

**Levnadsförhållanden**  
Rapport nr 95

# **Ohälsa och sjukvård**

## **1980–2000**

 **Sveriges officiella statistik**

Statistiska centralbyrån  
2002

## Living Conditions

Report no 95

# Health and Medical care 1980–2000

Official Statistics of Sweden

Statistics Sweden

Tidigare Publicering  
*Previous publication*

sidorna 147–150

Producent  
*Producer*

SCB, Velfärdsprogrammet  
Box 24 300, 104 51 Stockholm.  
Tfn + 46 8 506 940 00

Förfrågningar  
*Inquiries*

Ingrid Sjöberg, tfn +46 8 506 950 33  
e-post: [ingrid.sjoberg@scb.se](mailto:ingrid.sjoberg@scb.se)

Om du citerar ur denna publikation, var god uppge:  
Källa: SCB + Ohälsa och sjukvård 1980–2000

© 2002, Statistiska centralbyrån  
Mångfaldigande av innehållet i denna publikation, helt eller delvis, är förbjudet enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk, utan medgivande från Statistiska centralbyrån

ISSN 0347-7193

ISBN 91-618-1162-9

Printed in Sweden

SCB-Tryck, Örebro 2003.01  MILJÖMÄRKET Trycksak 341590

# Förord

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför på uppdrag av riksdagen från och med hösten 1974 löpande undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden. Uppgifterna insamlas i huvudsak genom personliga intervjuer med ett urval av Sveriges vuxna befolkning. Resultaten publiceras i Sveriges officiella statistik (SOS) i serien Levnadsförhållanden.

I denna rapport ges en statistisk belysning av befolkningens hälsotillstånd och kontakter med sjukvården. Rapporten bygger på uppgifter som huvudsakligen insamlats åren 1996-2000. Dessutom redovisas utvecklingen från 1980-81 och fram till och med 2000. Rapporten har utarbetats av Ingrid Sjöberg. Gunilla Davidsson svarar för kapitel 6 om kontakter med sjukvården.

SCB vill rikta ett varmt tack till alla som medverkat, inte minst till intervjuerna och till alla dem som deltagit i undersökningen genom att lämna de uppgifter på vilka den redovisade statistiken grundar sig.

Statistiska centralbyrån i december 2002

SVANTE ÖBERG

Uno Davidsson



# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| <b>Sammanfattning</b> .....                              | 7  |
| <b>1 Inledning</b> .....                                 | 9  |
| Undersökningens uppläggning                              |    |
| Urval och bortfall                                       |    |
| Jämförelser över tid                                     |    |
| Hur påverkar bortfallet jämförelser över tid             |    |
| Att mäta sjuklighet                                      |    |
| Alla sjukdomar nämns inte                                |    |
| De sjukaste kanske inte kan intervjuas                   |    |
| Kan sjukligheten också överskattas                       |    |
| Betydelsen av under- eller överrapportering av sjukdomar |    |
| Rapportens uppläggning                                   |    |
| <b>2 Ohälsa och sjukdom</b> .....                        | 15 |
| Hälsa som välbefinnande                                  |    |
| Hälsa som resurs   |    |
| Långvarig sjukdom  |    |
| Ökad andel sjuka under 1990-talet                        |    |
| Ökad sjuklighet bland yngre                              |    |
| Minskad sjuklighet bland äldre                           |    |
| Allmänt hälsotillstånd                                   |    |
| Allmänt hälsotillstånd och sjuklighet                    |    |
| <b>3 De vanligaste sjukdomarna</b> .....                 | 25 |
| Fördelning på sjukdomsgrupper                            |    |
| Regelbunden medicinsk behandling                         |    |
| Svåra besvär av långvarig sjukdom                        |    |
| Sjukdomar som påverkar arbetsförmågan                    |    |
| Sjukdomar i skelett och rörelseorgan                     |    |
| Smärta och värk betraktas inte alltid som sjukdom        |    |
| Sjukdomar i andningsorganen                              |    |
| Allergiska besvär  |    |
| Psykisk ohälsa   |    |
| Ängslan, oro eller ångest                                |    |
| Trötthet och sömnbesvär                                  |    |
| Förändringar i sjukligheten under 1990-talet             |    |
| Ökad förekomst av värk                                   |    |
| Allt fler med allergier                                  |    |
| Den psykiska ohälsan ökar                                |    |

|   |     |
|---|-----|
| <b>4 Funktionsnedsättningar</b> .....                                 | 47  |
| Nedsatt rörlighet   |     |
| Svårigheter att förflytta sig   |     |
| Rörelseförmågan förbättras  |     |
| Svårigheter att bära eller att gripa och vrida                        |     |
| Nedsatt syn   |     |
| Nedsatt hörsel  |     |
| <b>5 Ojämlighet i hälsa</b> .....                                     | 55  |
| Familj och ohälsa   |     |
| Klass och ohälsa  |     |
| Utbildning och ohälsa   |     |
| Regionala skillnader  |     |
| <b>6 Kontakt med sjukvården</b> .....                                 | 67  |
| Öppen sjukvård  |     |
| Läkarkonsultationer   |     |
| Läkarkontakt för sjukdom  |     |
| Besök på läkarmottagning, akutmottagning och konsultation per telefon |     |
| Olika befolkningsgruppers kontakt med läkare                          |     |
| Ej tillfredsställt vårdbehov  |     |
| Frikort   |     |
| Kontinuitet i läkarrelationen   |     |
| Sjukgymnastbehandling, kiropraktorbehandling, alternativ behandling   |     |
| Utvecklingen av öppenvårdskontakter sedan 1980                        |     |
| Sluten sjukvård   |     |
| Förteckning över diagram och tabeller i kapitel 1-6.....              | 76  |
| Bilaga 1: Tabellbilaga .....  | 79  |
| Bilaga 2: Redovisningsgrupper i befolkningen .....                    | 123 |
| Bilaga 3: Teknisk beskrivning.....                                    | 129 |
| Rapporter i serien Levnadsförhållanden.....                           | 147 |

## Sammanfattning

Tre fjärdedelar av den vuxna befolkningen (16–84 år) bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott och endast 5 procent anser sitt allmänna hälsotillstånd vara dåligt. Många som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott har emellertid någon långvarig sjukdom utan att för den skull ha svåra besvär eller påverkas i sin livsföring. 33 procent av befolkningen har någon långvarig sjukdom som de får regelbunden medicinsk behandling för eller står under medicinsk kontroll för. 17 procent av befolkningen har en långvarig sjukdom med svåra besvär och 11 procent har någon långvarig sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan.

Men inte alla hälsoproblem betraktas som långvarig sjukdom. På direkta frågor om man har hälsoproblem av olika slag tycks hälsoproblemen betydligt vanligare. 63 procent av befolkningen har värk i nacke/skuldror, rygg eller leder, 20 procent har svår värk. Närmare 2 miljoner, 28 procent har allergisk astma, hösnuva eller liknande överkänslighetsreaktioner. 470 000 personer, 7 procent har svåra besvär av sådan allergi.

Då människor själva får göra en bedömning av sitt hälsotillstånd tycks det som om hälsotillståndet i befolkningen som helhet varit oförändrat under 1990-talet. I vissa grupper ser man emellertid försämringar – bland unga, bland lågutbildade och bland kvinnliga arbetare.

Andelen med långvarig sjukdom har ökat under 1990-talet. Denna ökning består dels av en ökning av lättare besvär som antagligen beror på ökad medicinsk behandling för olika besvär, men den består också i en ökning av sjukdomar som medför svåra besvär. Det är unga personer, det är manliga tjänstemän och det är kvinnliga arbetare som fått en försämrad hälsa i den meningen att fler har svåra besvär av någon långvarig sjukdom.

De stora förändringarna i befolkningens hälsa under 1990-talet antyds dock av hälsoproblem som inte nödvändigtvis av människor själva karakteriseras som långvarig sjukdom.

Värk av olika slag har ökat bland såväl män som kvinnor, för kvinnor en utveckling som är en fortsättning sedan 1980-talet. 1998-2000 är det två tredjedelar av befolkningen som har värk i muskler eller leder av något slag, mest bland unga. Det är emellertid i huvudsak de lätta besvären som ökat. Svåra besvär av värk har inte ökat lika mycket, bland män inte alls och ökningen är störst bland äldre kvinnor. Det är framförallt värk i nacke, skuldror eller axlar som ökat. Närmare 50 procent av kvinnor under 45 år har numera värk i nacke, skuldror eller axlar.

Parallellt med ökningen i andelen personer som har värk ökar användningen av smärtstillande medel kraftigt, dock ej regelbunden användning.

Redan under 1980-talet kunde en kraftig ökning av allergiska besvär konstateras. Denna utveckling fortsätter. Det är framförallt andelen med hösnuva som ökat, men även eksem och astma fortsätter att öka. Det är nu mellan var fjärde och var tredje person i vuxen ålder som har allergiska besvär.

Efter ett 1980-tal då de psykiska besvären (trötthet, sömnbesvär, huvudvärk samt besvär av ängslan, oro eller ångest) var oförändrade eller till och med minskade något har utvecklingen under 1990-talet inneburit en kraftig ökning av sådana besvär. Det är återigen framförallt unga, men även medelålders, som drabbas och män i nästan samma utsträckning som kvinnor. Var fjärde kvinna och var sjätte man har sömnbesvär och sömnbesvär är numera nästan lika vanligt i unga år som bland äldre.

De förbättringar i befolkningens hälsa som ändå kan skönjas är att rörelseförmågan tycks bli fortsatt bättre, att högt blodtryck och vissa andra sjukdomar i cirkulationsorganen tycks minska bland kvinnor samt att fler tycker att deras eget hälsotillstånd ändå är bättre än jämnårigas.

Befolkningens kontakter med den öppna sjukvården är i det stora hela oförändrade om man jämför senare delen av 1990-talet med slutet av 1980-talet. Besök på läkarmottagning eller akutmottagning är oförändrade, men alltfler konsulterar läkare per telefon.

Kontakter med vården som inte beror på sjukdom har däremot minskat. Bland såväl kvinnor som män är det i slutet av 1990-talet färre som varit till läkare för hälsokontroll eller friskintyg än det var 1988-89.

Trots att många haft kontakt med läkare under den studerade perioden är det ändå 10 procent som någon gång under perioden varit i behov av läkarvård men ej sökt vård. Denna andel är oförändrad sedan slutet av 1980-talet.



# 1 Inledning

Detta är en rapport om ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige vid 1990-talets slut men med återblickar till 1980-81 resp. 1988-89 och förhållandena då samt med beskrivning av förändringar i befolkningens hälsa under 1980- och 1990-talet. Den tar fasta på hälsobrister och endast indirekt framgår att en stor del av befolkningen faktiskt inte har några allvarliga brister i sin hälsa.

Uppgifterna i rapporten bygger på resultat från SCB:s årliga undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Det huvudsakliga syftet med dessa är att belysa välfärdens fördelning mellan olika grupper i befolkningen samt vilka som drabbas av problem av olika slag.

## Undersökningens uppläggning

ULF-undersökningen är riksomfattande och avser Sveriges befolkning i åldrarna 16–84 år. Undersökningen har genomförts årligen sedan 1975. Under åren 1975–1979 ingick endast personer som var 16–74 år gamla.

Undersökningen är en urvalsundersökning. De som intervjuas skall vara bosatta, dvs. kyrkobokförda, i Sverige. Uppgifterna samlas in i samband med besöksintervjuer. Datainsamlingen fördelas på fyra perioder varje år. Uppgifterna sammanställs oftast till tvåårsresultat. Tvåårsperiodiciteten har införts för att motverka effekten av den reducering av urvalet som varit nödvändig av ekonomiska skäl. I denna rapport används även tre års sammanlagda resultat för att belysa förhållanden vid slutet av 1990-talet (1998-2000).

## Urval och bortfall

Urvalsstorlek och antal genomförda intervjuer har varierat något mellan åren. Urval och bortfall redovisas här för 1980–81 samt 1996–97 resp. 1998–2000 - de årgångar som utgör start och sluttidpunkt för redovisningen

i denna rapport. För mer detaljerad information hänvisas till bilaga 3, Teknisk beskrivning samt till Teknisk rapport från ULF<sup>1</sup>

**Tabell 1.1 Urval och bortfall i 1980–1981 års, 1996–1997 års samt i 1998–2000 års undersökningar**

|         | Nettourval |           |           | Bortfall  |           |           | därav vägran |           |           |
|---------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|
|         | 1980–1981  | 1996–1997 | 1998–2000 | 1980–1981 | 1996–1997 | 1998–2000 | 1980–1981    | 1996–1997 | 1998–2000 |
| Män     | 8 390      | 7 375     | 11 156    | 13,4      | 22,9      | 24,8      | 9,9          | 14,7      | 16,0      |
| Kvinnor | 8 931      | 7 575     | 11 263    | 13,8      | 20,8      | 22,3      | 11,6         | 14,1      | 15,1      |
| Alla    | 17 321     | 14 950    | 22 419    | 13,6      | 21,8      | 23,5      | 10,8         | 14,4      | 15,6      |

Bortfallet låg på en betydligt högre nivå i slutet av 1990-talet än 1980–81. Vid skattningar för befolkningen som helhet och flertalet redovisningsgrupper antas att bortfallet inte har någon snedvridande effekt på resultaten. I ULF-undersökningen försöker vi nämligen att med ett skattningsförfarande motväga att bortfallet får en snedvridande effekt. Vi gör den beskrivna populationen så lik rikets befolkning som möjligt i fråga om kön, ålder, civilstånd och boenderegion (H-region). Vi kompenserar således för att bortfallet är olika stort bland män resp. kvinnor i olika åldrar, med olika civilstånd samt i olika delar av landet.

I de fall personer med t.ex. hälsoproblem är slumpmässigt fördelade i bortfallet och bland de svarande torde antagandet om att bortfallets effekter inte är snedvridande på resultaten gälla. Men om bortfallet skulle vara större bland dem som är sjuka, givet kön, ålder, civilstånd och region, så kommer vi ändå att underskatta ohälsan i befolkningen.

En analys av uppgifter från Riksförsäkringsverkets sjukfallsregister som gjordes 1981<sup>2</sup> visade en svag tendens att personer med långa sjukperioder oftare hörde till de ej intervjuade. De fel som detta kunde ge upphov till verkade i allmänhet vara försumbara.

<sup>1</sup> Appendix 15: Teknisk rapport från ULF 1990-1993 samt i Supplement till appendix 15: Teknisk tilläggsinformation om ULF 1994-99. Dessa finns att tillgå på SCB:s hemsida under följande adress: [http://www.scb.se/statistik/le0101/le0101\\_teknrapp.asp](http://www.scb.se/statistik/le0101/le0101_teknrapp.asp) . En produktbeskrivning finns också tillgänglig på SCB:s hemsida på Internet.

<sup>2</sup> Lindström, Håkan: Bortfallsfel vid uppskattning av sjukfrånvaro. Metodproblem i individ- och hushållsstatistik. Nr 24. Statistiska centralbyrån. Stockholm 1981.

## Jämförelser över tid

### Hur påverkar bortfallet jämförelser över tiden?

En felkälla vid jämförelser över tiden kan skillnader i svarsbenägenhet för olika grupper vid olika tidpunkter utgöra. En del av dessa skillnader kompenseras för vid uppräknings till befolkningstal. Men i den mån som det föreligger skillnader i svarsbenägenhet vid olika tidpunkter t. ex. mellan sjuka och friska så finns ingen möjlighet att kompensera för detta eftersom vi normalt inte vet något om hälsotillståndet bland de som ej svarat.

I en bortfallsanalys som gjorts på 1986-1999 års ULF<sup>3</sup> visas att det ökade bortfallet under 1990-talet i huvudsak bestod av en ökad andel ej anträffade i alla åldersgrupper utom bland de allra äldsta. Bland de allra äldsta ökade andelen vägrare. De relativa skillnaderna i bortfallsrisker mellan olika grupper var dock i stora drag stabila över tidsperioden 1986-1999, vilket kan tolkas som att tidsjämförelser speglar förändringar på ett tillfredställande sätt.

Utöver vägrare och ej anträffade finns i bortfallet en mindre grupp, oftast redovisat som ”övrigt bortfall”. Där återfinns bl.a. de som varit alltför sjuka för att kunna intervjuas och för vilka indirekt intervju inte heller har kunnat fås till stånd. Andelen övrigt bortfall ligger på knappa 2 procent i hela urvalet, men är betydligt högre bland de äldsta, cirka 10 procent. Från slutet av 1980-talet fram till slutet av 1990-talet ökade andelen ”övrigt” bortfall i åldersgruppen 75-84 år från 7 till 11 procent. Detta kan medföra en snedvridning av resultaten och att hälsotillståndet bland de äldsta överskattas samt att förändringarna i ohälsa ger en alltför ljus bild i denna åldersgrupp.

### Att mäta sjuklighet

Vid intervjun inleds hälsoavsnittet med två mera allmänna frågor om hälsotillståndet:

”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det mycket gott, gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt?”

samt

”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med andra i din egen ålder? Är det bättre, sämre eller ungefär likadant?”.

---

<sup>3</sup> Appendix 17: Analys av bortfallet bland ”utsatta grupper” i Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) 1986-1999

För att mäta förekomst av långvarig sjukdom ställs frågor om man ”har någon långvarig sjukdom, besvär efter skada, något handikapp eller annan svaghet” eller om man ”regelbundet tar medicin för någonting”.

För var och en av de sjukdomar/besvär som nämns ställs frågor om man får regelbunden medicinsk behandling eller står under medicinsk kontroll för denna sjukdom, hur ofta man har besvär av sjukdomen samt om besvären är obetydliga, måttliga, svåra eller mycket svåra. Samtliga som nämnt någon långvarig sjukdom får också frågor om de anser sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdomen/någon av sjukdomarna (till ålderspensionärer ställs frågan om sjukdomen/sjukdomarna hindrar dem i några sysselsättningar) samt om sjukdomen medför att de behöver hjälp med något för att klara sitt dagliga liv.

Då man undersöker sjukdomsförekomsten genom att intervjua ett urval av befolkningen erhålls ett mått på sjukdom som är unikt i den meningen att det inte kan jämföras med annan statistik. Ingen annan statistik innehåller ett mått på förekomst (prevalens) av långvarig sjukdom hos hela den levande befolkningen. Detta innebär också att det är svårt att bedöma rimligheten hos resultaten. Det är därför befogat att i detta sammanhang diskutera hur olika felkällor kan inverka på frågorna om långvarig sjukdom.

### **Alla sjukdomar nämns inte**

Kan vi utan vidare ta de svar vi fått för gott och utgå ifrån att närmare hälften av befolkningen har någon långvarig sjukdom och att övriga är friska och symptomfria eller åtminstone bara har sjukdomar som de tror skall gå över snart? Svaret är nej. Det som rapporteras är naturligtvis sjukdomar som de intervjuade själva känt av och definierat som sjukdom, handikapp etc. eller som de tar medicin för. De måste komma ihåg sin åkomma vid intervjun. Besvär som de bara har ibland - som t ex hösnuva - kan råka bli bortglömda. De måste uppfatta frågan rätt, få tid att tänka efter samt ha så pass god kontakt med intervjuaren att de vill tala om sjukdomar som de har. Det är känsligt att berätta om somliga sjukdomar och vissa sjukdomar är kanske så allvarliga och hotfulla att man inte gärna talar med en främmande människa om dem - som t.ex. svårartade tumörer.

Vi måste alltså räkna med att en del sjukdomar inte nämns. Av dem kan somliga vara allvarliga, men det stora flertalet antagligen bagatellartade. Vi vet inte hur stort detta bortfall av sjukdomar är.

### **De sjukaste kanske inte kan intervjuas**

Vi har försökt att minimera bortfall på grund av svår sjukdom genom att i möjligaste mån göra förkortade s.k. indirekta intervjuer med anhöriga eller med vårdpersonal om en utvald på grund av t.ex. sjukdom inte kunnat intervjuas. De som på grund av sjukdom inte kan genomföra en intervju och för vilka indirekt intervju inte kunnat åstadkommas registreras som "övrigt bortfall". Andelen övrigt bortfall ligger, som tidigare nämnts, på knappa 2 procent i hela urvalet, men är betydligt högre bland de äldsta, cirka 10 procent.

### **Kan sjukligheten också överskattas?**

Sannolikheten att för många sjukdomar rapporteras är betydligt mindre än att sjukdomar underrapporteras. Att helt obefintliga sjukdomar rapporteras lär knappast förekomma. Däremot kan somliga personer möjligen anses överrapportera i förhållande till andra som har strängare krav på hur svåra besvär man egentligen skall bry sig om att ta med. Vi får räkna med att vissa tillstånd nämns som egentligen varit allvarliga, men som inte längre är några problem. Vid granskning av insamlade uppgifter och kodning av sjukdomar stöter man då och då på sådana. En person som i övrigt är frisk men som genomgått en större operation nämner kanske gärna detta i samband med intervjun även om de inte längre har några problem.

### **Betydelsen av under- eller överrapportering av sjukdomar**

Att antalet sjukdomar som uppges beror av flera faktorer är klarlagt. Möjligen påverkar detta också resultaten i olika riktningar. Det avgörande för de flesta syften är dock inte om antalet rapporterade sjukdomar är absolut rätt. För den som vill jämföra olika grupper eller studera utvecklingen över tid är det viktigaste att felkällorna har samma inverkan i olika grupper eller vid olika tidpunkter.

Vid studier som gjorts av underrapportering av sjukdomar har man funnit att den visserligen har olika omfattning i olika grupper, men när man jämför olika undersökningar har man inte kunnat konstatera att felet går i någon bestämd riktning. Man kan då få nöja sig med att anta att underrapporteringen - liksom man ofta gör med andra typer av fel - är slumpmässigt fördelad mellan de olika grupper eller tillfällen som man vill göra jämförelser mellan.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Brorson, Bengt: Att mäta hälsa. Indikatorer och index på hälsotillståndet. Spri S61. Stockholm 1977.

## **Rapportens uppläggning**

De mått på ohälsa som redovisas i denna rapport är

- egen bedömning av allmänt hälsotillstånd och hälsotillstånd jämfört med jämnåriga
- förekomst av långvariga sjukdomar och de konsekvenser dessa medför i form av besvär, påverkan på arbetsförmågan eller behov av hjälp i det dagliga livet
- besvär av värk i nacke/axlar, rygg eller leder
- allergiska besvär
- brister i det psykiska välbefinnandet såsom sömnbesvär, trötthet samt besvär av ångslan, oro eller ångest
- nedsatt funktion med avseende på rörelseförmåga, syn och hörsel

I kapitel 2–4 behandlas befolkningens hälsotillstånd med utgångspunkt i den bild av befolkningens hälsotillstånd som man får när människor i personliga intervjuer får svara på frågor om sin hälsa.

I kapitel 5 visas ohälsans fördelning i olika grupper av befolkningen.

I kapitel 6 behandlas slutligen kontakter med sjukvården.

Bilaga 1 innehåller de tabeller som rapporten bygger på. Avslutningsvis i bilaga 1 redovisas bastal för de redovisningar som ingår i bilagan.

I bilaga 2 presenteras de bakgrundsvariabler som använts i rapporten.

Bilaga 3 slutligen innehåller en kortfattad teknisk beskrivning av undersökningen med redovisning av fältarbetsresultat, partiellt bortfall, resultatens tillförlitlighet m.m.

## 2 Ohälsa och sjukdom

En god hälsa har ett värde i sig i det att den står för välbefinnande och frånvaro av plågor. Brister i hälsotillståndet såsom sjuklighet och plågor är tecken på bristande välfärd. En god hälsa är också en resurs som gör det möjligt att fungera bra i de flesta avseenden i livet. I den utsträckning som sjukdomar och besvär även medför bristande funktionsförmåga i olika avseenden påverkas även andra delar av välfärden.

### **Hälsa som välbefinnande**

Huvudsyftet med undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) är att belysa välfärdens fördelning i Sverige. För det ändamålet kan såväl subjektiva som objektiva definitioner på hälsa användas, även om de subjektiva mera ansluter till välbefinnande. Upplevelsen av hälsa, välbefinnande, frånvaro av plågor och besvär är väsentliga för möjligheten att leva ett gott liv.

