

Hälsa i förvärvsaktiv ålder

Sammanfattning

I detta kapitel beskrivs hälsan i åldersgruppen 25–64 år där de flesta människor är förvärvsarbetande. De förvärvsaktiva åldrarna sträcker sig över en lång period i livet, vilket innebär att sjukdomspanoramata ser olika ut i början och i slutet av perioden. I denna åldersgrupp dör exempelvis 10–20 gånger fler vid 64 års ålder än vid 25 års ålder.

I åldern 25–44 år har olyckor allt sedan 1950-talet varit den största dödsorsaken bland män, följt av självmord, medan cancer under samma tid har varit den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 25–44 år.

Bland män i åldern 45–64 år var hjärt- och kärlsjukdomar länge den vanligaste dödsorsaken, men denna dödlighet har minskat mycket kraftigt och cancer är numera en lika vanlig dödsorsak. Bland kvinnor i åldern 45–64 år har cancer varit den största dödsorsaken sedan 1952, liksom den varit bland de yngre kvinnorna.

Fler kvinnor än män dör i cancer i förvärvsaktiv ålder, vilket beror på att bröstcancer och cancer i livmoder och äggstockar ofta drabbar kvinnor redan före pensionsåldern. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor, och insjuknandet i bröstcancer ökar men inte dödligheten som snarare har minskat något. Totalt är det dock betydligt fler män än kvinnor som dör i förvärvsaktiv ålder, vilket beror på mäns högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar, olyckor och självmord samt alkoholrelaterade dödsorsaker. Dödligheten i dessa dödsorsaker har minskat betydligt de senaste 25 åren vilket har inneburit att även könsskillnaderna i dödlighet har minskat.

Nedsatt psykiskt välbefinnande har blivit allt vanligare under 1990-talet, och det psykiska välbefinnandet försämrades mer bland de yngre än bland de äldre. Bland kvinnor i åldern 25–44 år har andelen med ångslan, oro eller ångest fördubblats sedan slutet av 1980-talet och besvären är numera vanligare än i åldern 45–64 år, vilket inte var fallet på 1980-talet. Under de allra senaste åren har utvecklingen dock vänt och det psykiska välbefinnandet tycks bli bättre bland både kvinnor och män och i bägge åldersgrupperna.

Psykisk ohälsa och värk är de vanligaste orsakerna till nedsatt arbetsförmåga. Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom har också blivit vanligare bland kvinnor i alla åldersgrupper sedan 1980-talet. Även bland män ses

ökningar i de yngre åldersgrupperna, medan arbetsförmågan förbättrats bland män i åldern 55–64 år. Sedan slutet av 1990-talet är det vanligare att arbetsrelaterade besvär uppges vara orsakade av stress eller andra psykiska påfrestningar.

Arbetsolyckor som medför en långvarig frånavaro är vanligast bland unga män. Dessa olyckor har generellt minskat de senaste åren, men ökat i en del av byggsektorn. Dödsolyckor i arbetet är vanligast inom jord- och skogsbruk och förekommer oftast bland män över 55 år. De senaste åren har dödsolyckor i arbetet ökat något, framför allt i byggbranschen. Arbetsjukdomar är vanligare bland kvinnor än bland män och har minskat med 54 procent mellan åren 2003 och 2007.

Bland män i förvärvsaktiv ålder liksom bland kvinnor i åldern 25–44 år är det betydligt färre som röker i dag än på 1980-talet. Andelen rökare bland kvinnor 45–64 år har länge varit oförändrad, men den har börjat minska något. Likaså har den alkoholrelaterade dödligheten minskat bland män i bägge åldersgrupperna och bland kvinnor 25–44 år, men bland kvinnor i åldern 45–64 år har alkoholdödligheten varit i stort sett oförändrad med en liten ökning på 1990-talet.

Sedan 1980-talet har det blivit vanligare att både kvinnor och män motionerar regelbundet. I åldern 25–44 år är motion lika vanligt bland kvinnor som bland män, men i åldern 45–64 år är det vanligare att kvinnor motionerar. Andelen överviktiga ökade kraftigt under 1990-talet, och mer bland yngre än bland äldre. Under 2000-talets första år har dock ökningstakten bromsats upp, framför allt bland kvinnor. Övervikt är i dag vanligare bland män.

Arbetare har mer hälsobesvär och högre dödlighet än tjänstemän. Också rökning och fetma är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Skillna-

der i arbetsmiljön och familjesituationen är viktiga orsaker till skillnader i hälsa mellan olika grupper. Ensamstående mödrar har mer hälsobesvär och högre risk för sjuklighet och död än andra grupper.

Inledning

I detta kapitel beskrivs hälsan i åldersgruppen 25–64 år där de flesta är förvärvsarbetande. Eftersom människor är förvärvsaktiva under en så lång period i livet beskrivs hälsotillståndet bland yngre, 25–44 år, och äldre, 45–64 år, var för sig där det är möjligt. Kapitlet tar upp några aspekter på arbetslivets betydelse för hälsan och hur det påverkar sociala skillnader i hälsa. I kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär analyseras hälsoutvecklingen i förvärvsaktiv ålder närmare och relateras till förändringar i bland annat arbetslivet.

Heltidsarbete har minskat bland män men ökat bland kvinnor

Andelen sysselsatta är högst i åldern 25–44 år, och 82 procent av kvinnorna och 90 procent av männen i denna åldersgrupp var sysselsatta år 2007 (tabell 1). I åldern 45–64 år var 76 procent av kvinnorna och 80 procent av männen sysselsatta. Även i åldersgruppen 20–24 år förvärvsarbetar majoriteten trots att många studerar. Ungdomars hälsa och arbetssituation beskrivs i kapitlet Ungdomars hälsa.

Andelen sysselsatta är alltså nästan lika stor bland kvinnor som bland män, men andelen heltidsarbetande är betydligt lägre bland kvinnor (tabell 1). Majoriteten av männen arbetar heltid, 83 procent i åldern 25–44 år och 72 procent i åldern 45–64 år. Bland kvinnor arbetar omkring hälften heltid i båda åldersgrupperna.

Tabell I. Sysselsatta och heltidsarbetande

Andelen (procent) personer som är sysselsatta och som är heltidsarbetande*. Kvinnor och män i olika åldrar, år 2007.

Ålder	Sysselsatta		Heltidsarbetande	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	Procent		Procent	
16–19	31	25	8	13
20–24	61	65	30	51
25–44	82	90	55	83
45–64	76	80	50	72

* Har en överenskommen veckoarbetstid på 35 timmar eller mer.
Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB.

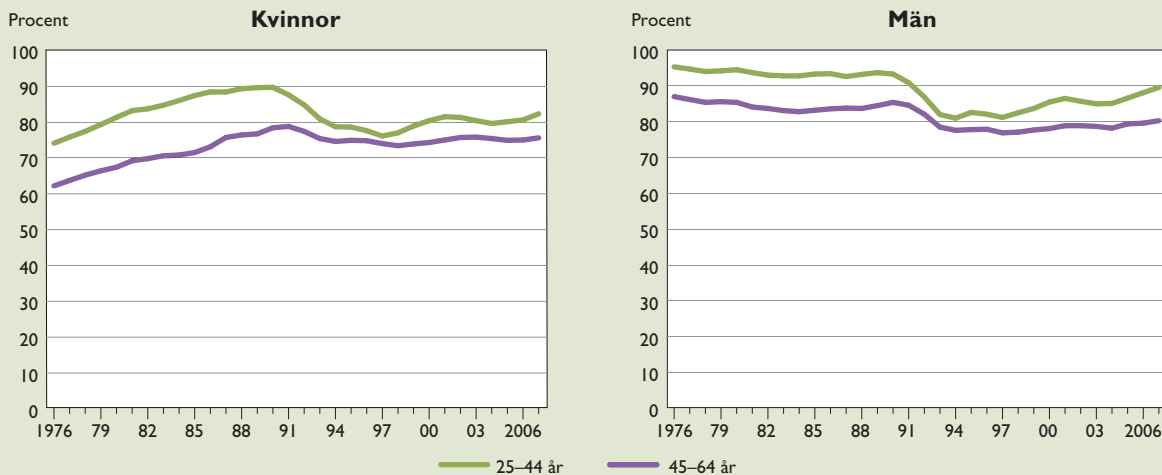
Under 1930- till 1950-talet förvärvsarbetade ungefär en tredjedel av kvinnorna och på den tiden var en ännu större andel av kvinnors arbete ”obetalt” jämfört med i dag. Statistiken över förvärvsarbetet inkluderade exempelvis inte kvinnor som arbetade i eget lantbruk, trots att manliga lantbrukare ingick [1]. Kvinnors förvärvsfrek-

vens steg sedan kontinuerligt från 1960-talet till början av 1990-talet. I samband med den ekonomiska krisen i början av 1990-talet sjönk dock både mäns och kvinnors förvärvsfrekvens, särskilt bland de yngre (figur 1). Från slutet av 1990-talet har andelen som förvärvsarbetar ökat igen i åldersgruppen 25–44 år, framför allt bland män, men ligger kvar på en lägre nivå i åldern 45–64 år. Andelen sysselsatta kvinnor och män är således fortfarande lägre än före krisen i början av 1990-talet.

Bland män ledde krisåren i början av 1990-talet till en bestående minskning av andelen heltidsarbetande i alla åldersgrupper (figur 2). Bland de yngsta på arbetsmarknaden, gruppen 16–24 år, sjönk andelen heltidsarbetande också mycket kraftigt bland både kvinnor och män och många unga studerade i stället för att arbeta. Andelen heltidsarbetande kvinnor i åldersgruppen 45–64 år har

Figur 1. Sysselsatta 1976–2007

Andel (procent) sysselsatta i befolkningen. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1976–2007.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

däremot ökat kontinuerligt, även under krisåren. Även bland kvinnor i åldern 25–44 år har heltidsarbetet ökat efter en mindre nedgång under den ekonomiska krisen på 1990-talet.

Åldern 25–44 år är även den ålder då de flesta får barn. Barnafödandet har också följt konjunkturen och var som högst år 1990, vilket sammanträffade med att andelen sysselsatta kvinnor var som högst i denna åldersgrupp. Därefter sjönk barnafödandet fram till år 2000 och har de senaste åren stigit igen. År 2007 var barnafödandet dock fortfarande lägre än år 1990 (se kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa).

Dödsorsaker i åldrarna 25–64 år

Drygt 2 000 kvinnor och 6 000 män dör årligen i åldersgruppen 25–64 år. Antalet ökar kraftigt med stigande ålder och det är 10–20 gånger fler

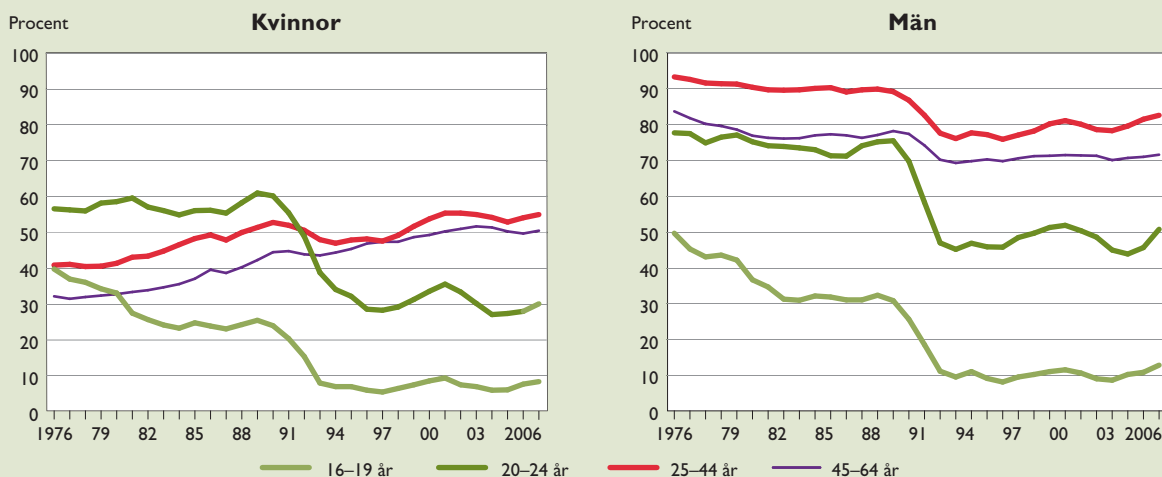
som dör vid 64 års ålder än vid 25 års ålder (figur 3). Det är framför allt dödligheten i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar som ökar med ökad ålder. Observera att skalorna i figur 3 är olika för åldersgruppen 25–44 år och 45–64 år.

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar, olyckor och självmord har ett annat åldersmönster än hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. När det gäller dessa dödsorsaker inträffar flest dödsfall vid omkring 55 års ålder, med undantag för fordonsolyckor (figur 4). Dödsfall i fordonsolyckor sjunker med stigande ålder bland män, medan det inte förändras nämnvärt bland kvinnor. Det är betydligt vanligare att män dör i fordonsolyckor än att kvinnor gör det.

Mäns högre risk att dö i åldern 25–44 år beror huvudsakligen på att fler män dör i självmord, olyckor och alkoholrelaterade sjukdomar. I åldern 45–64 år börjar hjärt- och kärlsjukdomar och

Figur 2. Heltidsarbetande 1976–2007

Andel (procent) heltidsarbetande i befolkningen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1976–2007.

