

# KVINNORS HÄLSA FÖRSÄMRAD SEDAN 1993

**Tidigare studier har visat att särskilt yngre kvinnors hälsotillstånd försämrats under 1980-talet. Studier genomförda i nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm tyder på en fortsatt försämring av kvinnors hälsa. Resultaten visar att kvinnor under 1995 skattar sin hälsa som sämre, redovisar ökad förekomst av besvär och gör fler läkarbesök än under 1993.**

Vi har i Sverige under en lång följd av år – åtminstone fram till mitten av 1980-talet – haft en kontinuerlig förbättring av människors hälsa och sociala situation. Dock finns tecken på att denna gynnsamma utveckling nu håller på att brytas. Data från levnadsvillkorsundersökningar 1981 och 1991 talar för att hälsotillstånd och levnadsvillkor nu håller på att försämrats. En särskilt utsatt grupp tycks vara unga kvinnor, bland vilka rapporteras en markant ökning av olika symtom och besvär, som värk i leder och psykiska besvär [1].

Socialstyrelsens folkhälsorapport 1994 ger en likartad, negativ bild av hälsoutveckling bland kvinnor 16–64 år. Hälsoläget bland män i motsvarande åldersgrupp tycks dock ha förbättrats, liksom för män och kvinnor från 65 år och uppåt [2].

I en rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län anges att värk från rörelseorganen ökat under 1980-talet främst bland kvinnor men att förändringar av arbetsmiljön ändå inte kan förklara den stora könsskillnaden [3]. Man

påpekar att kvinnor i allt större utsträckning upplever psykisk påfrestning i arbetet. Vidare betonas att mäns och kvinnors olika livsvillkor utanför arbetslivet inverkar på hälsan.

## POSTENKÄTER OM HÄLSA

Ett slumpurval på vardera 4 200 personer från befolkningen i nordvästra sjukvårdsområdet (ca 270 000 invånare) i Stockholms län har under 1993 och 1995 erhållit postenkäter med frågor om hälsa, vårdutnyttjande och attityder till vården.

Urvalet 1993 utgjordes av ett ålders- och kommunstratifierat urval av hela befolkningen i de sju kommunerna, medan urvalet 1995 endast var kommunstratifierat. Vid bearbetningarna har hänsyn tagits till dessa skillnader i urvalsförfarande genom att alla analyser gjorts efter uppdelning på femårsklasser (förutom treårsklassen 18–20 år). Svarefrekvensen var bägge åren 70 procent.

## Självsfattade hälsan

Enkättagarna ombads att skatta sin hälsa på en skala från 1 till 7, där 1 stod för »mycket dålig» och 7 för »alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre» [4]. Även om självskattad hälsa är en dimension som endast delvis speglar den faktiska hälsosituationen utgör sådan självskattning en stark prediktor för såväl mortalitet som funktionshinder [5, 6].

I enkäterna fick deltagarna också uppge om de besvärats av något eller några av sammanlagt 30 uppräknade besvär under de tre senaste månaderna. Dessa besvär har med hjälp av faktoranalys sammanfattats i fem huvudgrupper: psykosomatiska, gastrointestinala, besvär relaterade till leder och muskler, huvudvärk/trötthet samt besvär från cirkulationsorganen.

## Antal läkarbesök angavs

I tidigare folkhälsorapporter saknas uppgifter om vårdutnyttjande. I denna studie redovisas hur totala antalet läkar-

besök förändrats mellan 1993 och 1995. För 1993 fick intervjupersonerna ange det exakta antalet besök, medan vi 1995 använde oss av kategoriindelningen: noll, ett, två, tre till fem respektive fler än fem besök. Den införda beräknings-schablonen för 1995 (tre till fem besök räknas som fyra, fler än fem besök som sju) innebär en viss osäkerhet vid jämförelser för de 10–15 procent av enkättagarna som gjort tre eller fler läkarbesök. Detta påverkar dock knappast skillnaderna i besöksutveckling mellan män och kvinnor. Separata analyser visar att korrelationen mellan antalet läkarbesök och självskattad hälsa för 1993 och 1995 är stabil, 0,38 respektive 0,41 för män och 0,42 respektive 0,45 för kvinnor. Dessa likartade samband ger stöd för att skattningarna av antalet läkarbesök 1993 och 1995 är jämförbara.

