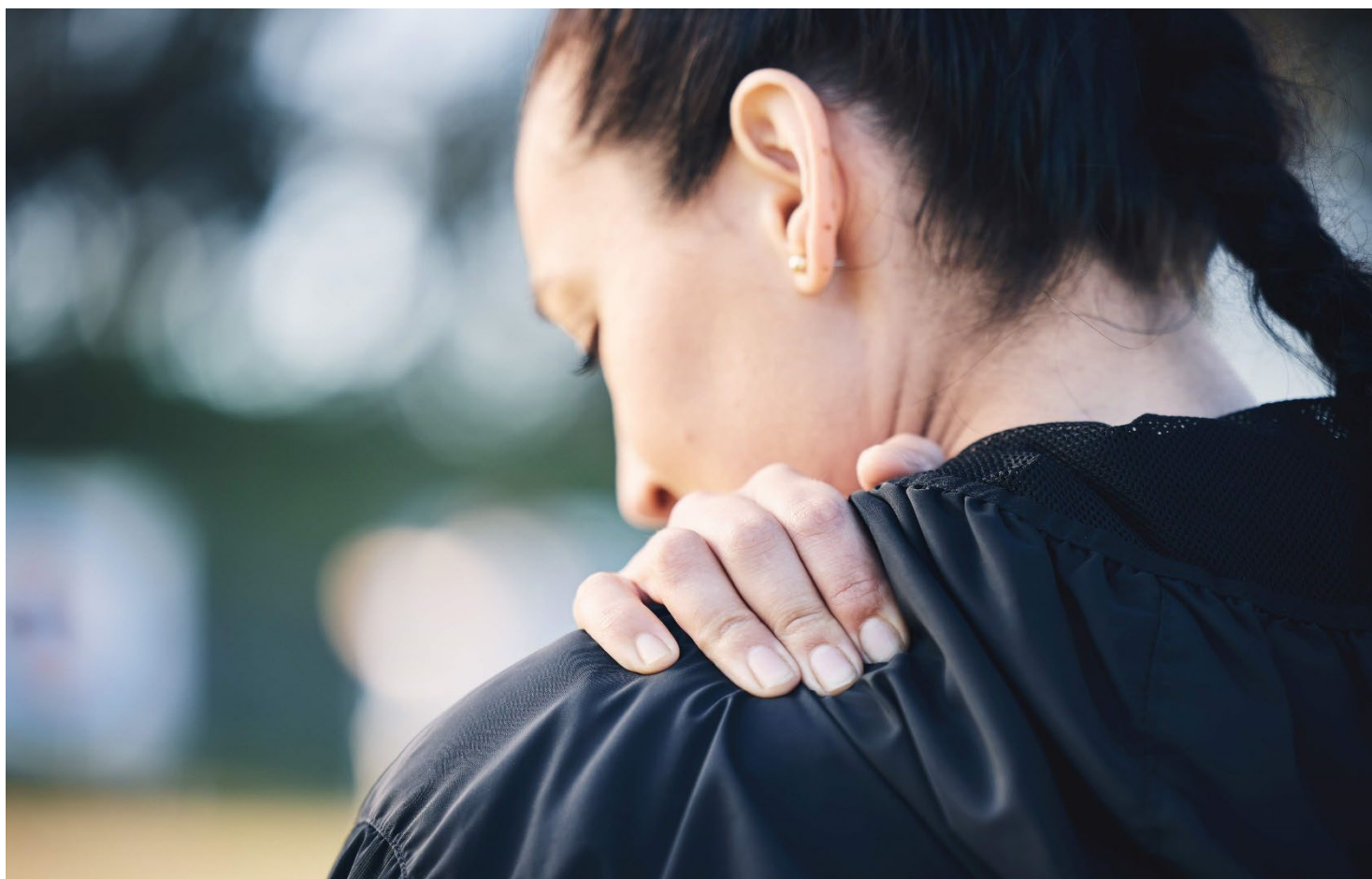




Förekomsten av långvarig smärta i Stockholms län



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Gebreslassie M, Bartelink V. Förekomsten av långvarig smärta i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2025. Rapport 2025:3.

Vi vill tacka Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) för de psykosociala och fysiska jobbxponeringsmatriserna som användes för att undersöka relationen mellan fysiska och psykiska belastning i arbetet och långvarig smärta.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.slso@regionstockholm.se

Rapport 2025:3

ISBN 978-91-988022-6-9

Författare: Mihretab Gebreslassie, Vicky Bartelink

Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Mostphotos/Yuri Arcurs

Stockholm maj 2025

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Akut smärta fyller en viktig funktion i kroppen genom att signalera att något är fel, såsom en skada eller sjukdom. Den typen av smärta går ofta över av sig själv, och annars kan vi lindra den med smärtstillande läkemedel eller genom att behandla av orsaken till smärtan. Men om smärtan inte går över och håller på i minst tre månader, kallas det för långvarig smärta. Långvarig smärta är idag ett av de största folkhälsoproblemen i Stockholms län, och utmanar inte bara de individer som lider av smärta utan även hälso- och sjukvården.

I Region Stockholms Folkhälsorapport 2023 beskrivs saknaden av detaljerad kunskap om smärtans allvarlighetsgrad, förekomst och orsaker som en utmaning för folkhälsoarbetet i länet. Som ett steg i att öka den kunskapen bjöd vi under 2023 in ett urval av stockholmare för att svara på en enkät om smärta. Denna rapport är en första del i en serie av rapporter som fokuserar på långvarig smärta.

Vi vill tacka alla som bidrog med värdefull kunskap genom att svara på enkäten och på så sätt möjliggjorde analyser som kan bidra till den nödvändiga kunskapsutvecklingen i smärta området.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning.....	5
Ordlista	6
Bakgrund	7
Syfte.....	9
Metod	10
Deltagare och datakällor	10
Utfallsmått.....	11
Statistiska analyser	13
Resultat	14
Förekomst av långvarig smärta	14
En av nio lider av funktionsnedsättande långvarig smärta	14
Förekomsten av långvarig smärta ökar med ålder.....	14
Skillnader i förekomsten av långvarig smärta mellan olika socioekonomiska grupper och födelseland	15
Förekomsten av långvarig smärta är högre bland de med höga fysiska och psykiska krav i arbetet	16
Långvarig smärta vanligare bland individer med obesitas.....	17
Smärtans egenskaper.....	18
Smärta i nedre delen av ryggen vanligast	18
Individer med funktionsnedsättande långvarig smärta påverkas mest	19
Allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet	20
Personer med funktionsnedsättande långvarig smärta rapporterar sämre allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet	20
Diskussion och slutsatser.....	22
Sammanfattning av huvudresultaten.....	22
Långvarig smärta är ett stort och heterogent folkhälsoproblem.....	22
Personer med långvarig smärta har betydligt nedsatt hälsorelaterad livskvalitet	22
Jämförelse med tidigare studier.....	22
Metoddiskussion	23
Implikationer för policyer och framtida undersökningar.....	23
Stort behov av effektiva insatser mot långvarig smärta	23
Fortsatt stor börda av långvarig smärta	24
Ett första steg i en fördjupande kartläggning.....	24
Referenser	25
Bilaga.....	27
Bilaga 1. Kompletterande tabeller och figurer	27

Sammanfattning

Denna rapport syftar till att kartlägga förekomsten av långvarig smärta i Stockholms län och att beskriva de drabbades allmänna hälsa. Långvarig smärta definieras som självrapporterad smärta som förekommit alla eller de flesta dagarna under de senaste tre månaderna. Funktionsnedsättande långvarig smärta definieras som långvarig smärta som *samtidigt*, de flesta dagar eller varje dag, har hindrat personen från att utföra vardagliga aktiviteter eller arbete under samma period. Det är den funktionsnedsättande smärtan som bidrar mest till sjukdomsburden.

Undersökningen bygger på enkätdata insamlad år 2023 via mobilapplikationen Hälsometern, och de svarande består av ett slumpmässigt urval av 16 till 75-åriga stockholmare.

Rapporten visar att långvarig smärta är ett vanligt förekommande folkhälsoproblem. Resultaten pekar på att 37 procent av den vuxna befolkningen i åldern 16 till 75 år i Stockholms län lider av långvarig smärta och att 11 procent lider av funktionsnedsättande långvarig smärta. Förekomsten är högre bland kvinnor, oavsett funktionsnedsättningsgrad.

Långvarig smärta är vanligt förekommande i alla åldrar men förekomsten är något högre bland äldre individer, särskilt personer i åldern 50 år och uppåt. Smärta i nedre delen av ryggen och smärta i armarna är generellt den vanligaste lokalisering av smärta, men den mest rapporterade lokalisering varierar med ålder. Huvudvärk och magsmärta drabbar till exempel den yngre befolkningen (16 till 30-åringar) i större utsträckning. Däremot är nacksmärta och smärta i hela kroppen vanligast i medelåldern, medan smärta i lederna är den mest rapporterade smärtlokaliseringen efter pensionsåldern.

Resultaten pekar också på skillnader i förekomst mellan vissa befolkningsgrupper. Funktionsnedsättande långvarig smärta är vanligare bland individer med låg socioekonomisk status än individer med hög socioekonomisk status, och det gäller även individer födda utanför Europa.

Personer som jobbar inom yrkesgrupper där de är utsatta för hög fysisk belastning eller psykisk belastning (höga krav samt låg kontroll) på jobbet rapporterar funktionsnedsättande långvarig smärta i större utsträckning. Det finns även en betydligt större andel som lider av funktionsnedsättande långvarig smärta bland individer med obesitas jämfört med de som har normalvikt enligt måttet BMI.

Individer som har långvarig smärta rapporterar sämre hälsorelaterad livskvalitet samt trötthet och sömnsvårigheter mycket oftare än gruppen utan långvarig smärta. Allmänhälsan och hälsorelaterad livskvalitet är lägst bland individer med funktionsnedsättande långvarig smärta.

Rapporten belyser den stora burden av långvarig smärta och ett därmed stort behov av effektiva insatser. Vidareundersökning är nödvändig för att kartlägga utvecklingen över tid samt hur effektiv och jämlik vården är

Ordlista

Förklaring av begrepp som används i rapporten

Sjukdomsbördan: Definieras som funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALYs) som är summan av *förlorade år på grund av död i förtid* och *förlorade friska år på grund av funktionsförlust* orsakad av sjukdom eller skada.

Incidens: nya fall av en sjukdom under en viss tid i en viss population.