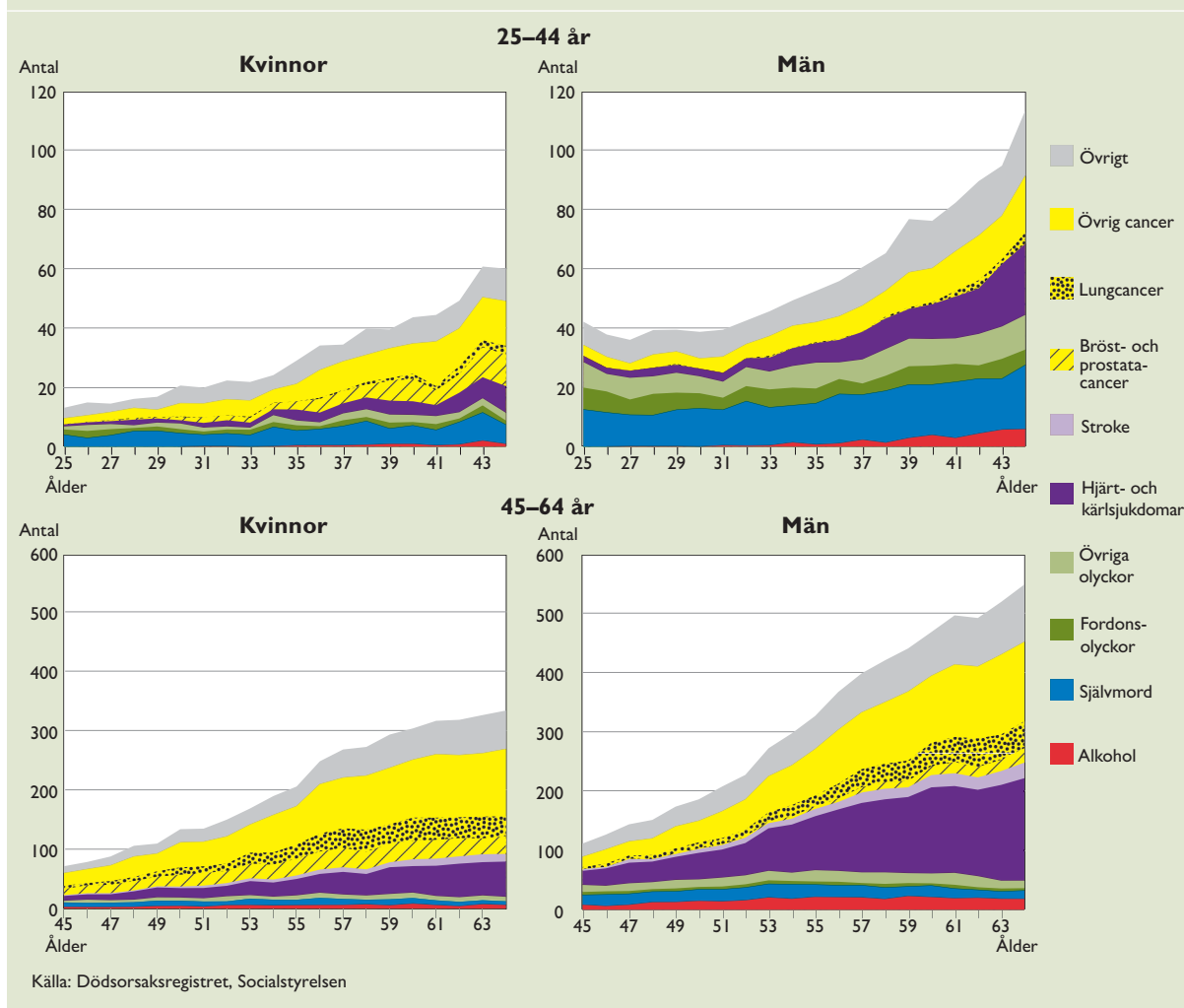


Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

Figur 3. Åldersmönster för dödsorsaker bland 25–44 och 45–64-åringar

Antal döda per år efter dödsorsak och ålder. Kvinnor och män, genomsnitt åren 2000–2006.

Observera olika skalor för åldersgrupperna.

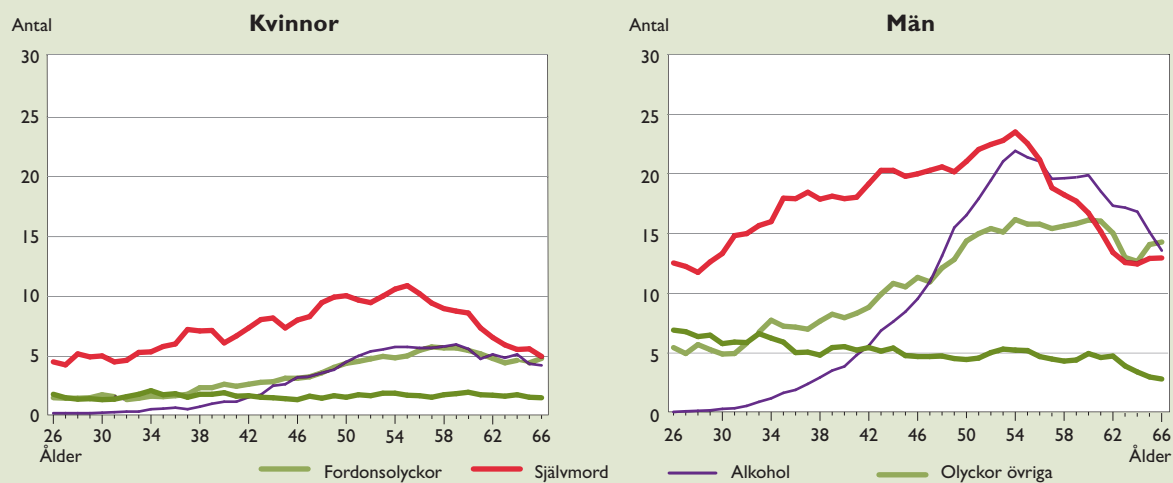


cancer att bli en allt vanligare dödsorsak. Mäns högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den viktigaste anledningen till att fler män än kvinn-

or dör i åldersgruppen 45–64 år. Fler kvinnor än män avlider däremot i cancer i åldern 25–44 år.

Figur 4. Åldersmönster för dödsfall i olyckor, självmord och alkoholrelaterade orsaker

Antal döda per år efter dödsorsak och ålder. Kvinnor och män 26–66 år, genomsnitt åren 1997–2004.



Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU), SCB

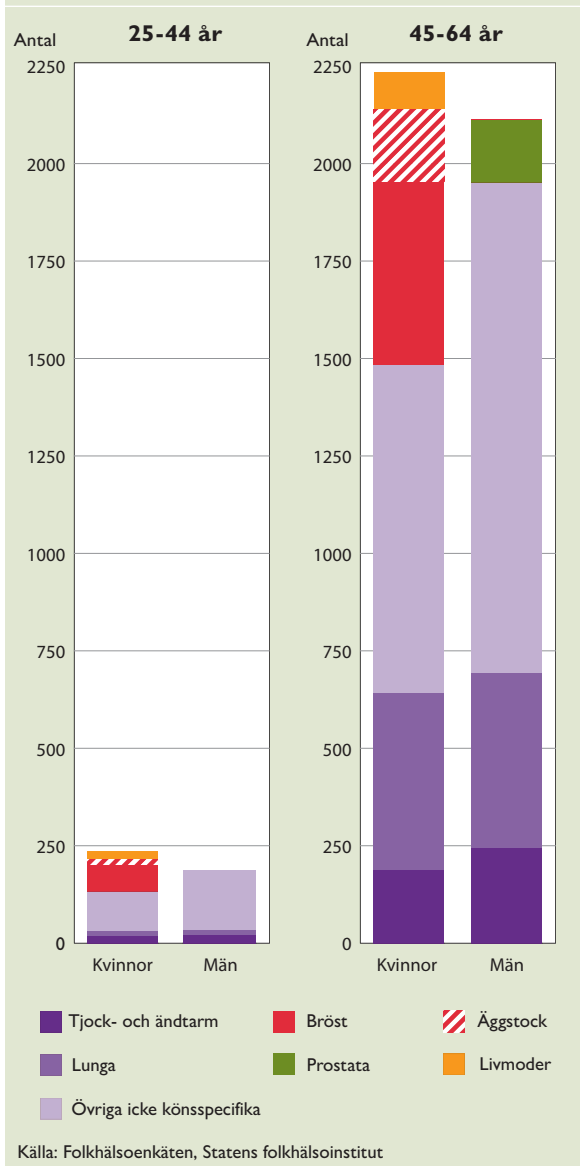
Cancer i åldern 25–64 år

2001–2005 dog varje år omkring 240 kvinnor och 190 män i åldern 25–44 år i cancer, och i åldern 45–64 år dog omkring 2 250 kvinnor och 2 100 män (figur 5). Det är alltså fler kvinnor än män som dör i cancer i dessa relativt unga åldersgrupper, vilket beror på att bröstcancer, livmodercancer och äggstockscancer drabbar kvinnor redan i förvärvsarbetande åldrar. Åren 2004–2006 var medianåldern 72 år för dem som dog i bröstcancer, 67 år för livmoderhalscancer, 75 år

för livmodercancer och 71 år för äggstockscancer. Medianåldern för dödsfall i prostatacancer var 81 år. I de cancerformer som inte är köns-specifika dör fler män än kvinnor i förvärvsaktiv ålder (figur 5). Dessutom är det något vanligare att män dör till följd av cancer i bukspottkörtel, urinblåsa och tjock- och ändtarm. Att dö i lungcancer i förvärvsaktiv ålder är ungefär lika vanligt bland kvinnor som bland män.

Figur 5. Antal döda i cancer

Antal döda per år i olika cancerformer. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, genomsnitt åren 2001–2006.



Det är betydligt fler som insjuknar än som dör i cancer eftersom en del blir botade och andra överlever länge trots sin cancer. Varje år insjuknar omkring 1 600 kvinnor och 900 män i åldern 25–44 år i cancer, och i åldern 45–64 år insjuknar omkring 8 100 kvinnor 7 400 män.

Av alla kvinnor som *insjuknar* i cancer i åldern 25–44 år drabbas 36 procent av bröstcancer och 1 procent av lungcancer, och av dem som *avlider* i cancer dör drygt 30 procent i bröstcancer och knappt 7 procent i lungcancer (tabell 2). Bland de kvinnor i åldern 45–64 år som insjuknar är det 41 procent som får bröstcancer och 7 procent som får lungcancer, men av dem som avlider är det 21 procent som dör i bröstcancer och 20 procent i lungcancer. Lungcancer har således en mycket sämre prognos än bröstcancer. Tjock- och ändtarmscancer, livmoderhalscancer och malignt melanom utgör var och en mellan 6 och 9 procent av det totala cancerinsjuknandet. Livmoderhalscancer och malignt melanom upptäcks och botas dock i mycket hög grad och står bara för någon enstaka procent av dödligheten. Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen som kvinnor i förvärvsaktiv ålder dör av.

Av alla män som insjuknar i cancer i åldern 25–44 år insjuknar de flesta i testikelcancer, men få dör i denna cancer eftersom den botas i hög grad. Bland männen som får en cancerdiagnos i åldern 45–64 år är prostatacancer vanligast (36 procent) medan lungcancer och tjock- och ändtarmscancer är de vanligaste diagnoserna bland dem som dör i cancer i denna ålder (22 respektive 11 procent).

Tabell 2. De vanligaste cancerformerna i åldern 25–64 år

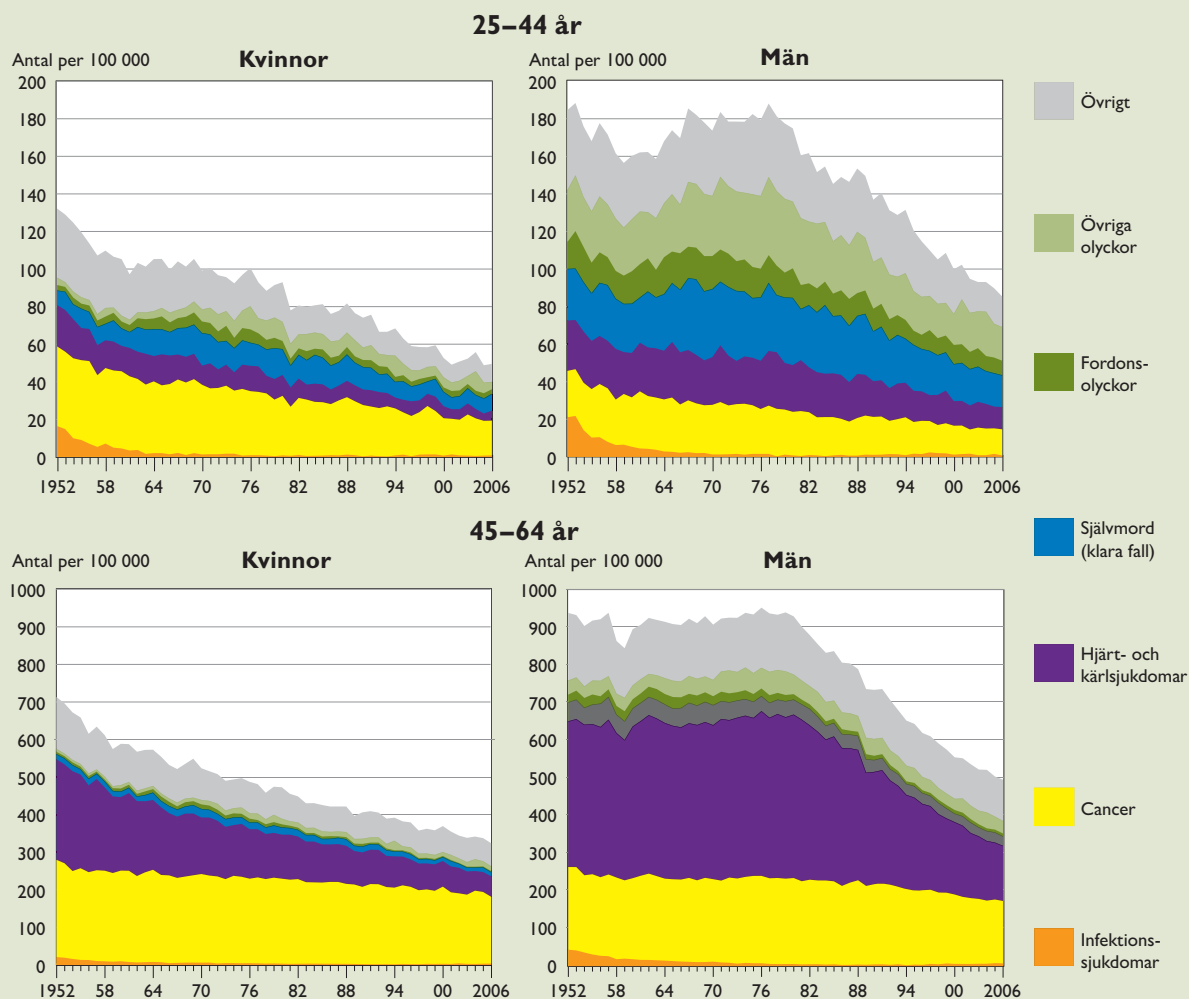
Insjuknande (genomsnitt för åren 2002–2006) och dödsfall (genomsnitt för åren 2001–2005) i de vanligaste cancerformerna (sorterat efter antal insjuknade i respektive grupp). Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år. Antal, procent av samtliga fall samt antal per 100 000 invånare.

