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine* 139:455-459.
- Fries J F. (1986). The future of disease and treatment. Changing health conditions, changing behaviours, and new medical technology. *Journal of Professional Nursing* 2, 171-180.
- Giron MST et al (2002). Sleep problems in a very old population: Drug use and clinical correlates. *Journal of Gerontology* 57A(4): M236-M240.
- Graham P et al (2004) Compression, expansion, or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand. *J Epidemiology Community Health* 58(8), 659-666.
- Guralnik J M. (1991). Prospects for the compression of morbidity: Evidence from the Alameda County study. *Journal of Aging and Health* 3, 138-153.
- Van Hout HPJ et al (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *British Journal of Psychiatry* 185: 399-404.
- Hum D, Simpson W . (2002). Disability onset among aging Canadians. *Canadian Journal of Aging* 21(1), 117 - 136.
- Idler EL et al (1990). Self-evaluated health and mortality among the

- elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. *American Journal of Epidemiology* 131(1): 91-103.
- Jousilahti P et al (2005). Total and cause specific mortality among participants and non-participants of population based health surveys: a comprehensive follow up of 54 372 Finnish men and women. *J Epidemiol Community Health*; 59(4):310-5
- Kaplan G A. (1991). Epidemiological observations on the compression of morbidity. Evidence from the Alameda county study. *Journal of Aging and Health* 3, 155-171.
- Malmberg JJ et al (2002). Improved functional status in 16 years of follow up of middle aged and elderly men and women in north eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:905-912.
- Manton KG & Gu X (2001). Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci* 98(11):6354-59.
- Manton K G et al. (1997). Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 94, 2593-2598.
- Manton K G et al (1995). Changes in morbidity and chronic disability in the U.S. elderly population: Evidence from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Surveys. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 50B:S194-S204
- Mossey JM & Shapiro E (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8): 800-808.
- Olshansky S J et al (1991). Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health* 3, 194-216.
- Parker MG et al (2005). Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *Journal of Gerontology* 60(10): 1351-55.
- Persson M et al (2004). Doctors' estimation of cardiovascular risk and willingness to give drug treatment in hypertension: fair risk assessment but defensive treatment policy. *J Hypertens. Jan*;22(1):65-71.
- Pudaric S et al (2003). Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55-74. *Soc Science Medicine* 56(12):2493-503.
- Ringbäck Weitoft G, Rosén M. (2005). Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *J Epidemiol Community Health*; 59(9):794-8
- Robine J-M, Michel J-P (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology* 59(6): 590-97.
- Robine J-M. (2003). The relevance of population health indicators. *J. Epidemiol. Community Health*; 57(5): 318 - 318
- Robine J-M et al (1998). Examination of the Causes and Mechanisms of the Increase in Disability-Free Life Expectancy. *Journal of Aging and Health*, Vol. 10, No. 2, pp. 171-191.

- Rockwood K et al (2001). Sleep disturbances and mortality: Results from the Canadian study of health and aging. *J Am Geriatric Society* 49:639-41.
- Rosén M, Haglund B. (2005) From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. *Scand J Publ Health*; 33(2):151-55.
- SCB (2001). Analys av bortfallet bland "utsatta" grupper. Appendix 17 I serien Levnadsförhållanden.
- Spillman BC (2004). Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilisation cost. *Milbank Q*, 82(1):157–194
- Sulander TT et al (2003). Functional ability in the elderly Finnish population: time period differences and associations, 1985-99. *Scand J Public Health* 31(2):100-6.
- Sundquist J & Johansson S-E (1997). Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39,156 people in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 51(1):35-40.
- Särndal C-E & Lundström S (2005). Estimation in surveys with nonresponse. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Thorslund M et al (2004). De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen* nr 17, volym 101.
- Tolonen H, and for the WHO MONICA Project. (2005). Effect on Trend Estimates of the Difference between Survey Respondents and Non-respondents: Results from 27 Populations in the WHO MONICA Project. *Eur J Epidemiol*; 20(11):887-98
- Vaillant GE & Mukamal K (2001). Successful Aging. *Am J Psychiatry* 158 (6):839-847.
- Van Loon AJ et al. 2003. Survey non-response in the Netherlands: effects on prevalence estimates and associations. *Ann Epidemiol*;13(2):105-10.
- Waidmann TA & Liu K (2000). Disability Trends Among Elderly Persons and Implications for the Future. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 55:298-307.
- Walker A et al (2002). Living in Britain. Results from the 2001 General Household Survey. Social Survey Division, Office for National Statistics. www.statistics.gov.uk/lib2001/resources/fileAttachments/GHS2001.pdf.
- Wild S et al (2004). Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 27:1047-1053.
- Wilhelmson K et al (2002). Improved health among 70-year olds: comparison of health indicators in three different birth cohorts. *Aging Clin Exp Res* 14(5):361-70.

Tabell 15.1.a Skillnaden i svarsprocent mellan ULF 2002/03 och 1988/89, efter kön och ålder

Ålder	Män			Kvinnor		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	78,0	79,1	+1,1	77,0	74,4	-3,6
70-74	81,6	77,3	-4,3	73,7	72,4	-1,3
75-79	81,1	77,3	-3,8	79,0	71,5	-7,5
80-84	83,5	71,1	-12,4	76,8	67,7	-9,1
85-89	78,8	73,0	-5,8	76,0	67,7	-8,3
90-	77,4	71,8	-5,4	76,0	67,9	-8,1
Totalt	80,3	76,1	-4,2	76,4	70,7	-5,7
n	1518	1532		2058	2020	

Tabell 15.1.b Fördelningen (procent) bland svarande och i olika bortfallsgrupper ULF 1988/89 och 2002/03, efter ålder och orsak, män.

