

Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän

**Kristin Farrants
Arvid Sondén
Kerstin Nilsson
Kristina Alexanderson**

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, den 15 januari 2018.

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida:
www.ki.se/cns/forsakringsmedicin >publikationer >rapporter

Där finns även en längre sammanfattning av rapporten [\(1\)](#).

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
171 77 Stockholm

Telefon: 08-524 832 24 (administratör)

ISBN
978-91-7549-353-4

Förord

Denna rapport är finansierad av Alecta, på uppdrag av Svenskt Näringsliv och PTK. Initiativet till studien togs från början av Almega, Unionen och Sveriges Ingenjörer, som företrädare för SACO-P, för att få en bättre bild av hur sjukfrånvaron faktiskt ser ut inom tjänstesektorn. Projektet har därefter utvecklats till att omfatta alla privatanställda tjänstemän, varav majoriteten omfattas av Alectas försäkringar.

Alectas åtaganden sträcker sig långt in i framtiden, vårt främsta uppdrag är att säkerställa ett hållbart pensionssystem. Det kan vi bland annat göra genom att bidra till ökad kunskap om sjukfrånvaron bland privatanställda tjänstemän.

Studien har till stor del handlat om att bearbeta och analysera data från 2012. Att säkerställa att materialet är statistiskt verifierbart, att rätt koder mäts och att siffrorna är rätt nedbrytbara, med mera. Om vi tillåter oss att lyfta blicken handlar dock siffrorna om så mycket mer. De handlar om hur en stor del av svenskarna faktiskt mår.

Detta är en nulägesmätning av sjukfrånvaron bland privatanställda tjänstemän 2012, ett år där 10,9 procent av kvinnorna och 4,5 procent av männen var sjukskrivna någon gång i ett sjukskrivningsfall som blev längre än 14 dagar. Men vi kan även konstatera att mer än 90 procent av de privatanställda tjänstemännen inte hade någon sådan sjukskrivning under hela året.

Jag vill tacka Karolinska Institutet och de forskare där som på ett förtjänstfullt sätt ägnat tid och kraft åt en studie som ger oss bättre kunskap om hur sjuksiffrorna ser ut för privatanställda tjänstemän. Den är ett nedslag i vår verklighet och ett gediget avstamp för vidare kunskap i dessa viktiga frågor.

Stockholm i januari 2018,

Magnus Billing

Vd, Alecta Pensionsförsäkring Ömsesidigt

Innehållsförteckning

Förord	3
Innehållsförteckning	4
Sammanfattning	6
Förkortningar och begrepp som används.....	7
Inledning	8
Bakgrund.....	8
Kunskap om sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän.....	9
Sjukförsäkringen.....	11
Mått på sjukfrånvaro	11
Varför ta med information om sjuk- och aktivitetsersättning?	12
Syfte	12
Material och metod.....	12
Studiepopulation	13
Variabler.....	15
Sociodemografiska variabler	15
Näringsgren.....	15
Sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning.....	17
Sjukskrivningsdiagnos.....	17
Använda mått på sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)	17
Följande mått beräknades för 2012	19
Analys	21
Resultat	22
Tjänstemän	22
Sjukfrånvaro	23
Sjukfrånvaro uppdelat på sociodemografiska kategorier	24
Sjukfrånvaro i olika näringsgrenar.....	30
Sjukskrivningsdagar	31
Sjukskrivning i olika diagnosgrupper.....	34
Antal sjukskrivningsdagar i olika diagnosgrupper	36
Antal sjukskrivningsdagar per anställd	36
Antal sjukskrivningsdagar per alla sjukskrivna.....	37
Antal dagar per sjukskriven i respektive diagnos	39
Sjukfrånvaro under hela året 2012	43
Sjukskrivningsfall som blev längre än 90 dagar	48
Personer med prevalenta sjukskrivningsfall >90 dagar	48
Incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar	50
Sjuk- och aktivitetsersättning	53
Personer med sjuk- och aktivitetsersättning	53
Sjuk- och aktivitetsersättning i olika näringsgrenar.....	59
Antal sjuk- och aktivitetsersättningsdagar.....	61
Antal SA-dagar per person med SA	61
Antal dagar med sjukpenning + SA per person med SA	62
Sjuk- och aktivitetsersättning i olika diagnoser	64

Sammanställning av medelantal dagar med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning i olika diagnoser.....	65
Sjukpenning och SA-dagar per anställd.....	65
Sjukpenning och SA-dagar per sjukskriven	67
Sjukpenning och SA-dagar per person med sjukfrånvaro och/eller med SA.....	69
Medelantal dagar med sjukpenning och med SA i olika diagnosgrupper, uppdelat på näringsgren	72
Sammanställning av olika mått på sjukfrånvaro och SA	75
Logistisk regression över risken att ha sjukfrånvaro	83
Logistisk regression över risken för sjuk- och aktivitetsersättning (SA).....	86
Slutkommentar	88
Mått på sjukfrånvaro	88
Könsskillnader	89
Behov av prospektiva studier om tjänstemäns sjukfrånvaro	90
Äldre tjänstemän	90
Samband med sjuklighet, betalt arbete eller andra faktorer	90
Tabell- och figurförteckning	92
Lista över tabeller	92
Lista över figurer	92
Referenser	96

Sammanfattning

Bland tjänstemän anställda i privat sektor i Sverige år 2012 hade kvinnor högre risk för sjukfrånvaro än män, däremot var det nästan inga könsskillnader i sjukfrånvarolängd bland dem som var sjukskrivna. Störst andel sjukfrånvarande fanns inom vård och utbildning. Den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen var en psykisk diagnos medan den vanligaste sjuk- eller aktivitetsdiagnosen var muskuloskeletal besvär.

Syftet med projektet var att generera kunskap om sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) bland tjänstemän anställda i privat sektor i Sverige. Detta är ett område som det finns mycket lite vetenskaplig kunskap om.

Metod: I studien har samtliga personer i åldrarna 18-67 år som bodde i Sverige under hela 2012 och som var anställda som tjänstemän i privata företag inkluderats. Egna företagare och personer som hade sjuk- eller aktivitetsersättning på heltid under hela 2012 togs inte med. Analyserna baserades på länkade registerdata från Statistiska Centralbyrån och Försäkringskassan; sjukskrivningsfall kortare än 15 dagar inkluderades inte. Totalt ingick 1 283 516 tjänstemän (47 % kvinnor). Såväl deskriptiva analyser som logistiska regressioner har genomförts. Resultaten presenteras generellt samt uppdelat på kvinnor och män. Resultaten presenteras även uppdelat på sex näringsgrenar: industri; tjänster; handel, hotell, restaurang; transporter; byggverksamhet; samt utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster.

Resultat: Bland kvinnorna hade 10,9 % *sjukfrånvaro* någon gång under 2012 och 1,8 % hade SA. Motsvarande andelar för männen var 4,5 % och 0,6 %. Kvinnor hade fler sjukfrånvardagar än män per anställd (9 brutto- och 7 nettodagar för kvinnor, 4 brutto- och 3 nettodagar för män). Däremot hade kvinnor och män ungefär lika många sjukfrånvardagar per sjukfrånvarande person (81 brutto- och 60 nettodagar för kvinnor och 79 brutto- och 61 nettodagar för män). Personer i åldrarna 65-67 år hade låg sjukfrånvaro.

Variabler som hade samband med högre risk för sjukfrånvaro (mätt med justerade oddskvoter) var: att vara kvinna, att vara äldre (med undantag för de äldsta; 65-67 år), att bo på mindre ort, att inte ha universitetsutbildning, att vara född utanför EU, och att vara ensamstående med hemmavarande barn i jämförelse med övriga för respektive variabel.

Någon typ av psykisk diagnos var den vanligaste sjukfrånvarodiagnosen och stod även för den största andelen av sjukfrånvardagarna, med en större andel bland kvinnor än bland män. Personer sjukfrånvarande i cancer, psykisk diagnos eller i hjärt- och kärlsjukdom tenderade att ha fler sjukfrånvardagar per person än de med andra sjukfrånvarodiagnoser.

Andelen sjukfrånvarande var större i näringsgrenen vård och utbildning än i andra näringsgrenar för både kvinnor (13,8 %) och män (6,6 %). Psykisk diagnos var den vanligaste sjukfrånvarodiagnosen i alla sex näringsgrenarna.

Under 2012 hade 2,4 % av studiepopulationen minst ett *sjukskrivningsfall som översteg 90 dagar*; 3,5 % av kvinnorna och 1,4 % av männen. Av de nystartade fall 2012 som blev längre än 90 dagar var 43 % i en psykisk sjukskrivningsdiagnos.

Färre hade *sjuk- eller aktivitetsersättning (SA)* under del av året, totalt 1,2 %; 1,8 % av kvinnorna och 0,6 % av männen. Hög ålder var den variabel som hade starkast samband med att ha SA. Andra variabler som hade samband med högre risk för SA (mätt med justerade oddskvoter) var: att vara kvinna, att bo på mindre ort eller mellanstor stad, att inte ha universitetsutbildning, att vara född utanför EU, och att vara ensamstående utan hemmavarande barn. Generellt sett var skillnaderna i risk för SA av större magnitud än de i sjukskrivning. Muskuloskeletal diagnoser var vanligast bland SA-diagnoserna.

Förkortningar och begrepp som används

I rapporten används följande förkortningar och begrepp:

Bruttodagar	Antal dagar med ersättning från Försäkringskassan för sjukskrivning eller för sjuk- och aktivitetsersättning
EU	Europeiska unionen
H-region	Indelning av kommuner efter hur urbana de är, såsom storstad, mellanstor stad, eller mindre ort (2).
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision</i> (3) – WHO:s klassificering av diagnoser
KI	Konfidensintervall (genomgående används 95 % KI)
LISA	Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier, rikstäckande register som administreras av Statistiska Centralbyrån (4)
MiDAS	Mikrodata för Analys av Socialförsäkringen, rikstäckande register som administreras av Försäkringskassan (5)
Nettodagar	Beräknat antal <i>hela</i> dagar med ersättning från Försäkringskassan för sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning. Dagar med partiell frånvaro är hopslagna till hela dagar, två dagar på halvtid räknas t.ex. som en nettodag.
OK	Oddskvot (mått på hur stor skillnad det är i risk för ett utfall mellan olika grupper)
SA	Sjuk- och aktivitetsersättning (detta hette tidigare förtidspension respektive sjukbidrag och kan beviljas vid långvarig arbetsförmågenedsättning som beror på sjukdom eller skada)
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivning Sjukfrånvaro	Orden sjukskrivning och sjukfrånvaro används synonymt – och inkluderar i denna rapport inte sjuk- och aktivitetsersättning
SNI	Standard för svensk näringsgrensindelning
SS	Sjukskrivning
SSYK	Standard för svensk yrkesklassificering
TCO	Tjänstemännens centralorganisation
p	p-värde (sannolikhet att skillnader respektive associationer i resultaten är slumpmässiga snarare än faktiska)

Inledning

I denna rapport presenteras resultat från ett projekt om sjukfrånvaro bland tjänstemän anställda inom privat sektor. I projektgruppen ingick följande fyra personer från Avdelningen för Försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap (CNS) vid Karolinska Institutet, listade i bokstavsordning:

- Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring, PhD i medicinsk vetenskap, (projektledare; kristina.alexanderson@ki.se)
- Kristin Farrants, postdoktor, PhD i socialepidemiologi
- Kerstin Nilsson, statistiker
- Arvid Sondén, statistiker

En referensgrupp har under hela projektperioden varit knuten till projektet. I referensgruppen har representanter från Alecta, Svenskt Näringsliv, Unionen, Sveriges Ingenjörer och PTK ingått. Följande personer ingick i referensgruppen under hela eller delar av projektperioden:

- Catharina Bäck och Krister B Andersson, Svenskt Näringsliv
- Stina Jakobsson, Unionen
- Marie Silfverstolpe, tidigare anställd inom Almega
- Magnus Skagerfält, Sveriges Ingenjörer
- Ulrika Öberg, PTK
- Pehr Österberg, Annika Öhman och Fredrik Palm, Alecta

Projektledningen har haft ett flertal möten med referensgruppen under 2017, för att diskutera och ta ställning till inklusionskriterier, frågeställningar, val av mått, etcetera.

Bakgrund

Sjukfrånvaro är ett komplext fenomen för vilket faktorer på olika strukturella nivåer har betydelse, dvs. faktorer både på individnivå, lokal nivå, nationell nivå, arbetsplatsnivå, inom hälso- och sjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling, etcetera. (6-9). En central del av välfärdssamhällen är någon typ av inkomstbortfallsförsäkring för personer som tillfälligt eller under lång period inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada. Sådana system har stor betydelse för individens trygghet och samhällets ekonomi (6, 10-14). Samtidigt är den vetenskapligt baserade kunskapen om sjukfrånvaro, vad som påverkar den och konsekvenserna av att vara sjukskriven synnerligen begränsad (6). Detta gäller särskilt gruppen privatanställda tjänstemän, i Sverige såväl som internationellt.

Sjukskrivningsnivåerna har fluktuerat mycket i Sverige sedan den allmänna sjukförsäkringen infördes 1955, något som är ovanligt ur ett internationellt perspektiv (6, 7, 15-17). Efter en dramatisk nedgång av sjukfrånvaron från år 2003, till den lägsta någonsin i Sverige år 2010, har sjukfrånvaron åter ökat något (15, 18-21).

Såväl alltför hög som alltför låg sjukfrånvaro anses vara problematiskt i ett samhälle (22) samtidigt som det är mycket vanskligt att fastställa vad som är en lagom sjukfrånvaronivå.

På strukturell nivå kan upp- och nedgången av sjukfrånvaron övertid ha samband med förändringar på arbetsmarknaden, vad gäller krav på bl.a. kommunikationsförmåga, stresstålighet, flexibilitet, kompetens och uthållighet, med sjuklighet i befolkningen, tillgång

till vård och rehabilitering, praxis inom hälso- och sjukvård, normer och värderingar angående sjukfrånvaro, samt regelverk i sjukförsäkringssystemet och dess tillämpning (6-9, 23-28). Att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män, och att sjukskrivningen är högre inom vissa yrken och näringsgrenar är dock i Sverige konstanta mönster som inte varierar, även när den totala sjukfrånvaron gör det (29).

Sjukfrånvaro ses ibland som ett folkhälsoproblem med konsekvenser för samhället, arbetsplatser, försäkringsorganisationer, individer och deras familjer (6, 30, 31). Det finns stora skillnader i sjuklighet mellan olika grupper i samhället (6, 32). Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan olika grupper är dock ännu större, t.ex. vad avser ålder, kön, födelseland, utbildning, inkomst, yrke, arbetsgivare och geografisk region (6, 33). Sjukfrånvaro är inte ett bra mått på sjuklighet; de flesta personer med olika typer av sjukdom eller skada är inte sjukskrivna (34). Ofta påverkar diagnosen inte personens funktion alls, eller så påverkar den inte de funktioner som behövs i arbetet, dvs. påverkar inte personens arbetsförmåga i förhållande till de krav som ställs i arbetet (6, 35). Kraven i arbetet, anpassningsmöjligheter samt individers spektrum av copingstrategier kan variera mycket mellan olika grupper i samhället. Män, personer med hög utbildning, med högre inkomst, med lägre ålder och personer födda i Sverige brukar ha lägre sjukfrånvaronivåer (6) och det är därför viktigt att ha med information om sådana faktorer i studier om sjukfrånvaro.

Generellt finns det skillnader i sjukfrånvaronivåer mellan näringsgrenar, oberoende av om det gäller tjänstemän eller ej. Personer anställda inom vård, omsorg och sociala tjänster har ofta högre sjukfrånvaro, generellt, jämfört med dem inom andra verksamheter, när samtliga tas med, dvs. när resultaten inte delas upp på privat eller offentlig sektor (36).

Det finns även stora skillnader mellan näringsgrenar och mellan yrken när det gäller fysisk och psykisk arbetsmiljö, anställningsformer och avtalsförhållanden, möjlighet till arbetsanpassning, sammansättningen av anställda, antal anställda och andel av dem som är kvinnor, selektion in i och ut ur yrken, samt verksamhetens inriktning och innehåll. Sådana faktorer kan ha samband med sjukfrånvaro och SA och även med deras utveckling över tid (6, 36).

Anställda (gäller samtliga anställda, dvs. inte bara tjänstemän) inom privat sektor har färre sjukskrivningsfall >14 dagar/1 000 anställda än de inom statlig sektor, som i sin tur har färre sjukskrivningsfall än de inom landstings- och kommunal sektor (36). Det är möjligt att skillnader i arbetsmiljö, organisation och ledarskap, anställningsformer och avtalsförhållanden, selektion in i och ut ur organisationer, samt i verksamhetens inriktning och innehåll har kopplingar till skillnader i sjukfrånvaro mellan sektorer (36). Även inom samma näringsgren ligger sjukfrånvaron inom privat sektor lägre än inom kommunal, landstings- respektive statlig sektor, vilket delvis kan förklaras med skillnader inom köns- och ålderssammansättningen av personal mellan sektorer, geografiska skillnader, arbetsplatsers storlek, etcetera (29).

Kunskap om sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän

Det finns endast få studier om sjukfrånvaro bland tjänstemän, i synnerhet när det gäller tjänstemän anställda inom privat sektor.

Det finns ett flertal studier baserade på en kohort statligt anställda personer i London, varav majoriteten var tjänstemän (från den så kallade Whitehall II-kohorten) (37). En del tjänstemän ingår även i annan stor kohort av personer anställda inom landstings- eller kommunal verksamhet i Helsingfors i Finland (från den så kallade Helsinki Health Study) (38). Båda dessa två studiekohorter har genererat flera studier om sjukfrånvaro. Av sådana studier framgår att

det finns stora skillnader i sjukfrånvaro även bland tjänstemän, relaterade till kön, ålder, utbildningsnivå, befattningsgrad, och andra sociodemografiska och socioekonomiska faktorer (39-41). Generellt har också tjänstemän lägre sjukfrånvaro än övriga anställda (41)}.

Resultat från Whitehall II-studien (37) visar på könsskillnader i sjukskrivning bland statsanställda tjänstemän: kvinnor var oftare sjukskrivna än män generellt och i de flesta diagnoser. De vanligaste sjukskrivningarna var relaterade till besvär från andningsorganen och matsmältningsorganen och en större andel av männens än av kvinnornas sjukfrånvaro fanns inom dessa diagnosgrupper. I studien inkluderades även korta fall, från dag 1 (40).

Utöver könsskillnader finns det även yrkesskillnader inom tjänstemannagruppen. I Whitehall II-studien hade högre tjänstemän ("executive/professional") mindre sjukfrånvaro än lägre tjänstemän ("clerical/office support") (40) och de hade också mindre grad av sjuklighet och förtida död (42).

Samtliga ovanstående studier gäller offentliganställda tjänstemän. När det gäller privatanställda tjänstemän är kunskapsunderlaget betydligt mer begränsat. I Sverige har några studier publicerats om tjänstemäns sjukfrånvaro, där vissa resultat är uppdelade på om deltagarna var privat eller offentligt anställda (43-45). Samtliga är baserade på enkätstudier med svarsfrekvenser på 21-49 % (43-46).

I en rapport publicerad av TCO på intervjudata från Statistiska centralbyrån (SCB) och Arbetsmiljöverket om tjänstemän i åldern 20-64 år, från 2013-2014, rapporterade 7,3 % av kvinnorna och 3,7 % av männen att de varit sjukfrånvarande på grund av arbetsrelaterade orsaker, dock finns det inte information om detta uppdelat på privat eller offentlig sektor (43). Totalt svarade 3,4 % av kvinnorna och 1,4 % av männen att de varit sjukskrivna mer än fem veckor på grund av sådana besvär. Antal deltagare och bortfall framgår inte. I denna undersökning drogs slutsatsen att generellt sett har tjänstemän i Sverige en förhållandevis bra situation på arbetsmarknaden och majoriteten (80 %) var nöjda med sin arbetssituation (43). Däremot fanns det skillnader inom tjänstemannagruppen. Ett arbetsmiljöproblem som tjänstemän i privat sektor angav var att de har anspänt arbete (43). Med anspänt arbete avses här arbete med höga krav och samtidigt låg kontroll över arbetsuppgifter och arbetssituation, enligt den så kallade Karasek-Teorell modellen (47-49). Bland personerna anställda inom privat sektor upplevde 28 % detta (ca 20 % bland männen och ca 36 % bland kvinnorna) (43).

Enligt en enkätstudie till ett urval av 6994 stycken både privat- och offentliganställda tjänstemän som varit sjukskrivna år 2013 (svarsfrekvens 49 %) svarade en fjärdedel att psykiska besvär var orsaken till sjukskrivningen (44). En enkätundersökning bland Unionens medlemmar, med ett urval på 2500 personer och en svarsfrekvens på 28 % visade att hälften av respondenterna hade varit sjukskrivna, och en tredjedel av dem angav psykiska besvär som orsak (45). Även korta sjukskrivningsfall ingick.

Betydligt färre studier har gjorts angående sjuk- och aktivitetsersättning (SA) än angående sjukfrånvaro (6) särskilt när det gäller tjänstemän. Generellt har kvinnor, äldre, och personer med låg socio-ekonomisk status högre risk för SA (6). När det gäller tjänstemän har de få studier som finns om detta funnit att äldre, personer med lägre utbildning, ogifta, personer med hemmavarande barn, boende i mellanstora städer och mindre orter har högre risk för SA, samt att högre tjänstemän har lägre risk för SA än lägre tjänstemän och än de i andra yrken (50, 51).

Sjukförsäkringen

I denna rapport berörs två sjukförsäkringsförmåner i det svenska socialförsäkringssystemet; dels sjukfrånvaro med ersättning i form av sjukpenning, dels sjuk- och aktivitetsersättning (SA). Sjuk- och aktivitetsersättning kallades tidigare förtidspension respektive sjukbidrag och innebär ekonomisk ersättning vid mer långvarigt nedsatt arbetsförmåga som är relaterat till medicinska tillstånd (15).

Enligt den svenska socialförsäkringen kan personer som bor eller arbetar i Sverige och som är minst 16 år gamla och har inkomst från arbete eller arbetslöshetskassa få *sjukpenning* om sjukdom eller skada har nedsatt personens arbetsförmåga till minst 25 % (52). För att omfattas av försäkringen ska personens årsinkomst vara minst 24 % av prisbasbeloppet för det året.

Vanligen är den första dagen i ett *sjukskrivningsfall* en karensdag. För anställda betalar mestadels arbetsgivaren sjuklön under de kommande 13 dagarna. För sjukskrivningsfall som varar längre än 14 dagar betalar Försäkringskassan ersättning i form av sjukpenning från och med dag 15. För vissa sjukdomstillstånd kan Försäkringskassan betala sjukpenning redan från dag 1 i sjukskrivningsfallet. Arbetslösa kan få sjukpenning från Försäkringskassan från dag 2 i sjukskrivningsfallet. Egenföretagare kan välja olika antal karensdagar.

Samtliga personer i Sverige som är 19-64 år gamla kan beviljas *sjuk-eller aktivitetsersättning* (SA) om personens arbetsförmåga är varaktigt nedsatt med åtminstone 25 % pga. sjukdom eller skada (52). Personer som är 19-29 år gamla kan beviljas tidsbegränsad aktivitetsersättning, om nedsättningen beräknas vara minst ett år.

Det är i detta sammanhang viktigt att skilja på vad som leder till sjukdom eller skada från vad som leder till sjukfrånvaro med samma sjukdom eller skada (6, 53). De allra flesta personer i arbetsför ålder, som har olika typer av sjukdom, yrkesarbetar och har inget behov av att vara sjukfrånvarande (6, 10, 35, 53). Det är endast den sjukdom eller skada som leder till funktionsnedsättning och där funktionsnedsättningen i sin tur innebär nedsättning av personens arbetsförmåga med minst 25 %, i förhållande till kraven i personens arbete, som berättigar till sjukfrånvaro och sjuklön/sjukpenning, på hel- eller deltid. Arbetsförmågan ska alltid bedömas i förhållande till kraven i det egna arbetet (35, 52). Enligt den så kallade rehabiliteringskedjan, som infördes 1 juli 2008, ska arbetsförmågan efter 90 sjukfrånvarodagar bedömas i relation till andra jobb på arbetsplatsen - och efter 180 dagar till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden (52). Arbetslösa personers arbetsförmåga bedöms alltid i relation till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Detta innebär att två så kallade rekvisit ska vara uppfyllda. Dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska just denna sjukdom eller skada ha lett till en nedsättning av personens funktion på det sättet att detta påverkar personens arbetsförmåga till minst 25 %. Såväl sjukpenning som sjuk- och aktivitetsersättning kan beviljas på 25, 50, 75 eller 100 %, dvs. på hel- eller deltid.

Mått på sjukfrånvaro

En aspekt av mått på sjukfrånvaro är datas tillförlitlighet (6). I litteraturen diskuteras detta avseende om informationen om sjukfrånvaro baseras på självrapporterade data, t.ex. från enkäter eller intervjuer, eller på registerdata, vanligen från antingen arbetsgivare eller försäkringsorganisationer (6). Allmänt anses att, särskilt i länder med en offentlig försäkring som täcker alla anställda, att registerdata från försäkringen, dvs. data om faktiskt utbetald sjukpenning, är mer tillförlitliga än självrapporterade data (6).

Andra aspekter är vilket eller vilka mått på sjukfrånvaro som används. I litteraturen

förekommer nu fler än 100 olika mått på sjukfrånvaro, och vilket mått man använder får stor betydelse för resultatet (6, 30, 54-57). Enligt vissa mått har t.ex. kvinnor högre sjukfrånvaro i en viss diagnos, medan andra mått visar att män har högre (58). Det räcker t.ex. inte med att ha information om antal personer som är sjukskrivna, utan information om hur länge de varit sjukskrivna behövs också för att få en mer komplett bild. *Därför presenterar vi i denna rapport flera olika mått på sjukfrånvaro.*

Varför ta med information om sjuk- och aktivitetsersättning?

Hur många personer och hur stor andel personer av en population som är sjukskrivna under ett år har starkt samband med hur många/hur stor andel som har partiell sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under året respektive hur stor andel som får SA på heltid under året. I ett land som Sverige är detta av extra stor betydelse, eftersom såväl regelverk som praxis gällande beslut om SA – och om dess tidigare motsvarighet förtidspension och sjukbidrag – har varierat kraftigt över tid (59-62). Detta skiljer sig även från system och praxis i flertalet andra länder (16, 17). I de flesta andra länder är det inte möjligt att vara sjukskriven mer än högst ett år, efter denna tidsperiod blir olika former av det som vi i Sverige nu kallar SA aktuellt. För att kunna göra internationella jämförelser av sjukfrånvaronivåer har därför flera av oss forskare och andra (inklusive OECD) valt att i data från Sverige definiera sjukskrivningsfall som blir längre än två år som förtidspension (16, 17, 63).

Nivåer i både sjukfrånvaro och SA kan variera med praxis i hälso- och sjukvård och Försäkringskassa. Det kan gälla praxis för hantering av långa sjukskrivningsfall, för när i ett sjukskrivningsfall ställningstagande till SA görs, för bedömning av rätt till SA generellt respektive på hel- eller deltid. Sådan praxis kan variera mellan t.ex. regioner, Försäkringskassans handläggare, hälso- och sjukvårdens hantering, diagnoser, den sjukskrivnes kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, etcetera (6, 7, 36, 64, 65). Därför redovisar vi i denna rapport även information om studiepopulationens SA, mätt med olika mått. I några analyser visar vi även dagar med sjukskrivning respektive med SA sammanräknat.

Syfte

Syftet med projektet var att generera kunskap om sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning bland tjänstemän anställda inom privat sektor i Sverige, generellt, i olika näringsgrenar, olika sjukskrivningsdiagnoser och relaterat till sociodemografiska variabler.

Material och metod

Detta är en studie av prevalens av sjukfrånvaro och av sjuk- och aktivitetsersättning (SA) under år 2012 bland tjänstemän anställda i privat sektor i Sverige. Resultaten presenteras generellt och uppdelat på olika grupper – och med flera olika mått på sjukfrånvaro och SA.

Individdata länkade från två olika rikstäckande register, dels från SCB och dels Försäkringskassan, har använts enligt följande:

Från *Statistiska centralbyrån*: information från det så kallade *LISA-registret (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier)* för år 2011 samt för 2012 avseende följande sociodemografiska variabler: kön, ålder, födelseland, högsta utbildningsnivå, familjesituation och typ av boenderegion (baserat på kommun). Kategoriseringar beskrivs nedan under rubriken Variabler.

Från *Försäkringskassan*: information från det så kallade *MiDAS-registret (Mikrodata för*

analys av socialförsäkringen): information om sjukskrivningsfall >14 dagar samt om SA som ersatts av Försäkringskassan under 2012, avseende start- och slutdatum, omfattning samt huvuddiagnos. Detta innebär att även information om sjukskrivningsfall och SA som påbörjats före 2012 och som avslutats efter 2012 har använts.

Omfattande databearbetning av MiDAS-data genomfördes. För personer som avslutade ett sjukskrivningsfall och inom fem dagar påbörjade ett nytt sjukskrivningsfall, slogs dessa fall ihop till ett sjukskrivningsfall, pga. den så kallade återinsjuknanderegeln. De mellanliggande dagarna utan ersättning räknades inte med vid beräkning av antal brutto- eller nettodagar. Även dagar utan ersättning i fall med förebyggande sjukpenning har hanterats på motsvarande sätt.

Personer med partiell SA som yrkesarbetar på resterande del blir ibland i MiDAS registrerade som att de är sjukskrivna på heltid. När bruttodagar och nettodagar med sjukpenning och SA då slås ihop blir antalet dagar för stort, och kan t.ex. bli fler än 366 dagar under ett år. Detta har hanterats så att sjukfrånvaro och SA under en dag inte kan bli mer än 100 %.

Här har vi endast tagit med de sjukskrivningsfall som blev minst 15 dagar långa, för att inte introducera systematisk bias för t.ex. personer med viss typ av sjuklighet. I beräkningen av brutto- och nettodagar räknar vi endast med de dagar som ersatts av Försäkringskassan, de 14 första dagarna räknas alltså inte med i antal dagar.

Studiepopulation

I studien ingick alla de personer i åldern 18-67 år, som levde och var bosatta i Sverige hela året 2012 (här definierat som att de enligt LISA bodde här både 31 december 2011 och 31 december 2012) och som under 2012 hade en giltig kod enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) ⁽⁶⁶⁾ som indikerade ett tjänstemannayrke (bestämt i diskussioner med referensgrupp), var anställda hos företag i privat sektor och hade en sammanlagd årsinkomst på minst 7920 kronor från lön, föräldrapenning, och/eller sjukpenning, alternativt sjuk- eller aktivitetsersättning.

Valet av 7920 kronor som lägsta nivå baseras på följande: för att ha rätt till sjukpenning krävs en årsinkomst på minst 24 % av basbeloppet. År 2012 var basbeloppet satt till 44 000 kronor, vilket innebär att 24 % av basbeloppet motsvarade 10 560 kronor. Vi satte nivån till 75 % av detta belopp, för att ta hänsyn till att ersättningsnivån inom sjukförsäkringen och föräldrapenning i de flesta fall ligger på 75-80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten, därav 7920 kronor ⁽⁶⁷⁾.

Följande personer inkluderades inte: personer anställda inom offentlig sektor, egenföretagare och de som var arbetslösa. Information om arbetssituation (dvs. anställd, arbetslös, egenföretagare, etcetera samt yrke, näringsgren och sektor) hämtades ur LISA-registret gällande 2012. Detta registreras i november, vilket innebär att vissa som ingick i studiepopulationen som anställda kunde ha varit arbetslösa, studenter eller egenföretagare under delar av året.

De 461 personer som hade SA på heltid under hela 2012 exkluderades. Däremot inkluderades de personer med SA-fall som pågick på deltid hela året. Personer med SA-fall som påbörjades på antingen heltid eller deltid under året var också med i studiepopulationen.

I definitionen av tjänstemän har vi utgått ifrån SSYK ⁽⁶⁶⁾. SSYK baseras på arbetsuppgifter personen utför och den kvalifikationsnivå som krävs för att utföra yrket. Följande yrkeskategorier har definierats som tjänstemän (SSYK-kod):

- Ledningsarbete (1111-1792)
- Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens (2111-2672)
- Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper (3111-3522)
- Dataregistrerare (4111)
- Kontorssekreterare, läkarsekreterare m.fl. (4112)
- Bokförings- och redovisningsassistenter (4120)
- Transportassistenter (4132)
- Biblioteksassistenter m.fl. (4140)
- Övrig kontorspersonal (4190)
- Bank- och postkassörer (4212)
- Pantlånare (4214)
- Inkasserare m.fl. (4215)
- Resebyrå- och turistbyråtjänstemän (4221)
- Receptionister m.fl. (4222)
- Telefonister (4223)
- Trafikinformatörer m.fl. (4224)
- Flygvärdinnor m.fl. (5111)
- Tågmästare m.fl. (5112)
- Guider och reseledare (5113)
- Storhushållsföreståndare m.fl. (5121)
- Tandsköterskor (5135)
- Begravningsentreprenörer (5142)
- Fotomodeller m.fl. (5210)
- Bil-, båt- och husvagnsförsäljare (5226)
- Demonstratörer, uthyrare m.fl. (5227)
- Text- och bildoperatörer m.fl. (7341)
- Provmakare och kvalitetsbedömare (7413)
- Lokförare (8311)

Personer i följande yrkeskategorier inkluderades om de hade åtminstone någon gymnasieutbildning:

- Flygtekniker (3145)
- Djursjukvårdare (3227)
- Övriga terapeuter (3229)
- Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl. (5132)
- Vårdbiträden, personliga assistenter m.fl. (5133)
- Övrig vård- och omsorgspersonal (5139)
- Övrig servicepersonal, personliga tjänster (5149)
- Flygmekaniker och flygparatörer (7232)

Totalt ingick 1 283 516 personer i studiepopulationen.

Variabler

Följande fyra typer av variabler användes i studien: information om sociodemografi, om typ av näringsgren, om sjukskrivning och SA respektive om sjukskrivnings- eller SA-diagnos. De beskrivs nedan.

Sociodemografiska variabler

Information om följande sex sociodemografiska variabler användes:

- *Kön*, uppdelat på kvinnor och män.
- *Ålder* år 2012, uppdelat på sex kategorier: 18-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år och 65-67 år.
- *Födelseland* är uppdelat på fyra kategorier: Sverige, övriga Norden, övriga EU25 och övriga världen. Kategorin "uppgift saknas" kategoriseras som övriga världen.
- *Högsta utbildningsnivå*, uppdelat på tre kategorier: grundskoleutbildning (≤ 9 år), gymnasieutbildning (10-12 år), och universitets/högskoleutbildning (> 12 år). Kategorin "uppgift saknas" klassificerades som grundskoleutbildning.
- *Familjesituation*, uppdelat på fyra kategorier: gift/sambo utan hemmavarande barn, gift sambo med hemmavarande barn, ensamstående utan hemmavarande barn, och ensamstående med hemmavarande barn. Barn kategoriseras av SCB som boende i det hushåll där de är folkbokförda. De sex tjänstemän i åldern 18-20 år som av SCB kategoriserats som hemmaboende unga vuxna ≤ 20 år kategoriseras som ensamstående utan hemmavarande barn.
- För *typ av boenderegion* har vi använt H-region baserad på boendekommun (2), uppdelat på tre kategorier: storstäder (Stockholm, Göteborg och Malmö med omliggande områden), mellanstora städer ($> 90\,000$ personer inom 30 km från stadskärnan), mindre orter ($< 90\,000$ personer inom 30 km från stadskärnan).

Näringsgren

I ett flertal analyser har vi utgått från den näringsgren personerna arbetade inom. Näringsgren är kategoriserat i sex kategorier och vi har utgått från koder för Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI) (68). De sex kategorier som använts är:

- *Industri*, bestående av SNI-avdelningar:
 - A (Jordbruk, skogsbruk och fiske)
 - B (Utvinning av material)
 - C (Tillverkning)
 - D (Försörjning av el, gas, värme och kyla), exklusive 35.230 (Handel med gas via rörnät)
 - samt SNI-koder 46.69 (Partihandel med övriga maskiner och övrig utrustning) och 71.129 (Övrig teknisk konsultverksamhet)
- *Tjänster*, bestående av SNI-avdelningar:
 - J (Information och kommunikation)
 - K (Finans- och försäkringsverksamhet)
 - L (Fastighetsverksamhet)
 - M (Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik) exklusive 71.129 (Övrig teknisk konsultverksamhet)

- N (Uthyrning, fastighetsservice, resetjänster och andra stödtjänster) exklusive 77.32 (Uthyrning och leasing av bygg- och anläggningsmaskiner)
- O (Offentlig förvaltning och försvar) exklusive 84.124 (Administration av omsorg och socialtjänst)
- R (Kultur, nöje & fritid)
- S (Annan serviceverksamhet)
- T (Förvärvsarbete i hushåll, hushållens produktion av diverse varor och tjänster för eget bruk)
- U (Verksamhet vid internationella organisationer, utländska ambassader o.d.)
- samt SNI-koder 46.51 (Partihandel med datorer, kringutrustning samt programvara), 47.43 (Specialiserad butikshandel med ljud- och bildanläggningar samt videoutrustning), 49.1 (Järnvägstransport, passagerartrafik), 49.2 (Järnvägstransport, godstrafik), 49.31 (Kollektivtrafik), 52.23 (Stödtjänster till lufttransport) och 53 (Post- och kurirverksamhet)
- *Handel, hotell- och restaurangverksamhet*, bestående av SNI-avdelningar:
 - G (Handel; reparation av motorfordon och motorcyklar) exklusive 45 (Handel samt reparation av motorfordon och motorcyklar), 46.51 (Partihandel med datorer, omkringutrustning samt programvara), 46.69 (Partihandel med övriga maskiner och övrig utrustning), och 47.43 (Specialiserad butikshandel med ljud- och bildanläggningar samt videoutrustning)
 - I (Hotell- och restaurangverksamhet)
- *Transporter*, bestående av SNI-avdelningar
 - H (Transport och magasinering) exklusive 52.23 (Stödtjänster till lufttransport) och 53 (Post- och kurirverksamhet)
 - samt SNI-kod 45 (Handel samt reparation av motorfordon och motorcyklar)
- *Byggindustri/Installation* bestående av SNI-avdelningar
 - F (Byggverksamhet)
 - samt SNI-kod 77.32 (Uthyrning och leasing av bygg- och anläggningsmaskiner)
- *Vård och utbildning* bestående av SNI-avdelningar:
 - P (Utbildning)
 - Q (Vård & omsorg, sociala tjänster)
 - samt SNI-kod 84.124 (Administration av omsorg och socialtjänst)

Det var 1567 personer för vilka uppgift om SNI-kod saknades. För dem använde vi SSYK-koder på treställig nivå för att klassificera dem i näringsgrenar där detta var möjligt. Följande SSYK-koder klassificerades som tillhörande näringsgrenen *Vård och utbildning*: hälso- och sjukvårdsspecialister (SSYK-kod 222), barnmorskor, sjuksköterskor med särskild kompetens (SSYK-kod 223), universitets- och högskolelärare (SSYK-kod 231), gymnasielärare m.fl. (SSYK-kod 232), grundskollärare (SSYK-kod 233), speciallärare (SSYK-kod 234), andra pedagoger med teoretisk specialistkompetens (SSYK-kod 235), psykologer, socialsekreterare m.fl. (SSYK-kod 249), sjukgymnaster, tandhygienister m.fl. (SSYK-kod 322), sjuksköterskor

(SSYK-kod 323), förskollärare och fritidspedagoger (SSYK-kod 331), andra lärare och instruktörer (SSYK-kod 332), behandlingsassistenter, fritidsledare m.fl. (SSYK-kod 346) och vård- och omsorgspersonal (SSYK-kod 513). Piloter, fartygsbefäl m.fl. (SSYK-kod 314) klassificerades som tillhörande näringsgrenen Transporter. Övriga yrkeskategorier gick inte att klassificera till någon enstaka näringsgren. Det var då 566 personer som fortfarande saknade näringsgren när även yrkeskoder beaktades vilket motsvarade mindre än 0,1 % av studiepopulationen. Dessa togs inte med i analyser gällande näringsgren och redovisas endast inledningsvis i rapporten.

Sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning

Utifrån MiDAS data togs även följande information fram för varje sjukskrivningsfall som blev >14 dagar långt och sjuk- och aktivitetsersättningsfall: start- och slutdatum, grad (25, 50, 75 eller 100 % av heltid) samt diagnos. I sjukskrivning inkluderade vi även de sjukskrivningsfall som är ersatta med rehabiliteringspenning och förebyggande sjukpenning.

Sjukskrivningsdiagnos

I MiDAS kategoriseras sjukskrivningsdiagnos och SA-diagnos enligt ICD-10 (3). Vi har kategoriserat dessa i följande sju kategorier:

- Psykiska diagnoser: ICD-10-koder F00-F99 samt Z73 (Problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen, inklusive utbrändhet)
- Muskuloskeletala diagnoser (dvs. diagnoser i rörelseorganen, muskler, skelett, senor, brosk och bindväv): ICD-10 koder M00-M99
- Skador: ICD-10 koder S00-T98 och V01-Y98
- Cancer: ICD-10 koder C00-D48
- Hjärt- och kärlsjukdomar: ICD-10 koder I00-I99
- Graviditetsrelaterade diagnoser: ICD-10 koder O00-O99, samt N96 bland kvinnor
- Övriga diagnoser: samtliga övriga. Här ingår även de sjukskrivningsfall där information om diagnos saknas i MiDAS (ca 1 % av sjukskrivningsfallen och 3 % av SA-fallen)

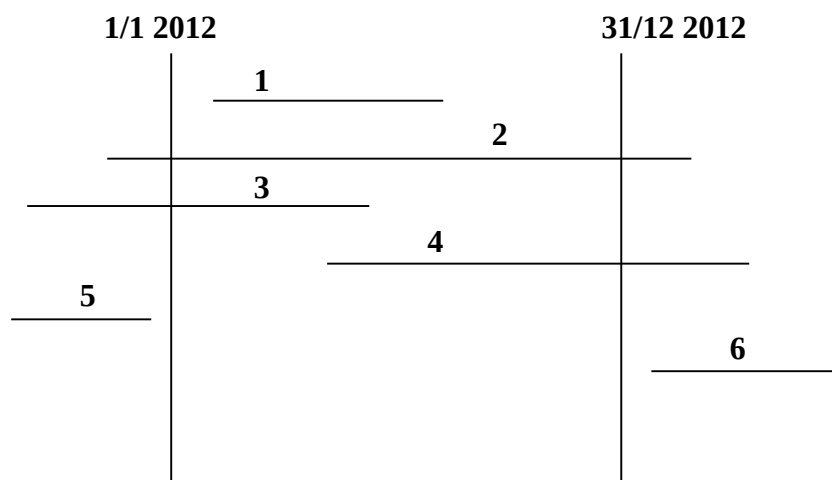
Den första sjukskrivningsdiagnosen finns registrerat i MiDAS för varje sjukskrivningsfall. Om SA-diagnos har bytts under ett pågående SA-fall har vi använt den senaste diagnosen fram till eller under 2012. Vissa av SA-fallen startade för så länge sedan att diagnosen är kodad med ICD-9 istället (69). I dessa fall har dessa diagnoser omvandlats till den närmsta ICD-10-diagnosen och här kategoriserats enligt ICD-10.

Använda mått på sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)

När sjukfrånvaro under ett visst år studeras behöver olika aspekter tas hänsyn till. Detta kan illustreras som i nedanstående Figur 1. En central sådan aspekt är att flera sjukskrivningsfall som pågår under ett år, här 2012, kan ha påbörjats under föregående år (falltyp 3 i Figur 1), och ibland till och med flera år innan. En annan aspekt är att sjukskrivningsfall som påbörjats under ett år, 2012, kan fortsätta även nästkommande år (falltyp 4 i Figur 1). Ytterligare en situation är att ett sjukskrivningsfall kan pågå under hela året, 2012 (falltyp 2 i Figur 2). Det vanligast förekommande är att ett sjukskrivningsfall både påbörjas och avslutas under samma år, 2012 (falltyp 1 i Figur 1). Varken falltyp 5 eller 6 (i Figur 1), eller sjukskrivningsdagar i dessa sjukskrivningsfall, bör tas med när sjukfrånvaro under 2012 skall redovisas.

