

LEVNADSFÖRHÅLLANDEN

RAPPORT 127

SCB

Statistiska centralbyrån Statistics Sweden

Statistiska centralbyrån



Hälsa 2012–2013



Tidigare publiceringar i serien LEVNADSFÖRHÅLLANDEN

- 126 Arbetstider och arbetsmiljö 2010–2011
- 125 Barns upplevelser av skolan
- 124 Levnadsstandard i Europa
- 123 Nu för tiden
- 122 Offer för våld och egendomsbrott 2008–2009
- 121 Boendesituationen i Europa
- 120 Medborgerliga aktiviteter 2008–2009
- 119 Barns sociala relationer
- 118 Fritid 2006–07
- 117 Boende och boendemiljö 2006–07
- 116 Barns fritid
- 115 Barns hälsa
- 114 Alkohol- och tobaksbruk
- 113 Ohälsa och sjukvård 2004–05
- 112 Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003
- 111 Utbildning – Nivå och inriktning 1975–2003
- 110 Barns villkor
- 109 Sysselsättning, arbetstider och arbetsmiljö 2002–2003
- 108 Ungdomars etablering: Generationsklyftan 1980–2003
- 107 Så bor vi i Sverige
- 106 Perspektiv på välfärden 2004
- 105 Bruk och missbruk, vanor och ovanor – Hälsorelaterade vanor 1980–2002
- 104 Offer för våld och egendomsbrott 1978–2002
- 103 Fritid 1976–2002
- 102 Politiska resurser och aktiviteter 1992–2001
- 101 Associational life in Sweden (General Welfare, Social Capital, Training in Democracy)
- 100 Välfärd och ofärd på 90-talet
- 99 Tid för vardagsliv
- 98 Föreningslivet i Sverige (Välfärd, Socialt kapital, Demokratiskola)
- 1–97 Rapporter som avser perioden 1975–1999

LEVNADSFÖRHÅLLANDEN 127

Hälsa 2012–2013

Statistiska centralbyrån
2015

Living conditions Report 127

Health 2012–2013

Statistics Sweden
2015

Tidigare publicering – se omslagets insida
Previous publication – listed at the inside of the cover

Producent SCB, enheten för social välfärdsstatistik
Producer Statistics Sweden, Social Welfare Statistics Unit
Box 24300, SE-104 51 Stockholm
+46 8 506 940 00

Förfrågningar Anna Hagman, +46 8 506 948 19
Enquiries anna.hagman@scb.se

Charlotte Samuelsson, +46 8 506 948 17
charlotte.samuelsson@scb.se

Det är tillåtet att kopiera och på annat sätt mångfaldiga innehållet. Om du citerar, var god uppge källan på följande sätt:

Källa: SCB, *Levnadsförhållanden rapport 127, Hälsa 2012–2013*

It is permitted to copy and reproduce the contents in this publication.

When quoting, please state the source as follows:

Source: Statistics Sweden, *Living Conditions Report 127, Health 2012–2013*.

Omslag/Cover: Ateljén, SCB
Foto/Photo: Charlotte Samuelsson

ISSN 1654-1707 (Online)
URN:NBN:SE:SCB-2015-LE127BR1501_pdf

Printed in Sweden
SCB-Tryck, Örebro 2015.05

Förord

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför på uppdrag av Sveriges riksdag från och med 1975 löpande undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden. Uppgifterna samlas in genom telefonintervjuer med ett urval av Sveriges vuxna befolkning, 16 år och äldre. Resultaten publiceras i SCB:s serie Levnadsförhållanden.

I denna rapport ges en beskrivning av befolkningens hälsotillstånd och sjukdomar, psykiska hälsa, syn- och hörselnedsättning, vikt samt tobaksanvändning. Rapporten baseras framför allt på uppgifter från 2012 och 2013 års Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Enstaka jämförelser görs med tidigare år.

Rapporten har utarbetats av Anna Hagman, som skrivit kapitlen om psykisk hälsa, nedsatt syn samt vikt, och Charlotte Samuelsson, som skrivit kapitlen om sjukdomar och hälsotillstånd, nedsatt hörsel samt tobaksanvändning. Anne Danielsen Rackner och Anna Nyman har bidragit med värdefulla synpunkter.

Statistiska centralbyrån i maj 2015

Inger Eklund

Magnus Sjöström

SCB tackar

Tack vare våra uppgiftslämnare – privatpersoner, företag, myndigheter och organisationer – kan SCB tillhandahålla tillförlitlig och aktuell statistik som tillgodoser samhällets informationsbehov.

Innehåll

*A separate text in English is provided at the end of the publication.
A table supplement in English is provided at www.scb.se/ulf*

Förord	3
Sammanfattning	11
1. Inledning	13
Rapportens disposition	13
2. Sjukdomar och upplevt hälsotillstånd	15
Har sjukdom eller hälsobesvär	15
Antal och typ av sjukdomar	18
Subjektiv bedömning av den egna hälsan.....	21
Skillnader i hälsa mellan utbildningsgrupper	24
3. Psykisk hälsa	29
Ängslan, oro eller ångest.....	29
Ensam.....	30
Ledsen eller nere.....	32
4. Syn	33
Ekonomi.....	35
Utbildningsnivå	36
5. Hörsel	37
Svårt att höra samtal mellan flera personer	37
Använder hörapparat.....	38
Nedsatt hörsel	38
6. Vikt	41
BMI-måttet	41
Undervikt.....	42

Övervikt och fetma.....	43
BMI och hälsa	44
7. Tobaksanvändning	45
Rökning.....	45
Snusning.....	47
Rökning och snusning sammantaget	49
Slutat röka eller snusa	53
Fakta om statistiken	55
Undersökningarna av levnadsförhållanden	55
Detta omfattar statistiken	55
Objekt och population.....	55
Statistiska mått	55
Redovisningsgrupper.....	55
Så görs statistiken	56
Urval	56
Datainsamling	56
Resultatberäkning.....	56
Statistikens tillförlitlighet	57
Jämförelse över tid	58
Orsakssamband	58
Beskrivning av redovisningsgrupper	58
Ålder	59
Hushållstyp	59
Svensk/utländsk bakgrund	59
Utbildning.....	60
Kommungrupp	60
Beskrivning av ytterligare redovisningsgrupper.....	61
Referenser	63

Bilaga 1. Att fråga om sjukdomar och hälsobesvär	67
Allmän eller direkt fråga.....	68
Diabetes.....	68
Högt blodtryck.....	69
In English	71
Summary	71

Tabellförteckning

Tabell 2.1. Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra, bra, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	22
Tabell 2.2. Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra, bra, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt, fördelat på förekomst av sjukdom och svåra besvär av sjukdom. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.....	23
Tabell 2.3. Andel som har sjukdom eller hälsobesvär, svåra besvär av sjukdom eller hälsobesvär, behöver hjälp pga. sjukdom eller hälsobesvär respektive bedömer sin hälsa som mycket bra eller bra, fördelat på ålder och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	25
Tabell 2.4. Andel som har sjukdom i cirkulationsorganen, högt blodtryck, diabetes respektive allergi, fördelat på ålder och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	27
Tabell 4.1. Andel som har svårt att se även om de använder glasögon eller linser respektive har svårt att se och använder inte glasögon eller linser, fördelat på kontantmarginal. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.....	35
Tabell 4.2. Andel 16–64 åringar som har glasögon eller nedsatt syn, fördelat på utbildningsnivå. Personer 16–64 år. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	36
Tabell 7.1. Andel som röker dagligen, snusar dagligen respektive röker och/eller snusar dagligen, fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	52

Diagramförteckning

Diagram 2.1. Andel som har sjukdom eller hälsobesvär respektive behöver hjälp pga. sjukdom eller hälsobesvär, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	17
--	----

Diagram 2.2. Andel som har en, två respektive tre eller fler sjukdomsdiagnoser, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	19
Diagram 2.3. Andel som har olika typer av sjukdomar, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	20
Diagram 3.1. Andel som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	30
Diagram 3.2. Andel som känner sig ensamma, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	31
Diagram 3.3. Andel som känner sig ledsna eller nere, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	32
Diagram 4.1. Andel som använder glasögon eller linser, fördelat på ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	33
Diagram 4.2. Andel som har svårt att se även om de använder glasögon eller linser. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	34
Diagram 5.1. Andel som har nedsatt hörsel, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	39
Diagram 6.1. Andel som är underviktiga, fördelat på ålder. Personer 16 år och äldre. År 1988–1989 respektive 2012–2013. Procent och felmarginal.	43
Diagram 7.1. Andel som röker dagligen eller då och då, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	46
Diagram 7.2. Andel som snusar dagligen eller då och då, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	47
Diagram 7.3. Andel som röker och/eller snusar dagligen eller då och då, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.	50
Diagram 7.4. Andel som röker dagligen, snusar dagligen respektive röker och/eller snusar dagligen, fördelat på kön, svensk respektive utländsk	

bakgrund och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.....	51
Diagram 7.5. Andel som slutat röka/snusa dagligen och som nu helt avstår från tobaksanvändning eller har övergått till då-och-då-användning av tobak, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012– 2013. Procent och felmarginal.....	54

Sammanfattning

Åtta av tio i den vuxna befolkningen, 16 år och äldre, tycker att deras hälsa är mycket bra eller bra. Samtidigt har närmare hälften någon sjukdom eller hälsoproblem och nästan två av tio uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest. Att ha en sjukdom eller ett hälsoproblem är inte alltid detsamma som att man upplever sig ha en dålig hälsa. Det är dock vanligare att de som har en sjukdom, och i synnerhet de som har svåra besvär av en sjukdom, bedömer att deras hälsa är dålig eller mycket dålig.

Medan många fysiska sjukdomar och hälsoproblem är betydligt vanligare bland äldre än yngre uppvisar den psykiska hälsan ett annat åldersmönster, där det är de i 20–30-årsåldern och de som är äldre än 80 år som i stor utsträckning har problem med såväl ängslan, oro eller ångest som känsla av ensamhet och att vara ledsen eller nere.

Nedsatt syn och nedsatt hörsel är också vanligare bland äldre än yngre. Från 40-årsåldern är det en majoritet som använder glasögon eller kontaktlinser och från 50-årsåldern använder fler än nio av tio glasögon eller kontaktlinser. Undersökningen tyder på att hushållets ekonomi kan påverka om man skaffar nya glasögon eller linser när synen förändras.

Det är vanligare att kvinnor än män har någon sjukdom eller hälsoproblem, har besvär av ängslan, oro eller ångest, känner sig ensamma, ledsna eller nere. Det är också en större andel kvinnor än män som behöver hjälp med något för att klara av sitt dagliga liv på grund av sjukdom.

Folkhälsomyndigheten konstaterar i sin årsrapport om folkhälsan 2014 att hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen och lyfter i detta sammanhang fram skillnaderna i hälsa mellan olika utbildningsgrupper.¹ Utöver skillnader mellan till exempel kvinnor och män och olika åldersgrupper finns det även skillnader mellan olika utbildningsgrupper. Det är med andra ord vanligare att de som har en förgymnasial än en eftergymnasial utbildning bland annat har en sjukdom eller ett hälsoproblem, har svåra besvär av sjukdom, behöver hjälp för att klara av sitt dagliga liv på grund av sjukdom och själva anser att deras hälsa är dålig eller mycket dålig. Jämfört med de som har en eftergymnasial utbildning är det också något

¹ Folkhälsomyndigheten. 2014. [Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014](#).

vanligare att de som har förgymnasial eller gymnasial utbildning har svårt att se även om de använder glasögon eller kontaktlinser.

I rapporten beskrivs även två aspekter som kan påverka hälsan negativt – att väga mer eller mindre än det som bedöms vara normalvikt samt tobaksanvändning. En positiv utveckling är dels att andelen underviktiga har minskat något de senaste 25 åren, dels att andelen som röker varje dag har mer än halverats sedan början av 1980-talet. Samtidigt har dock såväl andelen överviktiga som feta ökat. Andelen feta har mer än dubblats sedan slutet av 1980-talet och idag är det fler än hälften av männen och fyra av tio kvinnor som är överviktiga eller feta.

1. Inledning

Vart åttonde år har det inom ramen för Undersökningarna av levnadsförhållanden genomförts så kallade hälsofördjupningar, då hälsoavsnittet har utökats med extra frågor.² Denna rapport, med tillhörande tabellbilaga, utgör avrapportering av den senaste av dessa hälsofördjupningar, som genomfördes åren 2012–2013.

Denna rapport ger en beskrivning av befolkningens hälsotillstånd och sjukdomar, psykiska hälsa, syn- och hörselnedsättning, vikt samt tobaksvanor. I rapporten beskrivs skillnader mellan olika grupper, till exempel män och kvinnor, yngre och äldre samt olika utbildningsgrupper. I rapporttexten nämns enbart statistiskt signifikanta eller säkerställda skillnader mellan olika grupper. I rapporten redovisas framför allt resultat för frågor som ställts åren 2012–2013. På grund av omläggningar av undersökningen under åren 2006–2008 görs endast enstaka jämförelser över tid. Mer information om detta finns i kapitlet *Fakta om statistiken*.

Rapportens tabellbilaga, som finns tillgänglig på SCB:s webbplats (www.scb.se/ulf), omfattar inte enbart resultat som nämns i rapporten utan innehåller även resultat för andra hälsoindikatorer från åren 2012–2013. I tabellbilagan redovisas samtliga indikatorer fördelat på kön, åldersgrupper, hushållstyp, svensk respektive utländsk bakgrund, utbildningsgrupper och region.

Rapportens disposition

I kapitel 2 redogörs för sjuklighet och subjektivt hälsotillstånd, medan kapitel 3 handlar om psykisk hälsa med fokus på besvär av ångslan, oro eller ångest och känsla av ensamhet, liksom att vara ledsen eller nere.

I kapitel 4 och 5 beskrivs förekomsten av två typer av funktionsnedsättning – nedsatt syn respektive nedsatt hörsel.

² Resultat från tidigare hälsofördjupningar finns redovisade i följande rapporter inom serien Levnadsförhållanden:

SCB. 2006. [Ohälsa och sjukvård 1980–2005](#). Rapport nr. 113,

SCB. 2002. [Ohälsa och sjukvård 1980–2000](#). Rapport nr. 95.

Rapportens två sista kapitel handlar om aspekter som kan påverka hälsan negativt – under- och övervikt samt tobaksanvändning.

I *Fakta om statistiken* beskrivs undersökningens upplägg och hur statistiken framställts. Här finns också en beskrivning av de olika redovisningsgrupper som används i rapporten.

I bilaga 1 ges en kort beskrivning av hur resultaten av förekomst av sjukdomar eller hälsobesvär kan påverkas av olika sätt att fråga eller mäta.

I rapporten presenteras ett urval av resultat i text, diagram och tabeller. Tabeller med resultat för samtliga redovisningsgrupper, det vill säga kön, ålder, hushållstyp, svensk respektive utländsk bakgrund, utbildningsnivå samt region finns i en separat tabellbilaga på SCB:s webbplats (www.scb.se/ulf) där även denna rapport återfinns i elektronisk version.

2. Sjukdomar och upplevt hälsotillstånd

Sjukdomar och hälsoproblem kan vara akuta eller kroniska, ge fler eller färre symptom, liksom stora, vissa eller inga besvär. Beroende på vilken sjukdom eller hur många sjukdomar eller hälsoproblem en individ har påverkas livet på olika sätt. En sjukdom kan i vissa fall handla om att individen regelbundet behöver ta medicin, i andra fall handlar det om att hela livet förändras. I en avhandling av Lena Nordgren, om hur hjärtsvikt påverkar personer som är upp till 65 år, beskriver en av intervju-personerna att det känns som om livet blivit avbrutet.³ Personer som helt eller delvis tillfrisknat efter att ha drabbats av afasi⁴ beskriver sin situation utan språk som ett fängelse.⁵ Ytterligare forskning visar till exempel att personer med diabetes, i synnerhet de som får diagnosen tidigt i livet, liksom män som nyligen fått besked att de har prostata-cancer, har en ökad risk att begå självmord.⁶

Har sjukdom eller hälsobesvär

Förekomst av sjukdomar eller hälsobesvär kan mätas på olika sätt. I Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) ställs dels frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?", dels frågan "Tar du regelbundet medicin för något?". Av 2012–2013 års undersökning framkommer att 35 procent av de som är 16 år och äldre

³ forskning.se. 2008. Pressmeddelande från Växjö universitet 2008-05-23: [När kroppen sätter gränser: om att leva med hjärtsvikt i medelåldern](#).