Ålder	Svarande	1988/89			Svarande	2002/03		
		Sjukdom	Ej anträffad	Avböjt medverkan		Sjukdom	Ej anträffad	Avböjt medverkan
65-69	78.0	2.3	3.9	15.8	79.1	1.7	4.1	15.2
70-74	81.6	2.6	2.2	13.6	77.3	2.5	4.5	15.7
75-79	81.1	5.3	1.5	12.1	77.3	6.7	2.4	13.6
80-84	83.5	6.4	2.0	8.0	71.1	10.2	3.2	15.6
85-89	78.8	9.1	1.5	10.6	73.0	11.1	2.7	13.3
90-	77.4	13.2	1.9	7.6	71.8	15.5	2.8	9.9
Totalt	80.3	4.7	2.4	12.6	76.1	5.8	3.5	14.6
n	1518	88	46	238	1532	116	70	294

Tabell 15.1.c Fördelningen (procent) bland svarande och i olika bortfallsgrupper ULF 1988/89 och 2002/03, efter ålder och orsak, kvinnor.

Ålder	Svarande	1988/89			Svarande	2002/03		
		Sjukdom	Ej anträffad	Avböjt medverkan		Sjukdom	Ej anträffad	Avböjt medverkan
65-69	77,0	1,7	2,6	18,7	74,4	3,5	4,6	17,5
70-74	73,7	3,7	2,7	19,9	72,4	4,5	4,1	19,0
75-79	79,0	5,4	1,3	14,3	71,5	6,8	2,3	19,4
80-84	76,8	10,3	1,5	11,4	67,7	11,8	3,4	17,0
85-89	76,0	12,3	2,9	8,9	67,7	15,2	2,3	14,8
90-	76,0	16,8	0,5	6,7	67,9	18,5	2,9	10,7
Totalt	76,4	6,8	2,0	14,7	70,7	8,9	3,3	17,1
n	2058	183	55	397	2020	254	95	488

Tabell 15.2 Risken (hazard ratio, HR) att dö i olika bortfallskategorier jämfört med de svarande som är referensgrupp (HR=1), justerat för kön, civilstånd och H-region, proportional hazard model. Dessa risker utgör underlag för imputationen.

Ålder	Sjuka	Ej återfunna	Vägrare	Svarande	Baserat på åren
	HR	HR	HR	HR	
65-74	2,14	1,14	1,07	1	86-93
75-84	1,81	1,28	0,88	1	86-93
85-	1,30	1,2	0,93	1	88-89
Imputation	2*svarande	1.2*svarande	1=svarande		
	n	N	n		
65-74	121	152	726		
75-84	271	75	499		
85-	248	39	192		

Tabell 15.3 Skattad medelbefolkning (procent) enligt ULF 1988/89 och 2002/03, efter kön och ålder

Ålder	Män		Kvinnor	
	1988/89	2002/03	1988/89	2002/03
65-69	218 009 (33,5)	194 838 (27,8)	243 656 (29,4)	205 902 (23,2)
70-74	171 751 (26,4)	155 350 (23,8)	209 053 (23,4)	187 469 (21,2)
75-79	136 000 (20,8)	144 665 (21,4)	187 586 (21,8)	187 911 (21,2)
80-84	79 778 (12,3)	99 818 (15,3)	133 701 (15,1)	155 747 (17,5)
85-89	32 057 (4,9)	51 188 (8,6)	75 133 (7,7)	94 735 (10,7)
90-	13 814 (2,1)	17 304 (3,1)	27 438 (2,6)	54 669 (6,2)
Totalt	651 409 (100)	663 164 (100)	876 567 (100)	886 433 (100)