Kvinnor 25–44 år	Bröst	Malignt melanom	Livmoderhals	Hjärna	Tjock- och ändtarm	Äggstock	Lunga	All cancer
Antal insjuknade	581	205	165	85	71	57	22	1 618
Antal döda	71	13	16	22	18	15	16	237
% av alla insjuknade	36	13	10	5	4	4	1	100
% av alla döda	30	6	7	9	8	6	7	100
Insjuknade per 100 000	49	17	14	7	6	5	2	136
Döda per 100 000	6	1	1	2	2	1	1	20
Kvinnor 45–64 år	Bröst	Tjock- och ändtarm	Lunga	Livmoderhals	Malignt melanom	Äggstock	Bukspottkörtel	All cancer
Antal insjuknade	3 266	620	559	467	364	325	130	8 067
Antal döda	477	182	453	22	56	193	144	2 247
% av alla insjuknade	41	8	7	6	5	4	2	100
% av alla döda	21	8	20	1	3	9	6	100
Insjuknade per 100 000	282	53	48	40	33	31	11	695
Döda per 100 000	42	16	39	2	11	5	13	195
Män 25–44 år	Testikel	Malignt melanom	Hjärna	Tjock- och ändtarm	Leukemier	Lunga		All cancer
Antal insjuknade	190	127	88	72	37	23		908
Antal döda	4	13	35	19	13	14		190
% av alla insjuknade	21	14	10	8	4	3		100
% av alla döda	2	7	20	11	8	8		100
Insjuknade per 100 000	15	10	7	6	3	2		73
Döda per 100 000	0	1	3	2	1	1		14
Män 45–64 år	Prostata	Tjock- och ändtarm	Lunga	Urinblåsa	Malignt melanom	Bukspottkörtel		All cancer
Antal insjuknade	2 663	702	524	398	374	148		7 385
Antal döda	146	239	450	50	71	171		2 095
% av alla insjuknade	36	10	7	5	5	2		100
% av alla döda	7	11	22	2	3	8		100
Insjuknade per 100 000	226	60	44	34	32	13		626
Döda per 100 000	12	21	38	4	6	15		179

Källa: Dödsorsaksregistret och cancerregistret, Socialstyrelsen

Figur 6. Dödsorsakernas utveckling i åldersgrupperna 25–44 år och 45–64 år

Antal döda per 100 000 efter dödsorsak* bland kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1952–2006. Observera olika skalor för åldersgrupperna.



*Sättet att klassificera dödsorsaker har förändrats något under tidsperioden. Det innebär att bara självmord som betecknas som klara fall går att jämföra över en lång tidsperiod och finns med i figur 6. I den statistik som vi för idag (exempelvis i figur 4), räknas även misstänkta självmord där uppsåtet är oklart in i statistiken, eftersom man anser att det ger en mer korrekt bild.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödsorsaksmönstrets förändring sedan år 1952

Kvinnors risk att dö i förvärvsaktiv ålder har minskat kontinuerligt sedan 1950-talet (figur 6). Dödsrisken bland män var däremot i stort sett oförändrad under 1950-, 1960- och 1970-talet, varefter en mycket snabb minskning inleddes i början av 1980-talet. Skillnaden mellan mäns och kvinnors dödsrisken var som högst 1978; då dog nästan 500 fler män än kvinnor per 100 000 invånare jämfört med 170 fler i dag.

Den minskande dödligheten bland kvinnor och män i åldern 45–64 år beror huvudsakligen på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat (figur 7). Cancerdödligheten har också minskat, men inte alls lika mycket. I dag är därför cancer, och inte hjärt- och kärlsjukdomar, den vanligaste dödsorsaken för både kvinnor och män i åldern 45–64 år (figur 7). I åldern 25–44 år har olyckor

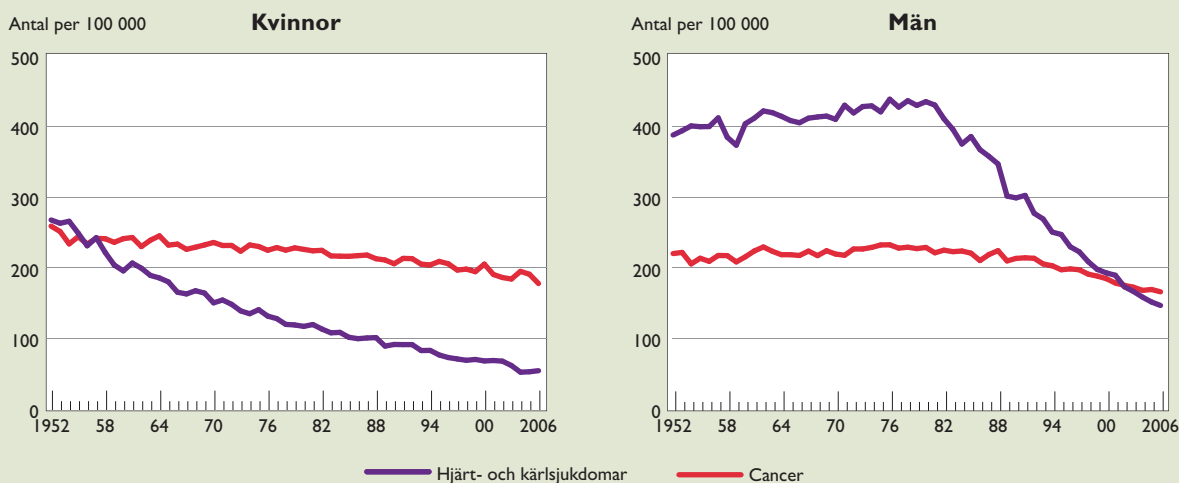
allt sedan 1950-talet varit den största dödsorsaken bland män, följt av självmord, medan cancer har varit den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 25–44 år under hela perioden.

Sjukhusvård

I åldersgruppen 45–64 år är det lika vanligt bland kvinnor som bland män att vårdas på sjukhus. Däremot bland yngre, i åldern 25–44 år, är det 3,6 gånger vanligare att kvinnor vårdas på sjukhus än att män gör det (figur 8). Det beror på komplikationer i samband med graviditet och förlossning, vilket två tredjedelar av alla sjukhusvårdade kvinnor i denna åldersgrupp vårdas för. Normala förlossningar är naturligtvis ännu vanligare och är inte inräknade i denna jämförelse. Det innebär att det varje år är ungefär 8 procent av kvinnorna i åldersgruppen som sjukhusvårdas på grund av dessa komplikationer.

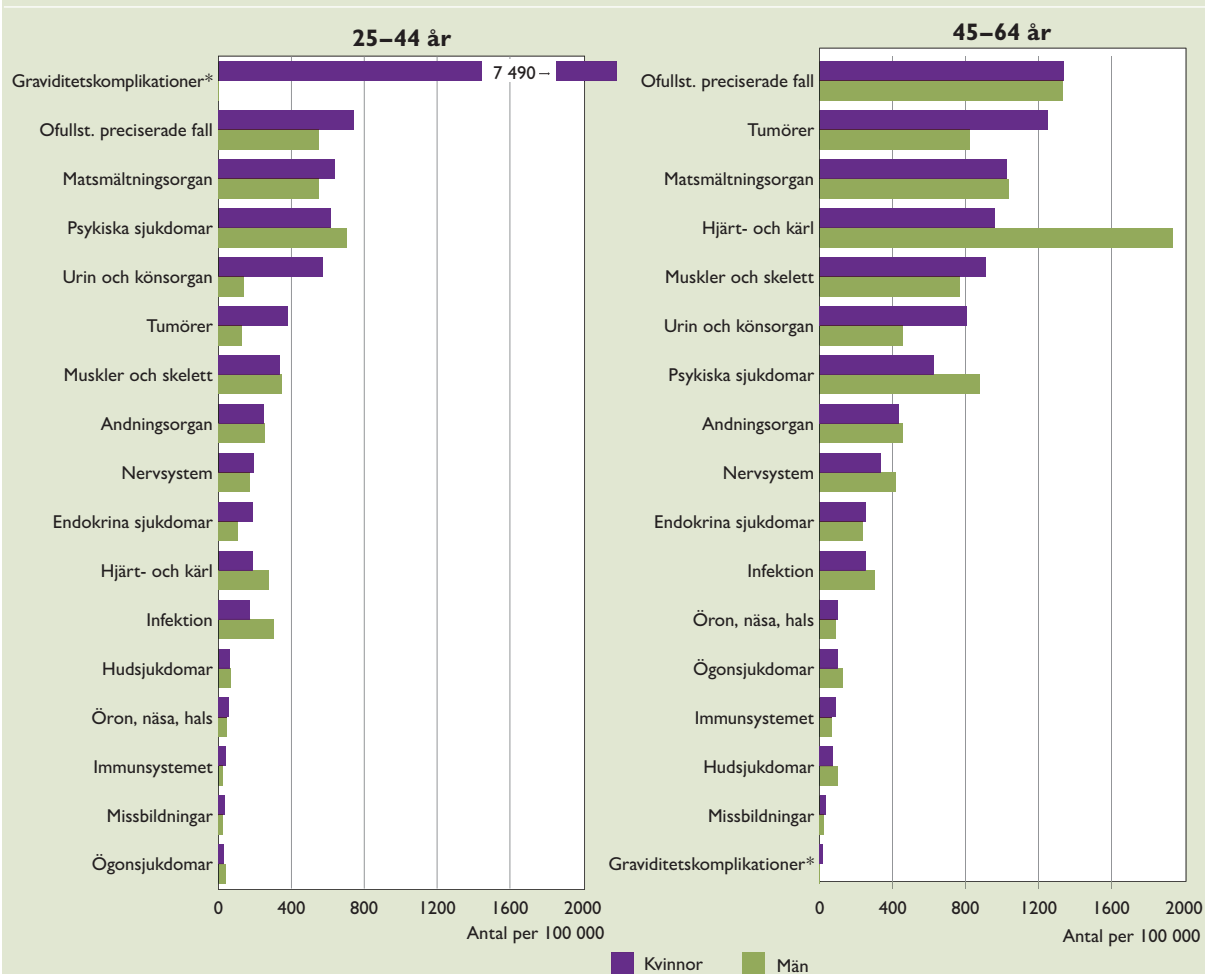
Figur 7. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer 1952–2006

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer per 100 000 invånare. Kvinnor och män 45–64 år; perioden 1952–2006.



Figur 8. Slutenvård i olika sjukdomar

Antal personer per 100 000 invånare som vårdades för olika diagnoser inom slutenvård under år 2006. Kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år.



*Här inkluderas komplikationer till graviditet och förlossning. Normala förlossningar är inte inkluderade.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Gynekologiska sjukdomar bidrar också till att fler kvinnor än män vårdas på sjukhus. Bortser man från gynekologiska och urologiska (urinorganens) sjukdomar samt komplikationer vid graviditet och förlossning är dock könsskillnaden i andelen vårdade försumbar, även i åldern 25–44 år. Det är emellertid något fler män som får sjukhusvård.

Psykiska störningar, inklusive sådana som förorsakats av missbruk, är den vanligaste diagnosen bland män i åldern 25–44 år och den tredje vanligaste bland kvinnor. År 2007 vårdades 21 000 män och 16 500 kvinnor i åldern 25–64 år för någon sådan diagnos. Av dessa vårdades hälften av männen och en fjärdedel av kvinnorna på grund av psykiska störningar eller beteendestörningar som orsakats av så kallade psykoaktiva substanser, oftast alkohol och till en mindre del narkotika, sömntabletter och andra lugnande medel. Det innebär att 6 000 fler män än kvinnor i åldern 25–64 år har vårdats för en sådan ”missbruksdiagnos” och det är huvudförklaringen till att fler män än kvinnor vårdas för psykiska störningar.

Män vårdas också i något högre utsträckning för psykos (cirka 3 000 män och 2 600 kvinnor år 2007), framför allt för schizofreni. Däremot är det vanligare att kvinnor vårdas för depressioner (4 500 kvinnor mot 3 500 män), ångestrelaterade sjukdomar (3 000 kvinnor mot 2 000 män) och personlighetsstörningar (900 kvinnor mot 400 män).

Kvinnors högre risk att drabbas av tumörer i förvärvsaktiv ålder syns också i patientstatistiken, liksom mäns högre risk att få hjärtkärslsjukdomar. Det är betydligt vanligare att kvinnor vårdas för tumörer, både i åldern 25–44 och 45–64 år. I den äldre åldersgruppen är hjärt- och kärlsjukdomar mycket vanligare bland män än bland kvinnor.

Bröstcancer

Bröstcancer är den i särklass vanligaste cancerformen bland kvinnor. Varje år insjuknar omkring 7 000 kvinnor i bröstcancer, det vill säga 15–20 kvinnor dagligen. Bröstcancer står för ungefär 30 procent av det totala cancerinsjuknandet bland kvinnor i alla åldrar.

Bröstcancer drabbar kvinnor förhållandevis tidigt i livet. Medianåldern är 62 år (genomsnitt för åren 2000–2006), vilket innebär att hälften av alla som får bröstcancer är 62 år eller yngre. Detta kan jämföras med att kvinnors medianålder är 68 år för alla cancerformer sammantaget, inklusive bröstcancer. Medianåldern för bröstcancerdiagnos ökade under 1960-, 1970- och 1980-talen, från 60 till som högst 66 år, och har därefter minskat (figur 9). Figur 9 visar också åldersfördelningen bland kvinnor som fick bröstcancer åren 2000–2006. Vid 50 års ålder finns en insjuknandetopp som sannolikt beror på att många landsting kallar kvinnor till den första mammografiundersökningen det år man fyller 50.