Prevalens: *totalt* antal fall (båda nya och de som redan fanns) av en sjukdom vid en viss tidpunkt i en viss population. I rapporten använder vi huvudsakligen begreppet "förekomst" för att beskriva prevalensen.

Prevalenskvot (PR, "prevalence ratio" på engelska): är kvoten av prevalensen (förekomsten) i en viss grupp jämfört med en referensgrupp.

Smärtlokalisering: var på kroppen man har ont.

Hälsorelaterad livskvalitet: omfattar psykiska, fysiska och sociala aspekter av en persons välbefinnande som är direkt eller indirekt relaterade till hälsa.

Konfidensintervall: Konfidensintervall används för att uppskatta osäkerheten hos ett värde som baseras på ett slumpmässigt urval från befolkningen. Förenklat kan man säga att om vi upprepar urvalsprocessen många gånger, kommer det sanna värdet för hela befolkningen att ligga inom det beräknade konfidensintervallet i cirka 95 procent av fallen – givet att urvalet är representativt.

Bakgrund

Smärta definieras som "en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse, som kan vara förknippad med faktisk eller potentiell vävnadsskada", enligt IASP (the International Association for the Study of Pain). Smärtan kan vara akut och uppstå plötsligt, i samband med en skada eller sjukdom. Den akuta typen av smärta fungerar som en varningssignal för kroppen. Oftast kan vi lindra den direkt eller genom att behandla orsaken till smärtan. Om smärtan däremot varar längre än den förväntade läketiden, oftast över tre månader, klassificeras den som långvarig smärta (1). Orsaken till långvarig smärta är ofta oklar men den anses bero på ett samspel mellan fysiologiska och psykosociala faktorer (2–4).

Långvarig smärta beräknas orsaka stor sjukdomsbörda

Långvarig smärta är ett av de största folkhälsoproblemen, både i Stockholms län och globalt, och orsakar stor sjukdomsmässig och ekonomisk börda (5,6). Sjukdomar i rörelseorganen beräknas orsaka nästan 11 procent av den totala sjukdomsbördan och 19 procent av förlorade friska år på grund av funktionsförlust i Stockholms län år 2021, enligt GBD (Global Burden of Disease). Den största andelen kommer från långvarig smärta (5).

Smärta i nedre delen av ryggen är den främsta orsaken till förlorade friska år på grund av funktionsförlust i Stockholms län, följt av huvudvärk. Dessutom är långvarig smärta en av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården och till långtidssjukskrivning i länet (6–8).

Brist på data om långvarig smärta

Uppskattningar av sjukdomsbördan, som kombinerar information om funktionsförlust och dödlighet, underlättar jämförelser och prioriteringar. Men sådana uppskattningar, såsom funktionsjusterade levnadsår, är beroende av robusta och aktuella uppskattningar av incidens, duration och förekomsten av sjukdomar och dess konsekvenser.

Trots den stora påverkan finns det fortfarande betydande kunskapsluckor i de epidemiologiska data som krävs för att exakt kunna uppskatta sjukdomsbördan av långvarig smärta. För GBD:s 2021 sjukdomsbördaberäkningar för Sverige, som avser de vanligast förekommande smärttillstånden (smärta i nedre delen av ryggen, nacksmärta, migrän och artros), fanns inget svenskt underlag med från de senaste tio åren. För Stockholms län finns inga vetenskapliga studier med skattningar av förekomst och konsekvenser av migrän och artros. För nacksmärta och smärta i nedre delen av ryggen är den senaste vetenskapliga studien från 2012, vilken baserades på Stockholms enkätdata (9).

Dessa epidemiologiska kunskapsluckor har även uppmärksamats internationellt. Forskare som systematiskt undersökt litteraturen har betonat "ett brådskande behov" av data om förekomst och smärtintensitet av smärta i nedre delen av ryggen (10) samt om migrän (11).

Förekomsten i vetenskapliga litteraturen varierar

Både i Sverige och internationellt visar studier en varierande förekomst av långvarig smärta beroende på metod (till exempel definition) och region. En europeisk studie (12) rapporterade att förekomsten av långvarig smärta bland vuxna i Sverige ligger på 18 procent. Förekomsten i Europa som helhet uppskattades till 19 procent, men varierar

mellan olika länder betydligt, från 12 procent i Spanien till 30 procent i Norge (12). I denna studie definierades långvarig smärta som smärta som varat i minst sex månader, upplevts minst två gånger per vecka under den senaste månaden och haft en intensitet på 5 eller högre på en numerisk skattningsskala (NRS, skala på 0–10). En regional studie från Skåne (13), där långvarig smärta definierades som smärta som varat i minst tre månader, visade dock en betydligt högre förekomst (46 procent). Båda studierna är genomförda för cirka tjugo år sedan.

En nyligen publicerad systematisk översikt av 23 studier om långvarig smärta i Europa visade att förekomsten varierar mellan 12 och 48 procent. En metaanalys av dessa studier beräknade en genomsnittlig prevalens på 21,5 procent (95% KI: 18,7–24,5 (14)). I Storbritannien uppskattade en systematisk översikt och metaanalys (15) att förekomsten av långvarig smärta (minst tre månader eller längre, oavsett intensitet) var 43,5 procent (95% KI: 38,4–48,6 procent) och funktionsnedsättande långvarig smärta som 10 till 14 procent. Däremot har en lägre förekomst rapporterats i USA. Studier (16–18) baserade på nationella hälsoundersökningar från 2016 och framåt visar att förekomsten av långvarig smärta, definierad som smärta dagligen eller nästan dagligen under de senaste tre månaderna, var 20 till 21 procent. Förekomsten av funktionsnedsättande långvarig smärta (High Impact Chronic Pain på engelska), som påverkar vardagslivet dagligen eller nästan dagligen, uppskattades vara 7 till 10 procent (16–18).

I den här rapporten kommer vi att fokusera på förekomst av långvarig smärta med en definition i linje med nuvarande litteratur, och beskriva hälsorelaterad livskvalitet av personer med långvarig smärta. Förhoppningen är att en sådan kartläggning kan bidra till bättre kunskap om sjukdomsbördan och underlag till planering i hälso- och sjukvården och omhändertagande av personer med långvarig smärta.

Syfte

Rapporten syftar till att kartlägga förekomsten av långvarig smärta i Stockholms län och beskriva de drabbades allmänna hälsa. De här frågorna besvaras:

1. Hur ser förekomsten av långvarig smärta ut i Stockholms län? Och hur stor är andelen med funktionsnedsättande långvarig smärta?
2. Hur skiljer sig förekomsten av långvarig smärta mellan olika sociodemografiska grupper?
3. Hur ser sambanden mellan långvarig smärta och allmänhälsa samt hälsorelaterad livskvalitet ut?

Metod

Deltagare och datakällor

Resultatet i denna rapport baseras på enkätdata insamlad via mobilapplikationen Hälsometern, som sedan kopplats till sociodemografiska data från Statistiska centralbyrån (SCB).

Datainsamling

Enkäten om smärta besvarades i mobilapplikationen Hälsometern, som är utvecklad av Region Stockholm. En inbjudan om att svara på enkäten skickades till ett slumpmässigt urval av 10 000 individer mellan 16 och 75 år folkbokförda i Stockholms län år 2023. Den första inbjudan skickades i oktober 2023 och datainsamlingen avslutades i januari 2024. Inbjudan skickades ut digitalt (7 000 mottagare) eller via post (3 000 mottagare). Därefter skickades fem påminnelser digitalt, via post eller sms. Enkäten finns på svenska och engelska, beroende på vilket språk man har förinställt på sin telefon.

Det analytiska urvalet bestod av 2 811 individer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 28,3 procent. Eftersom den sociodemografiska sammansättningen kan skilja sig mellan personer som svarade på enkäten och de som inte gjorde det kan det uppstå systematiska fel (s.k. bias) i resultaten när man vill dra slutsatser för hela befolkningen (urvalsramen) som urvalet är hämtat från. För att ta hänsyn till sådana bortfallsfel viktades data med så kallade kalibreringsvikter baserade på demografisk information från populationsregister (19). En fördjupad beskrivning av viktningprocessen finns i den tekniska rapporten: [Teknisk rapport - enkätundersökning om smärta 2023 \(ces.regionstockholm.se\)](https://ces.regionstockholm.se).

Enkäten om smärta

Enkäten är baserad på olika validerade frågebatterier och är tillgänglig både på engelska och svenska. För de frågor där det inte fanns en validerad version på svenska har vi gjort en översättning från engelska till svenska. Enkäten bestod av maximalt 53 frågor och antalet varierar beroende på deltagarnas svar, till exempel om smärtans lokalisation.

Enkäten innehåller följande:

1. Frågor om längd och kroppsvikt.
2. Smärtrelaterade frågor. De svarande som rapporterar smärta får fördjupande frågor om typ av smärta, smärtans lokalisation, svårighetsgrad och duration. De som uppger nacksmärta, ryggsmärta och huvudvärk får ytterligare uppföljningsfrågor (enligt modifierad version av HARSHIP-enkäten (20)).
3. Allmäntillstånd och hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D-5L (21)

Sociodemografiska variabler

Data om sociodemografiska förhållanden hämtades från SCB, och definieras så här:

- Inkomst: Individerna har rankats efter disponibel inkomst (summan av alla inkomster och transfereringar, efter skatt) och sedan delats upp i fem lika stora grupper (kvintiler): låg inkomst (de 20 procent som har lägst inkomst), medellåg, medel, medelhög och hög inkomst (de 20 procent som har högst inkomst).
- Födelseland: Sverige, Europa, övriga världen.
- Utbildning: Uppdelat på gymnasial utbildning eller kortare och eftergymnasial utbildningsnivå.

- Fysisk och psykisk belastning: Alla yrken delades in med hjälp av jobbexponeringsmatriser baserade på enkätstudier om fysisk belastning i arbetet och psykosociala arbetsförhållanden (22,23). Yrkena klassificerades i tre nivåer av fysisk belastning (hög, medel och låg), där ”hög” innebär högt krav för fysisk ansträngning. Psykisk belastning består av fyra kategorier baserade på en kombination av krav och kontroll i arbetet, som: aktiva (höga krav, hög kontroll), *high strain* (höga krav, låg kontroll), passiva (låga krav, låg kontroll) och *low strain* (låga krav, hög kontroll).