⁴ Afasi innebär att man har språkliga svårigheter som ett resultat av en hjärnskada, oftast på grund av en stroke. Den drabbade kan antingen ha svårt att prata och skriva alternativt svårt att förstå talat och skrivet språk.

⁵ Nyström, Maria. 2012. [I begynnelsen var ordet. Ett vårdvetenskapligt perspektiv på språk och afasi](#). Högskolan i Borås. Vetenskap för profession, rapport nr. 21.

⁶ Karolinska institutet. 2014. KI Nyheter 2014-05-28: [Ökad risk för självmord vid diabetes](#) samt Karolinska institutet. 2009. KI Pressmeddelande 2009-12-15: [Cancerdiagnos ökar risk för självmord och hjärtkärlsjukdom](#).

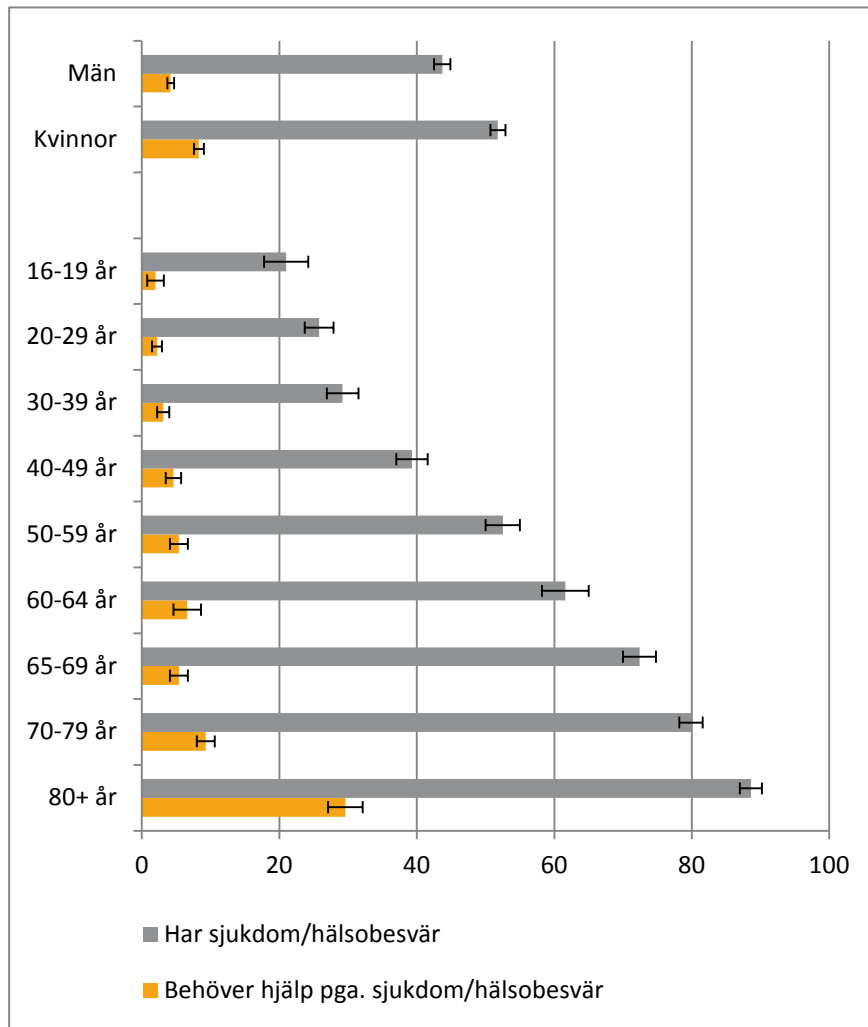
har en sjukdom eller något hälsoproblem, medan 39 procent regelbundet tar medicin. Om vi beaktar svar på såväl frågan om sjukdom och hälsobesvär som på frågan om medicinering och anser att dessa svar tillsammans indikerar förekomst av sjukdom eller hälsobesvär är det 48 procent, istället för 35 procent, som har någon sjukdom eller hälsoproblem.

Det vanligare att kvinnor än att män uppger att de har något hälsoproblem (*diagram 2.1*). Det gäller oavsett om vi mäter förekomst av sjukdom eller hälsoproblem med en fråga om intervjupersonen har sjukdom eller hälsobesvär, med en fråga om medicinering eller beaktar svar på båda dessa frågor. Det är också vanligare att kvinnor än män upplever att de har svåra besvär av sjukdom eller hälsoproblem – 16 procent jämfört med 10 procent bland männen. Det är dessutom en större andel kvinnor än män – 8 respektive 4 procent – som uppger att sjukdom eller hälsobesvär innebär att de behöver hjälp med något för att klara av sitt dagliga liv.

Förekomsten av sjukdomar eller hälsobesvär fångas inte helt och hållet in av frågor om man har någon kronisk sjukdom, långvariga hälsobesvär eller regelbundet tar medicin mot något. Sjukdomar som intervjupersonen sällan eller aldrig har besvär av är exempel på hälsotillstånd som kanske inte alltid nämns i samband med frågor om sjukdomar eller hälsobesvär i allmänhet. När man ställer mer direkta frågor, till exempel "Har du någon allergi?", är det fler som svarar ja än som har uppgett att de har en allergi på frågorna om sjukdomar och hälsobesvär i allmänhet och om medicinering. I *bilaga 1* finns mer att läsa om hur olika sätt att mäta förekomst av sjukdomar och hälsoproblem kan ge olika resultat.

Diagram 2.1.

Andel som har sjukdom eller hälsobesvär respektive behöver hjälp pga. sjukdom eller hälsobesvär, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Not: Sjukdom/hälsobesvär anses de ha som har svarat ja antingen på frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?".

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Antal och typ av sjukdomar

Baserat på såväl frågan om sjukdom eller hälsobesvär som frågan om medicinering ställs följdfrågor i ULF/SILC 2012–2013 för att bedöma vilken eller vilka sjukdomar eller hälsoproblem de intervjuade har. Uppgifterna används för att tilldela en diagnoskod i enlighet med Världshälsoorganisationens klassifikation ICD-10.⁷ Utifrån dessa uppgifter framgår det att 27 procent av de som är 16 år och äldre har en sjukdomsdiagnos, medan 13 procent har två och 9 procent har tre eller fler sjukdomsdiagnoser. Det är en högre andel kvinnor än män som har två eller fler diagnoser. Det är också vanligare att äldre än yngre har såväl en, två eller fler sjukdomsdiagnoser (*diagram 2.2*).

Utifrån diagnoskoderna kan man gruppera sjukdomar i olika kategorier, som till exempel sjukdomar i cirkulationsorganen, dit bland annat hjärt-sjukdomar, lågt eller högt blodtryck samt åderbräck räknas, och sjukdomar i nervsystemet, dit bland annat Alzheimers, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom räknas. Utifrån de tilldelade diagnoskoderna i ULF/SILC framgår att sjukdomar i cirkulationsorganen, i synnerhet högt blodtryck, är förhållandevis vanligt i den vuxna befolkningen, 16 år och äldre (*diagram 2.3*). Nästan två av tio har någon form av sjukdom i cirkulationsorganen. I likhet med många, men inte alla, sjukdomar är det vanligare bland äldre än yngre att ha någon sjukdom i cirkulationsorganen. I gruppen som är mellan 60–64 år är det tre av tio som har en sådan sjukdom, medan motsvarande andel i gruppen 65–69 år är fyra av tio, i gruppen 70–79 år är det fem av tio och bland de som är 80 år och äldre är det sex av tio.

Sjukdomar i skelettet eller i rörelseorganen, som till exempel artros eller reumatism, bedöms 12 procent av den vuxna befolkningen ha. Det är vanligare att kvinnor än att män uppger att de har sjukdomar i skelett eller rörelseorganen: 16 jämfört med 9 procent. Det är betydligt vanligare att äldre än yngre tilldelats en diagnos som rör skelett eller rörelseorgan – i åldersgruppen 16–19 år handlar det om 3 procent, vilket kan jämföras med 25 procent i åldersgruppen 80 år och äldre.

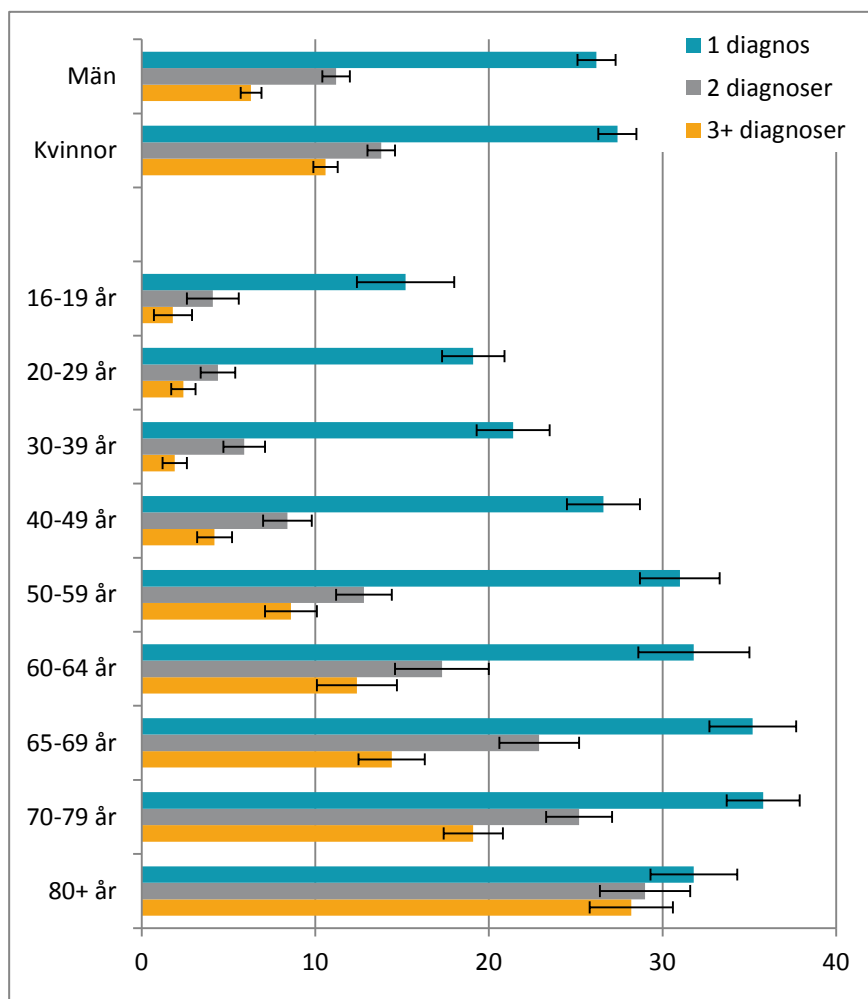
En av tio har en sjukdom som hör till kategorin endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningsjukdomar, som till exempel diabetes, laktosintolerans eller struma. Det är en något större andel

⁷ Information om ICD-10 finns på [Socialstyrelsens webbsida](#).

kvinnor än män – 12 respektive 8 procent – som har denna typ av diagnos. Även dessa sjukdomstyper är betydligt vanligare bland äldre än yngre.

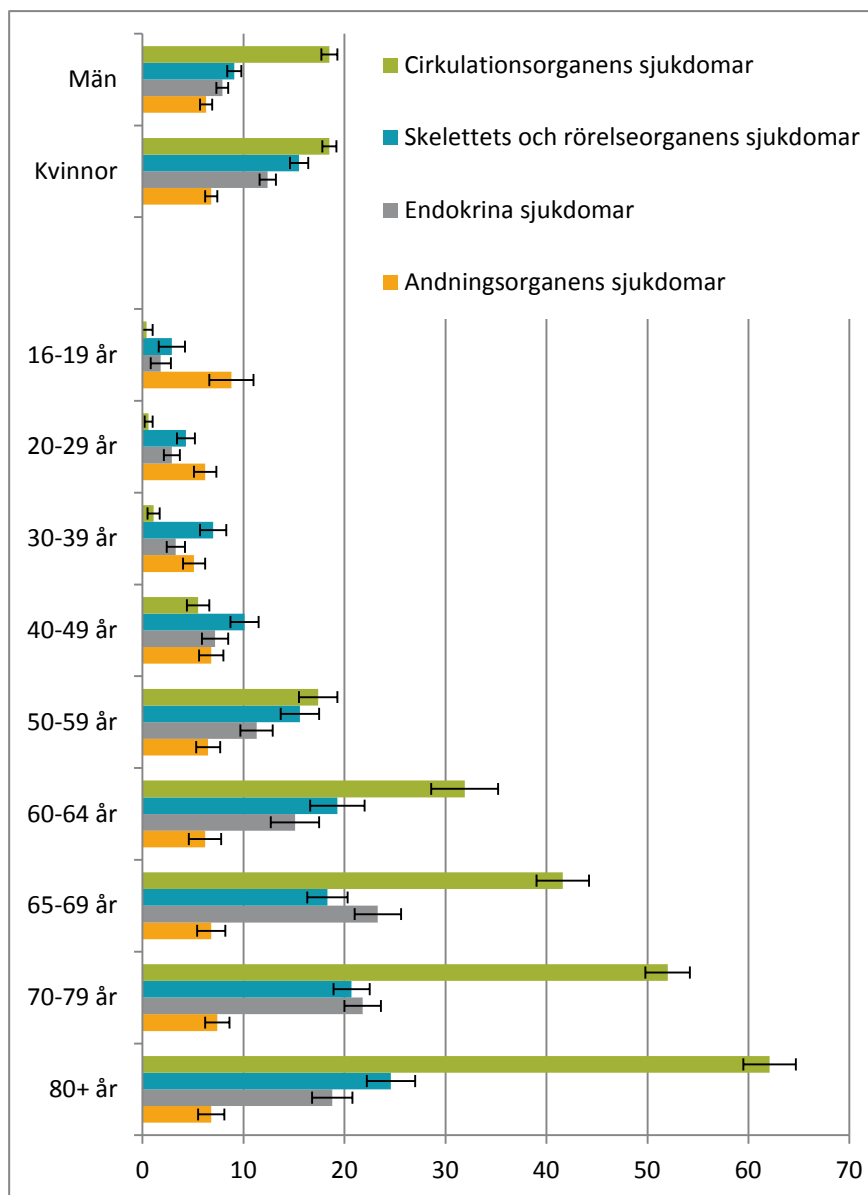
Diagram 2.2.

Andel som har en, två respektive tre eller fler sjukdomsdiagnoser, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Diagram 2.3.
Andel som har olika typer av sjukdomar, fördelat på kön och ålder.
Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Sjukdomar i andningsorganen, som till exempel astma, och hudsjukdomar är exempel på sjukdomstyper där andelen som drabbas är ungefär lika stor i alla åldersgrupper och där det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män. 7 procent uppger att de har någon sjukdom i andningsorganen, medan 2 procent har en hudsjukdom.

Subjektiv bedömning av den egna hälsan

Åtta av tio i den vuxna befolkningen, 16 år och äldre, tycker att deras hälsotillstånd är mycket bra eller bra.⁸ I åldersgruppen 16–29 år är det nio av tio som gör den bedömningen, medan det är fem av tio bland de som är 80 år och äldre som anser att de har en mycket bra eller bra hälsa. En större andel män än kvinnor – 83 respektive 77 procent – bedömer att de har en mycket bra eller bra hälsa (*tabell 2.1*).

Bland de som har en eller flera sjukdomsdiagnoser⁹ bedömer 18 procent att de har en mycket bra hälsa och 46 procent tycker att de har en bra hälsa (*tabell 2.2*). Sammantaget anser 64 procent bland de med minst en sjukdomsdiagnos att deras hälsa trots allt är mycket bra eller bra. Det är dock betydligt vanligare att de som inte har någon sjukdomsdiagnos gör den bedömningen: 95 procent, varav 52 procent bedömer sin hälsa som mycket bra och 43 procent tycker att de har en bra hälsa.