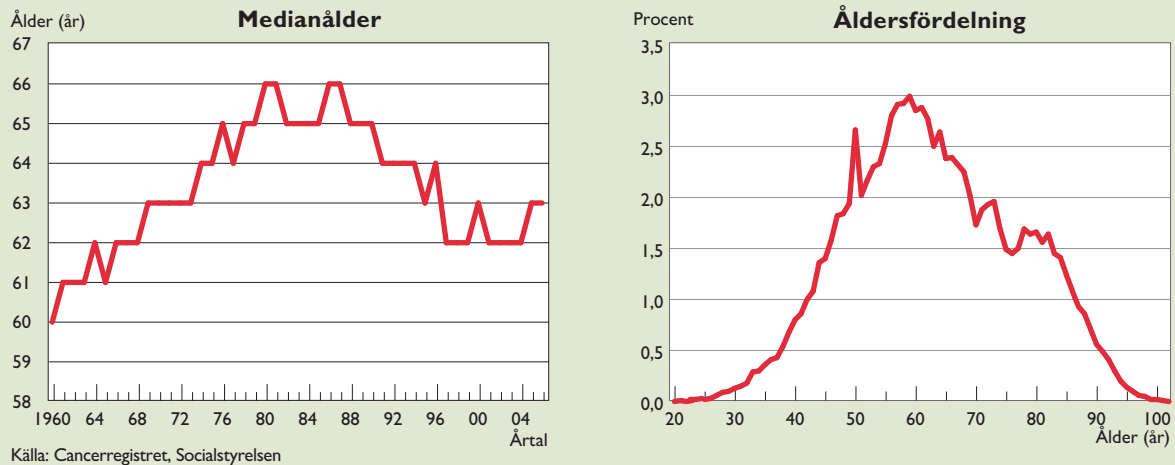
Fler får bröstcancer men dödligheten minskar

Bröstcancer blir allt vanligare och insjuknandet har ökat bland både yngre och äldre sedan 1960 (figur 10). Trots detta har dödligheten i bröstcancer minskat, eftersom prognosen är bättre ju tidigare diagnosen kan ställas. Andelen som dör i bröstcancer har minskat i alla åldersgrupper

Bröstcancer har i dag en förhållandevis god prognos och möjligheterna att överleva bröstcancer har ökat stadigt sedan 1960-talet (figur 11). Måttet ”relativ överlevnad” används för att mäta överlevnad för bröstcancerpatienter i förhållande till jämnåriga kvinnor utan bröstcancer. Kvinn-

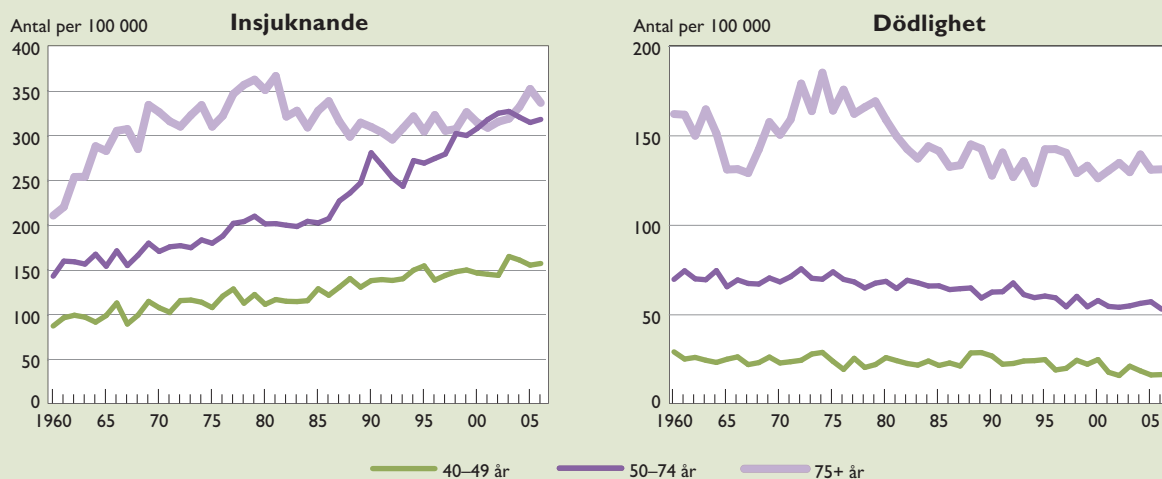
Figur 9. Ålder vid insjuknande i bröstcancer

Medianåldern vid insjuknande i bröstcancer 1960–2006 och åldersfördelningen (procent) för insjuknade i bröstcancer åren 2000–2006. Kvinnor i alla åldrar.



Figur 10. Insjuknande och dödlighet i bröstcancer 1960–2006

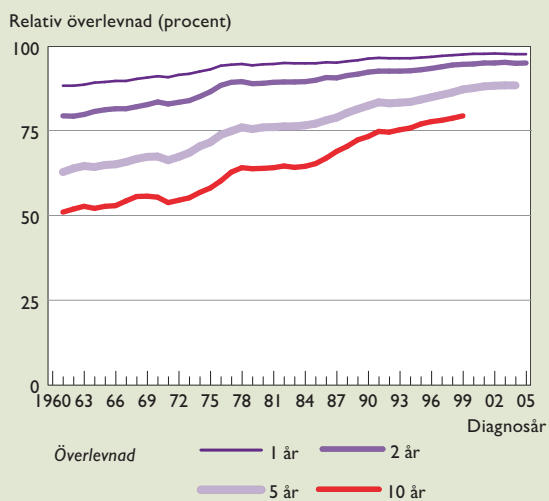
Antal per 100 000 kvinnor som insjuknat respektive dött i bröstcancer under perioden 1960–2006. Kvinnor i olika åldersgrupper; perioden 1960–2006. Åldersstandardiserat. Observera olika skalor för insjuknande och dödlighet.



or som diagnostiserades år 1960 hade en relativ 10-årsöverlevnad på 50 procent, vilket innebär att hälften dog inom tio år till följd av bröstcancer. År 2000 beräknades 10-årsöverlevnaden vara 80 procent, det vill säga att 20 procent beräknas dö inom tio år till följd av sin bröstcancer. Allt fler har, eller har haft, bröstcancer eftersom både överlevnaden och insjuknandet ökar, samtidigt som befolkningen blir större och dessutom äldre. År 2006 beräknades omkring 82 000 kvinnor leva med en bröstcancerdiagnos.

Figur II. Relativ överlevnad efter bröstcancerdiagnos 1960–2006

Andel (procent) kvinnor som överlever 1, 2, 5 respektive 10 år efter bröstcancerdiagnos i förhållande till överlevnaden bland jämnåriga kvinnor. Perioden 1960–2006*.



* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Mammografi minskar risken för dödlig bröstcancer

Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks i samband med en mammografiundersökning. Bröstcancerscreening med mammografi startades i mitten av 1980-talet och har därefter byggts ut successivt. Mammografiscreening beräknas kunna minska risken att dö av bröstcancer med åtminstone 30 procent eftersom cancer kan upptäckas och behandlas i ett tidigare och mer gynnsamt stadium [2]. Socialstyrelsen rekommenderar landstingen att erbjuda mammografiscreening till alla kvinnor i åldrarna 40–74 år. Rekommendationerna är starkast för åldrarna 50–69 år där effekterna på dödligheten har varit tydligast. Landstingen rekommenderas att kalla kvinnor med 18 månaders intervall om de är yngre än 55 år och med 2 års intervall om de är över 55 år. Risken att insjukna i bröstcancer ökar med åldern, men eftersom cancerformen då får mindre betydelse i förhållande till andra dödsorsaker utförs ingen screening över 74 års ålder. I dag erbjuder alla landsting mammografi i åldern 50–69 år, men ett stort antal landsting följer inte Socialstyrelsens rekommendation om att erbjuda mammografi mellan 40–74 års ålder. Bristen på utbildade röntgenologer är ibland ett hinder.

Risikfaktorer för bröstcancer svåra att påverka

Det finns ett stort antal kända riskfaktorer för bröstcancer. Bland annat har kvinnor som har fött barn lägre risk att insjukna i bröstcancer än kvinnor som inte har fött barn. Risken för bröstcancer minskar också ju yngre kvinnan är vid första barnets födelse. Likaså minskar risken för bröstcancer vid sen pubertet och vid tidigt klimakterium. Bröstcancertumörer är ofta beroende av det

kvinnliga könshormonet östrogen för sin tillväxt, och de ovanstående riskfaktorerna har alla betydelse för när och i vilken grad östrogen påverkar bröstvävnaden. Tidig pubertet och sent klimakterium innebär alltså att bröstkörteln exponeras för östrogen under en längre period av livet.

Bröstcancer kan initieras långt innan cancer utvecklas, och det finns teorier om att denna process kan starta redan före födseln om fostret utsätts för höga östrogennivåer, som exempelvis vid tvillinggraviditeter.

Bröstkörtelvävnaden förefaller bli mer motståndskraftig mot cancer efter det att en kvinna fött sitt första barn. Att föda barn tidigt innebär att denna motståndskraft kommer tidigare i livet. Risken för bröstcancer är 30 procent lägre för dem som fött sitt första barn vid 20 års ålder än för dem som fick första barnet vid 35 års ålder. Under graviditet är visserligen östrogennivåerna höga och det är också påvisat att bröstcancer-risken är förhöjd i 10–20 år efter en förlossning [3], men därefter minskar risken för bröstcancer eftersom bröstkörteln blivit mer motståndskraftig. Det finns inget som visar att amning påverkar risken för bröstcancer.

Risken för cancer är större i ett bröst där mjölkkörtlarna sitter tätt jämfört med ett bröst som innehåller mer fettväv. Det beror troligen på att det då finns fler körtelceller som kan omvandlas till cancer. Det finns också ett samband mellan kvinnors längd och risken för bröstcancer. För varje ökning av kvinnans längd med 15 cm beräknas risken för bröstcancer öka med 40 procent. Detta innebär att en kvinna som är 175 cm lång har 40 procents högre risk att drabbas av bröstcancer än en kvinna som är 160 cm lång.

Övervikt är en skyddsfaktor mot bröstcancer före klimakteriet, men efter klimakteriet blir det i stället en riskfaktor. Före klimakteriet kan övervikt leda till en störd östrogenproduktion och kroppen påverkas totalt sett av mindre östrogen. Efter klimakteriet, när äggstockarnas hormonproduktion upphör, bidrar övervikt i stället till att öka cancer-risken.

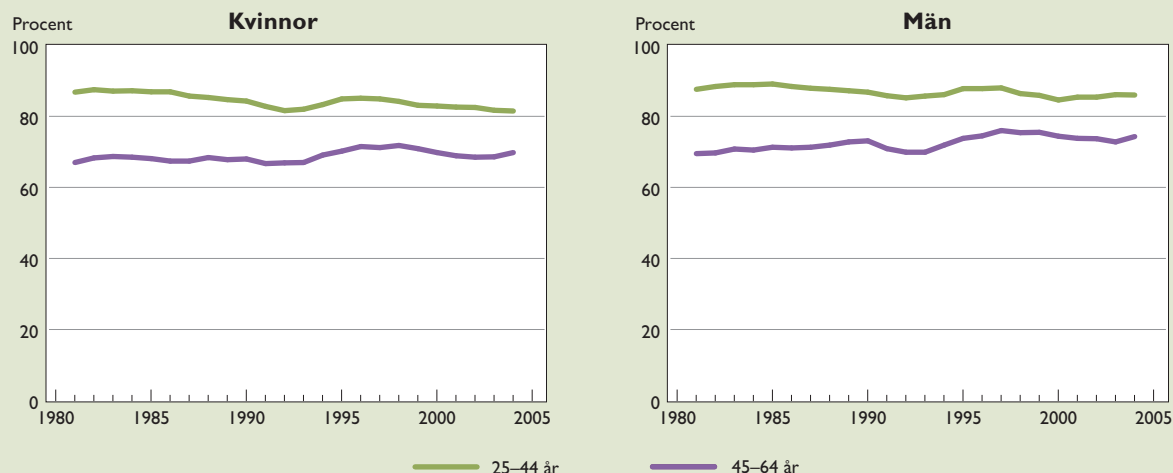
Riskfaktorerna som nämns ovan är de viktigaste, och de går inte att undvika eller på ett enkelt sätt välja bort. Enda undantaget är övervikt efter klimakteriet, vilket går att påverka. Det finns dock riskfaktorer som går att påverka, t.ex. låg fysisk aktivitet och en hög alkoholkonsumtion, men dessa riskfaktorer har inte lika tydlig effekt på insjuknandet.

Självskattad hälsa

Under åren 2003–2005 bedömde drygt 80 procent av kvinnorna och männen i åldern 25–44 år sitt allmänna hälsotillstånd som gott (figur 12). Bland personer i åldern 45–64 år ligger motsvarande andelar knappt 10 procentenheter lägre. Under perioden 1980–2005 minskade skillnaden mellan åldersgrupperna, eftersom färre 25–44-åringar numera bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott, samtidigt som fler 45–64-åringar gör det. I bägge åldersgrupperna är det något vanligare att männen upplever sitt hälsotillstånd som gott jämfört med kvinnorna.

Figur 12. Gott allmäntillstånd

Andel (procent) personer som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott*. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1980–2005**.



* År 1996 ändrades svarsalternativen från "gott" till "gott" respektive "mycket gott".

**Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Nedsatt psykiskt välbefinnande är en vanlig orsak till att man uppfattar sitt hälsotillstånd som mindre gott. Figur 13 visar hur kvinnor och män har bedömt sin egen hälsa vid olika tidpunkter mellan 1980 och 2005. Jämfört med 1980-talet har det blivit vanligare att uppleva ängslan, oro eller ångest, ständig trötthet och sömnbesvär, både bland kvinnor och bland män. Dessa symtom har ökat mer i åldern 25–44 år än i åldern 45–64 år. Bland kvinnor i åldern 25–44 år har andelen med ängslan, oro eller ångest fördubblats sedan slutet av 1980-talet, och sådana besvär är numera vanligare i den gruppen än i åldern 45–64 år. Under de allra senaste åren har utvecklingen dock vänt och det psykiska välbefinnandet tycks bli bättre

bland både kvinnor och män och i bägge åldersgrupperna.

Andelen som uppger att de har svår värk i nacke och skuldror ökade under 1980-talet bland både kvinnor och män i bägge åldersgrupperna, men har sedan dess inte ökat (figur 13). Däremot har nack- och skuldervärk som inte bedömts som svår ökat ända sedan 1980-talet bland både kvinnor och män i bägge åldersgrupperna, vilket inte visas i figuren. Värk i ländryggen har inte ökat i samma utsträckning som värk i nacke och skuldror. Svår ryggvärk har till och med minskat bland män.

