

Kapitel 12 – De äldres hälsoutveckling

av Joachim Vogel

- egen bedömning av det allmänna hälsotillståndet
- förekomst av någon långvarig sjukdom med svåra besvär
- långvarig sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan
- rörelsehinder
- brister i det psykiska välbefinnandet: sömnbesvär, trötthet, ängslan, oro eller ångest
- vårdkonsumtion: tandläkarbesök
- Levnadsvanor: rökning, motion, övervikt

12.1 Inledning

God hälsa har ett egenvärde i form av välbefinnande och frånvaro av plågor. God hälsa är samtidigt en grundläggande resurs på andra livsområden. Sjuklighet, plågor, bristande funktionsförmåga och rörlighet begränsar våra möjligheter inom andra arenor. Möjligheterna att arbeta minskar och våra levnadskostnader ökar vilket inverkar på vår levnadsstandard. Fritidsaktiviteterna begränsas av hälsobrister, liksom kontakter med andra människor.

Dessa två aspekter på hälsa, dvs. hälsa som välfärd och hälsa som resurs, är grundläggande för såväl gamla som unga. Biologiskt åldrande och sjuklighet är gemensamt för oss alla. De flesta som lever ett normalt liv passerar sjukdomsperioder under sitt liv, som ibland är övergående, men som i högre ålder blir allt allvarigare och ofta bestående. Den centrala frågeställningen i detta kapitel gäller:

- *hur tidigt i livet övergångarna till tyngre sjuklighet sker,*
- *hur sjukligheten vid olika levnadsålder har utvecklats över tid sedan 1980, samt*
- *hur sjukligheten är fördelad i högre åldrar.*

Ohälsans uppträdande vid åldrande har en komplex orsaksbakgrund. De äldres ohälsa beror framför allt på biologiskt åldrande. Förändringar i folkhälsan i olika befolkningsgrupper (kön, yrkesbakgrund, familjeförhållanden, region) kan vidare ses som reaktioner på miljöpåfrestningar vi har utsatts för under vår livstid, i arbetet, i naturmiljön, våra sociala relationer, vår materiella levnadsstandard, och mer allmänt otryggheten i tillvaron inom dessa områden. Hit hör även *välfärdsförsörjningsregimen* (arbetsmarknad, välfärdsstat, familj; se Vogel m.fl. 2003, Vogel och Theorell 2006; se vidare diskussionen i kapitel 1). Även livsstilen (kost, motion, övervikt, rökning, alkohol etc.) påverkar folkhälsan.

Det är effekter av miljöexponering i vid mening som leder till variationer i ohälsans framväxt bland de äldre som står i centrum för vårt intresse. Genom att jämföra de årliga hälsoundersökningarna, inom ramen för ULF från 1980-, 1990- och 2000-talet kan vi bl.a. se effekter av arbetslivsexponering, i form av periodeffekter från 1920-talet och in på 2000-talet. En långsiktig humanisering av arbetslivet under perioden (bättre arbetsmiljö, kortare arbetstid, högre och tryggare arbetsinkomster) leder till uppskjuten sjuklighet och längre överlevnad. Under 90-talet ser vi emellertid ett ökande produktivitetstryck, ökande arbetskrav och ökad belastning i arbetslivet. I SCB:s rapport 108 om *Ungdomars etablering: Generationsklyftan 1980-2003* (Vogel och Häll 2005) visas att arbetskraften i sin helhet, och i synnerhet ungdomsgenerationen, rapporterar ökande problem med fysisk belastning, jäktigt arbete, tempoarbete, och dessutom en ökande instrumentell inställning till arbete. Ökade arbetskrav på 90-talet bör ha fått negativa konsekvenser för folkhälsan, och då i synnerhet stressrelaterade psykosomatiska problem, vilket också visas i rapport 108. 90-talskrisen berör framför allt de yrkesaktiva åldrarna, och i mindre utsträckning de äldre som nu har nått pensionsåldern.

Välfärdsstatseffekten kan också ses som positiv i ett långt tidsperspektiv, där sjukförsäkring, allmänna pensioner, och stödåtgärder som färdtjänst och subventionerad tandvård, tillsammans med medicinska framsteg och vårdmetoder bidrar till att begränsa och uppskjuta ohälsa och död, samt att underlätta livet för de sjuka.

Utvecklingen av arbetsmarknaden och välfärdsstaten sett i ett långt tidsperspektiv har huvudsakligen varit positiva för de äldres hälsa. I ett kort perspektiv (90-talet) återstår att se om utvecklingen varit lika gynnsam, med hänsyn till effekter av sparande i vård och äldreomsorg.

Det tredje välfärdsförsörjningssystemet, familjen, spelar i Sverige en mera

begränsad roll. Utvecklingen av belastningen på anhöriga är en annan frågeställning.

Redovisningen av sjuklighetens utveckling bygger på besöksintervjuer i SCB:s årliga undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), där personer i alla åldrar, fr.o.m. 16 år, tillfrågats om sin hälsa. Det rör sig om respondenternas egen sammanfattande bedömning, dvs. *lekmannadiagnoser*. Genom att jämföra äldre (55+ år) med yngre kan vi se hur äldres *relativa* hälsosituation har förändrats på lång sikt sedan 1980.

I detta kapitel visar vi en serie övergripande hälsoindikatorer ur ULF-undersökningarna:

- egen bedömning av det allmänna hälsotillståndet
- förekomst av någon långvarig sjukdom
- långvarig sjukdom med svåra besvär
- långvarig sjukdom som i hög grad påverkar arbets- och funktionsförmågan
- brister i det psykiska välbefinnandet såsom sömnbesvär, trötthet samt ängslan, oro eller ångest
- vårdkonsumtion: tandläkarbesök

Vidare visas tre kompletterande indikatorer på levnadsvanor:

- rökning
- motion
- övervikt

Utförligare hälsobeskrivningar finns i särskilda hälsorapporter från SCB som publiceras vart åttonde år.

I översiktstabellerna i slutet av kapitlet finns en detaljerad fördelning av hälsoutvecklingen enligt en finfördelad särredovisning av olika äldregrupper, samt jämförelse med yngre åldersgrupper. Tabellredovisningen följer vi sedan upp med *multivariata tvärsnittsanalyser* resp. *longitudinella analyser* av utvecklingen i olika åldrar för ett suburval av indikatorer.

rerna. Dessa beräkningarna sker med regressionsansats, där vi kontrollerar strukturförändringar i yrkesgrupp (arbetare/tjänstemän), familjesituation och region. Vi har haft en omfattande utveckling mot mer kvalificerade arbeten sedan 1970-talet, liksom en stark ökning av andelen ensamstående, och dessutom en omflyttning mot större städer. I regressionsmodellen ingår ålder, kön, yrkesgrupp, familjeförhållanden och bostadsort. Hälsoutvecklingen särredovisas dessutom efter dessa faktorer.

12.2 Den allmänna hälso-utvecklingen 1980-2003

Utvecklingen av befolkningens hälsa sedan mitten av 1970-talet visar på både positiva och negativa trender. Rörelseförmågan har förbättrats, andelen med rörelsehinder har minskat. Andelen äldre män med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom har minskat. Men bland såväl män som kvinnor har andelen med brister i det psykiska välbefinnandet ökat under 1990-talet. En ökad andel kvinnor har någon långvarig sjukdom som ger svåra besvär eller som påverkar arbetsförmågan. Andelen med nedsatt hörsel ökar.

Trenderna för perioden visar att åldersskillnaderna i hälsa minskar, framförallt genom att det är de äldres hälsa som utvecklats bättre än de yngres och att det är i yngre åldersgrupper som försämringarna av det psykiska välbefinnandet skett. Trenderna visar i vissa avseenden också på en utjämning mellan arbetare och tjänstemän som består i att tjänstemännens villkor försämrats mer än arbetarnas. Ojämligheten i hälsa kvarstår dock mellan traditionellt mer respektive mindre gynnade grupper såsom mellan t.ex. tjänstemän och arbetare, infödda svenskar och invandrare, samt mellan grupper med hög respektive låg inkomst.

Sett i ett 20-års perspektiv har tandläkarbesöken ökat, men från slutet av 1980-talet och framåt tycks de i huvudsak vara oförändrade, med en svag ten-

dens till nedgång på 1990-talet i andelen som besökt tandläkare under en tremånadersperiod.

Sedan slutet av 70-talet har andelen dagligrökare minskat. Männerna har minskat sitt rökande från cirka 40 procent dagligrökare till 17 procent. Även bland kvinnor har dagligrökandet minskat, men inte i samma omfattning som bland män.

7 procent av den vuxna befolkningen anser sitt allmänna hälsotillstånd vara "dåligt" (se översiktstabellen). 51 procent av befolkningen har någon långvarig sjukdom. Andelen som har "svåra problem" är 18 procent, och 38 procent får regelbunden medicinsk behandling eller står under medicinsk kontroll. 13 procent har någon långvarig sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan (bland pensionärer gäller det "dagliga aktiviteter").

Flertalet, dock inte alla av dem som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt, har också någon långvarig sjukdom med svåra besvär eller som i hög grad påverkar arbetsförmågan.

Allmänt hälsotillstånd, långvarig sjukdom, svåra besvär, regelbunden medicinering och höggradigt nedsatt arbetsförmåga är de fem indikatorerna på allmänhälsa, som redovisas i denna rapport (se översiktstabellerna i slutet av detta kapitel). De ger en delvis olikartad bild av hälsoutvecklingen bland de äldre, beroende på perspektiv och mättekniska skillnader. Sammantaget ger de ändå en bild av hälsoförbättringar bland de äldre över 55 år. Den inledande subjektiva frågan om hur man upplever sitt hälsotillstånd visar påtagliga förbättringar i åldrarna över 65. Den bilden bekräftas också av den sista frågan som gäller höggradigt nedsatt arbetsförmåga. Däremot har vi inte någon minskning av sjukligheten bland de äldre när vi tittar på förekomsten av långvarig sjukdom. Det hänger samman med att frågan bygger på respondenternas insikt om sjukdomar som man kan specificera i en

uppföljningsfråga. Av den fjärde indikatorn framgår att vi har fler äldre som får regelbunden medicinsk behandling (även medicinering), vilket förutsätter att det finns en diagnos på en (ofta mindre allvarlig) sjukdom. Vi tolkar dessa motstridiga resultat som en indikation på att *medvetenheten* om sjukdomstillstånd är högre på 2000-talet, och att flera åkommor blir diagnostiserade och/eller medicineras. Dessa resultat är därför inte helt jämförbara över tid, när det gäller mer objektiva kriterier på faktisk ohälsa. Den tredje indikatorn (svåra besvär) visar också en minskning bland äldre, som dock inte är signifikant.

Dessa beräkningar av hälsoförändringar sedan 1980 bygger på tvärsnittsjämförelser mellan 1980 och 2000 års pensionärskollektiv, och de påverkas delvis av mätteknisk jämförbarhet. Med tanke på att hälsoförändringar bland de äldre påverkas av levnadsförhållanden under hela livstiden, medan vi här studerar förändringar under en så kort period som 20 år är resultaten dock relativt tydliga. Till bilden hör att yngre generationer inte alls haft samma positiva utveckling: samtliga indikatorer pekar på oförändrad hälsa. Även detta kan i någon mån bero på mätteknisk instabilitet. En annan förklaring är ökade krav i arbetslivet under främst 90-talet.

I tabell 12.1 finns en kompletterande redovisning av vilka slags långvariga sjukdomar som rapporteras i intervjuer med äldre (klassificering enligt ICD-9). Rörelseorganens sjukdomar är den dominerande sjukdomsgruppen bland personer med långvariga sjukdomar och besvär. Den näst vanligaste är cirkulationsorganens sjukdomar. Mellan 15 (bland män) och 22 procent (bland kvin-

nor) av samtliga i åldrarna 16-84 år har någon långvarig sjukdom eller något besvär som kan klassificeras som sjukdom i rörelseorganen. Andelen med en sjukdom i cirkulationsorganen är något lägre - 12 procent av männen och 14 procent av kvinnorna.

Även bland de äldre är dessa två sjukdomsgrupper de vanligaste, men i högre åldrar är sjukdomar i cirkulationsorganen betydligt vanligare än sjukdomar i rörelseorganen. Närmare 50 procent av såväl kvinnor som män i åldrarna 75-84 år har någon sjukdom i cirkulationsorganen. Hjärtsjukdomar är 3-5 gånger så vanliga efter pensionsåldern som i befolkningen som helhet. Rörelseorganens sjukdomar är däremot vanliga även bland yngre och skillnaden mellan yngre och äldre är inte så stor. Andelen som besväras av ryggvärk tycks till och med minska efter pensionsåldern.

Det finns också några sjukdomar som inte är så vanliga i befolkningen som helhet men väl bland de äldre. Diabetes samt olika ögon- resp. öronsjukdomar är cirka 3 gånger så vanligt i åldrarna över 64 år som i befolkningen som helhet. Närmare var tionde i åldrarna 75-84 år har sådana besvär.

I en tidigare rapport om äldres hälsa och levnadsförhållanden (Vogel m.fl. 2000) har vi redovisat samma tabell för åren 1996/97. Åttaårsjämförelsen visar att man på 2000-talet anger betydligt fler sjukdomar. Det behöver inte bero på ökad sjuklighet, utan det kan även (delvis) bero på ökad kunskap och sjukdomsmedvetenhet genom ökad diagnostisering och ny medicinering. Denna tendens kan även få viss betydelse för de globala hälsoindikatorer som vi ska redovisa i det följande.

Tabell 12.1 Äldres hälsa. Förekomst av långvarig sjukdom efter sjukdomsgrupper enligt ICD-9. Procenttal. Källa: ULF 2002-2004.

	Män						Kvinnor					
	55-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	16-84 år	16+ år	55-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	16-84 år	16+ år
Endokrina systemets sjukdomar	12,1	13,8	16,4	14,5	6,5	6,7	14,9	21,0	21,7	14,4	9,4	9,6
diabetes	7,1	9,1	11,2	8,2	4,0	4,1	4,6	7,0	9,6	5,6	3,1	3,2
Nervsystemets sjukdomar	8,9	11,0	19,0	28,3	7,0	7,4	8,2	10,3	20,3	26,5	7,5	8,3
ögonsjukdomar	2,2	3,5	9,2	13,4	2,0	2,2	2,4	5,8	14,3	18,6	2,8	3,4
öronsjukdomar	4,6	5,4	8,8	16,3	3,2	3,4	3,5	2,7	5,0	8,4	2,0	2,3
Cirkulationsorganens sjukdomar	26,5	42,5	53,9	56,6	15,1	15,9	22,8	36,5	53,3	58,2	15,5	17,2
högt blodtryck	16,3	22,6	23,6	20,1	8,3	8,5	18,3	27,0	30,9	23,2	10,9	11,4
hjärtsjukdomar	9,3	19,8	28,6	32,5	6,3	6,8	3,6	9,9	21,6	29,1	4,2	5,2
Andningsorganens sjukdomar	6,2	6,6	7,3	6,4	7,2	7,2	6,9	10,0	10,0	6,5	8,0	8,0
bronkit	3,2	4,2	3,5	3,9	3,6	3,6	4,8	7,3	7,0	5,1	5,1	5,1
Sjukdomar i matsmältningsorganen	5,2	4,3	6,5	5,0	3,6	3,6	6,2	7,2	8,3	7,4	5,0	5,1
Urinorganens sjukdomar	2,1	5,9	7,7	12,3	1,9	2,1	3,9	1,9	2,4	1,9	1,9	1,9
Hudsjukdomar	2,6	1,8	2,1	2,5	2,0	2,0	2,9	2,9	2,2	1,8	2,6	2,6
Rörelseorganens sjukdomar	21,5	22,5	21,3	22,2	15,0	15,1	33,2	33,9	38,1	38,6	21,9	22,6
ryggvärk	9,5	7,0	5,8	5,2	6,7	6,6	10,0	10,1	9,6	9,3	7,2	7,3
Symtom och ofullständigt preciserade fall	4,3	3,7	9,7	19,8	3,1	3,4	4,1	7,7	11,9	25,4	4,0	4,8
Skador	5,0	3,5	3,6	4,6	5,4	5,4	5,6	5,2	5,7	6,3	5,8	5,8

12.3 Dödlighet

Dödligheten och medellivslängden är robusta indikatorer, som inte lämnar utrymme för respondenternas egna bedömningar, och som därför mer korrekt kan beskriva utveckling och variation i befolkningen. SCB har i annat sammanhang publicerat analyser över utvecklingen av medellivslängden (SCB 2004), som matchar motsvarande analyser av olika globala hälsoindikatorer som följer i detta kapitel. Här särredovisas dödligheten efter samma indelningsgrund som i detta kapitel, nämligen efter kön, ålder, socioekonomisk status och familjesituation. Resultaten rörande dödlighet överensstämmer i stora drag med hälsoutvecklingen, vilket ska visas i detta kapitel.

Medellivslängden har ökat med 5,1 år för män och 3,5 år för kvinnor sedan 1980 (tabell 12.2). Kvinnor lever fortfarande 4,5 år längre än män, men könskillnaden har minskat på senare år. Dagens 65-åringar har i medeltal 19 år kvar att leva, kvinnor 20,3 och män 17,0 år. Livet efter normal pensionsålder (65 år) har förlängts med ca 2,5 år sedan 1980, dvs. under en generation. Pensionen ska alltså räcka längre och pensionskapitalet spridas över flera år. Det blir allt fler äldre i de högsta åldrarna. På senare år ökar emellertid också andelen äldre som förvärvsarbetar, som dessutom är högre än i de flesta industriländer.

Minskningen i dödlighet kan ses som den samlade effekten av minskningen av kroniska sjukdomar (hjärt- och kärlsjuk-

domar; cancer), bättre sjukvård, arbetsmiljöförbättringar, hälsokunskaper och hälsosammare livsstil.

Dödligheten varierar efter civilstånd, socioekonomisk ställning, region och bostadssituation analogt med sjukligheten. Gifta lever längre än ogifta (ca 4 år, se tabell 12.2). Skillnaderna har dessutom ökat. Överlevnaden efter 65 har dessutom ökat mer för gifta (män: 2,7 år; kvinnor 2,1 år) än för ogifta (0,9 resp. 0,4 år). Skillnaderna mellan gifta och ogifta kan tolkas som effekter av selektion (friska har större sannolikhet att finna/behålla en partner) resp. av miljö (samlevnad är en skyddsfaktor).

Statistiken visar vidare en överdödlighet vid lägre utbildning, framför allt i

åldrarna under 60 år (tabell 12.2). Räknat från 30-års ålder (när utbildningen normalt är avslutad) rör det sig om ytterligare 5 år för män, och drygt 4 för kvinnor, när vi går från förgymnasial till eftergymnasial utbildning. Även ifråga om utbildning har utvecklingen mot längre överlevnad varierat. Den har varit störst för högutbildade.

Det finns alltså en betydande social gradient i dödlighet, där kön, civilstånd, utbildning, inkomst och socialgrupp spelar en betydande roll. Samma tendenser kan vi se beträffande sjuklighetens utbredning i dessa befolkningsgrupper.

Tabell 12.2 Medellivslängden efter kön och civilstånd.

	Medellivslängd vid födelsen			Återstående medellivslängd vid 65 år		
	1980	2003	Ökning	1980	2003	Ökning
Män	72,8	77,9	5,1	14,3	17,0	2,7
Kvinnor	78,9	82,4	3,5	18,0	20,3	2,3
				1986	2003	Ökning
Gifta män				15,7	18,4	2,7
Ogifta män				13,4	14,3	0,9
Gifta kvinnor				19,9	22,0	2,1
Ogifta kvinnor				18,0	18,4	0,4

12.4 Upplevda hälsoproblem

I detta kapitel redovisar vi en serie globala hälsoindikatorer, där intervjupersoner får sammanfatta sitt hälsotillstånd över alla typer av hälsoproblem. Här inleder vi med det *upplevda* allmänna hälsotillståndet enligt en standardiserad klassificering som görs av respondenterna själva på en femgradig skala¹. Här

redovisar vi andelen som har "mindre än god hälsa" dvs. som i intervjun *inte* kan säga att deras hälsotillstånd är gott eller mycket gott. Här kallar vi denna kategori för *upplevda hälsoproblem*. Det är således en frågemetod där respondentens egna bedömningar spelar en stor roll. Bedömningarna kan påverkas av kunskaper, anspråk och förväntningar på hälsa, som kan förändras över tid och som också kan variera mellan befolkningsgrupper. Man kan också anta att man vid ökande ålder minskar sina anspråk på god hälsa, vilket kan betyda att vi underskattar åldersskillnaderna. Därför använder vi längre fram även andra indikatorer som

¹ Frågan lyder: Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd – är det *mycket gott; gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt*? Före 1996 hade frågan tre svarsalternativ ("gott, dåligt, något däremellan").

innebär mera objektiva bedömningar. Denna indikator används allmänt i epidemiologisk forskning, och anses ge tydliga resultat.

Detaljerna i utvecklingen av de äldres hälsa redovisas i de finfördelade översiktstabellerna i slutet av kapitlet. För att öka överblickens fortsätter vi nu med multivariata analyser av hälsoutvecklingen i olika åldrar, dels genom *tvärsnittsjämförelser*, där vi jämför vissa åldersgrupper vid olika tidpunkter under perioden 1980-2003, dels med *longitudinell ansats*, där vi prövar hur utvecklingen träffar enskilda pensionärer, som vi har följt under 8 år från 90-talet och in på 2000-talet.

Multivariat tvärsnittsanalys

Vi fortsätter nu med multivariata analyser av hälsoutvecklingen efter ålder (i femårsklasser), där vi kontrollerar för strukturskillnader i kön, klass, familj och region via regressionsanalys. Redovisningen sker liksom i tidigare kapitel helt i diagramform. Även här jämför vi *tvärsnittsdata* över en period av 23 år. Analyserna genomförs för en serie indikatorer som bygger på sammanfattande mått på ohälsa insamlade av intervjupersoner inom ramen för ULF.

Diagram 12.1.a, där vi visar andelen med upplevda hälsoproblem efter ålder, och med kontroll för kön, klass, familj och region (via s.k. regressionsanalys), visar tydliga förändringar från början av 80-talet till början av 2000-talet. Det nya i dessa resultat är att hälsoförbättringarna fortsätter i de övre åldrarna, men att utvecklingen går i motsatt riktning för de yngre. Från 60 upp till 80 år kan man se en *minskning* av hälsoproblemen, jämfört med början av 80-talet². Men bland de

yngre under 45 år ser vi istället en klar ökning av hälsoproblem, som framför allt accelererar efter mitten av 90-talet. Detta tyder på effekter av ökad otrygghet och ökade arbetskrav på 90-talets arbetsmarknad, som framför allt berörde den yngre arbetskraften, men inte de äldre som avslutade sin yrkeskarriär under 90-talet.

Åldersskillnaderna har alltså minskat. Vi kommer att möta samma trender, negativa för unga och positiva (eller neutral) för äldre även för övriga hälsoindikatorerna.

I diagram 12.1.b lägger vi till en särredovisning efter kön. Hälsoutvecklingen går i samma riktning för både kvinnor och män. Här ser vi också att de minskande hälsoproblemen gäller för både äldre kvinnor och äldre män. Och analogt ser vi en ohälsöökning för såväl yngre män som yngre kvinnor. Ohälsöökningen tycks dock vara störst bland yngre kvinnor. Här kan man alltså tala om vidgade könsskillnader.

Klasskillnaderna i upplevda hälsoproblem kvarstår i stort sett under tjuugoårsperioden. De är som störst mot slutet av arbetslivet (ackumulerad arbetsmiljöpåverkan), men minskar sedan i pensionsåldern när effekten av det biologiska åldrandet ökar i betydelse. Diagram 12.1.c visar att de äldre arbetarnas hälsoproblem har minskat något, jämfört med 80-talet (klassificeringen efter pensioneringen avser yrket i senaste jobbet).

² Pensionsdagen avtecknar sig genom att kurvorna i diagrammet gör en knyck, vilket beror på att belastningen från arbetet bortfaller i 60-65-årsåldern. Respondenternas bedömning av det allmänna hälsotillståndet blir då temporärt mera positiv, men därefter fortsätter ökningen av hälsoproblemen med tilltagande ålder.

Diagram 12.1.a

Upplevda hälsoproblem efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

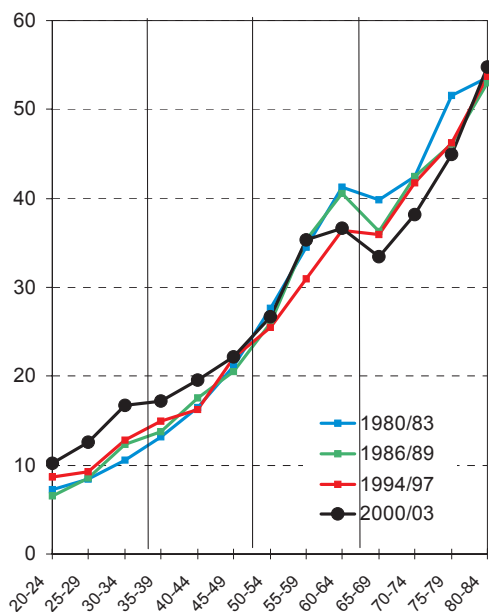


Diagram 12.1.c

Upplevda hälsoproblem efter period, ålder och klass. Med kontroll för kön, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

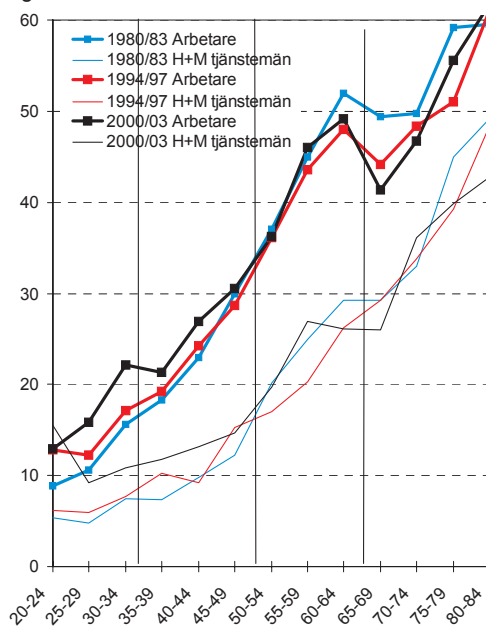


Diagram 12.1.b

Upplevda hälsoproblem efter ålder, kön och period. Med kontroll för klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

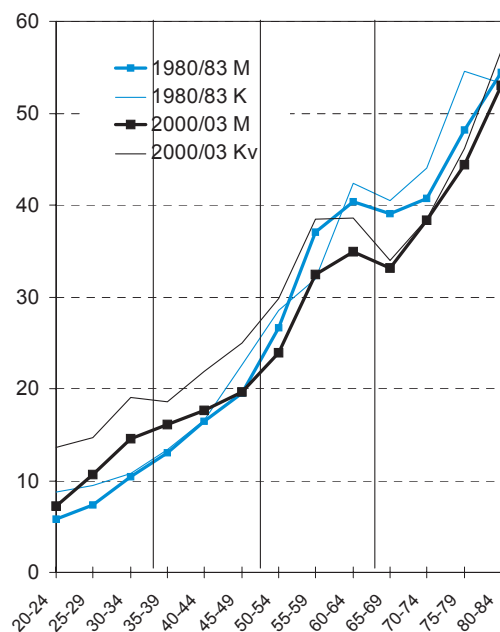
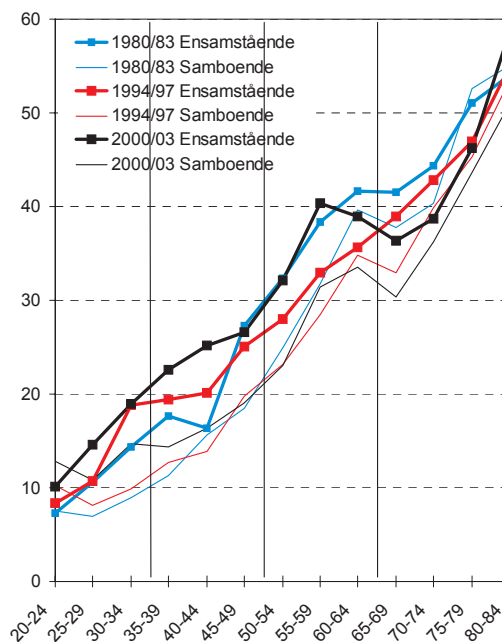


Diagram 12.1.d

Upplevda hälsoproblem efter period, ålder och familj. Med kontroll för kön, klass och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Det sista diagrammet (12.1.d) i denna serie renodlar civilstånd och lägger till en särredovisning av ensamstående och samboende. Resultaten i sin helhet stöder en tolkning i riktning mot selektionseffekter. Det är i medelåldern (40-60 år) när parbildningen normalt är avslutad och innan dödligheten har satt in, som vi ser större skillnader mellan ensamstående och samboende (med kontroll för kön, klass och region). Detta kan tyda på att sjukliga kan ha svårare att finna/behålla en partner, alternativt att samlevnad i ett parförhållande är en skyddsfaktor. Bland de äldsta, där åldrandeeffekten dominerar och där ensamstående mera sällan är relaterad till selektion (i regel är det partners fränfalle som är orsaken till att man saknar en partner), försvinner skillnaderna mellan samboende och ensamstående.