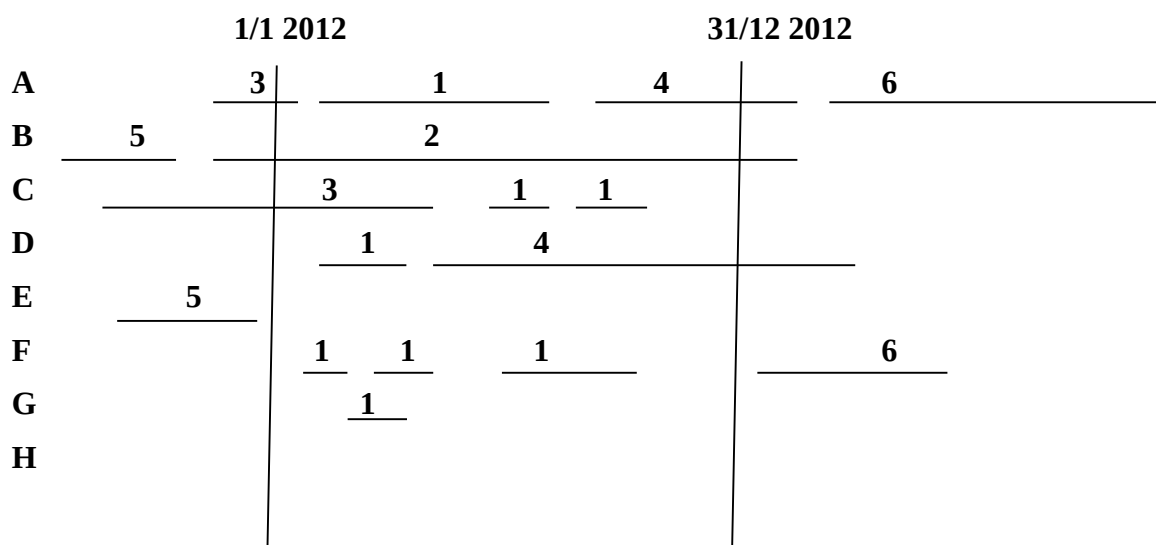
I vissa studier är fokus på incidenta, dvs. nya, sjukskrivningsfall under ett år (falltyp 1 och 4 i Figur 1) alternativt fall som avslutats under ett år (falltyp 1 och 3 i figur 1). I detta projekt är istället vårt fokus på *prevalens av sjukfrånvaro under året 2012*. Då blir de fall intressanta som blev minst 15 dagar långa, respektive de dagar i dessa fall som inträffade under 2012, i samtliga fall av typ 1, 2, 3 och 4 i Figur 1. Det betyder att de dagar i fall av typ 2, 3 och 4 som inträffade under år 2011 alternativt 2013 inte tagits med i beräkningarna.

Avseende en aspekt har vi dock även tagit fram ett incidensmått – avseende nya sjukskrivningsfall under 2012 som blev >90 dagar långa (se sidan 50).



Figur 1: Illustration av sjukskrivningsfall i relation till deras start- och slutdatum.

Varje person kan ha flera sjukskrivningsfall av en viss typ eller kombinationer av flera typer av fall (Figur 2). De flesta personer är dock som person H i figuren nedan, dvs. har inga sjukskrivningsfall alls under ett år. Här har inte heller person E i figuren nedan räknats med bland dem med sjukfrånvaro 2012, då personens sjukskrivningsfall avslutades före den 1/1 2012. Personerna A, C och F hade flera sjukskrivningsfall under 2012, och de dagar av dessa som inträffade under 2012 har räknats med i måtten som rör dagar, generellt och för specifika diagnoser.



Figur 2: Illustration av att personer (A – H) kan ha olika typer av de sjukskrivningsfall som illustreras i Figur 1.

Beroende på hur ovanstående aspekter hanteras, fås olika mått på sjukfrånvaro (6, 54, 70-72). I mått som avser medelantal sjukskrivningsdagar under 2012 behöver följande beräknas: summan av antalet sjukskrivningsdagar i falltyp 1 i Figur 1 + dagarna i falltyp 2 som infaller under 2012 (dvs. 366 dagar) + de dagar i falltyp 3 som infaller från och med 1/1 2012 + dagarna i falltyp 4 som infaller till och med 31/12 2012. Denna summa divideras med antal anställda personer år 2012 eller med antalet personer med sjukskrivning 2012.

Som framgick i inledningsavsnittet kan sjukfrånvaro mätas på många olika sätt (6, 30, 54-57). För att få en bred bild av sjukfrånvaron bland tjänstemän anställda inom privat sektor har vi därför använt flera olika mått på sjukfrånvaro och SA.

Information om följande typer av variabler har tagits fram: antal *personer* som var sjukskrivna i fall >14 dagar och i fall >90 dagar, antal *incidenta fall* >90 dagar samt antalet *sjukskrivningsdagar*. Dessutom har antal personer som hade SA och antal SA-dagar tagits fram för sjuk- och aktivitetsersättning.

Sjukskrivningsdagar mättes dels som bruttodagar och dels som nettodagar. Bruttodagar är antal dagar som ersätts av Försäkringskassan i ett sjukskrivningsfall. I beräkningen av nettodagar har sjukskrivningsdagar på deltid räknats om till hela dagar, t.ex. har två bruttodagar med sjukfrånvaro på 50 % eller fyra dagar på 25 % räknas om till en nettodag. Ett fall som blir precis 15 dagar långt består därför i detta projekt av en bruttodag, och beroende på grad av sjukskrivning den dagen, har fallet mellan 0,25 och 1 nettodag. Sjuk- och aktivitetsersättning (SA) ersätts av Försäkringskassan från dag 1 i ett SA-fall, och då räknas också brutto- och nettodagar från dag 1. År 2012 var ett skottår, därför kunde en person som mest ha 366 dagar med sjukpenning och/eller SA under det året.

Vi har även mätt antal incidenta fall (dvs. fall som startade mellan den 1 januari och 31 december) 2012 som blev >90 dagar långa – de sjukskrivningsfallen följdes över årsgränsen om de fortsatte efter 31/12 2012, dvs. falltyp 4 i Figur 1.

Följande mått beräknades för 2012

Baserat på ovanstående beräknades nedanstående mått på sjukfrånvaro och SA, avseende antal och andel personer med sjukfrånvaro, med olika nämnare, antal sjukfrånvarodagar och SA-dagar per person, samt antal fall >90 dagar med olika duration.

1. antal och andel personer som var sjukskrivna >14 dagar någon gång under 2012 uppdelat på sociodemografiska grupper och näringsgren
2. antal och andel personer med olika antal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto)
3. antal och andel personer med sjukskrivning inom olika diagnosgrupper
4. medelantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) inom olika diagnosgrupper per anställd
5. medelantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per person med sjukskrivning
6. medel- och medianantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per person med sjukskrivning inom respektive diagnosgrupp
7. medelantal dagar med sjukskrivning och SA sammanräknat per anställd (inkluderar alltså både dagar med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning, ofta kallat "work disability" på engelska (73-75))

8. antal och andel personer som var sjukskrivna under hela året uppdelat på sociodemografiska grupper och näringsgren
9. Antal och andel personer med olika antal nettodagar bland de som var sjukskrivna hela året
10. medelantal nettodagar per person som var sjukskriven hela året
11. antal och andel personer med sjukskrivning i olika diagnosgrupper bland de som var sjukskrivna hela året
12. antal och andel personer med sjukskrivningsfall som var >90 dagar långa
13. antal och andel personer med sjukskrivningsfall som var >90 dagar långa inom olika diagnosgrupper
14. antal incidenta sjukskrivningsfall som blev >90 dagar långa
15. antal och andel incidenta sjukskrivningsfall som blev >90 dagar långa inom olika diagnosgrupper
16. antal och andel personer med SA uppdelat på sociodemografiska grupper och näringsgren
17. antal och andel personer med olika antal SA-dagar (brutto respektive netto)
18. medelantal dagar med sjukskrivning och SA sammanräknat per person med SA
19. antal och andel personer med SA i olika diagnosgrupper
20. medelantal dagar med sjukskrivning och SA i olika diagnosgrupper (brutto respektive netto) per anställd
21. medelantal dagar med sjukskrivning och SA i olika diagnosgrupper (brutto respektive netto) per sjukskriven
22. medelantal dagar med sjukskrivning och SA i olika diagnosgrupper (brutto respektive netto) per person med sjukskrivning och/eller SA
23. medelantal dagar med sjukskrivning och SA i olika diagnosgrupper (brutto respektive netto) per anställd uppdelat på näringsgren
24. medelantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per anställd i olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
25. medelantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per sjukskriven i olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
26. medianantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per sjukskriven i olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
27. medelantal dagar med sjukskrivning och SA (brutto respektive netto) per anställd i olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
28. kvot på andel med sjukskrivning mellan olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
29. kvot på medelantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per anställd mellan olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
30. kvot på medelantal sjukskrivningsdagar (brutto respektive netto) per sjukskriven mellan olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
31. kvot på andel med SA mellan olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
32. kvot på medelantal dagar med sjukskrivning och SA (brutto respektive netto) per anställd mellan olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar
33. kvot på medianantal dagar sjukskrivning (brutto respektive netto) per sjukskriven mellan olika sociodemografiska grupper och näringsgrenar

34. Oddskvoter för risken för sjukskrivning inom olika sociodemografiska grupper, ojusterat och justerat för övriga variabler i modellen
35. Oddskvoter för risken för SA inom olika sociodemografiska grupper, ojusterat och justerat för övriga variabler i modellen

Analys

Statistiska deskriptiva och epidemiologiska analyser genomfördes i beräkningarna av ovanstående mått. Resultaten presenteras genomgående dels för alla tjänstemän och dels uppdelat på kvinnor och män.

Vi använde χ^2 -test för att beräkna skillnader i andel personer med sjukskrivning respektive med SA mellan olika grupper. Vi använde $p < 0,05$ som en gräns för att bedöma vilka skillnader som var signifikanta.

Vi använde ANOVA för att beräkna skillnader i medelantal dagar med sjukskrivning eller SA mellan olika grupper. Vi använde $p < 0,05$ som en gräns för att bedöma vilka skillnader som var signifikanta.

Eftersom studiepopulationen var så stor, kunde även små skillnader vara statistiskt signifikanta. Det betyder inte nödvändigtvis att dessa skillnader var betydelsefulla eller relevanta.

Logistisk regression användes för att beräkna oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI) för risken att vara sjukskriven respektive ha SA under 2012 för personer inom de olika sociodemografiska grupperna, ojusterat och justerat för de andra variablerna i modellen. Även p-värden för de justerade oddskvoterna beräknades.

Resultat

Vi presenterar först en beskrivning av studiepopulationen under 2012, därefter deras sjukskrivning uppdelat på olika kategorier och med olika mått, generellt och uppdelat på näringsgren respektive på diagnosgrupp. Därefter följer en redovisning av sjuk- och aktivitetsersättning (SA) uppdelat på olika kategorier och med olika mått, allmänt och uppdelat på näringsgren respektive på diagnosgrupp. Vi presenterar också sammanställningar av dagar med sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning under 2012 uppdelat på diagnosgrupp, sammanställningar av tio olika mått på sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning samt kvoter för dessa mått uppdelat på olika grupper. Sist presenterar vi resultat från logistiska regressioner över risken att ha haft sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning under 2012, justerat för sociodemografiska variabler.

Alla resultat presenteras generellt och uppdelat på kvinnor och män.

Information om sjukskrivning presenteras med **blå färg** och information om sjuk- och aktivitetsersättning med **grön färg**. Information om sjukskrivningsfall som blev >90 dagar långa presenteras med **aprikos färg**.

Resultaten i figurerna presenteras genomgående med en decimal. Staplarnas värden är dock exakta, dvs. ett värde på 0,3 % kan se lägre ut jämfört med värdet på Y-axeln, om det exakta värdet var 0,28 %.

Tjänstemän

Under år 2012 uppfyllde 1 283 516 personer inkluderingskriterierna: dvs. de bodde i Sverige hela 2012, var då 18-67 år gamla, hade ett tjänstemannayrke, anställda inom privat sektor och en inkomst som översteg 7920 kr. Av dessa var 608 793 (47,4 %) kvinnor och 674 723 (52,6 %) män. I Tabell 1 visas studiepopulationens sammansättning avseende sociodemografiska variabler.

Ungefär hälften av populationen (53,5 % bland kvinnorna och 49,9 % bland männen) bodde i ett storstadsområde, dvs. Stockholm, Göteborg eller Malmö. Åldersfördelningen var ganska jämn mellan kvinnor och män, kategorin 35-44 år var den största bland båda (29,1 % bland kvinnor och 29,7 % bland män). Gruppen var relativt välutbildad, de allra flesta (95,1 % bland kvinnor och 94,2 % bland män) hade gymnasieutbildning eller universitetsutbildning. Över hälften (52,3 % bland kvinnor och 55,2 % bland män) hade universitetsutbildning.

Den näringsgrenen där flest personer ingick var tjänster (41,9 % bland kvinnor och 44,4 % bland män). Den näringsgrenen med minst antal anställda personer var byggverksamhet (3,5 % av kvinnorna och 5,4 % av männen). Uppgift om näringsgren saknades för <0,1 % av populationen. Dessa personer redovisas i Tabell 1, men inte i de övriga analyserna baserat på näringsgren.

Tabell 1: Populationsbeskrivning, antal och andel tjänstemän i studien, totalt och uppdelat på kvinnor och män.

	Total		Kvinnor		Män	
	n	%	n	%	n	%
Alla	1 283 516	100	608 793	100	674 723	100
<i>Kön</i>						
Kvinnor	608 793	47,4				
Män	674 723	52,6				
<i>Typ av boenderegion</i>						
Storstad	662 644	51,6	325 832	53,5	336 812	49,9
Mellanstor stad	391 236	30,5	176 002	28,9	215 234	31,9
Mindre ort	229 636	17,9	106 959	17,6	122 677	18,2
<i>Ålder</i>						
18-24 år	65 090	5,1	37 598	6,2	27 492	4,1
25-34 år	277 169	21,6	138 712	22,8	138 457	20,5
35-44 år	377 221	29,4	176 930	29,1	200 291	29,7
45-54 år	327 936	25,5	152 163	25,0	175 773	26,1
55-64 år	216 007	16,8	95 641	15,7	120 366	17,8
65-67 år	20 093	1,6	7749	1,3	12 344	1,8
<i>Utbildning (år)</i>						
Grundskola (0-9 år)	63 149	4,9	23 860	3,9	39 289	5,8
Gymnasium (10-12 år)	529 675	41,3	266 672	43,8	263 003	39,0
Universitet (>12 år)	690 692	53,8	318 261	52,3	372 431	55,2
<i>Födelseland</i>						
Sverige	1 148 760	89,5	536 421	88,1	612 339	90,8
Övriga Norden	27 938	2,2	16 229	2,7	11 709	1,7
EU25 exkl. Norden	26 437	2,1	13 255	2,2	13 182	2,0
Övriga världen	80 381	6,3	42 888	7,0	37 493	5,6
<i>Familjesituation</i>						
Gift/sambo, utan hemmavarande barn	172 351	13,4	79 654	13,1	92 697	13,7
Gift/sambo, med hemmavarande barn	603 434	47,0	276 042	45,3	327 392	48,5
Ensamstående, utan hemmavarande barn	422 531	32,9	190 960	31,4	231 571	34,3
Ensamstående, med hemmavarande barn	85 200	6,6	62137	10,2	23 063	3,4
<i>Näringsgren</i>						
Industri	265 252	20,7	85 547	14,1	179 705	26,6
Tjänster	554 399	43,2	254 898	41,9	299 501	44,4
Handel, hotell, restaurang	164 224	12,8	85 984	14,1	78 240	11,6
Transporter	56 087	4,4	20 979	3,4	35 108	5,2
Byggverksamhet	50 671	3,9	14 357	2,4	36 314	5,4
Vård och utbildning	192 319	15,0	146 851	24,1	45 466	6,7
Okänd näringsgren	566	<0,1	177	<0,1	389	<0,1

Sjukfrånvaro

Först redovisas här antal personer som var sjukskrivna någon gång under 2012¹ uppdelat på olika sociodemografiska kategorier, sedan presenteras sjukskrivningsdagar under 2012 (brutto- respektive nettodagar), följt av sjukskrivning i olika diagnosgrupper samt av information om hur många som var sjukskrivna under hela 2012.

¹ Här, liksom i övriga rapporten har inte de sjukskrivningsfall som var högst 14 dagar långa inkluderats.

Sjukfrånvaro uppdelat på sociodemografiska kategorier

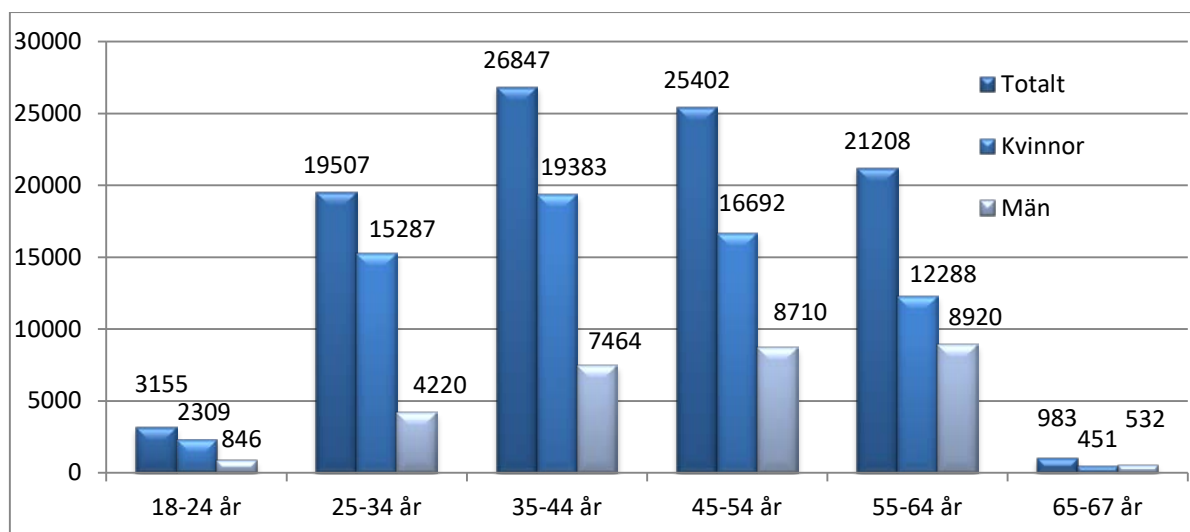
I föreliggande rapport redovisas, som nämnts ovan, flera olika mått på sjukfrånvaro för att ge en bred bild av sjukfrånvaron bland privatanställda tjänstemän.

I Tabell 2 visas antalet personer bland samtliga i studiepopulationen, som var sjukskrivna någon gång under 2012. Dit räknas alla personer som hade antingen sjukskrivningsfall av typ 1, 2, 3 eller 4 eller kombinationer av dessa, enligt Figur 1 och Figur 2. Under 2012 var totalt 97 102 personer sjukskrivna någon gång i ett fall som blev >14 dagar, vilket motsvarar 7,6 % av alla anställda. Nästan 11 % av kvinnorna var sjukskrivna någon gång under 2012, vilket är en större andel än bland männen där 4,5 % var sjukskrivna någon gång under 2012. P-värdet för skillnaden mellan kvinnor och män var <0,001, vilken innebär att denna skillnad är statistiskt signifikant.

Tabell 2: Antal och andel personer totalt respektive uppdelat på kvinnor och män med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar under 2012.

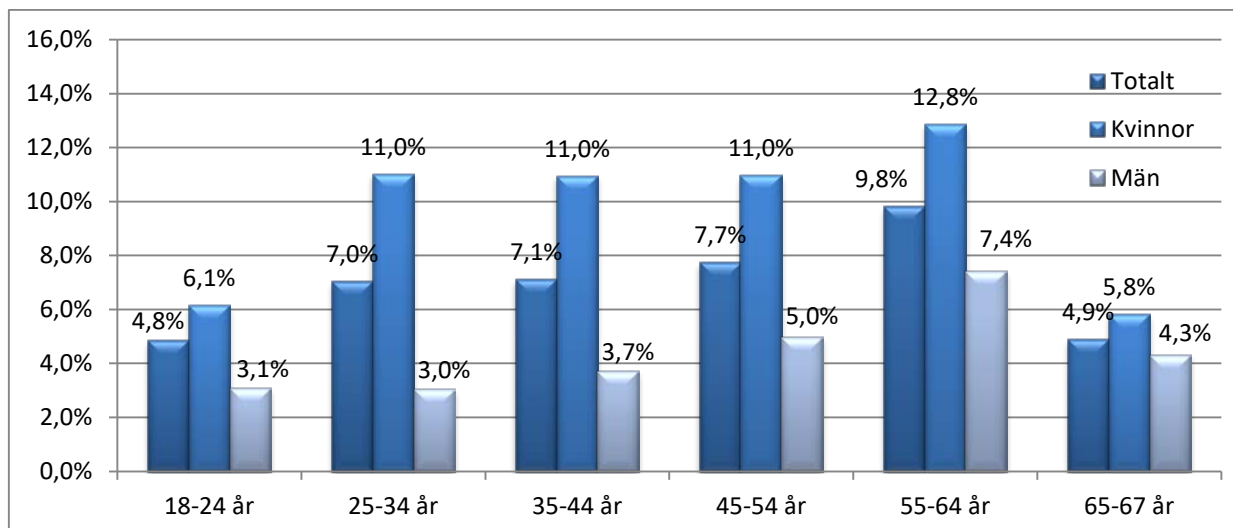
	Antal	Andel
Totalt	97102	7,6 %
Kvinnor	66410	10,9 %
Män	30692	4,5 %

Även när populationen delades upp i sex olika ålderskategorier var fler kvinnor än män sjukskrivna i alla ålderskategorier utom i den äldsta (65-67 år) (Figur 3).



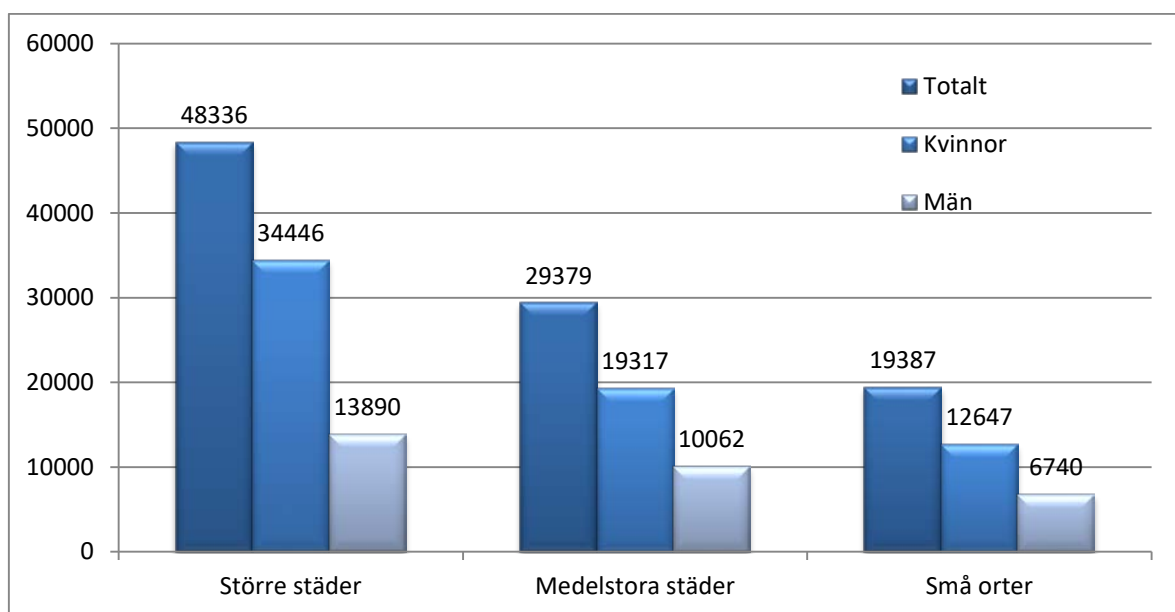
Figur 3: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på olika ålderskategorier.

Även andelen sjukskrivna kvinnor var betydligt högre än andelen män i samtliga ålderskategorier (Figur 4). Andelen sjukskrivna personer var något högre bland de äldre åldersgrupperna, utom i den äldsta åldersgruppen (65-67 år), generellt och för både kvinnor och män.

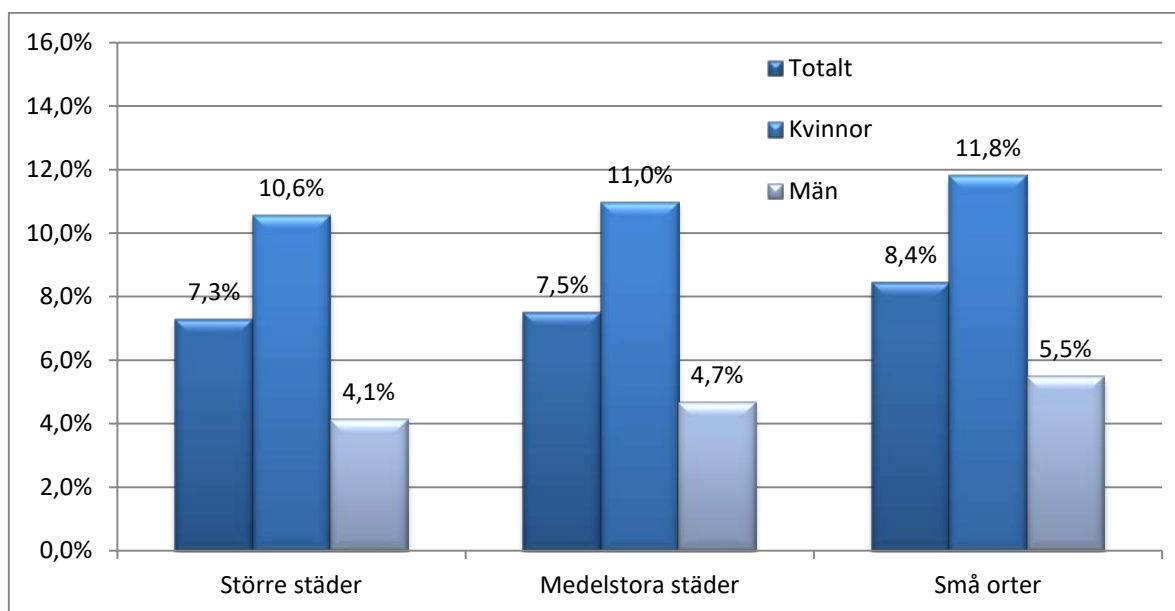


Figur 4: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på olika ålderskategorier.

Både bland kvinnor och män var det fler sjukskrivna i storstäder än i mellanstora städer och småorter, vilket är rimligt eftersom störst andel av studiepopulationen bodde i storstäder (Figur 5), däremot var det procentuellt en något större andel sjukskrivna bland dem som bodde på mindre orter bland både kvinnor och män (Figur 6).

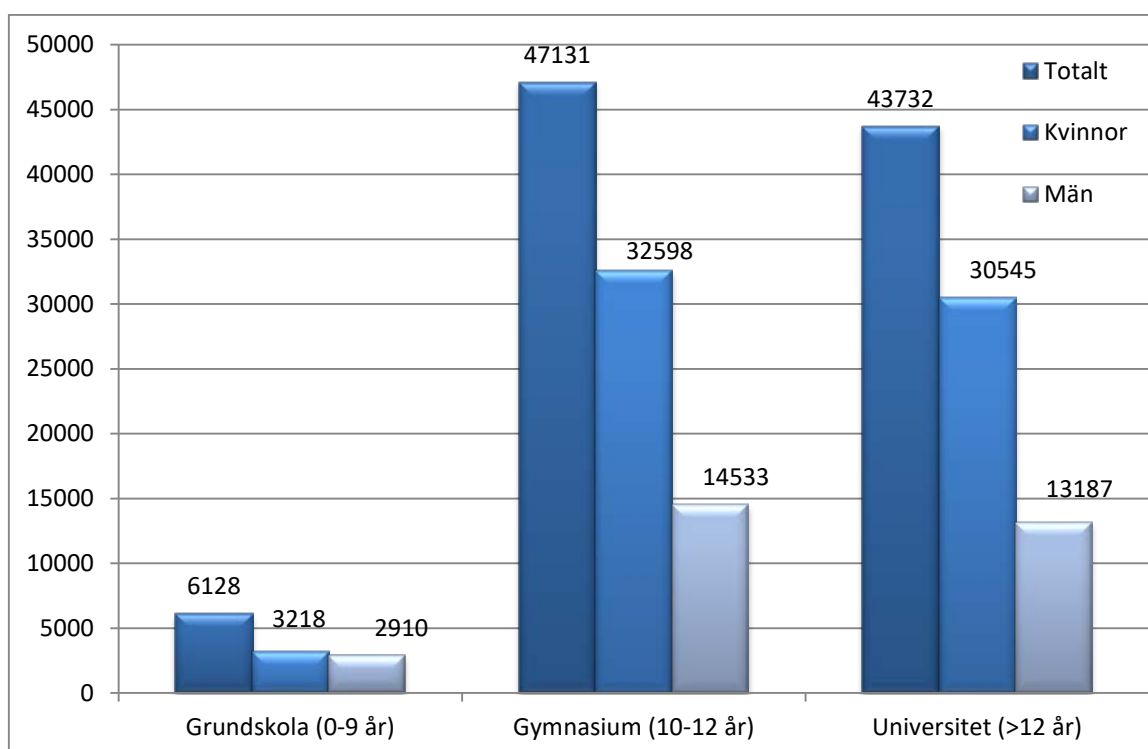


Figur 5: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på typ av boenderegion.

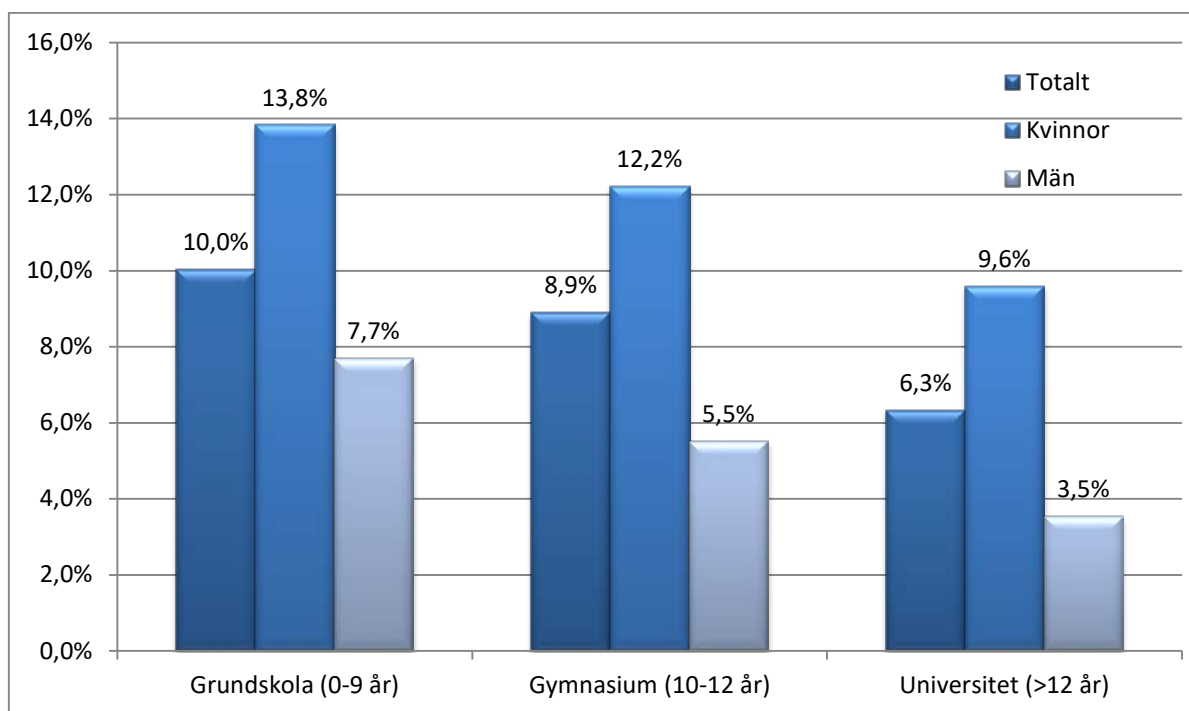


Figur 6: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på typ av boenderegion.

Eftersom det var så få i studiepopulationen med endast grundskoleutbildning var det också mycket färre i antal bland dem som varit sjukfrånvarande (Figur 7). Däremot var andelen som var sjukskrivna störst bland dem med endast grundskoleutbildning. Minst andel fanns bland dem med universitetsutbildning (Figur 8).

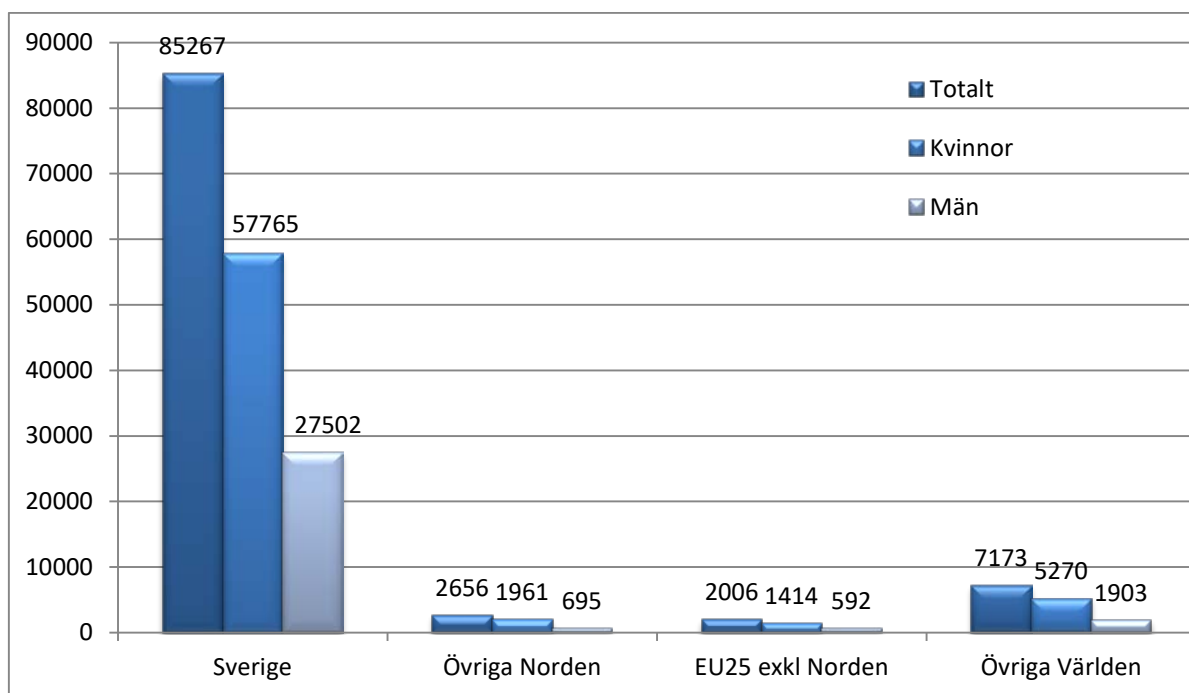


Figur 7: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

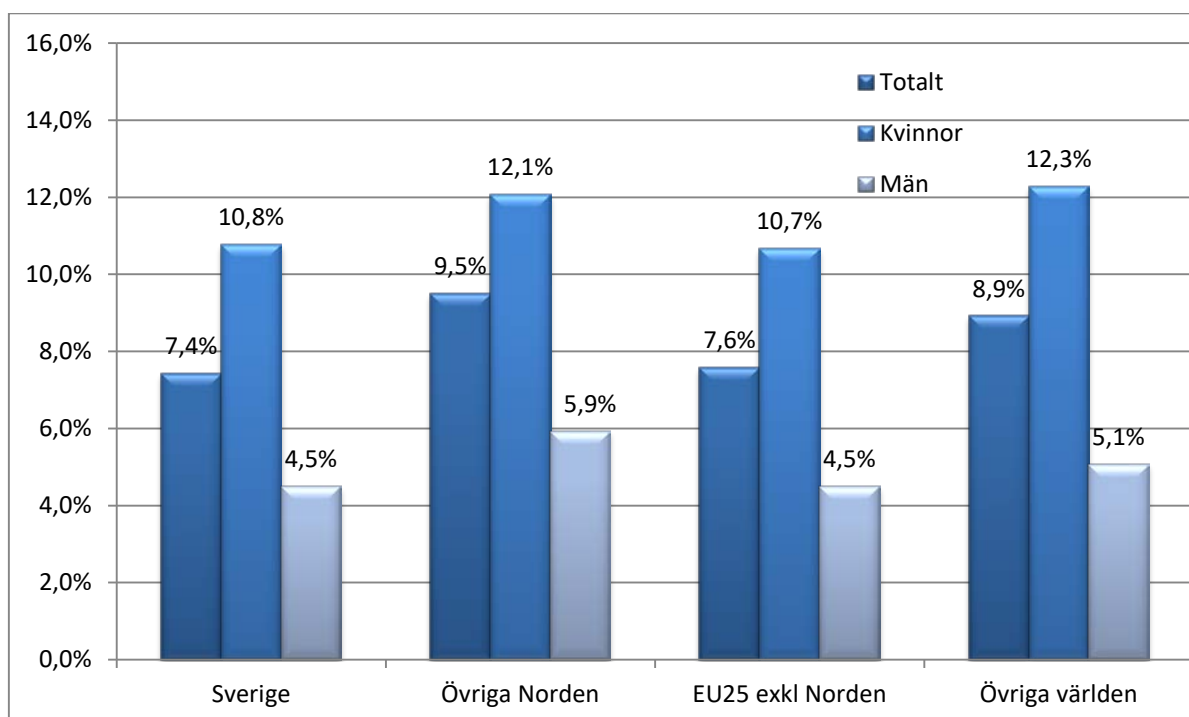


Figur 8: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Det var klart flest personer med något sjukskrivningsfall bland dem som var födda i Sverige (Figur 9). Däremot det var något större andel som var sjukskrivna bland dem födda i övriga Norden respektive utanför EU (Figur 10). Det var dock inga större skillnader relaterat till födelseland.

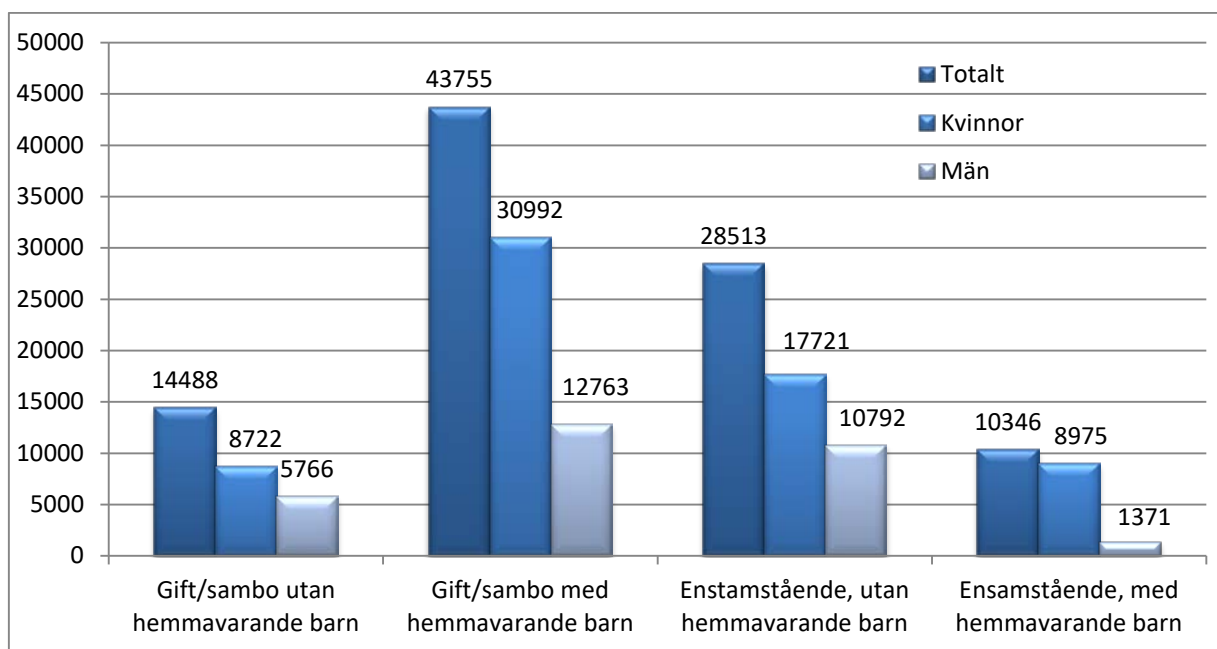


Figur 9: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på födelseland.



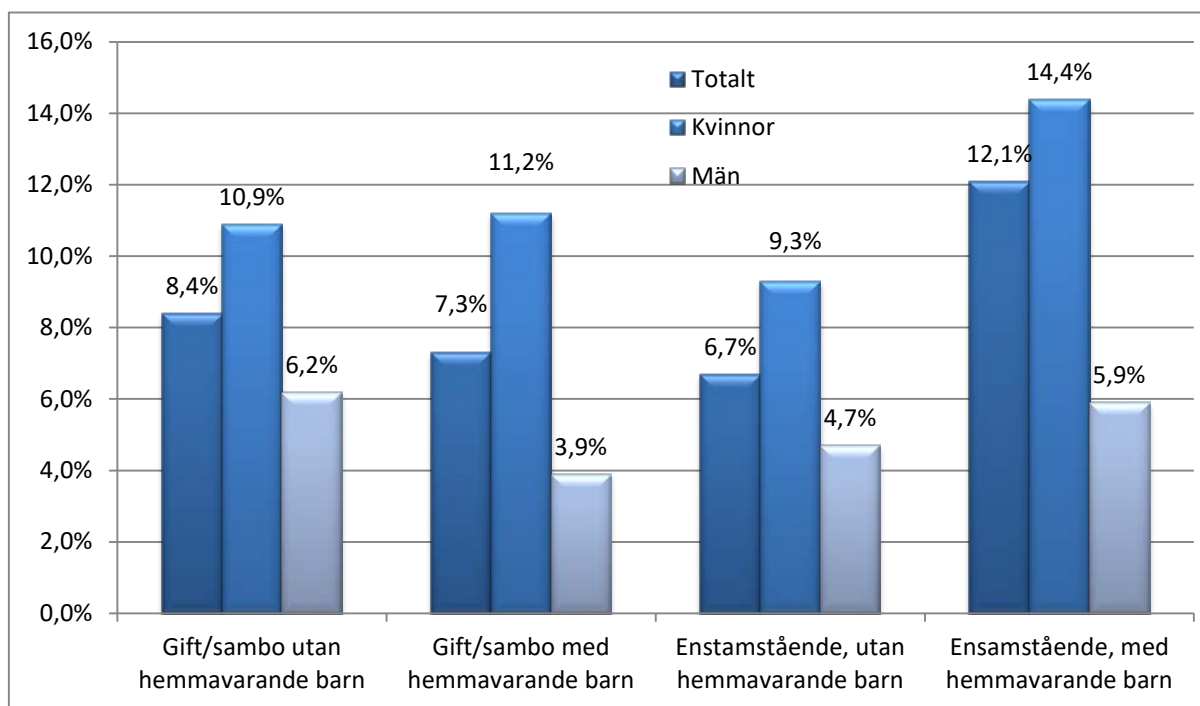
Figur 10: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på födelseland.

Avseende familjesituation var det flest inom gruppen gifta/sambo med hemmavarande barn som hade åtminstone någon sjukskrivning, bland både kvinnor och män (Figur 11).



Figur 11: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på familjesituation.

Sett till andel med sjukfrånvaro, hade gruppen ensamstående med hemmavarande barn störst andel med sjukfrånvaro (12,1 %) (Figur 12). Detta var den grupp där störst andel kvinnor hade sjukskrivning. Bland männen var skillnaderna i andelar mindre markanta. Störst andel fanns bland de män som var gifta/sambo utan hemmavarande barn, lägst bland dem som var gifta/sambo med hemmavarande barn.