### **Hälsa som resurs**

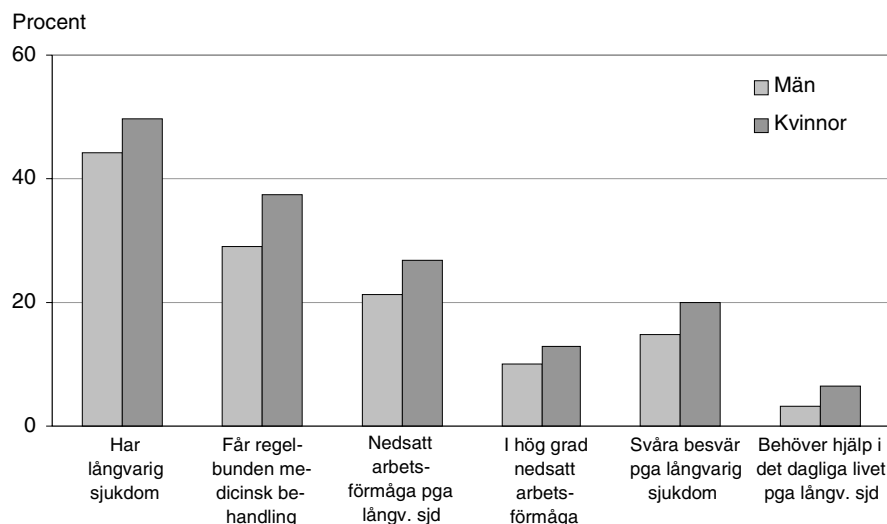
När hälsotillståndet studeras som en resurs av betydelse för materiell och social välfärd är det framförallt funktionsförmågan som är av intresse. Det kan t ex röra sig om nedsatt syn, hörsel, rörelseförmåga eller andra problem av fysisk eller psykisk natur, som minskar de drabbades förmåga att skaffa sig inkomster eller ta del i samhällslivet. Bakom sådana besvär ligger ofta nedsättning av funktionsförmågan hos olika organ eller organsystem såsom bristande hjärt- eller njurfunktion, förändringar i vävnader, blod- eller körtelsystem eller annat som vi vanligen talar om som sjukdomar.

### **Långvarig sjukdom**

Frågan om man har ”någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet eller om man regelbundet tar medicin för någonting” fångar upp såväl allvarliga som mera bagatellartade sjukdomar

och symtom. Drygt 40 procent i åldrarna 16-84 har något att anföra som svar på dessa frågor. Svårighetsgraden på de sjukdomar som nämns varierar emellertid.

**Diagram 2.1 Långvarig sjukdom och konsekvenser av långvarig sjukdom 1998–2000. 16–84 år**

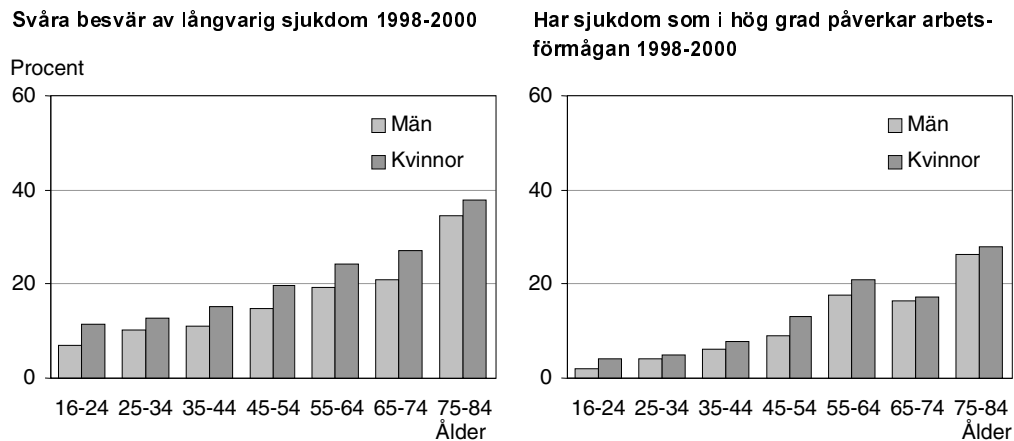


Två tredjedelar av dem som har någon långvarig sjukdom (30 procent av befolkningen 16-84 år) har sådana sjukdomar som de får regelbunden medicinsk behandling eller står under regelbunden medicinsk kontroll för. Ungefär varannan med långvarig sjukdom (25 procent av hela befolkningen) anser att sjukdomen påverkar deras arbetsförmåga.<sup>5</sup> Var tredje person med långvarig sjukdom (16 procent av hela befolkningen) har svåra eller mycket svåra besvär av någon långvarig sjukdom. En än mindre grupp utgör de som anser att sjukdomen/sjukdomarna i hög grad påverkar arbetsförmågan (ålderspensionärer: påverkar dagliga sysselsättningar). Totalt 11 procent av befolkningen 16-84 år, dvs. ungefär var fjärde person med långvarig sjukdom uppger att deras arbetsförmåga är i hög grad nedsatt på grund av långvarig sjukdom.

<sup>5</sup> Med nedsatt arbetsförmåga avses, vilket också betonas i intervjuarnas skriftliga instruktion, "över tiden bestående, permanent nedsättning".



**Diagram 2.2 Sjuklighet i olika åldrar – en jämförelse mellan kvinnor och män. 16-84 år. 1998–2000**



Som framgår av diagram 2.1 är det fler kvinnor än män som har någon långvarig sjukdom. Kvinnor har också oftare än män sådana sjukdomar som påverkar arbetsförmågan, som de regelbundet får medicinsk behandling för, som medför att de behöver hjälp i det dagliga livet samt sjukdomar med svåra besvär.

Med ökande ålder är det alltfler som rapporterar någon långvarig sjukdom och även fler som har sjukdom med svåra besvär, som påverkar arbetsförmågan samt som medför behov av hjälp i det dagliga livet. Skillnaderna mellan kvinnor och män återfinns i alla åldrar, men tycks vara mindre bland de allra äldsta än i yngre åldrar. (Se även tabell 2, bilaga 1)

### Ökad andel sjuka under 1990-talet

Andelen kvinnor och män som har någon långvarig sjukdom var oförändrad mellan 1980-81 och 1988-89, men har ökat under 1990-talet - en ökad sjukdomsrapportering som sammanfaller med att alltfler får medicin eller medicinsk behandling för olika tillstånd eller som förebyggande åtgärd<sup>6</sup>. Samtidigt med att alltfler rapporterar att de har någon långvarig sjukdom är det således alltfler som regelbundet får medicinsk behandling för någon sjukdom, men också fler, bland såväl kvinnor som män, som har svåra besvär av någon sjukdom. Andelen med en sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan har dock inte ökat.

<sup>6</sup> En av delfrågorna som skall fånga in långvarig sjukdom är ju just ”Tar du regelbundet medicin för något?”

**Tabell 2.1 Långvarig sjukdom och konsekvenser av långvarig sjukdom 1980–2000. Procent**

|  | Män       |           |           | Kvinnor   |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|  | 1980-1981 | 1988-1989 | 1998-2000 | 1980-1981 | 1988-1989 | 1998-2000 |
| Har någon långvarig sjukdom varav  | 41        | 41        | 44        | 46        | 46        | 50        |
| Långvarig sjukdom med regelbunden medicinsk behandling/kontroll                                    | 24        | 24        | 29        | 31        | 32        | 38        |
| Nedsatt arbetsförmåga pga. av någon långvarig sjukdom  | 23        | 22        | 21        | 28        | 27        | 27        |
| varav i hög grad nedsatt   | 11        | 10        | 10        | 12        | 12        | 13        |
| Långvarig sjukdom med svåra besvär   | 14        | 13        | 15        | 17        | 17        | 20        |
| Har långvarig sjukdom men ingen medicinsk behandling, ej svåra besvär och ej nedsatt arbetsförmåga | 8         | 8         | 7         | 6         | 6         | 5         |
| Regelbunden medicinsk behandling, men ej svåra besvär och ej nedsatt arbetsförmåga                 | 8         | 9         | 12        | 10        | 11        | 14        |
| Svåra besvär och/eller i hög grad nedsatt arbetsförmåga  | 18        | 16        | 18        | 21        | 21        | 23        |

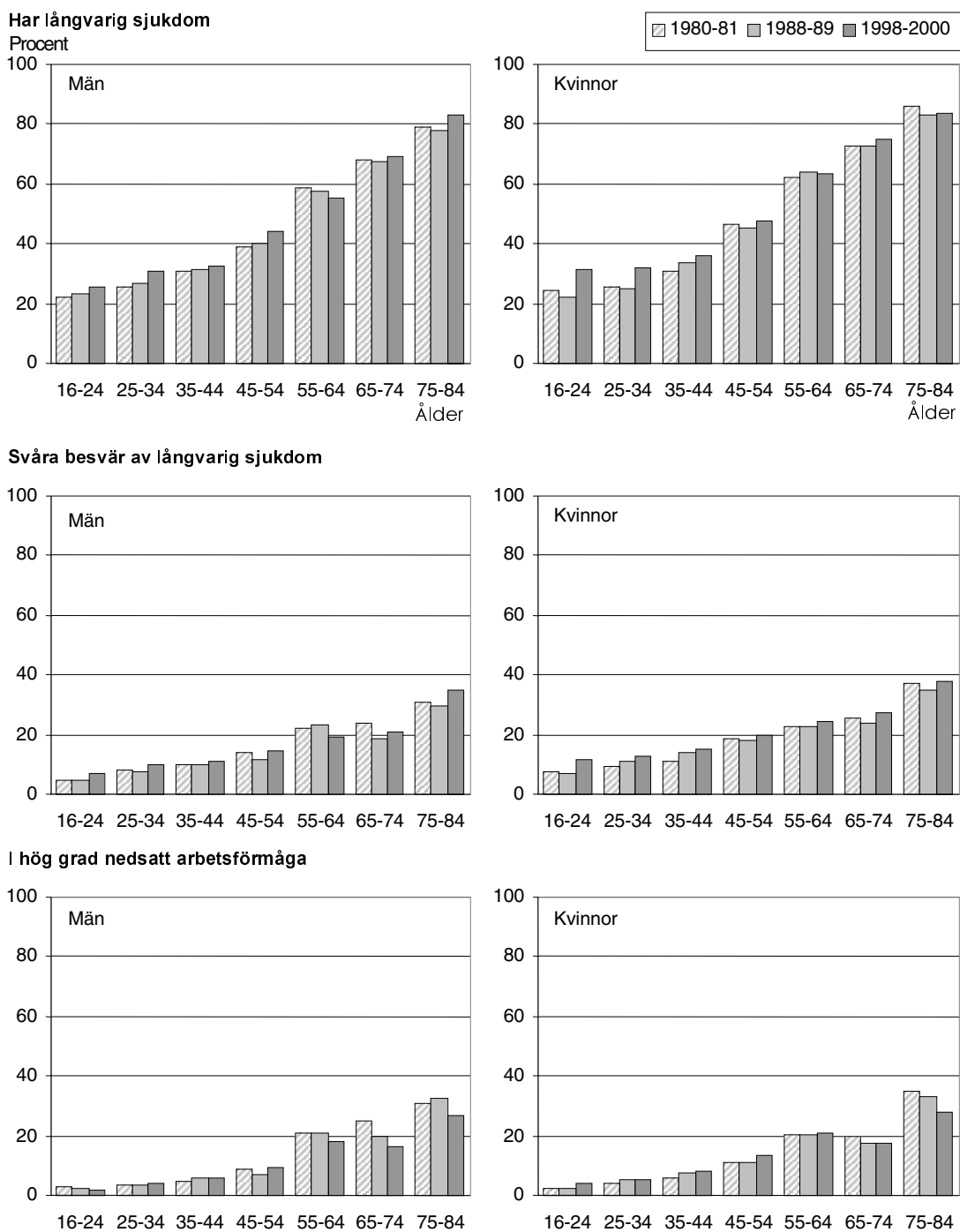
**Ökad sjuklighet bland yngre**

Den ökade sjukligheten som indikeras av fler långvarigt sjuka samt fler med svåra besvär av långvarig sjukdom drabbar framförallt de yngre bland kvinnor men såväl yngre som äldre bland män. Andelen med regelbunden medicinsk behandling har ökat i alla åldrar – bland män dock mest i de äldsta åldrarna.

**Minskad sjuklighet bland äldre**

Andelen med i hög grad nedsatt arbetsförmåga har varit i princip oförändrad bland såväl kvinnor som män sedan början på 1980-talet fram till år 2000, men en viss omfördelning av sjukdomsbördan mellan olika åldrar kan skönjas i och med att andelen med i hög grad nedsatt arbetsförmåga minskat bland de äldsta men tycks öka bland de yngsta. Andra tecken på minskad ohälsa bland de äldsta är att andelen som har behov av hjälp i det dagliga livet på grund av långvarig sjukdom har minskat.

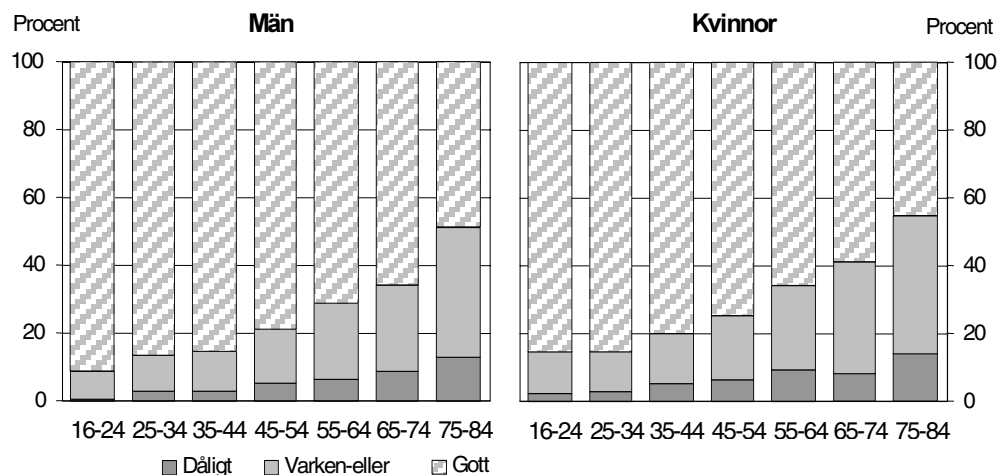
**Diagram 2.3 Långvarig sjukdom och konsekvenser av långvarig sjukdom. Utvecklingen från 1980 till slutet av 1990-talet bland kvinnor och män i olika åldrar.**



## Allmänt hälsotillstånd

På en allmän fråga om hur man bedömer sitt eget hälsotillstånd svarar 6 procent att hälsotillståndet är dåligt, varav 1 procent svarar med alternativet mycket dåligt. 76 procent bedömer sitt hälsotillstånd som varande gott – med lika andelar på mycket gott resp. gott. Något fler kvinnor än män anser sitt hälsotillstånd vara dåligt eller mycket dåligt och fler män än kvinnor svarar med alternativen mycket gott eller gott hälsotillstånd.

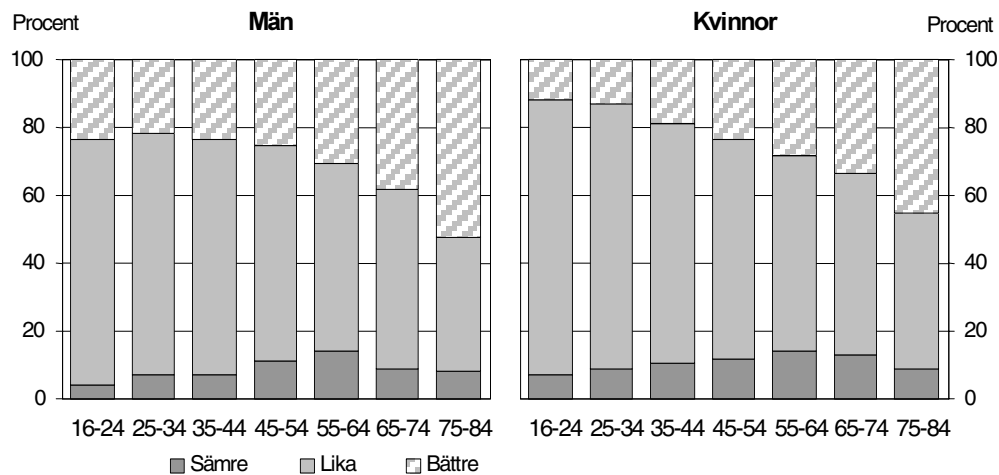
**Diagram 2.4 Allmänt hälsotillstånd enligt egen bedömning bland män och kvinnor i olika åldrar. 1998–2000**



Hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd varierar med ålder. I högre åldrar är det fler som säger att deras hälsotillstånd är dåligt och färre som anser att deras hälsotillstånd är gott.

När den egna hälsan sätts i relation till jämnårigas hälsotillstånd får vi en annan bild. Ju äldre man är, desto fler är det som bedömer sin hälsa som bättre än jämnårigas. Allt färre anser att deras eget hälsotillstånd är ungefär lika som jämnårigas. Andelen som anser sig ha sämre hälsotillstånd än jämnåriga ökar fram till pensionsåldern, men minskar sedan.

**Diagram 2.5 Hälsotillstånd jämfört med jämnåriga bland män och kvinnor i olika åldrar. 1996–1997**



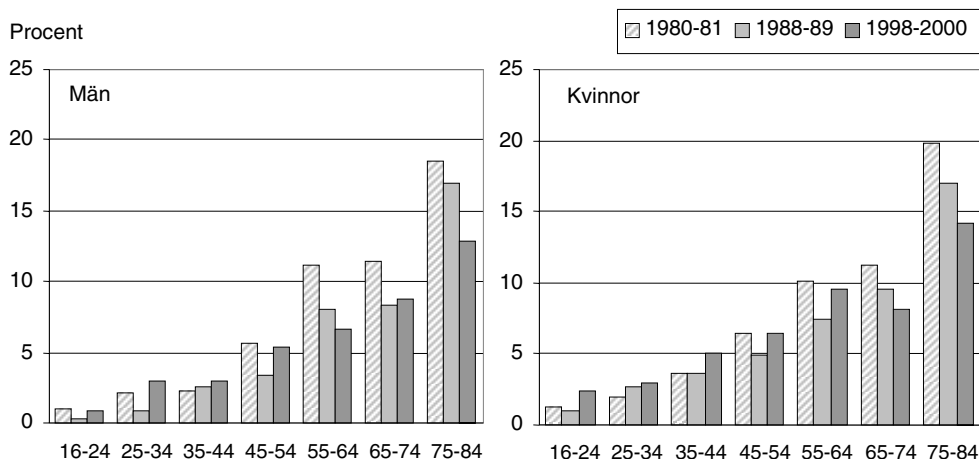
### Allmänt hälsotillstånd och sjuklighet

6 procent av befolkningen bedömer således sitt hälsotillstånd som dåligt medan 47 procent har någon långvarig sjukdom, 17 procent har svåra besvär av någon av sina sjukdomar och 11 procent har en sjukdom som i hög grad påverkar deras arbetsförmåga. Det är således inte samma sak att konstatera att man har en eller annan sjukdom som att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt. Det är till och med mindre vanligt att anse att det egna hälsotillståndet är dåligt, än att ha svåra besvär av långvarig sjukdom eller att ha i hög grad nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom. Hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd har ändå ett visst samband med sjukdomar och besvär.

De som inte har någon långvarig sjukdom anser inte heller att hälsotillståndet är dåligt och väldigt få bedömer det som sämre än jämnårigas. Drygt hälften av dem som har långvarig sjukdom bedömer ändå sitt allmänna hälsotillstånd som gott och endast cirka 10 procent som dåligt. Av dem som på grund av långvarig sjukdom har i hög grad nedsatt arbetsförmåga eller t.ex. svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, är det emellertid så många som var tredje som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt. Svår värk från rygg, nacke/axlar eller leder tycks inte påverka bedömningen av det egna hälsotillståndet lika mycket.

**Tabell 2.2 Allmänt hälsotillstånd och hälsotillstånd jämfört med jämnåriga i grupper med olika sjuklighet. 1996–97. Radprocent**

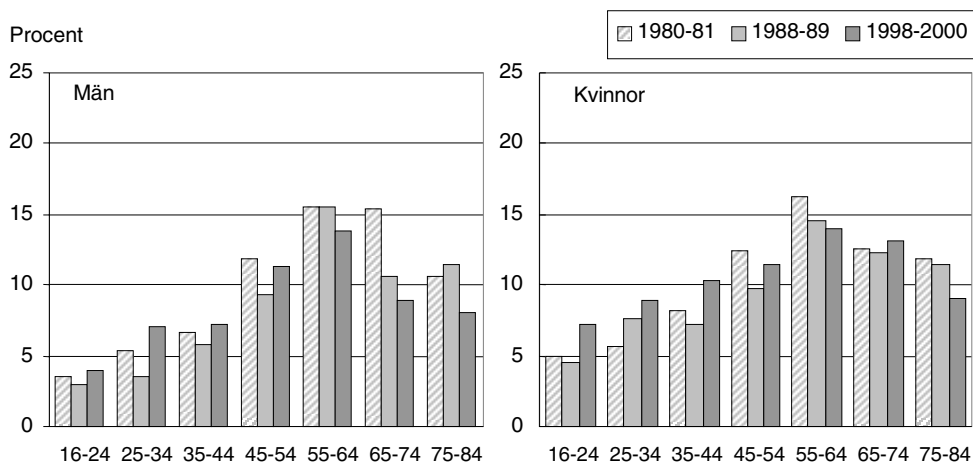
|  | Bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som |        | Hälsotillstånd jämfört med jämnårigas |       |
|--|--|--------|---------------------------------------|-------|
|  | gott                                     | dåligt | bättre                                | sämre |
| Har ej långvarig sjukdom:                  |  |        |                                       |       |
| Män  | 94                                       | 0      | 32                                    | 2     |
| Kvinnor                                    | 93                                       | 0      | 25                                    | 1     |
| Har någon långvarig sjukdom:               |  |        |                                       |       |
| Män  | 60                                       | 11     | 22                                    | 19    |
| Kvinnor                                    | 54                                       | 12     | 21                                    | 20    |
| Svåra besvär av långvarig sjukdom:         |  |        |                                       |       |
| Män  | 38                                       | 25     | 13                                    | 35    |
| Kvinnor                                    | 34                                       | 25     | 14                                    | 35    |
| I hög grad nedsatt arbetsförmåga:          |  |        |                                       |       |
| Män  | 23                                       | 35     | 10                                    | 47    |
| Kvinnor                                    | 20                                       | 35     | 11                                    | 45    |
| Besvär av svår värk:                       |  |        |                                       |       |
| Män  | 47                                       | 18     | 15                                    | 26    |
| Kvinnor                                    | 40                                       | 18     | 16                                    | 28    |
| Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest: |  |        |                                       |       |
| Män  | 31                                       | 31     | 11                                    | 47    |
| Kvinnor                                    | 26                                       | 31     | 15                                    | 40    |

**Diagram 2.6 Dåligt allmänt hälsotillstånd. Utvecklingen från 1980 till slutet av 1990-talet bland kvinnor och män i olika åldrar.**

Under 1980-talet minskade andelen som ansåg sitt allmänna hälsotillstånd vara dåligt. Detta var dessutom fortsättningen på en utveckling som kunde skönjas redan under slutet av 1970-talet. Såväl bland yngre som bland medelålders och äldre minskade andelen med dåligt hälsotillstånd under 1980-talet.

Under 1990-talet förändrades emellertid inte andelen i befolkningen som helhet som bedömde det egna hälsotillståndet som dåligt.

**Diagram 2.7 Sämre hälsotillstånd än jämnåriga. Utvecklingen från 1980 till slutet av 1990-talet bland kvinnor och män i olika åldrar.**







### 3 De vanligaste sjukdomarna

I detta avsnitt redovisas hur vanliga olika sjukdomar är. Här framgår hur vanliga olika långvariga sjukdomar och besvär är och vilka sjukdomar som medför svåra besvär samt som i första hand påverkar arbetsförmågan. Här visas också på resultat av alternativa sätt att mäta sjukdomar och besvär.

#### Fördelning på sjukdomsgrupper

Vilka som är de vanligaste sjukdomsgrupperna får man olika svar på beroende vilken statistikkälla man vänder sig till. De vanligaste dödsorsakerna återfinns, för såväl män som kvinnor, inom kapitlen Cirkulationsorganens sjukdomar och Tumörer, medan de sjukdomar som oftast ligger bakom förtidspension, sjukbidrag eller långa sjukskrivningar återfinns inom kapitlet Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven och Psykiska sjukdomar.

När befolkningen tillfrågas om vilka långvariga sjukdomar och besvär de har vid ett visst tillfälle resp. vad de regelbundet tar medicin för, finner vi att många av sjukdomarna i ovanstående sjukdomsgrupper återfinns bland de oftast nämnda. Sålunda är sjukdomar i rörelseorganen samt cirkulationsorganssjukdomar de vanligaste långvariga sjukdomarna.

#### Om kodning av sjukdomar i ULF

Samtliga som svarat Ja på frågorna "Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?" eller "Tar du regelbundet medicin för någonting?" tillfrågas vad det är för slags sjukdomar eller besvär de har, vad de tar medicin för osv. Svaren kodas sedan enligt en kodlista som i princip följer den svenska versionen av ICD-9 (International classification of diseases, version 9). Fram till och med 1986 gjordes kodningen med en kodlista som var anpassad till den tidigare versionen av den internationella klassifikationen, ICD-8. Många sjukdomsgrupper förändrades inte vid övergången från ICD-8 till ICD-9 men vissa större sjukdomsgrupper som t.ex. rörelseorganens sjukdomar ändrades. Jämförelser bakåt i tiden omfattar i detta avseende därför inte data före 1988.