Tabell 15.4.a Nedsatt hälsotillstånd (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	33,6	31,5	-2,1	35,8	31,7	-4,0
70-74	42,4	34,8	-7,6*	42,7	34,6	-8,1*
75-79	48,9	41,5	-7,4 (*)	52,5	44,4	-8,1*
80-84	55,5	48,9	-6,6	57,4	50,7	-6,7
85-89	63,5	53,1	-10,4 (*)	64,9	57,7	-7,2
90-	52,4	66,7	+14,3	59,2	69,7	+10,6
Totalt	45,0 ²⁾	39,7	-5,3**	47,0 ²⁾	41,0	-6,0***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,81 (0,69-0,94)		1	0,78 (0,68-0,89)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.4.b Nedsatt hälsotillstånd (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	39,4	32,1	-7,3*	40,9	35,0	-5,9*
70-74	48,0	40,2	-7,8*	47,8	42,0	-5,8*
75-79	51,1	48,9	-2,2	56,4	54,6	-1,8
80-84	60,1	62,4	+2,3	62,6	65,0	+2,4
85-89	62,1	63,1	+1,0	67,8	67,4	-0,4
90-	65,5	63,6	-1,9	72,6	71,0	-1,6
Totalt	51,6 ²⁾	47,9	-3,7*	54,4 ²⁾	51,6	-2,8*
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,86 (0,75-0,98)		1	0,89 (0,79-0,99)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.5.a Dåligt hälsotillstånd (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	6,2	6,4	+0,2	5,6	6,7	+1,1
70-74	10,5	8,7	-1,8	9,5	8,7	-0,8
75-79	13,6	9,9	-3,7	16,3	12,3	-4,0
80-84	22,1	16,7	-5,4	21,6	19,3	-2,3
85-89	23,0	18,9	-4,1	23,8	21,4	-2,4
90-	13,4	20,6	+7,2	18,5	20,4	+1,9
Totalt	12,5 ²⁾	10,6	-1,9	13,0 ²⁾	11,8	-1,2
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,82 (0,64- 1,04)		1	0,90 (0,74-1,10)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.5.b Dåligt hälsotillstånd (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	8,9	8,4	-0,5	9,6	8,7	-0,9
70-74	10,3	7,0	-3,3(*)	10,7	7,5	-3,2(*)
75-79	16,0	13,2	-2,8	18,8	15,8	-3,0
80-84	18,1	22,1	+4,0	19,4	22,8	+3,4
85-89	21,4	25,5	+4,1	24,5	27,9	+3,4
90-	20,8	18,6	-2,2	26,0	21,7	-4,3
Totalt	14,5 ²⁾	14,0	-0,5	16,1 ²⁾	15,3	-0,8
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,96 (0,80- 1,15)		1	0,93 (0,80-1,08)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.6.a Svåra eller mycket svåra sjukdomar (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	20,1	20,0	-0,1	21,4	19,6	-1,8
70-74	23,2	24,6	+1,4	23,6	23,5	-0,1
75-79	28,5	26,5	-2,0	30,9	29,6	-1,3
80-84	38,4	31,3	-7,1	38,9	35,0	-3,9
85-89	53,9	42,0	-11,9(*)	57,6	43,8	-13,8*
90-	37,9	42,2	+4,3	48,3	54,5	+6,2
Totalt	27,9 ²⁾	26,2	-1,7	30,1 ²⁾	27,8	-2,3
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,93 (0,78-1,11)		1	0,91 (0,78-1,05)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.6.b Svåra eller mycket svåra sjukdomar (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	25,1	25,0	-0,1	25,1	27,5	+2,3
70-74	24,8	28,8	+4,0	25,2	29,4	+4,2
75-79	32,7	33,8	+1,1	37,9	38,5	+0,6
80-84	43,2	45,7	+2,5	44,8	46,6	+1,8
85-89	47,8	44,2	-3,6	55,5	54,3	-1,2
90-	45,4	53,6	+8,2	57,1	60,6	+3,5
Totalt	33,6 ²⁾	34,4	+0,8	36,6 ²⁾	38,5	+2,1
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,08 (0,94-1,25)		1	1,10 (0,98-1,24)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.7.a, Högt blodtryck (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	23,8	29,1	+5,3	25,1	29,1	+4,0
70-74	21,8	26,9	+5,1	23,4	27,5	+4,1
75-79	24,0	35,6	+11,6**	26,3	37,6	+11,4***
80-84	20,0	26,6	+6,6	22,6	32,7	+10,1**
85-89	19,0	23,8	+4,8	19,9	25,8	+5,9
90-	13,1	24,7	+11,6	18,9	26,7	+7,8
Totalt	22,0 ²⁾	29,2	+7,2***	24,1 ²⁾	30,8	+6,7***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,44 (1,21-1,73)		1	1,40 (1,21-1,63)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.7.b Högt blodtryck (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	26,5	27,8	+1,3	28,2	31,6	+3,4
70-74	34,4	35,5	+1,1	33,0	36,1	+3,2
75-79	27,1	39,3	+12,3***	31,0	43,9	+12,9***
80-84	35,3	43,6	+8,3*	37,1	47,2	+10,1**
85-89	24,3	39,4	+15,1***	28,1	45,2	+17,1***
90-	26,7	30,2	+3,5	32,6	39,0	+7,4
Totalt	29,5 ²⁾	35,9	+6,4***	31,6 ²⁾	39,8	+8,2***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,32 (1,14-1,52)		1	1,43 (1,27-1,61)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.8.a Diabetes (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	7,9	9,0	+1,1	6,8	9,1	+2,3
70-74	9,3	10,3	+1,0	9,1	10,2	+1,1
75-79	9,6	11,5	+1,9	12,1	13,5	+1,4
80-84	12,8	14,8	+2,0	11,1	17,9	+6,8*
85-89	8,0	13,7	+5,7	9,3	17,7	+8,4*
90-	0,8	21,2	+20,4**	3,6	19,9	+16,3**
Totalt	8,9 ²⁾	11,3	+2,4(*)	9,2 ²⁾	12,6	+3,4**
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,26 (0,98-1,63)		1	1,40 (1,13-1,74)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.8.b Diabetes (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	6,0	6,0	0	6,8	7,1	+0,3
70-74	7,0	10,9	+3,9	7,0	10,4	+3,4
75-79	8,3	10,1	+1,8	10,8	11,2	+0,4
80-84	12,3	10,8	-1,5	13,2	11,7	-1,5
85-89	8,5	10,3	+1,8	9,2	13,8	+4,6(*)
90-	10,9	10,6	-0,3	14,2	11,1	-3,1
Totalt	8,2 ²⁾	9,4	+1,2	9,4 ²⁾	10,5	+1,1
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,17 (0,93-1,49)		1	1,13 (0,94-1,36)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.9.a Ängest (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	7,3	12,8	+5,5**	6,2	11,8	+5,6**
70-74	10,3	11,5	+1,2	9,6	12,4	+2,8
75-79	13,8	15,4	+1,6	15,5	17,3	+1,8
80-84	15,2	18,9	+3,7	15,8	22,2	+6,4(*)
85-89	17,3	23,7	+6,4	19,0	26,2	+7,2
90-	13,8	18,8	+5,0	18,5	21,1	+2,6
Totalt	11,3 ²⁾	14,8	+3,5**	11,8 ²⁾	16,1	+4,3***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,35 (1,06-1,70)		1	1,45 (1,19-1,76)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.9.b Ängest (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	23,9	24,2	+0,3	24,2	26,0	+1,8
70-74	22,2	25,5	+3,3	22,7	26,7	+4,0
75-79	30,4	29,4	-1,0	33,8	33,4	-0,4
80-84	32,7	34,6	+1,9	35,2	36,9	+1,7
85-89	37,7	29,4	-8,3(*)	42,4	36,7	-5,7
90-	32,4	33,3	+0,9	42,0	37,9	-4,1
Totalt	28,1 ²⁾	28,3	+0,2	31,0 ²⁾	31,5	+0,5
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,02 (0,88- 1,18)		1	1,04 (0,92-1,18)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.10.a Trötthet (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	2,6	3,5	+0,9	2,3	3,8	+1,5