Longitudinell analys

Hittills har vi visat hur de äldres hälsa utvecklats i ett *tvärsnittsperspektiv*, dvs. vi har jämfört de kohorter av äldre (55+) som levde i början av 80-talet med äldre som var i samma ålder i slutet av 90-talet. Den individuella hälsoutvecklingen för personer som åldras (säg) 8 år ter sig helt annorlunda. Det biologiska åldrandet innebär framskridande ohälsa.

I tabell 12.3 visas nu motsvarande analys med *longitudinell ansats*, där vi följer en panel äldre från början av 90-talet (medeltal för 1990-1995) till sekelskiftet, när alla respondenterna har åldrats 8 år. Här kan vi alltså följa åldrandets hälsoeffekter för olika åldersgrupper prospektivt, och samtidigt kontrollera för kön, klass, familj och region via regressionsanalys. Fyra modeller har beräknats.

Modell A visar inledningsvis *tvärsnittsskattningar* i form av oddskvoter (=OK; se detaljer i kapitel 1) för varje delgrupp, som visar *den relativa risken att uppleva hälsoproblem, jämfört med en referensgrupp (där OK=1,0)*.

Vi ser till en början att män har lägre risk än kvinnor, att risken i den äldsta

åldersgruppen är drygt dubbelt så hög som bland dem som var cirka 30 år yngre (OK=2,2), och att arbetare har en större risk än tjänstemän och företagare. Sådållvida korresponderar resultaten med diagrammaterialet. Här ser vi också att åtta års åldrande innebär en ökning av andelen med hälsoproblem med 40 procent (OK=1,4 för perioden 1998/2003).

Modell B visar nu den *longitudinella* förändringen av hälsoproblemen över åtta levnadsår, från början av 90-talet till

Tabell 12.3 Longitudinell multivariat analys av förändringar i upplevda hälsoproblem. Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp. procenttal. Fyra modeller (se även diskussionen i kapitel 1). Personer som 1990/95 var 45-76 år. Antalet intervjuer är 15 190.

	Modell			
	A	B	C	D
	OK	OK	% +	% -
Period				
1990-1995	1,0			
1998-2003	1,4 *			
Kön				
Man	0,9 *	1,4 *	27,6	27,8
Kvinna	1,0	1,3 *	28,0	27,4
Ålder				
45-54 år	1,0	1,6 *	23,0	33,0
55-64	1,4 *	1,0	21,4	35,1
65-69	1,6 *	1,6 *	31,0	24,7
70-76	2,2 *	1,7 *	37,7	19,5
Familj				
Ensamstående	1,2 *	1,5 *	29,5	26,0
Gift/samboende	1,0	1,3 *	26,2	29,3
Klass				
Arbetare	1,0	1,3 *	32,6	23,3
Lägre tjänstemän	0,7 *	1,4 *	24,9	30,7
Mellan/högre tjm	0,5 *	1,4 *	21,1	35,5
Företagare	0,6 *	1,6 *	26,1	29,3
Jordbrukare	1,0	1,2	28,6	26,9
Region				
Sthlm,Gbg,Malmö	0,8 *	1,5 *	26,6	28,9
Övr. större städer	1,0	1,3 *	27,3	28,2
Övriga Sverige	1,1 *	1,3 *	29,7	25,8

början av 2000-talet. Här visar oddskvoterna ökade hälsoproblem (riskökningen) i förhållande till utgångsläget för varje intervjuperson åtta år tidigare (referensvärdet, där OK=1,0). Modell B visar således *riskökningen av 8 års åldrande* (i varje redovisningsgrupp), för personer som i början av 90-talet var 45-76 år. Effekten är ungefär lika stor för både kvinnor och män (OK=1,3 resp. 1,4, dvs. 30-40 %; obs inte procentenheter).

Modell C visar sedan övergångar från hälsa till hälsoproblem, dvs. hur många procent av de som var "friska" på 90-talet som fått hälsoproblem 8 år senare. Här syns åldrandeeffekten tydligt genom högre andelar bland de äldsta som fått hälsoproblem. Vidare är denna andel som lägst bland det övre tjänstemannaskiktet.

På samma sätt visar **modell D** hur många procent av dem som upplevde hälsoproblem på 90-talet som 8 år senare var "problemfria". Här ser vi en (självlklar) longitudinell effekt i form av högre "tillfrisknande" bland de yngre, resp. i det övre tjänstemannaskiktet (där alltså hälsoproblemen var av mer tillfällig karaktär).

Sammantaget bekräftas här alltså att hälsoproblem som väntat varierar efter kön, ålder, klass och familj, och att hälsoproblem uppträder olika tidigt i olika grupper. Överrisker finns hos arbetare, ensamstående, samt givetvis hos de äldre. Bland yngre och det övre tjänstemannaskiktet kan problemen uppträda senare och oftare vara övergående. Vi kommer att se längre fram att detta mönster upprepas för övriga hälsoindikatorer.

12.5 Långvarig sjukdom

Vi går nu över till tre andra sammanfattande indikatorer över sjukligheten, som vi hämtar från ett frågebatteri rörande förekomst av långvarig sjukdom. Intervjupersoner svarar om de har "någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet". Man ställer också uppföljningsfrågor om vad sjuk-

domen heter³, regelbunden medicinering, sjukdomens debut, *besvärens omfattning*, medicinsk behandling, samt konsekvenser i form av *nedsatt arbets/funktionsförmåga* p.g.a. någon långvarig sjukdom. Här ingår all rapporterad sjuklighet, inkl. mindre besvär som inte innebär någon nedsättning i arbetsförmågan, eller där besvären har kunnat medicineras bort (t.ex. högt blodtryck).

Resultaten redovisas dels i detaljerade tabeller i slutet av kapitlet, dels i form av multivariata analyser med tvärsnitts- resp. longitudinell ansats.

Multivariat tvärsnittsanalys

Diagramserie 12.2 visar andelen som har *någon form av långvarig sjukdom*. Diagram 12.2.a visar att utvecklingen av egendiagnostiserad/behandlad långvarig sjukdom går i negativ riktning i samtliga åldersgrupper. Andelen av befolkningen som rapporterar någon långvarig sjukdom har ökat i alla åldersgrupper sedan 1980-talet.

Även diagram 12.2.a visar att sjukligheten ökade mest i ungdomsgenerationen, och upp till 45-årsåldern. Ökningen i ungdomsgenerationen korresponderar mot den ökade otryggheten på arbetsmarknaden med sysselsättningsproblem som framför allt drabbade de yngre som skulle etablera sig på arbetsmarknaden under 90-talet. Ökningen finns bland såväl kvinnor som män (diagram 12.2.b).

Klasskillnaderna är i huvudsak oförändrade över tid (diagram 12.2.c), men minskar i hög ålder liksom för övriga hälsoindikatorer, när det biologiska åldrandet tar ut sin rätt. Vi konstaterar vidare att andelen med långvarig sjukdom har ökat såväl bland arbetare som bland tjänstemän, och dessutom även i pensionsåldern.

Analogt visar diagram 12.2.d att ensamstående i alla åldrar oftare har långvarig sjukdom än de samboende. Vidare

³ Detta leder till en sjukdomsklassifikation enligt International classification of diseases (ICD 9).

har vi en ökning av sjukligheten bland både ensamstående och samboende sedan 80-talet. Även i detta fall konvergerar gruppskillnaderna i sjuklighet mot livets slut bland de överlevande i hög ålder.

Även beträffande egenrapporterad långvarig sjukdom måste vi räkna med mättekniska effekter av frågetekniken. Ökningen av egenrapporterad långvarig sjukdom beror förmodligen delvis på ökad sjukdomsmedvetenhet genom ökad diagnostisering och medicinering, samt ökad kunskap hos intervjupersonerna om sin hälsa. Den här indikatorn är alltså inte helt rättvisande när det gäller mer objektivt definierad ohälsa.

Det är också viktigt att tänka på att denna tidsserie är justerad för de strukturförändringar som har skett sedan 1980 ifråga om yrke (samhällsklass), familjeförhållanden (ensamstående/samboende) och bostadsort (region). Ökad utbildning och yrken med större kunskapsinnehåll innebär egentligen mindre miljöbelastning från arbetslivet, men å andra sidan även ökad hälsokunskap. När vi kontrollerar beräkningarna för yrke gör vi antagandet att yrkesstrukturen är oförändrad.

Diagram 12.2.a

Långvarig sjukdom efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

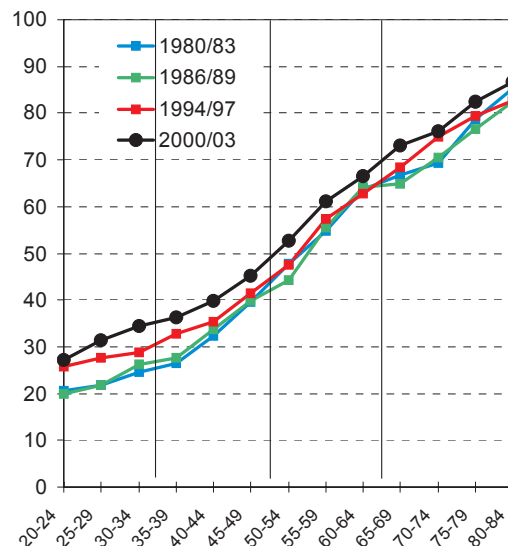


Diagram 12.2.b

Långvarig sjukdom efter klass, period och ålder. Med kontroll för kön, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

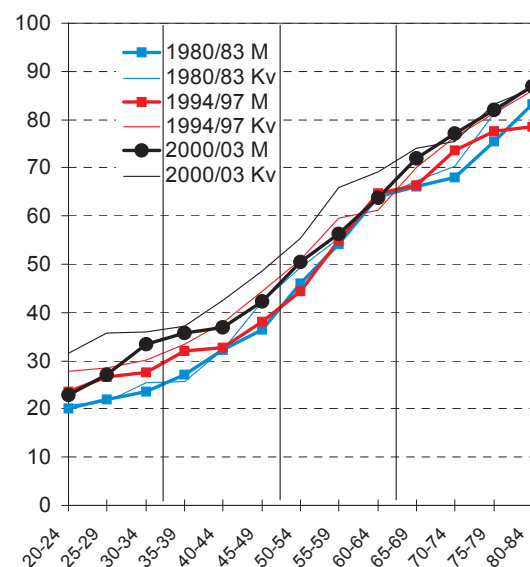


Diagram 12.2.c

Långvarig sjukdom efter klass, period och ålder. Med kontroll för kön, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

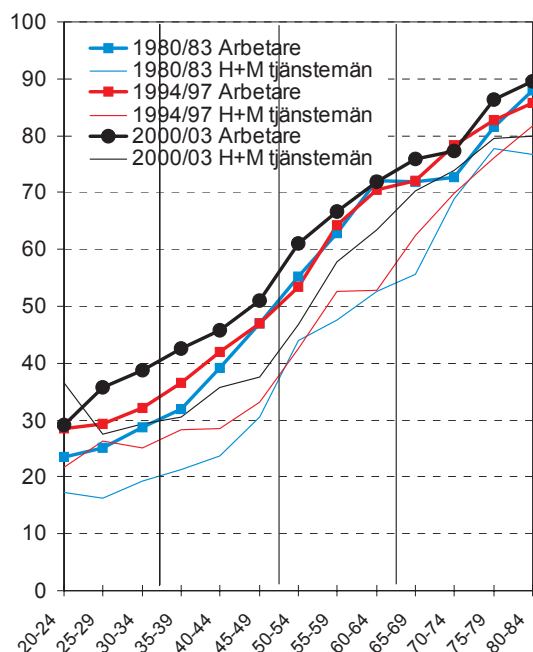
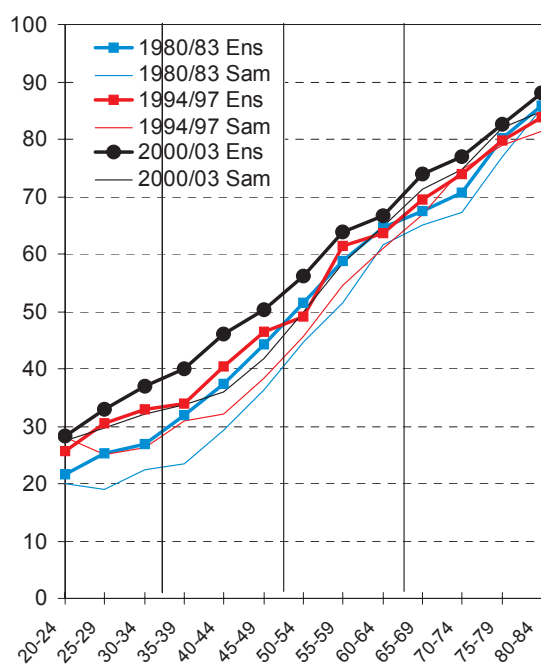


Diagram 12.2.d

Långvarig sjukdom efter familj, period och ålder. Med kontroll för kön, klass och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Longitudinell analys

I tabell 12.4 visar vi nu den *longitudinella* utvecklingen av andelen som **långvarig sjukdom**. Eftersom vi här följer äldre personer (45-76 år) åtta år framåt i tiden så har vi en markant ökning av sjukligheten från 90-talet till sekelskiftet. Oddskvoten ökar från 1,0 till 2,0 (dvs. risken fördubblas), vilket är en betydligt större ökning än den vi fick för upplevda hälsoproblem. Det beror åtminstone delvis på att rapportering av långvarig sjukdom även påverkas av utvecklad diagnostisering resp medicinering.

Modell A visar till att börja med *tvärsnittsjämförelser* i form av oddskvoter (OK), motsvarande de procenttal som tidigare visats i diagramform. Även här ser man att sjukligheten är betydligt högre bland de äldsta (en fyrdubbling från de yngsta till de äldsta), den är högre bland ensamstående och arbetare, men varierar endast obetydligt med region.

Modell B visar sedan den *longitudinella* utvecklingen av andelen med långvarig sjukdom. Vi ser en kraftig ökning av oddskvoterna i alla grupper, vilket naturligtvis beror på åldrandet (8 år). Störst andel med hälsoförsämring finns givetvis i den äldsta åldersgruppen (de som var 70-76 år på 90-talet och nu har hunnit bliit 78-84 år). Hälsoförlusten är ungefär densamma bland kvinnor och män, resp. i olika regioner.

Modellerna C och D, som visar procentuella förändringar i negativ resp. positiv riktning (dvs. friska som blir sjuka, resp. sjuka som blir friska) bjuder inte på några överraskningar. Det väsentligaste är att andelen som *insjuknat* i någon långvarig sjukdom (modell C) är betydligt högre vid högre ålder (det biologiska åldrandet sätter in), och att andelen som *tillfrisknar* är lägre vid högre ålder (modell D); sjukligheten är då ofta allvarligare och blir också oftare permanent. Åldrande innebär naturligtvis att betydligt fler övergår till långvarig sjukdom än som tillfrisknar.

Tabell 12.4 Longitudinell multivariat analys av förändringar i förekomsten av långvarig sjukdom. Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp. procenttal. Fyra modeller (se kapitel 1). 45-76 år (1990/1995). Antalet intervjuer är 15190.

	Modell			
	A OK	B OK	C % +	D % -
Period				
1990-95	1,0			
1998-03	2,0 *			
Kön				
Man	0,8 *	2,0 *	53,6	10,7
Kvinna	1,0	1,9 *	56,4	9,7
Ålder				
45-54 år	1,0	2,0 *	41,4	16,4
55-64	1,9 *	1,8 *	50,2	12,1
65-69	2,5 *	1,9 *	57,7	9,2
70-76	3,7 *	2,6 *	69,9	5,6
Civilstånd				
Ensamstående.	1,2 *	2,0 *	53,1	9,2
Gift/samboende	1,0	1,9 *	50,5	10,1
Klass				
Arbetare	1,0	1,8 *	56,0	9,8
Lägre tjänstemän	0,8 *	2,0 *	54,7	10,3
Mellan/högre tjm	0,7 *	2,2 *	52,5	11,1
Företagare	0,7 *	2,1 *	50,6	11,9
Jordbrukare	0,9	1,9 *	57,8	9,2
Region				
Sthlm,Gbg,Malmö	0,9	2,3 *	57,0	9,4
Övr. större städer	1,0	1,9 *	53,5	10,7
Övriga Sverige	1,0	1,8 *	54,6	10,3

12.6 Svåra besvär

Nästa diagramserie visar andelen som har en långvarig sjukdom (med diagnos eller medicinering) som medför "svåra besvär", "hela tiden, ofta eller då och då".

Multivariat tvärsnittsanalys

Även denna indikator visar att andelen sjukliga är högre vid högre levnadsålder (diagram 12.3.a), med en nivå på ca 10 procent bland de yngsta till drygt 30 procent i 80-årsåldern.

Pensionsdagen avtecknar sig i diagrammet genom att kurvorna gör en knyck, vilket beror på att belastningen från arbetet faller bort i 60-65 årsåldern. Respondenternas bedömningar av sitt

hälsotillstånd påverkas givetvis också av att arbetskraven bortfaller, och bedömningen blir således temporärt mera positivt efter pensioneringen. Därefter fortsätter ökningen av "svåra besvär" med tilltagande levnadsålder.

Diagram 12.3.a visar att andelen med svåra besvär har ökat i alla åldrar, kontinuerligt under de senaste 23 åren. Men även här noterar vi att ohälsökningen är större i de lägre åldrarna. Det är oklart i vilken utsträckning ökningen är reell (en konsekvens av ökade arbetskrav och ökad otrygghet) eller om den delvis även är ett uttryck för förändrade referensramar, dvs. ökade hälsokunskaper och hälsoanspråk.

I diagram 12.3.b, där vi särredovisar könen, ser vi att utvecklingen varit olikartad för kvinnor och män. Vi ser att sjuklighetsökningen framför allt gäller *kvinnor i arbetsför ålder* (tilltagande kortstryck från yrkesroll och föräldraroll), som saknas i pensionsåldern.

Motsvarande analys av klasskillnadernas utveckling sedan början av 80-talet (diagram 12.3.c) visar att någon utjämning inte har skett under denna (visserligen) korta tidsrymd. Bland arbetarna finns en viss ökning av sjukligheten i 50-årsåldern innan pensionsavgångarna minskar belastningen. I hög ålder, när effekten av det biologiska åldrandet dominerar allt mer, ser vi en tendens till utjämnade klasskillnader. Till bilden hör att arbetare har en viss överdödlighet, och att vi här således (för de äldsta) observerar hälsoskillnader bland de överlevande med olika klassbakgrund.

Diagram 12.3.a

Personer med svåra besvär efter ålder och period.
Med kontroll för kön, klass, familj och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

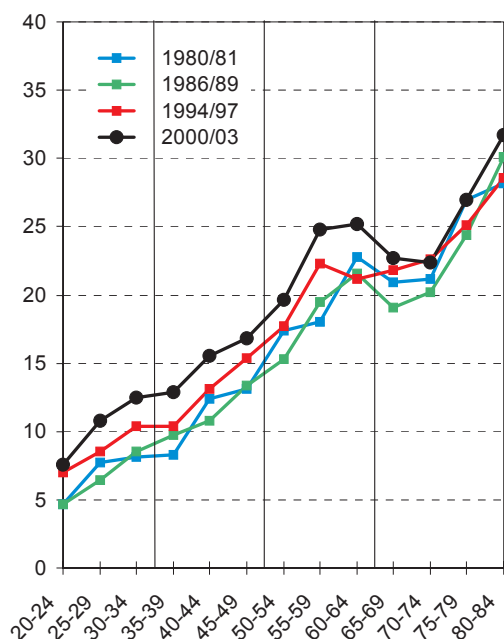


Diagram 12.3.c

Personer med svåra besvär efter klass, ålder och period.
Med kontroll för kön, familj och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

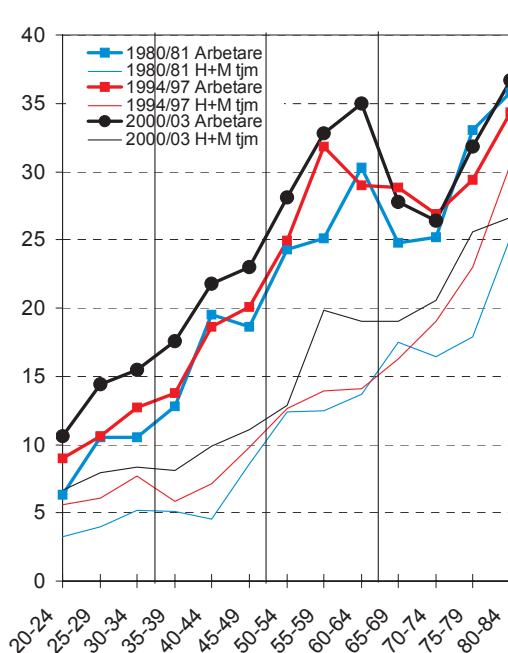


Diagram 12.3.b

Personer med svåra besvär efter kön, ålder och period.
Med kontroll för klass, familj och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

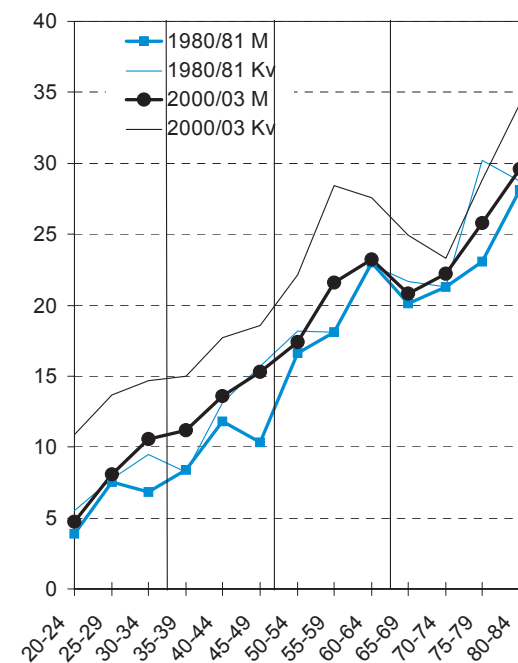
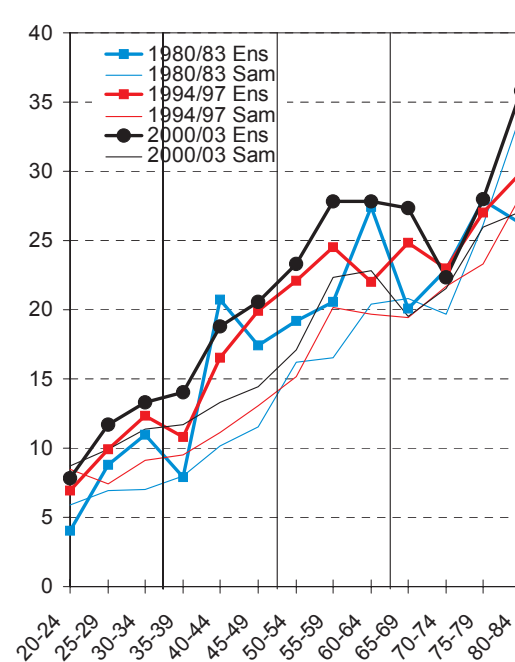


Diagram 12.3.d

Personer med svåra besvär efter familj, ålder och period.
Med kontroll för kön, klass och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Det sista diagrammet (12.3.d) i denna serie gäller särredovisning efter familjesituation. Om man överblickar resultatstrukturen i sin helhet ligger en tolkning i riktning mot selektionseffekter nära till hands. Det är i medelåldern (40-60 år) när parbildningen normalt är avslutad och dödligheten ännu inte satt in, som vi ser större skillnader mellan ensamstående och samboende (med kontroll för kön, klass och region). Detta tyder på att sjukliga kan ha svårare att finna/behålla en partner, alternativt att en parrelation är en skyddsfaktor för ohälsa. Bland de äldsta, där effekten av det biologiska åldrandet blir dominerande och där ensamstående mera sällan är relaterad till selektion (i regel är det ju partnerns frånfälle som är orsaken till att man inte längre har en partner), försvinner skillnaderna mellan samboende och ensamstående.

Longitudinell analys

I tabell 12.5 visas nu motsvarande analys av *svåra besvär av långvarig sjukdom* med longitudinell ansats, där vi följer en panel från 90-talet (medeltal för 1990/95) 8 år framåt i tiden (till 1998/2003), där varje respondent således har åldrats 8 år. Här kan vi alltså följa åldrandets hälsoeffekter för olika åldersgrupper prospektivt, och samtidigt kontrollera för kön, klass, familj och region (logitanalys). Fyra modeller har beräknats.

Modell A visar inledningsvis *tvärsnittsskattningar* i form av oddskvoter (OK; se även kapitel 1) för varje delgrupp, som visar den relativa risken att ha svåra besvär, jämfört med en referensgrupp (där OK=1,0). Vi ser att män har lägre risk än kvinnor, och att risken ökar mer i högre åldrar, att ensamstående har större risk än sammanboende (1,3), och att arbetare har större risk än framför allt tjänstemän på hög- eller mellannivå. Sätillvida korresponderar resultaten med tabellmaterialet och med tidigare indikatorer.

Tabell 12.5 Longitudinell multivariat analys av förändringar i långvarig sjukdom med svåra besvär. Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp procenttal. Fyra modeller (se kapitel 1). 45-76 år (1990/95). Antalet intervjuer är 15 190.