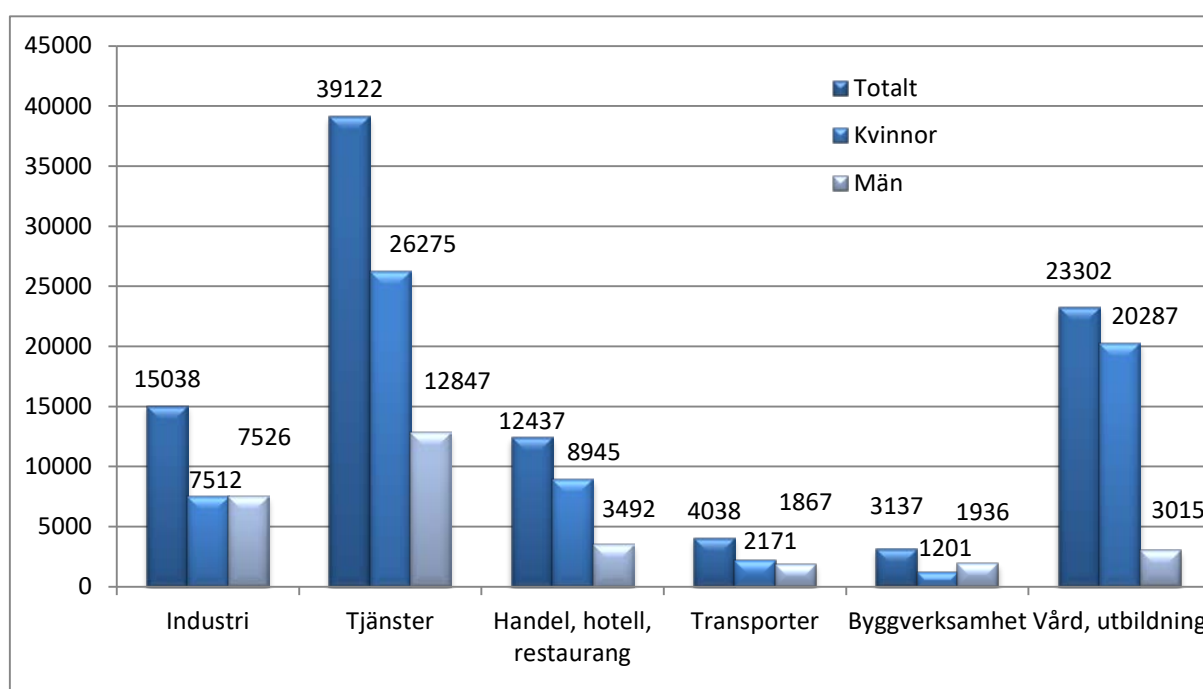


Figur 12: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på familjesituation.

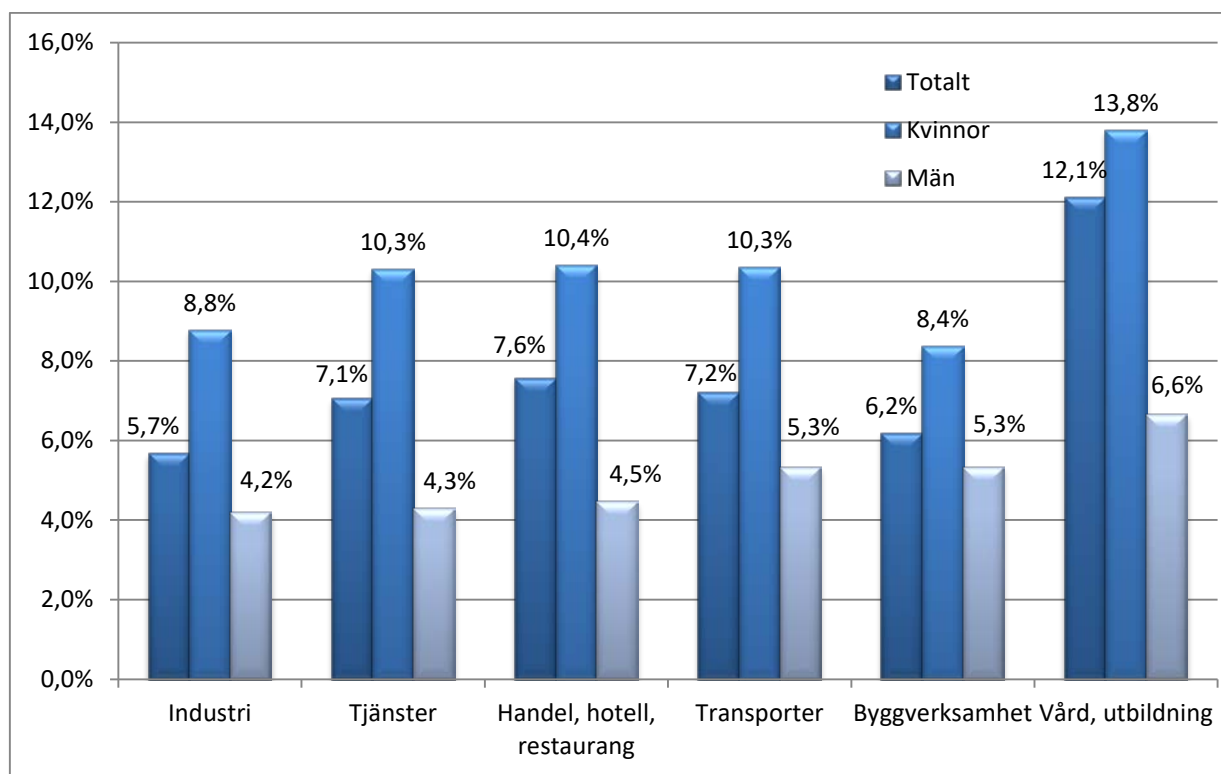
Dessa andelar har, liksom ovanstående, samband med flera variabler, såsom ålder. I Tabell 11 visas bl.a. oddskvoter som justerats för sådana aspekter.

Sjukfrånvaro i olika näringsgrenar

I Figur 13 visas antal och i Figur 14 andel personer med sjukfrånvaro uppdelat på näringsgren. Både bland kvinnor och bland män hade de som var anställda inom vård och utbildning störst andel personer med sjukfrånvaro (13,8 % bland kvinnor och 6,6 % bland män). Den minsta andelen med sjukfrånvaro bland kvinnor (byggverksamhet, 8,4 %) var större än den största andelen bland män (vård och utbildning, 6,6 %). Som framgick av Tabell 1 var det få tjänstemän anställda inom transporter och inom byggverksamhet vilket återspeglas i antalet personer med sjukfrånvaro i de näringsgrenarna. Andelen sjukskrivna inom dessa näringsgrenar var dock jämförbara med andelarna i övriga näringsgrenar, med undantag av gruppen vård och utbildning där andelen var högre.



Figur 13: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på näringsgren.

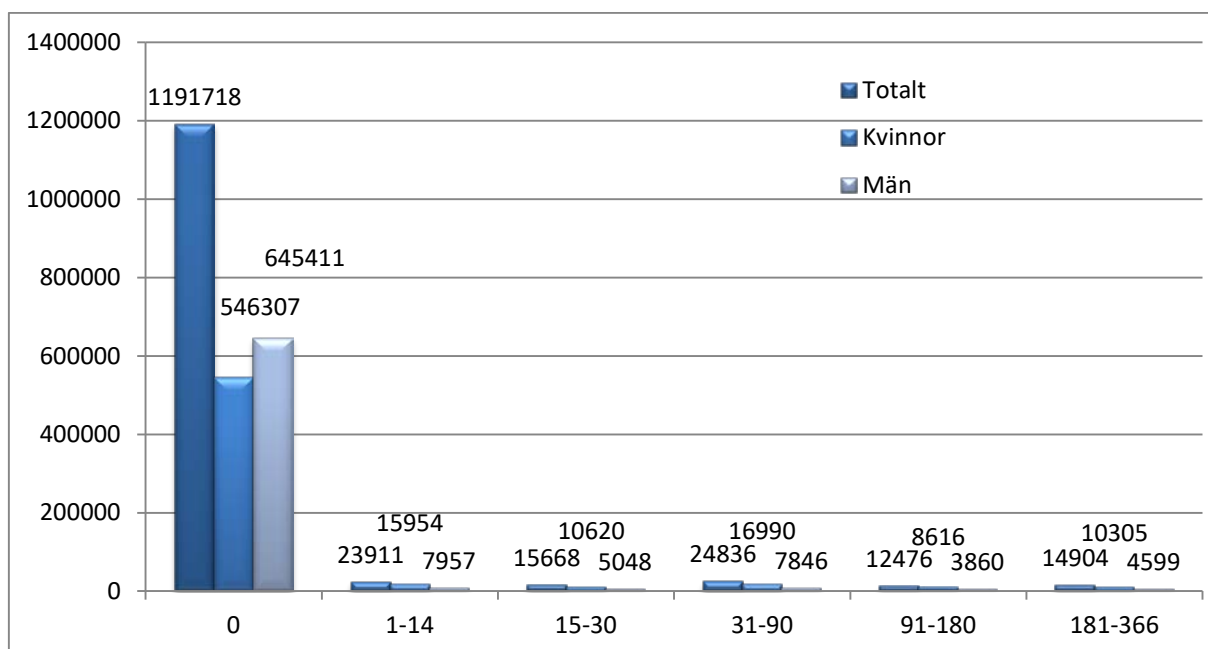


Figur 14: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på näringsgren.

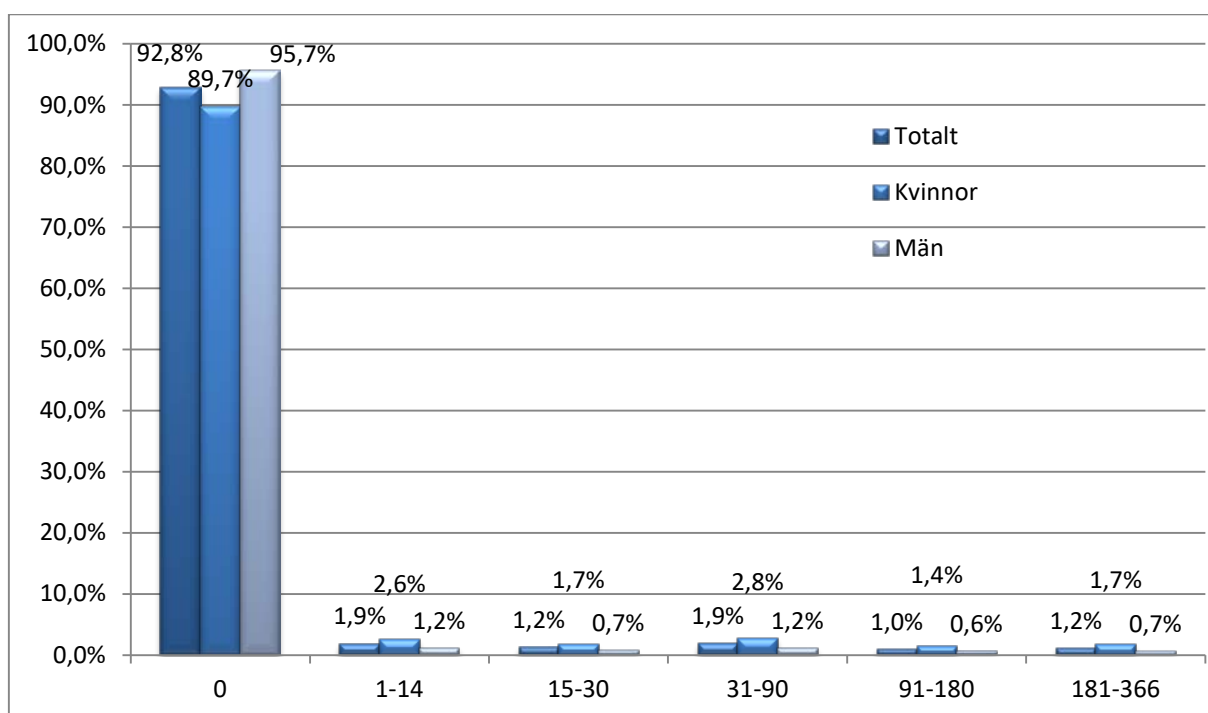
Sjukskrivningsdagar

De allra flesta tjänstemännen hade, som framgår ovan, inga sjukskrivningsfall på över 14 dagar alls under 2012.

I Figur 15 visas antal och i Figur 16 andel personer med olika antal bruttodagar med sjukpenning under 2012, uppdelat på 1-14, 15-30, 31-90, 91-180 och 181-366 dagar. Av de personer som hade minst ett sjukskrivningsfall som översteg 14 dagar, hade 12 476 personer (1,0 % av studiepopulationen) 90-181 dagar under året, och 14 904 personer (1,2 % av populationen) hade fler än 180 dagar. Det var fler kvinnor än män som hade många sjukskrivningsdagar och det var även en högre andel kvinnor som hade många sjukskrivningsdagar.



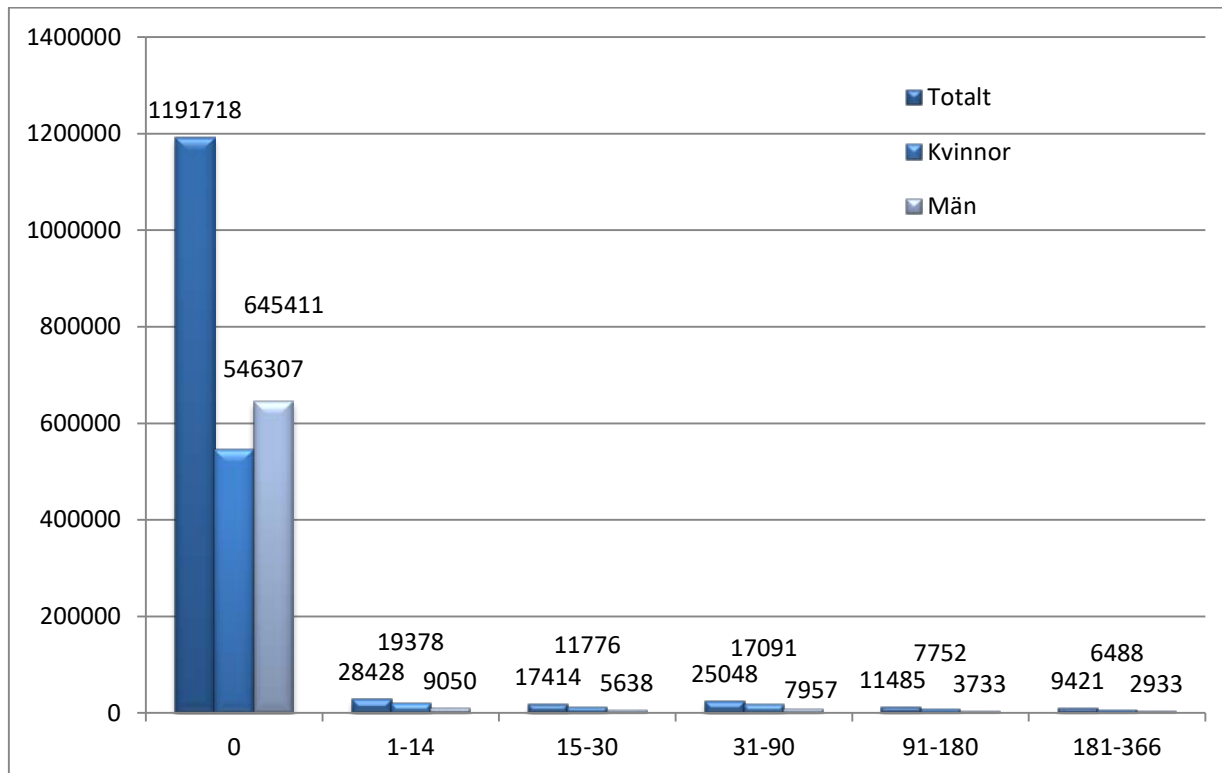
Figur 15: Antal personer med olika antal bruttodagar med sjukpenning, räknat från dag 15 i samtliga sjukskrivningsfall².



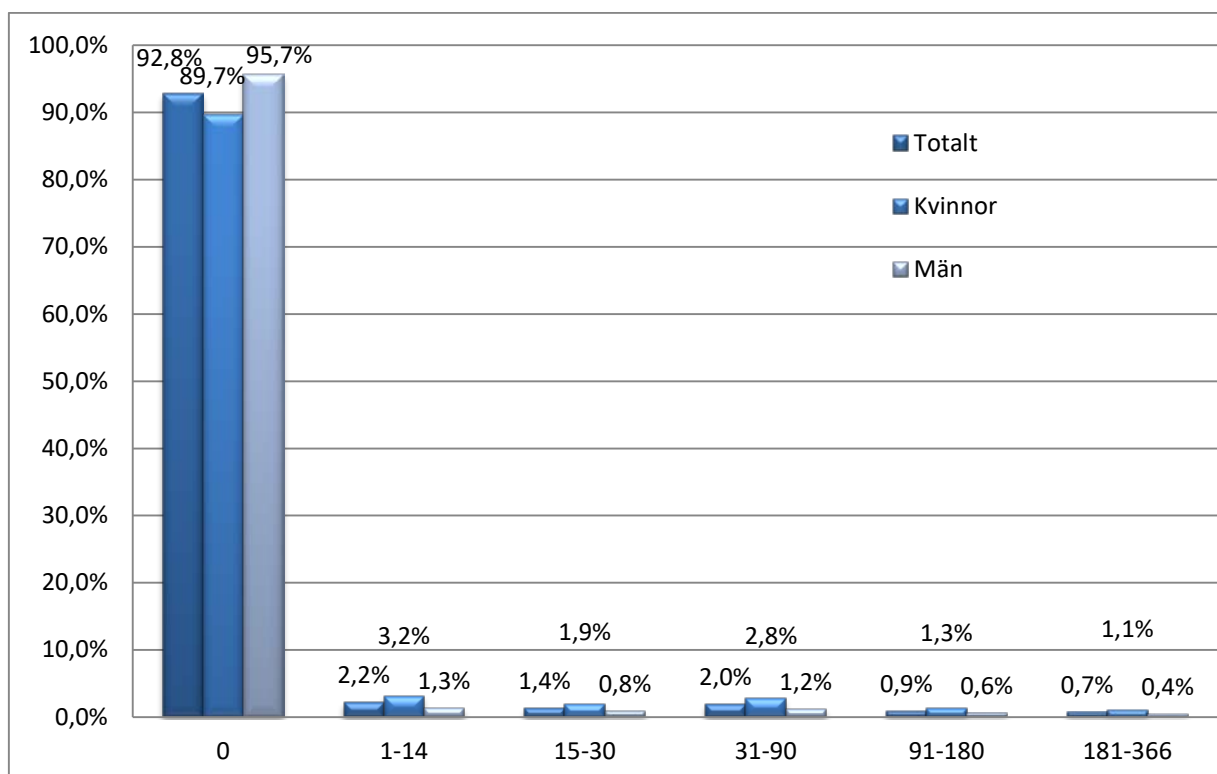
Figur 16: Andel personer med olika antal bruttodagar med sjukpenning, räknat från dag 15 i samtliga sjukskrivningsfall.

² I figur 15-18 är inte de första 14 dagarna i sjukskrivningsfallen medräknade. Personer som inte hade några sjukskrivningsfall som blev längre än 14 dagar finns med i gruppen med 0 dagar i samtliga figurer.

I Figur 17 visas antal och i Figur 18 andel personer med olika antal *nettodagar* med sjukskrivning, kategoriserat i kategorier av antal dagar under året. De flesta som hade sjukskrivning på över 14 dagar hade 1-14 nettodagar (28 428, motsvarade 2,2 % av studiepopulationen). Det var 9421 personer som hade sjukskrivning i över 180 nettodagar, vilket motsvarar 0,7 % av studiepopulationen. De hade alltså mer än motsvarande sex månaders heltidssjukskrivning.



Figur 17: Antal personer med olika antal nettodagar med sjukpenning, i sjukskrivningsfall >14 dagar.



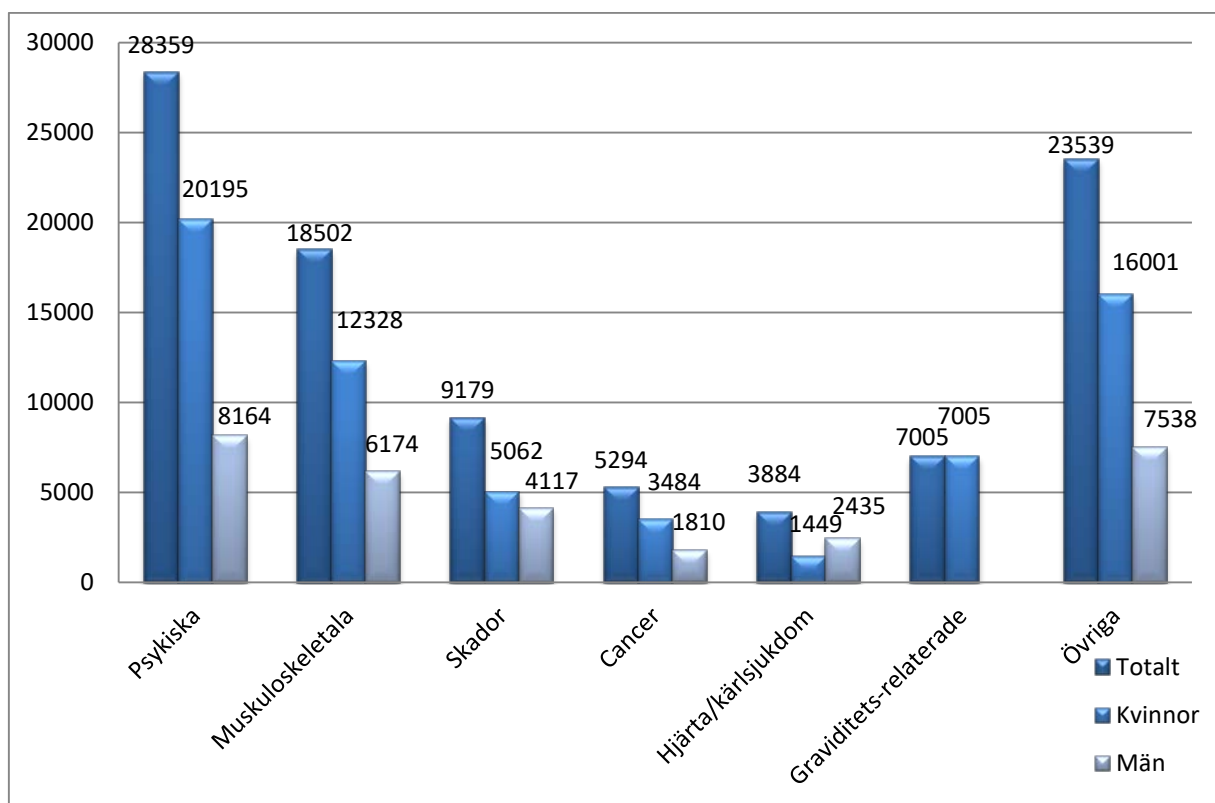
Figur 18: Andel personer med olika antal nettodagar med sjukpenning, i sjukskrivningsfall >14 dagar.

Sjukskrivning i olika diagnosgrupper

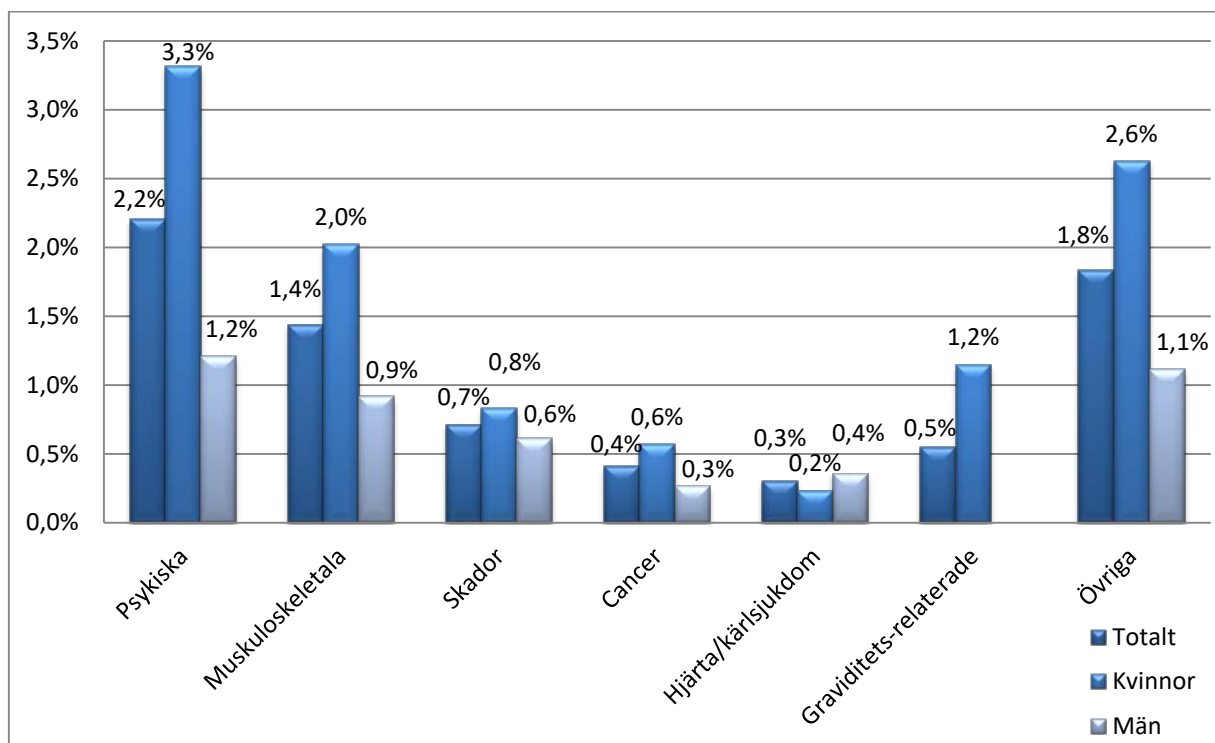
Nedan redovisas sjukskrivningens fördelning vad avser sjukskrivningsdiagnos. Diagnoserna har kategoriserats i sju grupper: psykiska diagnoser, muskuloskeletala diagnoser, skador, cancer, hjärt- och kärlsjukdom, graviditetsrelaterade diagnoser samt övriga diagnoser. Av dessa var sjukskrivning i psykiska diagnoser de vanligaste totalt (2,2 % av samtliga anställda) samt bland både kvinnor och män, såväl till antal som till andel (3,3 % av samtliga anställda kvinnor och 1,2 % av samtliga anställda män var någon gång under året sjukskrivna i psykisk diagnos), följt av muskuloskeletala diagnoser (2,0 % bland kvinnor och 0,9 % bland män) (Figur 19 och Figur 20), och bland kvinnor graviditetsrelaterade diagnoser (1,2 % bland kvinnor).

Det var mindre än 1 % av de anställda som var sjukskrivna i respektive diagnosgrupp av de andra diagnosgrupperna i studien (skador, cancer samt hjärt- och kärlsjukdom). Sjukskrivning i övriga diagnoser förekom bland 1,8 % av populationen³.

³ Om en person hade fler än ett sjukskrivningsfall under året och dessa var i olika diagnosgrupper så finns hen med flera gånger, men om en person hade fler än ett sjukskrivningsfall i samma diagnosgrupp finns hen endast med en gång.



Figur 19: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.



Figur 20: Andel personer med minst ett fall sjukskrivning >14 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.

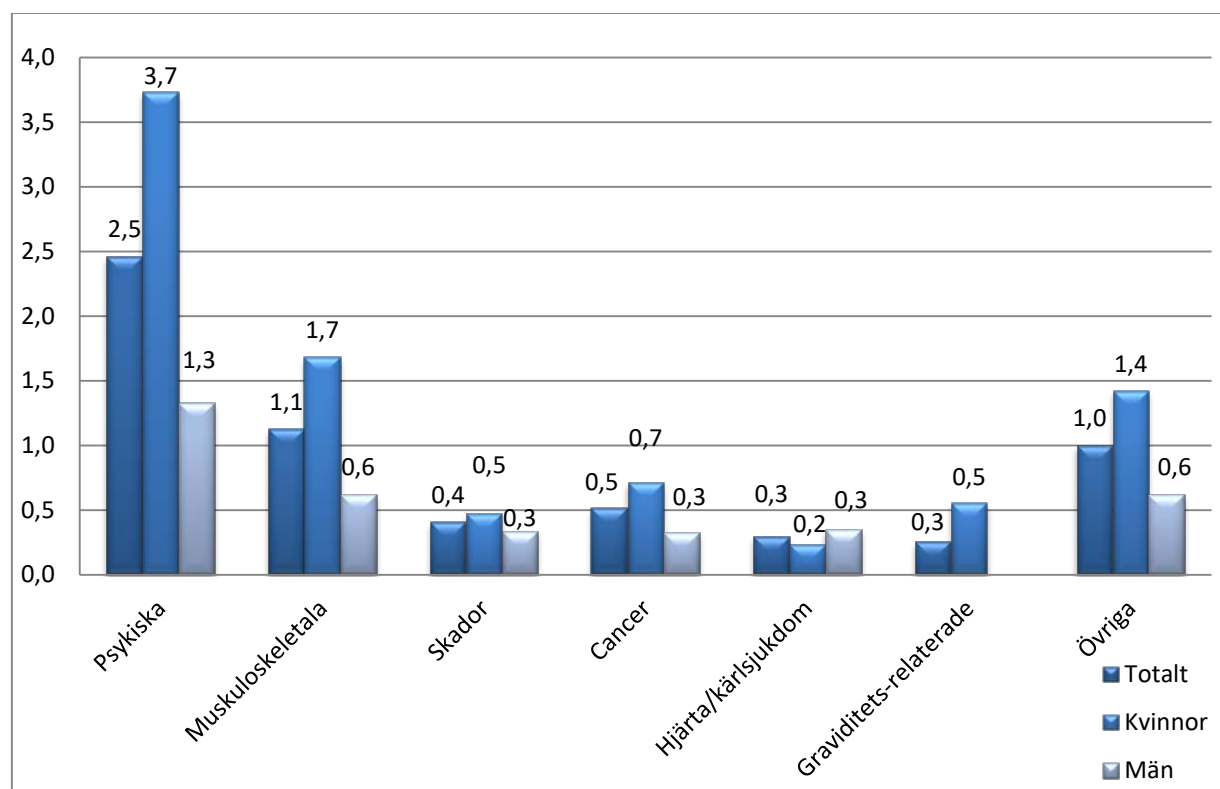
Antal sjukskrivningsdagar i olika diagnosgrupper

Antalet sjukskrivningsdagar i de olika diagnosgrupperna kan presenteras relaterat till samtliga anställda respektive till dem som faktiskt var sjukskrivna.

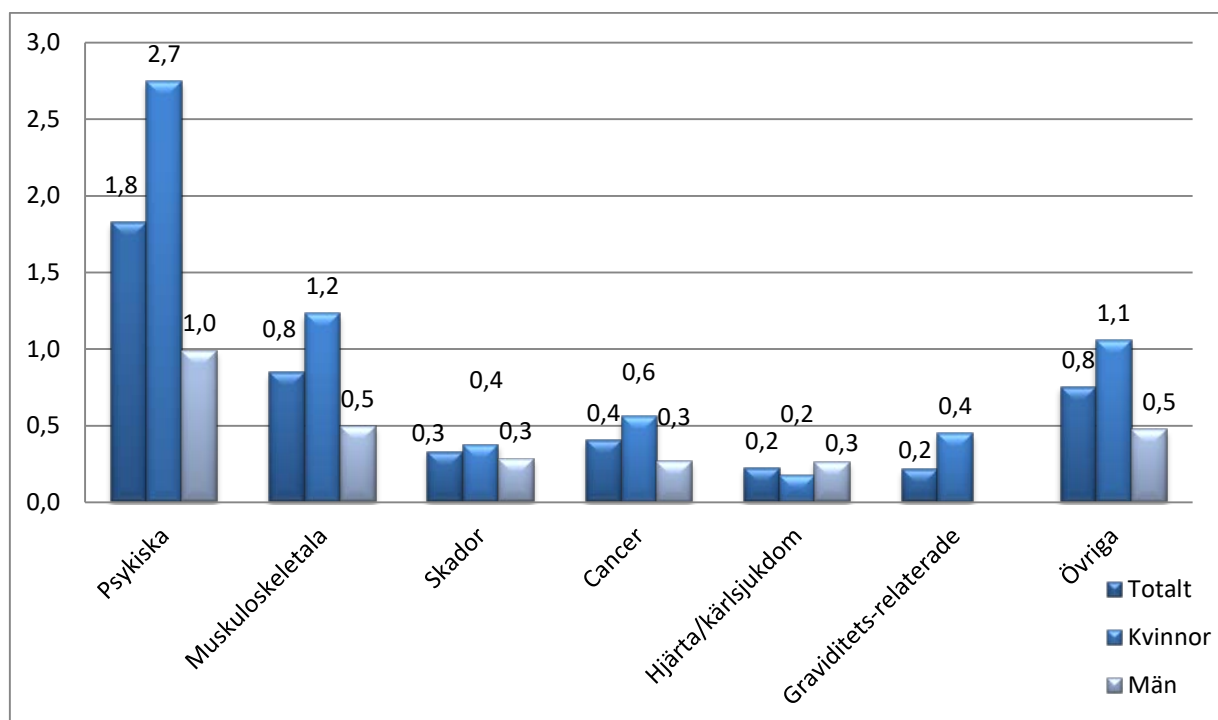
Antal sjukskrivningsdagar per anställd

Under 2012 var medelantalet bruttodagar med sjukpenning per anställd 6,08 och medelantalet nettodagar var 4,60 (visas i Tabell 4- Tabell 10, sidorna 76-82). Hur antalet bruttodagar fördelar sig på de sju diagnosgrupperna visas i Figur 21 och antal nettodagar i Figur 22.

Sjukskrivningsfall i psykisk diagnos stod för flest sjukskrivningsdagar, både brutto (Figur 21) och netto (Figur 22), bland tjänstemännen i studiepopulationen. Kvinnor hade fler sjukskrivningsdagar än män i samtliga sju diagnosgrupper, med ett undantag: hjärt- och kärlsjukdomar.



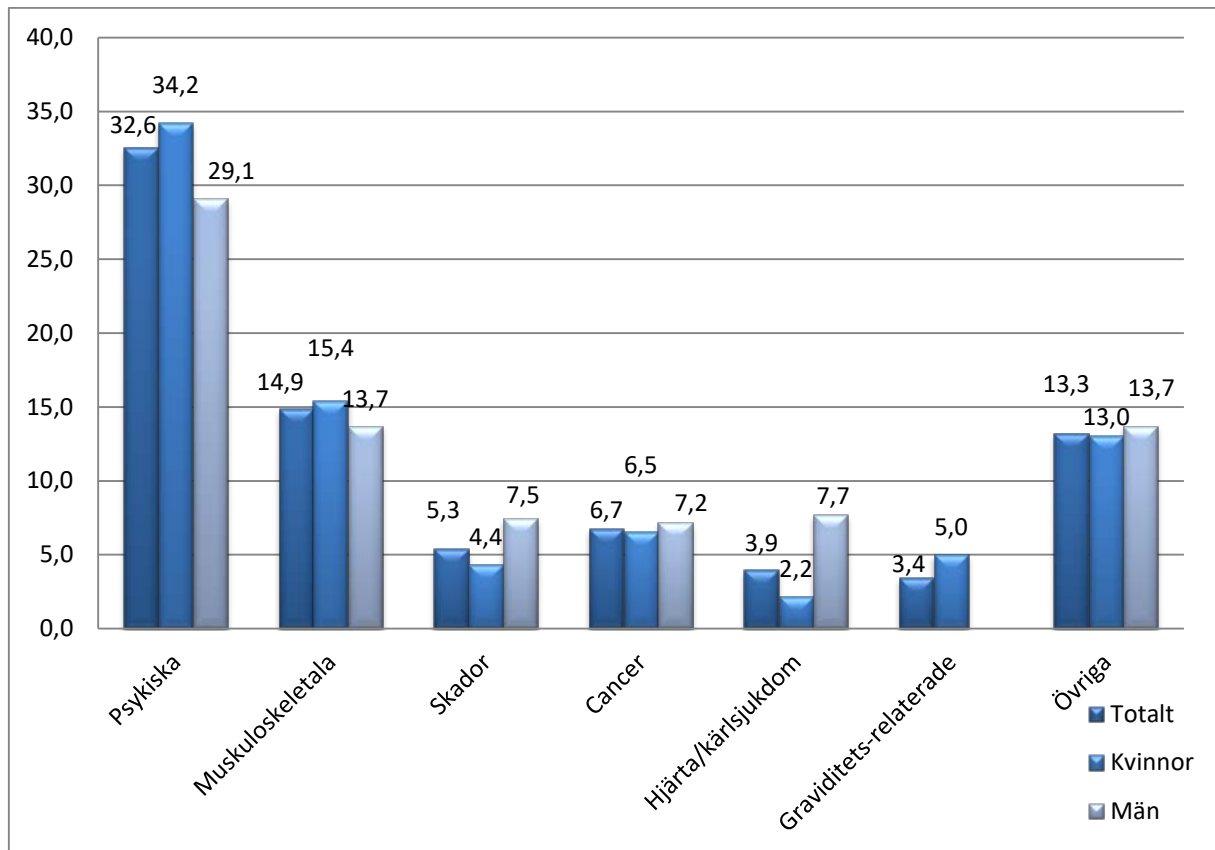
Figur 21: Medelantal bruttodagar med sjukpenning per anställd, uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.



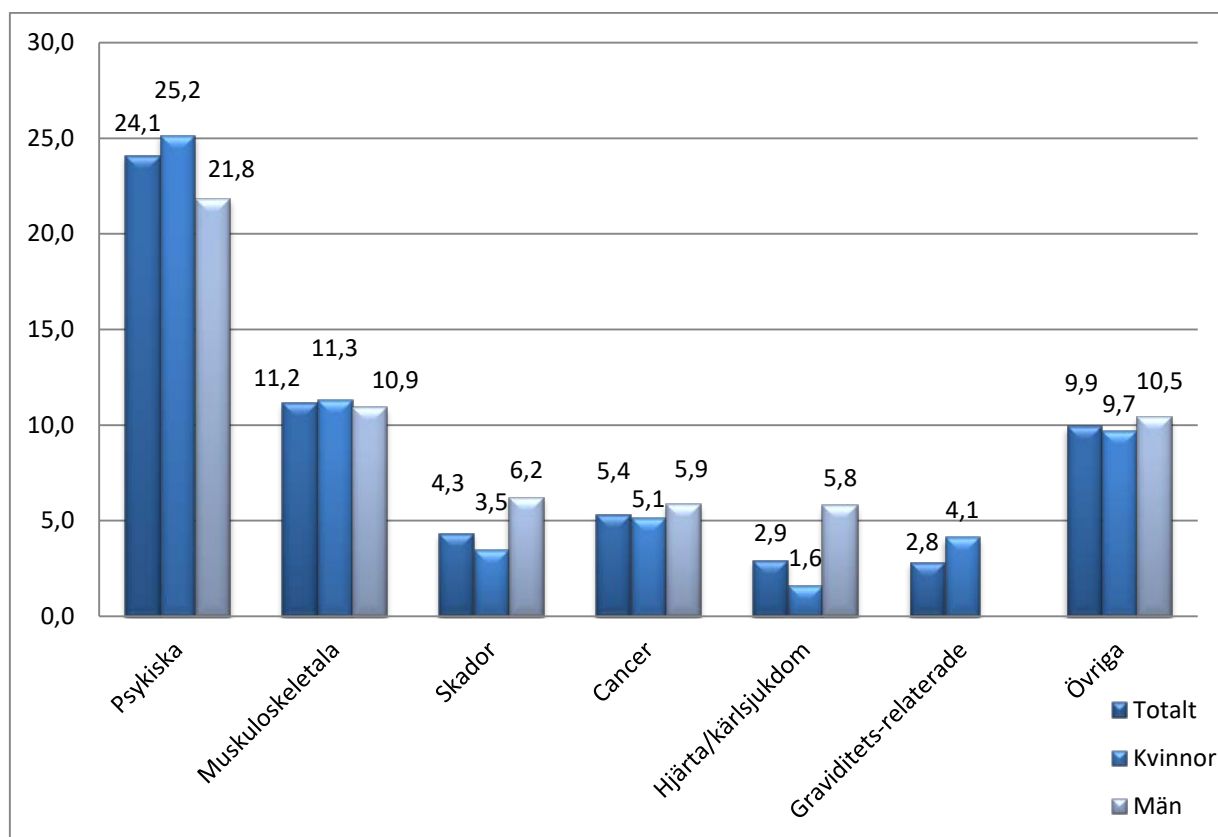
Figur 22: Medelantal nettodagar med sjukpenning per anställd, uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.

Antal sjukskrivningsdagar per alla sjukskrivna

När antalet dagar istället relateras till dem som faktiskt var sjukskrivna blir mönstret något annorlunda. Medelantalet bruttodagar med sjukpenning per sjukskriven person var 80,16 och medelantalet nettodagar var 60,68 (visas i Tabell 4 - Tabell 10, sidorna 76-82). Hur de dagarna fördelar sig på de sju diagnosgrupperna visas för bruttodagar i Figur 23 och för nettodagar i Figur 24. Bland de sjukskrivna personerna, hade män fler sjukskrivningsdagar än kvinnor (både brutto och netto) i diagnosgrupperna skador, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar samt i gruppen övriga diagnoser – könsskillnaden var särskilt stor i hjärt- kärlsjukdomar. Flest dagar per sjukskriven fanns i diagnosgruppen psykiska diagnoser med 32,6 bruttodagar och med 24,1 nettodagar i medeltal.



Figur 23: Medelantal bruttodagar med sjukpenning per sjukskriven, uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.



Figur 24: Medelantal nettodagar med sjukpenning per sjukskriven uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.

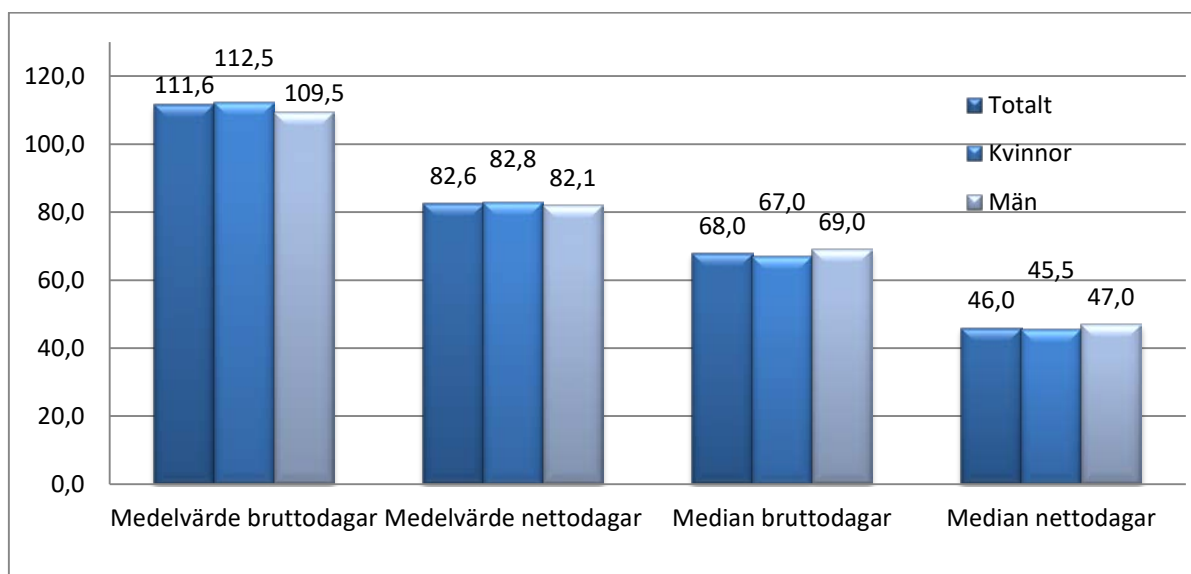
Antal dagar per sjukskriven i respektive diagnos

Vanligen är det en skillnad när det gäller median och medelantal dagar i sjukskrivningsfall, eftersom antalet dagar i sjukskrivningsfall ofta är skevt fördelat, de flesta fall är korta och väldigt få fall blir mycket långa (56, 76). Därför visar vi även motsvarande data avseende median, dvs. det värde där hälften av studiepopulationen har ett högre värde och hälften av studiepopulationen har ett lägre värde. Detta värde påverkas i mindre utsträckning av extrema värden, och kan sägas ge en bättre uppfattning om "mittpunkten" i en fördelning.