70-74	3,8	2,9	-0,9	3,5	3,3	-0,2
75-79	4,2	3,6	-0,6	5,7	5,6	-0,1
80-84	7,3	2,9	-4,3(*)	7,2	4,3	-2,9
85-89	6,6	7,5	+0,9	9,2	9,6	+0,4
90-	6,5	8,9	+2,4	8,5	7,0	-1,5
Totalt	4,3 ²⁾	3,7	-0,6	4,9 ²⁾	4,7	-0,2
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,85 (0,56-1,27)		1	1,00 (0,73-1,37)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.10.b Trötthet (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	3,7	4,4	+0,7	4,2	5,0	+0,8
70-74	5,5	7,5	+2,0	5,6	7,6	+2,0
75-79	4,3	7,2	+2,9	7,1	8,4	+1,3
80-84	12,9	9,8	-3,1	12,2	9,3	-2,9
85-89	11,3	11,3	0,0	12,6	15,0	+2,4
90-	14,5	14,3	-0,2	18,3	15,0	-3,3
Totalt	7,4 ²⁾	7,7	+0,3	8,3 ²⁾	8,7	+0,4
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,14 (0,88-1,48)		1	1,08 (0,88-1,32)	
n	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.11.a Sömnbesvär (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	16,3	18,2	+1,9	16,1	17,2	+1,1
70-74	19,3	18,3	-1,0	19,6	18,1	-1,5
75-79	22,4	20,1	-2,3	24,4	22,0	-2,4
80-84	22,9	20,4	-2,5	25,3	24,5	-0,8
85-89	25,7	29,5	+3,8	29,8	30,8	+1,0
90-	32,3	29,4	-2,9	34,8	33,3	-1,5
Totalt	20,1 ²⁾	20,0	-0,1	21,6 ²⁾	21,0	-0,6
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,97 (0,80-1,18)		1	0,96 (0,82-1,13)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.11 b, Sömnbesvär (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	27,6	33,7	+6,1(*)	28,8	36,1	+7,3**
70-74	32,5	36,5	+4,0	31,3	38,4	+7,1*
75-79	33,6	40,2	+6,6(*)	37,9	44,0	+6,1*
80-84	37,9	43,1	+5,2	40,5	47,0	+6,5(*)
85-89	36,6	40,8	+4,2	42,3	49,2	+6,9(*)
90-	33,9	39,6	+5,7	43,2	49,2	+6,0
Totalt	33,0 ²⁾	38,3	+5,3***	35,7 ²⁾	42,4	+6,7***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,27 (1,10-1,46)		1	1,33 (1,19-1,50)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.12.a Värk (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	60,0	62,6	+2,6	61,5	63,0	+1,5
70-74	61,4	63,6	+2,2	63,1	65,2	+2,1
75-79	58,0	63,9	+5,9	62,5	65,5	+3,0
80-84	64,6	74,4	+9,8*	65,2	75,9	+10,7**
85-89	69,0	62,8	-6,2	69,3	65,0	-4,3
90-	59,7	61,7	+2,0	65,6	69,8	+4,2
Totalt	60,7 ²⁾	64,9	+4,2**	63,0 ²⁾	66,3	+3,3*
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,29 (1,10-1,50)		1	1,16 (1,01-1,33)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.12.b Värk (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	69,7	73,2	+3,5	71,3	76,6	+5,3*
70-74	68,2	77,0	+8,8**	70,0	77,9	+7,9**
75-79	73,1	74,5	+1,4	75,4	77,0	+1,6
80-84	71,7	77,3	+5,6	73,5	79,6	+6,1*
85-89	64,7	74,1	+9,4*	71,3	78,7	+7,4*
90-	76,5	76,1	-0,4	81,5	83,0	+1,5
Totalt	70,3 ²⁾	75,3	+5,0**	72,9 ²⁾	78,1	+5,2***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,29 (1,10-1,50)		1	1,33 (1,17-1,51)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.13.a Svår värk (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	21,4	22,3	+0,9	22,3	21,7	-0,6
70-74	22,6	22,2	-0,4	23,1	21,8	-1,3
75-79	23,2	16,1	-7,1*	26,1	18,6	-7,5*
80-84	27,3	25,3	-2,0	27,6	28,4	+0,8
85-89	32,4	24,3	-8,1	35,3	26,1	-9,2(*)
90-	19,4	25,8	+6,4	24,3	27,0	+2,7
Totalt	23,3 ²⁾	21,6	-1,7	25,1 ²⁾	22,6	-2,5(*)
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,91 (0,75-1,09)		1	0,88 (0,75-1,03)	
N	1518	1535		1890	2012	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.13.b Svår värk (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter kön, ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	27,6	24,9	-2,7	27,9	27,7	-0,2
70-74	27,9	31,3	+3,4	27,5	31,4	+3,9
75-79	26,9	33,1	+6,2(*)	31,7	36,9	+5,2(*)
80-84	36,3	35,9	-0,4	38,2	37,7	-0,5
85-89	31,0	34,9	+3,9	35,2	43,1	+7,9*
90-	32,4	40,5	+8,1	40,1	45,6	+5,5
Totalt	29,7 ²⁾	31,6	+1,9	32,0 ²⁾	35,0	+3,0*
OR ¹⁾ (95% CI)	1	1,11 (0,96-1,28)		1	1,15 (1,02-1,30)	
n	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.14.a Rörelsehinder (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	11,4	7,0	-4,4*	11,8	7,3	-4,5*
70-74	19,3	11,8	-7,5**	19,2	11,3	-7,9***
75-79	28,1	19,0	-9,1**	32,4	22,0	-10,4***
80-84	47,3	30,5	-16,8***	49,3	32,5	-16,8***
85-89	59,0	45,6	-13,4*	61,3	50,9	-10,4(*)
90-	75,2	70,9	-4,3	76,3	72,3	-4,0
Totalt	27,3 ²⁾	18,9	-8,4*	29,0 ²⁾	20,3	-8,7*
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,57 (0,47-0,67)		1	0,57 (0,48-0,67)	
n	1518	1535		1889	2015	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.14.b Rörelsehinder (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	13,8	11,3	-2,5	15,3	12,4	-2,9
70-74	24,0	16,0	-8,0**	23,6	15,1	-8,6***
75-79	34,9	29,0	-5,9(*)	40,9	34,7	-6,2*
80-84	54,0	44,9	-9,1*	55,5	44,8	-10,7***
85-89	62,0	65,8	+3,8	68,2	70,4	+2,2
90-	81,2	79,4	-1,8	84,1	83,6	-0,5
Totalt	37,1 ²⁾	32,0	-5,1***	39,5 ²⁾	34,0	-5,5***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,77 (0,66-0,89)		1	0,74 (0,66-0,84)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.15.a Svårt rörelsehinder (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	4,0	3,3	-0,7	3,9	4,1	+0,2
70-74	10,8	7,6	-3,2	9,7	7,6	-2,1
75-79	18,7	11,6	-7,1*	21,9	14,4	-7,5**
80-84	35,5	23,4	-12,1*	35,7	24,7	-11,0**
85-89	48,7	39,5	-9,2	53,2	45,7	-7,5
90-	70,6	70,9	+0,3	73,2	72,3	-0,9
Totalt	18,5 ²⁾	13,7	-4,8***	19,5 ²⁾	15,3	-4,2***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,65 (0,51-0,81)		1	0,70 (0,58-0,85)	
N	1518	1535		1889	2015	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.15.b Svårt rörelsehinder (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	5,1	4,5	-0,6	6,5	5,4	-1,1
70-74	11,1	9,5	-1,6	10,8	9,3	-1,5
75-79	22,2	20,1	-2,1	27,7	25,2	-2,5
80-84	43,6	35,7	-7,9*	44,2	35,7	-8,5**
85-89	53,6	59,5	+5,9	61,3	65,6	+4,3
90-	76,5	75,0	-1,5	80,2	79,8	-0,4
Totalt	26,5 ²⁾	24,6	-2,1	28,9 ²⁾	26,8	-2,1(*)
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,90 (0,76-1,06)		1	0,88 (0,76-1,01)	
n	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.16.a Inskränkningar i IADL (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser.

(*)= $p < 0.10$; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	10,2	3,9	-6,3**	10,3	4,6	-5,7***
70-74	16,6	7,6	-9,0**	16,2	7,5	-8,7***
75-79	27,1	14,0	-13,1***	31,1	17,0	-14,1***
80-84	51,2	27,7	-23,6***	51,2	29,5	-21,7***
85-89	65,2	45,6	-19,6**	68,1	51,7	-16,4**
90-	88,8	72,1	-16,7*	88,1	75,0	-13,1*
Totalt	27,4 ²⁾	15,6	-11,8***	28,6 ²⁾	17,2	-11,4***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,40 (0,33-0,50)		1	0,44 (0,37-0,52)	
N	1518	1535		1889	2015	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.16.b Inskränkningar i IADL (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser.

(*)= $p < 0.10$; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	15,7	8,3	-7,4***	16,5	9,8	-6,7***
70-74	21,1	15,4	-5,7*	21,3	14,4	-6,9**
75-79	30,6	24,3	-6,3*	37,0	29,7	-7,3**
80-84	56,8	42,1	-14,7***	56,7	41,1	-15,6***
85-89	70,9	63,6	-7,3(*)	75,6	69,5	-6,1(*)
90-	86,5	82,8	-3,7	87,9	85,1	-2,8
Totalt	37,7 ²⁾	29,6	-8,1***	39,8 ²⁾	31,5	-8,3***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,63 (0,54-0,74)		1	0,63 (0,55-0,71)	
n	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.17.a Inskränkningar i PADL (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	1,5	1,1	-0,4	1,7	1,5	-0,2
70-74	5,4	3,1	-2,3	4,7	2,9	-1,8
75-79	6,6	5,9	-0,7	9,5	8,1	-1,4
80-84	19,7	11,6	-8,1*	18,4	13,1	-5,3(*)
85-89	30,8	20,0	-10,8(*)	33,6	22,5	-11,1*
90-	42,3	40,4	-1,9	42,8	36,6	-6,3
Totalt	9,5 ²⁾	6,7	-2,8**	10,1 ²⁾	7,6	-2,5**
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,67 (0,50-0,90)		1	0,72 (0,57-0,92)	
N	1518	1535		1889	2015	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.17.b Inskränkningar i PADL (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	0,7	0,7	0	1,0	1,4	+0,4
70-74	3,6	2,9	-0,7	3,2	3,1	-0,1
75-79	6,5	5,5	-1,0	9,6	7,3	-2,3
80-84	15,6	12,6	-3,0	15,5	11,5	-4,0(*)
85-89	27,1	27,4	+0,3	32,5	35,5	+3,0
90-	48,7	45,9	-2,8	51,4	47,2	-4,2
Totalt	11,1 ²⁾	9,9	-1,2	12,3 ²⁾	11,3	-1,0
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,89 (0,71-1,11)		1	0,90 (0,75-1,07)	
n	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.18.a Behöver hjälp på grund av sjukdom (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, män, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	6,2	4,0	-2,2	5,7	4,6	-1,1
70-74	10,3	5,8	-4,5*	9,5	5,8	-3,7*
75-79	15,6	10,6	-5,0(*)	19,7	13,4	-6,3*
80-84	35,7	21,6	-14,1**	36,7	23,5	-13,2***
85-89	42,9	35,3	-7,6	47,9	37,0	-10,9*
90-	55,4	52,1	-3,3	60,2	55,9	-4,3
Totalt	17,7 ²⁾	12,2	-5,2***	18,8 ²⁾	13,5	-5,3***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,61 (0,49-0,77)		1	0,64 (0,53-0,77)	
n	1518	1535		1889	2015	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.18.b Behöver hjälp på grund av sjukdom (procent) i ULF 1988/89 och 2002/03, kvinnor, efter ålder, skattningar baserade på de svarande (efterstratifierade vikter) respektive hela urvalet (kalibrering efter ålder, H-region och civilstånd) med imputation efter bortfallskategori, samt test av differenser. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Ålder	Svarande			Hela urvalet		
	1988/89	2002/03	Differens	1988/89	2002/03	Differens
65-69	7,7	6,0	-1,7	9,0	7,0	-2,0
70-74	12,6	9,8	-2,8	12,4	9,8	-2,6
75-79	23,4	13,5	-9,9***	27,8	18,8	-9,0***
80-84	35,6	31,5	-4,1	37,3	30,4	-6,9*
85-89	46,9	47,7	+0,8	55,2	56,8	+1,6
90-	59,2	61,4	+2,2	66,4	66,8	+0,4
Totalt	24,6 ²⁾	20,7	-3,9**	27,2 ²⁾	23,2	-4,0***
OR ¹⁾ (95% CI)	1	0,77 (0,66-0,91)		1	0,77 (0,67-0,88)	
N	2065	2017		2700	2853	