	Modell			
	A	B	C	D
	OK	OK	% +	% -
Period				
1990-95		1,0		
1998-2003		1,3 *		
Kön				
Man	0,8 *	1,3 *	17,7	45,7
Kvinna	1,0	1,4 *	21,9	39,2
Ålder				
45-54 år	1,0	1,6 *	18,4	44,5
55-64	1,1 *	1,0	15,8	49,0
65-69	1,1	1,3 *	19,7	42,4
70-76	1,4 *	1,7 *	25,7	34,3
Familj				
Ensamstående	1,3 *	1,4 *	20,8	40,8
Gift/samboende	1,0	1,3 *	18,6	44,2
Klass				
Arbetare	1,0	1,3 *	23,3	37,6
Lägre tjänstemän	0,7 *	1,5 *	16,6	47,9
Mellan/högre tjm	0,5 *	1,6 *	15,6	49,7
Företagare	0,7 *	1,6 *	19,5	43,0
Jordbrukare	1,1	1,3	20,0	42,2
Region				
Sthlm,Gbg,Malmö	0,9	1,4 *	19,0	43,5
Övr. större städer	1,0	1,4 *	19,8	42,4
Övriga Sverige	1,0	1,3 *	20,3	41,5

Modell B visar den longitudinella förändringen av hälsoproblemen över åtta levnadsår från början av 90-talet till selskiftet. Här visar oddskvoterna förändringarna av hälsoproblemen (riskökningen) i förhållande till utgångsläget för varje intervjuperson åtta år tidigare (OK=1,0). Modell B visar att *riskökningen av 8 års åldrande* (i medeltal för vår population, dvs. personer som 1990/95 var 45-76 år) är något större för kvinnor.

Riskökningen av 8 års åldrande varierar något mellan åldergrupperna: den är störst strax före pensionen (OK=1,6 bland dem som i början av 90-talet var 45-54 år), troligen pga. arbetsbelastning-

en, liksom hos de allra äldsta (pga. biologiskt åldrande).

Bland samhällsklasserna är ökningen störst bland tjänstemän och företagare, men då är detta räknat från ett väsentligt lägre utgångsvärde i början av 90-talet. Här ser vi alltså att arbetarnas hälsoför-sämring kommer tidigare i livet. Dessutom har flera redan lämnat arbetsmarknaden i förtid.

Modell C visar hur många procent av de som var "friska" på 80-talet som hade fått svåra besvär 8 år senare. Här syns åldrandeeffekten tydligt genom högre andelar bland de äldsta. Vidare är andelen som insjuknat något lägre bland tjänstemännen.

På samma sätt visar **modell D** hur många procent av dem som redan hade "svåra besvär" 1990/95 som 8 år senare *inte* längre hade det. Även här ser vi en longitudinell effekt i form av flera som "tillfrisknat" bland de yngre resp. bland tjänstemän.

Sammantaget bekräftar alltså även denna indikator att hälsoproblem varierar efter kön, ålder, klass och familj. Överrisker finns hos arbetare, ensamstående, samt givetvis hos de äldre. Bland yngre och i det övre tjänstemannaskiktet kan problemen uppträda senare och är oftare övergående.

12.7 Nedsatt arbetsförmåga

Även vår redovisning av "i hög grad nedsatt arbetsförmåga" ger en bild som stämmer med tidigare diagram, som visade ohälsöökning i arbetsför ålder. Ökningen sker i huvudsak under 90-talet. Notera att vi samtidigt har fortsatta hälsoförbättringar i pensionsåldern.

Här synliggörs även effekten av den speciella frågeformuleringen för pensionärer (där "arbetsförmåga" ersatts av "hinder i några dagliga sysselsättningar", dvs. i det dagliga livet som pensionär samt i fritidsaktiviteter), vilket innebär lägre hälsokrav. Efter pensioneringen

minskar därför ohälsönivån enligt denna indikator runt 65-årsåldern.

Multivariat tvärsnittsanalys

Diagram 12.4.a visar en markant hälsoförbättring vid 65 år, vilket som redan nämnts dels hänger samman med att förvärvsarbetet och dess arbetskrav bortfaller, och dels med att frågeformuleringen ändras för de som är pensionärer. Det innebär en stark minskning av personer som rapporterar funktionsproblem vid övergången till pension.

Diagram 12.4.b visar att pensioneringseffekten (dvs. minskningen kring 65-årsåldern) är särskilt stor för män. I pensionsåldern ser vi också en klar minskning av män med nedsatt funktionsförmåga under de senaste 20 åren. Både män och kvinnor i arbetsför ålder rapporterar i allt högre utsträckning nedsatt arbetsförmåga under 90-talet. Trenden är särskilt stark för kvinnor i yngre åldrar (under 50). Det speglar även den ökande kvinnoysselsättningen under 70- och 80-talet, och därefter ökade arbetskrav på 90-talet som innebar större hälsobelastning för kvinnor än för män i arbetsför ålder.

Diagram 12.4.c visar en tydlig hälsoökning för arbetare efter pensionsåldern. Effekten är förmodligen sammansatt av tidigare pensionering (som ger minskad belastning) och långsiktiga effekter av arbetsmiljöförbättringar. Diagrammet visar också att klasskillnaderna i hälsa minskar när (de överlevande) närmar sig livets gräns, och när det biologiska åldrandets betydelse ökar.

Däremot har andelen arbetare i arbetsför ålder som rapporterar nedsatt arbetsförmåga ökat, och detta gäller även tjänstemän. Ökningen är dock störst bland arbetare. I arbetsför ålder har klasskillnaderna således ökat.

Diagram 12.4.a
Långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga
 efter period och ålder. Kontroll för kön, klass, familj
 och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

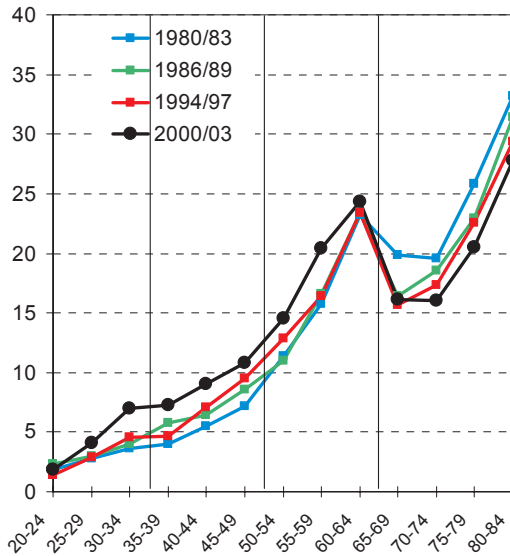


Diagram 12.4.c
Långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga
 efter klass, period och ålder. Kontroll för kön, familj
 och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

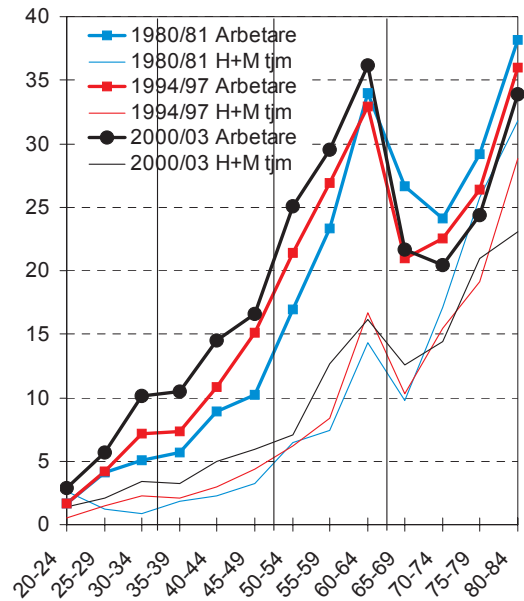


Diagram 12.4.b
Långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga
 efter kön, period och ålder. Kontroll för klass, familj
 och region. Procenttal. ULF 1980-2003

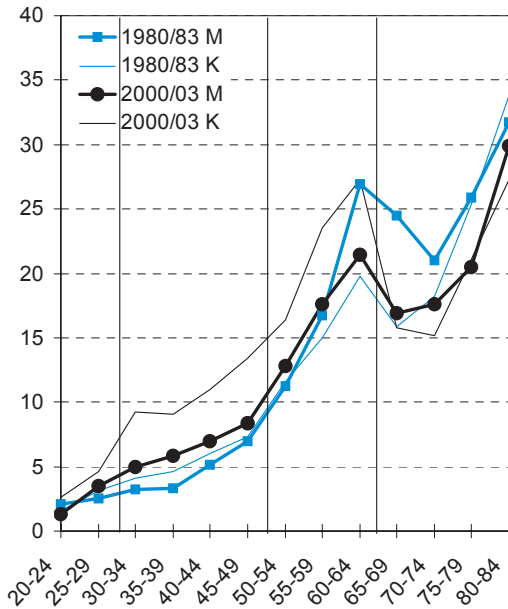
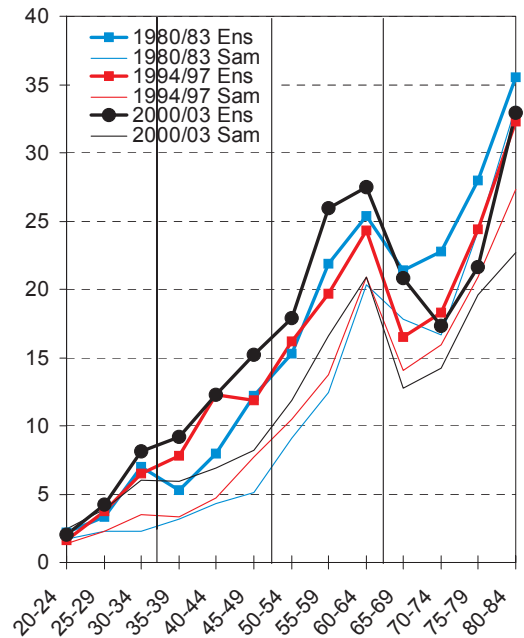


Diagram 12.4.d
Långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga
 efter familj, period och ålder. Kontroll för kön, klass
 och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Även i diagram 12.4.d visas slutligen att samboende har bättre hälsa i samtliga åldrar än ensamstående. Skillnaderna är störst i de åldrar där parbildningen normalt är avslutad, och innan dödligheten sätter in. Skillnaderna är relaterade till en gynnsam effekt av samboende (emotio- nellt och ekonomiskt stöd) och/eller selektion (sjukliga kan ha svårare att finna eller behålla en partner).

Longitudinell analys

Motsvarande longitudinella analys av höggradigt nedsatt arbetsförmåga (tabell 12.6) ger ungefär samma utfall som upplevda hälsoproblem resp. svåra besvär.

Modell A visar att åtta års åldrande (i medeltal) innebär en ökning av andelen som har nedsatt arbetsförmåga med 60 procent (obs. inte procentenheter). I övrigt visar kolumn 1 *tvärsnittsskattningar* av hälsoskillnaderna vid sekelskiftet (jämför med diagramserie 12.4). Äldre har naturligtvis större ohälsorisk, liksom ensamstående, arbetare och jordbrukare, medan de regionala skillnaderna är små.

Enligt **modell B** är den longitudinella hälsoförlusten (under 8 levnadsår) markant större vid högre ålder (biologiskt åldrande). Risken är (skenbart) hög även bland tjänstemän, där problemen emellertid kommer senare än för arbetare, och således är beräknad från en lägre utgångsnivå 8 år tidigare (jämför med modell A). Civilstånd och region ger inga särskilda effekter.

Modell C visar hur stor andel av de "friska" på 90-talet som fått funktionsproblem 8 år senare. Även tabell 12.6 visar att andelen som insjuknar ökar med ökande levnadsålder.

Och omvänt visar **modell D** att andelen som tillfrisknat under de senaste 8 åren minskar med ökande levnadsålder. Det finns en märkbart hög andel som förbättrar sin hälsa vid övergången till pensionering (modell D, se även diagram 12.4.a). Det är en effekt av frågetekniken (för pensionärer gäller frågan "Dina dagliga aktiviteter", som ju i allmänhet är

mindre krävande för pensionärer än arbetet är för de yrkesverksamma).

Modell C och D visar också att arbetares och jordbrukares hälsoutveckling präglas av deras arbetslivshistoria: fler insjuknar tidigt och färre återgår till bättre hälsa. Även detta mönster föreligger genomgående för alla globala hälsoindikatorer.

Tabell 12.6 Longitudinell multivariat analys av förändringar i förekomsten av långvarig sjukdom med i hög grad nedsatt arbetsförmåga. Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp procenttal. Fyra modeller (se kapitel 1). 45-76 år (1990/95). Antalet intervjuer är 15 190.

	Modell			
	A	B	C	D
	OK	OK	% +	% -
Period				
1990-95	1,0			
1998-2003	1,6 *			
Kön				
Man	0,9	1,6 †	15,9	42,6
Kvinna	1,0	1,7 †	17,0	40,5
Ålder				
45-54 år	1,0	2,3 †	16,6	41,2
55-64	1,2 *	1,0	12,0	50,7
65-69	1,1	1,6 †	15,6	43,0
70-76	1,5 *	2,1 †	23,0	31,8
Civilstånd				
Ensamstående	1,3 *	1,9 †	18,4	38,3
Gift/samboende	1,0	1,5 †	14,7	44,9
Klass				
Arbetare	1,0	1,3 †	19,1	37,1
Lägre tjänstemän	0,6 *	2,0 †	15,6	43,1
Mellan/högre tjm	0,4 *	2,4 †	12,2	50,2
Företagare	0,5 *	1,8 †	15,3	43,7
Jordbrukare	0,9	1,6 †	17,4	39,9
Region				
Sthlm,Gbg,Malmö	1,0	1,8 †	16,4	41,5
Övr. större städer	1,0	1,6 †	15,2	43,8
Övriga Sverige	1,1 *	1,6 †	17,8	39,3

12.8 Fysisk funktionsförmåga

Rörelseförmåga, syn och hörsel är centrala funktioner för ett liv utan fysiska begränsningar. Bakom funktionsnedsättningar i dessa avseenden kan ligga sjukdomar eller skador av olika slag, men de är också en del i det naturliga åldrandet. Rörelsehinder, nedsatt syn eller hörsel förekommer också framförallt bland äldre. I befolkningen som helhet (20–84 år) är det 7 procent som inte kan springa en kortare sträcka och inte heller stiga på en buss obehindrat eller ta en kortare promenad i någorlunda rask takt. Dessa benämns här **rörelsehindrade**. 14 procent har **nedsatt hörsel** i sådan utsträckning att de har svårighet att höra samtal mellan flera personer. 1,3 procent av befolkningen har **nedsatt syn** (svårigheter med att läsa vanlig text i en dagstidning).

Översiktstabellen i slutet av kapitlet visar stora förbättringar i pensionsåldern när det gäller rörelsehinder. Andelen har minskat med en tredjedel i åldrarna över 65, till 12 procent bland 65-74-åringarna, resp. 31 procent i åldern 75-84 år. Det innebär stora välfärdsvinster även inom andra arenor, liksom ekonomiska vinster för samhället.

Multivariat tvärsnittsanalys

I diagramserie 12.5 följer vi upp med en multivariat *tvärsnittsanalys*, där vi jämför såväl mellan olika åldersgrupper som tidsperioder. Metoden är även här regressionsanalys med kontroll för kön, klass, familj och region, och redovisningen sker i diagramform. Notera även att diagrammen denna gång bara omfattar åldrarna 45-84 år.

Vi ser även här en stadig minskning av andelen med rörelsehinder, i samtliga åldrar över 45 år (diagram 12.5.a). Förklaringar till denna tydliga förbättring kan vara flera, nämligen långsiktigt avtagande fysisk belastning inom arbetslivet resp. bättre behandlingsmetoder. Förbättringarna är störst i pensionsåldern, och de visar att rörelsehinder in-

träffar allt senare. Andelen rörelsehindrade pensionärer har minskat med nästan en tredjedel sedan 1980 (se översiktstabellen).

Diagram 12.5.b visar att förbättringar i rörelseförmåga gäller både kvinnor och män. Äldre kvinnor har oftare rörelsehinder än jämnåriga män, och att dessa skillnader består under 80-, 90- och 2000-talet, men på en lägre nivå.

Även ifråga om rörelsehinder ser vi miljöeffekter i form av klasskillnader, som dessutom vidgas något med ökad ålder. Rörelsehinder har minskat såväl bland arbetare som tjänstemän (diagram 12.5.c), och minskningen är störst i pensionsåldern.

Även för rörelsehinder ser vi en förhöjd risk bland ensamstående äldre, jämfört med sammanboende (diagram 12.5.d).

Longitudinell analys

Longitudinell analys, där vi studerar framväxten av rörelsehinder från början av 90-talet för ett stickprov äldre som vi har intervjuat med 8 års mellanrum redovisas i tabell 12.7. Här kan vi se att rörelsehinder är en väsentlig del av det naturliga åldrandet, men att det även finns väsentliga strömmar *från* rörelsehinder högt upp i åldrarna.

Modell A visar som en inledning fördelningen av rörelsehinder hos personer över 44 år (i *tvärsnittsjämförelse*). Odds-kvoterna visar att män har lägre risk för rörelsehinder, och att risken är betydligt högre i högre åldrar. Oddskvoten (OK) är 6,5 för de äldsta, jämfört med de yngsta som är ca 30 år yngre, dvs. 6,5 gånger större risk. Från tvärsnittsanalyserna känner vi igen att ensamstående har en förhöjd risk, och att arbetare och jordbrukare har väsentligt större risk att vara rörelsehindrade, vilket bör vara en effekt av långvarig fysisk belastning i arbetet.

Diagram 12.5.a

Rörelsehinder efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

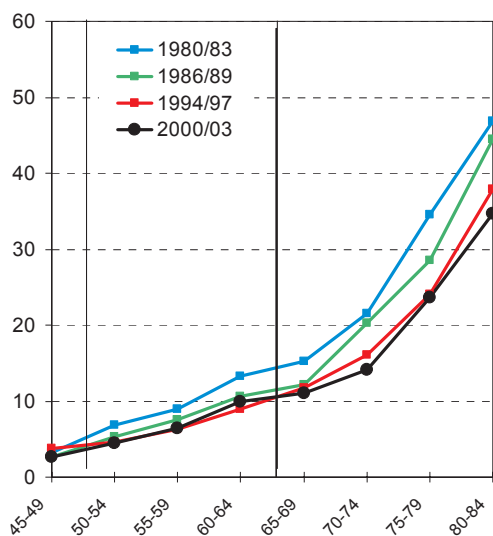


Diagram 12.5.c

Rörelsehinder efter klass, ålder och period. Med kontroll för kön, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

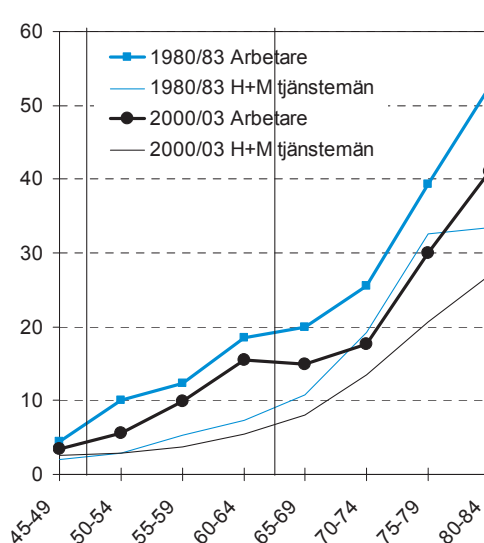


Diagram 12.5.b

Rörelsehinder efter kön, period och ålder. Med kontroll för klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

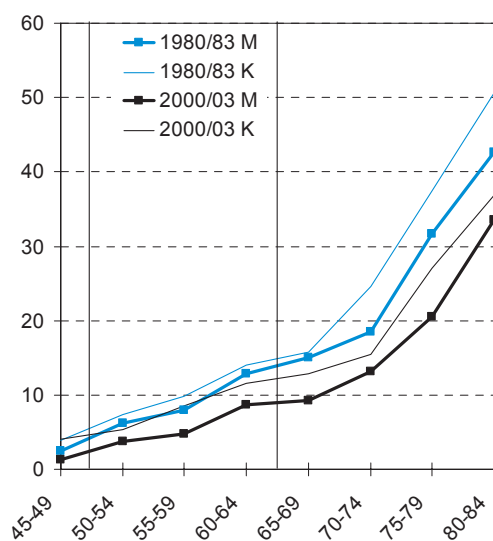
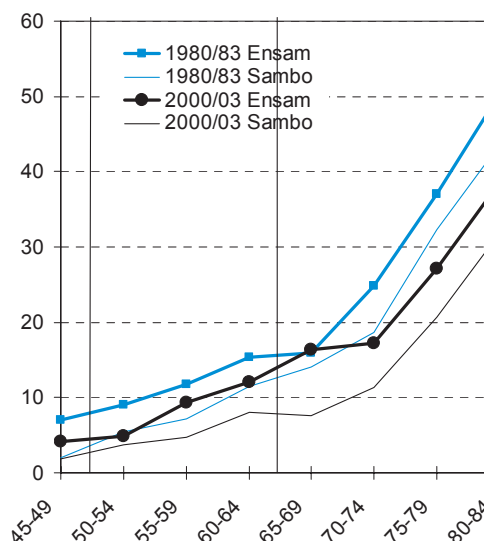


Diagram 12.5.d

Rörelsehinder efter familj, ålder och period. Med kontroll för kön, klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



I **modell B** studerar vi utvecklingen av rörelsehinder *longitudinellt* genom att jämföra risken för rörelsehinder i början av 90-talet med risken för samma personer 8 år senare kring sekelskiftet (oddskvoten OK är då satt till 1,0 vid första intervjutillfället för varje delgrupp). Risken för att vara rörelsehindrad har fördubblats på 8 år (från 1,0 som är referenspunkten till 2,3). Åldrandeeffekten framgår av att vi i samtliga grupper får en i stort sett fördubblad risk, men med vissa variationer. De allra äldsta, som nu blivit 78-84 år har en kraftigt förhöjd risk att bli rörelsehindrad (OK=3,1). Även bland tjänstemän på hög- och mellannivå och företagare ser vi i modell B en högre risk (jämfört med arbetare). Detta förklaras av att vi här jämför grupper som startar från olika utgångspunkter i början av 90-talet (jämför modell A), där arbetare och jordbrukare får sina rörelsehinder tidigare i livet. Samma fenomen finns för ensamstående som redan på 80-talet startar från en högre nivå av rörelsehinder.

Modell C visar procentuell förändring bland dem som i början av 90-talet *inte* hade rörelsehinder, som 8 år senare hade fått rörelsehinder. Det gäller drygt var tionde, men med mycket högre andelar vid högre ålder, dvs. åldrandeeffekten. Var fjärde som på 90-talet var en "frisk" 70-76-åring måste räkna med att 8 år senare vara rörelsehindrad (27 procent).

Det är en tröst att en tredjedel av de äldre som redan i början av 90-talet hade rörelsehinder, 8 år senare hade återfått sin rörlighet (enligt denna indikator).

Modell D visar att rörelsehinder till stor del är tillfälligt, åtminstone i lägre åldrar. Även bland de äldsta hade 16 procent förbättrat sin rörelseförmåga. Bland rörelsehindrade 55-64-åringar på 90-talet hade 43 procent fått tillbaka sin rörelseförmåga, allt enligt vår definition av rörelsehinder.

Tabell 12.7 Longitudinell multivariat analys av förändringar i förekomsten av rörelsehinder. Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp. procenttal. Fyra modeller (se kapitel 1). 45-76 år (1990/95). Antalet intervjuer är 15 190.

	Modell			
	A OK	B OK	C % +	D % -
Period				
1990-1995	1,0			
1998-2003	2,3 *			
Kön				
Man	0,7 *	2,3 *	10,5	37,4
Kvinna	1,0	2,3 *	13,9	30,4
Ålder				
45-54	1,0	2,0 *	5,3	55,6
55-64	1,9 *	1,8 *	8,6	42,8
65-69	3,6 *	2,2 *	15,8	27,2
70-76	6,1 *	3,1 *	26,6	16,2
Civilstånd				
Ensamstående	1,4 *	2,5 *	13,8	30,5
Gift/sambo	1,0	2,1 *	10,6	37,3
H-region				
Sthlm,Gbg,Malmö	1,0	2,2 *	11,3	35,6
Övr. större städer	1,0	2,2 *	11,4	35,4
Övriga Sverige	1,2 *	2,4 *	13,8	30,6
Klass				
Arbetare	1,0	2,0 *	13,4	31,2
Lägre tjm	0,7 *	3,2 *	11,8	34,5
M/högre tjm	0,6 *	2,4 *	9,7	39,7
Företagare	0,8 *	2,2 *	10,8	36,6
Jordbrukare	0,9	3,1 *	13,9	30,2

12.9 Psykosomatiska besvär

Det psykiska välbefinnandet kan påverkas av somatiska sjukdomar men också vara helt oberoende av dessa. Bland de sjukdomar och besvär som rapporterats som långvariga sjukdomar ingår psykiska besvär, men brister i det psykiska välbefinnandet betraktas inte alltid som sjukdom, och rapporteras då inte i intervjuer. Endast 3 procent av den vuxna befolkningen rapporterar en långvarig sjukdom som klassificeras under rubriken "psykiska störningar". 26 procent har haft *besvär med sömnen under den senaste tvåveckorsperioden*. Ungefär 4 procent av den vuxna befolkningen säger att de har *svåra besvär av ängslan, oro eller ångest*. 10 procent rapporterar *trötthet för jämnan, såväl på dagarna som om kvällarna*,

och haft svårt att komma igång på morgnarna. Se vidare översiktstabellerna i slutet av detta kapitel.

Åldersskillnaderna ifråga om psykiskt välbefinnande är inte enhetliga. Beträffande trötthet och ängslan finns inga större åldersskillnader. Trötthet tycks ha ökat i lägre åldrar (upp till 45 år) enligt översiktstabellen, vilket kan tyda på ökad belastning i arbetslivet. Sömnbesvär är däremot vanligare i pensionsåldern, men har inte ökat bland pensionärerna. Däremot har åldersskillnaderna minskat, genom att vi har fått en påtaglig ökning bland de yngre under 45 år. Även detta tyder på effekter av ökad arbetslöshet och ökad stress på arbetsmarknaden, och därmed upplevd ekonomisk otrygghet. Vi följer upp sömnbesvär med multivariat analys i diagramserie 12.6.

Multivariat tvärsnittsanlys

I diagram 12.6.a visas att sömnbesvär är något vanligare i högre ålder. Men sedan slutet av 1980-talet har vi sett en kraftig ökning i arbetsför ålder. Ökningen är vidare störst i de yngsta åldrarna, och därmed har också åldersskillnaderna minskat mycket kraftigt. Den stora ökningen kom just under 90-talet. Detta tyder på effekter av den allmänna arbetsmarknadssituationen, med ökad stress genom högre arbetslöshet, ökade arbetskrav och upplevd ekonomisk otrygghet.

I diagram 12.6.b kan vi vidare se att ökningen finns både hos män och kvinnor. Den största andelen med sömnproblem finns emellertid hos äldre kvinnor, och bland äldre är också könsskillnaderna mer betydande.

Av diagram 12.6.c framgår att ökningen av sömnbesvär även finns i alla samhällsklasser, arbetare såväl som tjänstemän. Ökningen är dock kraftigare bland yngre arbetare.

Diagram 12.6.a

Sömnbesvär efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familjesituation och region. Procenttal.