Utfallsmått

Långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta

Långvarig smärta definieras som självrapporterad smärta någonstans i kroppen *alla* eller *de flesta dagarna* under de senaste tre månaderna. Vi delade in gruppen i två beroende på om smärtan orsakade funktionsnedsättning eller inte.

Funktionsnedsättande långvarig smärta

Gruppen med funktionsnedsättande långvarig smärta inkluderar de som har långvarig smärta, samtidigt som smärtan de flesta dagarna eller varje dag har hindrat respondenten från att utföra vardagliga aktiviteter eller arbete under de senaste tre månaderna

Ej funktionsnedsättande långvarig smärta

Gruppen med ej funktionsnedsättande långvarig smärta inkluderar de som har långvarig smärta men smärtan har *aldrig* eller bara under *några dagar* hindrat respondenten från att utföra vardagliga aktiviteter eller arbete under de senaste tre månaderna.

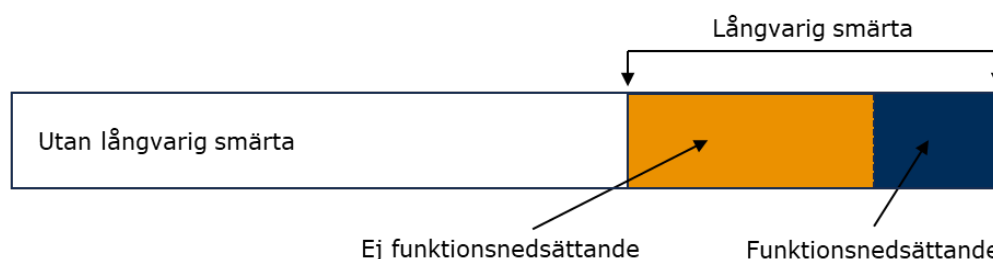


Illustration 1. Visualisering av de olika definitionerna av långvarig smärta som används i rapporten.

Vi har lagt mest fokus på att beskriva långvarig smärta som helhet och den funktionsnedsättande långvariga smärtan. Men ibland har vi även kategoriserat den i tre olika grupper: *smärta men ej långvarig*, *långvarig men inte funktionsnedsättande smärta* och *funktionsnedsättande långvarig smärta*. Det har vi gjort för att belysa den påverkan som funktionsnedsättande långvarig smärta har på allmänhälsan samt den hälsorelaterade livskvaliteten (se illustration 1).

Smärtans egenskaper

Lokalisation

Deltagarna fick uppge smärtans lokalisation, det vill säga var på kroppen de har ont. För att underlätta valet av uppföljningsfrågor, kunde de i denna första fråga enbart välja ett (1) ställe på kroppen – där smärtan var som mest besvärande.

Eftersom det är vanligt att personer med smärta har smärta på mer än ett ställe, fick de i en annan fråga med samma svarsalternativ möjlighet att välja flera ställen på kroppen där de hade smärta. I rapporten är smärtans lokalisation uppdelad enligt följande:

- huvudet
- tänder, käken eller ansiktet
- nacken
- axlarna
- övre delen av ryggen
- nedre delen av ryggen
- höfterna
- knäna
- armarna, händerna eller fötterna
- mage eller buk
- bäckensmärta eller underlivet
- hela kroppen
- annan.

Svårighetsgrad

Smärtans svårighetsgrad är oftast ett samspel mellan hur ont individen har (dvs. smärtintensitet), den emotionella distress eller hur mycket oro eller nedstämdhet man har kopplat till smärtan (dvs. psykiska besvär) och hur stor påverkan smärtan har på dagliga aktiviteter (24). För att kartlägga smärtans svårighetsgrad i genomsnitt de sju senaste dagarna använde vi Numeric Rating Scale (NRS). NRS är en 11-punkters numerisk skala med värden mellan 0 och 10. De olika komponenter skattades separat enligt följande frågor:

1. **Smärtintensitet:** Hur ont har du haft de senaste 7 dagarna, i genomsnitt?
2. **Påverkan på dagliga aktiviteter:** Hur stor påverkan hade smärtan på dina dagliga aktiviteter de senaste 7 dagarna, i genomsnitt?
3. **Psykiska besvär:** hur mycket oro eller nedstämdhet kopplad till din smärta har du känt de senaste 7 dagarna, i genomsnitt?

Allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet

Alla deltagare, oavsett om de rapporterade smärta eller inte, fick besvara frågor om sitt allmäntillstånd (trötthet och sömnsvårigheter) och sin hälsorelaterade livskvalitet. Detta för att kunna jämföra resultaten mellan personer med och utan långvarig smärta.

Trötthet

Trötthet definieras som att man känt sig trött eller orkeslös *de flesta dagarna* eller *varje dag* under de senaste tre månaderna.

Sömnsvårigheter

Sömnsvårigheter definieras som att man har haft svårt att sova *de flesta dagarna* eller *varje dag* under de senaste tre månaderna.

Hälsorelaterade livskvalitet

I denna rapport använder vi EQ-5D-5L för att beskriva den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten.

EQ-5D-5L är ett standardiserat frågeformulär som är utvecklat av EUROQOL, en organisation som utvecklar metoder för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Den består av två delar. Den första delen innehåller fem dimensioner (rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärta/besvär, oro/nedstämdhet) med en till fem olika nivåer av allvarlighetsgrad (1=inga svårigheter och 5=mycket stora svårigheter). Den andra delen är en visuell analog skala (EQ-VAS), där respondenterna markerar hur de upplever sin hälsa idag på en grafisk skala som går från 0 (sämsta tänkbara hälsa) till 100 (bästa

tänkbara hälsa). Båda delarna avser den svarandes hälsostatus vid tidpunkten när formuläret fylls i.

För att underlätta analysen har vi grupperat svarsalternativen till EQ-5D-5L i två allvarlighetsgrader: de som rapporterar inga svårigheter, och de som rapporterar problem i någon mån oavsett allvarlighetsgrad (dvs. lite, måttliga, stora, extrema).

Statistiska analyser

Vi har använt olika metoder för beskrivande och analytisk statistik, eftersom vi har olika utfallsmått. I första hand presenterar vi förekomsten av långvarig smärta samt funktionsnedsättande långvarig smärta i hela befolkningen samt uppdelat i olika sociodemografiska, arbetsförhållande och BMI-grupper (BMI, Body Mass Index).

För att studera sambanden mellan långvarig smärta och olika sociodemografiska grupper (ålder, kön, inkomst, utbildning och födelseland) använde vi Poissonregression. Resultaten redovisas som prevalenskvot (PR, "prevalence ratio" på engelska) vilken anger kvoten av förekomsten i en viss grupp jämfört med en referensgrupp. Ett PR-värde på 2,00 innebär till exempel att förekomsten är två gånger högre i den studerade gruppen jämfört med referensgruppen.

Samma metod användes för att undersöka skillnader mellan olika grupper uppdelat efter fysiska och psykosociala arbetsförhållanden. Eftersom en stor andel av de svarande (524 st.) saknar yrkeskod (t.ex. har personer under 18 år oftast ingen sysselsättning), justerade vi enbart för kön och ålder i regressionsmodellen.

För att beskriva smärtegenskaper är analysen avgränsad till de som uppger långvarig smärta. Resultaten presenteras som medelvärde av svårighetsgraden, samt andel i procent efter smärtans lokalisation (dvs. var på kroppen det gör ont).

Skillnaderna i allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet bland individer med långvarig smärta, funktionsnedsättande långvarig smärta och utan långvarig smärta presenteras på samma sätt. Vi har använt så kallade OLS-regressioner för att skatta skillnaderna i genomsnittligt EQ-VAS i olika smärtegrupper justerat för skillnader på grund av kön och ålder.

Alla beräkningar i resultaten är viktade med hjälp av kalibreringsvikter, eftersom syftet är att skatta förekomsten på befolkningsnivå. Detta för att hantera systematiska fel som kan uppstå på grund av skillnader i den sociodemografiska sammansättningen mellan svarande och icke-svarande (se [Teknisk rapport - enkätundersökning om smärta 2023 \(ces.regionstockholm.se\)](https://ces.regionstockholm.se)).

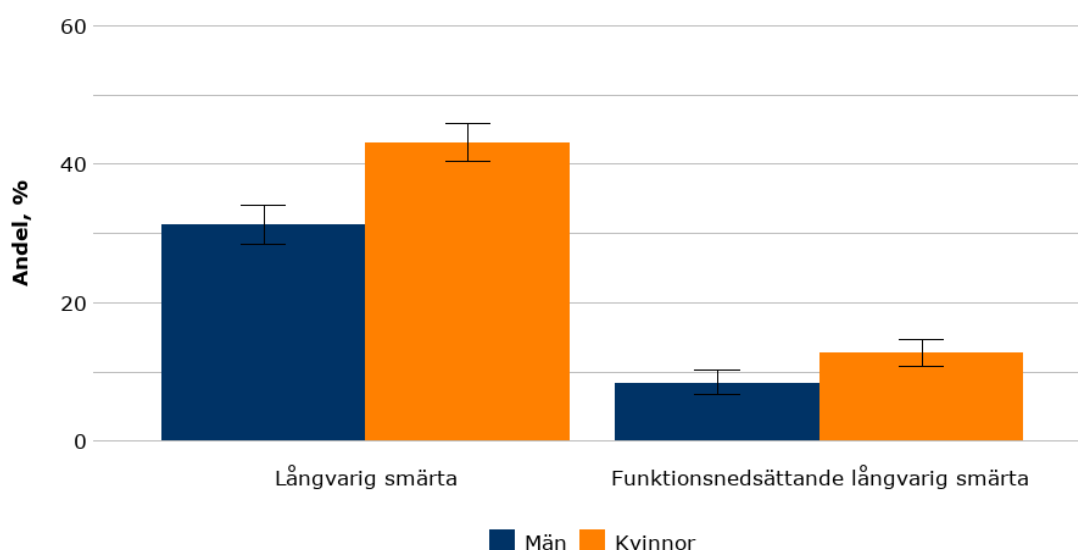
Generellt redovisas resultaten som ett medelvärde eller procent och med 95 procents konfidensintervall (KI). Konfidensintervall används för att uppskatta osäkerheten hos ett värde som baseras på ett slumpmässigt urval från befolkningen.