Om man istället tittar på gruppen personer som har svåra besvär av sjukdom eller hälsoproblem är det 7 procent som tycker att deras hälsotillstånd är mycket bra och 28 procent som bedömer att hälsotillståndet är bra. En majoritet i den här gruppen anser dock att deras hälsa är någorlunda (39 procent), dålig (19 procent) eller mycket dålig (8 procent).

⁸ Baserat på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det mycket bra, bra, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt?".

⁹ Baserat på sjukdomskodningen i ULF/SILC, som görs utifrån svar på de allmänna frågorna "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" samt "Tar du regelbundet medicin för något?".

Tabell 2.1.

Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra, bra, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Mycket bra hälsa	Bra hälsa	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa	Mycket dålig hälsa
Män	38,0 ±1,3	45,1 ±1,3	13,1 ±0,9	2,7 ±0,4	1,2 ±0,3
Kvinnor	34,5 ±1,2	42,9 ±1,2	17,1 ±0,9	4,2 ±0,5	1,3 ±0,3
16–19 år	51,8 ±4,0	41,0 ±3,9	5,6 ±1,8	1,4 ±1,0	0,2 ±0,4
20–29 år	45,1 ±2,4	44,9 ±2,4	8,2 ±1,3	1,2 ±0,6	0,6 ±0,4
30–49 år	46,6 ±2,5	42,2 ±2,5	8,7 ±1,4	1,5 ±0,6	1,0 ±0,6
40–49 år	37,9 ±2,3	45,1 ±2,4	12,2 ±1,6	3,1 ±0,9	1,7 ±0,7
50–59 år	34,8 ±2,4	43,8 ±2,5	15,4 ±1,9	4,5 ±1,2	1,5 ±0,7
60–64 år	29,7 ±3,1	44,3 ±3,5	19,8 ±2,8	4,9 ±1,6	1,3 ±0,9
65–69 år	27,0 ±2,3	47,2 ±2,7	21,2 ±2,2	3,3 ±1,1	1,3 ±0,6
70–79 år	20,8 ±1,7	45,7 ±2,2	25,9 ±1,9	5,6 ±1,0	2,0 ±0,7
80+ år	12,4 ±1,8	39,2 ±2,7	37,1 ±2,7	9,6 ±1,7	1,7 ±0,7

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Tabell 2.2.

Andel som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra, bra, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt, fördelat på förekomst av sjukdom och svåra besvär av sjukdom. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Mycket bra hälsa	Bra hälsa	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa	Mycket dålig hälsa
Har ingen sjukdom	52,0 ±1,3	42,5 ±1,3	5,0 ±0,6	0,4 ±0,2	0,1 ±0,1
Män	51,4 ±1,8	42,5 ±1,8	5,6 ±0,9	0,3 ±0,2	0,2 ±0,2
Kvinnor	52,7 ±1,9	42,6 ±1,9	4,3 ±0,8	0,4 ±0,2	0,1 ±0,1
Har sjukdom	18,4 ±1,0	45,6 ±1,3	26,5 ±1,1	6,9 ±0,7	2,5 ±0,5
Män	20,1 ±1,5	48,5 ±1,9	23,1 ±1,6	5,8 ±0,9	2,5 ±0,7
Kvinnor	17,1 ±1,3	43,3 ±1,7	29,3 ±1,5	7,8 ±1,0	2,6 ±0,6
Har svåra besvär av sjukdom	6,7 ±1,3	27,5 ±2,2	38,8 ±2,5	19,0 ±2,1	8,0 ±1,5
Män	8,0 ±2,4	27,7 ±3,8	35,5 ±4,1	19,2 ±3,4	9,5 ±2,8
Kvinnor	5,9 ±1,5	27,3 ±2,8	40,8 ±3,2	18,9 ±2,7	7,2 ±1,8

Not: Förekomst av sjukdom baseras på ja-svar antingen på frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?".

Har svåra besvär av sjukdom avser de som svarat ja antingen på frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?" och som svarat att de har mycket svåra eller svåra besvär på följdfrågan "Är besvären obetydliga, måttliga, svåra eller mycket svåra?".

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Skillnader i hälsa mellan utbildningsgrupper

Folkhälsomyndigheten konstaterar i sin årsrapport om folkhälsan 2014 att hälsan fortfarande är ojämnt fördelad i befolkningen och lyfter i detta sammanhang fram skillnaderna i hälsa mellan olika utbildningsgrupper.¹⁰

Utöver skillnader mellan till exempel män och kvinnor och olika åldersgrupper finns det således även skillnader i hälsa mellan olika utbildningsgrupper. Utbildningsnivå är delvis åldersrelaterad – våra yngsta intervjupersoner kan till exempel ännu inte ha genomgått en eftergymnasial utbildning och det är vanligare att yngre än äldre har en eftergymnasial utbildning.¹¹ För att ta hänsyn till det redovisas resultaten i tabellbilagan gällande utbildning inte enbart för alla svarande, 16 år och äldre, utan även uppdelat på tre åldersgrupper: 16–29 år, 30–64 år och 65 år och äldre.

Utän att beakta ålder visar resultaten från ULF/SILC att det är vanligare att personer med förgymnasial än med eftergymnasial utbildning uppger att de har någon sjukdom eller hälsoproblem. Det gäller oavsett om vi mäter förekomst av sjukdom eller hälsoproblem med en fråga om intervjupersonen har sjukdom eller hälsobesvär, med en fråga om medicinering eller beaktar svar på båda dessa frågor.

När man beaktar ålder finns ingen skillnad i förekomst av sjukdom eller hälsoproblem mellan olika utbildningsgrupper bland de som är 16–29 år, däremot är skillnaderna tydliga bland de som är äldre än 29 år. Bland de med förgymnasial utbildning, och som är mellan 30–64 år, är det 56 procent som uppger att de har någon sjukdom eller hälsoproblem alternativt tar medicin. Det kan jämföras med 47 procent bland de med gymnasial utbildning och 36 procent bland de med eftergymnasial utbildning – i samma åldersgrupp.

¹⁰ Folkhälsomyndigheten. 2014. [Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014](#).

¹¹ Av statistik från SCB:s register [Befolkningens utbildning, version 2015-01-01](#), framkommer att 39 procent i åldersgruppen 25–44 år har en eftergymnasial utbildning, vilket kan jämföras med 29 procent i åldersgruppen 55–64 år och 25 procent bland de som är 65–74 år. Bland de som är 65–74 år har 31 procent en förgymnasial utbildning, jämfört med 11 procent i åldersgruppen 25–34 år.

Tabell 2.3.

Andel som har sjukdom eller hälsobesvär, svåra besvär av sjukdom eller hälsobesvär, behöver hjälp pga. sjukdom eller hälsobesvär respektive bedömer sin hälsa som mycket bra eller bra, fördelat på ålder och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Har sjukdom	Har svåra besvär av sjukdom	Behöver hjälp pga. sjukdom	Mycket bra eller bra hälsa
16–29 år				
Förgymnasial utb.	23,2 ±3,1	8,6 ±2,1	2,7 ±1,2	89,9 ±2,2
Gymnasial utb.	24,8 ±2,7	7,1 ±1,6	1,6 ±0,8	90,7 ±1,8
Eftergymnasial utb.	25,7 ±3,7	6,9 ±2,1	1,6 ±1,1	92,3 ±2,2
30–64 år				
Förgymnasial utb.	55,7 ±4,4	21,6 ±3,7	11,5 ±2,9	70,8 ±4,2
Gymnasial utb.	46,6 ±1,9	14,4 ±1,4	5,0 ±0,9	79,1 ±1,6
Eftergymnasial utb.	36,2 ±1,8	9,4 ±1,2	2,4 ±0,7	88,4 ±1,3
65+ år				
Förgymnasial utb.	83,7 ±1,7	20,6 ±2,0	18,3 ±1,9	58,2 ±2,4
Gymnasial utb.	79,3 ±1,8	18,1 ±1,8	12,1 ±1,5	66,7 ±2,2
Eftergymnasial utb.	74,2 ±2,5	12,7 ±1,9	8,4 ±1,6	74,9 ±2,5

Not: Förekomst av sjukdom baseras på ja-svar antingen på frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?".

Har svåra besvär av sjukdom avser de som svarat ja antingen på frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?" och som svarat att de har mycket svåra eller svåra besvär på följdfrågan "Är besvären obetydliga, måttliga, svåra eller mycket svåra?".

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Samma resultatmönster återkommer även för andra hälsoindikatorer. Andelen som har svåra besvär av sjukdom eller hälsobesvär, liksom behöver hjälp med något för att klara av sitt dagliga liv på grund av sjukdom, är vanligare bland personer, 30 år och äldre, med förgymnasial

än med eftergymnasial utbildning. I gruppen 30–64 år med förgymnasial utbildning har 22 procent svåra besvär av sjukdom eller hälsobesvär och 12 procent behöver hjälp med något på grund av sjukdom. Bland de som har en eftergymnasial utbildning och är i åldern 30–64 år är motsvarande andelar 9 respektive 2 procent. Denna skillnad mellan utbildningsgrupper återfinns även bland de som är äldre än 64 år (*tabell 2.3*).

Undersökningen visar dessutom att sjukdomar i cirkulationsorganen, till exempel högt blodtryck, är vanligare bland de med förgymnasial än med eftergymnasial utbildning för de som är 30 år och äldre (*tabell 2.4*). I åldersgruppen 30–64 år är också diabetes¹² vanligare bland de med förgymnasial än med eftergymnasial utbildning. Hälsoskillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är däremot omvända vad gäller allergi. En större andel med eftergymnasial än med förgymnasial utbildning, bland de som är 30–64 år, har svarat ja på frågan "Har du någon allergi?".¹³

Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna är också tydliga för frågan om subjektiv bedömning av den egna hälsan (*tabell 2.3*). Det är vanligare att de som är 30 år och äldre och som har en eftergymnasial utbildning tycker att de har en mycket bra eller bra hälsa jämfört med de i samma åldersgrupp som har en förgymnasial utbildning. Bland de som är mellan 30–64 år och som har en förgymnasial utbildning upplever 71 procent att de har en mycket bra eller bra hälsa. I samma åldersgrupp, men med en gymnasial utbildning, är det istället 79 procent som gör samma bedömning. Bland de mellan 30–64 år med eftergymnasial utbildning är det 88 procent som tycker att deras hälsa är mycket bra eller bra.

¹² Skillnaden mellan utbildningsgrupperna gäller oavsett om förekomst av diabetes mäts med svar på följdfrågorna till de som svarat ja på antingen "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?" eller om diabetes mäts med ja-svar på frågan "Har du diabetes?". Se *bilaga 1* för mer information om dessa olika sätt att mäta sjukdomar.

¹³ För mer om detta se till exempel Statens folkhälsoinstitut. 2001. [Allergi/överkänslighet – ett kunskapsunderlag](#).

Tabell 2.4.
Andel som har sjukdom i cirkulationsorganen, högt blodtryck, diabetes respektive allergi, fördelat på ålder och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Cirkulations- organens sjukdomar	Högt blodtryck	Diabetes	Allergi
16–29 år				
Förgymnasial utb.	0,8 ±0,7	0,4 ±0,5	0,7 ±0,5	31,4 ±3,5
Gymnasial utb.	0,3 ±0,3	0,1 ±0,2	1,1 ±0,6	33,9 ±3,0
Eftergymnasial utb.	0,9 ±0,8	0,2 ±0,4	1,1 ±0,9	35,2 ±4,1
30–64 år				
Förgymnasial utb.	17,6 ±3,2	13,4 ±2,9	6,1 ±2,1	21,2 ±3,6
Gymnasial utb.	13,2 ±1,3	10,6 ±1,1	3,8 ±0,8	30,9 ±1,8
Eftergymnasial utb.	7,4 ±1,0	5,8 ±0,9	1,8 ±0,5	33,1 ±1,8
65+ år				
Förgymnasial utb.	56,8 ±2,4	40,3 ±2,3	10,5 ±1,4	16,1 ±1,8
Gymnasial utb.	51,1 ±2,2	36,5 ±2,2	9,6 ±1,4	18,6 ±1,8
Eftergymnasial utb.	42,6 ±2,8	29,2 ±2,6	7,6 ±1,7	20,2 ±2,3

Not: Förekomst av sjukdom (undantaget allergi) baseras dels på ja-svar antingen på frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?" eller "Tar du regelbundet medicin för något?", dels på svar på följdfrågor om vilken sjukdom intervjupersonen har – dessa uppgifter används för att tilldela en diagnoskod enligt ICD-10. Förekomst av allergi mäts med frågan "Har du någon allergi?".

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

3. Psykisk hälsa

”Det börjar snurra i huvudet och jag hör ett ljud. I nästa steg domnar läpparna och jag får hjärtklappning och otroligt svårt att andas.” Så beskriver Gunilla¹⁴ hur hon känner att en panikångestattack är på väg.

I Sverige har nästan en av fem personer besvär av ängslan, oro eller ångest. Detta enligt intervjuer genomförda under 2012–2013. Besvärerna kan vara olika svåra och av Sveriges vuxna befolkning, 16 år eller äldre, har 5 procent svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Ungefär 14 procent känner sig ensamma och 23 procent ledsna eller nere under en tvåveckorsperiod. Det är vanligare att kvinnor än män har dessa besvär.

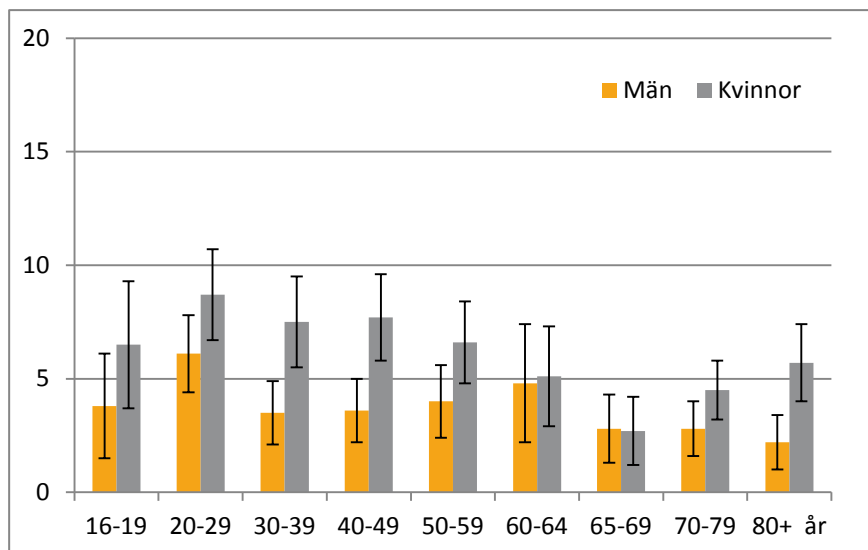
Ängslan, oro eller ångest

Andel personer med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest varierar mellan olika åldrar för både kvinnor och män. Andel kvinnor med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är högre än andel män med samma besvär i åldrarna 30–49 och 80 år eller äldre. Bland kvinnor återfinns den högsta andelen i åldersgruppen 20–29 år, 9 procent, och är lägst i åldersgruppen 65–69 år, 3 procent. Andelen ökar sedan till 6 procent i åldersgruppen 80 år och äldre. Även för männen är det i åldersgruppen 20–29 år som störst andel, 6 procent, har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Sedan tenderar andelen att minska med åldern, men till skillnad från kvinnorna ökar inte andelen män som har besvärerna i de äldsta åldersgrupperna.

¹⁴ Dalenstam Lindgren, Birgitta. 2013. [Nu kan Gunilla hantera sin panikångest](#). Reportage, 1177 Vårdguiden.

Diagram 3.1.