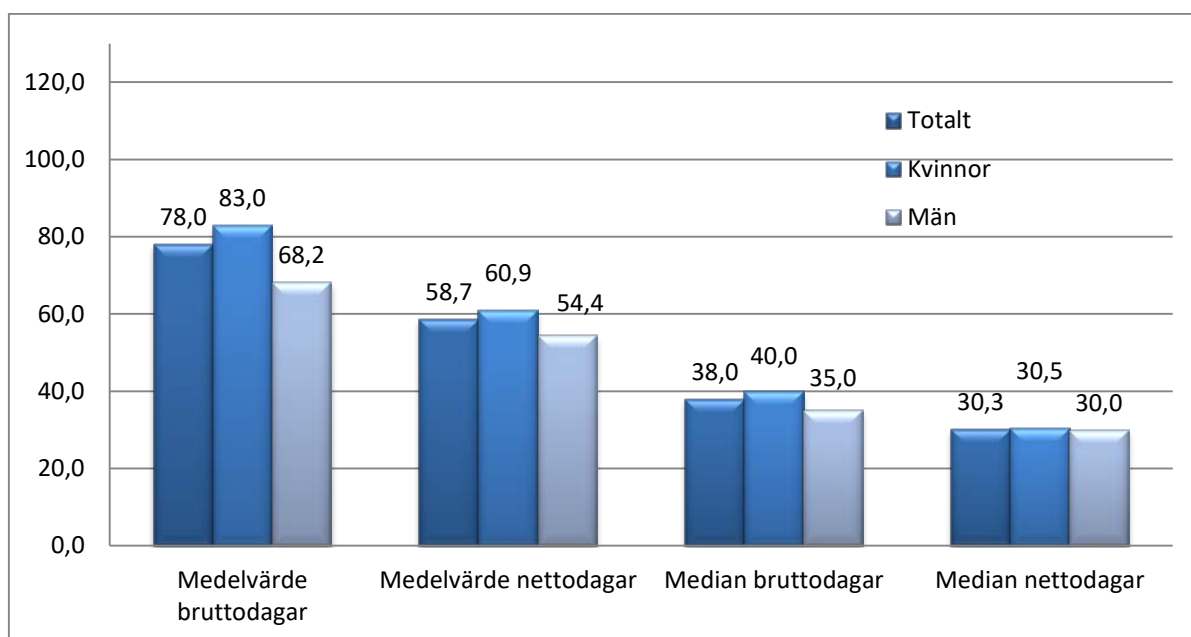
I Figur 25 till och med Figur 31 visas medelantal och median av brutto- respektive nettodagar med sjukpenning under 2012 per sjukskriven i respektive diagnosgrupp. Av figurerna framgår att de som var sjukskrivna i cancer hade högst medelantal sjukskrivningsdagar, med 123,6 bruttodagar och 98,2 nettodagar (Figur 28), följt av psykiska diagnoser, 111,6 bruttodagar och 82,6 nettodagar, Figur 25) samt hjärt- och kärlsjukdom (98,2 bruttodagar och 73,5 nettodagar, Figur 29). Sjukskrivningsfall med dessa diagnoser tenderade alltså att bli långa. Kvinnor sjukskrivna i graviditetsrelaterade diagnoser hade relativt få sjukskrivningsdagar (47,8 bruttodagar och 39,0 nettodagar, Figur 30).

Skillnaden mellan median och medelantal i Figur 25 - Figur 31 var ofta stor, vilket tyder på en skev fördelning, med få fall som blir väldigt långa (39, 56). I nedanstående figurer var det i stort sett inga skillnader mellan kvinnors och mäns värden, avseende median respektive medel.

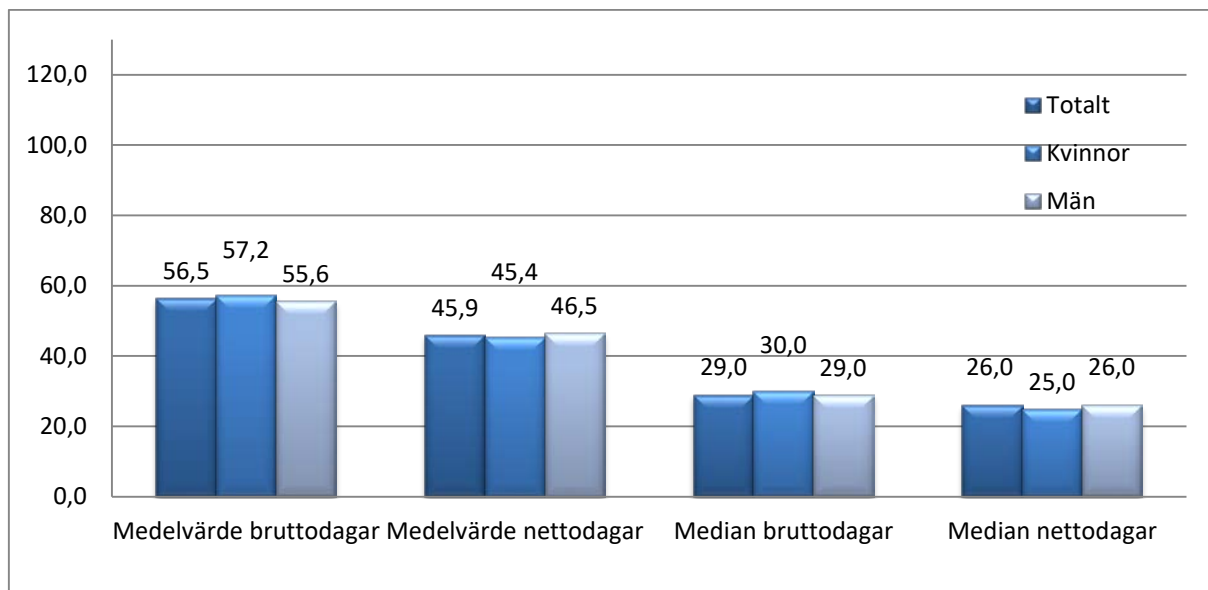
Det innebär att de könsskillnader vi visar ovan framförallt handlar om att kvinnor hade en högre risk att bli sjukskrivna än män. Däremot var det inga större skillnader mellan kvinnor och män i hur länge de var sjukskrivna under året.



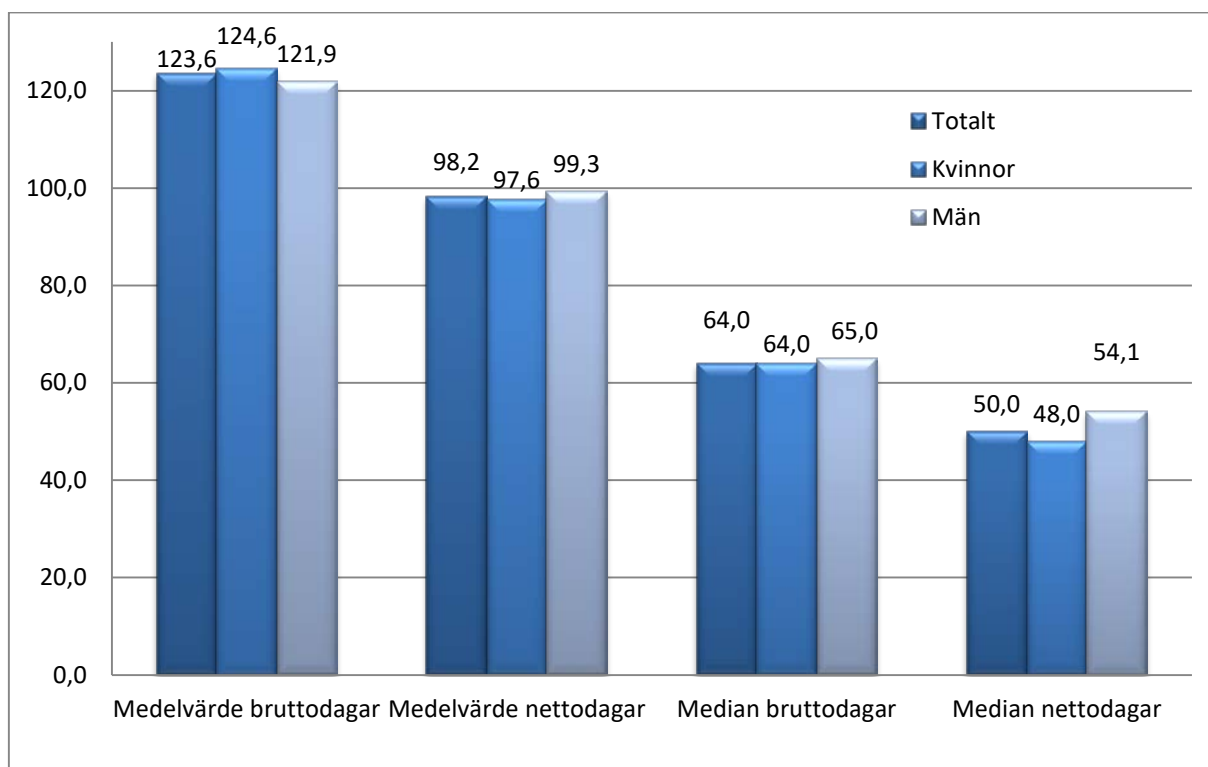
Figur 25: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i psykisk diagnos (n=28 353), i sjukskrivningsfall >14 dagar.



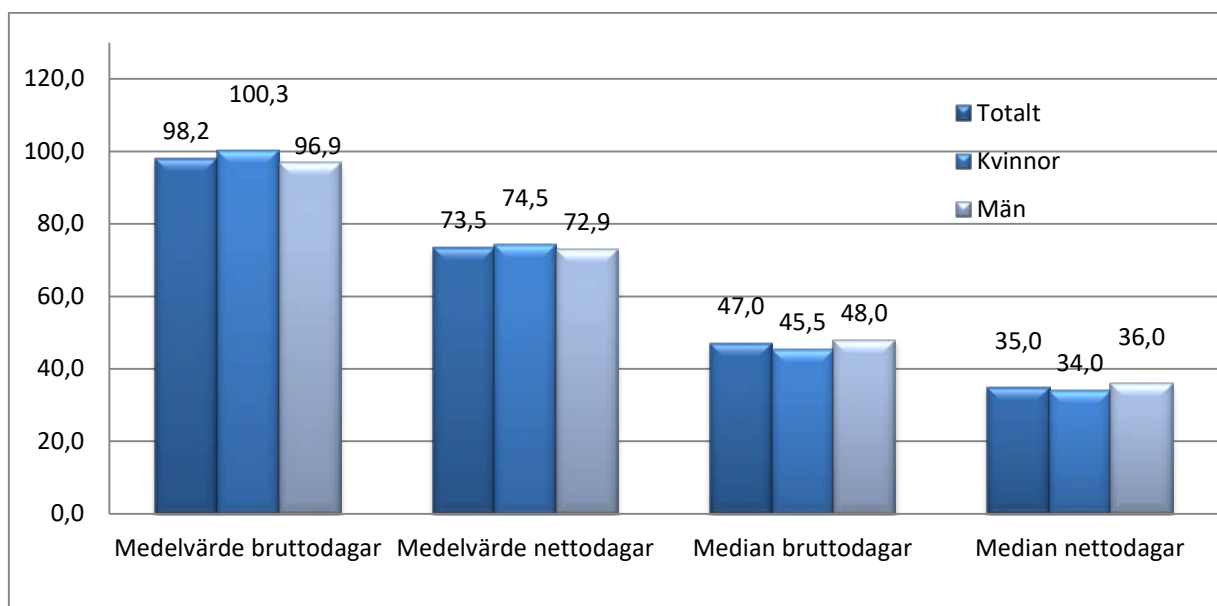
Figur 26: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning per sjukskriven i muskuloskeletal diagnos (n=18 497), i sjukskrivningsfall >14 dagar.



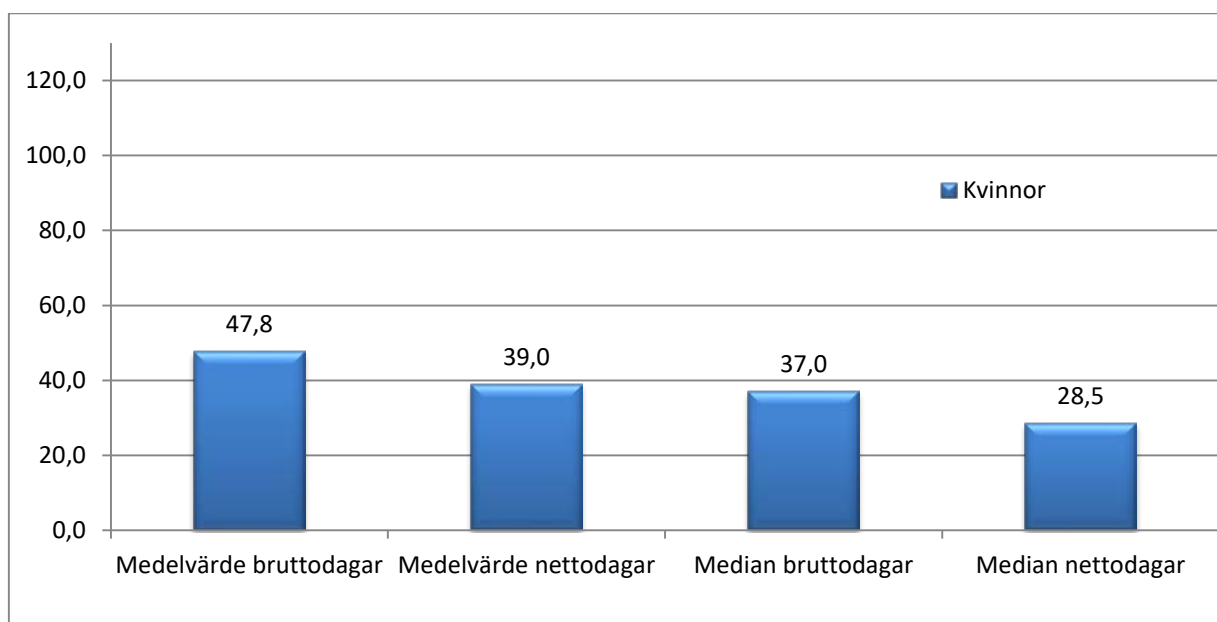
Figur 27: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i skador (n=9177), i sjukskrivningsfall >14 dagar.



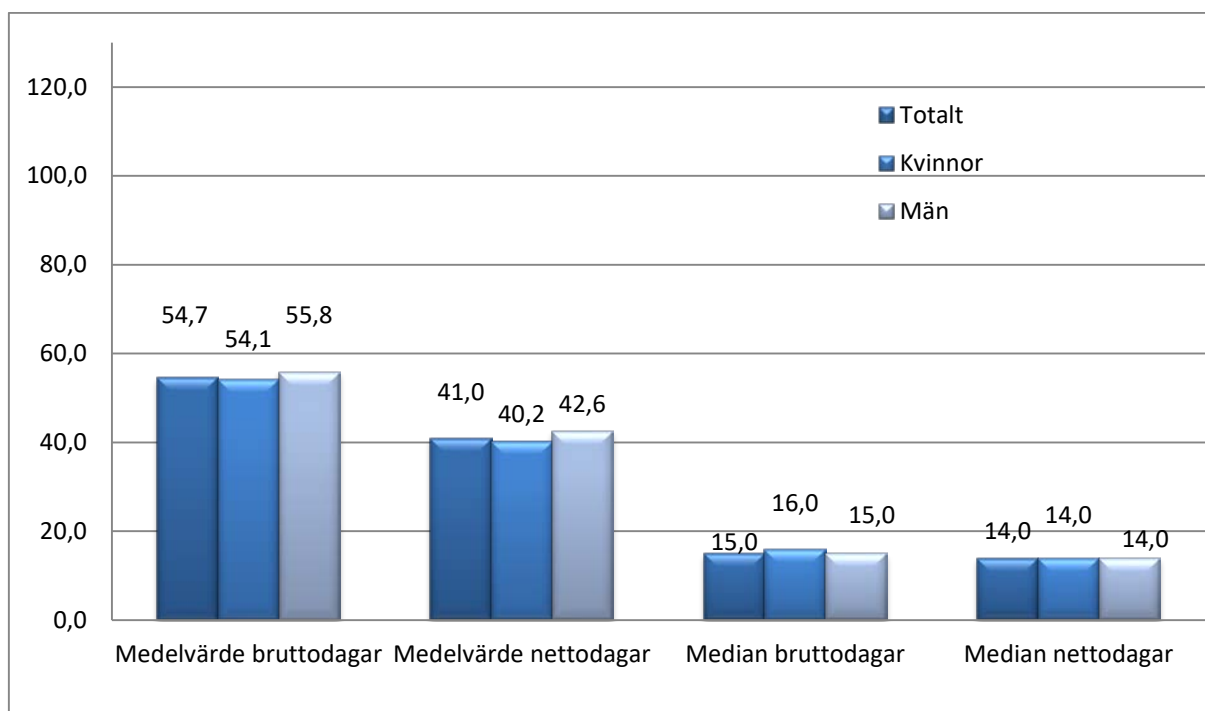
Figur 28: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i cancer (n=5293), i sjukskrivningsfall >14 dagar.



Figur 29: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning per sjukskriven i hjärt- och kärlsjukdom (n=3883), i sjukskrivningsfall >14 dagar.



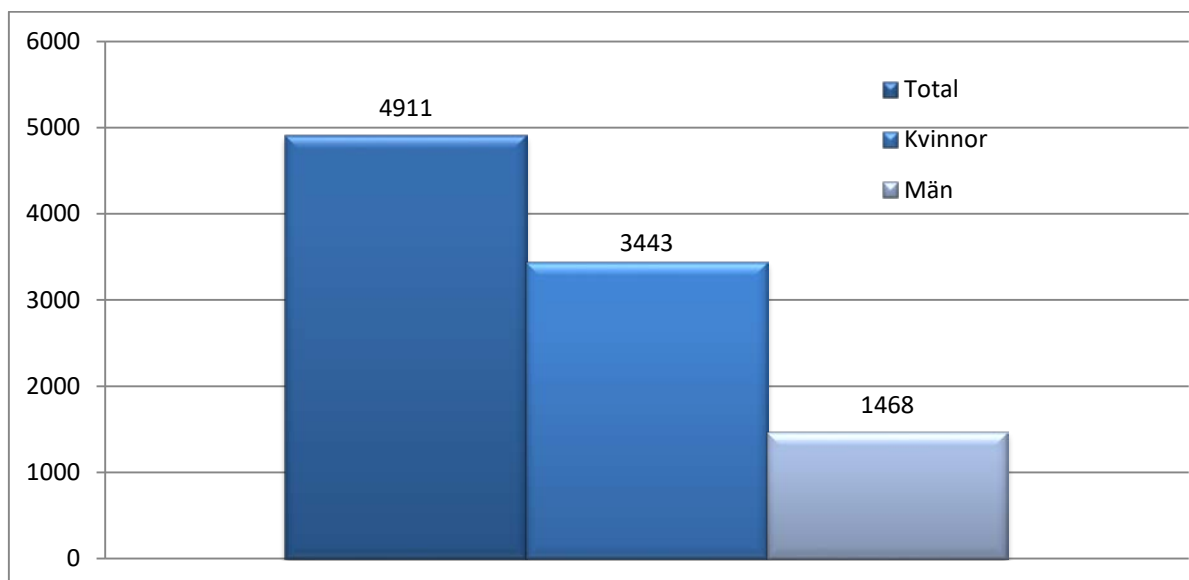
Figur 30: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per kvinna sjukskriven i graviditetsrelaterad diagnos (n=7005), i sjukskrivningsfall >14 dagar.



Figur 31: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i övriga diagnoser (n=30352), i sjukskrivningsfall >14 dagar.

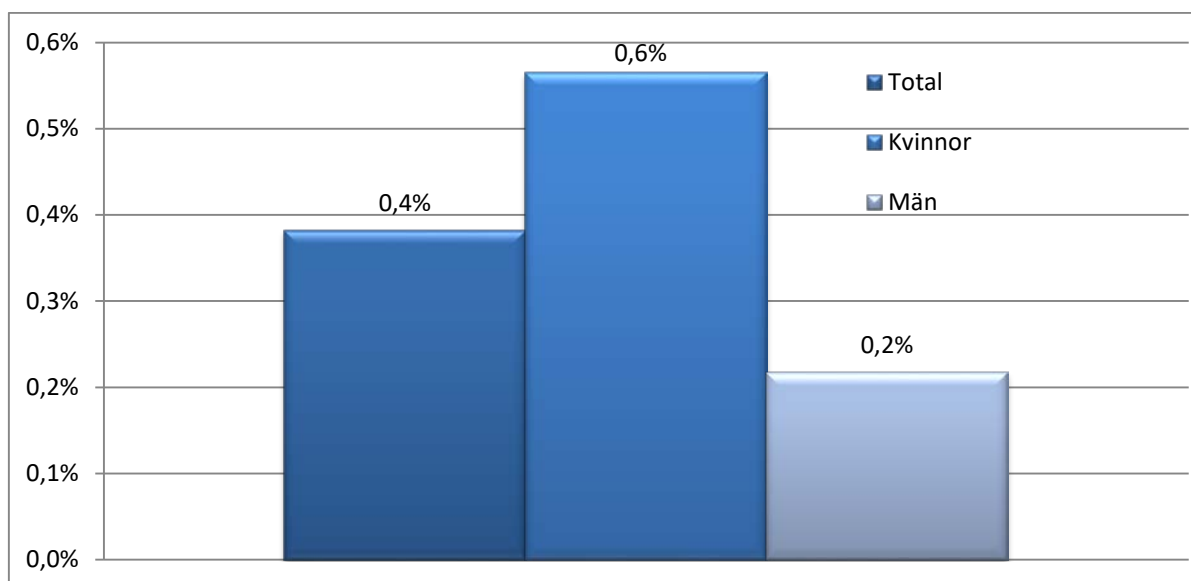
Sjukfrånvaro under hela året 2012

Det var 4911 personer som var sjukskrivna på hel- eller deltid under hela 2012, dvs. hade 366 bruttodagar⁴ med sjukpenning (Figur 32). Detta motsvarar 0,4 % av studiepopulationen (Figur 33). Återigen var andelen större bland kvinnor än bland män.



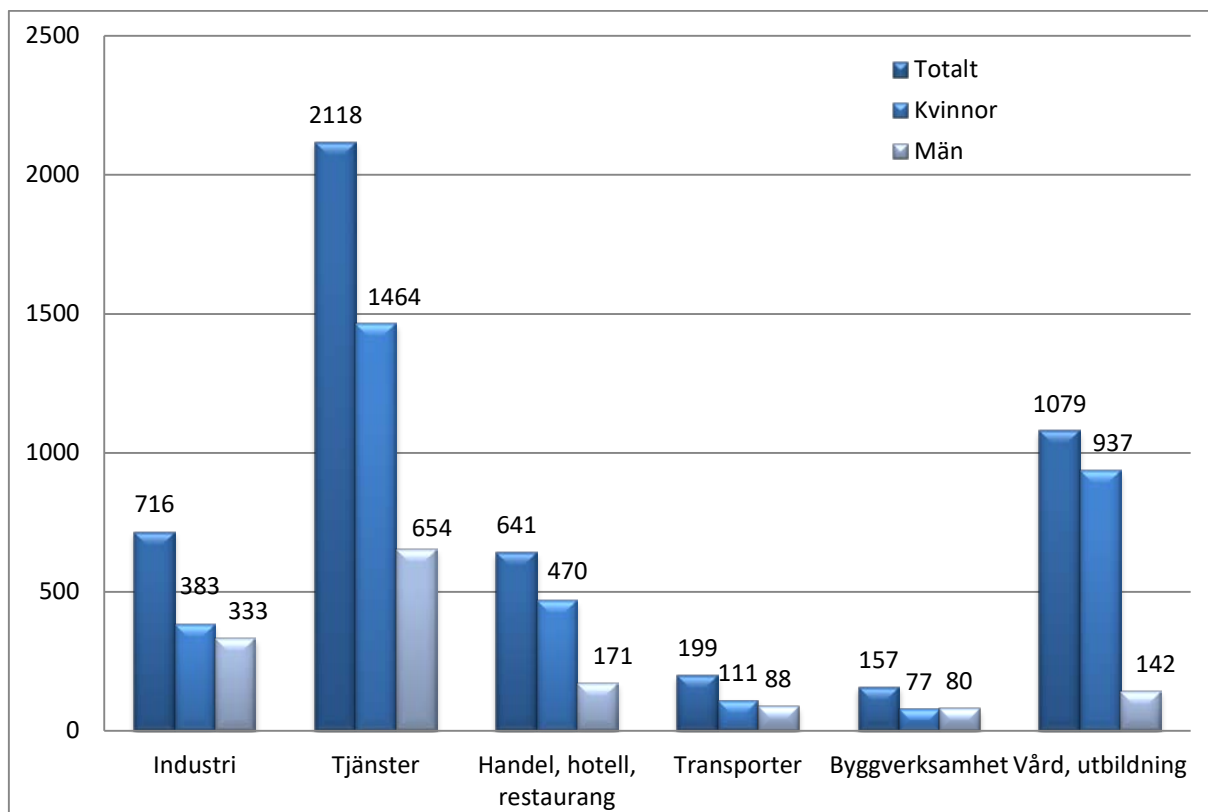
Figur 32: Antal personer som var sjukskrivna under hela året.

⁴ År 2012 var ett skottår, varför 366 dagar gäller

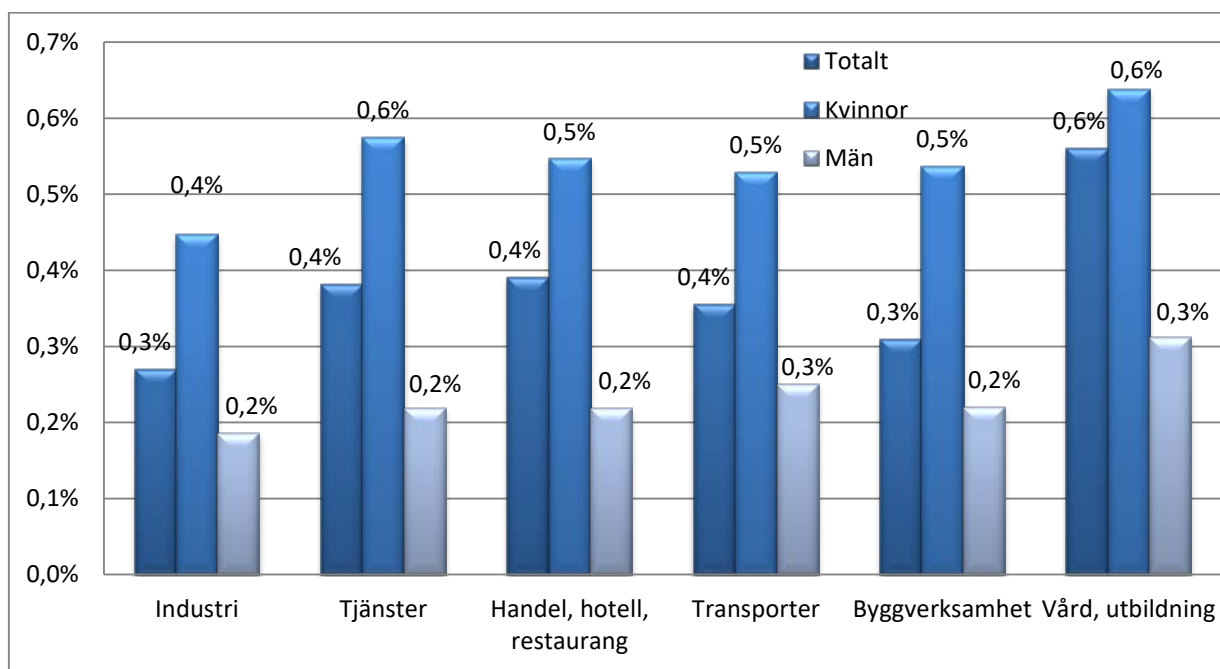


Figur 33: Andel personer som var sjukskrivna under hela året.

I Figur 34 visas hur antalet som var sjukskrivna under hela 2012 fördelade sig på näringsgrenar och i Figur 35 andel i varje näringsgren som var sjukskrivna hela året. Till antalet var det flest personer i tjänsteverksamhet som var sjukskrivna hela året, men andelen var något större inom vård och utbildning än inom tjänster (0,6 % inom vård och utbildning jämfört med 0,4 % inom tjänster). Eftersom det var en så liten andel av populationen som var sjukskrivna hela året blir små absoluta skillnader mellan näringsgrenar stora relativt sett. Alla skillnader var statistiskt signifikanta ($p < 0,001$), men det betyder inte nödvändigtvis att de är betydelsefulla.

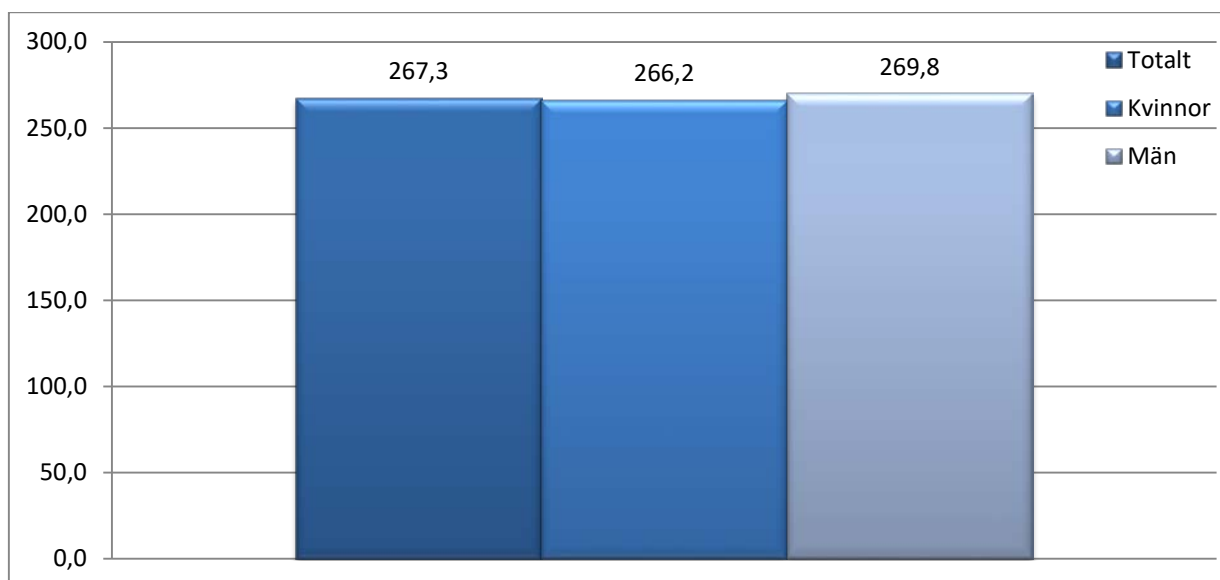


Figur 34: Antal personer som var sjukskrivna under hela året, uppdelat på näringsgren.



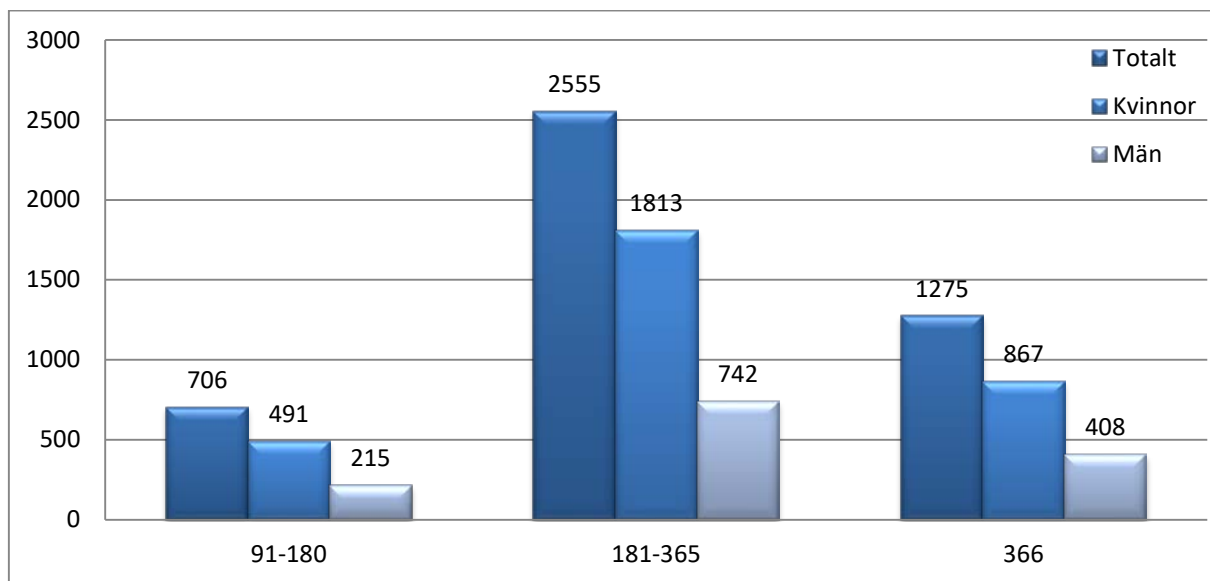
Figur 35: Andel personer som var sjukskrivna under hela året, uppdelat på näringsgren.

De som var sjukskrivna hela 2012 (dvs. hade 366 bruttodagar) hade i genomsnitt 267 nettodagar (Figur 36) – dvs. en del av dessa personer var sjukskrivna på deltid. Det var ingen skillnad mellan kvinnor och män i antal nettodagar under 2012 bland de som var sjukskrivna hela året, vilket innebär att det inte var någon skillnad mellan kvinnor och män i grad (heltid eller deltid) på sjukskrivning ($p=0,120$).

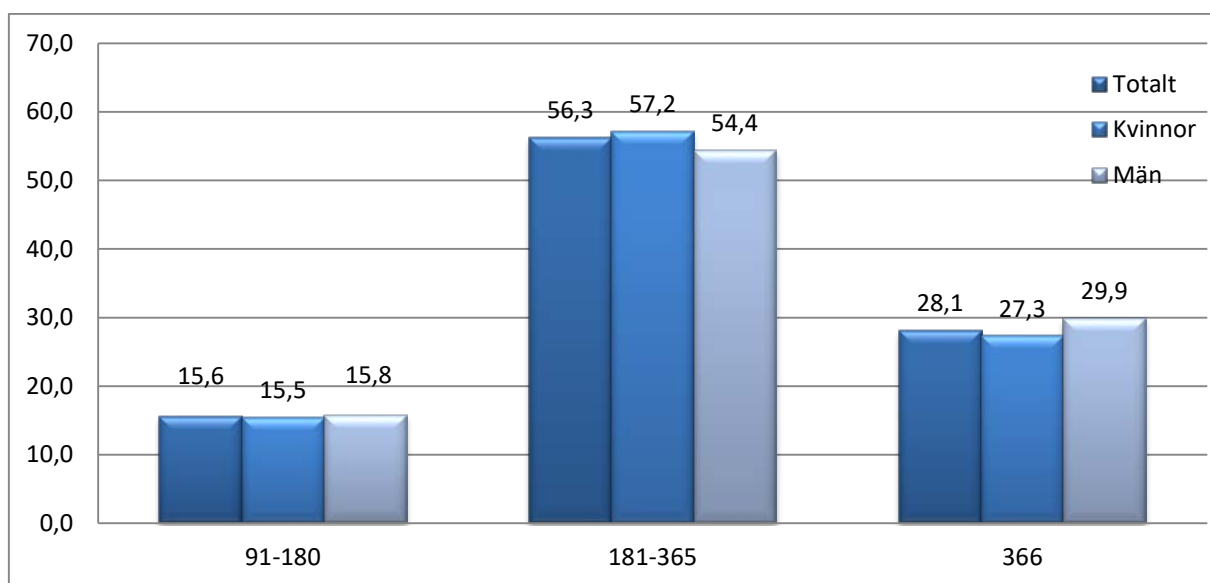


Figur 36: Medelantal nettodagar bland de med sjukskrivning hela året (366 bruttodagar).

I Figur 37 visas antal och i Figur 38 andel personer med olika antal nettodagar under 2012 bland de med 366 bruttodagar, dvs. bland dem som i någon grad var sjukskrivna hela året 2012, kategoriserat i 91-180, 181-365, samt 366 dagar. Av samtliga var det 28 %, 1275 personer (27,3 % av kvinnorna och 29,9 % av männen) som också hade 366 nettodagar, vilket betyder att de var sjukskrivna på heltid hela året. De flesta som var sjukskrivna under hela året, var alltså sjukskrivna på deltid. En del av dem hade dock även sjuk- eller aktivitetsersättning en del av året, och 1569 personer (0,1 %) hade sammanlagt 366 nettodagar med sjukpenning och sjuk- eller aktivitetsersättning under 2012.

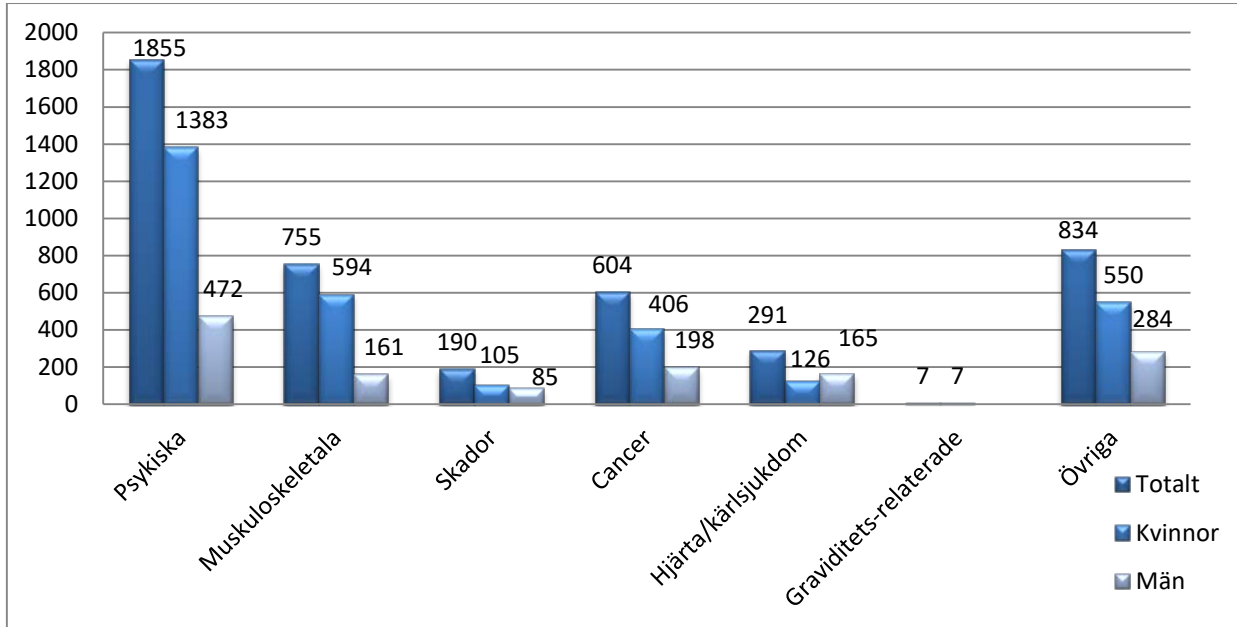


Figur 37: Antal personer med olika antal nettodagar sjukskrivning bland dem med sjukskrivning hela året.

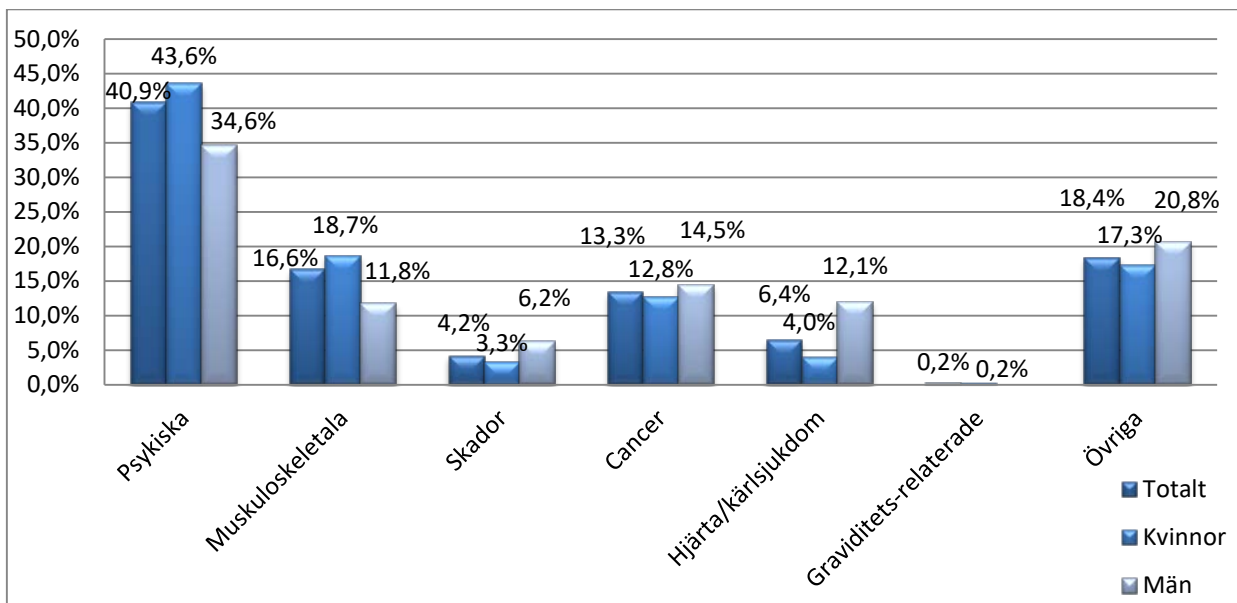


Figur 38: Andel personer med olika antal nettodagar bland dem med sjukskrivning hela året.

I Figur 39 visas antal och i Figur 40 andel av dem med sjukpenning hela 2012 inom respektive diagnosgrupp. Eftersom vi endast haft tillgång till information om den första diagnosen i ett sjukskrivningsfall är det möjligt att vissa personer har bytt diagnos under ett fall, t.ex. de kvinnor som var sjukskrivna hela året i graviditetsrelaterad diagnos. Störst andel var sjukskrivna med psykiska diagnoser (40,9 %). Det var en mindre andel som var sjukskrivna hela året i skador (4,2 %) respektive i hjärt- och kärlsjukdom (6,4 %). Det var större andel män än kvinnor som var sjukskrivna hela året i skador, i hjärt- och kärlsjukdom eller i cancer. En större andel kvinnor än män hade sjukskrivning hela året i psykiska diagnoser, i muskuloskeletala diagnoser eller i övriga diagnoser.



Figur 39: Antal bland dem sjukskrivna hela året som hade sjukskrivning uppdelat på diagnosgrupper.



Figur 40: Andel bland dem sjukskrivna hela året som hade sjukskrivning, uppdelat på diagnosgrupper.

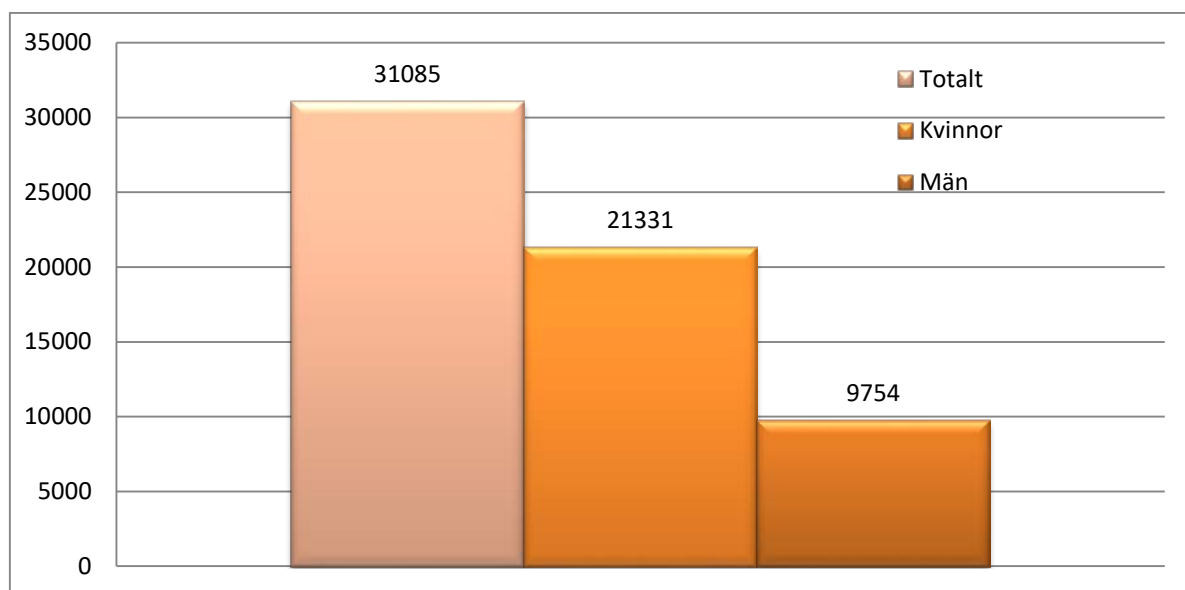
Sjukskrivningsfall som blev längre än 90 dagar

I en annan typ av analyser har vi även studerat sjukskrivningsfall som var >90 dagar långa (detta är räknat i totaldagar i fallet, dvs. även inkluderat de fjorton första dagarna, som vanligen ersatts med sjuklön av arbetsgivaren). Detta kan analyseras på olika sätt, t.ex. antal sådana fall som pågick under året, antal nya sådana fall under året, eller personer med sådana sjukskrivningsfall. Här har vi valt att dels presentera information om personer med prevalenta sjukskrivningsfall som blev över 90 dagar, dels incidenta sådana fall under året, dvs. de som påbörjades under 2012 och blev >90 dagar.