Andra ofta nämnda sjukdomar eller besvär är sådana som kan hänföras till Nervsystemets eller sinnesorganens sjukdomar, Andningsorganens sjukdomar, Endokrina systemets sjukdomar samt Skador. Andelen av befolkningen 16-84 år som rapporterat sjukdom i olika sjukdomsgrupper framgår av tabell 3.1. Där framgår också i vilken utsträckning sjukdomar av olika slag medför svåra besvär, nedsatt arbetsförmåga samt hur vanligt det är med medicinsk behandling eller att man står under medicinsk kontroll för olika sjukdomar.

### **Regelbunden medicinsk behandling**

Drygt 9 av 10 med sjukdomar i eller besvär från cirkulationsorganen resp. endokrina systemet får regelbunden medicinsk behandling eller står under medicinsk kontroll för sin sjukdom. Det rör sig här i första hand om högt blodtryck, hjärtsjukdom samt struma, diabetes och höga kolesterolvärden. Andra sjukdomar som man i stor utsträckning får medicinsk behandling för är bronkit, emfysem och astma samt tumörer.

### **Svåra besvär av långvarig sjukdom**

Svåra eller mycket svåra besvär av sjukdomen nämns oftast i samband med psykiska störningar, sjukdomar i skelett och rörelseorgan (i första hand ryggbesvär) resp. i nervsystemet samt för besvär som inordnats under Symtom och ofullständigt preciserade fall. Cirka 40 procent av de män som nämnt sjukdomar i ovanstående sjukdomsgrupper har också sagt att sjukdomen medför svåra besvär. Även bland kvinnor är det dessa sjukdomsgrupper som faller ut bland dem som oftast medför svåra besvär. Det är emellertid inte ovanligt med andelar med svåra besvär som ligger närmare 50 procent bland kvinnor. Bland kvinnor är även infektionssjukdomar, hudsjukdomar samt sjukdomar i matsmältningsorganen sjukdomar som i stor utsträckning medför svåra besvär.

### **Sjukdomar som påverkar arbetsförmågan**

Psykiska störningar samt ryggvärk är tillstånd vilka i stor utsträckning påverkar arbetsförmågan. Närmare hälften av dem som har sådana besvär har i hög grad nedsatt arbetsförmåga pga. någon långvarig sjukdom och de pekar ut dessa besvär som de besvär som i första hand påverkat arbetsförmågan. Bland kvinnor med ryggvärk anser varannan att arbetsförmågan är i hög grad nedsatt på grund av ryggvärken.

**Tabell 3.1 Sjukdomar eller symtom inom olika sjukdomsgrupper bland män och kvinnor i åldern 16-84 år. Procent. 1998–2000**

|                                      | Har långvarig sjukdom |     | varav (% av de som har resp. sjukdom) i hög grad nedsatt arbetsförmåga |     |     |     |     |     |
|--------------------------------------|-----------------------|-----|--|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                      | Män                   | Kv. | Män  | Kv. | Män | Kv. | Män | Kv. |
| Infektionssjukdomar                  | 1                     | 1   | ..   | 16  | ..  | 39  | ..  | 38  |
| Tumörer                              | 1                     | 2   | 17   | 18  | 17  | 28  | 85  | 83  |
| Endokrina systemet                   | 5                     | 8   | 3  | 4   | 10  | 12  | 93  | 94  |
| varav diabetes                       | 3                     | 3   | 3  | 5   | 8   | 13  | 95  | 95  |
| Blodbildande organ                   | 0                     | 1   | ..   | 13  | ..  | 15  | ..  | 83  |
| Psykiska störningar                  | 3                     | 4   | 30   | 33  | 46  | 47  | 64  | 80  |
| Nervsystemet                         | 7                     | 8   | 11   | 14  | 36  | 47  | 46  | 57  |
| varav ögonsjukdom                    | 2                     | 3   | 9  | 13  | 34  | 42  | 52  | 59  |
| öronsjukdom                          | 3                     | 2   | 4  | 9   | 37  | 43  | 20  | 31  |
| Cirkulationsorganen                  | 14                    | 13  | 13   | 7   | 13  | 14  | 93  | 94  |
| varav högt blodtryck                 | 7                     | 8   | 0  | 1   | 4   | 5   | 97  | 98  |
| hjärtsjukdom                         | 5                     | 4   | 18   | 12  | 16  | 21  | 94  | 94  |
| Andningsorganen                      | 6                     | 7   | 7  | 7   | 28  | 26  | 67  | 76  |
| varav bronkit, emfysem, astma        | 3                     | 4   | 11   | 9   | 32  | 27  | 78  | 83  |
| Matsmältningsorganen                 | 4                     | 5   | 5  | 6   | 26  | 37  | 61  | 71  |
| Urin- och könsorgan                  | 1                     | 3   | 2  | 7   | 19  | 18  | 65  | 75  |
| Hudsjukdomar                         | 2                     | 2   | 6  | 7   | 25  | 38  | 53  | 63  |
| Skelett och rörelseorgan             | 15                    | 21  | 22   | 27  | 39  | 45  | 31  | 47  |
| varav ryggvärk                       | 7                     | 7   | 32   | 53  | 44  | 48  | 28  | 44  |
| ledbesvär                            | 3                     | 4   | 7  | 14  | 34  | 35  | 32  | 34  |
| Symtom och ofullst. preciserade fall | 1                     | 2   | 15   | 11  | 36  | 37  | 43  | 54  |
| Skador och förgiftningar             | 6                     | 6   | 16   | 17  | 31  | 36  | 34  | 46  |
| varav frakturer                      | 1                     | 1   | ..   | 10  | ..  | 18  | ..  | 32  |

### Sjukdomar i skelett och rörelseorgan

Bland såväl män som kvinnor är sjukdomar, besvär eller symtom från skelettet eller rörelseorganen de som oftast nämns som svar på frågan om man ”har någon långvarig sjukdom, något besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet”. 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna har nämnt sjukdom i eller symtom från rörelseorganen som en långvarig sjukdom. 1,2 milj. i befolkningen har således en sjukdom i rörelseorganen som de betraktar som långvarig. De vanligaste besvären i denna sjukdomsgrupp är ryggvärk (inkl. ischias, ryggskott), artroser samt värk i muskler och leder, inkl. reumatisk värk. Sjukdomar i rörelseorganen var år 2000 också den vanligaste anledningen till förtidspensionering och långtidsjukskrivning. För 46 procent av alla förtidspensionerade kvinnor och 32 procent av alla förtidspensionerade män år 2000 var det sjukdom i skelettet

eller rörelseorganen som var anledning till förtidspensioneringen.<sup>7</sup> Dessa sjukdomar drabbar i stor utsträckning personer i arbetsför ålder och är den sjukdomsgrupp som också orsakar flest långtidssjukskrivningar.<sup>8</sup>

Av diagram 3.1 framgår vilka konsekvenser som olika långvariga sjukdomar får. Där framgår att för var fjärde kvinna och ungefär var femte man som nämnt sjukdom eller besvär från rörelseorganen medför sjukdomen inga större besvär (har ej svåra besvär och anser ej att sjukdomen påverkar arbetsförmågan) och ingen regelbunden medicinsk behandling. Som tidigare nämnts är det emellertid var fjärde person som nämnt någon sådan sjukdom/besvär som i hög grad ger nedsatt arbetsförmåga och många har svåra besvär av sjukdom i rörelseorganen. Sjukdomar i skelettet och rörelseorganen är därmed också de vanligaste om enbart sjukdomar med svåra besvär eller som påverkar arbetsförmågan beaktas. Drygt 10 procent av samtliga kvinnor och 7 procent av samtliga män har sjukdom i eller besvär från skelett och rörelseorgan som medför svåra besvär eller i hög grad nedsatt arbetsförmåga.

Sjukdomar i rörelseorganen ökar med ålder, den starkaste ökningen inträffar i åldrarna före pensionsåldern. (Se även diagram 3.2)

### **Smärta och värk betraktas inte alltid som sjukdom.**

De sjukdomar eller symtom som kodas som sjukdomar i skelett och rörelseorgan ger vanligtvis upphov till smärta och värk. Långt ifrån samtliga av dem som har värk eller smärta i rörelseorganen uppger detta som svar på frågan om de har någon långvarig sjukdom etc. På en direkt fråga om man har värk av olika slag svarar 63 procent av befolkningen 16-84 år att de har sådan värk, 20 procent uppger sig ha svår värk. Värk i rygg eller rörelseorgan är vanligare bland kvinnor än bland män. 69 procent av kvinnorna har någon värk och 23 procent har svår värk. Bland männen är det 57 procent som har någon värk men endast 17 procent som har svår värk. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst vad avser värk i skuldror, nacke eller axlar.

---

<sup>7</sup> Statistikinformation Is-I, 2001:001, RFV

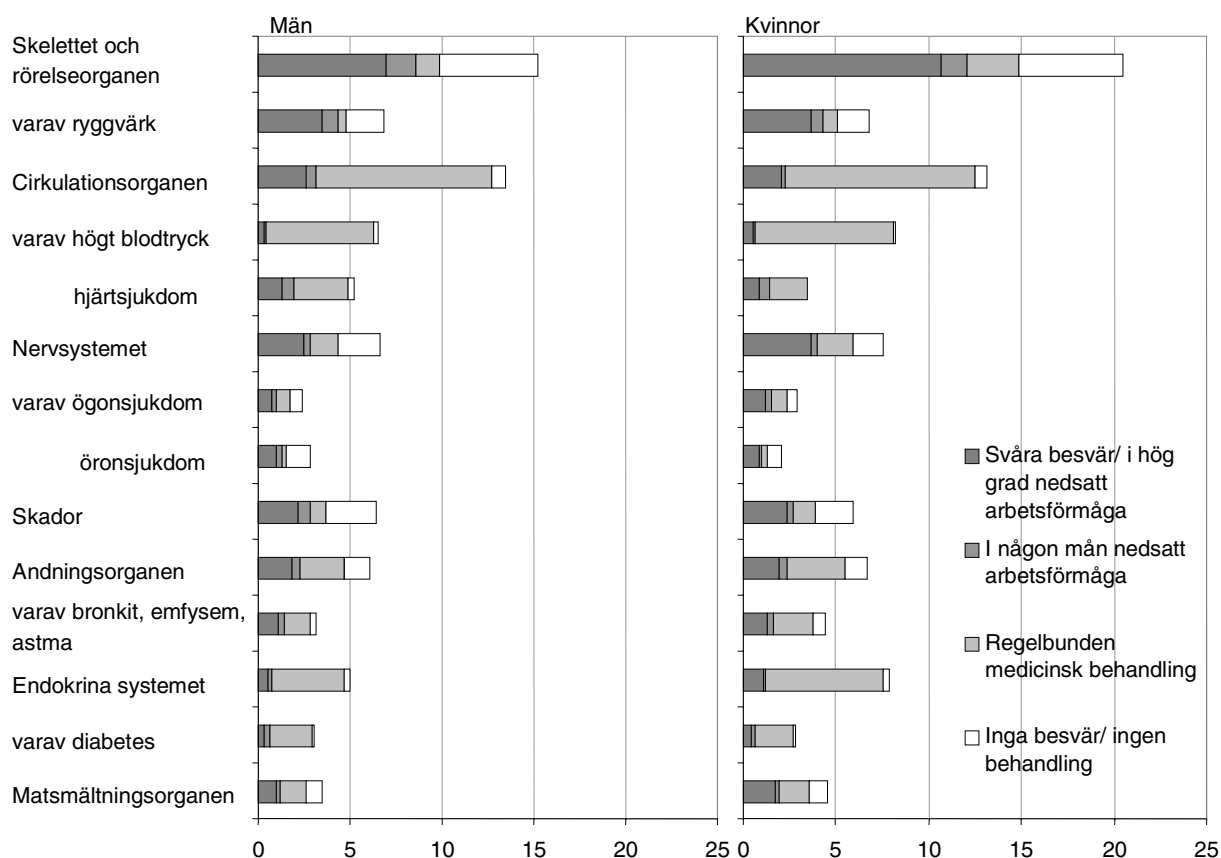
<sup>8</sup> RFV redovisar 2001:11

**Tabell 3.2 Värk i rörelseapparaten. Antal samt procent. 1998–2000**

|   | Antal i befolkningen | Andel (%) av samtliga | Andel (%) av |         |
|---|----------------------|-----------------------|--------------|---------|
|   |                      |                       | män          | kvinnor |
| Värk av något slag  | 4 313 000            | 62,9                  | 56,7         | 68,9    |
| därav svåra besvär  | 1 367 000            | 20,0                  | 16,5         | 23,3    |
| Värk i skuldror, nacke eller axlar                            | 2 752 000            | 40,2                  | 32,2         | 47,9    |
| därav svåra besvär  | 719 000              | 10,5                  | 7,5          | 13,4    |
| Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias              | 2 503 000            | 36,5                  | 33,8         | 39,1    |
| därav svåra besvär  | 731 000              | 10,7                  | 9,4          | 11,9    |
| Värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän         | 2 201 000            | 32,1                  | 28,5         | 35,6    |
| därav svåra besvär  | 636 000              | 9,2                   | 7,2          | 11,3    |
| Sjukdom i rörelseorganen (enligt frågan om långvarig sjukdom) | 1 226 000            | 17,9                  | 15,2         | 20,5    |
| därav svåra besvär  | 622 000              | 9,1                   | 7,3          | 10,8    |

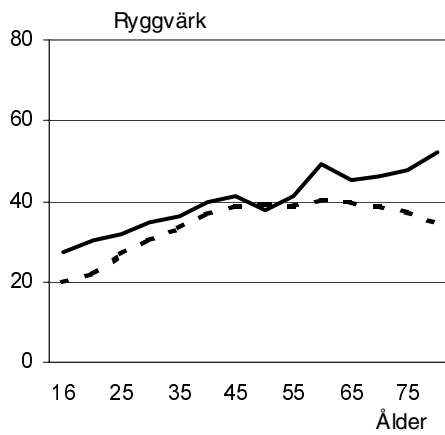
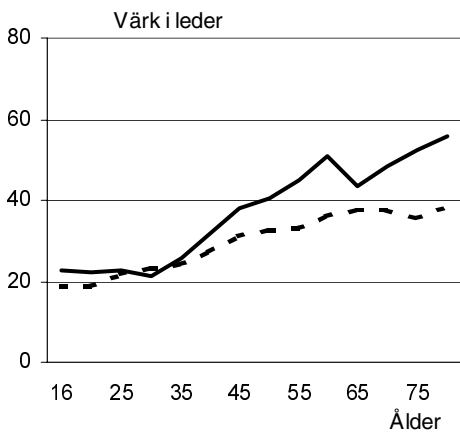
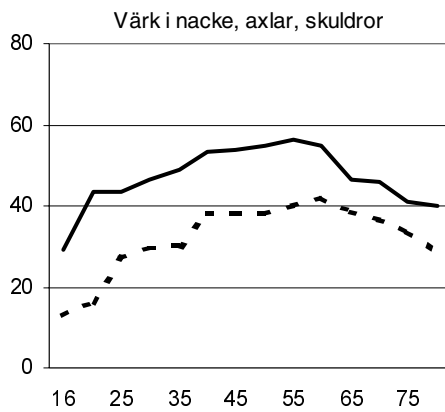
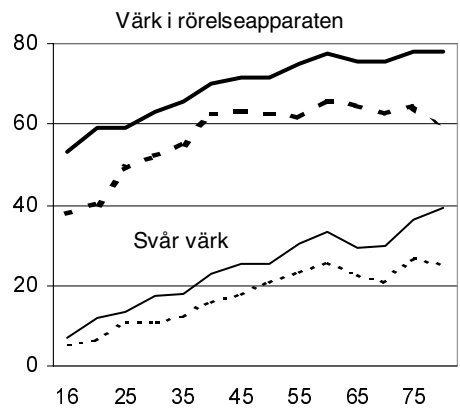
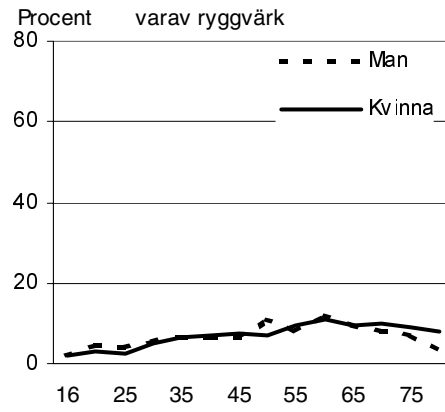
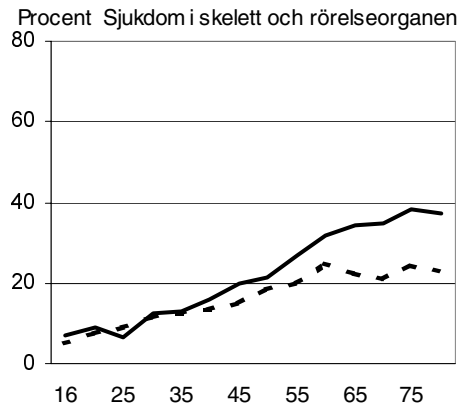
Drygt hälften av alla som sagt sig ha svåra besvär av värk av något slag (enligt ovanstående) har som långvarig sjukdom också rapporterat sjukdom i rörelseorganen. Den stora skillnaden mellan antalet personer med smärta och värk i rörelseorganen och antalet som uppgivit någon sjukdom i rörelseorganen tyder på att det av många betraktas "normalt" att ha ont - det behöver inte röra sig om någon "sjukdom". Det kan ju också tänkas att dessa besvär omnämns som något annat - skada t ex - och kodats under en annan sjukdomsgrupp. En del av skillnaden förklaras troligen av att många besvär antas vara av övergående natur och därför inte uppges på frågan om "långvarig" sjukdom.

**Diagram 3.1 Långvarig sjukdom och konsekvenser av sådan i olika sjukdomsgrupper. Procent. 1998–2000**



Även bland yngre är värk från rörelseapparaten vanligt förekommande. Drygt 50 procent av de yngsta kvinnorna har värk av något slag, värk i axel eller skulderregionen, ryggvärk eller värk i lederna. Värk är inte lika vanligt bland män, men det är ändå 40 procent eller mer som säger sig ha värk av något slag. (Se även diagram 3.2)

**Diagram 3.2 Förekomst av sjukdom eller värk i rörelseorganen efter ålder (femårsklasser). Särredovisning av män och kvinnor. 1998–2000**



### **Cirkulationsorganens sjukdomar**

Näst efter sjukdomar i skelettet och rörelseorganen är sjukdomar i cirkulationsorganen de oftast nämnda långvariga sjukdomarna. Cirkulationsorganens sjukdomar är också den sjukdomsgrupp som var den bakomliggande orsaken till nära hälften av samtliga dödsfall 1999<sup>9</sup> och de svarar för en stor del (om inte den största delen) av förtidspensioneringarna bland män - i storleksordning näst efter Sjukdomar i rörelseorganen och Psykiska störningarna.<sup>10</sup>

Totalt 13 procent av befolkningen – 14 procent av männen och 13 procent av kvinnorna – har rapporterat någon sjukdom i gruppen Cirkulationsorganens sjukdomar. Detta motsvarar närmare 1 miljon personer i åldrarna 16-84 år. Hjärtsjukdomar - vanligtvis besvär efter hjärtinfarkt, hjärtrytmrubbningar samt mer opreciserade hjärtbesvär - uppges av 4 procent av befolkningen som långvarig sjukdom.

Den oftast nämnda sjukdomen inom gruppen Cirkulationsorganens sjukdomar är emellertid högt blodtryck. Totalt 7 procent av befolkningen (16-84 år), motsvarande cirka 510 000 personer, har nämnt högt blodtryck i anslutning till frågan om långvarig sjukdom. Att vi fångat in så många med högt blodtryck är inte särskilt märkligt eftersom en av delfrågorna är "Tar du regelbundet medicin för något?". Av tabell 3.1 framgår nämligen att nästan samtliga får regelbunden medicinsk behandling för sitt höga blodtryck, men väldigt få anser sig ha svåra besvär av det och ännu färre anser att det bidrar till nedsättning av arbetsförmågan.

Cirka 13 procent av samtliga med någon sjukdom i cirkulationsorganen (inkl. högt blodtryck) och närmare 20 procent av dem som har hjärtsjukdom har svåra besvär av sjukdomen. 13 procent av männen och 7 procent av kvinnorna har i hög grad nedsatt arbetsförmåga och anser att hjärtsjukdomen är den som i första hand påverkar arbetsförmågan. (Tabell 3.1)

Medicinering eller annan regelbunden medicinsk behandling är däremot mycket vanlig bland dem med sjukdom i cirkulationsorganen. Flertalet med sådana sjukdomar har inte svåra besvär och påverkas inte heller i sin arbetsförmåga pga. sjukdomen. Särskilt utmärkande är detta för högt blodtryck. (Diagram 3.1)

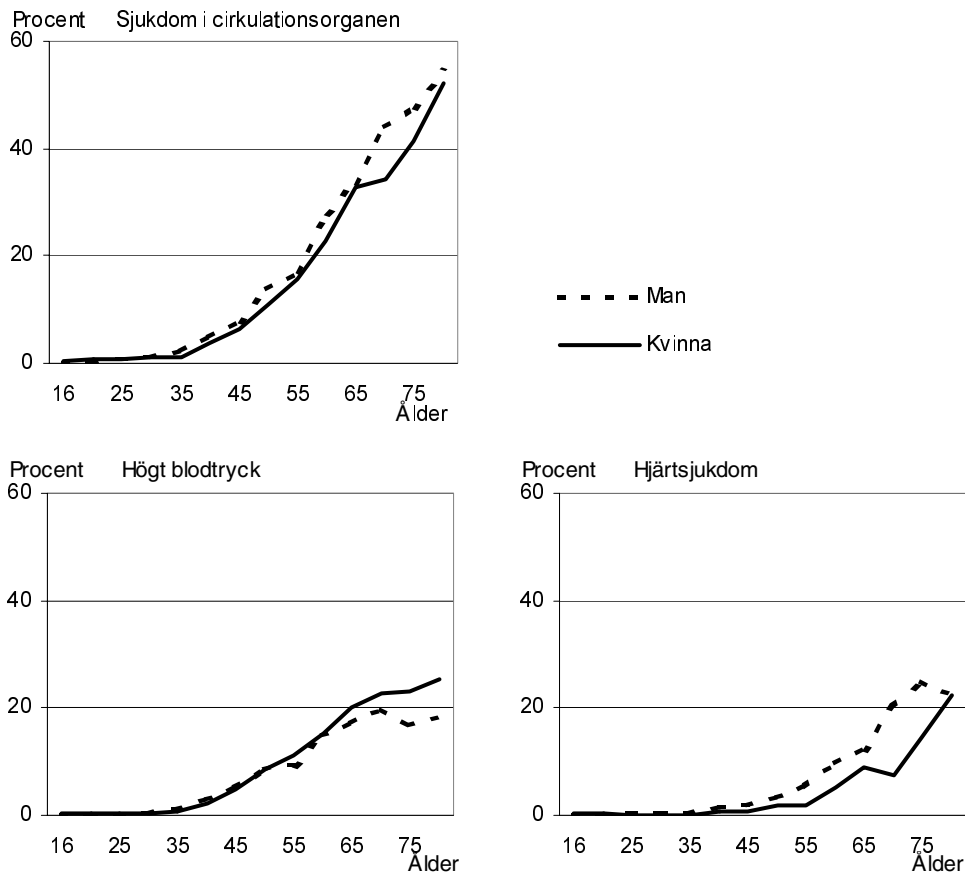
---

<sup>9</sup> Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001

<sup>10</sup> Statistikinformation Is-I, 2001:001, RFV



**Diagram 3.3 Förekomst av sjukdom i cirkulationsorganen efter ålder (femårsklasser). Särredovisning av män och kvinnor. 1998–2000**



Sjukdomar i cirkulationsorganen är starkt åldersrelaterade. Från 35 års ålder och uppåt blir de allt vanligare. Detta gäller i första hand högt blodtryck. Hjärtsjukdom debuterar i flertalet fall något senare. Medan hjärtsjukdomar fortfarande är något vanligare bland män är högt blodtryck vanligare bland kvinnor. Könsskillnaderna framträder framförallt i högre åldrar där förekomsten av sjukdomarna är frekventare.

### Sjukdomar i andningsorganen

6 procent av befolkningen i åldrarna 16-84 år har en långvarig sjukdom i andningsorganen. Dessa sjukdomar är i princip lika vanliga bland kvinnor som bland män och konsekvenser i termer av svåra besvär och påverkan på arbetsförmågan ter sig lika för kvinnor och män. Kvinnor får emellertid i större utsträckning medicinsk behandling för sina sjukdomar i andningsorganen. (Tabell 3.1 och Diagram 3.1)

Ungefär hälften av de rapporterade sjukdomarna i andningsorganen är bronkit, emfysem eller astma. En annan vanlig sjukdom i denna grupp är hösnuva som svarar för cirka 30 procent av sjukdomarna i gruppen.

### **Allergiska besvär**

Man kan på goda grunder misstänka att alla allergiska besvär inte nämns som "långvarig sjukdom". Många allergiska besvär har en mycket periodisk karaktär - pollenallergier bryter som regel ut framförallt under våren och försommaren, men ger sig inte till känna någon annan del av året. För vissa personer uppträder de allergiska besvären också mycket sporadiskt. De har i stort sett lärt sig att leva med sin allergi, att hålla sig ifrån det som orsakar allergi - pälsdjur, vissa födoämnen etc.

När man i stället ställer direkta frågor om allergier av olika slag för att utröna hur vanliga de är fångas betydligt fler med t.ex. hösnuva än som nämner hösnuva i anslutning till frågan om långvarig sjukdom. I samband med hälsoförstudier i ULF (senast 1996-97) har sådana direkta frågor ställts:

"Får du rinnande, kliande näsa eller ögon i samband med lövsprickning, gräsblomning eller pälsdjurskontakt?"

"Får du liknande besvär av tobaksrök, parfym eller trycksvärta?"

"Har du astma?"

"Får du astma vid kontakt med pollen eller pälsdjur?"

"Har du eksem, hudutslag?"

1,3 miljoner säger sig få hösnuva av pollen, gräsblomning eller pälsdjur. Nästan lika många säger sig få liknande reaktioner av tobaksrök, parfym eller trycksvärta och 470 000 svarar på en direkt fråga att de har astma varav 240 000 har allergisk astma (astma vid kontakt med pollen eller pälsdjur). Samtidigt är det endast 270 000 som överhuvudtaget nämnt allergi eller hösnuva som långvarig sjukdom och 240 000 som nämnt astma. Frågorna om långvariga sjukdomar fångar således endast in en minoritet av alla med allergiska besvär. Däremot säger svaren på de frågorna hur vanligt det är att man uppfattar sin allergi som en sjukdom av långvarig karaktär - eller hur vanligt det är att man regelbundet tar medicin för den. (Tabell 3.2)

Närmare 2 miljoner, 28 procent av befolkningen i åldrarna 16-84 år, har således allergisk astma, hösnuva eller liknande överkänslighetsreaktioner. 470 000 personer, 7 procent av befolkningen, har svåra besvär av sådan

allergi. Ytterligare ett antal har annan astma och ett stort antal, drygt 1 milj. personer, svarar Ja på en direkt fråga om de har eksem<sup>11</sup>. Om även dessa inkluderas (om de inte nämnt någon av de övriga allergierna) skulle antalet allergiker vara drygt 2,5 miljoner och utgöra 39 procent av befolkningen i åldrarna 16-84 år.

**Tabell 3.3 Allergiska besvär i befolkningen. Antal samt procent. 1996–97**

|  | Antal i befolkningen | Andel (%) av Samtliga | Män | Kvinnor |
|--|----------------------|-----------------------|-----|---------|
| Får hösnuva av pollen, gräsblomning eller pälsdjur         | 1 282 000            | 9                     | 18  | 20      |
| varav svåra besvär   | 336 000              | 5                     | 4   | 5       |
| Får liknande besvär av trycksvärta, tobaksrök eller parfym | 1 131 000            | 17                    | 12  | 21      |
| varav svåra besvär   | 192 000              | 3                     | 2   | 4       |
| Får astma vid kontakt med pollen eller pälsdjur            | 240 000              | 4                     | 3   | 4       |
| Har något av ovanstående                                   | 1 926 000            | 28                    | 25  | 31      |
| varav svåra besvär   | 473 000              | 7                     | 6   | 8       |
| Har eksem, hudutslag                                       | 1 152 000            | 17                    | 15  | 19      |
| varav svåra besvär   | 130 000              | 2                     | 1   | 3       |
| Har något av ovanstående                                   | 2 598 000            | 38                    | 34  | 42      |
| varav svåra besvär   | 576 000              | 8                     | 7   | 10      |
| Har astma  | 466 000              | 7                     | 6   | 8       |
| varav svåra besvär   | 103 000              | 2                     | 1   | 2       |
| Har något av ovanstående                                   | 2 694 000            | 39                    | 36  | 43      |
| varav svåra besvär   | 596 000              | 9                     | 7   | 10      |
| Långvarig sjukdom:   |                      |                       |     |         |
| Hösnuva eller allergi utan närmare spec.                   | 267 000              | 4                     | 4   | 4       |
| Astma  | 240 000              | 4                     | 3   | 4       |
| Hudeksem   | 62 000               | 1                     | 1   | 1       |
| Någon av dessa sjukdomar                                   | 528 000              | 8                     | 7   | 9       |

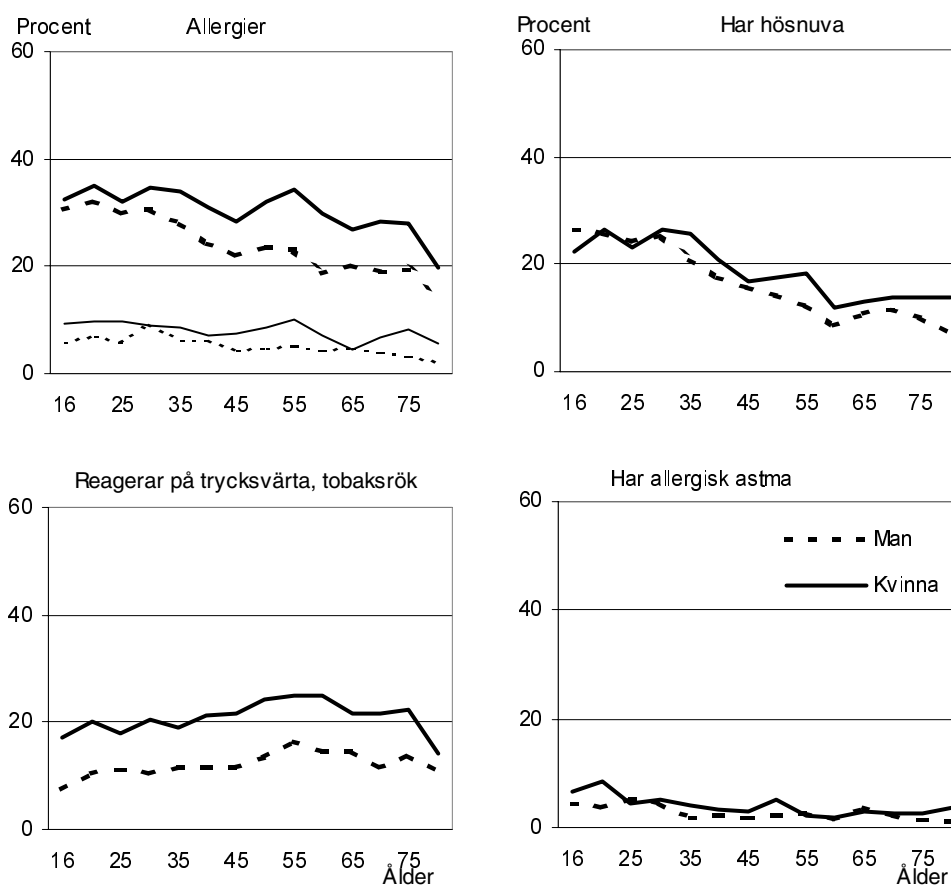
Allergiska besvär av alla dessa slag är något vanligare bland kvinnor än bland män, speciellt gäller detta överkänslighet för tobaksrök, parfym eller trycksvärta.

<sup>11</sup> I denna grupp kan emellertid även personer med andra hudbesvär än allergier ingå.

**Tabell 3.4 Astma och medicin för astma. Procent. 1996–97**

|   | Män | Kvinnor | Samtliga |
|---|-----|---------|----------|
| Har astma                                   | 6   | 8       | 7        |
| Tar medicin för sin astma minst 2 veckor/år | 4   | 6       | 5        |
| Tagit astmamedicin de senaste 2 veckorna    | 5   | 8       | 6        |
| varav tar astmamedicin regelbundet          | 3   | 4       | 3        |

Flertalet astmatiker tar medicin för sin astma minst 2 veckor om året och nästan alla med astma har tagit astmamedicin någon gång under de senaste två veckorna. Cirka hälften av astmatikerna tar astmamedicin regelbundet.

**Diagram 3.4 Förekomst av allergiska besvär efter ålder (femårsklasser). Särredovisning av män och kvinnor. 1996–97**

De allergiska besvären uppvisar inte samma åldersberoende som många andra sjukdomar och besvär. Hösnuva är klart vanligast bland de yngre och något vanligare bland kvinnor än bland män i högre åldrar. Astma är vanligt såväl i de yngsta som i de allra äldsta åldersgrupperna. Den enda av de här

nämnda åkommorna som är klart vanligare bland kvinnor än bland män är rinnande eller kliande ögon eller näsa på grund av annan överkänslighet (parfym, tobaksrök eller trycksvärta).

## **Psykisk ohälsa**

Trots att psykiska sjukdomar är den näst vanligaste orsaken till förtidspensionering och långa sjukskrivningar - 25 % av samtliga förtidspensioneringar år 2000 och 23 procent av de långa sjukskrivningarna - är det bara 3 procent i befolkningen 16-84 år som uppger en psykisk sjukdom på frågan om långvarig sjukdom och en av tre med långvarig psykisk sjukdom som anser att sjukdomen medför i hög grad nedsatt arbetsförmåga. Till långvariga psykiska sjukdomar har förts såväl schizofreni, psykoser och utvecklingsstörning som depressioner, nervösa besvär och stress.

Största delen av de besvär som kodats under rubriken "Psykiska störningar" är besvär av allmänt nervös eller depressiv art. Endast relativt få fall av någorlunda väldefinierad psykisk sjukdom i stil med schizofreni eller psykos har uppgivits. Man kan emellertid misstänka att bortfallet spelar en viss roll här. Det kan vara svårt att få till stånd en intervju med en svårt psykiskt sjuk person.

Men många sjukdomar som närmast är uttryck för psykisk ohälsa men som tagit sig fysiska uttryck torde ha kodats under andra rubriker om det är de fysiska uttrycken som nämnts vid intervjun, t ex matsmältningsbesvär, ryggbesvär och hjärtbesvär.

Genom att ställa frågor om vad man har för långvariga sjukdomar etc. får vi förstås bara reda på sådan ohälsa som de utsatta själva betraktar som sjukdom (eller som de regelbundet tar medicin för). Även med den begränsningen kan man misstänka en viss underrapportering, det är inte säkert att den intervjuade vill berätta om alla sjukdomar och besvär för intervjuaren. Psykiska besvär är i många kretsar mindre accepterade än kroppslig sjukdom och undanhålls troligen i större utsträckning än flertalet kroppsliga besvär även om de kanske vållar minst lika stora problem för den som har dem.

## **Ängslan, oro eller ångest**

Det är betydligt fler som på en direkt fråga om ängslan, oro eller ångest svarar att de har sådana besvär. 13 procent av männen och 22 procent av kvinnorna besväras av ängslan, oro eller ångest. De flesta karakteriserar

dock dessa besvär som lätta, men 4 procent i befolkningen har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.

Andelen med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest överensstämmer ganska väl med andelen med långvarig psykisk sjukdom. Det är dock inte alltid samma personer som rapporterar långvarig psykisk sjukdom som också har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Var tredje med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har nämnt någon långvarig sjukdom hemmahörande i kapitlet Psykiska sjukdomar. Tre av fyra med långvarig sjukdom inom kapitlet Psykiska sjukdomar har också besvär av ängslan, oro eller ångest, knappt hälften har svåra besvär.

**Tabell 3.5 Psykisk sjukdom och psykisk ohälsa i befolkningen. Antal samt procent. 1998–2000**

|                                     | Antal i befolkningen | Andel (%) av Samtliga |         |    |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------|----|
|                                     |                      | Män                   | Kvinnor |    |
| Psykisk långvarig sjukdom           | 219 000              | 3                     | 4       | 3  |
| Trötthet under en 2 veckors-period  | 665 000              | 10                    | 7       | 12 |
| Sömnbesvär                          | 1 529 000            | 22                    | 18      | 27 |
| Huvudvärk, migrän                   | 1 056 000            | 15                    | 10      | 20 |
| Besvär av ängslan, oro eller ångest | 1 268 000            | 19                    | 14      | 23 |
| varav svåra besvär                  | 254 000              | 4                     | 3       | 5  |

### Trötthet och sömnbesvär

Andra aspekter av den psykiska ohälsan är sådana symtom som trötthet och sömnbesvär. 1,5 miljoner i åldrarna 16-84 år, var fjärde kvinna och ungefär var sjätte man, har under loppet av en tvåveckorsperiod haft besvär med sömnen. Cirka 1 miljon har besvärats av huvudvärk eller migrän och 700 000 personer har känt sig trötta (såväl morgnar som dagar och kvällar<sup>12</sup>).

Var och en av dessa aspekter på psykisk ohälsa rapporteras mycket oftare – trötthet och huvudvärk ungefär dubbelt så ofta - av kvinnor som av män. Psykisk sjukdom och psykisk ohälsa är mera jämnt fördelad mellan olika åldersgrupper än vad flertalet andra hälsoproblem är. Trötthet, sömnbesvär samt huvudvärk eller migrän förekommer t o m mer sällan bland äldre än bland yngre.

<sup>12</sup>I undersökningen ställs följande frågor:

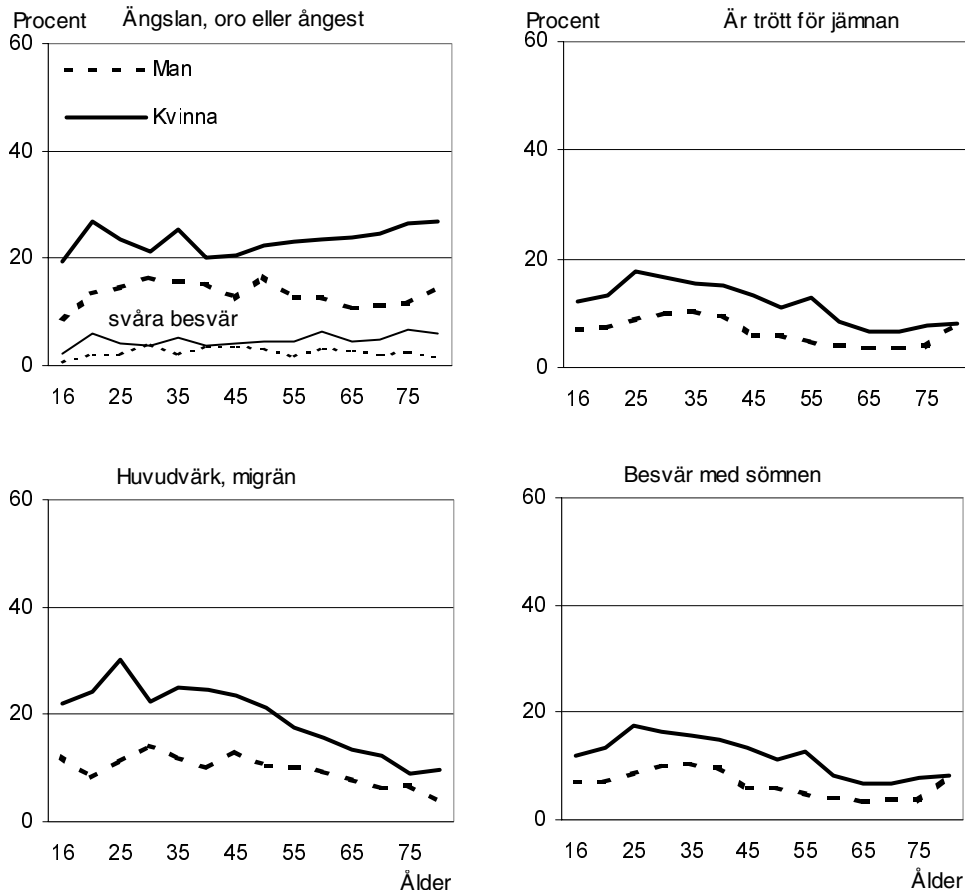
"Har du under de senaste två veckorna haft svårt att komma igång på morgnarna?"

"Har du känt dig påfallande trött om dagarna?"

"Har du känt dig påfallande trött om kvällarna?"

Skillnaderna mellan kvinnor och män ökar med stigande ålder vad avser ängslan, oro eller ångest, men minskar med stigande ålder för sådana aspekter på psykisk ohälsa som trötthet, sömnbesvär och huvudvärk.

**Diagram 3.5 Förekomst av psykisk sjukdom och psykiska besvär efter ålder (femårsklasser) och kön. 1998–2000**



### Förändringar i sjukligheten under 1990-talet

Andelen med sjukdom som fångas under rubriken långvarig sjukdom är för flertalet sjukdomsgrupper anmärkningsvärt stabil över tid. Sjukligheten har minskat något för några grupper. Bland män kan en minskad sjuklighet noteras för ledbesvär samt för sjuklighet i nervsystemets sjukdomar, där andelen med öronsjukdomar som minskat. Bland kvinnor har andelen med högt blodtryck, hudsjukdomar samt såväl ryggvärk som ledbesvär minskat.

Sjukdomar som blivit vanligare under 1990-talet är andningsorganens sjukdomar (bronkit, emfysem och astma) samt endokrina systemets sjukdomar.

Den ökade sjukligheten i sjukdomar i andningsorganen har drabbat i första hand yngre personer. Ökningen i endokrina systemets sjukdomar består tro- ligen i första hand av en ökad diagnostisering, medicinering och rappor- tering av rubbningar i fettomsättningen (t.ex. förhöjda kolesterolvärden). Diabetes (som utgör den största delen av endokrina systemets sjukdomar) är oförändrad.

**Tabell 3.6 Sjuklighet i olika sjukdomsgrupper. En jämförelse mellan 1988–1989 och 1998–2000. Procent**

|  | Män       |            | Kvinnor   |            |
|--|-----------|------------|-----------|------------|
|  | 1998-2000 | Förändring | 1998-2000 | Förändring |
| Tumörer  | 1         |            | 2         |            |
| Endokrina systemets sjukdomar<br>varav diabetes            | 5         | +1         | 8         | +2         |
| Psykisk sjukdom  | 3         |            | 3         |            |
| Sjukdom i nervsystemet<br>varav ögonsjukdom                | 7         | -1         | 8         |            |
| öronsjukdom  | 2         |            | 3         |            |
| Sjukdom i cirkulationsorganen<br>varav högt blodtryck      | 3         | -1         | 2         |            |
| hjärtsjukdom   | 14        |            | 13        | -2         |
| Sjukdom i andningsorganen<br>varav bronkit, emfysem, astma | 7         |            | 8         | -1         |
| Sjukdom i matsmältingsorganen                              | 5         | +1         | 4         |            |
| Sjukdom i urinorganen                                      | 6         | +1         | 7         | +2         |
| Hudsjukdom   | 3         | +1         | 4         | +2         |
| Sjukdom i skelettet och rörelseorgan<br>varav ryggvärk     | 4         |            | 5         | +1         |
| ledbesvär  | 1         |            | 3         |            |
| Symtom och ofullständigt preciserade fall                  | 2         |            | 2         | -1         |
|  | 15        |            | 21        |            |
|  | 7         |            | 7         | -1         |
|  | 1         | -1         | 2         | -1         |
|  | 3         |            | 4         |            |

### Ökad förekomst av värk

Medan sådant som av intervjupersonen själv karakteriserats som sjukdom i rörelseorganen varit oförändrat från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet har andelen som svarat Ja på direkta frågor om värk från nacke, skuldror, axlar eller värk i leder (händer, armbågar, ben eller knän) ökat ganska mycket.. Besvär av ryggvärk, höftsmärtor eller ischias bland män har däremot inte ökat och har bland kvinnor endast ökat lite.

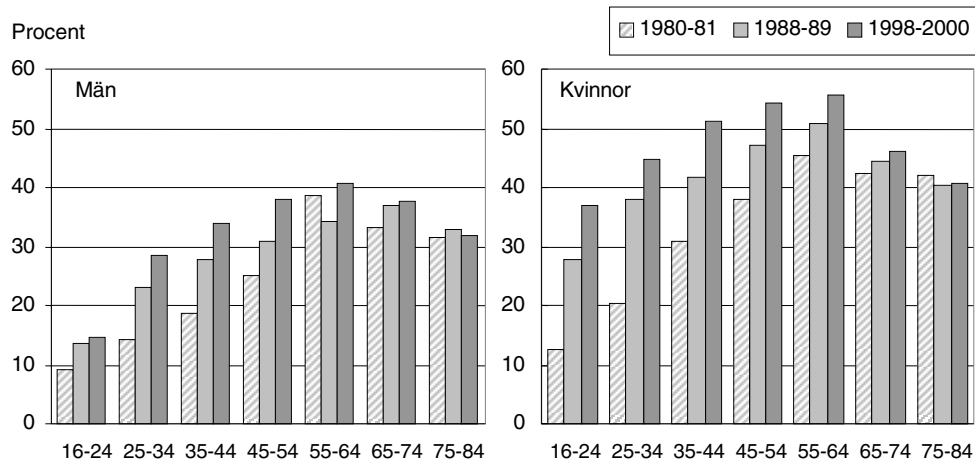
Bland kvinnor har andelen med värk från nacke, skuldror eller axlar ökat från 42 till 48 procent och andelen med värk i leder från 32 till 37 procent. Det är i de förvärvsaktiva åldrarna som värk av detta slag blivit vanligare, såväl i de yngsta åldrarna som i åldrarna strax före pensionsåldern.



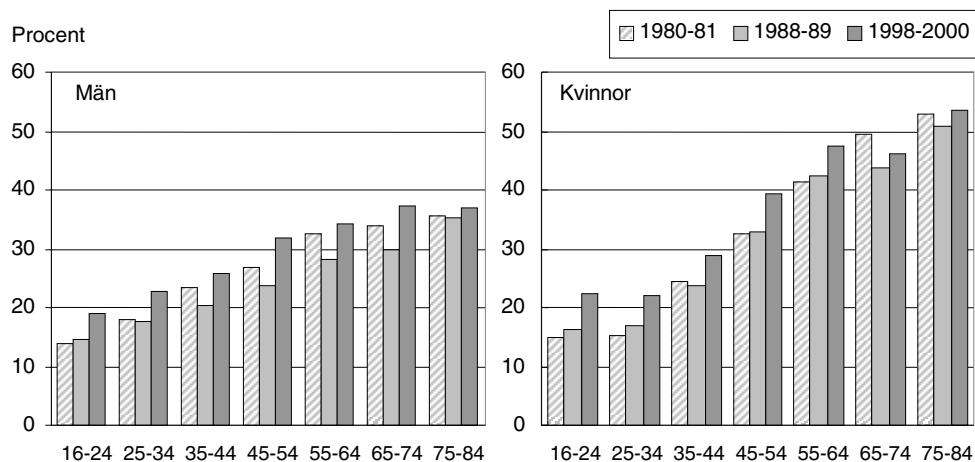
Den ökade andelen med värk av olika slag är, i procentenheter mätt, lika stor bland männen som bland kvinnorna, men utgångsläget var för män lägre. Sålunda ökade andelen med värk i nacke, skuldror, eller axlar bland män från 27 till 32 procent och värk i leder från 23 till 29 procent. Även bland män är det de förvärvsaktiva åldrarna som drabbats, men de allra yngsta männen inte lika mycket som de yngsta kvinnorna.

**Diagram 3.6 Värk av olika slag – jämförelse mellan 1980–81, 1988–89 samt 1998–2000 för kvinnor och män i olika åldrar**

Värk i nacke axlar eller skuldror:



Värk i leder – händer, armbågar, ben eller knän:



Samtidigt med att värk av olika slag ökat har användningen av smärtstillande medel också ökat, men i än större utsträckning. Från 1988-1989 fram till 1996-1997 ökade andelen som under en tvåveckorsperiod använt smärtstil-

lande medel med 11-12 procentenheter, och detta utöver en ökning på 5 procentenheter under 1980-talet. Under en 20-årsperiod ökade därmed andelen som under loppet av en tvåveckorsperiod använt smärtstillande medel från 23 procent till 38 procent bland män och från 36 till 54 procent bland kvinnor. Det är emellertid framförallt den mer tillfälliga användningen av smärtstillande medel som ökat. Bland kvinnor var det 9 procent som 1996-97 sade sig använda smärtstillande medel mera regelbundet och 7 procent 1980-81. Bland män var det cirka 4 procent vid alla tre mättillfällena som regelbundet använde smärtstillande medel. (Tabell 7 i bilaga 1)

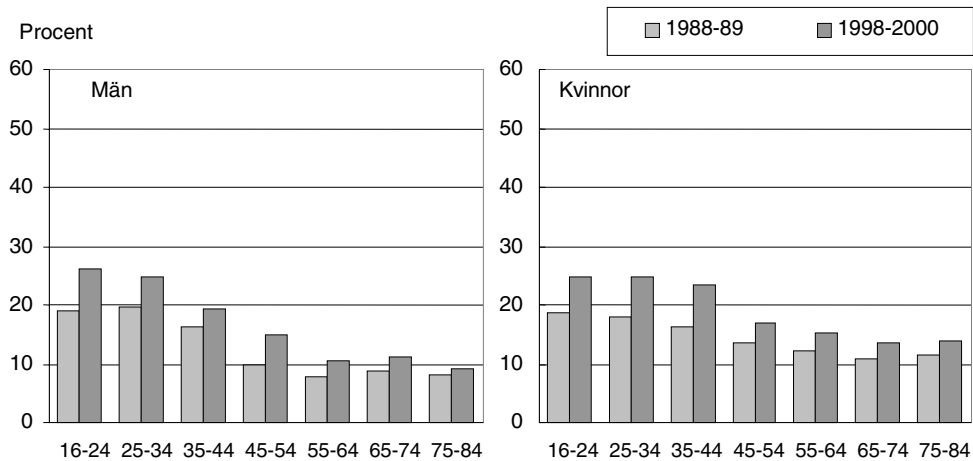
Under den första halvan av perioden 1980 –1997 var det framförallt bland yngre som en ökad användning av smärtstillande medel kunde urskiljas. Under den senare delen av perioden ökade användningen i praktiskt taget alla åldrar.

### **Allt fler med allergier**

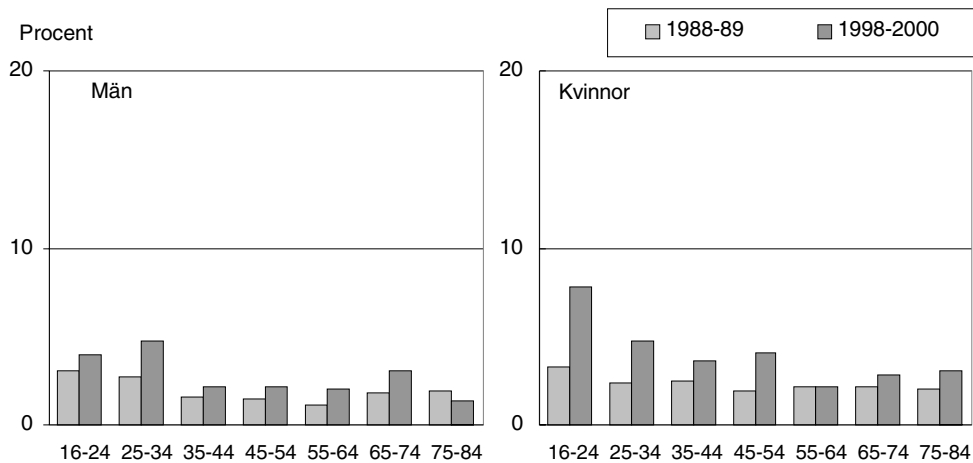
Från 1988-1989 fram till 1996-1997 ökade antalet allergiker (med hösnuva, allergiskt astma eller ”hösnuvesymtom” av tobaksrök, parfym eller trycksvärta) med 4 procentenheter bland männen, från 21 till 25 procent, och med 2 procentenheter bland kvinnorna, från 29 till 31 procent. I första hand är det bland ungdomar som denna ökning sker vilket medför att skillnaderna mellan äldre och yngre ytterligare vidgas. Det är hösnuva som står för den största delen av ökningen i antal allergiker, men allergisk astma har också blivit vanligare, liksom att man tar medicin för sin astma minst 2 veckor om året.

**Diagram 3.7 Allergier – jämförelse mellan 1988–89 och 1996–97 för kvinnor och män i olika åldrar**

Har hösnuva:



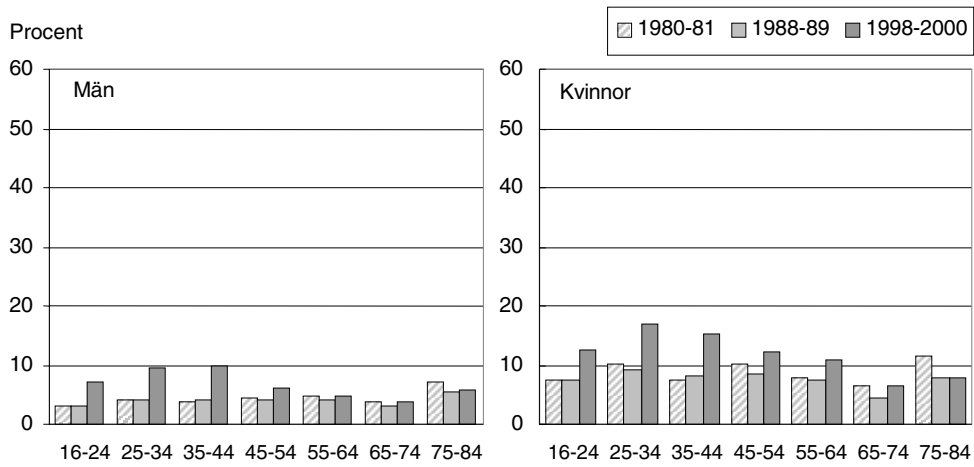
Har allergisk astma: (OBS! Ändrad skala!)

**Den psykiska ohälsan ökar**

Det som under 1980-talet tydde på ett ökat psykiskt välbefinnande – minskad eller oförändrad andel med besvär av ängslan, oro ångest, med trötthet, sömnbesvär resp. huvudvärk – har under 1990-talet vänts till det motsatta. Under 1990-talet ökade andelen med besvär i alla dessa avseenden bland såväl yngre som medelålders. Endast i åldrarna 65-84 år tycks den psykiska ohälsan vara oförändrad.

**Diagram 3.8 Psykisk ohälsa – jämförelse mellan 1980–1981, 1988–1989 samt 1998–2000 för kvinnor och män i olika åldrar**

Trötthet



Sömnbesvär

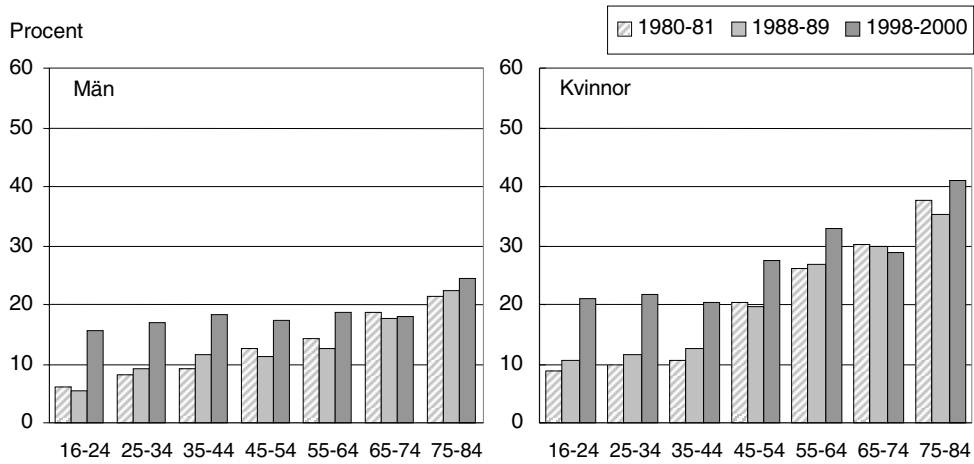
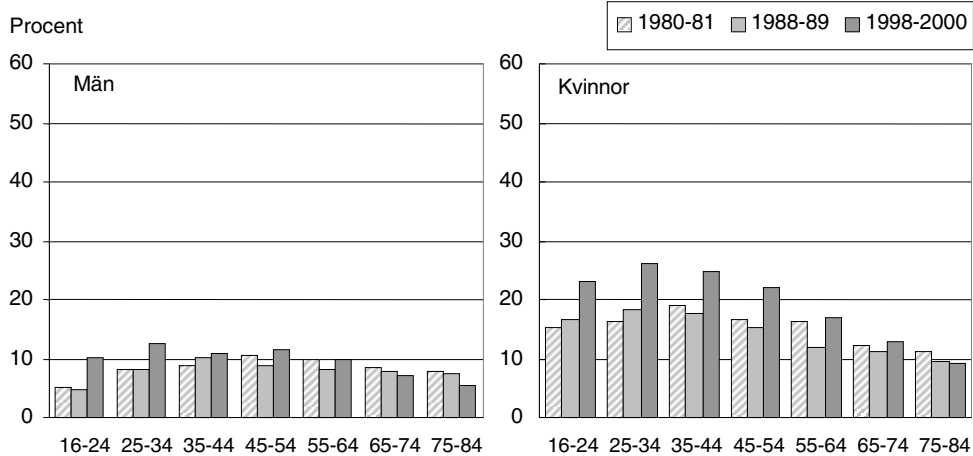
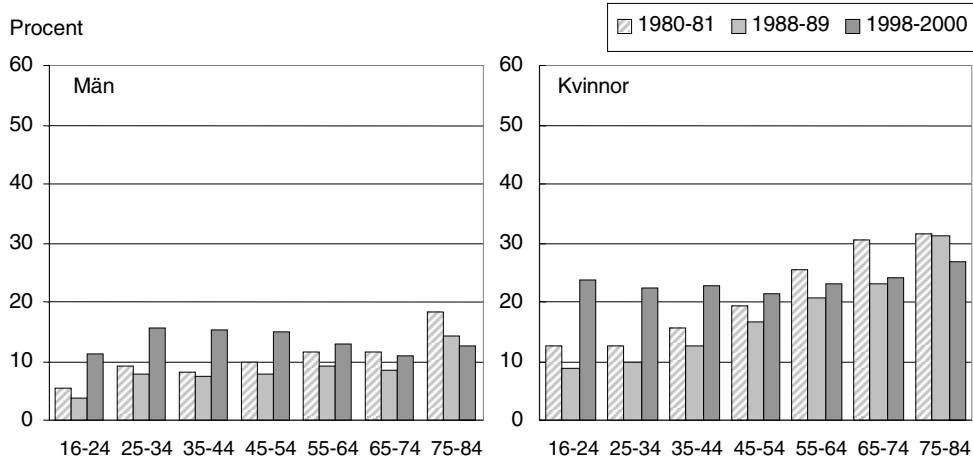


Diagram 3.8 (forts)

Huvudvärk, migrän



Besvär av ängslan, oro eller ångest





## 4 Funktionsnedsättningar

I detta kapitel redovisas förekomst av funktionsnedsättningar av olika slag, nämligen vad avser rörelseförmåga, syn och hörsel. Bakom de funktionsnedsättningar som redovisas kan ligga sjukdomar eller skador av olika slag, men de kan också vara eller av de drabbade åtminstone uppfattas som naturliga följder av ökande ålder.<sup>13</sup>

Man kan ha ganska olika uppfattning om vad som är funktionshinder. För att i möjligaste mån åstadkomma att alla svar avser samma sak har frågorna om syn och hörsel - liksom frågorna om rörelseförmåga – anknutits till konkreta vardagliga situationer. Vinsten med detta är att den aspekt av funktionsförmågan som omfattas av frågorna mäts ganska likformigt. Men samtidigt får vi dras med nackdelen att vissa typer av funktionsnedsättningar inte kommer fram.

### Nedsatt rörlighet

#### Svårigheter att förflytta sig

När man talar om rörelseförmåga så avses i de flesta fall förmåga att förflytta sig. Rörelseförmågan mäts i ULF med flera indikatorer vilka bl.a. anger olika grader av funktionsnedsättning. Av diagram 4.1 framgår hur vanligt det är med olika rörelsenedsättningar bland kvinnor och män i befolkningen.

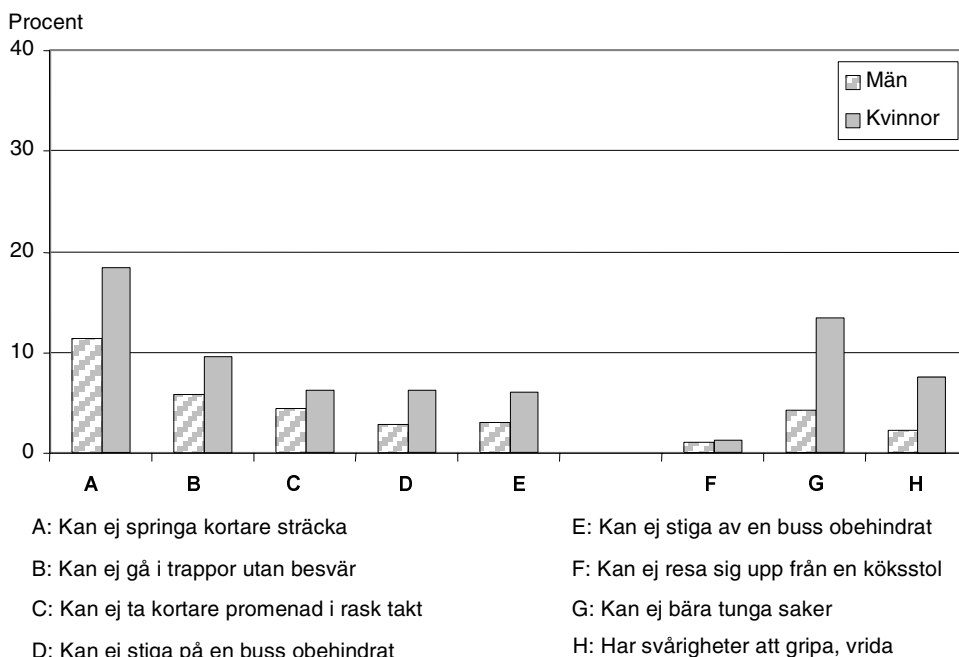
15 procent av befolkningen 16-84 år skulle inte kunna springa en kortare sträcka även om de hade bråttom. Ungefär hälften av dessa, 8 procent, kan inte gå i trappor utan besvär. Cirka 4 procent kan inte ta en kortare promenad (på cirka 5 minuter) i rask takt och ungefär lika många är de som inte kan stiga på resp. av en buss obehindrat. I fortsättningen kommer redovis-

---

<sup>13</sup> Funktionshinder behandlas utförligt i rapport nr 97 i serien Levnadsförhållanden: Funktionshindrade 1980-1999. Där beskrivs också de funktionshindrades levnadsförhållanden.

ningen att avse tre grader av nedsättning av förmågan att förflytta sig, nämligen nedsatt rörelseförmåga, rörelsehinder resp. svårt rörelsehinder:

**Diagram 4.1 Nedsatt rörlighet 1996-97. Procent**



Nedsatt rörelseförmåga sägs de ha som svarat Nej på frågan: "Kan du springa en kortare sträcka, säg 100 meter, om du har bråttom?"

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 rörelsehindrade sägs de personer med rörelsehinder vara som behöver hjälp av annan person för att förflytta sig eller som använder hjälpmedel (käppar, bockar, rullstol eller dylikt) vid förflyttning.

Cirka 15 procent i befolkningen i åldrarna 16-84 år, 18 procent av kvinnorna och 12 procent av männen, har nedsatt rörelseförmåga. Detta motsvarar 1 miljon människor som av en eller annan anledning inte skulle kunna springa en kortare sträcka på cirka 100 meter om de skulle ha bråttom. 6 procent, motsvarande 400 000 personer, är rörelsehindrade och drygt 200 000 är svårt rörelsehindrade.

Som framgår av diagram 4.1 är nedsatt rörlighet i alla dessa former och grader betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. 8 procent av kvin-

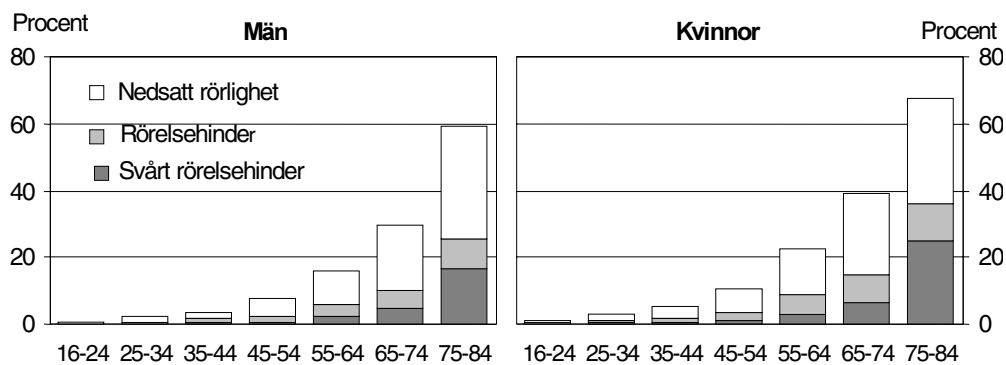


norna och 5 procent av männen definieras därmed som rörelsehindrade och 4 resp. 2 procent som svårt rörelsehindrade. Till en del beror den nedsatta rörelseförmågan på olika sjukdomar och flertalet sjukdomar, bl.a. sjukdomar i rörelseorganen, förekommer oftare bland kvinnor än bland män.

Ålderskillnaderna är också stora. Nedsatt rörlighet är ovanligt före 40 års ålder, andelen med nedsatt rörlighet är i dessa åldrar lägre än 5 procent. Med ökande ålder från denna ålder och uppåt blir nedsatt rörlighet resp. rörelsehinder allt vanligare. Varje åldersgrupp har nedsatt rörlighet eller är rörelsehindrade i ungefär dubbelt så stor utsträckning som de som är 10 år yngre. I åldersgruppen 75-84 år är det bland kvinnor 67 procent och bland män 59 procent som har nedsatt rörelseförmåga samt 36 resp. 26 procent som är rörelsehindrade.

Svårt rörelsehinder, dvs att ha sådan nedsättning av rörelseförmågan att man behöver använda hjälpmedel eller behöver hjälp av andra för att förflytta sig, förekommer praktiskt taget bara bland de äldsta. I åldersgruppen 75-84 år har närmare var sjätte man och var fjärde kvinna en sådan nedsättning av rörelseförmågan.

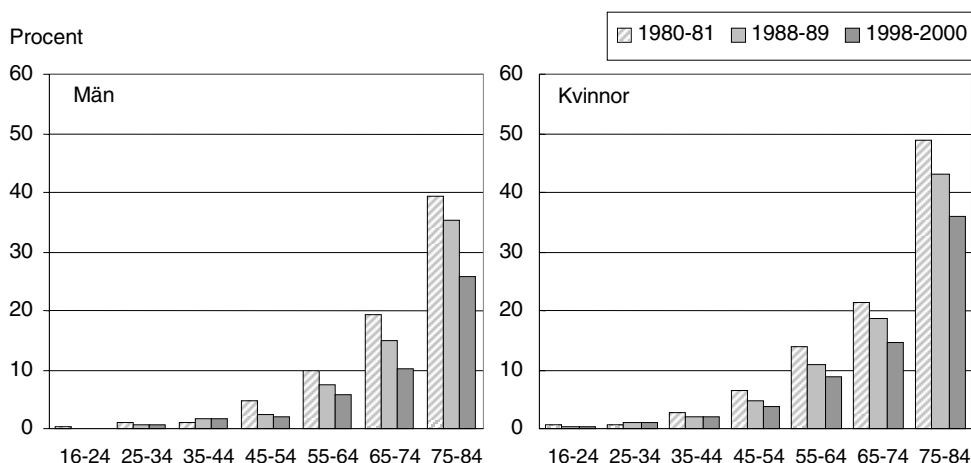
**Diagram 4.2 Nedsättning av rörelseförmågan efter kön och ålder 1998-2000**



### Rörelseförmågan förbättras

Andelen med nedsatt rörelseförmåga har minskat ganska stadigt. 1975 hade 16 procent av befolkningen (16-74 år) nedsatt rörelseförmåga. 1980-1981 var andelen nere i 15 procent och 1988-1989 i 12 procent. 1998-2000 hade 10 procent av befolkningen (16-74 år) nedsatt rörelseförmåga. I princip samma utveckling kan noteras även för andel med rörelsehinder och med svårt rörelsehinder under 1980- och 1990-talet.

**Diagram 4.3 Rörelsehinder – jämförelse mellan 1980–81, 1988–89 samt 1998–2000 bland kvinnor och män i olika åldrar**



### Svårigheter att bära eller att gripa och vrida

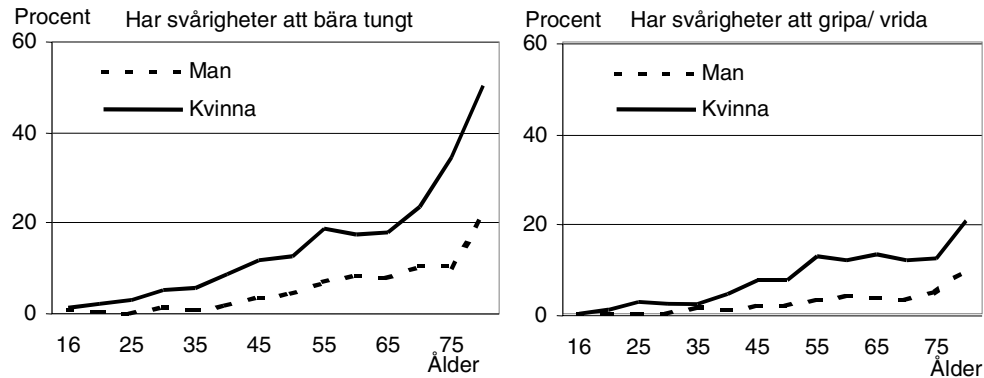
Andra aspekter av rörelseförmågan än den som avser förmågan att förflytta sig är förmågan att använda armar och händer. Nedsättning av funktionsförmågan i armarna kan vara av olika slag. Som indikator på nedsatt armfunktion används här förmågan att bära. Andra nedsättningar som beror på att t.ex. endast den ena armen fungerar tillfredställande eller som består i svårigheter att t.ex. lyfta armarna mäts ej. Nedsättning av funktionsförmågan i händerna belyses genom att vi ställt en fråga om man har några svårigheter att gripa, t.ex. vrida på eller av kranar. Inte heller i detta avseende framgår om funktionsförmågan är nedsatt i ena handen så länge man klarar detta utan svårighet med en hand.

9 procent av befolkningen åldrarna 16-84 år säger sig ha svårt att bära 5 kg, t.ex. en tung kasse, en kortare sträcka. 5 procent har svårigheter att gripa och/eller vrida t.ex. på eller av kranar. I antal personer motsvarar dessa andelar 600 000 personer i åldrarna 16-84 år som har svårigheter att bära och cirka 300 000 med svårigheter att gripa eller vrida. Totalt cirka 700 000, 11 procent av befolkningen, har svårigheter att endera bära eller att gripa/vrida.

Problem med arm- eller handfunktion är, som framgår av diagram 4.1, i ännu större utsträckning än svårigheter att förflytta sig ett problem framförallt för kvinnor. Svårigheter att bära resp. att gripa/vrida är 3-4 gånger så vanligt bland kvinnor som bland män. 13 procent av kvinnorna och 4 pro-

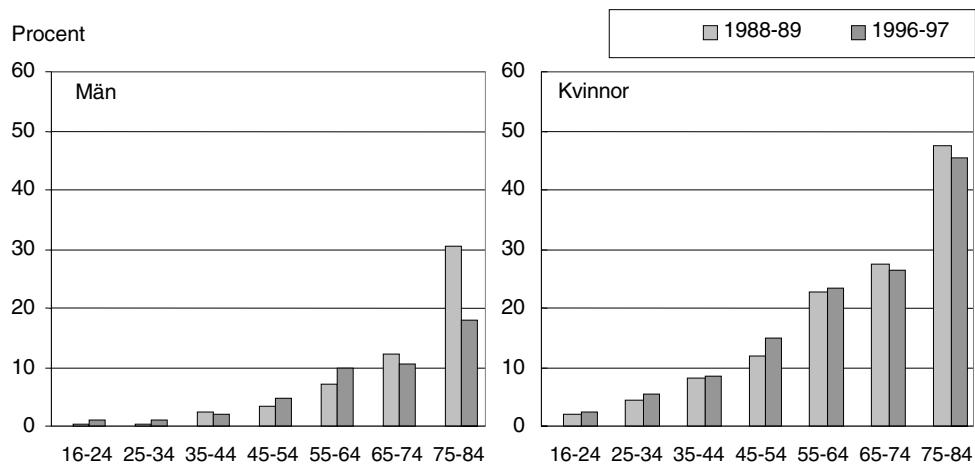
cent av männen i åldrarna 16-84 år säger sig ha svårt att bära och 8 resp. 2 procent har svårigheter att gripa och/eller vrida t.ex. på eller av kranar. Ålderskillnaderna är stora, men inte lika dramatiska som vad gäller nedsatt rörlighet och rörelsehinder.