## STATISTISKA METODER

Förekomst av skillnader mellan 1993 och 1995 har studerats med variansanalys, där kön, ålder och undersökningsår ingår som oberoende variabler. I modellerna ingår även samspelstermer mellan kön/ålder, kön/undersökningsår samt ålder/undersökningsår. Detta innebär att vi studerar dels om det framträder systematiska skillnader mellan undersökningsåren, dels om det finns mer specifika skillnader relaterade till kön och/eller ålder. I de fall signifikanta (på 5-procentsnivå) samspelstermer mellan kön och undersökningsår framträder har separata analyser genomförts för män och kvinnor. Vid signifikanta skillnader mellan undersökningsåren anges signifikansnivån inom parentes.

## RESULTAT

Kvinnor i hela åldersintervallet 18–65 år skattade sin hälsa som sämre ( $P < 0,01$ ) 1995. Bland män framträdde inga systematiska förändringar av självskattad hälsa mellan 1993 och 1995 (Figur 1 A–B). Resultaten stämmer väl med de slutsatser som redovisats i Folkhälsorapporten 1994 – för-

## Författare

STIG ELOFSSON

fil dr, Socialhögskolan, Stockholms universitet

ANNA-LENA UNDÉN

dr med

INGVAR KRAKAU

universitetslektor; båda vid allmänmedicinska enheten, NVSO, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

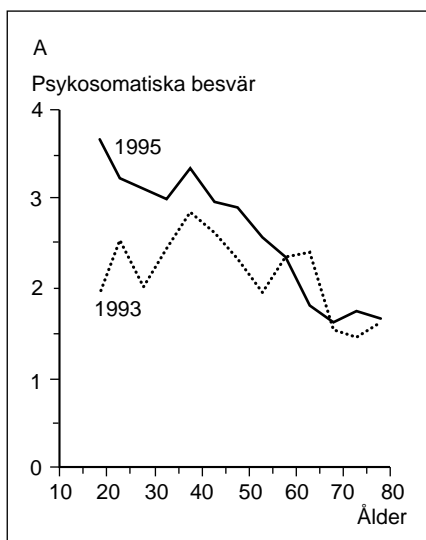
**ANNONS**



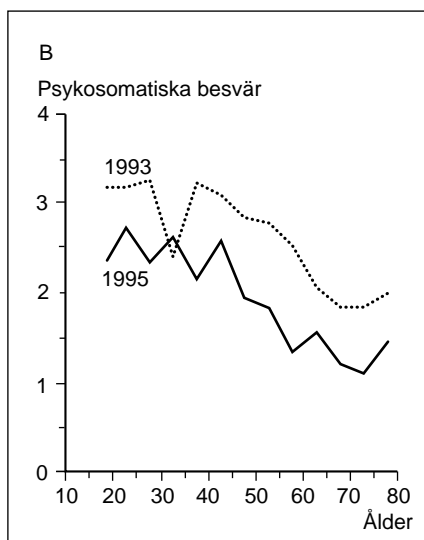
**Figur 1.** Skattning av hälsa (medelvärden) i olika åldersgrupper 1993 och 1995 i nordvästra sjukvårdsområdet. A. Kvinnor. B. Män.



1995 i nordvästra sjukvårdsområdet. A. Kvinnor. B. Män.

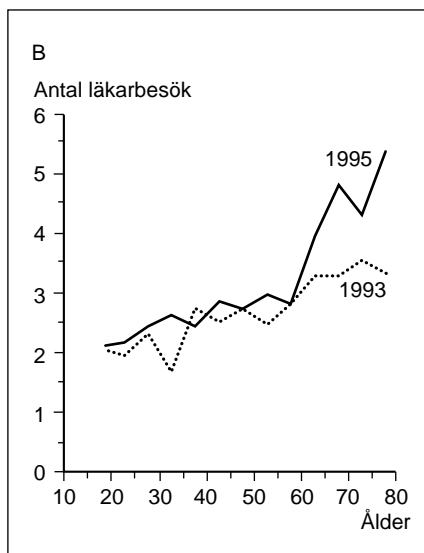
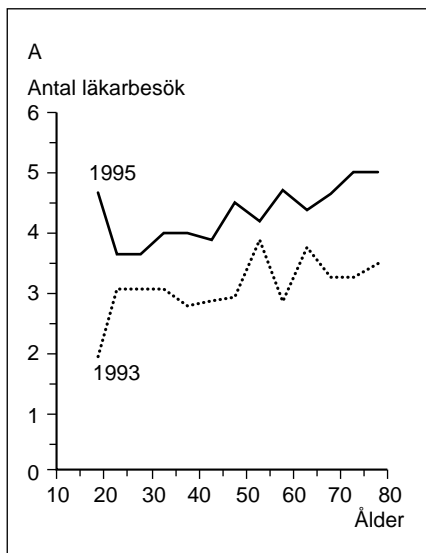


**Figur 2.** Förekomst av psykosomatiska besvär (medelvärden) i olika åldersgrupper 1993 och 1995 i nordvästra sjukvårdsområdet. A. Kvinnor. B. Män.