Resultat

Förekomst av långvarig smärta

En av nio lider av funktionsnedsättande långvarig smärta

Totalt rapporterar mer än en tredjedel (37 procent) av 16–75-åringar i Stockholms län att de besväras av långvarig smärta, oavsett funktionsnedsättningsgrad. De har haft smärta under samtliga eller de flesta dagarna de senaste tre månaderna. En av nio (11 procent) besväras av funktionsnedsättande långvarig smärta, det vill säga att de har smärta alla eller de flesta dagarna under de senaste tre månader *och* hindras i sina dagliga aktiviteter alla eller de flesta dagarna. Kvinnor besväras i större utsträckning av såväl långvarig smärta som funktionsnedsättande långvarig smärta (se figur 1).

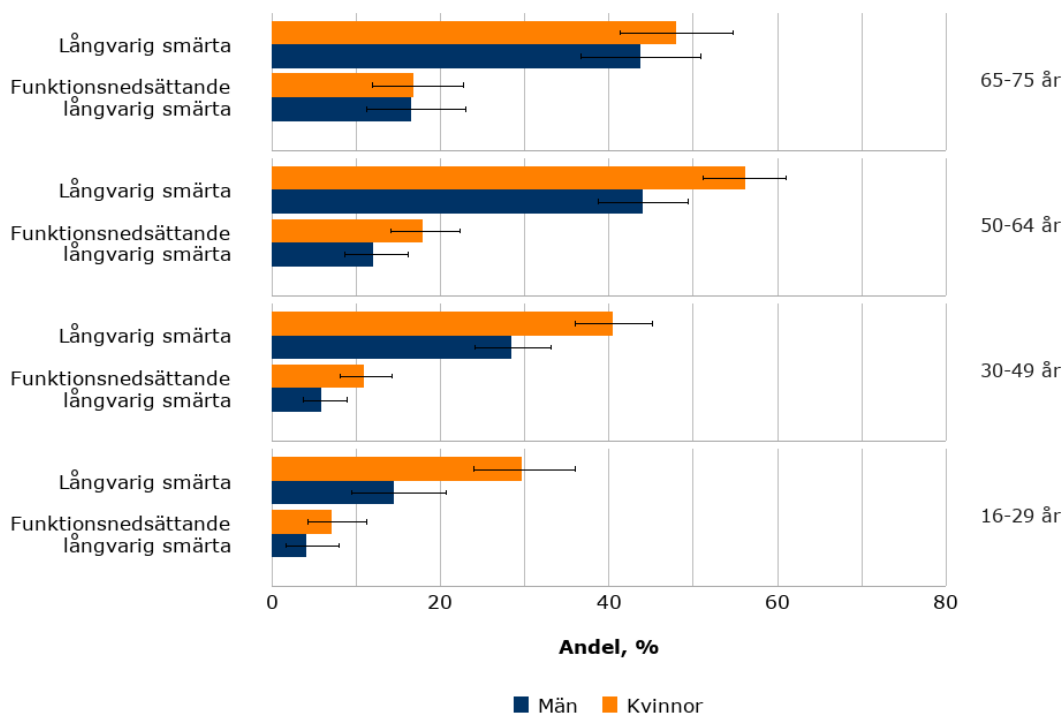


Figur 1. Andel (%) individer i åldrarna 16–75 år som lider av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta uppdelat efter kön.

Förekomsten av långvarig smärta ökar med ålder

Andelen som besväras av långvarig smärta ökar med ålder och är högst bland kvinnor i åldern 50–64 år där mer än hälften lider av långvarig smärta (se figur 2). Bland unga individer syns de största könsskillnaderna: 30 procent av kvinnorna i åldern 16–29 år lider av långvarig smärta jämfört med 14 procent av männen i samma ålder.

Även funktionsnedsättande långvarig smärta ökar med ålder. Kvinnor i åldern 50–64 år har högst andel funktionsnedsättande långvarig smärta (18 procent) följt av män och kvinnor i åldern 65–75 år (17 procent). Långvarig smärta, oavsett funktionsnedsättning, är betydligt vanligare bland personer över 50 år jämfört med 16–24-åringar. De skillnaderna kvarstår även efter justering för kön, socioekonomi, födelseland och BMI (se bilaga, tabell B1).



Figur 2. Andel (%) individer 16–75 år som lider av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta uppdelat efter ålder och kön.

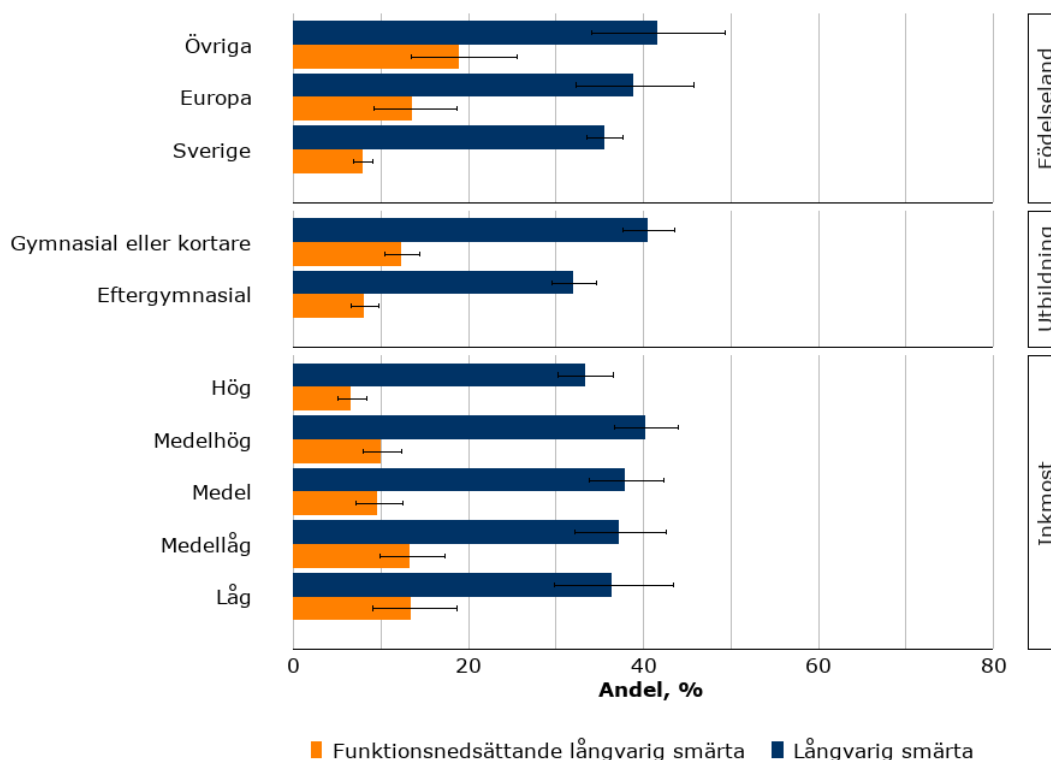
Skillnader i förekomsten av långvarig smärta mellan olika socioekonomiska grupper och födelseland

En större andel av personer med lägre socioekonomisk status och födda utanför Europa rapporterar långvarig smärta. Skillnaderna är tydligast när det gäller den funktionsnedsättande typen av långvarig smärta (se figur 3).

Individer med gymnasial eller kortare utbildning har nio respektive fyra procentenheter högre förekomst av långvarigt respektive funktionsnedsättande långvarig smärta än de med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna kvarstår även efter justering för kön, ålder, födelseland, inkomst och BMI (se bilaga tabell B1).

Förekomsten av funktionsnedsättande långvarig smärta skiljer sig mellan inkomstgrupperna. Andelen är högst i de två grupperna med lägst inkomst. Individer med låg eller medellåg inkomst har 7 procentenheter högre förekomst av funktionsnedsättande långvarig smärta jämfört med individerna med högst inkomst. Skillnaderna kvarstår även här efter justering för kön, ålder, utbildning, födelseland och BMI (se bilaga, tabell B1).

Vad gäller födelseland, finns inga statistiskt säkerställda skillnader för långvarig smärta, men de finns för funktionsnedsättande långvarig smärta. Förekomsten av funktionsnedsättande långvarig smärta är 6 och 11 procentenheter högre bland personer födda i övriga Europa respektive övriga världen, jämfört med personer födda i Sverige. Även här kvarstår skillnaderna efter justering för kön, ålder, utbildning, inkomst och BMI (se bilaga, tabell B1).



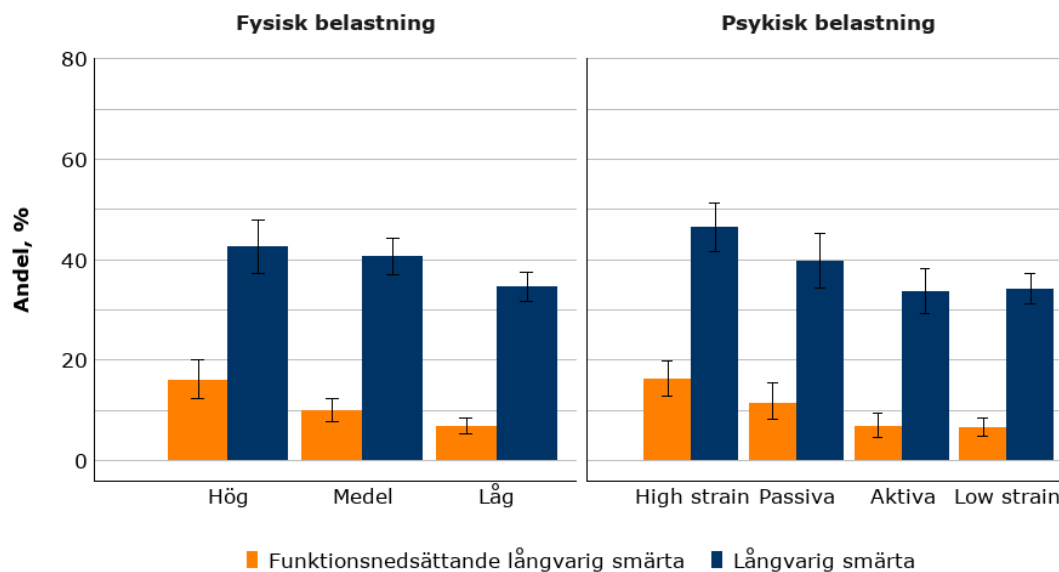
Figur 3. Andel (%) individer som lider av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta uppdelat efter inkomst, utbildning och födelseland.

