

# Kommittédirektiv

Beslut vid regeringssammanträde den 17 januari 2002.

## Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall lämna förslag till utformningen och den närmare inriktningen av en analysgrupp inom området hälsa och ohälsa i arbetslivet. Utredaren skall därvid föreslå hur en sådan analysgrupp skall kunna bidra till att

- en samlad bild av ohälsan på arbetsmarknaden redovisas,
- kunskaperna om ohälsan på arbetsmarknaden kontinuerligt uppdateras,
- i sammanhanget relevanta forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt och,
- enighet kring den redovisade ohälsobilden skapas.

Utredaren skall gå igenom för- och nackdelar med olika organisationsformer för en analysgrupp.

Vidare skall utredaren klarlägga analysgruppens funktion och ansvar i förhållande till de myndigheter, institut m.m. som i dag har ohälsan i arbetslivet som arbetsområde. Särskild vikt skall läggas vid ansvarsfördelningen mellan analysgruppen och de myndigheter eller organisationer som ansvarar för statistik och forskning inom området.

Utredaren skall vidare redogöra för hur det framtida systemet för produktion av sjukförsäkringsstatistik bör utformas för att detta skall kunna uppfylla kraven på ett tillfredsställande instrument för uppföljning och analys av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet. Dessutom skall utredaren följa upp och utvärdera utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet.

## Bakgrund

### Allt fler sjukskrivna och personer som lämnar arbetslivet

Antalet sjukskrivna har ökat årligen sedan år 1997. Särskilt markant har ökningen varit för de långa sjukskrivningarna. Vid årsskiftet 2001/2002 fanns det ca 120 000 personer som har varit sjukskrivna under längre tid än ett år. Risken är stor för att de långa sjukskrivningarna övergår till förtidspension, vilket på sikt innebär ett ökat antal förtidspensionärer. Vid ingången av år 2002 fanns det ca 455 000 personer med förtidspension eller sjukbidrag. Enskilda människor drabbas av lidande och kostnader som följd av ohälsa. Samhällets kostnader för förmåner som betalas ut till följd av ohälsa ökar kraftigt och risken att viktiga reformer därför inte kan genomföras tilltar. Dessutom motverkar ohälsa näringslivets utveckling på sikt, bl.a. genom ett minskat arbetskraftsutbud.

Allt fler lämnar arbetslivet före 65 års ålder antingen på grund av ohälsa, förtida uttag av ålderspension eller olika avtalslösningar. Med tanke på den förväntade demografiska utvecklingen under de närmaste årtiondena är det av yttersta vikt att denna utveckling vänds. Förutsättningar måste därför skapas för ett arbetsliv som i större utsträckning än i dag kan vidmakthålla hälsa och lust att kvarstå i arbetslivet hos den enskilda människan. Eftersom hälsläget varierar stort mellan kvinnor och män bör utredningen ha ett medvetet könsperspektiv och ta i beaktande regeringens jämställdhetsmålsättning.

### Ansvar för statistik och forskning är uppdelat

Arbetslivet, men även människans totala livssituation, den enskildes fysiska och psykosociala förutsättningar samt hälso- och sjukvårdens funktionssätt är exempel på faktorer som kan förklara sjukskrivningarna i de fall där det inte finns en avgränsad tydlig sjukdomsdiagnos. Sjukskrivningen är ofta en process där flera faktorer samverkar på ett sätt som är negativt för den enskilde individen.

Flera myndigheters verksamhetsområden berörs när orsakerna till sjukfrånvaron analyseras. Detta innebär att även ansvaret för uppföljning, statistik och forskning om frågor som kan relateras till hälsa och ohälsa i arbetslivet samt till arbetskraftsutbud är uppdelat mellan olika myndigheter.

Riksförsäkringsverket (RFV) ansvarar för den officiella statistiken som rör sjukförsäkringar och förtidspension. Statistiken över den korta sjukfrånvaron produceras av Statistiska Centralbyrån (SCB) och är då samordnad med den företagsbaserade sysselsättningsstatistiken. Socialstyrelsen ansvarar för statistiken inom området hälso- och sjukvård. Arbetsmiljöverket har ansvaret för den officiella statistiken om arbetsskador och arbetsmiljö. På uppdrag av Arbetsmiljöverket genomför SCB arbetsmiljöundersökningar vartannat år och en årlig undersökning av arbetsorsakade besvär. Dessa undersökningar genomförs i form av tilläggsfrågor till arbetskraftsundersökningen (AKU). Den övriga officiella arbetsmarknadsstatistiken har SCB ansvar för.

Den officiella statistiken utgör endast en del av all statistik inom området. Det finns även andra källor. På Arbetsmarknadsverkets uppdrag genomför SCB vartannat år undersökningen om arbetsorsakade besvär för personer med funktionsnedsättning. Frågor om arbetsmiljö ställs även i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). SCB:s integrationsregister, LUISA, omfattar uppgifter om sjukpenning och förtidspension samt en mängd socioekonomiska och andra uppgifter för individerna. Frågor om sjukfrånvaron ställs både i den företagsbaserade sysselsättningsstatistiken och i AKU. Alecta (tidigare försäkringsbolaget SPP) har samlat statistik över långtidssjukskrivningar och behandlingsformer. Även de centrala fackförbunden TCO och LO och flera enskilda fackförbund inom SACO har genomfört undersökningar om ohälsa i arbetslivet.

Även forskningen om hälsa och ohälsa i arbetslivet bedrivs av en mängd olika myndigheter och andra organ. Nedan nämns några av de viktigaste:

- Arbetslivsinstitutet är ett nationellt centrum för forskning och utveckling inom arbetsmiljö, arbetsliv och arbetsmarknad.
- Institutet för psykosocial medicin (IPM) forskar inom området psykisk ohälsa.
- Statens folkhälsoinstitut är ett nationellt kunskapscentrum för folkhälsa.
- Universitet och högskolor
- OECD, WHO och andra internationella organ.

Även forskningens finansiering sker via flera olika instanser. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) finansierar bl.a. forskning inom områdena socialförsäkring, arbetsorgani-

sation och arbetsmiljö. Verket för innovationssystem (Vinnova) skall främja och finansiera behovsmotiverad forskning och utveckling för hållbar tillväxt för näringsliv, samhälle och arbetsliv. Viss forskning inom området socialförsäkringar finansieras även av Riksförsäkringsverket. Försäkringsbolaget AFA ger omfattande stöd till forskning och försöksprojekt om arbetsskador och arbetsmiljö.

Det finns även ett antal organisationer som arbetar med kunskapspridning, bl.a. Arbetslivsinstitutet. I detta sammanhang kan även nämnas Prevent som finansieras av Svenskt Näringsliv, LO och PTK.

### Tidigare förslag m.m.

Det uppdelade ansvaret för produktion av statistik och forskning har bidragit till svårigheterna att definiera den bakomliggande problembilden och att hävda arbets- och kompetenslinjen i arbetsmarknadspolitiken. Detta har gjort det svårare att finna lämpliga åtgärder för att motverka den ökande ohälsan och att skapa förutsättningar för att människors vilja och förmåga till arbete inte skall hämmas av risken för arbetsrelaterad ohälsa. I departementspromemorian Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv (Ds 2001:28) poängteras behovet av ett samlat grepp på statistikproduktionen. Behovet av en instans för samlad analys och bevakning av utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet har framförts både av Sjukförsäkringsutredningen i betänkandet Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag (SOU 2000:121) och av Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) i rapporten Punkter i en handlingsplan från juni 2001.

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72) stora brister vad avser statistiska uppföljningar och analyser av sjukfrånvaron. Utredningen föreslog därvid att RFV bör komplettera sitt sjukdataregister med uppgifter avseende diagnoser, intygsskrivande läkare, arbetsställen och yrke. Även i HpH-utredningens slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) lyfter man fram behovet av bättre statistik om sjukskrivningar. Det framförs att RFV skyndsamt bör utveckla och produktionssätta ett adekvat system för löpande hand-

läggning och uppföljning av sjukfrånvarons utveckling och för bedömning av olika åtgärders effektivitet.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2002 presenterat ett brett program av åtgärder för ökad hälsa i arbetslivet i 11 punkter. Programmet är delvis baserat på förslagen i HpH-utredningens rapport från juni 2001 och förslagen i departementspromemorian Ds 2001: 28. Under punkt 10 framför regeringen att utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan bör följas upp och utvärderas av t.ex. en fristående utvärderingsgrupp. Målet är att dessa utvärderingar skall kunna vara en viktig del av ett beslutsunderlag för konkreta förslag till åtgärder för att motverka den ökande arbetsrelaterade ohälsan.

## Uppdraget

Utredaren skall lämna förslag till utformningen av och den närmare inriktningen för en analysgrupp inom området hälsa och ohälsa i arbetslivet. Analysgruppen kan vara fristående eller organiseras inom den nuvarande myndighetsstrukturen.

Med flera olika statistikproducenter försvåras möjligheterna att sammanfoga de olika statistikuppgifterna till en samlad bild av hälsoläget bland de förvärvsaktiva. Därmed försvåras också analysen av hur arbetsförhållandena samverkar med olika hälso- och ohälsförhållanden. Detta har tidigare kompenseras med temporära utredningsinsatser. Utredaren skall föreslå hur analysgruppen skall kunna medverka till att skapa en samlad bild av hälsoläget på arbetsmarknaden.

Avsikten är att analysgruppens arbete dels skall vara en viktig del av ett beslutsunderlag för konkreta åtgärder, dels medverka till en ökad förståelse för vad som krävs för att människors vilja och förmåga till arbete skall kunna tas till vara i framtiden. Analysgruppen skall också kunna medverka i uppföljningen av de mål för hälsan i arbetslivet som bereds inom ramen för arbetet att formulera ett nytt folkhälsomål och regeringens 11-punktsprogram. Analysgruppen är även fri att studera incitamentsstrukturer som styr om en person hamnar bland förvärvsarbetande eller icke förvärvsarbetande.

Vidare skall utredaren belysa hur analysgruppen skall kunna bidra till att kunskaperna om hälsoläget kontinuerligt uppdateras när förhållandena på arbetsmarknaden och andra faktorer som kan ha betydelse för hälsa och ohälsa i arbetslivet ändras. Analysgruppens

möjligheter att bidra till utvecklingen av statistik på området skall belysas. Utredaren skall även ta ställning till förslaget från HpH-utredningen att analysgruppen skall bygga upp och underhålla en samlad longitudinell databas som innehåller variabler av betydelse för utvecklingen av hälsa i arbetslivet, dvs. en databas om samma individer över tiden.

Orsakerna och sambanden när det gäller ohälsan är komplicerade. Statistik och de statistiska analyserna räcker inte utan det behövs även forskning inom såväl medicin som beteendevetenskap. Utredaren skall föreslå hur analysgruppen skall kunna bidra till att relevanta forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt och sprids till berörda aktörer. Väsentligt är att forskningsresultat även når arbetsplatserna och kan användas.

En samsyn kring problemen bland de olika aktörerna på arbetsmarknaden och regeringen är en förutsättning för att regeringens arbete att minska ohälsan skall lyckas. Utredaren skall klargöra hur analysgruppen skall kunna bidra till att skapa enighet kring den redovisade hälsobilden bland de olika aktörerna på arbetsmarknaden.

Utredaren skall klarlägga analysgruppens roll i förhållande till de myndigheter, institut m.fl. som i dag har ohälsan i arbetslivet som arbetsområde. Utredaren skall lägga särskild vikt vid ansvarsfördelningen mellan analysgruppen och myndigheter eller organisationer som ansvarar för statistik och forskning inom området.

### Behovet av bättre sjukförsäkringsstatistik

Sjukförsäkringsutredningen och HpH-utredningen har identifierat stora brister vad avser sjukförsäkringsstatistik. Utredaren skall redogöra för utformning och innehåll för det framtida systemet för produktion av sjukförsäkringsstatistik för att kraven på ett tillfredsställande instrument för uppföljning och analys av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet skall kunna uppfyllas. Därvid skall utredaren analysera för- och nackdelarna med bl.a. två alternativa förfaranden:

- Uppgifterna till en heltäckande databas inhämtas från försäkringskassornas ärendehanteringssystem.
- Uppgifterna samlas in genom återkommande urvalsundersökningar.

Vid utformningen av förslag om statistik som baseras på personuppgifter skall utredaren särskilt beakta behovet av skydd för den personliga integriteten och de krav som den lagstiftning som finns om behandling av personuppgifter ställer. Detta gäller i synnerhet i fråga om förslag som innebär att många personuppgifter av känslig natur, såsom uppgifter om hälsa, samlas på ett ställe. Särskilt viktigt är detta vid överväganden om analysgruppens möjligheter att bygga upp och upprätthålla en longitudinell databas.

### Behovet av kontinuitet i analysen

Sjukförsäkringsutredningen påbörjade ett sammanhållet myndighetsöverskridande arbete med att följa upp och identifiera orsakerna till och sambanden kring den ökande ohälsan i arbetslivet. Analysen fortsatte i HpH-utredningen och i den arbetsgrupp i Regeringskansliet som arbetade med att ta fram departementspromemorian Ds 2001:28. Det är angeläget att detta arbete inte avstannar under den mellanperiod som uppstår efter det att HpH-utredningen lämnat sitt slutbetänkande i januari 2002 och innan den nya tänkta analysgruppen har påbörjat sin verksamhet. Därför skall den särskilda utredaren parallellt med uppgiften att utforma analysgruppen, fortsätta med den uppföljning och utvärdering av hälsan och ohälsan bland de yrkesverksamma som påbörjats i de två utredningarna och arbetsgruppen. Utredaren skall således redovisa adekvata uppgifter om utvecklingen av hälsan och ohälsan i arbetslivet bl.a. bland kvinnor och män, mellan olika sektorer samt i olika regioner. Det skall särskilt framgå av redovisningen hur den stressrelaterade ohälsan utvecklas. Vidare skall utredaren redovisa forskningsresultat som kan bidra till ökad förståelse för sambanden mellan hälsan och ohälsan i arbetslivet.

### Organisation och finansiering

Utredaren skall lämna förslag till hur analysgruppen skall organiseras och analysgruppens behov av personal och andra resurser. Utredaren skall analysera och bedöma för- och nackdelar med olika tänkbara organisationsformer, t.ex. myndighets- och kommittéformen eller att analysgruppen ingår som en del av någon av de myndigheter som i dag har ohälsan som arbetsområde. De ekonomiska konsekvenserna av de olika alternativen skall analyseras och

kommenteras. Finansieringen av analysgruppens verksamhet skall ske inom nuvarande ramar. Dock skall även möjligheterna att delfinansiera verksamheten med externa uppdrag övervägas.

### **Redovisning**

Utredaren skall i sitt arbete samråda med arbetsmarknadens parter samt med de myndigheter som i dag ansvarar för statistikproduktion och forskning inom de områden som omfattar de här aktuella frågeställningarna. Det är av värde att det skapas en samsyn om analysgruppen roll.

Utredaren skall den 1 augusti 2002 redovisa förslaget till ett system för framtida statistikinhämtning. Samtidigt skall utredaren redovisa delresultat från uppföljning och utvärdering av ohälsan på arbetsmarknaden. Uppdraget i dess helhet skall slutredovisas senast den 31 mars 2003.

(Socialdepartementet)



# Sjukfrånvarons utveckling under senare år

Riksförsäkringsverket  
Rolf Lundgren  
Ulrik Lidwall

*2002-06-12*

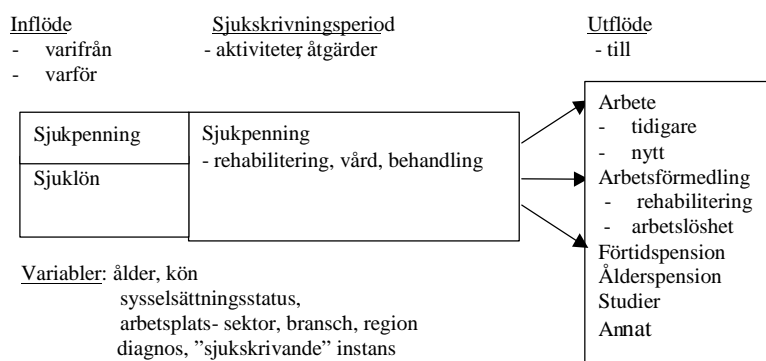


RFV har fått uppdrag att för AHA-utredningen redovisa utvecklingen ohälsa/sjukfrånvaro i arbetslivet.

Redovisningen baseras på sjukfrånvarodata i RFV:s databaser. För närvarande saknas uppgifter om diagnoser och arbetsgivare/arbetsställe i RFV:s register. Sjukfrånvaro under sjuklöneperioden registreras inte heller löpande. Ett utvecklingsarbete har påbörjats i syfte att från årsskiftet 2002/2003 kunna redovisa såväl diagnos och arbetsställe som sjukfrånvaro under sjuklöneperiod.

Målet för RFV:s löpande uppföljning är att befintliga sjukdatabaser skall utvecklas/utnyttjas på ett sådant sätt att de möjliggör en kontinuerlig flödesanalys.

*Varifrån kommer de sjukskrivna och varför, vad händer under sjukskrivningen, vad händer efter sjukskrivningen?*



Sjukdata kommer också att kompletteras med arbetsmarknadsdata, uppgifter från SCB:s korttidsstatistik, arbetsmiljöundersökningar m.m. Samkörningar med andra databaser kommer regelmässigt att göras för att komplettera statistiken med fördjupade individdata.

## Innehåll

1. Sammanfattning
2. Sjukfrånvarons utveckling och struktur
  - 2.1. Sjukskrivna längre än 30 dagar
  - 2.2. Individer som erhållit sjukpenning
  - 2.3. Sjukfallens längd
  - 2.4. Långtidssjukskrivna och förtidspensionärer
  - 2.5. Pågående och avslutade fall
  - 2.6. Ohälsotal
  - 2.7. Befolkningen, åldersstrukturen och sjukfrånvarons utveckling
  - 2.8. Regionala skillnader
  - 2.9. Diagnoser

# 1 Sammanfattning

*Vid årsskiftet 2001/2002 hade 173 500 kvinnor och 100 300 män varit sjukskrivna längre än 30 dagar.*

*År 2001 erhöll 840 000 individer, 516 000 kvinnor och 324 000 män, sjukpenning eller rehabiliteringsersättning. Ökningen från år 1999 uppgick till 140 000 individer eller 20 procent.*

*Ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan åren 1999 och 2001 kan till 50 procent hänföras till ökat antal sjukskrivna individer och resterande 50 procent förklaras av större antal sjukpenningdagar per individ.*

*Vid månadsskiftet februari/mars 2002 hade 76 000 kvinnor och 41 000 män varit sjukskrivna längre tid än 1 år.*

*De långtidssjukskrivnas sjukpenningdagar svarar för en växande andel av det totala antalet ersatta dagar.*

*Under år 1998 ökade antalet sjukpenningdagar (netto) med 8,5 miljoner. Av dessa svarade ökningen av antalet dagar för sjukskrivna längre än 1 år för 20 procent. Under åren 1999 och 2000 var motsvarande andel av ökningen 36 procent.*

*År 2001 utgjorde det ökade antalet sjukpenningdagar till sjukskrivna längre än 1 år 53 procent av den totala ökningen.*

*Antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare uppgick vid utgången av år 2001 till totalt 454 000, 261 000 kvinnor och 195 000 män.*

*15,7 procent (435 000) av kvinnorna och 10,3 procent (295 000) av männen i åldern 16–64 år var vid årsskiftet 2001/2002 sjukskrivna eller förtidspensionärer.*

*Det samlade pensionsåtagandet för förtidspensioner med hänsyn till gruppens storlek och åldersstruktur uppgår i maj 2002 till 5 miljoner år. Med en antagen årlig förtidspension på 100 000 kronor motsvarar detta ett åtagande på 500 miljarder kronor.*

*Av den faktiska ökningen av sjukfrånvaron mellan åren 1995 och 2001 kan 6,7 procent förklaras av befolkningens ändrade åldersstruktur.*

*De regionala skillnaderna i ohälsotal, sjukfrånvaro och förtidspension, kan inte förklaras av skillnader i befolkningsstruktur.*

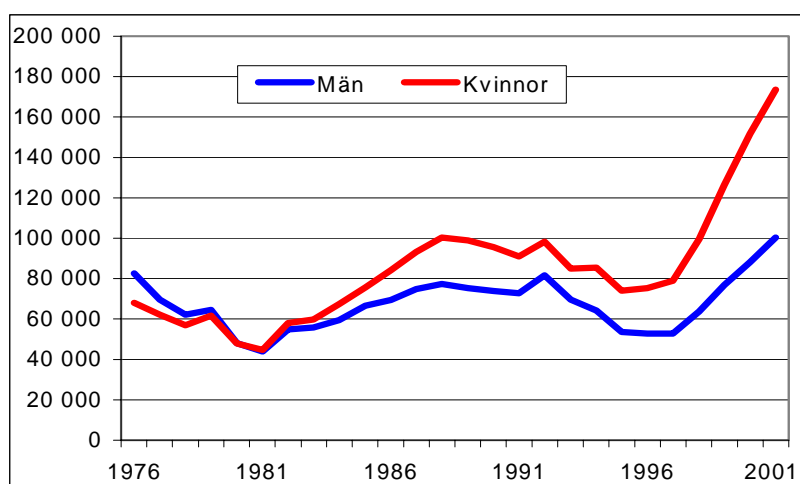
*Den sjukdomstyp som har ökat kraftigast under senare år bland de (långvarigt) sjukskrivna är utan tvekan de psykiska sjukdomarna. Särskilt dramatisk har denna utveckling varit bland kvinnorna där andelen långvarigt sjukskrivna för psykisk ohälsa ökat från 16 till 30 procent. Totalt sett står sjukdomar som berör den psykiska hälsan, för minst 27 procent av de långvariga sjukskrivningarna.*

## 2 Sjukfrånvarons utveckling och struktur

### 2.1 Sjukskrivna längre än 30 dagar

Den officiella statistiken omfattar endast sjukskrivna som erhållit ersättning från sjukförsäkringen. Frånvaro under karensdag och sjuklöneperiod registreras således inte. För att få jämförbarhet över tiden med hänsyn variationer avseende karensdagar och sjuklöneperioder redovisas nedan endast individer med en sjukskrivningsperiod som är längre än 30 dagar.

*Diagram 1. Antal sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1976 – 2001*



*Källa: RFV*

Vid årsskiftet 2001/2002 hade 173 538 kvinnor och 100 277 män varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Som framgår av diagrammet är dessa nivåer de högsta som hittills noterats.

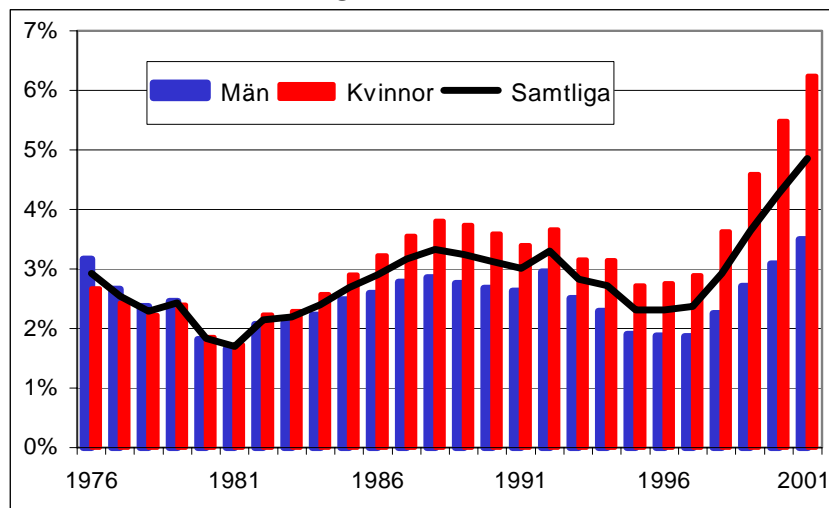
1980 – 1981 var lika många kvinnor som män sjukskrivna. Därefter har kvinnornas andel av de sjukskrivna ökat successivt och kraftigt och var vid slutet av 2001 63 procent. Kvinnornas förvärvsfrekvens har under tiden från 1990 varit oförändrad och motsvarar ca 45

procent av arbetskraften. Kvinnornas ökande andel av sjukskrivningarna kan således inte förklaras av ett högre arbetslivsdeltagande.

Antalet sjukskrivna har under år 2002 fortsatt att öka. Vid utgången av mars hade 177 884 kvinnor och 101 521 män varit sjukskrivna längre än 30 dagar.

I följande diagram redovisas antal sjukskrivna enligt ovan som andelar av befolkningen.

*Diagram 2. Sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1976 – 2001 (Procent av befolkningen 16–64 år).*



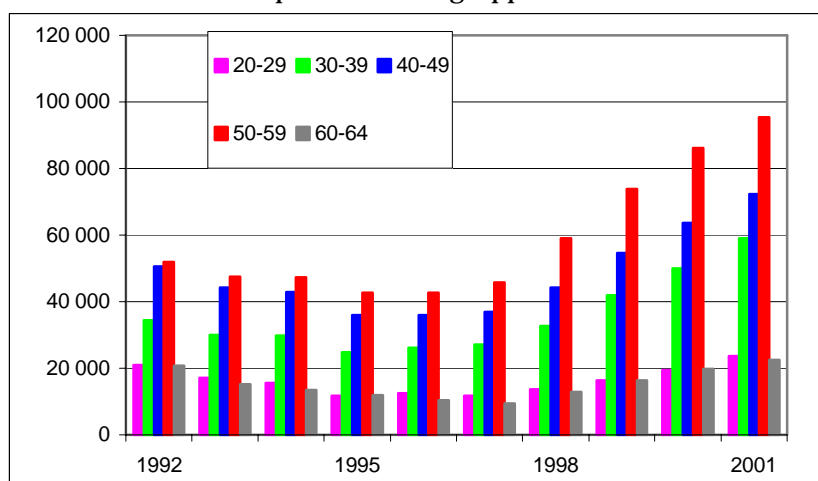
*Källa: RFV*

Närmare 5 procent av befolkningen i åldern 16–64 år hade vid årsskiftet 2001/2002 varit sjukskrivna längre än 30 dagar; 6,25 procent av kvinnorna och 3,5 procent av männen.

I följande diagram och tabeller redovisas utvecklingen av antalet sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992 – 2001 fördelade på olika åldersgrupper samt de sjukskrivnas andel av befolkningen i respektive köns- och åldersgrupp.



*Diagram 3. Antal sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992 – 2001 fördelade på olika åldersgrupper.*



*Källa: RFV*

Av de totalt 273 000 sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av år 2001 var 95 500 eller 35 procent i åldern 50–59 år. Motsvarande tal för åldersgruppen 40–49 år var 72 300 eller 27 procent, för åldersgruppen 30–39 år 59 000 eller 22 procent, för åldersgruppen 20–29 år 23 600 eller 9 procent. Antalet sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen var 22 500 motsvarande 8 procent av totalen.

Vid utgången av år 1992 hade 178 800 individer varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Av dessa var 52 000 eller 29 procent i åldern 50–59 år. Motsvarande tal för åldersgruppen 40–49 år var 50 600 eller 28 procent, för åldersgruppen 30–39 år 34 500 eller 19 procent, för åldersgruppen 20–29 år 21 000 eller 12 procent. Antalet sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen var 20 700 motsvarande 12 procent av totalen.