Källa: ULF 1980-2003

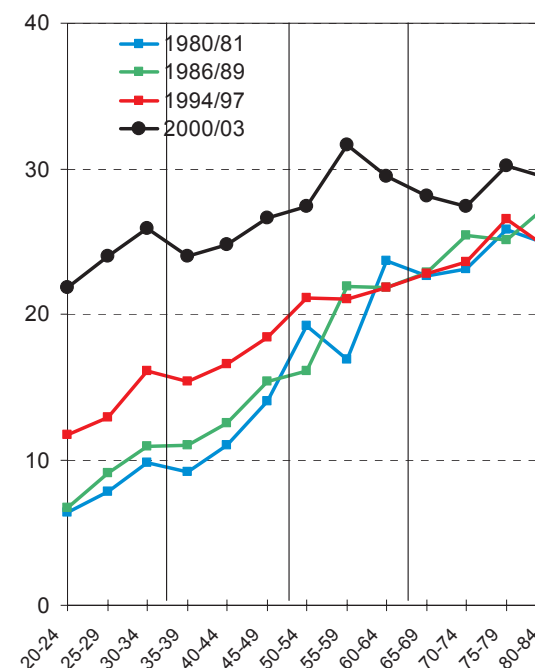


Diagram 12.6.b

Sömnbesvär efter kön, period och ålder. Med kontroll för klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

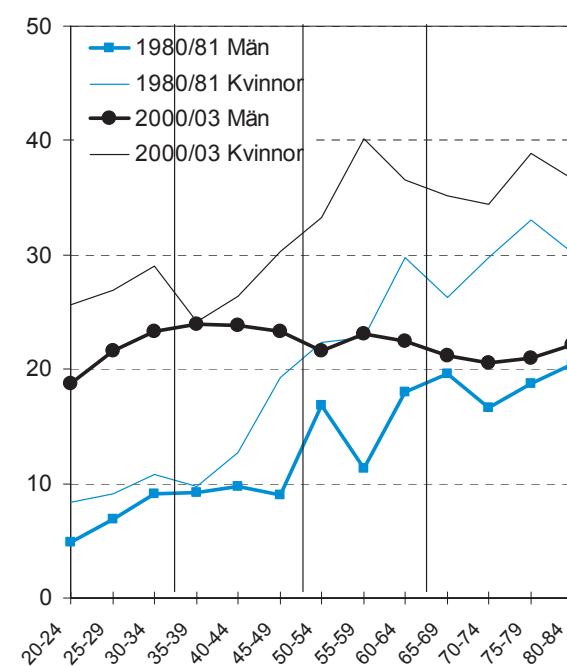


Diagram 12.6.c

Sömnbesvär efter klass, period och ålder. Med kontroll för kön, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

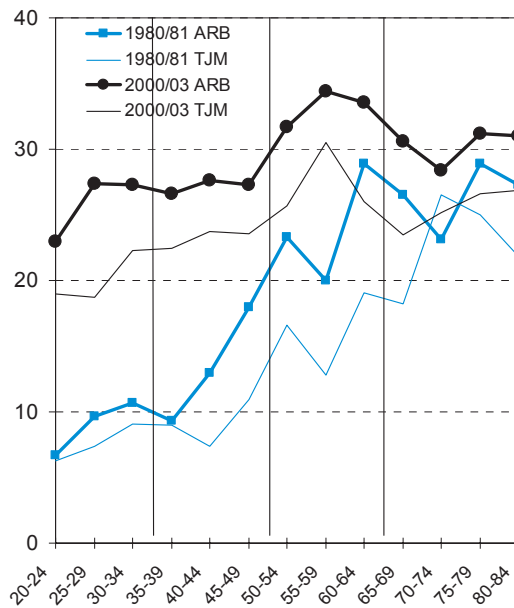


Diagram 12.7.a

Aterkommande trötthet efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

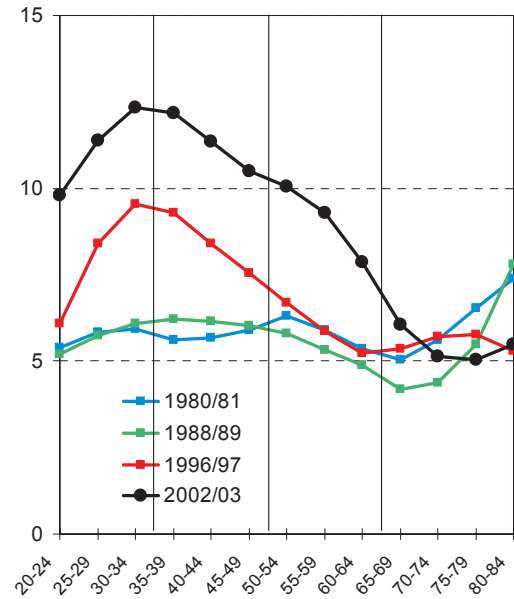


Diagram 12.6.d

Sömnbesvär efter familj, ålder och period. Med kontroll för kön, klass och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

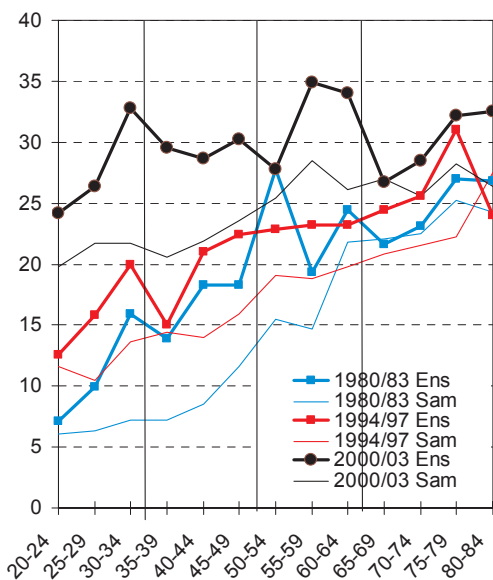


Diagram 12.7.b

Oro/ångest efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

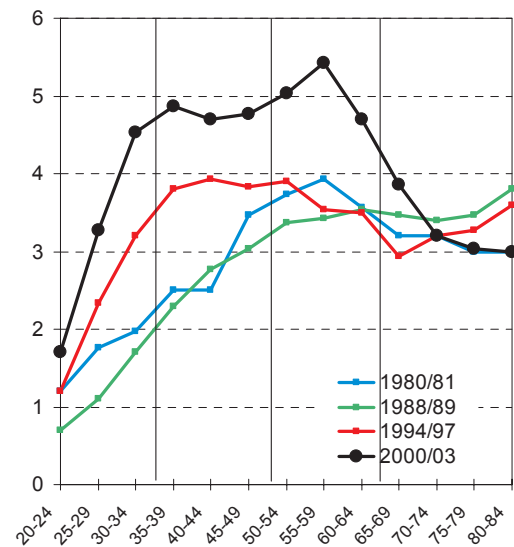


Diagram 12.7.a och b visar analogt trenderna för ytterligare indikatorer på psykosocial ohälsa. Indikatorerna gäller att man "känt sig trött för jämnan under de senaste 2 veckorna" resp. har haft "svåra besvär av ängslan och oro"⁴. Även här ser vi att de psykosomatiska besvären i pensionsåldern inte har ökat under 90-talet, men däremot ganska kraftigt i arbetsför ålder, och särskilt starkt bland de yngre, som hade den svagaste ställningen på arbetsmarknaden, och lägre trygghet ifråga om arbete och inkomst. Ökningen har fortsatt in på 2000-talet.

Longitudinell analys

I diagramserien 12.6 har vi visat hur de äldres hälsa utvecklats i ett *tvärsnittsperspektiv*, dvs. vi har jämfört de kohorter av äldre som levde på 80-talet med äldre som var i samma ålder vid sekelskitet. Den individuella hälsoutvecklingen för personer som åldras (säg) 8 år ter sig helt annorlunda. Det biologiska åldrandet innebär framskridande ohälsa.

I tabell 12.8 visas nu motsvarande analys med *longitudinell ansats*, där vi följer en panel äldre från början av 90-talet (medeltal för 1990-1995) till sekelskiftet, när alla respondenterna har blivit 8 år äldre. Här kan vi alltså följa åldrandets hälsoeffekter för olika befolkningsgrupper, och samtidigt kontrollera för kön, klass, familj och region via regressionsanalys. Fyra modeller har beräknats.

Modell A visar inledningsvis *tvärsnittsskattningar* i form av oddskvoter⁵ för varje delgrupp, som visar *den relativa risken för sömnproblem, jämfört med en referensgrupp (där OK=1,0)*.

Vi ser till en början att män har lägre risk än kvinnor, att risken i den äldsta åldersgruppen är något högre än bland dem som var cirka 30 år yngre (OK=1,2), och att arbetare har en större risk än

tjänstemän. Här ser vi också att åtta års åldrande innebär en ökning av andelen av hälsoproblem med 40 procent (OK=1,4 för perioden 1998/2003).

Modell B visar nu den *longitudinella* förändringen av sömnproblem över åtta levnadsår, från mitten av 90-talet till början av 2000-talet. Här visar oddskvoterna ökade sömnproblem (riskökningen) i förhållande till utgångsläget för varje intervjuperson åtta år tidigare (referensvärde, där OK=1,0). Effekten är ungefär lika stor för både kvinnor och män (OK=1,5 resp. 1,4, dvs. 30-40 %; obs. inte procentenheter).

Modell C visar sedan övergångarna till sömnproblem, dvs. hur många procent av de som *inte* hade sömnproblem i början av 90-talet som fått sömnproblem 8 år senare. Här ser vi att åldrandeeffekten varierar relativt lite mellan *yngre* och *äldre äldre*. Vidare är denna andel som lägst bland det övre tjänstemannaskiktet.

På samma sätt visar **modell D** hur många procent av dem som upplevde sömnproblem på 80-talet som 8 år senare var "problemfria". Även här ser vi relativt små skillnader mellan olika befolkningsgrupper och åldrar. Det beror på att variationen i sömnlöshet mellan åldrar är relativt liten inom vår population (45-84 år).

⁴ Beräkningarna för diagram 12.7.a-b sker med glidande 15-årsmedelvärden.

⁵ Oddskvot=OK; se detaljer i kapitel 1

Tabell 12.8 Longitudinell multivariat analys av förändringar i förekomsten av sömnbesvär. Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp. procenttal. Fyra modeller (se kapitel 1). 45-76 år (1990/95). Antalet intervjuer är 15 950.

	Modell			
	A	B	C	D
	OK	OK	% +	% -
Period				
1990-1995	1,0			
1998-2003	1,4 *			
Kön				
Man	0,5 *	1,4 *	15,4	55,7
Kvinna	1,0	1,5 *	27,4	37,8
Ålder				
45-54 år	1,0	1,6 *	22,8	43,6
55-64	0,9	1,3 *	17,1	52,5
65-69	1,1	1,4 *	23,7	42,4
70-76	1,2 *	1,2 *	19,7	48,2
Civilstånd				
Ensamstående	1,2 *	1,3 *	21,0	46,2
Gift/sambo	1,0	1,5 *	20,4	47,1
H-region				
Sthlm,Gbg,Malmö	1,3 *	1,5 *	22,5	44,0
Övr. större städer	1,0	1,5 *	19,0	49,4
Övriga Sverige	1,1	1,4 *	20,8	46,5
Klass				
Arbetare	1,0	1,3 *	21,5	45,5
Lägre tjm	0,9	1,8 *	22,1	44,7
M/högre tjm	0,8 *	1,6 *	19,4	48,8
Företagare	0,9	1,6 *	18,2	50,6
Jordbrukare	0,8	1,7	23,4	42,8

12.10 Vårdkonsumtion: tandläkarbesök

Eftersom ohälsan ökar med ökande ålder så ökar även vårdkonsumtionen: fler äldre har vårdkontakter. Tandläkarbesöken är en bra indikator om man vill mäta vårdkonsumtionen i relation till behov. Tandläkarbesöken styrs givetvis av tandstatus (som kan förändras över tid), men även av tandvårdskostnaderna.

Mer långsiktigt har tandvårdskonsumtionen ökat avsevärt, och i synnerhet bland de äldre som har störst behov av tandvård (se översiktstabellen i slutet av detta kapitel). Ökningen var en konsekvens av 1974 års tandvårdsreform som minskade kostnaderna för patienterna och etablerade bättre tandvårdsvanor

med tätare besök, vilket gav en höjning av tandstatus. Eventuella effekter av senare neddragningar av ersättningsnivåerna på 90-talet bör nu komma in i hälsostatistiken. Variationer mellan åldersgrupper kan dels bero på olika ekonomiska faktorer (patienternas inkomster; förändringar av vårdutbud och patientavgifter), dels på specifik benägenhet att söka tandvård, dels på tandstatus.

Multivariat tvärsnittsanalys

Diagram 12.8.a visar att andelen som *inte varit hos tandläkaren på 2 år* har minskat dramatiskt i åldrarna över 45 år, och har gjort det kontinuerligt sedan början av 80-talet när tandvårdsreformen började etablera tandvårdsvanor med tätare besök, särskilt bland ekonomiskt svaga grupper. Denna positiva trend finns emellertid bara i de övre åldrarna (över 45 år), och den är särskilt stark i pensionsåldern. Detta kan tolkas som en kombinerad effekt av lägre patientkostnader parallellt med ökade inkomster/pensioner.

Däremot ser vi nu under 90-talet en dramatisk ökning bland yngre, som *inte varit hos tandläkare*. Det kan tyda på sämre ekonomi i den yngsta generationen, där en kombination av minskande arbetsinkomster och disponibla inkomster, och under senare år även ökade patientkostnader leder till att fler måste skjuta upp tandläkarbesöket. Åldern 20-34 är kritisk: arbetsmarknadssituationen med osäkra jobb och inkomster sammanfaller med bosättning och familjebildning.

Diagramserien 12.8 visar en markant omfördelning av tandläkarbesök från yngre till äldre, som knappast kan förklaras med förändringar i tandstatus, utan framför allt av förändringar av de ekonomiska resurserna i olika åldrar. Vi ser också att utvecklingen är likartad för olika samhällsskikt och familjetyp. Huvudfaktorn är levnadsålder.

Diagram 12.8.a

Inget tandläkarbesök på 2 år efter period och ålder.
Med kontroll för kön, klass, familj och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

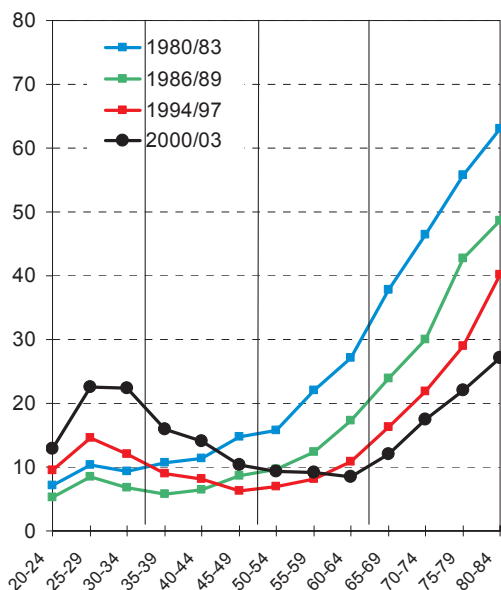


Diagram 12.8.c

Inget tandläkarbesök på 2 år efter klass, ålder och period.
Med kontroll för kön, familj och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

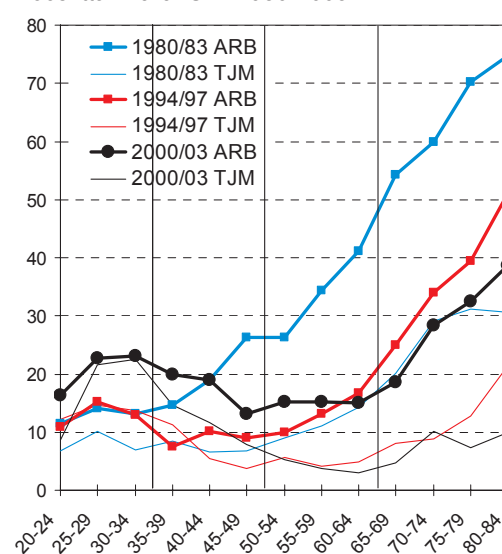


Diagram 12.8.b

Inget tandläkarbesök på 2 år efter kön, ålder och period.
Med kontroll för klass, familj och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

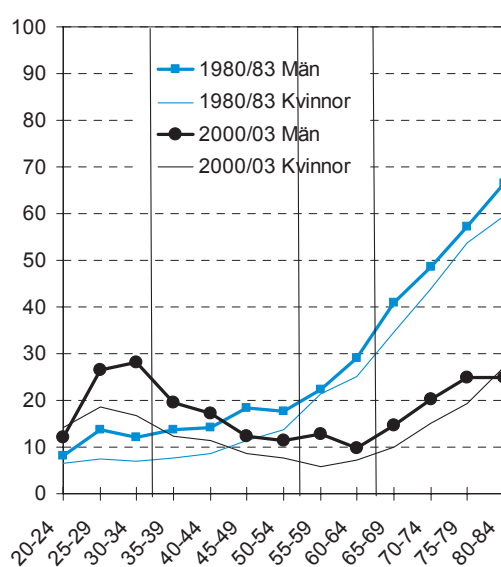
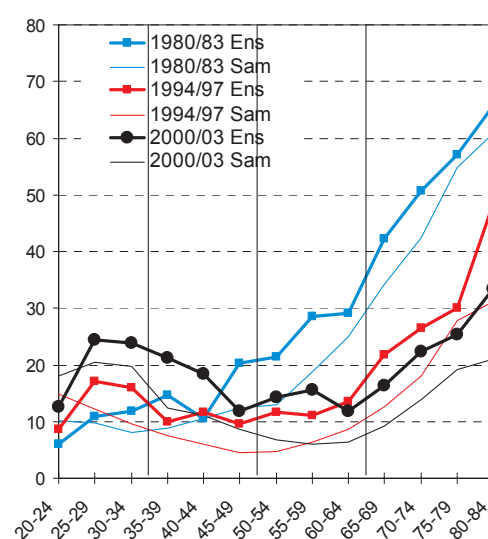


Diagram 12.8.d

Inget tandläkarbesök på 2 år efter familj, ålder och period.
Med kontroll för kön, klass och region.
Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Longitudinell analys

I tabell 12.9 visar vi nu även den *longitudinella* utvecklingen av andelen som inte har varit hos tandläkaren på två år. Eftersom vi här följer äldre personer (45-76 år) åtta år framåt i tiden så har vi en ökning från 90-talet till sekelskiftet. Odds-kvoten ökar från 1,0 till 1,3.

Modell A visar till att börja med *tvärsnittsjämförelser* i form av oddskvoter (OK), motsvarande de procenttal som tidigare visades i diagramform. Tandvårdskonsumtionen är betydligt högre bland de äldsta (fyrdubbling från de yngsta till de äldsta i tabellen), den är högre bland ensamstående och arbetare, men varierar endast obetydligt med region.

Modell B visar sedan den *longitudinella* utvecklingen av tandvårdskonsumtionen. Vi ser en måttlig ökning av oddskvoterna i alla grupper, vilket naturligtvis beror på åldrandet (8 år) och behovet av mer tandvård. Tandvårdsökningen är ungefär densamma bland kvinnor och män, resp. i olika regioner, familjetyper och samhällsskikt.

Modellerna C och D, som visar procentuella förändringar i negativ resp. positiv riktning (dvs. ökad resp. minskad konsumtion) bjuder inte på några överraskningar. Det väsentligaste är att andelen som *vid första intervjun* hade varit hos tandläkaren (senaste 2 åren), men *inte* vid andra intervjun 8 år senare (modell C), är något högre bland de äldsta, bland arbetare och bland ensamstående. Det omvända gäller i modell D.

Tabell 12.9 Longitudinell multivariat analys av förändringar av andelen som inte var på tandläkarbesök senaste 2 åren.

Logitanalys. Oddskvoter (OK) resp. procenttal. Fyra modeller (se kapitel 1). 45-76 år (1990/1995). Antalet intervjuer är 15190.

	Modell			
	A	B	C	D
	OK	OK	% +	% -
Period				
1990-1995	1,0			
1998-2003	1,3 *			
Kön				
Man	1,2 *	1,3 *	9,9	28,8
Kvinna	1,0	1,2 *	7,9	34,1
Ålder				
45-54	1,0	1,4 *	5,6	43,0
55-64	1,6 *	1,3 *	7,7	34,8
65-69	2,7 *	1,4 *	11,6	25,2
70-76	3,9 *	1,1	12,0	24,5
Civilstånd				
Ensamstående	1,6 *	1,3 *	10,5	27,5
Gift/sambo	1,0	1,3 *	7,4	35,6
H-region				
Sthlm,Gbg,Malmö	0,8 *	1,4 *	8,1	33,4
Övr. större städer	1,0	1,2 *	7,8	34,3
Övriga Sverige	1,5 *	1,3 *	10,8	26,8
Klass				
Arbetare	1,0	1,3 *	11,6	25,2
Lägre tjm	0,5 *	1,3 *	7,4	35,6
M/högre tjm	0,3 *	1,2	4,3	49,8
Företagare	0,7 *	1,5 *	9,3	30,1
Jordbrukare	1,2	1,1	11,2	26,0

12.11 Livsstil: rökning, motion, övervikt

Daglig rökning

Som representant på hälsorelaterad livsstil redovisar vi här tre indikatorer, nämligen *daglig rökning, motionsvanor och övervikt*. En utförligare redovisning finns i Persson, Sjöberg och Johansson 2004.

Rökning ökar risken för ett stort antal sjukdomar, och har stor betydelse för folkhälsan. Sedan 1980-talet har andelen dagligrökare halverats. Den största minskningen står männen för (se översiktstabellen).

Multivariat tvärsnittsanalys

I diagram 12.9.a visar vi utvecklingen för olika åldrar, där vi via regressionsanalys kontrollerar för kön, klass, familjesituation och region. Diagram 12.9.a visar att minskningen av dagligrökarna framför allt finns i yngre åldrar, vilket är ett stort framsteg i folkhälsoarbetet. Även i pensionsåldrarna (där man redan för 20 år sedan låg betydligt lägre än de yngre) finns det en mindre nedgång, men minskningen sker från en väsentligt lägre nivå.

Diagram 12.9.b visar också att yngre kvinnor har gått om männen ifråga om dagligt rökning, eftersom minskningen har varit avsevärt större bland män. Även bland äldre är minskningen störst bland män.

Såväl arbetare som tjänstemän har minskat sina rökvanor (diagram 12.9.c). Minskningen är även här stor bland de yngre, och relativt liten bland pensionärerna, eftersom den sker från en lägre utgångsnivå på 80-talet.

Ensamstående röker mer än samboende, och det gäller alla åldrar. Minskningen blev även här mer omfattande bland de yngre.

Diagram 12.9.a

Dagligrökare efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familjesituation och region. Procenttal.

Källa: ULF 1980-2003

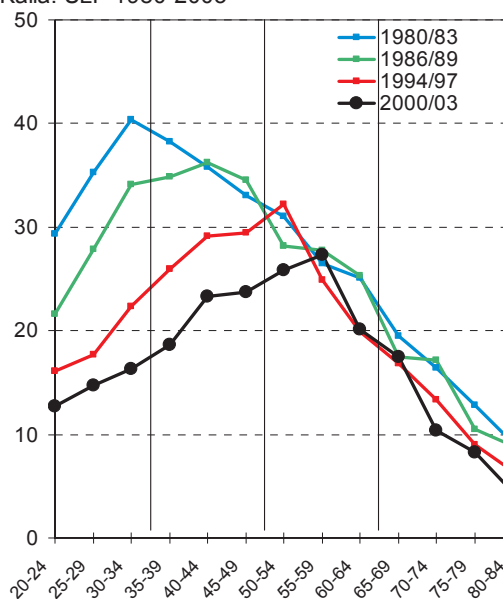


Diagram 12.9.b

Dagligrökare efter kön, ålder och period. Med kontroll för klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

Källa: ULF 1980-2003

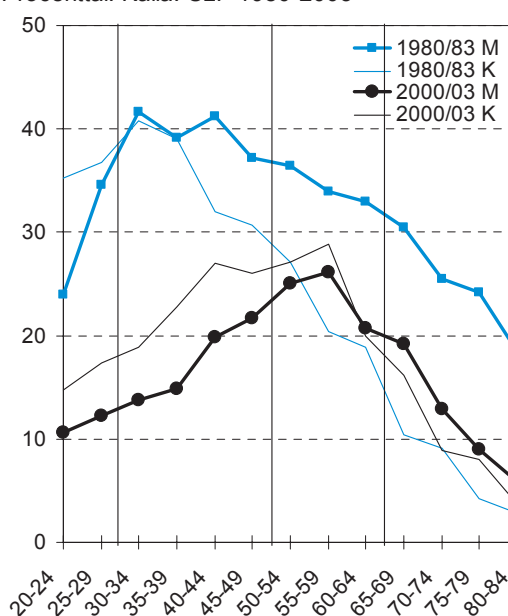


Diagram 12.9.c

Dagligrökare efter klass, ålder och period. Med kontroll för kön, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

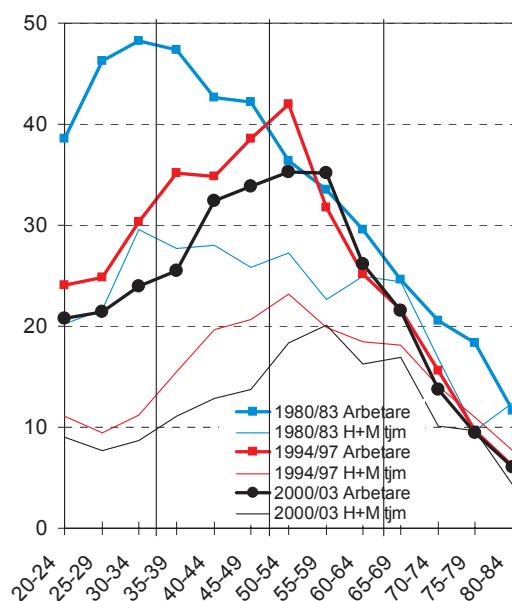
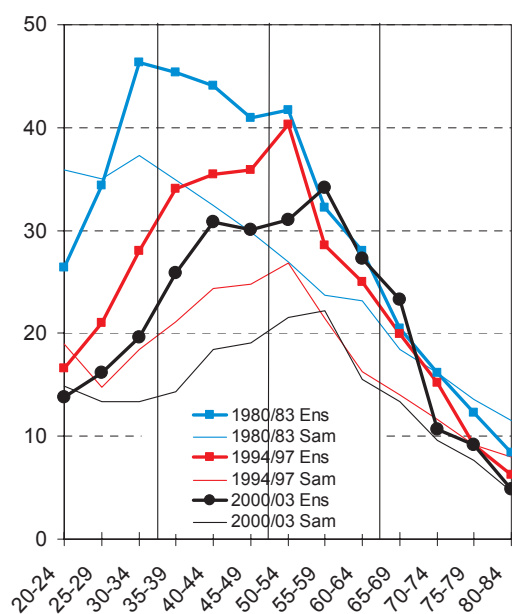


Diagram 12.9.d

Dagligrökare efter familj, ålder och period. Med kontroll för kön, klass och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Motion

Fysisk aktivitet är en viktig livsstilsfaktor av betydelse för hälsan. Människor som är fysiskt aktiva har hälften så hög dödsrisk som icke-motionärerna⁶. Bristande fysisk aktivitet har samband med flera kroniska sjukdomar som hjärtinfarkt, vissa cancerformer, diabetes, benskörhet och övervikt. Ökad motion är samtidigt en indikation på bättre hälsa och korreponderar mot ökad överlevnad. Undersökningarna visar också att allt fler som når pensionsåldern har relativt god hälsa, vilket underlättar mer omfattande motionsvanor.