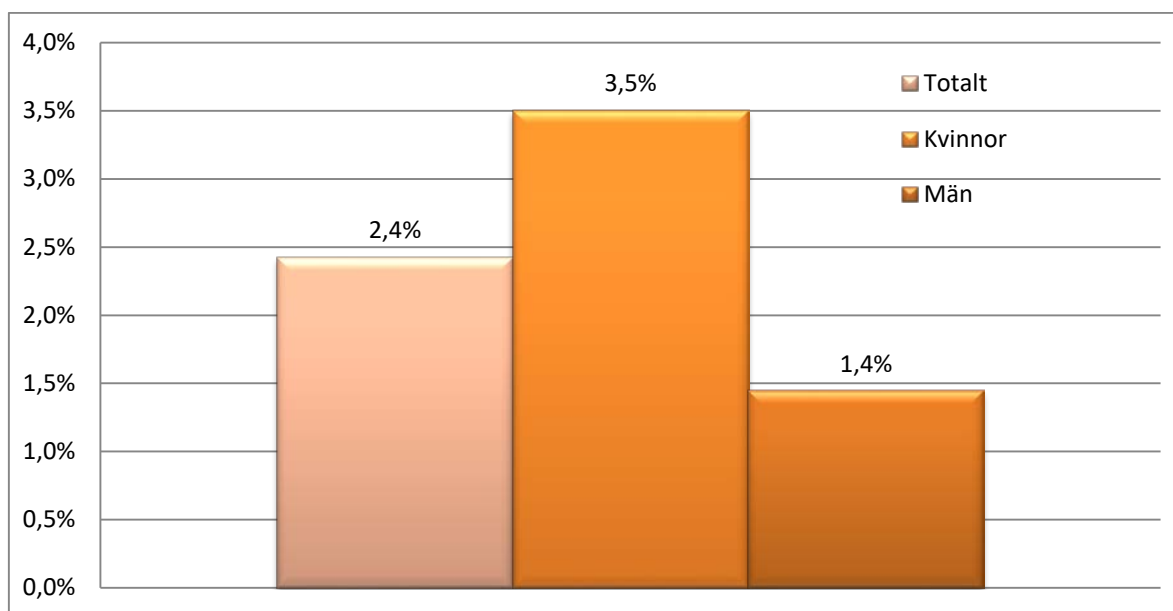
Personer med prevalenta sjukskrivningsfall >90 dagar

Här har vi analyserat sjukskrivningsfall som pågick under 2012 och under 2012 innehöll minst 91 dagar, oberoende av om fallet hade påbörjats föregående år eller fortsatte efter 2012 och tagit fram information om hur många personer som hade sådana fall. Det var 31 085 personer som hade minst ett sådant sjukskrivningsfall som pågick under 2012 (Figur 41). Sett till andel var det totalt 2,4 % av studiepopulationen som under 2012 hade minst ett sjukskrivningsfall som överstigit >90 dagar; 3,5 % av kvinnorna och 1,4 % av männen (Figur 42).

När vi istället studerade sådana sjukskrivningsfall (dvs., inte personer med sådana fall) var resultaten liknande (ej visat i figur).



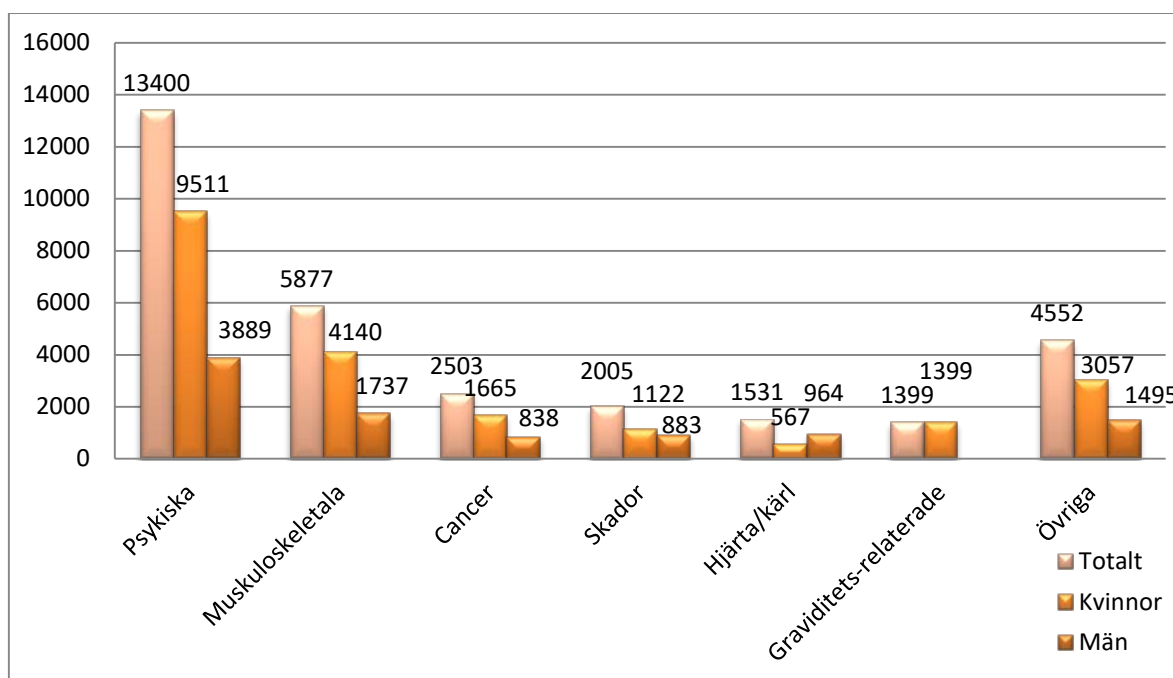
Figur 41: Antal personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar år 2012.



Figur 42: Andel personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar år 2012.

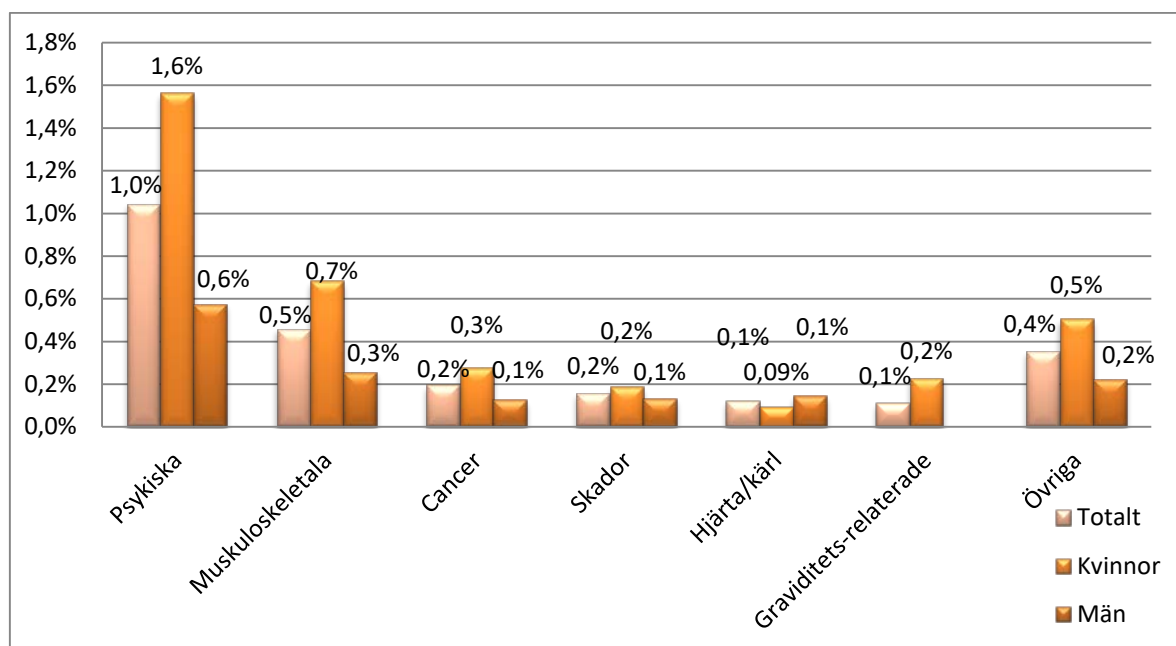
I Figur 43 visas antal och i Figur 44 andel personer med minst ett sjukskrivningsfall som var >90 dagar långt, uppdelat på diagnosgrupper⁵.

Det var större andel som hade sjukskrivning i fall >90 dagar i psykisk diagnos än i de andra diagnosgrupperna bland både kvinnor och män (1,6 % bland kvinnor och 0,6 % bland män).



Figur 43: Antal personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på sjukskrivningsdiagnos.

⁵ Om en person hade fler än ett sjukskrivningsfall >90 dagar och dessa var i olika diagnosgrupper så finns hen med flera gånger, men om en person hade fler än ett sjukskrivningsfall >90 dagar i samma diagnosgrupp finns hen endast med en gång.

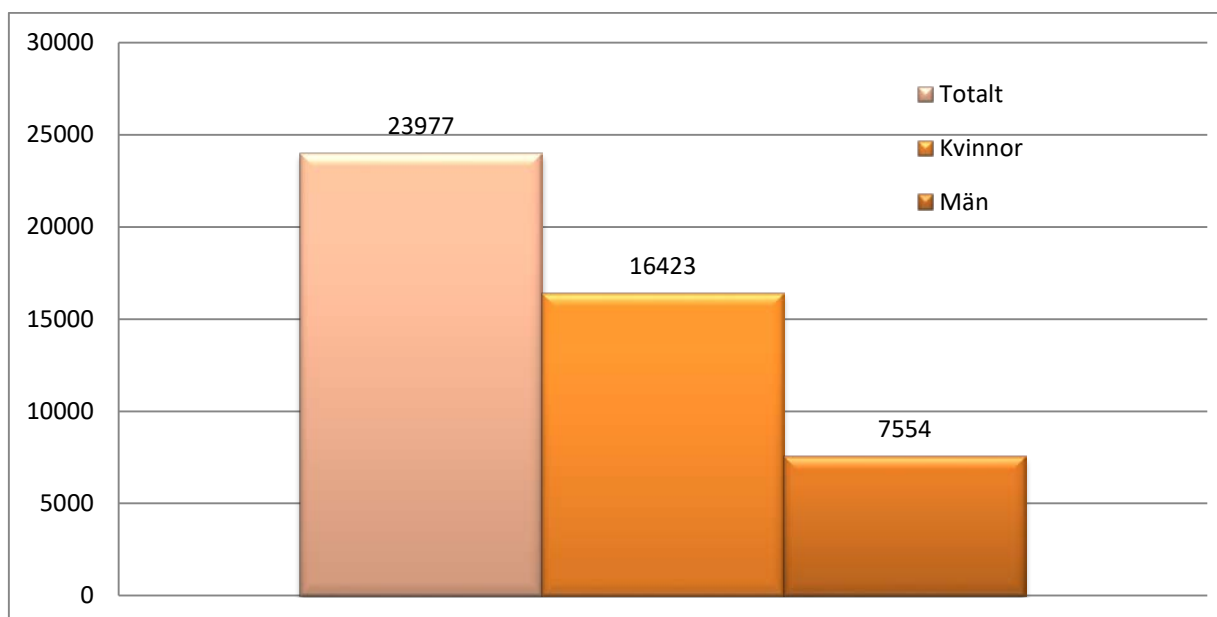


Figur 44: Andel personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på sjukskrivningsdiagnos.

Incident sjukskrivningsfall >90 dagar

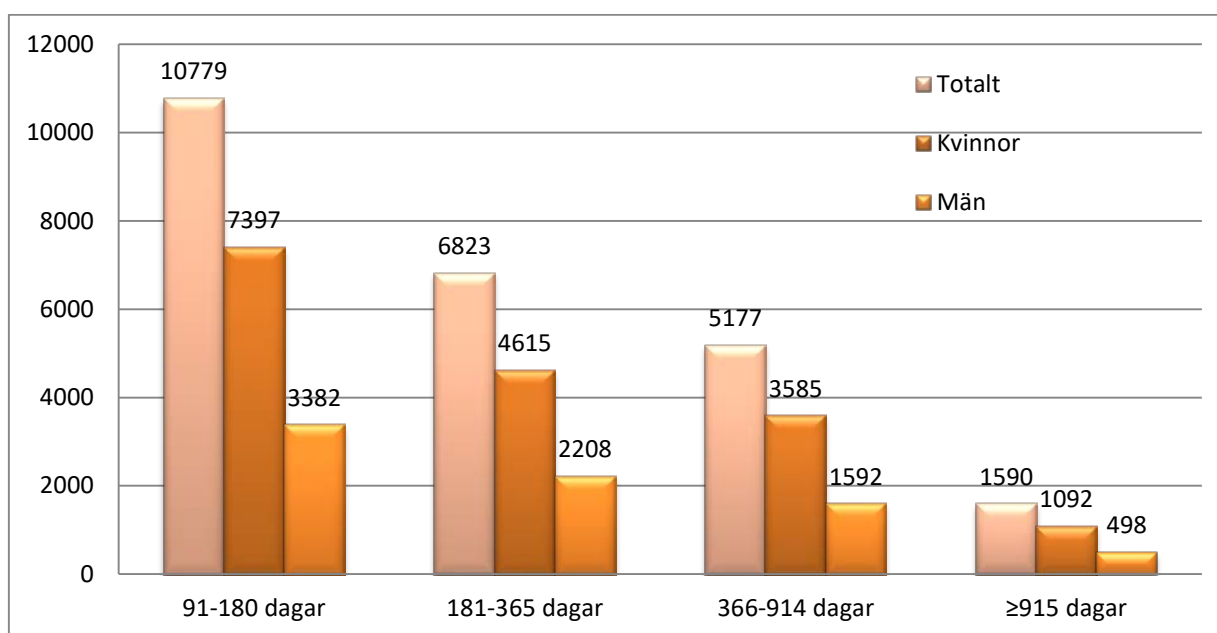
I följande analys presenteras istället *incidenta fall >90 dagar* (dvs. de sjukskrivningsfall som startade mellan 1 januari och 31 december 2012 och som blev >90 dagar långa), till skillnad mot resten av rapporten där *personer med fall* presenteras. En annan skillnad mot övriga mått som presenteras i rapporten är att här följs fallens duration även under början av 2013 för att se om det blir >90 dagar. Ett sjukskrivningsfall som påbörjades 31/1 2012 följs t.ex. t.o.m. 31/3 2013 för att få information om det blev >90 dagar långt. Dessa sjukskrivningsfall följdes dessutom tills de avslutades eller till och med april 2015 som längst, för att få information om deras totala längd.

Antal incidenta sjukskrivningsfall 2012 som blev >90 dagar visas i Figur 45, totalt och uppdelat på fall bland kvinnor och män. Av de 23 977 fall som blev >90 dagar var 16 423 bland kvinnor, vilket motsvarar 69 % av fallen.

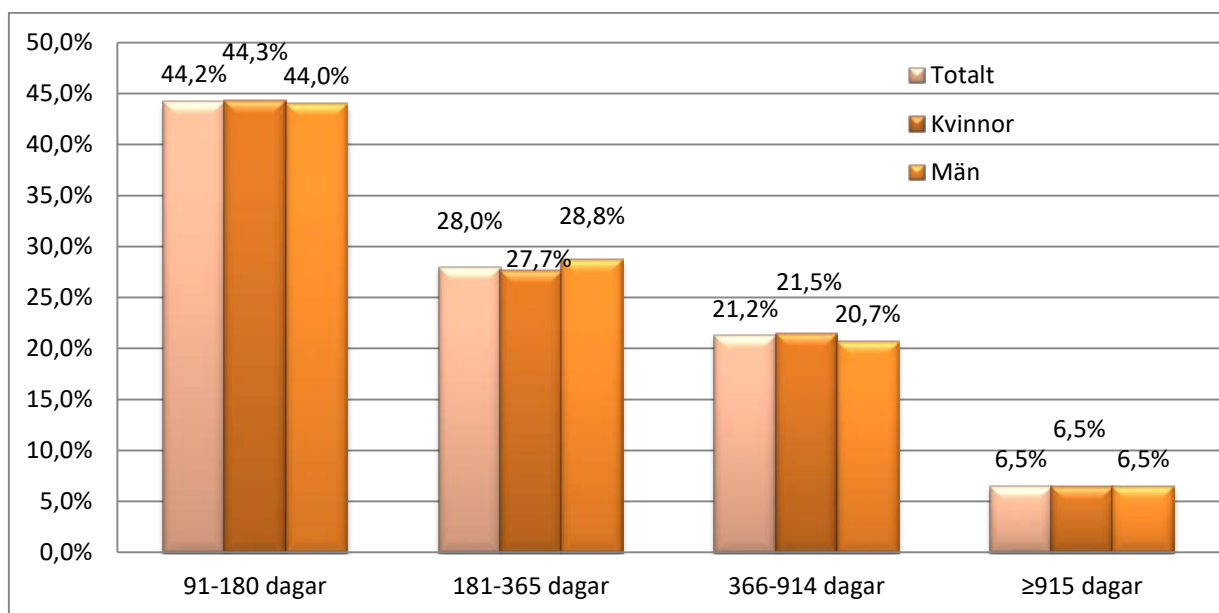


Figur 45: Antal incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar.

De flesta incidenta sjukskrivningsfall som var över 90 dagar långa varade mellan 91 och 180 dagar (i Figur 46 visas antal och i Figur 47 andel). Det var ingen skillnad mellan kvinnor och män i andel fall av olika längd. Trots att det egentligen inte skulle vara möjligt blev 6,5 % av fallen över 914 dagar för både kvinnor och män.

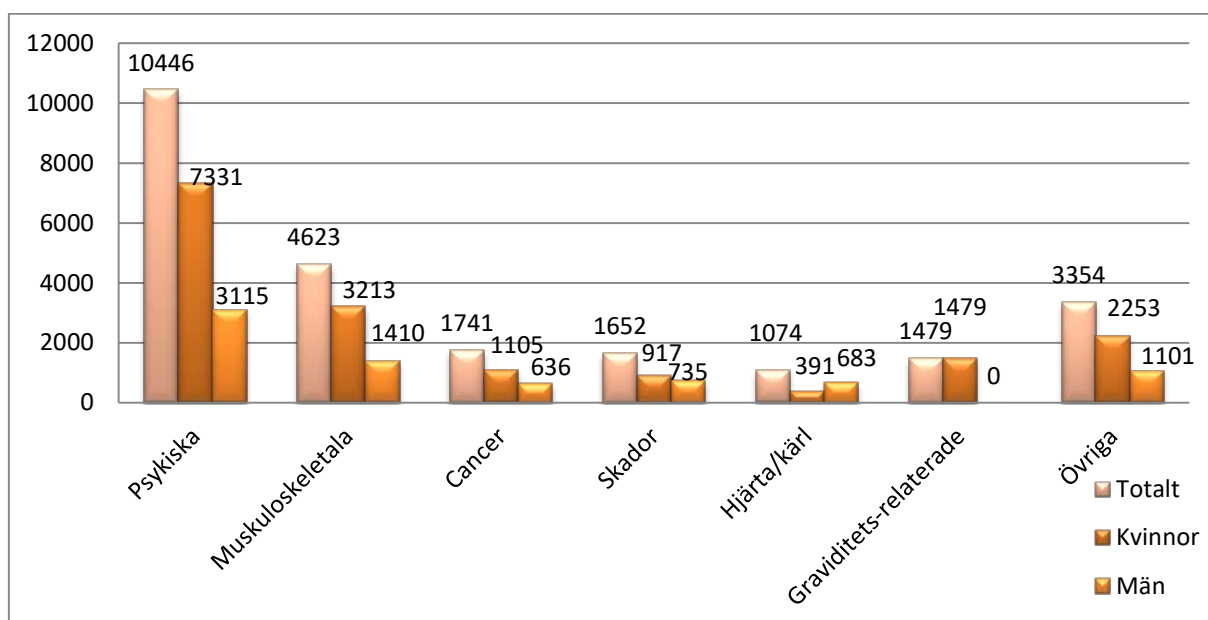


Figur 46: Antal incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på falllängd.

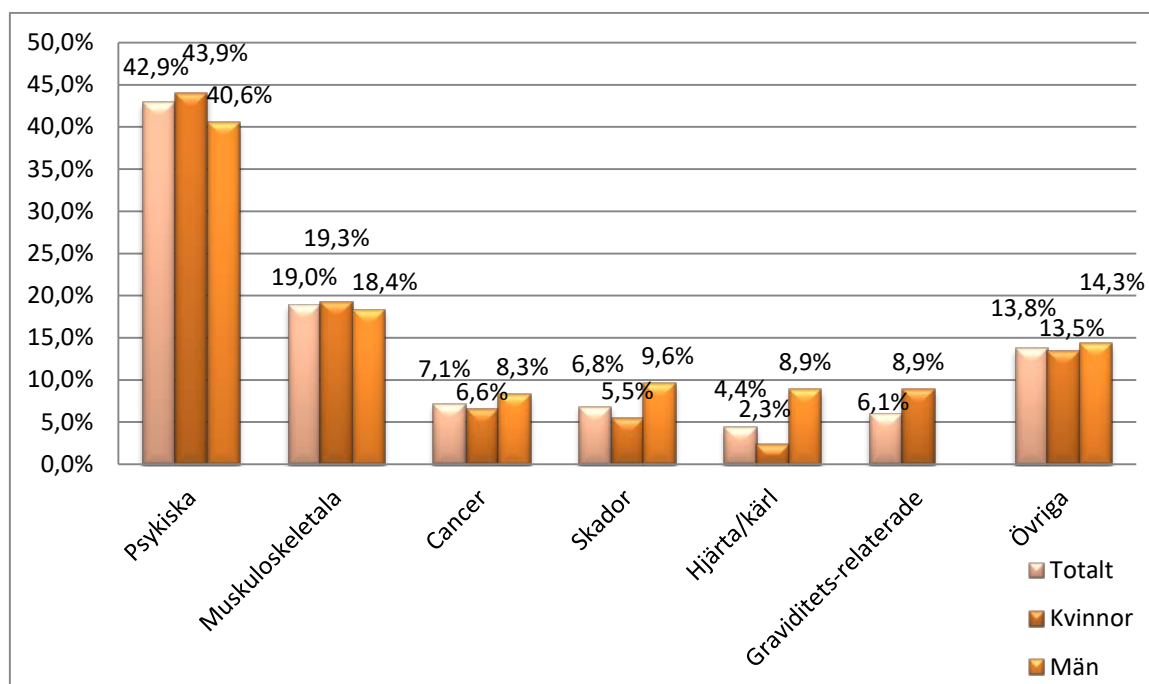


Figur 47: Andel incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelade på falllängd.

De flesta incidenta sjukskrivningsfall som översteg 90 dagar hade en psykisk diagnos, följt av muskuloskeletala diagnoser (Figur 48). Närmare 43 % av alla incidenta fall som blev minst 91 dagar långa hade en psykisk diagnos, jämfört med den näst största diagnosgruppen, muskuloskeletala diagnoser, på 19 % (Figur 49). När det gäller andelen av fallen i de olika diagnosgrupperna fanns den största könsskillnaden i hjärta-kärl diagnoser, där män hade en högre andel.



Figur 48: Antal incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.



Figur 49: Andel incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Hur många personer och hur stor andel personer som är sjukskrivna under ett år har starkt samband med hur många/hur stor andel som har partiell sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under året respektive hur stor andel som beviljas SA på heltid under året. I ett land som Sverige är detta av extra stor betydelse, eftersom såväl regelverk som praxis gällande beslut om SA – och om dess tidigare motsvarighet förtidspension och sjukbidrag - har varierat kraftigt över tid (59-62).

Vi presenterar här först antal och andel personer som hade sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under 2012 uppdelat på olika kategorier, sedan antal SA-dagar under 2012 med olika mått, och sist SA uppdelat på olika diagnosgrupper.

Eftersom de med SA på heltid hela året exkluderades från studiepopulationen var det alltså de personer som hade partiell SA hela året eller beviljades SA partiellt eller på heltid under året som ingick i beräkningarna.

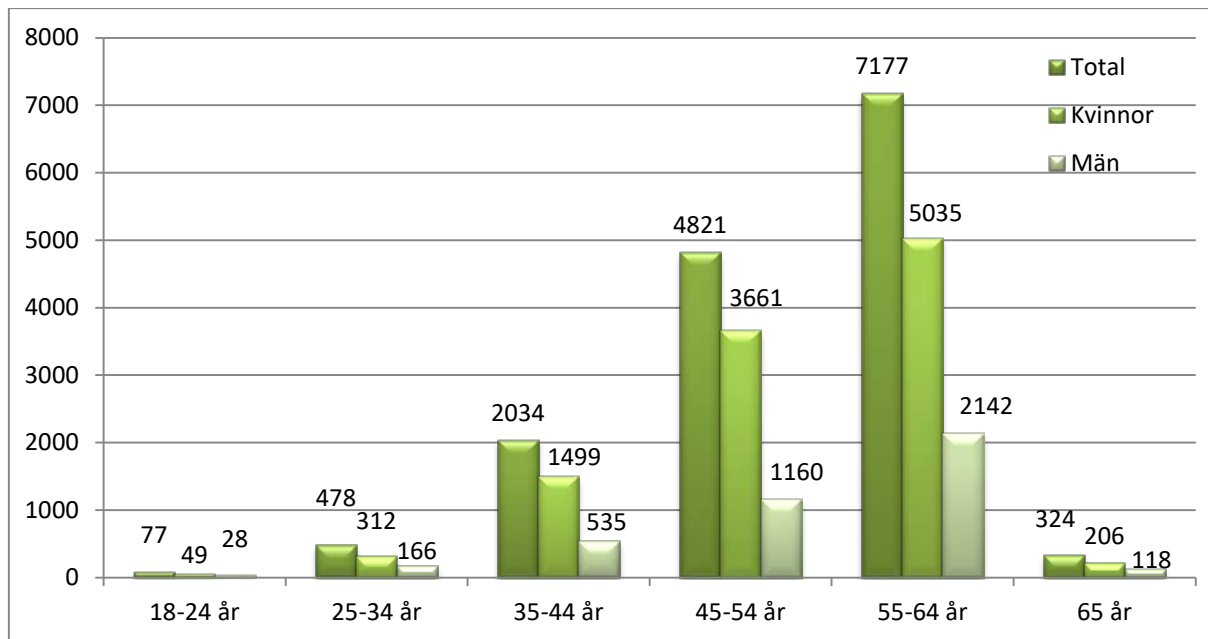
Personer med sjuk- och aktivitetsersättning

I Tabell 3 visas antal och andel personer med SA. Andelen med sjuk- eller aktivitetsersättning var runt 1 %. Andelen var större bland kvinnor (1,8 %) än bland män (0,6 %).

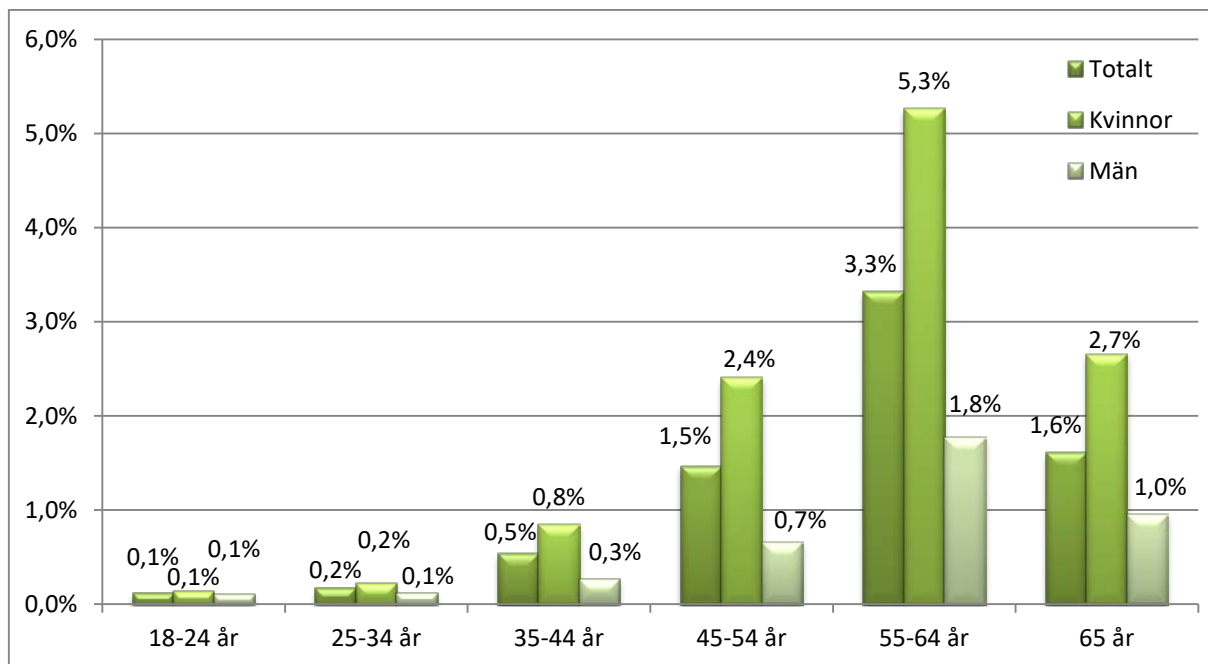
Tabell 3: Antal och andel totalt samt uppdelat på kvinnor och män som hade sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) någon gång under 2012.

	Antal	Andel
Totalt	14911	1,2 %
Kvinnor	10762	1,8 %
Män	4149	0,6 %

Både till antal (Figur 50) och andel (Figur 51) var SA större i högre åldrar, och var störst bland kvinnor i gruppen 55-64 år. Bland kvinnor i åldern 55-64 hade drygt 5 % SA, jämfört med kvinnor 18-24 där 0,1 % hade SA. Även bland män var andelen med SA störst i åldern 55-64 (3,3 %) och minst i åldern 18-24 (0,1 %). Det var en mindre andel av dem i åldern 65-67 som hade SA än i åldern 55-64, men ändå större än de yngre åldersgrupperna. Det beror på att det inte är möjligt att ha SA efter att ha fyllt 65 år: de med SA som ingår i denna grupp är alltså de som fyllde 65 under året och hade SA innan de fyllde 65.

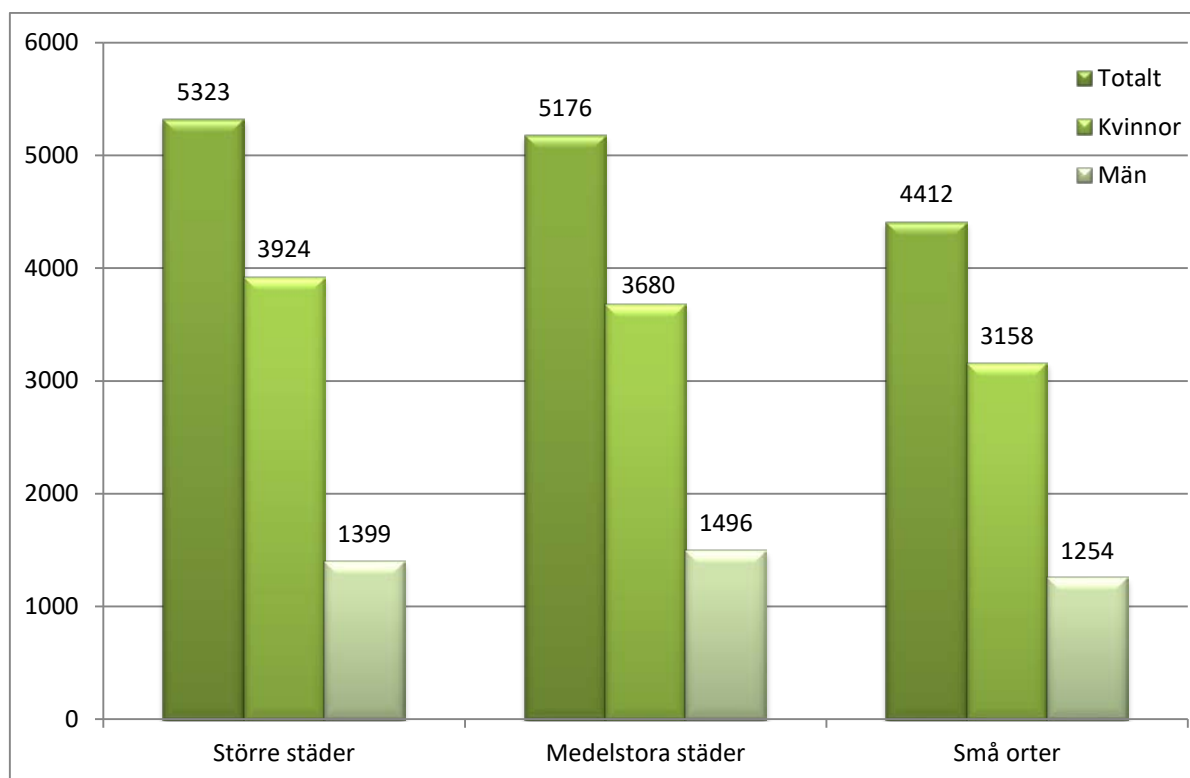


Figur 50: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på ålder.

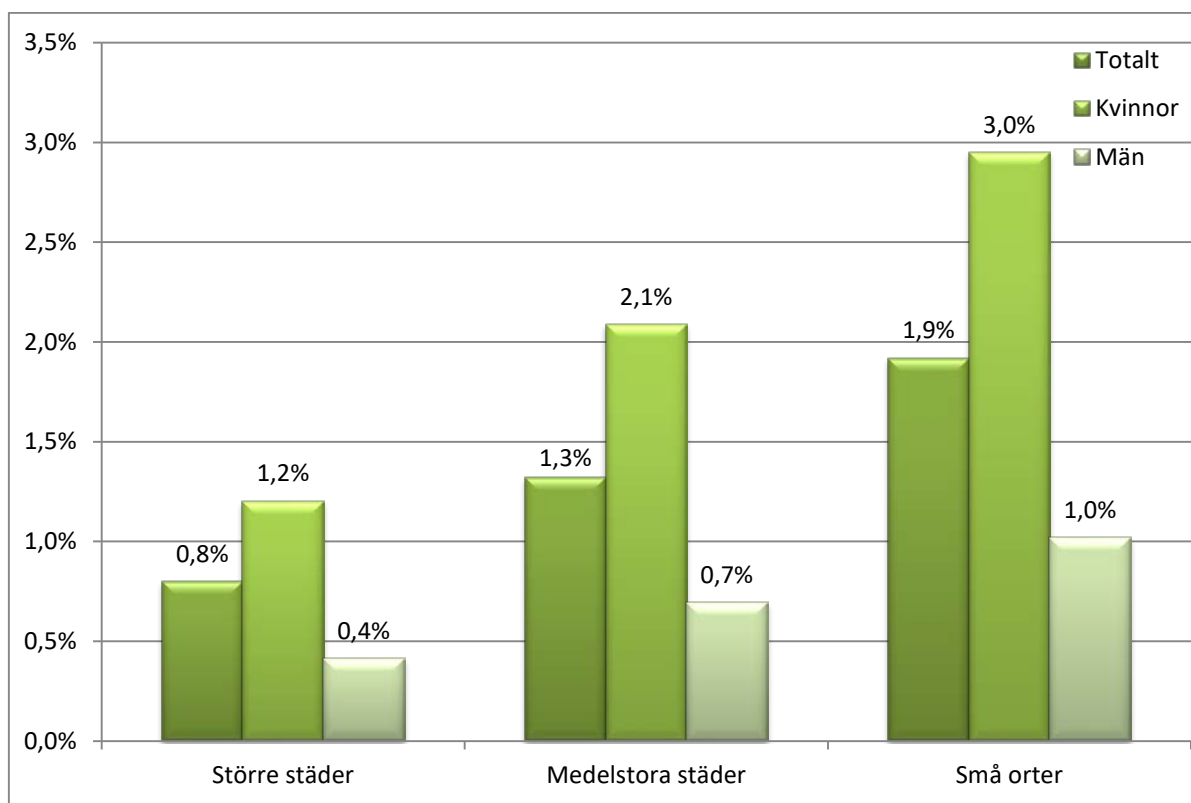


Figur 51: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på ålder.

Fler av de personer som hade SA bodde i storstäder (Figur 52). En större andel av dem som bodde på mindre orter hade dock SA (Figur 53); andelen bland dem var över dubbelt så stor som bland dem som bodde i en storstad.

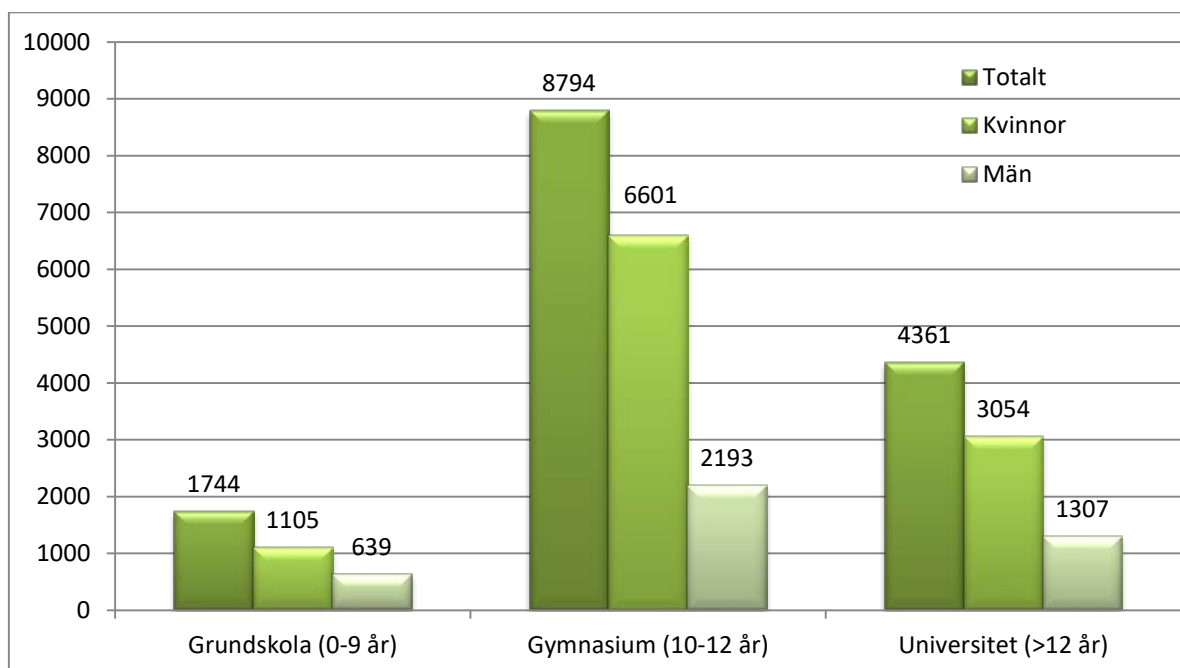


Figur 52: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på typ av boenderegion.

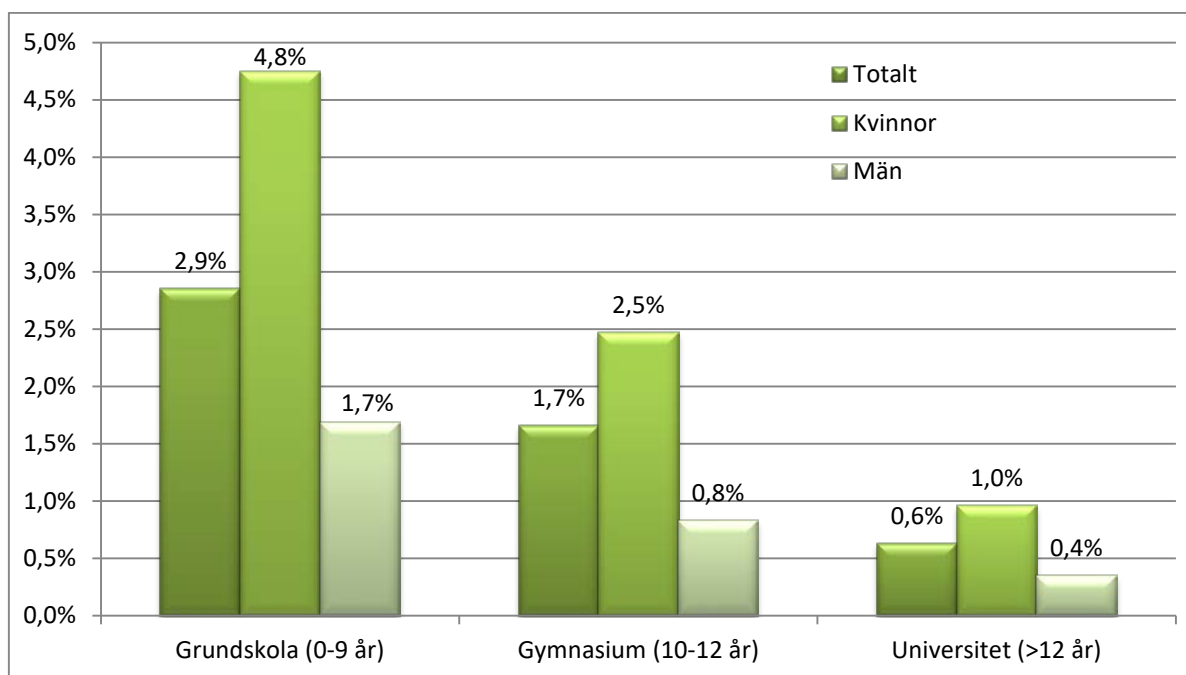


Figur 53: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på typ av boenderegion.

Likaså var det minst antal personer som hade SA som endast hade grundskoleutbildning (Figur 54), medan andelen med SA var störst bland dem (Figur 55). Minst var andelen med SA bland dem med universitetsutbildning.

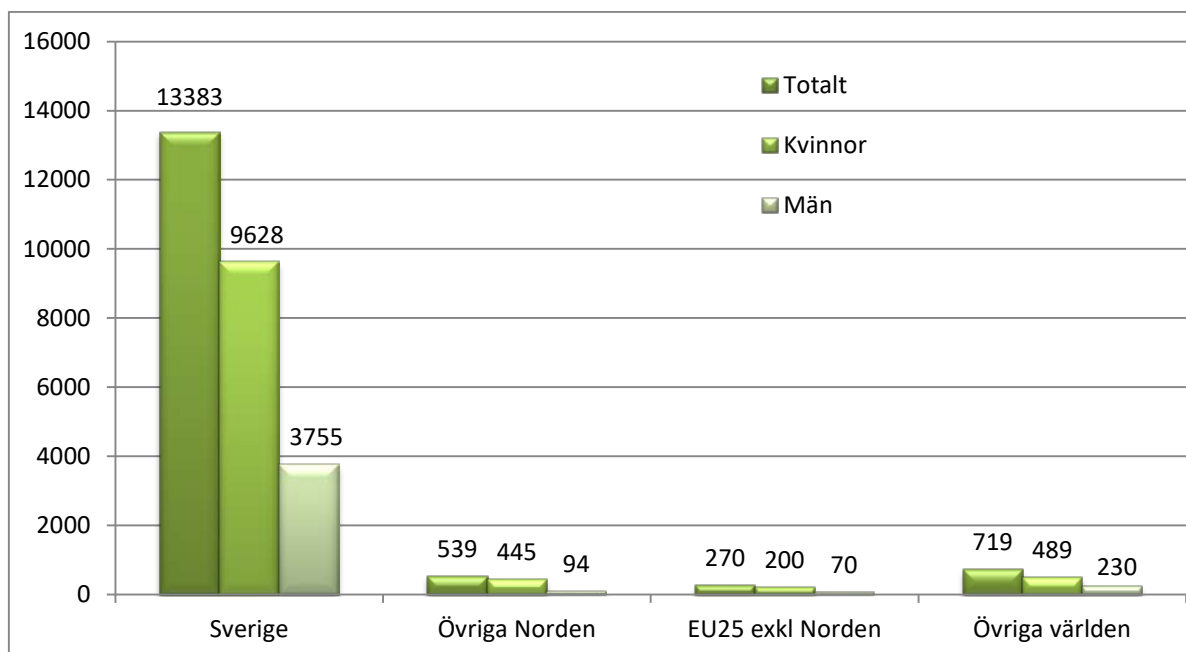


Figur 54: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning uppdelat på högsta utbildningsnivå.