De yngstas och de äldstas andelar av de sjukskrivna minskade mellan 1992 och 2001. Största ökningen har åldersgruppen 50–59 år, vars andel ökade från 29 till 35 procent.

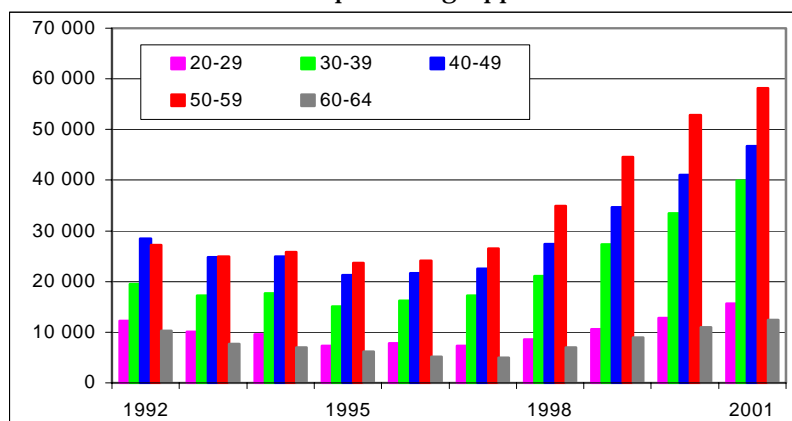
*Tabell 1.* Sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992 – 2001 fördelade på åldersgrupper. Procent av befolkningen.

	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64
1992	1,7 %	3,0 %	3,9 %	5,6 %	5,0 %
1993	1,4 %	2,6 %	3,5 %	4,9 %	3,7 %
1994	1,3 %	2,5 %	3,4 %	4,7 %	3,3 %
1995	1,0 %	2,0 %	2,9 %	4,0 %	3,0 %
1996	1,1 %	2,1 %	2,9 %	3,8 %	2,6 %
1997	1,0 %	2,2 %	3,1 %	4,0 %	2,3 %
1998	1,2 %	2,6 %	3,7 %	5,0 %	3,1 %
1999	1,5 %	3,3 %	4,6 %	6,1 %	3,8 %
2000	1,8 %	4,0 %	5,5 %	7,0 %	4,4 %
2001	2,2 %	4,7 %	6,2 %	7,6 %	4,9 %

*Källa: RFV*

Andelen sjukskrivna i procent av befolkningen minskar för alla åldersgrupper från 1992 till mitten av 1990-talet för att därefter minst fördubblas fram till år 2001.

*Diagram 4.* Kvinnor sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992 – 2001 fördelade på åldersgrupper.



*Källa: RFV*

Av de totalt 173 000 kvinnor sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av år 2001 var 58 200 eller 34 procent i åldern 50–59 år. Motsvarande tal för åldersgruppen 40–49 år var 46 800 eller 27 procent, för åldersgruppen 30–39 år 39 900 eller 23 procent, för åldersgrup-

pen 20–29 är 15 600 eller 9 procent. Antalet sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen var 12 500 motsvarande 7 procent av totalen.

Vid utgången av år 1992 hade 97 900 kvinnor varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Av dessa var 27 300 eller 28 procent i åldern 50–59 år. Motsvarande tal för åldersgruppen 40–49 år var 28 500 eller 29 procent, för åldersgruppen 30–39 år 19 500 eller 20 procent, för åldersgruppen 20–29 år 12 200 eller 12 procent. Antalet sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen var 10 400 motsvarande 11 procent av totalen.

Även för kvinnorna har de yngstas och de äldstas andelar av de sjukskrivna minskat. Största ökningen har åldersgruppen 50–59 år, vars andel ökade från 28 till 34 procent.

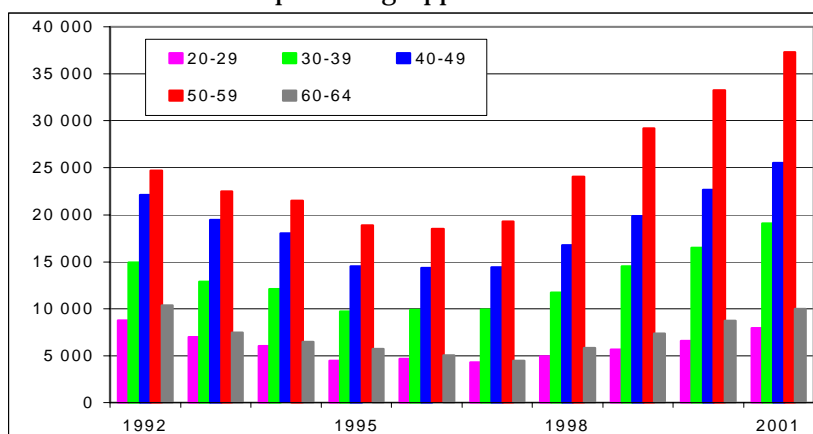
*Tabell 2. Kvinnor sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992 – 2001 fördelade på åldersgrupper. Procent av befolkningen.*

	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64
1992	2,0 %	3,4 %	4,5 %	5,9 %	4,8 %
1993	1,7 %	3,0 %	4,0 %	5,2 %	3,7 %
1994	1,6 %	3,0 %	4,0 %	5,1 %	3,4 %
1995	1,3 %	2,6 %	3,5 %	4,5 %	3,0 %
1996	1,4 %	2,7 %	3,6 %	4,4 %	2,5 %
1997	1,3 %	2,9 %	3,8 %	4,7 %	2,4 %
1998	1,6 %	3,5 %	4,7 %	6,0 %	3,3 %
1999	1,9 %	4,5 %	6,0 %	7,4 %	4,1 %
2000	2,4 %	5,5 %	7,1 %	8,7 %	4,9 %
2001	2,9 %	6,4 %	8,1 %	9,4 %	5,5 %

*Källa: RFV*

Andelen sjukskrivna kvinnor i procent av befolkningen minskar för alla åldersgrupper från 1992 till mitten av 1990-talet för att därefter minst fördubblas fram till år 2001 och då vara betydligt högre än år 1992.

*Diagram 5. Män sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992 – 2001 fördelade på åldersgrupper.*



*Källa: RFV*

Av de totalt 100 000 män sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av år 2001 var 37 300 eller 37 procent i åldern 50–59 år. Motsvarande tal för åldersgruppen 40–49 år var 25 600 eller 26 procent, för åldersgruppen 30–39 år 19 100 eller 19 procent, för åldersgruppen 20–29 år 8 000 eller 8 procent. Antalet sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen var 10 000 motsvarande 10 procent av totalen.

Vid utgången av år 1992 hade 70 500 män varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Av dessa var 24 700 eller 35 procent i åldern 50–59 år. Motsvarande tal för åldersgruppen 40–49 år var 22 100 eller 31 procent, för åldersgruppen 30–39 år 14 900 eller 21 procent, för åldersgruppen 20–29 år 8 800 eller 12 procent. Antalet sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen var 10 400 motsvarande 15 procent av totalen.

För männen ökade andelen för åldersgruppen 50–59 år från 35 till 37 procent. Övriga åldersgruppers andelar minskade.

*Tabell 3. Män sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1992–2001 fördelade på åldersgrupper. Procent av befolkningen.*

	<b>20–29</b>	<b>30–39</b>	<b>40–49</b>	<b>50–59</b>	<b>60–64</b>
1992	1,4 %	2,5 %	3,4 %	5,3 %	5,1 %
1993	1,1 %	2,1 %	3,0 %	4,6 %	3,8 %
1994	1,0 %	2,0 %	2,8 %	4,2 %	3,3 %
1995	0,7 %	1,6 %	2,3 %	3,5 %	2,9 %
1996	0,8 %	1,6 %	2,3 %	3,3 %	2,6 %
1997	0,7 %	1,6 %	2,4 %	3,3 %	2,2 %
1998	0,9 %	1,8 %	2,8 %	4,0 %	2,8 %
1999	1,0 %	2,3 %	3,3 %	4,8 %	3,4 %
2000	1,2 %	2,6 %	3,8 %	5,3 %	4,0 %
2001	1,4 %	2,9 %	4,3 %	5,9 %	4,4 %

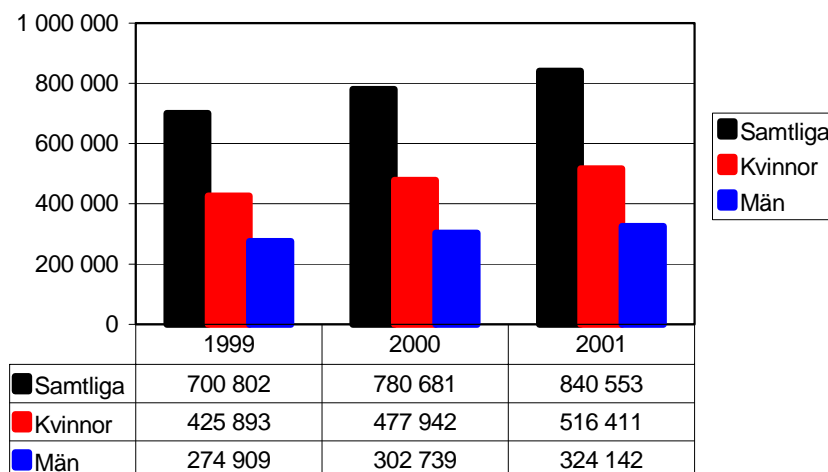
*Källa: RFV*

Även andelen sjukskrivna män i procent av befolkningen minskar för alla åldersgrupper från 1992 till mitten av 1990-talet för att därefter öka fram till år 2001. Ökningarna av de sjukskrivnas andelar av befolkningen är dock inte lika påtagliga för männen som för kvinnorna.

## 2.2 Individer som erhållit sjukpenning

I följande diagram och tabell redovisas det antal individer som under åren 1999–2001 erhållit ersättning från sjukförsäkringen i form av sjukpenning eller rehabiliteringsersättning samt hur antalet ersatta dagar utvecklats under samma period. Under dessa år var sjuklöneperioden densamma varför siffrorna är helt jämförbara.

Diagram 6. Antal individer som erhållit sjukpenning åren 1999–2001

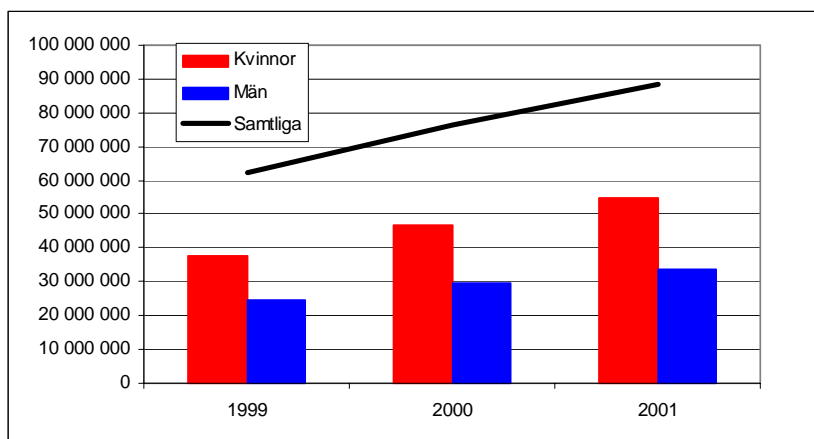


Källa: RFV

År 1999 erhöll 700 000 individer, 425 000 kvinnor och 275 000 män, sjukpenning eller rehabiliteringsersättning.

Motsvarande antal år 2001 var 840 000 individer totalt, varav 516 000 kvinnor och 324 000 män. Antalet sjukskrivna kvinnor ökade mellan åren 1999 och 2001 med 91 000 motsvarande 21 procent och antalet män med 49 000 eller 18 procent. Den totala ökningen uppgick till 140 000 individer eller 20 procent.

Diagram 7. Antal sjukpenningdagar (netto) åren 1999–2001.



Källa: RFV

Antalet sjukpenningdagar netto, dvs. med hänsyn tagen till partiella sjukskrivningar, ökade mellan åren 1999 och 2001 med 26 miljoner dagar. Från 62,5 miljoner sjukpenningdagar 1999 till 88,2 miljoner 2001. Ökningen i relativa tal uppgick till totalt 41 procent, 45 procent för kvinnorna och 36 procent för männen.

Ökningen av antalet sjukpenningdagar var betydligt högre än ökningen av antalet individer. Sjukskrivningarna har således i genomsnitt blivit längre.

Tabell 4. Antal sjukpenningdagar (netto) per sjukskriven individ åren 1999–2000.

	Samtliga	Kvinnor	Män
1999	89	88	90
2000	98	98	98
2001	105	106	104

Källa: RFV

År 2001 var det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar för individer som under året erhållit sjukpenning 105, vilket innebar en ökning med 16 dagar jämfört med år 1999.

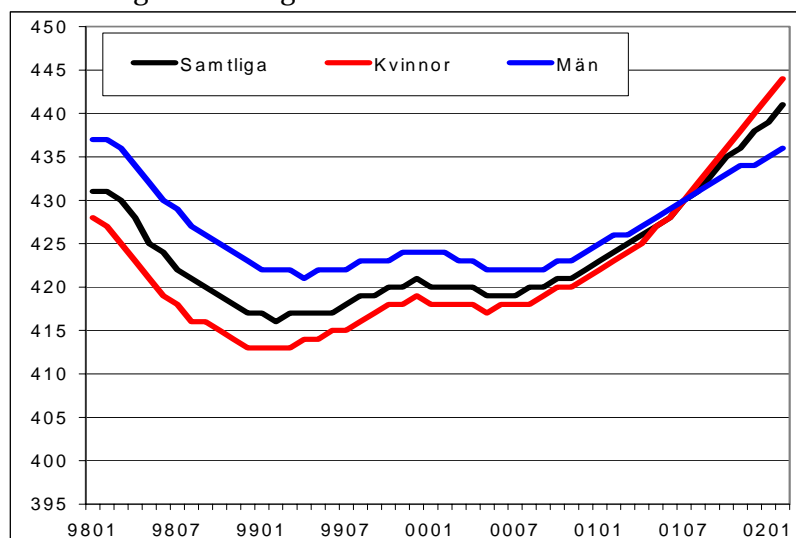
Om antalet sjukpenningdagar/individ varit detsamma år 2001 som år 1999 hade ökningen av det totala antalet sjukpenningdagar varit hälften så stor som den faktiskt blev.

Ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan åren 1999 och 2001 kan till 50 procent hänföras till ökat antal sjukskrivna individer och resterande 50 procent förklaras av större antal sjukpenningdagar per individ.

## 2.3 Sjukfallens längd

Den genomsnittliga sjukfallstiden för fall längre än 60 dagar redovisas nedan. Som framgår av tabellen sjönk sjukfallstiden under 1998 och 1999 för att därefter, framför allt från och med hösten 2000, snabbt öka.

*Diagram 8.* Genomsnittlig sjukfallstid i dagar för individer sjukskrivna längre än 60 dagar 9801–0202.



*Källa: RFV*

Den genomsnittliga sjukfallstiden var i januari 1998 431 dagar. I januari 1999 var den 421 dagar för att sedan stiga till 441 dagar vid utgången av februari 2002. Männen genomsnittliga sjukfallstid sjönk från 437 dagar 9801 till 421 i april 1999 för att därefter stiga till 436 dagar i februari 2002. Noterbart är att kvinnorna vid treårsperiodens början hade ett lägre antal genomsnittliga sjukdagar (428) än männen. I juli 2001 var sjukfallstiderna lika långa. Under perioden därefter har kvinnornas sjukfallstid successivt blivit längre

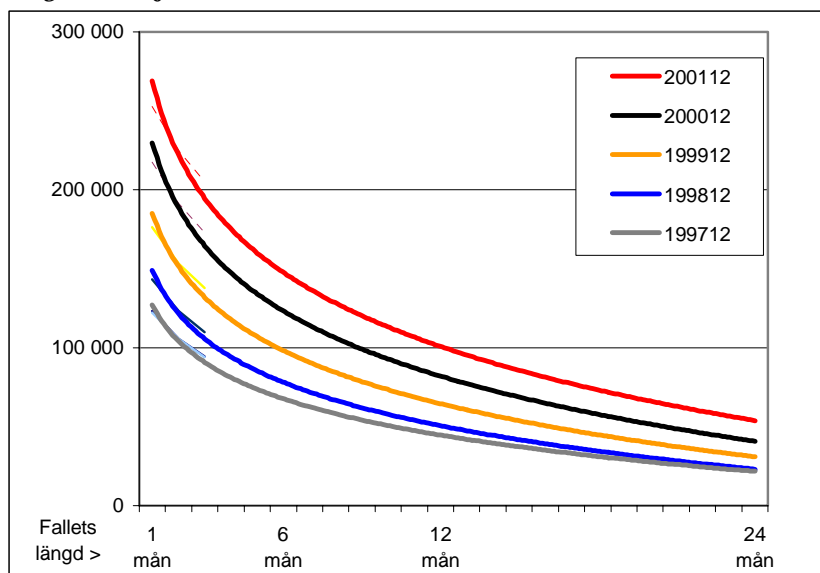


än männens. I februari 2002 var den genomsnittliga sjukfallstiden 444 dagar.

Mellan åren 1997 och 1999 ökade antalet individer som erhöll sjukpenning mycket kraftigt, från 500 000 till 700 000, vilket påtagligt påverkade den genomsnittliga sjukfallstiden. Ökningen av sjukpenningdagarna under denna period kan i stort hänföras till de många nya individer som kom in i systemet. De två senaste åren har visserligen ytterligare ett stort antal individer (140 000) tillkommit, som konstaterades ovan, men de längre sjukfallstiderna påverkar i allt större utsträckning det totala antalet sjukpenningdagar.

I nedanstående diagram redovisas antal sjukskrivna i öppna fallängdsklasser, dvs. fall som varat längre än 1 månad, längre än 2 månader, 3 månader etc.

Diagram 9. Sjukskrivna vid slutet av åren 1997–2001.



Källa: RFV

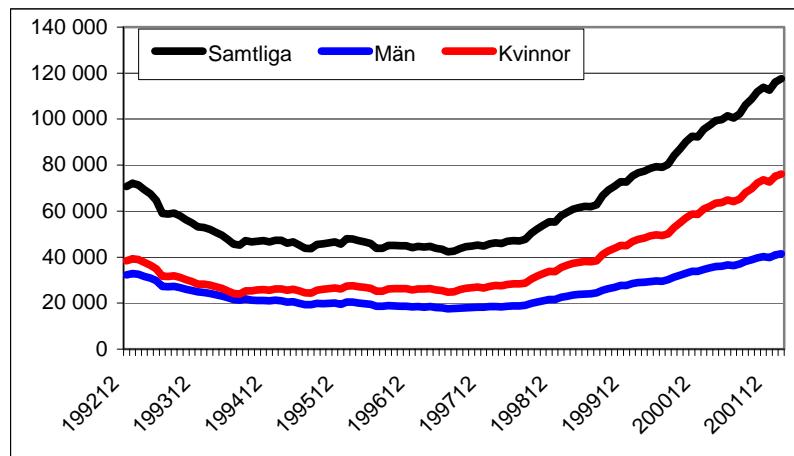
Diagrammets kurvor är logaritmiska trendlinjer baserade på faktiska uppgifter om falllängder längre än 1, 2, 3, 6, 12 och 24 månader.

Kurvorna visar att antalet fall i stor sett fördubblats över hela skalan mellan åren 1997 och 2001 och att antalet fall minskar i avtagande takt med ökad längd.

## 2.4 Långtidssjukskrivna och förtidspensionärer

Antalet sjukskrivna längre än 1 år har under åren 1998–2001 i det närmaste tredubblats. Utvecklingen för kvinnor och män 9212–0202 redovisas i nedanstående diagram.

Diagram 10. Sjukskrivna längre än 1 år 9912–0202



Källa: RFV

Vid månadsskiftet februari/mars 2002 hade 76 000 kvinnor och 41 000 män varit sjukskrivna längre tid än 1 år.

De långtidssjukskrivnas sjukpenningdagar svarar också för en växande andel av det totala antalet ersatta dagar.

Under år 1998 ökade antalet sjukpenningdagar (netto) med 8,5 miljoner. Av dessa svarade ökningen av antalet dagar för sjukskrivna längre än 1 år för 20 procent. Under åren 1999 och 2000 var motsvarande andel av ökningen 36 procent.

År 2001 utgjorde det ökade antalet sjukpenningdagar till sjukskrivna längre än 1 år 53 procent av den totala ökningen.

Samtidigt som antalet sjukskrivna längre än 1 år ökat kraftigt stiger antalet nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag i snabb takt. Det ökade antalet långtidssjukskrivna motsvaras således inte av någon minskning av nybeviljade förtidspensionärer.

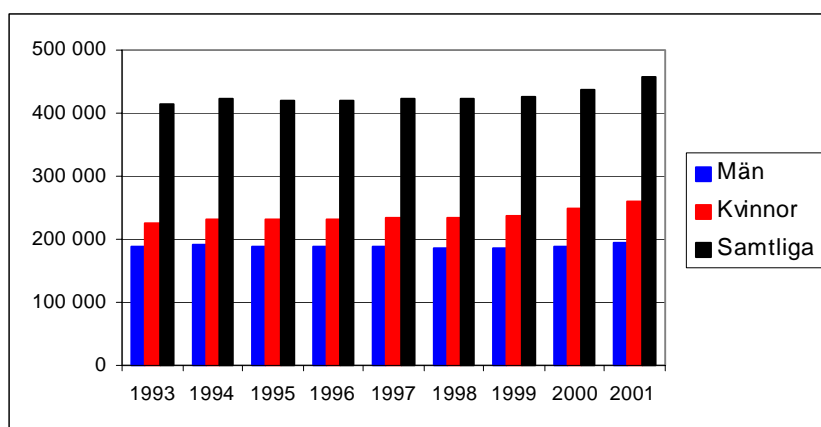
**Tabell 5.** Antal nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag under åren 1998–2001.

	1998	1999	2000	2001
Kvinnor	18 600	21 900	27 900	32 600
Män	15 900	17 600	21 300	24 500
Samtliga	34 500	39 500	49 200	57 100

Källa: RFV

Som framgår av tabellen ökar antalet nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag under åren 1998–2001, från 34 500 år 1998 till 57 100 år 2001. Kvinnornas andel av nybeviljade förtidspensioner varierar mellan 54 och 57 procent.

**Diagram 11.** Antal individer med förtidspension/sjukbidrag vid slutet av åren 1993–2001.



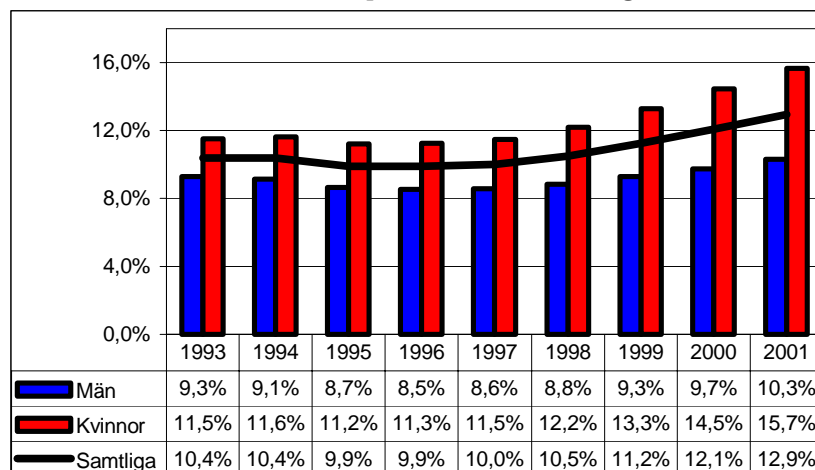
Källa: RFV

Antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare uppgick vid utgången av år 2001 till totalt 454 000, 261 000 kvinnor och 195 000 män. Antalet ökade under perioden 1993 till 2001 med 52 000. Av dessa var inte mindre än 42 000 kvinnor.

Heltidsfrånvaron med hänsyn till partiella förtidspensioner motsvarar under perioden 88–90 procent av de i diagrammet redovisade bruttoantalen. År 2001 motsvarade förtidspensionärerna en heltidsfrånvaro på 400 000.

Det samlade pensionsåtagandet för förtidspensioner med hänsyn till gruppens storlek och åldersstruktur uppgår i maj 2002 till 5 miljarder år. Med en antagen årlig förtidspension på 100 000 kronor motsvarar detta ett åtagande på 500 miljarder kronor.

*Diagram 12.* Summa sjukskrivna > 30 dagar och förtidspensionärer vid slutet av åren 1993-2001 i procent av befolkningen (16-64 år).



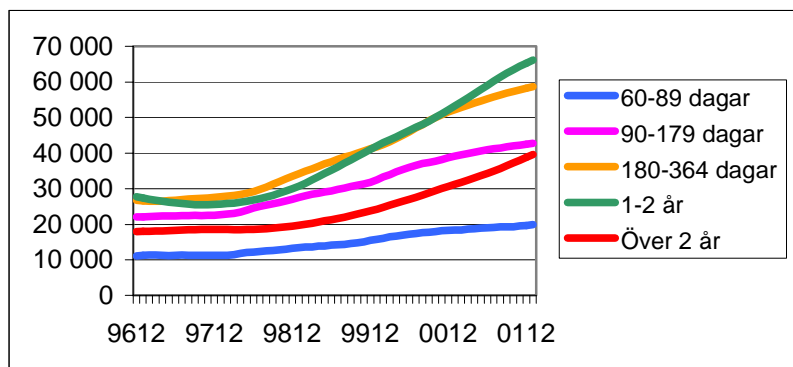
*Källa: RFV SCB*

I ovanstående diagram summeras sjukskrivna > 30 dagar och förtidspensionärer. 15,7 procent (435 000) av kvinnorna och 10,3 procent (295 000) av männen var vid årsskiftet 2001/2002 sjukskrivna eller förtidspensionärer. Andelen sjukfrånvarande kvinnor har under perioden 1993-2001 ökat med hela 4,2 procentenheter (125 000).

## 2.5 Pågående och avslutade fall

I nedanstående diagram redovisas antalet pågående och avslutade fall olika längdklasser vid utgången av respektive 12 månadersperiod från december 1996 till december 2001.

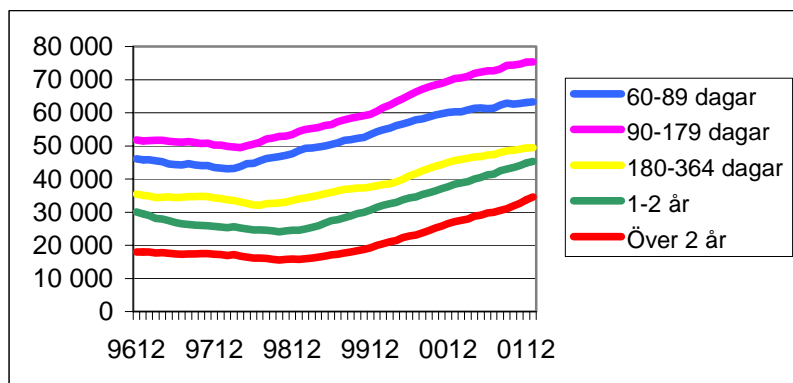
Diagram 13. Antal pågående fall i olika längdklasser 199612 – 200201.