Figur 13. Olika självskattade besvär

Andelen (procent) personer som uppgav lätt eller svår ängslan, oro eller ångest, sömnproblem, ständigt trötthet respektive svår värk i skuldror, nacke eller axlar. Kvinnor och män i olika åldrar, åren 1980–1981*, 1988–1989* och 1994–2005**.



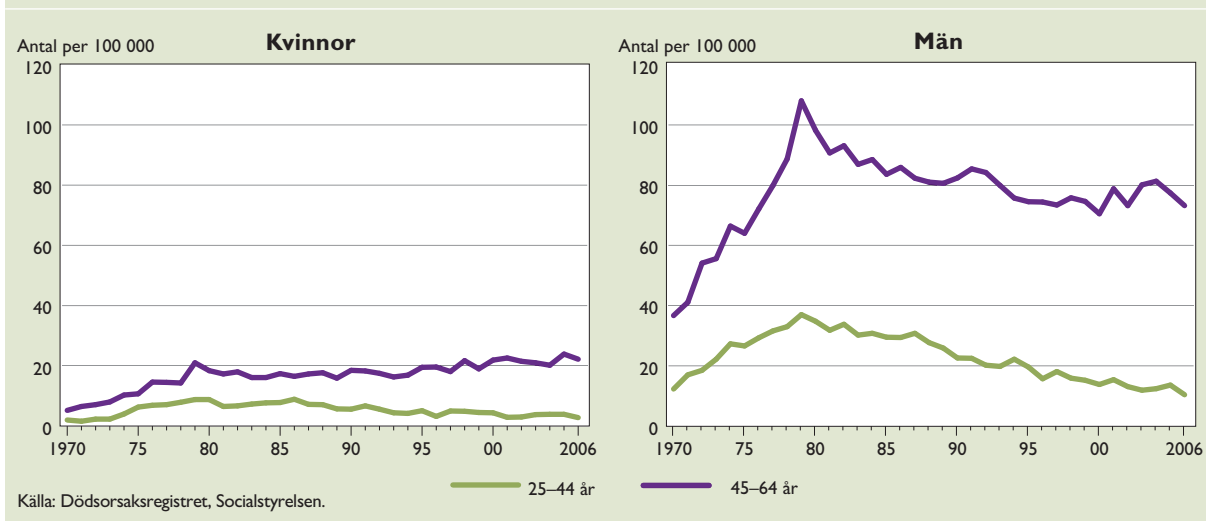
* Genomsnitt.

** Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 14. Alkoholrelaterad dödlighet 1970–2006

Antal döda per 100 000 invånare i alkoholrelaterade diagnoser. Kvinnor och män 25–44 år respektive 45–64 år, perioden 1970–2006.



Övervikt, fetma och levnadsvanor

Det finns inga undersökningar som på ett tillförlitligt sätt visar hur alkoholkonsumtionen har förändrats i åldrarna 25–44 år och 45–64 år. Där emot kan man få en bild av konsumtionen genom att följa förändringar av den alkoholrelaterade dödligheten. Denna inkluderar dock sjukdomar som utvecklas efter ett mångårigt missbruk, men dödsrisken påverkas också av det aktuella missbruket.

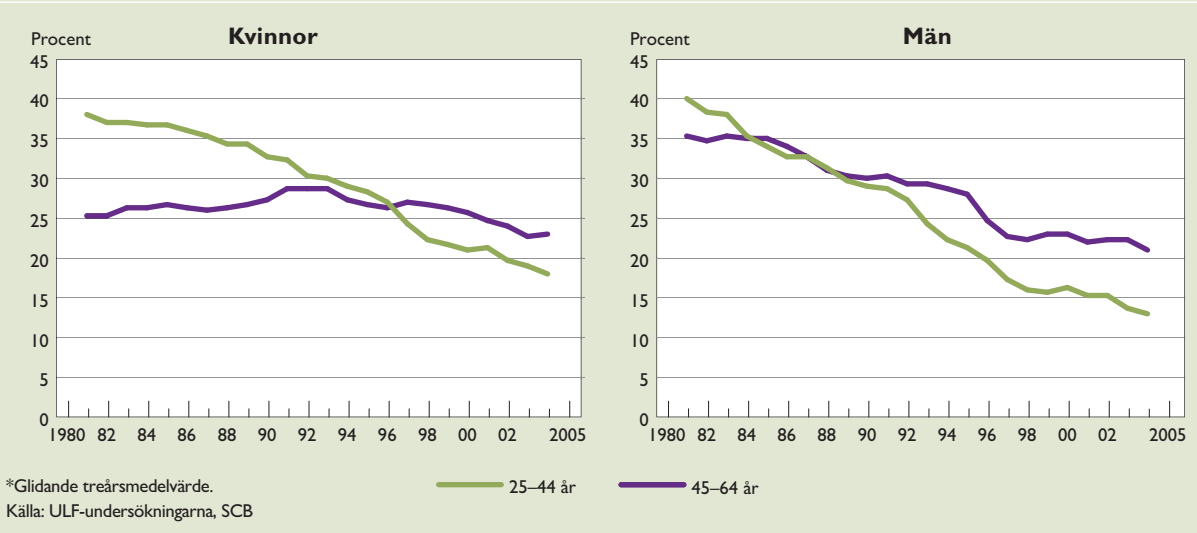
Bland män har den alkoholrelaterade dödligheten minskat markant i åldern 25–44 år sedan slutet av 1970-talet (figur 14). Också i åldern 45–64 år har den alkoholrelaterade dödligheten minskat bland män, men i betydligt långsammare takt. Bland kvinnor har den alkoholrelaterade dödligheten minskat i åldersgruppen 25–44 år men i åldern 45–64 år har alkoholdödligheten

i stort sett varit oförändrad med en viss ökning under 1990-talet. Att dö i en alkoholrelaterad diagnos är vanligast i 50-årsåldern, vilket visades i figur 4. Unga står dock för den högsta alkoholkonsumtionen med en topp i åldern 20–24 år, se vidare kapitlet Hälsokonsekvenser av alkohol och narkotikamissbruk.

Betydligt färre röker i dag än på 1980-talet då omkring 40 procent av både kvinnor och män i åldern 25–44 år rökte dagligen (figur 15). I dag är motsvarande andel 18 procent bland kvinnor och 13 procent bland män. Också i åldern 45–64 år har rökning minskat påtagligt bland män sedan början av 1980-talet, medan andelen rökande kvinnor i denna åldersgrupp ökade ända fram till början av 1990-talet. Först därefter har den minskat något. I kapitlet Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjuk-

Figur 15. Röker dagligen 1980–2005

Andel (procent) personer som uppgav att de röker dagligen. Kvinnor och män 25–44 respektive 45–64 år, perioden 1980–2005*.



domar beskrivs närmare hur dessa könsskillnader påverkar mäns och kvinnors sjuklighet.

Regelbunden motion minst en gång i veckan har sedan 1980-talet blivit vanligare i förvärvsaktiv ålder, enligt ULF-undersökningarna. I början av 1980-talet motionerade män något oftare än kvinnor men sedan mitten av 1990-talet är det i åldern 25–44 år lika vanligt att kvinnor motionerar som att män gör det. I åldern 45–64 år motionerar numera fler kvinnor än män. Bland tjänstemän är det ingen större skillnad mellan kvinnors och mäns motionsvanor, men bland arbetare motionerar kvinnor mer än män [4]. De som har ett kroppsligt ansträngande förvärsarbete motionerar något mindre på sin fritid än de som inte har det [4].

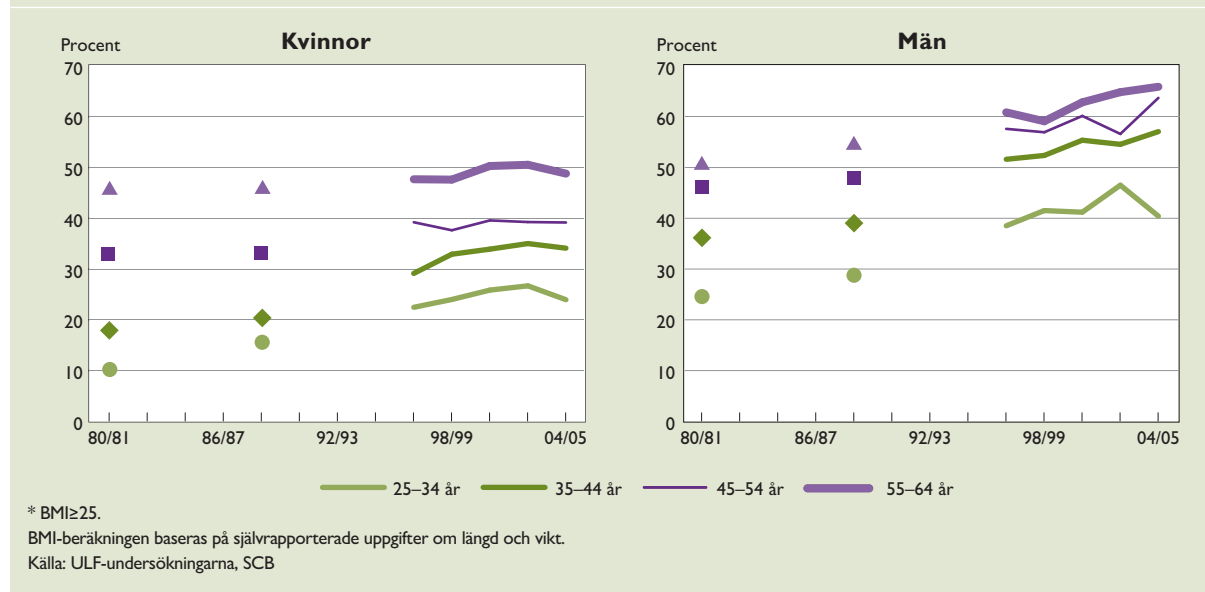
Andelen som uppger att de ”praktiskt taget inte får någon motion alls på fritiden” har minskat bland kvinnor i alla socioekonomiska grup-

per, enligt ULF-undersökningarna. Bland män har den andelen dock bara minskat bland högre tjänstemän. Andra undersökningar visar inga förändringar av andelen som inte motionerar alls, se vidare kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet.

Övervikt är vanligare med stigande ålder och är också vanligare bland män än bland kvinnor (figur 16). Förekomsten av övervikt har ökat kraftigt sedan 1980-talet och ökningen har varit större i åldrarna 25–44 år än i åldrarna 45–64 år. Under 2000-talet har denna ökning dock bromsats upp bland kvinnor och de allra senaste åren även bland män. Under de senaste åren förefaller matvanorna ha förbättrats och det genomsnittliga energiintaget via kosten minskar för första gången sedan 1980, enligt Jordbruksverkets produktionsstatistik. Detta diskuteras vidare i kapitlet Matvanor och fysisk aktivitet.

Figur 16. Övervikt och fetma i olika åldrar 1980/81–2004/05

Andelen (procent) personer med övervikt*. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, olika år 1980/81–2004/05.



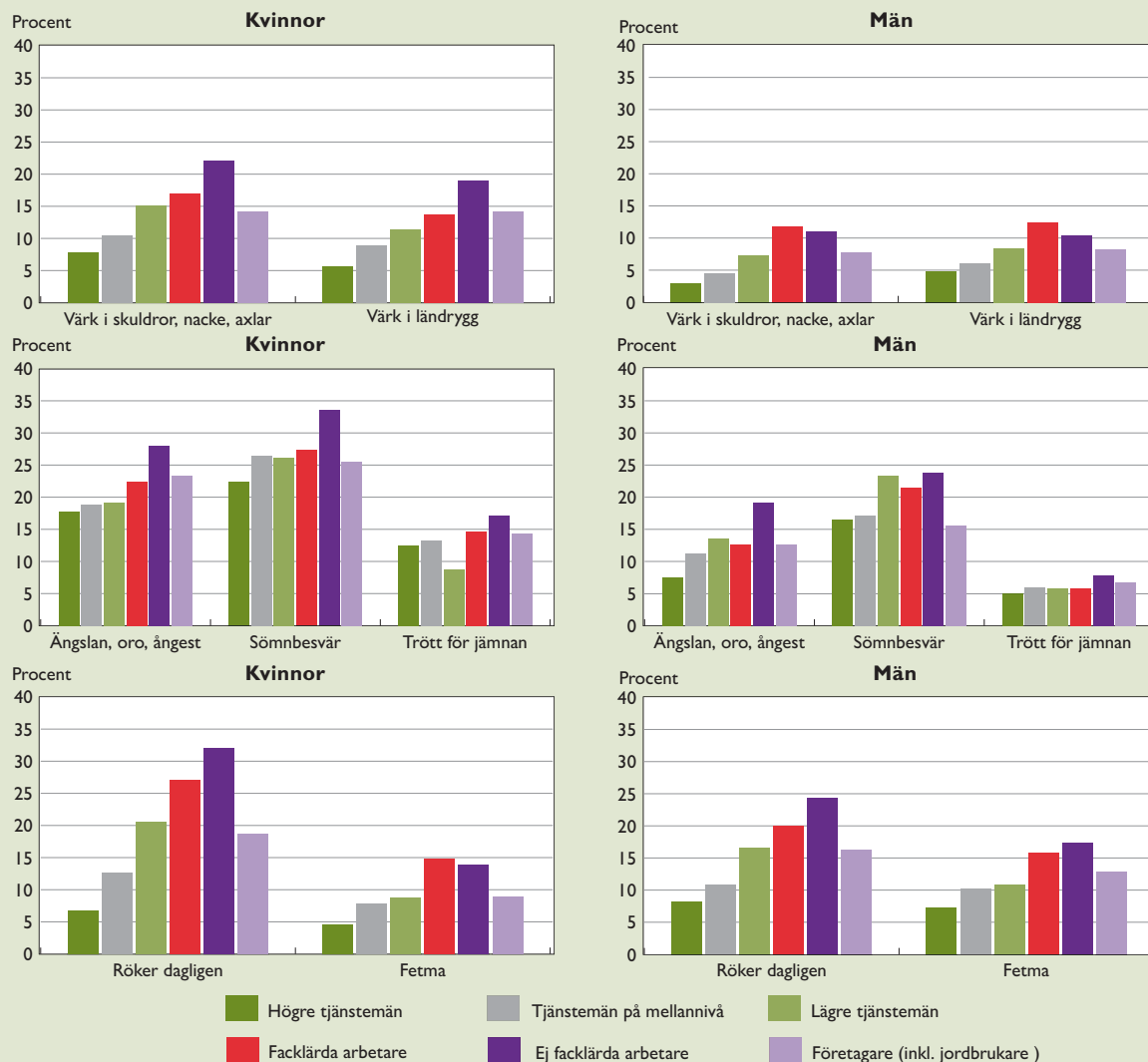
Sociala skillnader i hälsa och levnadsvanor

I översiktskapitlet visades att det finns betydande sociala skillnader beträffande risken för en förtida död. Det finns också stora sociala skillnader i hur man upplever sin hälsa. Figur 17 visar att skillnaderna är särskilt stora mellan socioekonomiska grupper när det gäller värk, större än skillnaderna för nedsatt psykiskt välbefinnande. Det finns också stora skillnader mellan socioekonomiska grupper beträffande rökning och fetma. Exempelvis rökte 32 procent av kvinnliga facklärd arbetare jämfört med 7 procent av de kvinnliga högre tjänstemännen. Hela 17 procent av manliga arbetare som inte är facklärd var feta, jämfört med 8 procent bland de högre tjänstemännen.