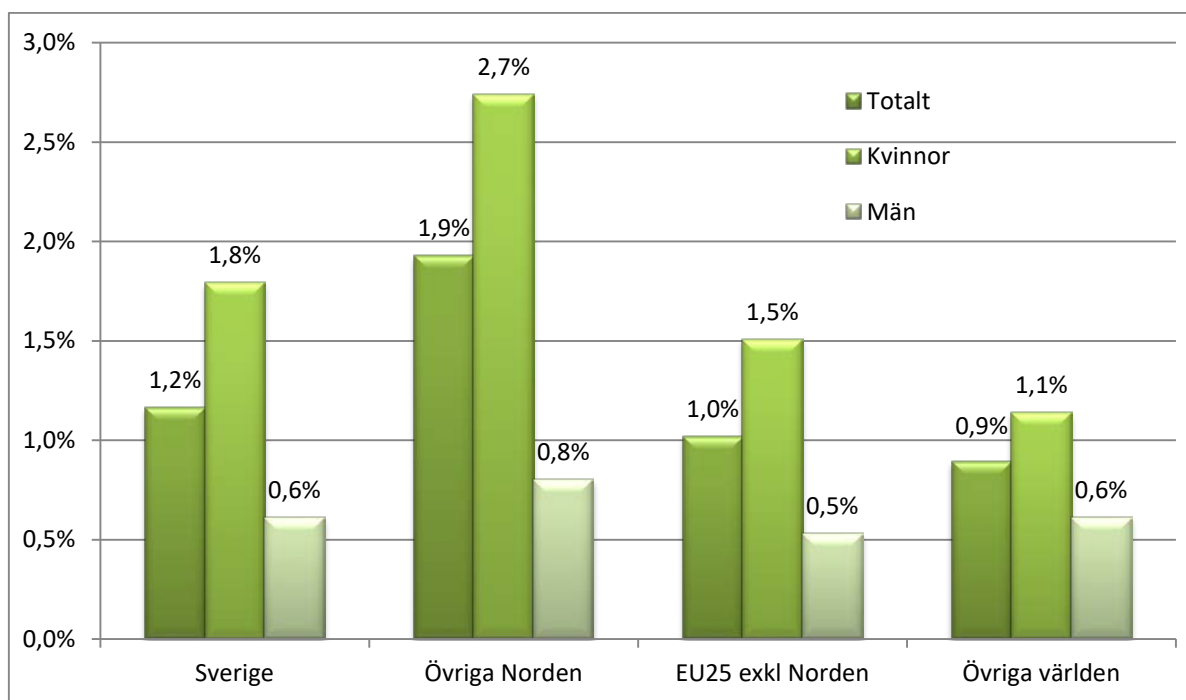


Figur 55: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Till antal var det överväldigande flest personer som var födda i Sverige som hade SA (Figur 56), medan andelen var störst bland personer födda i övriga Norden, totalt liksom bland både kvinnor och män (Figur 57).

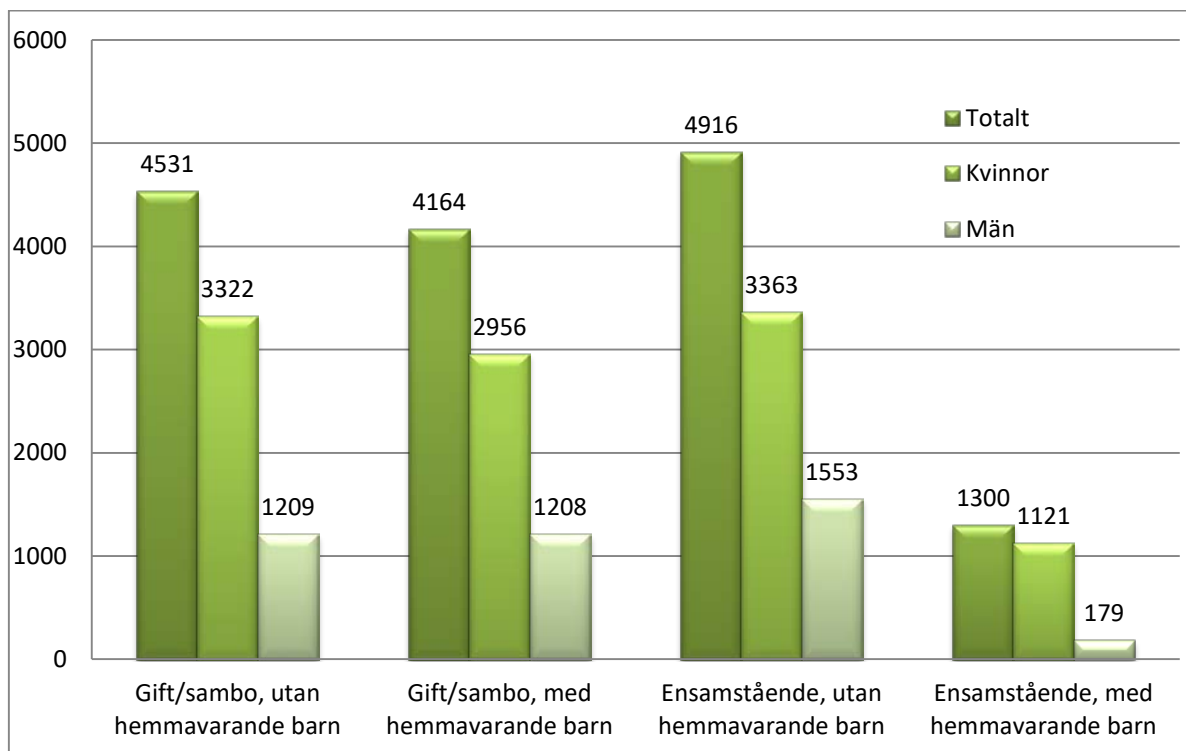


Figur 56: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på födelseland.

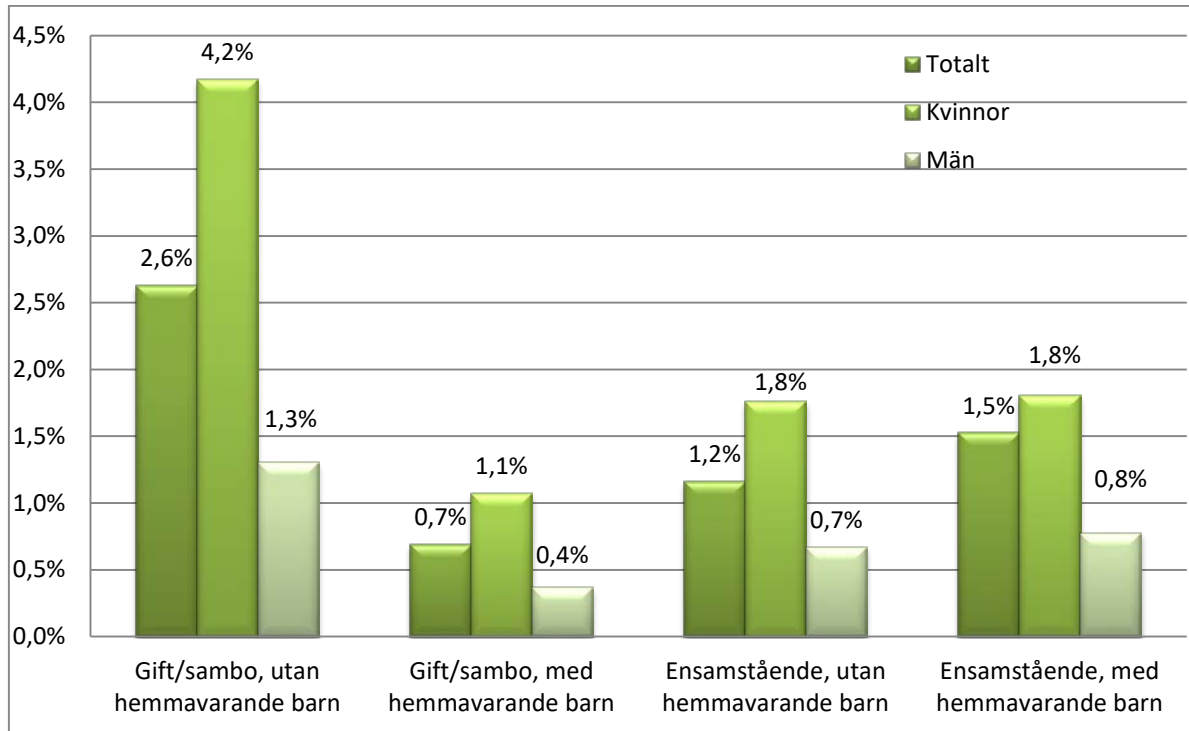


Figur 57: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på födelseland.

Till antalet var det något fler med SA bland personer som var ensamstående utan hemmavarande barn, bland både kvinnorna och männen (Figur 58). Däremot var det klart störst andel som hade SA bland dem som var gifta/sambo utan att ha hemmavarande barn (Figur 59), totalt liksom bland både kvinnor och män. Minst andel fanns bland män som var gifta/sambo och hade hemmavarande barn.



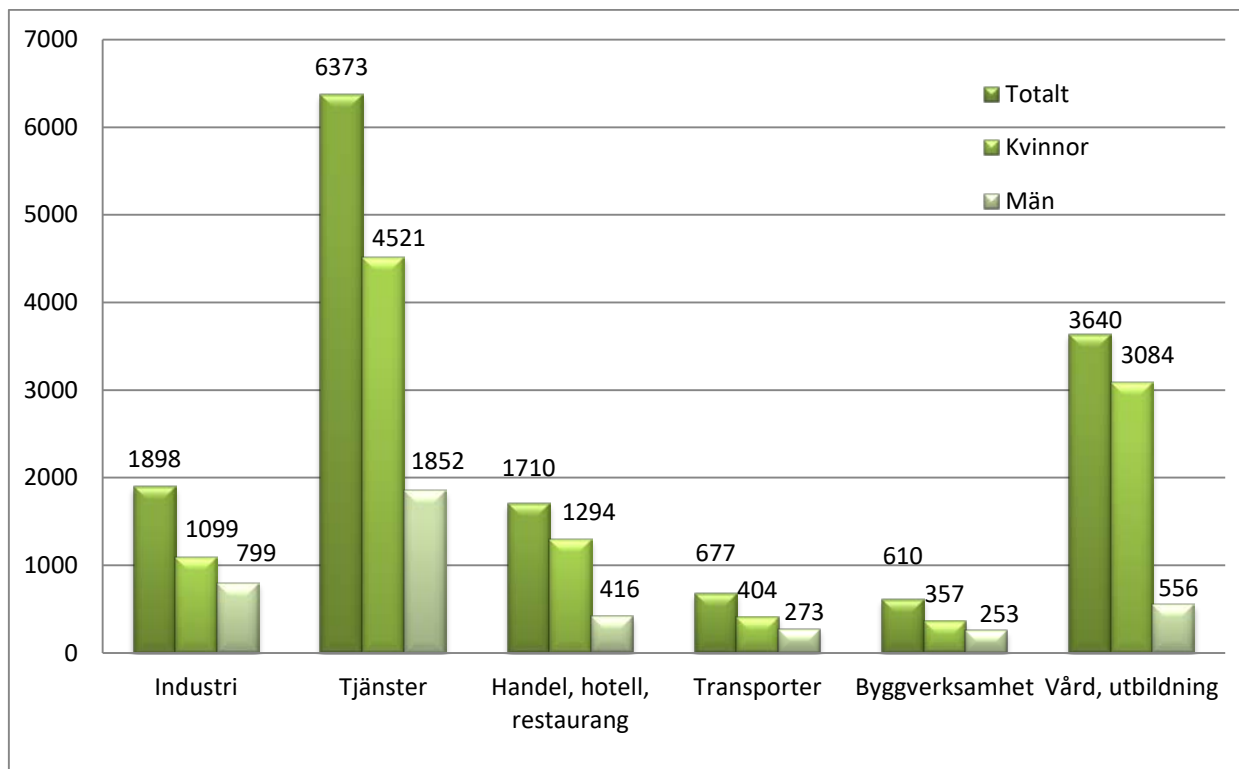
Figur 58: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på familjesituation.



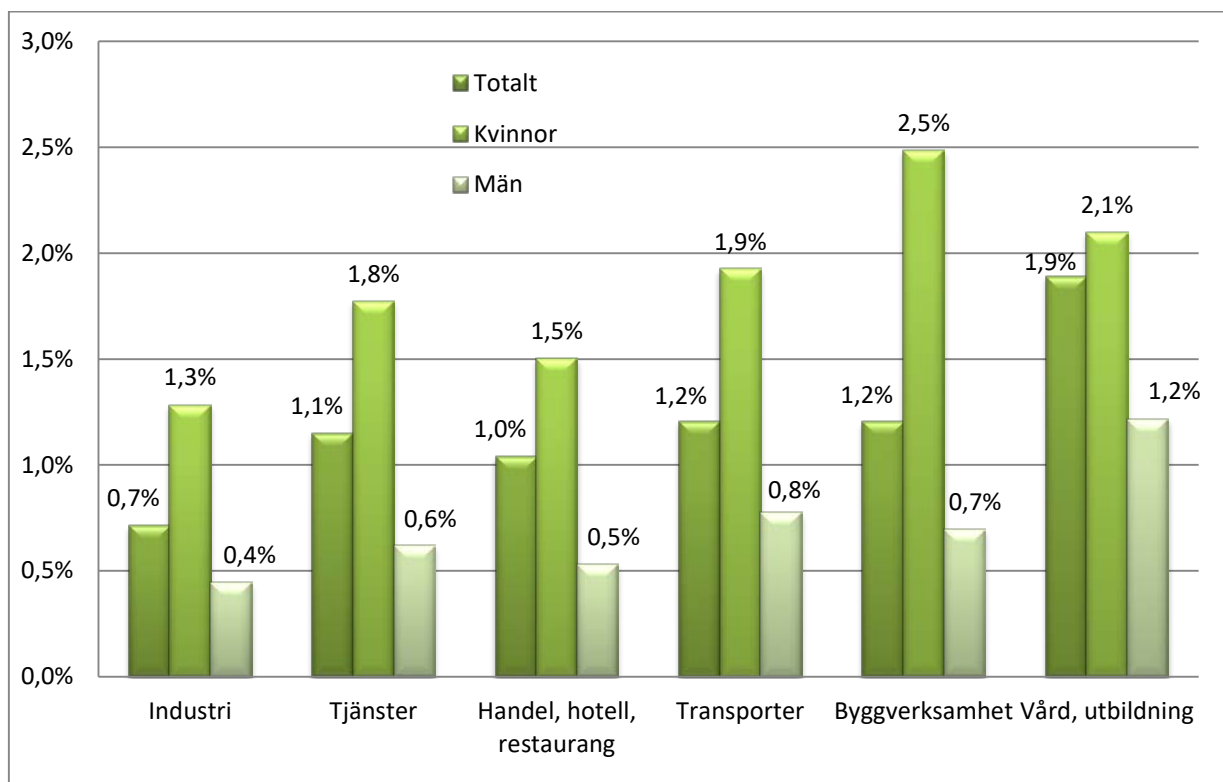
Figur 59: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på familjesituation.

Sjuk- och aktivitetsersättning i olika näringsgrenar

I Figur 60 visas antal och i Figur 61 andel med SA, uppdelat på näringsgren. Flest med SA fanns i tjänsteverksamhet och minst antal inom byggverksamhet. Byggverksamhet hade dock störst andel med SA (2,5 %), bland kvinnorna anställda där. Vård och utbildning hade störst andel män med SA (1,2 %), och det var även den näringsgrenen med störst andel med SA i hela populationen (1,9 %). I alla sex näringsgrenar hade större andel kvinnor SA än män, och den minsta andelen för kvinnor (industri, 1,3 %), var större än den största andelen för män (vård och utbildning, 1,2 %).



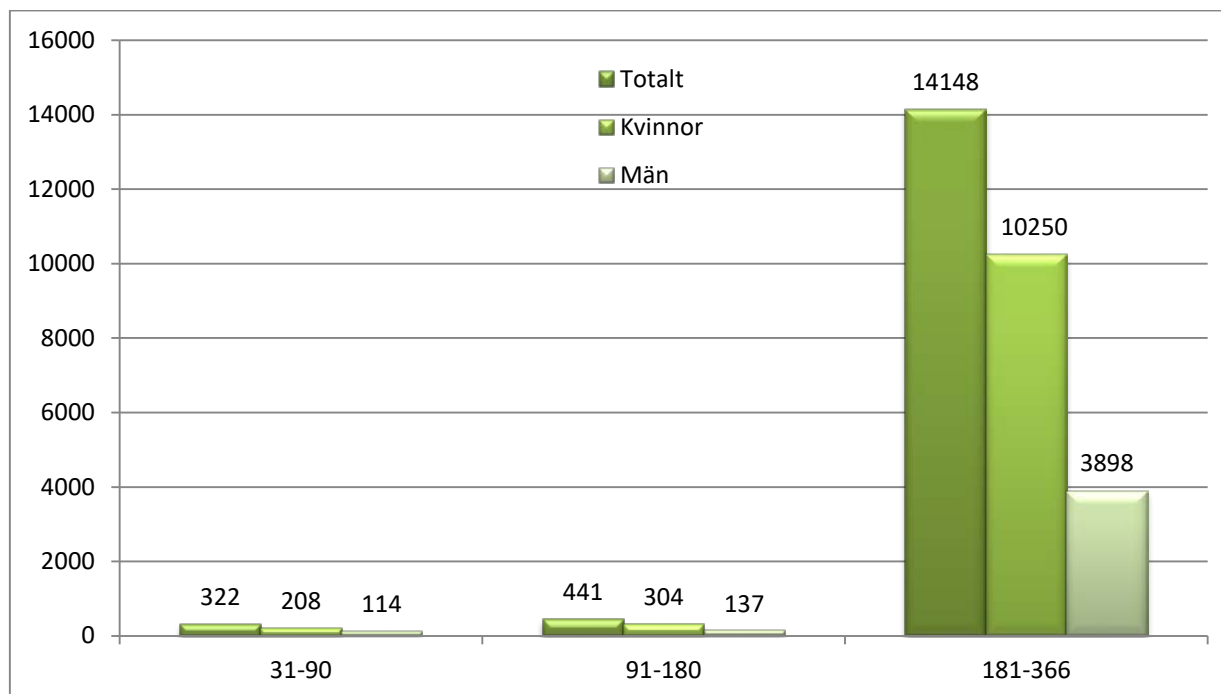
Figur 60: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på näringsgren.



Figur 61: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på näringsgren.

Antal sjuk- och aktivitetsersättningsdagar

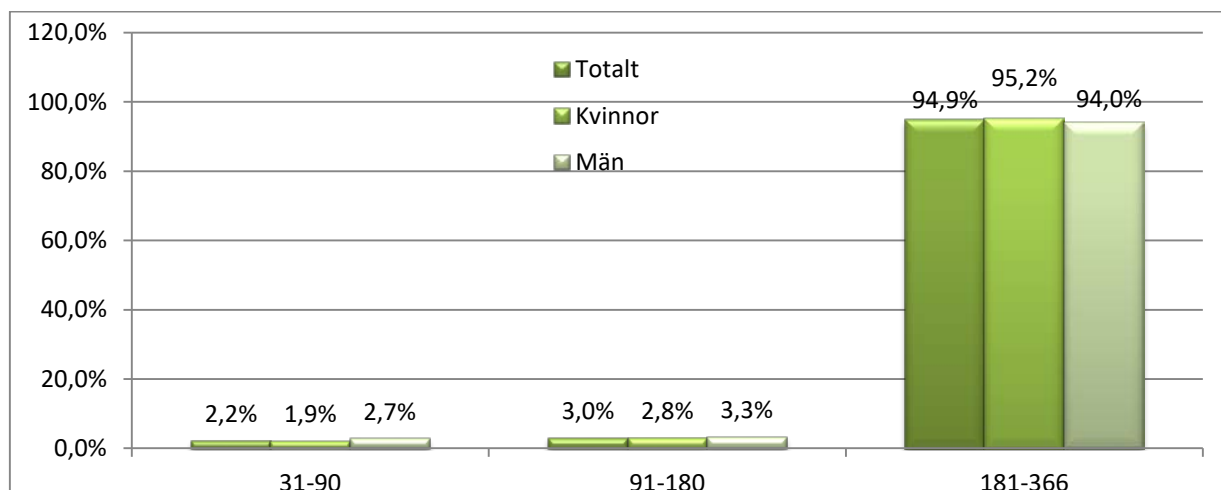
De allra flesta personer som hade SA, hade detta under fler än 181 dagar under året (Figur 62). Eftersom SA beviljas på permanent basis bland dem som är över 29 år gamla tyder detta på att de flesta hade SA redan innan 2012 eller beviljades det under årets första hälft.



Figur 62: Antal personer med olika antal bruttodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning under 2012⁶.

Antal SA-dagar per person med SA

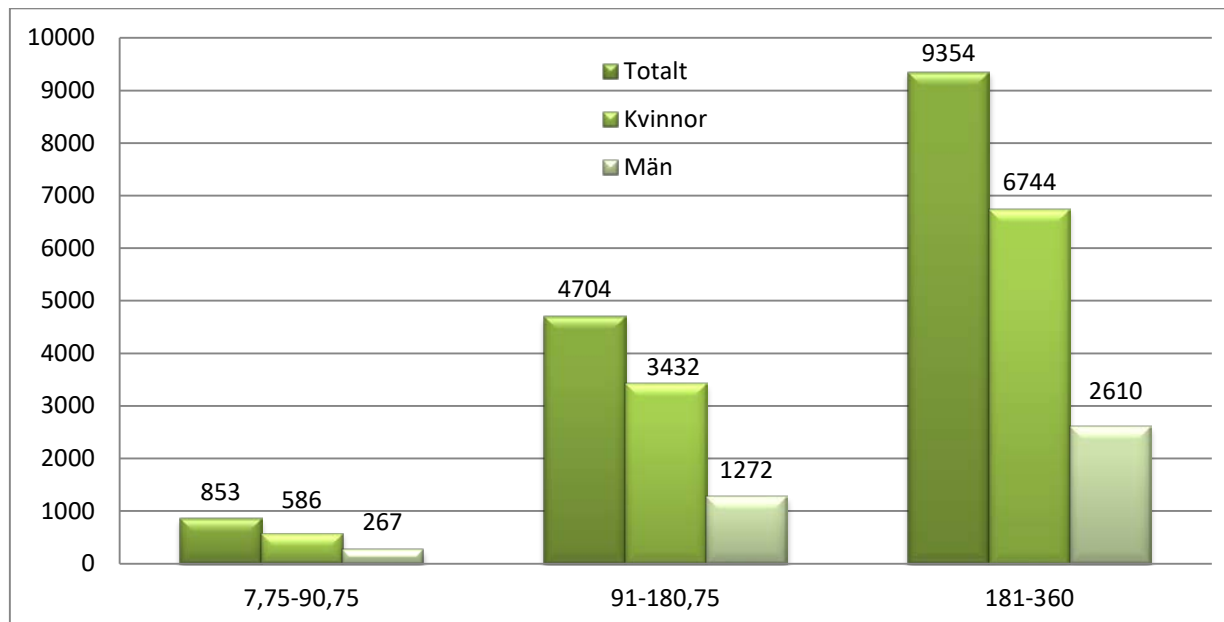
I Figur 63 visas motsvarande andel personer med olika antal bruttodagar med SA bland de personer som hade SA.



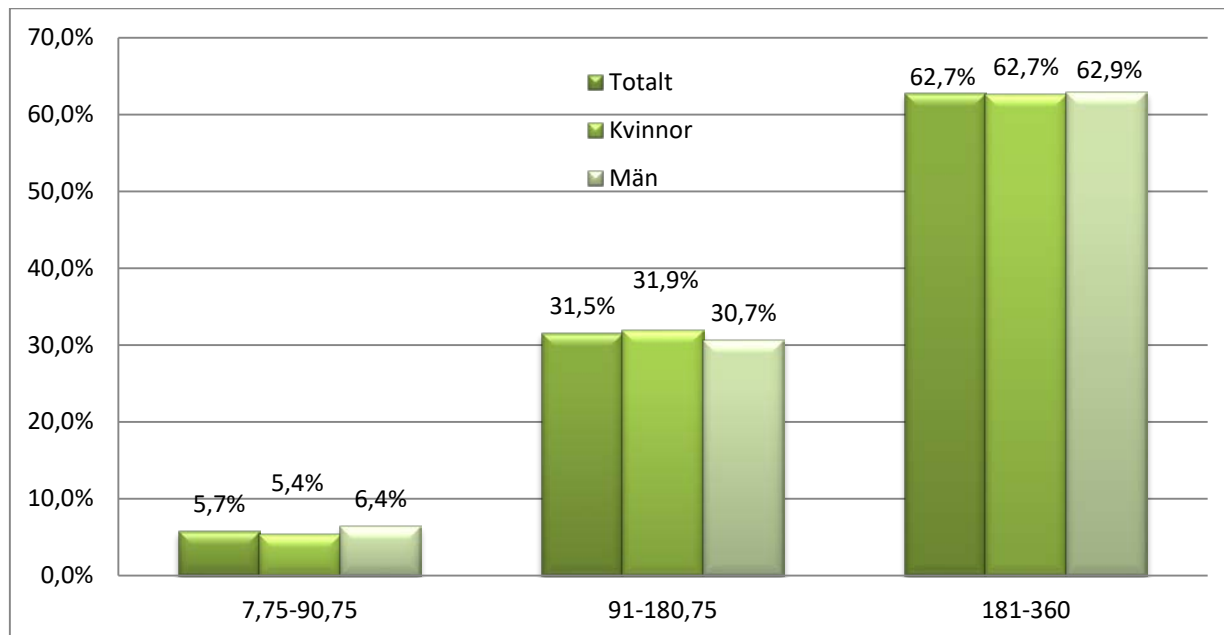
Figur 63: Andel personer med olika antal bruttodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA), bland dem med SA.

⁶ Eftersom SA beviljas per månad är 31 det lägsta antal bruttodagar någon kan ha under ett år – antingen om personen beviljas SA i december, eller om personen har aktivitetsersättning som upphör i januari månad.

Omräknat till nettodagar, dvs., att bruttodagar på deltid räknas om till motsvarande hela dagar, var det också flest personer som hade 181 dagar eller fler under året både till antal (Figur 64) och till andel (Figur 65). Räknat på nettodagar var det också en betydlig andel som hade SA 91-180,75 dagar. Det innebär att det var många som hade SA på deltid. Detta är förväntat, eftersom personer med SA på heltid under hela 2012 exkluderats ur denna studie.



Figur 64: Antal personer med olika antal nettodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA).



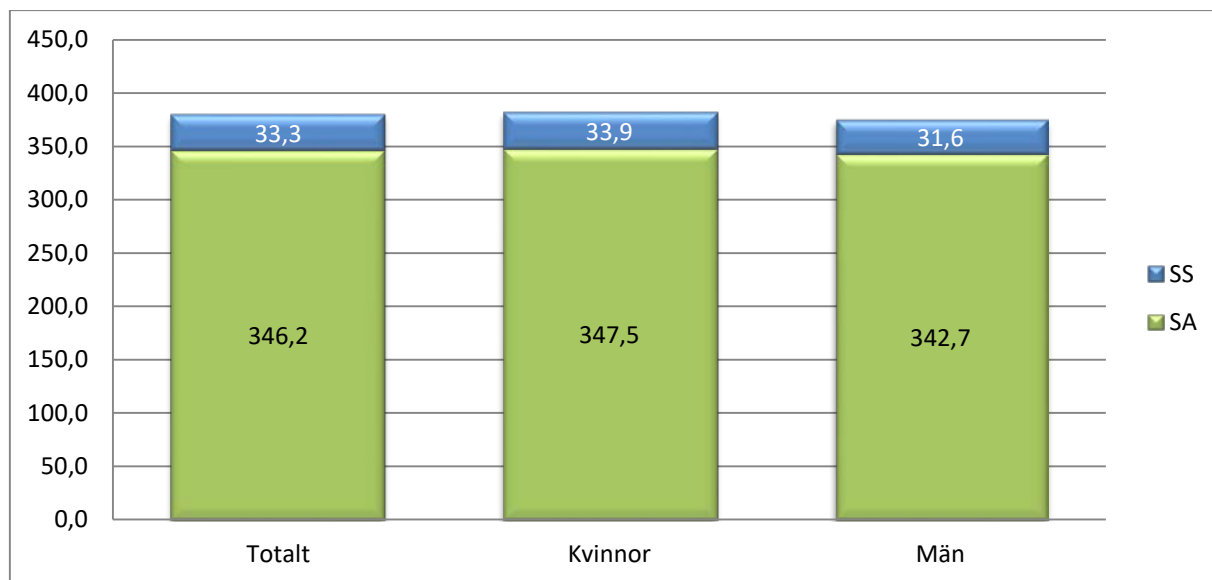
Figur 65: Andel personer med olika antal nettodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under 2012, bland dem med SA.

Antal dagar med sjukpenning + SA per person med SA

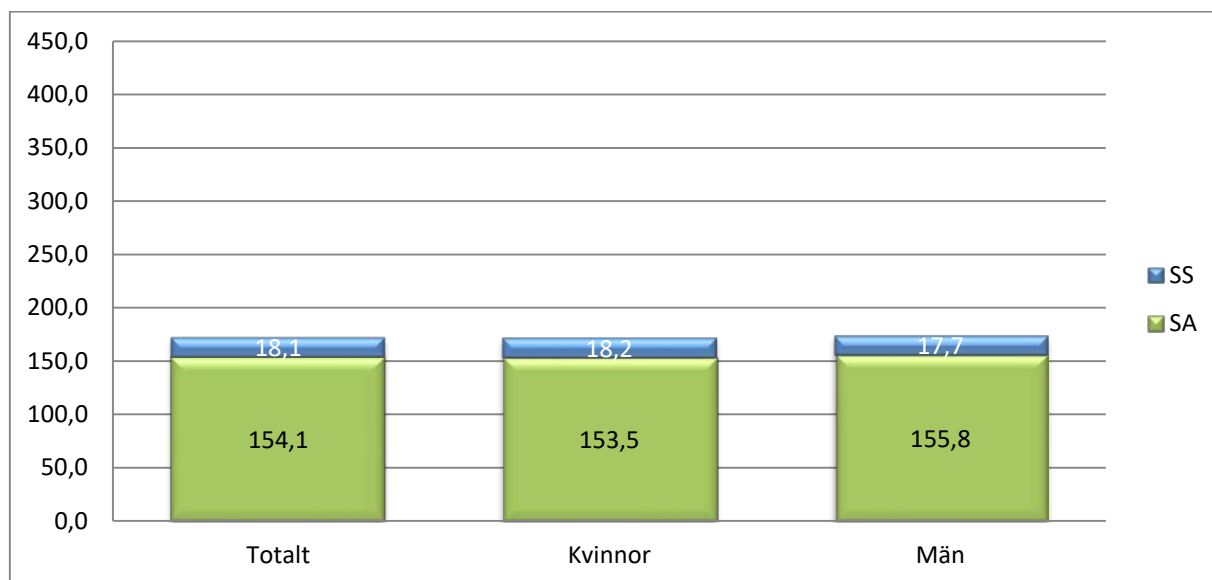
Nedan visas medelantalet bruttodagar (Figur 66) och medelantalet nettodagar (Figur 67) med sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med SA. De som hade

SA hade betydligt färre sjukskrivningsdagar, både netto och brutto. Det var dock högre medelantal sjukpenningdagar bland dem med SA än i studiepopulationen i stort (se t.ex. Figur 21 och Figur 22 för medelantalet dagar per anställd uppdelat på diagnosgrupp), men lägre än brutto- och nettoantalet dagar med sjukpenning bland de sjukskrivna; Medelantalet bruttodagar med sjukpenning per sjukskriven person var 80,16 och medelantalet nettodagar var 60,68 (Tabell 4 – Tabell 10, sidorna 76-82).

Det var också stora skillnader mellan brutto- och nettodagar – medelantalet bruttodagar var över dubbelt så stort som medelantalet nettodagar.



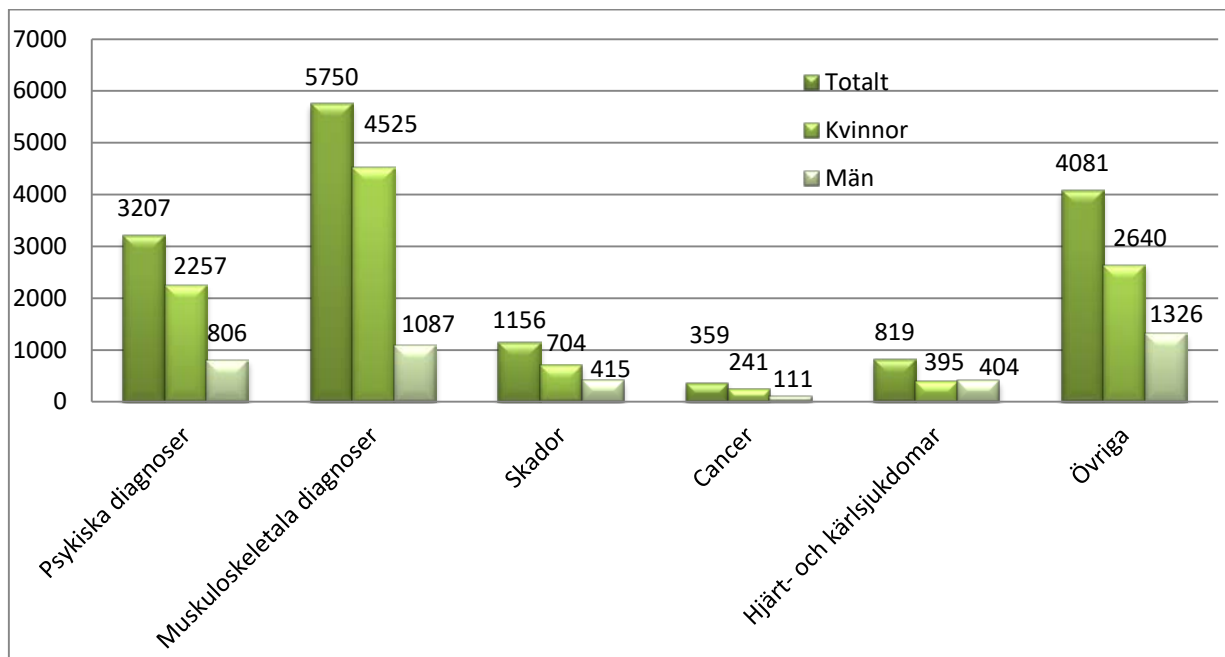
Figur 66: Medelantal bruttodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med SA.



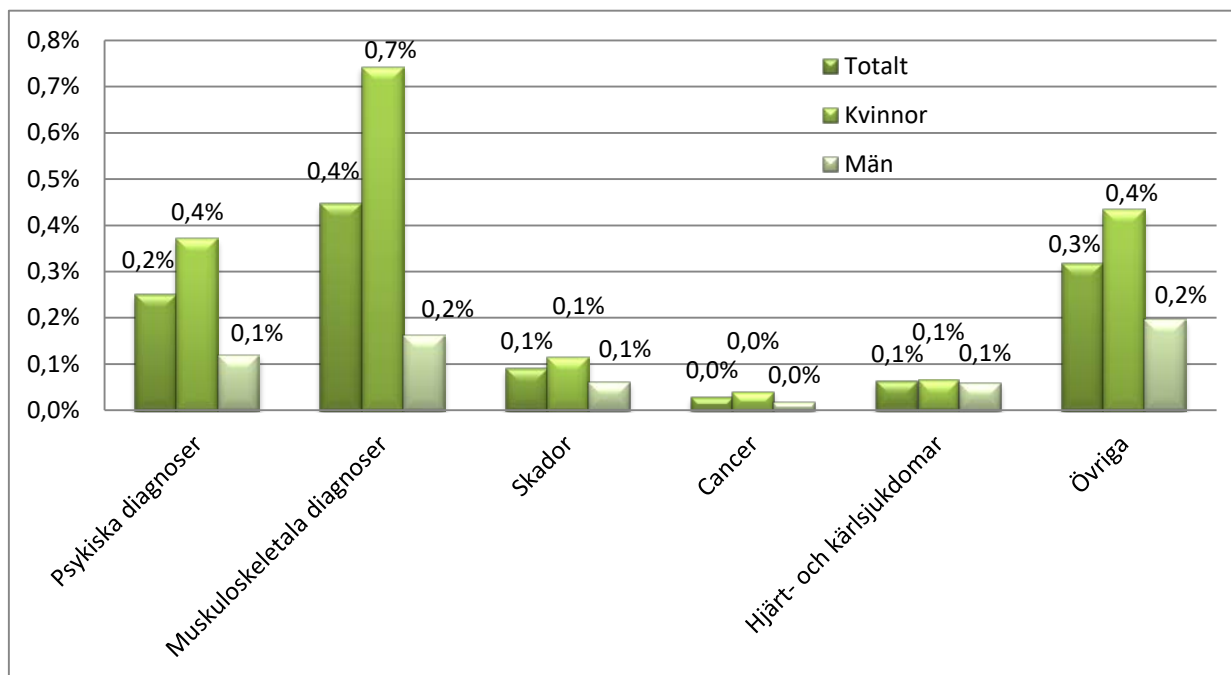
Figur 67: Medelantal nettodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), per person med SA.

Sjuk- och aktivitetsersättning i olika diagnoser

I Figur 68 visas antal personer med SA inom olika diagnosgrupper. Muskuloskeletala diagnoser var den vanligaste kategorin bland både kvinnor och män, följt av psykiska diagnoser. Gruppen övriga diagnoser var också en stor diagnosgrupp. I alla diagnoser utom hjärt- och kärlsjukdomar var det fler kvinnor än män till antal. I Figur 69 visas andel personer med SA inom olika diagnoser. Liksom i antal var det störst andel personer med SA i muskuloskeletala diagnoser, följt av gruppen övriga diagnoser och psykiska diagnoser. Andelen kvinnor var större än andelen män i samtliga diagnosgrupper, med undantag av cancer, där det inte var någon signifikant skillnad mellan kvinnor och män.



Figur 68: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning inom respektive diagnosgrupp.



Figur 69: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning inom respektive diagnosgrupp.

Sammanställning av medelantal dagar med sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning i olika diagnoser

Nedan relateras tjänstemännens medelantal dagar med sjukpenning och med SA i olika diagnoser till olika grupper, dvs. de ställs i relation till olika nämnare, först till samtliga anställda, sedan till samtliga sjukskrivna och sist till samtliga med sjukskrivning och/eller SA.

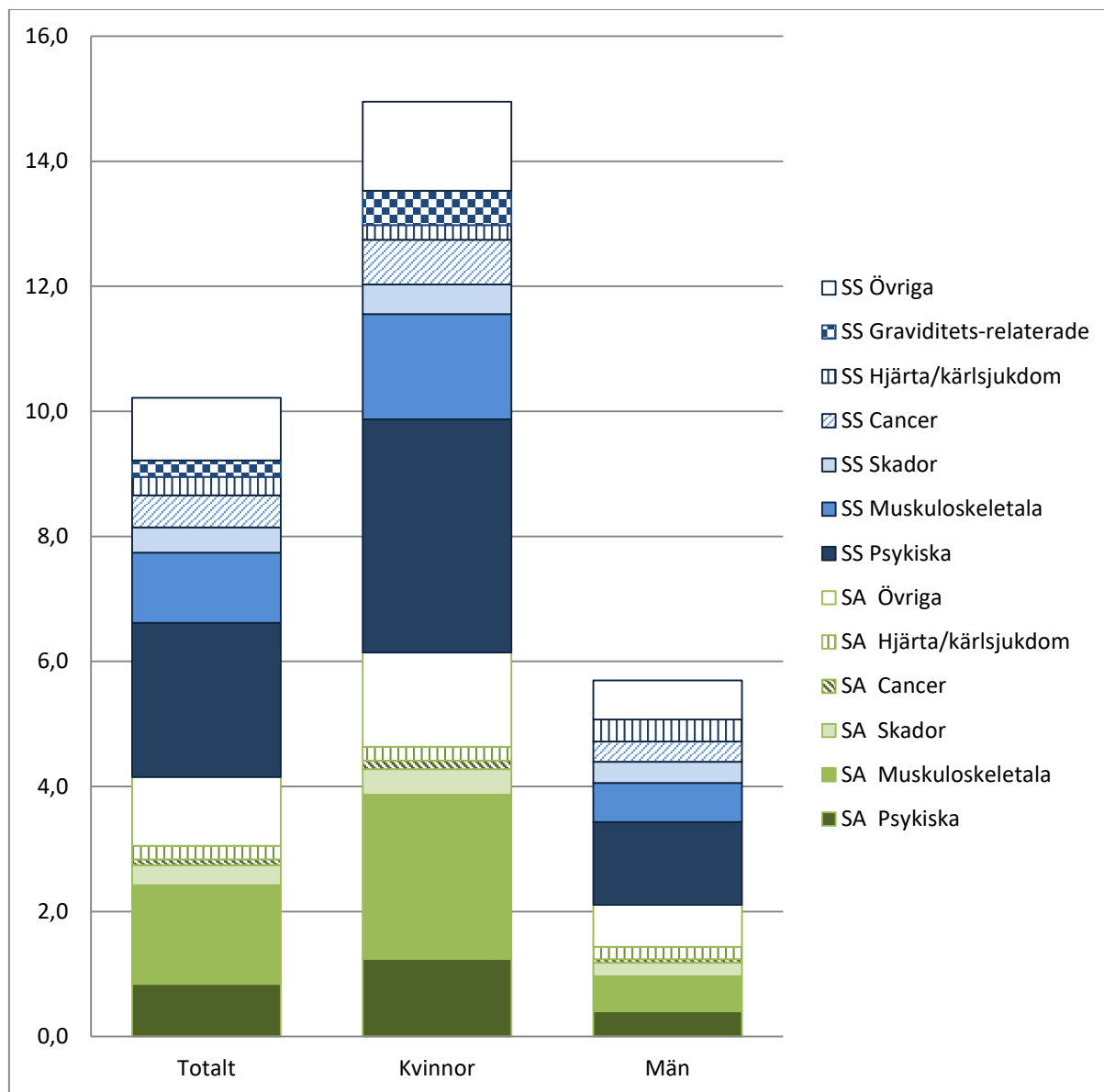
Sjukpenning och SA-dagar per anställd

I följande två figurer visas medelantal dagar med sjukpenning och med SA i olika diagnoser som andel av medelantal dagar per anställd (1 283 516 personer).

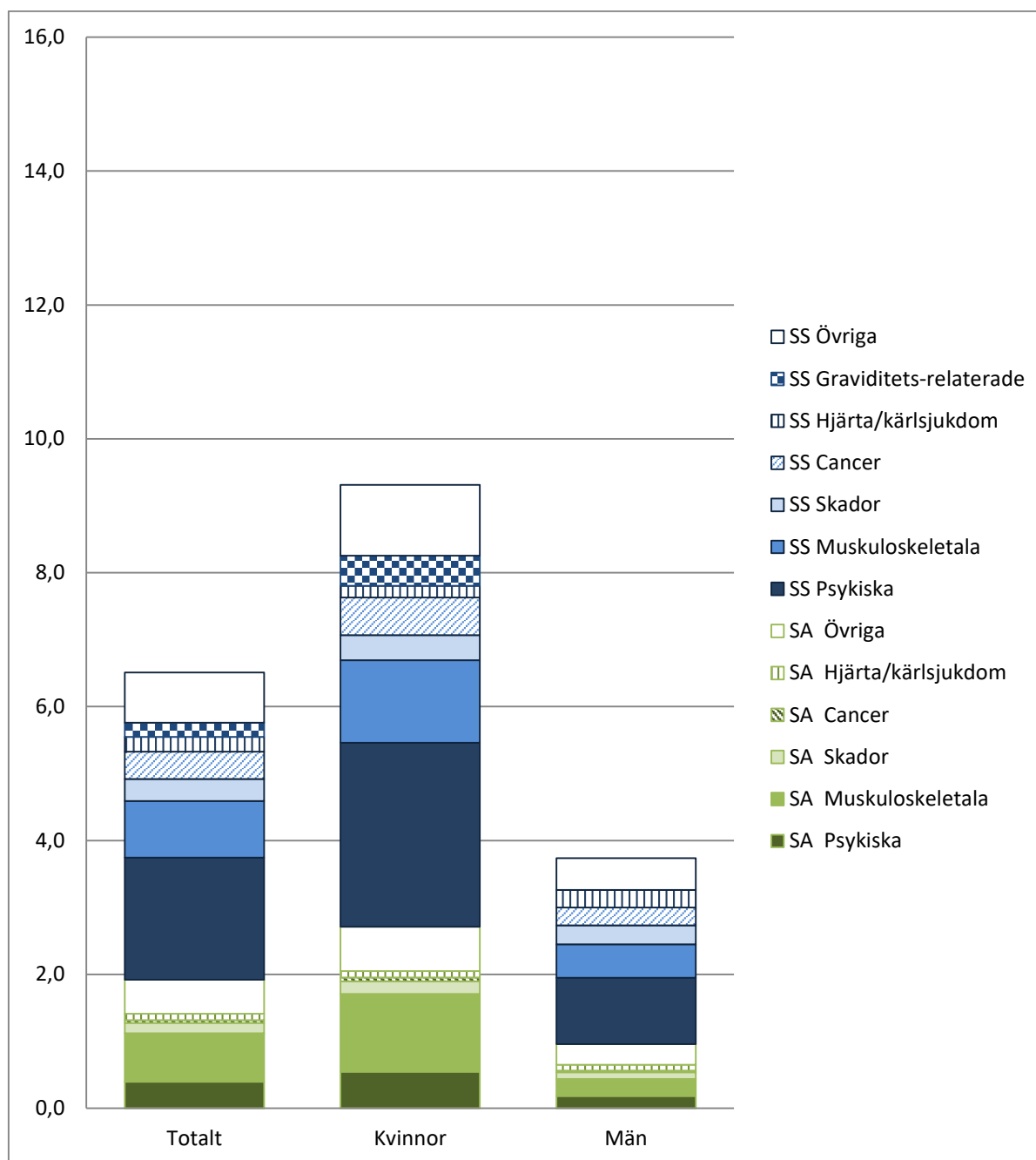
I Figur 70 (bruttodagar) och Figur 71 (nettodagar) visas att psykiska diagnoser var den diagnosgrupp med högst medelantal sjukpenningdagar, och de svarade även för en relativt stor andel SA-dagar. Muskuloskeletala diagnoser hade högst medelantal SA-dagar, och även relativt stor andel sjukpenningdagar, både gällande brutto- och nettodagar. Cancer, skador, och hjärt-kärlsjukdom svarade för en mycket mindre andel dagar, både gällande sjukpenning och SA. Dock svarade de för en något större andel sjukpenningdagar än SA-dagar. Graviditetsrelaterade diagnoser svarade också för en ganska liten del av kvinnors sjukpenningdagar.