Källa: RFV

Diagram 14. Antal avslutade fall i olika längdklasser 199612 – 200201

Rullande 12-månaderstal.

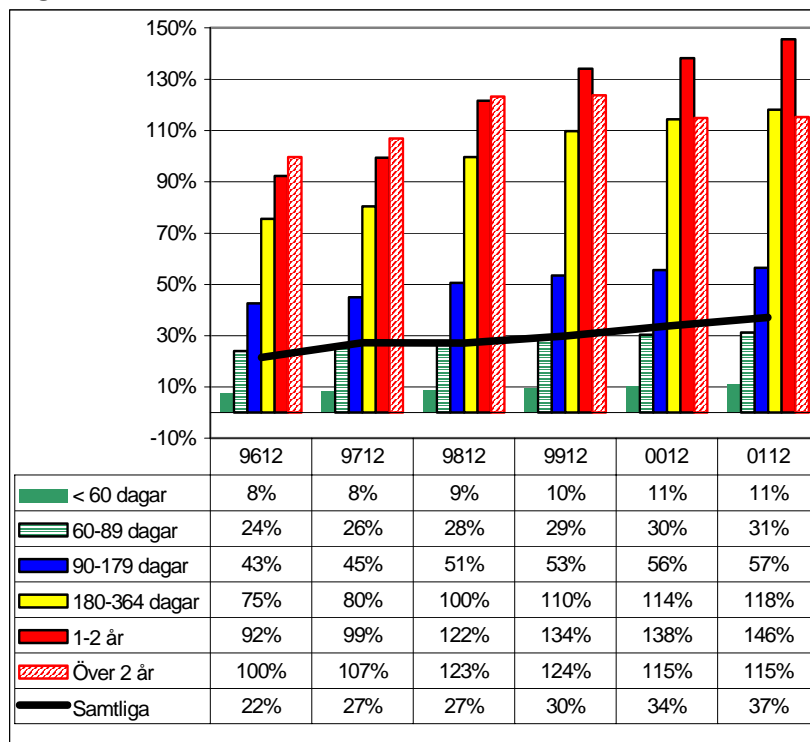


Källa: RFV

Antalet pågående fall ökar snabbt från 1998. Framför allt ökar de längsta fallen i snabb takt. Från 1998 avslutas färre långa fall under löpande 12-månadersperioder än antalet pågående, dvs. inflödet av

nya långa fall är större än utflödet, varför antalet långa fall ökar kontinuerligt.

*Diagram 15.* Antal pågående fall vid periodens slut i relation till antalet avslutade fall under föregående 12 månadersperiod i olika längdklasser.



*Källa: RFV*

Diagrammet visar relationen mellan antalet pågående fall vid periodens slut i relation till antalet avslutade fall under föregående 12 månadersperiod i olika längdklasser. För en minskning av antalet pågående fall krävs att kvoten för fall längre än 1 år understiger 100 procent, för fall 180–364 dagar understiger 75 procent, för fall 90–179 dagar understiger 40 procent och för fall 60–89 dagar understiger 20 procent. Som framgår av tabellen överstiger de faktiska kvoterna vida de tal som krävs för balans. Detta gäller framför allt de längre sjukfallen.

## 2.6 Ohälsotal

Ohälsotalet beräknas som antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag från socialförsäkringen per inskriven försäkrad 16–64 år (befolkningen). Alla dagar är omräknade till heldagar.

*Tabell 6.* Ohälsotal för 12 månadersperioden t.o.m. april 2002.  
Dagar.

	Samtliga	16–29 år	30–49 år	50–59 år	60–64 år
<u>Samtliga</u>					
Ohälsotal	42,6	9,8	32,9	69,9	127,3
Sjukpenning	17,2	5,6	18,5	26,0	23,4
FTP/SJB	25,5	4,1	14,5	43,9	104,0
<u>Kvinnor</u>					
Ohälsotal	50,5	11,3	40,8	82,8	138,8
Sjukpenning	21,6	7,5	24,3	31,4	25,7
FTP/SJB	28,9	3,9	16,5	51,5	113,1
<u>Män</u>					
Ohälsotal	35,0	8,3	25,3	57,2	115,8
Sjukpenning	12,9	3,9	12,8	20,7	21,1
FTP/SJB	22,1	4,4	12,5	36,5	94,7

*Källa: RFV*

Det totala ohälsotalet var vid utgången av april 2002 42,6 dagar, varav 17,2 sjukpenningdagar och 25,5 förtidspensionsdagar. Ohälsotalet har ett starkt samband med kön och ålder. Talet är lägst för yngre män och högst för äldre kvinnor.

Kvinnornas ohälsotal uppgick i genomsnitt till 50,5 dagar och männens till 35. För kvinnorna varierar ohälsotalet mellan de olika åldersgrupperna från 11,3 dagar för de yngsta till 138,8 för de äldsta. För männen är motsvarande tal 8,3 dagar för de yngsta och 115,8 dagar för de äldsta.

En påtaglig skillnad mellan könen är att förtidspensionsdelen av ohälsotalet hos kvinnorna är lägre än männens i den yngsta åldersgruppen men att den stiger avsevärt snabbare än männens med tilltagande ålder och att den i de högre åldersgrupperna ligger på en betydligt högre nivå än männens.

*Tabell 7. Ohälsotalets förändring sedan april 1999. Dagar.*

	Samtliga	16–29 år	30–49 år	50–59 år	60–64 år
<u>Samtliga</u>					
Ohälsotal	8,1	2,8	8,3	9,4	8,6
Sjukpenning	6,7	2,3	7,5	8,7	9,6
FTP/SJB	1,5	0,5	0,9	0,7	-1,0
<u>Kvinnor</u>					
Ohälsotal	11,2	3,7	11,7	12,9	15,5
Sjukpenning	8,9	3,2	10,5	11,0	11,2
FTP/SJB	2,3	0,4	1,3	1,9	4,3
<u>Män</u>					
Ohälsotal	5,1	2,0	5,0	5,8	1,9
Sjukpenning	4,6	1,5	4,6	6,3	8,1
FTP/SJB	0,6	0,5	0,5	-0,5	-6,3

*Källa: RFV*

Ohälsotalet ökar totalt under perioden 9904–0204 med 8,1 dagar, 11,2 för kvinnor och 5,1 för män. Sjukpenningen svarar för huvudparten av förändringen. Kvinnornas ohälsotal ökar i alla åldersgrupper betydligt mer än männens. Särskilt i de äldsta åldersgrupperna är skillnaden markant.

## 2.7 Befolkningen, åldersstrukturen och sjukfrånvarons utveckling

I följande tabell redovisas uppgifter om befolkning, sjukpenningdagar och sjukpenningtal för åren 1995 och 2001. Uppgifterna ligger grund för en analys av demografins relativa betydelse för den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron mellan åren 1995 och 2001.



**Tabell 8.** Befolkning, sjukpenningdagar och sjukpenningtal år 1995 och 2001.

Befolkning Åldersgrupp	1995			2001		
	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män
16-29	1 602 600	783 649	818 951	1 489 010	729 518	759 492
30-49	2 457 653	1 203 589	1 254 064	2 419 666	1 189 806	1 229 860
50-59	1 065 217	525 965	539 252	1 242 920	615 784	627 136
60-64	403 202	206 649	196 553	454 139	228 190	225 949
<i>Summa</i>	<i>5 528 672</i>	<i>2 719 852</i>	<i>2 808 820</i>	<i>5 605 735</i>	<i>2 763 298</i>	<i>2 842 437</i>

Sjukpenningdagar (netto) Åldersgrupp	1995			2001		
	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män
16-29	5 482 107	3 253 607	2 228 500	7 522 455	4 897 120	2 625 337
30-49	24 741 405	14 343 479	10 397 926	40 196 568	25 922 265	14 274 305
50-59	16 125 510	8 808 286	7 317 224	30 356 362	18 160 706	12 195 659
60-64	4 954 726	2 505 061	2 449 665	10 035 231	5 511 578	4 523 652
<i>Summa</i>	<i>51 303 748</i>	<i>28 910 433</i>	<i>22 393 315</i>	<i>88 110 616</i>	<i>54 491 669</i>	<i>33 618 953</i>

Sjukpenningtal (dagar/individ) Åldersgrupp	1995			2001		
	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män
16-29	3,4	4,2	2,7	5,1	6,7	3,5
30-49	10,1	11,9	8,3	16,6	21,8	11,6
50-59	15,1	16,7	13,6	24,4	29,5	19,4
60-64	12,3	12,1	12,5	22,1	24,2	20,0
<i>Summa</i>	<i>9,3</i>	<i>10,6</i>	<i>8,0</i>	<i>15,7</i>	<i>19,7</i>	<i>11,8</i>

Källa: RFV, SCB

Analysen av den förändrade åldersstrukturens inverkan på sjukfrånvaroutvecklingen har gjorts genom att beräkna hur stor sjukfrånvaron skulle ha blivit om sjuktalet hållits konstanta för de olika åldersgrupperna.

*Tabell 9.* Beräkning av åldersstrukturens respektive andra faktorer  
påverkan på sjukfrånvaroutvecklingen mellan åren 1995 och 2001.

**Ökat antal sjukpenningdagar på grund av ändrad åldersstruktur.**

Åldersgrupp	Totalt	Kvinnor	Män
16–29	-386 542	-224 745	-161 798
30–49	-364 940	-164 256	-200 685
50–59	2 696 707	1 504 190	1 192 517
60–64	627 493	261 126	366 366
Summa	2 572 717	1 376 316	1 196 400
<b>Andel av faktisk förändring</b>	<b>7,0%</b>	<b>5,4</b>	<b>10,6</b>

**Ökat antal sjukpenningdagar på grund andra faktorer**

Åldersgrupp	Totalt	Kvinnor	Män
16–29	2 426 892	1 868 258	558 635
30–49	15 820 105	11 743 042	4 077 064
50–59	11 534 148	7 848 230	3 685 918
60–64	4 453 011	2 745 391	1 707 621
Summa	34 234 157	24 204 920	10 029 238
<b>Andel av faktisk förändring</b>	<b>93,0</b>	<b>94,6</b>	<b>89,4</b>

*Källa: RFV, SCB*

Av den faktiska ökningen av sjukfrånvaron mellan åren 1995 och 2001 kan 6,7 procent förklaras av en äldre befolkning och 93 procent av andra faktorer.

Det som i första hand påverkat utvecklingen de senaste åren är ett stigande antal sjukskrivna individer samt framför allt de allt längre sjukskrivningstiderna, som kommer till uttryck i särskilt de äldre åldersgruppernas snabbt stigande sjuktal.

## 2.8 Regionala skillnader

De länsvisa skillnaderna i sjukfrånvaro och förtidspensionering redovisas nedan med hjälp av ohälsotal och genomsnittliga sjukfallstider samt uppgifter om antal förtidspensionärer/sjukbidrag och sjukfall per 1000 försäkrade (invånare).

Ohälsotalet beräknas som antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag från socialförsäkringen per inskriven försäkrad 16–64 år (befolkningen). Alla dagar är omräknade till heldagar.

De faktiska ohälsotalen jämförs med förväntade ohälsotal, som beräknats med respektive läns befolknings fördelning på kön och ålder i åldersgrupperna 16–29 år, 30–49 år, 50–59 år samt 60–64 år som bas.

**Tabell 10. Faktiska och förväntade ohälsotal länsvis 2001.**

Län	Faktiska ohälsotal 2001			Förväntade ohälsotal 2001			Skillnaden mellan faktiska och förväntade ohälsotal		
	Kv.	M	Kv.+M	Kv.	M	Kv.+M	Kv.	M	Kv.+M
Kronoberg	33,8	40,9	27,0	41,8	49,5	34,5	-8,0	-8,6	-7,5
Stockholm	35,2	41,0	29,5	40,1	47,5	32,8	-4,9	-6,5	-3,3
Halland	35,5	41,6	29,5	42,4	50,2	34,8	-6,9	-8,6	-5,3
Jönköping	35,8	42,9	29,0	41,5	49,5	34,0	-5,7	-6,6	-5,0
Skåne	38,5	45,3	31,8	41,7	49,2	34,3	-3,2	-3,9	-2,5
Uppsala	39,6	47,3	31,8	39,8	46,6	32,9	-0,2	0,7	-1,1
Gotland	39,8	46,8	32,9	42,7	50,5	35,2	-2,9	-3,7	-2,3
Västra Götaland	40,6	47,9	33,5	40,9	48,5	33,6	-0,3	-0,6	-0,1
Kalmar	41,0	48,1	34,2	43,5	51,7	35,8	-2,5	-3,6	-1,6
Blekinge	41,8	50,7	33,4	43,2	51,7	35,3	-1,4	-1,0	-1,9
Örebro	42,1	51,2	33,3	42,4	50,0	34,9	-0,3	1,2	-1,6
Östergötland	42,8	53,8	32,4	41,3	49,3	33,7	1,5	4,5	-1,3
Södermanland	43,5	53,2	34,1	43,5	51,4	35,9	0,0	1,8	-1,8
Västmanland	44,6	54,8	34,9	43,3	51,4	35,6	1,3	3,4	-0,7
Västernorrland	44,8	53,9	36,2	43,8	52,0	36,1	1,0	1,9	0,1
Värmland	46,4	55,6	37,5	43,0	51,3	35,2	3,4	4,3	2,3
Dalarna	46,9	55,9	38,4	43,4	51,5	35,9	3,5	4,4	2,5
Gävleborg	48,2	57,8	39,0	43,5	51,6	35,9	4,7	6,2	3,1
Jämtland	51,3	63,0	40,2	42,5	50,6	34,9	8,8	12,4	5,3
Västerbotten	52,6	65,0	40,7	40,6	48,1	33,5	12,0	16,9	7,2
Norrbottnen	53,9	63,7	44,8	43,1	51,7	35,2	10,8	12,0	9,6

Källa: RFV, SCB

De faktiska ohälsotalen varierar med mer än 20 dagar, från 33,8 dagar i Kronobergs län till 53,9 dagar i Norrbottens län.

Ohälsotalen i de olika länen skulle med hänsyn till respektive läns befolkningsstruktur och i övrigt lika förhållanden variera med 4 dagar, från 39,8 dagar i Uppsala län till 43,8 dagar i Västernorrlands län.

Västerbottens län har totalt 12 fler ohälsodagar än vad som kan förklaras av länets befolkningsstruktur. Hallands län har 8 färre ohälsodagar än förväntat.

Avvikelserna från de förväntade ohälsotalen är större för kvinnor än för män. I Västerbotten har kvinnorna 16,9 fler ohälsodagar än förväntat medan kvinnorna i Hallands och Kronobergs län har 8,6 färre. För männen är avvikelserna störst i Norrbotten med 9,6 fler

dagar än förväntat och återigen i Halland med 7,5 färre ohälsodagar än förväntat.

De länsvisa skillnaderna i ohälsotal, sjukfrånvaro och förtidspension, kan inte förklaras av skillnader i befolkningsstruktur.

*Tabell 11. Genomsnittlig sjukfallstid i fall längre än 60 dagar för kvinnor och män samt avvikelser från genomsnittet år 2001.*

	Antal dagar			Avvikelse från genomsnitt		
	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män
Hallands län	396	398	394	-45	-46	-42
Kronobergs län	402	408	392	-39	-36	-44
Värmlands län	407	410	401	-34	-34	-35
Gävleborgs län	414	416	410	-27	-28	-26
Gotlands län	420	420	421	-21	-24	-15
Dalarnas län	422	430	410	-19	-14	-26
Örebro län	423	430	410	-18	-14	-26
Västmanlands län	423	426	418	-18	-18	-18
Norrbottnens län	426	429	420	-15	-15	-16
Jönköpings län	438	443	432	-3	-1	-4
Västernorrlands län	438	436	441	-3	-8	5
Västra Götalands län	440	441	437	-1	-3	1
<b>Samtliga</b>	<b>441</b>	<b>444</b>	<b>436</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Skåne län	442	446	436	1	2	0
Västerbottens län	445	450	435	4	6	-1
Stockholms län	448	447	449	7	3	13
Blekinge län	449	454	439	8	10	3
Jämtlands län	451	462	432	10	18	-4
Södermanlands län	459	466	446	18	22	10
Kalmar län	464	463	464	23	19	28
Östergötlands län	481	484	474	40	40	38
Uppsala	486	494	470	45	50	34

Källa: RFV

I slutet av februari 2001 var den genomsnittliga sjukfallstiden i sjukfall som varit längre än 60 dagar 441 dagar. Skillnaderna mellan länen är anmärkningsvärda. Mellan högsta och lägsta tal är skilljer 90 dagar för kvinnor och män sammantaget, 96 dagar för kvinnor och 82 dagar för män. De längsta sjukfallstiderna finns i Uppsala och Östergötlands län, de kortaste i Hallands och Kronobergs län.

*Tabell 12. Sjukfall och förtidspensioner/sjukbidrag per 1000 försäkrade vid utgången av mars månad 2002. Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag under perioden 200104–200203. Antal samt avvikelser från riksgenomsnittet (+ /-).*

	Förtidspensionärer/sjukbidrag				Sjukfall					
	Bestånd		Nybeviljande		Samtliga		över 1 år		över 2 år	
	Antal	+/-	Antal	+/-	Antal	+/-	Antal	+/-	Antal	+/-
Stockholms län	65	-14	9	-2	48	-6	18	-3	8	-1
Kronobergs län	69	-11	9	-1	48	-6	17	-4	6	-3
Uppsala län	73	-6	10	0	58	4	25	4	11	3
Hallands län	73	-6	8	-3	47	-7	16	-5	6	-3
Jönköpings län	74	-6	9	-1	50	-4	20	-1	8	-1
Skåne län	76	-3	10	0	50	-4	20	-2	8	-1
<b>Samtliga</b>	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
Kalmar län	80	0	10	-1	57	3	24	3	10	2
Västra Götalands län	80	0	10	0	53	-1	20	-1	8	-1
Örebro län	82	2	12	1	55	1	21	0	8	-1
Gotlands län	83	4	12	1	49	-5	18	-3	7	-1
Blekinge län	84	5	9	-1	52	-3	21	0	8	0
Östergötlands län	84	5	11	0	57	3	25	4	11	3
Västernorrlands län	88	9	11	0	64	9	25	4	10	1
Södermanlands län	89	10	10	-1	53	-1	22	1	9	0
Värmlands län	91	12	12	2	59	5	22	1	8	0
Västmanlands län	92	13	14	3	52	-2	18	-3	6	-2
Gävleborgs län	93	14	14	4	64	10	24	3	8	0
Dalarnas län	95	15	11	0	63	9	25	3	9	1
Jämtlands län	97	18	13	3	73	18	30	9	12	4
Norrbottnens län	105	25	12	2	69	14	28	6	11	3
Västerbottnens län	105	26	13	3	74	20	32	11	13	5

Källa: RFV, Store

Även när det gäller de andelar av befolkning som förtidspensionerade eller sjukskrivna föreligger mycket stora skillnader mellan länen.

Antalet förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare varierar från 65 per 1000 invånare i Stockholm till 105 i Norrbottens och Västerbottens län. I dessa senare län är mer än 10 procent av befolkningen förtidspensionerade eller uppbar sjukbidrag.

Spridningen av de relativa sjukskrivningstalen – totalt och för långa sjukskrivningar – är ännu större. Lägst ligger Hallands, Kro-

nobergs och Stockholms län med totalt 47–48 sjukskrivna per 1000 invånare. Högst ligger Västerbottens, Jämtlands och Norrbottens län med 69–74 sjukskrivna per 1000.

Sammantaget innebär talen att vid slutet av mars 2002 var 17–18 procent av befolkningen i Västerbottens, Jämtlands och Norrbottens län sjukskrivna eller förtidspensionerade. I Stockholms, Kronobergs och Hallands län var motsvarande andel 11–12 procent.

## 2.9 Diagnoser

### **Sjukskrivningsdiagnosernas utveckling under det senaste decenniet**

Vissa diagnosgrupper dominerar bland de vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Förändringar över tid i fördelningen i olika diagnosgrupper kan därför vara en viktig indikation på förändringar på arbetsmarknaden eller i arbetskraftens egenskaper. Ett generellt tolkningsproblem är dock att diagnoserna inte bara avspeglar ett förändrat sjukdomspanorama utan också påverkas av utvecklingen inom läkarvetenskapen och förändringar i hur läkare ställer diagnos.

I sjukförsäkringsregistren har diagnoser hittills inte kunnat registreras löpande. RFV har därför genomfört särskilda diagnosundersökningar. Den senaste omfattar avslutade sjukfall år 1990 (se RFV Redovisar 1996:3) och den föregående omfattar avslutade sjukfall år 1983 (se RFV Informerar 1987:5). För att bland annat studera diagnoser hos långvarigt sjukskrivna har RFV dessutom genomfört särskilda undersökningar. En av dessa är den så kallade Riks-LS-undersökningen som täcker åren 1991 till 1994. Sedan 1999 genomförs också årligen den så kallade RFV-LS-undersökningen som hittills omfattar åren 1999 till 2001.

I Tabell 13 redovisas diagnosfördelningen för de dominerande diagnosgrupperna för män respektive kvinnor sedan början av 1990-talet. För sjukskrivningar som har pågått i 60 dagar eller längre (långvariga sjukskrivningar) är rörelseorganens sjukdomar den största diagnosgruppen för både kvinnor och män. För kvinnorna har dock andelen med sådana besvär minskat under senare år medan andelen med rörelseorganens sjukdomar är relativt konstant bland männen. Andelen skador och förgiftningar samt cirkulationsorganens sjukdomar har också minskat sedan början av 1990-

talet. Bland kvinnorna står sjukskrivningar i samband med graviditet för en icke försumbar del av de långvariga sjukskrivningarna. Andelen graviditetssjukskrivningar har dock minskat sedan början av 1990-talet vilket delvis förklaras av de mycket höga födelsetalen i början av 1990-talet.

Den sjukdomstyp som har ökat kraftigast under senare år bland de (långvarigt) sjukskrivna är utan tvekan de psykiska sjukdomarna. Särskilt dramatisk har denna utveckling varit bland kvinnorna där andelen långvarigt sjukskrivna för psykisk ohälsa ökat från 16 till 30 procent. Dessa förändringar ligger i linje med vad Socialstyrelsen rapporterat i den senaste folkhälsorapporten. Andelen med självrapporterade psykiska besvär har ökat påtagligt under 1990-talet, framförallt bland kvinnorna. Däremot har det inte skett någon ökning av det som brukar benämnas psykiska sjukdomar t.ex. psykoser och psykosliknande tillstånd.<sup>1</sup> I en studie av långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet konstaterades att det mellan 1999 och 2000 i huvudsak hade skett en ökning av de mindre svårartade psykiska sjukdomarna, som kan betecknas som psykiska besvär snarare än psykiska sjukdomar.<sup>2</sup> De mer svårartade psykiska sjukdomarna såsom psykoser och förstämningssyndrom (t.ex. mano-depressivitet) stod för drygt 10 procent av långtidssjukskrivningarna år 2000. Denna andel var dock oförändrad mellan 1999 och 2000. Däremot ökade de psykiska besvären såsom stressrelaterade syndrom och olika neurostillstånd. Andelen sjukskrivna med sådana besvär hade ökat från knappt 8 procent 1999 till strax under 12 procent år 2000. Ökningen var markant bland både kvinnor och män. Liknande indikationer har kommit från Arbetarskyddsstyrelsen och SCB. De har rapporterat att det mellan åren 1998 och 1999 skett en ökning i av arbetet föranledda psykiska besvär på grund av stress och andra psykiska påfrestningar. De största problemen orsakas dock fortfarande av påfrestande arbetsställningar, tung manuell hantering och upprepade arbetsmoment vilket ökar risken för problem i rygg, nacke och axlar.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*.

<sup>2</sup> Riksförsäkringsverket (2002a) *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV Analyserar 2002:4.

<sup>3</sup> SCB Statistiska meddelanden Am 43 SM 9901.



**Tabell 13. De långvariga sjukskrivningarnas (60 dagar eller längre) fördelning på diagnos för olika tidsperioder.**

<b>Kvinnor</b>				
Diagnosgrupp	1991–1994	1999	2000	2001
Rörelseorganens sjukdomar	37	41	37	34
Psykiska sjukdomar*	16	21	27	30
Graviditetskomplikationer	12	7	6	7
Skador och förgiftningar	10	6	7	7
Cirkulationsorganens sjukdomar	4	3	3	3
Övriga sjukdomar	21	22	20	19
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Män</b>				
Diagnosgrupp	1991–1994	1999	2000	2001
Rörelseorganens sjukdomar	36	36	37	37
Psykiska sjukdomar*	16	19	22	22
Skador och förgiftningar	17	13	12	12
Cirkulationsorganens sjukdomar	11	10	7	8
Övriga sjukdomar	20	22	22	21
<b>Summa</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

År 1991–1994=Riks-LS-undersökningen. År 1999, 2000 och 2001=RFV-LS-undersökningen.

\*Inkl. utbrändhet.

Sannolikt finns det ett nära samband mellan utvecklingen av långvariga sjukskrivningar och psykisk ohälsa samt de indikationer på negativa förändringar i den psykosociala arbetsmiljön som flera studier rapporterat. De psykosociala arbetsmiljöproblemen har ökat under 1990-talet.<sup>4</sup> Särskilt framträdande har försämringarna varit för anställda inom kommuner och landsting och för kvinnor.<sup>5</sup>

Utbrändhet är också en diagnos som tilldragit sig stort intresse i samband med att stressrelaterad arbetsohälsa uppmärksammats

<sup>4</sup> Bäckman O & Edling C (2000) *Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet* och Marklund S & Toomingas A (2000) *Ålderskillnader i arbete, arbetsmiljö och ohälsa*. Båda i Marklund S (red.) *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetslivsinstitutet och Arbetarskyddsstyrelsen.

<sup>5</sup> Bäckman O (2001) *Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet*. I SOU 2001:52 *Välfärdstjänster i omvandling*. Kommittén Välfärdsbokslut. Fritzes. Stockholm.