Värk i rörelseorganen beror mer på enskilda arbetsmiljöfaktorer än på socioekonomiska förhållanden som utbildning eller inkomst [5]. Det är huvudsakligen skillnader i den fysiska belastningen i arbetet som leder till att förekomsten av värk i rörelseorganen skiljer sig mellan socioekonomiska grupper [6]. Skillnaderna i arbetsmiljön är också stora mellan olika socioekonomiska grupper (tabell 3). En tredjedel av ej facklärd arbetare upplever sitt arbete som enformigt, något som knappast förekommer bland högre tjänstemän. Ungefär sju av tio arbetare har mellan två och fem ergonomiska belastningar, men bara var tjugonde av de högre tjänstemännen.

Figur 17. Socioekonomisk grupp och ohälsa

Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma*, fördelat efter socioekonomisk grupp**. Kvinnor och män 25–64 år, åren 2004–2005. Åldersstandardiserat.



* BMI \geq 30. BMI-beräkningen baseras på självrapporterade uppgifter om längd och vikt.

** Socioekonomisk grupp baseras på nuvarande yrke för sysselsatta och senaste yrke för de som inte var sysselsatta.

Studenter som inte har haft ett tidigare arbete är inte inkluderade.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tabell 3. Arbetsmiljö och socioekonomisk grupp

Andelen (procent) i olika socioekonomiska grupper som i sin arbetsmiljö är utsatta för buller, flera ergonomiska belastningar, enformigt arbete samt jäktigt och psykiskt ansträngande arbete. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt för åren 2000–2005. Åldersstandardiserat.

Socioekonomiska grupper	Buller*		Flera ergonomiska belastningar**		Enformigt arbete		Jäktigt och psykiskt ansträngande arbete	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
	Procent		Procent		Procent		Procent	
Ej facklärd arbetare	32	45	67	70	32	34	28	22
Facklärd arbetare	19	68	69	74	14	24	52	22
Lägre tjänstemän	11	23	15	31	15	15	26	41
Tjänstemän på mellannivå	22	19	22	14	5	6	47	45
Högre tjänstemän	7	6	6	5	3	2	47	44
Företagare (inkl. jordbrukare)	11	31	47	56	11	11	24	29
Samtliga	19	33	35	41	14	16	39	34

*Med buller avses antingen konstant buller eller öronbedövande buller ibland.

**Dvs. minst två av följande fem belastningar: olämpliga arbetsställningar (krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga), tunga lyft, daglig svettning pga. kroppslig ansträngning, upprepade och ensidiga arbetsrörelser samt skakningar eller vibrationer.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Ett jäktigt och psykiskt ansträngande arbete är däremot vanligt i samtliga socioekonomiska grupper, och till skillnad från de flesta andra arbetsmiljöbelastningar är det vanligare högre upp på den socioekonomiska skalan. Ett undantag är dock kvinnor i facklärd arbetaryrken där hela 52 procent uppger att de har ett jäktigt och psykiskt ansträngande arbete. En vanlig yrkesgrupp bland dem är undersköterskor.

Familjesituationen har också betydelse för hälsa och välbefinnande. Ensamstående kvinnor med barn har genomgående mer besvär av både värk och nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med sammanboende med eller utan barn och ensamstående utan barn (figur 18). Samma mönster kan däremot inte ses när det gäller andelen med fetma.

Ensamstående mödrar löper också högre risk för att dö i förtid [7] och för att drabbas av någon svårare sjukdom [8]. Vidare har betydligt fler ett

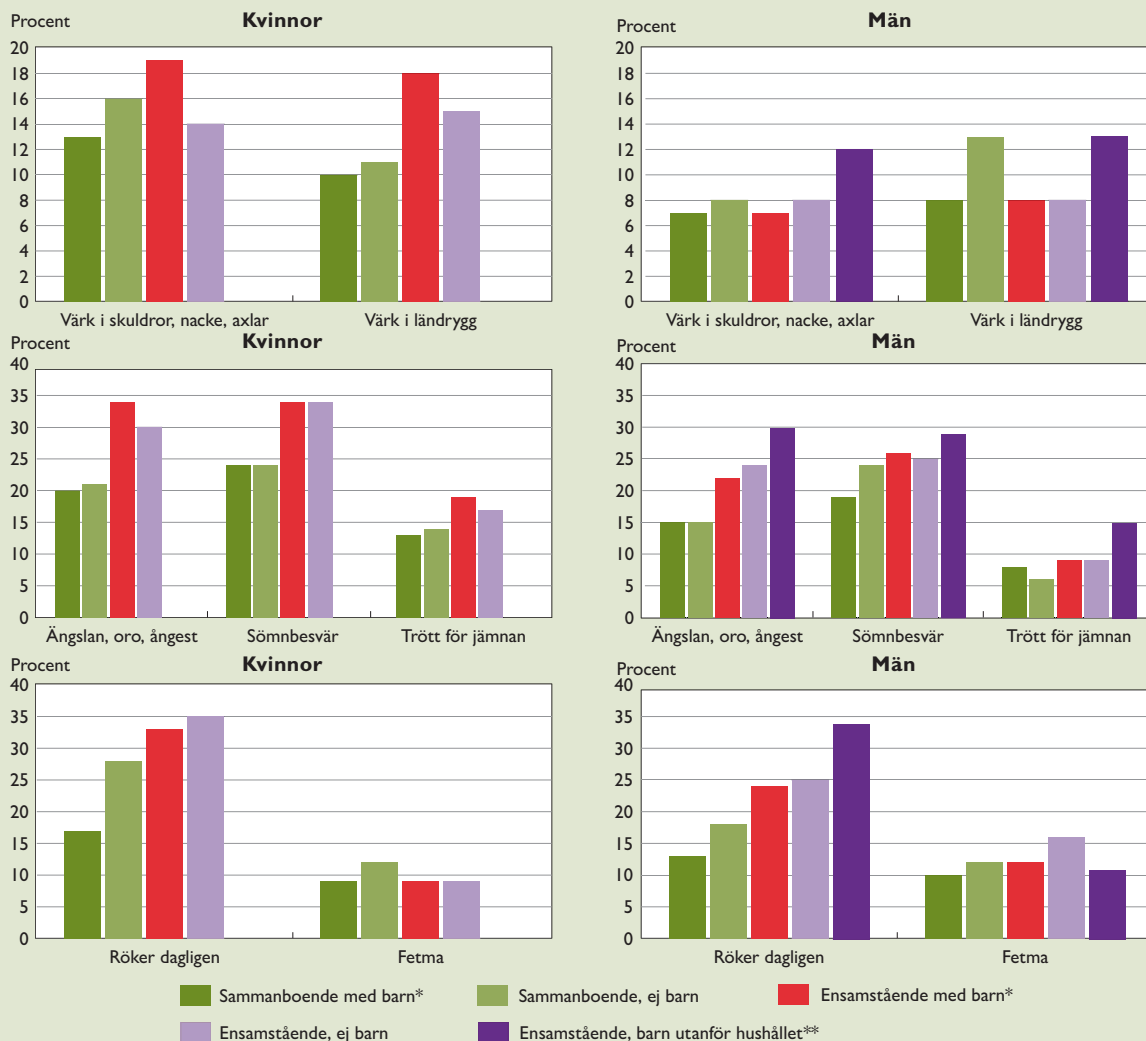
nedsatt allmänt hälsotillstånd jämfört med sammanboende mödrar [9].

Figur 18 visar att mäns psykiska välbefinnande genomgående är sämre bland ensamstående och bland dem som har barn utanför hushållet. Ensamstående män röker också mer än sammanboende män, i synnerhet den grupp av ensamstående män som inte bor tillsammans med barn de betalar underhåll för. Just denna grupp av fäder löper en starkt förhöjd risk att dö i förtid av skador och alkoholrelaterade orsaker, men även av hjärtinfarkt [10].

Ensamstående föräldrar har generellt sett sämre ekonomi och har ofta större problem med att få tiden att räcka till, vilket kan påverka hälsa och välmående. Nedsatt hälsotillstånd kan även ha bidragit till separationen och kan också ha påverkat vem som fått vårdnaden om gemensamma barn.

Figur 18. Familj och ohälsa

Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma fördelat efter familjesammansättning. Kvinnor och män 35–50 år, åren 2000–2005.



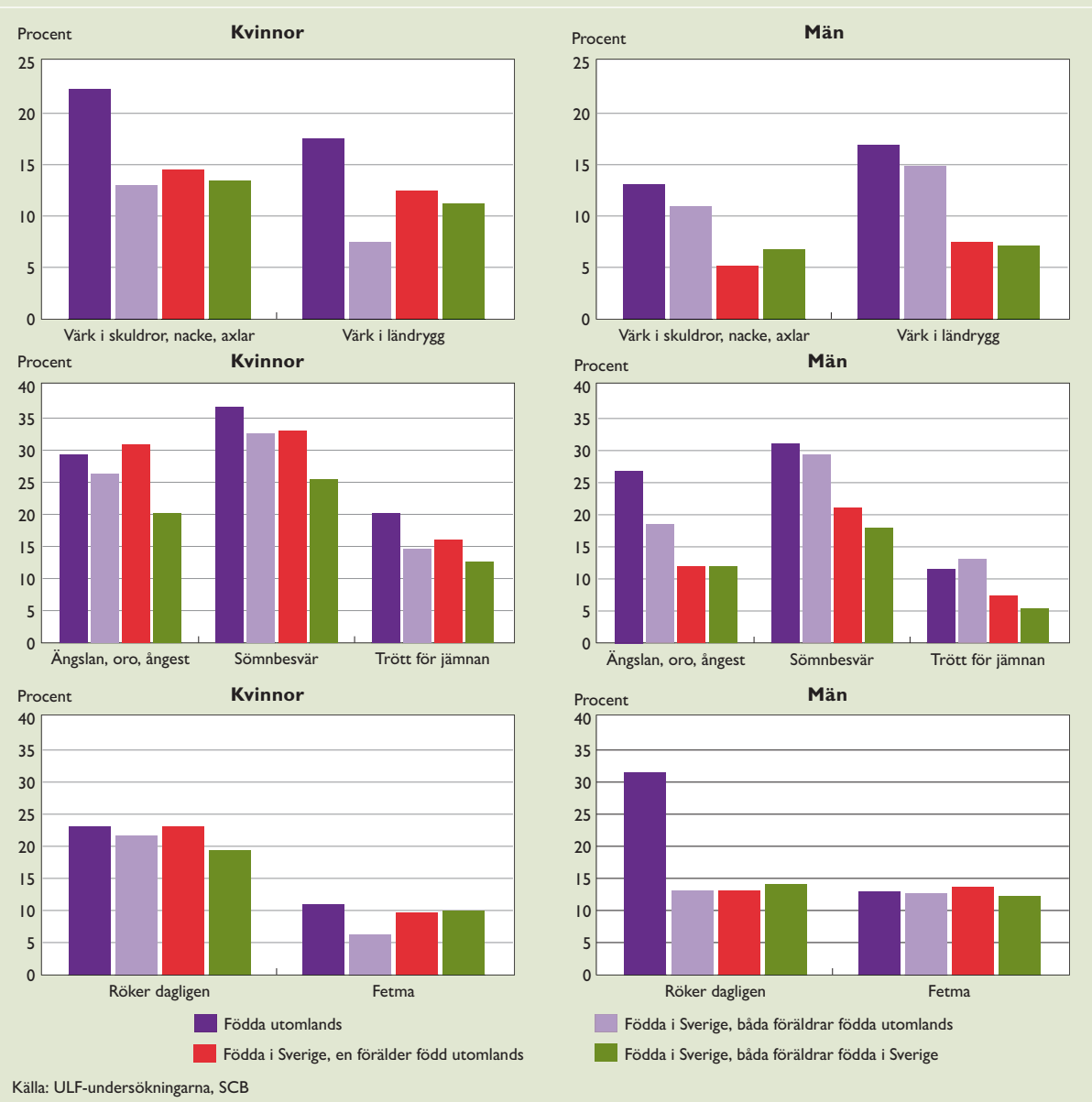
* Avser barn som bor helt eller delvis i undersökningens hushåll.