Andel som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

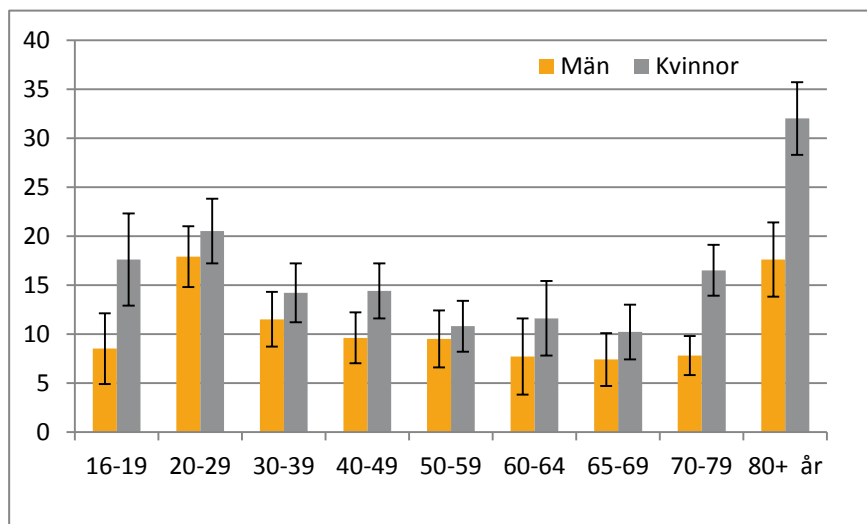
Ensam

Ungefär 14 procent av den vuxna befolkningen uppgav att de känt sig ensamma under de senaste två veckorna före intervjun.

I den yngsta åldersgruppen, 16–19 år, är det en större andel kvinnor än män som känt sig ensamma under de senaste två veckorna före intervjun. I denna grupp kände sig 18 procent av kvinnorna och 9 procent av männen ensamma. För männen ökar andelen från den yngsta åldersgruppen till 20–29-åringar där 18 procent av männen känt sig ensamma. För kvinnorna kan man se tendenser till ökning men ökningen är inte statistiskt signifikant. Vid en fortsatt jämförelse mellan olika åldersgrupper kan man se att i genomsnitt en av fem i åldern 20–29 år har känt sig ensamma under de senaste två veckorna. Andelen tenderar sedan att vara lägre fram till 65–70-årsåldern för att sedan öka igen. För kvinnor ökar andelen som känner sig ensamma från 10 procent i åldersgruppen

65–69 år till 17 procent i åldersgruppen 70–79 år och sedan till 32 procent i åldersgruppen 80 år och äldre. För män kommer ökningen i senare ålder än vad den gör för kvinnorna, från 8 procent i åldern 70–79 år till 18 procent i åldern 80 år och äldre.¹⁵

Diagram 3.2.
Andel som känner sig ensamma, fördelat på kön och ålder.
Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

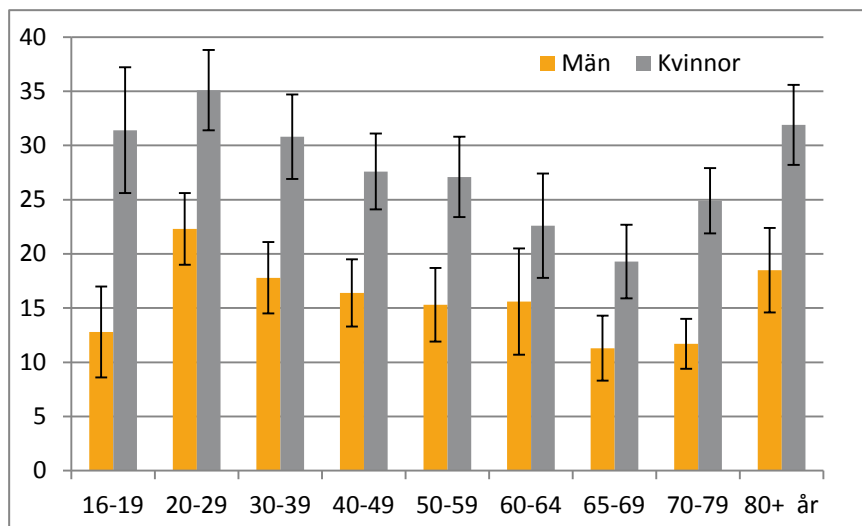
¹⁵ Se även Hagman, Anna. 2014. "[Singelföräldrar känner sig ofta ensamma.](#)" I *Välfärd*, nr 4, sidan 10–11.

Ledsen eller nere

Andelen personer som känt sig ledsna eller nere under de senaste två veckorna före intervjun följer ett liknande mönster över ålder som andelen som känt sig ensamma även om skillnaderna inte är lika stora mellan åldersgrupperna. Här är det heller inte en lika stor ökning i de äldsta åldersgrupperna som för andelen som känt sig ensamma. Istället tenderar åldersgruppen 20–29 år att ha störst andel då 35 procent av kvinnorna och 22 procent av männen känt sig ledsna eller nere. I åldersgruppen 65–69 år är det lägst andelar då 19 procent av kvinnorna och 11 procent av männen känt sig ledsna eller nere.

Diagram 3.3.

Andel som känner sig ledsna eller nere, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



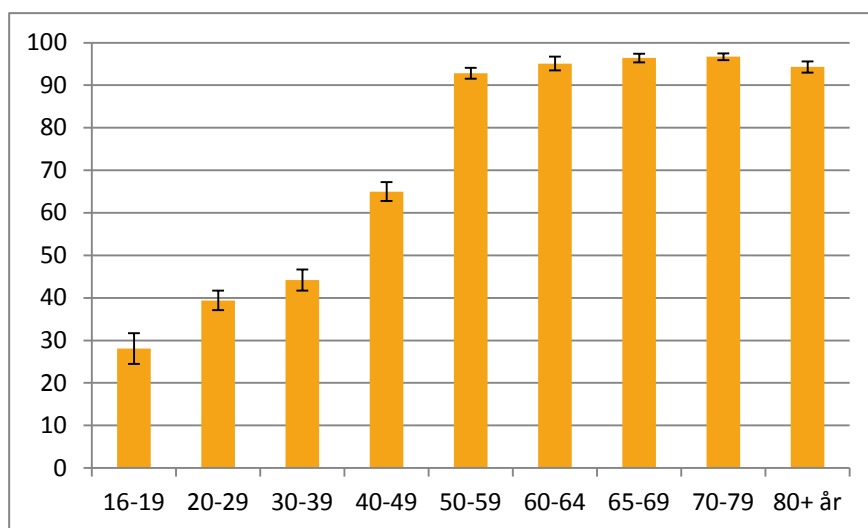
Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

4. Syn

Ungefär sju av tio vuxna använder glasögon eller linser. Det är fler äldre än yngre som använder glasögon eller linser. Av personer 16–19 år använder knappt tre av tio glasögon eller linser. Andelen ökar sedan med åldern och i åldrarna 50 år och äldre använder mer än nio av tio glasögon eller linser.

Diagram 4.1.

Andel som använder glasögon eller linser, fördelat på ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

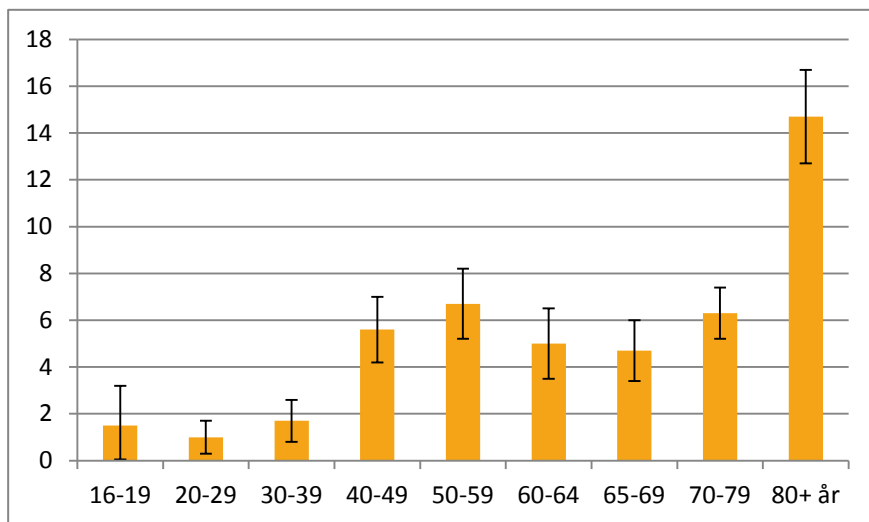
Utifrån frågan *”Har du problem med att se och urskilja vanlig text i dagstidning [om använder glasögon eller kontaktlinser:] – även om du använder glasögon eller linser?”* antas de svarande ha svårt att se om de svarar ja på frågan.

Ungefär 6 procent har svårt att se, även om de använder glasögon eller linser. Andelarna är lägre i de yngre åldrarna, ungefär 1 till 2 procent i åldrarna 16–39 år. I åldrarna 40–79 år är det ungefär 5 till 7 procent som har svårt att se även om de använder glasögon. Däremot svarar 15 procent av de som är 80 år och äldre att de har svårt att se även om de

använder glasögon eller linser vilket är statistiskt signifikant högre än övriga åldersgrupper.

Diagram 4.2.

Andel som har svårt att se även om de använder glasögon eller linser. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Av de som inte använder glasögon har ungefär 3 procent svårt att se. I åldrarna upp till 60 år kan man se ett liknande mönster som för personer som använder glasögon vilket innebär att i åldrarna 16–39 år är andelarna ungefär 1 till 2 procent och i åldern 40–59 år är andelen 6 till 8 procent. Eftersom det är så få personer som är 60 år eller äldre som inte använder glasögon kan undersökningen inte säga något om hur många i denna åldersgrupp som har svårt att se men som inte använder glasögon.

Ekonomi

Förutom själva synfelet kan det finnas andra faktorer som avgör om man skaffar glasögon. Eftersom glasögon kostar pengar kan hushålllets ekonomi påverka om man skaffar glasögon och om man byter glasögon när synen förändras. I Undersökningarna av levnadsförhållanden finns det inte någon fråga om varför personerna som har svårt att se inte har glasögon eller inte har glasögon med rätt styrka. Det finns heller inte någon fråga om personen har ett synfel som inte går att korrigera med glasögon vilket också skulle kunna vara en förklaring till att man inte har glasögon trots att man ser dåligt. Men det går att göra jämförelser för personer med olika ekonomisk situation.

På frågan "Skulle du/ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 10 000 kronor utan att låna eller be om hjälp?" svarar 19 procent av den vuxna befolkningen att de inte skulle klara av det. Här nedan jämförs de som svarat ja (nedan kallat "har kontantmarginal") med de som svarat nej (nedan kallat "saknar kontantmarginal").

Det är mer vanligt att ha glasögon som inte räcker för att korrigera för synfelet för de som saknar kontantmarginalen än de som har den. 9 procent av de som saknar kontantmarginalen har svårt att se även om de har glasögon vilket kan jämföras med 5 procent bland de som har kontantmarginalen. Bland de som inte använder glasögon och saknar kontantmarginalen tenderar mönstret vara detsamma.

Tabell 4.1.

Andel som har svårt att se även om de använder glasögon eller linser respektive har svårt att se och använder inte glasögon eller linser, fördelat på kontantmarginal. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Har svårt att se även om de använder glasögon eller linser	Använder inte glasögon eller linser, men har svårt att se
Saknar kontantmarginal	9,2 ±1,8	4,3 ±1,6
Har kontantmarginal	4,7 ±0,5	3,0 ±0,7

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Utbildningsnivå

Av personer 16–64 år är det något vanligare att personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning har glasögon än att personer med förgymnasial utbildning har det.

Det är mer vanligt att personer med gymnasial utbildning har svårt att se trots sina glasögon än att personer med eftergymnasial utbildning inte gör det. Av de som inte använder glasögon är det även mer vanligt att personer med gymnasial utbildning har svårt att se än att personer med eftergymnasial utbildning har det.

För personer 65 år och äldre är dessa skillnader mindre och inte statistiskt signifikanta.

Tabell 4.2.

Andel 16–64 åringar som har glasögon eller nedsatt syn, fördelat på utbildningsnivå. Personer 16–64 år. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Använder glasögon/linser	Har svårt att se även om de använder glasögon eller linser	Använder inte glasögon men har svårt att se
Förgymnasial utb.	47,1 ± 2,7	4,4 ± 1,8	3,2 ± 1,4
Gymnasial utb.	62,8 ± 1,5	5,6 ± 1,0	3,6 ± 1,1
Eftergymnasial utb.	65,6 ± 1,6	3,2 ± 0,8	1,7 ± 0,7

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

5. Hörsel

Nedsatt hörsel avser allt från lätta till svåra hörselsvårigheter till dövhet. Att ha nedsatt hörsel kan innebära att individen till exempel får svårt att kommunicera med andra, vilket bland annat kan resultera i en känsla av utanförskap och trötthet i situationer där det är svårt att delta i samtal och följa med i vad som sägs.¹⁶

Hörselnedsättning kan till exempel bero på att individen varit utsatt för skadliga ljudnivåer, men även bero på exempelvis ålder, genetiska faktorer eller sjukdomar som kan skada hörseln. I början av år 2015 varnade Världshälsoorganisationen (WHO) för att många ungdomar och unga vuxna riskerar att få nedsatt hörsel på grund av skadliga ljudnivåer i deras vardag.¹⁷

Svårt att höra samtal mellan flera personer

År 2012–2013 är det 17 procent av befolkningen, 16 år och äldre, som enligt Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) har problem med att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer.¹⁸ Det är vanligare att äldre än yngre upplever att de har svårt att höra i den här typen av sociala sammanhang: till exempel 3 procent bland 16–19-åringar jämfört med 43 procent bland de som är 80 år och äldre. I gruppen 40–49 år bedömer drygt en av tio att de har svårt att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Motsvarande andel bland de som är 50–64

¹⁶ Se t.ex. Region Hallands webbsida [om att leva med hörselnedsättning](#) eller Region Skånes webbsida [om hörsel](#).

¹⁷ Världshälsoorganisationen. 2015. [1.1 billion people at risk of hearing loss](#). Pressmeddelande 2015-02-27.

¹⁸ År 2012–2013 ställdes frågan "Har du problem med att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer [OM ANVÄNDER HÖRAPPARAT: – även om du använder hörapparat]?". Dessa år anpassas således frågeformuleringen till hur intervjupersonen svarat på frågan "Använder du hörapparat?". Det innebär ett delvis annat upplägg jämfört med åren 2008–2011, då ingen fråga om hörapparat ställdes, vilket innebär att man bör vara försiktig med jämförelser bakåt i tiden, eftersom skillnader över tid kan bero på att formuläret har ändrats.

år är ungefär två av tio och i gruppen som är 70–79 år handlar det om tre av tio.

Bland de som är 65 år och äldre är det en större andel män än kvinnor som med denna fråga bedöms ha nedsatt hörsel. I åldersgruppen 65–69 år upplever till exempel 30 procent av männen, jämfört med 21 procent av kvinnorna, att de har svårt att höra samtal mellan flera personer.

Använder hörapparat

Ett hjälpmedel vid hörselnedsättning är en hörapparat, som förstärker ljud och som ska göra det lättare att till exempel höra vad som sägs i ett samtal. Av 2012–2013 års ULF/SILC framgår att 5 procent av befolkningen i åldern 16 år och äldre använder hörapparat.

Det är vanligare att äldre än yngre använder hörapparat. I åldersgruppen 16–39 år är det en halv procent som använder hörapparat, vilket kan jämföras med 26 procent bland de som är 80 år och äldre. I åldersgruppen 70–79 år är det en högre andel män än kvinnor – 19 respektive 12 procent – som använder hörapparat.

Nedsatt hörsel

Om man beaktar såväl användning av hörapparat som svar på frågan om man upplever att det är svårt att höra samtal mellan flera personer och att ett ja-svar på någon av dessa frågor innebär att personen har nedsatt hörsel är det 18 procent av den vuxna befolkningen som har en hörselnedsättning. Med detta mått är det en något högre andel män än kvinnor som har nedsatt hörsel. En uppdelning på olika åldersgrupper visar dels att nedsatt hörsel är vanligare bland äldre än yngre, dels att det är vanligare att män än kvinnor har nedsatt hörsel bland de som är 65 år och äldre.