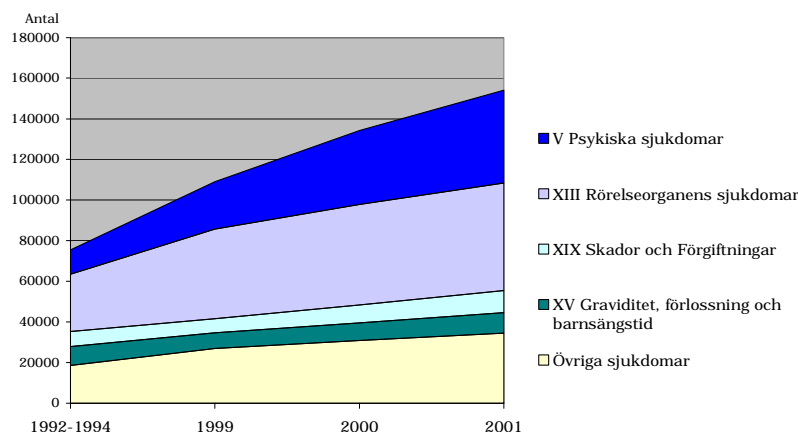
alltmer under senare år. Även om fenomenet utbrändhet inte är nytt fanns denna särskilda benämning inte med i Socialstyrelsens tidigare klassifikation av sjukdomar. Begreppet tillkom dock i den nya utgåvan av "Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997" (Socialstyrelsen 1997). Det är emellertid fortfarande år 2001 en relativt liten del av de långtidssjukskrivna som på läkarintyget får diagnosen utbrändhet: 2 procent. Liksom för övrig psykisk ohälsa är andelen något högre bland kvinnorna än bland männen 2 respektive 1 procent av de långvarigt sjukskrivna som har utbrändhetsdiagnos. Ökningen av de psykiska sjukdomarna som sjukskrivningsdiagnos tyder dock på att problemet med den psykiska arbetsohälsan är omfattande. Totalt sett står sjukdomar som berör den psykiska hälsan, för minst 27 procent av de långvariga sjukskrivningarna.<sup>6</sup>

Den kraftigaste ökningen i antalet sjukskrivningar har skett när det gäller olika psykiska besvär. Men antalet sjukskrivningar har ökat för alla typer av sjukdomar, även om det i de flesta fall är fråga om måttliga ökning. Sedan början av 1990-talet har antalet långvarigt sjukskrivna kvinnor ökat från drygt 75 000 till 154 000 vilket innebär mer än en fördubbling av antalet fall, se Figur 1. Antalet långa sjukskrivningar för rörelseorganens sjukdomar ökade bland kvinnorna från 28 000 till 53 000. Rörelseorganens sjukdomar står fortfarande för den största delen av de långvariga sjukskrivningarna. Att den psykiska arbetsohälsan har ökat dramatiskt bland kvinnorna framgår tydligt av Figur 1. För de långvariga sjukskrivningarna har det skett en ökning från 12 000 till över 45 000 sjukskrivningar. Det innebär i det närmast en tredubbling av antalet långvariga sjukskrivningar.

---

<sup>6</sup> Riksförsäkringsverket (2002b) *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2000 och 2001*. RFV Redovisar 2002:3.

**Figur 1. Antal långvarigt sjukskrivna 60 dagar efter sjukdomstyp\* Kvinnor**



\*Andelar beräknade i Riks-LS (1991-1994) och RFV-LS (1999-2001) relaterade till antalet pågående 60-dagars sjukskrivningar i december respektive år (genomsnittligt antal för 1992-94)

Också bland männen har det skett en markant ökning av antalet långvariga sjukskrivningar under 1990-talet. I början av 1990-talet var omkring 61 000 män långvarigt sjukskrivna. År 2001 hade antalet ökat till drygt 88 000 vilket innebär en ökning med 45 procent, se Figur 2. Rörelseorganens sjukdomar har ökat från 22 000 till 32 000 långvariga sjukskrivningar bland männen. Liksom för kvinnorna har dock den starkaste tillväxten bland männen skett för sjukskrivningar på grund av psykisk arbetsohälsa. Antalet sjukskrivningar har här ökat från omkring

10 000 till 19 000 vilket i det närmaste är en fördubbling. Antalet långvarigt sjukskrivna män är dock betydligt färre än antalet långvarigt sjukskrivna. Kvinnorna står nu för närmare 2/3-delar av de långvariga sjukskrivningarna.<sup>7</sup>

Förändringen i antalet långvariga sjukskrivningar under 1990-talet och de diagnosgrupper som genomgått störst förändringar kan sammanfattas i Tabell 14. Sedan åren 1992-94 har antalet långvariga sjukskrivningar ökat från i genomsnitt 136 500 sjukskrivningar till 242 500 i slutet av år 2001. Vilket innebär en ökning med 106 000 fall eller 78 procent. Den starkaste tillväxten har skett bland de psykiska sjukdomarna vilka har ökat med nästan

<sup>7</sup> Ibid.

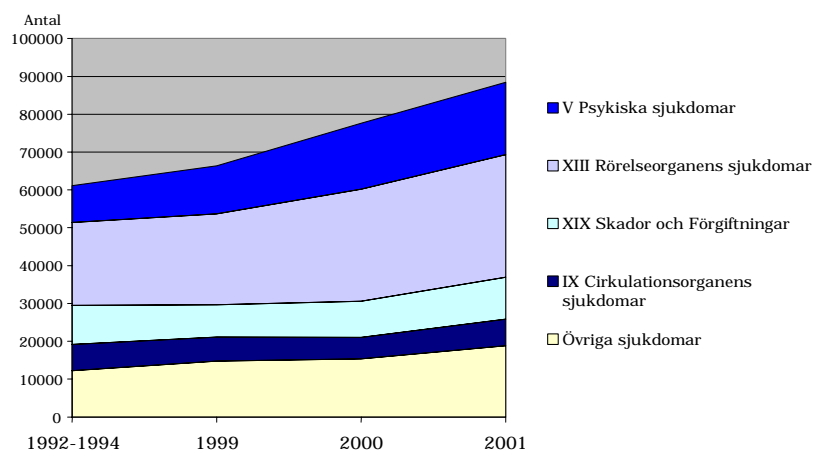
200 procent. Rörelseorganens sjukdomar har också de ökat kraftigt; 70 procent. Övriga sjukskrivningsorsaker har tillsammans ökat med 43 procent. Eftersom tillväxten har varit så kraftig för den psykiska arbetsohälsan står den också för den största andelen av den totala ökningen i antalet långa sjukskrivningar; 43 procent. Rörelseorganens sjukdomar är fortfarande den största enskilda sjukdomsgruppen men står för en mindre del av den totala ökningen än de psykiska sjukdomarna; 33 procent. Övriga sjukskrivningsorsaker står tillsammans för resterande 26 procent av ökningen i antalet långvariga sjukskrivningar.

Enligt en nyligen publicerad rapport svarar rörelseorganens sjukdomar och psykiska sjukdomar för sammanlagt 59 procent av sjukpenningkostnaderna. Av de totala sjukpenningkostnaderna på 38,4 miljarder kronor år 2001 svarar rörelseorganens sjukdomar för uppskattningsvis 14,3 miljarder kronor. De psykiska sjukdomarna kostade omkring 8,4 miljarder i sjukpenning. Av övriga stora sjukdomsgrupper stod skador och förgiftningar för 2,8 miljarder samt cirkulationsorganens sjukdomar för 2,3 miljarder kronor i sjukpenning. Den enskilt största diagnosen är ryggvärk som står för nästan elva procent av de totala sjukpenningkostnaderna. Andra sjukdomar som enskilt står för en stor del av sjukpenningkostnaderna är depressioner, stressreaktioner, muskelvärk, ångestsyndrom, utbrändhet, diskbräck, disksjukdomar i halskotpelaren samt olika ledsjukdomar.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Riksförsäkringsverket (2002c) *Vad kostar olika sjukdomar? – sjukpenningkostnaderna fördelade efter sjukskrivningsdiagnos*. RFV Redovisar 2002:2.

**Figur 2. Antal långvarigt sjukskrivna 60 dagar efter sjukdomstyp\* Män.**



\*Andelar beräknade i Riks-LS (1991-1994) och RFV-LS (1999-2001) relaterade till antalet pågående 60-dagars sjukskrivningar i december respektive år (genomsnittligt antal för 1992-94)

**Tabell 14. Ökningen i antalet långvariga sjukskrivningar (60 dagar eller längre) fördelat efter sjukdomstyp**

Diagnos grupp	Antal fall 1992-1994	Antal fall 2001	Ökning antal fall	Procentuell ökning	Ande av ökningen
Rörelseorganens sjukdomar	50 100	85 300	35 200	70 %	33 %
Psykiska sjukdomar	21 700	65 000	43 300	199 %	41 %
Övriga sjukdomar	64 700	92 200	27 500	43 %	26 %
<b>Totalt</b>	<b>136 500</b>	<b>242 500</b>	<b>106 000</b>	<b>78 %</b>	<b>100 %</b>

Pågående sjukskrivningar 60 dagar eller längre i december (genomsnitt för åren 1992-1994) enligt RFV: s officiella statistik. Fördelningen över sjukdomstyp hämtade från Riks-LS och RFV-LS undersökningarna.

# Arbetsmiljöns utveckling för kvinnor och män i olika ålder

Alf Andersson

Statistiska Centralbyrån  
*2002-06-10*



## Arbetsmiljöns utveckling för kvinnor och män i olika ålder

Redovisningen koncentreras på att följa arbetsmiljöns och den arbetsrelaterade ohälsans förändringar för kvinnor och män i olika åldersgrupper under de senaste tio åren. För detta används material från Arbetsmiljöundersökningarna, som SCB genomför vartannat år på uppdrag av Arbetsmiljöverket, och där det nu föreligger resultat från den nya undersökningen från slutet av 2001. I Arbetsmiljöundersökningen år 1991 tillfrågades 15 200 personer, år 1999 tillfrågades 14 200 och år 2001 14 400 personer. Svarsfrekvensen varierar mellan olika år och grupper. (*Arbetsmiljön 2001* publicerades juni 2002. För metodbeskrivning hänvisas till denna rapport.)

Arbetsmiljöundersökningarna innehåller inte i sig uppgifter om sjukskrivningar. Som underlag för två tidigare statliga utredningar, Sjukförsäkringsutredningen och HpH, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, har SCB gjort rapporter där arbetsmiljödata har kombinerats med uppgifter om sjukskrivning. Det ingår inte i detta uppdrag.

De åldersgrupper som används är främst 16–29 år, 30–49 år och 50–64 år, men även en finare indelning används för att nyansera bilden. Sjukersättningarnas ökning bland de yngre sysselsatta har uppmärksamats, och därför kommer i denna rapport de ungas arbetsmiljö och självrapporterade ohälsa att behandlas särskilt.

Följande aspekter av arbetsmiljö behandlas:

**Ergonomiska förhållanden:** kroppsligt ansträngande arbete, påfrestande arbetsställningar, upprepade arbetsmoment

**Psykosociala förhållanden:** krav och kontroll och kombinationer av dessa (bl.a. arbete med hög anspänning), stöd från chefer och arbetskamrater.

**Ohälsa:** ont i axlar/armar, ont i nacke och övre delen av ryggen, ont i nedre delen av ryggen, kroppslig uttröttnings, trötthet och häglöshet, olust när man går till jobbet, sömnsvårigheter

---

### Fotnot

Arbetsmiljöundersökningarnas flesta frågor avser beskrivningar av arbetsmiljön. För att ge den aktuella bilden av detta undantas personer som vid undersökningstillfället inte alls varit på arbetsplatsen under de tre senaste månaderna. Bland dessa finns en del som har varit frånvarande på grund av arbetsrelaterad ohälsa, varför skattningar av den liksom av sjukfrånvaro, när sådana data kopplas på, tenderar att bli något för låg.



För att begränsa siffermängden redovisas flertalet resultat endast för åren 1991, 1999 och 2001. Det ger en förenklad men i allt väsentligt riktig bild av utvecklingen under tioårsperioden och med kontroll för vad som hänt under de sista två åren.

Resultaten presenteras i särskilda avsnitt för respektive åldersgrupp.

### **16-29-åriga kvinnors och mäns arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär 1991-2001**

#### **Vilka är de unga och var arbetar de?**

För att kunna bedöma utvecklingen av **de ungas arbetssituation** under tioårsperioden 1991-2001 är det viktigt att kontrollera eventuella förändringar inom gruppen "unga" 16-29 år. Det har under perioden skett en viss förskjutning åldersmässigt så att en något större andel är minst 25 år.

(*Not:* Uppgifterna kommer från respektive års Arbetsmiljöundersökning och kan skilja sig något från AKU bl.a. genom att här har de som varit frånvarande minst tre månader vid undersökningen har tagits bort.)

#### ***Kvinnor***

Bland de yngsta, **16-24 år**, har det blivit vanligare att ha tidsbegränsad anställning (från ca 35 procent till 50), vanligare att arbeta deltid (från ca 35 till 60 procent), något mindre vanligt att arbeta i offentlig sektor (från ca 50 till 42 procent). Under hela tiden har två av tre av de yngsta arbetaryrken. Bland kvinnor i åldern **25-29 år** har de tidsbegränsade jobben också ökat (från ca 14 till 24 procent, men var ännu något vanligare för några år sedan. Var tredje har deltidsarbete, vilket är något mindre än under första delen av nittiotalet. Något mindre andel arbetar i offentlig sektor (ca 42 procent jämfört med ca 52). Andelen i arbetaryrken sjunker något (från ca 50 procent till 40), och tjänstemännen ökar motsvarande.

#### ***Män***

Bland de yngsta männen, **16-24 år**, har tidsbegränsade anställningar ökat (från ca 22 procent till 30), där andelen ligger stabilt. Deltidsarbetet har blivit vanligare (från 16 till 30 procent). Arbete i offentlig sektor är relativt ovanligt (ca 14 till 10 procent). Under hela perioden är tre av fyra i denna grupp arbetare. Bland män **24-**

---

**29 år** har också de tidsbegränsade anställningarna blivit vanligare (från ca 7 till 13 procent), men situationen är stabil under de senare åren. Deltidsarbete är ovanligt (ca 5–7 procent). Arbete i offentlig sektor är i stort sett stabilt (ca 14 procent). Andelen arbetare minskar sakta (från ca 58 procent till 51) och tjänstemännen ökar.

De ungas delvis förändrade anknytning till arbetslivet kan antas påverka deras arbetsmiljö, hälsa och sjukfrånvaro. Unga kvinnor och män har jämfört med de äldre betydligt oftare tidsbegränsade jobb och deltidsjobb, och även kvinnorna arbetar i störst utsträckning inom den enskilda sektorn. Unga kvinnor har oftare än män denna lösare anknytning till arbetet. En betydande skillnad finns mellan unga under 25 år och dem som är 25–29 år. Därför görs en del av redovisningen nedan med två ålderskategorier unga.

### Fysisk arbetsmiljö bland kvinnor och män 16–29 år. 1991–2001

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<i>Arbetsförhållande minst ¼ av tiden</i>						
Kroppsligt ansträngande arbete	44,6	46,7	44,6	55,8	52,1	50,5
Tar i så att man andas snabbare	10,7	16,4	15,8	26,0	27,5	25,8
Arbetar framåtböjd utan stöd	32,8	34,3	34,6	32,9	33,1	32,2
Arbetar i vriden ställning	32,0	36,1	33,6	30,6	29,5	27,0
<i>Arbetsförhållande minst ½ tiden</i>						
Upprepade arbetsmoment	39,0	49,9	54,9	36,2	45,0	38,7
Upprepade moment, enkelt arbete	25,3	30,7	34,5	19,0	24,4	22,7
<i>Antal svarande</i>	1454	832	841	1460	837	767

Bland unga **kvinnor** sker inga större förändringar av den fysiska arbetsmiljön under tioårsperioden. Arbetsuppgifter som medför stor kroppsansträngning har dock ökat något och berör nu var sjätte kvinna. Arbete med mycket upprepade arbetsmoment har blivit vanligare, och det gäller även när villkoret att det skall röra sig om ett enkelt arbete läggs till. Bland unga **män** är den fysiska arbetsmiljön i stort oförändrad. Arbete med mycket upprepade arbetsmoment ökar till 1999 men verkar därefter vara nere på 1991 års nivå igen.

Kroppsligt ansträngande och tunga arbeten är vanligare bland män än kvinnor. Bland kvinnor är arbete i vriden arbetsställning vanligare liksom arbete med mycket upprepade arbetsmoment.

### Fysisk arbetsmiljö och upprepade arbetsmoment bland sysselsatta i åldrarna 16–24 år och 25–29 år. 1991, 1999, 2001. Procent

	Ålder	Kvinnor			Män		
		1991	1999	2001	1991	1999	2001
<i>Arbetsförhållande minst ¼ av tiden</i>							
Kroppsligt ansträngande arbete	16–24	48,9	54,2	50,0	61,1	61,6	57,6
	25–29	39,6	41,3	40,1	50,6	45,3	45,3
Tar i så att man andas snabbare	16–24	11,4	20,1	17,8	28,3	33,7	28,5
	25–29	10,0	13,8	14,1	23,6	23,0	23,9
Arbetar framåtböjd utan stöd	16–25	36,1	39,3	37,1	35,0	37,8	38,0
	25–29	29,0	30,7	32,3	30,8	29,8	28,1
Arbetar i vriden ställning	16–24	34,2	41,1	38,2	34,4	32,6	27,8
	25–29	29,6	32,5	29,6	26,9	27,2	26,3
<i>Arbetsförhållande minst ½ tiden</i>							
Upprepade arbetsmoment	16–24	42,9	62,2	64,1	39,9	52,1	47,8
	25–29	34,5	40,9	47,0	32,5	41,3	32,1
Upprepade moment, enkelt arbete	16–24	29,8	44,8	48,0	23,5	31,8	32,4
	25–29	20,1	20,3	22,9	14,5	19,1	15,7
<b>Antal svarande</b>	16–24	787	353	380	742	352	311
	25–29	667	479	461	718	485	456

När de unga indelats i två grupper 16–24 år och 25–29 år, kvarstår skillnaderna för kvinnor och män i båda grupperna. För både kvinnor och män är det för varje fråga vanligare att de yngsta är utsatta för påfrestande arbetsförhållanden. Bland **kvinnorna** har stor kroppsanspänning blivit vanligare i båda åldersgrupperna liksom arbete med mycket upprepade arbetsmoment. I övrigt har inga större förändringar skett i den fysiska arbetsmiljön i de aktuella frågorna. Bland **männen** noteras två förändringar bland de yngsta. De har i större utsträckning fått vridna arbetsställningar. Mycket upprepade arbetsmoment har också blivit vanligare, och det gäller även upprepade arbetsmoment vid enkelt arbete. Sådant arbete är bland de yngsta männen dubbelt så vanligt som bland de något äldre unga. Samtidigt är sådant arbete fortfarande ännu vanligare bland de yngsta kvinnorna.

## Psykosocial arbetsmiljö bland kvinnor och män 16–29 år. 1991–2001

De psykosociala förhållanden som studeras här är om man är utsatt för höga eller låga arbetskrav och om man har hög eller låg grad av kontroll över sin arbetssituation. Kombinationerna av krav och kontroll visas och särskilt uppmärksammas den kategori som är utsatt för höga krav men har liten kontroll, det som kallas arbete med hög anspänning eller spänt arbete och som innebär störst risk för olika former av stressrelaterad ohälsa. Dessutom visas hur vanligt det är att sakna stöd från såväl chef som arbetskamrater.

### Krav, kontroll och stöd bland sysselsatta i åldern 16-29 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Arbetsförhållande</b>						
Utsatt för höga arbetskrav	39,2	52,2	48,5	35,9	50,2	40,5
Liten egenkontroll över arbetet	52,2	58,3	61,4	44,3	49,3	50,4
Låg anspänning i arbetet	31,3	22,9	21,5	35,3	25,7	30,6
Aktiva jobb	16,6	18,7	17,1	20,4	25,0	19,0
Passiva jobb	29,5	24,9	30,1	28,9	24,2	29,0
Hög anspänning i arbetet	22,7	33,5	31,4	15,5	25,2	21,4
Ej stöd från både chef och arbetskamrater	28,1	35,5	33,8	35,2	33,1	35,2

Bland unga **kvinnor** har det blivit vanligare att vara utsatt för höga krav i arbetet och att ha liten egen kontroll (litet inflytande). Färre har de relativt "lätt samma" jobben med låg anspänning (låga krav och god egenkontroll), och fler har jobb med hög anspänning (höga krav och låg grad av kontroll). Denna utveckling ser ut att ha planat ut. Att inte ha stöd från både chef och arbetskamrater har blivit vanligare, men även denna utveckling kan ha brutits under de senaste åren. Bland unga **män** är förändringarna likartade. Det har blivit vanligare att utsättas för höga arbetskrav från 1991 till 1999, men därefter har en minskning inträtt. Det har blivit vanligare att ha liten egenkontroll över sin arbetssituation, och detta kvarstår. Andelen med hög anspänning i arbetet har ökat påtagligt från 1991 till 1999 men kan därefter ha stagnerat. Stöd från chef eller arbetskamrater har varit relativt oförändrat.

Unga kvinnor har jämfört med jämnåriga män oftare arbete med höga krav, liten egenkontroll och hög anspänning i arbetet.

**Krav, kontroll och stöd bland sysselsatta i åldrarna 16–24 år och 25–29 år. 1991, 1999, 2001. Procent**

	Ålder	Kvinnor			Män		
		1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Arbetsförhållande</b>							
Utsatt för höga arbetskrav	16–24	34,7	44,2	42,3	29,8	45,7	33,6
	25–29	44,6	58,1	53,7	41,9	53,5	45,5
Liten egenkontroll över arbetet	16–24	54,7	60,4	69,9	49,1	54,2	58,3
	25–29	49,2	56,8	54,2	39,7	45,8	44,7
Låg anspänning i arbetet	16–24	32,8	27,0	19,8	35,8	27,5	28,3
	25–29	29,5	19,9	22,9	34,7	24,4	32,2
Aktiva jobb	16–24	12,5	12,6	10,4	15,1	18,4	13,4
	25–29	21,4	23,3	22,9	25,6	29,9	23,1
Passiva jobb	16–24	32,5	28,8	37,9	34,4	26,9	38,1
	25–29	26,0	22,0	23,4	23,4	22,2	22,3
Hög anspänning i arbetet	16–24	22,2	31,6	32,0	14,7	27,3	20,2
	25–29	23,2	34,8	30,9	16,3	23,6	22,3
Ej stöd från både chef och arbetskamrater	16–24	27,3	31,6	34,8	33,2	33,4	31,9
	25–29	28,9	38,3	33,0	37,2	32,8	37,6
<b>Antal svarande</b>							
	16–24	787	353	380	742	352	311
	25–29	667	479	461	718	485	456

Bland de yngsta **kvinnorna**, 16–24 år, synes de ökade kraven kvarstå och låg kontroll över arbetet fortsätta bli vanligare. Den höga anspänningen är fortsatt lika vanlig. I den något äldre gruppen, 25–29 år, har en utplaning skett i alla dessa avseenden. Bland de yngsta **männen** har arbetskraven ökat fram till 1999 för att sedan minska tydligt. Samma utveckling sker i den äldre gruppen men med mindre utslag. Bland de yngsta har det blivit vanligare att ha lite kontroll över arbetssituationen och inget tyder på att den utvecklingen brutits. Arbete med hög anspänning har blivit betydligt vanligare, men utvecklingen förefaller ha vänt bland de yngsta och planat ut bland de något äldre.

Både bland kvinnor och män gäller att de yngsta i mindre utsträckning är utsatta för höga krav, men de har också klart oftare liten egenkontroll över sin arbetssituation. Hög anspänning är lika

vanlig oavsett ålder. De tidigare noterade skillnaderna mellan unga kvinnor och män gäller i båda åldersgrupperna.

### Kroppsliga och andra besvär bland kvinnor och män 16-29 år. 1991-2001

I det föregående har arbetsmiljön beskrivits. Den har betydelse för hälsa och ohälsa. I detta avsnitt redovisas resultaten beträffande mått på ohälsa eller besvär.

### Olika former av besvär bland sysselsatta i åldern 16-29 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Kroppsligt eller annat besvär, varje vecka</b>						
Ont i axlar eller armar	20,9	26,5	24,8	12,6	15,9	15,1
Ont i övre delen av ryggen eller nacken	28,1	38,7	35,8	15,0	19,6	20,2
Ont i nedre delen av ryggen	22,2	28,6	26,8	18,0	18,5	21,3
Kroppsligt uttröttad	38,3	47,1	45,7	36,8	46,6	42,3
Trött och håglös	32,0	42,6	49,2	25,1	38,9	35,8
Olust när man går till arbetet	14,4*	18,4	23,0	17,2*	20,0	21,8
Svårt att sova, tankar på jobbet håller en vaken	6,8	12,9	16,4	7,4	13,5	12,5

\* Uppgifterna avser 1993

Bland yngre **kvinnor** har samtliga de uppräknade besvären blivit vanligare under tioårsperioden: ont i axlar eller armar, ont i övre delen av ryggen eller nacken, ont i nedre delen av ryggen, kroppslig uttröttnings. För de uppräknade mera kroppsliga besvären verkar denna negativa utveckling ha stoppat upp. Beträffande tre frågor förefaller försämringen fortsätta. Det gäller trötthet och håglöshet, olust när man går till arbetet och sömnsvärigheter när man inte kan koppla bort tankarna från arbetet. Bland yngre **män** följer utvecklingen främst det första mönstret, dvs. andelen som har besvär ökar mellan 1991 och 1999, men därefter är den i stort oförändrad. Det gäller även frågorna om trötthet, håglöshet, olust och sömnsvärigheter, där ökningen av besvär alltså har stannat av. Frågan om ont i nedre delen av ryggen avviker genom att hela tioårsperioden ligger på samma nivå.

Unga kvinnor har mera av de uppräknade besvären än män med undantag för kroppslig uttröttning och olust när man går till arbetet, där kvinnor och män svarar lika.

### Olika former av besvär bland sysselsatta i åldrarna 16–24 år och 25–29 år. 1991, 1999, 2001. Procent

	Ålder	Kvinnor			Män		
		1991	1999	2001	1991	1999	2001
Kroppsligt eller annat besvär, <i>varje vecka</i>	16–24	20,4	25,0	24,2	13,4	15,7	15,5
	25–29	21,5	27,6	25,3	11,8	16,1	14,9
Ont i övre delen av ryggen eller nacken	16–24	28,4	38,6	35,0	14,8	20,6	19,0
	25–29	27,9	38,8	36,5	15,3	18,8	21,2
Ont i nedre delen av ryggen	16–24	23,8	32,1	27,0	17,6	19,8	22,6
	25–29	20,4	26,0	26,5	18,4	17,6	20,4
Kroppsligt uttrötad	16–24	40,5	50,9	46,6	36,7	48,8	44,1
	25–29	35,8	44,3	44,9	36,9	45,0	41,0
Trött och håglös	16–24	33,7	44,9	49,4	24,3	43,5	34,2
	25–29	30,1	41,0	49,0	25,9	35,6	36,9
Olust när man går till arbetet	16–24	16,0*	22,0	26,7	18,7*	22,1	23,8
	25–29	13,0*	15,8	19,9	16,2*	18,5	20,2
Svårt att sova, tankar på jobbet håller en vaken	16–24	6,3	11,2	15,0	5,9	12,0	9,0
	25–29	7,5	14,1	17,6	8,9	14,5	15,0
<b>Antal svarande</b>	16–24	787	353	380	742	352	311
	25–29	667	479	461	718	485	456
			576				
			655				

\* Uppgifterna avser 1993

På samma sätt som i tidigare avsnitt har kontrollerats om utvecklingen ser likadan ut för de yngsta (16–24 år) och de något äldre unga (25–29 år). I huvudsak gör den det. Besvären är dessutom ungefär lika vanliga i de olika åldrarna. Någon skillnad kan anas. De yngsta kvinnorna känner oftare olust när de går till arbetet. Både kvinnor och män i den yngsta gruppen förefaller i mindre utsträckning ha sömnsvärigheter kopplade till tankar på jobbet.