** "Barn utanför hushållet" betyder att undersökningens hushåll betalar underhållsbidrag för barn som inte bor i hushållet och att personen uppgett att de har barn som inte bor i hushållet. Antalet ensamstående kvinnor som hade "barn utanför hushållet" var så litet att resultaten för denna grupp inte redovisas i figuren.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

Figur 19. Ursprung och ohälsa

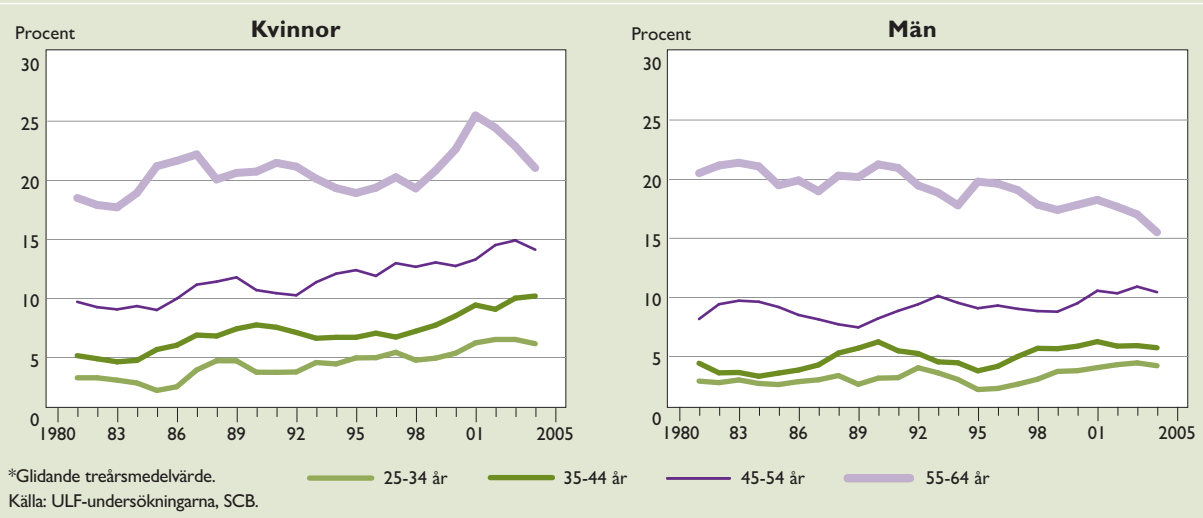
Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma fördelat efter ursprung. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt för åren 2004–2005. Åldersstandardiserade tal.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Figur 20. Nedsatt arbetsförmåga 1980–2005

Andel (procent) personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, perioden 1980–2005*.



Det är vanligare att personer som är födda utomlands har nedsatt psykiskt välbefinnande och värkbesvär än personer födda i Sverige (figur 19). Rökning är ungefär lika vanligt bland utlandsfödda och sverigefödda kvinnor, medan det är dubbelt så vanligt att utlandsfödda män är rökare jämfört med män som är födda i Sverige. Hälsoskillnader mellan sverigefödda och utlandsfödda människor och dess orsaker diskuteras mer i kapitlet Migration och hälsa.

Arbete och hälsa

Nedsatt arbetsförmåga

Nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom var lika vanligt bland kvinnor som bland män på 1980-talet, men sedan dess har det blivit vanligare bland kvinnor (figur 20) och andelen

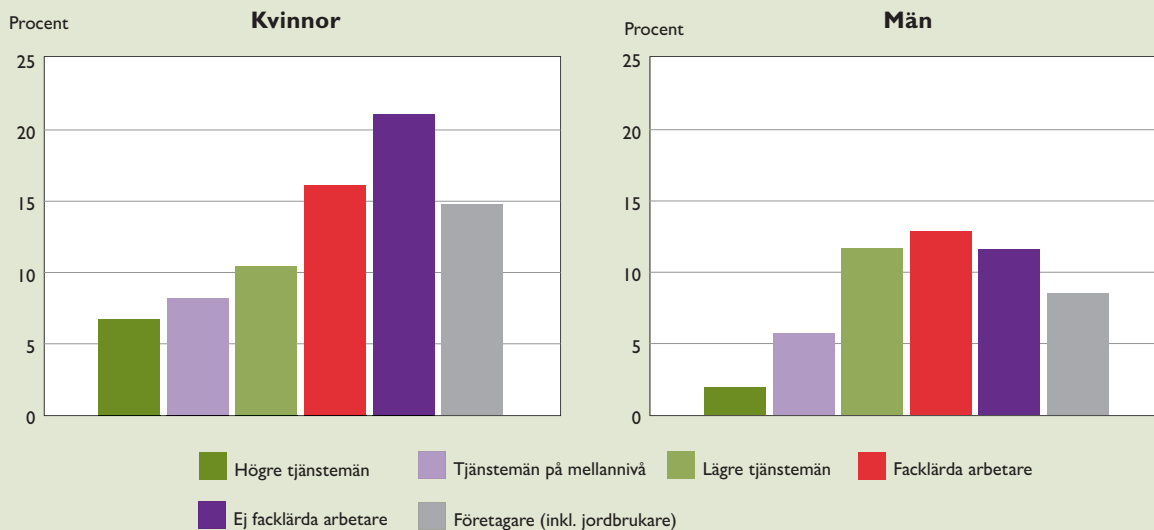
har ökat bland kvinnor i alla åldersgrupper i förvärvsaktiv ålder. Under samma period har andelen med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom minskat bland män i åldersgruppen 55–64 år, och för de övriga åldersgrupperna ses en svag ökning.

Nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom är starkt relaterat till vilken typ av yrke man har eller har haft, vilket avspeglar sig i de stora skillnader som finns mellan olika socioekonomiska grupper (figur 21). Skillnaderna är betydligt större bland kvinnor än bland män.

Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är olika vanligt i olika familjekonstellationer, och det är mindre vanligt bland sammanboende med barn som bor i hushållet jämfört med de flesta andra familjekonstellationer (figur 22). Ensamstående mödrar är den grupp som oftast uppger nedsatt arbetsförmåga. Nedsatt arbetsförmåga på grund

Figur 21. Nedsatt arbetsförmåga i olika socioekonomiska grupper

Andel (procent) personer som uppger nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i olika socioekonomiska grupper. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt åren 2004–2005. Åldersstandardiserat.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

av sjukdom är också vanligare bland personer som är födda utomlands än bland sverigefödda (figur 22). Personer som är födda i Sverige av två utlandsfödda föräldrar uppger bättre arbetsförmåga än övriga grupper.

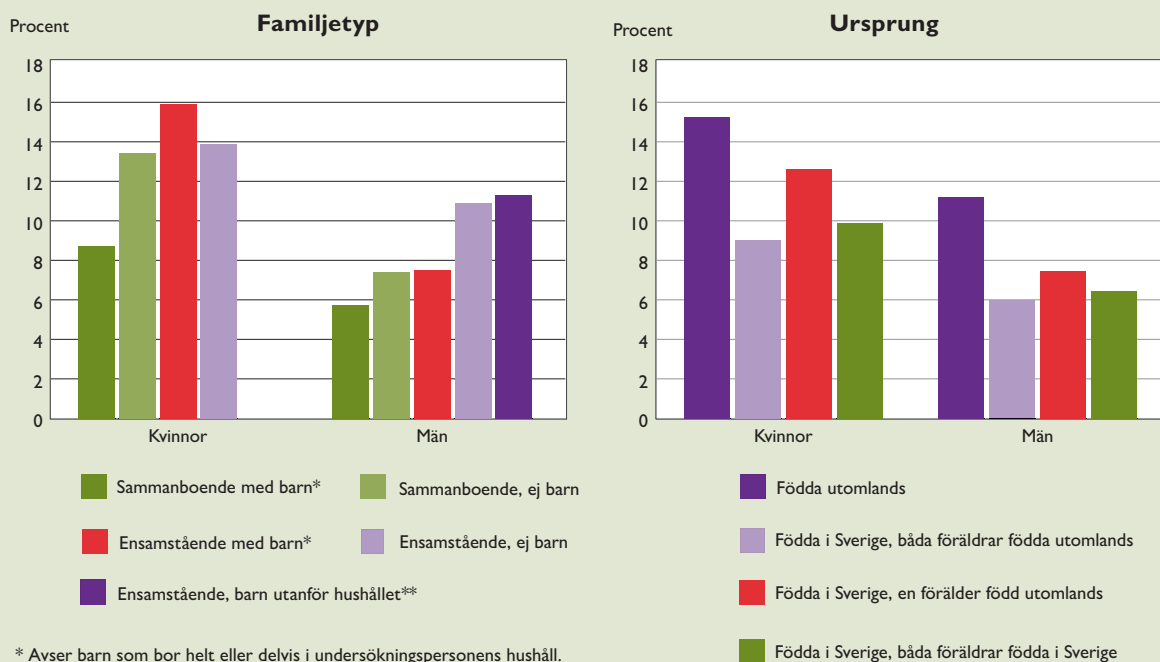
Sämre hälsa bland dem som är utanför arbetsmarknaden

Hälsan har stor betydelse för att man ska kunna arbeta ända fram till pensionen, men också för att man överhuvudtaget ska komma in på arbetsmarknaden. De vanligaste orsakerna till att människor beviljas sjuk- och aktivitetsersättning är värk i rörelseorganen och psykiska besvär [11]. I figur 23 jämförs hälsan åren 2004–2005 mellan

sysselsatta och de som står utanför arbetsmarknaden, nämligen de som har sjuk- eller aktivitetsersättning, är arbetslösa, hemarbetande eller studerande. Svår värk är mycket vanligt bland dem som har sjuk- eller aktivitetsersättning, och ett nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland dem som står utanför arbetsmarknaden än bland sysselsatta. Studenter, både kvinnor och män, har mer besvär än sysselsatta när det gäller det psykiska välbefinnandet men inte när det gäller värk. Andelen rökare och andelen feta är lägre bland sysselsatta och studenter jämfört med övriga grupper.

Figur 22. Nedsatt arbetsförmåga fördelat efter familjetyp och ursprung

Andel (procent) personer i olika familjetyper och med olika ursprung som uppger i hög grad nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Kvinnor och män 35–50 år, åren 2000–2005.



* Avser barn som bor helt eller delvis i undersökningspersonens hushåll.

** "Barn utanför hushållet" betyder att undersökningspersonens hushåll betalar underhållsbidrag för barn som inte bor i hushållet och att up uppgett att de har barn som inte bor i hushållet. Antalet ensamstående kvinnor som hade "barn utanför hushållet" var så litet att resultaten inte redovisas i figuren.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB.

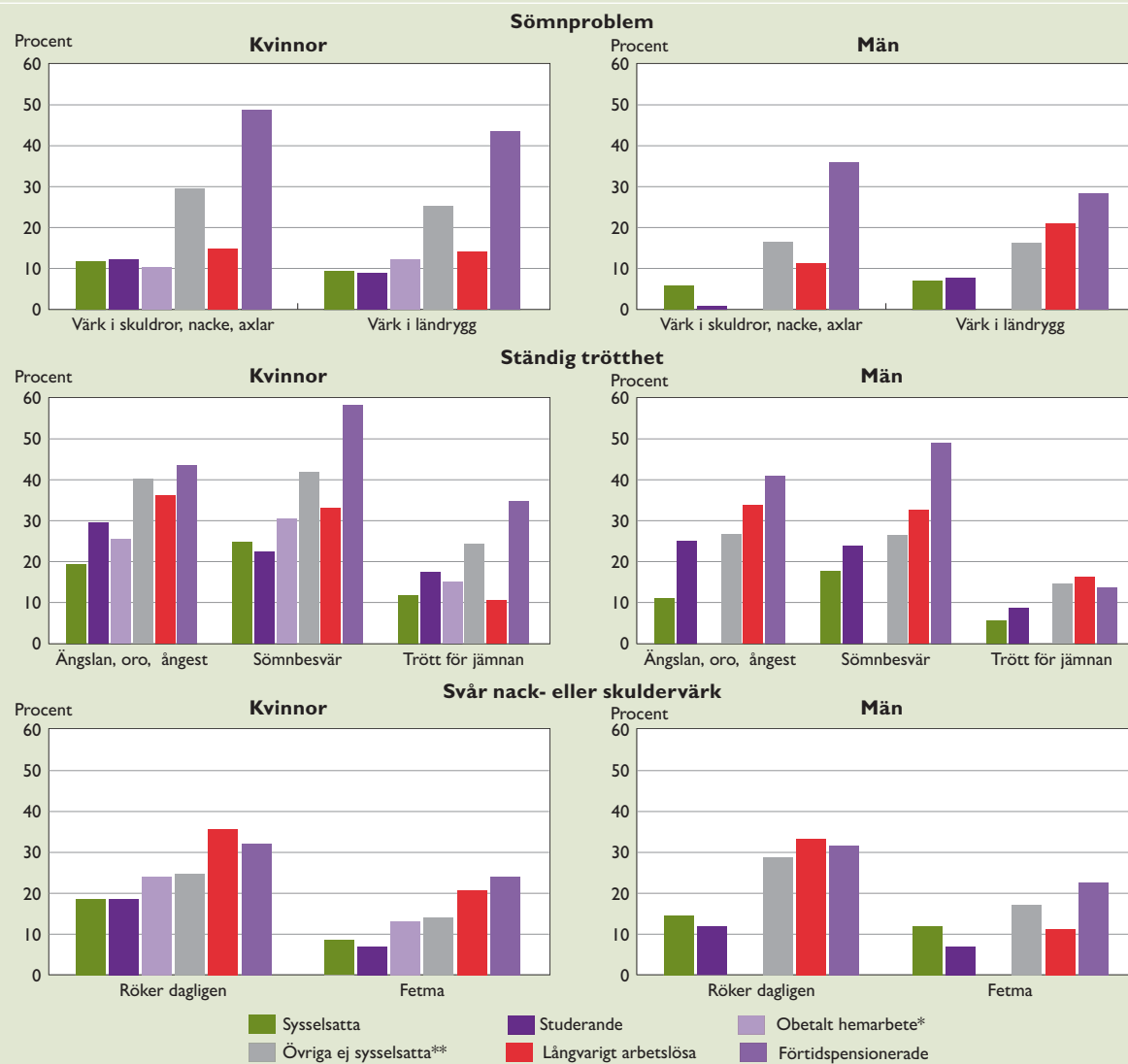
Arbetsmiljö och ohälsa

Förvärvsarbete ger naturligtvis en inkomst, men också en social identitet och ett socialt stöd, något som bidrar till en god hälsa. Nedan diskuteras emellertid endast riskerna i arbetsmiljön eftersom de har studerats mer än arbetets hälsobringande effekter. När man undersöker hur vanliga olika hälsobesvär är bland personer med olika arbetsmiljörelaterade belastningar riskerar dock arbets-

miljöns betydelse att underskattas [12]. Det beror på att de som drabbas av ohälsa i högre grad än andra lämnar sitt arbete och i stället tar ett lättare arbete eller hamnar utanför arbetsmarknaden. En del går också ned i arbetstid när hälsan försämras, vilket är en viktig anledning till att deltidsarbetande män har sämre hälsa än heltidsarbetande [13]. När kvinnor arbetar deltid beror det oftare

Figur 23. Sysselsättning och ohälsa

Andel (procent) personer med svår värk i skuldror, nacke eller axlar, med svår värk i ländrygg, med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, med sömnbesvär, med ständig trötthet, som röker dagligen respektive med fetma fördelat efter sysselsättningsstatus. Kvinnor och män 25–64 år, genomsnitt åren 2004–2005. Åldersstandardiserat.