Jämfört med funktionsnedsättningar som nedsatt syn¹⁹ och nedsatt rörelseförmåga²⁰ är nedsatt hörsel förhållandevis vanligt bland yngre

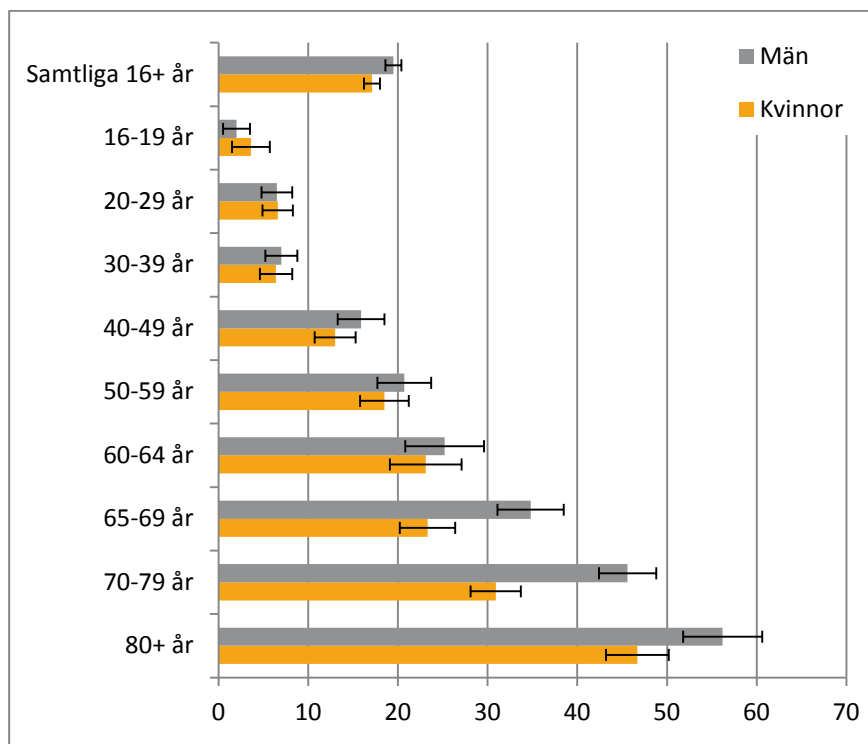
¹⁹ Nedsatt syn bedöms de ha som svarat ja på frågan "Har du problem med att se och urskilja vanlig text i dagstidning [OM ANVÄNDER GLASÖGON/LINSER: – även om du använder glasögon eller linser]?"

²⁰ Nedsatt rörelseförmåga bedöms de ha som svarat nej på frågan "Kan du springa en kortare sträcka, säg 100 meter, om du har bråttom?" och svarat nej på minst en av följande två frågor: "Kan du stiga på och av en buss

personer. I åldersgruppen 16–29 år har 5 procent nedsatt hörsel, vilket motsvarar ungefär 97 000 personer. Det kan jämföras med att det i samma åldersgrupp, 16–29 år, är knappt 2 procent eller ungefär 26 000 personer som har nedsatt syn och närmare 1 procent eller ungefär 11 000 personer som har nedsatt rörelseförmåga.

Diagram 5.1.

Andel som har nedsatt hörsel, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Not: Nedsatt hörsel anses de ha som har svarat ja på frågan "Använder du hörapparat?" eller "Har du problem med att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?".

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

obehindrat?" respektive "Kan du ta en kortare promenad på cirka 5 minuter i någorlunda rask takt?".

6. Vikt

Andelen av befolkningen som är normalviktiga har minskat från slutet av 1980-talet till början av 2010-talet. Av personer 16 år och äldre har andelen minskat från 64 till 51 procent mellan 1988–1989 och 2012–2013. Även andelen underviktiga har minskat, från 3 procent år 1988–1989 till 2 procent år 2012–2013. Samtidigt ser man att andelen som är överviktiga eller feta har ökat från 33 procent till 47 procent. Den genomsnittliga svensken har blivit ungefär 1 cm längre och 5 kilo tyngre från slutet av 1980-talet till början av 2010-talet.²¹

BMI-mättet

Body Mass Index (BMI) är ett mått som jämför individens vikt i förhållande till dennes längd. Det är ett internationellt accepterat mått, som dock har vissa brister. Det tar till exempel inte hänsyn till hur stor del av kroppsmassan som är muskler respektive fett, vilket innebär att det kan ge felaktiga resultat för bland annat idrottare och personer med hög andel av muskelmassa. BMI beräknas utifrån individens längd i meter och vikt i kilogram enligt formeln $BMI = vikt/längd^2$.

Världshälsoorganisationen (WHO) har angett följande gränsvärden:

Undervikt	– 18,49
Normalvikt	18,50 – 24,99
Övervikt	25,00 – 29,99
Fetma	30,00 –

Det finns fler mått att utgå från, såsom midjemått och en kvot mellan midjemått och höftmått. För den som söker läkarvård på grund av sin vikt kan vissa prover tas som till exempel blodsockernivå.²² I Undersökningarna av levnadsförhållanden finns endast uppgifter om längd och vikt.

²¹ Se även Samuelsson, Charlotte och Hagman, Anna. 2012. ["Vi växer på bredden."](#) I *Välfärd*, nr 3, sidan 18–19.

²² Rindforth Gillgren, Margareta. 2014. [Fetma](#). 1177 Vårdguiden.

Undervikt

Enligt Socialstyrelsen är det vanligt med en åldersrelaterad vikt-nedgång.²³ Det framgår även på 1177 Vårdguiden, som också skriver att den minskning av muskelmassan som är en del av åldrandet ökar risken för skador vid fall.²⁴ Att gå ner mycket i vikt kan även påverka de inre organen och immunförsvaret negativt enligt 1177 Vårdguiden.

Andelen underviktiga äldre har minskat från slutet av 1980-talet till åren 2012–2013. Åren 1988–89 var 6 procent av personer 80 år och äldre underviktiga, jämfört med 3 procent åren 2012–2013. För alla åldrar sammantaget är det mer vanligt att kvinnor är underviktiga än att män är det, det kan man se tendenser till även i åldrarna 80+ år.

Motsvarande mönster finns även för personer mellan 60 och 80 år. För personer 70–80 år har andelen underviktiga minskat från 3 till 1 procent och för personer mellan 60 och 70 år har andelen minskat från 1,4 till 0,4 procent. För yngre personer finns samma tendenser men skillnaderna är inte statistiskt signifikanta.

Åldersgruppen 16–19 år har störst andel underviktiga enligt ovanstående gränsvärden, men WHO anger att klassindelningen enligt ovan är till för personer 20 år och äldre.²⁵ Dock kan man även här se tendenser till minskning från 1988–1989 till 2012–2013.

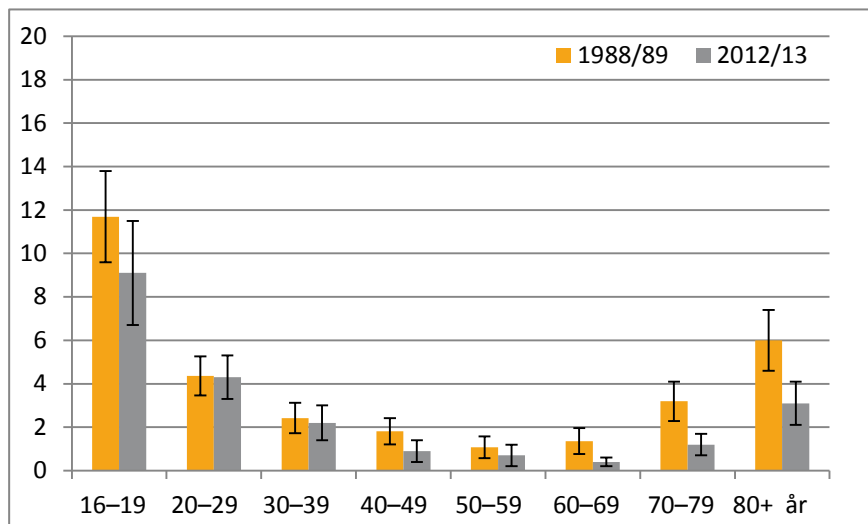
²³ Socialstyrelsen. 2011. [Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring](#).

²⁴ Kallenberg, Jan. 2013. [Undvik undernäring hos äldre](#). Vårdredaktionen 1177, Västra Götalandsregionen.

²⁵ Världshälsoorganisationen. [Body mass index – BMI](#) och [BMI-for-age \(5-19 years\)](#).

Diagram 6.1.

Andel som är underviktiga, fördelat på ålder. Personer 16 år och äldre. År 1988–1989 respektive 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Övervikt och fetma

Andelen överviktiga har ökat från 27 procent år 1988–1989 till 35 procent år 2012–2013. Även andelen feta har ökat från 5 procent år 1988–1989 till 12 procent år 2012–2013.

Det är vanligare att män är överviktiga än att kvinnor är det, 42 procent män jämfört med 28 procent kvinnor. Det finns endast tendenser till att en större andel män än kvinnor är feta och skillnaden på 12 procent feta män jämfört med 11 procent feta kvinnor är inte statistiskt signifikant. Forskning visar att fetma är en riskfaktor för hälsoproblem såsom diabetes och vissa cancersorter.²⁶ Olika personer har olika lätt att lagra fett, samtidigt påverkar till exempel livsstil såsom matvanor och fysisk aktivitet.²⁷

²⁶ Se t.ex. OECD. 2012. [Health at a Glance: Europe 2012](#). OECD Publishing.

²⁷ Se t.ex. Rindforth Gillgren, Margareta. 2014. [Fetma](#). 1177 Vårdguiden.

BMI och hälsa

I genomsnitt 80 procent av den vuxna befolkningen uppger att de har ett bra hälsotillstånd. Vad som gör att man mår bra kan bero på olika faktorer och flera olika faktorer kan tillsammans påverka hur man mår. Vi kommer här jämföra några olika hälsfaktorer för underviktiga, normalviktiga, överviktiga och feta utan att ta ställning till vad som är orsak och verkan eller vilka andra faktorer som kan påverka.

- Jämfört med befolkningen i stort uppger en större andel normalviktiga, 86 procent, att deras hälsa är bra. Däremot uppger en lägre andel av de feta, 64 procent, att deras hälsa är bra. För underviktiga och överviktiga är motsvarande andelar 80 respektive 79 procent.
- De normalviktiga har även lägst andel personer med aktivitetsnedsättning²⁸, 17 procent, vilket kan jämföras med ungefär 22 procent för underviktiga och överviktiga samt 34 procent av de feta. Motsvarande mönster finns även för svåra besvär av långvarig sjukdom där de normalviktiga tenderar att ha lägst andel med 10 procent medan de feta har högst andel med 22 procent.
- Bland personer som är feta finns störst andel med svår värk, 30 procent. Det kan jämföras med 21 procent bland de överviktiga, 14 procent bland de normalviktiga och uppskattningsvis 12 procent bland de underviktiga.
- Uppskattningsvis 13 procent av de underviktiga har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Detta kan jämföras med ungefär 5 procent av de normalviktiga och överviktiga och ungefär 7 procent av de feta.

²⁸ De intervjupersoner som har svarat "ja" på frågan "Har du nu något hälsoproblem som varat minst 6 månader och som medför att du har svårt att delta i aktiviteter eller klara av sysslor som folk i allmänhet gör?" bedöms ha en aktivitetsnedsättning.

7. Tobaksanvändning

Forskning visar att såväl tobaksrökning som snusning bland annat ökar risken för olika sjukdomar.²⁹ Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att tobak orsakar upp emot hälften av alla tobaksanvändares död. WHO uppskattar dessutom att mer än fem miljoner människor dör varje år som ett resultat av sin tobaksanvändning, medan passiv rökning resulterar i drygt 600 000 dödsfall varje år.³⁰

I Sverige, liksom i flera andra länder, pågår ett mångårigt tobaksförebyggande arbete med målsättningen att minska användningen av tobak. Ett exempel på en åtgärd inom ramen för detta arbete i Sverige är införandet av rökfria serveringsmiljöer år 2005.

Rökning

I den vuxna befolkningen, 16 år och äldre, röker 12 procent varje dag, medan 10 procent röker då och då år 2012–2013. De som är mellan 20–29 år utmärker sig genom att vara den åldersgrupp som i störst utsträckning uppger att de röker då och då: 22 procent jämfört med till exempel 13 procent bland de som är 30–39 år och 1 procent bland de som är 80 år och äldre.

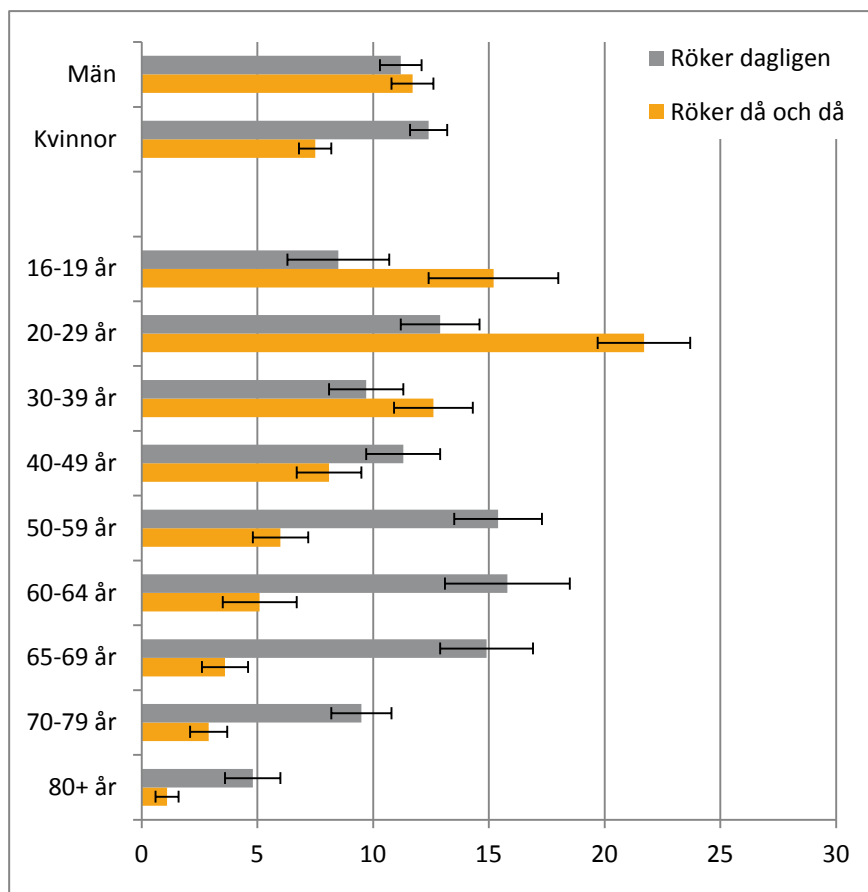
Sedan mitten av 1990-talet har det framgått av Undersökningarna av levnadsförhållanden att en något större andel kvinnor än män röker varje dag – ett resultat som är unikt för Sverige jämfört med övriga EU-länder, där män röker dagligen i större utsträckning än kvinnor.³¹ Från och med 2010–2011 tyder resultaten från undersökningen på att mönstret har ändrats då det inte längre finns någon statistiskt säkerställd skillnad i andel som röker dagligen mellan kvinnor och män i Sverige. 2012–2013 års ULF/SILC visar däremot att det är vanligare att män än kvinnor röker då och då.

²⁹ Statens folkhälsoinstitut. 2011. [Målområde 11. Tobak. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010.](#)

³⁰ Världshälsoorganisationen. 2014. [Tobacco](#). Faktablad nr 339.

³¹ Se t.ex. OECD. 2012. [Health at a Glance: Europe 2012](#). OECD Publishing.

Diagram 7.1.
Andel som röker dagligen eller då och då, fördelat på kön och ålder.
Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Personer med utländsk bakgrund röker i större utsträckning än personer med svensk bakgrund: 17 respektive 11 procent (*diagram 7.4*). Det är också vanligare att personer med förgymnasial än med eftergymnasial utbildning röker dagligen – 15 respektive 7 procent. En uppdelning på åldersgrupper visar att denna skillnad mellan olika utbildningsgrupper är statistiskt säkerställd för dem som är mellan 16–64 år. I åldersgruppen 65 år och äldre återfinns samma resultatmönster, men skillnaden är inte statistiskt säkerställd (*tabell 7.1*).