1993 och 1995 i nordvästra sjukvårdsområdet. A. Kvinnor. B. Män.

**Figur 3.** Antal läkarbesök under senaste året (medelvärden) i olika åldersgrupper 1993 och 1995 i nordvästra sjukvårdsområdet. A. Kvinnor. B. Män.



sämringen av kvinnors hälsa tycks ha fortsatt.

### Psykosomatiska besvär ökar

Bland kvinnor mellan 18 och 65 år, särskilt i yngre åldrar, ses en ökad frekvens både då det gäller psykosomatiska besvär, huvudvärk/trötthet och gastrointestinala besvär mellan 1993 och 1995. För psykosomatiska besvär och huvudvärk/trötthet finns en tydlig tendens till att män uppger färre besvär 1995 än 1993 ( $P < 0,05$ ), medan det inte har skett någon större förändring av gastrointestinala besvär. Då det gäller psykosomatiska besvär (Figur 2 A–B) och huvudvärk/trötthet skiljer sig förändringarna tydligt mellan män och kvinnor ( $P < 0,05$ ).

### Fler läkarbesök

Bland kvinnor ökade det genomsnittliga antalet läkarbesök under det senaste året från 3,2 till 4,1 ( $P < 0,001$ ), en ökning som var relativt likartad i de olika åldersgrupperna. Bland män skedde ingen liknande ökning – medelvärdena var 2,8 respektive 2,9. Däremot noterades en viss ökning bland män över 60 år (Figur 3 A–B).

### Ingen skillnad mellan socialgrupper

I de i inledningen refererade rapporterna framhävs att det främst är kvinnor från lägre socialgrupper som drabbats, vilket lett till större socioekonomiska skillnader bland kvinnor.

Vi har även studerat utvecklingen av självskattad hälsa mellan 1993 och 1995 för kvinnor med och utan gymnasieutbildning. Jämför man utvecklingen mellan 1993 och 1995 i dessa båda grupper efter kontroll för ålder framträder försämringen minst lika tydligt bland kvinnor som har gymnasieutbildning som bland kvinnor med lägre utbildning. Bland männen framträder inga skillnader när det gäller hälsoutveckling som kunde kopplas till utbildningsnivå.

### Samband med ålder

Kvinnornas upplevda hälsa tycks ha försämrats på ett likartat sätt i hela åldersspannet 18–65 år mellan 1993 och 1995. Däremot verkar förekomsten av psykosomatiska besvär, huvudvärk/trötthet och gastrointestinala besvär öka främst bland yngre kvinnor, en grupp som på senare tid varit särskilt drabbad av arbetslöshet och ekonomiska problem.

### Ingen större social förändring

De intervjuade fick även skatta hem- och familjesituation, arbetssituation,

ekonomi samt fritid på en sjugradig skala. I samtliga fall tycks det knappast ha skett någon framträdande förändring mellan 1993 och 1995 vare sig för män eller kvinnor. Vi kan således inte finna någon parallell förändring i den sociala situationen – med avseende på arbete, familj eller ekonomi – som direkt kan kopplas till den försämring i hälsosituationen som noteras bland kvinnor.

## DISKUSSION

Vi kan alltså under den aktuella tvåårsperioden notera en fortsatt försämring bland kvinnor när det gäller självskattad hälsa och förekomst av stressrelaterade besvär. Det finns också tecken på att kvinnorna under 1995 har gjort fler läkarbesök.

I debatten kring hälsoutvecklingen under den senaste tiden har man speciellt uppmärksammat resultat från Danmark som redovisats av Institutet för Klinisk Epidemiologi i Köpenhamn, den s k DIKE-rapporten [7].

I dessa studier har man visat att Danmark märkbart saktat efter övriga OECD-länder när det gäller ökning av medellivslängden. Speciellt allvarligt har man i Danmark sett på hälsoutvecklingen bland kvinnor och barn. Många menar att utvecklingen i Danmark till stor del kan förklaras av högre konsumtion av tobak och alkohol samt mer allmänt av försämrade levnadsvanor som ger ökade risker för sjuklighet.