Förekomsten av långvarig smärta är högre bland de med höga fysiska och psykiska krav i arbetet

Förekomsten av långvarig smärta är högre bland personer som jobbar inom fysiskt och psykiskt krävande yrken. Förekomsten av långvarig och funktionsnedsättande smärta är 9 procentenheter högre bland de som har en hög fysisk belastning jämfört med de som har låg belastning på jobbet.

Dessutom är förekomsten av långvarig och funktionsnedsättande långvarig smärta 12 respektive 10 procentenheter högre i yrken som innebär hög psykisk belastning jämfört med låg psykisk belastning (se figur 4). Yrkena med hög psykisk belastning är så kallade "high strain"-jobb vilket innebär en kombination av höga krav och låg kontroll. Yrkena med låg psykisk belastning kallas "low strain"-jobb och innebär i stället låga krav och hög kontroll.

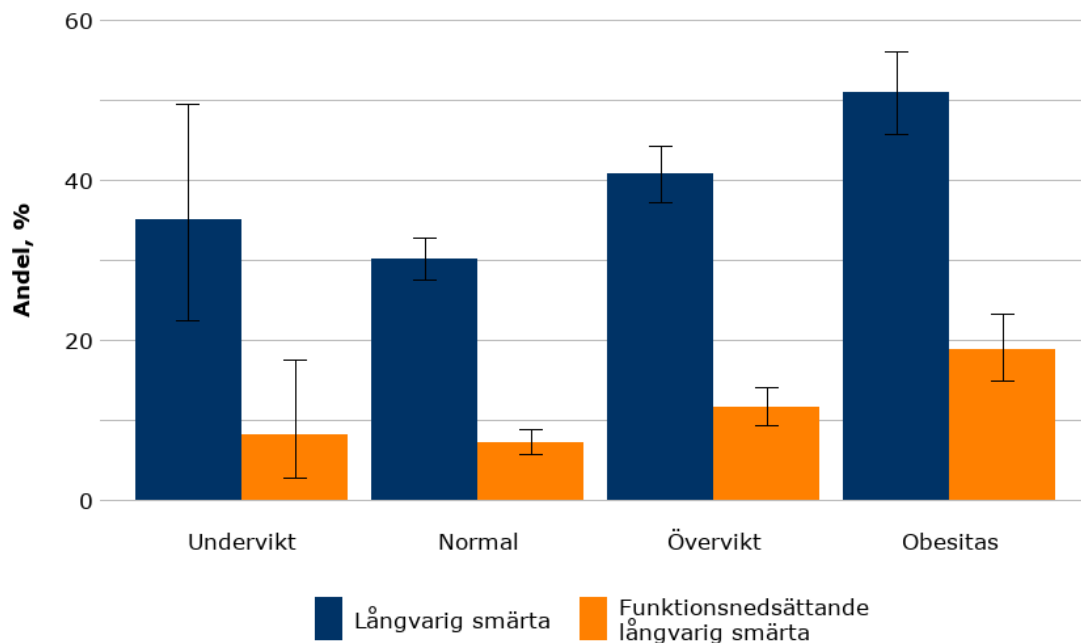
Regressionsresultaten pekar på att skillnaderna inte kan förklaras av skillnader i kön och ålder (se bilaga, tabell b2).



Figur 4. Andel (%) individer 18–75 år som lider av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta uppdelat efter nivån av fysiska och psykosociala krav på jobbet. ("Low strain" innebär låga krav och hög kontroll; "High strain" innebär Höga krav och låg kontroll).

Långvarig smärta vanligare bland individer med obesitas

En större andel av de med övervikt och obesitas (enligt BMI) rapporterar långvarig smärta jämfört med individer med normal vikt. Förekomsten är högst bland individer med obesitas, där mer än hälften uppger att de besväras av långvarig smärta och en av fem rapporterar funktionsnedsättande långvarig smärta (se figur 5). Sambandet mellan långvarig samt funktionsnedsättande långvarig smärta och övervikt eller obesitas kvarstod även efter justering för ålder, kön, födelseland och socioekonomi (se bilaga, tabell B1). Förekomsten är också något högre bland personer med undervikt, men detta är inte en statistik signifikant skillnad jämfört med de med normal vikt enligt BMI.



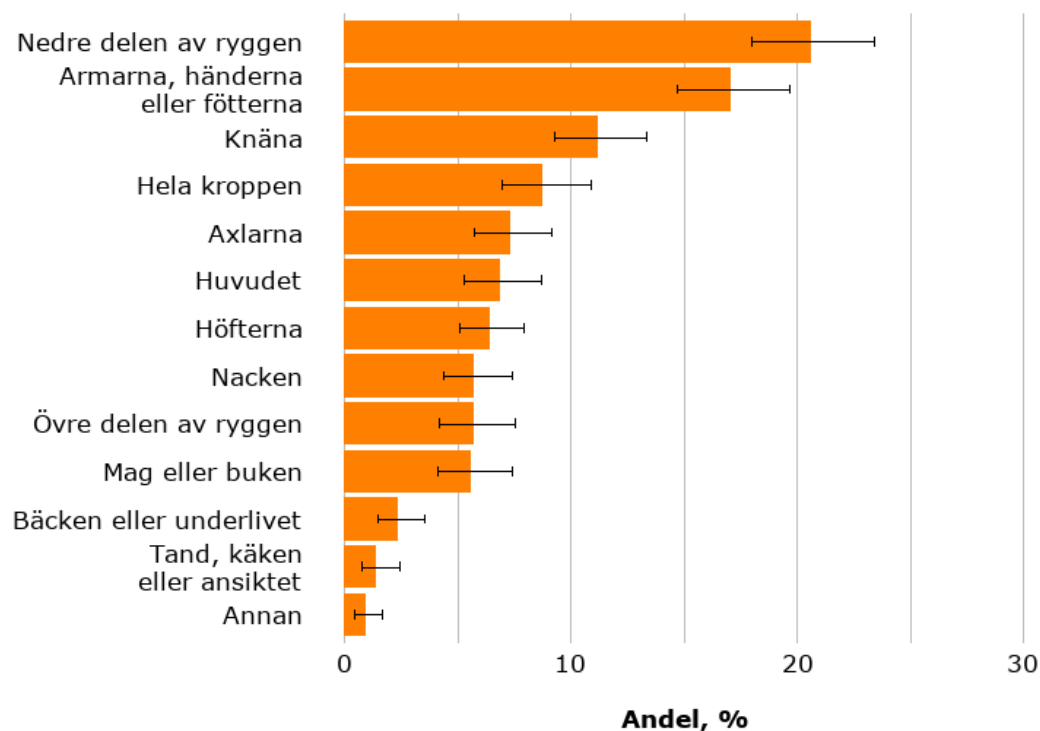
Figur 5. Andel (%) individer som lider av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta uppdelat efter undervikt (BMI under 18,5), normalvikt (BMI 18,5–25), övervikt (BMI 25–30) och obesitas (BMI 30 eller mer).

Smärtans egenskaper

Smärta i nedre delen av ryggen vanligast

De respondenter som upplevde smärta ombads att ange den smärta som de besvärades mest av. Bland de som har rapporterat långvarig smärta, är smärta i nedre delen av ryggen vanligast (21 procent), följt av smärta i armarna, händerna eller fötterna (17 procent) och knäna (11 procent) (se figur 6). Bland de som har funktionsnedsättande långvarig smärta är smärtan vanligast i armarna (20 procent) följt av smärta i nedre delen av ryggen (17 procent), smärta i hela kroppen (16 procent) samt smärta i knäna (ca. 12 procent) (se bilaga, figur b1).

Var på kroppen den mest besvärande smärtan finns, varierar stort mellan olika åldersgrupper. Bland unga individer är huvudvärk och migrän samt magsmärta vanligast (se bilaga tabell b3). Bland personer äldre än 30 år, är smärta i nedre delen av ryggen och smärta i armarna vanligast, och nacksmärta och smärta i hela kroppen är vanligast bland 50 till 64-åringar men mindre vanligt efter pensionsålder. Bland 65 till 75-åringar är smärta i nedre delen av ryggen, armarna, knäna och höfter vanligast.



Figur 6. Andel (%) individer som lider av långvarig smärta uppdelat efter smärtans lokalisering (dvs. var på kroppen det gör ont). (Notera: deltagarna kunde endast välja en (1) lokalisering).

Individer med funktionsnedsättande långvarig smärta påverkas mest

Individer med funktionsnedsättande långvarig smärta uppskattade sina psykiska besvär kopplade till smärta 3,5 punkter högre på en NRS-skala (0 till 10), jämfört med individer som har långvarig smärta utan funktionsnedsättning. Smärtan påverkar även deras vardagliga aktiviteter i större utsträckning (2,9 punkters skillnad på en NRS-skala) och de uppger att de har mer ont (1,8 punkter skillnad på en NRS skala) jämfört med individer som har långvarig smärta utan funktionsnedsättning (se tabell 1).

Kvinnor rapporterar i genomsnitt något högre smärtintensitet (5,6 på en NRS-skala) än män (5,2). Kvinnorna upplever också mer psykiska besvär kopplad till sin smärta (4,6) än män (4,1). Däremot finns inga könsskillnader i smärtans påverkan på dagliga aktiviteter. Det finns heller inga signifikanta skillnader i svårighetsgrad mellan olika åldersgrupper (se bilaga, tabell B4).

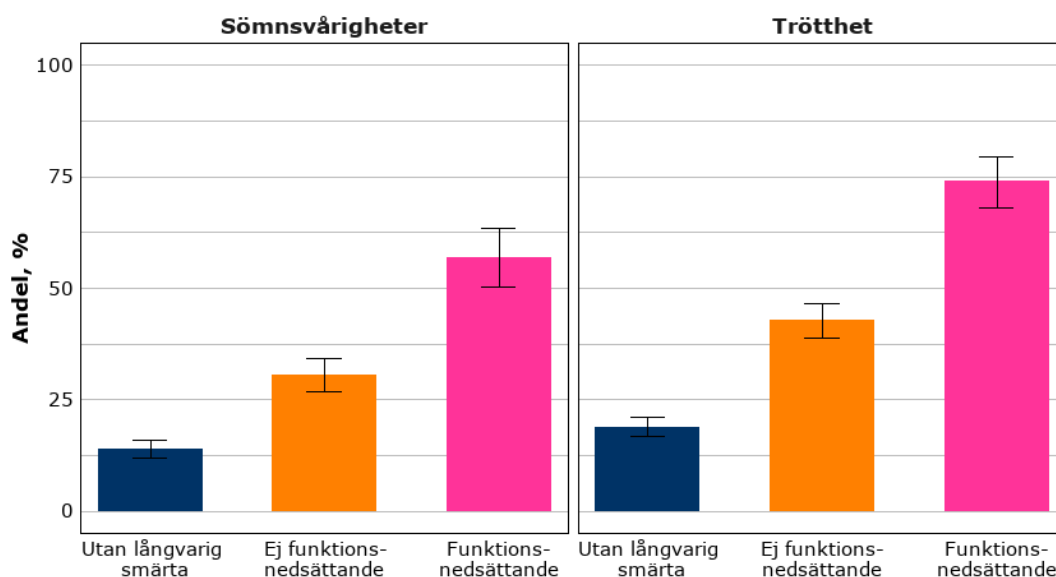
Tabell 1. Medelvärde på NRS skala (0–10) för smärtintensitet, psykiska besvär kopplade till smärta samt smärtans påverkan på dagliga aktiviteter upplevt under den senaste veckan, bland individer med långvarig smärta uppdelat efter funktionsnedsättande smärta och ej-funktionsnedsättande smärta.