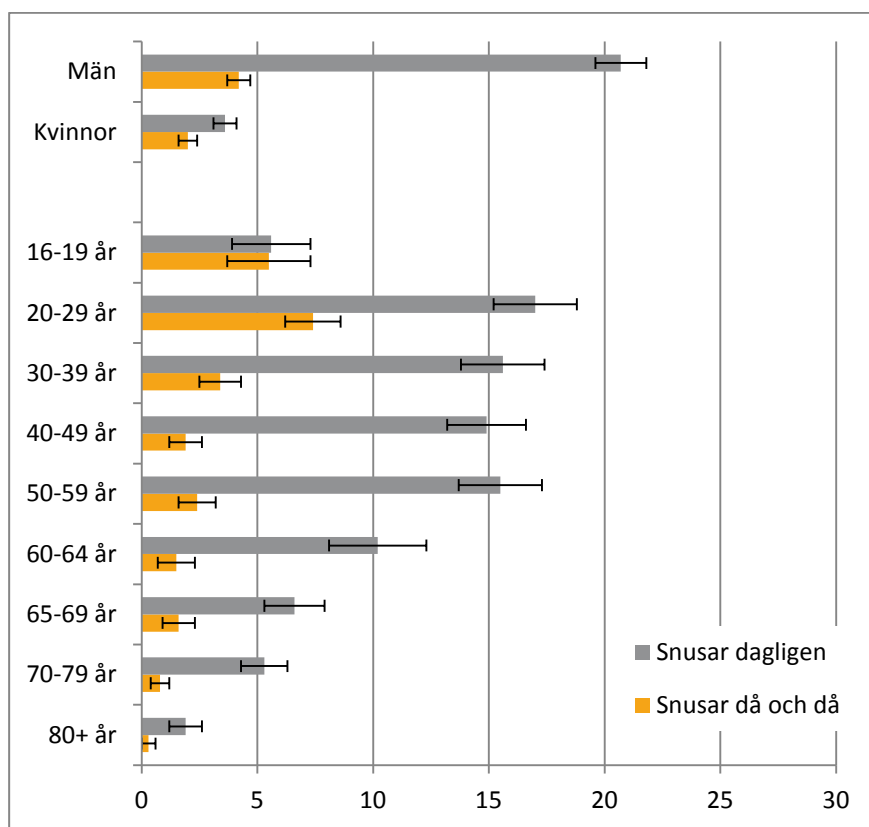
Snusning

Andelen som snusar dagligen är år 2012–2013 lika stor som andelen som röker dagligen: 12 procent. Till skillnad från gruppen som röker finns det i gruppen som snusar varje dag betydligt fler män än kvinnor. Det är ungefär fem gånger vanligare att snusa varje dag bland män än kvinnor.

Bland män, 16 år och äldre, snusar 21 procent dagligen och 4 procent då och då. Bland kvinnor är motsvarande andelar 4 respektive 2 procent.

Diagram 7.2.

Andel som snusar dagligen eller då och då, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Gruppen som snusar dagligen skiljer sig jämfört med gruppen som röker även med avseende på till exempel svensk respektive utländsk bakgrund och utbildning (*diagram 7.4*). Det är vanligare att män med svensk än med utländsk bakgrund snusar dagligen: 23 respektive 11 procent. Kvinnor med svensk bakgrund snusar också i större utsträckning än kvinnor med utländsk bakgrund: 4 respektive 2 procent.

Medan rökning är vanligare bland de med förgymnasial än med eftergymnasial utbildning, åtminstone bland de som är mellan 16–64 år, ser resultaten annorlunda ut för snusarna. Bland kvinnor är det till exempel en större andel, 4 procent, som snusar dagligen bland de som har en gymnasial eller en eftergymnasial utbildning än bland de som har en förgymnasial utbildning, varav vilka 1 procent snusar varje dag. Bland män är det istället de som har en gymnasial utbildning som snusar dagligen i störst utsträckning – 27 procent – medan andelen som snusar varje dag är 16 procent bland män med förgymnasial eller med eftergymnasial utbildning. En uppdelning på åldersgrupper visar dock att skillnaderna i andel dagliga snusare mellan utbildningsgrupperna inte ser likadana ut i alla åldrar.

Av tabell 7.1 framgår att det är i åldersgruppen 16–29 år där det är män med gymnasial utbildning som snusar dagligen i störst utsträckning jämfört med män, i samma åldersgrupp, som har en förgymnasial eller en eftergymnasial utbildning. Bland män, 16–29 år, med gymnasial utbildning snusar 31 procent varje dag. I samma åldersgrupp, men med en förgymnasial eller en eftergymnasial utbildning, är det istället 13 respektive 17 procent av männen som snusar varje dag. Skillnaden i andel dagliga snusare mellan män med förgymnasial och eftergymnasial utbildning är inte statistiskt säkerställd bland de som är 16–29 år.

Bland män i åldern 30–64 år är det istället en ungefär lika stor andel män som snusar varje dag både bland de med förgymnasial och med gymnasial utbildning: 27 respektive 30 procent. I gruppen män, 30–64 år, med eftergymnasial utbildning är det 17 procent som snusar varje dag, vilket är en statistiskt signifikant lägre andel än bland män i samma åldersgrupp med förgymnasial eller gymnasial utbildning.

Bland de som är 65 år eller äldre finns inga statistiskt säkerställda skillnader i andel som snusar varje dag mellan olika utbildningsgrupper, vare sig för män eller för kvinnor.

Bland kvinnor 16–64 år är det däremot vanligare att såväl de som har en gymnasial som en eftergymnasial utbildning snusar varje dag jämfört med de som har en förgymnasial utbildning.

Rökning och snusning sammantaget

I internationella jämförelser framstår Sverige som ett land där förhållandevis få använder tobak varje dag – åtminstone i de jämförelser där man enbart beaktar rökning och inte redovisar snusning.³² Om även de som snusar varje dag räknas med dubblas nästan andelen i Sverige som använder tobak dagligen – från 12 procent som röker dagligen till 33 procent som röker och/eller snusar dagligen.³³ Det innebär att ungefär 1,8 miljoner personer, 16 år och äldre, röker och/eller snusar varje dag.

Det är en nästan dubbelt så stor andel män än kvinnor som använder tobak varje dag – 30 procent av männen jämfört med 16 procent av kvinnorna (*diagram 7.3*). Skillnaden i andel dagliga tobaksanvändare mellan män och kvinnor förekommer i olika åldersgrupper, grupper med svensk respektive utländsk bakgrund, i olika utbildningsgrupper och mellan olika geografiska regioner.

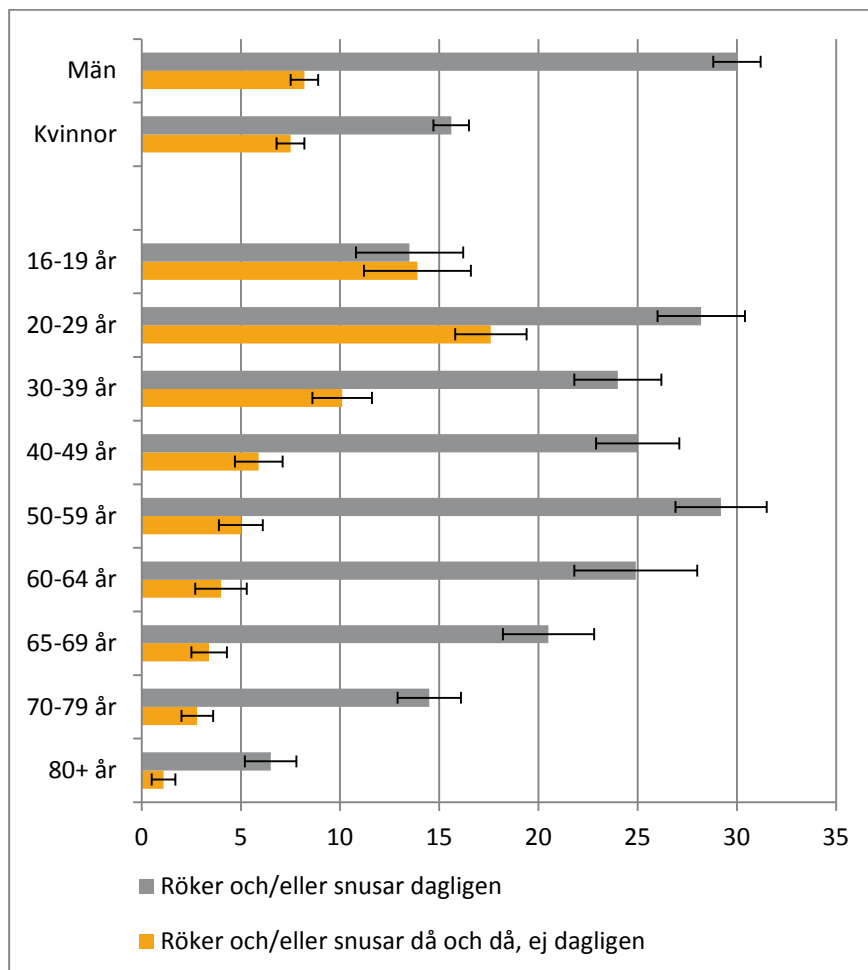
När man beaktar såväl rökning som snusning finns inte längre några statistiskt säkerställda skillnader i andel som använder tobak dagligen mellan personer med svensk respektive utländsk bakgrund. Det är vanligare att personer med utländsk än med svensk bakgrund röker dagligen, samtidigt som det är vanligare att personer med svensk än med utländsk bakgrund snusar dagligen.

Skillnader med avseende på utbildning återfinns dock även då såväl rökning som snusning beaktas. Det är vanligare att de med förgymnasial och gymnasial utbildning röker och/eller snusar dagligen jämfört med de som har en eftergymnasial utbildning (*diagram 7.4*). Av tabell 7.1, där ålder beaktas, framgår att detta resultatmönster återfinns i åldersgruppen 30–64 år. I gruppen 16–29 år är det istället vanligast att de med gymnasial utbildning röker och/eller snusar varje dag jämfört med de som har en förgymnasial eller en eftergymnasial utbildning.

³² Se t.ex. OECD. 2012. [Health at a Glance: Europe 2012](#). OECD Publishing.

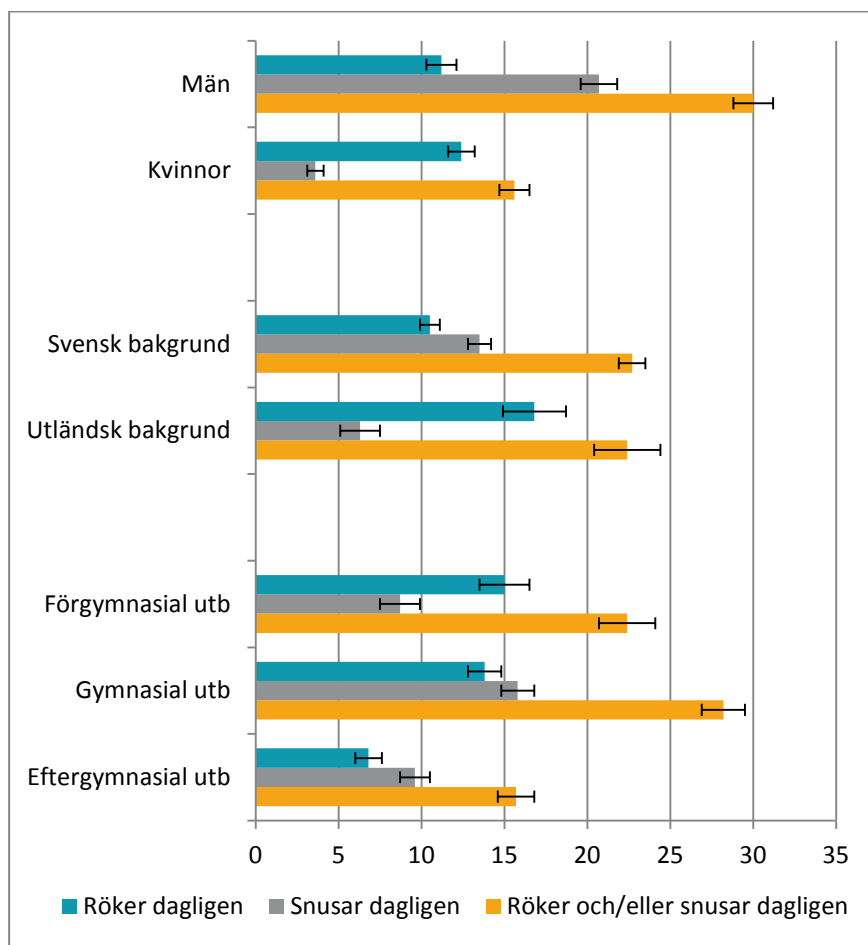
³³ Se även Hagman, Anna. 2013. "[Få rökare i Sverige](#)". I *Välfärd*, nr 3, s. 8.

Diagram 7.3.
Andel som röker och/eller snusar dagligen eller då och då, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Diagram 7.4.
Andel som röker dagligen, snusar dagligen respektive röker och/eller snusar dagligen, fördelat på kön, svensk respektive utländsk bakgrund och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Not: Skillnaderna i andel tobaksanvändare mellan olika utbildningsgrupper visas här på totalnivå, utan hänsyn till olika åldersgrupper. Se tabell 7.1 för en redovisning av skillnaderna mellan utbildningsgrupper fördelat på ålder.

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Tabell 7.1.
Andel som röker dagligen, snusar dagligen respektive röker och/eller snusar dagligen, fördelat på kön, ålder och utbildningsnivå. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.

	Röker dagligen	Snusar dagligen	Röker och/eller snusar dagligen
16–29 år			
Förgymnasial utb.			
Män	17,5 ±4,0	12,7 ±3,4	27,4 ±4,6
Kvinnor	12,6 ±3,5	1,1 ±1,1	13,5 ±3,6
Gymnasial utb.			
Män	9,0 ±2,4	31,4 ±4,0	38,0 ±4,2
Kvinnor	15,3 ±3,3	8,3 ±2,6	22,9 ±3,9
Eftergymnasial utb.			
Män	7,1 ±3,3	17,0 ±4,5	22,7 ±5,1
Kvinnor	4,5 ±2,2	5,9 ±2,5	10,4 ±3,3
30–64 år			
Förgymnasial utb.			
Män	21,9 ±5,3	26,8 ±5,1	44,8 ±6,0
Kvinnor	22,5 ±5,7	1,2 ±1,4	23,4 ±5,8
Gymnasial utb.			
Män	12,4 ±1,9	30,4 ±2,5	40,3 ±2,7
Kvinnor	18,8 ±2,2	4,5 ±1,1	22,6 ±2,3
Eftergymnasial utb.			
Män	6,9 ±1,6	17,0 ±2,2	22,8 ±2,5
Kvinnor	6,9 ±1,3	4,6 ±1,0	11,2 ±1,6
65+ år			
Förgymnasial utb.			
Män	9,4 ±2,4	10,4 ±2,3	19,2 ±3,0
Kvinnor	10,5 ±2,1	0,6 ±0,5	11,1 ±2,2
Gymnasial utb.			
Män	11,6 ±2,3	9,8 ±2,0	20,2 ±2,8
Kvinnor	10,9 ±2,0	0,8 ±0,5	11,7 ±2,1
Eftergymnasial utb.			
Män	7,1 ±2,4	8,3 ±2,5	14,3 ±3,1
Kvinnor	8,3 ±2,4	1,0 ±0,8	9,2 ±2,5

Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Slutat röka eller snusa

Andelen som röker dagligen har minskat under de senaste tre decennierna. Om man tittar på åldersgruppen 16–84 år, som det finns uppgift om i undersökningen sedan 1980, har andelen som röker dagligen minskat från 31 till 12 procent mellan 1980–1981 och 2012–2013. I början av 1980-talet rökte 35 procent av männen och 28 procent av kvinnorna dagligen. Motsvarande andelar för män och kvinnor, 16–84 år, är 11 respektive 13 procent år 2012–2013.