I Socialstyrelsens folkhälsorapport beskrivs förändringen av levnadsvanor i Sverige som närmast positiv, och man anger inte att försämringar av kvinnors hälsa direkt kan kopplas till försämrade levnadsvanor. Då det gäller den framtida utvecklingen drar man dock slutsatsen att vi i framtiden måste räkna med en ökning av andelen människor med såväl sociala och ekonomiska problem som hälsoproblem.

På längre sikt kan givetvis den höga arbetslösheten kombinerad med nedskärningar inom den offentliga sektorn, liksom i Danmark, negativt påverka befolkningens levnadsförhållanden. Det är också möjligt att se en annan parallell som är mer direkt kopplad till nedskärningar inom välfärdssystemet. Dessa nedskärningar torde i ovanligt stor utsträckning drabba just kvinnor. Det har troligen inneburit en allt större påfrestning i arbetet i form av försämrade psykosocial arbetsmiljö och ångest/oro inför hot om arbetslöshet men också mer konkreta försämringar i ekonomi och offentlig service såsom barnomsorg och sjukvård.

## Livsvillkoren påverkar hälsan

I Folkhälsorapport för Stockholms län pekar man på att det inte bara är

inom arbetslivet, utan också utanför som livsvillkoren skiljer sig mellan män och kvinnor. Som exempel på detta pekar man på att det är vanligare att yrkesarbetande med betungande hemarbete utan hjälp uppger att de har ont i nacke/axlar än att de som har betungande hemarbete med hjälp gör det. Man finner också att fler ensamstående kvinnor med barn uppger att de flera gånger i veckan har värk i kroppens rörelseorgan än vad sammanboende kvinnor med barn gör. Även om vi ännu har relativt begränsad kunskap om sambandet mellan livsvillkor utanför arbetslivet och hälsa är det uppenbart att dessa livsvillkor har betydelse. Separata analyser visar att det finns en tydlig koppling mellan skattning av hälsa och skattning av familj, arbete, ekonomi och fritid. Individens totala situation har således stor betydelse för hur hälsotillståndet upplevs.

Tyvärr är det inte möjligt att göra djupare analyser av vad som kan dölja sig bakom de observerade förändringarna med tillgängliga data. Det finns dock vissa tendenser som tyder på att kvinnor, speciellt yngre, skattar kondition och energi lägre 1995. Här är det dock svårt att avgöra om detta handlar om förändringar i livsstil (t ex mer stillasittande arbete, dubbelarbete eller allmänt sämre fysisk status) eller om detta skall ses som en annan indikator på en försämrad hälsosituation. Upplevd, självskattad hälsa torde till en del spegla livskvalitet och har också visat sig kunna förutsäga såväl mortalitet som funktionshinder [5, 6].

## Obruten försämring av kvinnors hälsa

Vår studie tyder sammanfattningsvis på att senare års utveckling mot en försämring av kvinnors hälsa ännu inte är bruten. Det finns även tecken på att såväl olika typer av besvär som sjukvårdsutnyttjandet ökar bland kvinnor. Den försämring i självskattad hälsa som vi noterar behöver naturligtvis inte direkt innebära en ökad sjuklighet, men kopplingen till besvär av psykosomatisk karaktär måste ses som negativa tecken, vilka på sikt kan få somatiska konsekvenser. Det är därför angeläget med fortsatta studier i olika delar av landet i vilka man kontinuerligt följer hälsoutveckling och vårdutnyttjande, speciellt vad gäller kvinnor. Det finns också stort behov av ytterligare forskning som belyser kopplingen mellan såväl subjektiv som objektiv hälsa och individens totala livssituation.

## Referenser

1. Fritzen J, Lundberg O, red. Kvinnor, män och välfärdens utveckling. Särtryck 435.

Stockholm: Institutet för socialforskning, 1994.

2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994. SoS-rapport 1994:9.
3. Folkhälsorapport 1994 om hälsoutvecklingen i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1994
4. Tibblin G, Tibblin B, Peciva S, Kullman S, Svärdsudd K. The Göteborg quality of life instrument – An assessment of well-being and symptoms among men born in 1913 and 1923. Scand J Prim Health Care Suppl 1990; 1: 7-10.
5. Rudberg M, Furner S, Cassel C. Measurement issues in preventive strategies: past, present and future. Am J Clin Nutr 1992; 55: 1253-6.
6. Carlsson G, Arvidsson O. Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid. Stockholm: Natur och Kultur, 1994
7. Bjerregaard P, Juel K. Middellevetid og dødelighed. Köpenhamn: Dansk institut for klinisk epidemiologi, 1993.