Multivariat tvärsnittsanalys

I diagram 12.10.a visar vi utvecklingen av "motion minst en gång per vecka" efter levnadsålder. Där ser vi en fortlöpande ökning av motion sedan 1980 i alla åldrar, och en särskilt stor ökning bland de äldre från 50-årsåldern och uppåt, och särskilt i övergången till pension kring 65 år.

Ålderskillnaderna upp till ca 60 års ålder är annars inte särskilt stora, men å andra sidan är det kvalitativa innehållet i motionen i olika åldrar förmodligen inte helt jämförbart. Vad som menas med regelbunden motion bedöms av intervjupersonerna själva.

Utvecklingen är densamma för kvinnor och män, men motionsökningen har varit betydligt större bland kvinnor, särskilt i de övre åldrarna (diagram 12.10.b).

Såväl arbetare som tjänstemän har ökat sin motion, och det gäller särskilt i de övre åldrarna (diagram 12.10.c). Ökningen tycks var störst bland äldre tjänstemän. Efter normal pensionsålder (65 år) ökar andelen som motionerar varje vecka.

Generellt gäller att samboende motionerar mer än ensamstående, en tendens som har förstärkts något sedan 1980-talet.

⁶ Johansson, Qvist: "Fetma en tickande bomb också i Sverige?", Tidskriften Valfärd 1998:4.

Diagram 12.10.a

Motion efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

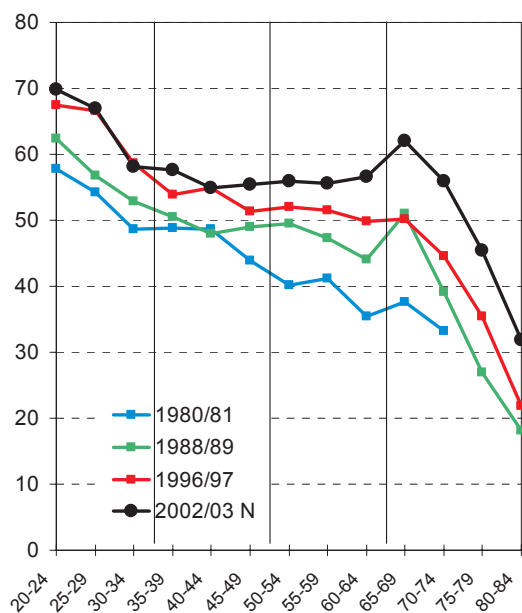


Diagram 12.10.c

Motion efter klass, ålder och period. Med kontroll för kön, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

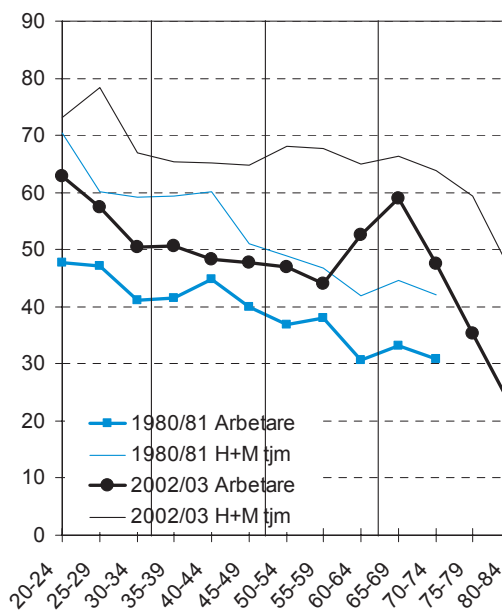


Diagram 12.10.b

Motion efter kön, period och ålder. Med kontroll för klass, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

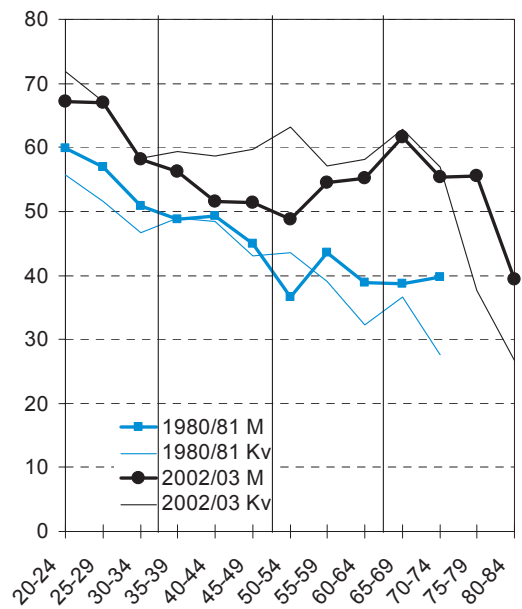
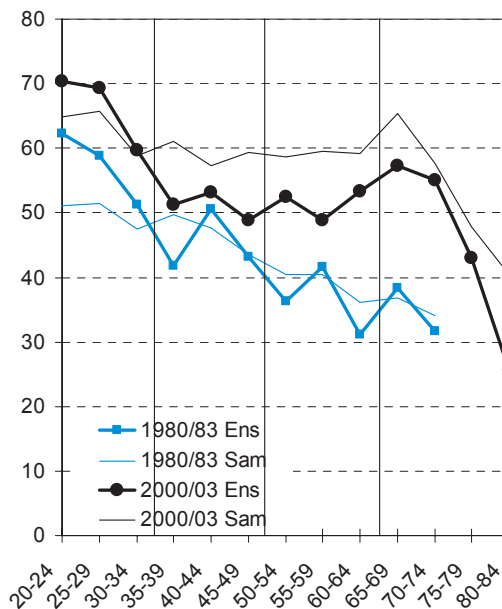


Diagram 12.10.d

Motion efter familj, ålder och period. Med kontroll för kön, klass och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



Övervikt

Till god hälsa hör även att hålla sig inom gränserna för normal kroppsvikt. Personer med fetma har 50-100 procent högre dödsrisk⁷. Risken ökar för högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, diabetes, trötthet, nedsatt rörelseförmåga och värk. Övervikt definieras som BMI>25, och fetma som BMI>30, där

$$\text{BMI} = (\text{vikt i kg}) / (\text{längd i m})^2$$

Multivariat tvärsnittsanalys

Ökningen av övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem, i synnerhet utvecklingen på 90-talet då övervikt ökade markant i yngre åldrar.

Trots ökade motionsvanor har andelen överviktiga ökat i alla åldrar, och ökningen är avsevärt under de senaste 20 åren, i synnerhet under 50 år (diagram 12.11.a). Trenden är annars gemensam i alla åldersgrupper, starkast i yngre åldrar men något svagare bland de äldre. Efter pensionsåldern minskar andelen med övervikt med ökad levnadsålder. Den halveras fram till 85-årsåldern.

Viktökningen är också gemensam för män och kvinnor i alla åldrar (diagram 12.11.b), men ökningen är störst bland män. Kvinnor har en väsentligt lägre andel överviktiga i alla åldrar. Bland äldre män (65-80 år) finns en markant ökning av andelen överviktiga sedan 1980.

Diagram 12.11 c och d visar att ökningen av överviktiga gäller såväl arbetare och tjänstemän, som samboende och ensamstående.

Diagram 12.11.a

Personer med övervikt (BMI>25) efter period och ålder. Med kontroll för kön, klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

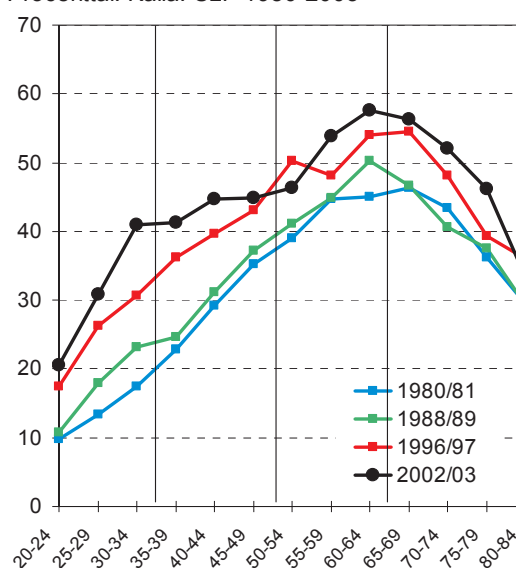
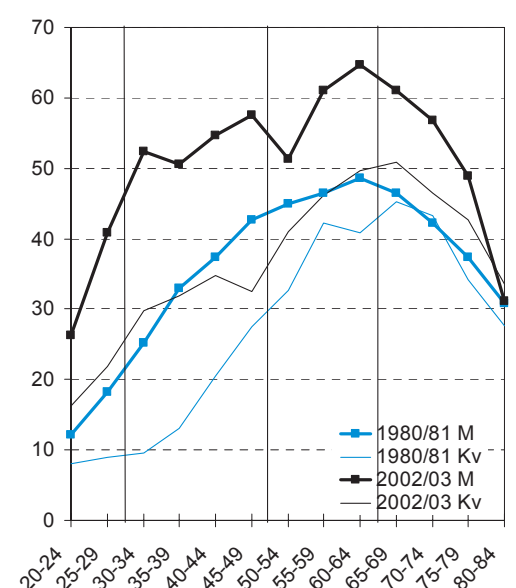


Diagram 12.11.b

Personer med övervikt (BMI>25) efter kön, period och ålder. Med kontroll för klass, familj och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



⁷⁷ Johansson, Qvist: "Fetma en tickande bomb också i Sverige?", Tidskriften Välfärd 1998:4.

Diagram 12.11.c

Personer med övervikt (BMI>25) efter klass, ålder och period. Med kontroll för kön, familjesituation och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003

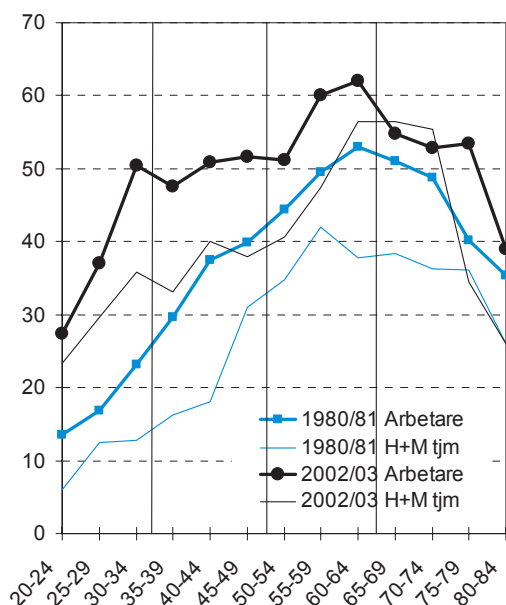
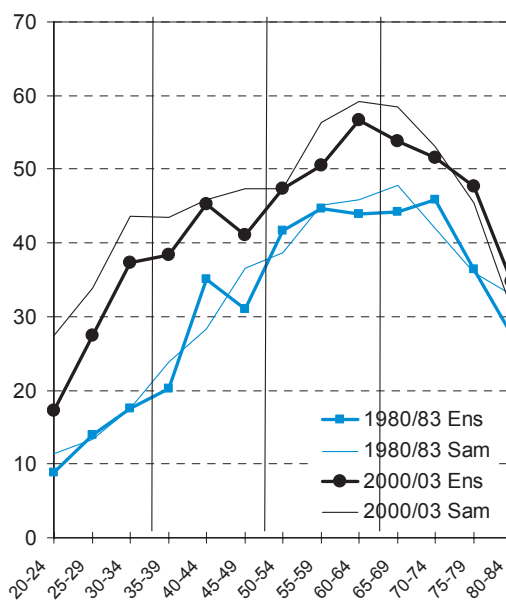


Diagram 12.11.d

Personer med övervikt (BMI>25) efter familj, period och ålder. Med kontroll för kön, klass och region. Procenttal. Källa: ULF 1980-2003



12.12 Sammanfattning

I detta kapitel sammanfattas de äldres hälsoutveckling enligt en serie *globala indikatorer för somatisk ohälsa, psykosomatiska besvär, vårdkonsumtion och livsstil*. Redovisningen omfattar ett centralt utsnitt ur SCB:s årliga hälsomätningar inom ramen för ULF. I kapitel 13 följer en korresponderande analys av *funktionsnedsättningar*.

Vi har valt att redovisa äldres hälsoutveckling i en vidare kontext, nämligen:

- med jämförelse av hälsoutvecklingen för *hela den vuxna befolkningen* (20-84 år,
- över en *lång tidsperiod* (23 år) för vilken vi har standardiserade årliga hälsomätningar (perioden 1980-2003),
- statistik baserad på *mycket stora stickprov*, totalt 145 000 hälsointervjuer för befolkningen 20-84 år, varav 53 000 i åldern 55-84 år,
- data insamlade med *standardiserad mätteknik* under 23 år (inbäddade hälsointervjuer i ULF), med besöksintervjuer, med i stort sett konstant frågeformulering, med kodning och standardiserad kvalitetskontroll under hela perioden⁸,
- med *finfördelad särredovisning av hälsoutvecklingen efter ålder* i 5-årsklasser från 20 till 84 år,
- med resp. utan statistisk kontroll för *strukturförändringar* i relevanta faktorer (kön, klass, familjetyp, bostadsort),
- med upprepade *tvärsnittsjämförelser* av hälsoutvecklingen under perioden 1980-2003, samt,
- med kompletterande *longitudinella analyser* av hälsoutvecklingen bland äldre under de senaste åtta levnadsåren (panelanalys).

⁸ Under perioden 1980-2003 har bortfallet i ULF ökat kraftigt. I kapitel 15 i denna rapport finns en analys av denna utveckling, samt eventuella konsekvenser för slutsatser om hälsoutvecklingen.

Denna uppsättning av data i flera dimensioner (period, levnadsålder, grupp-tillhörighet, hälsomått) ger möjlighet att studera de äldres hälsoutveckling i ett bredare perspektiv. Den allmänna hälsoutvecklingen beskrivs med fem globala indikatorer för somatisk hälsa⁹:

- *upplevda hälsoproblem*, dvs. att man i intervjun *inte* kan säga att man har "god eller mycket god hälsa"
- förekomst av någon *långvarig sjukdom*
- därav förekomst av långvarig sjukdom med *svåra besvär*
- därav sjukdom med i hög grad *ned-satt arbetsförmågan*
- *rörelsehinder*

Dessa fem indikatorer ger i stort sett samma bild av hälsoutvecklingen 1980-2003:

1. ohälsan ökar med ökad levnadsålder
2. ohälsan *ökar* över tid (1980-2003) såväl bland yngre (40+) och i medelåldern enligt *samtliga indikatorer*
3. Bland äldre (ca 60+) har hälsan *förbättrats* sedan 1980 enligt vissa indikatorer (det är färre som *upplever* hälsoproblem, färre som rapporterar ned-satt arbets-/funktionsförmåga resp. rörelsehinder), men *försämrats* enligt andra indikatorer (flera rapporterar långvariga sjukdomar resp. svåra besvär)
4. sammantaget har dock de äldres hälsoutveckling enligt *samtliga indikatorer* varit klart bättre än de yngres, och särskilt jämfört med 20-30-årsåldern under 1990-talet. Vi kan tala om en omfördelning av ohälsa mot lägre åldrar under 90-talet.

Tolkningen av dessa resultat anknyter till:

- *det biologiska åldrandet*,
- *miljöeffekter* (långsiktiga arbetsmiljöförbättringar resp. 1990-talets skärpta arbetskrav och allmänna otrygghet),

- *utvecklingen av medicinsk teknologi*,
- *befolkningens hälsokunskaper*,
- *samspelet mellan ohälsa och dödlighet*,
- *mättekniska aspekter* (subjektiva element i intervjufrågorna, differentiellt bortfall).

Äldres hälsa 1980-2003

Det finns inget entydigt svar på frågan om hur äldres hälsa har utvecklats under senare år. Intervjufrågorna har mer eller mindre subjektiva inslag som lämnar utrymme för personliga bedömningar från respondenterna. Bedömningarna baseras på kunskaper, upplevelser och hälsoanspråk snarare än objektiva kriterier (såsom fysiologiska test eller systematiska läkarundersökningar). Även om intervjuuppgifterna baseras på namngivna sjukdomar¹⁰ så bidrar *utvecklingen av medicinsk teknologi, (ökad diagnostik; ökade behandlingsmöjligheter)* samt *ökad utbildning och ökade hälsokunskaper hos respondenterna* till att alltmer av sjukligheten får en diagnos, och därmed också fångas upp i hälsointervjuer.

Fler diagnoser och bättre behandlingsmöjligheter innebär ökad sjukdomsmedvetenhet. Det innebär också att *hälsoanspråken och värdefterfrågan* ökar över tid. Det skulle innebära att *underreporteringen av sjuklighet minskar* över längre tidsintervall. Detta kan då leda till att folkhälsan skenbart försämrats, och att reella folkhälsoförbättringar maskeras i trendanalyser av hälsoutvecklingen som baseras på personliga intervjuer. I kapitel 14 och 15 i denna rapport finns en utförligare diskussion av de tekniska problemen vid folkhälsomätningar.

På *lång sikt* väntar vi oss å andra sidan positiva hälsoeffekter av humaniseringen av arbetslivet, utbyggnaden av det sociala skyddsnetet och offentliga tjänster, framsteg i medicinsk teknologi och behandlingsmetoder. Dessa faktorer har gett oss en ständigt ökad livslängd, på

⁹ I översiktstabellen visas ytterligare indikatorer

¹⁰ Hälsointervjun inleds med en notering av alla respondentens (namngivna) långvariga sjukdomar, som sedan klassificeras enligt ICD.

senare år i något mindre tempo. Under vår observationsperiod, 1980-2003, har medellivslängden förlängts med 3,5 år för kvinnor och med 5,1 år för män.

Ökad medellivslängd får naturligtvis konsekvenser för sjuklighetens utbredning. Längre medellivslängd kan innebära att fler överlever allvarliga sjukdomar, och att därmed också andelen i befolkningen med långvariga sjukdomar ökar, särskilt bland äldre (s.k. *expanderad sjuklighet*). Det skulle paradoxalt innebära att folkhälsan skenbart *försämras*, samtidigt som medellivslängden ökar. I (senare) folkhälsoundersökningar ingår nämligen även de personer som tidigare inte skulle ha överlevt, men som nu kan leva vidare med sjukdomar, och som därmed ingår i intervjumaterialet. Det avgörande här är att vi jämför olika populationer, där andelen "överlevare" och *äldre* äldre ständigt ökar.

En annan möjlighet är att förbättrade levnadsförhållanden och medicinsk teknologi inte bara förlänger livet, utan även *förkortar* sjukdomsförloppet (s.k. *komprimerad sjuklighet*). Det skulle innebära att hälsomätningarna successivt kommer att redovisa allt bättre folkhälsa. Förr eller senare stöter man dock på livets gränser, ett genetiskt tak för medellivslängden och för friska levnadsår. Bättre levnadsförhållanden, sundare levnadsvanor, säkrare diagnostik och behandlingsmetoder kommer i framtiden att leda till såväl "optimal" hälsa (*komprimerad sjuklighet*) som optimal livslängd i stora befolkningsgrupper¹¹.

Expanderad sjuklighet och *uppskjuten sjuklighet* kan ses som steg på den långa vägen mot *optimal livslängd* och *komprimerad sjuklighet*. Men till bilden hör att vägen även kantas av värderings- och kunskapsförändringar som leder till *minskad underrapportering av sjuklighet* i hälsoundersökningar. Ökad rapporterad sjuklighet behöver därför inte innebära att de yttre förutsättningarna för god

hälsa har försämrats. Däremot kan *upplevelsen* av vårdbehov ha fördjupats. Därmed ökar också vårdefterfrågan och vårdkonsumtion.

Ökad sjuklighet bland yngre och minskad bland äldre

Hälsomätningarna mellan 1980 och 2003 visar att andelen som rapporterar prevalens av *långvarig sjukdom* (med diagnos) och *svåra besvär* har ökat i alla åldrar, men i *mindre* utsträckning bland äldre (55+) än bland yngre (under 50). Dessa båda intervjufrågor avkräver respondenterna en sammanfattande bedömning med subjektiva inslag. Det är mycket som talar för att ökade diagnoser bidrar till att flera sjukdomstillstånd rapporteras i intervjuerna. När doktorn har ställt en diagnos ökar också sannolikheten att patienten anger sina besvär som "svåra".

Men trots detta visar de tre andra globala hälsoindikatorerna ("*upplevda hälsoproblem*", *nedsett arbets/funktionsförmåga*, samt *rörelsehinder*) tydliga hälsoförbättringar bland äldre. Bland yngre (<45) ser vi däremot samtidigt en markant försämring enligt indikatorerna för upplevda hälsoproblem, långvarig sjukdom, svåra besvär och nedsett arbetsförmåga.

En närmare granskning av de globala hälsoindikatorerna tycks alltså ändå visa att hälsoutvecklingen har varit klart bättre för äldre, och att vi bland yngre har fått en klar försämring enligt samtliga indikatorer, utom för rörelsehinder. Trendanalysen visar dessutom att försämringen bland de yngre kom framför allt under 1990-talet, och fortsätter in på 2000-talet.

Dessa resultat korresponderar med en rad miljöeffekter av 90-talskrisen som nu växer fram i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden. Massarbetslösheten som präglade hela 90-talet har ännu inte övervunnits. Krisen innebar framför allt en senareläggning av etableringen i vuxenvärlden med fast arbete, trygga inkomster och bosättning, som berörde

¹¹ Se Thorslund och Parker 2005, även kapitel 15, för en utförligare diskussion.

yngre upp till 40-årsåldern. Den långvariga krisen på 90-talet var en trygghetschock med skarpa effekter långt upp i medelåldern, däremot inte för de äldre, som var på väg ut från arbetsmarknaden, och med trendmässigt växande pensioner baserade på växande pensionsrättigheter (se kapitel 6). De gemensamma elementen var återkommande arbetslöshet, undersysselsättning, tidsbegränsade jobb, ökade arbetskrav, stress i arbetet (se kapitel 2), ständiga omorganisationer, överutbildning, inkomst- och likviditetsproblem, fattigdom (se kapitel 5) och reaktioner i form av minskat barnafödande under 90-talet.

Under 90-talet växte en ny trend fram i SCB:s hälsomätningar beträffande psykosomatiska besvär bland de yngre. Andelen yngre (<45 år) som rapporterade *sömlöshet, återkommande trötthet och ångslan* och oro fördubblades, och trenden fortsatte in på 2000-talet. Psykosomatiska besvär var i stort sett oförändrade bland äldre som hade lämnat arbetslivet.

Ojämlighet i hälsa

Biologiskt åldrande är gemensamt för oss alla, och därmed ökad ohälsa vid ökad levnadsålder. ULF-undersökningarna visar att långvarig sjuklighet uppträder tidigare bland *arbetare och jordbrukare*, än bland tjänstemän. Dessa beräkningar grundas dels på upprepade tvärsnittundersökningar, dels longitudinella undersökningar där vi följer respondenter över 8 år. Detta gäller för såväl somatisk som psykosomatisk ohälsa.

Klasskillnaderna i hälsa är störst i övre medelåldern, där den ackumulerade belastningen från arbetslivet är störst. I högre ålder minskar sedan klasskillnader i hälsa något, *såsom de framträder i hälsoundersökningarna*. Det hänger förmodligen samman med två faktorer, dels *ökad hälsoselektivitet* vid ökad levnadsålder, dels ett allt starkare genomslag för livets biologiska gränser. Medellivslängden för lågutbildade och för arbetare är betydligt lägre än för högutbildade och det övre

tjänstemannaskiktet. I hög ålder har en väsentligt större andel av de lågutbildade redan avlidit, och ingår därför inte i intervjuundersökningar av äldre. Detta innebär att en del av sjuklighetsbelastningen (den som redan har lett till döden) kommer att vara underrepresenterad vid hälsomätningar avseende de äldsta. De socioekonomiska hälsoskillnaderna kommer därför alltmera att underskattas vid ökande levnadsålder. Därför reduceras också de socioekonomiska hälsoskillnaderna bland de äldsta i våra beräkningar.

Familj och hälsa

Hälsomätningarna visar vidare att *ensamstående* i alla åldrar har sämre hälsa än samboende, såväl ifråga om somatisk som psykosomatisk hälsa. Det gäller framför allt bland yngre, och i medelåldern (40-60 år), när parbildningen normalt är avslutad och innan dödligheten har satt in. Detta tyder på att sjuka kan ha svårare att finna/behålla en partner, samt att samlevnad i ett parförhållande är en skyddsfaktor. Bland de äldsta är ett liv utan partner mera sällan relaterad till selektion. I regel är det partners frånfäle som är orsaken till att man saknar en partner, och därför minskar skillnaderna mellan samboende och ensamstående.

Referenser

- Vogel, Joachim (2003): *European Welfare Production: Institutional Configuration and Distributional Outcome*. Kluwer Academic Publishers. Social Indicator Research Series Vol. 18.
- Vogel, Joachim och Theorell, Töres (2006): *Social Welfare Models, Labor Markets, and Health Outcomes*. Chapt. 10 in Heyman, Hertzman, Barer and Evans: *Healthier Societies: from Analysis to Action*. Oxford University Press.
- Vogel, Joachim och Häll, Lars (2005): *Ungdomars etablering: Generationsklyftan 1980-2003*. Rapport 108 i serien *Levnadsförhållanden*. Statistiska centralbyrån.
- SCB (2004): *Dödlighet efter utbildning, boende och civilstånd. Perioden 1986-2003*.
- SCB (2002): *Ohälsa och sjukvård 1980-2000*. Rapport 92 i serien *Levnadsförhållanden*.
- SCB (2001): *Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975-1999*. Rapport 94: Serien *Levnadsförhållanden*. SCB.
- SCB (1994): *Barns hälsa 1988-89*. Rapport 87 i serien *Levnadsförhållanden*. SCB.
- Vogel, Joachim (1992): *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989*. Rapport 78 i serien *Levnadsförhållanden*. SCB.
- Vogel, J., Häll, L., Johansson, S.E., Skjöld, C. (2000): *Äldres levnadsförhållanden 1980-1998*. Rapport 93 i serien *Levnadsförhållanden*. SCB, Socialdepartementet och Socialstyrelsen.
- Persson, J., Sjöberg, I., Johansson, S-E. (2004): *Bruk och missbruk, vanor och ovanor: Hälsorelaterade levnadsvanor 1980-2002*. Rapport 105 i serien *Levnadsförhållanden*. SCB
- Thorslund, Mats och Parker, Marti. G. (2005): *Hur mår egentligen de äldre? Motstridiga forskningsresultat tyder på både förbättrad och försämrad hälsa*. *Läkartidningen*, nr. 43, 2005, vol. 102.

INFORMATION TILL TABELLERNÄ PÅ FÖLJANDE SIDOR:**1) Bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt**

Definition: Har svarat "dåligt" eller "mycket dåligt" på frågan "Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Är det mycket gott, gott, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt?". (Fram t.o.m. 1995 var alternativen enbart gott, någorlunda eller dåligt).