Smärta grupp	Smärtintensitet	Psykiska besvär	Påverkan på dagliga aktiviteter
Ej funktionsnedsättande långvarig smärta	4,9 (4,8–5,0)	3,3 (3,1–3,5)	3,6 (3,4–3,8)
Funktionsnedsättande långvarig smärta	6,7 (6,4–7,0)	6,8 (6,5–7,1)	6,2 (5,9–6,6)

Allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet

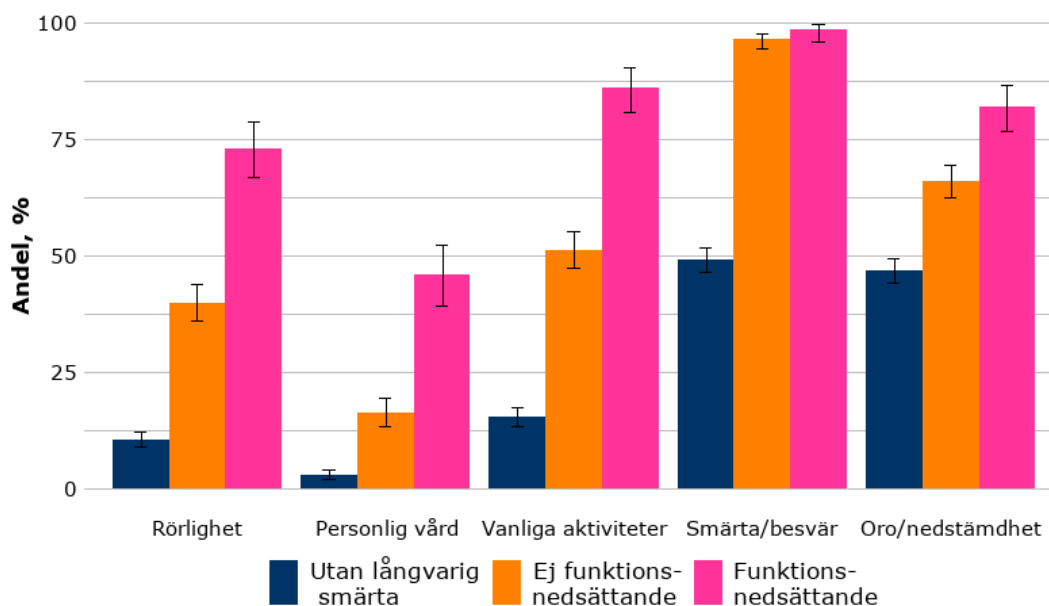
Personer med funktionsnedsättande långvarig smärta rapporterar sämre allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet

Individer med långvarig smärta anger mer besvärande trötthet och sömnsvårigheter än individer utan långvarig smärta (se figur 7). Andelen är högst bland de med funktionsnedsättande långvarig smärta: mer än hälften rapporterar sömnsvårigheter och nästan tre av fyra rapporterar trötthet de flesta eller alla dagar under de senaste tre månaderna.



Figur 7. Andel (%) individer som uppger trötthet eller sömnsvårigheter de flesta eller alla dagar under de senaste tre månaderna bland individer utan långvarig smärta, med långvarig smärta som inte är funktionsnedsättande samt bland de med funktionsnedsättande långvarig smärta.

Individer med långvarig smärta har sämre hälsorelaterad livskvalitet än individer utan långvarig smärta. Gruppen med långvarig smärta rapporterar besvär (i någon mån) i alla EQ-5D-dimensioner i större utsträckning än de utan långvarig smärta (se figur 8). En detaljerad beskrivning finns i bilaga, tabell B5).



Figur 8. Andel (%) individer som rapporterar besvär oavsett allvarlighetsgrad i EQ-5D-5L-dimensioner. (Notera: EQ-5D-5L-nivåerna är grupperade i besvär (nivå 2 till 5) eller inga besvär (nivå 1) i stället för alla fem allvarlighetsgrader separat).

Individer med långvarig smärta har också ett betydligt lägre värde på EQ-VAS skalan, där man uppskattar sin hälsa *idag* på en skala mellan 0 och 100. Genomsnittsvärdet ligger på 52 för gruppen med funktionsnedsättande långvarig smärta, 66 för gruppen med ej funktionsnedsättande långvarig smärta och 79 för de utan långvarig smärta. Skillnaderna mellan de olika grupperna kvarstår även efter justering för kön och ålder (se tabell 2).

Tabell 2. Medelvärde och 95 % konfidensintervall på EQ-5D Visuell Analog Skala (EQ-VAS).

Smärta grupp	Medelvärde (95 % KI)	Skillnad* (95 % KI)
Utan långvarig smärta	79 (78–80)	Referens
Ej funktionsnedsättande långvarig smärta	66 (64–67)	-14 (-15, -12)
Funktionsnedsättande långvarig smärta	52 (49–55)	-28 (-31, -24)

*justerat för kön och ålder

Diskussion och slutsatser

Syftet med denna rapport är att kartlägga hur stor bördan av långvarig smärta är i Stockholms län. Resultaten baseras på enkätdata från ett slumpmässigt urval av 16–75-åriga stockholmare, insamlade via appen Hälsometern år 2023.

Vi har undersökt förekomsten av långvarig smärta och hur den skiljer sig mellan olika sociodemografiska grupper samt hur den hänger ihop med självskattad allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet.

Sammanfattning av huvudresultaten

Långvarig smärta är ett stort och heterogent folkhälsoproblem

Mer än en tredjedel av befolkningen i Stockholms län tycks lida av långvarig smärta. Funktionsnedsättande långvarig smärta är den smärta som bidrar mest till sjukdomsbördan. En av nio personer lider av den typen av smärta och andelen är högre bland kvinnor än bland män. Långvarig smärta är vanligt förekommande i alla åldrar men förekomsten är högre bland äldre individer, särskilt personer i åldern 50 år och uppåt. Individer med låg socioekonomisk status besväras i större utsträckning av funktionsnedsättande långvarig smärta än individer med hög socioekonomisk status. Individer födda utanför Europa är drabbade i högre utsträckning än andra. Det finns även en betydligt större andel som lider av funktionsnedsättande långvarig smärta bland individer med obesitas jämfört med dem som har normalvikt enligt BMI.

Långvarig smärta är dessutom ett heterogent problem. Huvudvärk och migrän samt magsmärta, rapporteras mest bland den yngre befolkningen (16 till 30-åringar). Nacksmärta och smärta i hela kroppen förekommer mest i medelåldern. Och efter pensionsåldern är smärta i lederna mest förekommande. Smärta i nedre delen av ryggen och smärta i armarna är generellt vanligast i hela gruppen 16–75-åringar med långvarig smärta.

Personer med funktionsnedsättande långvarig smärta rapporterar större psykiska besvär, högre smärtintensitet och mer påverkan på vardagen jämfört med de utan funktionsnedsättning. Kvinnor upplever i genomsnitt något högre smärtintensitet och mer psykiska besvär än män, men könsskillnader i hur smärtan påverkar dagliga aktiviteter saknas. Inga betydande skillnader i smärtans svårighetsgrad ses mellan olika åldersgrupper.

Personer med långvarig smärta har betydligt nedsatt hälsorelaterad livskvalitet

Personer som lever med långvarig smärta rapporterar betydligt sämre allmänhälsa och hälsorelaterad livskvalitet än personer utan långvarig smärta. Individer med funktionsnedsättande långvarig smärta har den sämsta genomsnittliga allmänhälsan och hälsorelaterade livskvaliteten. De rapporterar högre smärtintensitet samt mer oro och nedstämdhet.

Jämförelse med tidigare studier

Förekomsten av långvarig smärta i denna rapport (37 procent) är något lägre än i en tidigare studie från södra Sverige (46 procent) (13) och från Storbritannien (nästan 44 procent) (15). Däremot är den högre än i en tidigare europeisk studie (12), där förekomsten för hela Europa rapporteras vara 19 procent (med en uppskattad förekomst för Sverige på 18 procent), en nyligen publicerade metaanalys (14) (där förekomsten i

genomsnitt ligger på 21,5 procent) samt än i amerikanska studier (16–18) där förekomsten är cirka 20 procent. Förekomsten av den funktionsnedsättande typen av långvarig smärta ligger internationellt på 7–8 procent (15–18), vilket är något lägre än den som rapporteras i föreliggande studie (11 procent).

Skillnaderna kan delvis bero på skillnader i definitioner av smärta, vilka som tillfrågats och på vilket sätt, och studieperiod mellan olika studier, men kan även bero på reella geografiska skillnader i förekomst och konsekvenser av smärta. Sådana skillnader har även uppmärksamats i systematiska översikter av tidigare studier (14).

Metoddiskussion

Att samla in data via Hälsometern har som fördel att vi kan anpassa följdfrågorna i enkäten efter vad individer svarar, vilket minskar antalet frågor för de flesta respondenterna. En begränsning är dock att vissa individer utan en smartphone eller de som inte vill eller kan installera mobilapplikationen inte heller kan medverka. Grupper såsom svårt sjuka individer eller individer med låg socioekonomi som oftast är svåra att nå kan ha blivit mer underrepresenterade än vanligt. De som har smärta är förmodligen också mer benägna att fylla i en enkät om smärta än den generella befolkningen.