**1991, 1999 och 2001. Procent**

	Ålder	Kvinnor			Män		
		1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Kroppsligt eller annat besvär, en dag av två</b>							
Ont i axlar eller armar	16-24	12,5	13,4	15,0	6,7	8,2	8,2
	25-29	13,3	17,6	14,8	6,1	7,7	7,8
Ont i övre delen av ryggen eller nacken	16-24	18,3	22,9	24,0	8,6	10,1	11,4
	25-29	18,3	28,3	22,5	8,7	10,2	12,8
Ont i nedre delen av ryggen	16-24	13,1	19,4	15,3	8,5	11,1	12,8
	25-29	10,3	17,7	17,1	9,5	9,7	12,8
Kroppsligt uttröttad	16-24	24,9	28,2	30,3	20,4	28,7	22,5
	25-29	22,5	27,8	27,9	18,4	23,8	20,6
Trött och håglös	16-24	16,6	25,2	25,4	11,9	17,4	18,5
	25-29	16,4	22,4	28,2	12,4	18,4	15,0
Olust när man går till arbetet	16-24	6,8*	9,3	13,8	8,9*	12,3	12,6
	25-29	5,9*	7,0	10,6	6,5*	10,2	8,4
Svårt att sova, tankar på jobbet håller en vaken	16-24	2,4	5,2	5,9	2,8	4,6	5,0
	25-29	3,8	5,3	7,7	4,2	5,1	7,0
<b>Antal svarande</b>	16-24	787	353	380	742	352	311
	25-29	667	479	461	718	485	456
Uppgifterna avser 1993		576			481		
		655			676		

Så långt gäller redovisningen att man har besväret en dag i veckan eller oftare. En kontroll har gjorts för att se om det är samma utveckling för dem som har oftare återkommande besvär, varje eller varannan dag. Det kunde verka rimligt att dessa "tätare" besvär skulle ligga närmare sjukfrånvarons utveckling. Den bild som framträder är dock i huvudsak likadan som för besvär varje vecka.



### 30-49-åriga kvinnors och mäns arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär 1991-2001

Här redovisas för kvinnor och män i åldern 30–49 år utvecklingen av fysisk arbetsmiljö, psykosocial arbetsmiljö och besvär.

#### Fysisk arbetsmiljö bland kvinnor och män 30–49 år. 1991–2001

#### Fysisk arbetsmiljö och upprepade arbetsmoment land sysselsatta i åldern 30-49 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Arbetsförhållande minst ¼ av tiden</b>						
Kroppsligt ansträngande arbete	29,7	32,7	34,0	39,5	39,9	40,9
Tar i så att man andas snabbare	8,2	9,9	11,8	18,6	20,4	21,0
Arbetar framåtböjd utan stöd	25,8	27,4	26,0	26,9	24,8	26,2
Arbetar i vriden ställning	25,3	29,2	27,7	25,7	26,0	26,3
<b>Arbetsförhållande minst ½ tiden</b>						
Upprepade arbetsmoment	36,4	41,9	41,0	29,9	34,6	36,1
Upprepade moment, enkelt arbete	18,4	17,2	16,6	12,1	13,9	14,3
<i>Antal svarande</i>	3189	2641	2538	3331	2380	2237

Bland **kvinnorna** i mellanåldrarna 30–49 år har det kroppsligt ansträngande arbetet blivit vanligare mellan 1991 och 1999, och ingen vändning kan förmärkas. Arbete som är så ansträngande att man andas snabbare har blivit vanligare och den utvecklingen fortsätter. Vridna arbetsställningar liksom arbete med mycket upprepade moment har blivit något vanligare men ökningen förefaller ha stannat av. Upprepade moment vid enkelt arbete har dock inte ökat. Bland **männen** är den fysiska arbetsmiljön i stort sett oförändrad. Tungt arbete och arbete med upprepade arbetsmoment har dock blivit något vanligare.

Män har oftare kroppsligt ansträngande jobb än kvinnor har. Påfrestande arbetsställningar är lika vanliga bland kvinnor och män. Arbete med mycket upprepade, korta arbetsmoment är vanligare bland kvinnor.

## Psykosocial arbetsmiljö bland kvinnor och män 30-49 år. 1991-2001

### Krav, kontroll och stöd bland sysselsatta i åldern 30-49 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
Arbetsförhållande						
Utsatt för höga arbetskrav	39,2	52,2	48,5	48,9	56,3	53,2
Liten egenkontroll över arbetet	46,3	53,6	51,3	33,2	41,1	37,7
Låg anspänning i arbetet	30,2	21,2	25,2	33,8	26,3	30,5
Aktiva jobb	23,6	25,2	23,5	33,1	32,6	31,8
Passiva jobb	20,4	18,0	18,2	17,3	17,4	16,3
Hög anspänning i arbetet	25,8	35,6	33,1	15,9	23,7	21,5
Ej stöd från både chef och arbetskamrater	30,3	35,9	33,7	42,8	43,4	44,8

Bland **kvinnorna** har det sedan nittiotalets början blivit vanligare att vara utsatt för höga krav i arbetet liksom att ha liten egenkontroll över arbetssituationen. Denna utveckling har stannat av och har beträffande höga krav förmodligen börjat vända. Att ha arbete med låg anspänning, dvs. låga krav och hög kontroll, har blivit mindre vanligt fram till 1999 men blir sedan åter något vanligare. Arbete med hög anspänning, dvs. höga krav och låg kontroll har ökat fram till 1999, men ökningen har stannat upp. Samma förändring genomgår andelen som saknar stöd från både chef och arbetskamrater.

Bland **männen** är situationen likartad som för kvinnorna. Under nittiotalet har kraven ökat, egenkontrollen minskat och hög anspänning blivit vanligare. Men denna negativa utveckling synes ha stannat av och vänt beträffande krav och kontroll.

Kvinnors och mäns arbetsmiljö skiljer sig beträffande krav, kontroll och stöd. Det är vanligare att män utsätts för höga krav och vanligare att kvinnor har liten egenkontroll över arbetet. Män har i större utsträckning aktiva jobb och kvinnor jobb med hög anspänning. Män saknar i större utsträckning stöd från chef och arbetskamrater.

## Kroppsliga och andra besvär bland kvinnor och män 30–49 år. 1991–2001

### Olika former av besvär bland sysselsatta i åldern 30–49 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Kroppsligt eller annat besvär, varje vecka</b>						
Ont i axlar eller armar	29,5	35,3	33,9	17,5	22,3	21,7
Ont i övre delen av ryggen eller nacken	32,2	41,0	39,4	17,6	24,0	24,4
Ont i nedre delen av ryggen	20,7	26,8	28,0	18,9	21,0	22,3
Kroppsligt uttröttad	35,7	45,7	43,4	32,8	41,4	40,3
Trött och håglös	31,5	42,2	42,4	25,1	35,1	35,1
Olust när man går till arbetet	10,9*	17,5	16,5	13,3*	17,8	17,1
Svårt att sova, tankar på jobbet håller en vaken	13,0	21,9	21,3	13,7	18,4	19,9

\* Uppgifterna avser 1993

För **kvinnorna** i åldern 30–49 år blev samtliga de aktuella besvären vanligare under nittiotalet. Under de senaste två åren verkar situationen väsentligen ha varit helt oförändrad. Bland **männen** är utvecklingen likadan.

Kvinnor har i större utsträckning än män besvär i form av ont i olika kroppsdelar, kroppslig uttröttnings, trötthet och håglöshet. Olustkänslor när man går till jobbet och sömnsvärigheter drabbar dock lika oavsett kön.

## 50–64-åriga kvinnors och mäns arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär 1991–2001

Här redovisas för kvinnor och män i åldern 50–64 år utvecklingen av fysisk arbetsmiljö, psykosocial arbetsmiljö och besvär.

### Fysisk arbetsmiljö bland kvinnor och män 50–64 år. 1991–2001

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Arbetsförhållande minst ¼ av tiden</b>						
Kroppsligt ansträngande arbete	29,7	27,0	30,7	36,8	31,2	36,7
Tar i så att man andas snabbare	6,9	9,2	10,8	16,4	16,6	19,3
Arbetar framåtböjd utan stöd	25,0	26,2	25,7	28,1	25,6	26,7
Arbetar i vriden ställning	22,8	25,6	24,5	24,1	26,0	27,7
<b>Arbetsförhållande minst ½ tiden</b>						
Upprepade arbetsmoment	43,1	45,3	45,3	24,6	37,5	36,0
Upprepade moment, enkelt arbete	24,8	19,0	17,9	16,1	15,6	15,0
<i>Antal svarande</i>	1537	1642	1714	1491	1466	1538

Bland **kvinnorna** i denna åldersgrupp har kroppsligt ansträngande arbete blivit något vanligare de senaste två åren, och det mest ansträngande arbetet "så att man andas snabbare" har under hela perioden 1991–2001 blivit vanligare. Påfrestande arbetsställningar har varit på samma nivå under perioden. Enkelt arbete med mycket upprepade moment har blivit *mindre* vanligt. Bland **männen** har det under de senaste två åren blivit något vanligare med kroppsligt ansträngande och tungt arbete. Arbete med mycket upprepade moment är vanligare under de senaste åren än 1991.

Män har i större utsträckning än kvinnor kroppsligt ansträngande eller tungt arbete eller vriden arbetsställning. Att arbeta framåtböjd utan stöd är lika vanligt bland kvinnor och män. Arbete med mycket upprepade korta arbetsmoment är betydligt vanligare bland kvinnor.

### Psykosocial arbetsmiljö bland kvinnor och män 50–64 år. 1991-2001

De psykosociala arbetsmiljöfaktorer som studeras är krav, kontroll och stöd.

#### Krav, kontroll och stöd bland sysselsatta i åldern 50–64 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
Arbetsförhållande						
Utsatt för höga arbetskrav	44,2	58,2	53,6	42,8	52,6	48,6
Liten egenkontroll över arbetet	46,5	51,8	51,4	29,3	34,0	34,2
Låg anspänning i arbetet	32,6	25,3	26,7	40,7	33,2	35,2
Aktiva jobb	20,9	22,9	21,9	30,1	32,8	30,6
Passiva jobb	23,1	16,5	19,7	16,6	14,2	16,2
Hög anspänning i arbetet	23,4	35,3	31,8	12,7	19,8	18,1
Ej stöd från både chef och arbetskamrater	31,2	36,5	39,6	42,4	47,9	51,6

Bland kvinnorna i den äldre gruppen 50–64 år har det fram till 1999 blivit vanligare att utsättas för höga krav, men därefter har ökningen stannat upp och börjat vändas i en nedgång. Att ha liten egenkontroll har under nittiotalet blivit vanligare, men under de senaste åren har försämringen stannat upp. Arbete med låg anspänning (låga krav och hög kontroll) har minskat, och arbete med hög anspänning har blivit vanligare. Sedan 1999 är andelen med hög anspänning på viss nedgång. För **männen** är utvecklingstendenserna för dessa frågor likadana som för kvinnorna förutom att den höga anspänningen inte börjat minska.

Däremot råder skillnader mellan kvinnor och män i hur vanligt förekommande dessa förhållanden är. Höga krav är vanligare bland män, liten kontroll bland kvinnorna. Arbete med låg anspänning och aktiva jobb är vanligare bland män. Passiva jobb och arbete med hög anspänning är vanligare bland kvinnor. Att sakna stöd av chef och arbetskamrater är vanligare bland män.

## Kroppsliga och andra besvär bland kvinnor och män 50–64 år. 1991–2001

### Olika former av besvär bland sysselsatta i åldern 50–64 år. 1991, 1999 och 2001. Procent

	Kvinnor			Män		
	1991	1999	2001	1991	1999	2001
<b>Kroppsligt eller annat besvär, varje vecka</b>						
Ont i axlar eller armar	39,6	48,1	43,1	29,8	31,0	30,3
Ont i övre delen av ryggen eller nacken	36,6	45,8	44,4	25,0	26,9	26,9
Ont i nedre delen av ryggen	26,7	31,3	31,9	23,5	23,3	24,3
Kroppsligt uttröttad	45,5	53,2	50,8	36,0	42,4	42,9
Trött och håglös	31,2	41,8	39,1	24,9	31,8	30,9
Olust när man går till arbetet	12,5*	18,7	15,9	13,6*	16,2	16,2
Svårt att sova, tankar på jobbet håller en vaken	17,7	27,1	27,5	15,6	23,2	21,8

\* Uppgifterna avser 1993

Bland **kvinnorna** har samtliga aktuella besvär ökat mellan 1991 och 1999. Denna ökning fortsätter inte de två åren fram till 2001. I några fall som beträffande ont i nedre delen av ryggen och sömnsvarigheter verkar nivån vara oförändrad. Besvären ont i axlar eller armar och olustkänslor när man går till arbetet förefaller ha blivit något mindre vanliga. Bland **männen** har frågorna om ont i olika delar av kroppen ungefär samma svar under hela perioden. Ökat har kroppslig uttröttnings, trötthet och håglöshet, sömnsvarigheter och olust när man går till jobbet. I inget fall verkar ökningen av besvär fortgå under de två senaste åren, utan svaren är vid dessa tillfällen mycket lika.

Kvinnor uppger i större utsträckning än män besvär för samtliga frågor utom olust när man går till arbetet där båda könen svarar lika.

### Vad fordras för att man skall orka arbeta till ordinarie pensionsålder?

I Arbetsmiljöundersökningen 2001 finns ett antal nya frågor riktade till dem som är 50–64 år. I hela denna grupp är det 9 procent av kvinnorna och 8 procent av männen som anger att de i dag har

svårt att klara sina arbetsuppgifter med hänsyn till sin ålder. I hela gruppen är det 24 procent av kvinnorna och 15 procent av männen som bedömer att de inte kommer att klara att arbeta fram till den ordinarie pensionsåldern. Erfarenhetsmässigt är dock avgången i förtid vanligare än så. Den viktigaste förklaringen är att de som fortfarande är sysselsatta vid högre ålder är ett allt mer positivt urval av friska.

De som utifrån sin bedömning av hälsa och trötthet sagt att de nog inte kommer att orka till ordinarie pensionsålder har fått ange faktorer i arbetet som borde ändras för att man skall kunna jobba fram till pensionen. I det statistiska meddelandet *Arbetsmiljön 2001* redovisas svaren uppdelade på kvinnor och män, arbetare och tjänstemän. I alla fyra kategorierna pekas lägre arbetstakt och kortare arbetstid ut som viktiga faktorer. Bland kvinnliga och manliga arbetare är de fysiska arbetskraven något som man anser bör förändras; bland kvinnliga och manliga tjänstemän är det särskilt den psykosociala arbetsmiljön.

### Sammanfattning

Redovisningen bygger på Arbetsmiljöundersökningarna. Den behandlar arbetsmiljöns och den arbetsrelaterade ohälsans förändringar under de senaste tio åren för kvinnor och män i olika åldrar.

*De yngre 16–29 år* uppmärksammas särskilt. Unga kvinnor och män har i ökad utsträckning tidsbegränsade anställningar och deltidarbete. Det gäller särskilt kvinnor och är vanligast bland dem som är under 25 år. Genom senare inträde på arbetsmarknaden har inom gruppen unga medelåldern blivit högre. Dessa skillnader och förändringar bör beaktas för förståelse av de ungas sjukfrånvaro.

Unga *kvinnor* har i större utsträckning fått kroppsligt ansträngande arbete och arbete med mycket upprepade arbetsmoment (särskilt vanligt i gruppen under 25 år). Det har blivit vanligare att utsättas för höga arbetskrav och att ha liten kontroll över arbetet. En tydlig ökning av arbete med hög anspänning har under de senaste åren stannat av. Det har blivit vanligare med ont i olika kroppsdelar, bl.a. axlar och nacke, men ökningen verkar ha upphört. Olustkänslor när man går till arbetet och sömnsvärigheter fortsätter att bli vanligare.

Unga *män* har en relativt oförändrad fysisk arbetsmiljö. Bland dem under 25 år har upprepade moment i enkelt arbete blivit vanli-

gare. Det har blivit vanligare att utsättas för höga krav, men den utvecklingen har brutits. Fler har fått liten kontroll över arbetet, och den utvecklingen kvarstår. En tydlig ökning av arbete med hög anspänning har under de senaste åren stannat av. Såväl kroppsliga besvär som olust och sömnsvärigheter har blivit vanligare fram till 1999 men är därefter oförändrade.

**I "mellanåldrarna" 30-49 år** har **kvinnor** i större utsträckning fått kroppsligt ansträngande arbete och arbete med upprepade arbetsmoment. Utsatthet för höga krav och liten egenkontroll har blivit vanligare, men ökningen verkar ha stannat av, och kraven har minskat. Ökningen av arbete med hög anspänning mellan 1991 och 1999 har därefter stoppat upp. Olika besvär har blivit vanligare under nittiotalet men inte ökat sedan dess.

**Bland män** har det fysiskt tunga arbetet blivit något vanligare liksom arbete med mycket upprepade arbetsmoment. Fler har blivit utsatta för höga arbetskrav och fler har fått liten kontroll över arbetet och hög anspänning i arbetet. Beträffande krav och kontroll verkar utvecklingen ha vänt. Olika besvär har blivit vanligare under nittiotalet men inte ökat sedan dess.

**Bland de äldre 50-64 år** har **kvinnor** sedan 1999 i ökad utsträckning fått kroppsligt ansträngande arbete, och det mest ansträngande arbetet "så att man andas snabbare" har sett till hela tioårsperioden blivit vanligare. Enkelt arbete med mycket upprepade moment har blivit mindre vanligt. Andelen kvinnor som har arbete med hög anspänning har ökat under nittiotalet men sedan dess börjat gå ner. Kroppsliga och andra besvär har ökat mellan 1991 och 1999 men inte därefter. Ont i nedre delen av ryggen och sömnproblem verkar därefter vara oförändrade, medan ont i axlar eller armar liksom olustkänslor har blivit något mindre vanliga.

Bland **män** har kroppsligt ansträngande och tungt arbete blivit vanligare under de två senaste åren. Upprepade arbetsmoment är vanligare nu än 1991. Arbete med hög anspänning har blivit vanligare under tioårsperioden, och den utvecklingen verkar inte ha brutits. Män har i samma utsträckning ont i olika kroppsdelar under tioårsperioden. Kroppslig uttröttnings har ökat liksom håglöshet, olust och sömnsvärigheter. Inga av dessa besvär ökar dock under de två senaste åren.



# Folkhälsans utveckling

Gudrun Persson, *Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen*

Gunnel Boström, *Statens folkhälsoinstitut*

Christer Hogstedt, *Statens folkhälsoinstitut*

Staffan Marklund, *Arbetslivsinstitutet*

Anders Wikman, *Arbetslivsinstitutet*

Susanne Öhrling, *Statens folkhälsoinstitut*



## 4.1 Inledning

Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA) önskar bl.a. beskriva hälsoutvecklingen under de senaste åren med betoning på folkhälsa, som ett komplement till beskrivningen av den arbetsrelaterade ohälsoutvecklingen (se t.ex. Marklund et.al. Arbetsliv och hälsa 2000 och Arbetsorsakade besvär 2001). Kort tid har stått till förfogande och framställningen bygger främst på en komplettering av material som presenterades i Folkhälsorapport 2001 samt vissa jämförande data om arbetsrelaterad hälsa i Europa.

Hälsa kan definieras på en rad olika sätt. Världshälsoorganisationen (WHO) har valt en bred definition där hälsa definieras i termer av fysiskt och psykiskt välbefinnande. Denna definition innebär en positiv bestämning av hälsa. Det finns fördelar med ett sådant brett hälsobegrepp men även svårigheter med validitet och kvantitativa jämförelser (jmf. t.ex. Folkhälsogruppen, Folkhälsans villkor nr 9 1990).

Det är vanligare att hälsa definieras som avsaknad av sjukdom eller symptom på sjukdom, frånvaro av död i form av återstående livslängd eller att beräkna index för återstående livslängd med god hälsa. I denna bilaga används främst intervjudata om självupplevd hälsa och om exponeringen för några av hälsans bestämningsfaktorer.

### 4.1.1 Hälsa mäts med olika mått

#### **Självskattad hälsa**

Ett sätt att mäta hälsa är att fråga individer om de uppfattar sin hälsa som bra, dålig eller som något däremellan, dvs. självskattad hälsa. Denna till synes enkla fråga speglar ett flertal aspekter på fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Ett antal vetenskapliga studier har visat på ett starkt samband mellan dålig självskattad hälsa, sjuklighet och dödlighet (jmf. Folkhälsorapport 2001). Skillnader i den självskattade hälsan mellan olika befolkningsgrupper kan således ge vägledning om framtida hälsoproblem och är viktig för diskussionen kring prioriteringar i folkhälsoarbetet. Dessa mätningar är dock förknippade med mätproblem t.ex. att varje individ svarar med utgångspunkt från sin egen uppfattning om vad god hälsa bör vara och att den subjektiva upplevelsen bestäms av den kravnivå som individen uppfattar som rimlig (jmf.

Folkhälsorapport 2001). Likafullt torde detta vara ett bra sätt att skatta folkhälsoutvecklingen över tid i någorlunda homogena befolkningar.

### **Dödlighet och livslängd**

Det finns en lång tradition i Sverige av registrering av dödlighet och dödsorsaker. Dödlighetsmått såsom spädbarnsdödlighet, mödradödlighet och genomsnittlig livslängd används ofta som indikatorer på hälsoläget i ett land. Vid studiet av enbart dödlighet missas långvariga sjukdomar som kraftigt reducerar både arbetsförmågan och livskvaliteten t.ex. psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen som inte leder till för tidig död i någon större utsträckning.

### **Sammanvägda mått**

Det är i vissa fall önskvärt att kunna sammanfatta hälso-utvecklingen i en befolkning genom att väga ihop dödlighet mått som förlorade år och sjukdomskonsekvenser, funktionsförmåga och/eller hälsorelaterad livskvalitet i ett och samma mått. Därför har ett antal metoder för att mäta sjukdomsburden, hälsa och livskvalitet utvecklats. Mått på sjukdomsburden (DALYs) och kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) innebär att information om dödlighet och sjukdom integrerats (jmf. SOU 1998:43, SOU 2000:91, Folkhälsorapport 2001). Till denna bilaga har det inte varit möjligt att beräkna sådana mått.

## **4.2 Avspeglas den ökade sjukfrånvaron i försämrade folkhälsa?**

Mot bakgrund av att sjukskrivningarna ökat alarmerande främst under den senaste femårsperioden sedan år 1997 finns det anledning att ställa frågan om den ökningen motsvaras av ökad ohälsa i befolkningen. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001 visar att befolkningens hälsoliv varit relativt stabil och att dödligheten i många åkommor minskat under de senaste två decennierna. Detta motsäger således att sjukligheten i befolkningen skulle ha ökat. Rapporten visar emellertid också att det på senare år funnits

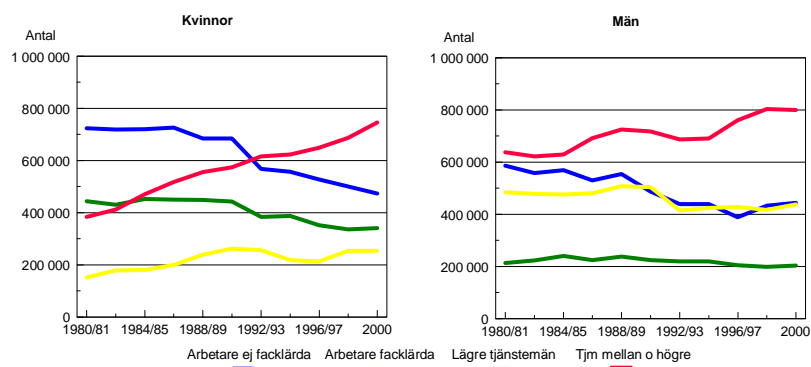
tendenser i hälsobilden som kan tyda på viss ökad sjuklighet i vissa åldrar. Mindre god allmän hälsa och lättare psykisk ohälsa synes ha blivit vanligare i åldrarna under 45 år. Vidare besväras allt större andel av kvinnor upp till 65 års ålder av värk och kvinnliga lägre tjänstemän i dessa åldrar har i allt större utsträckning sjukdomar i rörelseorganen.

Folkhälsan beskrivs i Folkhälsorapport 2001 med hjälp av flera olika mått på dödlighet, sjuklighet och självrapporterad hälsa (se avsnitt 4.1). Såväl utvecklingen i totalbefolkningen (efter justering för åldersskillnader) som i olika grupper analyseras efter kön, ålder, socioekonomisk tillhörighet, utbildning m.m.

I detta kapitel kompletteras Folkhälsorapport 2001 med en beskrivning av utvecklingen av självrapporterad hälsa fram till och med år 2000 enligt Statistiska centralbyråns undersökningar av Levnadsförhållanden (ULF). Folkhälsorapport 2001 innehåller ULF-data t.o.m. år 1999. Den allra senaste tiden då sjukskrivningarna i Sverige ökat som mest går ännu inte att beskriva i folkhälsöhänseende.

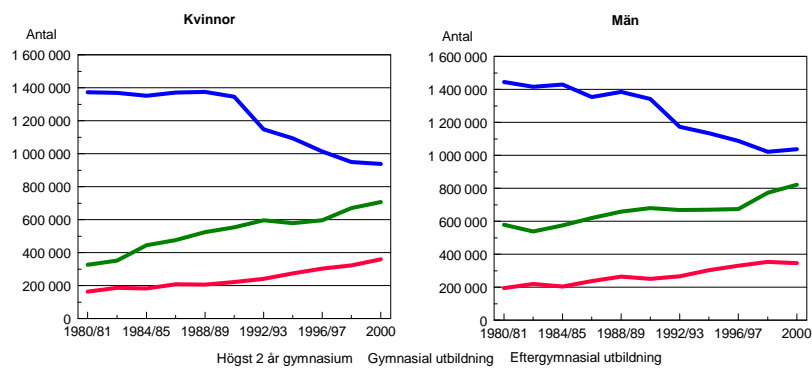
#### 4.2.1 Socioekonomisk fördelning och utbildningsnivå förändras

Social tillhörighet och utbildningsnivå är starka bestämningsfaktorer för hälsa. De socioekonomiska gruppernas storlek såväl som andelarna med olika utbildningsnivåer förändras över tid. Tolkningen av hälsoläget och sociala skillnader vid olika tidpunkter kompliceras härigenom. Under de senaste två decennierna har gruppen tjänstemän på mellannivå och högre ökat kraftigt bland såväl kvinnor som män, medan gruppen lägre tjänstemän minskat något bland kvinnor men varit oförändrad bland män. Gruppen ej facklärda arbetare har minskat i båda könen medan gruppen facklärda arbetare ökat bland kvinnor men varit relativt stabil i storlek bland män under de senaste tjugo åren (diagram 1a).



