

Sociala skillnader i sjukfrånvaro inom Stockholms län

Resultat från folkhälsoenkät 2002 och 2006

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:26

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Christina Lindholm, Gunilla Björklund, Anna Ekmer och Karin Engström
Avdelningen för folkhälsoepidemiologi, Institutionen för folkhälsovetenskap,
Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-27-2

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

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

Sammanfattning	5
Inledning	6
Material och metod	8
Analyser	10
Resultat.....	11
Bakgrundsförhållanden	11
Ålder och kön	11
Socioekonomiska grupper.....	11
Hälsotillstånd	12
Ålders- och könsskillnader i hälsa	13
Är risken för sämre hälsa större bland kvinnor?.....	14
Kön, ålder och sjukfrånvaro/sjukersättning	14
Ålders- och könsskillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning	15
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland kvinnor?	16
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning störst bland de äldsta?.....	16
Hälsotillstånd och sjukfrånvaro/sjukersättning.....	18
Sjukfrånvaro och sjukersättning vid olika hälsotillstånd	18
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland dem med sämre hälsa?	20
Hälsotillstånd bland personer med sjukfrånvaro och sjukersättning.....	22
Sociala faktorer och sjukfrånvaro/sjukersättning	24
Socioekonomiska grupper och sjukfrånvaro/sjukersättning	24
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland arbetare?	26
Ekonomiska förhållanden och sjukfrånvaro/sjukersättning.....	26
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större vid ekonomiska svårigheter?.....	27
Familjesituation och sjukfrånvaro/sjukersättning.....	28
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större för dem utan partner?.....	29
Hemmavarande barn och sjukfrånvaro/sjukersättning	29
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större för dem med hemmavarande barn?	30
Arbetsmarknadsförhållanden och sjukfrånvaro/sjukersättning	31
Arbetslöshetserfarenhet och sjukfrånvaro/sjukersättning	31
Är risken för sjukfrånvaro större för dem med arbetslöshetserfarenhet?.....	33
Anställda i offentlig och privat sektor och sjukfrånvaro/sjukersättning	34
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större i offentlig sektor?	35
Anställningsform och sjukfrånvaro/sjukersättning	36
Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland dem med tidsbegränsad anställning?.....	36
Har risken för sjukfrånvaro och sjukersättning ökat mellan åren 2002 och 2006?.....	36
Hälsa och sjukfrånvaro/sjukersättning i kommuner och stadsdelar	37
Sociodemografiska förhållanden i kommuner och stadsdelar	37
Hälsotillstånd i kommuner och stadsdelar	40
Sjukfrånvaro och sjukersättning i kommuner och stadsdelar	42
Referenser	49
Tabellbilaga, kommuner och stadsdelar.....	50

Sammanfattning

Denna rapport är ett led i Stockholms läns landstings uppdrag att följa den sociala fördelningen av ohälsa och sjukdom och dess konsekvenser. Syftet har varit att beskriva hur sjukfrånvaron varierar mellan grupper med olika social och ekonomisk situation, olika arbetsmarknadsförhållanden och olika hälso- och sjukdomsstatus samt mellan kommuner och stadsdelar inom länet. Rapporten utgår från Stockholms läns folkhälsoenkäter åren 2002 och 2006.

Sjukfrånvaron har minskat mellan år 2002 och 2006. Risken är mindre för både kort och lång sjukfrånvaro 2006 jämfört med 2002, för alla sociala grupper som finns med i undersökningen. Däremot är risken för sjukersättning större 2006 än 2002.

Sjukfrånvaro kan ses som en konsekvens av sjukdom – som minskar förmågan att utföra arbete helt eller delvis – i kombination med ett antal faktorer i arbetsmiljön – som påverkar möjlighet att vara sjukfrånvarande eller sjuknärvarande vid sjukdom. Det självrapporterade hälsotillståndet har inte förändrats nämnvärt mellan åren när det gäller självskattad allmän hälsa eller långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan. Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande har minskat från 2002 till 2006, medan andelen med långvarig sjukdom har ökat. Skillnaden mellan kvinnor och män är små vad gäller långvarig sjukdom, men något större för självskattad hälsa och ännu större för nedsatt psykiskt välbefinnande.

Av de tillfrågade svarade cirka sex procent att de hade sjukersättning. Av dem som var anställda/egna företagare svarade nästan 40 procent att de hade en kort sjukfrånvaro och nio procent en lång den senaste 12-månadersperioden. Kvinnor hade större risk än män för såväl kort och lång sjukfrånvaro som sjukersättning och medan kort sjukfrånvaro minskade med ålder ökade sjukersättning med densamma.

De sociala skillnaderna i sjukfrånvaro visade sig i skillnader mellan arbetare och tjänstemän, personer med och utan ekonomiska svårigheter och personer med och utan arbetslöshetserfarenhet. Skillnaderna i sjukfrånvaro var tydligast för lång sjukfrånvaro och sjukersättning. År 2006 var risken bland arbetare jämfört med tjänstemän dubbelt så stor för lång sjukfrånvaro och nästan tre gånger så stor för sjukersättning, när hänsyn tagits till effekten av kön och ålder. Även personer med ekonomiska svårigheter hade en och en halv gång så stor risk för lång sjukfrånvaro jämfört med dem utan ekonomiska svårigheter och tre gånger så stor risk för sjukersättning, med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp. Risken för sjukersättning bland personer i arbete men med tidigare arbetslöshetserfarenhet var dubbelt så stor jämfört med dem utan arbetslöshetserfarenhet.

Skillnader i hälsa och sociala faktorer var stora mellan kommuner/stadsdelar vilket också speglas i skillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning.

Inledning

Hälsan i befolkningen i Stockholms län bevakas och följs kontinuerligt av Stockholms läns landsting (se t ex Folkhälsorapport 2003, 2007). Utvecklingen har de senaste decennierna i stort varit positiv men samtidigt har hälsan visat sig vara ojämnt fördelad mellan grupper och mellan geografiska områden. För att förbättra möjligheterna till god hälsa för alla i befolkningen är det av största vikt att även fördelning av hälsan följs och bevakas.

En möjlig konsekvens av sjukdom är sjukfrånvaro eller sjukersättning (tidigare förtidspension). Med hjälp av Försäkringskassans register kan vi följa sjukfrånvaron i befolkningen och dess variation mellan kvinnor och män, i åldersgrupper och geografiskt. Dessa uppgifter visar att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män, äldre har högre sjukfrånvaro än yngre samt att det finns skillnader mellan kommuner och stadsdelar inom Stockholms län (Kark m.fl. 2009).

Sjukfrånvaro är emellertid inte en självklar konsekvens av sjukdom (Lindholm, m.fl. 2005). Sjukdomen måste även orsaka minskad förmåga att utföra arbete helt eller delvis. Ett flertal faktorer i arbetsmiljön har också visats påverka om en individ vid sjukdom har möjlighet att vara sjukfrånvarande eller sjuknärvarande (Hogstedt m.fl. 2004, Marklund 2000, Marklund m.fl. 2005). Variationen i sjukfrånvaro mellan grupper kan därmed, förutom att bero på variation i hälsa, bero på variationer i arbetsförhållanden och krav i arbetslivet. Exempelvis behöver inte en tjänsteman som kan sitta hemma och arbeta vara sjukfrånvarande för ett brutet ben, vilket en arbetare som måste röra sig mycket och lyfta tungt i sitt arbete är tvungen att vara. Sjukfrånvaron kan därför skilja sig från hälsans fördelning mellan grupper i befolkningen.

Sjukfrånvaron ökade oroväckande åren 1997 till 2003 för att därefter minska igen. Varken uppgången i sjukfrånvaron eller den nedgång som följde har någon enkel eller enhetlig förklaring (Bjurvald m.fl. 2005, Hogstedt m.fl. 2004, Marklund m.fl. 2005). Forskningen på området är eftersatt jämfört med den forskning som finns om hälsa och sjukdomar. Dessutom ingår forskningsområdet i ett flertal olika discipliner och beskrivs och analyseras därmed ur olika aspekter utifrån respektive disciplin (SBU 2003). På strukturell nivå finns en förklaring som visar att sysselsättningsgrad samvarierar med sjukfrånvaro med ett historiskt mönster av att sjukfrånvaron går upp när arbetslösheten går ner och tvärt om (Hemmingsson 2004). Vi kan också se att år 2004 då sjukfrånvaron minskade började arbetslösheten öka och har därefter fortsatt öka samtidigt som sjukfrånvaron minskat. Det finns flera teorier kring denna samvariation, bland annat att förändrade krav i arbetslivet påverkar möjligheten att arbeta med vissa sjukdomsbesvär och att kraven för att komma in på arbetsmarknaden förändras. Ytterligare förklaringar till att sjukfrånvaro varierar över tid är att ålderssammansättningen i den arbetande befolkningen förändras och att de krav som ställs inom sjukförsäkringen för att få sjukpenning förändras.

I Stockholms landstings folkhälsorapportering har traditionellt sett funnits en övergripande beskrivning av sjukfrånvaron i Stockholms län. Folkhälsoenkäten 2002 samlades in i en tid då sjukfrånvaron ökade och i 2003 års folkhälsorapport för Stockholms län konstaterades att:

”Det finns ingen påvisad enkel förklaring till den ökade sjukfrånvaron under senare år. Risken att bli sjukskriven/beviljas sjukersättning (bli förtidspensionerad) påverkas av en mängd faktorer. Ungefär en tredjedel av ökningen anses bero på att andelen äldre i den yrkesverksamma befolkningen ökat. Den enskilda orsak som oftast återopas är ökad press i arbetslivet på grund av kraftiga personalneddragningar under 1990-talet i framförallt vård- och omsorgssektorn.”

År 2004 vände uppgången till en nedgång i sjukfrånvaron. Folkhälsoenkäten 2006 samlades in i en tid då sjukfrånvaron fortfarande minskade. Variationen i sjukfrånvaro kommenterades i 2007 års folkhälsorapport med följande:

”Orsaken till den kraftiga ökningen är delvis oförklarad men en kombination av flera faktorer har bidragit, till exempel en förskjutning av ålderssammansättningen, negativa förändringar i arbetsmiljön samt ökade krav för att komma in på arbetsmarknaden. Försäkringssystemets konstruktion och ersättningsnivå spelar också roll. Vissa studier tyder på att högre sysselsättning ofta samvarierar med högre sjukskrivningsförekomst. Det är mer osäkert om ökningen i sjukskrivning kan ses som ett tecken på ökad ohälsa i befolkningen. Det finns ett starkt samband mellan långtidssjukskrivning/sjuk- och aktivitetsersättning och dödlighet respektive sjuklighet på individnivå. Det är därför viktigt att följa utvecklingen utifrån ett folkhälsoperspektiv.”

Oavsett om sjukfrånvaron ökar eller minskar är det ett problem för den enskilde, för företag och för samhället. Stockholms län följer sjukfrånvaromönstret i landet som helhet, men sjukfrånvaron i Stockholms län är generellt sett lägre än i många andra län. Sjukfrånvaro och sjukersättning är liksom hälsan ojämnt fördelad mellan kommuner och stadsdelar, mellan åldersgrupper och mellan kvinnor och män (Kark m.fl. 2009). Förebyggande och rehabiliterande åtgärder är avhängig kunskap om sjukfrånvarons variation mellan olika grupper i befolkningen.

Denna rapport är ett led i Stockholms läns landstings uppdrag att följa den sociala fördelningen av ohälsa och sjukdom och dess konsekvenser. Den är en fördjupning av resultaten i rapporten ”Att mäta och beskriva sjukfrånvaro” (Kark m.fl. 2009), vilken handlar om sjukfrånvarons utveckling över tid i Stockholms läns kommuner och stadsdelar. Arbetsmiljöns betydelse för hälsa har studerats närmare av Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting (Arbetshälsorapport 2007) och lämnas därför till stor del utanför denna rapport. Fokus i denna rapport är att beskriva hur sjukfrånvaron varierar mellan grupper med olika social och ekonomisk situation, olika arbetsmarknadsförhållanden och olika hälso- och sjukdomsstatus samt mellan kommuner och stadsdelar inom länet. Vi tittar

också på hur sjukfrånvaron varierade mellan år 2002, i en tid av ökad sjukfrånvaro, och år 2006, i en tid av minskad sjukfrånvaro.

Material och metod

I rapporten används enkätsvar från 2002 och 2006 års folkhälsoenkäter för att beskriva de två årens variationer i sjukfrånvaro och hälsa. Enkäterna skickades till ett slumpmässigt urval av 50 000 respektive 58 000 personer 2002 och 2006, i åldern 18–84 år, boende i Stockholms län. År 2002 svarade 31 200 personer och år 2006 svarade 34 700 personer vilket innebär en svarsfrekvens på sammanlagt cirka 62 procent. Eftersom denna rapport handlar om sjukfrånvaro avgränsades urvalet till kvinnor och män i åldern 18–64 år. För år 2002 avgränsades den studerade gruppen ytterligare till dem som ingår i en kohort av svarande vilka har deltagit i en uppföljande enkätundersökning under 2007, då Försäkringskassans (FK:s) register över utbetalda sjukpenningdagar endast var tillgängligt för dessa. De skiljer sig inte gällande bakgrund eller svarsmönster från motsvarande åldersgrupp i hela materialet för år 2002. Sammanlagt ingår därför i undersökningen ett färre antal personer år 2002 (19 633 personer) än år 2006 (27 994 personer).

Enkäterna omfattar vid båda tillfällena frågor om bland annat hälsa och välbefinnande, sjukfrånvaro, arbete, social och ekonomisk situation samt andra bakgrundsfaktorer. Till detta har även ett antal variabler från nationella register länkats, som till exempel födelseland, inkomst och arbetslöshet.

I denna rapport presenterar vi resultat angående både sjukfrånvaro och så kallad sjukersättning (det vill säga förtidspension/sjukbidrag 2002 respektive sjukersättning/aktivitetsersättning 2006). Frågorna angående självrapporterad sjukfrånvaro har i viss mån ändrats mellan 2002 och 2006 och kan därför inte jämföras i alla avseenden. Uppgifter om sjukfrånvaro har därför kompletterats med FK:s register över utbetalda dagar med sjukpenning åren 2002 och 2006. Informationen om sjukersättning hämtas uteslutande från enkäten. Sjukfrånvaron är beräknad på en 12-månadersperiod medan sjukersättning baseras på aktuell sysselsättning vid tillfället då personerna besvarat enkäten. Sjukfrånvaro och sjukersättning har delats in i följande fyra grupper.

- Ingen sjukfrånvaro: 0 dagar
- Kort sjukfrånvaro: sjukfrånvaro i 1–13 dagar i sträck under året, oavsett hur många gånger en person har varit frånvarande
- Lång sjukfrånvaro: sjukfrånvaro i sammanhängande sjukfrånvaroperiod på mer än 14 dagar, oavsett hur många gånger under året detta har skett
- Sjukersättning: förtidspension/sjukbidrag 2002 respektive sjukersättning/aktivitetsersättning 2006.

Personerna kan endast finnas med i en av ovanstående grupper, vilket innebär att de som har haft sjukersättning inte finns med i någon av sjukfrånvarogrupperna, och att de som haft minst en lång sjukfrånvaro inte finns med i gruppen som haft kort sjukfrånvaro.

Sjukfrånvaron beräknades för dem som i enkäterna uppgav att de var anställda (tillsvidare- eller tidsbegränsad anställning på hel- eller deltid) eller var egna företagare. De som uppgav att de var arbetslösa, studerande eller var i någon annan situation *i kombination* med anställning/eget företagande räknades som anställd/egen företagare. Ingen distinktion har därmed gjorts mellan hel- och deltidsfrånvaro. I enkäterna uppmanades de svarande att endast svara på frågorna om sjukfrånvaro om de hade en anställning. Detta innebär att sjukfrånvaro bland de personer som var arbetslösa på heltid inte gått att beräkna.

Sjukersättning år 2006 inkluderar de personer som uppgivit antingen hel eller partiell sjukersättning, medan 2002 inkluderar de personer som uppgivit att de i huvudsak var förtids- eller sjukpensionerade (endast ett valbart alternativ) vilket kan innebära både hel- och deltidspension beroende på hur personerna själva upplevde situationen. Detta kan påverka skillnaden i resultat mellan 2002 och 2006.

Beskrivningen av hälsan i länet år 2002 och 2006 baseras på fyra hälsovariabler från folkhälsoenkäten: en bedömning av det allmänna hälsotillståndet (mycket gott, gott, någorlunda, dåligt, mycket dåligt), nedsatt psykiskt välbefinnande (mätt med GHQ12, det vill säga baserat på tolv frågor om det psykiska välbefinnandet; brytpunkt 3), långvarig sjukdom och långvarig sjukdom med begränsad arbetsförmåga, där gruppen med långvarig sjukdom innefattar gruppen med långvarig sjukdom med begränsad arbetsförmåga. Det bör påpekas att samma person kan skatta sin hälsa som god samtidigt som hon/han uppger långvarig sjukdom. De självrapporterade hälsotillstånden kan överlappa varandra.

För att avgöra vilken social position en person har, har det av respondenten uppgivna yrket kodats enligt Socioekonomisk indelning (SEI). SEI är ett klassifikationssystem som är baserat på yrke. Egenföretagare och anställda skiljs ut och de anställda delas vidare in i arbetare och tjänstemän på olika nivåer. Ekonomiska svårigheter definieras med hjälp av en enkätfråga: en person som besvarat ja på frågan om man under en 12-månadersperiod haft så svårt att betala hyra eller löpande räkningar att man varit tvungen att låna pengar av släkt och vänner eller beviljats försörjningsstöd (socialbidrag) har klassats som att ha haft ekonomiska svårigheter. Hur arbetslöshet är relaterat till sjukfrånvaro går, som nämnts ovan, inte att titta på i detta material då endast personer med anställning besvarat frågorna angående sjukfrånvaro. Däremot kan vi titta på tidigare arbetslöshetserfarenhet som mätts med hjälp av frågan: "Har du varit arbetslös någon gång under de senaste 2 åren?" (ja; nej).

Analyser

I rapporten beskrivs sjukfrånvaron och sjukersättningen i olika grupper av befolkningen med hjälp av andelar. Resultaten i form av andelar är inte åldersstandardiserade, det vill säga grupperna är inte oberoende av skillnader i ålderssammansättning.

För att skatta risken eller sannolikheten för sjukfrånvaro och sjukersättning beräknas oddskvoter (OR) med hjälp av logistisk regression. Vad gäller kort och lång sjukfrånvaro där prevalensen uppgår till 37 procent respektive nio procent av de svarande kan detta i vissa fall innebära att risken något överskattas, men detta förväntas inte påverka de slutsatser som dras. Beräkningar av prevalenskvoten för alla OR som översteg 10,0 och även för några av de lägre, visade endast mindre avvikelser från OR. Oddset, sannolikheten för sjukfrånvaro i en grupp med ett visst förhållande, exponering, jämförs med sannolikheten för sjukfrånvaro i en annan grupp (jämförelsegrupp) utan denna exponering. Jämförelsegruppen har ett odds på 1,0. Om OR är 1,0 har grupperna lika stor sannolikhet. Om OR är större än 1,0 finns det en högre risk för sjukfrånvaro i den studerade gruppen och exponeringen i den studerade gruppen är således korrelerat med en högre risk för sjukfrånvaro. Om kvoten är mindre än 1,0 är risken för sjukfrånvaro lägre än i jämförelsegruppen. Oddskvoten visar således samvariationen mellan en faktor och sjukfrånvaro eller sjukersättning. För varje OR beräknades ett 95-procentigt konfidensintervall (CI) för att se om skillnaderna är orsakade av slumpen eller beror på en verklig skillnad. Konfidensintervallet visas inte i tabeller och figurer utan markeras med * i figurerna i de fall intervallet inte täcker in värdet 1,0 och det alltså finns en verklig skillnad mellan grupperna.

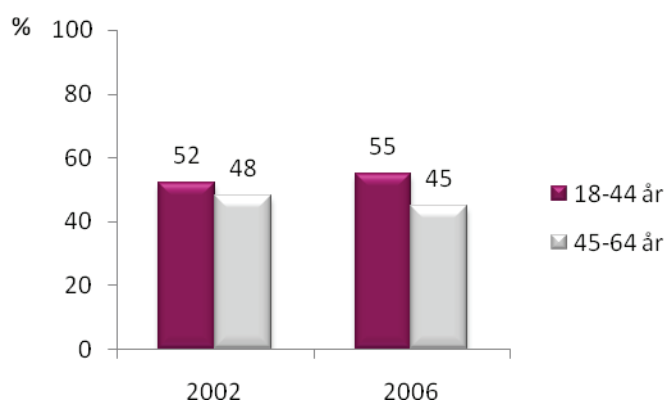
I redovisningen av risken (sannolikheten) för sjukfrånvaro och sjukersättning har hänsyn tagits till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, förutom i ett par fall där detta i så fall påpekats. Resultaten redovisas för män och kvinnor separat. Huvudsakligen redovisas resultat för 2006 men även förändringen från 2002 beskrivs.

Resultat

Bakgrundsförhållanden

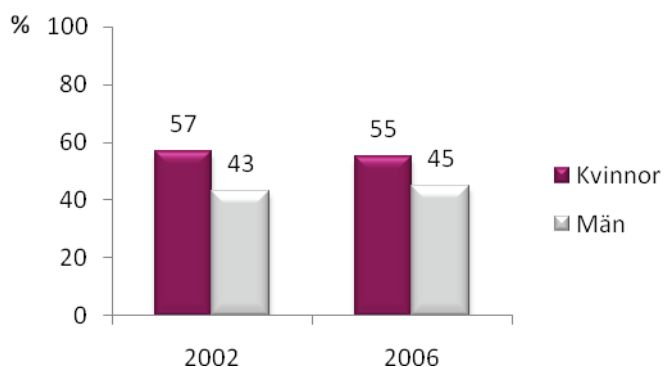
Ålder och kön

Åldersfördelningen bland de svarande i länet åren 2002 och 2006 visas i figur 1. Båda åren utgör den yngre åldersgruppen (som också innefattar 6 fler år) en något större andel av dem som har besvarat enkäten än den äldre.



Figur 1. Åldersfördelning (%), år 2002 och 2006.

Det är en större andel kvinnor jämfört med män som har besvarat enkäten båda åren, figur 2.



Figur 2. Könsfördelning (%), år 2002 och 2006.

Socioekonomiska grupper

År 2006 var cirka en tredjedel av dem som svarade på enkäten arbetare (n=7555), 14 procent lägre tjänstemän (n=3619), 46 procent var mellan eller högre tjänstemän (n=11 641) och nio procent egna företagare (n=2347), figur 3. Det är inga större skillnader mellan åren 2002 och 2006.

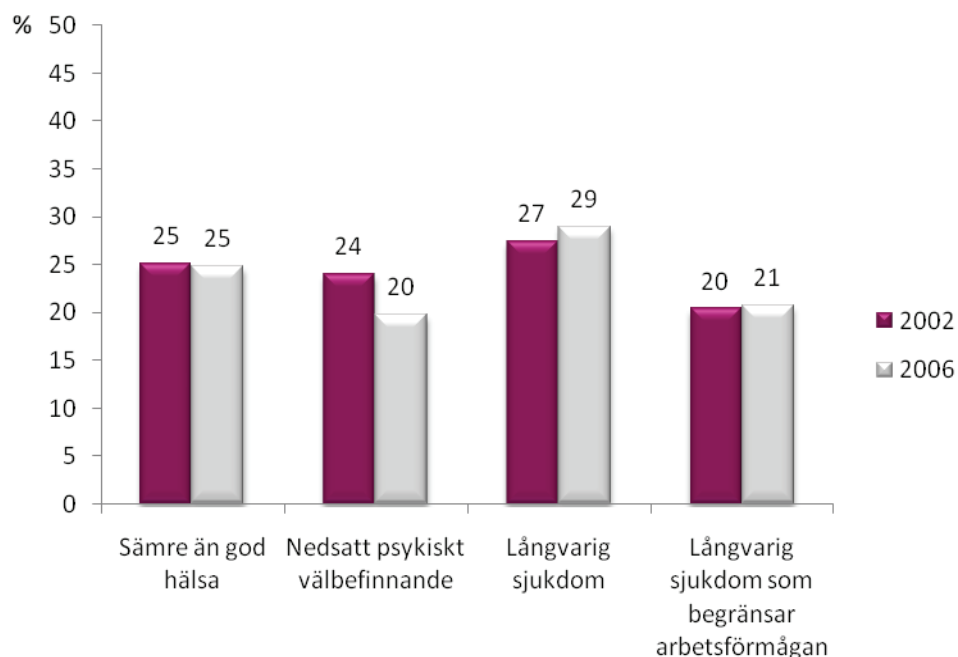


Figur 3. Andel (%) arbetare, tjänstemän och egna företagare, år 2002 och 2006.

Arbetslösheten ökade med en procentenhet från 1,2 procent år 2002 till 2,2 procent år 2006 bland dem som svarat på enkäterna.

Hälsotillstånd

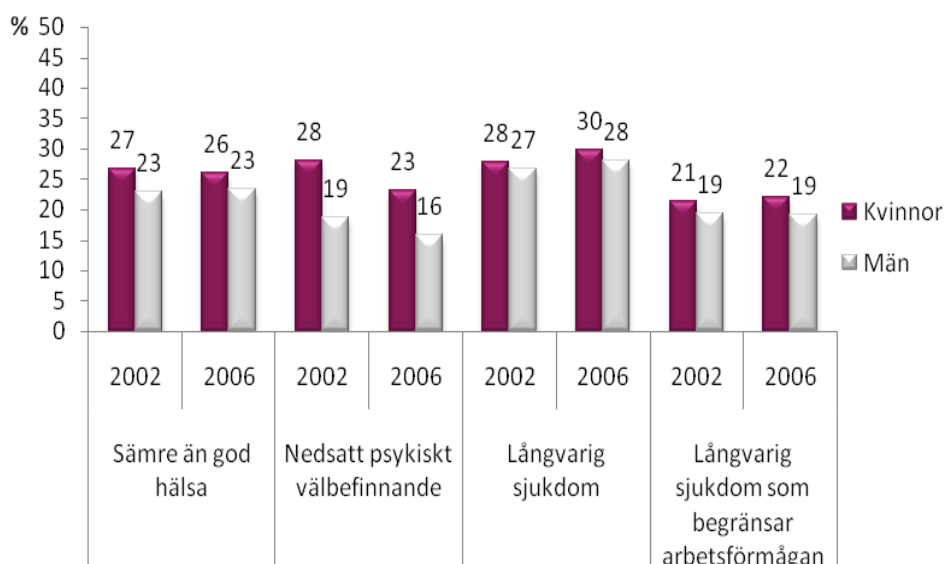
Både år 2002 och 2006 var det en fjärdedel av de svarande som skattade sin hälsa som sämre än god, figur 4. Störst skillnad mellan åren är det för nedsatt psykiskt välbefinnande, där drygt fyra procentenheter färre angav detta år 2006 jämfört med år 2002. En något större andel år 2006 jämfört med 2002 svarade att de har en långvarig sjukdom. Båda åren var det omkring en femtedel som svarade att de har en långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan.



Figur 4. Självrapporterade hälsotillstånd (%), år 2002 och 2006.

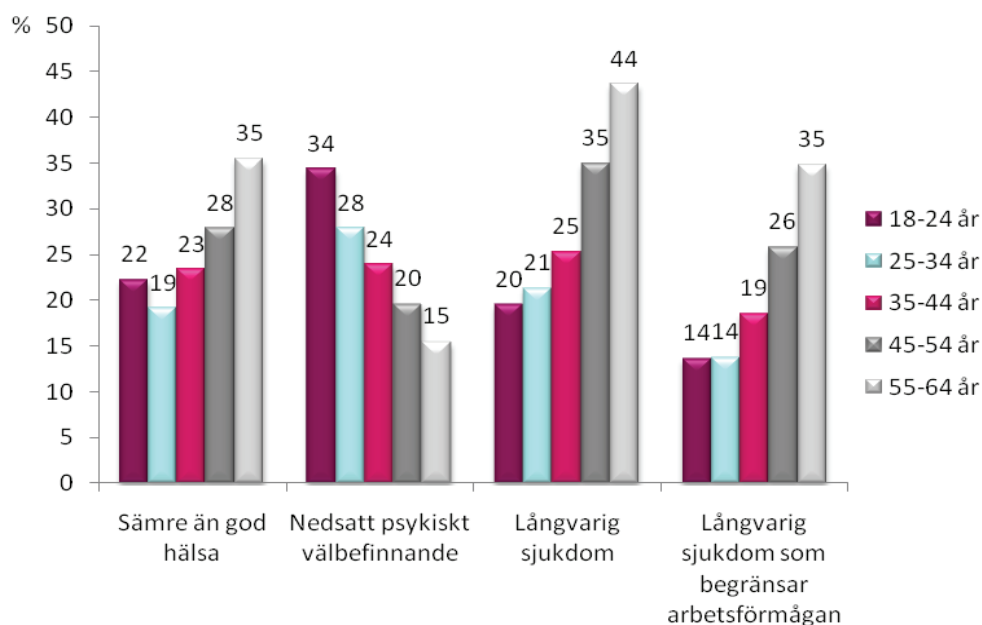
Ålders- och könsskillnader i hälsa

Den självrapporterade hälsan uppdelat på kvinnor och män visas i figur 5. Hälsotillståndet mätt som långvarig sjukdom och långvarig sjukdom med begränsad arbetsförmåga är något sämre för kvinnor än för män. En klart större andel av kvinnorna än av männen anger också sämre än god allmän hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande.



Figur 5. Andel (%) kvinnor och män med de fyra olika självrapporterade hälsotillstånden, år 2002 och 2006.

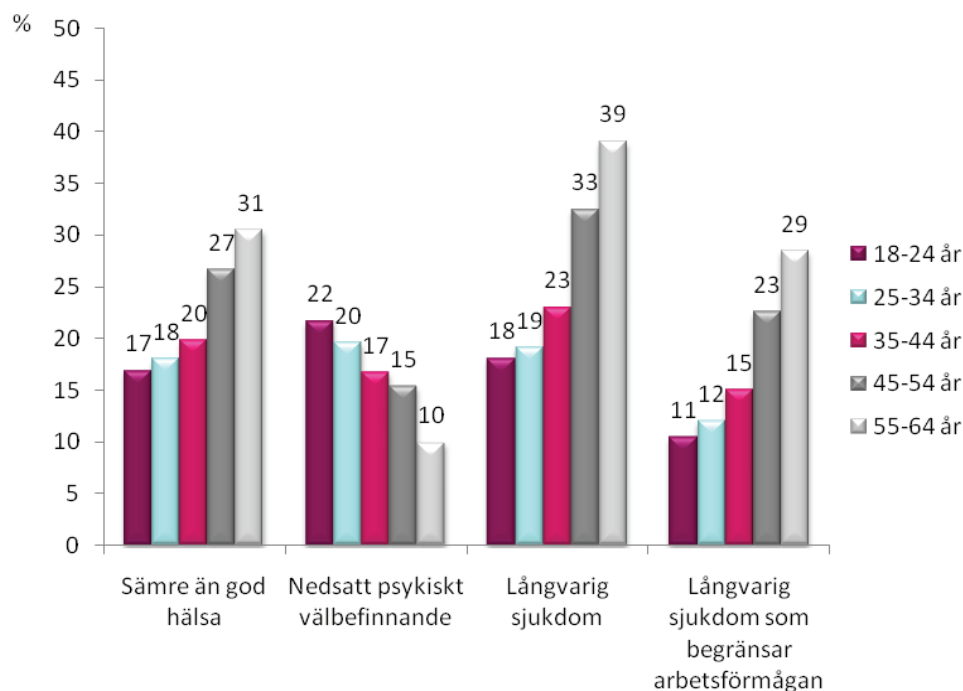
Figur 6a visar en tydlig ”ålderstrappa” för nedsatt psykiskt välbefinnande bland kvinnor med störst andel i den yngsta gruppen och minst i den äldsta gruppen.



Figur 6a. Andel (%) kvinnor i olika åldersgrupper med sämre än god hälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, långvarig sjukdom och långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan, år 2006.

För långvarig sjukdom är förhållandet det motsatta. Den självskattade allmänna hälsan ökar liksom långvarig sjukdom med ålder, med undantag för den yngsta åldersgruppen som också har relativt stor andel som uppgav sämre än god hälsa.

För män är skillnaderna mellan åldersgrupperna inte lika tydlig, figur 6b, men följer samma mönster som för kvinnorna.



Figur 6b. Andel (%) män i olika åldersgrupper med sämre än god hälsa, nedsatt psykiskt välbefinnande, långvarig sjukdom och långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan, år 2006.

Är risken för sämre hälsa större bland kvinnor?

Vid beräkning av risken (OR) för sämre hälsa bland kvinnor jämfört med män år 2006 har hänsyn tagits till effekten av ålder och socioekonomisk grupp. Jämfört med män är risken bland kvinnor cirka 20 procent större för sämre än god allmän hälsa (OR 1,2; CI 1,1–1,3), 60 procent större för nedsatt psykiskt välbefinnande (OR 1,6; CI 1,4–1,7), 20 procent större för långvarig sjukdom (OR 1,2; CI 1,1–1,2) och 30 procent större för långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan (OR 1,3; CI 1,2–1,4). Överrisken hos kvinnor är således störst för nedsatt psykiskt välbefinnande.

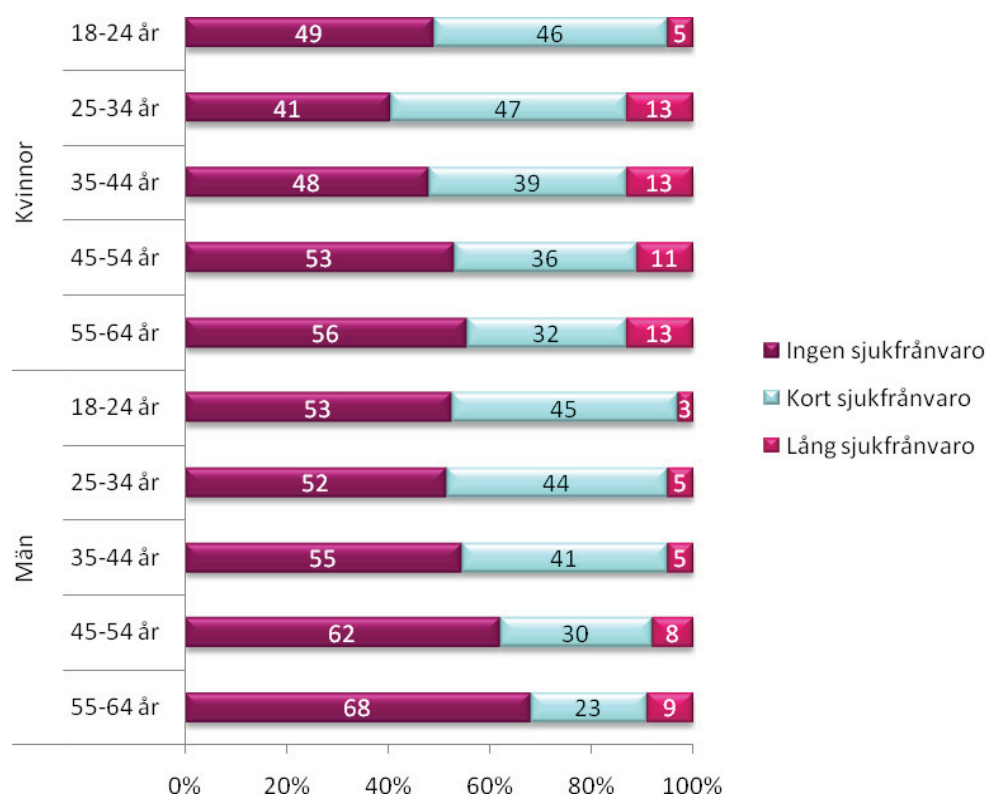
Kön, ålder och sjukfrånvaro/sjukersättning

På frågan om arbete och sysselsättning svarade sex procent, 1 745 personer, av dem som svarat på enkäten år 2006, att de hade sjukersättning helt eller partiellt. Av dem som var anställda/egenföretagare uppgav 54 procent, 10 934 personer, att de inte hade någon sjukfrånvaro under den senaste 12 månadersperioden och 37 procent, 7 535 personer, att de hade haft minst en

kort sjukfrånvaro. Enligt Försäkringskassans register hade nio procent, 1 907 personer, bland dem som svarat på enkäten och var anställda/egenföretagare minst en lång sjukfrånvaro.

Ålders- och könsskillnader i sjukfrånvaro och sjukersättning

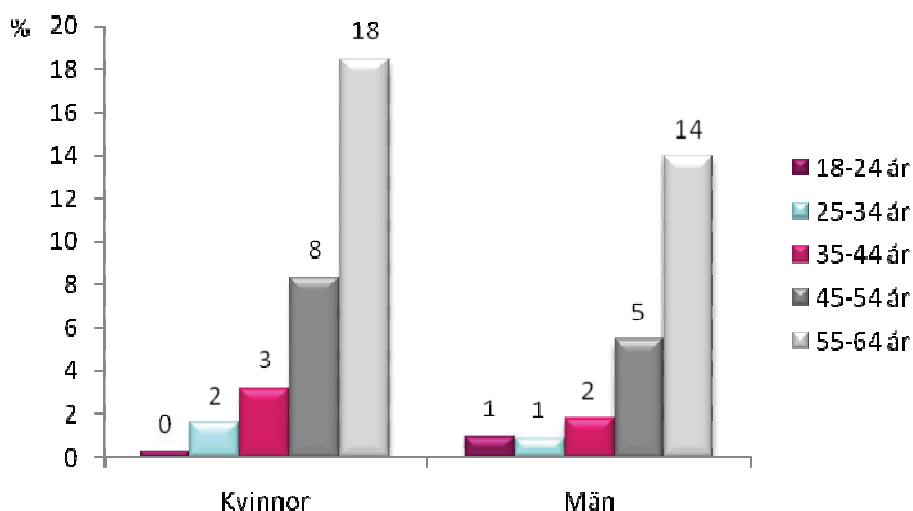
Bland kvinnor har gruppen 25–34 år en mindre andel helt utan sjukfrånvaro än den yngsta åldersgruppen (18–24 år), figur 7. Kort sjukfrånvaro är vanligare bland de yngre ålderskategorierna och drygt tio procent i alla åldersgrupper utom den yngsta uppgav att de har haft lång sjukfrånvaro. Att den yngsta åldersgruppen i viss mån avviker från den förväntade ålderstrappan kan bero på att fler i denna grupp har tillfälliga arbeten, deltidsarbeten och är studerande.



Figur 7. Andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper med ingen, kort respektive lång sjukfrånvaro, år 2006.

Bland män minskar andelen med korttidsfrånvaro med ålder medan andelen med lång sjukfrånvaro ökar med ålder, figur 7. Den äldsta gruppen har också störst andel utan sjukfrånvaro.

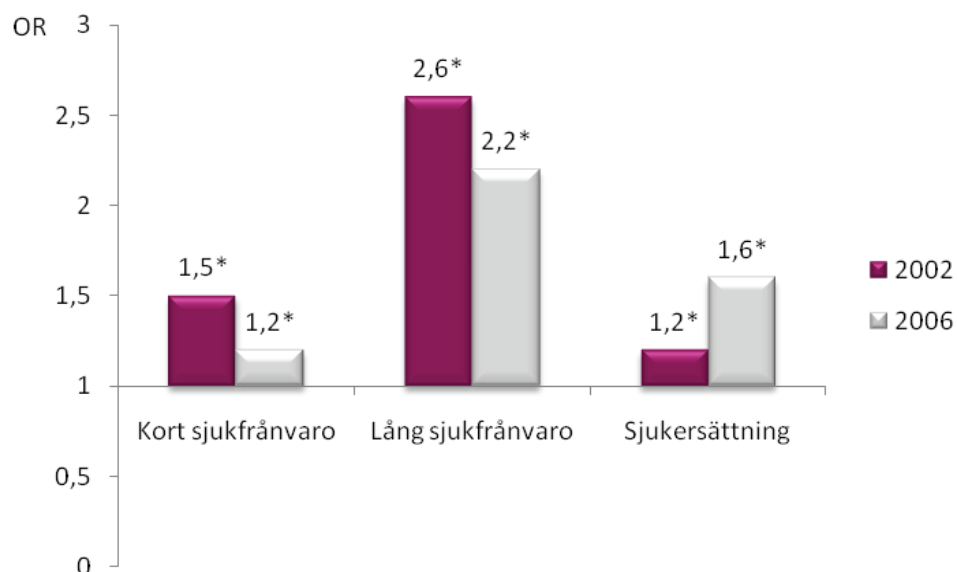
En trolig förklaring till att andelen utan sjukfrånvaro finns i den äldsta gruppen, både för män och kvinnor, är att sjukersättning är vanligare i denna grupp vilket innebär att det är de friskaste som är kvar i arbetslivet. Figur 8 visar andelen med sjukersättning bland kvinnor och män i olika åldersgrupper. Som väntat ökar andelen med sjukersättning med ålder. Kvinnor har större andel med sjukersättning än män i alla åldersgrupper utom den yngsta.



Figur 8. Andel (%) kvinnor och män med sjukersättning i olika åldersgrupper, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland kvinnor?

Figur 9 visar att, med hänsyn tagen till ålder och socioekonomisk grupp, har kvinnor större risk för såväl kort som lång sjukfrånvaro samt för sjukersättning än män. Kvinnors överrisk för både kort och lång sjukfrånvaro har minskat medan överrisken för sjukersättning har ökat.

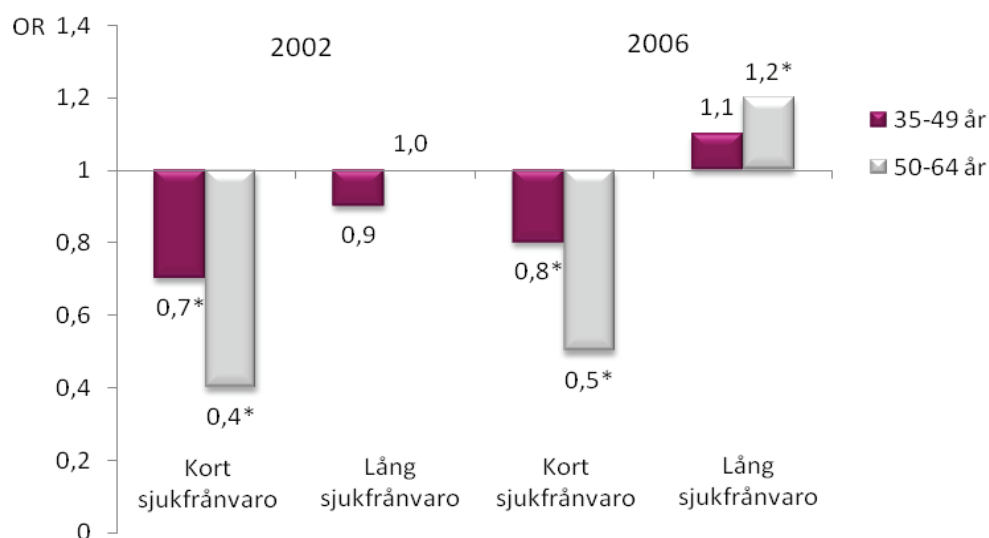


Figur 9. Risken (OR) för kvinnor jämfört med män att ha kort respektive lång sjukfrånvaro samt sjukersättning med hänsyn tagen till effekten av ålder och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning störst bland de äldsta?

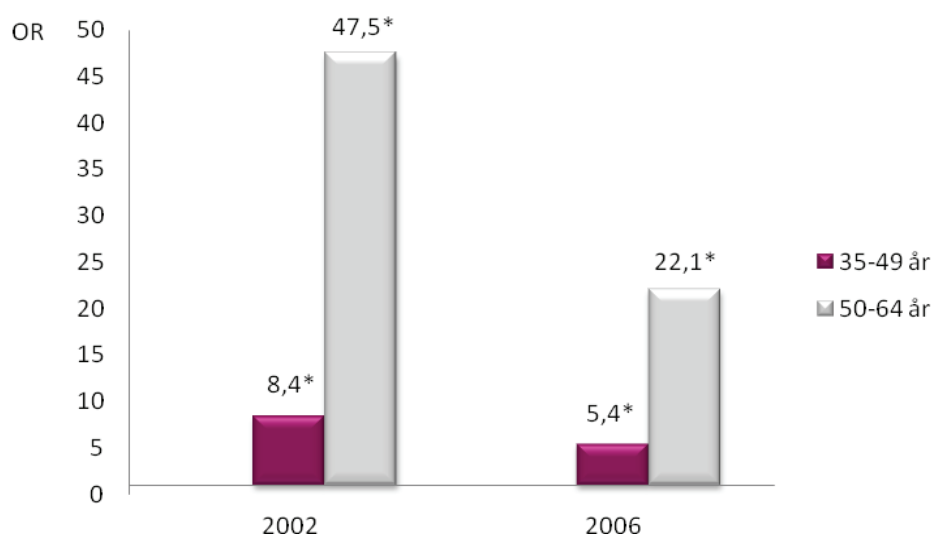
Risken för sjukfrånvaro skiljer sig mellan åldersgrupperna framför allt vad gäller kort sjukfrånvaro, figur 10a. Med hänsyn tagen till kön och socioekonomisk grupp, minskar risken för kort sjukfrånvaro med ålder, både 2002 och 2006. För lång sjukfrånvaro är

åldersskillnaderna mindre tydliga. Den äldsta gruppen (50–64 år) har en något större risk jämfört med den yngsta (18–34 år) 2006, men inte 2002.



Figur 10a. Risken (OR) för kort respektive lång sjukfrånvaro i åldersgrupperna 35–49 år och 50–64 år jämfört med gruppen 18–34 år med hänsyn tagen till effekten av kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Risken för sjukersättning varierar mer med ålder. Den äldsta gruppen har en mycket större risk för sjukersättning än den yngsta, figur 10b. Att överrisken för den äldsta gruppen jämfört med den yngsta är klart lägre 2002 än 2006 kan vara en effekt av slumpen då gruppen med sjukersättning är relativt liten.



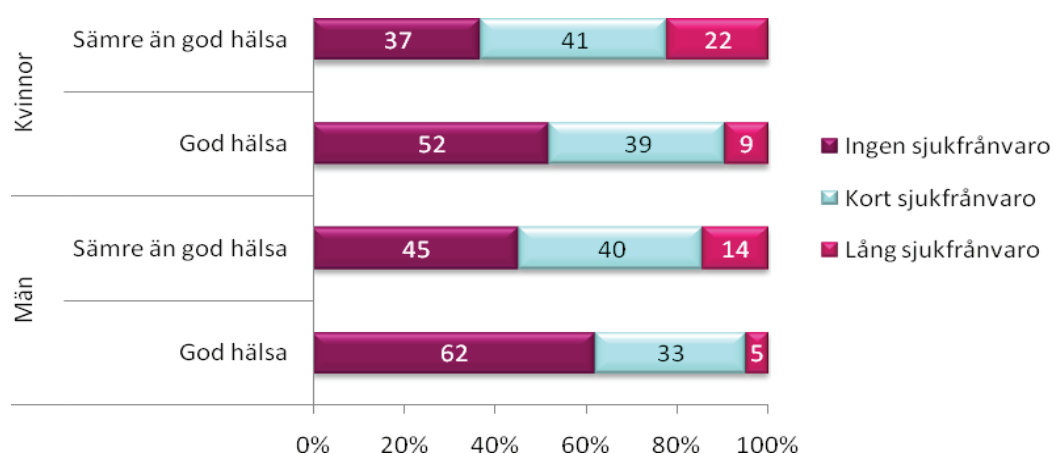
Figur 10b. Risken (OR) för sjukersättning i åldersgrupperna 35–49 år och 50–64 år jämfört med gruppen 18–34 år med hänsyn tagen till effekten av kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Hälsotillstånd och sjukfrånvaro/sjukersättning

Sjukfrånvaro och sjukersättning vid olika hälsotillstånd

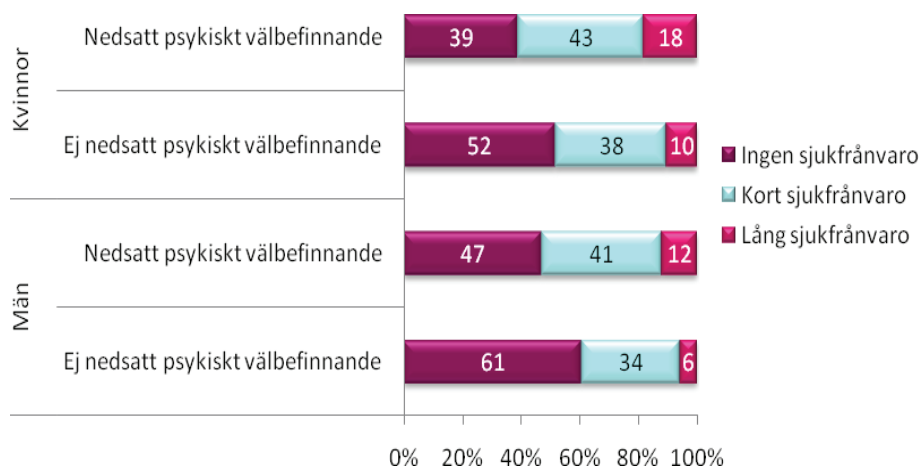
I figur 11–14 illustreras sjukfrånvaro bland personer som uppgivit sämre än god självskattad hälsa (figur 11), nedsatt psykiskt välbefinnande (figur 12), långvarig sjukdom (figur 13), och långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan (figur 14).

Bland personer som uppgav att de har en sämre än god allmän hälsa har en dryg femtedel av kvinnorna uppgivit lång sjukfrånvaro mot cirka tio procent av dem som uppgivit god hälsa. Bland männen är andelen med lång sjukfrånvaro lägre, 14 procent för dem med sämre en god hälsa och fem procent för dem med god hälsa. Kort sjukfrånvaro skiljer sig inte åt mellan kvinnor och män med sämre än god hälsa. Sjukersättning (visas ej i figur) är något vanligare bland kvinnor med sämre än god allmän hälsa (21 %) än bland män (17 %). Bland både kvinnor och män med god hälsa hade två procent sjukersättning.



Figur 11. Sjukfrånvaro (%) bland kvinnor och män med och utan sämre än god hälsa, år 2006.

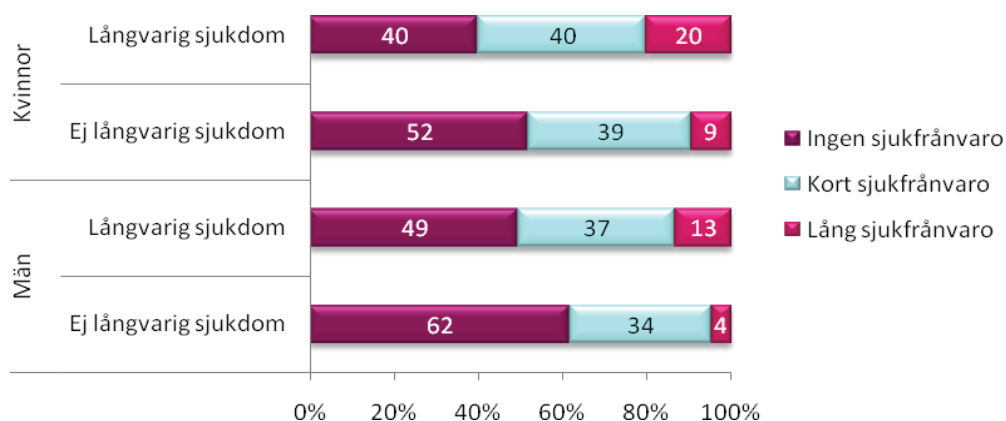
Bland personer med nedsatt psykiskt välbefinnande är mönstret liknande det för allmän hälsa vad gäller sjukfrånvaro, med en större andel av dem med nedsatt psykiskt välbefinnande än dem som inte har det och med större andel kvinnor än män som uppgivit lång sjukfrånvaro, figur 12.



Figur 12. Sjukfrånvaro (%) bland kvinnor och män med och utan nedsatt psykiskt välbefinnande, år 2006.

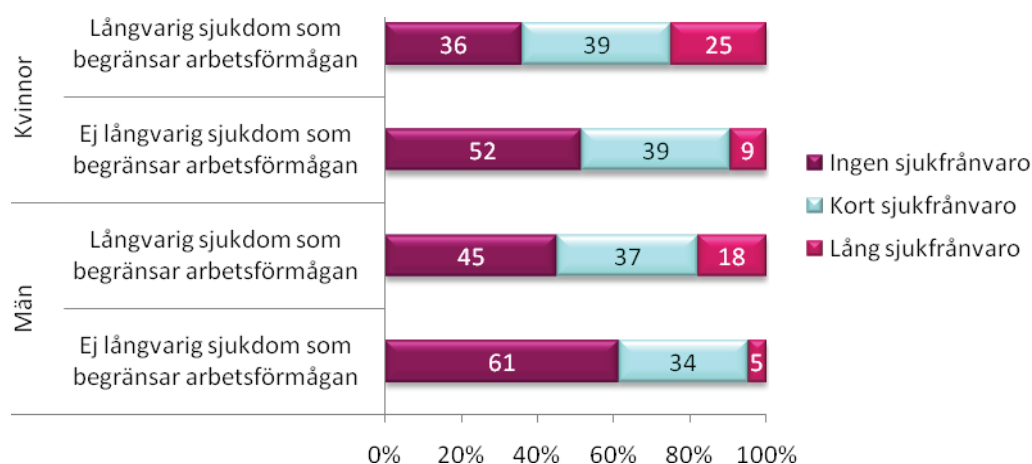
Det finns emellertid inga nämnvärda skillnader i andelen med sjukersättning mellan kvinnor (10 %) och män (11 %) med nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor och män utan nedsatt psykiskt välbefinnande hade sex procent av kvinnorna och fyra procent av männen sjukersättning.

Även bland dem med långvarig sjukdom är andelen med långvarig sjukfrånvaro större än bland dem utan, figur 13. Kvinnor med långvarig sjukdom har högre andel med lång sjukfrånvaro än män. Andel med sjukersättning är också, liksom bland personer med sämre än god allmän hälsa, större bland kvinnor (21 %) än bland män (16 %) med långvarig sjukdom, men densamma för kvinnor och män utan långvarig sjukdom (1 %).



Figur 13. Sjukfrånvaro (%) bland kvinnor och män med och utan långvarig sjukdom, år 2006.

Av de personer som uppgav att deras långvariga sjukdom även begränsade arbetsförmågan, figur 14, är andelen med lång sjukfrånvaro och med sjukersättning som väntat större bland både män och kvinnor än för de övriga hälsotillstånden. Liksom för de andra hälsotillstånden är andelen med långvarig sjukfrånvaro större bland kvinnor än män.

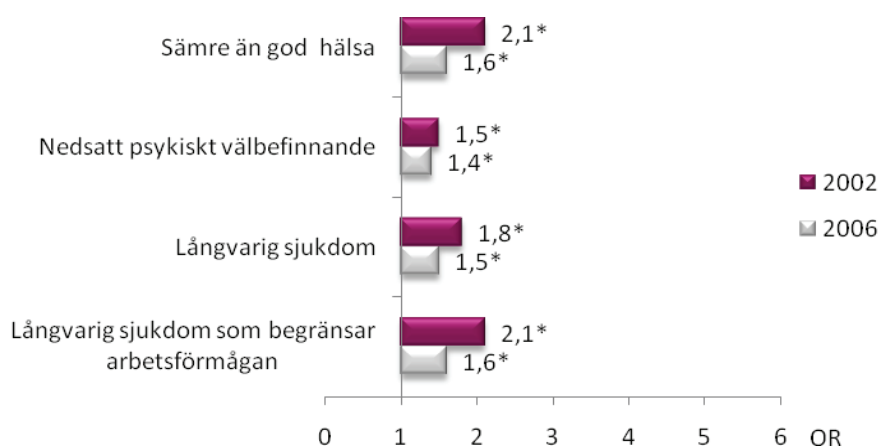


Figur 14. Sjukfrånvaro (%) bland kvinnor och män med och utan långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan, år 2006.

Sjukersättning uppgår nästan en tredjedel av kvinnorna (29 %) och en fjärdedel (23 %) av männen med långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland dem med sämre hälsa?

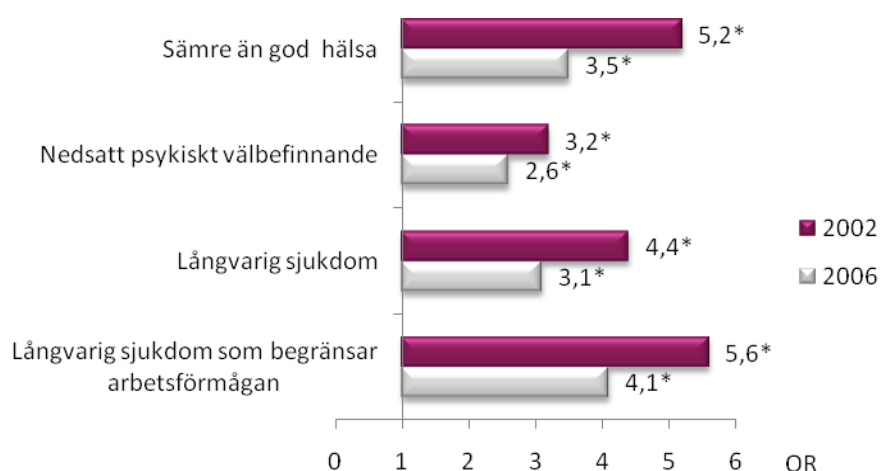
Av de olika frågorna om hälsa är långvarig sjukdom som begränsar förmågan till arbete den som förväntas samvariera mest med sjukfrånvaro. I figur 15 visas risken för kort sjukfrånvaro jämfört med ingen sjukfrånvaro, med hänsyn tagen till ålder, kön och socioekonomisk grupp, vid de olika hälsotillstånden år 2002 och 2006. Både år 2002 och 2006 finns de största överriskerna för kort sjukfrånvaro bland dem med långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan (OR 2,1; 1,6) och bland dem med sämre än god hälsa (OR 2,1; 1,6). Överrisken bland dem med något av de fyra hälsotillstånden, i jämförelse med personer utan den studerade ohälsan, är överlag något lägre 2006 än 2002.



Figur 15. Risken (OR) för kort sjukfrånvaro för personer med olika hälsotillstånd med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006.

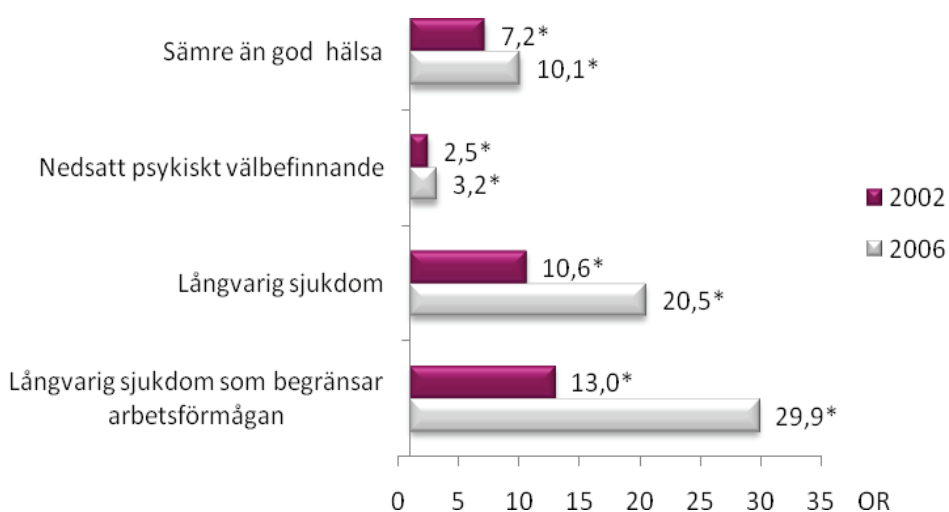
* = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Även för lång sjukfrånvaro var överrisken störst bland dem med långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan och för dem med sämre än god hälsa både 2002 och 2006, figur 16. Överrisken för långvarig sjukfrånvaro är överlag större än för kortvarig.



Figur 16. Risken (OR) för lång sjukfrånvaro för personer med olika hälsotillstånd med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006.
* = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Tvärtemot kort och lång sjukfrånvaro har överrisken för sjukersättning bland dem som uppgivit olika hälsotillstånd ökat drastiskt från 2002 till 2006, figur 17. En del av minskningen i överriskerna för lång sjukfrånvaro från år 2002 till 2006, figur 16, återspeglas troligen i de kraftigt förhöjda riskerna för sjukersättning under samma period. De största överriskerna för sjukfrånvaro finns bland dem med sämre än god hälsa och dem med långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan. Vad gäller sjukersättning är det bland dem med långvarig sjukdom och långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan som de största överriskerna finns.

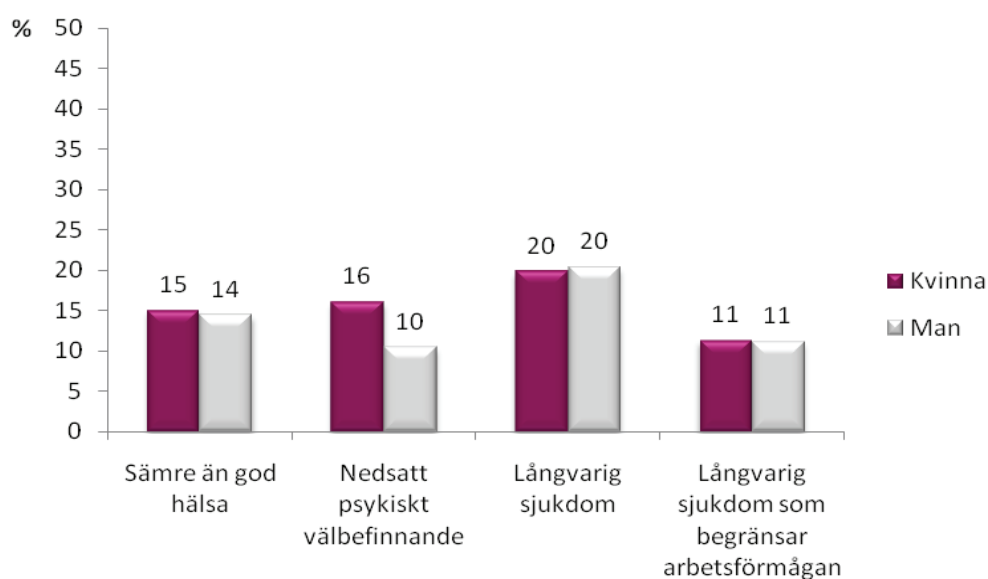


Figur 17. Risken (OR) för sjukersättning för personer med olika hälsotillstånd i jämförelse med personer utan angivet hälsotillstånd med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Hälsotillstånd bland personer med sjukfrånvaro och sjukersättning

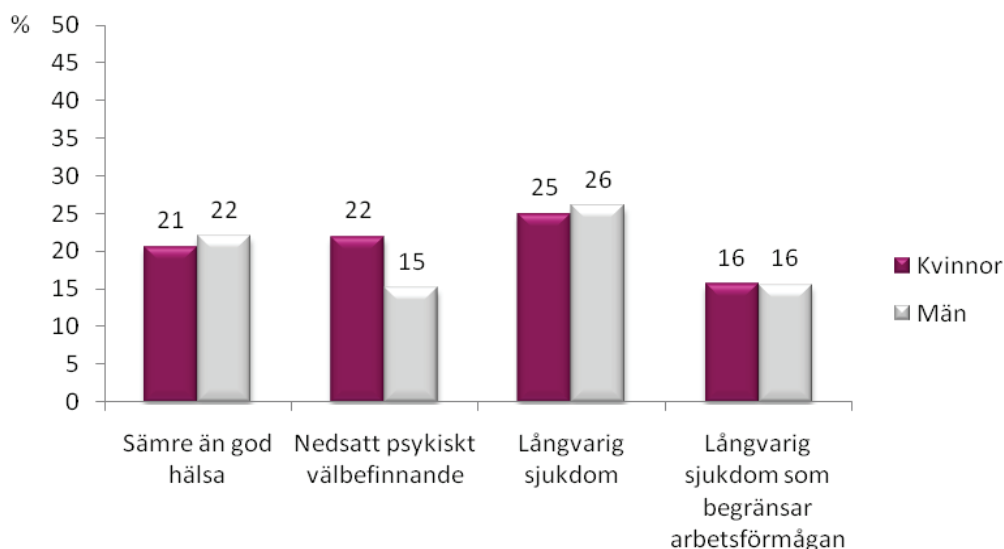
Ovan har vi beskrivit hur sjukfrånvaron varierar beroende på olika självrapporterade hälsotillstånd. I detta avsnitt vänder vi på perspektivet och tittar på hur hälsotillståndet varierar för dem med ingen, kort eller lång sjukfrånvaro respektive sjukersättning.

Under en sjukfrånvaro och även en längre period av sjukersättning är det meningen att så många som möjligt ska tillfriskna så att de kan återkomma i arbete. Av personerna utan sjukfrånvaro har en femtedel en långvarig sjukdom och cirka tio procent en långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan, figur 18. Andelen med olika hälsotillstånd bland dem utan sjukfrånvaro är likartat bland kvinnor och män förutom att en högre andel av kvinnorna än männen har nedsatt psykiskt välbefinnande.



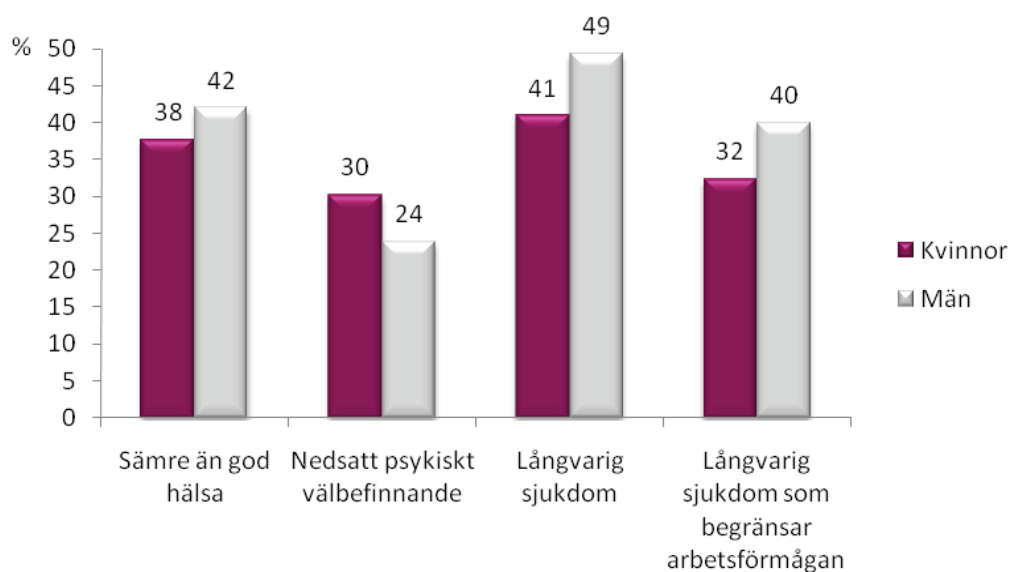
Figur 18. Hälsotillstånd (%) bland kvinnor och män utan sjukfrånvaro, år 2006.

Även bland dem med kort sjukfrånvaro uppgav en större andel av kvinnorna än av männen nedsatt psykiskt välbefinnande, figur 19a.



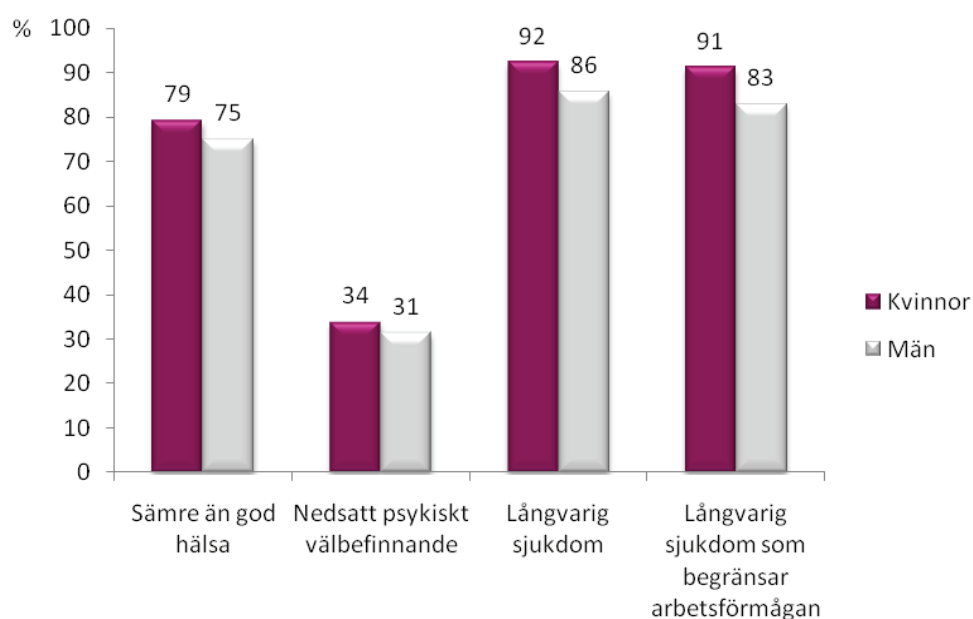
Figur 19a. Hälsotillstånd (%) bland kvinnor och män med kort sjukfrånvaro, år 2006.

Könsskillnaderna i hälsotillstånd är tydligare bland dem med lång sjukfrånvaro än bland dem med kort, figur 19b. Även här har kvinnorna större andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, men männen har större andel med övriga hälsotillstånd. Nästan hälften av männen uppger att de har en långvarig sjukdom och 40 procent att den begränsar arbetsförmågan.



Figur 19b. Hälsotillstånd (%) bland kvinnor och män med lång sjukfrånvaro, år 2006.

I figur 19c visar vi hälsotillståndet bland personer med sjukersättning. Observera att skalan i figur 19c går till 100 procent och i figur 19 a–b ovan går till 50 procent. Då personer som beviljats sjukersättning är de som har en sjukdom som bedöms begränsa arbetsförmågan under lång tid, minst ett år framåt, är andelen med sjukersättning som uppgav att de har en långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan som förväntat stor (91 % bland kvinnorna; 83 % bland männen).



Figur 19c. Hälsotillstånd (%) bland kvinnor och män med sjukersättning, år 2006.

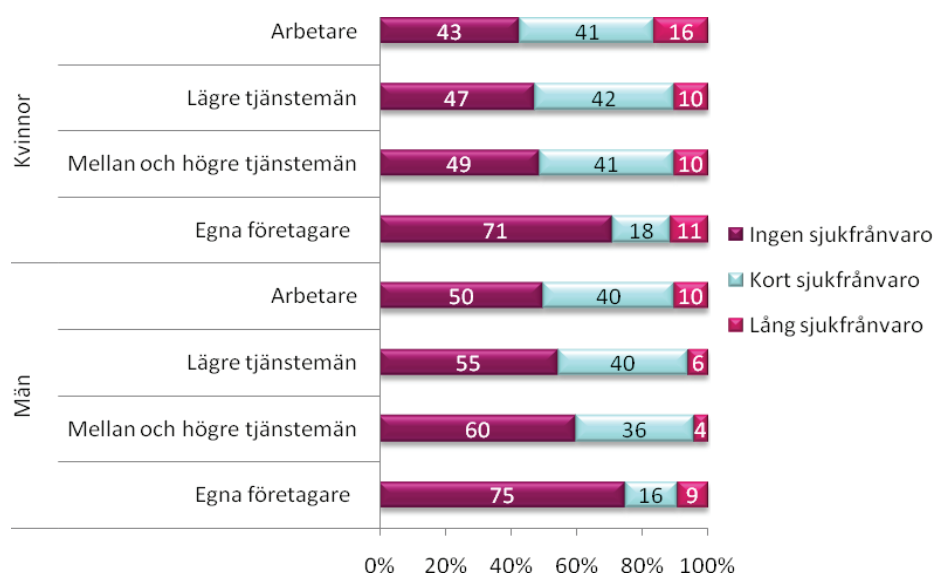
Nästan 80 procent bland kvinnorna med sjukersättning uppgav även sämre än god hälsa och drygt en tredjedel nedsatt psykiskt välbefinnande. Motsvarande siffror för män är 75 respektive drygt 30 procent. Till skillnad från dem med lång sjukfrånvaro har en större andel av kvinnorna med sjukersättning rapporterat sämre än god hälsa och långvarig sjukdom än männen.

Sociala faktorer och sjukfrånvaro/sjukersättning

Socioekonomiska grupper och sjukfrånvaro/sjukersättning

Skillnader i hälsa och dödlighet mellan socioekonomiska grupper har beskrivits i många folkhälsorapporter. Även sjukfrånvaro förväntas variera mellan socioekonomiska grupper, men inte nödvändigtvis på samma sätt och lika tydligt.

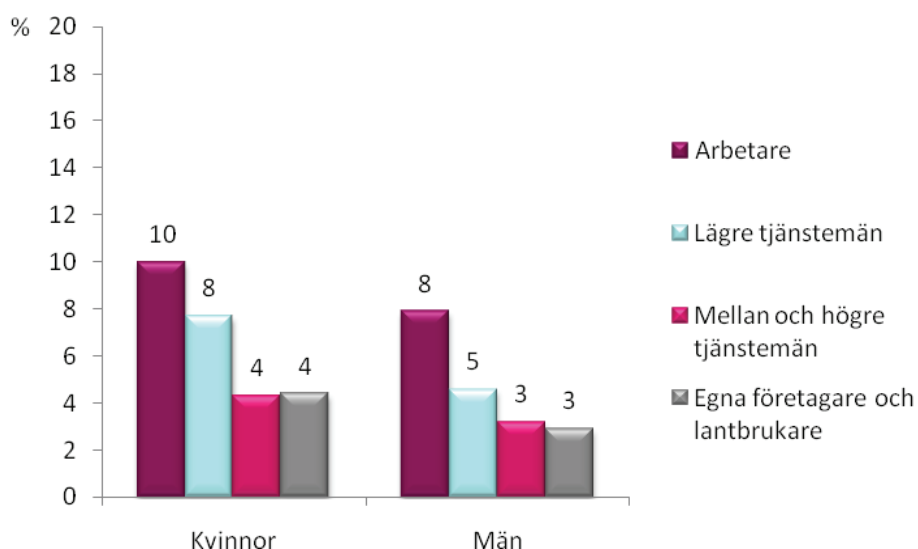
När det gäller den korta sjukfrånvaron finns små skillnader mellan arbetare och tjänstemän både bland kvinnor och män, figur 20a. För lång sjukfrånvaro är skillnaderna något större. Arbetare har högst andel med lång sjukfrånvaro bland kvinnor såväl som bland män.



Figur 20a. Sjukfrånvaro (%) bland arbetare, tjänstemän och egna företagare (inkl lantbrukare), år 2006.

Störst andel utan sjukfrånvaro och minst andel med kort frånvaro finns bland egna företagare både för kvinnor och män. Däremot skiljer sig manliga och kvinnliga företagare något åt gällande lång sjukfrånvaro. Kvinnliga egna företagare har ungefär samma andel (11 %) med lång sjukfrånvaro som lägre och mellan/högre tjänstemän medan egna företagare bland män har nästan lika stor andel med lång sjukfrånvaro som arbetare. Detta skulle kunna förklaras av att kvinnliga och manliga egna företagare finns i olika yrkesgrupper.

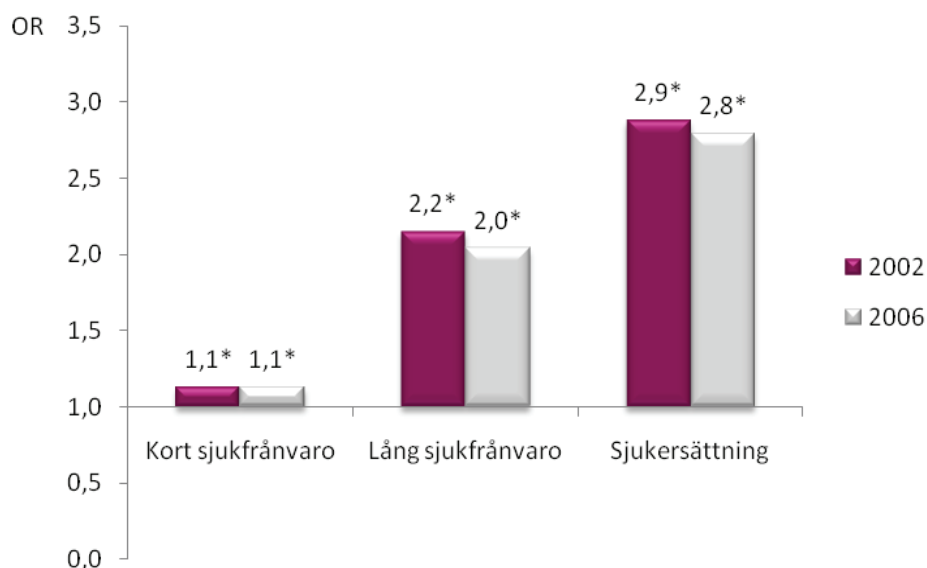
När det gäller sjukersättning finns en tydligare social trappa där störst andel med sjukersättning finns bland arbetare och minst andel bland mellan och högre tjänstemän, både för kvinnor och för män, figur 20b. Egna företagare har lika stor andel med sjukersättning som mellan och högre tjänstemän både bland kvinnor och män.



Figur 20b. Andel (%) arbetare, tjänstemän och egna företagare med sjukersättning bland kvinnor och män, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland arbetare?

Risken (OR) både för lång sjukfrånvaro och för sjukersättning är större bland arbetare jämfört med tjänstemän, figur 21. Arbetare har nästan tre gånger så stor risk att ha fått sjukersättning än tjänstemän.

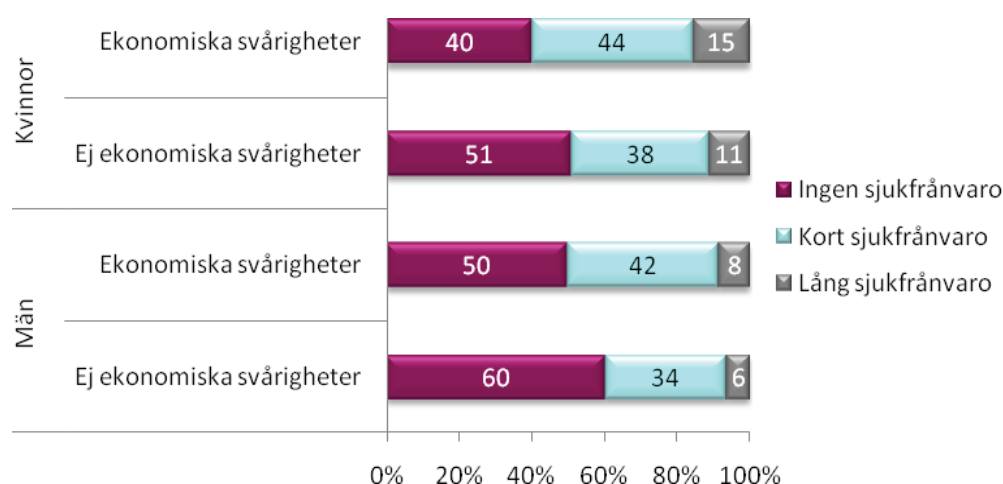


Figur 21. Risken (OR) för kort respektive lång sjukfrånvaro samt sjukersättning för arbetare jämfört med tjänstemän med hänsyn tagen till effekten av ålder och kön, 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Ekonomiska förhållanden och sjukfrånvaro/sjukersättning

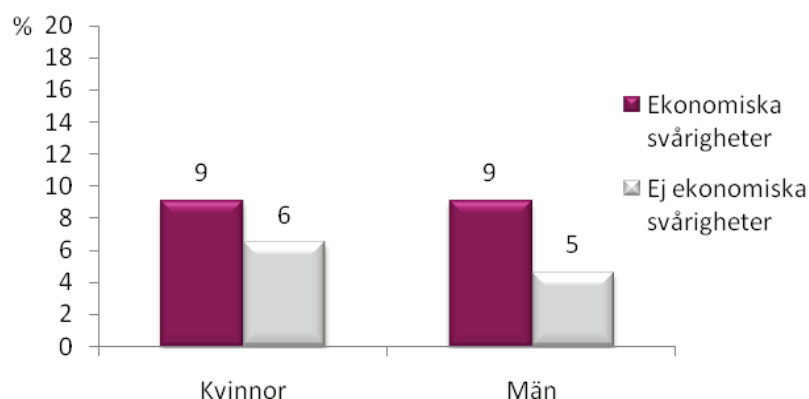
Ovan visades skillnaderna i sjukfrånvaro mellan socioekonomiska positioner i samhället, baserat på yrke. Under detta avsnitt visas förhållandet mellan sjukfrånvaro och ekonomiska svårigheter. I denna studie går det inte att avgöra om sjukfrånvaron lett till ekonomiska svårigheter eller om de ekonomiska svårigheterna bidragit till ohälsa och sjukfrånvaro. Vid sjukfrånvaro utbetalas inte full lön, så en viss minskning av de ekonomiska resurserna har alla sjukfrånvarande, men minskningen bör inte leda till så allvarliga ekonomiska svårigheter som vi tittar på här.

I figur 22 kan vi se att ingen sjukfrånvaro alls är vanligare bland dem utan ekonomiska svårigheter än bland dem med, både för kvinnor och män. Personer med ekonomiska svårigheter har i högre grad än de utan ekonomiska svårigheter både kort och lång sjukfrånvaro. En större andel av kvinnorna med ekonomiska svårigheter är sjukskrivna än männen.



Figur 22. Sjukfrånvaro (%) bland kvinnor och män med och utan ekonomiska svårigheter, år 2006.

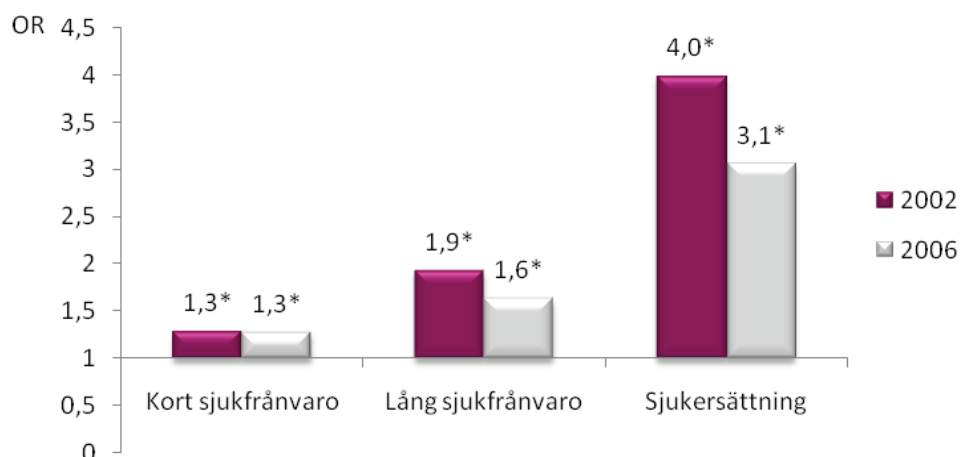
Nio procent bland personer, både kvinnor och män, med ekonomiska svårigheter har sjukersättning vilket illustreras i figur 23, jämfört med cirka fem procent av dem utan ekonomiska svårigheter.



Figur 23. Andel (%) med sjukersättning bland kvinnor och män med och utan ekonomiska svårigheter, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större vid ekonomiska svårigheter?

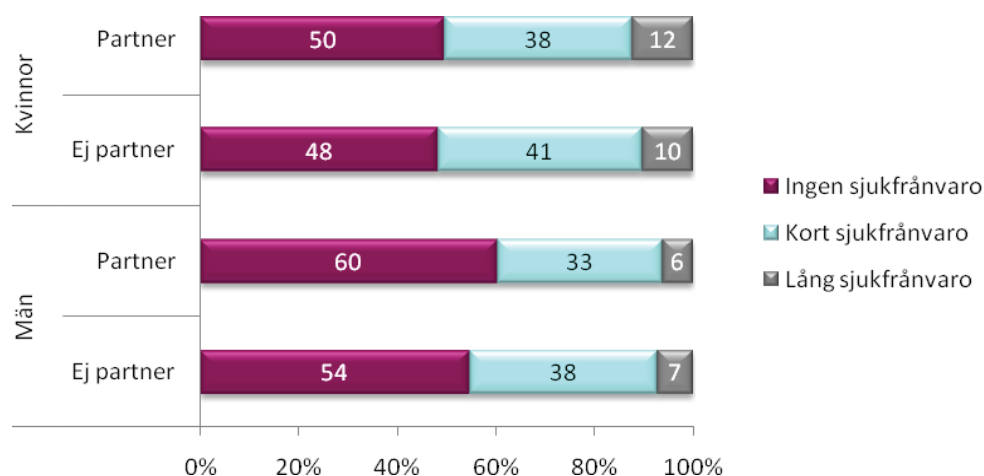
Det är större risk (OR) för sjukfrånvaro och sjukersättning bland dem med ekonomiska svårigheter än bland dem utan, figur 24, med hänsyn tagen till ålder, kön och socioekonomisk grupp. Överrisken för lång sjukfrånvaro och sjukersättning bland dem med ekonomiska svårigheter har minskat något mellan åren men det kan vara en slumpvariation. År 2006 är förekomsten av sjukersättning cirka tre gånger så vanlig bland personer med ekonomiska svårigheter än bland dem utan.



Figur 24. Risken (OR) för kort respektive lång sjukfrånvaro samt för sjukersättning bland personer som hade ekonomiska svårigheter jämfört med dem utan med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

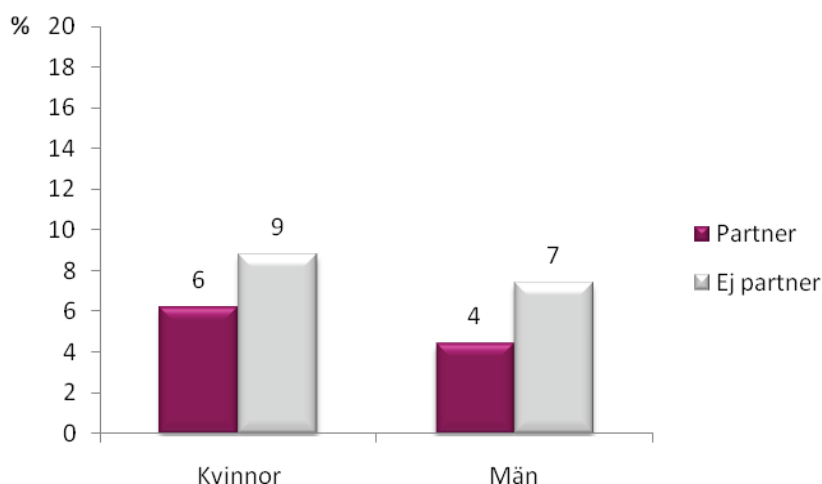
Familjesituation och sjukfrånvaro/sjukersättning

De sociala skillnaderna kan även handla om skillnader i familjesituation. Vi har här jämfört sjukfrånvaro och sjukersättning bland personer med och utan partner samt personer med och utan hemmavarande barn, enligt vad de själva uppgivit i enkäten.



Figur 25. Andel (%) med ingen, kort respektive lång sjukfrånvaro bland kvinnor och män med och utan partner, år 2006.

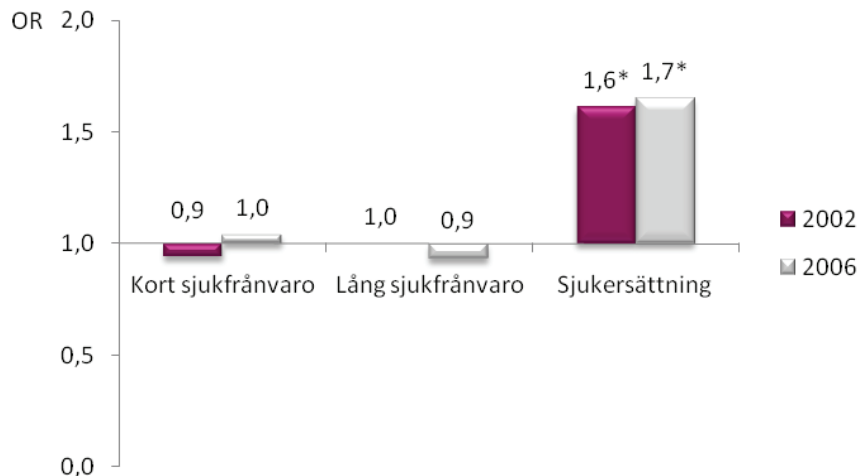
Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan de med partner och de utan är relativt små, figur 25. För män är andelen med kort sjukfrånvaro lite större bland dem utan partner än dem med, och andelen helt utan sjukfrånvaro är något större bland dem med partner. Andelen med sjukersättning är något större bland dem utan partner än bland dem med, figur 26.



Figur 26. Andel (%) med sjukersättning bland kvinnor och män med och utan partner, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större för dem utan partner?

När vi tittar på risken (OR) för sjukfrånvaro och sjukersättning med hänsyn tagen till skillnader i ålder, kön och socioekonomisk grupp, skilde sig inte risken för sjukfrånvaro bland personer utan partner från personer med partner, men risken för sjukersättning var signifikant högre bland dem utan partner, figur 27. År 2006 var det 70 procent högre risk att ha sjukersättning för dem utan partner jämfört med dem med.

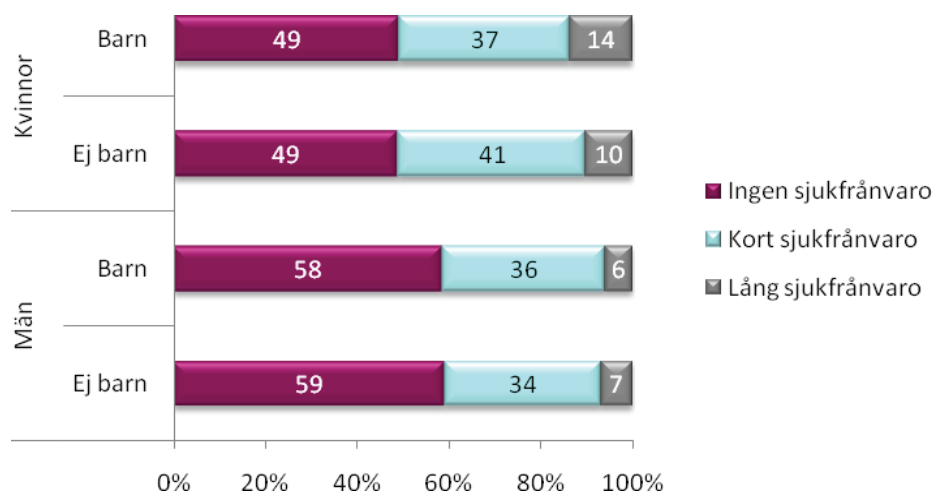


Figur 27. Risken (OR) för kort respektive lång sjukfrånvaro samt sjukersättning för personer utan partner jämfört med personer med partner med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Hemmavarande barn och sjukfrånvaro/sjukersättning

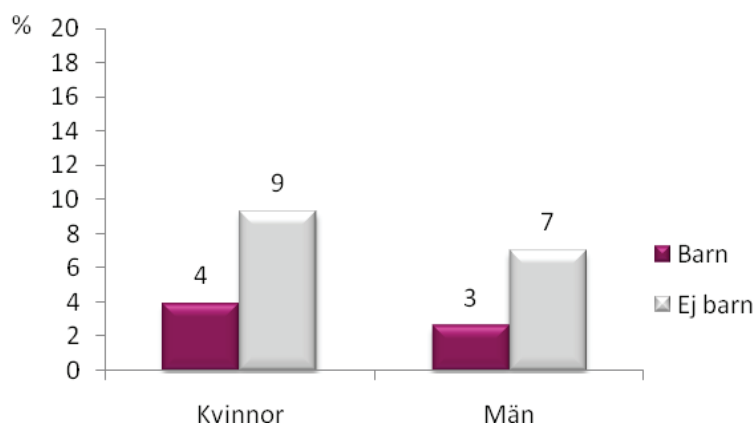
Den andra familjefrågan handlar om skillnader i sjukfrånvaron beroende på om man har hemmavarande barn eller inte. I figur 28 kan vi se att detta inte tycks ha någon större betydelse för sjukfrånvaron vare sig för kvinnor eller för män. Kvinnor med barn har en något

högre andel med lång sjukfrånvaro än kvinnor utan barn har och motsatt gäller kort sjukfrånvaro.



Figur 28. Sjukfrånvaro (%) bland kvinnor och män med och utan hemmavarande barn, år 2006.

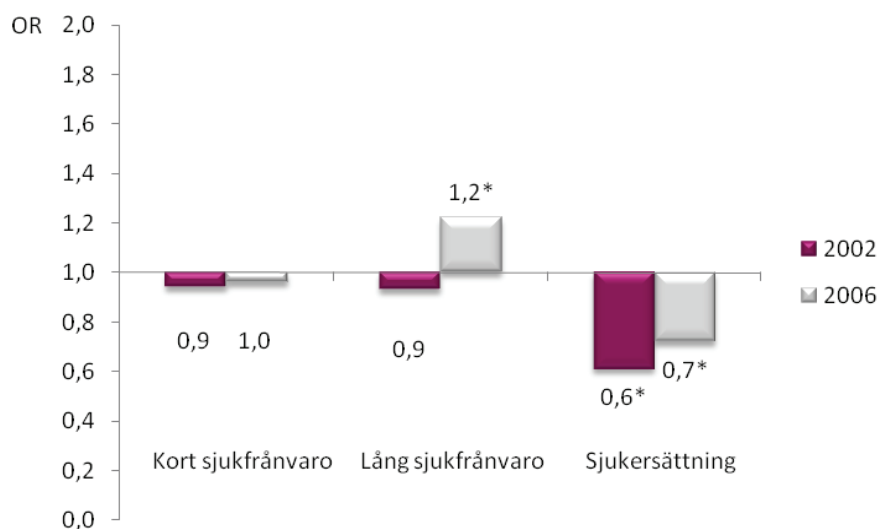
Gällande sjukersättning är skillnaden mellan dem med och utan hemmavarande barn större, figur 29. Som väntat har personer utan hemmavarande barn större risk för denna ersättningsform än de med.



Figur 29. Andel (%) med sjukersättning bland kvinnor och män med och utan hemmavarande barn, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större för dem med hemmavarande barn?

I figur 30 visar vi risken (OR) för sjukfrånvaro och sjukersättning, med hänsyn tagen till ålder, kön och socioekonomisk grupp, bland dem med hemmavarande barn jämfört med dem utan. Risken för lång sjukfrånvaro är något större bland personer med hemmavarande barn 2006, men inte 2002, medan risken är mindre för dem med hemmavarande barn för sjukersättning båda åren. Risken för kort sjukfrånvaro skiljer sig inte nämnvärt mellan dem med och utan hemmavarande barn.



Figur 30. Risken (OR) för kort respektive lång sjukfrånvaro samt sjukersättning bland personer med hemmavarande barn jämfört med dem utan barn med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Arbetsmarknadsförhållanden och sjukfrånvaro/sjukersättning

Sjukfrånvaro är inte en nödvändig konsekvens av sjukdom. Sjukdomen måste även orsaka minskad förmåga att utföra arbete, vilket i viss mån beror på de arbetsförhållanden man har. Flera olika faktorer i arbetet kan spela roll, men här fokuserar vi på arbetsmarknadsposition, sektor och anställningsform.

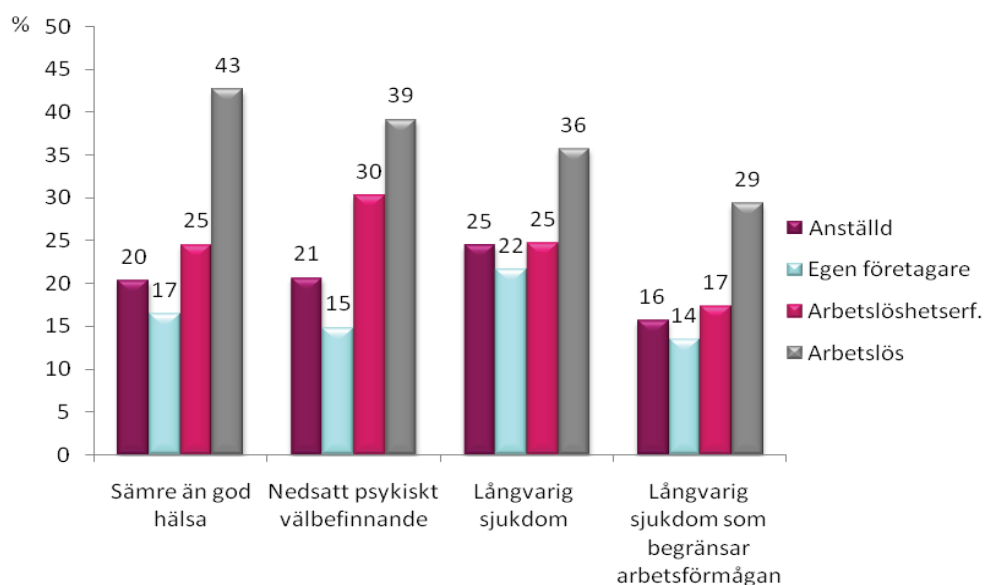
Arbetslöshetserfarenhet och sjukfrånvaro/sjukersättning

Vi har inte kunnat titta på hur arbetslöshet är relaterat till sjukfrånvaro i denna studie då endast personer med anställning besvarat frågorna angående sjukfrånvaro. Däremot finns information om tidigare arbetslöshetserfarenhet (de senaste två åren) oavsett sysselsättning vid enkättilfället. För de som vid undersökningstillfället var i arbete men som hade tidigare arbetslöshetserfarenhet kunde vi därför undersöka risken för sjukfrånvaro och sjukersättning jämfört anställda och egna företagare utan sådan erfarenhet. Nedan visas andelen med olika hälsotillstånd för anställda och egna företagare utan arbetslöshetserfarenhet (var för sig), anställda och egna företagare med arbetslöshetserfarenhet (sammanslagna) och arbetslösa i figur 31a och b och andelen med sjukfrånvaro för anställda och egna företagare med och utan arbetslöshetserfarenhet i figur 32.

Det finns en tydlig skillnad i hälsa, både för kvinnor och män, för anställda och egna företagare utan arbetslöshetserfarenhet jämfört med framför allt dem som var arbetslösa vid tillfället men även jämfört med dem med tidigare arbetslöshetserfarenhet.

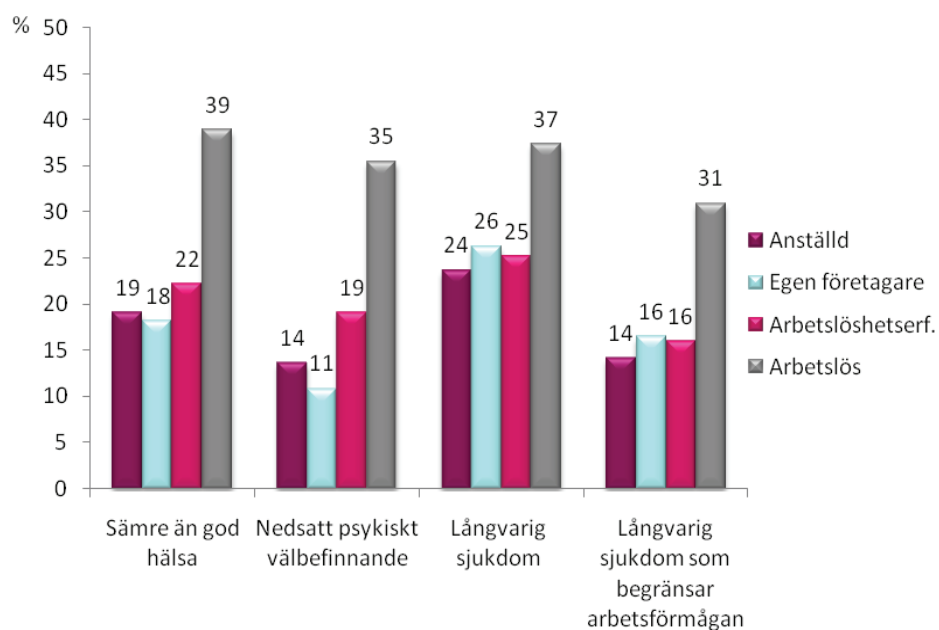
Figur 31a visar hälsotillståndet bland kvinnor. Allra sämst mår de som är arbetslösa, där nästan dubbelt så stor andel skattar sin allmänna hälsa som dålig och uppger långvarig

sjukdom som begränsar arbetsförmågan jämfört med övriga grupper. Kvinnor i arbete men med arbetslöshetserfarenhet har större andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än övriga i arbete och något större andel med sämre än god allmän hälsa.



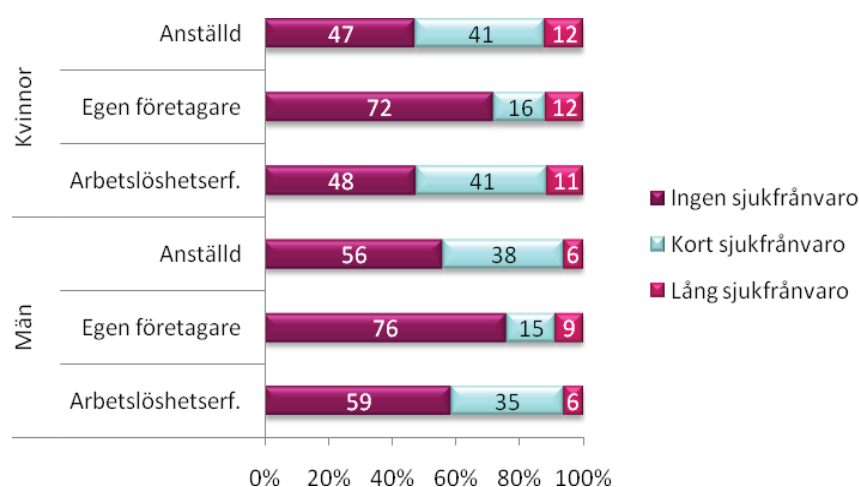
Figur 31a. Andel (%) kvinnor med olika hälsotillstånd bland anställda respektive egna företagare utan arbetslöshetserfarenhet, hos sysselsatta med tidigare arbetslöshetserfarenhet och hos arbetslösa, år 2006.

För män är situationen likartad, figur 31b, med arbetslösa som den grupp som har störst andel av alla självrapporterade hälsotillstånd. Män med tidigare arbetslöshetserfarenhet har större andel med nedsatt psykiskt välbefinnande och en något större andel med sämre än god allmän hälsa än övriga i arbete.



Figur 31b. Andel (%) män med olika hälsotillstånd bland anställda respektive egna företagare utan arbetslöshetserfarenhet, hos sysselsatta med tidigare arbetslöshetserfarenhet och hos arbetslösa, år 2006.

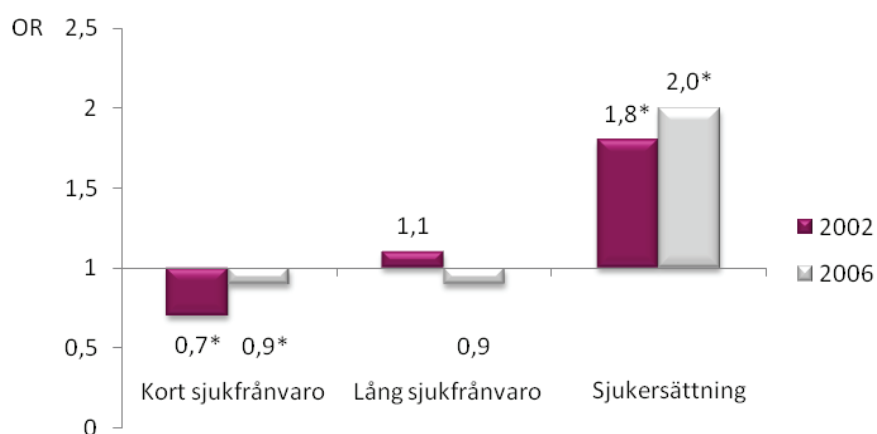
Varken kvinnor eller män i arbete men med arbetslöshetserfarenhet har större andel med kort eller lång sjukfrånvaro än andra anställda. Egna företagare har samma andel med lång sjukfrånvaro men betydligt lägre andel med kort sjukfrånvaro än de anställda.



Figur 32. Andel (%) kvinnor och män med sjukfrånvaro bland anställda respektive egna företagare utan arbetslöshetserfarenhet och hos sysselsatta med tidigare arbetslöshetserfarenhet, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro större för dem med arbetslöshetserfarenhet?

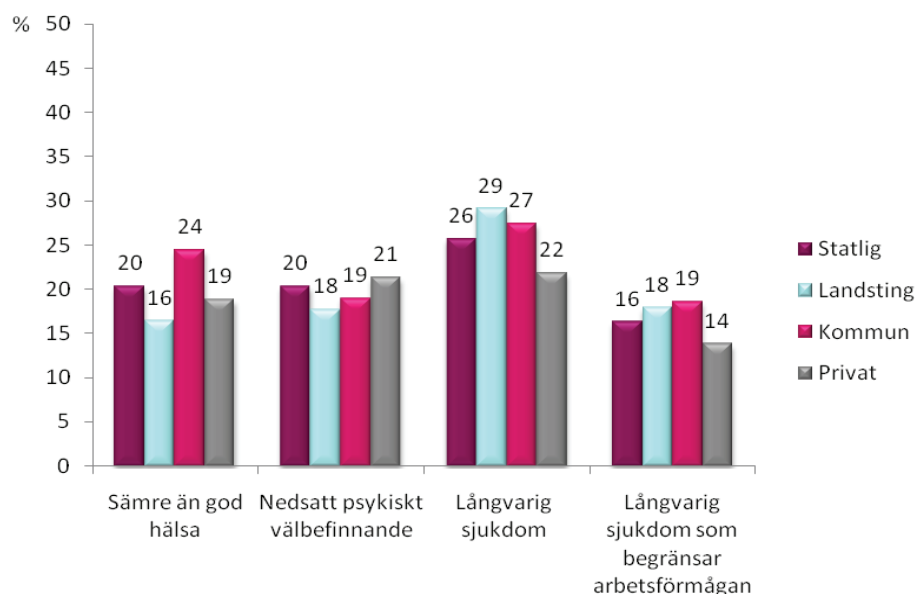
Risken (OR) för sjukfrånvaro är inte större bland dem med arbetslöshetserfarenhet jämfört med övriga anställda och egna företagare, figur 33, då hänsyn tas till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp. Sjukersättning är däremot dubbelt så vanligt bland dem med arbetslöshetserfarenhet.



Figur 33. Risken (OR) för kort respektive lång sjukfrånvaro samt sjukersättning bland personer i sysselsättning med arbetslöshetserfarenhet jämfört med dem utan arbetslöshetserfarenhet med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

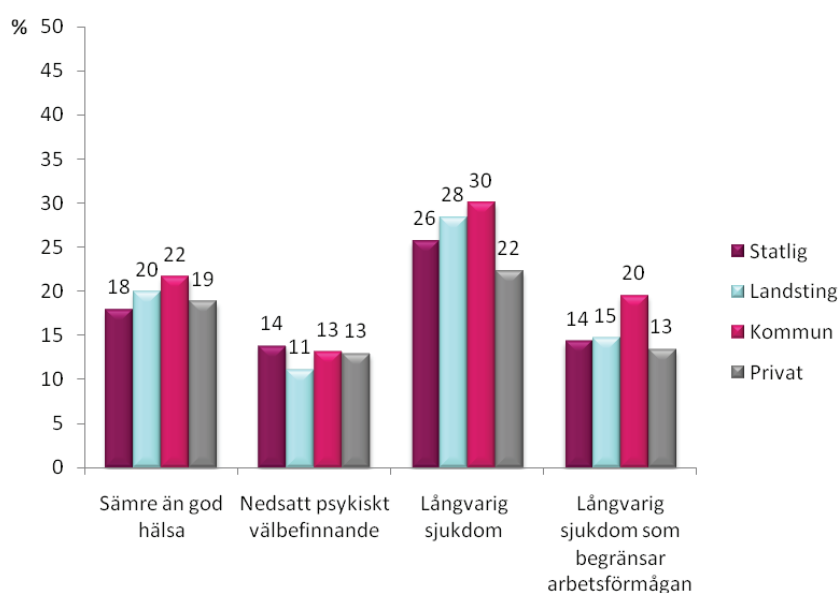
Anställda i offentlig och privat sektor och sjukfrånvaro/sjukersättning

Bland kvinnor skattade de som var kommunalt anställda i störst utsträckning sin hälsa till sämre än god och angav oftast långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan, figur 34a. Störst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande finns bland kvinnor inom privat sektor medan långvarig sjukdom rapporterades oftast av dem inom landstinget. Skillnaderna mellan arbetsgivare är emellertid relativt små.



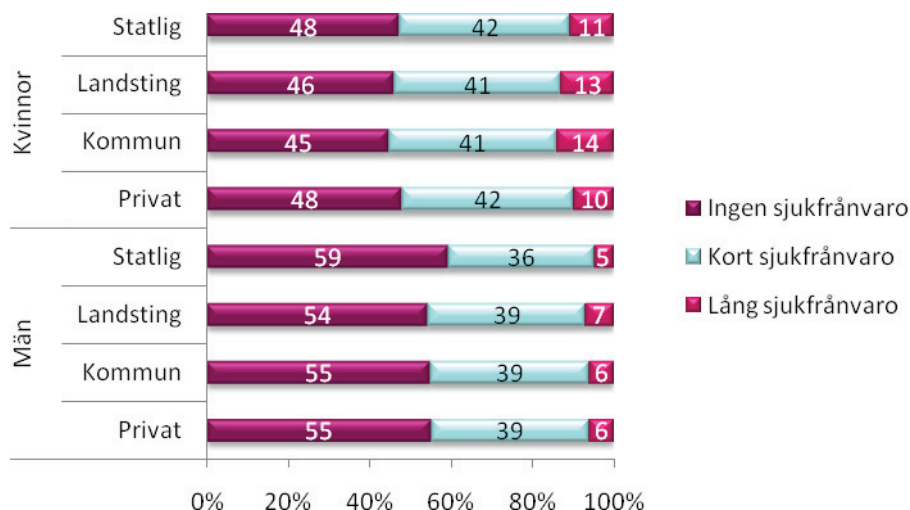
Figur 34a. Andel (%) kvinnor med olika hälsotillstånd bland dem med privat, kommunal, landstings- respektive statlig arbetsgivare, år 2006.

Statligt anställda män har mindre andel med sämre än god hälsa jämfört med män inom övriga sektorer, figur 34b. Störst andel med sämre än god hälsa, långvarig sjukdom och långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan har kommunalt anställda. Nedsatt psykiskt välbefinnande skiljer sig inte så mycket åt mellan olika sektorer.



Figur 34b. Andel (%) män med olika hälsotillstånd bland dem med privat, kommunal, landstings- respektive statlig arbetsgivare, år 2006.

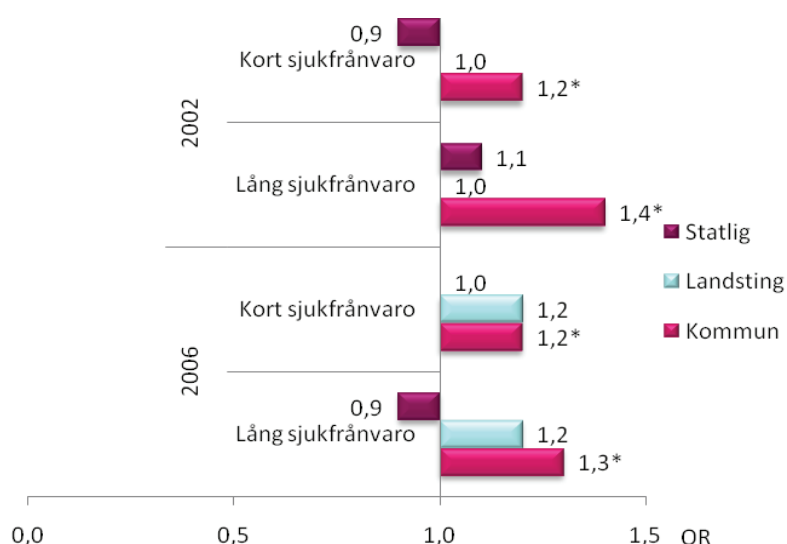
I figur 35 visas att omkring 40 procent av de anställda, med undantag av statligt anställda män, har kort sjukfrånvaro. Statligt anställda män har något mindre andel med både kort och lång sjukfrånvaro jämfört med män inom övriga sektorer. Kvinnor anställda i kommun och landsting har störst andel med lång sjukfrånvaro.



Figur 35. Andel (%) kvinnor och män med sjukfrånvaro bland dem med privat, kommunal, landstings- respektive statlig arbetsgivare, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större i offentlig sektor?

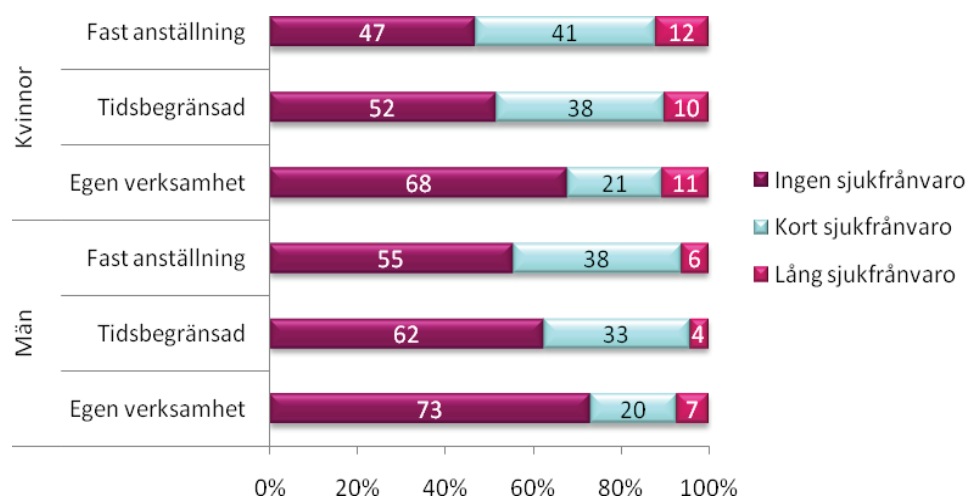
Risken (OR) för både kort och lång sjukfrånvaro är störst bland kommunalanställda. Jämfört med privatanställda har kommunalanställda cirka 20 procent större risk för kort sjukfrånvaro och 30–40 procent för lång. Skillnader i ålder, kön och socioekonomisk grupp bland de anställda inom olika sektorer har tagits hänsyn till.



Figur 36. Risken (OR) för kort och lång sjukfrånvaro bland statligt, landstings- och kommunalt anställda jämfört med privatanställda med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp, år 2002 och 2006. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

Anställningsform och sjukfrånvaro/sjukersättning

De med sysselsättning har delats in i tre grupper efter anställningsform: fast anställning (tillsvidareanställning), tidsbegränsad anställning och egen verksamhet (egna företagare). Mönstret är liknande för kvinnor och män, med störst andel utan sjukfrånvaro bland dem med egen verksamhet och minst bland dem med fast anställning, figur 37. Andelen med kort sjukfrånvaro är störst bland fast anställda och minst bland dem egen verksamhet medan andelen med lång sjukfrånvaro är minst bland dem med tidsbegränsad anställning, både hos kvinnor och män.



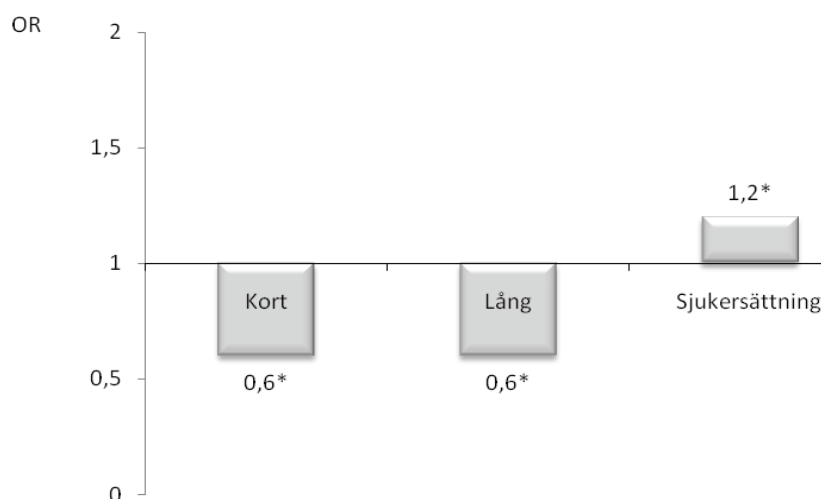
Figur 37. Andel (%) kvinnor och män med sjukfrånvaro bland dem med tillsvidare- respektive tidsbegränsad anställning samt egen verksamhet, år 2006.

Är risken för sjukfrånvaro och sjukersättning större bland dem med tidsbegränsad anställning?

I detta fall har vi uppgift endast för år 2006. Risken (OR) för sjukfrånvaro bland dem med tidsbegränsad anställning i jämförelse med fast anställda, med hänsyn tagen till ålder, kön och socioekonomisk grupp, är mindre både vad gäller kort sjukfrånvaro (OR 0,7; CI 0,6–0,8) och lång (OR 0,7; CI 0,6–0,9).

Har risken för sjukfrånvaro och sjukersättning ökat mellan åren 2002 och 2006?

Om vi tittar på sjukfrånvaro och sjukersättning för alla grupper tillsammans och jämför år 2002 med 2006 ser vi att risken för kort och lång sjukfrånvaro är mindre 2006 jämfört med 2002, figur 35. Däremot är risken för sjukersättning 20 procent större 2006. Sjukersättning inkluderar 2002 de som uppgivit detta som sin huvudsakliga sysselsättning, medan det 2006 inkluderar alla som uppgivit antingen hel eller partiell sjukersättning. Detta kan ha bidragit till skillnaden mellan de två åren.



Figur 38. Risken (OR) för sjukfrånvaro och sjukersättning år 2006 jämfört med år 2002 med hänsyn tagen till effekten av ålder, kön och socioekonomisk grupp. * = 95 % CI som inte innehåller värdet 1,0.

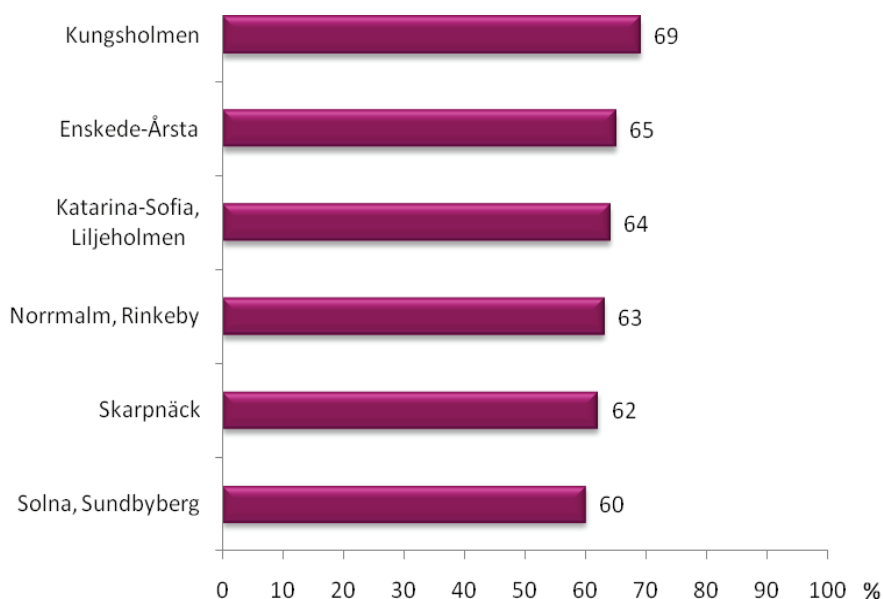
Hälsa och sjukfrånvaro/sjukersättning i kommuner och stadsdelar

Folkhälsorapporten 2007 visade att det fanns stora skillnader i hälsa och dödlighet mellan kommuner/stadsdelar i Stockholms län. Vi ska titta på om det finns skillnader även i sjukfrånvaro och sjukersättning. Vi har redan sett att det finns ålders- och könsskillnader och sociala skillnader i sjukfrånvaro i Stockholms län och den sociala sammansättningen och ålderssammansättningen i kommunerna och stadsdelarna kan även påverka hur stor sjukfrånvaron i kommunen/stadsdelen är. Här redovisas skillnader mellan kommuner och stadsdelar avseende sociodemografiska förhållanden – ålder, kön, socioekonomisk grupp samt andel arbetslösa – hälsotillstånd samt sjukfrånvaro och sjukersättning. För de sociodemografiska förhållandena och hälsotillståndet visas endast de kommuner och stadsdelar med störst andel i figurerna. Uppgifter för samtliga kommuner i Stockholms län och stadsdelar i Stockholms stad finns i en tabellbilaga.

Alla siffror bygger på respondenternas svar i folkhälsoenkäterna i Stockholms län 2002 och 2006 (eller till dem länkade registerdata) och kan därför skilja sig från annan statistik över kommuner i Stockholms län och stadsdelar i Stockholms stad. Det bör också påpekas att det finns skillnader i svarsfrekvens mellan kommuner/stadsdelar som kan påverka resultatet. Resultaten från Rinkeby är väldigt osäkra då det är en stadsdel som har mycket låg svarsandel.

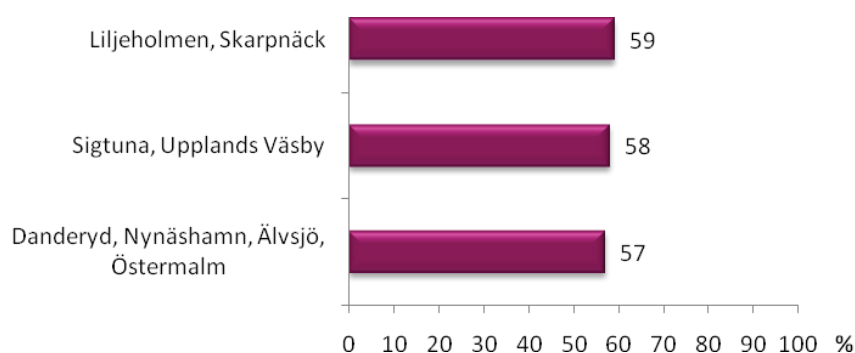
Sociodemografiska förhållanden i kommuner och stadsdelar

Ålderssammansättningen bland dem som svarat på enkäten varierar mellan olika kommuner/stadsdelar från 47 procent yngre än 45 år i Norrtälje och Lidingö till 69 procent på Kungsholmen. I sju stadsdelar och två kommuner är minst 60 procent av de svarande yngre än 45 år, figur 39.



Figur 39. De kommuner och stadsdelar med störst andel (%) personer under 45 år, år 2006.

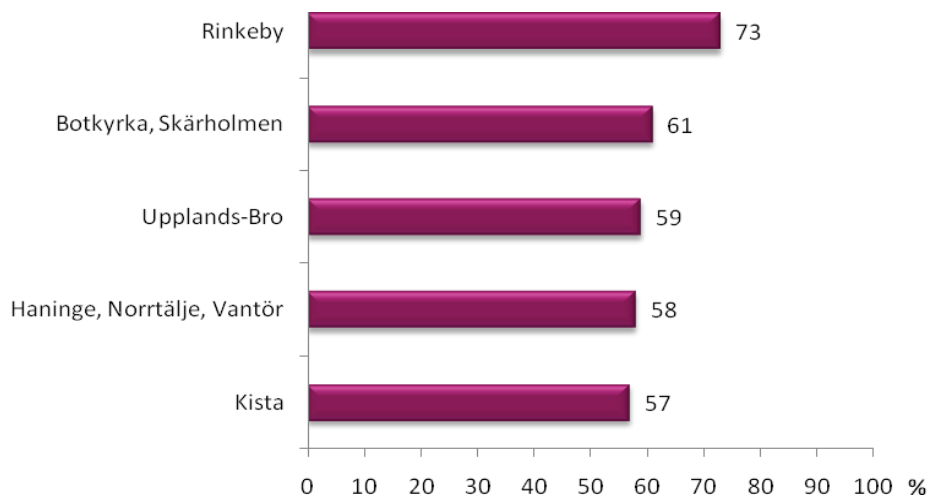
Andelen kvinnor som svarat på enkäten varierar mellan 50 procent i Kista och 59 procent i Liljeholmen och Skarpnäck. De kommuner/stadsdelar med störst andel kvinnor visas i figur 40.



Figur 40. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) kvinnor, år 2006.

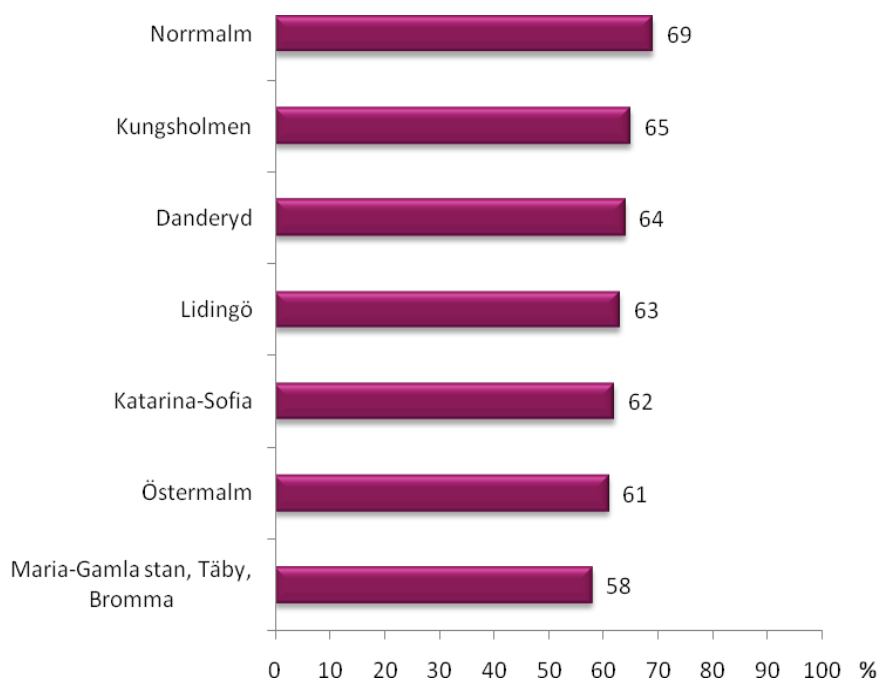
Variationen mellan kommuner/stadsdelar i andel arbetare och lägre tjänstemän är som väntat större. Andelen arbetare och lägre tjänstemän varierar från 21 procent på Norrmalm till 73 procent i Rinkeby och andel mellan- och högre tjänstemän från 19 procent i Rinkeby till 69 procent på Norrmalm. Egna företagare varierar från fem procent i Hässelby-Vällingby till 15 på Ekerö.

Den kommun/stadsdel som enligt enkäten år 2006 har störst andel arbetare och lägre tjänstemän är Rinkeby med 73 procent följt av Botkyrka och Skärholmen med vardera 61 procent, figur 41. Minst andel arbetare och lägre tjänstemän finns på Norrmalm (21 %) och i Danderyd (22 %).



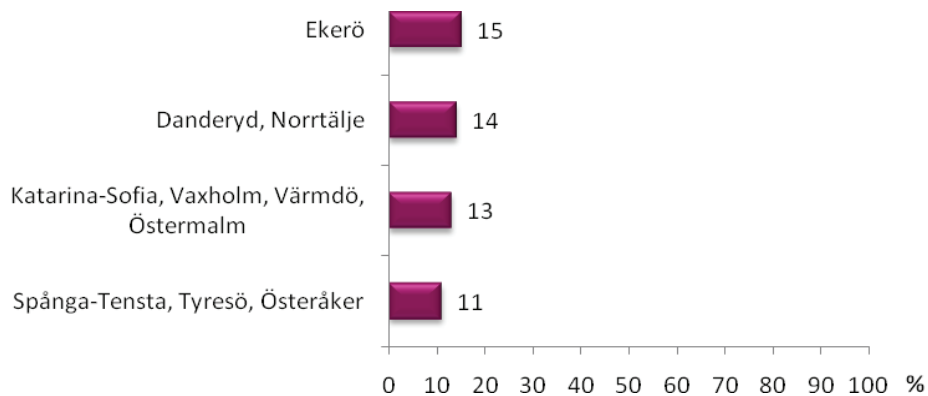
Figur 41. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) arbetare och lägre tjänstemän, år 2006.

I figur 42 visas de kommuner/stadsdelar med den största andelen mellan- och högre tjänstemän. Drygt två tredjedelar av befolkningen i Stockholms län är mellan- eller högre tjänstemän. Störst andel mellan- och högre tjänstemän återfinns på Norrmalm.



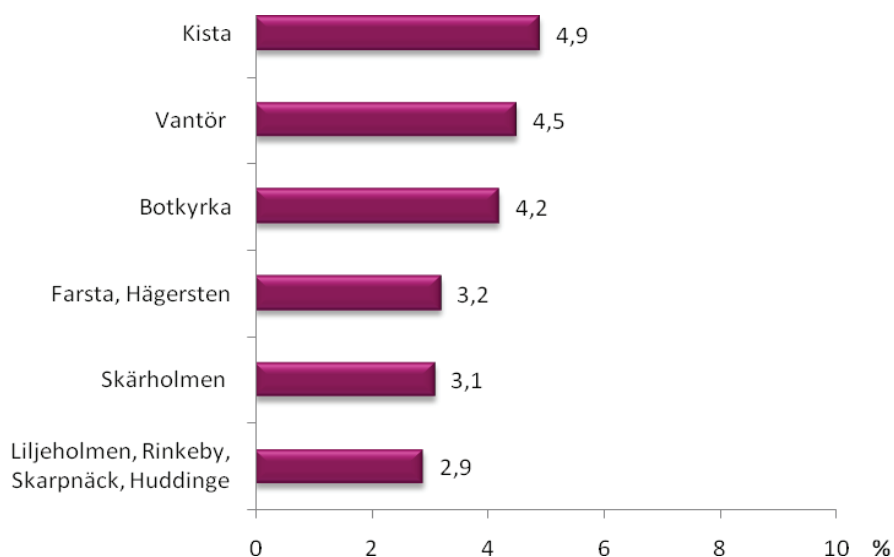
Figur 42. Kommuner och stadsdelar med högst andel (%) med mellan- och högre tjänstemän, år 2006.

Andelen egna företagare är den minsta gruppen, betydligt mindre än övriga socioekonomiska grupper, i samtliga kommuner/stadsdelar. Ekerö är den kommun/stadsdel med störst andel (15 %) egna företagare, figur 43. I tio kommuner/stadsdelar finns elva procent eller mer egna företagare.



Figur 43. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) egna företagare, år 2006.

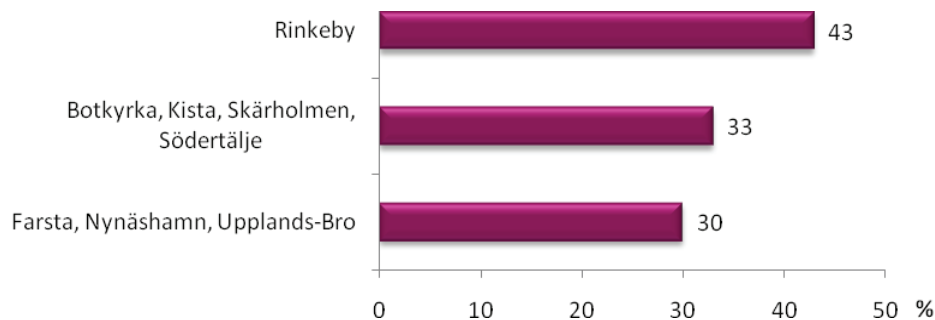
Arbetslösheten, enligt registerdata för de personer som svarat på enkäten, från Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), varierar mellan 4,9 procent i Kista och 0,5 procent i Upplands-Bro. I de flesta stadsdelar är arbetslösheten omkring två procent. Figur 44 visar de kommuner/stadsdelar med störst andel arbetslösa mer än sex månader under en 12-månadersperiod.



Figur 44. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) arbetslösa mer än 6 månader under de senaste 12 månaderna, år 2006. Enligt uppgift från LISA för de personer som svarat på enkäten.

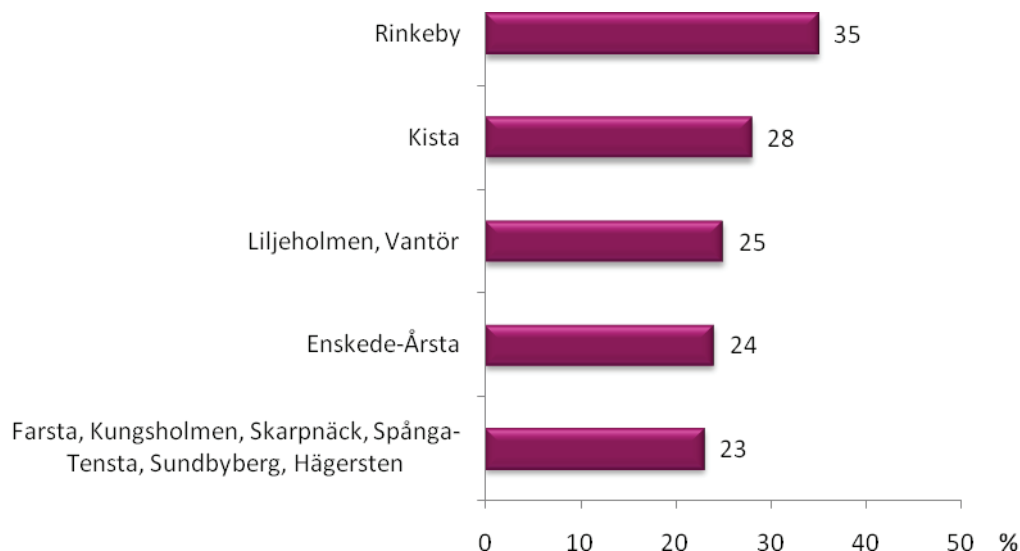
Hälsotillstånd i kommuner och stadsdelar

I majoriteten av kommunerna/stadsdelarna har mellan 20 och 30 procent år 2006 sämre än god självskattad hälsa. Minst andel har Danderyd, 15 procent, och störst andel, 43 procent, finns i Rinkeby. I åtta kommuner/stadsdelar svarade mindre än en femtedel att de hade sämre än god hälsa; Bromma, Danderyd, Katarina-Sofia, Kungsholmen, Lidingö, Norrmalm, Vaxholm och Östermalm. I figur 45 visas de kommuner/stadsdelar med störst andel som uppgivit sämre än god självskattad hälsa.



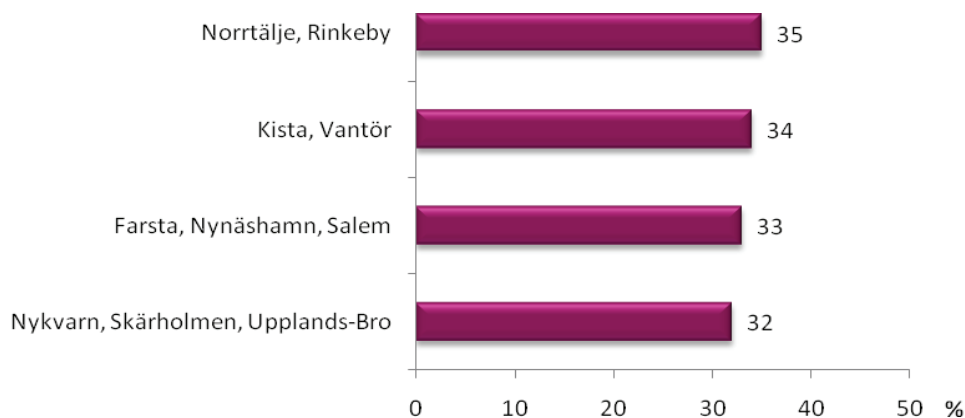
Figur 45. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) med sämre än god hälsa, år 2006.

I flertalet av alla kommuner/stadsdelar har mellan 17 och 20 procent nedsatt psykiskt välbefinnande. Rinkeby har störst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, figur 46, följt av Kista, Liljeholmen och Vantör.



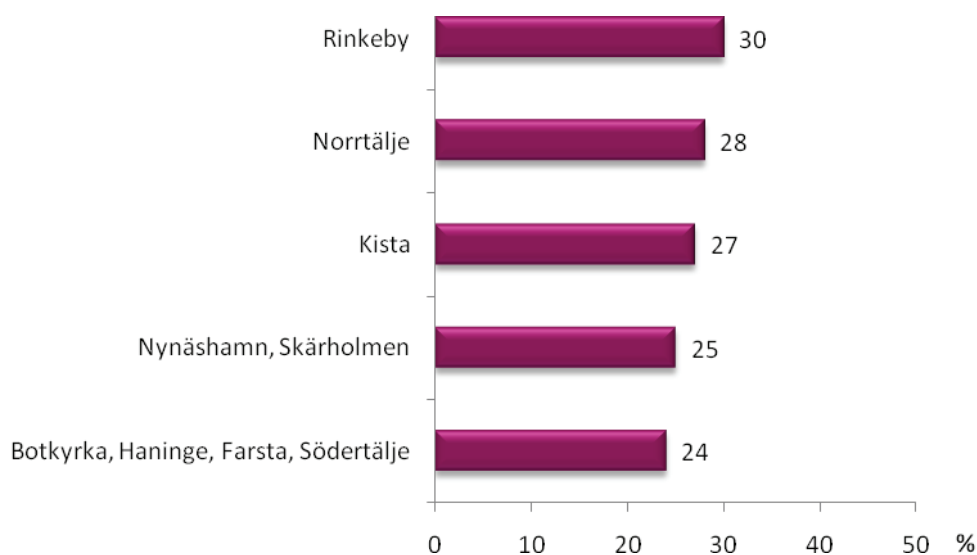
Figur 46. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) med nedsatt psykiskt välbefinnande, år 2006.

Mellan 22 procent (Östermalm) och 35 procent (Norrtälje och Rinkeby) svarade år 2006 att de hade en långvarig sjukdom, figur 47. Mindre än en fjärdedel av de svarande på Östermalm, Norrmalm och Danderyd, hade en långvarig sjukdom.



Figur 47. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) med långvarig sjukdom, år 2006.

I figur 48 kan vi se de kommuner och stadsdelar med störst andel som uppgivit långvarig sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga. Flera av kommunerna/stadsdelarna återkommer bland dem med störst antal med dålig hälsa oavsett hälsoutfall, som till exempel Rinkeby, Kista, Farsta, Norrtälje, Skärholmen och Nynäshamn, om än inte riktigt i samma ordning.

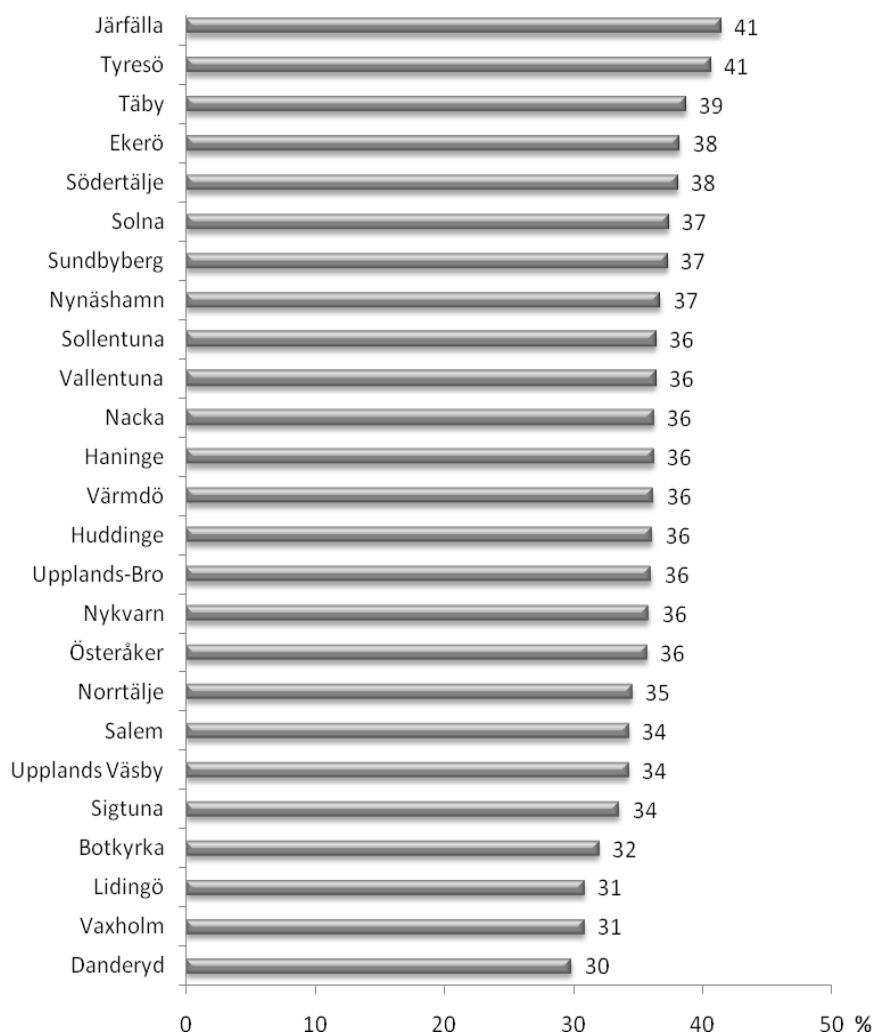


Figur 48. Kommuner och stadsdelar med störst andel (%) med långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga, år 2006.

Sjukfrånvaro och sjukersättning i kommuner och stadsdelar

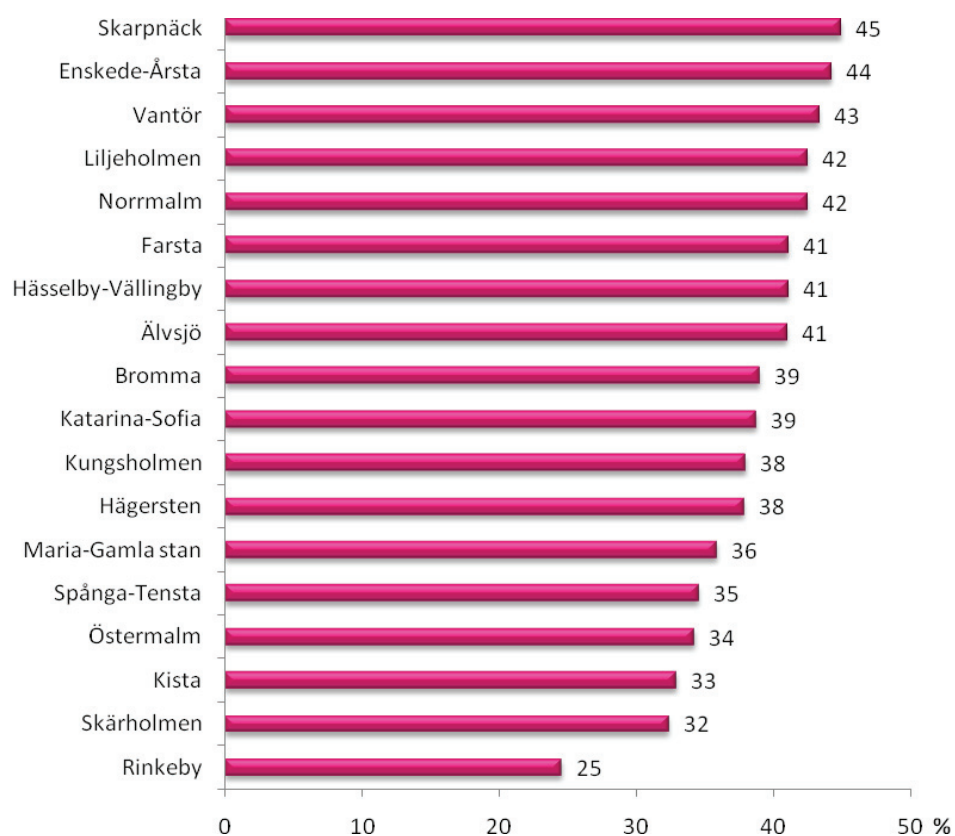
I kommuner/stadsdelar med stor andel arbetare och lägre tjänstemän kan vi förvänta oss en större andel med hög sjukfrånvaro än i de kommuner/stadsdelar som har en stor andel mellan- och högre tjänstemän. Detsamma gäller kommuner/stadsdelar med stor andel ohälsa. Sjukfrånvaron presenteras som tidigare i kort, figur 49a (kommuner) och b (stadsdelar), respektive lång, figur 50a och b. Sjukersättning redovisas för sig i figur 51a och b.

Figur 49a visar andelen med kort sjukfrånvaro i alla kommuner. Danderyd, Vaxholm, Lidingö och Botkyrka hade minst andel med kort sjukfrånvaro, en knapp tredjedel av de svarande. Störst andel hade Tyresö och Järfälla med drygt 40 procent av de svarande.



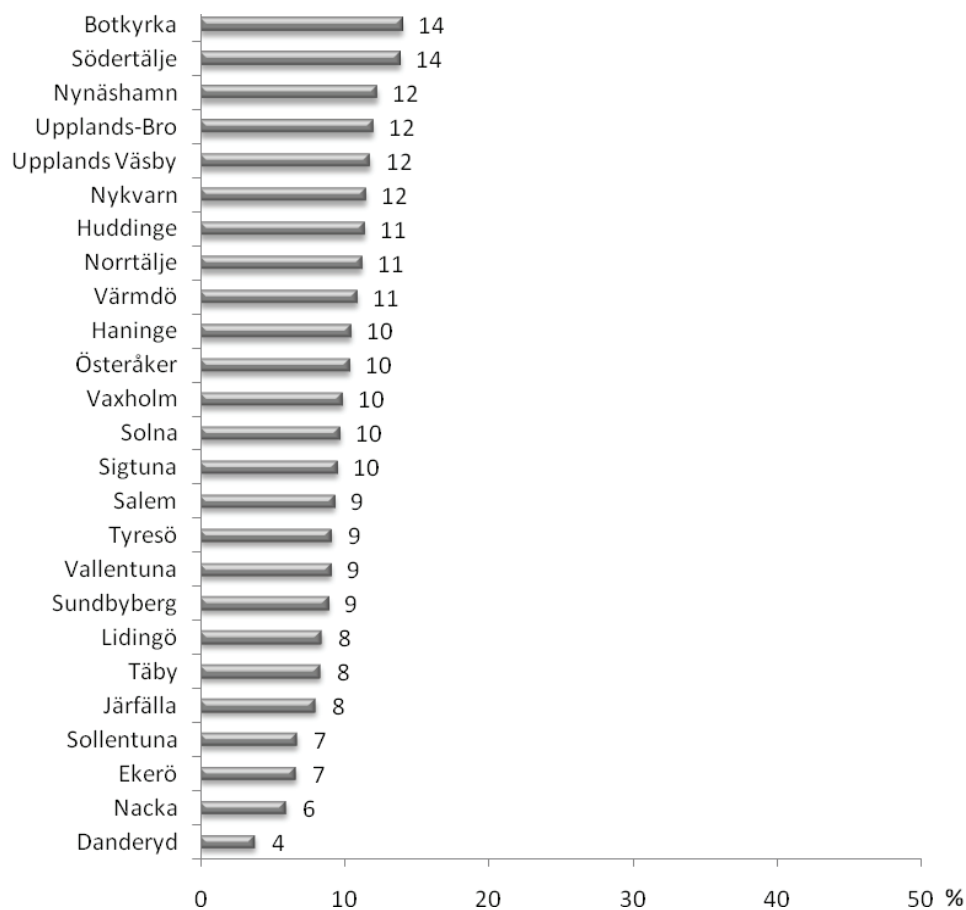
Figur 49a. Andel (%) med kort sjukfrånvaro i respektive kommun, år 2006.

Störst andel med kort sjukfrånvaro i Stockholms stads stadsdelar, figur 49b, finns i Skarpnäck (45 %), och i Enskede-Årsta (44 %) och minst i Rinkeby (25 %). De kommuner och stadsdelar som har störst andel med kort sjukfrånvaro överensstämmer inte särskilt väl med dem som har störst andel arbetare och arbetslösa eller störst andel med dålig hälsa.



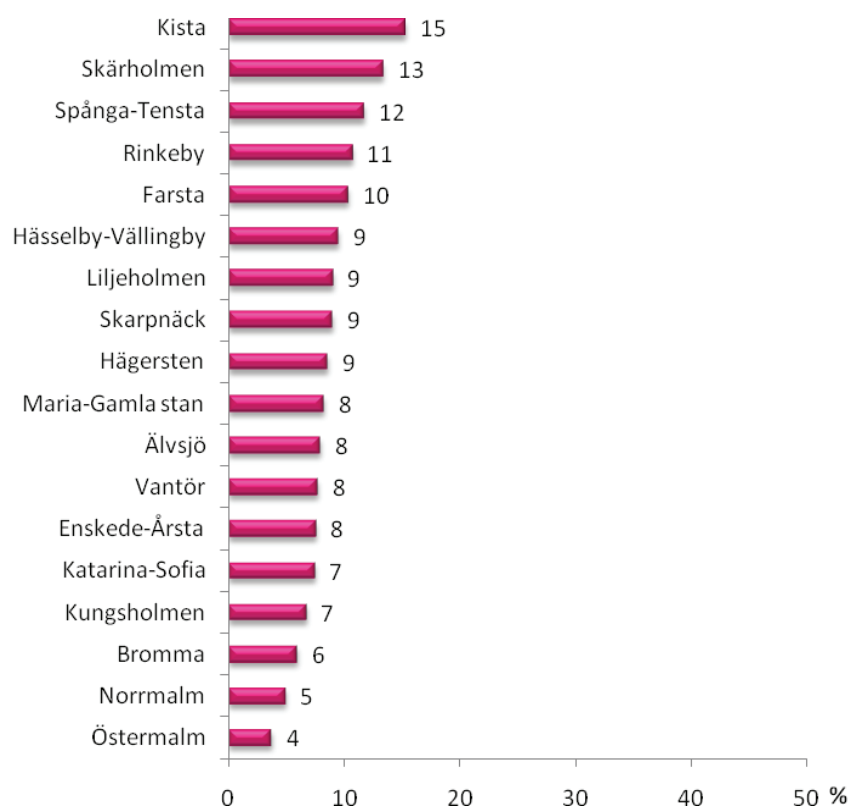
Figur 49b. Andel (%) med kort sjukfrånvaro i respektive stadsdel, år 2006.

Som väntat är det betydligt lägre andel som har lång sjukfrånvaro. Figur 50a visar att andelen med lång sjukfrånvaro i kommunerna inte överstiger 15 procent. Störst andel ser vi i Botkyrka och Södertälje (14 %) och minst i Danderyd (4 %).



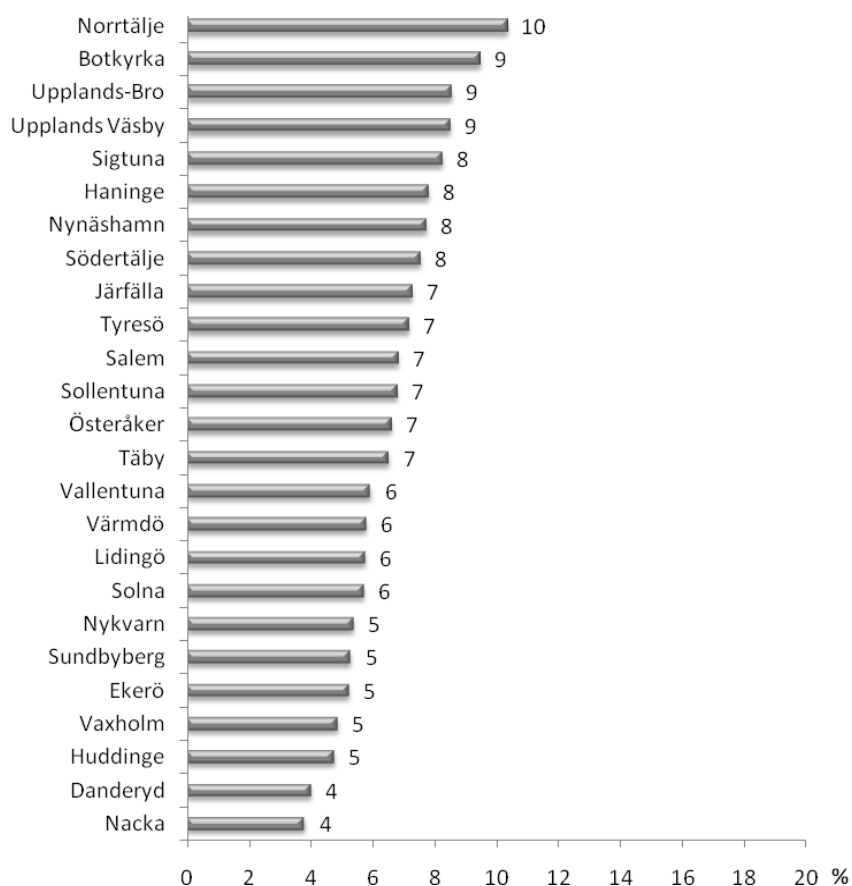
Figur 50a. Andel (%) med lång sjukfrånvaro i respektive kommun, år 2006.

Av stadsdelarna, figur 50b, har Kista störst andel med lång sjukfrånvaro(15 %) och Östermalm minst (4 %). Vad gäller lång sjukfrånvaro ser vi, till skillnad från den korta, i hög utsträckning samma kommuner och stadsdelar som också har stor andel med arbetare och arbetslösa samt med olika former av ohälsa.



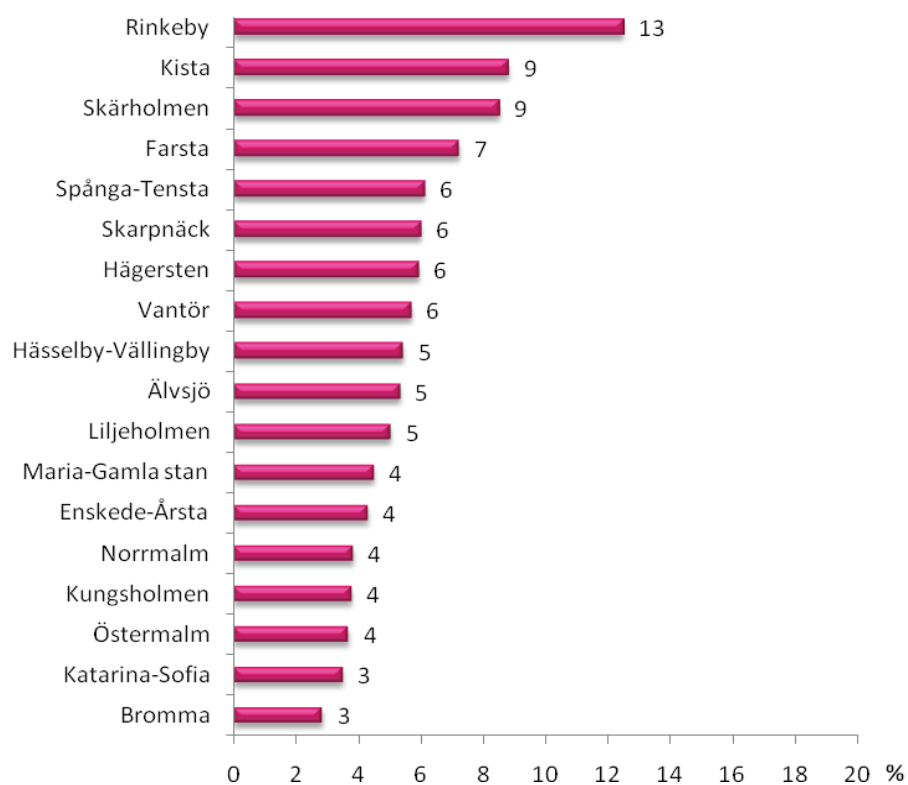
Figur 50b. Andel (%) med lång sjukfrånvaro i respektive stadsdel, år 2006.

Den kommun som har störst andel med sjukersättning är Norrtälje med tio procent, figur 51a. Minst andel finns i Danderyd och Nacka, fyra procent vardera.



Figur 51a. Andel (%) med sjukersättning i respektive kommun, år 2006.

Vad gäller stadsdelarna har Rinkeby störst andel med sjukersättning (13 %), figur 51b. Minst andel har Bromma med tre procent. Liksom för lång sjukskrivning är det i stort sätt samma kommuner och stadsdelar som har störst andel med sjukersättning som också har stor andel med arbetare och arbetslösa samt med olika former av ohälsa.



Figur 51b. Andel (%) med sjukersättning i respektive stadsdel, år 2006.

Referenser

- Arbetshälsorapport 2007. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Enheten för Arbets- och miljömedicin. Stockholm: 2007.
- Bjurvald M, Hogstedt C, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Vad kan förklara den höga sjukfrånvaron? Försök till syntes. Kapitel 14 i Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T (red). Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet. Stockholm: 2005.
- Folkhälsorapport 2003. Folkhälsan i Stockholms län. Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin. Stockholm: 2003.
- Folkhälsorapport 2007. Folkhälsan i Stockholms län. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa. Stockholm: 2007.
- Hemmingsson T. Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet. Kapitel 5 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T (red). Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm: 2004.
- Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T (red). Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm: 2004.
- Kark M, Gustavsson A, Ahlbom A, Allebeck P. Att mäta och beskriva sjukfrånvaro. Utvecklingen i Stockholms län år 1994–2006. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. 2009;11. Stockholm: 2009.
- Lindholm C, Fredlund P, Backhans P. Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling. Kapitel 2 i Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T (red). Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet. Stockholm: 2005.
- Marklund S (red). Arbetsliv och hälsa 2000. Arbetslivsinstitutet. Stockholm: 2000.
- Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T (red). Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet. Stockholm: 2005.
- Marklund S, Palmer E, Theorell T (red). Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm: 2004.
- SBU. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Statens Beredning för medicinsk utvärdering. Rapport nr 167. Stockholm: 2003.

Tabellbilaga, kommuner och stadsdelar

Tabell 1. Ålder, kön, socioekonomisk grupp samt arbetslösa bland svarande på folkhälsoenkäten i respektive kommun i Stockholms län, år 2006.

Kommun	<45 år %	Kvinnor %	Arbetare/ lägre tjm %	Mellan/ högre tjm %	Egna företagare %	Arbetslösa %
Botkyrka	53,8	55,8	60,7	32,1	7,3	4,2
Danderyd	54,6	56,7	21,9	64,3	13,8	1,8
Ekerö	48,9	56,3	35,1	50,3	14,6	1,5
Haninge	53,5	54,8	57,9	33,7	8,4	1,5
Huddinge	57,0	56,3	48,6	41,2	10,2	2,9
Järfälla	48,7	54,0	46,4	45,7	7,9	2,3
Lidingö	47,0	55,7	28,2	63,1	8,7	2,4
Nacka	56,2	52,6	37,5	53,3	9,2	2,0
Norrtälje	46,7	53,5	58,2	27,8	14,0	1,4
Nykvarn	49,6	54,0	49,2	40,8	10,0	1,0
Nynäshamn	49,9	56,6	55,0	36,1	9,0	2,0
Salem	52,0	56,0	43,9	48,8	7,3	1,4
Sigtuna	51,8	57,6	54,5	37,9	7,6	2,3
Sollentuna	50,8	53,5	37,3	55,7	7,0	1,8
Solna	60,3	53,8	40,0	51,7	8,2	2,8
Sundbyberg	60,4	55,3	42,3	50,2	7,5	2,6
Södertälje	56,3	53,7	55,4	37,3	7,4	2,8
Tyresö	54,4	55,3	46,2	42,9	11,0	2,5
Täby	48,7	54,4	32,4	58,2	9,4	1,4
Upplands Väsby	51,0	57,8	53,4	39,8	6,8	2,8
Upplands-Bro	51,6	56,5	59,4	33,9	6,7	0,5
Vallentuna	57,2	56,0	49,2	41,3	9,5	1,2
Vaxholm	49,8	53,5	37,1	49,8	13,0	1,7
Värmdö	51,5	54,2	44,5	43,0	12,6	1,9
Österåker	53,7	53,7	47,4	41,9	10,8	2,1

Tabell 2. Ålder, kön, socioekonomisk grupp samt arbetslösa bland svarande på folkhälsoenkäten i respektive stadsdel i Stockholms stad, år 2006.

Stadsdel	<45 år %	Kvinnor %	Arbetare/ lägre tjm %	Mellan/ högre tjm %	Egna företagare %	Arbetslösa %
Bromma	59,3	51,2	31,8	57,8	10,4	2,0
Enskede-Årsta	65,0	54,8	41,4	49,4	9,1	2,1
Farsta	56,8	55,8	51,6	40,4	7,9	3,2
Hägersten	56,4	55,1	43,8	50,4	5,8	3,2
Hässelby-Vällingby	53,6	55,6	51,5	43,3	5,2	2,0
Katarina-Sofia	63,9	56,3	25,7	61,7	12,6	2,3
Kista	54,8	50,0	56,6	37,4	6,0	4,9
Kungsholmen	69,5	55,8	25,3	65,3	9,5	2,0
Liljeholmen	63,8	59,2	38,1	54,6	7,3	2,9
Maria-Gamla Stan	56,3	52,8	31,2	58,5	10,3	2,3
Norrmalm	62,6	50,6	21,0	69,1	9,8	0,9
Rinkeby	62,7	51,7	73,3	18,6	8,1	2,9
Skarpnäck	62,3	58,5	46,2	48,5	5,3	2,9
Skärholmen	54,4	53,8	60,5	32,3	7,2	3,1
Spånga-Tensta	55,4	54,4	45,6	43,4	10,9	1,9
Vantör	59,4	56,3	58,0	33,9	8,0	4,5
Älvsjö	54,6	57,3	41,3	52,4	6,3	1,0
Östermalm	58,5	57,1	25,2	61,4	13,5	1,6

Tabell 3. Hälsotillstånd bland svarande på folkhälsoenkäten i respektive kommun i Stockholms län, år 2006.

Kommun	Sämre än god självskattad hälsa	Nedsatt psykiskt välbefinnande	Långvarig sjukdom	Långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan
	%	%	%	%
Botkyrka	32,6	20,9	30,9	24,0
Danderyd	14,7	18,6	23,3	14,7
Ekerö	22,2	17,8	27,2	19,5
Haninge	25,5	17,8	31,4	23,6
Huddinge	25,7	18,3	29,0	21,2
Järfälla	29,2	17,0	30,9	21,0
Lidingö	18,0	17,2	27,3	18,4
Nacka	21,3	17,9	27,5	18,7
Norrtälje	28,5	16,1	35,4	27,7
Nykvarn	23,2	12,8	31,9	22,6
Nynäshamn	29,6	19,7	33,0	25,2
Salem	26,6	16,1	32,6	21,8
Sigtuna	28,2	18,4	29,5	22,4
Sollentuna	19,8	19,4	29,0	19,0
Solna	22,9	20,1	27,8	18,5
Sundbyberg	25,0	22,7	28,2	19,1
Södertälje	33,1	18,0	31,1	24,5
Tyresö	25,7	19,8	29,7	20,8
Täby	21,6	16,2	25,1	18,1
Upplands Väsby	27,7	18,0	31,4	22,5
Upplands Bro	30,4	18,9	32,2	23,3
Vallentuna	25,2	18,9	28,2	20,4
Vaxholm	19,0	16,9	25,2	17,8
Värmdö	24,4	18,0	28,2	20,1
Österåker	23,1	15,4	27,6	19,6

Tabell 4. Hälsotillstånd bland svarande på folkhälsoenkäten i respektive stadsdel i Stockholms stad, år 2006.

Statsdel	Sämre än god självskattad hälsa	Nedsatt psykiskt välbefinnande	Långvarig sjukdom	Långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan
	%	%	%	%
Bromma	18,9	17,5	25,0	15,4
Enskede-Årsta	22,6	23,7	26,2	18,4
Farsta	30,4	22,6	32,6	24,4
Hägersten	25,8	23,5	30,0	21,6
Hässelby-Vällingby	24,1	20,5	30,9	20,4
Katarina-Sofia	18,5	22,4	24,7	15,4
Kista	33,3	28,2	34,3	26,7
Kungsholmen	18,2	23,4	25,6	17,6
Liljeholmen	23,3	24,7	25,4	18,1
Maria-Gamla Stan	20,3	20,0	29,2	19,8
Norrmalm	16,4	21,3	23,0	14,3
Rinkeby	42,8	35,3	35,4	30,3
Skarpnäck	26,6	23,4	29,6	20,5
Skärholmen	33,2	22,4	31,6	25,3
Spånga-Tensta	26,8	23,1	29,8	22,4
Vantör	27,1	24,8	33,8	23,0
Älvsjö	22,6	20,3	24,9	17,8
Östermalm	17,1	19,3	21,8	15,6

ISBN978-91-86313-27-2

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**