Det är signifikant vanligare att vara kvinna, att vara äldre, att vara född i Sverige, att ha eftergymnasial utbildning, att ha högre inkomst samt att vara gift eller sambo bland respondenterna jämfört med den totala populationen. För att göra resultaten mer representativa för befolkningen 16–75 år i Stockholms län, har vi justerat resultaten med kalibreringsvikter där hjälpvariabler från populationsregister använts. Efter justeringen får vi självrapporterade resultat som beter sig som förväntat, exempelvis vad gäller BMI återspeglas förekomsten av obesitas i länet för samma population.

Självrapporterad information har begränsningar. Det är till exempel ofta svårt för människor att minnas när smärtan började, hur ont de har haft samt under hur lång tid. Om man vill undersöka smärta i befolkningen är självrapporterad data dock det enda tillgängliga sättet att samla in data.

Det finns också andra metodologiska aspekter som kan vara viktigt att beakta. Att datainsamlingen skedde efter covid-19-pandemin, kan ha bidragit till den högre förekomsten eftersom det i vissa fall förekommer kvarstående smärtproblematik efter ett sjukdomsfall (25). De presenterade sambanden mellan olika variabler ska också tolkas med försiktighet. Utifrån studiens design är det inte möjligt att dra några slutsatser om sambandens underliggande orsakskedjor.

Implikationer för policyer och framtida undersökningar

Stort behov av effektiva insatser mot långvarig smärta

Rapporten visar att långvarig smärta är ett stort folkhälsoproblem i Stockholms län. Personer med långvarig smärta rapporterar nedsatt allmän hälsa och lägre hälsorelaterad livskvalitet. Detta pekar på ett stort behov av effektiva insatser mot problemen.

Långvarig smärta är dock ett heterogent problem, och effekten av olika insatser kan bero på smärtans lokalisering och möjligen även på populationen i fråga. Generellt är den vetenskapliga litteraturen enig om att det råder brist på effektiva preventiva insatser och behandlingar inom olika typer av smärta (26). Därför är det viktigt att kartlägga vilka effektiva behandlingar som finns, och att säkerställa tillgången till dessa.

Huruvida de insatser som erbjuds i sjukvården idag är effektiva mot långvarig smärta, kan inte den här rapporten svara på.

Fortsatt stor börda av långvarig smärta

Idag lider en stor andel av befolkningen av långvarig smärta och förekomsten är högre i de högre åldrarna. Med tanke på bristen på effektiva preventiva insatser och behandlingar, en åldrande befolkning och ökad andel av individer med obesitas, kommer långvarig smärta fortsatt vara en stor utmaning för folkhälsoarbetet.

Därutöver, visar rapporten att förekomsten av långvarig smärta är ojämnt fördelad över olika sociodemografiska grupper, och yrken med hög fysisk eller psykisk belastning är förknippade med högre förekomst av långvarigsmärta. Vidare undersökningar kan kartlägga orsakssambandet och vilka möjligheter som finns för vården, och andra sektorer för att minska skillnaderna.

Ett första steg i en fördjupande kartläggning

Datainsamlingen, som denna rapport bygger på, är ett första steg i en fördjupande kartläggning av långvarig smärta i Stockholms län. Den kan även bidra till beräkningar av sjukdomsbördan på global nivå, där det finns en brist om aktuella data om långvarig smärta (11,27).

Vidare undersökning med hjälp av longitudinella data kan öka kunskapen om riskfaktorer för långvarig smärta och hur långvarig smärta utvecklas över tid. Dessutom är det brist på data för de allra äldsta samt barn och unga.

Referenser

1. Barke A, Korwisi B, Jakob R, Konstanjsek N, Rief W, Treede RD. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. *Pain*. 2022 Feb;163(2):e310–8.
2. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021 May;397(10289):2082–97.
3. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018 Dec;87:168–82.
4. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019 Aug;123(2):e273–83.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. [Internet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020; [cited 2020 Dec 20]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
6. Afa Försäkring. Långvarig sjukfrånvaro med muskuloskeletal diagnos [Internet]. 2024. Available from: <https://www.afaforsakring.se/ohalsa-och-arbetskador/analys-och-statistik/aktuella-statistikrapporter/muskuloskeletal-sjukdomar>
7. Försäkringskassan. Vad kostar olika sjukdomar? sjukpenningkostnaderna fördelade efter sjukskrivningsdiagnos. :16.
8. Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, Rhodin A, Rivano-Fischer M, Sjolund KF, et al. Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain - Register data of 840,000 Swedish patients: Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain. *Eur J Pain*. 2012 Feb;16(2):289–99.
9. Skillgate E, Magnusson C, Lundberg M, Hallqvist J. The age- and sex-specific occurrence of bothersome neck pain in the general population – results from the Stockholm public health cohort. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 Dec;13(1):185.
10. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023 Jun;5(6):e316–29.
11. Steiner TJ, Stovner LJ. Global epidemiology of migraine and its implications for public health and health policy. *Nat Rev Neurol*. 2023 Feb;19(2):109–17.
12. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May;10(4):287–287.
13. Jakobsson U. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scand J Rheumatol*. 2010 Oct;39(5):421–9.
14. Rometsch C, Martin A, Junne F, Cosci F. Chronic pain in European adult populations: a systematic review of prevalence and associated clinical features. *Pain*. 2025 Apr;166(4):719–31.

15. Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. 2016 Jun;6(6):e010364.
16. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 Sep 14;67(36):1001–6.
17. Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP. Chronic Pain Among Adults - United States, 2019-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023 Apr 14;72(15):379–85.
18. Yong RJ, Mullins PM, Bhattacharyya N. Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *Pain*. 2022 Feb;163(2):e328–32.
19. Lundström S, Särndal C. Calibration as a standard method for treatment of nonresponse. *J Offic Statist*. 1999;(15):305–27.
20. Steiner TJ, Gururaj G, Andrée C, Katsarava Z, Ayzenberg I, Yu SY, et al. Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache: presenting the HARSHIP questionnaire. *J Headache Pain*. 2014 Dec;15(1):3.
21. Rabin R, Charro FD. EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001 Jan;33(5):337–43.
22. Badarin K, Hemmingsson T, Hillert L, Kjellberg K. Physical workload and increased frequency of musculoskeletal pain: a cohort study of employed men and women with baseline occasional pain. *Occup Environ Med*. 2021 Aug;78(8):558–66.
23. Falkstedt D, Almroth M, Hemmingsson T, d’Errico A, Albin M, Bodin T, et al. Job demands and job control and their associations with disability pension—a register-based cohort study of middle-aged and older Swedish workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2023 Oct;96(8):1137–47.
24. Hay G, Korwisi B, Rief W, Smith BH, Treede RD, Barke A. Pain severity ratings in the 11th revision of the International Classification of Diseases: a versatile tool for rapid assessment. *Pain*. 2022 Dec;163(12):2421–9.
25. Clauw DJ, Häuser W, Cohen SP, Fitzcharles MA. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain*. 2020 Aug;161(8):1694–7.
26. Aldington D, Eccleston C. Evidence-Based Pain Management: Building on the Foundations of Cochrane Systematic Reviews. *Am J Public Health*. 2019 Jan;109(1):46–9.
27. Maher C, Ferreira G. Time to reconsider what Global Burden of Disease studies really tell us about low back pain. *Ann Rheum Dis*. 2022 Mar;81(3):306–8.

Bilaga

Bilaga 1. Kompletterande tabeller och figurer

Tabell B1. Prevalens i antal och andel (%), samt prevalenskvoten (95 % konfidensintervall (KI)) av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta.

	Långvarig smärta		Funktionsnedsättande långvarig smärta	
Variabel	Prevalens: andel (95 % KI)	PR ^a (95 % KI)	Prevalens: andel (95 % KI)	PR ^b (95 % KI)
Totalt	37,2 (35–39)	--	10,6 (9,3–12)	--
Kön				
Män (referens)	31,2 (28–34)	1,00	8,4 (6,8–10)	1,00
Kvinnor	43,1 (40–46)	1,42 (1,28–1,59)	12,7 (11–15)	1,46 (1,13–1,88)
Ålder				
16–29 (referens)	22,2 (18–27)	1,00	5,7 (3,8–8,5)	1,00
30–49	34,3 (31–38)	1,58 (1,27–1,96)	8,4 (6,6–11)	1,41 (0,87–2,29)
50–64	50,1 (46–54)	2,17 (1,76–2,67)	15,1 (12–18)	2,49 (1,55–4,02)
65–75	46,0 (41–51)	2,03 (1,63–2,53)	16,7 (13–21)	3,03 (1,86–4,93)
Inkomstgrupper				
Låg	36,8 (32–42)	1,17 (0,98–1,41)	13,4 (10–18)	1,83 (1,18, 2,84)
Medellåg	37,2 (33–42)	1,11 (0,94–1,31)	13,3 (10–17)	1,76 (1,18–2,63)
Medel	38,0 (34–42)	1,17 (1,00–1,36)	9,6 (7,2–13)	1,39 (0,92–2,11)
Medelhög	40,3 (36–44)	1,21 (1,04–1,39)	10,0 (7,8–13)	1,44 (0,98–2,10)
Hög (referens)	33,5 (30–37)	1,00	6,6 (4,9–8,8)	1,00
Utbildning				
Eftergymnasial (referens)	32,1 (29–35)	1,00	8,0 (6,5–9,9)	1,00
Gymnasial eller kortare	40,6 (38–43)	1,27 (1,14–1,42)	12,3 (11–14)	1,44 (1,11–1,86)
Födelseland				
Sverige (referens)	35,7 (34–38)	1,00	7,9 (6,8–9,2)	1,00
Övriga europa	38,8 (33–45)	0,97 (0,83–1,15)	13,5 (9,8–18)	1,46 (1,04–2,06)
Utanför Europa	41,6 (36–48)	1,07 (0,92–1,25)	19,0 (15–24)	2,05 (1,52–2,77)
BMI				
Undervikt (BMI under 18,5)	35,2 (21,2–51,1)	1,34 (0,93–1,94)	8,2 (2,4–18,8)	1,34 (0,55–3,27)
Normal (18,5–24,9) (referens)	30,2 (27,6–32,8)	1,00	7,3 (5,8–8,9)	1,00
Övervikt (25–29,9)	40,6 (37,1–44,2)	1,23 (1,09–1,39)	11,6 (9,3–14,2)	1,31 (0,96–1,77)
Obesitas (BMI 30 eller mer)	50,7 (45,4–56)	1,47 (1,28–1,68)	18,9 (14,9–23,3)	1,98 (1,44–2,71)