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

2) Har någon långvarig sjukdom

Definition: Uppger sig ha någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet eller tar regelbundet medicin för någon sjukdom.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

3) Har svåra besvär av någon långvarig sjukdom

Definition: Uppger att man har svåra eller mycket svåra besvär av någon långvarig sjukdom "hela tiden", "ofta" eller "då och då".

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1986-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

4) Får regelbunden medicinsk behandling

Definition: Tar regelbundet medicin för någon långvarig sjukdom enligt not 2.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

5) Har höggradigt nedsatt arbetsförmåga

Definition: Har *dels* sagt sig ha någon långvarig sjukdom (se not 2), *dels* sagt att arbetsförmågan är nedsatt i hög grad som svar på frågan "Medför den/de sjukdom(ar) Du har att Din arbetsförmåga är nedsatt i hög grad, i någon mån eller inte alls?". Till ålderspensionärer ställdes i stället frågan "Hindrar den/de sjukdom(ar) Du har Dig i några sysselsättningar?" (i hög grad/i någon mån/inte alls).

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår:): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

6) Är rörelsehindrad

Definition: Kan *dels* inte springa en kortare sträckare, ca. 100 meter, om man har bråttom, *dels* inte stiga på en buss obehindrat och/eller inte ta en kortare promenad på cirka fem minuter i någorlunda rask takt.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår:): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

7) Har nedsatt hörsel

Definition: Kan inte utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer med eller utan hörapparat.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1984-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår:): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

8) Har nedsatt syn

Definition: Kan inte utan svårighet läsa vanlig text i dagstidning (med eller utan glasögon).

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår:): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

9) Sömnbesvär

Definition: Uppger att man under de senaste två veckorna haft besvär med sömnen.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1986-1989; 1994-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår:): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

10) Känner sig trött för jämnan

Definition: Uppger att man under de senaste två veckorna såväl haft svårt att komma igång på morgnarna, som varit påfallande trött om dagarna och kvällarna.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1986-1989; 1994-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

11) Har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1988-1989; 1994-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

12) Har besökt läkare senaste tre månaderna

Definition: Har under de senaste tre månaderna på grund av egen sjukdom besökt läkarmottagning eller läkare vid sjukhus.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1996; 1998-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

13) Har legat på sjukhus senaste tre månaderna

"Nulägesbeskrivning": År 2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1988-1989; 1996-1997; 2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

14) Ej besökt tandläkare på två år

Definition: Avser såväl tandläkare som tandhygienist.

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1986-1989; 1994-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

15) Röker dagligen

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

(forts. efter tabellbilagan)

ÖVERSIKTSTABELL 1: HÄLSOTILLSTÅND OCH SJUKLIGHET
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

		Bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt ¹		Har någon långvarig sjukdom ²		Därav: har svåra besvär ³		Får regelbunden medicinsk behandling ⁴		
1	Samtliga	20-84 år	6,7	+0,2	51,3	+8,4 *	18,0	+3,2 *	38,4	+10,6 *
2	Kvinnor	20-84 år	7,6	+0,8	54,5	+9,9 *	20,9	+4,6 *	43,1	+12,3 *
3	Män	20-84 år	5,9	-0,4	48,2	+6,9 *	15,0	+1,8 *	33,7	+9,0 *
4	Samtliga	20-64 år	5,6	+1,2 *	44,1	+9,6 *	16,0	+4,0 *	30,4	+10,3 *
5	Kvinnor	20-64 år	6,2	+1,9 *	46,7	+11,8 *	18,4	+5,6 *	34,6	+12,8 *
6	Män	20-64 år	5,0	+0,6	41,6	+7,5 *	13,6	+2,5 *	26,3	+8,0 *
7	Samtliga	65-84 år	11,1	-3,2 *	79,4	+6,5 *	26,1	+0,9	69,7	+14,3 *
8	Kvinnor	65-84 år	12,4	-2,3 *	81,4	+6,2 *	29,9	+2,3	72,6	+13,2 *
9	Män	65-84 år	9,5	-4,4 *	77,0	+7,0 *	21,4	-0,7	66,3	+15,7 *
10	Samtliga	55+ år	11,3	-1,9	73,5	+5,1	26,1	+1,6	62,7	+12,0
11	Kvinnor	55+ år	12,8	-0,3	77,0	+6,5	29,6	+3,5	67,1	+13,0
12	Män	55+ år	9,5	-3,6	69,4	+3,6	22,1	-0,6	57,5	+10,9
13	Samtliga	55+ m. pension	12,1	..	77,7	..	30,0	..	65,6	..
14	Kvinnor	55+ m. pension	12,4	..	79,1	..	33,8	..	67,9	..
15	Män	55+ m. pension	11,8	..	76,2	..	25,8	..	63,0	..
ÅLDER										
16	Samtliga	20-29 år	2,1	+0,9 *	30,9	+10,9 *	9,5	+4,1 *	16,3	+7,3 *
17		30-44 år	4,4	+2,1 *	37,1	+11,2 *	13,3	+4,3 *	22,8	+10,6 *
18		45-54 år	6,8	+1,0	48,7	+6,6 *	17,5	+2,9 *	35,2	+10,2 *
19		55-64 år	9,7	-1,1	63,0	+2,2	24,6	+1,9	50,7	+7,8 *
20		65-74 år	7,5	-3,2 *	74,6	+6,6 *	22,3	-0,1	63,8	+12,6 *
21		75-84 år	15,6	-4,9 *	85,6	+4,0 *	31,0	+0,4	77,3	+13,6 *
22		85+ år	20,6	-0,3	91,5	+4,0	34,4	-2,6	81,5	+10,6
KÖN OCH ÅLDER										
23	Kvinnor	20-29 år	2,3	+1,1 *	32,2	+15,2 *	11,5	+6,9 *	19,6	+11,4 *
24		30-44 år	4,8	+2,3 *	38,9	+13,0 *	15,8	+5,7 *	26,1	+11,9 *
25		45-54 år	7,4	+1,6	52,3	+7,2 *	19,4	+2,7	40,8	+12,6 *
26		55-64 år	10,8	+1,0	66,8	+5,1 *	27,8	+4,8 *	55,5	+10,9 *
27		65-74 år	7,9	-3,1 *	75,9	+6,8 *	25,6	+1,6	65,9	+11,9 *
28		75-84 år	17,5	-3,1	87,8	+3,1	34,9	+1,0	80,3	+12,0 *
29		85+ år	22,4	+0,9	92,7	+6,8	35,4	+0,1	83,5	+10,6
30	Män	20-29 år	1,8	+0,6	29,6	+6,9 *	7,6	+1,6	13,3	+3,5 *
31		30-44 år	3,9	+1,9 *	35,4	+9,5 *	10,8	+3,0 *	19,6	+9,2 *
32		45-54 år	6,2	+0,5	45,0	+6,0 *	15,6	+3,2 *	29,4	+7,8 *
33		55-64 år	8,7	-3,2 *	59,3	-0,3	21,6	-0,9	46,1	+5,1 *
34		65-74 år	7,1	-3,3 *	73,2	+6,4 *	18,6	-1,9	61,5	+13,4 *
35		75-84 år	13,0	-7,6 *	82,7	+5,4 *	25,5	-0,2	73,2	+16,1 *
36		85+ år	16,5	-3,4	88,7	-2,2	32,2	-8,7	77,3	+10,4

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Har höggradigt nedsatt arbets- förmåga ⁵		Är rörelse- hindrad ⁶		Har nedsatt hörsel ⁷		Har nedsatt syn ⁸		Antal i be- folkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal inter- vjuer 2002- 2004 ¹⁸
1	13,0	+0,7	6,6	-2,8 *	13,8	+3,5 *	1,3	-0,3	6 546	16 522
2	15,0	+2,4 *	8,2	-2,9 *	11,9	+3,7 *	1,6	-0,5 *	3 297	8 497
3	11,0	-1,0 *	5,0	-2,6 *	15,9	+3,2 *	1,0	-0,1	3 249	8 025
4	11,0	+2,6 *	3,1	-0,9 *	10,4	+3,6 *	0,5	+0,0	5 210	12 554
5	12,9	+4,6 *	3,7	-0,7	9,0	+4,2 *	0,6	+0,0	2 561	6 337
6	9,2	+0,7	2,5	-1,0 *	11,7	+3,0 *	0,4	+0,0	2 648	6 217
7	20,9	-5,4 *	20,3	-8,6 *	27,9	+4,9 *	4,6	-1,1 *	1 337	3 968
8	22,5	-3,5 *	23,8	-8,5 *	22,3	+3,6 *	5,5	-1,8 *	736	2 160
9	19,0	-7,8 *	16,0	-8,6 *	34,7	+6,4 *	3,5	-0,1	601	1 808
10	22,5	-2,4	18,2	-5,1	25,6	+4,7	4,1	-0,1	2 692	7 545
11	25,3	+0,7	22,4	-4,3	21,7	+5,3	5,1	-0,5	1 439	4 084
12	19,4	-6,0	13,4	-5,9	30,0	+3,6	2,9	+0,3	1 253	3 461
13	27,2	..	14,5	..	24,3	..	2,3	..	1 032	2 871
14	28,3	..	15,4	..	18,7	..	2,6	..	544	1 507
15	26,0	..	13,4	..	30,6	..	2,0	..	488	1 364
ÅLDER										
16	4,3	+0,9	0,4	+0,0	4,5	+1,5 *	0,2	+0,0	1 074	2 581
17	7,8	+3,6 *	1,5	+0,3	8,0	+3,8 *	0,3	+0,1	1 808	4 369
18	13,1	+3,6 *	3,9	-1,5 *	11,1	+1,9 *	0,6	-0,3	1 191	2 863
19	20,3	-0,9	7,3	-4,6 *	19,1	+3,9 *	0,9	-0,1	1 136	2 741
20	16,2	-5,9 *	12,1	-8,3 *	24,3	+4,5 *	2,2	-1,0	748	2 195
21	26,9	-7,3 *	30,8	-14,2 *	32,7	+3,7 *	7,8	-3,2 *	588	1 773
22	44,5	-2,0	62,1	-3,5	52,7	+0,7	21,0	-8,0	219	836
KÖN OCH ÅLDER										
23	4,8	+2,0 *	0,5	+0,3	3,7	+0,3	0,3	+0,3	520	1 282
24	9,6	+4,9 *	1,8	+0,5	7,6	+4,3 *	0,5	+0,1	886	2 202
25	15,1	+5,3 *	4,9	-1,3	9,6	+4,0 *	0,5	-0,2	602	1 489
26	23,4	+3,5 *	8,6	-4,5 *	15,3	+6,4 *	1,0	-0,3	553	1 364
27	16,5	-3,7 *	13,3	-9,1 *	17,7	+1,4	2,5	-1,8 *	393	1 134
28	29,4	-6,4 *	35,9	-13,5 *	27,9	+4,4 *	9,1	-4,0 *	343	1 026
29	46,4	-2,1	66,6	+1,2	49,5	+1,8	22,7	-10,7	150	560
30	3,8	-0,2	0,3	-0,3	5,2	+2,6 *	0,0	-0,2	554	1 299
31	6,1	+2,3 *	1,2	+0,2	8,3	+3,3 *	0,2	+0,0	922	2 167
32	11,1	+1,9	2,9	-1,7 *	12,6	-0,3	0,8	-0,3	588	1 374
33	17,4	-5,3 *	6,2	-4,7 *	22,6	+1,0	0,9	+0,1	584	1 377
34	15,9	-8,6 *	10,7	-7,4 *	31,7	+7,7 *	2,0	-0,1	355	1 061
35	23,4	-8,5 *	23,7	-14,8 *	39,2	+2,2	5,8	-2,0	246	747
36	40,5	-2,6	52,3	-14,3	58,9	-1,3	17,8	-2,5	69	276

ÖVERSIKTSTABELL 1: HÄLSOTILLSTÅND OCH SJUKLIGHET
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

			Bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt ¹		Har någon långvarig sjukdom ²		Därav: har svåra besvär ³		Får regelbunden medicinsk behandling ⁴	
FAMILJEFÖRHÅLLANDEN										
Ensamstående										
37	Kvinnor	30-54 år	8,2	+2,9 *	50,9	+14,3 *	23,9	+7,2 *	38,4	+16,3
38		55-64 år	16,1	+4,7 *	71,0	+6,6	32,3	+3,6	57,9	+14,4
39		65-74 år	9,7	-0,7	79,3	+10,3 *	28,7	+6,5	69,0	+15,3
40		75-84 år	20,4	-0,1	88,9	+4,1 *	38,1	+4,8	80,3	+12,1
41		85+ år	22,2	+1,4	92,5	+6,4	34,3	+0,6	83,2	+11,1
42		55-84 år	16,1	+1,4	80,8	+6,8 *	33,6	+5,5 *	70,3	+13,7
43	Samtliga kvinnor	20-84 år	10,6	+1,1	60,9	+7,4 *	25,8	+5,1 *	49,4	+11,0
44	Män	30-54 år	6,8	+0,7	41,4	+5,3 *	14,9	+2,8	25,8	+6,4
45		55-64 år	13,0	-4,2	62,9	-5,3	24,7	-1,5	49,0	-0,6
46		65-74 år	11,9	-3,8	79,9	+7,2	25,1	-0,9	63,9	+14,8
47		75-84 år	18,1	-3,8	84,5	+6,6	27,0	+5,8	73,9	+18,1
48		85+ år	18,4	-3,1	89,9	+0,1	32,2	+2,1	76,2	+6,5
49		55-84 år	14,1	-3,7 *	73,6	+1,9	25,4	+1,1	60,1	+9,9
50	Samtliga män	20-84 år	7,2	-0,8	46,7	+3,7 *	15,4	+1,7	31,5	+5,5
51	Båda könen	30-54 år	7,4	+1,7 *	45,8	+9,4 *	19,1	+4,8 *	31,6	+10,8
52		55-64 år	14,7	+0,8	67,5	+1,4	28,9	+1,3	54,0	+7,8
53		65-74 år	10,4	-1,6	79,5	+9,4 *	27,5	+4,0	67,3	+15,0
54		75-84 år	19,8	-0,9	87,7	+4,8 *	35,2	+5,0	78,6	+13,7
55		85+ år	21,4	+0,5	91,9	+5,1	33,9	+1,0	81,7	+10,3
56		55-84 år	15,4	-0,3	78,3	+5,1 *	30,8	+3,9 *	66,7	+12,3
57	Samtliga	20-84 år	9,0	+0,2	54,2	+5,4 *	20,9	+3,3 *	40,9	+8,2
Sammanboende										
58	Kvinnor	30-54 år	5,1	+1,9 *	42,2	+10,9 *	15,2	+3,9 *	30,0	+12,0
59		55-64 år	8,6	-0,6	65,0	+4,3 *	25,9	+5,2 *	54,4	+9,4
60		65-74 år	6,8	-4,7 *	73,6	+4,6 *	23,6	-1,7	63,8	+9,6
61		75-84 år	11,9	-9,5 *	85,5	+1,8	28,8	-6,1	80,2	+12,3
62		85+ år	25,3	..	95,7	..	47,3	..	86,0	..
63		55-84 år	8,6	-2,7 *	71,1	+5,0 *	25,7	+2,0	61,5	+11,0
64	Samtliga kvinnor	20-84 år	5,9	+0,5	50,9	+10,9 *	18,3	+4,1 *	39,6	+12,6
65	Män	30-54 år	4,1	+1,6 *	38,3	+10,1 *	11,8	+3,3 *	22,6	+10,3
66		55-64 år	7,5	-2,9 *	58,3	+1,1	20,7	-0,7	45,3	+6,7
67		65-74 år	5,7	-3,1 *	71,2	+6,0 *	16,7	-2,2	60,8	+12,9
68		75-84 år	10,4	-9,5 *	81,7	+5,0	24,7	-3,3	72,8	+14,9
69		85+ år	14,3	..	87,2	..	32,1	..	78,5	..
70		55-84 år	7,5	-3,8 *	66,5	+3,6 *	20,2	-1,3	55,1	+10,4
71	Samtliga män	20-84 år	5,2	-0,3	48,9	+8,5 *	14,8	+1,8	34,8	+10,7
72	Båda könen	30-54 år	4,6	+1,8 *	40,3	+10,5 *	13,5	+3,6 *	26,4	+11,2
73		55-64 år	8,0	-1,8	61,4	+2,5	23,1	+2,0	49,5	+7,8
74		65-74 år	6,2	-3,8 *	72,3	+5,4 *	20,0	-1,8	62,2	+11,5
75		75-84 år	11,0	-9,4 *	83,3	+3,8 *	26,5	-4,3 *	75,9	+14,1
76		85+ år	17,4	-4,8	89,6	-1,5	36,2	-23,0	80,6	+12,6
77		55-84 år	8,0	-3,3 *	68,6	+4,2 *	22,7	+0,2	58,0	+10,7
78	Samtliga	20-84 år	5,6	+0,1	49,9	+9,6 *	16,5	+2,9 *	37,2	+11,7

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Har höggradigt nedsatt arbetsförmåga ⁵			Är rörelsehindrad ⁶		Har nedsatt hörsel ⁷		Har nedsatt syn ⁸		Antal i befolkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal intervjuer 2002-2004 ¹⁸			
FAMILJEFÖRHÅLLANDEN														
Ensamstående														
37	16,7	+7,6	*	4,9	+0,2	9,3	+5,3	*	0,9	-0,2	361	869		
38	31,3	+5,7		12,7	-3,0	15,2	+9,6	*	1,4	-0,2	166	387		
39	20,8	-1,5		16,6	-6,6	*	21,1	+1,7	2,7	-1,8	154	449		
40	33,1	-3,8		39,4	-11,8	*	29,2	+5,1	*	11,4	-2,6	224	674	
41	46,4	-1,5		66,7	+0,5		51,3	+2,5		22,9	-11,3	138	508	
42	29,1	+0,3		24,8	-7,0	*	22,4	+4,9	*	5,7	-1,2	544	1 510	
43	19,9	+1,1		13,3	-5,5	*	14,0	+3,2	*	3,0	-1,0	*	1 158	3 001
44	12,0	+0,7		2,8	-1,3	*	8,8	+2,9	*	0,8	-0,4	416	936	
45	22,9	-6,7		8,1	-7,8	*	21,3	+3,0		1,7	+0,6	132	292	
46	22,7	-6,8		18,5	-3,3		32,5	+9,8	*	2,5	-1,3	81	232	
47	30,6	-3,8		32,2	-12,8	*	40,9	+4,6		9,2	+1,8	83	258	
48	41,2	+2,8		57,3	-9,9		63,1	+2,2		23,8	+0,7	38	136	
49	25,0	-5,7	*	17,7	-7,6	*	29,5	+5,0	*	3,9	+0,2	295	782	
50	12,9	-2,1	*	6,2	-3,5	*	13,2	+3,5	*	1,4	-0,3	1 059	2 537	
51	14,2	+3,9	*	3,8	-0,6		9,0	+4,1	*	0,8	-0,3	777	1 805	
52	27,6	+0,5		10,7	-5,1	*	17,9	+6,6	*	1,5	+0,1	297	679	
53	21,5	-3,0		17,2	-5,4		25,0	+4,7	*	2,7	-1,7	235	681	
54	32,4	-3,7		37,4	-12,0	*	32,3	+5,2	*	10,8	-1,5	307	932	
55	45,3	+0,0		64,7	-1,5		54,0	+2,1		23,1	-8,3	175	644	
56	27,6	-1,7		22,3	-7,3	*	24,9	+5,1	*	5,1	-0,8	840	2 292	
57	16,5	-0,5		9,9	-4,7	*	13,6	+3,3	*	2,2	-0,7	*	2 217	5 538
Sammanboende														
58	10,2	+4,6	*	2,4	-0,1		8,2	+4,1	*	0,4	+0,1	1 127	2 822	
59	20,0	+2,5		6,8	-5,2	*	15,4	+5,2	*	0,9	-0,3	387	977	
60	13,7	-4,7	*	11,3	-10,3	*	15,6	+1,6		2,3	-1,8	238	685	
61	22,4	-10,5	*	29,2	-14,5	*	25,7	+4,3		5,1	-5,7	*	119	352
62	45,6	..		65,1	..		31,7	..		20,3	..	12	52	
63	18,4	-0,9		11,8	-6,7	*	17,0	+4,0	*	2,0	-1,1	*	744	2 014
64	12,4	+2,9	*	5,4	-1,9	*	10,7	+3,9	*	0,9	-0,2	2 139	5 496	
65	6,6	+2,7	*	1,5	-0,1		10,4	+2,4	*	0,3	+0,0	1 094	2 605	
66	15,8	-4,9	*	5,6	-3,8	*	23,0	+0,5		0,6	+0,0	452	1 085	
67	13,9	-9,1	*	8,3	-8,6	*	31,5	+7,0	*	1,8	+0,4	274	829	
68	19,8	-10,4	*	19,4	-15,0	*	38,5	+1,1		4,2	-3,5	163	489	
69	39,7	..		46,3	..		54,3	..		11,3	..	32	140	
70	15,9	-6,8	*	9,0	-6,7	*	28,3	+2,4		1,6	-0,1	889	2 403	
71	10,1	-0,7		4,4	-2,3	*	17,1	+3,3	*	0,8	+0,0	2 191	5 488	
72	8,4	+3,7	*	2,0	-0,1		9,3	+3,2	*	0,3	+0,0	2 222	5 427	
73	17,7	-1,4		6,2	-4,5	*	19,5	+3,1	*	0,7	-0,1	839	2 062	
74	13,8	-7,1	*	9,7	-9,3	*	24,0	+4,3	*	2,1	-0,6	513	1 514	
75	20,9	-10,2	*	23,6	-14,5	*	33,1	+1,6		4,6	-4,3	*	281	841
76	41,3	-11,2		51,5	-11,0		48,1	-5,6		13,8	-5,9	44	192	
77	17,0	-4,1	*	10,3	-6,7	*	23,2	+3,2	*	1,8	-0,6	1 633	4 417	
78	11,2	+1,1	*	4,9	-2,1	*	13,9	+3,6	*	0,9	-0,1	4 329	10 984	

ÖVERSIKTSTABELL 1: HÄLSOTILLSTÅND OCH SJUKLIGHET
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

			Bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt ¹	Har någon lång- varig sjukdom ²	Därav: har svåra besvär ³	Får regelbunden medicinsk be- handling ⁴
SOCIOEKONOMISK GRUPP						
Arbetare						
79	Kvinnor	30-54 år	8,4 +3,3 *	52,4 +12,6 *	24,4 +7,0 *	38,9 +13,7 *
80		55-64 år	13,6 +2,1	70,2 +4,0	34,8 +11,5 *	57,3 +10,1 *
81		65-74 år	10,4 -1,9	76,4 +4,4	28,3 +3,4	67,4 +9,7 *
82		75-84 år	18,5 -2,8	89,1 +4,8	35,4 -0,3	81,5 +13,6 *
83		85+ år	22,7 -2,4	91,5 +0,0	33,6 -12,6	83,2 +2,4
84		55-84 år	14,1 +0,3	78,1 +6,2 *	32,9 +6,6 *	68,1 +13,1 *
85	Samtliga kvinnor	20-84 år	10,1 +2,0 *	61,0 +11,8 *	26,7 +7,8 *	49,1 +14,6 *
86	Män	30-54 år	6,9 +2,3 *	45,0 +7,7 *	16,6 +2,2	27,5 +9,9 *
87		55-64 år	12,6 -3,8 *	66,2 -1,2	29,1 -1,2	49,7 +4,4
88		65-74 år	9,5 -4,0	77,4 +7,5 *	22,1 -0,2	64,4 +14,9 *
89		75-84 år	15,7 -7,8 *	87,6 +7,9 *	30,3 +3,5	77,7 +16,9 *
90		85+ år	20,0 +2,3	88,0 -0,7	29,6 -13,1	75,1 +14,4
91		55-84 år	12,3 -4,4 *	74,8 +4,0 *	27,1 +0,7	60,9 +11,0 *
92	Samtliga män	20-84 år	8,0 -0,2	53,5 +7,2 *	19,0 +2,2	37,2 +9,5 *
93	Båda könen	30-54 år	7,6 +2,7 *	48,5 +10,0 *	20,3 +4,4 *	32,9 +11,5 *
94		55-64 år	13,1 -0,7	68,2 +1,4	31,9 +5,3 *	53,4 +7,1 *
95		65-74 år	10,0 -2,7	76,9 +5,8 *	25,5 +1,9	66,0 +12,0 *
96		75-84 år	17,4 -4,6 *	88,5 +6,3 *	33,5 +1,6	80,0 +15,4 *
97		85+ år	22,0 -0,5	90,6 +0,3	32,6 -12,3	81,1 +7,7
98		55-84 år	13,3 -1,8	76,6 +5,2 *	30,3 +4,0 *	64,9 +12,2 *
99	Samtliga	20-84 år	9,1 +0,9	57,2 +9,5 *	22,8 +5,0 *	43,1 +12,0 *
Lägre tjänstemän						
100	Kvinnor	30-54 år	6,7 +4,2 *	41,9 +14,6 *	16,2 +6,2 *	30,0 +15,9 *
101		55-64 år	11,4 +2,9	66,1 +11,8 *	26,5 +1,4	55,3 +14,5 *
102		65-74 år	9,1 +0,5	76,0 +14,5 *	24,1 +5,3	64,8 +19,5 *
103		75-84 år	18,2 ..	86,8 ..	33,4 ..	80,6 ..
104		85+ år	20,7 ..	95,0 ..	47,7 ..	85,3 ..
105		55-84 år	12,4 +2,3	74,7 +13,7 *	27,4 +3,2	65,0 +18,8 *
106	Samtliga kvinnor	20-84 år	9,2 +4,8 *	57,7 +23,2 *	21,5 +8,7 *	46,9 +25,3 *
107	Män	30-54 år	4,4 +2,1 *	40,7 +10,7 *	16,0 +8,4 *	26,9 +12,2 *
108		55-64 år	9,6 +2,1	60,2 +4,2	20,7 +13,3 *	42,6 +8,2
109		65-74 år	5,5 ..	70,5 ..	15,0 ..	64,1 ..
110		75-84 år	14,6 ..	77,1 ..	25,5 ..	71,7 ..
111		55-84 år	9,5 +1,1	67,5 +9,5 *	20,1 +10,5 *	56,4 +18,3 *
112	Samtliga män	20-84 år	6,2 +1,8 *	49,5 +10,6 *	15,6 +8,1 *	36,9 +14,3 *
113	Båda könen	30-54 år	5,8 +3,5 *	41,4 +13,2 *	16,1 +6,7 *	28,8 +14,5 *
114		55-64 år	10,8 +2,8	64,2 +9,4 *	24,6 +6,2	51,0 +12,7 *
115		65-74 år	8,0 -1,3	74,3 +12,2 *	21,4 +6,1	64,6 +18,3 *
116		75-84 år	17,2 ..	83,9 ..	31,0 ..	77,9 ..
117		85+ år	18,0 ..	94,8 ..	43,4 ..	80,2 ..
118		55-84 år	11,5 +2,0	72,5 +12,7 *	25,1 +6,2 *	62,3 +19,2 *
119	Samtliga	20-84 år	8,1 +3,8 *	54,8 +18,8 *	19,4 +8,3 *	43,3 +21,4 *

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Har högradigt nedsatt arbets- förmåga ⁵		Är rörelse- hindrad ⁶		Har nedsatt hörsel ⁷		Har nedsatt syn ⁸		Antal i be- folkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal inter- vjuer 2002- 2004 ¹⁸
SOCIOEKONOMISK GRUPP										
Arbetare										
79	18,7	+9,5 *	4,9	+0,0	11,1	+5,0 *	0,9	+0,2	503	1 260
80	30,8	+6,8 *	11,7	-3,0 *	17,0	+7,7 *	1,0	-0,3	202	500
81	17,4	-3,5	14,7	-8,2 *	17,8	+0,5	3,1	-1,5	177	509
82	30,5	-2,8	40,5	-8,8 *	27,9	+4,3	9,7	-3,1	174	519
83	47,2	-5,8	67,2	+3,7	49,5	-1,7	25,4	-12,7	81	299
84	26,4	+1,9	21,7	-2,9	20,5	+5,1 *	4,3	-0,3	553	1 528
85	20,1	+5,7 *	11,8	-0,6	14,3	+4,8 *	2,3	+0,1	1 242	3 254
86	11,9	+4,5 *	2,3	-0,8	13,7	+3,2 *	0,6	+0,1	559	1 314
87	26,7	-4,7	9,4	-5,6 *	28,8	+2,5	1,2	+0,4	205	483
88	22,1	-7,4 *	15,5	-7,5 *	36,5	+10,2 *	2,6	-0,2	145	428
89	26,9	-7,0	29,6	-13,2 *	46,9	+8,1 *	5,8	-1,8	107	323
90	47,0	+2,0	58,0	-8,1	62,4	-2,3	24,8	+1,8	29	115
91	25,3	-5,6 *	16,0	-7,1 *	35,3	+6,3 *	2,7	+0,1	456	1 234
92	15,3	+0,4	6,9	-2,9 *	19,9	+5,2 *	1,2	+0,1	1 257	3 120
93	15,1	+6,8 *	3,5	-0,5	12,4	+4,2 *	0,8	+0,1	1 062	2 574
94	28,7	+1,2	10,5	-4,3 *	23,0	+5,9 *	1,1	+0,1	406	983
95	19,5	-5,0 *	15,1	-7,8 *	26,1	+4,9 *	2,9	-1,0	322	937
96	29,1	-4,4 *	36,4	-9,9 *	35,1	+5,3 *	8,2	-2,4	281	842
97	47,1	-2,9	64,7	+1,0	53,1	-3,2	25,2	-7,0	109	414
98	25,9	-1,4	19,2	-4,7 *	27,2	+5,8 *	3,5	-0,1	1 009	2 762
99	17,7	+3,1 *	9,3	-1,8 *	17,2	+5,1 *	1,8	+0,1	2 500	6 374
Lägre tjänstemän										
100	10,3	+6,9 *	3,2	+1,5	8,6	+4,2 *	0,3	+0,2	232	568
101	22,5	+6,9 *	9,1	-3,7	12,3	+3,7	0,7	-0,3	118	292
102	16,4	-1,5	10,1	-5,0	16,4	+4,3	2,7	-2,3	97	279
103	30,0	..	32,1	..	28,4	..	9,7	..	75	221
104	44,1	..	61,5	..	44,0	..	11,8	..	20	79
105	22,4	+2,6	15,3	-2,6	17,7	+7,2 *	3,6	-0,8	290	792
106	15,8	+8,1 *	9,0	+3,1 *	12,4	+6,8 *	1,9	+0,7	575	1 489
107	7,4	+1,9	1,7	+1,2	9,3	+6,5 *	0,9	+0,5	136	318
108	17,2	+7,2	8,3	+1,5	19,0	+4,8	0,0	+0,8	59	138
109	11,3	..	6,4	..	32,6	..	2,1	..	42	125
110	20,3	..	20,8	..	31,9	..	6,2	..	32	95
111	16,1	+2,8	10,7	-0,1	26,4	+7,0 *	2,1	+1,4	133	358
112	10,2	+2,3 *	5,2	+0,8	15,8	+6,8 *	1,3	+0,8	319	790
113	9,2	+5,2 *	2,7	+1,3	8,8	+5,1 *	0,5	+0,4	368	886
114	20,8	+7,2 *	8,8	-1,7	14,5	+3,4	0,4	+0,1	177	430
115	14,9	-2,7	8,9	-5,2	21,2	+5,7 *	2,6	-1,1	139	404
116	27,1	..	28,7	..	29,5	..	8,7	..	106	316
117	39,2	..	52,0	..	43,7	..	12,7	..	30	118
118	20,4	+3,0	13,9	-1,4	20,4	+6,3 *	3,1	+0,1	423	1 150
119	13,8	+6,0 *	7,7	+2,3 *	13,6	+6,9 *	1,7	+0,7	893	2 279

ÖVERSIKTSTABELL 1: HÄLSOTILLSTÅND OCH SJUKLIGHET
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

			Bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt ¹		Har någon långvarig sjukdom ²		Därav: har svåra besvär ³		Får regelbunden medicinsk behandling ⁴		
Tjänstemän på hög- eller mellannivå											
120	Kvinnor	30-54 år	3,1	+1,5 *	38,7	+15,6 *	11,3	+5,3 *	27,7	+15,5 *	
121		55-64 år	7,0	+1,9	64,7	+12,4 *	21,0	+5,6	54,0	+15,1 *	
122		65-74 år	2,8	-3,5	73,6	+6,8	22,2	+3,3	63,8	+12,0 *	
123		75-84 år	11,4	..	84,9	..	34,0	..	78,3	..	
124		85+ år	16,4	..	92,5	..	28,8	..	81,8	..	
125		55-84 år	6,6	-0,7	70,3	+8,3 *	23,4	+5,1	60,6	+11,9 *	
126	Samtliga kvinnor	20-84 år	3,9	+1,1	47,8	+16,4 *	14,8	+6,2 *	37,1	+16,3 *	
Män											
127	Män	30-54 år	2,2	+1,1 *	32,8	+12,7 *	8,1	+4,7 *	18,2	+9,5 *	
128		55-64 år	4,8	-1,4	54,7	+7,2	17,2	+3,5	45,0	+9,4 *	
129		65-74 år	5,4	+2,2	67,1	+16,3 *	13,5	+3,3	56,4	+19,1 *	
130		75-84 år	8,4	..	77,3	..	17,4	..	66,6	..	
131		85+ år	23,1	..	91,2	..	30,1	..	85,8	..	
132		55-84 år	5,6	-0,2	61,9	+11,0 *	16,2	+3,6	51,8	+13,8 *	
133	Samtliga män	20-84 år	3,3	+1,0	43,2	+14,8 *	11,0	+5,1 *	30,0	+13,1 *	
Båda könen											
134	Båda könen	30-54 år	2,6	+1,4 *	35,8	+14,3 *	9,8	+5,4 *	23,0	+12,8 *	
135		55-64 år	5,8	+0,0	59,3	+10,0 *	19,0	+4,7	49,2	+12,5 *	
136		65-74 år	4,2	-0,2	70,0	+12,4 *	17,4	+3,1	59,7	+16,3 *	
137		75-84 år	9,8	-3,9	80,7	+2,8	24,8	+3,8	71,8	+6,3	
138		85+ år	19,4	+12,8	91,9	+10,8	29,4	-15,4	83,6	+29,3	
139		55-84 år	6,0	-0,4	65,7	+10,3 *	19,5	+4,5 *	55,8	+13,4 *	
140	Samtliga	20-84 år	3,6	+1,1 *	45,5	+15,8 *	12,9	+5,9 *	33,5	+14,9 *	
Jordbrukare											
141	Båda könen	30-64 år	12,2	..	61,2	..	23,0	..	38,0	..	
142		65-84 år	11,1	-1,9	81,9	+7,7 *	28,3	-1,9	69,9	+18,9 *	
143	Samtliga	20-84 år	11,2	+0,2	74,9	+10,4 *	26,6	+1,3	58,9	+15,6 *	
Övriga företagare											
144	Båda könen	30-54 år	4,8	+2,3 *	36,5	+8,9 *	11,2	+2,6	23,6	+12,3 *	
145		55-64 år	7,2	-1,0	55,0	+2,6	18,2	-1,3	45,9	+10,5 *	
146		65-74 år	6,0	-1,6	76,6	+8,5	27,6	+2,0	65,6	+11,6 *	
147		75-84 år	14,3	..	84,7	..	26,4	..	76,0	..	
148		85+ år	8,4	..	89,3	..	38,6	..	77,9	..	
149		55-84 år	8,2	-3,4 *	66,5	+3,4	22,3	+0,0	57,1	+9,6 *	
150	Samtliga	20-84 år	6,2	-0,1	48,8	+6,4 *	15,7	+1,3	37,0	+10,5 *	
HÄLSOPROBLEM											
Utan hälsoproblem											
151	Kvinnor	55-69 år	0,0	..	47,7	..	8,1	..	38,3	..	
152	Kvinnor	70+ år	0,0	..	67,4	..	8,7	..	59,2	..	
153	Män	55-69 år	0,0	..	47,0	..	6,0	..	36,0	..	
154	Män	70+ år	0,0	..	64,1	..	8,6	..	52,7	..	
Med hälsoproblem											
155	Kvinnor	55-69 år	22,8	..	92,7	..	50,0	..	79,3	..	
156	Kvinnor	70+ år	22,2	..	95,2	..	43,1	..	86,8	..	
157	Män	55-69 år	22,4	..	90,5	..	45,8	..	73,9	..	
158	Män	70+ år	21,7	..	94,3	..	39,9	..	85,4	..	
Personer som får någon form av äldreomsorg											
159	Kvinnor	55-69 år	46,5	..	98,4	..	74,9	..	88,2	..	
160	Kvinnor	70+ år	33,6	..	96,2	..	49,1	..	88,2	..	
161	Män	55-69 år	47,5	..	100,0	..	64,5	..	80,4	..	
162	Män	70+ år	33,6	..	95,5	..	45,0	..	88,9	..	
Otillfredsställt hjälpbehov											
163	Samtliga	70+ år	20,5	..	93,5	..	48,0	..	84,5	..	

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Har höggradigt nedsatt arbetsförmåga ⁵		Är rörelsehindrad ⁶		Har nedsatt hörsel ⁷		Har nedsatt syn ⁸		Antal i befolkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal intervjuer 2002-2004 ¹⁸
Tjänstemän på hög- eller mellannivå										
120	6,4	+4,3 *	1,7	+0,9	6,3	+4,4 *	0,3	+0,2	600	1 477
121	16,3	+6,4 *	4,6	-2,3	14,9	+8,6 *	0,9	+0,3	191	470
122	12,6	-3,5	12,0	-8,3 *	19,1	+4,5	1,1	-2,8 *	89	262
123	24,5	..	25,8	..	25,5	..	8,3	..	54	160
124	39,1	..	60,4	..	45,3	..	19,4	..	19	72
125	16,7	+0,1	10,0	-6,5 *	17,7	+5,7 *	2,1	-1,4	335	892
126	9,1	+3,5 *	4,2	-0,7	9,6	+5,3 *	0,8	-0,1	1 047	2 640
127	3,1	+1,5 *	1,1	+0,1	6,2	+1,7 *	0,0	-0,2	577	1 348
128	9,1	-1,8	2,8	-2,5	18,8	+0,3	0,8	+0,0	222	520
129	9,6	+2,8	5,8	-1,4	24,3	+1,8	0,6	+0,0	110	334
130	19,3	..	16,5	..	32,3	..	5,5	..	67	208
131	37,6	..	48,6	..	51,7	..	12,1	..	16	65
132	10,9	+0,1	5,9	-1,8	22,5	+0,8	1,5	-0,2	398	1 062
133	5,8	+1,7 *	2,8	+0,2	12,0	+3,3 *	0,5	+0,0	1 071	2 626
134	4,8	+3,0 *	1,4	+0,5	6,3	+2,9 *	0,1	+0,0	1 178	2 825
135	12,4	+1,9	3,6	-2,2 *	17,0	+3,1	0,8	+0,1	413	990
136	10,9	+0,3	8,6	-4,2	21,9	+2,6	0,8	-1,1	199	596
137	21,6	-7,3	20,7	-11,2 *	29,3	+2,1	6,8	-4,2	121	368
138	38,4	+5,5	55,1	+2,6	48,3	+5,1	16,0	-1,4	35	137
139	13,5	+0,3	7,8	-3,6 *	20,3	+2,4	1,8	-0,6	733	1 954
140	7,5	+2,7 *	3,5	-0,1	10,8	+4,0 *	0,7	+0,0	2 118	5 266
Jordbrukare										
141	19,5	..	5,8	..	22,0	..	1,5	..	28	71
142	24,2	-4,3	23,7	-7,7	34,3	+12,8 *	7,2	+1,1	65	192
143	22,3	-0,3	17,9	-3,3	29,8	+11,9 *	5,3	+1,2	95	268
Övriga företagare										
144	7,5	+2,3 *	1,6	+0,8	10,2	+2,6 *	0,2	-0,4	237	566
145	13,7	-1,6	5,5	-3,8	17,8	+7,5 *	1,1	+0,7	107	260
146	18,4	-5,5 *	13,2	-3,4	26,5	+11,4 *	1,9	-0,9	54	162
147	21,0	..	23,4	..	34,6	..	4,2	..	38	119
148	42,3	..	62,2	..	57,8	..	21,9	..	19	68
149	16,4	-4,7	11,0	-6,9 *	23,2	+5,9 *	1,9	-0,6	200	541
150	11,3	-0,6	5,7	-2,6 *	15,3	+4,1 *	0,9	-0,5	464	1 170
HÄLSOPROBLEM										
Utan hälsoproblem										
151	3,3	..	0,0	..	13,1	..	0,0	..	418	1 083
152	0,4	..	0,0	..	19,6	..	0,0	..	197	585
153	2,9	..	0,0	..	19,9	..	0,0	..	499	1 261
154	2,8	..	0,0	..	32,6	..	0,0	..	214	658
Med hälsoproblem										
155	42,3	..	20,6	..	19,6	..	2,9	..	343	883
156	42,7	..	52,5	..	33,2	..	14,4	..	481	1 533
157	40,5	..	18,1	..	32,2	..	2,8	..	282	709
158	42,5	..	45,5	..	47,6	..	12,4	..	258	833
Personer som får någon form av äldreomsorg										
159	75,0	..	46,5	..	19,9	..	4,2	..	71	183
160	60,6	..	72,6	..	40,2	..	19,9	..	243	824
161	80,9	..	63,9	..	32,5	..	8,1	..	35	90
162	63,7	..	66,5	..	49,5	..	18,7	..	105	361
Otillfredsställt hjälpbehov										
163	41,9	..	58,6	..	35,9	..	15,5	..	48	156

ÖVERSIKTSTAB. 2: HÄLSOTILLSTÄND, SJUKVÅRDSKONSUMTION OCH RÖKVANOR
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

		Sömnbesvär ⁹			Känner sig trött för jämnan ¹⁰			Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest ¹¹			Konsulterat läkare för sjukdom ¹²			
1	Samtliga	20-84 år	26,4	+11,8	*	9,9	+4,8	*	4,1	+1,3	*	40,7	+4,9	*
2	Kvinnor	20-84 år	31,0	+12,8	*	12,8	+5,9	*	5,4	+1,3	*	44,8	+5,1	*
3	Män	20-84 år	21,6	+10,8	*	6,9	+3,7	*	2,9	+1,3	*	36,6	+4,7	*
4	Samtliga	20-64 år	25,8	+14,5	*	10,9	+6,1	*	4,3	+1,9	*	38,2	+4,5	*
5	Kvinnor	20-64 år	29,4	+15,9	*	14,2	+7,6	*	5,6	+2,4	*	42,6	+5,2	*
6	Män	20-64 år	22,3	+13,2	*	7,7	+4,7	*	3,1	+1,5	*	33,8	+3,8	*
7	Samtliga	65-84 år	28,7	+1,9		5,9	-0,4		3,5	-1,1	*	51,2	+6,8	*
8	Kvinnor	65-84 år	37,0	+3,7		7,9	+0,1		4,7	-2,3	*	52,9	+4,8	
9	Män	65-84 år	18,5	+0,0		3,4	-0,8		2,0	+0,5		49,1	+9,3	*
10	Samtliga	55+ år	29,1	+4,8		7,7	+1,5		4,2	-0,1		48,6	+4,6	
11	Kvinnor	55+ år	36,9	+6,3		10,1	+2,6		5,4	-0,8		50,8	+3,6	
12	Män	55+ år	20,3	+3,6		4,9	+0,3		2,9	+0,8		46,1	+5,9	
13	Samtliga	55+ m. pension	31,5	..		8,2	..		5,1	..		51,6	..	
14	Kvinnor	55+ m. pension	39,0	..		11,0	..		6,1	..		53,2	..	
15	Män	55+ m. pension	23,1	..		4,9	..		4,1	..		49,9	..	
ÅLDER														
16	Samtliga	20-29 år	23,3	+18,7	*	11,7	+7,7	*	3,3	+2,5	*	35,7	+3,6	*
17		30-44 år	25,2	+16,3	*	12,2	+8,7	*	4,4	+2,2	*	35,7	+6,5	*
18		45-54 år	26,2	+11,2	*	9,4	+2,9	*	4,3	+1,0		38,1	+3,2	
19		55-64 år	28,7	+8,2	*	9,5	+3,5	*	5,1	+1,1		44,5	+1,9	
20		65-74 år	27,0	+0,8		4,9	+0,2		2,7	-1,2		49,3	+8,2	*
21		75-84 år	31,1	+1,5		7,2	-2,1		4,5	-1,2		53,8	+2,4	
22		85+ år	35,5	+2,5		9,2	-0,8		3,6	-2,3		56,9	-4,4	
KÖN OCH ÅLDER														
23	Kvinnor	20-29 år	25,6	+20,6	*	14,8	+9,1	*	4,5	+3,4	*	40,6	+6,7	*
24		30-44 år	26,7	+17,3	*	15,7	+10,0	*	5,3	+2,6	*	40,4	+7,1	*
25		45-54 år	30,5	+12,6	*	12,7	+3,6	*	6,0	+1,3		42,9	+2,1	
26		55-64 år	36,0	+9,5	*	12,8	+6,2	*	6,4	+1,5		47,6	+2,4	
27		65-74 år	34,9	+2,1		6,7	+1,2		3,6	-2,9	*	51,1	+6,3	*
28		75-84 år	39,6	+3,3		9,3	-2,2		5,9	-1,9		55,1	+0,7	
29		85+ år	40,8	+4,2		10,7	-1,2		4,4	-3,3		53,3	-11,5	
30	Män	20-29 år	21,0	+17,0	*	8,8	+6,4	*	2,2	+1,7	*	31,1	+0,8	
31		30-44 år	23,7	+15,4	*	8,9	+7,4	*	3,4	+1,9	*	31,1	+5,8	*
32		45-54 år	21,9	+9,8	*	6,0	+2,2	*	2,7	+0,8		33,2	+4,3	
33		55-64 år	21,6	+7,5	*	6,3	+1,1		3,8	+0,9		41,5	+1,6	
34		65-74 år	18,0	-0,3		2,9	-0,8		1,7	+0,8		47,2	+10,6	*
35		75-84 år	19,2	-0,5		4,2	-1,7		2,5	-0,2		52,0	+4,9	
36		85+ år	25,2	-1,5		6,2	+0,0		2,2	-0,4		64,1	+9,4	

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Legat på sjukhus under 3-mån.period		Ej besökt tandläkare på 2 år		Röker dagligen		Aldrig rökt		Antal i befolkningen (1000-tal) ¹⁰	Antal intervjuer 2002-04
1	3,8	-0,1	15,8	-9,6 *	17,6	-16,0 *	50,8	+7,2 *	6 546	16 522
2	4,2	-0,3	13,1	-11,3 *	18,5	-10,3 *	53,0	-2,1 *	3 297	8 497
3	3,5	+0,1	18,6	-7,9 *	16,6	-21,9 *	48,5	+16,9 *	3 249	8 025
4	3,3	-0,4	15,2	-1,3 *	19,0	-18,5 *	50,9	+11,1 *	5 210	12 554
5	3,8	-0,6	11,9	-2,3 *	20,4	-14,2 *	50,4	+3,4 *	2 561	6 337
6	2,9	-0,1	18,5	-0,3	17,6	-22,8 *	51,3	+18,7 *	2 648	6 217
7	6,0	+0,9	18,3	-39,7 *	11,7	-7,3 *	50,4	-7,5 *	1 337	3 968
8	5,7	+0,6	17,4	-40,0 *	11,6	+1,8 *	62,5	-19,8 *	736	2 160
9	6,3	+1,2	19,4	-39,3 *	11,8	-18,9 *	35,6	+8,4 *	601	1 808
10	5,1	+0,1	16,4	-31,5	15,5	-7,4	45,9	-8,4	2 692	7 545
11	5,4	+0,8	15,7	-32,2	14,8	+1,2	56,4	-20,9	1 439	4 084
12	4,8	-0,6	17,1	-30,7	16,1	-17,4	33,9	+6,7	1 253	3 461
13	4,8	..	13,8	..	17,3	..	43,2	..	1 032	2 871
14	5,9	..	11,5	..	17,1	..	53,5	..	544	1 507
15	3,6	..	16,4	..	17,6	..	31,5	..	488	1 364
ÅLDER										
16	2,9	-1,1	21,3	+10,8 *	14,8	-24,0 *	67,0	+25,6 *	1 074	2 581
17	3,5	+0,7	18,1	+7,7 *	16,6	-26,1 *	57,6	+26,8 *	1 808	4 369
18	3,6	-0,2	10,9	-8,5 *	24,0	-11,3 *	39,3	-6,1 *	1 191	2 863
19	3,0	-1,7	9,3	-22,6 *	21,7	-7,3 *	36,9	-10,6 *	1 136	2 741
20	4,8	+0,5	13,9	-37,9 *	14,1	-6,9 *	46,1	-7,9 *	748	2 195
21	7,5	+0,6	23,9	-45,7 *	8,5	-5,9 *	56,3	-9,3 *	588	1 773
22	14,1	+4,9	41,6	-22,8	2,5	-3,1	71,3	-3,0	219	836
KÖN OCH ÅLDER										
23	4,6	-1,1	18,1	+10,0 *	16,3	-25,8 *	65,8	+27,5 *	520	1 282
24	3,9	+0,1	13,4	+5,9 *	19,6	-20,9 *	53,5	+17,8 *	886	2 202
25	3,0	-1,1	9,4	-7,3 *	24,3	-5,5 *	39,6	-17,0 *	602	1 489
26	3,6	-0,2	6,3	-24,3 *	21,5	+1,1	42,8	-24,7 *	553	1 364
27	5,4	+0,7	12,1	-38,9 *	14,1	+2,2	56,5	-21,2 *	393	1 134
28	6,2	-0,2	23,5	-44,5 *	8,6	+3,4 *	69,7	-21,0 *	343	1 026
29	13,1	+5,5	42,5	-22,8	2,2	+0,4	85,6	-7,9	150	560
30	1,3	-0,9	24,4	+11,5 *	13,4	-22,2 *	68,2	+23,7 *	554	1 299
31	3,2	+1,3	22,6	+9,4 *	13,7	-31,1 *	61,6	+35,5 *	922	2 167
32	4,2	+0,7	12,5	-9,7 *	23,7	-17,1 *	39,0	+5,0 *	588	1 374
33	2,5	-3,1 *	12,2	-21,0 *	21,8	-15,8 *	31,3	+4,4 *	584	1 377
34	4,2	+0,3	15,9	-36,8 *	14,1	-17,6 *	34,3	+8,4 *	355	1 061
35	9,4	+1,7	24,4	-47,2 *	8,3	-19,5 *	37,5	+8,4 *	246	747
36	16,0	+3,9	39,6	-23,1	3,0	-10,6	43,4	+7,9	69	276

ÖVERSIKTSTAB. 2: HÄLSOTILLSTÅND, SJUKVÅRDSKONSUMTION OCH RÖKVANOR
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

			Sömnbesvär ⁹		Känner sig trött för jämnan ¹⁰		Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest ¹¹		Konsulerat läkare för sjukdom ¹²		
FAMILJEFÖRHÅLLANDEN											
Ensamstående											
37	Kvinnor	30-54 år	35,2	+14,9 *	18,7	+9,7 *	10,2	+2,4	48,5	+7,2 *	
38		55-64 år	35,1	+10,5	16,3	+7,2 *	9,4	+4,0 *	46,2	+0,3	
39		65-74 år	34,2	+1,0	9,2	+3,8	5,4	-2,8	54,9	+9,2 *	
40		75-84 år	41,0	+5,0	9,8	-1,7	6,0	-2,1	56,5	+2,2	
41		85+ år	39,9	+4,7	10,7	-1,3	4,4	-2,3	51,4	-11,1	
42		55-84 år	37,2	+5,7	11,7	+3,1 *	6,9	-0,6	52,7	+4,2	
43	Samtliga kvinnor	20-84 år	34,9	+11,2 *	14,1	+6,3 *	7,6	+1,4 *	49,4	+5,5 *	
44	Män	30-54 år	28,1	+11,6 *	9,3	+5,7 *	4,8	-0,3	31,7	+3,1	
45		55-64 år	28,7	+9,1 *	9,5	+3,9	6,5	+0,9	41,1	-0,7	
46		65-74 år	24,6	+1,0	3,3	-2,8	5,2	+2,2	45,2	+8,3	
47		75-84 år	21,7	+1,7	5,2	+0,4	3,0	+0,2	50,9	+7,5	
48		85+ år	27,6	+5,3	6,0	-1,0	3,0	-1,8	63,7	+4,3	
49		55-84 år	25,7	+5,1 *	6,7	+1,3	5,2	+1,3	44,8	+4,7	
50	Samtliga män	20-84 år	25,2	+12,0 *	7,9	+4,7 *	4,4	+1,3	35,5	+2,3	
51	Båda könen	30-54 år	31,4	+13,0 *	13,7	+7,5 *	7,3	+1,0	39,6	+4,8 *	
52		55-64 år	32,3	+9,6 *	13,3	+5,8 *	8,1	+2,6	43,9	-0,2	
53		65-74 år	30,9	+0,5	7,2	+1,6	5,4	-1,3	51,6	+8,7 *	
54		75-84 år	35,9	+4,1	8,6	-1,1	5,2	-1,5	55,0	+3,6	
55		85+ år	37,2	+5,4	9,6	-1,1	4,1	-2,0	54,0	-7,8	
56		55-84 år	33,2	+5,2	9,9	+2,4 *	6,3	+0,0	50,0	+4,3	
57	Samtliga	20-84 år	30,3	+11,3 *	11,1	+5,4 *	6,0	+1,3 *	42,7	+3,8 *	
Sammanboende											
58	Kvinnor	30-54 år	26,0	+15,6 *	13,1	+6,6 *	4,1	+1,8 *	39,2	+4,8 *	
59		55-64 år	36,5	+9,2 *	11,3	+5,7 *	5,2	+0,4	48,3	+3,2	
60		65-74 år	35,4	+3,1	5,1	-0,6	2,5	-2,5 *	48,8	+4,4	
61		75-84 år	36,9	+0,1	8,4	-3,5	5,7	-0,8	52,6	-1,7	
62		85+ år	49,1	..	10,5	..	4,5	..	70,9	..	
63		55-84 år	36,2	+6,5 *	8,9	+2,5 *	4,4	-0,6	49,1	+3,4	
64	Samtliga kvinnor	20-84 år	29,0	+13,4 *	12,1	+5,6 *	4,2	+1,1 *	42,4	+4,7 *	
65	Män	30-54 år	21,1	+13,4 *	7,2	+5,0 *	2,5	+1,6 *	32,0	+6,0 *	
66		55-64 år	19,6	+7,1 *	5,4	+0,3	3,0	+1,0	41,6	+2,2	
67		65-74 år	16,1	-0,6	2,8	-0,2	0,7	+0,5	47,8	+11,2 *	
68		75-84 år	18,1	-1,5	3,7	-3,0	2,3	-0,3	52,5	+3,5	
69		85+ år	22,5	..	6,4	..	1,3	..	64,5	..	
70		55-84 år	18,2	+3,1	4,3	-0,1	2,2	+0,7	45,4	+5,7 *	
71	Samtliga män	20-84 år	19,9	+10,0 *	6,4	+3,2 *	2,2	+1,2 *	37,1	+5,8 *	
72	Båda könen	30-54 år	23,6	+14,6 *	10,2	+5,9 *	3,3	+1,7 *	35,7	+5,5 *	
73		55-64 år	27,4	+7,6 *	8,1	+2,8 *	4,0	+0,6	44,7	+2,6	
74		65-74 år	25,2	+1,4	3,9	-0,3	1,5	-0,9	48,2	+8,2 *	
75		75-84 år	26,0	+0,0	5,7	-3,0 *	3,7	-0,4	52,6	+1,3	
76		85+ år	29,8	-7,6	7,5	+0,7	2,2	-3,3	66,3	+7,0	
77		55-84 år	26,5	+4,6 *	6,4	+1,1	3,2	+0,1	47,1	+4,6 *	
78	Samtliga	20-84 år	24,4	+11,7 *	9,3	+4,4 *	3,2	+1,1 *	39,7	+5,2 *	