Andelen som snusar dagligen tycks däremot ha ökat något sedan 1988–1989, då frågan om snusning ställdes för första gången i undersökningen. Då snusade 9 procent av befolkningen, 16 år och äldre, varje dag, att jämföra med 12 procent år 2012–2013. Liksom idag var det i slutet av 1980-talet en större andel män än kvinnor som snusade dagligen: 17 respektive 1 procent år 1988–1989.

Av 2012–2013 års ULF/SILC framgår att 21 procent av befolkningen, 16 år och äldre, tidigare har rökt dagligen, men slutat röka och numera inte längre använder tobak – vare sig genom att röka eller snusa dagligen eller då och då. Det motsvarar ungefär 1,7 miljoner personer. Det är en något större andel kvinnor än män – 23 respektive 19 procent – som slutat röka och som numera varken röker eller snusar.

De som slutat att snusa dagligen och som numera inte längre vare sig röker eller snusar dagligen eller då och då uppgår till 6 procent av den vuxna befolkningen. Det motsvarar ungefär 435 000 personer. Det är en större andel män än kvinnor – 10 respektive 2 procent – som slutat snusa dagligen och numera varken röker eller snusar.

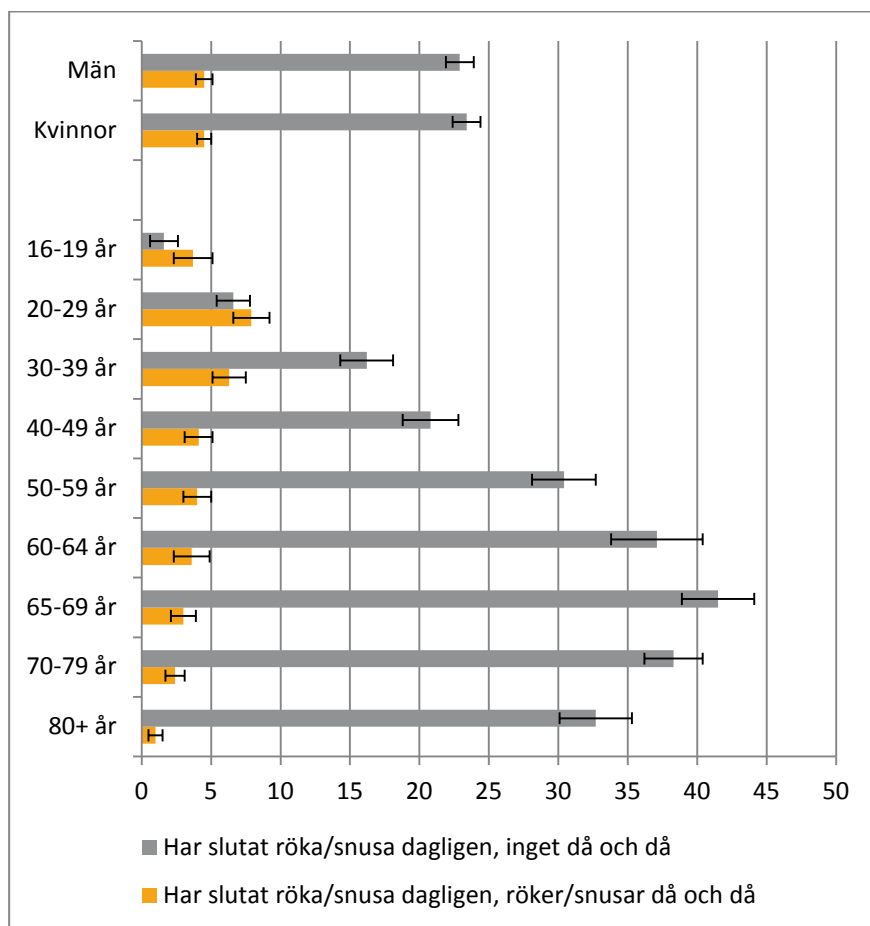
Sammantaget är det 23 procent, eller ungefär 1,8 miljoner personer, som har slutat att röka och/eller snusa dagligen och som nu helt avstår från såväl daglig som då-och-då användning av tobak. Det är med andra ord ungefär lika många som numera röker och/eller snusar dagligen som helt har slutat använda tobak. Bland de som är 50 år och äldre har mellan tre och fyra av tio slutat med sin dagliga tobaksanvändning helt och hållet. En något större andel personer med svensk än med utländsk bakgrund – 24 respektive 19 procent – har slutat röka och/eller snusa dagligen.

Fem procent av den vuxna befolkningen har slutat röka och/eller snusa dagligen för att numera istället röka och/eller snusa då och då. Bland kvinnor är detta vanligast i åldersgruppen 20–29 år, där 9 procent slutat

med sin dagliga tobaksanvändning och övergått till en då-och-då användning av tobak. Bland män är det här handlings sättet vanligast i åldersgruppen 20–39 år, där 7 procent gått från daglig till då-och-då användning av tobak.

Diagram 7.5.

Andel som slutat röka/snusa dagligen och som nu helt avstår från tobaksanvändning eller har övergått till då-och-då-användning av tobak, fördelat på kön och ålder. Personer 16 år och äldre. År 2012–2013. Procent och felmarginal.



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC).

Fakta om statistiken

I detta kapitel ges en kortfattad beskrivning av statistiken och hur den görs. Här finns också en beskrivning av de redovisningsgrupper som används i rapporten. Mer information om statistikens kvalitet och andra grundläggande fakta finns på SCB:s webbplats, se fliken "Dokumentation" på www.scb.se/ulf.

Undersökningarna av levnadsförhållanden

Rapporten baseras på uppgifter från 2012–13 års Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC). De ämnesområden som behandlas i undersökningen är bland annat boende, hälsa, fritid, sysselsättning, sociala relationer och ekonomi. År 2012–2013 ställdes extra frågor inom hälsa och funktionsnedsättningar, denna rapport behandlar området hälsa och de extra frågor som ställdes år 2012–2013.

Detta omfattar statistiken

Objekt och population

Undersökningens population, det vill säga de objekt som man vill kunna dra slutsatser om, utgörs av Sveriges folkbokförda befolkning 16 år och äldre.

Statistiska mått

I undersökningen redovisas främst andelen individer med en viss egenskap i populationen och i redovisningsgrupper, samt tillhörande konfidensintervall.

Redovisningsgrupper

I undersökningen finns en mängd redovisningsgrupper. De mest centrala är kön, ålder, hushållstyp, bakgrund, utbildningsnivå och region. Mer information om redovisningsgrupperna finns under rubriken *Beskrivning av redovisningsgrupper*.

Så görs statistiken

Urval

ULF/SILC är en urvalsundersökning, vilket innebär att man undersöker ett urval av Sveriges befolkning, 16 år och äldre. ULF/SILC består av flera urval som slås samman till ett. I ett av urvalen ingår en urvalsförstärkning av personer som är 65 år och äldre, vilket beaktas i uppräkningsvikterna. Det sammanslagna urvalet bedöms som likvärdigt med ett stratifierat obundet slumpmässigt urval. Åren 2012–13 uppgick urvalet i ULF/SILC till 23 975 personer. 57 procent av dessa intervjuades, vilket innebär 13 709 svarande. Av dessa ingick 10 471 personer i de urval som fick besvara de extra hälsofrågorna.

Datainsamling

Datainsamlingen pågår under större delen av året och sker huvudsakligen genom telefonintervjuer. Besöksintervju görs om intervjupersonen uttryckligen ber om det.

Före intervjun får varje intervjuperson ett informationsbrev där undersökningens innehåll och sekretessföreskrifter presenteras.

I undersökningen förekommer ibland indirekta intervjuer, det vill säga intervjuer där uppgifterna om intervjupersonen inhämtas från annan person, som känner till intervjupersonens förhållanden väl. Indirekta intervjuer sker när intervjupersonen själv inte kan intervjuas, till exempel på grund av sjukdom. Vid sådana intervjuer utgår emellertid vissa frågor som endast kan besvaras av den person som själv berörs.

Resultatberäkning

I undersökningen redovisas främst procenttal med tillhörande konfidensintervall i population och redovisningsgrupper.

Vikter

När resultaten beräknas används vikter som tar hänsyn till urvalsdessign och bortfall. Vid bortfall kan det vara så att vissa grupper av urvalet svarar i mindre utsträckning än övriga, till exempel kan män och yngre svara i mindre grad än kvinnor och äldre. Om de grupper som svarat i mindre utsträckning har en annan fördelning på undersöknings-

variablerna än övriga kan detta ha en snedvridande effekt på resultatet. För att minska denna skevhet har så kallade kalibreringsvikter använts.

Konfidensintervall

Till varje punktskattning (p) anges i tabellerna det 95-procentiga konfidensintervallet ($\pm v$). Den övre gränsen för konfidensintervallet bildas genom att beräkna $p+v$ och den nedre gränsen genom att beräkna $p-v$. Med ett 95-procentigt konfidensintervall menas att intervallet i genomsnitt täcker det sanna värdet i 95 fall av 100 om andra fel än slumpfel är försumbara. Något förenklat kan sägas att om konfidensintervallen från två grupper inte överlappar varandra så har man en statistiskt säkerställd skillnad mellan de båda grupperna.

Mer information, med exempelbeskrivningar, om hur man använder felmarginaler finns på SCB:s webbplats:

http://www.scb.se/Statistik/LE/LE0101/2011A03/Tolkning_av_felmarginaler_20130528.pdf

Statistikens tillförlitlighet

För att bedöma tillförlitligheten i undersökningsresultaten måste man ta hänsyn till en rad faktorer som kan medföra fel i resultaten. Med fel menas här att skattningen av en parameters värde skiljer sig från dess sanna värde. Det totala felet i skattningar vid undersökningar av denna typ kan grovt grupperas i följande feltyper:

- *Urvalsfel*, det vill säga fel i skattningen som beror på att endast en del av populationen undersöks.
- *Täckningsfel* innebär att urvalsram och population inte stämmer helt överens.
- *Mätfel*, det vill säga fel som till exempel kan bero på att intervjupersonen missuppfattat frågor eller på att intervjuare missuppfattat intervjupersonens svar.
- *Bearbetningsfel*, det vill säga fel som kan uppkomma vid den manuella och maskinella bearbetningen av det insamlade materialet. Exempel på bearbetningsfel är kodningsfel och programmeringsfel.
- *Bortfallsfel*, det vill säga fel som beror på att mätvärde saknas för en eller flera undersökningsvariabler.

Mer utförlig information om statistikens tillförlitlighet i ULF/SILC under fliken "Dokumentation" på produktsidan för ULF/SILC

(www.scb.se/ulf).

Jämförelse över tid

Under åren 2006–2008 genomfördes förändringar i undersökningen, som på olika sätt har påverkat resultaten och möjligheten att kunna göra jämförelser över tid. De förändringar som har gjorts i undersökningen rör dels datainsamlingsmetod, dels internationell anpassning.

I denna rapport ligger fokus på att redovisa de fördjupningsfrågor som ställdes 2012–2013. Dessutom finns två kapitel om vikt och tobaksanvändning, där jämförelser över tid är möjliga och redovisas.

Mer information om de senaste årens förändringar i undersökningen finns i rapporten *Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållanden 2006–2008*, se fliken "Böcker och rapporter" på www.scb.se/ulf.

Orsakssamband

I rapporten beskrivs bland annat i vilken utsträckning olika hälsoaspekter, som svår värk och svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, förekommer inom grupper med olika BMI-värden. Likaså jämförs till exempel andel personer med glasögon mellan de som har respektive inte har en så kallad kontantmarginal. Det är inte möjligt att dra några slutsatser om orsakssamband utifrån dessa beskrivningar. Ofta handlar orsakssamband om komplicerade samspel mellan flera olika faktorer.

Beskrivning av redovisningsgrupper

I denna rapport används redovisningsgrupperna kön, ålder, hushållstyp, svensk respektive utländsk bakgrund, utbildningsnivå och region. Nedan ges en beskrivning av redovisningsgrupperna.

Ålder

Redovisning i denna rapport avser åldersgruppen 16 år och äldre om inte annat anges. I några enstaka fall redovisas andra åldersgrupper, som till exempel 16–64 år eller 16–84 år. Ålder redovisas i följande åldersklasser om inte annat anges:

16–19 år, 20–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60–64 år, 65–69 år, 70–79 år och 80+ år.

Hushållstyp

I tabellerna görs en indelning i fyra olika hushållstyper:

Ensamstående utan barn omfattar personer som inte bor med make/maka/sambo. De har heller inte barn under 18 år som bor minst halva tiden i deras hushåll.

Ensamstående med barn omfattar personer som inte bor med make/maka/sambo. De har barn under 18 år som bor minst halva tiden i deras hushåll.

Sammanboende utan barn bor med make/maka/sambo. De har inte barn under 18 år som bor minst halva tiden i deras hushåll.

Sammanboende med barn bor med make/maka/sambo. De har dessutom barn under 18 år som bor minst halva tiden i deras hushåll.

Svensk/utländsk bakgrund

Indelning i svensk respektive utländsk bakgrund görs enligt nedan.

Svensk bakgrund

- inrikes födda med en inrikes född och en utrikes född förälder
- inrikes födda med två inrikes födda föräldrar

Utländsk bakgrund

- utrikes födda
- inrikes födda med två utrikes födda föräldrar

Mer information om indelningen efter svensk och utländsk bakgrund finns i dokumentet [MIS 2002:3](#) på SCB:s webbplats (www.scb.se).

Utbildning

Utbildning klassificeras enligt Svensk utbildningsnomenklatur, SUN.

Förgymnasial utbildning har personer vars högsta utbildning är folk-, grund-, real- eller flickskola. Förgymnasial utbildningsnivå kan också erhållas genom komvux- eller folkhögskolestudier. Även personer som saknar formell utbildning ingår i denna grupp.

Gymnasial utbildning har personer vars högsta avslutade utbildning är någon av gymnasieskolans utbildningar. Gymnasial utbildningsnivå kan också erhållas genom komvux- eller folkhögskolestudier.

Eftergymnasial utbildning utgörs av dem vars högsta avslutade utbildning är en eftergymnasial utbildning (om minst en termin).

Mer information om indelning efter utbildningsnivå finns i dokumentet [MIS 2000:1](#) på SCB:s webbplats (www.scb.se).

Kommungrupp

Kommungruppsindelningen har gjorts av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Indelningen är från 2011 och har gjorts i tio grupper efter vissa strukturella egenskaper hos kommunerna som bland annat befolkningsstorlek, pendlingsmönster och näringslivsstruktur.

- 1) *Storstäder* (3 kommuner) Kommuner med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.
- 2) *Förortskommuner tillorstäder* (38 kommuner) Kommuner där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet ska vara någon av storstäderna.
- 3) *Större städer* (31 kommuner) Kommuner med 50 000-200 000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent.
- 4) *Förortskommuner till större städer* (22 kommuner) Kommuner där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i en annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet ska vara någon av de större städerna i grupp 3.
- 5) *Pendlingskommuner* (51 kommuner) Kommuner där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till en annan kommun.
- 6) *Turism- och besöksnäringkommuner* (20 kommuner) Kommuner där antalet gästnätter på hotell, vandrarhem och campingar överstiger 21 per invånare eller där antalet fritidshus överstiger 0,20 per invånare.

- 7) *Varuproducerande kommuner* (54 kommuner) Kommun där 34 procent eller mer av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år är sysselsatta inom tillverkning och utvinning, energi och miljö samt byggverksamhet (SNI2007)
- 8) *Glesbygdskommuner* (20 kommuner) Kommun med en tätortsgrad understigande 70 procent och mindre än åtta invånare per kvadratkilometer.
- 9) *Kommuner i tätbefolkad region* (35 kommuner) Kommun med mer än 300 000 personer inom en radie på 112,5 kilometer.
- 10) *Kommuner i glesbefolkad region* (16 kommuner) Kommun med mindre än 300 000 personer inom en radie på 112,5 km.