**Diagram 4.4 Nedsättning av arm-/handfunktion efter kön och ålder (femårsklasser) 1996–1997. Procent**



Andelen med nedsatt funktion i armar eller händer (har svårigheter att bära eller att gripa/vrida) har legat på samma nivå sedan slutet av 1980-talet. Bland äldre män har andelen emellertid minskat med resultat att skillnaden mellan kvinnor och män ökat.

**Diagram 4.5 Svårigheter att bära eller gripa –jämförelse mellan 1988–89 samt 1996–97 bland kvinnor och män i olika åldrar**



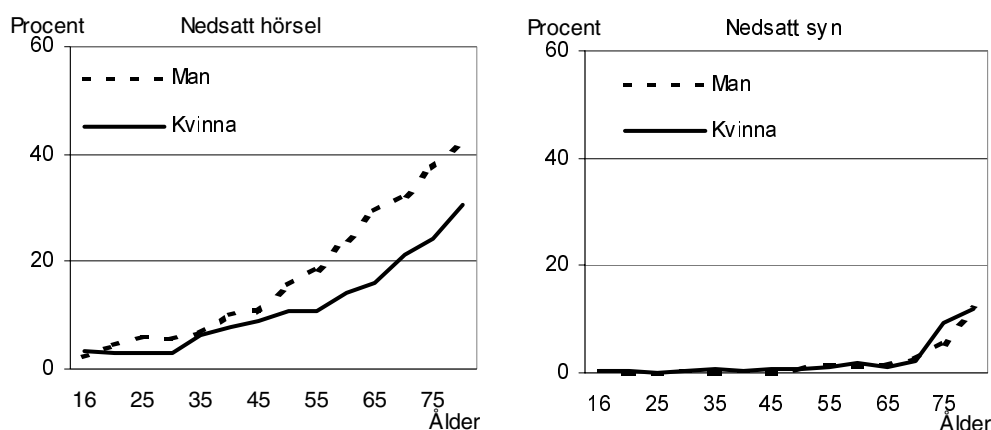
## Nedsatt syn

Den fråga som ställts i syfte att mäta synnedsättning lyder: "Kan du utan svårighet läsa vanlig text i dagstidning (med eller utan glasögon)?" Frågan mäter troligen ganska väl just det som vi frågar om. En del som svarar Ja kan ändå lida av synnedsättning t ex på grund av blindhet eller kraftigt nedsatt syn på ena ögat. Några som svarat att de kan läsa text i dagstidning kan på grund av starr besväras av synnedsättning i andra situationer.

Knappt 100 000 personer, 1,4 procent av befolkningen 16-84 år, har nedsatt syn i den meningen att de inte utan svårighet kan läsa vanlig text i dagstidning. Var sjunde person med nedsatt syn (cirka 15 000 personer i åldrarna 16-84 år) har enbart ledsyn eller mindre än ledsyn.

Nedsatt syn förekommer nästan inte alls bland yngre men från och med 70-års ålder blir det vanligare. I åldrarna 75-84 år är det 12 procent bland såväl män som kvinnor som inte utan svårighet kan läsa text i en dagstidning. Andelen med nedsatt syn har inte förändrats under 1980- och 1990-talet.

**Diagram 4.6 Nedsatt hörsel resp. nedsatt syn efter ålder (femårsklasser) och kön. Procent. 1998-2000**



## Nedsatt hörsel

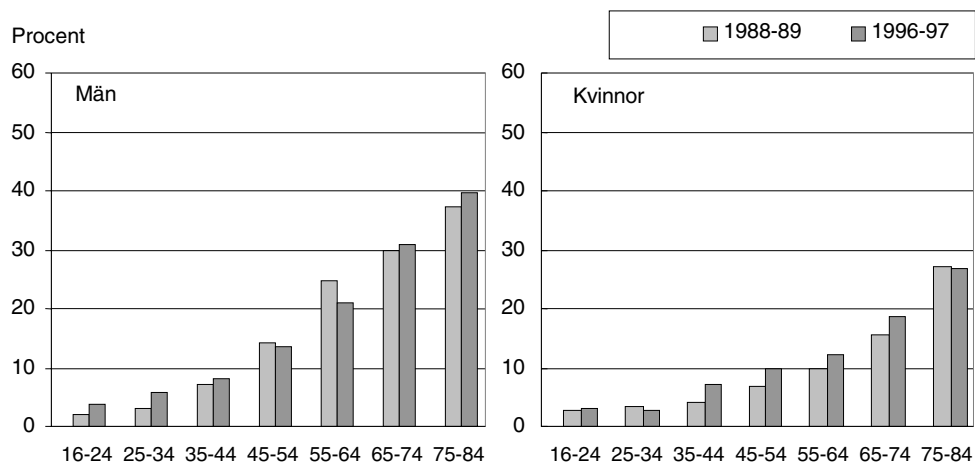
Nedsatt hörsel mäts med frågan "Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer med eller utan hörapparat?"

Drygt 800 000 personer, 12 procent av befolkningen i åldrarna 16-84 år, kan inte utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer. Var sjunde person med nedsatt hörsel, drygt 100 000 personer eller 2 procent av befolkningen 16-84 år, har så dålig hörsel att de har svårt att höra vad som

sägs vid samtal i telefon. Var fjärde med nedsatt hörsel, drygt 200 000 personer har hörapparat, varav mindre än hälften använder hörapparaten regelbundet (alltid eller nästan alltid).

Nedsatt hörsel förekommer, till skillnad från nedsatt syn, ganska långt ned i åldrarna. Redan i 35-årsåldern kan var tjugonde inte utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer. Från 45 års ålder har var tionde man och från 50 års ålder har var tionde kvinna nedsatt hörsel. Från 75 års ålder har 24 procent av kvinnorna och 38 procent av männen nedsatt hörsel. Nedsatt hörsel är från 50 års ålder och uppåt betydligt vanligare bland män än bland kvinnor.

**Diagram 4.7 Nedsatt hörsel – jämförelse mellan 1988–89 samt 1996–2000 för kvinnor och män i olika åldrar**



Andelen med nedsatt hörsel ökade under perioden 1975–1985 från knappt 8 procent till cirka 9 procent av befolkningen 16-74 år, en ökning som är statistiskt säkerställd. Under resten av 1980-talet låg andelen med nedsatt hörsel sedan kvar på denna högre nivå.

Studerar man förändringar under 1990-talet i olika åldersklasser finner man att andelen med nedsatt hörsel fortsatt att öka bland framförallt yngre män samt bland medelålders kvinnor.



## 5 Ojämlighet i hälsa

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet är en god hälsa på lika villkor. Det är därför av stor vikt vid beskrivning av befolkningens hälsa att redovisa hur hälsan/ohälsan är fördelad mellan olika grupper i befolkningen. I detta kapitel redovisas ohälsans fördelning efter familj, klass, utbildning samt region.

### Familj och ohälsa

Familjesituationen har en stor betydelse för välfärd, i synnerhet de mer materiella aspekterna av välfärd då antalet försörjare och antalet som skall försörjas spelar en stor roll. Men utöver den betydelse familjen har för de mer materiella aspekterna av välfärden antas familjen också ha en betydelse som social gemenskap genom det stöd t.ex. människor i parförhållanden kan ge varandra. Från många studier är det känt att fränskilda, i synnerhet fränskilda män, har den högsta dödligheten medan sammanboende har låg dödlighet. Samtidigt kan hävdas att sambandet mellan familjesituation och ohälsa är det omvända – att en dålig hälsa medför sämre möjligheter att skaffa en partner och att bilda familj. Utan att närmare ange i vilken riktning ett eventuellt samband mellan familj och ohälsa verkar redovisas i det följande skillnader i ohälsa mellan i första hand sammanboende och ensamboende<sup>14</sup>.

Familjesituationen ter sig som regel olika under olika delar av livet varför sammanboende resp. ensamboende inte är lika vanligt i olika åldrar. Såväl bland kvinnor som bland män är ensamboende vanligt i unga år. Bland kvinnor i åldrarna 30-60 år samt bland män i åldrarna 40-70 år är fyra femtedelar eller mer sammanboende. Efter 70 års ålder blir ensamboende det vanliga bland kvinnor medan männen lever som sammanboende i förhållandevis stor utsträckning även i högre åldrar För att neutralisera för dessa ålders

---

<sup>14</sup> Se även bilaga 2.

skillnader mellan sammanboende och ensamboende och den effekt dessa kan ha på resultaten redovisas i det följande enbart åldersstandardiserade tal.

**Tabell 5.1 Familj och ohälsa. En jämförelse mellan sammanboende resp. ensamboende kvinnor och män. Procent. Åldersstandardiserade tal**

|   | Män          |             | Kvinnor      |             |
|---|--------------|-------------|--------------|-------------|
|   | Sammanboende | Ensamboende | Sammanboende | Ensamboende |
| Allmänt hälsotillstånd dåligt   | 4            | 7           | 6            | 9           |
| Sämlre hälsotillstånd än jämnåriga  | 8            | 11          | 10           | 13          |
| Har svåra besvär av långvarig sjukdom   | 14           | 18          | 18           | 24          |
| Får regelbunden medicinsk behandling för långvarig sjukdom                          | 28           | 29          | 36           | 44          |
| Har sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan                                  | 9            | 14          | 11           | 16          |
| Har sjukdom som medför behov av hjälp i det dagliga livet                           | 2            | 6           | 6            | 7           |
| Svåra besvär av smärta / värk från nacke, rygg eller leder                          | 17           | 18          | 23           | 25          |
| Svåra besvär av värk från nacke, skuldror eller axlar                               | 8            | 8           | 13           | 14          |
| Har svåra besvär av ryggvärk, höftsmärtor eller ischias                             | 10           | 10          | 12           | 13          |
| Har svåra besvär av värk i leder  | 7            | 8           | 11           | 13          |
| Använder smärtstillande medel regelbundet   | 4            | 4           | 8            | 10          |
| Har allergiska besvär   | 24           | 26          | 30           | 35          |
| Har eksem   | 15           | 15          | 19           | 18          |
| Har hösnuva   | 18           | 17          | 19           | 22          |
| Har allergisk astma   | 3            | 3           | 4            | 5           |
| Har astma   | 5            | 6           | 7            | 8           |
| Reagerar med "hösnuva" på tobaksrök, parfym eller trycksvärta                       | 12           | 12          | 20           | 23          |
| Haft svårt komma igång på morgnarna och varit påfallande trött på dagar och kvällar | 6            | 9           | 12           | 14          |
| Haft besvär med sömnen under de senaste två veckorna                                | 17           | 22          | 26           | 30          |
| Återkommande huvudvärk eller migrän under de senaste två veckorna                   | 10           | 10          | 19           | 21          |
| Besväras av ångslan, oro eller ångest   | 12           | 19          | 21           | 29          |
| Har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest                                       | 2            | 5           | 3            | 8           |
| Har använt antidepressiva medel under de senaste två veckorna                       | 1            | 2           | 2            | 5           |
| Har använt nervlugnande medel under de senaste två veckorna                         | 1            | 3           | 2            | 4           |
| Har använt sömnmedel under de senaste två veckorna                                  | 2            | 5           | 6            | 8           |
| Har nedsatt hörsel  | 15           | 14          | 10           | 12          |
| Har nedsatt syn   | 1            | 2           | 1            | 3           |
| Har nedsatt rörelseförmåga  | 11           | 16          | 16           | 22          |
| Har rörelsehinder   | 4            | 7           | 6            | 10          |
| Har svårt rörelsehinder   | 2            | 4           | 3            | 6           |
| Har svårigheter att bära  | 4            | 6           | 12           | 14          |
| Har svårigheter att gripa   | 2            | 3           | 7            | 8           |

(Se även tabeller i bilaga 1)



Trots att hänsyn tas till gruppernas olika ålderssammansättning tycks ensamboende i flera avseenden ha sämre hälsa än sammanboende. Detta visar sig till exempel i att andelen som bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt, som har en långvarig som medför svåra besvär, nedsättning av arbetsförmågan eller att de behöver hjälp i sitt dagliga liv är högre bland ensamboende än bland sammanboende. Det visar sig också i att det är vanligare bland ensamboende kvinnor än bland sammanboende kvinnor med allergiska besvär. Funktionsnedsättningar såsom nedsatt syn och nedsatt rörelseförmåga är betydligt vanligare bland ensamboende än bland sammanboende.

Men även vad avser det psykiska välbefinnandet är skillnaderna mellan ensamboende och sammanboende påtagliga – ensamboende har i större utsträckning än sammanboende sömnbesvär och besvär av ängslan, oro eller ångest och använder också oftare medicin för psykiska besvär (antidepressiva medel, nervlugnande medel samt sömnmedel).

### **Klass och ohälsa**

Det finns goda skäl att vänta sig att hälsotillståndet skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper<sup>15</sup>. Arbetare har till exempel en fysiskt mera påfrestande arbetsmiljö än tjänstemän - de utsätts oftare för buller, tunga lyft, stark värme eller kyla, skadliga ämnen, risker för olycksfall etc. De har också mindre inflytande och kontroll över sin arbetssituation och oftare enformiga eller jäktiga arbeten. Levnadsvanorna (alkoholkonsumtion, tobaksvanor, kost och motion), vilka har en stor betydelse för hälsan, varierar mellan socioekonomiska grupper. Så är t.ex. den alkoholrelaterade dödligheten och andelen dagligrökare högre bland arbetare än bland tjänstemän på mellannivå eller högre.

Arbetare har genomgående sämre hälsa än tjänstemän. Detta gäller den egna bedömningen av hälsotillståndet rent allmänt och jämfört med jämnåriga samt förekomst av sjukdomar och besvär och funktionsnedsättningar av olika slag. Skillnaderna mellan arbetare å ena sidan och tjänstemän å den andra är tydligast för sjukdomar och besvär i skelettet och rörelseorganen samt värk av olika slag - sjukdomar och besvär som ofta är resultat av tunga arbeten samt olämpliga och enformiga arbetsställningar. (Tabell 5.2)

Men även sådana besvär som kan sägas indikera nedsatt psykiskt välbefinnande – trötthet, sömnbesvär, huvudvärk och besvär av ängslan, oro eller ångest - är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. (Tabell 5.2)

---

<sup>15</sup> Ang. socioekonomisk indelning se Bilaga 2, Redovisningsgrupper i rapporten.

Arbetare och tjänstemän är emellertid inte homogena grupper. Det finns betydande skillnader inom dessa grupper som visar på en skiktning där å ena sidan ej facklärd arbetare som regel är mest drabbade och högre tjänstemän mest gynnade. Bland lägre tjänstemän är förekomst av ohälsa av olika slag i vissa avseenden mer lik arbetarnas än övriga tjänstemäns. Detta gäller t.ex. olika slag av nedsatt psykiskt välbefinnande samt funktionsnedsättningar som rörelsehinder och svårigheter att bära eller gripa. (Diagram 5.1)

De skillnader i ohälsa som vi här kan se mellan arbetare och tjänstemän tycks vara förhållandevis stabila över tid. Om man ser på utvecklingen under perioden 1980-2000 finns inget som entydigt pekar på minskade klass-skillnader. I vissa avseenden tycks en utjämning skett. I andra avseenden tycks klass-skillnaderna ha ökat, t.ex. för nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom samt bland kvinnor långvarig sjukdom med svåra besvär. I många avseenden är dock skillnaderna praktiskt taget oförändrade under perioden 1980 - 2000.

**Tabell 5.2 Klass och ohälsa. En jämförelse mellan arbetare och tjänstemän. Procent. Åldersstandardiserade tal**

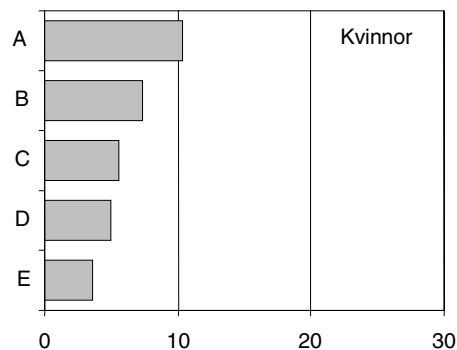
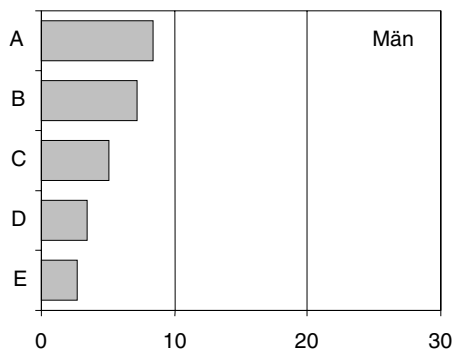
|  | Män<br>Arbetare | Lägre<br>tjänste-<br>män | Tjänste-<br>män mel-<br>lannivå /<br>högre | Kvinnor<br>Arbetare | Lägre<br>tjänste-<br>män | Tjänstem<br>än mel-<br>lannivå /<br>högre |
|--|-----------------|--------------------------|--|---------------------|--------------------------|---|
| Allmänt hälsotillstånd dåligt  | 8               | 5                        | 3  | 9                   | 6                        | 5   |
| Sämre hälsotillstånd än jämnåriga  | 12              | 10                       | 7  | 14                  | 13                       | 6   |
| Bättre hälsotillstånd än jämnåriga   | 23              | 30                       | 35   | 21                  | 25                       | 30  |
| Har någon långvarig sjukdom  | 53              | 44                       | 42   | 56                  | 52                       | 48  |
| Har sjukdom som i hög grad påverkar<br>arbetsförmågan                                  | 16              | 10                       | 6  | 19                  | 12                       | 9   |
| Har svåra besvär av långvarig sjukdom  | 21              | 16                       | 10   | 26                  | 19                       | 17  |
| Har någon långvarig sjukdom som medför behov<br>av hjälp i det dagliga livet           | 5               | 4                        | 2  | 8                   | 6                        | 5   |
| Sjukdom i skelett eller rörelseorgan   | 21              | 16                       | 12   | 26                  | 21                       | 18  |
| Har sjukdom i cirkulationsorganen  | 18              | 15                       | 14   | 17                  | 15                       | 12  |
| Har högt blodtryck   | 8               | 7                        | 8  | 11                  | 9                        | 7   |
| Besväras av smärta och värk från nacke, rygg eller<br>leder                            | 68              | 58                       | 50   | 76                  | 71                       | 63  |
| Svåra besvär av smärta och värk från nacke, rygg<br>eller leder                        | 25              | 18                       | 10   | 31                  | 25                       | 18  |
| Besväras av värk från nacke, skuldror eller axlar                                      | 43              | 33                       | 26   | 55                  | 51                       | 41  |
| Svåra besvär av värk från nacke, skuldror eller<br>axlar                               | 12              | 8                        | 4  | 18                  | 14                       | 10  |
| Besväras av ryggvärk, höftsmärtor eller ischias  | 42              | 35                       | 28   | 46                  | 39                       | 35  |
| Har svåra besvär av ryggvärk, höftsmärtor eller<br>ischias                             | 14              | 12                       | 6  | 16                  | 13                       | 9   |
| Besväras av värk i leder (händer, armbågar, ben<br>eller knän)                         | 38              | 29                       | 22   | 44                  | 36                       | 30  |
| Har svåra besvär av värk i leder   | 11              | 8                        | 4  | 16                  | 12                       | 8   |
| Har använt smärtstillande medel under de senaste<br>två veckorna                       | 41              | 39                       | 37   | 56                  | 51                       | 51  |
| Använder smärtstillande medel regelbundet  | 6               | 4                        | 3  | 11                  | 9                        | 6   |
| Haft svårt komma igång på morgnarna och varit<br>påfallande trött på dagar och kvällar | 8               | 7                        | 6  | 13                  | 11                       | 12  |
| Haft besvär med sömnen under de senaste två<br>veckorna                                | 20              | 20                       | 15   | 30                  | 28                       | 24  |
| Återkommande huvudvärk eller migrän under de<br>senaste två veckorna                   | 12              | 9                        | 9  | 22                  | 19                       | 17  |
| Besväras av ångslan, oro eller ångest  | 15              | 14                       | 12   | 25                  | 25                       | 19  |
| Har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest  | 4               | 3                        | 1  | 6                   | 4                        | 3   |
| Har nedsatt hörsel   | 21              | 14                       | 12   | 13                  | 10                       | 10  |
| Har nedsatt rörelseförmåga   | 18              | 13                       | 9  | 23                  | 20                       | 16  |
| Har rörelsehinder  | 7               | 6                        | 3  | 10                  | 8                        | 7   |
| Har svårt rörelsehinder  | 3               | 3                        | 2  | 5                   | 4                        | 4   |
| Har svårigheter att bära   | 6               | 6                        | 3  | 17                  | 16                       | 11  |
| Har svårigheter att gripa  | 3               | 3                        | 2  | 10                  | 9                        | 6   |
| Har svårigheter att bära och/eller gripa   | 8               | 6                        | 4  | 20                  | 19                       | 14  |

(Se även tabeller i bilaga 1)

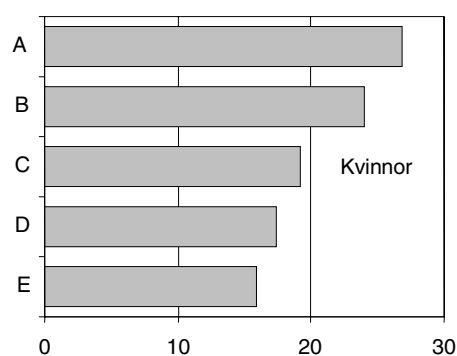
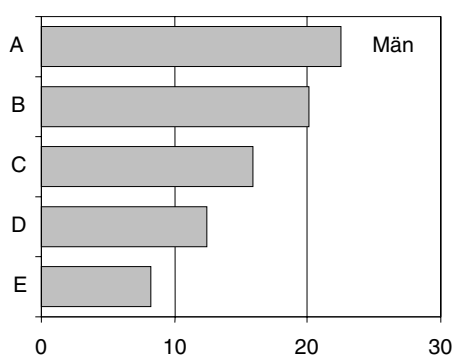
**Diagram 5.1 Klass och ohälsa. En jämförelse mellan socioekonomiska grupper. Procent. Åldersstandardiserade tal**

|   |                      |   |                          |
|---|----------------------|---|--------------------------|
| A | Ej facklärd arbetare | C | Lägre tjänstemän         |
| B | Facklärd arbetare    | D | Tjänstemän på mellannivå |
| E | Högre tjänstemän     |   |                          |

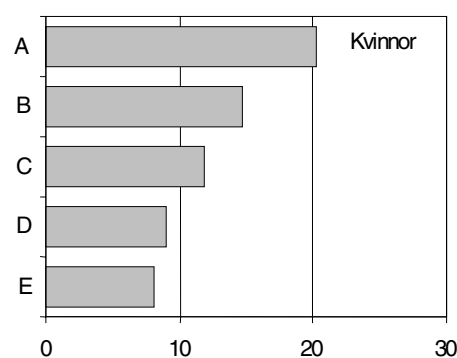
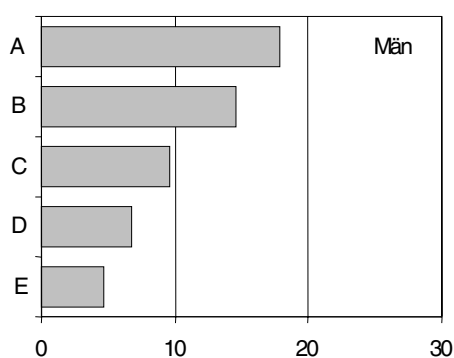
**Allmänt hälsotillstånd dåligt**



**Svåra besvär av långvarig sjukdom**



**I hög grad nedsatt arbetsförmåga**

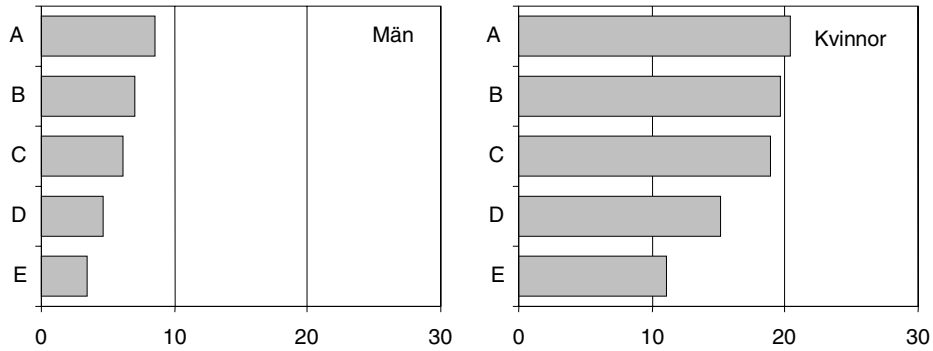


(Se även tabeller i bilaga 1)

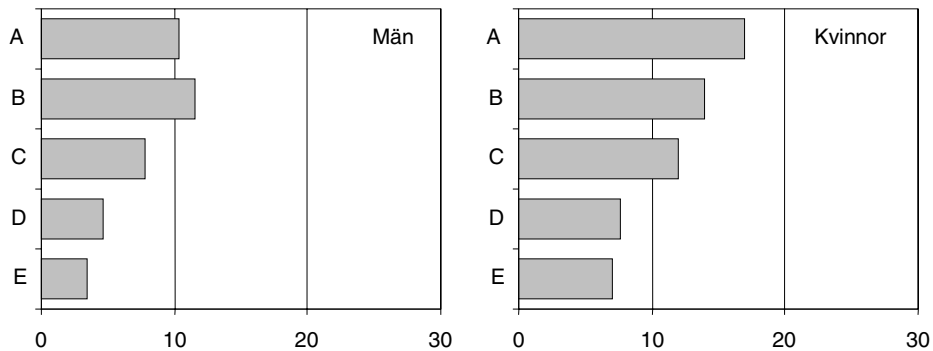
Diagram 5.1 Klass och ohälsa. (Forts)

|                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| A Ej facklärda arbetare | C Lägre tjänstemän         |
| B Facklärda arbetare    | D Tjänstemän på mellannivå |
|                         | E Högre tjänstemän         |

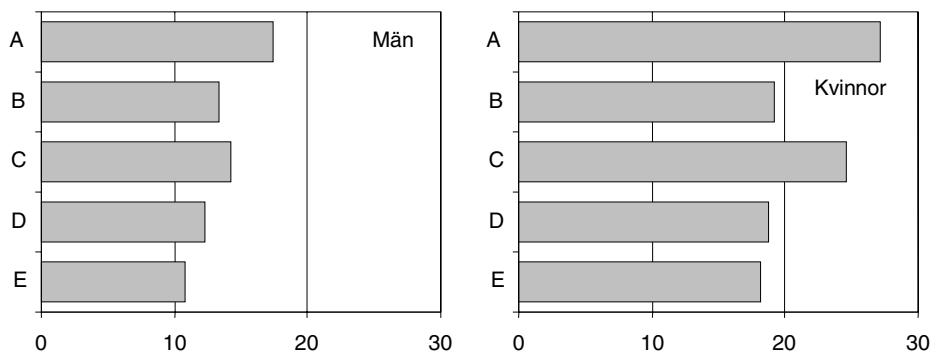
## Svårigheter att bära eller gripa



## Svår värk i leder (händer, armbågar, knän)



## Besvär av ängslan, oro eller ångest



(Se även tabeller i bilaga 1)

## Utbildning och ohälsa

De sociala skillnaderna i välfärd kan visas endera med skillnader mellan socioekonomiska grupper eller med skillnader mellan grupper med olika utbildning. Utbildning är ofta avgörande för det arbete man har och därmed även för socioekonomisk position. Det torde således finnas ett starkt samband mellan socioekonomisk position och utbildning och det är därför inte förvånande att utbildningsskillnader i ohälsa visar samma mönster som de socioekonomiska skillnaderna.

Bland lägre utbildade är ohälsa betydligt vanligare än bland högre utbildade<sup>16</sup>. De största skillnaderna i ohälsa finns mellan de som enbart har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. I många avseenden har lågutbildade (personer med högst förgymnasial utbildning) också sämre hälsa än de med gymnasial utbildning. Den mest genomgående skillnaden i ohälsa finns dock mellan högutbildade (eftergymnasial utbildning) å ena sidan och övriga. (Tabell 5.3)

Bland såväl kvinnor som män är skillnaderna mellan lågutbildade och högutbildade betydande vad gäller den egna bedömningen av hälsotillståndet rent allmänt samt förekomst av långvariga sjukdomar med svåra besvär eller som påverkar arbetsförmågan. Det är bland lågutbildade också betydligt vanligare med besvär av värk från nacke, rygg eller leder och med nedsatt rörelseförmåga eller rörelsehinder. Lågutbildade kvinnor har dessutom betydligt oftare än högutbildade kvinnor svårigheter att bära och besvär av ängslan, oro eller ångest. Bland män finns skillnader i psykiskt välbefinnande mellan lågutbildade och högutbildade, men skillnaderna är inte så stora.

Allergier i form av eksem eller hösnuva är däremot mindre vanliga bland lågutbildade än bland högutbildade – skillnaderna är emellertid inte så stora.

Klyftorna mellan låg- och högutbildade har, förutom i några få fall, inte minskat under perioden 1988 – 2000<sup>17</sup>. Bland undantagen kan nämnas att högutbildade kvinnor närmat sig de lågutbildades högre nivå för t.ex. svåra besvär av långvarig sjukdom och nedsatt hörsel samt att lågutbildade har närmat sig högutbildades högre andelar med allergiska besvär. Det huvudsakliga intrycket är emellertid att klyftorna mellan lågutbildade och högutbildade tycks öka, framförallt beroende på att lågutbildades hälsa försämrats mer än högutbildades.

---

<sup>16</sup> Ang. utbildningsnivå se Bilaga 2, Redovisningsgrupper i rapporten.

<sup>17</sup> Jämförelsetidpunkt för utbildningsskillnader är 1988-89, eftersom utbildningsnivå ej finns tillgänglig för de äldsta (75-84 år) i 1980-81 års undersökning.

**Tabell 5.3 Utbildning och ohälsa. En jämförelse mellan grupper med olika utbildning bland män och kvinnor. Procent. Åldersstandardiserade tal**

|  | Män<br>Förgym-<br>nasial<br>utbildning | Gymnasial<br>utbildning | Eftergym-<br>nasial<br>utbildning | Kvinnor<br>Förgym-<br>nasial<br>utbildning | Gymnasial<br>utbildning | Eftergym-<br>nasial<br>utbildning |
|--|--|-------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------|-----------------------------------|
| Allmänt hälsotillstånd dåligt  | 7                                      | 5                       | 3                                 | 10   | 7                       | 4                                 |
| Sämlre hälsotillstånd än jämnåriga   | 10                                     | 9                       | 8                                 | 14   | 11                      | 7                                 |
| Bättre hälsotillstånd än jämnåriga   | 22                                     | 29                      | 34                                | 19   | 24                      | 28                                |
| Har någon långvarig sjukdom  | 50                                     | 45                      | 38                                | 54   | 51                      | 46                                |
| Har sjukdom som i hög grad påverkar<br>arbetsförmågan                                  | 16                                     | 10                      | 5                                 | 18   | 13                      | 8                                 |
| Har svåra besvär av långvarig sjukdom  | 19                                     | 16                      | 10                                | 25   | 21                      | 16                                |
| Har någon långvarig sjukdom som medför behov av<br>hjälp i det dagliga livet           | 7                                      | 2                       | 2                                 | 8  | 6                       | 5                                 |
| Sjukdom i skelett eller rörelseorgan   | 18                                     | 16                      | 11                                | 24   | 22                      | 16                                |
| Har sjukdom i cirkulationsorganen  | 15                                     | 13                      | 11                                | 14   | 14                      | 11                                |
| Har högt blodtryck   | 7                                      | 7                       | 6                                 | 9  | 9                       | 6                                 |
| Besväras av smärta och värk från nacke, rygg eller<br>leder                            | 63                                     | 59                      | 47                                | 74   | 71                      | 62                                |
| Svåra besvär av smärta och värk från nacke, rygg<br>eller leder                        | 23                                     | 17                      | 10                                | 29   | 26                      | 17                                |
| Besväras av värk från nacke, skuldror eller axlar                                      | 38                                     | 34                      | 25                                | 53   | 50                      | 41                                |
| Svåra besvär av värk från nacke, skuldror eller axlar                                  | 10                                     | 8                       | 4                                 | 16   | 15                      | 9                                 |
| Besväras av ryggvärk, höftsmärtor eller ischias  | 38                                     | 36                      | 27                                | 44   | 41                      | 34                                |
| Har svåra besvär av ryggvärk, höftsmärtor eller<br>ischias                             | 13                                     | 10                      | 6                                 | 15   | 13                      | 8                                 |
| Besväras av värk i leder (händer, armbågar, ben<br>eller knän)                         | 35                                     | 31                      | 20                                | 44   | 38                      | 28                                |
| Har svåra besvär av värk i leder   | 11                                     | 7                       | 4                                 | 16   | 13                      | 7                                 |
| Har allergiska besvär  | 23                                     | 25                      | 29                                | 29   | 32                      | 32                                |
| Har hösnuva  | 16                                     | 17                      | 22                                | 16   | 20                      | 21                                |
| Har astma  | 7                                      | 5                       | 6                                 | 7  | 9                       | 7                                 |
| Haft svårt komma igång på morgnarna och varit<br>påfallande trött på dagar och kvällar | 8                                      | 7                       | 6                                 | 14   | 12                      | 11                                |
| Haft besvär med sömnen under de senaste två<br>veckorna                                | 19                                     | 18                      | 16                                | 31   | 27                      | 24                                |
| Återkommande huvudvärk eller migrän under de<br>senaste två veckorna                   | 13                                     | 11                      | 8                                 | 24   | 21                      | 18                                |
| Besväras av ångslan, oro eller ångest  | 17                                     | 13                      | 12                                | 29   | 23                      | 20                                |
| Har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest  | 5                                      | 3                       | 2                                 | 8  | 5                       | 2                                 |
| Har nedsatt hörsel   | 17                                     | 15                      | 11                                | 11   | 11                      | 10                                |
| Har nedsatt rörelseförmåga   | 17                                     | 11                      | 8                                 | 23   | 18                      | 14                                |
| Har rörelsehinder  | 7                                      | 4                       | 3                                 | 10   | 7                       | 6                                 |
| Har svårt rörelsehinder  | 3                                      | 2                       | 2                                 | 5  | 3                       | 3                                 |
| Har svårigheter att bära   | 5                                      | 4                       | 4                                 | 18   | 13                      | 9                                 |
| Har svårigheter att gripa  | 3                                      | 2                       | 2                                 | 9  | 8                       | 6                                 |
| Har svårigheter att bära och/eller gripa   | 6                                      | 5                       | 4                                 | 20   | 16                      | 12                                |

## Regionala skillnader

Sverige är ett till ytan stort land med stora skillnader i befolkningstäthet. Levnadsförhållandena skiljer sig på olika sätt mellan tät- och glesbygdsområden. I storstäder är det vanligare än i glesbygd att man har hög utbildning och där finns en större andel i tjänstemannayrken. I glesbygder är arbetaryrken vanligare - och därmed många arbetsmiljöproblem. Arbetslöshet och utslagning från arbetsmarknaden är vanligare i glesbygd än i tätare bebyggda områden. Man har också längre avstånd till mycket - inte minst till sjukvårdsinrättningar. Däremot har man i glesbygdsområden närmare till naturen och de rekreativsmöjligheter den erbjuder.

Allt detta kan ha betydelse för hälsan. När förekomst av ohälsa redovisas efter grad av befolkningstäthet i hemkommunen med hjälp av den s.k. H-regionindelningen<sup>18</sup> får vi resultat som tyder på att hälsobrister av vissa slag är något vanligare i glesare bebyggda områden än i storstadsområden medan andra hälsobrister tycks vanligare i storstadsområden. De regionala skillnaderna är dock mindre än de sociala skillnader (klass resp. utbildning) vilka tidigare behandlats. De regionala skillnaderna är större bland kvinnor än bland män.

Besvär av värk från nacke, rygg eller leder är vanligare i glesare bebyggda områden än i storstadsområden. Bland kvinnor i glesare delar av landet är långvarig sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan också vanligare än bland kvinnor i storstadsområden.

Psykiska besvär är bland såväl män som kvinnor något vanligare i storstadsområden än i glesare bebyggda delar av landet. Allergi i form av hösnuva är bland män vanligare i storstadsområden medan eksem bland kvinnor är vanligare i glesare bebyggda delar av landet.

De regionala skillnaderna i ohälsa har snarare ökat än minskat under perioden 1980 – 2000, speciellt bland kvinnor. På grund av en ökad andel kvinnor med svåra besvär av långvarig sjukdom i glesare bebyggda områden har gapet mellan storstadsområden och glesare bebyggda områden ökat. Andelen med värk har ökat i hela landet, men på grund av en större ökning för kvinnor i glesare bebyggda områden har gapet mellan olika regioner ökat även i detta avseende. På grund av en ökad andel av män i storstadsområden som har allergier (hösnuva) har de regionala skillnaderna ökat även i detta avseende. Samma sak gäller besvär av ångslan, oro eller ångest, vilket blivit relativt vanligare i storstadsområden bland såväl män som kvinnor.

---

<sup>18</sup> Ang. indelning i s.k. H-regioner se Bilaga 2, Redovisningsgrupper i rapporten.



**Tabell 5.4 Regionala skillnader i ohälsa för män och kvinnor. Procent. Åldersstandardiserade tal**

|   | Män<br>H1-H2<br>Storstads-<br>områden | H3<br>Större<br>städer | H4-H6<br>Övriga<br>riket | Kvinnor<br>H1-H2<br>Storstads<br>områden | H3<br>Större<br>städer | H4-H6<br>Övriga<br>riket |
|---|---------------------------------------|------------------------|--------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| Allmänt hälsotillstånd dåligt   | 6                                     | 4                      | 5                        | 6  | 7                      | 7                        |
| Sämlre hälsotillstånd än jämnåriga  | 8                                     | 8                      | 10                       | 10                                       | 11                     | 11                       |
| Bättre hälsotillstånd än jämnåriga  | 32                                    | 27                     | 25                       | 27                                       | 22                     | 20                       |
| Har någon långvarig sjukdom   | 44                                    | 43                     | 46                       | 49                                       | 49                     | 52                       |
| Har sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan                                  | 9                                     | 10                     | 11                       | 11                                       | 13                     | 15                       |
| Har svåra besvär av långvarig sjukdom   | 14                                    | 15                     | 16                       | 19                                       | 20                     | 21                       |
| Har någon långvarig sjukdom som medför behov av hjälp i det dagliga livet           | 4                                     | 3                      | 3                        | 5  | 7                      | 7                        |
| Sjukdom i skelett eller rörelseorgan  | 14                                    | 15                     | 17                       | 18                                       | 22                     | 22                       |
| Har sjukdom i cirkulationsorganen   | 13                                    | 13                     | 15                       | 11                                       | 13                     | 15                       |
| Har högt blodtryck  | 6                                     | 7                      | 7                        | 7  | 8                      | 10                       |
| Besväras av smärta och värk från nacke, rygg eller leder                            | 54                                    | 56                     | 61                       | 67                                       | 69                     | 71                       |
| Svåra besvär av smärta och värk från nacke, rygg eller leder                        | 15                                    | 16                     | 19                       | 22                                       | 24                     | 24                       |
| Besväras av värk från nacke, skuldror eller axlar                                   | 30                                    | 31                     | 36                       | 46                                       | 47                     | 51                       |
| Svåra besvär av värk från nacke, skuldror eller axlar                               | 7                                     | 7                      | 9                        | 12                                       | 14                     | 15                       |
| Besväras av ryggvärk, höftsmärtor eller ischias                                     | 32                                    | 33                     | 37                       | 36                                       | 39                     | 43                       |
| Har svåra besvär av ryggvärk, höftsmärtor eller ischias                             | 9                                     | 9                      | 11                       | 11                                       | 12                     | 13                       |
| Besväras av värk i leder (händer, armbågar, ben eller knän)                         | 28                                    | 27                     | 31                       | 34                                       | 36                     | 37                       |
| Har svåra besvär av värk i leder  | 7                                     | 7                      | 8                        | 11                                       | 12                     | 11                       |
| Har allergiska besvär   | 27                                    | 24                     | 24                       | 31                                       | 32                     | 31                       |
| Har svåra besvär av allergi   | 6                                     | 6                      | 6                        | 8  | 9                      | 8                        |
| Har eksem   | 16                                    | 13                     | 15                       | 17                                       | 20                     | 21                       |
| Har hösnuva   | 21                                    | 17                     | 16                       | 21                                       | 20                     | 18                       |
| Har astma   | 5                                     | 6                      | 6                        | 7  | 9                      | 7                        |
| Haft svårt komma igång på morgnarna och varit påfallande trött på dagar och kvällar | 8                                     | 7                      | 7                        | 14                                       | 12                     | 11                       |
| Haft besvär med sömnen under de senaste två veckorna                                | 20                                    | 17                     | 17                       | 30                                       | 25                     | 25                       |
| Återkommande huvudvärk eller migrän under de senaste två veckorna                   | 11                                    | 10                     | 10                       | 21                                       | 20                     | 20                       |
| Besväras av ångslan, oro eller ångest   | 16                                    | 13                     | 12                       | 26                                       | 22                     | 21                       |
| Har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest                                       | 3                                     | 3                      | 3                        | 5  | 4                      | 5                        |
| Har nedsatt hörsel  | 12                                    | 15                     | 17                       | 10                                       | 10                     | 11                       |
| Har nedsatt rörelseförmåga  | 12                                    | 12                     | 12                       | 18                                       | 18                     | 19                       |
| Har rörelsehinder   | 5                                     | 4                      | 4                        | 7  | 8                      | 8                        |
| Har svårt rörelsehinder   | 2                                     | 3                      | 2                        | 3  | 4                      | 4                        |



## 6 Kontakter med sjukvården

### Öppen sjukvård

Vård av patient som inte är intagen på sjukhus kallas öppen sjukvård. Sådan vård bedrivs vid bl. a vårdcentraler/husläkarmottagningar, vid sjukhusmottagningar och av privatläkare. I den mån vården är förebyggande – t.ex. vaccination eller graviditetskontroll - är hälsovård en mer adekvat benämning än sjukvård. I detta kapitel belyses framförallt olika former av kontakt med läkare och annan vårdpersonal. Dessutom behandlas kontinuiteten i läkarrelationen samt upplevelse av otillfredsställda behov av läkarkontakt.

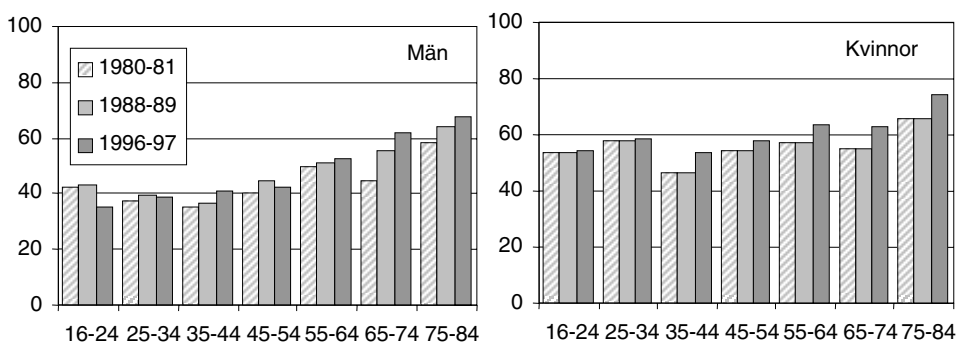
Sverige satsar stora resurser på sjukvård. Sjukvårdskostnaderna uppgick 1998 till 7,4 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 1993 finns en ny tillämpning av hur nationalräkenskaperna räknas fram, som inte är direkt jämförbar med tidigare tillämpning. Under perioden 1993-1998 har hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP minskat från 8,0 till 7,4. I fasta priser har sjukvårdskostnaderna per invånare ökat under åren 1993 till 1998 med 8,7 procent. En stadigt ökande andel äldre i befolkningen (med större vårdbehov) och kvalitetsförbättringar i vården (t.ex. mer avancerad utrustning) har bidragit till denna ökning.

Ett övergripande mål för den svenska sjukvårdspolitikerna är att god hälsa och vård ska erbjudas hela befolkningen på lika villkor. Hälso- och sjukvården ska planeras efter befolkningens behov. För sådan planering behöver man kunskaper om vårdbehovet. Sjukvården själv kan bedöma vårdbehovet hos dem som söker sig dit. Men alla söker inte hjälp - inte ens om de har besvär med hälsan. Man kan inte utgå från att alla som inte sökt vård för sina sjukdomar och besvär haft mindre vårdbehov än de som sökt. Samhällets uppgift är dock att se till att alla har samma möjlighet att få den vård de behöver oavsett var i landet de bor, vilket yrke, vilken utbildning de har eller vilken förmåga att tala svenska de har.

### Läkarkonsultationer

Mer än varannan person i åldrarna 16-84 år har någon kontakt med den öppna vården under en 3-månadersperiod 1996-97. Då är besök och telefonkonsultationer såväl på grund av sjukdom som i förebyggande syfte samt kontakt med distriktssköterska och sjukgymnast medräknade. Det är betydligt fler kvinnor än män som under en 3-månadersperiod har kontakt med den öppna vården, 60 procent jämfört med 46 procent. Denna skillnad är mest framträdande i yngre åldrar. Kvinnor i olika åldrar har ungefär lika mycket kontakt med sjukvården. Bland män är det ovanligare i yngre åldrar och under 90-talet har skillnaden mellan yngre och äldre män blivit än mer accentuerad. Redan under 80-talet ökade läkarkontakter för äldre män, särskilt för män i åldrarna 65-74 år och denna ökning har fortsatt under 90-talet. Detta betyder att det inte längre är någon skillnad i kontakter med öppenvården mellan kvinnor och män i de yngre pensionsåldrarna (65-74 år).

**Diagram 6.1 Någon kontakt med den öppna vården under en tre-månadersperiod 1980-81, 1988-89 samt 1996-97. 16-84 år. Procent.**



### Läkarkontakt för sjukdom

En del av dem som haft kontakt med läkare har bara velat göra en hälsokontroll (12 procent). Att besöka läkare för hälsokontroll har minskat under både 80- och 90-talen, särskilt för de allra äldsta (75-84 år) bland både kvinnor och män. Mäns och kvinnors kontakter med olika delar av den öppna sjukvården framgår nedan:

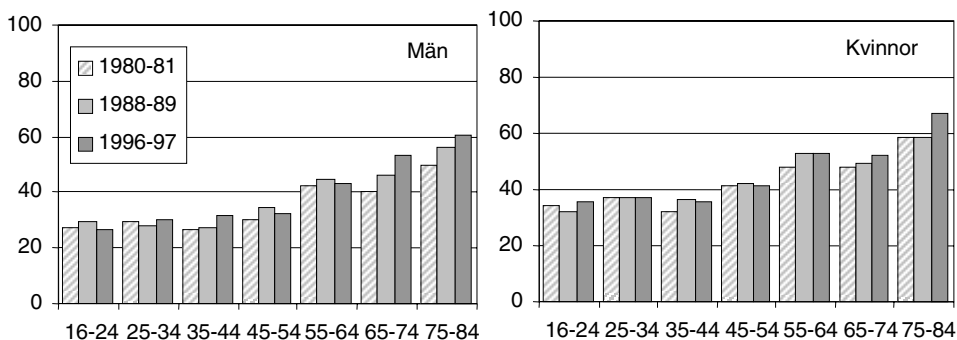
**Tabell 6.1 Kontakter med den öppna vården under en tre-månadersperiod 1996-97 samt förändringar sedan början av 1980-talet. Procent**

|                                      | Män     |                      |        | Kvinnor |                      |        |
|--------------------------------------|---------|----------------------|--------|---------|----------------------|--------|
|                                      | 1996-97 | Förändring<br>90-tal | 80-tal | 1996-97 | Förändring<br>90-tal | 80-tal |
| Något besök i öppen vård<br>varav    | 46      | 0                    | +3 *   | 60      | 0                    | +4 *   |
| hälsokontroll, läkare för friskintyg | 14      | -4 *                 | -1     | 11      | -3 *                 | -2 *   |
| kontakt med läkare för sjukdom       | 37      | +1                   | +2 *   | 44      | +1                   | +1     |
| besök på läkar- eller akutmottagning | 25      | 0                    | -1     | 27      | -2 *                 | -1     |
| varav akutmottagning                 | 9       | -1                   | 0      | 9       | -1                   | +1 *   |
| konsulterat läkare per telefon       | 15      | +3 *                 | +3 *   | 20      | +4 *                 | +3 *   |
| kontakt med distriktssköterska       | 7       | 0                    | +2 *   | 10      | 0                    | +1 *   |
| behandlats av sjukgymnast            | 5       | +1 *                 | +1 *   | 7       | +1 *                 | +3 *   |

\* Statistiskt säkerställd förändring

Många kvinnor genomgår regelbundet gynekologisk hälsokontroll och i de barnafödande åldrarna har många kvinnor kontakt med läkare för kontroll i samband med graviditet. Om sådana kontakter räknas bort kvarstår cirka 40 procent som under en 3-månadersperiod haft kontakt med läkare på grund av sjukdom, 23 procent har kontakt med läkare för någon av de långvariga sjukdomar de rapporterat.