*Obetalt hemarbete förekommer nästan bara bland kvinnor.

**Övriga ej sysselsatta är kortvarigt arbetslösa samt personer som inte söker arbete.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

på familjeskäl än på nedsatt arbetsförmåga. Detta medför att det inte finns några tydliga skillnader i ohälsa mellan kvinnor som jobbar heltid och deltid.

Risken att underskatta arbetsmiljöns betydelse för ohälsan gäller i synnerhet om arbetet kräver full fysisk eller psykisk funktionsförmåga. Dålig hälsa kan också leda till att man inte kan ta arbeten som kräver god hälsa. Det innebär att främst starka och friska människor får arbete i vissa krävande arbetsmiljöer. Inte oväntat har de yngsta på arbetsmarknaden, 16–29-åringarna, de fysiskt mest krävande och monotona jobben [14].

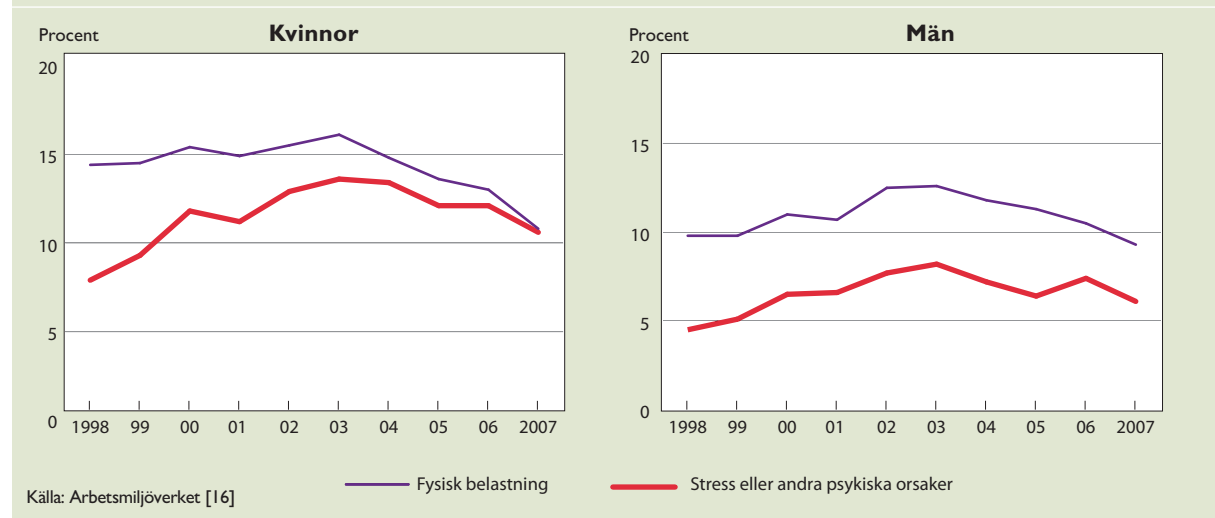
Arbetsmiljöverket genomför varje år intervjuundersökningar [15] där arbetstagare får svara på om de haft några kroppsliga eller andra besvär till följd av arbetet som gjort det svårt att utföra arbetet eller att utföra det dagliga hemarbetet, under

de senaste tolv månaderna. År 2006 svarade 27 procent av kvinnorna och 21 procent av männen att arbetet hade orsakat sådana besvär, och både kvinnor och män uppgav framför allt kroppsliga besvär. Av samtliga sysselsatta uppgav 9 procent att besvären även medfört sjukfrånvaro.

Mellan 1997 och 2003 fördubblades andelen som uppgav stress eller andra psykiska påfrestningar i arbetet som orsak till hälsobesvär, bland både kvinnor och män, men har därefter minskat något (figur 24), visar Arbetsmiljöverkets undersökningar [15]. Även besvär till följd av fysisk belastning ökade fram till 2003 för att sedan minska. I kapitlet Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär diskuteras hur utvecklingen av nedsatt psykiskt välbefinnande och värk i befolkningen kan relateras till bland annat förändringar av arbetsmiljön.

Figur 24. Orsaker till arbetsrelaterade besvär 1997–2007

Andel (procent) sysselsatta som uppger att de har besvär till följd av fysisk belastning respektive stress eller andra psykiska orsaker på arbetet. Kvinnor och män, perioden 1997–2007.



Många socialsekreterare, kuratorer samt gymnasie- och grundskolelärare anger att *psykiska påfrestningar* har orsakat besvär som gjort det svårt för dem att utföra sitt arbete eller att utföra det dagliga hemarbetet [15]. *Tung manuell hantering* är en vanlig orsak till besvär bland kokerskor, undersköterskor samt byggnads- och anläggningsarbetare. *Påfrestande arbetsställningar* orsakar besvär hos många kvinnor som arbetar som frisörer, kokerskor, undersköterskor samt process- och maskinoperatörer. Bland män är besvär av påfrestande arbetsställningar vanligast bland målare, lackerare, skorstensfejare, byggnadsträarbetare, inredningssnickare och installationstekniker.

Anmälda arbetsskador

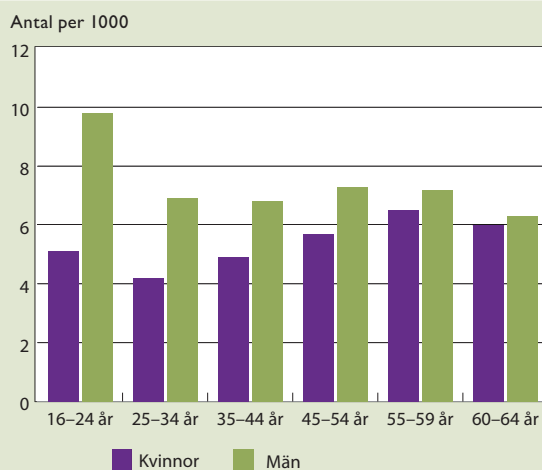
År 2007 registrerades 93 000 arbetsolyckor och 12 000 arbetssjukdomar i den officiella arbetsskadestatistiken [16]. Olyckorna inträffade samma år som de anmäldes medan arbetssjukdomar ofta beror på en långvarig skadlig inverkan av arbetsbelastningar.

Omkring 29 000 arbetsolyckor medförde sjukfrånvaro, varav en tredjedel ledde till frånvaro i över 14 dagar. Arbetsolyckorna som leder till frånvaro minskade med 5 procent mellan 2005 och 2007 [16] och det är framför allt olyckor med lång frånvaro som minskar [17]. I en del av byggsektorn har risken för arbetsolyckor emellertid ökat de senaste två åren.

Arbetsolyckor är vanligare bland män än bland kvinnor, och år 2007 inträffade 8 arbetsolyckor per 1 000 förvärvsarbetande män och 5 per 1 000 förvärvsarbetande kvinnor. Högst andel arbetsolyckor återfinns bland män i åldersgruppen 16–24 år (figur 25).

Figur 25. Anmälda arbetsolyckor

Antal anmälda arbetsolycksfall per 1 000 förvärvsarbetande. Kvinnor och män i olika åldrar år 2007. Fall med minst en frånvarodag. Arbetstagare och egenföretagare.



Källa: AVISA, Arbetskraftsundersökningarna (AKU), Arbetsmiljöverket [17]

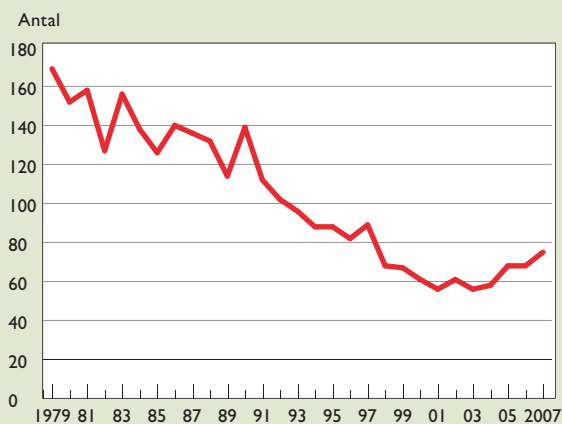
De största riskerna för arbetsolycksfall finns för kvinnor och män i näringsgrenarna trävaruutllverkning, transportmedellstillverkning, stål- och metallframställning, utvinning av mineral och avfallshantering [16].

År 2007 inträffade 75 dödsolyckor bland förvärvsarbetande, vilket motsvarar 1,7 dödsfall per 100 000 sysselsatta. Mer än 90 procent av olycksfallen med dödlig utgång inträffar bland män. Risken att råka ut för en dödsolycka i arbetslivet är störst bland personer över 55 år och näst störst bland personer under 30 år [17]. Risken är också större bland egenföretagare än bland anställda. Den i särklass mest drabbade branschen är jord- och skogsbruk (24 dödsolyckor på 100 000 sysselsatta) och näst vanligast är byggverksamhet (6 dödsolyckor på 100 000 sysselsatta) [17].

Fram till år 2003 minskade det årliga antalet dödsolyckor i arbetslivet (figur 26), men mellan åren 2003 och 2007 ökade antalet dödsolyckor med 35 procent medan antalet förvärvsarbetande ökade med 9 procent. Ökningen av dödsolyckorna tycks ha fortsatt under första halvan av år 2008 [17]. I byggbranschen hade dubbelt så många omkommit under första halvåret 2008 jämfört med samma period 2007. Enligt Arbetsmiljöverket kan denna ökning bero på att många startar egna företag inom bygg- och anläggningsbranschen utan att ha tillräckliga kunskaper i arbetsmiljöfrågor. En annan förklaring är att de stora företagen numera i allt högre grad anlitar mindre företag i sina byggprojekt och att de inte ställer tydliga arbetsmiljökrav på dessa underleverantörer.

Figur 26. Dödsfall till följd av olyckor på arbetsplatser 1979–2007

Antal olycksfall med dödlig utgång på arbetsplatser, perioden 1979–2007*.



* Estoniakatastrofen som inträffade år 1994 är inte inräknad.

Källa: Arbetsmiljöverket

Arbetsjukdomar är vanligare bland kvinnor än bland män, och 2007 anmäldes 3 arbetsjukdomar bland kvinnor jämfört med 2 bland män per 1 000 förvärvsarbetande. Antalet arbetsjukdomar har dock minskat med 54 procent sedan år 2003 då vi hade den senaste toppen, och minskningen är lika stor för kvinnor som för män [16].

Risken för arbetsjukdomar ökar med åldern. Den vanligaste orsaken till arbetsjukdomar är fysisk belastning, vilket ligger bakom 50–60 procent av alla anmälda arbetsjukdomar bland både kvinnor och män [18]. Bland kvinnor var psykosociala och organisatoriska faktorer den näst vanligaste orsaken, och de stod för var tredje arbetsjukdom. Buller var näst vanligast bland män (16 procent). Kemiska och biologiska ämnen orsakar 8–9 procent av arbetsjukdomarna bland både kvinnor och män.

Risken för att drabbas av någon arbetsjukdom varierar i olika näringsgrenar, men för kvinnor är risken i särklass störst inom transportmedelstillverkning (14 per 100 000 förvärvsarbetande). Bland män är risken störst vid stål- och metallframställning (7 per 100 000). Vid jämförelse mellan olika yrken visar det sig att kvinnliga montörer har störst risk att råka ut för en arbetsjukdom [16].

Referenser

1. Stanfors M. *Education, labor force participation and changing fertility patterns. A study of women and socioeconomic change in twentieth century Sweden.* [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds Universitet, Department of Economic History; 2003.
2. Benschlomo Y, Smith GD, Shipley M, Marmot MG. Magnitude and Causes of Mortality Differences between Married and Unmarried Men. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 1993;47(3):200–5.
3. Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, Ekblom A, Pavia M, Adami HO. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. *The New England Journal of Medicine.* 1994 Jul 7;331(1):5–9.
4. Skjöld C. Arbetets fysiska krav påverkar motionsvanorna. *Välfärd.* 2007(3):12–3.
5. Gillen M, Yen IH, Trupin L, Swig L, Rugulies R, Mullen K, et al. The association of socioeconomic status and psychosocial and physical workplace factors with musculoskeletal injury in hospital workers. *Am J Ind Med.* 2007 Apr;50(4):245–60.
6. Aittomäki A, Lahelma E, Rahkonen O, Leino-Arjas P, Martikainen P. The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *Eur J Public Health.* 2007 Apr;17(2):145–50.
7. Ringbäck Weitoft G, Haglund B, Rosén M. Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet.* 2000;355:1215–19.
8. Ringbäck Weitoft G, Haglund B, Hjern A, Rosén M. Mortality, severe morbidity and injury among long-term lone mothers in Sweden. *International Journal of Epidemiology.* 2002;31:573–80.
9. Fritzell S, Ringbäck Weitoft G, Fritzell J, Burström B. From macro to micro: The health of lone mothers during changing economic circumstances. *Social Science and Medicine.* 2007;65:2474–88.
10. Ringbäck Weitoft G, Burström B, Rosén R. Premature mortality among lone fathers and childless men. *Social Science and Medicine.* 2004;59:1449–59.
11. Försäkringskassan. *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2006 2007.* Statistik 2007:2.
12. Garcia A, Checkoway H. A glossary for research in occupational health. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2007;57:7–10.
13. Hemström Ö. Does the work environment contribute to excess male mortality? *Social science & medicine.* 1999 Oct;49(7):879–94.
14. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 2007.* Stockholm: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån, 2008. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:4.
15. Arbetsmiljöverket. *Arbetsorsakade besvär 2006.* Arbetsmiljöverket, Statistiska centralbyrån, 2006. Statistiska meddelanden AM 43 SM 0601.
16. Arbetsmiljöverket. *Arbetsskador 2007 preliminära uppgifter.* Solna: 2008. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:2.
17. Arbetsmiljöverket. *Analys av utveckling av dödsfall till följd av olyckor på arbetsplatser.* Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2008.
18. Arbetsmiljöverket. *Statistik om belastningsergonomi.* Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2007. Arbetsmiljöstatistik, rapport 2007:6.