¹⁾ Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och h-region; logistisk regression

²⁾ Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.19.a Sammanställning av samtliga ohälsomått, absoluta differenser (procent) mellan 2002/03 och 1988/89 för män och kvinnor i åldrarna 65+. Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89 justerat för ålder, civilstånd och H-region; logistisk regression. Minus (-) anger förbättring, 0 oförändrat och plus (+) försämring mellan 2002/03 och 1988/89. (*)= $p < 0.10$; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; *= $p < 0.001$**

Variabel	Förändring 2002/03-1988/89			
	Män		Kvinnor	
	Svarande	Hela urvalet ³⁾	Svarande	Hela urvalet ³⁾
Nedsatt hälsotillstånd ¹⁾	-5,3**	-6,0***	-3,7*	-2,8*
Dåligt hälsotillstånd ¹⁾	-1,9	-1,2	-0,5	-0,8
Svåra eller mycket svåra sjukdomar ²⁾	-1,7	-2,3	+0,8	+2,1
Högt blodtryck ²⁾	+7,2***	+6,7***	+6,4***	+8,2***
Diabetes ²⁾	+2,4(*)	+3,4**	+1,2	+1,1
Ängest ²⁾	+3,5*	+4,3***	+0,2	+0,5
Värk ²⁾	+4,2*	+3,3*	+5,0**	+5,2***
Svår värk ²⁾	-1,7	-2,5(*)	+1,9	+3,0*
Trötthet ²⁾	-0,6	-0,2	+0,3	+0,4
Sömnbesvär ²⁾	-0,1	-0,6	+5,3**	+6,7***
Rörelsehinder ¹⁾	-8,4***	-8,7***	-5,1***	-5,5***
Svårt rörelsehinder ¹⁾	-4,8***	-4,2***	-2,1	-2,1(*)
Inskränkning i IADL ¹⁾	-11,8***	-11,4***	-8,1***	-8,3***
Inskränkning i PADL ¹⁾	-2,8**	-2,5**	-1,2	-1,0
Behov av hjälp pga. sjukdom ¹⁾	-5,2***	-5,3***	-3,9**	-4,0***

¹⁾ Baserat på alla intervjuer; ²⁾ Endast direkt intervjuade; ³⁾ Med imputation

Tabell 15.19.b Sammanställning av samtliga ohälsomått, relativa skillnader [oddskvot (OR) med 95-procentigt konfidensintervall (CI)] mellan 2002/03 och 1988/89 (OR=1) för män och kvinnor i åldrarna 65+, justerat för ålder, civilstånd och H-region; logistisk regression. OR <1 anger förbättring, OR=1 oförändrat och OR>1 försämring mellan 2002/03 och 1988/89.

Variabel	Förändring 2002/03-1988/89 (OR=1)			
	Män		Kvinnor	
	Svarande	Hela urvalet ³⁾	Svarande	Hela urvalet ³⁾
	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)
Nedsatt hälsotillstånd ¹⁾	0,81 (0,69-0,84)	0,78 (0,68-0,89)	0,86 (0,75-0,98)	0,89 (0,79-0,99)
Dåligt hälsotillstånd ¹⁾	0,82 (0,64-1,04)	0,90 (0,74-1,10)	0,96 (0,80-1,15)	0,93 (0,80-1,08)
Svåra eller mycket svåra sjukdomar ²⁾	0,93 (0,78-1,11)	0,91 (0,78-1,05)	1,08 (0,94-1,25)	1,10 (0,98-1,24)
Högt blodtryck ²⁾	1,44 (1,21-1,73)	1,40 (1,21-1,63)	1,32 (1,14-1,52)	1,43 (1,27-1,61)
Diabetes ²⁾	1,26 (0,98-1,63)	1,40 (1,13-1,74)	1,17 (0,93-1,49)	1,13 (0,94-1,36)
Ängest ²⁾	1,35 (1,06-1,70)	1,45 (1,19-1,76)	1,02 (0,88-1,18)	1,04 (0,92-1,18)
Värk ²⁾	1,29 (1,10-1,50)	1,16 (1,01-1,33)	1,29 (1,10-1,50)	1,33 (1,17-1,51)
Svår värk ²⁾	0,91 (0,75-1,09)	0,88 (0,75-1,03)	1,11 (0,96-1,28)	1,15 (1,02-1,30)
Trötthet ²⁾	0,85 (0,56-1,27)	1,00 (0,73-1,37)	1,14 (0,88-1,48)	1,08 (0,88-1,32)
Sömnbesvär ²⁾	0,97 (0,80-1,18)	0,96 (0,82-1,13)	1,27 (1,10-1,46)	1,33 (1,19-1,50)
Rörelsehinder ¹⁾	0,57 (0,47-0,67)	0,57 (0,48-0,67)	0,77 (0,66-0,89)	0,74 (0,66-0,84)
Svårt rörelsehinder ¹⁾	0,65 (0,51-0,81)	0,70 (0,58-0,85)	0,90 (0,76-1,06)	0,88 (0,76-1,01)
Inskränkning i IADL ¹⁾	0,40 (0,33-0,50)	0,44 (0,37-0,52)	0,63 (0,54-0,74)	0,63 (0,55-0,71)
Inskränkning i PADL ¹⁾	0,67 (0,50-0,90)	0,72 (0,57-0,92)	0,89 (0,71-1,11)	0,90 (0,75-1,07)
Behov av hjälp pga. sjukdom ¹⁾	0,61 (0,49-0,77)	0,64 (0,53-0,77)	0,77 (0,66-0,91)	0,77 (0,67-0,88)

¹⁾ Baserat på alla intervjuer; ²⁾ Endast direkt intervjuade; ³⁾ Med imputation

Tabell 15.20.a Sammanställning av samtliga ohälsomått per åldersgrupp, män. Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89. Minus (-) anger förbättring, 0 oförändrat, plus (+) försämring. (*)= $p < 0.10$; **= $p < 0.05$; *= $p < 0.01$; ****= $p < 0.001$**

Variabel	Analysenhet	Förändring 2002/03-1988/89					
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-
Nedsatt hälsotillstånd ¹⁾	Svarande	-2,1	-7,6*	-7,4(*)	-6,6	-10,4(*)	+14,3
	Hela urvalet ³⁾	-4,0	-8,1*	-8,1*	-6,7	-7,2	+10,6
Dåligt hälsotillstånd ¹⁾	Svarande	+0,2	-1,8	-3,7	-5,4	-4,1	+7,2
	Hela urvalet ³⁾	+1,1	-0,8	-4,0	-2,3	-2,4	+1,9
Svår/mycket svår sjukd ²⁾	Svarande	-0,1	+1,4	-2,0	-7,1	-11,9(*)	+4,3
	Hela urvalet ³⁾	-1,8	-0,1	-1,3	-3,9	-13,8*	+6,2
Högt blodtryck ²⁾	Svarande	+5,3	+5,1	+11,6**	+6,6	+4,8	+11,6
	Hela urvalet ³⁾	+4,0	+4,1	+11,4***	+10,1**	+5,9	+7,8
Diabetes ²⁾	Svarande	+1,1	+1,0	+1,9	+2,0	+5,7	+20,4**
	Hela urvalet ³⁾	+2,3	+1,1	+1,4	+6,8*	+8,4*	+16,3**
Ångest ²⁾	Svarande	+5,5*	+1,2	+1,6	+3,7	+6,4	+5,0
	Hela urvalet ³⁾	+5,6**	+2,8	+1,8	+6,4(*)	+7,2	+2,6
Värk ²⁾	Svarande	+2,6	+2,2	+5,9	+9,8*	-6,2	+2,0
	Hela urvalet ³⁾	+1,5	+2,1	+3,0	+10,7**	-4,3	+4,2
Svår värk ²⁾	Svarande	+0,9	-0,4	-7,1*	-2,0	-8,1	+6,4
	Hela urvalet ³⁾	-0,6	-1,3	-7,5*	+0,8	-9,2(*)	+2,7
Trötthet ²⁾	Svarande	+0,9	-0,9	-0,6	-4,3(*)	+0,9	+2,4
	Hela urvalet ³⁾	+1,5	-0,2	-0,1	-2,0	+0,4	-1,5
Sömnbesvär ²⁾	Svarande	+1,9	-1,0	-2,3	-2,5	+3,8	-2,9
	Hela urvalet ³⁾	+1,1	-1,5	-2,4	-0,8	+1,0	-1,5
Rörelsehinder ¹⁾	Svarande	-4,4*	-7,5**	-9,1**	-16,8***	-13,4*	-4,3
	Hela urvalet ³⁾	-4,5*	-7,9***	-10,4***	-16,8***	-10,4(*)	-4,0
Svårt rörelsehinder ¹⁾	Svarande	-0,7	-3,2	-7,1*	-12,1*	-9,2	+0,3
	Hela urvalet ³⁾	+0,2	-2,1	-7,5**	-11,0**	-7,5	-0,9
Inskränkning i IADL ¹⁾	Svarande	-6,3**	-9,0**	-13,1***	-23,6***	-19,6**	-16,7*
	Hela urvalet ³⁾	-5,7**	-8,7***	-14,1**	-27,5***	-16,9**	-13,1*
Inskränkning i PADL ¹⁾	Svarande	-0,4	-2,3	-0,7	-8,1*	-10,8(*)	-1,9
	Hela urvalet ³⁾	-0,2	-1,8	-1,4	-5,3(*)	-11,1*	-6,3
Behov av hjälp pga. sjukd ¹⁾	Svarande	-2,2	-4,5*	-5,0(*)	-14,1**	-7,6	-3,3
	Hela urvalet ³⁾	-1,1	-3,7*	-6,3*	-13,2***	-10,9*	-4,3

¹⁾ Baserat på alla intervjuer; ²⁾ Endast direkt intervjuade; ³⁾ Med imputation

Tabell 15.20.b Sammanställning av samtliga ohälsomått per åldersgrupp, kvinnor. Test av skillnad mellan 2002/03 och 1988/89. Minus (-) anger förbättring, 0 oförändrat, plus (+) försämring. (*)= $p<0.10$; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; *= $p<0.001$**

Variabel	Analysenhet	Förändring 2002/03-1988/89					
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-
Nedsatt hälsotillstånd ¹⁾	Svarande	-7,3*	-7,8*	-2,2	+2,3	+1,0	-1,9
	Hela urvalet ³⁾	-5,9*	-5,8*	-1,8	+2,4	-0,4	-1,6
Dåligt hälsotillstånd ¹⁾	Svarande	-0,5	-3,3(*)	-2,8	+4,0	+4,1	-2,2
	Hela urvalet ³⁾	-0,9	-3,2(*)	-3,0	+3,4	+3,4	-4,3
Svåra el mycket svåra sjukd ²⁾	Svarande	-0,1	+4,0	+1,1	+2,5	-3,6	+8,2
	Hela urvalet ³⁾	+2,3	+4,2	+0,6	+1,8	-1,2	+3,5
Högt blodtryck ²⁾	Svarande	+1,3	+1,1	+12,3**	+8,3*	+15,1**	+3,5
	Hela urvalet ³⁾	+3,4	+3,2	+12,9**	+10,1**	+17,1**	+7,4
Diabetes ²⁾	Svarande	0	+3,9	+1,8	-1,5	+1,8	-0,3
	Hela urvalet ³⁾	+0,3	+3,4	+0,4	-1,5	+4,6(*)	-3,1
Ängest ²⁾	Svarande	+0,3	+3,3	-1,0	+1,9	-8,3(*)	+0,9
	Hela urvalet ³⁾	+1,8	+4,0	-0,4	+1,7	-5,7	-4,1
Värk ²⁾	Svarande	+3,5	+8,8**	+1,4	+5,6	+9,4*	-0,4
	Hela urvalet ³⁾	+5,3*	+7,9**	+1,6	+6,1*	+7,4*	+1,5
Svår värk ²⁾	Svarande	-2,7	+3,4	+6,2(*)	-0,4	+3,9	+8,1
	Hela urvalet ³⁾	-0,2	+3,9	+5,2(*)	-0,5	+7,9*	+5,5
Trötthet ²⁾	Svarande	+0,7	+2,0	+2,9	-3,1	0	-0,2
	Hela urvalet ³⁾	+0,8	+2,0	+1,3	-2,9	+2,4	-3,3
Sömnbesvär ²⁾	Svarande	+6,1(*)	+4,0	+6,6(*)	+5,2	+4,2	+5,7
	Hela urvalet ³⁾	+7,3**	+7,1*	+6,1*	+6,5(*)	+6,9(*)	+6,0
Rörelsehinder ¹⁾	Svarande	-2,5	-8,0**	-5,9(*)	-9,1*	+3,8	-1,8
	Hela urvalet ³⁾	-2,9	-8,6***	-6,2*	-10,7***	+2,2	-0,5
Svårt rörelsehinder ¹⁾	Svarande	-0,6	-1,6	-2,1	-7,9*	+5,9	-1,5
	Hela urvalet ³⁾	-1,1	-1,5	-2,5	-8,5*	+4,3	-0,4
Inskränkning i IADL ¹⁾	Svarande	-7,4***	-5,7*	-6,3*	-14,7***	-7,3(*)	-3,7
	Hela urvalet ³⁾	-6,7***	-6,9**	-7,3**	-15,6***	-6,1(*)	-2,8
Inskränkning i PADL ¹⁾	Svarande	0	-0,7	-1,0	-3,0	+0,3	-2,8
	Hela urvalet ³⁾	+0,4	-0,1	-2,3	-4,0(*)	+3,0	-4,2
Behov av hjälp pga. sjukdom ¹⁾	Svarande	-1,7	-2,8	-9,9***	-4,1	+0,8	+2,2
	Hela urvalet ³⁾	-2,0	-2,6	-9,0***	-6,9*	+1,6	+0,4

¹⁾ Baserat på alla intervjuer; ²⁾ Endast direkt intervjuade; ³⁾ Med imputation

Tabell 15.21.a Nedsatt hälsotillstånd (procent) ULF (1988/89 och 2002/03) och SWEOLD (1992 och 2002) efter ålder, samt test av differenser. * betyder signifikant förändring, män, endast direkt intervjuade.

Ålder	ULF			SWEOLD		
	1988/89	2002/03	Differens	1992	2002	Differens
77-79	46,5	39,6	-6,9	32,2	44,9	+12,7
80-84	53,3	45,5	-7,8	31,7	58,5	+26,8***
85-	56,3	50,9	-5,4	48,0	43,5	-4,5
Totalt	51,8 ¹⁾	44,8	-7,0*	36,1	50,7	+14,6*
n	527	561		212	228	

¹⁾Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

Tabell 15.21.b Nedsatt hälsotillstånd (procent) ULF (1988/89 och 2002/03) och SWEOLD (1992 och 2002) efter ålder, samt test av differenser. * betyder signifikant förändring, kvinnor, endast direkt intervjuade.

Ålder	ULF			SWEOLD		
	1988/89	2002/03	Differens	1992	2002	Differens
77-79	53,5	48,6	-4,9	53,0	51,8	-1,2
80-84	58,5	59,4	+0,9	48,5	58,2	+9,7
85-	59,4	58,5	-0,9	58,0	53,5	-4,5
Totalt	57,6 ¹⁾	55,8	-1,8	52,3	55,2	+2,9
n	826	884		325		333

¹⁾Justerad till 2002/03 population efter ålder, civilstånd och h-region