**Diagram 1a.** Skattat antal förvärvsarbetande kvinnor och män i befolkningen i olika socioekonomiska grupper 1980–2000. *Källa: SCB/ULF.*

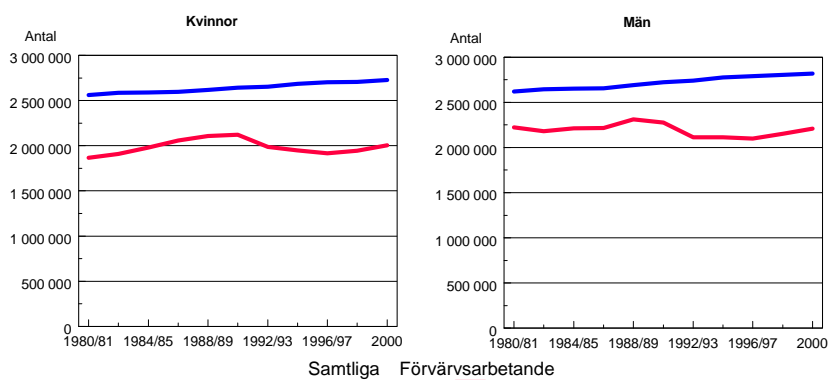
Andelen med låg utbildningsnivå, dvs. med högst 2 års utbildning på gymnasiet, har minskat påfallande medan andelarna med gymnasieutbildning och eftergymnasial utbildning ökat (diagram 1b).



**Diagram 1b.** Skattat antal kvinnor och män med förvärvsarbete i befolkningen med olika utbildningsnivåer. *Källa SCB/ULF.*

Man kunde vänta sig att den självrapporterade hälsan skulle ha förbättrats mot bakgrund av att utbildningsnivån i befolkningen höjts och andelen tjänstemän på mellannivå och högre ökat, faktorer som är relaterade till god hälsa. En sådan utveckling har vi emellertid inte sett.

Sysselsättningen har fluktuerat över tiden på grund av konjunkturer och strukturförändringar i arbetslivet. Andelen förvärvsarbetande i befolkningen har minskat sedan 1980-talets början, framför allt bland män (diagram 2).



**Diagram 2.** Skattat antal kvinnor och män i befolkningen 16–64 år och förvärvsarbetande i motsvarande åldrar. *Källa: SCB/ULF.*

Arbetskraften har varierat med avseende på socioekonomisk fördelning och ålder. Andelen yngre i arbetskraften har minskat bl.a. till följd av att allt fler i dessa åldrar studerar och andelen äldre i arbetskraften har ökat. Eftersom ålder och hälsa har ett starkt samband kunde totalt sett ökad ohälsa förväntas men istället har vi sett förbättrad hälsa i den äldre gruppen av förvärvsarbetande. Det beror sannolikt på att många i dessa åldrar som haft hälsoproblem redan lämnat arbetsmarknaden som förtidspensionärer eller arbetslösa.

#### 4.2.2 Folkhälsans utveckling i stora drag

Socialstyrelsens Folkhälsorapport ger en delvis annan bild av hur folkhälsan utvecklats under 1990-talet än vad utvecklingen av sjukfrånvaron tyder på.

Enligt intervjuundersökningar har omkring tre fjärdedelar av kvinnorna i befolkningen god hälsa, en nivå som varit relativt stabil sedan början av 1980-talet. Av männen uppger 80 procent att de har god hälsa och en tendens till bättre hälsa kan skönjas under

1990-talet. Både bland män och kvinnor sågs en nedgång under de tre första åren på 1990-talet som sedan återhämtades.

Cirka 40 procent av männen och hälften av kvinnorna uppger emellertid att de har någon långvarig sjukdom eller besvär av en sådan. Detta visar att hälsa inte nödvändigtvis innebär avsaknad av sjukdom utan har andra dimensioner. Människor kan mycket väl uppleva att de mår bra trots att de har någon sjukdom eller besvär med hälsan. Sådana hälsobesvär kan vara såväl svåra som relativt bagatellartade.

Förekomsten av långvarig sjukdom eller besvär har visat en svagt stigande tendens sedan början av 1980-talet. Denna ökning kan förklaras med faktiska ökningarna av t.ex. allergier. Delvis kan ökningen också förklaras av en större benägenhet att rapportera sjukdomar eftersom dagens människor oftare fått sina åkommor diagnostiserade jämfört med tidigare. En större medvetenhet om möjligheter att få hjälp och en mindre acceptans av krämpor gör att människor i dag oftare söker läkare och får en diagnos. Om ett hälsoproblem diskuteras livligt i samhällsdebatten kan det också påverka människors benägenhet att uppge detta problem. Ett sådant exempel är senare års debatt om "utbrändhetsreaktioner" i arbetslivet.

Utvecklingen av det allmänna hälsotillståndet, sedan hänsyn tagits till ålderns inverkan, ger således ingen antydning om att sjukligheten i befolkningen som helhet skulle ha ökat. Inte heller utvecklingen av dödligheten ger några sådana indikationer. Men eftersom hälsotillståndet är starkt åldersberoende förändras bilden i viss mån då utvecklingen i olika åldrar analyseras. Hälsan har också utvecklats olika i olika socioekonomiska grupper eller i grupper med olika utbildningsnivå.

Andelen som uppger dålig hälsa har sedan mitten av 1980-talet ökat svagt i åldrarna upp till 45 år medan en tydlig förbättring ses i åldrarna 45–64 år och ännu mer markant i åldrarna över 65 år. I samtliga åldersgrupper rapporterades bättre hälsa åren 1992/93 – 1995/96 efter den ekonomiska krisen.

Lättare psykisk ohälsa, såsom ängslan, oro, ångest minskade under 1980-talet men har under hela 1990-talet ökat bland förvärvsarbetande såväl män som kvinnor. Även sömnbesvär blev vanligare under senaste decenniet. Ökningarna har varit betydligt större bland de yngre upp till 45-årsåldern, särskilt bland unga kvinnor. Men sådana besvär har ökat även i åldrarna över 45 år. Bland kvinnor som uppnått pensionsåldern har däremot den



psykiska ohälsa, som avses här, förbättrats men legat på en konstant nivå bland männen.

I stort sett har andelen som uppger sjukdomar i rörelseorganen inte förändrats under 1990-talet. En tydlig ökning kunde dock konstateras bland kvinnliga lägre tjänstemän i alla åldrar upp till 65 år men bland männen endast i åldrarna 45–64 år.

Sjukdomar i rörelseorganen är ofta arbetsrelaterade. Omkring en fjärdedel av kvinnorna och en femtedel av männen har sådana sjukdomar. De kännetecknas ofta av värk i nacke, axlar, rygg, armbågar ben eller knän och övergår i många fall i kroniska besvär. Att ha värk är mycket vanligt, drygt hälften av männen och nästan 70 procent av kvinnorna 16–84 år uppgav i slutet av 1990-talet att de hade någon form av värk, lätt eller svår. Problem med värk har blivit något vanligare sedan början av 1980-talet och har fortsatt att öka under 1990-talets första hälft i alla åldrar och i alla socioekonomiska grupper med undantag av manliga arbetare. Bland kvinnor har ökningen fortsatt även under senare delen av 1990-talet.

#### 4.2.3 Några hälsoindikatorer - hela befolkningen 16–64 år jämförd med de förvärvsarbetande i motsvarande åldrar

##### **Inledning**

I detta avsnitt jämförs utvecklingen under perioden 1980/81 – 2000 av självrapporterad hälsa i hela befolkningen 16–64 år med de förvärvsarbetandes i motsvarande åldrar. Beskrivningen har fokus på utvecklingen i olika åldrar men också fördelat efter socioekonomiska grupper och utbildningsnivå. Då hela åldersspannet 16–64 år beskrivs, redovisas åldersstandardiserade tal. För att kunna bättre bedöma trender i utvecklingen redovisas hela perioden från början av 1980-talet.

Följande hälsoindikatorer beskrivs: Allmänt hälsotillstånd, besvär av långvarig sjukdom, nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom, förekomst av ångslan, oro eller ångest, trötthet, sömnbesvär samt värk.

Studien baseras på Undersökningen av Levnadsförhållanden (ULF) som årligen genomförs av Statistiska Centralbyrån (SCB). I personliga intervjuer ställs ett stort antal frågor till cirka 6 000–8 000 personer i befolkningen 16–84 år. Frågor om vissa av de ovan

nämnda hälsoindikatorerna ställdes tidigare i ULF endast vart åttonde år – hälsoför djupningsåren – och kan därför endast redovisas för dessa år. För att öka säkerheten i undersökningen läggs svaren samman till "dubbelår". År 2000 är än så länge endast ett enkelår, varför uppgifter från det året är mer osäkra då intervjuunderlaget bara är hälften så stort.

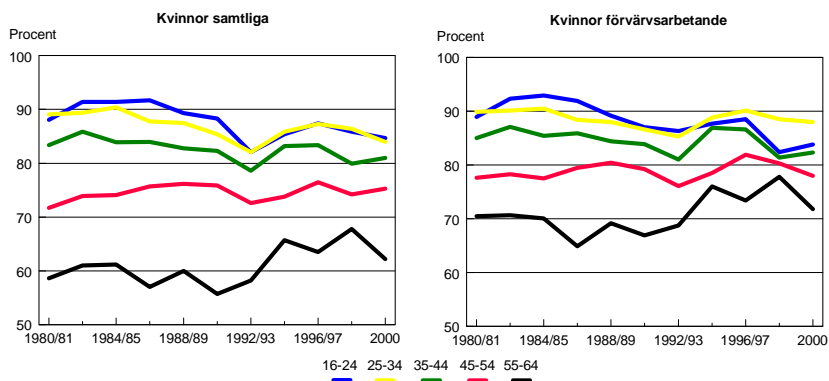
Bortfallet i ULF-undersökningen har varit cirka 20 procent över åren men något högre (23 procent) från år 1998. Bortfallsstudier har visat att undersökningen väl speglar förhållandet i befolkningen. För en utförligare metodbeskrivning av ULF-undersökningen hänvisas till SCB:s ULF-rapporter eller till SCB:s hemsida.

### Allmänt hälsotillstånd

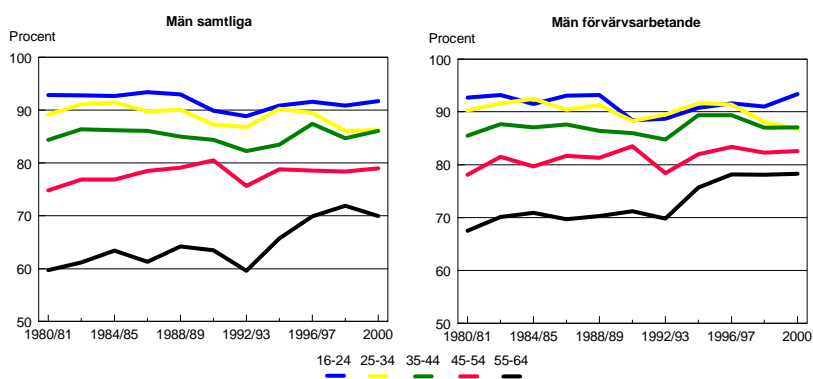
Den del av befolkningen 16–64 år som förvärvsarbetar bedömer oftare sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott än totalbefolkningen i motsvarande åldrar. Detta är naturligt eftersom förtidspensionärer och arbetslösa m.fl., vilka har sämre hälsa än dem som har arbete, ingår i totalbefolkningen.

Då tioårsåldersgrupper jämförs sinsemellan framgår att ju yngre åldrar, desto mindre skillnad mellan andelen med god hälsa i hela befolkningen och de förvärvsarbetande (diagram 3a och 3b). Detta är naturligt eftersom sjukdom är relativt ovanligt i yngre åldrar. De 16–24 åringar som arbetar är därmed i hälsöhänseende mer lika totalbefolkningen i motsvarande ålder. Samtidigt kan sägas, att den del av den yngsta åldersgruppen (16–24 år) som har förvärvsarbete, i viss mån utgör en i hälsöhänseende negativt selekterad grupp. Det är de som valt att förvärvsarbete i stället för att studera. De har ofta ett arbete med låga kvalifikationskrav och dålig lön. De har ofta ohälsosamma levnadsvanor t.ex. de röker mer och dricker mer alkohol än dem med hög utbildning och kvalificerade arbeten. De motionerar i mindre omfattning och övervikt ökar mer i dessa grupper (se avsnitt 4.3).

Även om den allmänna hälsan i stort förbättrats kan, såväl bland kvinnor som bland män, noteras en tendens till nedåtgående trend av självrapporterad god hälsa i samtliga åldersgrupper upp till 45 år (diagram 3a och 3b). Detta framgick också av Folkhälsorapport 2001.



**Diagram 3a.** Allmänt hälsotillstånd gott eller mycket gott bland kvinnor 16–64 år i åldersgrupper i befolkningen och med förvärvsarbete. Källa: SCB/ULF.



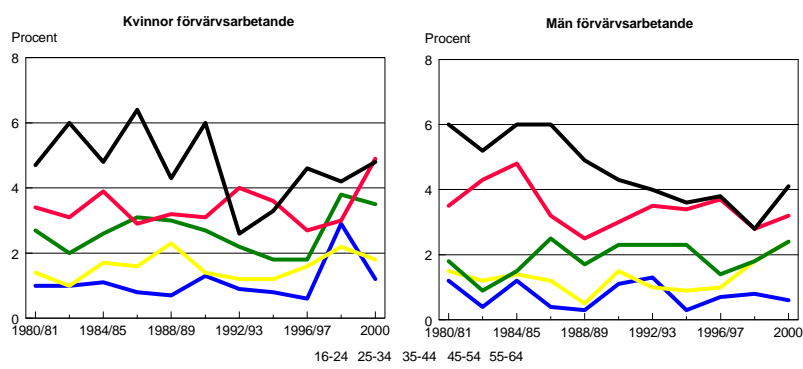
**Diagram 3b.** Allmänt hälsotillstånd gott eller mycket gott bland män 16–64 år i åldersgrupper i befolkningen och med förvärvsarbete. Källa: SCB/ULF.

Försämrad hälsa är tydligast bland kvinnor 16–24 år. I åldersgruppen 45–54 år syns en viss förbättring och i den äldsta gruppen (55–64 år) syns en tydlig trend av förbättrad allmän hälsa. Mönstret är detsamma i totalbefolkningen som bland de förvärvsarbetande.

Det är väl känt att män i hälsoundersökningar oftare än kvinnor bedömer sin hälsa som god. Detta stämmer också här för åldrarna 45–64 år, där andelen män som rapporterar god hälsa är högre än bland kvinnor, medan nivåerna är tämligen lika i åldrarna under 45 år.

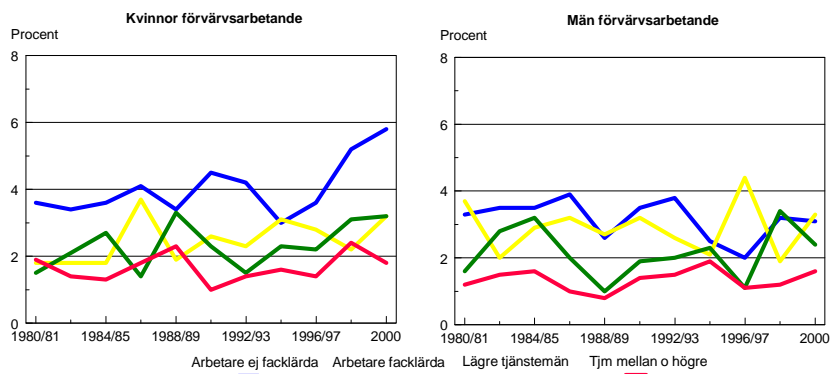
Motsvarande åldersmönster uppträder, såväl i totalbefolkningen som bland förvärvsarbetande, i fråga om andelarna som uppger dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd. Bland män i åldersgrupperna 55–64 år och 45–54 år är emellertid trenden mot förbättrad hälsa tydligare. Bland kvinnor 55–64 år med förvärvsarbete syns en trend av förbättrad hälsa men inte i motsvarande åldersgrupp i befolkningen.

Omfattningen av dålig eller mycket dålig hälsa förefaller i stort sett vara densamma bland förvärvsarbetande kvinnor och män (diagram 4). I befolkningen 16–64 år rapporterar dock något högre andel kvinnor än män dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd (ej diagram).



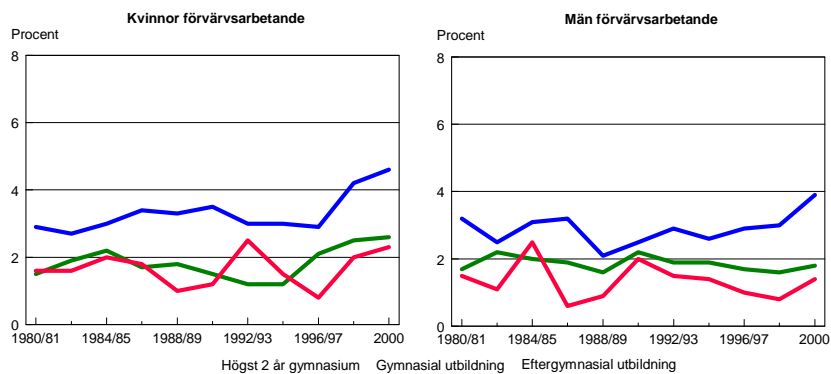
**Diagram 4.** Dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd bland förvärvsarbetande kvinnor och män 16–64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

Mönstret skiljer sig i viss mån mellan kvinnor och män i olika socioekonomiska grupper bland de förvärvsarbetande. Andelarna som uppger dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd ökar bland ej facklärd kvinnliga arbetare och samma tendens finns bland lägre tjänstemän och facklärd arbetare. Bland män däremot minskar andelen bland ej facklärd arbetare och den är oförändrad i övriga grupper (diagram 5).



**Diagram 5.** Allmänt hälsotillstånd dåligt eller mycket dåligt fördelat på socioekonomiska grupper, kvinnor och män 16–64 år med förvärvsarbete, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

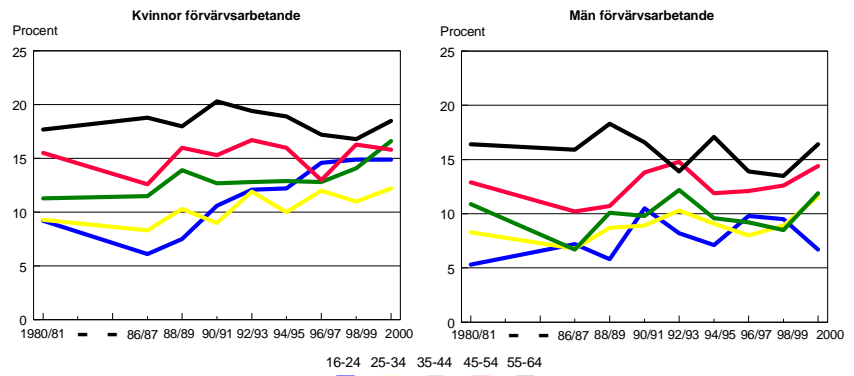
Bland lågutbildade finns en tendens till ökning bland kvinnor och i någon mån även bland män vad avser dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd. I sammanhanget kan påpekas att lågutbildade (högst två år på gymnasiet) blir en alltmer selekterad grupp i och med att den blir allt mindre. I övrigt är nivåerna i stort sett oförändrade sedan början av 1980-talet (diagram 6).



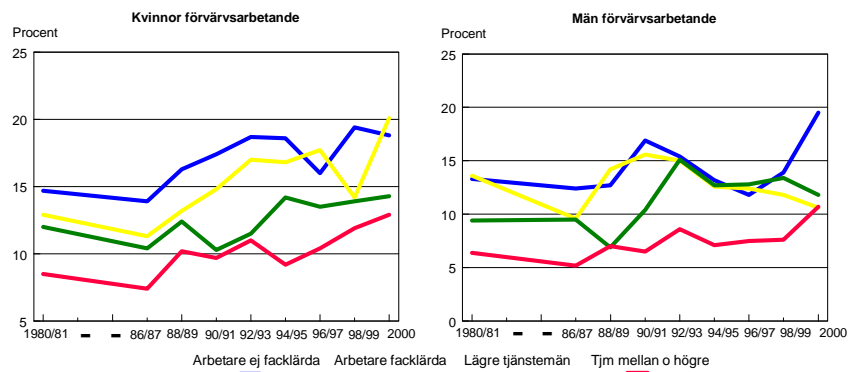
**Diagram 6.** Dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd bland kvinnor och män 16–64 år efter utbildningsnivå, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

### Långvarig sjukdom med svåra besvär

Sedan 1980-talets slut säger sig ökande andelar av de förvärvsarbetande kvinnorna under 45 år ha svåra besvär av långvarig sjukdom. Ökningen är tydligast bland de yngsta (16-24 år). Däremot rapporterades sådana besvär i mindre utsträckning i åldrarna över 55 år. Bland förvärvsarbetande män är det svårt att se någon tydlig trend. (diagram 7).



**Diagram 7.** Svåra besvär av långvarig sjukdom bland förvärvsarbetande kvinnor och män 16-64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*



**Diagram 8.** Svåra besvär av långvarig sjukdom bland förvärvsarbetande kvinnor och män 16-64 år i socioekonomiska grupper, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

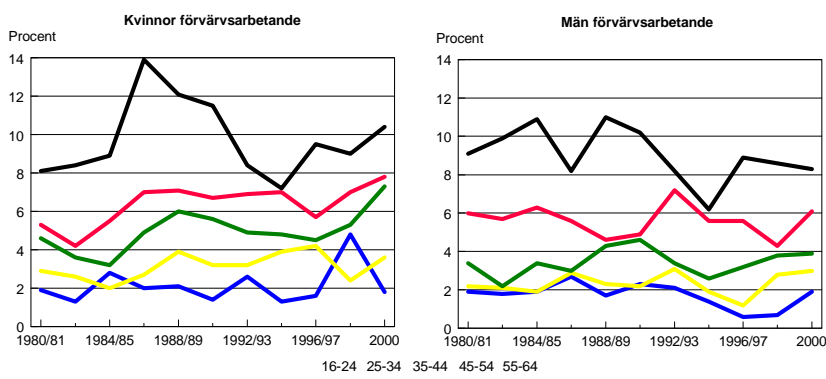
Bland kvinnor i alla socioekonomiska grupper syns en ökande trend under 1990-talet, medan utvecklingen även här är mindre tydlig bland männen (diagram 8).

Svåra besvär av långvarig sjukdom tenderar att öka i alla utbildningsgrupper bland kvinnor. Samma tendens om än svagare syns bland män och tydligast bland de lågutbildade (ej diagram).

### I hög grad nedsatt arbetsförmåga av långvarig sjukdom

Att ha i hög grad nedsatt arbetsförmåga av långvarig sjukdom är nästintill dubbelt så vanligt i totalbefolkningen som bland de förvärvsarbetande i åldern 16-64 år. Förvånande är möjligen att andelarna bland de förvärvsarbetande är så höga som de är. Tänkbart är att många med i hög grad nedsatt arbetsförmåga fått sitt arbete anpassat därefter.

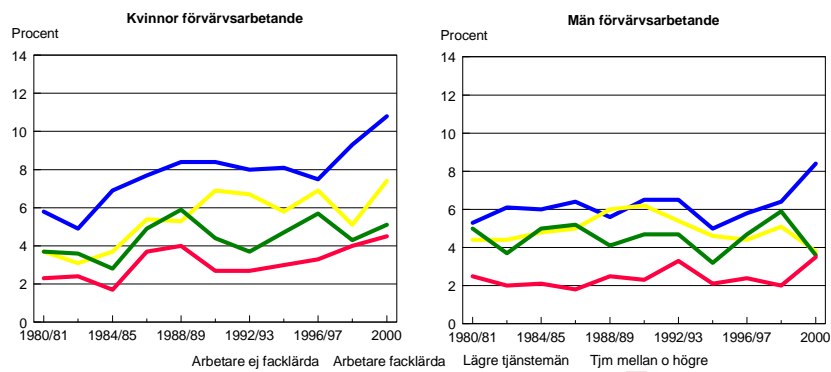
Andelen kvinnor som uppger sig ha i hög grad nedsatt arbetsförmåga är något högre än bland män i alla åldersgrupper utom den yngsta. Utvecklingsmönstret skiljer sig en aning. Bland kvinnor syns en tendens till ökning i åldersgrupperna under 55 år. Bland männen är mönstret mer diffust (diagram 9).



**Diagram 9.** I hög grad nedsatt arbetsförmåga av långvarig sjukdom bland förvärvsarbetande 16-64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

Bland kvinnor syns en ökande trend i alla socioekonomiska grupper. Bland män är trenden ökande bland ej facklärda arbetare och tendensen är ökande även bland tjänstemän på mellannivå och

högre (diagram 10). Likaså finns en ökande trend i alla utbildningsgrupper bland kvinnor. Bland män syns en ökning bland de lågutbildade och en svag tendens bland högutbildade (ej diagram).



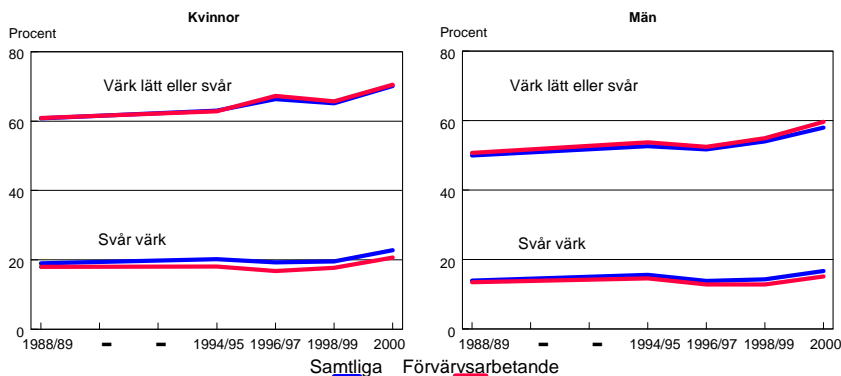
**Diagram 10.** I hög grad nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom bland förvärsarbetande 16–64 år i socio-ekonomiska grupper, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

### Besvär av värk

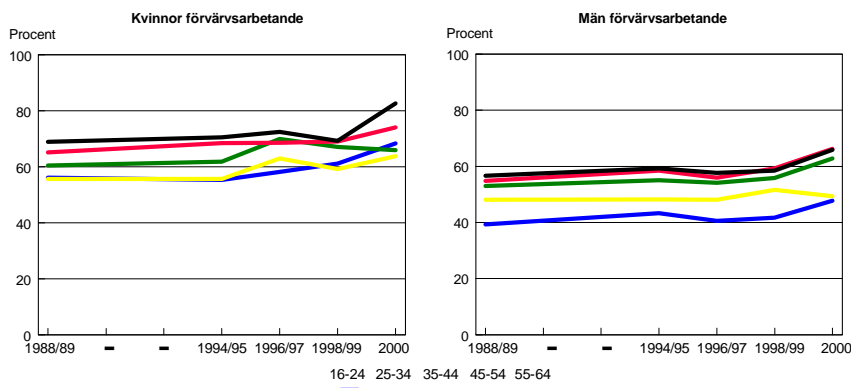
Som visats i Folkhälsorapport 2001 är det mycket vanligt att människor besväras av värk i något av nacke, rygg, armar, ben eller knän. I stort sett är det lika vanligt bland dem som har förvärsarbete som i hela befolkningen 16–64 år. Nivån är högre bland kvinnor än bland män (diagram 11). Anmärkningsvärda är de små skillnaderna i omfattningen av värk mellan olika åldrar. Värk är mycket vanligt förekommande även i den yngre arbetskraften. Under 1990-talet syns en svagt ökande trend bland kvinnor i alla åldrar. Bland män kan det vara en ökning i slutet av 1990-talet men det är inte lika tydligt (diagram 12).