I denna rapport används en aggregerad indelning med tre kommungrupper:

- *Storstäder och förortskommuner*, kommungrupp 1–2.
- *Större städer, förortskommuner till större städer samt pendlingskommuner*, kommungrupp 3–5.
- *Övriga kommuner*, kommungrupp 6–10.

Mer information om kommungruppsindelningen finns på SKL:s webbplats (www.skl.se).

Beskrivning av ytterligare redovisningsgrupper

I denna rapport redovisas i vilken utsträckning olika hälsoaspekter förekommer i olika BMI-grupper. I rapporten redovisas också resultat med avseende på användning av glasögon eller linser respektive nedsatt syn uppdelat på de med eller utan kontantmarginal. Nedan ges en beskrivning av de variabler som ligger till grund för dessa redovisningar, i alfabetisk ordning.

Aktivitetsnedsättning

De intervjupersoner som har svarat "ja" på frågan "Har du nu något hälsoproblem som varat minst 6 månader och som medför att du har svårt att delta i aktiviteter eller klara av sysslor som folk i allmänhet gör?" bedöms ha en aktivitetsnedsättning.

Bra hälsotillstånd

De intervjupersoner som har svarat med alternativen "bra" eller "mycket bra" på frågan: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det mycket

bra, bra, någorlunda, dåligt eller mycket dåligt?” bedöms i analyserna ha bra hälsotillstånd.

Kontantmarginal

För beskrivning av vilka som har en kontantmarginal eller inte har frågan: *”Skulle du/ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 10 000 kronor utan att låna eller be om hjälp?”* använts.

Svåra besvär av ängslan, oro, ångest

Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest anses de intervjupersoner ha som har svarat ”Ja” på frågan *”Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?”* och har svarat ”Svåra besvär” på följdfrågan *”Är det svåra eller lätta besvär?”*.

Svår värk

Svår värk bedöms de intervjupersoner ha som har svarat ”Ja, svåra besvär” på åtminstone en av tre frågor om värk:

”Har du värk i skuldror, nacke eller axlar?”

”Har du ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?”

”Har du värk eller smärta i händer, armbågar, ben eller knän?”

Referenser

- Dalenstam Lindgren, Birgitta. 2013. *Nu kan Gunilla hantera sin panikångest*. Reportage, 1177 Vårdguiden. <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Psykisk-halsa/Personliga-berattelser/Reportage/Gunilla-har-hittat-sitt-satt-att-undvika-panikangest/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Folkhälsomyndigheten. 2014. *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsa-n-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf> (Hämtad 2015-04-18.)
- forskning.se. 2008. *När kroppen sätter gränser: om att leva med hjärtsvikt i medelåldern*. Pressmeddelande från Växjö universitet 2008-05-23. <http://www.forskning.se/nyheterfakta/nyheter/pmimportocharkiv/pressmeddelandenarkiv2008/narkroppensattergranseromattlevamedhjärtsviktimedelåldern.5.b689287119e749e7de80001466.html> (Hämtad 2015-04-18.)
- Hagman, Anna. 2013. "Få rökare i Sverige". I *Välfärd*, nr 3, sidan 8. http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0001_2013K03_TI_03_A05TI1303.pdf (Hämtad 2015-04-18.)
- Hagman, Anna. 2014. "Singelföräldrar känner sig ofta ensamma." I *Välfärd*, nr 4, sidan 10–11. http://www.scb.se/Statistik/Publikationer/LE0001_2014K04_TI_04_A05TI1404.pdf (Hämtad 2015-04-18.)
- Kallenberg, Jan. 2013. *Undvik undernäring hos äldre*. Vårdredaktionen 1177, Västra Götalandsregionen. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Halsa/Mat-och-naring/Halsosamma-matrad/Undvik-undernaring-hos-aldre/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Karolinska institutet. 2009. *Cancerdiagnos ökar risk för självmord och hjärtkärlsjukdom*. KI Pressmeddelande 2009-12-15. <http://ki.se/nyheter/cancerdiagnos-okar-risk-for-sjalvmord-och-hjartkarlsjukdom> (Hämtad 2015-04-18.)
- Karolinska institutet. 2014. *Ökad risk för självmord vid diabetes*. KI Nyheter 2014-05-28. <http://ki.se/nyheter/okad-risk-for-sjalvmord-vid-diabetes> (Hämtad 2015-04-18.)
- Nyström, Maria. 2012. *I begynnelsen var ordet. Ett vårdvetenskapligt perspektiv på språk och afasi*. Högskolan i Borås. Vetenskap för profession, rapport nr. 21. <http://hdl.handle.net/2320/11287> (Hämtad 2015-04-18.)

- OECD. 2012. *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf (Hämtad 2015-04-18.)
- Region Halland *Att leva med en hörselnedsättning*.
<http://www.regionhalland.se/var-d-halsa/hitta-din-var-d/horeslvard/horselteamet/horselteamet/att-leva-med-en-horselnedsattning/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Region Skåne *Hörselnedsättning*.
<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/HH/Funktionsnedsattningar/Horsel/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Rindforth Gillgren, Margareta. 2014. *Fetma*. 1177 Vårdguiden.
<http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/?ar=True> (Hämtad 2015-04-18.)
- Samuelsson, Charlotte och Hagman, Anna. 2012. "Vi växer på bredden." I *Välfärd*, nr 3, sidan 18–19.
http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0001_2012K03_TI_07_A05TI1203.pdf (Hämtad 2015-04-18.)
- SCB. 2002. *Ohälsa och sjukvård 1980–2000*. Rapport nr. 95 inom serien Levnadsförhållanden. <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljrad-information/?publobjid=1835++> (Hämtad 2015-04-18.)
- SCB. 2006. *Ohälsa och sjukvård 1980–2005*. Rapport nr. 113 inom serien Levnadsförhållanden. http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0101_1980I05_BR_LE113SA0601.pdf (Hämtad 2015-04-18.)
- SCB. *Befolkningens utbildningsnivå 2015-01-01*.
<http://www.scb.se/Statistik/UF/UF0506/2014A01/Tab1.xls>
(Hämtad 2015-04-18.)
- SCB. *Tolkning av felmarginaler*.
http://www.scb.se/Statistik/LE/LE0101/2011A03/Tolkning_av_felmarginaler_20130528.pdf (Hämtad 2015-04-18.)
- Socialstyrelsen. 2011. *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18400/2011-9-2.pdf> (Hämtad 2015-04-18.)

- Socialstyrelsen. *Diagnoskoder (ICD-10)*.
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/dericd-10> (Hämtad 2015-04-18.)
- Statens folkhälsoinstitut. 2001. *Allergi/överkänslighet – ett kunskapsunderlag*.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Allergioverkanslighet/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Statens folkhälsoinstitut. 2011. *Målområde 11. Tobak. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Tobak-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Världshälsoorganisationen. 2014. *Tobacco*. Faktablad nr 339.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Världshälsoorganisationen. 2015. *1.1 billion people at risk of hearing loss*.
Pressmeddelande 2015-02-27.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/ear-care/en/> (Hämtad 2015-04-18.)
- Världshälsoorganisationen. *BMI-for-age (5-19 years)*.
http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ (Hämtad 2015-04-18.)
- Världshälsoorganisationen. *Body mass index – BMI*.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (Hämtad 2015-04-18.)

Bilaga 1. Att fråga om sjukdomar och hälsobesvär

Förekomst av sjukdomar eller hälsobesvär kan mätas på olika sätt. I Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) ställs dels frågan "Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?", dels frågan "Tar du regelbundet medicin för något?" med syfte att mäta sjuklighet i befolkningen.

Som framgår i rapporter om tidigare hälsoförstudier i undersökningen kan det här sättet att mäta förekomst av sjukdomar och hälsobesvär till exempel resultera i en underskattning av sjuklighet i befolkningen.³⁴ Man kan anta att alla sjukdomar inte nämns som svar på dessa frågor. Minnesfel är en felkälla. De som till exempel endast ibland har besvär av en sjukdom, till exempel av någon allergi som gör sig påmind någon gång per år eller ännu mer sällan, kan glömma bort att nämna sjukdomen. Andra aspekter som påverkar vilka sjukdomar som nämns handlar till exempel om hur intervjupersonen förstår frågan – olika personer kan ha mer eller mindre skilda uppfattningar om vad som ska räknas till "kronisk sjukdom" eller "långvariga besvär med hälsan" – och i vilken mån intervjupersonen upplever att det är känsligt eller svårt att berätta om en viss sjukdom. Att de allra sjukaste inte kan delta i en intervju och inte alltid kan få sina levnadsförhållanden beskrivna av till exempel en nära anhörig i form av en så kallad indirekt intervju, är ytterligare en aspekt som kan resultera i en underskattning av sjukligheten i befolkningen. När man tar del av resultaten i denna rapport ska man således räkna med att alla sjukdomar inte nämns och att vi inte vet hur stort bortfallet av sjukdomar är.

Även om det är mer troligt att sjukligheten underskattas än överskattas genom de ovan nämnda frågorna om sjukdomar och hälsobesvär samt medicinering är det möjligen så att vissa intervjupersoner kan anses överrapportera sjukdomar jämfört med andra, som har andra krav på vad man ska nämna som svar på dessa frågor. Tanken med frågorna är till exempel att fånga in nuet. Vid kodning av sjukdomar noterar dock

³⁴ Se t.ex. SCB. 2006. [Ohälsa och sjukvård 1980–2005](#). Levnadsförhållanden, rapport nr. 113.

kodarna då och då att intervjupersoner nämner hälsotillstånd som tidigare varit allvarliga, men som till exempel efter en operation är åtgärdat. En intervjuperson som numera är frisk, men som genomgått en större operation, kan således välja att nämna detta som svar på hälsofrågorna trots att de inte längre har några besvär av det tidigare hälsotillståndet och inte heller behöver ta medicin.

Allmän eller direkt fråga

Under 2012 och 2013 års hälsoförstudjupning i ULF/SILC kompletterades frågorna om sjukdom eller hälsobesvär samt regelbunden medicinering med några extra frågor om specifika sjukdomar. En jämförelse mellan dessa olika sätt att mäta förekomst av några olika sjukdomar visar att de direkta, specifika frågorna ofta ger en högre andel som har en viss sjukdom än de mer allmänna frågorna. Det stöder antagandet att de mer allmänna frågorna om sjukdomar och hälsobesvär samt medicinering snarare resulterar i en underskattning än i en överskattning av sjukligheten i befolkningen. Möjliga förklaringar till skillnaden i resultat mellan mer allmänna frågor och direkta frågor är bland annat att en direkt fråga om en viss sjukdom – *”Har du någon allergi?”* – kan vara lättare att förstå och kanske inte ger upphov till samma tolkningsmöjligheter³⁵ eller minnesfel³⁶ som allmänna frågor om sjukdomar – *”Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?”* – kan göra.

Diabetes

Baserat på följdfrågorna till *”Har du några kroniska sjukdomar eller andra långvariga besvär med hälsan?”* samt *”Tar du regelbundet medicin för något?”* bedöms drygt 4 procent ha diabetes i den vuxna befolkningen, 16 år och äldre. Baserat på den direkta frågan, som ställdes under hälsoförstudjupningen – *”Har du diabetes?”* – är det istället närmare 5 procent som har denna sjukdom.

³⁵ Vad olika intervjupersoner lägger i de mer allmänna begreppen som *”kroniska sjukdomar”* och *”långvariga besvär med hälsan”* torde skilja sig åt i större utstäckning än de mer specifika begreppen i direkta frågor om till exempel *”diabetes”* eller *”högt blodtryck”*.

³⁶ En sjukdom som intervjupersonen inte har några besvär av kan till exempel glömmas bort vid svar på en allmän fråga.

Skillnaden i andel mellan de olika typerna av frågor ligger inom felmarginalen och är således inte statistiskt säkerställd. Eftersom det är samma intervjupersoner som besvarat båda typerna av frågor vid samma intervjutillfälle tyder resultaten dock på att en direkt fråga fångar in något fler med diabetes än mer allmänna frågor om sjukdom.

Högt blodtryck

Baserat på de allmänna sjukdomsfrågorna bedöms 14 procent ha högt blodtryck, vilket kan jämföras med 18 procent som svarar ja på frågan *"Har du högt blodtryck?"*.

I alla åldersgrupper, liksom för såväl män som kvinnor, ger den direkta frågan en högre andel med högt blodtryck än de allmänna frågorna. I åldersgruppen 40–49 år tyder de allmänna frågorna på att 4 procent har högt blodtryck, medan den direkta frågan tyder på att det istället är 7 procent. I åldersgruppen 80 år och äldre resulterar de allmänna frågorna i att 41 procent bedöms ha högt blodtryck, jämfört med 53 procent enligt den direkta frågan.

Den direkta frågan ger en statistiskt signifikant högre andel med högt blodtryck än de allmänna frågorna. Som man frågar får man svar heter det ju och i det här fallet, med högt blodtryck, är det tydligt att en direkt fråga behövs snarare än allmänna frågeformuleringar om sjukdomar och hälsobesvär, som intervjupersonen kanske inte tycker stämmer in på deras hälsosituation.

In English

Summary

Eight out of ten people in the adult population aged 16 and older assess their health to be very good or good. At the same time, nearly half of these people have some illness or health problem, and nearly two out of ten report they are troubled by anxiety, worry or distress. Having an illness or health problem is not always the same as assessing one's health to be poor. However, those who assess their health to be poor or very poor often have an illness, and in particular often have severe problems due to illnesses.

While many physical illnesses and health problems are considerably more common among older persons than among younger persons, mental health shows a different age pattern. Many of those aged 20–30 and those older than age 80 have problems with anxiety, worry or distress as well as feelings of loneliness and being sad or down.

Impaired vision and impaired hearing are also more common among older persons than among younger persons. From the age of 40, a majority use glasses or contact lenses and from the age of 50, more than nine out of ten use glasses or contact lenses. The survey indicates that household finances can influence whether a person obtains new glasses or contacts when their sight changes.

It's more common that women than men have some illness or health problem, are troubled by anxiety, worry or distress, feel lonely, sad or down. More women than men also need help due to illness to carry out their daily lives.

In the annual report for 2014, The Public Health Agency of Sweden reports that health is unevenly distributed in the population and highlights the differences in health between persons with lower and higher education.³⁷ In addition to the differences between women and men and different age groups, there are also differences between groups with different level of education. In other words, compared to those with

³⁷ The Public Health Agency of Sweden. 2014. *Public Health in Sweden. Annual report 2014.*

a post secondary education, it is more common that those with only compulsory education have an illness or a health problem, have serious trouble from illnesses, need help to carry out their daily lives due to illness and assess their health to be poor or very poor. Compared to those with post secondary education, it is also more common that those who have compulsory or upper secondary education have problems with their sight even if they use glasses or contact lenses.

The report also describes two aspects that can affect health negatively – to weigh more or less than which is assessed as normal weight as well as use of tobacco. On the positive side, the percentage of those who are underweight has decreased somewhat during the last 25 years, and the percentage who smokes everyday has decreased more than fifty percent since the beginning of the 1980s. However, at the same time the percentage of those who are overweight has increased. The percentage of those who are overweight has more than doubled since the end of the 1980s, and today more than half of the men and four out of ten women are overweight or obese.

A note of thanks

We would like to express appreciation to our survey respondents – the people, enterprises, government authorities and other institutions of Sweden – with whose cooperation Statistics Sweden is able to provide reliable and timely statistical information meeting the current needs of our modern society.

Hälsa 2012–2013

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför på uppdrag av Sveriges riksdag sedan 1975 årligen undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden. Uppgifterna samlas in genom telefonintervjuer med ett urval av Sveriges vuxna befolkning, 16 år och äldre.

I denna rapport ges en beskrivning av befolkningens hälsotillstånd och sjukdomar, psykiska hälsa, syn- och hörselnedsättning, vikt samt tobaksanvändning. Rapporten baseras framför allt på uppgifter från 2012 och 2013 års Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Enstaka jämförelser görs med tidigare år.

ISSN 1654-1707 (Online)

All officiell statistik finns på: **www.scb.se**

Statistikservice: tfn 08-506 948 01

All official statistics can be found at: **www.scb.se**

Statistics Service, phone +46 8 506 948 01