Dagar med SA uppgick till strax under hälften av alla bruttodagar och ca en tredjedel av alla nettodagar när sjukpenning- och SA-dagar slås ihop. Som i tidigare figurer, var antalet nettodagar betydligt färre än antalet bruttodagar.

Kvinnor hade fler medelantal dagar med såväl sjukpenning som SA än män hade. Även andelen SA-dagar var större bland kvinnor än bland män. Kvinnor hade mer än dubbelt så många dagar med sjukpenning och SA (både brutto och netto) än män.



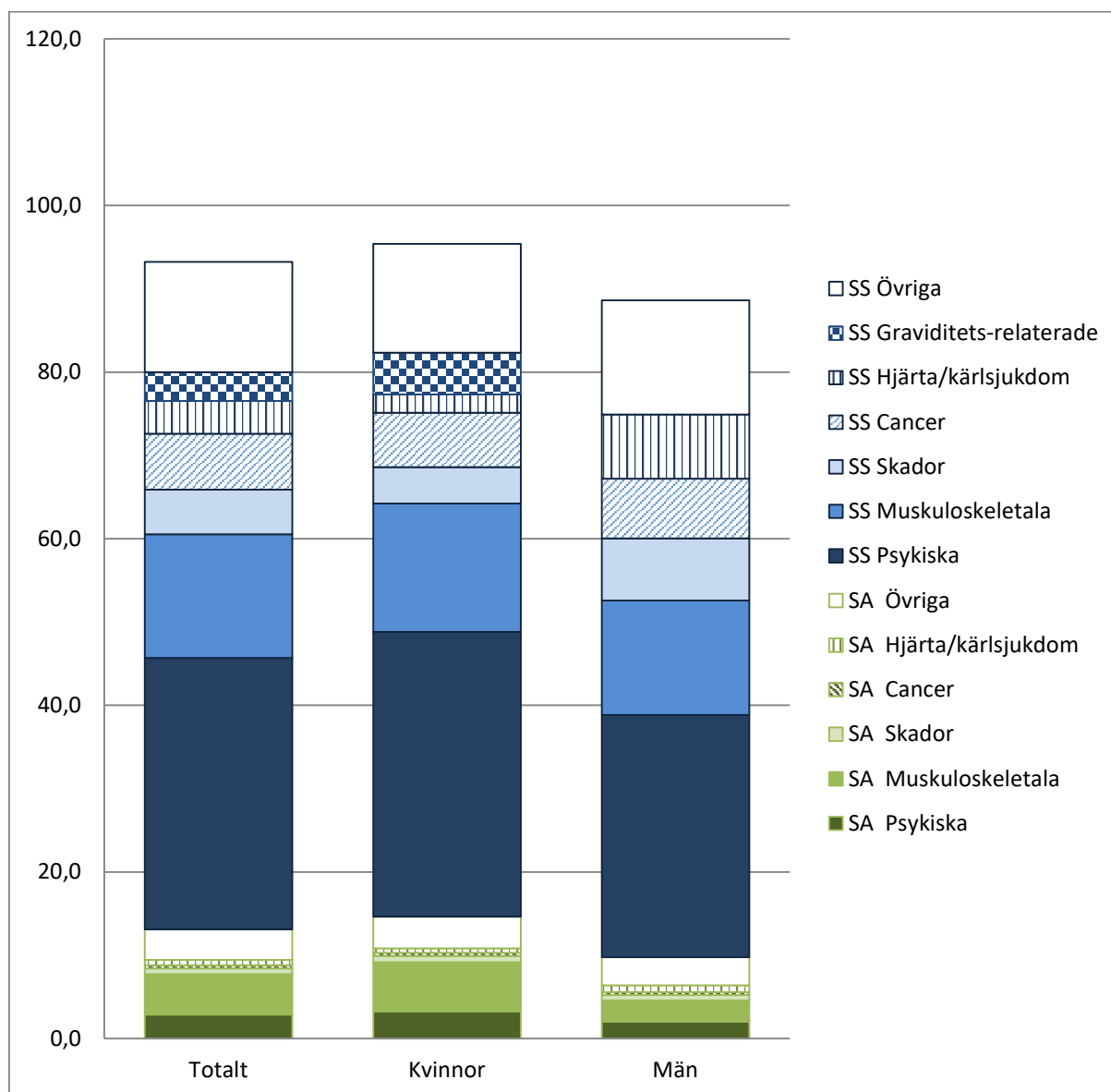
Figur 70: Medelantal bruttodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd 2012, i olika diagnoser (n=1 283 516).



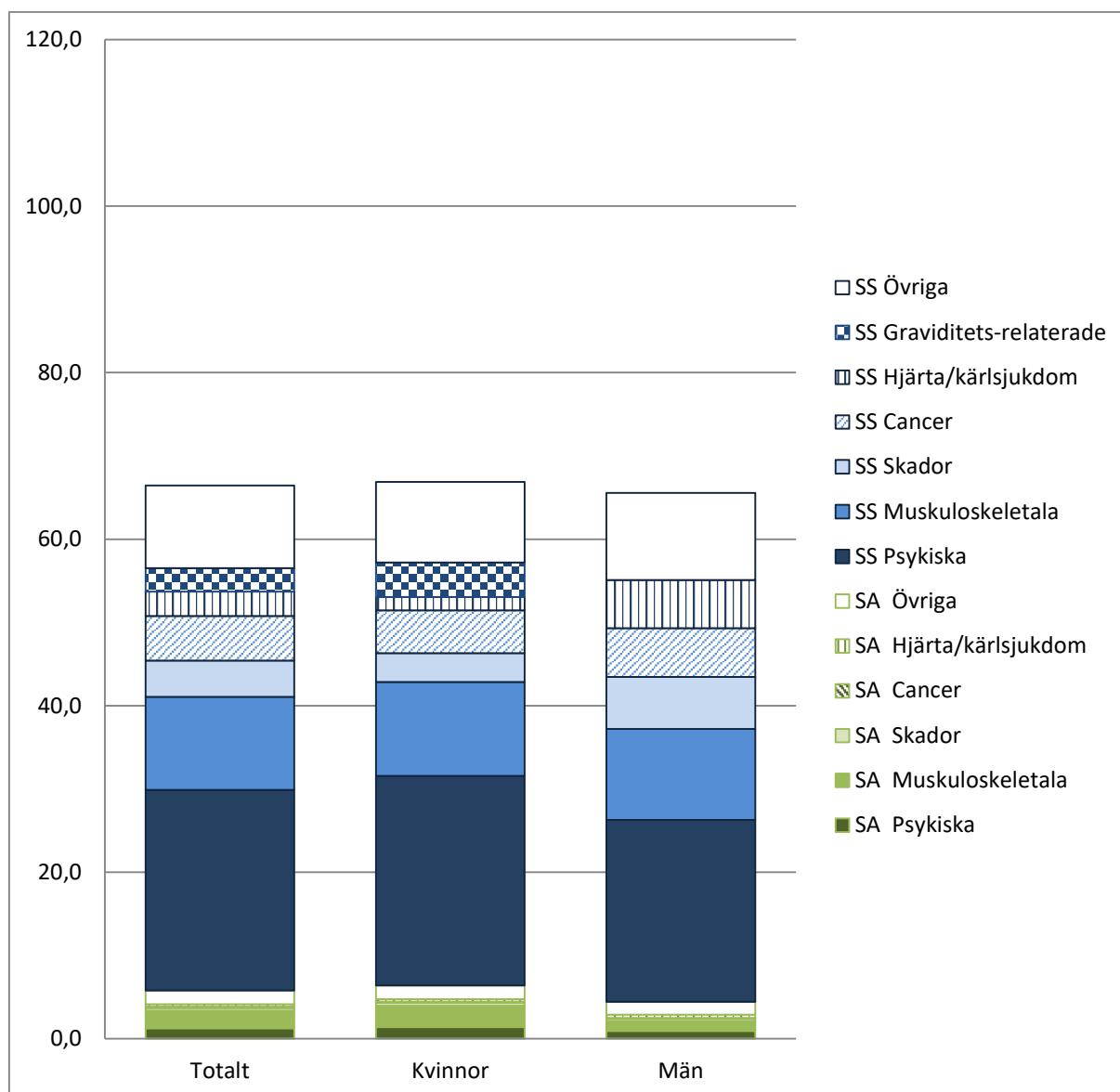
Figur 71: Medelantal nettodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd 2012, i olika diagnoser (n=1 283 516).

Sjukpenning och SA-dagar per sjukskriven

När medelantalet dagar med sjukpenning respektive SA istället relateras till dem som var sjukskrivna någon gång under året (97 102 personer), dvs. de sätts i nämnaren istället för alla anställda, fås en något annorlunda bild både sett till bruttodagar (Figur 72) och till nettodagar (Figur 73). Figur 72 och Figur 73 visar då att skillnaderna mellan kvinnor och män i medelantal dagar var betydligt mindre, både sett till brutto- och till nettodagar. Den skillnad som syns beror till stor del på de dagar kvinnor hade i graviditetsrelaterade diagnoser. SA svarade för en mindre andel dagar än sjukpenning av totala antalet dagar med sjukpenning och SA.



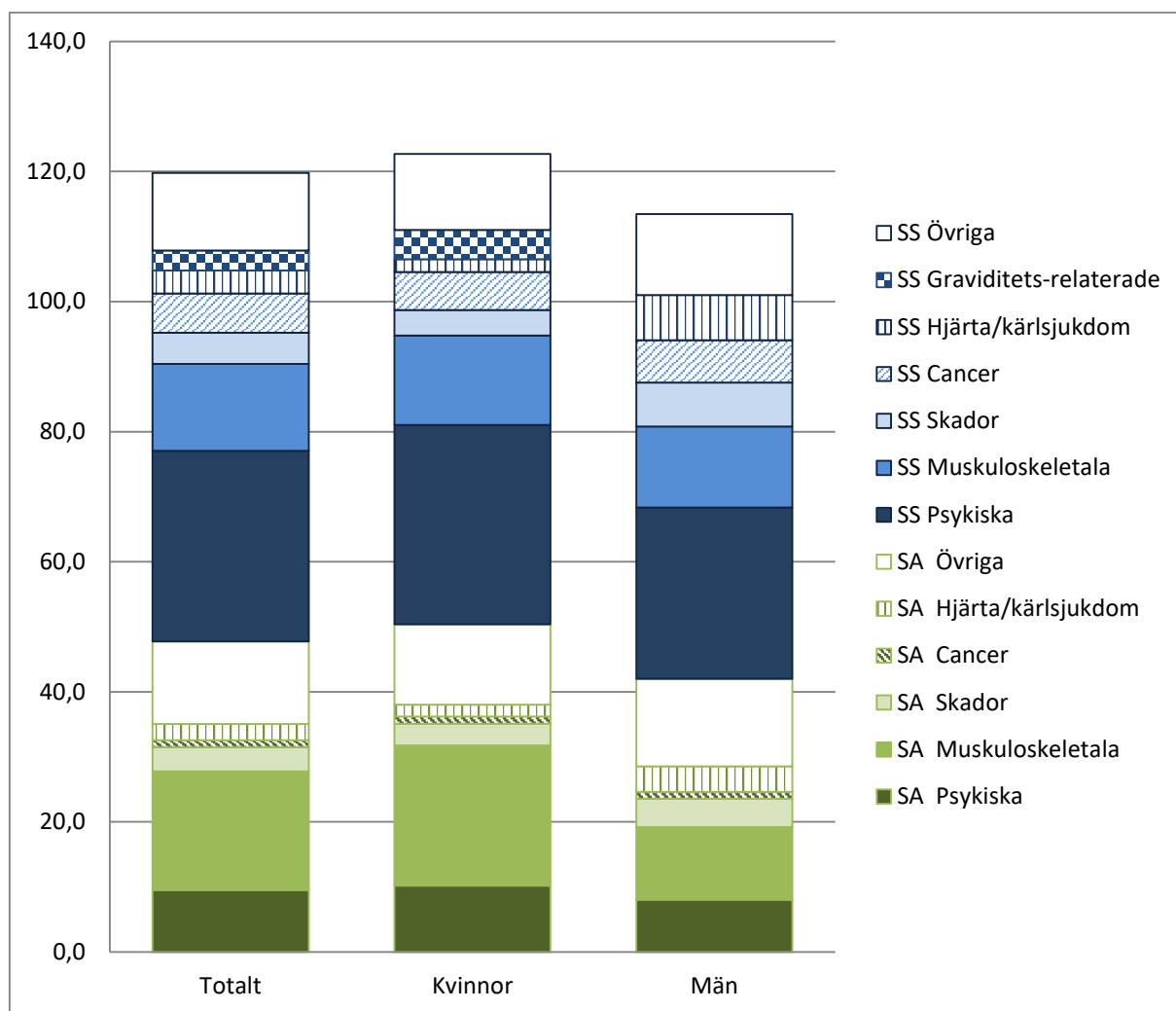
Figur 72: Medelantal bruttodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med sjukskrivning (n=97 102).



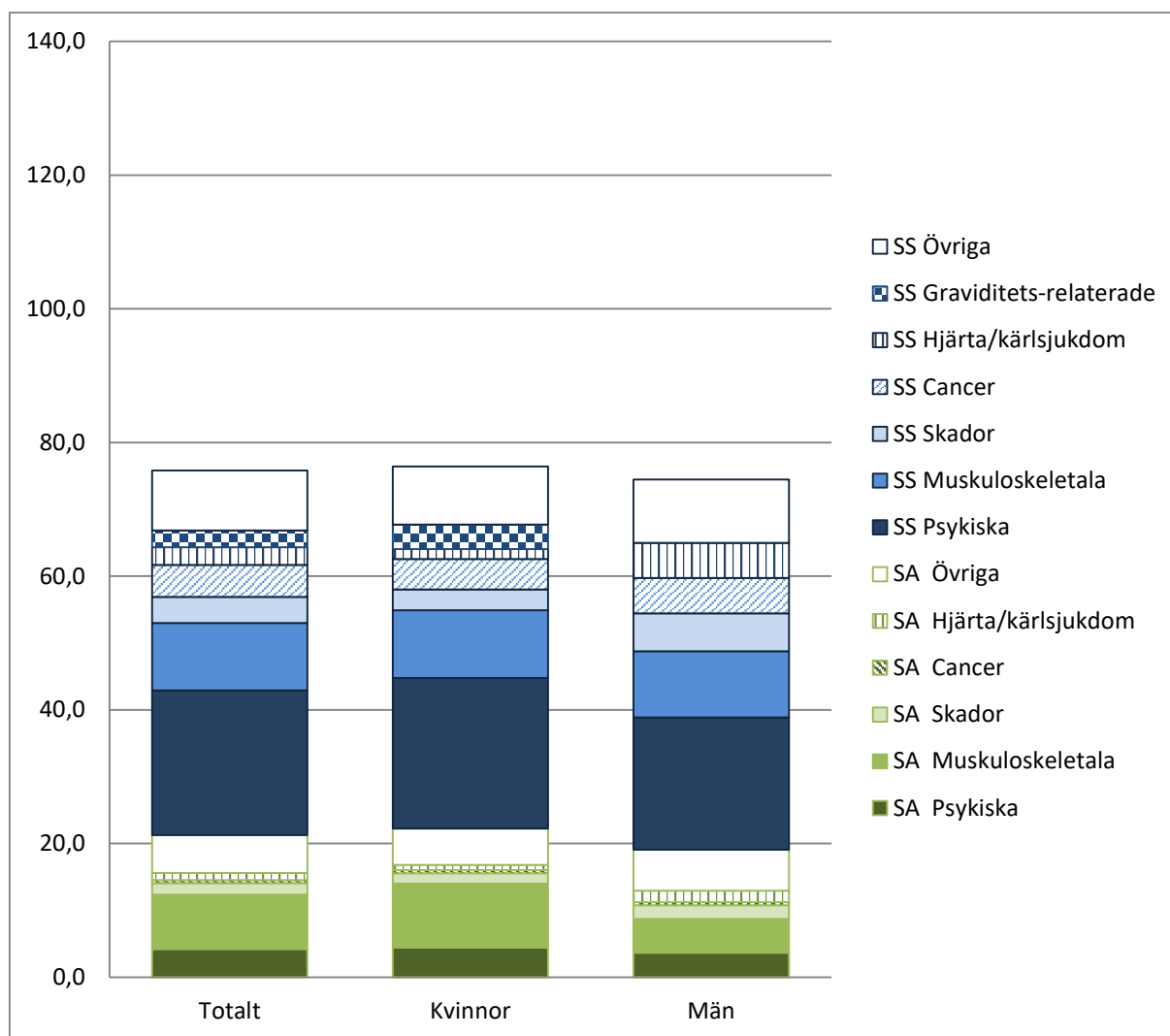
Figur 73: Medelantal nettodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med sjukskrivning (n=97 102).

Sjukpenning och SA-dagar per person med sjukfrånvaro och/eller med SA

När även de med SA tas med i nämnaren, dvs. både de med sjukpenning och de med SA ingår (108 071 personer) (bruttodagar i Figur 74 och nettodagar i Figur 75) var medelantalet dagar något högre än bland endast de sjukskrivna, men långt lägre än medelantalet när endast de personer med SA finns i nämnaren, som i Figur 66 och Figur 67. Även här var könsskillnaderna små, men statistiskt signifikanta (bruttodagar $p < 0,001$, nettodagar $p = 0,001$), och berodde till stor del på de sjukfrånvarodagar kvinnor hade i graviditetsrelaterade diagnoser.



Figur 74: Medelantal bruttodagar sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), per person med sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning (n=108 071).



Figur 75: Medelantal nettodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med sjukskrivning eller SA (n=108 071).

Psykiska diagnoser var de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna och de stod även för flest frånvarodagar. Sjukfrånvaro i cancer, psykiska diagnoser samt hjärt- och kärlsjukdomar tenderade att vara längre än sjukfrånvaro i de andra diagnosgrupperna. Eftersom psykiska diagnoser både var den vanligaste diagnosgruppen och personer med sjukskrivning i psykisk diagnos tenderade att ha många sjukskrivningsdagar under året, svarade psykiska diagnoser för en stor andel av sjukskrivningsdagarna i populationen.

Medelantal dagar med sjukpenning och med SA i olika diagnosgrupper, uppdelat på näringsgren

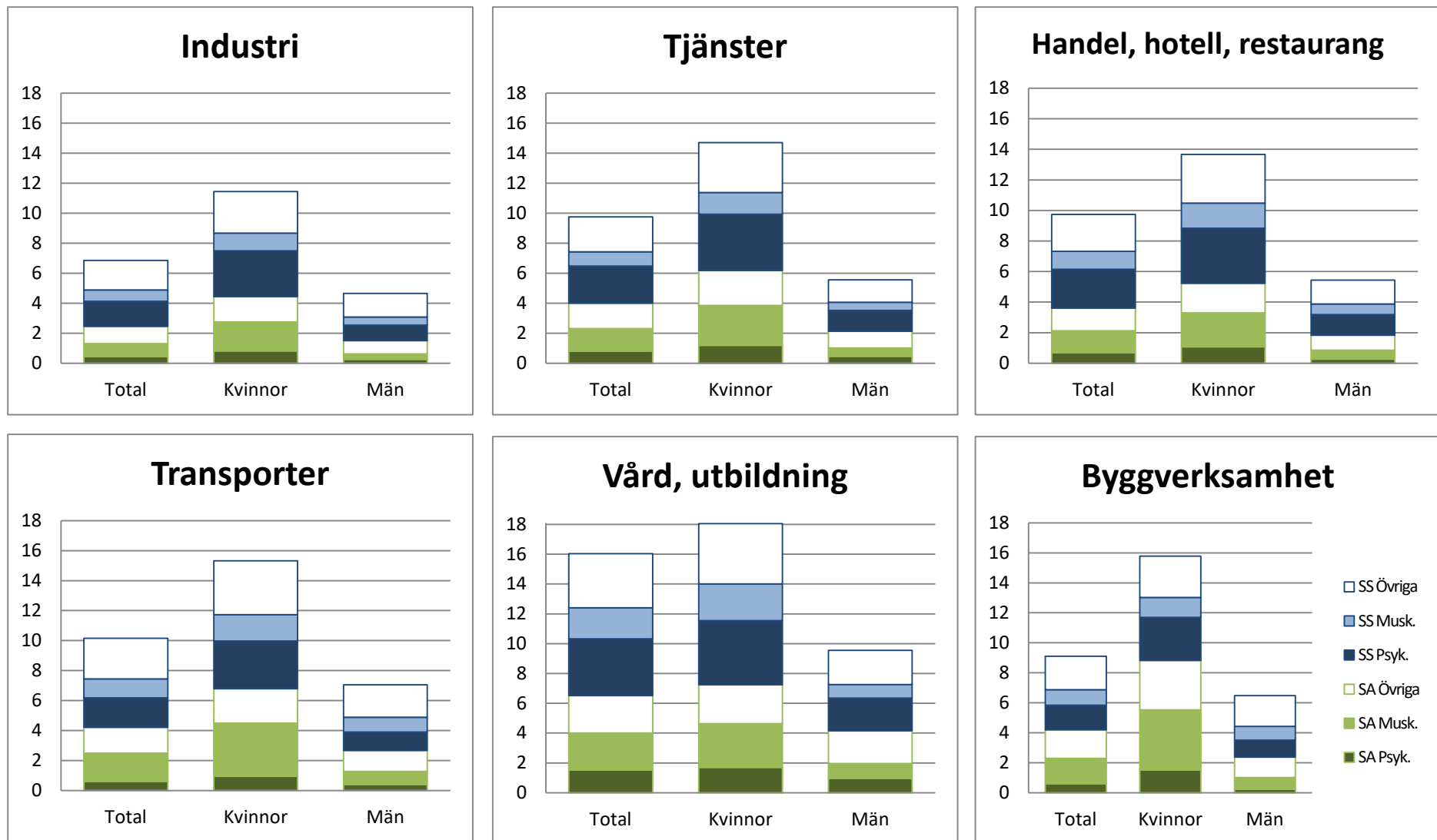
I Figur 76 visas sammanställning av medelantal bruttodagar med sjukpenning och med SA i tre diagnosgrupper (psykiska, muskuloskeletala, och övriga) per anställd, uppdelat på näringsgren. Här redovisas detta alltså i diagnosgrupper på en mindre detaljerad nivå än i tidigare figurer. I Figur 77 visas motsvarande för medelantalet nettodagar – observera att maxantalet dagar på Y-axeln är lägre (12) i den figuren än i Figur 76, där maxantalet är 18 dagar.

Det var flest antal dagar med sjukpenning och SA sammanlagt, per anställd inom vård och utbildning, och minst antal bland dem anställda inom industri. Medelantalet dagar var över dubbelt så högt för dem i vård och utbildning som för dem i industri, både brutto- och nettodagar. Psykiska diagnoser var den sjukskrivningsdiagnos som genererade högst medelantal dagar i alla sex näringsgrenar, däremot var det stora skillnader mellan näringsgrenar.

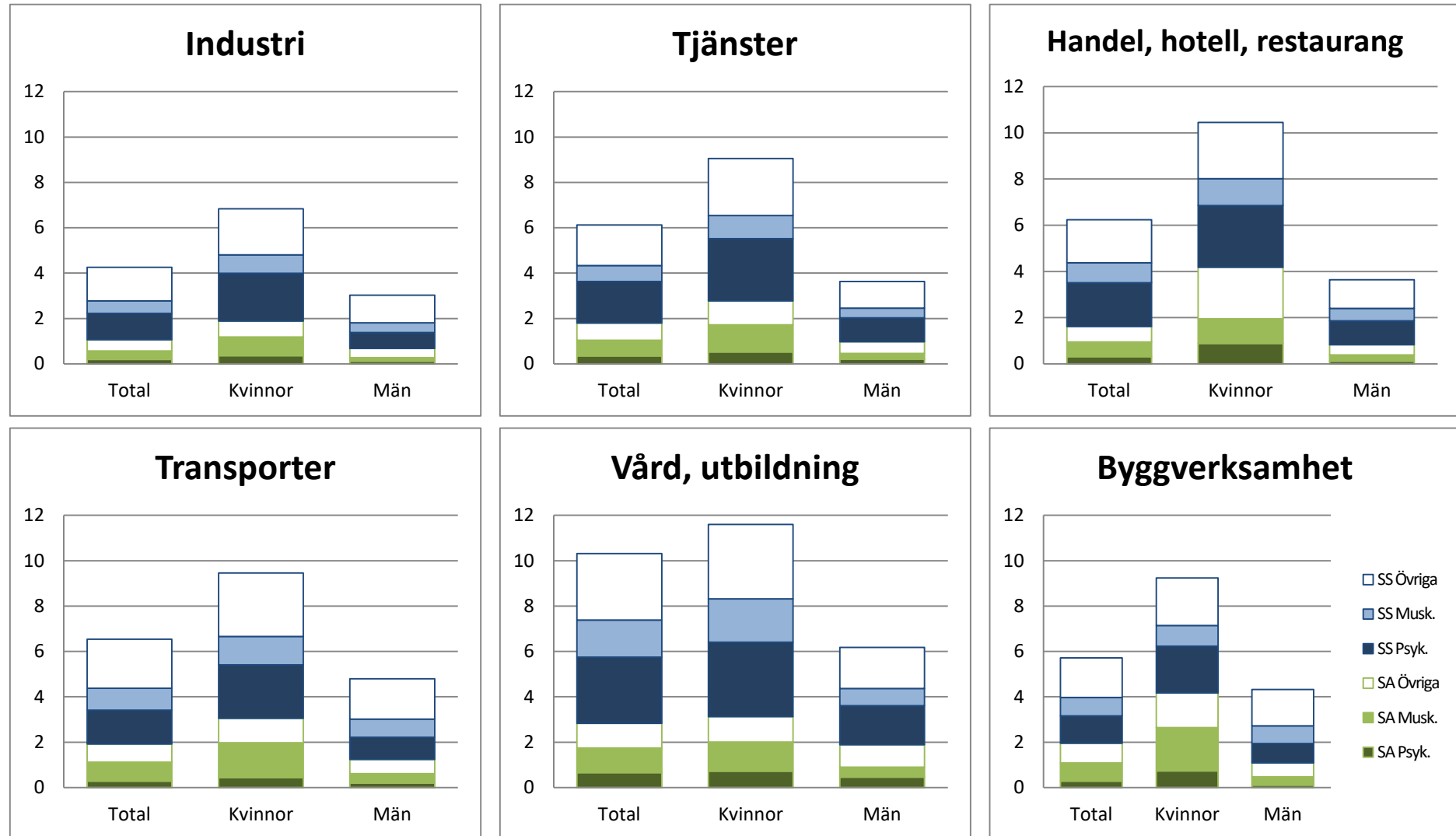
De anställda inom vård och utbildning hade över tre gånger så många sjukpenningdagar i psykisk diagnos som de anställda inom industri. Också skillnaden i muskuloskeletala diagnoser var över tre gånger så stor i vård och utbildning som i industri, medan antalet medeldagar var dubbelt så stor i övriga diagnoser. Medelantalet dagar i psykiska och muskuloskeletala diagnoser sammanlagt var större än medelantalet dagar i övriga diagnoser både för sjukskrivning och SA, brutto- och nettodagar, och kvinnor och män, med ett undantag: nettodagar SA i övriga diagnoser var fler än psykiska och muskuloskeletala bland de i handel, hotell och restaurang för både kvinnor och män.

I alla näringsgrenar stod sjukskrivning för fler dagar än SA, förutom för kvinnor i handel, hotell, restaurang samt byggverksamhet, där andelen dagar med sjukskrivning och SA var ungefär lika många.

I alla näringsgrenar hade kvinnor fler dagar med sjukskrivning och SA än män. Detta var särskilt tydligt i tjänsteverksamhet (kvot mellan kvinnor och mäns medelantal dagar på 2,62 bruttodagar och 2,52 nettodagar, ej visat i figur) och handel, hotell, restaurang (kvot mellan kvinnor och mäns medelantal dagar på 2,52 bruttodagar och 2,37 nettodagar, ej visat i figur). Könsskillnader i medelantal frånvarodagar var minst inom vård och utbildning, där kvinnor hade nästan dubbelt så många dagar som män (kvot mellan kvinnor och mäns medelantal dagar på 1,89 bruttodagar och 1,88 nettodagar, ej visat i figur).



Figur 76: Medelantal bruttodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd i olika diagnosgrupper, uppdelat på näringsgren.



Figur 77: Medelantal nettodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd i olika diagnosgrupper, uppdelat på näringsgren.

Sammanställning av olika mått på sjukfrånvaro och SA

Nedan presenterar vi en sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på kön, ålder, typ av boenderegion, utbildning, familjesituation respektive på näringsgren, samt kvoten mellan dessa olika värden. Vi presenterar andel som hade sjukpenning, medelantal bruttodagar med sjukpenning per anställd respektive per sjukskriven, medelantal nettodagar med sjukpenning per anställd respektive per sjukskriven, andel personer med SA, medelantal bruttodagar med sjukpenning och SA sammanräknat per anställd, medelantal nettodagar med sjukpenning och SA sammanräknat per anställd, samt median bruttodagar sjukpenning per sjukskriven och median nettodagar sjukpenning per sjukskriven. Alla skillnader var statistiskt signifikanta, förutom skillnad mellan kvinnor och män i medelantal nettodagar per sjukskriven ($p=0,260$).

Medianantal dagar visas endast per sjukskriven, eftersom medianen för de anställda var 0 dagar i alla grupper. Medelantalet dagar per sjukskriven var ungefär dubbelt så högt som medianantalet dagar per sjukskriven (medelantal 80 bruttodagar och 61 nettodagar, median 40 bruttodagar och 31 nettodagar).

Genomgående var det större skillnad mellan olika grupper i medelantal dagar per anställd än per sjukskriven, både vad gäller brutto- och nettodagar.

I Tabell 4 visas dessa mått för totalen samt för kvinnor och för män. Dessutom relateras värdena för kvinnor och män till varandra för de olika måtten. Denna kvot var t.ex. 2,42 för andel som var sjukskrivna, vilket innebär att knappt två och en halv gång fler kvinnor än män hade ett sjukskrivningsfall >14 dagar. Kvinnor hade också mer än dubbelt så många sjukskrivningsdagar (både brutto och netto) än män. Däremot var kvoten mindre (våldigt nära ett för både brutto- och nettodagar) gällande sjukskrivningsdagar per sjukskriven, vilket innebär att sjukskrivna kvinnor och män hade ungefär lika lång sjukskrivning, men att en större andel av kvinnorna var sjukskrivna. Det var också tre gånger så många kvinnor som hade sjuk- eller aktivitetsersättning till någon del under året.

Tabell 4. Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), för samtliga, uppdelat på kvinnor och män samt kvot mellan värden för kvinnor och män.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/anställd	Medelantal nettodagar SS/anställd	Medelantal bruttodagar SS/sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/anställd	Median bruttodagar SS/sjukskriven	Median nettodagar SS/sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	10,09	6,38	40	31,00
Kvinnor	10,90%	8,81	6,60	80,76	60,48	1,80%	14,95	9,31	41	31,00
Män	4,50%	3,59	2,78	78,86	61,11	0,60%	5,69	3,74	38	30,50
Kvot kvinnor/män	2,42	2,45	2,37	1,02	0,99	3,00	2,63	2,49	1,08	1,02

I Tabell 5 visas samma mått uppdelat på ålder istället för kön. Färre av de yngre hade sjukskrivningar, dels hade de yngre färre sjukskrivningsdagar både per anställd och per sjukskriven än de äldre hade. Däremot hade de äldsta, 65-67 år, liknande siffror som den yngsta åldersgruppen, 18-24, men färre sjukskrivningsdagar per sjukskriven, både när det gäller brutto- och nettodagar. Kvoten mellan värdena för de i åldern 35-44 och värdena för de andra åldersgrupperna ökade ju äldre jämförelsegruppen var. Detta var särskilt tydligt vad gäller andel med sjuk- och aktivitetsersättning (6,16 gånger större andel bland de i åldern 55-64 hade SA än de i åldern 35-44 år) samt gällande bruttodagar med sjukpenning och SA sammanräknat, där de i åldern 55-64 hade i genomsnitt 2,71 gånger fler dagar med sjukskrivning och SA än de i åldern 35-44.

Tabell 5: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på åldersgrupper samt kvot mellan värden för de i åldern 35-44 och för de andra åldersgrupperna.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/ anställd	Medelantal nettodagar SS/anställd	Medelantal bruttodagar SS/ sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/ sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/ anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/ anställd	Median bruttodagar SS/ sjukskriven	Median nettodagar SS/ sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	10,09	6,38	40	31,00
18-24 år	4,85%	2,63	2,3	57,52	50,31	0,12%	2,93	2,49	30	26,00
25-34 år	7,04%	4,26	3,4	68,09	54,28	0,17%	4,82	3,67	36	28,50
35-44 år	7,12%	5,81	4,36	87,74	65,77	0,54%	7,64	5,16	42	31,50
45-54 år	7,75%	6,9	5,11	91,46	67,73	1,47%	12,04	7,39	41	31,50
55-64 år	9,82%	8,9	6,66	92,55	69,28	3,32%	20,71	11,92	42	32,50
65-67 år	4,89%	2,66	2,11	55,18	43,61	-	-	-	30	25,00
Kvot 18-24/35-44	0,68	0,45	0,53	0,66	0,76	0,22	0,38	0,48	0,83	0,71
Kvot 25-34/35-44	0,99	0,73	0,78	0,78	0,83	0,32	0,63	0,71	0,90	0,86
Kvot 45-54/35-44	1,09	1,19	1,17	1,04	1,03	2,73	1,58	1,43	1,00	0,98
Kvot 55-64/35-44	1,38	1,53	1,53	1,05	1,05	6,16	2,71	2,31	1,03	1,00
Kvot 65-67/35-44	0,69	0,46	0,48	0,63	0,66	-	-	-	0,79	0,71

I Tabell 6 visas samma mått uppdelat på typ av boenderegion. Det var ingen större skillnad i sjukskrivning, varken i längd eller i andel mellan dem som bor i större städer, mellanstora städer, eller mindre orter. Däremot var det större skillnad i andel med SA, och följaktligen också i dagar med sjukpenning och SA sammanräknat. Den högsta kvoten, 2,39, återfinns i andelen med SA bland de tjänstemän som bodde på mindre orter jämfört med dem som bodde i större städer. Möjligen är det lättare att hitta alternativa jobb i större städer när en person pga. av hälsoskäl inte kan fortsätta i sitt vanliga yrke.

Tabell 6: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på typ av boenderegion, samt kvot mellan värden för de boende i större städer och för de boende på andra orter.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/ anställd	Medelantal nettodagar SS/ anställd	Medelantal bruttodagar SS/ sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/ sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/ anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/ anställd	Median bruttodagar SS/ sjukskriven	Median nettodagar SS/ sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	10,09	6,38	40	31,00
Större städer	7,29%	5,71	4,34	82,79	62,93	0,80%	8,48	5,54	40	30,50
Mellanstora städer	7,51%	6,01	4,52	84,98	63,84	1,32%	10,59	6,58	39	30,00
Mindre orter	8,44%	7,18	5,44	84,98	67,82	1,92%	13,87	8,47	41	32,00
Kvot mindre orter/större städer	1,16	1,26	1,25	1,03	1,08	2,39	1,64	1,53	1,03	1,05
Kvot mellanstora städer/större städer	1,03	1,05	1,04	1,03	1,01	1,65	1,25	1,19	0,98	0,98

Det var en större andel personer med endast grundskole- eller gymnasieutbildning som hade sjukpenning, än bland dem med universitetsutbildning (Tabell 7). De med grundskoleutbildning hade även fler sjukskrivningsdagar per sjukskriven än de med universitetsutbildning. Däremot var det ingen större skillnad i antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven mellan dem med gymnasial respektive med universitetsutbildning. Precis som för typ av boenderegion var skillnaderna särskilt stora för andel personer med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) och för medelantaldagar med sjukpenning och SA sammanräknat. Kvoten i andel med SA mellan de med grundskoleutbildning och universitetsutbildning var mycket hög; 4,53 – dvs. mer än fyra gånger så många bland dem med enbart grundskoleutbildning hade SA jämfört med dem med universitetsutbildning.

Tabell 7: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på högsta utbildningsnivå, samt kvot mellan värden för personer med universitetsutbildning och för personer med lägre utbildning.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/ anställd	Medelantal nettodagar SS/ anställd	Medelantal bruttodagar SS/ sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/ sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/ anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/ anställd	Median bruttodagar SS/ sjukskriven	Median nettodagar SS/ sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	6,38	10,09	40	31,00
Grundskola (0-9 år)	10,04%	9,13	7,14	93,57	73,21	2,86%	19,10	11,78	47	36,00
Gymnasium (10-12 år)	8,90%	7,3	5,62	85,74	66,02	1,66%	13,08	8,20	40	31,00
Universitet (>12 år)	6,33%	4,85	2,89	82,49	60,84	0,63%	7,01	4,52	40	29,00
Kvot grundskola/universitet	1,59	1,88	2,47	1,13	1,20	4,53	2,73	2,61	1,18	1,24
Kvot gymnasium/universitet	1,41	1,51	1,94	1,04	1,09	2,63	1,87	1,82	1,00	1,07

De som var födda i Sverige och EU25 exkluderat Norden hade ungefär lika stor andel med sjukfrånvaro och lika många medelantal dagar med sjukpenning per anställd och per sjukskriven (Tabell 8). De som var födda i övriga Norden respektive i övriga världen hade något större andel med sjukskrivning och fler sjukskrivningsdagar per anställd, men lika många sjukskrivningsdagar per sjukskriven som de födda i Sverige eller övriga EU. Det var en mindre andel av dem födda utanför EU25 som hade SA än i andra grupper.

Tabell 8: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på födelseland, samt kvot mellan värden för personer födda i Sverige och för personer födda i andra länder.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/ anställd	Medelantal nettodagar SS/ anställd	Medelantal bruttodagar SS/ sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/ sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/ anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/ anställd	Median bruttodagar SS/ sjukskriven	Median nettodagar SS/ sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	10,09	6,38	40	31,00
Sverige	4,49%	8,73	6,50	86,20	64,16	1,79%	8,76	6,52	40	30,50
Övriga Norden	5,94%	10,06	7,59	86,98	65,66	2,74%	10,25	7,73	41	32,00
Övriga EU25	4,49%	8,36	6,48	82,79	64,21	1,51%	8,38	6,49	39	30,00
Övriga världen	5,08%	9,43	7,47	82,15	65,11	1,14%	9,38	7,44	39	32,00
Kvot övriga Norden/Sverige	1,32	1,15	1,17	1,01	1,02	1,53	1,17	1,18	1,03	1,05
Kvot övriga EU25/Sverige	1,00	0,96	1,00	0,96	1,00	0,84	0,96	0,99	0,98	0,98
Kvot övriga världen/Sverige	1,13	1,08	1,15	0,95	1,01	0,64	1,07	1,14	0,98	1,05

Det var störst andel bland ensamstående personer utan hemmavarande barn som hade sjukskrivning, och de hade också fler medelantal dagar per sjukskriven (Tabell 9). Däremot var andelen med SA störst bland gifta/sammanboende personer utan hemmavarande barn. Gifta/sammanboende personer utan hemmavarande barn tenderade att vara äldre än personer med andra familjesituationer (ej visat i figur/tabell), vilket kan ha haft betydelse för mönstren vi ser här.

Tabell 9: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på familjesituation, samt kvot mellan värden för de gifta/sambo utan hemmavarande barn och de för dem med andra familjesituationer.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/ anställd	Medelantal nettodagar SS/ anställd	Medelantal bruttodagar SS/ sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/ sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/ anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/ anställd	Median bruttodagar SS/ sjukskriven	Median nettodagar SS/ sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	10,09	6,38	40	31,00
Gift/sambo, utan barn hemma	8,41%	5,51	5,51	89,12	66,55	2,63%	16,54	9,59	40	31,00
Gift/sambo, med barn hemma	7,25%	5,25	3,95	79,59	59,85	0,69%	7,64	5,01	39	29,00
Ensamstående, utan barn hemma	6,75%	5,70	4,38	86,76	66,66	1,16%	9,71	6,18	40	31,00
Ensamstående, med barn hemma	12,14%	10,97	8,32	93,94	71,24	1,53%	16,21	10,59	47	35,50
Kvot gift med barn hemma/ gift utan barn hemma	0,86	0,95	0,72	0,89	0,90	0,26	0,46	0,52	0,98	0,94
Kvot ensamstående utan barn hemma/ gift utan barn hemma	0,80	1,04	0,80	0,97	1,00	0,44	0,59	0,64	1,00	1,00
Kvot ensamstående med barn hemma/ gift utan barn hemma	1,44	1,99	1,51	1,05	1,07	0,58	0,98	1,10	1,18	1,15

I Tabell 10 visas motsvarande tio mått, uppdelat på näringsgren. Här har vi valt näringsgrenen industri som jämförelsegrupp. Alla kvoter var över 1, vilket betyder att industri var den näringsgren med minst andel sjukskrivna personer bland de anställda tjänstemännen samt den näringsgren som hade lägst medelantal dagar med sjukpenning. De hade också minst andel personer med SA. Vård och utbildning hade kvoter på över 2 gällande andel sjukskrivna, andel med SA, samt för brutto- och nettodagar med sjukpenning och SA sammanräknat per anställd. Det var mindre skillnader mellan industri och övriga näringsgrenar (inklusive vård och utbildning) i antal dagar per sjukskriven än i antal dagar per anställd. Det var större skillnad i andel med SA än i andel med sjukfrånvaro mellan olika näringsgrenar.

Tabell 10: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), uppdelat på näringsgren, samt kvot mellan värden för dem i industri och dem i andra näringsgrenar.