Det är svårt att tolka innebörden av att nästan tre fjärdedelar av befolkningen såväl i totalbefolkningen som bland förvärsarbetande faktiskt uppger att de besväras av värk av något slag. Besvären graderas som lätta eller svåra. Det finns många väl kända orsaker till värk såsom fysisk överbelastning, tunga arbeten, ensidiga rörelser etc. Det kan även vara effekter av skador inom idrott eller trafik. Det finns även mycket som talar för att värk, i synnerhet i rygg och nacke, kan vara orsakat av stress.



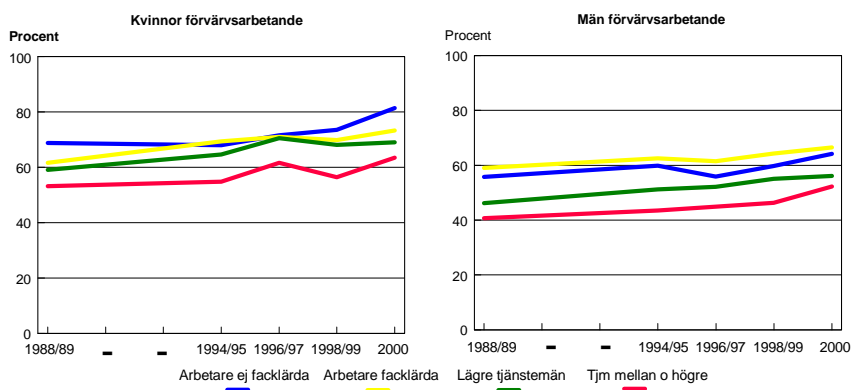


**Diagram 11.** Besvär av värk, lätt eller svår samt svår i befolkningen 16-64 år och bland förvärsarbetande, åldersstandardiserade tal. Källa: SCB/ULF.



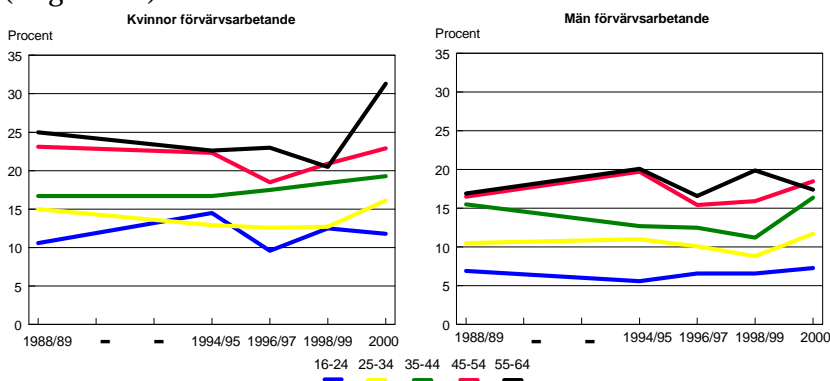
**Diagram 12.** Besvär av värk bland förvärsarbetande 16-64 år i olika åldersgrupper. Källa: SCB/ULF.

Bland kvinnorna finns en viss ökningstendens i alla socio-ekonomiska grupper under 1990-talet och i motsvarande grupper bland männen syns en svag tendens till ökande trend (diagram 13).



**Diagram 13.** Besvär av värk (svår eller lätt) bland förvärvsarbetande 16–64 år i socioekonomiska grupper, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

Ålderskillnaderna är betydande i fråga om att ha svår värk, men i övrigt är mönstret svårtolkat. Förekomsten av svår värk bland förvärvsarbetande förefaller i stort sett oförändrad över tid (diagram 14).



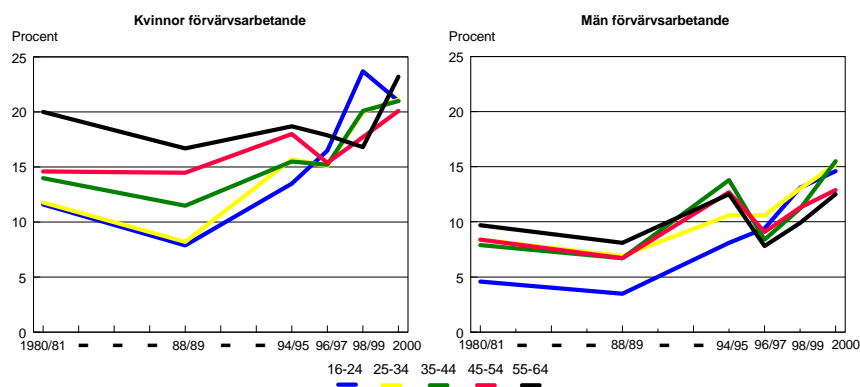
**Diagram 14.** Svår värk bland förvärvsarbetande 16–64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

## Besvär av oro

Det är svårt att på grundval av självrapporterade psykiska symptom tolka hur den psykiska hälsan utvecklats över tid. Skillnader i resultaten kan bero på faktiska förändringar men också vara uttryck för att människors sätt att uttrycka sig förändras över tid, att hälsoproblems legitimitet förändras under inflytande av tidsandan och av debatt i medierna. I sammanhanget kan noteras att värk, som är betydligt vanligare än oro och ångest såväl i totalbefolkningen som bland förvärvsarbetande, också kan vara ett uttryck för psykiska besvär.

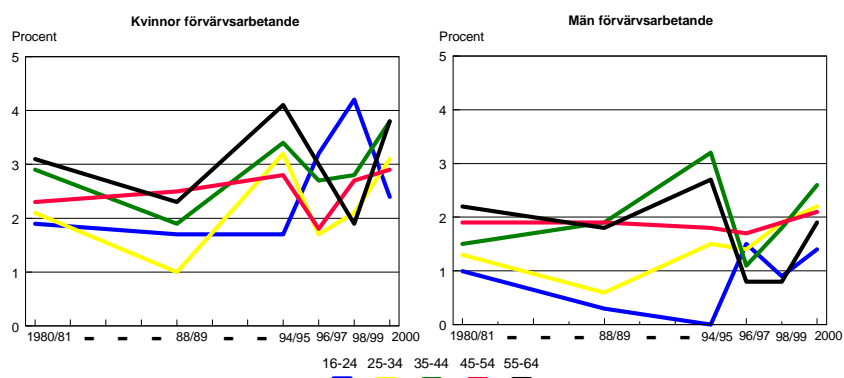
Det är förefaller som om självrapporterad ångslan, oro eller ångest minskade under 1980-talet men har ökat under 1990-talet. Mönstret är detsamma i den totala befolkningen 16–64 år som bland förvärvsarbetande och lika bland kvinnor och män. Nivån i den kvinnliga befolkningen ligger cirka 15 procent högre jämfört med bland förvärvsarbetande kvinnor. Bland män är motsvarande skillnad cirka 30 procent högre i befolkningen.

Kvinnor uppger sig känna ångslan, oro och ångest i större omfattning än män. Omkring en fjärdedel av kvinnorna och en femtedel av männen uppger att de har sådana besvär. Under 1980-talet var skillnaderna mellan olika åldersgrupper stora, särskilt bland kvinnor, men de tycks ha utjämnats under 1990-talet. Ökningarna på 1990-talet syns i alla åldrar, tydligast bland kvinnor i åldrarna 16–34 år och minst bland kvinnor 55–64 år (diagram 15). Den ökande trenden tycks vara oberoende av socioekonomisk grupp och utbildningsnivå (ej diagram). De grupper där det är vanligast att känna oro är bland kvinnor lägre tjänstemän och bland män ej facklärd arbetare.



**Diagram 15.** Besvär av oro (svåra eller lätta) bland förvärsarbetande 16–64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

Ser man till enbart svåra besvär av oro är mönstret svårtolkat (små tal) men även här kan vagt urskiljas en tendens till förbättring under 1980-talet och en försämring under 1990-talet. Andelarna är generellt låga bland de förvärsarbetande (diagram 16), cirka 30 procent lägre än i befolkningen i motsvarande ålder.

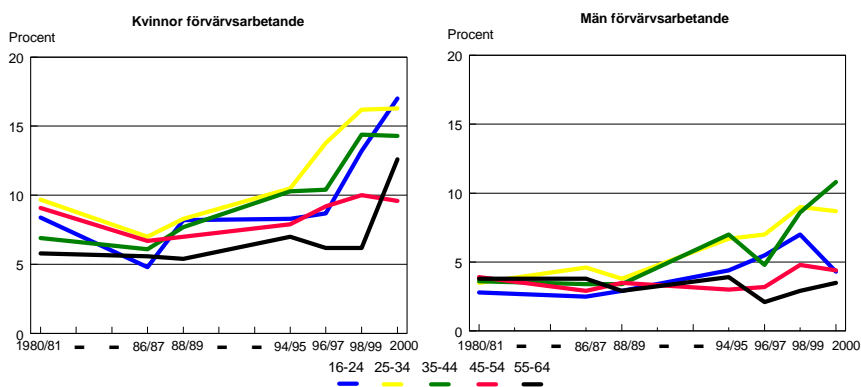


**Diagram 16.** Svåra besvär av oro bland förvärsarbetande 16–64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

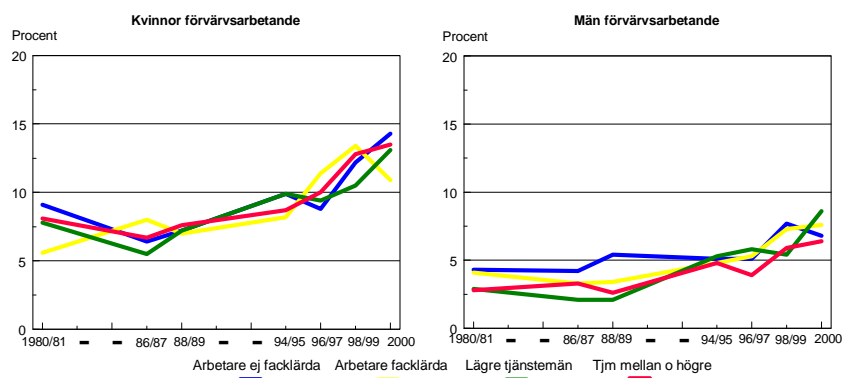
## Trötthet

Ett fenomen som kan kopplas till den psykiska hälsan är trötthet, här mätt med ett index baserat på uppgifter om trötthet vid olika tider på dygnet. Under 1980-talet sågs ingen förändring i omfattningen av självrapporterad trötthet men under 1990-talets senare del har den ökat påtagligt, mest bland kvinnor. Kvinnor uppger trötthet i högre omfattning än män. Intressant att konstatera är att utvecklingen och nivån är i stort sett densamma bland förvärvsarbetande som i befolkningen 16–64 år. Det är vanligast att vara trött för jämnan i åldrarna upp till 35 år både bland kvinnor och män och minst vanligt i åldersgruppen 55–64 år, ett mönster som återkommer både i befolkningen och bland förvärvsarbetande (diagram 17).

Utvecklingen är likartad i samtliga socioekonomiska grupper (diagram 18) och oavsett utbildningsnivå (ej diagram).



**Diagram 17.** Trött för jämnan (index) bland förvärvsarbetande 16–64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

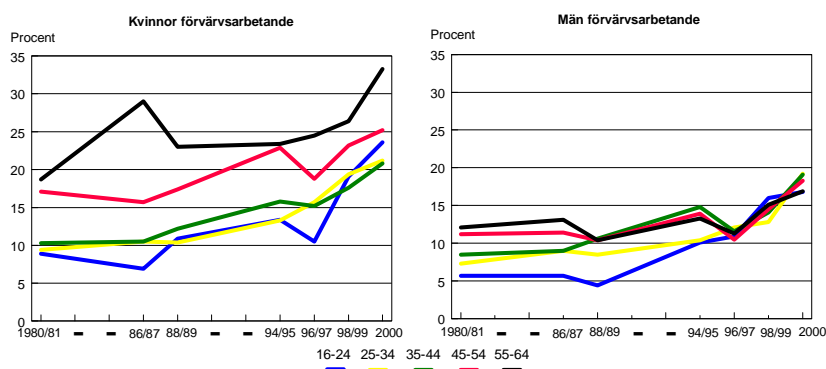


**Diagram 18.** Trött för jämnan (index) bland förvärvsarbetande 16–64 år i socioekonomiska grupper, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

### Sömnbesvär

Omkring en femtedel av männen och en fjärdedel av kvinnorna 16–64 år uppger i slutet av 1990-talet att de har problem med sömnen. Nivån är något lägre bland förvärvsarbetande än i totalbefolkningen. På det hela taget är mönstret likt det som gäller för trötthet, dvs. nivån var i stort sett oförändrad under 1980-talet men har varit ökande under 1990-talet. Det är dock större andelar som rapporterar trötthet än sömnproblem.

Bland män fanns i slutet av 1980-talet ålderskillnader avseende sömnsvarigheter som inte återfinns i slutet av 1990-talet. Samma mönster finns bland män i befolkningen. Bland kvinnorna har ålderskillnaderna varit i stort sett stabila sedan 1980-talets början såväl i befolkningen som bland de förvärvsarbetande. Sömnbesvär är vanligast bland kvinnor är i åldern 55–64 år och näst vanligast i åldern 45–54 år (diagram 19).



**Diagram 19.** Sömnbesvär bland förvärvsarbetande 16–64 år i åldersgrupper. *Källa: SCB/ULF.*

Bland männen är sömnbesvär lika vanligt i alla socioekonomiska grupper och oavsett utbildningsnivå. Bland kvinnorna är de något vanligare bland ej facklärd arbetare och bland lågutbildade men i övrigt ingen skillnad (ej diagram).

#### 4.2.4 Sammanfattning

Folkhälsoutvecklingen visar inga snabba kast. I ett tjuugoårs-perspektiv framgår tydligt att utvecklingen varierar över tid och att olika hälsoindikatorer inte visar ett samstämt mönster. Det går inte att avläsa folkhälsoutvecklingen i sjukskrivningsmönstret. Utvecklingen av sjukfrånvaron kan inte ses som ett mått på hur hälsan utvecklas i befolkningen. Omfattningen av sjukskrivningar och förtidspensioneringar beror, förutom faktorer i arbetet och på arbetsplatsen, i hög grad av ersättningsnivåerna i sjukförsäkringen och andra välfärdssystem, av vilka regler som styr tillämpningen och av konjunkturer, arbetslöshet etc. Hälsa är inte liktydigt med avsaknad av sjukdom utan har andra dimensioner. Det är möjligt att uppleva god hälsa även om man har nedsatt arbetsförmåga och även om den har medfört sjukskrivning eller förtidspension. Det kan tilläggas att självskattad hälsa har visats ha ett starkt prediktionsvärde för framtida sjukdom och död.

Befolkningens hälsa har försämrats under 1990-talet i några avseenden, mer bland kvinnor än bland män och mer i yngre åldrar (under 45 år) än i äldre. Ängslan, oro och ångest, trötthet och

sömnbesvär har blivit vanligare. Trötthet och sömnbesvär tycks ha ökat framförallt efter 1996/97 och är därmed de enda hälsoindikatorer i denna framställning som möjligen kan kopplas direkt till utvecklingen av sjukfrånvaron. Utvecklingen av oro förefaller mer vara ett 1990-tals fenomen som möjligen så småningom kan ha resulterat i sjukskrivningar och därmed vara en del av orsaksbilden.

Hälsan är oftast bättre bland förvärvsarbetande än i befolkningen som helhet men värk, som en mycket stor del av befolkningen har, är lika vanligt i båda grupperna. Värk har möjligen ökat något i slutet av 1990-talet men har i stort inte förändrats. Värk hänger ofta ihop med sjukdom i rörelseorganen som ofta är arbetsrelaterad och är bland de viktigaste orsakerna till sjukskrivning och förtidspensionering. Med tanke på hur vanligt förekommande värk är i befolkningen och bland förvärvsarbetande finns anledning anta att det kan ha även andra orsaker t.ex. stress.

Utvecklingen av hälsan ser olika ut i olika åldrar. Som också framgick av Folkhälsorapport 2001 har det allmänna hälsotillståndet försämrats något i åldrarna under 45 år i synnerhet bland kvinnor men förbättrats i åldrarna däröver, i synnerhet bland män. Det är också påtagligt att nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom minskat bland förvärvsarbetande män i åldern 55–64 år. Av allt att döma utgör de som fortfarande är kvar i arbetslivet i denna ålder en "frisk" del av sin åldersgrupp. Det bör också framhållas att den äldre delen av arbetskraften tycks arbeta alltmer. Medelarbetstiden bland kvinnor 16–64 år ökade t.ex. med 1 timme per vecka mellan 1995 och 1999 men i åldrarna 60–64 år ökade den med 2,5 timme per vecka. Detta kan ha betydelse t.ex. för utvecklingen av värk i dessa åldrar. Även 60–64-åriga mäns arbetstid har ökat lika mycket under perioden.

#### **4.3 Levnadsvanor i befolkningen och bland förvärvsarbetande**

##### **4.3.1 Inledning**

Hälsorelaterade beteenden - levnadsvanor – har ett starkt samband med individens livsvillkor och sociala position. Levnadsvanorna påverkas av kultur och traditioner och varierar med bl.a. ekonomiska villkor, arbetslöshet, utbildning, socioekonomisk tillhörighet, socialt nätverk och känsla av sammanhang. Man talar om



strukturellt betingade levnadsvanor. Befolkningens alkoholvanor, matvanor, tobaksvanor och motionsvanor är av stor betydelse för folkhälsan. Levnadsvanorna skiljer sig ganska mycket och utvecklas olika i olika befolkningsgrupper i Sverige och det finns starka samband med hälsoskillnader i olika grupper.

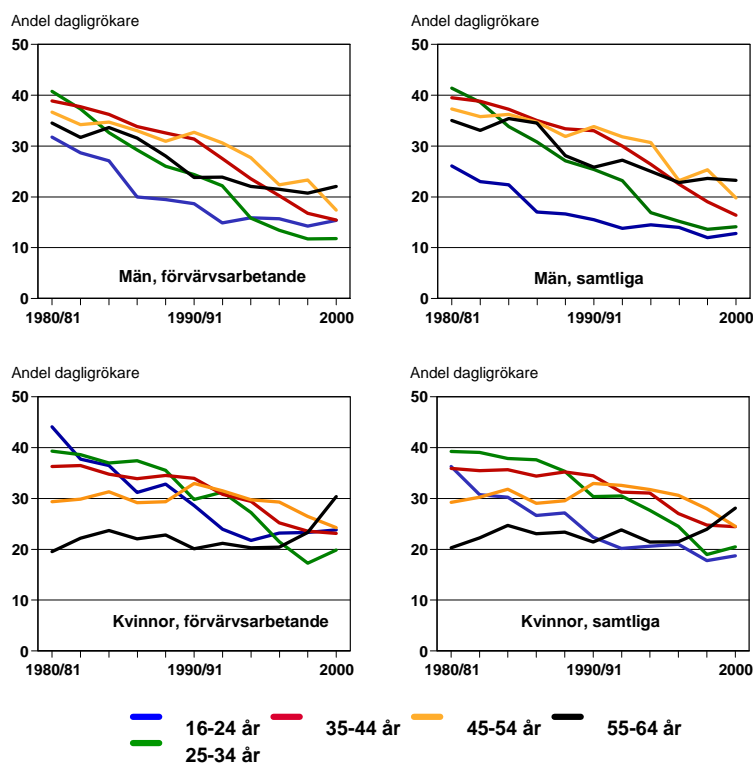
Några hälsorelaterade levnadsvanor har haft en positiv utveckling sedan 1980-talets början. Andelen rökare minskar stadigt, andelen personer som motionerar regelbundet ökar och matvanorna tycks ha förbättrats under 1990-talet. En negativ utveckling kan vi dock se beträffande alkohol och övervikt. Alkoholkonsumtionen har ökat i Sverige under slutet av 1990-talet. Trots förbättrade matvanor och ökad motion ökar andelen överviktiga. Detta kan bl.a. bero på att fler slutar att röka och att vi trots den ökande motionen totalt sett är mindre fysiskt aktiva idag än för 10–20 år sedan.

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen av levnadsvanor, i åldersgruppen 16–64 år, för förvärvsarbete och befolkningen som helhet med hjälp av Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF).

#### 4.3.2 Levnadsvanornas utveckling under 1980- och 1990-talet

##### **Dagligrökning**

Andelen dagligrökare minskar i alla åldersgrupper utom bland 55–64-åringar (diagram 20). För männen i denna åldersgrupp har den minskande trenden stannat upp under 1990-talets senare del. Kvinnor i åldern 55–64 år har inte alls minskat sin rökning under de senaste två decennierna. Under senare delen av 1990-talet har denna grupp snarare en ökad andel dagligrökare. Ungefär samma mönster finns bland förvärvsarbete som i totalbefolkningen. De förvärvsarbete har dock en något mindre andel dagligrökare. Undantaget är den yngsta åldersgruppen, 16–24 år, där andelen dagligrökare är större bland de förvärvsarbete. Detta beror antagligen på selektion då de som i denna ålder redan är ute i arbetslivet sannolikt i större utsträckning har arbeten med låga utbildningskrav, låga löner och dålig arbetsmiljö.



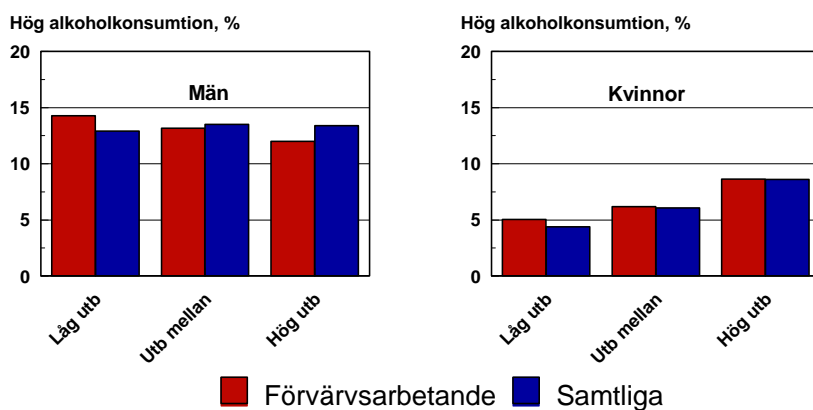
**Diagram 20.** Andel dagligrökare, 16–64 år bland förvärvsarbetande och befolkningen totalt, 1980–2000. *Källa: SCB/ULF.*

Trenderna för dagligrökare i olika socioekonomiska grupper är likartade bland förvärvsarbetande och hela befolkningen. Lågutbildade<sup>1</sup> förvärvsarbetande, såväl kvinnor som män, var dagligrökare i större utsträckning än totalbefolkningen fram till 1992/93 och därefter i mindre utsträckning.

<sup>1</sup> Låg utbildning= högst förgymnasial utbildning; Utbildning på mellannivå= gymnasial utbildning; hög utbildning= eftergymnasial utbildning eller forskarutbildning.

## Alkoholkonsumtion

Alkoholkonsumtionen kan enligt ULF bara redovisas för åren 1996/97 (omgjord enkätfråga) vilket innebär att inga trender kan visas. Yngre förvärvsarbetande är högkonsumenter<sup>2</sup> av alkohol i större utsträckning än totalbefolkningen. Andelen högkonsumenter av alkohol är i stort sett lika bland förvärvsarbetande och i totalbefolkningen för männen. Bland kvinnorna är däremot andelen högkonsumenter något större bland förvärvsarbetande.



**Diagram 21.** Andelen högkonsumenter av alkohol efter utbildningsnivå, 16–64 år, 1996/97, åldersstandardiserat.

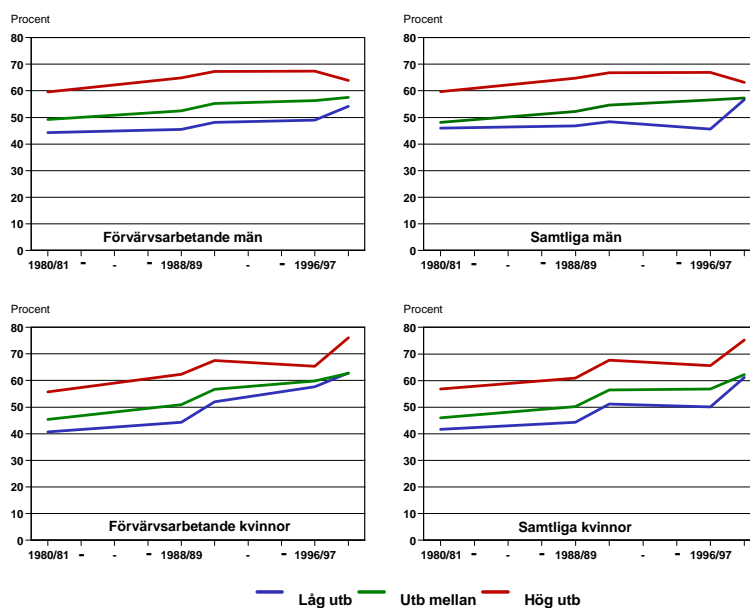
Källa: SCB/ULF.

Lågutbildade, förvärvsarbetande män är högkonsumenter i större utsträckning och högutbildade förvärvsarbetande män i mindre än totalbefolkningen (diagram 21). Förvärvsarbetande kvinnor med låg utbildning är högkonsumenter i större utsträckning än totalbefolkningen.

<sup>2</sup> Hög alkoholkonsumtion motsvarar 30 gram 100 procent alkohol eller mer per dag för män och 20 gram eller mer per dag för kvinnor. Detta motsvarar 3,5 flaskor vin eller mer per vecka för män och 2,5 flaskor vin eller mer per vecka för kvinnor.

## Fysisk aktivitet

Andelen som motionerar regelbundet har ökat stadigt i alla åldersgrupper sedan början av 1980-talet. Att motionera regelbundet är något vanligare bland de förvärvsarbetande. Detta kan delvis förklaras av att de som inte förvärvsarbetar har sämre hälsa än i befolkningen. Andelen som motionerar regelbundet har ökat i samtliga socioekonomiska grupper de senaste två decennierna, speciellt bland kvinnor. Mönstret ser likadant ut för förvärvsarbetande som för totalbefolkningen. I diagram 22 visas andelen som motionerar regelbundet fördelat efter utbildningsnivå.

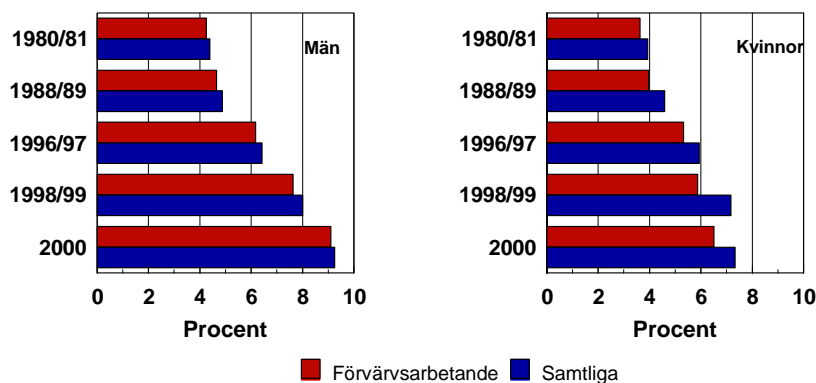


**Diagram 22.** Andel personer, med olika utbildningsnivå, som motionerar regelbundet, 16–64 år, 1980/81–1999, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

Det är vanligare bland lågutbildade i totalbefolkningen att inte motionera regelbundet jämfört med förvärvsarbetande. I övrigt ser mönstret lika ut för de båda grupperna.