Kontakt med läkare är något vanligare bland kvinnor än bland män (gynekologiska hälsokontroller och kontrollbesök i samband med graviditet är ej medräknade). Män i yngre pensionsåldern (65-74 år) är den grupp som framförallt har ökat sina läkarkontakter under både 80- och 90-talen. Att fler kvinnor än män besöker läkare för egen sjukdom är i och för sig rimligt eftersom fler kvinnor rapporterat långvarig sjukdom.

**Diagram 6.2 Konsulterat läkare för egen sjukdom 1980-81, 1988-89 samt 1996-97. Procent.**

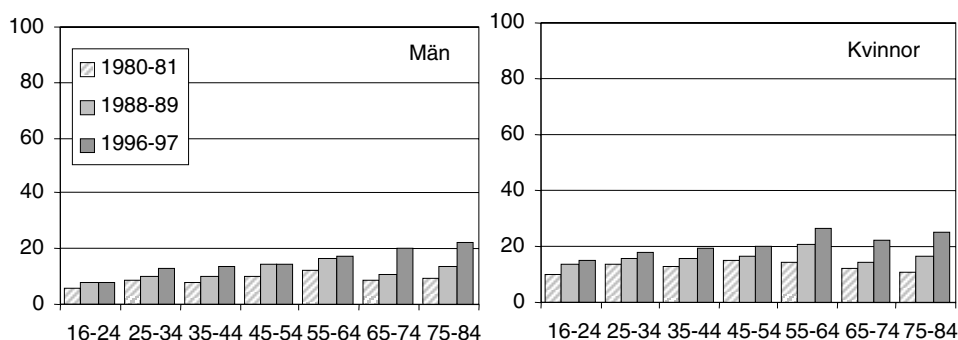
### Besök på läkarmottagning, akutmottagning och konsultation per telefon med läkare

Den vanligaste formen för kontakt med läkare är avtalade besök hos läkare eller på akutmottagning. Drygt var fjärde person i åldrarna 16-84 år (fler kvinnor än män) har under en 3-månadersperiod gjort något sådant besök. Jämfört med början av 1980-talet har andelen kvinnor som besökt läkare på mottagning minskat.

Mindre än var tionde har besökt akutmottagning, medan närmare var femte har konsulterat läkare per telefon. Besök på akutmottagning är lika vanligt bland män som bland kvinnor och i stort sett lika vanligt bland yngre som bland äldre. Vid början av 1980-talet fann vi att bland såväl kvinnor som män besökte arbetare i större utsträckning än tjänstemän akutmottagning. Den skillnaden har i det närmaste försvunnit helt.

Att ha läkarkontakt per telefon har blivit allt vanligare under både 1980- och 1990-talen, speciellt bland pensionärer (65-84 år). Ökningen är tydlig i alla befolkningsgrupper oavsett om jämförelse görs mellan åldersgrupper, familjesituation, socioekonomisk grupp, utbildningsnivå eller boenderegion (H-region).

**Diagram 6.3** Konsulterat läkare per telefon 1980-81, 1988-89 samt 1996-97. Procent.



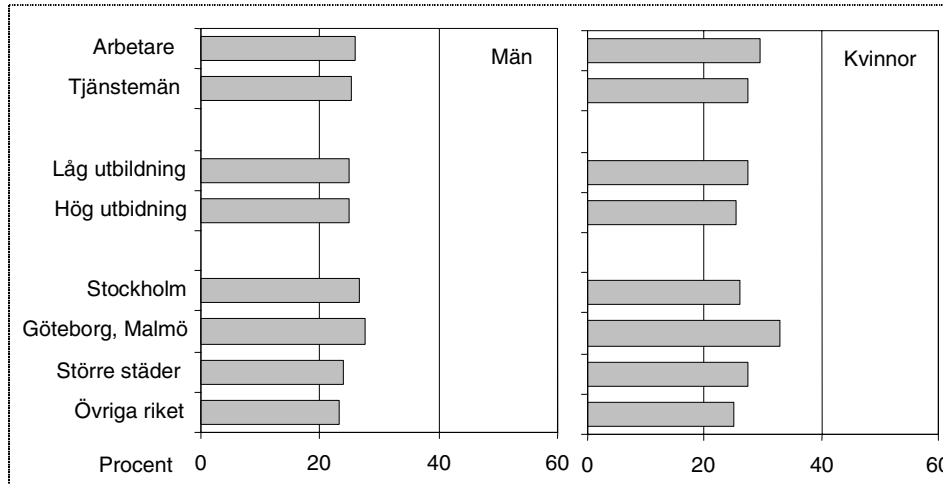
### Olika befolkningsgruppers kontakt med läkare

Skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper i hur vanligt det är att ha kontakt med öppenvården i allmänhet och med läkare i synnerhet är små. I ljuset av de i vissa avseenden stora skillnader i ohälsa mellan olika grupper är detta förvånande.

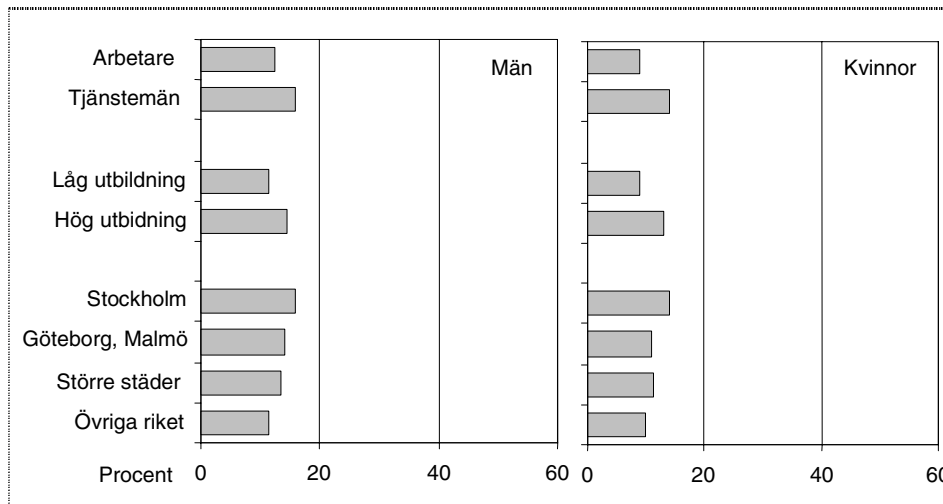
Vid 1980-talets början var läkarkontakter för egen sjukdom vanligare bland manliga arbetare än bland tjänstemän. Under 1980- och 1990-talet har man-

liga tjänstemän i allt större utsträckning haft kontakt med läkare. Vid 1990-talets slut är skillnaderna mellan manliga arbetare och tjänstemän försumbara. Bland kvinnor har skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän varit små ända sedan början av 1980-talet.

**Diagram 6.4** Kontakt med läkare för sjukdom i olika grupper av män och kvinnor. 1996-97. Procent



**Diagram 6.5** Kontakt med läkare för hälsokontroll eller friskintyg i olika grupper av män och kvinnor. 1996-97. Procent



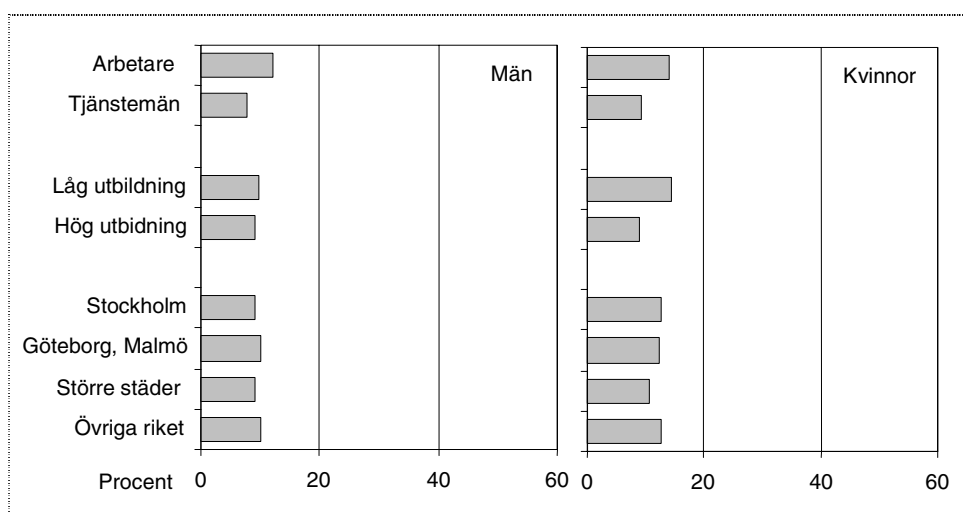
Det som skiljer olika grupper åt med avseende på läkarkontakter är däremot kontakter för hälsokontroll eller friskintyg. Såväl manliga som kvinnliga tjänstemän går till läkare för friskintyg, hälsokontroll eller vaccination i större utsträckning än arbetare. Samma skillnader återfinns mellan högutbildade och lågutbildade samt mellan de som bor i storstadsområden och de som bor i glesare bebyggda områden i landet.

**Ej tillfredsställt vårdbehov**

En av tio i åldrarna 16-84 år säger sig under en 3-månadersperiod ha haft behov av läkarvård utan att söka vård. Det är något vanligare bland kvinnor än bland män med undantag av de äldsta männen (75-84 år), där endast 5 procent varit i behov av läkarvård men inte sökt vård.

Mönstret över vilka som söker läkarkontakt har under 1980- och 1990-talen förändrats från en övervikt av arbetare till att det är lika vanligt bland tjänstemän som bland arbetare. Att inte söka läkarvård vid behov är dock fortfarande vanligare bland både manliga och kvinnliga arbetare. För manliga arbetare i yrkesverksam ålder (25-64 år) händer det dubbelt så ofta att man inte söker läkarvård vid behov som bland manliga tjänstemän i motsvarande ålder.

**Diagram 6.6** Varit i behov av läkarvård, men ej sökt. En jämförelse mellan olika grupper av män och kvinnor. 1996-97. Procent



Cirka 5 procent av både kvinnor och män har avstått från läkarvård vid mer än ett tillfälle under en 3-månadersperiod. Kvinnor med i hög grad nedsatt arbetsförmåga och bosatta i ett storstadsområde är den grupp som i störst utsträckning avstått från att söka läkare vid behov (36 procent) och närmare en fjärdedel av dem har avstått vid flera tillfällen under en 3-månadersperiod.

Trots att kontakterna med den öppna vården har ökat sedan början av 1980-talet, har det otillgodosedda behovet av läkarvård inte minskat. Tvärtom är det till och med fler som säger sig vara i behov av läkarvård nu än vid början av 1980-talet.



### **Frikort.**

I ULF 1996-97 ställdes en fråga om man vid intervjutillfället hade frikort. Med de regler som gällde då, hade 5 procent av männen och 7 procent av kvinnorna haft så många kontakter med sjukvården att gränsen för frikort var uppnådd. Det blev av naturliga skäl allt vanligare med stigande ålder från 1 resp. 2 procent för män resp. kvinnor i åldrarna 16-24 år till 13 resp. 17 procent för de äldsta (75-84 år) männen och kvinnorna.

### **Kontinuitet i läkarrelationen**

I diskussion om hur sjukvården bör vara organiserad framhålls ofta vikten av att patienterna får möjlighet att träffa samma läkare vid varje besök inom vården. Även för läkarna är det fördelaktigt att kunna följa patienterna och själv bilda sig en uppfattning om resultatet av behandlingen. I ULF ställs en fråga som närmast avser att mäta tillgången till någon sorts husläkare:

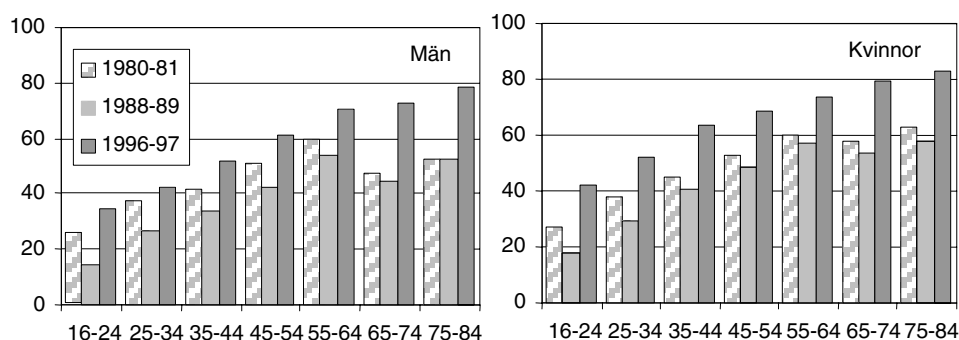
"Har du någon bestämd läkare som du brukar vända dig till?"

De som sällan eller aldrig är sjuka och inte brukar vända sig till någon läkare alls svarar naturligen Nej på denna fråga. De som har en sjukdom för vilken de står under läkarkontroll och som då också har en bestämd läkare de vänder sig till svarar naturligen Ja på frågan. De som däremot vänder sig till en läkare för en sjukdom de har men vänder sig till t ex vårdcentralen om de behöver läkarvård för något annat kan svara såväl Ja som Nej på frågan. Det är vidare svårt att veta hur de svarar som är så väl försörjda med tillgång till läkarvård att de har flera stadiga läkarkontakter - olika specialister för olika slags besvär.

Efter husläkarreformen 1994-95 uppger betydligt fler än tidigare att de har en fast läkare att vända sig till. Vid slutet av 80-talet hade knappt 40 procent en fast läkare, vid andra halvan av 90-talet har andelen stigit till 60 procent.

Det är något vanligare bland kvinnor än bland män och vanligare bland äldre än bland yngre – från en tredjedel bland unga män (16-24 år) till mer än fyra femtedelar av äldre kvinnor (75-84 år).

Tillgång till en bestämd läkare som man brukar vända sig till uppvisar efter husläkarreformen inga skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Tidigare fanns stora mellan män i olika socioekonomiska grupper. Det är inte heller några regionala skillnader längre.

**Diagram 6.7 Har bestämd läkare att vända sig till 1980-81, 1988-89 samt 1996-97. Procent.****Sjukgymnastbehandling, kiropraktorbehandling, alternativ behandling**

Vid slutet av 80-talet hade var tjugonde person (5 procent) i åldrarna 16-84 år behandlats av sjukgymnast under en tremånadersperiod. Närmare var tionde hade under loppet av 12 månader behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av kiropraktor, zonerapeut, akupunktör, homeopat, naturläkare eller liknande. Hälften av dem hade behandlats av kiropraktor. Sedan dess har merparten av alla kiropraktorer kommit att ingå i Försäkringskasse-systemet, vilket medfört att patienter numera kan remitteras både till sjukgymnaster och kiropraktorer.

| Har behandlats av..(procent)  | Män | Kvinnor | Alla |
|-------------------------------|-----|---------|------|
| sjukgymnast                   | 5   | 7       | 6    |
| sjukgymnast eller kiropraktor | 7   | 9       | 8    |
| alternativ behandlare         | 4   | 8       | 6    |

Dessa behandlingsformer är något vanligare bland kvinnor än bland män. Sjukgymnastbehandling blir något vanligare med stigande ålder, men minskar något för de äldsta kvinnorna och minskar mycket för de äldsta männen (75-84 år). De som vänt sig till alternativ behandlare är framförallt personer i åldrarna 25-64 år.

**Utvecklingen av öppenvårdskontakter sedan 1980**

Andelen som under en tremånadersperiod haft kontakt med den öppna sjukvården ökade under 80-talet, men har därefter varit tämligen oförändrad. Under hela perioden har dock telefonkonsultationerna ökat. Även andra kontakter med sjukvården som sjukgymnastbehandling, har ökat i omfattning. Resultaten stämmer väl med den ökning i sjukvårdskostnaderna som

kunnat konstateras, men i ljuset av att vissa förändringar till det sämre kunnat konstateras vad gäller befolkningens hälsotillstånd är de inte förvånande.

### **Sluten sjukvård**

Omfattningen av den vård som ges till patienter som är inlagda på sjukhus, sjukhem mm redovisas i den officiella sjukvårdsstatistiken som förs och redovisas av Socialstyrelsen. Där finns uppgifter om antal vård dagar i olika vårdformer, antal intagningar och antal vårdplatser.

Antalet vårdplatser på sjukhus har halverats sedan mitten av 80-talet. 1991 fanns det 10,8 vårdplatser per 1000 invånare, 1998 3,8 platser per 1000 invånare. Men siffrorna är inte direkt jämförbara med varandra, eftersom 31 000 vårdplatser för äldre vård överfördes till kommunerna under åren 1992-94.

Medelvårdtiden har under 90-talet sjunkit från 19 dagar 1990 till 7 dagar 1999. Den stora minskningen i medelvårdtid kom i samband med överföringen av äldre vården till kommunerna. 1992 sjönk medelvårdtiden till 11 dagar från 27 dagar året före och har därefter sjunkit med någon dag årligen fram till 1999.

Andelen av befolkningen 16-84 år som under en 3-månadersperiod legat på sjukhus var 1996-97 4 procent. Bland män har andelen legat på denna nivå oförändrad sedan början av 1980-talet. Bland kvinnor kan en liten minskning konstateras under 1990-talet.

Yngre kvinnor har mer än dubbelt så ofta som yngre män varit inlagda på sjukhus. Skillnaden beror troligen nästan enbart på sjukhusvistelser i samband med barnafödande. I medelåldern är det endast en liten andel bland både kvinnor och män som läggs in på sjukhus. Från 55-årsåldern ökar dock mäns sjukhusvistelser mer än kvinnors. Även i högre åldrar är det fler män än kvinnor som läggs in på sjukhus under en 3-månadersperiod. Den grupp som i störst utsträckning är i behov av sjukhusvistelse är de äldsta (75-84 år) som i hög grad har nedsatt förmåga till dagliga sysselsättningar och som i de flesta fall har en eller flera långvariga sjukdomar. Under en 3-månadersperiod är 22 procent av denna utsatta grupp inlagd på sjukhus.

Några regionala skillnader som tyder på att befolkningstätheten skulle vara av betydelse för andelen som vårdas på sjukhus finns inte.

**Förteckning över diagram och tabeller i kapitel 1-6**

|  | Sida |
|--|------|
| <b>Diagram</b>   |      |
| Diagram 2.1 Långvarig sjukdom och konsekvenser av långvarig sjukdom 1998-2000  | 16   |
| Diagram 2.2 Sjuklighet i olika åldrar – en jämförelse mellan kvinnor och män. 1998-2000  | 17   |
| Diagram 2.3 Långvarig sjukdom och konsekvenser av långvarig sjukdom. Utvecklingen från 1980 till slutet av 1990-talet bland kvinnor och män i olika åldrar | 19   |
| Diagram 2.4 Allmänt hälsotillstånd enligt egen bedömning bland män och kvinnor i olika åldrar  | 20   |
| Diagram 2.5 Hälsotillstånd jämfört med jämnåriga bland män och kvinnor i olika åldrar. 1996-97   | 21   |
| Diagram 2.6 Dåligt allmänt hälsotillstånd. Utvecklingen från 1980 till slutet av 1990-talet bland kvinnor och män i olika åldrar                           | 22   |
| Diagram 2.7 Sämre hälsotillstånd än jämnåriga. Utvecklingen från 1980 till slutet av 1990-talet bland kvinnor och män i olika åldrar                       | 23   |
| Diagram 3.1 Långvarig sjukdom och konsekvenser av sådan i olika sjukdomsgrupper. 1998-2000   | 30   |
| Diagram 3.2 Förekomst av sjukdom eller värk i rörelseorganen efter ålder (femårsklasser). Särredovisning av män och kvinnor. 1998-2000                     | 31   |
| Diagram 3.3 Förekomst av sjukdom i cirkulationsorganen efter ålder (femårsklasser).Särredovisning av män och kvinnor. 1998-2000                            | 33   |
| Diagram 3.4 Förekomst av allergiska besvär efter ålder (femårsklasser). Särredovisning av män och kvinnor.1996-97  | 36   |
| Diagram 3.5 Förekomst av psykisk sjukdom och psykiska besvär efter ålder (femårsklasser) och kön. 1998-2000  | 39   |
| Diagram 3.6 Värk av olika slag – jämförelse mellan 1980-81, 1988-89 samt 1998-2000 för kvinnor och män i olika åldrar                                      | 41   |
| Diagram 3.7 Allergier - jämförelse mellan 1980-81, 1988-89 samt 1996-97 för kvinnor och män i olika åldrar   | 43   |
| Diagram 3.8 Psykisk ohälsa - jämförelse mellan 1980-81, 1988-89 samt 1998-2000 för kvinnor och män i olika åldrar  | 44   |

|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| Diagram 4.1     | Nedsatt rörlighet 1996-97  | 48 |
| Diagram 4.2     | Nedsättning av rörelseförmågan efter kön och ålder 1998-2000   | 49 |
| Diagram 4.3     | Rörelsehinder - jämförelse mellan 1980-81, 1988-89 samt 1998-2000 för kvinnor och män i olika åldrar         | 50 |
| Diagram 4.4     | Nedsättning av arm-/handfunktion efter kön och ålder (fem-årsklasser) 1996-97                                | 51 |
| Diagram 4.5     | Svårigheter att bära eller gripa - jämförelse mellan 1988-89 samt 1996-97 för kvinnor och män i olika åldrar | 51 |
| Diagram 4.6     | Nedsatt hörsel resp. nedsatt syn efter kön och ålder (femårsklasser) 1998-2000                               | 52 |
| Diagram 4.7     | Nedsatt hörsel - jämförelse mellan 1988-89 samt 1998-2000 för kvinnor och män i olika åldrar                 | 53 |
| Diagram 5.1     | Klass och ohälsa. En jämförelse mellan arbetare och tjänstemän   | 59 |
| Diagram 6.1     | Någon kontakt med den öppna vården under en tre-månadersperiod 1980-81, 1988-89 samt 1996-97                 | 68 |
| Diagram 6.2     | Konsulterat läkare för egen sjukdom 1980-81, 1988-89 samt 1996-97  | 69 |
| Diagram 6.3     | Konsulterat läkare per telefon 1980-81, 1988-89 samt 1996-97   | 70 |
| Diagram 6.4     | Kontakt med läkare för sjukdom i olika grupper av män och kvinnor. 1996-97                                   | 71 |
| Diagram 6.5     | Kontakt med läkare för hälsokontroll eller friskintyg i olika grupper av män och kvinnor. 1996-97            | 71 |
| Diagram 6.6     | Varit i behov av läkarvård, men ej sökt. En jämförelse mellan olika grupper av män och kvinnor               | 72 |
| Diagram 6.7     | Har bestämd läkare att vända sig till 1980-81, 1988-89 samt 1996-97  | 74 |
| <b>Tabeller</b> |  |    |
| Tabell 1.1      | Urval och bortfall i 1980-81 års, 1996-97 års samt 1998-2000 års undersökning                                | 10 |
| Tabell 2.1      | Långvarig sjukdom och konsekvenser av långvarig sjukdom 1998-2000  | 18 |

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabell 2.2 | Allmänt hälsotillstånd och hälsotillstånd jämfört med jämnåriga i grupper med olika sjuklighet. 1996–97.        | 22 |
| Tabell 3.1 | Sjukdomar eller symtom inom olika sjukdomsgrupper bland män och kvinnor i ålders 16-84 år. 1998-2000            | 27 |
| Tabell 3.2 | Värk i rörelseapparaten. 1998-2000  | 29 |
| Tabell 3.3 | Allergiska besvär i befolkningen. 1996-97   | 35 |
| Tabell 3.4 | Astma och medicin för astma. 1996-97  | 36 |
| Tabell 3.5 | Psyisk sjukdom och psykisk ohälsa i befolkningen. 1998-2000   | 38 |
| Tabell 3.6 | Sjuklighet i olika sjukdomsgrupper. En jämförelse mellan 1988-89 och 1998-2000                                  | 40 |
| Tabell 5.1 | Familj och ohälsa. En jämförelse mellan sammanboende resp. ensamboende kvinnor och män                          | 56 |
| Tabell 5.2 | Klass och ohälsa. En jämförelse mellan arbetare och tjänstemän  | 59 |
| Tabell 5.3 | Utbildning och ohälsa. En jämförelse mellan grupper med olika utbildning bland kvinnor och män                  | 63 |
| Tabell 5.4 | Regionala skillnader i ohälsa för män och kvinnor   | 65 |
| Tabell 6.1 | Kontakter med den öppna vården under en tre-månadersperiod 1996-97 samt förändringar sedan början av 1980-talet | 69 |