	Andel med SS (%)	Medelantal bruttodagar SS/ anställd	Medelantal nettodagar SS/ anställd	Medelantal bruttodagar SS/ sjukskriven	Medelantal nettodagar SS/ sjukskriven	Andel med SA (%)	Medelantal bruttodagar SS+SA/ anställd	Medelantal nettodagar med SS+SA/ anställd	Median bruttodagar SS/ sjukskriven	Median nettodagar SS/ sjukskriven
Totalt	7,60%	6,08	4,60	80,16	60,68	1,20%	10,09	6,38	40	31,00
Industri	5,67%	4,39	3,19	81,34	58,99	0,72%	6,85	4,25	36	28,00
Tjänster	8,36%	6,73	5,13	85,49	65,23	1,34%	11,37	7,20	40	31,00
Handel, Hotell, Restaurang	7,57%	6,14	4,62	85,59	64,44	1,04%	9,75	6,24	42	31,75
Transporter	7,20%	5,93	4,62	86,15	67,13	1,21%	10,15	6,54	42	33,00
Vård, utbildning	12,12%	9,52	7,49	83,03	65,30	1,89%	16,03	10,31	40	32,00
Byggverksamhet	6,19%	4,90	3,76	82,45	63,14	1,20%	9,11	5,71	40	31,00
Kvot tjänster/industri	1,47	1,53	1,61	1,05	1,11	1,87	1,66	1,69	1,11	1,11
Kvot handel/industri	1,34	1,40	1,45	1,05	1,09	1,46	1,42	1,47	1,17	1,13
Kvot transporter/industri	1,27	1,35	1,45	1,06	1,14	1,69	1,48	1,54	1,17	1,18
Kvot vård/industri	2,14	2,17	2,35	1,02	1,11	2,64	2,34	2,42	1,11	1,14
Kvot bygg/industri	1,09	1,12	1,18	1,01	1,07	1,68	1,33	1,34	1,11	1,11

Logistisk regression över risken att ha sjukfrånvaro

Vi har även gjort logistiska regressionsanalyser, där vi jämfört risken att ha minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar under 2012 mellan olika grupper inom sex sociodemografiska variabler. Vi har jämfört andelen med sådan sjukfrånvaro inom var och en av de olika variablerna med en av grupperna (referensgrupp) inom respektive variabel. Risken justerades statistiskt för övriga variabler i modellen (kön, ålder, utbildningsnivå, typ av boenderegion, födelseland samt familjesituation). I Tabell 11 visas ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI), samt p-värden för den justerade modellen. För samtliga sex studerade variabler fann vi signifikanta associationer med risk för att vara sjukskriven, även oberoende av alla övriga variabler i analysen.

Kvinnor hade mycket högre risk att ha ett sjukskrivningsfall än män (OK=2,54). Risken var högre bland de äldre, med undantag av de allra äldsta (65-67 år). De som var yngre än 25 år och äldre än 64 år hade oddskvoter på under 1 (OK=0,58 respektive 0,72), vilket innebär att deras risk var lägre än den för referensgruppen 35-44 år. De med lägre utbildning hade signifikant högre risk att vara sjukskrivna än de med universitetsutbildning. De födda i övriga Norden och utanför EU25 hade något högre risk för sjukskrivning än de födda i Sverige, däremot var det ingen signifikant skillnad mellan de födda i Sverige och de födda i EU25 utanför Norden.

Det var generellt sett samma mönster för kvinnor som för män, med vissa mindre skillnader. Kvinnor hade inte lika starkt stigande oddskvoter med ålder som män. Kvinnor i åldern 65-67 hade lägre risk (OK=0,56), men för männen var det ingen signifikant skillnad mellan män i åldern 65-67 och 35-44. De som inte var födda i Sverige hade signifikant högre risk för sjukskrivning bland män, men för kvinnor var det ingen skillnad mellan de födda i Sverige och de födda i EU25 utanför de Nordiska länderna.

Vissa samband försvagades något i den fullt justerade modellen, vilket tyder på ett visst samspel mellan de sociodemografiska variablerna gällande sjukfrånvaro och SA. Generellt sett visar måtten på att risken för sjukskrivning var större bland kvinnor, bland äldre (med undantag för de äldsta 65-67 år), bland dem boende på mindre orter, bland personer med kortare utbildning, bland födda utanför EU25, samt bland ensamstående personer med hemmavarande barn.

Tabell 11: Oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI) över risken att ha minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, ojusterat samt justerat för samtliga andra variabler i modellen.

	Totalt					Kvinnor					Män				
	Ojusterad OK	95% KI	Justerad OK	95% KI	p ¹	Ojusterad OK	95% KI	Justerad OK	95% KI	p	Ojusterad OK	95% KI	Justerad OK	95% KI	p
<i>Kön</i>															
Kvinnor	2,57	(2,53-2,61)	2,54	(2,51-2,58)	<0,001										
Män	Ref.		Ref.												
<i>Ålder</i>															
18-24 år	0,66	(0,64-0,69)	0,58	(0,56-0,60)	<0,001	0,53	(0,51-0,57)	0,58	(0,56-0,61)	<0,001	0,82	(0,76-0,88)	0,59	(0,55-0,64)	<0,001
25-34 år	0,99	(0,70-1,01)	1,02	(1,00-1,04)	0,218	1,01	(0,98-1,03)	1,13	(1,10-1,16)	<0,001	0,81	(0,78-0,84)	0,75	(0,72-0,78)	<0,001
35-44 år	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.		
45-54 år	1,10	(1,08-1,12)	1,05	(1,04-1,07)	<0,001	1,00	(0,98-1,02)	0,97	(0,95-1,00)	0,021	1,35	(1,30-1,39)	1,28	(1,23-1,32)	<0,001
55-64 år	1,42	(1,39-1,45)	1,43	(1,40-1,46)	<0,001	1,20	(1,17-1,23)	1,27	(1,23-1,30)	<0,001	2,07	(2,00-2,13)	1,80	(1,74-1,87)	<0,001
65-67 år	0,67	(0,63-0,72)	0,72	(0,67-0,76)	<0,001	0,50	(0,46-0,55)	0,56	(0,51-0,61)	<0,001	1,16	(1,06-1,27)	0,98	(0,89-1,07)	0,631
<i>Typ av boenderegion</i>															
Större städer	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.		
Medelstora städer	1,03	(1,02-1,05)	1,05	(1,03-1,06)	<0,001	1,04	(1,02-1,06)	1,03	(1,01-1,05)	0,002	1,14	(1,11-1,17)	1,07	(1,04-1,10)	<0,001
Mindre orter	1,17	(1,15-1,19)	1,13	(1,11-1,15)	<0,001	1,13	(1,11-1,16)	1,10	(1,07-1,12)	<0,001	1,35	(1,13-1,39)	1,17	(1,14-1,21)	<0,001
<i>Utbildning</i>															
Grundskola	1,62	(1,56-1,67)	1,64	(1,59-1,69)	<0,001	1,49	(1,44-1,55)	1,48	(1,43-1,54)	<0,001	2,23	(2,14-2,32)	1,86	(1,78-1,93)	<0,001
Gymnasium	1,45	(1,43-1,47)	1,38	(1,36-1,40)	<0,001	1,31	(1,29-1,33)	1,33	(1,31-1,36)	<0,001	1,59	(1,56-1,63)	1,50	(1,46-1,54)	<0,001
Universitet	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.		

¹ P-värde för den justerade oddskvoten

Forts tabell 11														
<i>Födelseland</i>														
Sverige	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
Övriga Norden	1,31	(1,26-1,37)	1,09	(1,05-1,14)	<0,001	1,14	(1,09-1,20)	1,09	(1,04-1,15)	<0,001	1,34	(1,24-1,45)	1,16	(1,08-1,26) <0,001
Övriga EU25	1,02	(0,98-1,07)	1,03	(1,05-1,08)	0,202	0,99	(0,94-1,05)	1,01	(0,96-1,07)	0,643	1,00	(0,92-1,09)	1,10	(1,01-1,19) 0,034
Övriga världen	1,22	(1,19-1,25)	1,23	(1,20-1,27)	<0,001	1,16	(1,13-1,20)	1,18	(1,15-1,22)	<0,001	1,14	(1,08-1,19)	1,35	(1,29-1,42) <0,001
<i>Familjesituation</i>														
Gift/sambo, utan barn hemma	1,17	(1,15-1,20)	0,94	(0,92-0,96)	<0,001	0,97	(0,95-1,00)	0,84	(0,82-0,87)	<0,001	1,64	(1,58-1,69)	1,17	(1,12-1,21) <0,001
Gift/sambo, med barn hemma	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
Ensamstående, utan barn hemma	0,93	(0,91-0,94)	0,96	(0,95-0,98)	<0,001	0,81	(0,79-0,83)	0,83	(0,81-0,85)	<0,001	1,21	(1,17-1,24)	1,34	(1,30-1,38) <0,001
Ensamstående, med barn hemma	1,77	(1,73-1,81)	1,33	(1,30-1,36)	<0,001	1,33	(1,30-1,37)	1,29	(1,25-1,32)	<0,001	1,56	(1,41-1,65)	1,34	(1,27-1,42) <0,001

Logistisk regression över risken för sjuk- och aktivitetsersättning (SA)

Vi har även gjort logistiska regressionsanalyser där vi jämförde risken att ha SA i olika sociodemografiska grupper relaterat till risken i en referensgrupp. Risken justeras statistiskt för övriga variabler i modellen (kön, ålder, utbildningsnivå, typ av boenderegion, födelseland samt familjesituation). I Tabell 12 visas ojusterade och justerade oddskvoter med 95 % KI, samt p-värde för de justerade oddskvoterna. Eftersom man bara kan ha sjukersättning till och med den månad man fyller 65, har vi exkluderat personer i åldersgruppen 65-67 år ur regressionen.

Kvinnor hade betydligt högre risk än män (OK=3,14). Risken för SA steg dramatiskt med åldern. De som bodde i medelstora städer och på mindre orter hade högre risk för SA än de som bodde i storstäder. De med lägre utbildning än universitetsutbildning hade högre risk för sjuk- eller aktivitetsersättning, och skillnaden var större ju lägre utbildning (OK=1,90 respektive 2,65). Det var ingen skillnad mellan dem som var födda i Sverige och dem som var födda i övriga Norden eller i övriga EU25, medan personer födda utanför EU25 hade något högre risk. Ensamstående utan hemmavarande barn hade högst risk, följt av gifta/sammanboende utan hemmavarande barn. Skillnaderna mellan olika familjesituationer var större i den ojusterade än i den justerade modellen, vilket tyder på att en del av skillnaden beror på andra variabler, t.ex. ålder.

För både kvinnor och män steg oddskvoten med ålder. För kvinnor steg den från 0,08 i åldern 18-24 till 4,11 i åldern 55-64, och för män från 0,19 till 5,00. För kvinnor var det inga signifikanta skillnader i risk för SA relaterat till födelseland, medan män födda utanför EU25 hade högre risk (OK=1,74). I den ojusterade modellen hade män födda i övriga Norden högre risk för SA än de födda i Sverige, och män födda i övriga EU lägre risk, men i den justerade modellen var sambandet omvänt. Detta tyder på att de andra variablerna i modellen har betydelse för associationen mellan födelseland och risken för SA för män.

Tabell 12: Oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI) över risken att ha sjuk- eller aktivitetsersättning, ojusterat samt justerat för samtliga andra variabler i modellen.

	Totalt						Kvinnor						Män				
	Ojusterad	95% KI	Justerad	95% KI	p ¹		Ojusterad	95% KI	Justerad	95% KI	p		Ojusterad	95% KI	Justerad	95% KI	p
Kön																	
Kvinnor	2,92	(2,82-3,03)	3,14	(3,03-3,26)	<0,001												
Män	Ref.		Ref.														

¹ P-värde för den justerade oddskvoten

Forts tabell 12														
<i>Ålder</i>														
18-24 år	0,22	(0,17-0,27)	0,10	(0,08-0,13)	<0,001	0,15	(0,11-0,20)	0,08	(0,06-0,11)	<0,001	0,38	(0,26-0,56)	0,19	(0,13-0,27) <0,001
25-34 år	0,32	(0,29-0,35)	0,27	(0,24-0,30)	<0,001	0,26	(0,23-0,30)	0,24	(0,21-0,27)	<0,001	0,45	(0,38-0,53)	0,36	(0,30-0,42) <0,001
35-44 år	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
45-54 år	2,75	(2,61-2,90)	2,34	(2,22-2,47)	<0,001	2,89	(2,72-3,07)	2,39	(2,25-2,54)	<0,001	2,48	(2,24-2,75)	2,23	(2,01-2,47) <0,001
55-64 år	6,34	(6,03-6,66)	4,30	(4,07-4,55)	<0,001	6,50	(6,14-6,89)	4,11	(3,85-4,39)	<0,001	6,76	(6,15-7,44)	5,00	(4,51-5,53) <0,001
<i>Typ av boenderegion</i>														
Större städer	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
Medelstora städer	1,67	(1,60-1,73)	1,53	(1,47-1,59)	<0,001	1,77	(1,69-1,85)	1,57	(1,50-1,65)	<0,001	1,67	(1,55-1,80)	1,43	(1,33-1,54) <0,001
Mindre orter	2,43	(2,33-2,53)	1,90	(1,82-1,98)	<0,001	2,50	(2,39-2,63)	1,93	(1,84-2,03)	<0,001	2,49	(2,30-2,69)	1,79	(1,66-1,94) <0,001
<i>Utbildning</i>														
Grundskola	4,67	(4,41-4,94)	2,65	(2,50-2,81)	<0,001	5,25	(4,89-5,64)	2,56	(2,38-2,75)	<0,001	4,89	(4,44-5,39)	2,84	(2,57-3,13)
Gymnasium	2,70	(2,60-2,80)	1,90	(1,83-1,98)	<0,001	2,66	(2,54-2,77)	1,88	(1,79-1,96)	<0,001	2,42	(2,26-2,59)	1,95	(1,82-2,10)
Universitet	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
<i>Födelseland</i>														
Sverige	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
Övriga Norden	1,69	(1,54-1,84)	1,03	(0,94-1,13)	0,481	1,55	(1,41-1,71)	1,05	(0,95-1,16)	0,354	1,35	(1,10-1,66)	0,98	(0,80-1,21) 0,865
Övriga EU25	0,88	(0,77-0,99)	0,97	(0,86-1,10)	0,684	0,83	(0,72-0,96)	0,93	(0,81-1,08)	0,333	0,88	(0,69-1,12)	1,12	(0,88-1,43) 0,354
Övriga världen	0,76	(0,70-0,82)	1,25	(1,15-1,35)	<0,001	0,63	(0,57-0,69)	1,09	(0,99-1,20)	0,067	0,99	(0,87-1,14)	1,74	(1,52-2,00) <0,001
<i>Familjesituation</i>														
Gift/sambo, utan barn hemma	4,03	(3,86-4,21)	1,57	(1,50-1,65)	<0,001	4,12	(3,92-4,33)	1,59	(1,50-1,6)	<0,001	3,69	(3,40-4,01)	1,48	(1,35-1,62) <0,001
Gift/sambo, med barn hemma	Ref.		Ref.			Ref.		Ref.			Ref.		Ref.	
Ensamstående, utan barn hemma	1,68	(1,61-1,75)	1,87	(1,79-1,96)	<0,001	1,64	(1,56-1,72)	1,75	(1,66-1,85)	<0,001	1,82	(1,69-1,97)	2,18	(2,02-2,36) <0,001
Ensamstående, med barn hemma	2,22	(2,09-2,37)	1,32	(1,24-1,41)	<0,001	1,69	(1,58-1,82)	1,27	(1,18-1,36)	<0,001	2,09	(1,78-2,45)	1,50	(1,28-1,76) <0,001

Slutkommentar

I denna explorativa studie har vi genomfört initiala analyser av sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) bland privatanställda tjänstemän och presenterar detta med olika mått. De övergripande resultaten från studien återfinns i rapportens sammanfattning (sid 6).

Studiens styrkor är att den omfattar samtliga 1,3 miljoner personer som bodde i Sverige hela 2012, var 18-67 år gamla och var anställda som tjänstemän inom privat sektor, inte ett urval, att studiepopulationen är tillräckligt stor för att subgruppsanalyser kunnat genomföras samt att registerdata av god kvalitet kunnat användas. Ett flertal analyser har gjorts och många mått på tjänstemännens sjukfrånvaro och SA presenteras, som bas för fortsatta analyser av utvecklingen av sjukfrånvaro över tid, generellt och för olika grupper av privatanställda tjänstemän.

Mått på sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro är ett synnerligt komplext fenomen som kan mätas på olika sätt (6, 30, 54-57).

Därför har vi här använt olika mått på sjukfrånvaro och SA, relaterat till både att vara sjukfrånvarande och till antal dagar med sjukfrånvaro och SA. Det finns även andra typer av mått som kunnat användas - urvalet av mått här är gjort för att få en övergripande bild av prevalensen av sjukskrivning och SA. De olika typer av mått vi har presenterat på sjukfrånvaro (antal personer med fall, andel personer med fall, medelantal dagar per anställd, medelantal dagar per sjukskriven, medianantal dagar per sjukskriven, antal incidenta fall, samt kvot på andelar, medelantal dagar och medianantal dagar, och oddskvoter, etcetera) ger komplementerande bilder av detta komplexa fenomen.

Det är viktigt att komma ihåg att dessa mått i sig inte är ett mått på sjukligheten bland de anställda utan snarare på sociala konsekvenser av sjukdom, i form av nedsatt arbetsförmåga (6, 10, 11, 35). Begreppet arbetsförmåga handlar om relationen mellan nedsatt funktion, pga. sjukdom eller skada, och de specifika krav som finns i personens arbete. Om kraven förändras kan även arbetsförmågan, och därmed sjukfrånvaron, förändras – även om funktionen är oförändrad (35).

Antalet nettodagar med sjukfrånvaro eller SA är alltid färre än antalet bruttodagar, eftersom flera bruttodagar på deltid läggs ihop till en nettodag på heltid. Vi visade att antalet nettodagar bland tjänstemännen ofta var betydligt färre än antalet bruttodagar. Det tyder på att möjligheterna att jobba deltid vid partiell arbetsförmågenedsättning möjligen är goda i dessa yrken. Det finns anledning att studera detta närmare vad gäller näringsgrenar, samband med SA, etcetera.

Medianen när det gäller antal sjukskrivningsdagar i ett sjukskrivningsfall tenderar att vara mindre än medelantalet dagar, eftersom de flesta fall är korta och få fall blir väldigt långa, något som påverkar medelantalet dagar mer än medianen (56, 77). Därför visar vi inte bara medelantal utan även i vissa fall medianantal dagar i denna rapport.

Regeringen har satt upp ett mål om att år 2020 ska medelantalet nettodagar med sjukpenning per registrerad sjukpenningförsäkrad person och år vara högst 9 dagar (78, 79). Bland tjänstemän anställda inom privat sektor var medelantalet nettodagar med sjukpenning 4,6 dagar; 6,6 bland kvinnor och 2,8 bland män, vilket alltså är lägre än det mål som regeringen satt. År 2012 var medelantalet nettodagar med sjukpenning bland anställda i Sverige 6,9 dagar; 9,0 för kvinnor och 4,8 för män enligt en studie gjord av Försäkringskassan (65). I den studien

inkluderades alla personer som enligt LISA hade en registrerad yrkeskod enligt SSYK, inklusive egenföretagare men exklusive arbetslösa ⁽⁶⁵⁾. När alla sjukpenningförsäkrade räknas med, dvs. även de arbetslösa, var medelantalet nettodagar per år i december 2012 7,7; 9,8 bland kvinnor och 5,6 bland män ⁽⁸⁰⁾. Våra resultat visar att de privatanställda tjänstemännen även låg långt under de nivåerna.

Det är väntat att antalet nettosjukpenningdagar i denna studie var lägre än de i Försäkringskassans studie av samtliga anställda, då utbildningsnivån var relativt hög i vår studiepopulation. Som framgår i bakgrunden, är sjukfrånvaron vanligen extremt snedfördelad i befolkningen och tenderar att vara högre bland personer med lägre utbildning och bland arbetslösa ^(6, 33).

Däremot går våra resultat inte att jämföra med Försäkringskassans så kallade ”ohälsotal”, som även innefattar dagar med sjuk- och aktivitetsersättning och där samtliga försäkrade ingår i nämnaren, eftersom vi i denna rapport har exkluderat alla tjänstemän som hade SA på heltid under hela året. När dagar med både sjukfrånvaro och SA är inräknade i medelantalet nettofrånvarodagar i vår studiepopulation, var motsvarande siffror 9,3 för kvinnor och 3,7 för män. Ohälsotalet i Sverige år 2012 var 27,0 dagar för alla; 32,0 för kvinnor och 22,1 för män ⁽⁸¹⁾.

Könsskillnader

Vi fann ett flertal könsskillnader vad gäller några sjukfrånvaromått. Fördjupade analyser av detta behövs för att få bättre kunskap om de olika sambanden.

Arbetsmarknaden i Sverige, liksom i andra länder, är synnerligen *könssegregerad*, både horisontellt och vertikalt ^(34, 82-86). Det innebär bl.a. att vissa yrken är numerärt kvinnodominerade och andra numerärt mansdominerade, medan antalet yrken med ungefär lika många kvinnor och män är få. Antalet studier om eventuella samband med detta och sjukfrånvaro och SA är synnerligen få. De visar dock vanligen att sjukfrånvaron tenderar att vara högre i könssegregerade yrken, och att detta är av större betydelse för kvinnor än för män ^(34, 87-89). Hur detta ser ut bland tjänstemän är inte studerat överhuvudtaget.

I gruppen *graviditetsrelaterade diagnoser* ingår de sjukskrivningsfall för vilka det av sjukskrivningsintyget framgår att det är graviditetsrelaterade diagnoser, dvs., ICD-10 koder O00-O99 (graviditet, förlossning och barnsängstid) samt N96 (upprepade missfall) ⁽³⁾. Vid sjukskrivning i besvär som hör samman med graviditet framgår det dock inte alltid av sjukskrivningsintyget att kvinnan är gravid eller att besvären har samband med graviditeten. På intyget för kvinnor som sjukskrivs i ryggvärk under graviditeten anges ofta en muskuloskeletal diagnos ^(90, 91). I denna rapport ingår då dessa sjukskrivningsfall i diagnosgruppen muskuloskeletal diagnoser. Andelen kvinnor med sjukfrånvaro i graviditetsrelaterade diagnoser bör även relateras till kvinnor som var gravida under 2012 eller under början av 2013, något som inte gjorts inom ramen av detta projekt. En studie visade att könsskillnaden i sjukfrånvaro bland personer i åldrarna 16-44 år halverades när gravida kvinnor och deras sjukfrånvaro exkluderades ⁽⁹²⁾. Många kvinnor har högre sjukfrånvaro under slutet av en graviditet ⁽²⁸⁾, ibland pga. att anpassning av arbetet inte möjliggörs eller är möjlig i relation till de förändrade förutsättningar som kan bli aktuella under en graviditet ⁽⁹³⁾. Fördjupade studier behövs om tjänstemäns möjligheter att fortsätta yrkesarbete genom en hel graviditet, inom olika näringsgrenar och yrken.

När det gäller *familjesituation* fann vi att en större andel bland ensamstående föräldrar hade minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, och att det framförallt var ensamstående mödrar som hade stor andel (Figur 12). I de logistiska regressionerna framkom att de justerade oddskvoterna för ensamstående personer med hemmavarande barn jämfört med gifta/sammanboende med barn var över 1 i alla analyser, vilket tyder på att ensamstående personer med hemmavarande barn hade högre risk för såväl sjukskrivning som SA, för både kvinnor och män, oberoende av andra variabler. Ensamstående föräldrar och särskilt ensamstående mödrar är fortsatt en utsatt grupp i samhället (94).

Behov av prospektiva studier om tjänstemäns sjukfrånvaro

Eftersom endast sjukfrånvaro under 2012 studerades i de allra flesta analyserna i denna studie, dvs. sjukskrivningsfall följdes inte upp tills de slutade, har inte några personer kunnat vara sjukfrånvarande längre än 366 dagar. I en annan typ av analyser kan alla påbörjade sjukskrivningsfall och SA-fall under en viss tidsperiod, t.ex. 2012, följas tills de avslutas. Vi gjorde en första sådan analys av de incidenta sjukskrivningsfall under 2012 som blev >90 dagar. Där framgår att nästan 7 % av dem blev längre än 2,5 år, dvs. längre än vad som egentligen skulle vara möjligt enligt då gällande lagstiftning. Fördjupade analyser av faktorer som har samband med att fall blir långa eller mycket långa behövs som underlag för ev. förebyggande insatser. På motsvarande sätt behövs kunskap om faktorer som har samband med att personer kan ha flera återkommande sjukskrivningsfall, av olika duration.

I denna studie har inte heller personer följts prospektivt över tid, något som behöver göras för att få kunskap om sjukfrånvaromönster och deras utveckling.

Äldre tjänstemän

I detta projekt valde vi att ta med personer till och med 67 års ålder. Såväl medellivslängden som hälsan bland äldre ökar och alltfler personer yrkesarbetar längre, samtidigt som kunskapen om sjukfrånvaron bland dem som arbetar efter 65 års ålder är mycket begränsad (67, 95-99). Den tidigare starka hälsoselektionen av vilka som fortsätter att yrkesarbeta efter 65 års ålder har minskat (67, 99). Detta skulle kunna innebära att andelen med sjukfrånvaro bland de äldre skulle öka. Detta har dock inte framkommit i de ytterst få studier om detta som gjorts (67, 97, 98). Inga sådana studier har haft fokus på privatanställda tjänstemän.

Vi fann att bland privatanställda tjänstemän var sjukfrånvaron låg bland dem i åldersgruppen 65-67 år, mätt med ett flertal olika mått. Fördjupade studier om detta behövs, där äldre tjänstemän följs över tid avseende flera år och relateras till deras sjuklighet och förtida död.

Samband med sjuklighet, betalt arbete eller andra faktorer

Det finns ett antal studier om samband mellan sjukdom eller skada med olika faktorer inom yrken eller näringsgrenar. Faktorer som nämns då är fysisk belastning, psykosocial arbetsmiljö, organisationsformer, anställningsformer, arbetskraftens sammansättning, etcetera.

Antalet studier om sådana faktorer och samband med faktisk sjukfrånvaro eller med SA är dock betydligt färre (6). Detta gäller särskilt för privatanställda tjänstemän.

Detta projekt, som haft en explorativ ansats, har syftat till att ta fram grundläggande kunskap om sjukfrånvaro och SA bland privatanställda tjänstemän. Fördjupade studier om detta behövs, t.ex. vad avser risk för sjukfrånvaro och SA relaterat till sjuklighet, om samband med framtida sjuklighet, sjukfrånvaro, SA och förtida död, generellt och i olika grupper. Generellt i Sverige är det sjukskrivning i ICD-10 diagnosen F43; Anpassningsstörningar och reaktioner

på svår stress, som ökat mest sedan 2010 (100, 101). Fördjupade analyser av detta behövs för privatanställda tjänstemän, som underlag för åtgärder.

Sammanfattningsvis är det slående hur synnerligen begränsad den vetenskapliga kunskapen är, avseende sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän. I denna explorativa tvärsnittsstudie har ett underlag för fortsatta studier tagits fram. I sådana studier bör dels ytterligare variabler inkluderas, dels prospektiva analyser genomföras.

Tabell- och figurförteckning

Lista över tabeller

Tabell 1: Populationsbeskrivning, antal och andel tjänstemän i studien, totalt och uppdelat på kvinnor och män.....	23
Tabell 2: Antal och andel personer totalt respektive uppdelat på kvinnor och män med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar under 2012.....	24
Tabell 3: Antal och andel totalt samt uppdelat på kvinnor och män som hade sjuk- eller aktivitet ersättning (SA) någon gång under 2012.....	53
Tabell 4. Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), för samtliga, uppdelat på kvinnor och män samt kvot mellan värden för kvinnor och män.	76
Tabell 5: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), uppdelat på åldersgrupper samt kvot mellan värden för de i åldern 35-44 och för de andra åldersgrupperna.	77
Tabell 6: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), uppdelat på typ av boenderegion, samt kvot mellan värden för de boende i större städer och för de boende på andra orter.....	78
Tabell 7: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), uppdelat på högsta utbildningsnivå, samt kvot mellan värden för personer med universitetsutbildning och för personer med lägre utbildning.	79
Tabell 8: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), uppdelat på födelseland, samt kvot mellan värden för personer födda i Sverige och för personer födda i andra länder.	80
Tabell 9: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), uppdelat på familjesituation, samt kvot mellan värden för de gifta/sambo utan hemmavarande barn och de för dem med andra familjesituationer.....	81
Tabell 10: Sammanställning av tio olika mått på sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitet ersättning (SA), uppdelat på näringsgren, samt kvot mellan värden för dem i industri och dem i andra näringsgrenar.	82
Tabell 11: Oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI) över risken att ha minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, ojusterat samt justerat för samtliga andra variabler i modellen.	84
Tabell 12: Oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI) över risken att ha sjuk- eller aktivitet ersättning, ojusterat samt justerat för samtliga andra variabler i modellen.	86

Lista över figurer

Figur 1: Illustration av sjukskrivningsfall i relation till deras start- och slutdatum.	18
Figur 2: Illustration av att personer (A – H) kan ha olika typer av de sjukskrivningsfall som illustreras i Figur 1.	18
Figur 3: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på olika ålderskategorier.	24
Figur 4: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på olika ålderskategorier.	25

Figur 5: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på typ av boenderegion.	25
Figur 6: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på typ av boenderegion.	26
Figur 7: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	26
Figur 8: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	27
Figur 9: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på födelseland.	28
Figur 10: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på födelseland.	28
Figur 11: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på familjesituation.	29
Figur 12: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på familjesituation.	29
Figur 13: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på näringsgren.	30
Figur 14: Andel personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på näringsgren.	31
Figur 15: Antal personer med olika antal bruttodagar med sjukpenning, räknat från dag 15 i samtliga sjukskrivningsfall.	32
Figur 16: Andel personer med olika antal bruttodagar med sjukpenning, räknat från dag 15 i samtliga sjukskrivningsfall.	32
Figur 17: Antal personer med olika antal nettodagar med sjukpenning, i sjukskrivningsfall >14 dagar.	33
Figur 18: Andel personer med olika antal nettodagar med sjukpenning, i sjukskrivningsfall >14 dagar.	34
Figur 19: Antal personer med minst ett sjukskrivningsfall >14 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.	35
Figur 20: Andel personer med minst ett fall sjukskrivning >14 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.	35
Figur 21: Medelantal bruttodagar med sjukpenning per anställd, uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.	36
Figur 22: Medelantal nettodagar med sjukpenning per anställd, uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.	37
Figur 23: Medelantal bruttodagar med sjukpenning per sjukskriven, uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.	38
Figur 24: Medelantal nettodagar med sjukpenning per sjukskriven uppdelat på diagnosgrupp, i sjukskrivningsfall >14 dagar.	39
Figur 25: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i psykisk diagnos (n=28 353), i sjukskrivningsfall >14 dagar.	40
Figur 26: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning per sjukskriven i muskuloskeletal diagnos (n=18 497), i sjukskrivningsfall >14 dagar.	40
Figur 27: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i skador (n=9177), i sjukskrivningsfall >14 dagar.	41

Figur 28: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i cancer (n=5293), i sjukskrivningsfall >14 dagar.....	41
Figur 29: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning per sjukskriven i hjärt- och kärlsjukdom (n=3883), i sjukskrivningsfall >14 dagar.	42
Figur 30: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per kvinna sjukskriven i graviditetsrelaterad diagnos (n=7005), i sjukskrivningsfall >14 dagar.....	42
Figur 31: Medelantal och median antal dagar med sjukskrivning, per sjukskriven i övriga diagnoser (n=30352), i sjukskrivningsfall >14 dagar.....	43
Figur 32: Antal personer som var sjukskrivna under hela året.	43
Figur 33: Andel personer som var sjukskrivna under hela året.	44
Figur 34: Antal personer som var sjukskrivna under hela året, uppdelat på näringsgren.	44
Figur 35: Andel personer som var sjukskrivna under hela året, uppdelat på näringsgren.	45
Figur 36: Medelantal nettodagar bland de med sjukskrivning hela året (366 bruttodagar).....	45
Figur 37: Antal personer med olika antal nettodagar sjukskrivning bland dem med sjukskrivning hela året.....	46
Figur 38: Andel personer med olika antal nettodagar bland dem med sjukskrivning hela året.	46
Figur 39: Antal bland dem sjukskrivna hela året som hade sjukskrivning uppdelat på diagnosgrupper.	47
Figur 40: Andel bland dem sjukskrivna hela året som hade sjukskrivning, uppdelat på diagnosgrupper.	47
Figur 41: Antal personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar år 2012.	48
Figur 42: Andel personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar år 2012.	49
Figur 43: Antal personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på sjukskrivningsdiagnos.	49
Figur 44: Andel personer med minst ett prevalent sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på sjukskrivningsdiagnos.	50
Figur 45: Antal incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar.	51
Figur 46: Antal incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på falllängd.....	51
Figur 47: Andel incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelade på falllängd.	52
Figur 48: Antal incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.	52
Figur 49: Andel incidenta sjukskrivningsfall >90 dagar, uppdelat på diagnosgrupp.....	53
Figur 50: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på ålder.	54
Figur 51: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på ålder.	54
Figur 52: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på typ av boenderegion.	55
Figur 53: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på typ av boenderegion.	56
Figur 54: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning uppdelat på högsta utbildningsnivå.	56
Figur 55: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	57
Figur 56: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på födelseland.	57
Figur 57: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på födelseland.	58
Figur 58: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på familjesituation....	58
Figur 59: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på familjesituation. ..	59

Figur 60: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på näringsgren.....	60
Figur 61: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, uppdelat på näringsgren.....	60
Figur 62: Antal personer med olika antal bruttodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning under 2012.	61
Figur 63: Andel personer med olika antal bruttodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA), bland dem med SA.....	61
Figur 64: Antal personer med olika antal nettodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA).	62
Figur 65: Andel personer med olika antal nettodagar med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under 2012, bland dem med SA.....	62
Figur 66: Medelantal bruttodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med SA.....	63
Figur 67: Medelantal nettodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), per person med SA.....	63
Figur 68: Antal personer med sjuk- eller aktivitetsersättning inom respektive diagnosgrupp.	64
Figur 69: Andel personer med sjuk- eller aktivitetsersättning inom respektive diagnosgrupp.....	65
Figur 70: Medelantal bruttodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd 2012, i olika diagnoser (n=1 283 516).....	66
Figur 71: Medelantal nettodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd 2012, i olika diagnoser (n=1 283 516).....	67
Figur 72: Medelantal bruttodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med sjukskrivning (n=97 102).	68
Figur 73: Medelantal nettodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med sjukskrivning (n=97 102).	69
Figur 74: Medelantal bruttodagar sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), per person med sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning (n=108 071).	70
Figur 75: Medelantal nettodagar sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med sjukskrivning eller SA (n=108 071).	71
Figur 76: Medelantal bruttodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd i olika diagnosgrupper, uppdelat på näringsgren.	73
Figur 77: Medelantal nettodagar med sjukpenning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per anställd i olika diagnosgrupper, uppdelat på näringsgren.....	74

Referenser

1. Farrants K, Sondén A, Nilsson K, Alexanderson K. Sammanfattning 2017 av rapport om Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
2. Regionala indelningar i Sverige den 1 januari 2003. Del 1. MIS (Meddelande i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik) 2003:1. SCB; 2003.
3. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning - ICD-10-SE. Svensk version 2017. Stockholm: Socialstyrelsen och WHO; 2017. Artikelnr 2017-4-18, 2017-4-17, 2017-4-2.
4. Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) 1990 till 2009. SCB; 2011.
5. MiDAS Sjukpenning och rehabiliteringspenning. Försäkringskassan; 2011.
6. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 167. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
7. Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
8. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
9. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
10. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
11. Järvholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2013.
12. Walker R. Social security and welfare. Concepts and comparisons. Gladstone D, editor: Open University Press, McGraw-Hill Education, McGraw-Hill House, Shoppenhangers Road, Maidenhead, Berkshire SL6 2QL; 2011.
13. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
14. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. Arbetarhistoria. 1999;23(89):26-31.
15. Socialförsäkringen i siffror 2017: Försäkringskassan; 2017.
16. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: OECD; 2010.
17. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Sweden: OECD; 2010.
18. Bred samverkan krävs för att minska sjukfrånvaron: Utökad sammanfattning till Socialförsäkringsrapport 2015:11 Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
19. Sjukfrånvarons utveckling 2016. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.
20. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
21. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 2. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
22. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. Socialmedicinsk tidskrift. 1995(1):12-7.
23. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. Stockholm: Forte; 2015.
24. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, Skoog I, Traskman-Bendz L, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC Public Health. 2017;17(1):264.
25. Knardahl S, Johannessen HA, Sterud T, Harma M, Rugulies R, Seitsamo J, Borg V. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. BMC Public Health. 2017;17(1):176.
26. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L,

- Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.
27. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, Institutet K; 2013.
28. Alexanderson K, Björkenstam E, Kjeldgård L, Narusyte J, Ropponen A, Svedberg P. Barnafödande, sjuklighet och sjukfrånvaro: en studie av tvillingsystrar. ISBN 978-91-981256-9-6. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2013.
29. Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Var är problemet?: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
30. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. *Scand J Public Health*. 2004;32(5):321-3.
31. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme S. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(2):124-30.
32. Marmot M. Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur & Kultur; 2006.
33. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 1992.
34. Alexanderson K, Östlin P. Kvinnor och mäns arbete och hälsa. In: Marklund S, editor. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000. p. 153-72.
35. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. *Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga*. SOU 2009:89: Socialdepartementet; 2009.
36. Sjukfrånvaro per bransch och sektor. Nya sjukfall längre än 14 dagar per 1000 anställda efter sektor och bransch. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.
37. Marmot M, Brunner E. Cohort Profile: The Whitehall II study. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(2):251-6.
38. Lahelma E, Aittomäki A, Laaksonen M, Lallukka T, Martikainen P, Piha K, Rahkonen O, Saastamoinen P. Cohort Profile: The Helsinki Health Study. *International Journal of Epidemiology*. 2013;42(3):722-30.
39. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II Study. *British Medical Journal*. 1993;306(6874):361-6.
40. Feeney A, North F, Head J, Canner R, Marmot M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*. 1998;55(2):91-8.
41. Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2010;20(3):276-80.
42. Marmot M. Introduction. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 1-16.
43. Dubois M, Seldén KL, Orpana L, Hagström U. Friskt jobbat - allt att vinna! Tjänstemännens arbetsförhållanden. Stockholm: Tjänstemännens centralorganisation; 2016.
44. Dubois M. Trampolin eller kvicksand? Stockholm: TCO; 2016.
45. Dubois M. Inte fullt frisk. Stockholm: Unionen; 2013.
46. Arbetsorsakade besvär 2014. *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2014:4*: Arbetsmiljöverket 2014.
47. Theorell T. Psykosocial miljö och stress. Lund: Studentlitteratur; 2003.
48. Theorell T. Introduction. After 30 years with the demand-control-support model - how is

- it used today? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2008;Suppl(6):3-5.
49. Bourbonnais R, Brisson C, Moisan J, Vézina M. Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 1996(2):139-45.
50. Samuelsson Å, Alexanderson K, Ropponen A, Lichtenstein P, Svedberg P. Incidence of disability pension and associations with socio-demographic factors in a Swedish twin cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(12):1999-2009.
51. Månsson N-O, Råstam L, Eriksson K-F, Israelsson B. Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-aged men. *International Journal of Epidemiology*. 1998;27(6):1019-25.
52. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
53. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
54. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(2):133-44.
55. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. Litteraturoversikt svenska rapporter ("grå litteratur"); Bilaga 3. Förstudierapport; Stöd för rätt sjukskrivning. Försäkringskassan och SKL; 2015.
56. Kjeldgård L, Ekmer A, Vaez M, Alexanderson K. Sjukfrånvaro bland kvinnor och män inom Polismyndigheten i Stockholms län Sekt för försäkringsmedicin, KI; 2010.
57. Förslag på utfallsmått för att mäta återgång i arbete efter sjukskrivning. Försäkringskassan; 2016.
58. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry*. 1996;169(6):740-6.
59. Förändringar inom socialförsäkringsoch bidragsområdena 1968-01-01 – 2017-09-01. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
60. Mera likformigt och högre rättslig kvalitet: en sammanfattande analys av likformighet i handläggningen av sjukersättning. Försäkringskassan; 2017.
61. Goine H. Återvinning av ett stycke kassahistoria. In: Alexanderson K, editor. *Socialförsäkringsforskning - En vänbok till Staffan Marklund*; Karolinska Institutet; 2012.
62. Goine H, Palmer E, Mulder M, Johansson M, Watz Forslund I, Bjerstedt D. Tio år med aktivitet ersättning. En studie av situationen för unga med aktivitet ersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2013.
63. Alexanderson K, Kivimäki M, Ferrie JE, Westerlund H, Vahtera J, Singh-Manoux A, Melchior M, Zins M, Goldberg M, Head J. Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(2):155-9.
64. Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
65. Antal sjukskrivningsdagar per anställd efter yrke och kön, 2001–2014: Försäkringskassan; 2015.
66. Standard för svensk yrkesklassificering 1996. Stockholm: SCB; 1996.
67. Marklund S, Kjeldgård L, Alexanderson K. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. SOU 2010:04; 2013.
68. SNI 2007. Standard för svensk näringsgrensindelning 2007. MIS 2007:2. Örebro: SCB; 2007.
69. International Statistical Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9). Geneva: WHO; 1993.
70. Borg K, Goine H, Söderberg E, Marnetoft SU, Alexanderson K. Comparison of seven

- measures of sickness absence based on data from three counties in Sweden. *Work*. 2006;26(4):421-8.
71. Voss M, Stark S, Alexanderson K, Vingård E. The effect of using different measures of sickness absence. *European Journal of Public Health*. 2004;14(4 Supplement):46.
72. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Risk factors for disability pension over 11 years in a cohort of young persons initially sick-listed with low back, neck, or shoulder diagnoses. *Scand J Public Health*. 2004;32(4):272-8.
73. Gyllensten H, Wiberg M, Alexanderson K, Hillert J, Tinghög P. How does work disability of patients with MS develop before and after diagnosis? A nationwide cohort study with a reference group. *BMJ open*. 2016;6(11).
74. Virtanen M, Ervasti J, Mittendorfer-Rutz E, Lallukka T, Kjeldgard L, Friberg E, Kivimäki M, Lundström E, Alexanderson K. Work disability before and after a major cardiovascular event: a ten-year study using nationwide medical and insurance registers. *Sci Rep*. 2017;7(1):017-01216.
75. Wang M, Vaez M, Dorner TE, Tiihonen J, Voss M, Ivert T, Mittendorfer-Rutz E. Trajectories and characteristics of work disability before and after acute myocardial infarction. *Heart*. 2017;1(311950):2017-311950.
76. RFV. Försäkringsmedicin. tredje upplagan ed. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1994.
77. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd: underlag för utvärdering. Rapport 2017. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
78. Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-09-24 nr I:1. Regeringskansliet: Socialdepartementet; 2015.
79. Lidwall U. Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade Stockholm: Försäkringskassan 2011.
80. Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling. Delredovisning 1 av regeringsuppdrag år 2013. Försäkringskassan; 2013.
81. Statistik om ohälsomått: Ohälsotalet efter kommun och ålder, 2001–2016. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
82. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.
83. Abrahamsson L, Gonäs L. Jämställt arbete? Organisatoriska ramar och villkor i arbetslivet. SOU 2014:30. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar 2014.
84. Löfström Å. Den könsuppdelade arbetsmarknaden. SOU 2004:43. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 2004.
85. Bergman A, Huzell H. Segregationens seghet och dess föränderliga former. En vänbok till Lena Gonäs. Karlstad: Karlstads universitet; 2012.
86. Gonäs L, Tyrkkö A. Changing Structures and Women's Role as Labor Force. *Nordic journal of working life studies*. 2015;5(2):89-107.
87. Alexanderson K, Hensing G, Carstensen J, Bjurulf P. Pregnancy-related sickness absence among employed women in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 1995;21(3):191-8.
88. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1995;30(1):39-43.
89. Leijon M, Hensing G, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation. *Scand J Public Health*. 2004;32(2):94-101.
90. Graviditetsspenning och sjukpenning vid graviditet – tillämpningen av lagstiftningen.

Rapport 2011:16: Inspektionen för socialförsäkringen; 2011.

91. Sydsjo A, Sydsjo G, Alexanderson K. Influence of pregnancy-related diagnoses on sick-leave data in women aged 16-44. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(7):707-14.

92. Alexanderson K, Sydsjo A, Hensing G, Sydsjo G, Carstensen J. Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1996;24(3):169-76.

93. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.

94. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Stockholm: SOU 2017:47; 2017.

95. Ekonomiska effekter av ett längre arbetsliv. Långsiktiga effekter av Pensionsåldersutredningens förslag. Socialdepartementet; 2014.

96. Finns det hälsomässiga förutsättningar för ett längre arbetsliv - en analys av hälsoutvecklingen i den övre medelåldern. Stockholm: Statens offentliga utredningar, Pensionsåldersutredningen; 2012.

97. Farrants K, Marklund S, Kjeldgård L, Head J, Alexanderson K. Sick leave among individuals in paid work after age 65; a Swedish population-based study covering 1995, 2000, 2005, and 2010. *Scand J Public Health*. 2017;E-pub ahead of print.

98. Farrants K, Marklund S, Kjeldgård L, Head J, Alexanderson K. Sick leave before and after the age of 65 among those in paid work in Sweden in 2000 and 2005: a register-based cohort study. *International Journal of Medical Research*. 2017;E-pub ahead of print.

99. Längre liv, längre arbetsliv. Förutsättningar och hinder för äldre att arbeta längre. Stockholm; 2012. Report No.: SOU 2012:28.

100. Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.

101. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7549-353-4