## Övervikt och fetma

Andelen överviktiga ökar i alla åldersgrupper. Mönster och nivåer är lika för förvärvsarbetande och totalbefolkningen med undantag av de yngsta där andelen överviktiga är större bland de förvärvsarbetande. Fetma är dock vanligare i totalbefolkningen än bland de förvärvsarbetande speciellt i åldrarna 45–64 år. Övervikt (BMI > 25) är vanligare bland förvärvsarbetande män jämfört med totalbefolkningen. För kvinnor finns inga skillnader mellan grupperna. Fetma är mindre vanligt bland de förvärvsarbetande speciellt bland kvinnor (diagram 23).



**Diagram 23.** Andel personer med fetma (BMI > 30), 16–64 år, 1980/81–2000, åldersstandardiserat. *Källa: SCB/ULF.*

Utvecklingen av övervikt ser ungefär lika ut för de olika socioekonomiska grupperna. Andelen med fetma är större i samtliga socioekonomiska grupper i totalbefolkningen jämfört med förvärvsarbetande. Ökningstakten av andelen personer med fetma har varit snabbare i totalbefolkningen under 1990-talet jämfört med de förvärvsarbetande.

### 4.3.3 Sammanfattning

Levnadsvanorna är något bättre bland de förvärvsarbetande än i totalbefolkningen. I den yngsta åldersgruppen (16–24 år) förvärvsarbetande, är det dock vanligare att vara dagligrökare, ha hög alkoholkonsumtion, inte motionera regelbundet och att ha övervikt

jämfört med i totalbefolkningen. Detta beror säkerligen på selektion då unga förvärvsarbetande sannolikt i större utsträckning har arbeten med låg kvalifikationsgrad, låga löner och dålig arbetsmiljö jämfört med jämnåriga i totalbefolkningen. Förvärvsarbetande män och kvinnor med låg utbildning är i större utsträckning hökonsumenter av alkohol jämfört med totalbefolkningen. Att motionera regelbundet är något vanligare bland de förvärvsarbetande. Andelen personer med fetma är större i totalbefolkningen än bland de förvärvsarbetande och har ökat snabbare i totalbefolkningen under 1990-talet.

#### 4.4 Arbetsrelaterade besvär och arbetsmiljön i Sverige och övriga Europa

År 2000 genomförde "European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions" sin tredje studie av de sysselsattas arbetsförhållanden ("The Third European Survey"). Studien omfattade 21 500 sysselsatta – 1 500 för varje medlemsland inom Europeiska unionen med undantag av Luxemburg, där 500 intervjuades. De två tidigare studierna genomfördes 1990 och 1995.<sup>3</sup>

159 miljoner människor var sysselsatta i något arbete år 2000 inom EU. Av dem var 83 procent anställda och 17 procent egna företagare.

Sverige deltog inte 1990, beroende på att man då ännu inte var medlem i EU. Undersökningarna har gjort det möjligt att jämföra och studera förändringstendenser inom europeiskt arbetsliv under senare år. De är de enda breda arbetsmiljösurveyer, som idag finns och som täcker hela regionen.

I det följande redovisas resultat från dessa undersökningar. Dels redovisas resultat som redan publicerats, dels vissa specialbearbetningar som särskilt gjorts för detta kapitel.

---

<sup>3</sup> De olika undersökningarna har genomförts med personliga intervjuer efter i princip samma metod i de olika länderna. Den urvalsmetod som utnyttjats, kallas "random walk" och innebär i princip ett slumpmässigt och stegvist val av områden inom allt mindre delar av ett land. Inom hushåll valde man den sysselsatta person (över 15 år) som hade den närmast påföljande födelsedagen räknat från intervjutillfället. Bortfallet redovisades till 40% år 1995 och 41% år 2000. Dessa nivåer är vanliga i många undersökningar i andra länder idag. Bortfallet varierade dock mycket från land till land och var särskilt högt i länder som Nederländerna och Italien. Även Danmark hade påfallande låga svarsfrekvenser. De individuella svaren har i efterhand viktats efter region, kommunstorlek, kön, ålder, bransch och yrke, för att åstadkomma fördelningar som motsvarar den faktiska i befolkningen.

Det måste framhållas att helt säkra slutsatser aldrig kan dras från undersökningar av det här slaget, eftersom frågor kan tolkas olika från gång till gång och från den ena kulturella miljön till den andra. Frågorna kan även vara svåra att översätta på ett helt jämförbart sätt från ett språk till ett annat. Betydelsen av enskilda ord bestäms av de kulturella och tidsmässiga sammanhang i vilka de ingår.

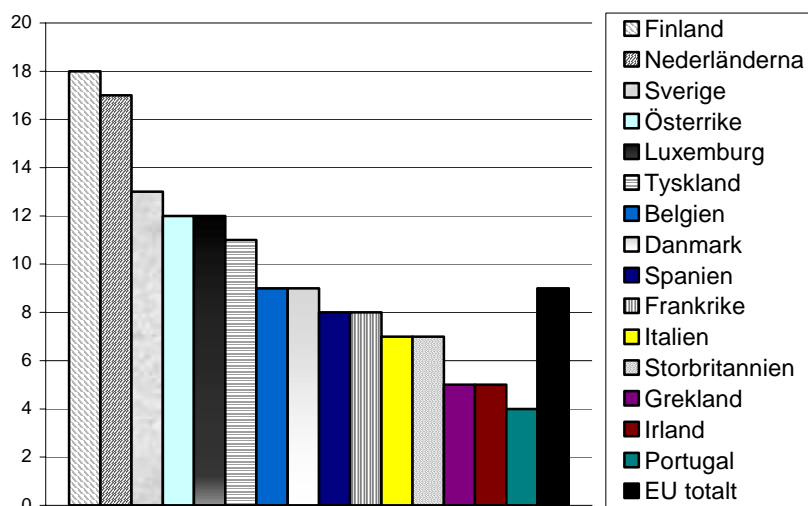
Problemen kan ofta vara mindre om man eftersträvar att låta respondenterna beskriva förhållanden än att be dem göra värderingar. Beskrivningar kan knyta an till mer väldefinierade sammanhang, men det är ändå ofta svårt att formulera sig så precist att inga tvetydigheter finns.

I European Survey eftersträvas att ge en bild av hur arbetsförhållandena är inom EU, inte hur de upplevs. En del frågor, bland annat sådana med anknytning till hälsoeffekter, tar mer renodlat upp människors upplevelser och reaktioner. Svaren på dem blir naturligtvis i mycket beroende av vars och ens skilda utgångspunkter.

En fördel med den europeiska undersökningen är att frågorna kring arbetsmiljön formulerats så lika som möjligt från land till land, för att ge möjlighet till jämförelse. Dock bör resultaten först och främst användas för jämförelser av tidsutvecklingstrender snarare än av absoluta nivåer. Vid fokus på tidsutvecklingen läggs mindre vikt vid att kurvorna kan ligga på olika nivåer. Erfarenheten visar dock att "nivån" på svaren i enkätundersökningar varierar mellan olika år även inom samma land (jmf. ULF-undersökningen och Arbetsmiljöundersökningen). För att säkert kunna uttala sig om trender krävs flera mättillfällen under en längre tidsperiod.

#### 4.4.1 Frånvaro från arbetet på grund av hälsoproblem och besvär av arbetet i Europa och Sverige

Sjukfrånvaro som följd av arbetet förefaller vara högre i Sverige jämfört med många andra EU-länder, även om såväl Finland som Nederländerna har högre andelar enligt undersökningen. Skillnaderna i diagram 24 återspeglar även skillnader i arbetskraftens demografiska sammansättning och hur försäkringssystemen ser ut i de olika länderna.



**Diagram 24.** Andelen som rapporterat frånvaro beroende på hälsoproblem av arbetet under de senaste 12 månaderna

European Survey innehåller en del mer specifika indikatorer på ohälsa. Här redovisas några av dem som tar upp ryggbesvär, huvudvärk och sömnproblem. De svarande har i dessa sammanhang först fått en allmän fråga om hur arbetet påverkar deras hälsa. De har sedan utifrån en lista fått markera på vilket sätt hälsan påverkas. Det vi valt att redovisa hjälper oss att urskilja vissa tendenser. Resultaten visar på en stigande omfattning rapporterade hälsoproblem.

Andelen personer som anger att de har ryggbesvär beroende på arbetet har under en femårsperiod ökat från 30 till 33 procent, inom EU totalt, och från 31 till 35 procent, inom Sverige. Det som uppges här är troligtvis ryggbesvär, som uppträder i samband med arbetet i största allmänhet eller som hänger samman med någon speciell händelse som inträffat i arbetet. Att arbetet pekats ut behöver inte innebära att det inte också kan finnas andra orsaker som inte är knutna till arbetet.

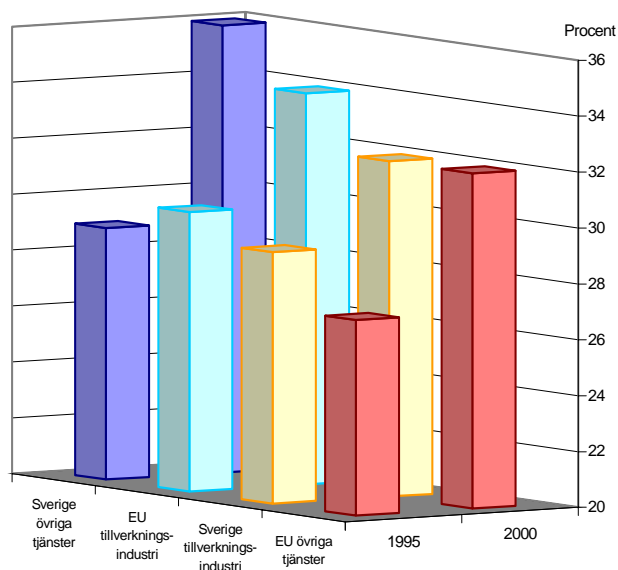
Andelen som rapporterar huvudvärk har ökat från 13 till 15 procent totalt inom EU, respektive från 19 till 22 procent, inom Sverige. Sannolikt är att svaren också här återspeglar en koppling till arbetet, dvs. att besvären uppträder i samband med arbetet eller i samband med vissa arbetsuppgifter. Detta motsäger inte



möjligheten att huvudvärken kan ha en mer komplex orsaksbakgrund och påverkas av andra förhållanden.

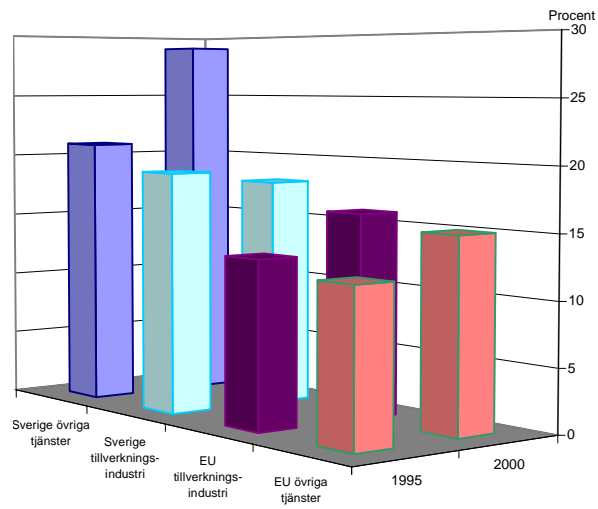
Rapporterade sömnsvärigheter med anknytning till arbetet har ökat något från 7 till 8 procent, inom EU, men mer markant från 9 till 16 procent, inom Sverige. Hävdar människor att sömnproblem hänger samman med arbetet menar de sannolikt att de ofta ligger vakna och tänker på arbetet, att de oroar sig för arbetet när de skall sova, eller att de vaknar av att de tänker på arbetet.

Undersökningarna ger också möjlighet att se inom vilka olika branscher förändringarna varit mest märkbara. Storleken på de nationella urvalen begränsar dock möjligheten till mer detaljerade uppdelningar för varje enskilt land. Vi har valt att titta närmare på två verksamhetstyper, tillverkningsindustrin och "övrige tjänstesektor". Genom att fokusera på enskilda branscher kontrolleras också delar av den strukturuomvandling som successivt sker. Tillverkningsindustrin omfattar 179 respektive 258 personer och "övrige tjänstesektor" omfattar 400 respektive 575 personer i den svenska undersökningen 1995 och 2000.

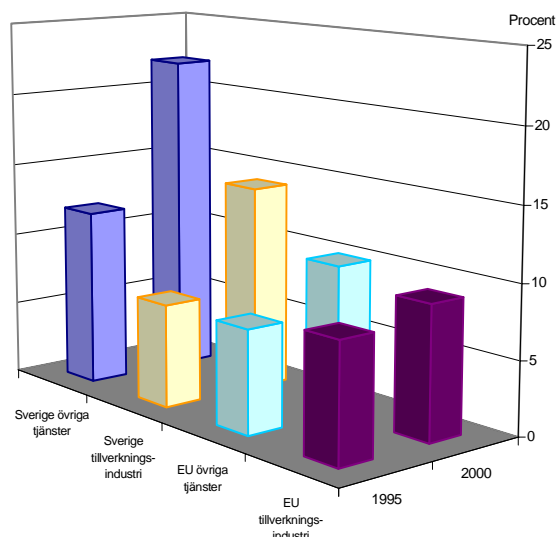


**Diagram 25.** Ryggbesvär beroende på arbetet inom tillverkningsindustrin och för "övrige tjänster"

I "övrig tjänstesektor" ingår utbildning, vård och omsorg, samt allehanda personliga tjänster. Tendenser till ökade ryggbesvär tycks vara rätt snarlika i Sverige och i övriga Europa och förekomma såväl inom tillverkningsindustriverksamhet som inom "övriga tjänster".



**Diagram 26.** Huvudvärk beroende på arbetet inom tillverknings-industrin och för "övriga tjänster"



**Diagram 27.** Sömnproblem beroende på arbetet inom tillverkningsindustrin och för "övrig tjänstesektor"

Förändringarna är inte särskilt stora men tyder snarare på en försämring än en förbättring. För Sveriges del är det framför allt inom "övrig tjänstesektor" som den negativa utvecklingen är mest tydlig, men också i övriga Europa ökar besvären snabbare inom denna sektor.

Det kan i sammanhanget vara av intresse att notera, att svaren på en helt annan fråga, som avser förekomsten av "smärtsamma och tröttande arbetsställningar", inte pekar på några tendenser av samma slag. Detta är åtminstone fallet om vi ser till genomsnittet för hela Europeiska unionen. Arbetsställningarna förefaller inte ha förändrats särskilt mycket. Det verkar snarare vara arbetstakten som förändrats och som lämnat mindre utrymme över för omväxling i arbetet och för återhämtningspauser.

Diagram 26 beskriver huvudvärk med anknytning till arbetet. Tendensen är främst stigande i Sverige inom "övrig tjänstesektor" och förändringen tycks där högst påtaglig.

Sömnproblem, som man förknippar med arbetet, ökar också påtagligt i Sverige, såväl inom industrin som inom tjänstesektorn och

allra mest inom den senare (diagram 27). Förändringarna i Europa i övrigt är mindre och skillnaden är inte så tydliga mellan sektorerna.

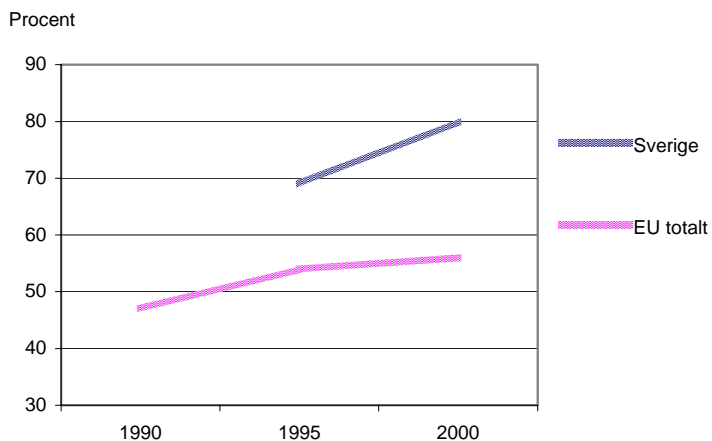
Den utveckling vi främst sett i Sverige är att försämringarna är som mest tydliga inom de delar av tjänstesektorn, som bl. a. omfattar vård och omsorg.

#### 4.4.2 Arbetsmiljön i Europa och Sverige

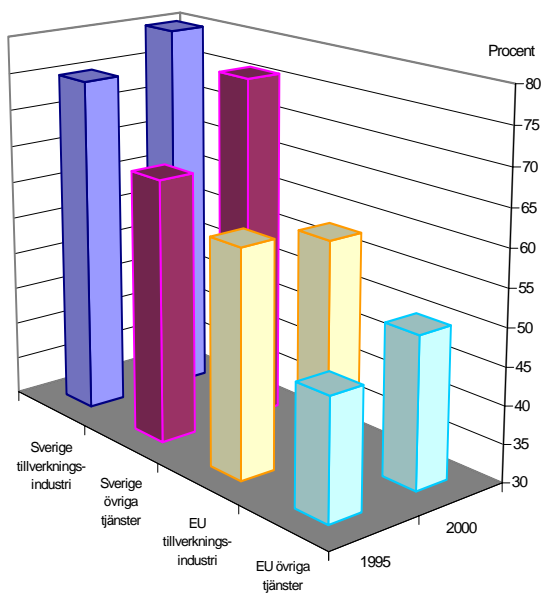
Även vissa aspekter på arbetsmiljön förändras i negativ riktning enligt undersökningen. Arbetsförhållandena tycks ha blivit sämre under 1990-talet i Europa, även om skillnaderna över åren kanske inte varit särskilt stora. Det antyds t. ex. att den psykiska pressen i arbetet ökat, att arbetstakten blivit intensivare, att man med tiden kommit att arbeta i ett högre tempo med snävare tidsramar. Det innebär också, att man vid redovisningen av dessa data kunnat ge liknande beskrivningar av tidsutvecklingen, som givits på andra håll med hjälp av andra datamaterial, t. ex. den svenska Arbetmiljöstatistiken.

I diagram 28 redovisas svar på en relativt allmän fråga, som ställts i European Survey, och som handlar om "arbete i mycket högt tempo". Svaren markerades på en skala: hela tiden/nästan hela tiden/tre fjärdedelar av tiden/ingen tid alls/aldrig. Svaren antyder ett allt större inslag av hög arbetstakt i Sverige såväl som i övriga Europa. Tendensen är möjligen starkare för Sveriges del.

En uppdelning efter branscher antyder att det framför allt är inom "övrig tjänstesektor" som utvecklingen är påtaglig. Allra tydligast verkar den vara inom denna sektor i Sverige. Arbets-tempot ökar svagt inom industrin i Sverige, samtidigt som det förefaller dämpas svagt för industrin i övriga Europa.



**Diagram 28.** Arbete i mycket högt tempo ¼ av tiden eller mer



**Diagram 29.** Arbete i mycket högt tempo en fjärdedel av tiden eller mer inom tillverkningsindustrin och för "övrig tjänstesektor"

Vissa ytterligare skillnader framträder mellan Sverige och övriga Europa då kvinnor och män jämförs. I Sverige ökar andelen

kvinnor, som uppger sig hela eller nästan hela tiden arbeta i högt arbetstempo relativt kraftigt. Så är inte fallet vad avser kvinnorna i övriga Europa och inte heller vad avser männen vare sig i Sverige eller i övriga Europa. En näraliggande fråga som handlar om "arbete med snäva tidsramar" visar ett liknande mönster. Även här visar kvinnorna i Sverige en tydlig ökning.

En klar majoritet av respondenterna talar således om snäva tidsmarginaler och högt arbetstempo i Europa idag. Vad som betraktas som högt arbetstempo eller snäva tidsramar är givetvis beroende av vars och ens utgångspunkter och jämförelsegrunder.

En närmare analys av dessa data individ för individ visar vidare att det finns starka samband mellan arbetstakt som det här beskrivs, och muskelbesvär, ryggbesvär och olika symptom på stress. Bland dem som ständigt arbetar i högt arbetstempo tycks t. ex. rygg- och muskelbesvär vara dubbelt så vanliga, som bland dem som aldrig gör det. Den här typen av samband underbygger resultaten väl. Ett mönster träder fram som visar ökade tendenser till stress och som samvarierar med ökade tendenser till besvär. Beskrivningar och hälsoeffekter hänger relativt konsekvent samman på individnivå.

#### 4.4.3 Sammanfattning

European Survey ger en bild av ett europeiskt arbetsliv som knappast förbättrats under 1990-talet. Snarare tycks problemen ha blivit större. Framför allt tycks arbetstakten ha stegrats. Ohälsan förefaller ha försämrats som följd av bland annat detta. För Sveriges del tycks förändringarna vara mer tydliga än i övriga Europa. Framför allt tycks vissa tjänsteverksamheter i Sverige ha drabbats av en negativ utveckling. Andra undersökningar har också visat att särskilt verksamheter inom vård- och omsorgssektorn har drabbats. Eftersom dessa sektorer också sysselsätter stora andelar kvinnor har kvinnorna drabbats i högre grad än männen i Sverige.

Dessa data från European Survey ger inte möjlighet att belysa orsakerna till de förändringar som antyds. Det är dock rimligt att anta att förändringarna delvis sammanhänger med den allt mer förbättrade konjunkturen. I konsistens med resultaten ligger också tanken att den allt intensivare internationella konkurrensen inverkat och höjt arbetstakten, liksom de återkommande kraven på flexibilitet i arbetslivet och kraven på kostnadsbesparingar och

omstruktureringar av företagandet (t.ex. downsizing och konkurrensutsättning).

#### 4.5 Sammanfattande bedömning

Folkhälsoutvecklingen visar inga snabba kast. I ett tjugoårsperspektiv framgår tydligt att utvecklingen varierar över tid och att olika hälsoindikatorer inte visar ett samstämt mönster. Det går inte att avläsa folkhälsoutvecklingen i sjukskrivningsmönstret. Utvecklingen av sjukfrånvaron kan inte ses som ett mått på hur hälsan utvecklas i befolkningen. Omfattningen av sjukskrivningar och förtidspensioneringar beror bl.a. i hög grad av vilka regler som styr tillämpningen av sjukförsäkringen och hur dessa regler tillämpas.

På senare år har funnits tendenser i hälsobilden som kan tyda på att viss sjuklighet ökat i åldrarna under 45 år, i synnerhet bland kvinnor. Försämrat allmänt hälsotillstånd, ångslan, oro och ångest, trötthet, sömnbesvär och värk har rapporterats i större utsträckning. Trötthet och sömnbesvär tycks ha ökat framförallt efter 1996/97 medan utvecklingen av oro förefaller mer vara ett 1990-tals fenomen. Folkhälsoutvecklingen stödjer således hypotesen att ökad sjuklighet till viss del kan förklara ökningen av sjukfrånvaron i yngre åldrar. Detta förstärks av att vissa av dessa besvär är minst lika omfattande bland förvärvsarbetande som i totalbefolkningen. Den senare rapporterar normalt högre nivåer av ohälsa än förvärvsarbetande. Även då långtidsjukskrivningar och förtidspensioneringar är omfattande så handlar det om en relativt liten del av den förvärvsarbetande befolkningen.

Många studier har visat att arbetslivet blivit hårdare, att arbetstempo och tidspress ökat i Sverige. The third European Survey 2000 ger en bild av en utveckling som gått i samma riktning i övriga Europa under 1990-talet. Framför allt tycks arbetstakten ha stegrats. Ohälsan, mätt som självskattade ryggbesvär, huvudvärk och sömnproblem, tycks ha ökat som följd av bland annat detta. För Sveriges del tycks förändringarna slå igenom mer markant än i Europeiska unionen i genomsnitt. Det skulle kunna vara så att arbetslivet kommit att ställa allt större krav på hundraprocentiga arbetsinsatser och hundraprocentigt kapabla arbetstagare. Vad som utvecklas blir i så fall ett arbetsliv, där allt färre passar in. Den ökade sjukfrånvaron blir i så fall inte bara en indikator på ökad sjuklighet utan också på ökad missanpassning mellan vad

människor förväntas klara och vad de faktiskt klarar. En mindre ökning av ohälsan kan ge en mycket tydlig effekt på sjukfrånvaron om det innebär att många hamnar över gränsen.

För att kunna ge en samlad bild av hälsoläget, av hur folkhälsan utvecklas och hänger ihop med utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan och sjukskrivningsmönstret krävs en förbättrad kunskapsbas. Det förutsätter ett väl fungerande system av utvärdering och uppföljning samt forskning inom flera forskningsområden inom folkhälsovetenskapen, t.ex. epidemiologi och arbetslivsforskning. En vidare syn och ett tvärsektoriellt perspektiv är angeläget inom forskningen. Väsentligt är att vidareutveckla mått och metoder för att öka kunskapen om vilka faktorer som ligger bakom utvecklingen. Det är också angeläget att studera hur välfärdsystemen i stort, samt hur arbetsutbud och konjunkturen påverkar såväl hälsa som sjukfrånvaro på kort och lång sikt. Det går inte att bortse från betydelsen av ekonomiska incitament för såväl individ som arbetsgivare.

Hälsa är sammansatt och påverkas av människors livssituation och livsvillkor. Det är viktigt att bibehålla en helhetssyn på hälsan och vid analyser av orsaker särskilja arbetsmiljöfaktorer från sociala faktorer, levnadsvanor och andra exponeringar som inte är knutna till arbetet men också se hur dessa faktorer samverkar och förstärker varann.

Regionala skillnader i ohälsa och sjukskrivningsmönster är stora. Det är viktigt att undersöka vad som ligger bakom dessa skillnader inte minst vad avser hur sjukskrivningsinstrumentet tillämpas i olika delar av landet. Vår kunskap om effekterna av sjukskrivning är begränsade. Forskning om i vilken utsträckning sjukskrivning utgör en riskfaktor för framtida långvarig sjukdom framstår som mycket angelägen. Vidare om hur kunskap, värderingar och attityder påverkar människors inställning och agerande.

Underlag för att göra internationella jämförelser saknas i stor utsträckning och därför är det viktigt att arbeta för att jämförbara mätinstrument utvecklas och att medverka till att sådana studier kommer till stånd.



**Referenser**

Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. *Arbetsorsakade besvär 2001*. Statistiska meddelanden AM 43 SM 0101.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *The third European Survey 2000*.

Folkhälsogruppen. *Folkhälsan villkor nr 9*. 1990.

Marklund, S (red). *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet 2000.

SOU 1998:43. *Hur skall Sverige må bättre*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén 2000.

SOU 200:91. *Hälsa på lika villkor nationella mål för folkhälsan*. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Bilagedel B.

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2001*.