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Legat på sjukhus under 3-mån.period ¹³		Ej besökt tandläkare på 2 år ¹⁴		Röker dagligen ¹⁵		Har aldrig rökt ¹⁶		Antal i befolkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal intervjuer 2002-2004 ¹⁸
FAMILJEFÖRHÅLLANDEN										
Ensamstående										
37	3,4	-0,9	16,4	+3,4 *	33,3	-17,3 *	37,8	+4,2	361	869
38	4,2	-0,9	10,9	-20,3 *	29,1	+4,4	36,3	-28,0 *	166	387
39	5,5	+1,2	16,9	-35,4 *	17,8	+6,5 *	51,6	-27,3 *	154	449
40	8,0	+0,6	26,2	-41,7 *	9,8	+3,5 *	68,0	-21,6 *	224	674
41	12,4	+7,0	44,2	-20,9	2,5	+1,0	86,9	-6,2	138	508
42	6,1	+0,6	18,9	-34,0 *	18,2	+4,9 *	53,3	-25,5 *	544	1 510
43	4,5	-0,3	17,7	-15,9 *	22,8	-6,2 *	51,2	-9,0 *	1 158	3 001
44	4,3	+0,2	25,4	+1,4	24,2	-28,1 *	48,2	+17,6 *	416	936
45	3,3	-8,5	19,6	-27,4 *	34,9	-10,0 *	28,4	+0,1	132	292
46	4,3	-2,6	22,1	-44,0 *	19,3	-20,2 *	34,0	+6,0	81	232
47	11,3	+2,6	30,5	-43,8 *	9,8	-20,2 *	38,2	+9,2 *	83	258
48	22,4	+9,8	44,0	-25,7	3,3	-12,5	45,7	+7,5	38	136
49	5,6	-3,7	23,3	-37,7 *	24,0	-15,3 *	32,5	+3,9	295	782
50	3,8	-1,1	23,7	-7,0 *	20,8	-19,9 *	51,1	+13,6 *	1 059	2 537
51	3,9	-0,3	21,2	+2,4	28,5	-23,1 *	43,3	+11,4 *	777	1 805
52	3,8	-4,2 *	14,7	-23,3 *	31,7	-1,8	32,8	-15,9 *	297	679
53	5,1	+0,0	18,6	-38,1 *	18,3	-1,8	45,6	-17,8 *	235	681
54	8,8	+1,1	27,4	-42,3 *	9,8	-2,7 *	60,2	-13,4 *	307	932
55	14,3	+7,0	44,2	-22,1	2,6	-2,3	77,7	-1,4	175	644
56	5,9	-0,8	20,4	-35,1 *	20,2	-1,7	46,0	-16,1 *	840	2 292
57	4,1	-0,7	20,5	-11,7 *	21,9	-12,6 *	51,2	+1,7	2 217	5 538
Sammanboende										
58	3,6	-0,2	10,3	+0,0	17,7	-15,7 *	51,1	+5,6 *	1 127	2 822
59	3,3	+0,1	4,4	-26,0 *	18,3	-0,4	45,5	-23,1 *	387	977
60	5,3	+0,2	8,9	-40,8 *	11,8	-0,5	59,6	-17,1 *	238	685
61	3,1	-1,4	18,6	-49,4 *	6,5	+4,3 *	72,8	-21,3 *	119	352
62	20,1	..	22,9	..	0,0	..	71,9	..	12	52
63	3,9	+0,1	8,1	-33,2 *	14,4	-0,3	54,3	-19,9 *	744	2 014
64	4,0	-0,4	10,6	-9,2 *	16,2	-12,5 *	54,0	+1,2	2 139	5 496
65	3,3	+1,3	16,1	+1,7 *	15,1	-26,1 *	54,5	+25,6 *	1 094	2 605
66	2,3	-1,6	10,1	-19,3 *	18,0	-17,4 *	32,2	+5,5 *	452	1 085
67	4,2	+1,2	14,1	-34,0 *	12,6	-16,7 *	34,4	+9,2 *	274	829
68	8,5	+1,3	21,4	-48,4 *	7,5	-18,9 *	37,2	+8,0 *	163	489
69	10,8	..	34,4	..	2,6	..	40,9	..	32	140
70	3,9	+0,0	13,4	-28,9 *	14,5	-17,5 *	33,7	+7,2 *	889	2 403
71	3,3	+0,6	16,2	-8,7 *	14,6	-23,1 *	47,3	+18,0 *	2 191	5 488
72	3,4	+0,5	13,2	+0,8	16,5	-20,8 *	52,8	+15,5 *	2 222	5 427
73	2,8	-0,8	7,4	-22,4 *	18,1	-9,2 *	38,3	-8,9 *	839	2 062
74	4,7	+0,7	11,7	-37,1 *	12,2	-9,4 *	46,2	-2,4	513	1 514
75	6,2	+0,2	20,2	-48,8 *	7,1	-10,0 *	52,2	-1,5	281	841
76	13,3	-2,7	31,2	-25,2	1,9	-6,1	49,4	-3,7	44	192
77	3,9	+0,0	11,0	-30,9 *	14,4	-9,6 *	43,1	-5,5 *	1 633	4 417
78	3,7	+0,1	13,4	-9,0 *	15,4	-17,8 *	50,6	+9,6 *	4 329	10 984

ÖVERSIKTSTAB. 2: HÄLSOTILLSTÅND, SJUKVÅRDSKONSUMTION OCH RÖKVANOR
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

			Sömnbesvär ⁹		Känner sig trött för jämnan ¹⁰		Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest ¹¹		Konsulterat läkare för sjukdom ¹²	
SOCIOEKONOMISK GRUPP										
Arbetare										
79	Kvinnor	30-54 år	30,6	+16,4 *	16,9	+8,5 *	8,1	+3,7 *	45,5	+5,7 *
80		55-64 år	39,9	+10,5 *	12,2	+5,3 *	7,4	+1,4	46,2	+1,3
81		65-74 år	35,8	-0,4	7,0	+0,7	3,6	-2,4 *	50,0	+3,3
82		75-84 år	40,3	+4,0	8,3	-4,3 *	6,7	-0,6	52,6	-1,6
83		85+ år	41,8	-4,9	7,3	-8,2	5,0	-3,2	52,8	-13,9
84		55-84 år	38,7	+5,8	9,3	+1,4	6,0	-0,3	49,3	+2,4
85	Samtliga kvinnor	20-84 år	33,9	+12,9 *	13,5	+5,6 *	6,5	+2,0 *	46,9	+5,1 *
86	Män	30-54 år	25,2	+14,6 *	8,1	+4,7 *	4,3	+2,7	35,8	+4,0 *
87		55-64 år	23,7	+5,1	7,1	+0,9	4,9	+1,3	43,7	+0,5
88		65-74 år	19,0	-0,2	3,6	+1,6	2,6	+1,2	47,7	+12,7 *
89		75-84 år	20,4	-0,2	4,3	-2,6	2,1	-0,8	53,3	+7,4
90		85+ år	22,6	-10,0	6,3	+0,2	1,8	-3,4	55,8	+14,5
91		55-84 år	21,5	+2,4	5,4	+0,7	3,5	+0,9	47,1	+6,6 *
92	Samtliga män	20-84 år	23,1	+11,1 *	7,0	+3,4 *	3,6	+2,0 *	39,6	+4,0 *
93	Båda könen	30-54 år	27,8	+15,3 *	12,2	+6,3 *	6,1	+3,1 *	40,4	+4,6 *
94		55-64 år	31,8	+7,4 *	9,6	+3,0 *	6,2	+1,2	44,9	+0,8
95		65-74 år	28,3	-0,6	5,5	+1,0	3,1	-0,9	49,0	+7,2 *
96		75-84 år	32,8	+3,5	6,8	-3,3 *	5,0	-0,4	52,8	+2,1
97		85+ år	36,6	-4,9	7,1	-4,9	4,1	-2,9	53,6	-3,6
98		55-84 år	30,9	+4,3	7,6	+1,1	4,9	+0,2	48,3	+4,3
99	Samtliga	20-84 år	28,5	+11,9 *	10,2	+4,4 *	5,1	+2,0 *	43,2	+4,5 *
Lägre tjänstemän										
100	Kvinnor	30-54 år	27,0	+16,8 *	12,4	+7,3 *	4,7	+1,9	42,2	+5,4
101		55-64 år	32,8	+10,9	14,2	+8,6 *	7,7	+0,3	52,3	+5,7
102		65-74 år	39,0	+11,9	7,4	+3,0	4,1	-6,4 *	51,7	+8,9
103		75-84 år	40,3	..	11,3	..	5,4	..	58,4	..
104		85+ år	49,6	..	15,3	..	3,5	..	63,7	..
105		55-84 år	36,8	+11,2 *	11,2	+5,0 *	5,9	-2,6	53,6	+6,9
106	Samtliga kvinnor	20-84 år	31,8	+19,2 *	11,7	+5,4 *	5,3	+1,4	48,1	+9,0 *
107	Män	30-54 år	22,3	+18,4 *	9,0	+9,0 *	2,5	-0,9	34,9	+8,5 *
108		55-64 år	29,3	+16,8 *	10,4	+8,3 *	7,4	+6,4 *	42,0	+8,2
109		65-74 år	21,7	..	0,6	..	2,3	..	40,2	..
110		75-84 år	16,7	..	9,8	..	3,1	..	51,5	..
111		55-84 år	23,9	+8,4	7,2	+4,5 *	4,8	+4,1 *	43,7	+8,5
112	Samtliga män	20-84 år	22,9	+15,0 *	8,3	+6,8 *	3,5	+1,7	37,3	+8,1 *
113	Båda könen	30-54 år	25,3	+17,2 *	11,1	+7,6 *	3,9	+1,0	39,5	+5,9 *
114		55-64 år	31,6	+13,6 *	13,0	+8,9 *	7,6	+2,8	48,9	+7,2 *
115		65-74 år	33,8	+10,9 *	5,4	+2,0	3,5	-3,7	48,3	+8,9
116		75-84 år	33,1	..	10,9	..	4,7	..	56,3	..
117		85+ år	39,4	..	11,9	..	3,8	..	66,0	..
118		55-84 år	32,7	+11,3 *	9,9	+5,1 *	5,6	-0,2	50,5	+8,1 *
119	Samtliga	20-84 år	28,6	+17,6 *	10,5	+5,7 *	4,6	+1,4	44,3	+8,4 *

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Legat på sjukhus under 3-mån.period ¹³			Ej besökt tandläkare på 2 år ¹⁴		Röker dagligen ¹⁵		Har aldrig rökt ¹⁶		Antal i befolkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal intervjuer 2002-2004 ¹⁸
SOCIOEKONOMISK GRUPP											
Arbetare											
79	3,7	-0,9	16,8	-0,6	30,4	-10,9 *	39,8	+0,5		503	1 260
80	4,2	+0,3	10,9	-28,3 *	28,5	+7,3 *	38,6	-28,7 *		202	500
81	8,9	+2,5	18,7	-36,8 *	17,5	+4,0	52,1	-24,3 *		177	509
82	3,7	-2,8	30,0	-41,7 *	6,7	+1,7	70,7	-21,0 *		174	519
83	9,2	-3,7	46,7	-26,1	2,2	+0,9	83,6	-11,4		81	299
84	5,6	+0,5	19,4	-32,4 *	18,4	+3,2 *	52,6	-23,3 *		553	1 528
85	4,6	-0,4	18,4	-12,3 *	24,3	-7,4 *	47,4	-6,0 *		1 242	3 254
86	4,8	+1,4	21,5	-1,2	24,9	-25,4 *	43,5	+20,1 *		559	1 314
87	2,9	-4,7	19,6	-26,6 *	28,9	-15,7 *	26,9	+5,9		205	483
88	4,8	+0,5	24,4	-41,4 *	15,2	-20,4 *	30,7	+9,8 *		145	428
89	11,3	+3,5	32,9	-45,5 *	12,6	-20,5 *	31,6	+7,1 *		107	323
90	13,1	+3,6	52,0	-27,8	2,2	-17,7	40,7	+7,4		29	115
91	5,2	-1,0	24,2	-35,6 *	20,9	-18,4 *	29,2	+7,4 *		456	1 234
92	4,3	-0,1	23,2	-11,0 *	21,9	-22,1 *	42,1	+14,7 *		1 257	3 120
93	4,3	+0,2	19,3	-0,7	27,5	-18,5 *	41,7	+10,5 *		1 062	2 574
94	3,5	-2,1	15,3	-27,3 *	28,7	-3,6	32,7	-13,0 *		406	983
95	7,0	+1,6	21,3	-38,7 *	16,5	-6,3 *	42,5	-10,1 *		322	937
96	6,5	-0,5	31,1	-43,6 *	8,9	-8,2 *	56,0	-6,5 *		281	842
97	10,0	-1,5	48,1	-26,9	2,2	-5,9	71,9	-0,1		109	414
98	5,4	-0,2	21,6	-33,8 *	19,5	-6,4 *	42,0	-9,8 *		1 009	2 762
99	4,5	-0,2	20,8	-11,6 *	23,1	-14,7 *	44,8	+4,1 *		2 500	6 374
Lägre tjänstemän											
100	1,9	-1,6	9,1	+4,7 *	24,5	-13,9 *	40,4	-0,2		232	568
101	2,2	+1,4	4,7	-8,7 *	23,2	-4,8	38,2	-18,5 *		118	292
102	1,1	+0,5	8,2	-17,4 *	13,4	-0,9	56,9	-13,7 *		97	279
103	5,2	..	13,1	..	13,9	..	62,4	..		75	221
104	28,7	..	21,9	..	5,7	..	74,6	..		20	79
105	2,5	+1,0	8,0	-13,2 *	17,6	-3,8	50,5	-14,5 *		290	792
106	2,3	-1,0	9,2	+0,0	20,7	-13,1 *	47,4	+0,0		575	1 489
107	2,7	-1,6	18,8	+4,0	19,7	-26,5 *	49,4	+26,5 *		136	318
108	4,2	-0,6	11,8	-10,9 *	22,7	-13,2 *	32,4	+10,5		59	138
109	2,3	..	12,7	..	14,6	..	23,7	..		42	125
110	12,0	..	21,8	..	5,1	..	44,3	..		32	95
111	5,6	+1,4	14,5	-18,6 *	16,0	-20,1 *	32,5	+11,7 *		133	358
112	3,6	-0,1	18,5	-2,6	17,8	-22,8 *	45,8	+20,4 *		319	790
113	2,2	-1,6	12,7	+5,0 *	22,7	-18,0 *	43,8	+8,1 *		368	886
114	2,8	+0,5	7,0	-9,9 *	23,1	-8,1 *	36,3	-6,7 *		177	430
115	1,5	-0,1	9,5	-24,0 *	13,8	-7,4 *	47,0	-4,3		139	404
116	7,5	..	15,7	..	11,2	..	56,9	..		106	316
117	38,3	..	23,7	..	4,6	..	66,9	..		30	118
118	3,5	+1,0	10,0	-15,6 *	17,1	-9,9 *	44,9	-4,1		423	1 150
119	2,7	-0,7	12,5	-0,5	19,6	-16,3 *	46,8	+6,2 *		893	2 279

ÖVERSIKTSTAB. 2: HÄLSOTILLSTÅND, SJUKVÅRDSKONSUMTION OCH RÖKVANOR
"Nuläget" i procent, och utvecklingen, i procentenheter, sedan början av 1980-talet.
Jämförelseår för respektive indikator anges i fotnoter.

		Sömnbesvär ⁹		Känner sig trött för jämnan ¹⁰		Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest ¹¹		Konsulterat läkare för sjukdom ¹²		
Tjänstemän på hög- eller mellannivå										
120	Kvinnor	30-54 år	27,1	+17,7 *	13,0	+6,1 *	3,5	+1,6	37,3	+8,1 *
121		55-64 år	33,5	+12,0	11,2	+5,5	4,3	+2,1	45,2	-0,1
122		65-74 år	28,8	-2,8	6,0	+1,2	2,8	-1,8	52,1	+7,1
123		75-84 år	37,0	..	6,3	..	4,6	..	61,5	..
124		85+ år	39,8	..	11,9	..	4,2	..	46,0	..
125		55-84 år	32,8	+6,4	9,0	+3,4	3,9	+0,6	49,6	+1,2
126	Samtliga kvinnor	20-84 år	28,1	+14,5 *	11,6	+5,4 *	3,5	+1,2 *	41,2	+6,6 *
127	Män	30-54 år	20,7	+11,6 *	7,1	+4,7 *	1,4	+0,2	28,2	+5,8 *
128		55-64 år	20,5	+11,7 *	5,5	+1,7	1,9	+0,5	40,0	+3,3
129		65-74 år	15,4	+1,3	2,3	-2,1	0,0	-1,0	48,3	+12,6 *
130		75-84 år	18,9	..	1,6	..	2,3	..	52,7	..
131		85+ år	35,7	..	8,7	..	0,0	..	73,2	..
132		55-84 år	18,8	+7,6 *	4,0	+0,7	1,4	+0,2	44,3	+7,4 *
133	Samtliga män	20-84 år	19,8	+11,0 *	6,3	+3,7 *	1,4	+0,3	34,0	+7,6 *
134	Båda könen	30-54 år	24,0	+14,8 *	10,1	+5,9 *	2,5	+1,0	32,8	+7,7 *
135		55-64 år	26,5	+12,7 *	8,1	+3,6	3,0	+1,2	42,4	+2,6
136		65-74 år	21,5	-0,5	4,0	-0,7	1,2	-1,3	50,0	+10,4 *
137		75-84 år	27,0	+0,4	3,7	+0,9	3,3	+0,1	56,7	+2,7
138		85+ år	37,8	+11,5	10,4	+5,3	2,2	-3,0	59,1	-9,4
139		55-84 år	25,2	+7,4 *	6,3	+2,0	2,6	+0,4	46,7	+5,1
140	Samtliga	20-84 år	23,9	+13,1 *	8,9	+4,9 *	2,5	+0,8	37,6	+7,7 *
Jordbrukare										
141	Båda könen	30-64 år	18,5	..	4,9	..	4,0	..	34,5	..
142		65-84 år	23,9	-0,6	6,9	+0,3	2,3	+0,8	46,2	+5,9
143	Samtliga	20-84 år	21,7	+2,6	6,1	+1,4	2,8	+1,3	41,6	+5,3
Övriga företagare										
144	Båda könen	30-54 år	20,1	+11,0 *	9,2	+6,8 *	3,4	+1,4	32,9	+8,2 *
145		55-64 år	22,4	+4,7	7,7	+1,6	3,8	-0,3	42,9	+1,6
146		65-74 år	26,0	+6,6	4,1	+0,2	4,7	+2,4	52,1	+4,3
147		75-84 år	30,0	..	8,9	..	4,6	..	50,7	..
148		85+ år	25,9	..	6,6	..	4,7	..	58,2	..
149		55-84 år	24,8	+5,0	6,9	+0,3	4,2	+0,2	46,8	+1,2
150	Samtliga	20-84 år	22,7	+9,4 *	8,5	+4,2 *	3,8	+0,9	38,8	+5,0 *
HÄLSOPROBLEM										
Utan hälsoproblem										
151	Kvinnor	55-69 år	24,1	..	2,9	..	1,4	..	35,1	..
152	Kvinnor	70+ år	29,5	..	2,5	..	0,8	..	40,3	..
153	Män	55-69 år	12,7	..	1,6	..	0,8	..	32,1	..
154	Män	70+ år	14,9	..	0,4	..	0,5	..	40,9	..
Med hälsoproblem										
155	Kvinnor	55-69 år	49,3	..	20,7	..	11,3	..	64,8	..
156	Kvinnor	70+ år	43,3	..	12,2	..	6,7	..	60,5	..
157	Män	55-69 år	34,9	..	12,8	..	7,9	..	63,4	..
158	Män	70+ år	24,5	..	7,1	..	3,6	..	61,6	..
Personer som får någon form av äldreomsorg										
159	Kvinnor	55-69 år	59,8	..	37,2	..	18,5	..	75,6	..
160	Kvinnor	70+ år	45,1	..	18,2	..	7,3	..	60,2	..
161	Män	55-69 år	46,4	..	18,4	..	15,5	..	69,4	..
162	Män	70+ år	27,8	..	13,5	..	4,7	..	61,8	..
Otillfredsställt hjälpbehov										
163	Samtliga	70+ år	34,3	..	11,5	..	6,9	..	60,7	..

* anger att förändringen är "statistiskt säker" (signifikant)

	Legat på sjukhus under 3-mån.period ¹³		Ej besökt tandläkare på 2 år ¹⁴		Röker dagligen ¹⁵		Har aldrig rökt ¹⁶		Antal i befolkningen (1000-tal) ¹⁷	Antal intervjuer 2002-2004 ¹⁸
Tjänstemän på hög- eller mellannivå										
120	3,6	+0,4	7,8	+2,9 *	12,3	-13,9 *	57,9	+7,2 *	600	1 477
121	4,7	-0,7	2,5	-11,0 *	14,0	-1,8	49,4	-15,9 *	191	470
122	4,7	-1,6	3,7	-21,8 *	9,3	-5,1	62,5	-4,3	89	262
123	13,1	..	8,4	..	9,8	..	69,1	..	54	160
124	0,0	..	19,6	..	1,5	..	92,0	..	19	72
125	6,0	+0,2	3,8	-16,7 *	12,1	-2,1	56,0	-11,6 *	335	892
126	4,9	+0,7	7,2	-1,8 *	11,6	-11,2 *	59,5	+4,3 *	1 047	2 640
127	2,3	+1,6	16,6	+8,1 *	9,1	-25,3 *	63,4	+28,5 *	577	1 348
128	2,2	-2,8	5,3	-8,5 *	15,1	-16,8 *	33,3	+6,3	222	520
129	5,2	+3,8	5,2	-16,7 *	12,1	-14,2 *	39,2	+14,5 *	110	334
130	7,0	..	9,3	..	6,4	..	37,7	..	67	208
131	0,0	..	24,4	..	2,4	..	40,2	..	16	65
132	3,7	+0,2	5,9	-12,6 *	12,9	-16,4 *	35,6	+9,4 *	398	1 062
133	2,6	+1,1	13,7	+2,5 *	10,4	-21,2 *	54,0	+19,6 *	1 071	2 626
134	3,0	+1,2	12,1	+5,2 *	10,7	-20,1 *	60,6	+19,2 *	1 178	2 825
135	3,3	-1,9	4,0	-9,7 *	14,6	-11,0 *	40,8	-1,6	413	990
136	5,0	+1,4	4,5	-18,7 *	10,8	-10,6 *	49,7	+6,8	199	596
137	9,9	+4,8	8,9	-24,4 *	7,9	-6,3 *	51,8	-2,2	121	368
138	0,0	-5,7	21,7	-10,3	1,9	+0,0	67,9	+3,0	35	137
139	4,8	+0,2	4,9	-14,4 *	12,5	-10,6 *	45,0	+1,2	733	1 954
140	3,8	+1,1	10,5	+0,3	11,0	-16,8 *	56,7	+13,6 *	2 118	5 266
Jordbrukare										
141	4,5	..	14,8	..	15,6	..	55,1	..	28	71
142	5,7	+1,4	27,0	-45,8 *	5,0	-4,8 *	66,5	-2,7	65	192
143	5,3	+1,7	22,8	-32,9 *	8,2	-6,2 *	63,7	-3,5	95	268
Övriga företagare										
144	5,2	+3,2	10,6	-0,5	17,1	-26,7 *	50,3	+13,2 *	237	566
145	1,4	-1,3	9,5	-18,5 *	19,8	-5,9	36,4	-13,4	107	260
146	2,7	-3,8	14,0	-25,2 *	15,4	-11,5 *	41,3	-8,3	54	162
147	3,8	..	28,4	..	5,4	..	56,1	..	38	119
148	17,3	..	33,2	..	1,2	..	66,5	..	19	68
149	2,1	-2,9	14,4	-25,6 *	16,0	-7,0 *	41,3	-9,2 *	200	541
150	4,0	+0,4	13,2	-10,6 *	16,8	-18,4 *	47,1	+4,0	464	1 170
HÄLSOPROBLEM										
Utan hälsoproblem										
151	2,9	..	4,8	..	18,8	..	46,4	..	418	1 083
152	3,3	..	18,2	..	6,9	..	69,1	..	197	585
153	2,2	..	8,8	..	17,8	..	34,7	..	499	1 261
154	3,3	..	17,9	..	8,6	..	40,8	..	214	658
Med hälsoproblem										
155	6,2	..	10,2	..	22,7	..	44,3	..	343	883
156	8,5	..	28,2	..	8,3	..	70,3	..	481	1 533
157	5,4	..	19,1	..	25,2	..	26,2	..	282	709
158	11,7	..	30,5	..	8,6	..	34,9	..	258	833
Personer som får någon form av äldreomsorg										
159	10,6	..	13,3	..	25,2	..	40,3	..	71	183
160	13,0	..	36,3	..	7,4	..	75,3	..	243	824
161	9,9	..	30,8	..	40,6	..	21,9	..	35	90
162	15,7	..	37,2	..	8,9	..	32,4	..	105	361
Otillfredsställt hjälpbehov										
163	11,2	..	32,2	..	11,8	..	65,2	..	48	156

TABELLINFORMATION (forts. från sidorna före tabellredovisningen)**16) Har aldrig rökt**

"Nulägesbeskrivning": År 2002-2004.

Trend: Följande år ingår: 1980-1981; 1988-2004.

Differens (då åldersklassen 85+ ingår:): Jämförelse mellan perioden 1988-1989 och 2002-2004.

17) Antal i befolkningen (1000-tal): I denna tabell redovisas de uppskattade befolkningsgenomsnitten inom resp. grupp för åren 2002-2004.

18) Antal intervjuer: I denna tabell redovisas det totala antalet intervjuer i de olika befolkningsgrupperna under perioden 2002-2004. För andra tidsintervall enligt ovan hänvisas till tabeller i kapitel 5.