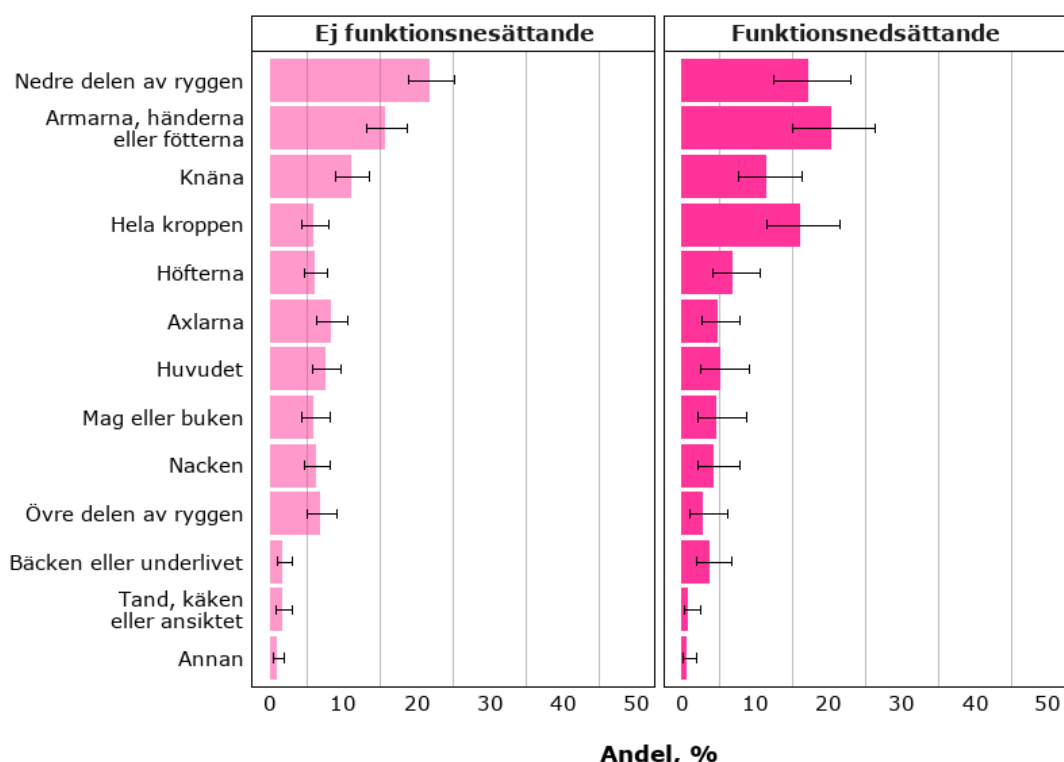
^aPR för Långvarig smärta jämfört med resten

^bPR funktionsnedsättande långvarig smärta jämfört med resten–
PR, prevalens-ratio; KI, Konfidensintervall

Tabell B2. Prevalens i antal och andel (%), samt prevalenskvoten (95% konfidensintervall) av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta (justerat för kön och ålder).

Variabel	Långvarig smärta		Funktionsnedsättande långvarig smärta	
	PR (95 % KI) ¹	p-värde	PR (95% KI) ¹	p-value
Fysisk belastning				
Låg	1,00		1,00	
Medel	1,15 (1,01–1,31)	0,040	1,42 (0,99–2,03)	0,058
Hög	1,29 (1,12–1,49)	<0,001	2,45 (1,73–3,48)	<0,001
Psykisk belastning				
Low strain	1,00		1,00	
Aktiva	1,02 (0,86–1,20)	0,8	1,12 (0,69–1,80)	0,7
Passiva	1,17 (0,99–1,40)	0,071	1,80 (1,15–2,81)	0,011
High strain	1,42 (1,23–1,62)	<0,001	2,62 (1,82–3,78)	<0,001

¹PR = Prevalens-ratio



Figur B1. Andel (%) individer som lider av långvarig smärta och funktionsnedsättande långvarig smärta uppdelat efter typ av smärta (Notera: deltagarna kunde endast välja en typ av smärta, andelar summerar till 100%).

Tabell B3. Smärtans lokalisation uppdelat efter åldersgrupp, andel (95 % KI).

Variabel	16–29 år	30–49 år	50–64 år	65–75 år	p-värde
Lokalisation	<0,001				
Huvudvärk eller migrän	15,8 (9,7–25)	8,2 (5,6–12)	4,6 (2,8–7,3)	1,5 (0,5–4,2)	
Tandvärk eller ont i käken	3,3 (1,0–10)	1,6 (0,64–4,0)	0,7 (0,18–2,9)	0,9 (0,3–2,8)	
Ont i nacken	4,0 (1,4–11)	5,8 (3,7–9,0)	7,5 (5,1–11)	3,2 (1,3–7,7)	
Ont i axlarna	3,1 (0,99–9,4)	7,5 (4,9–11)	9,1 (6,5–13)	6,4 (3,8–11)	
Ont i övre delen av ryggen	8,9 (4,4–17)	6,8 (4,2–11)	4,1 (2,5–6,7)	4,0 (1,7–9,4)	
Ont i nedre delen av ryggen	13,9 (7,6–24)	26,0 (21–32)	15,8 (12–20)	24,2 (19–31)	
Ont i höfterna	1,0 (0,14–6,9)	3,5 (2,1–5,8)	10,1 (7,4–13)	9,6 (6,2–15)	
Knävärk	8,3 (4,0–16)	10,5 (7,4–15)	10,0 (7,3–14)	17,7 (13–24)	
Ont i armarna, händerna eller fötterna	11,6 (6,5–20)	14,4 (11–19)	21,8 (18–26)	17,8 (13–24)	
Mag- eller buksmärta	18,7 (12–29)	4,5 (2,6–7,6)	3,3 (1,8–5,8)	2,4 (1,1–5,3)	
Bäckensmärta eller smärta i underlivet	3,2 (1,0–9,6)	2,9 (1,5–5,3)	0,5 (0,1–3,2)	4,5 (2,2–9,1)	
Ont i hela kroppen	7,0 (3,3–14)	7,8 (5,1–12)	11,7 (8,6–16)	6,2 (3,2–12)	
Annan	1,2 (0,17–8,2)	0,6 (0,14–2,2)	0,9 (0,34–2,3)	1,6 (0,5–4,9)	
Antal smärta lokalisationer	<0,001				
1	36,0 (26–47)	29,8 (25–35)	35,5 (31–41)	30,3 (24–37)	
2	16,8 (10–26)	29,7 (24–35)	34,6 (30–40)	39,9 (33–47)	
3 eller mer	47,2 (37–58)	40,5 (35–46)	29,8 (25–35)	29,8 (24–37)	

Tabell B4. Smärtans svårighetsgrad uppdelat efter åldersgrupp, medelvärde (95 % KI).

	16–29 år	30–49 år	50–64 år	65–75 år	p-värde
Smärtintensitet	5,5 (5,0–5,9)	5,3 (5,0–5,5)	5,5 (5,3–5,7)	5,5 (5,3–5,8)	0,3
Påverkan på dagliga aktiviteter	4,7 (4,1–5,3)	4,2 (3,9–4,6)	4,1 (3,8–4,5)	4,7 (4,2–5,1)	0,14
Psyksiska besvär	5,1 (4,4–5,8)	4,3 (4,0–4,7)	4,3 (4,0–4,6)	4,0 (3,6–4,4)	0,077

Tabell B5. Andel (%) som uppger svårigheter i EQ-5D-5L efter nivå av svårighet och uppdelat efter smärtgrupp (95 % konfidensintervall).

EQ-5D dimension	Ej långvarig smärta	Ej funktionsnedsättande	Funktionsnedsättande
Rörlighet			
Inga	89,4 (88–91)	60,1 (56–64)	27,0 (21–33)
Lite	8,2 (6,8–9,8)	27,8 (24–32)	27,5 (22–34)
Måttliga	1,8 (1,2–2,8)	10,7 (8,4–13)	27,8 (22–34)
Stora	0,2 (0,10–0,64)	1,4 (0,74–2,8)	17,3 (13–23)
Extrema	0,3 (0,07–1,0)	0,0 (0,00–0,00)	0,5 (0,15–1,5)
Personlig vård			
Inga	96,9 (96–98)	83,7 (80–86)	54,1 (48–61)
Lite	2,4 (1,7–3,5)	12,7 (10–16)	28,8 (23–35)
Måttliga	0,4 (0,21–0,94)	3,1 (1,9–5,0)	13,1 (9,4–18)
Stora	0,0 (0,00–0,00)	0,5 (0,14–1,4)	3,4 (1,7–6,5)
Extrema	0,2 (0,04–0,76)	0,0 (0,00–0,00)	0,5 (0,07–3,5)
Vanliga aktiviteter			
Inga	84,6 (82–86)	48,8 (45–53)	13,9 (9,8–19)
Lite	12,4 (11–14)	34,7 (31–39)	28,1 (23–34)
Måttliga	2,3 (1,6–3,3)	13,4 (11–16)	32,4 (26–39)
Stora	0,6 (0,29–1,2)	2,3 (1,3–3,9)	20,5 (16–26)
Extrema	0,2 (0,06–0,76)	0,9 (0,42–2,0)	5,2 (2,9–9,1)
Smärta/besvär			
Inga	50,9 (48–54)	3,6 (2,3–5,6)	1,6 (0,50–4,9)
Lätta	40,9 (38–44)	41,5 (38–45)	15,2 (11–20)
Måttliga	7,2 (5,9–8,7)	47,3 (43–51)	41,5 (35–48)
Svåra	0,9 (0,48–1,8)	6,9 (5,1–9,3)	35,9 (30–43)
Extrema	0,1 (0,03–0,54)	0,6 (0,19–2,2)	5,8 (3,3–10)
Oro/nedstämdhet			
Varken orolig eller nedstämd	53,2 (50–56)	33,9 (30–38)	18,0 (14–23)
Lite	33,0 (31–36)	39,8 (36–44)	38,7 (32–45)
Ganska	10,6 (8,9–12)	16,7 (14–20)	21,7 (17–28)
Mycket	2,5 (1,7–3,6)	8,2 (6,1–11)	17,2 (13–23)
Extremt	0,7 (0,40–1,3)	1,3 (0,57–2,8)	4,5 (2,3–8,5)

ISBN 978-91-988022-6-9



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM