

Sjukfrånvarons utveckling 2016

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Sofia Bill
010-116 27 02
Sofia.bill@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Föreliggande rapport är ett svar på ett regeringsuppdrag att följa upp och analysera sjukfrånvarons utveckling som Försäkringskassan fick i regleringsbrevet för 2016.

Den ökande sjukfrånvaron har fått stor uppmärksamhet det senaste halvåret. Sedan regeringen presenterade sitt åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro i september förra året har frågan debatterats flitigt och Försäkringskassan har fått flera uppdrag som är tänkta att bidra till att trenden bryts. I denna rapport redovisar vi den senaste utvecklingen inom sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

Rapporten bygger vidare på de analyser som gjorts inom ramen för tidigare uppföljningar av sjukfrånvarons utveckling. Vi redogör för den senaste sjukfallsutveckling med avseende på inflöde, varaktighet och pågående sjukfall och fokus riktas även mot att redovisa skillnader mellan kvinnor och män. Vi följer upp utvecklingen vid rehabiliteringskedjans tidsgränser, avslag och indrag samt hur många sjukfall som passerar ett år följt av en redovisning av hur många som uppnådde maxtid ända fram tills den borte tidsgränsen togs bort den 1 februari 2016. Rapporten innehåller även ett kapitel om utvecklingen inom sjuk- och aktivitetsersättning. Avslutningsvis presenterar vi en kartläggning av regionala skillnader i sjukfrånvaro och vad vi vet om vilka faktorer som kan ha betydelse för regionala variationer.

Rapporten har tagits fram av Axel Arvidsson, Sofia Bill, Cecilia Eek, Hanna Hultin, Erik Jönsson, Therese Ljung och Jonatan Nikander, samtliga verksamma vid avdelningen för Analys och prognos på Försäkringskassan.

Stockholm, juni 2016

Ann-Marie Begler
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	5
Ökningen inom sjukfrånvaron fortsätter, men den har tappat fart.....	5
Utvecklingen för kvinnor och män följer samma mönster	5
Ökad psykisk ohälsa är fortsatt den dominerande orsaken till sjukfrånvaro	6
Regionala skillnader behöver analyseras ytterligare.....	6
Inledning.....	7
Sjukfallsutvecklingen	10
Sjukfrånvaron i Europa	10
Inflödet av sjukfall	11
Sjukfallens varaktighet	19
Pågående sjukfall	22
Utvecklingen i olika yrken.....	27
Uppföljning vid sjukförsäkringens tidsgränser.....	34
Arbetet med en förstärkt sjukförsäkringshandläggning	34
Sjukfall som blir längre än ett år	39
Regeringens mål för sjukfrånvaron.....	44
Sjuk- och aktivitetsersättning	46
Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar	46
Kartläggning av regionala skillnader i sjukfrånvaron.....	57
Ökning i samtliga län	57
Ökning av psykiatriska diagnoser och stora skillnader mellan kommuner....	59
Demografiska och socioekonomiska faktorer	61
Arbetsmiljö spelar roll för psykisk hälsa	61
Hälso- och sjukvårdens betydelse för regionala skillnader är oklar	62
Regionala skillnader i Försäkringskassans tillämpning?	64
Olika attityder i olika delar av landet?.....	65
Sammanfattning	66
Diskussion.....	68
Referenser	70
Bilaga 1: Tabeller	72
Bilaga 2: Arbetsmiljöundersökningen	96
Bilaga 3: Underlag till regional kartläggning	97

Sammanfattning

Ökningen inom sjukfrånvaron fortsätter, men den har tappat fart

Under andra halvan av 2015 och de första månaderna under 2016 har ökningen i sjukfrånvaron bromsat in. Inflödet ökar fortfarande, men ökningstakten är avtagande och sjukskrivningslängderna ökar långsammare än tidigare. Under 2015 minskar till och med inflödet när det gäller arbetslösa.

En orsak till inbromsningen är Försäkringskassans arbete med att förstärka och förbättra utrednings- och bedömningsarbetet. Andelen bedömningar som görs enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser har ökat markant under 2015 och andelen avslag och indrag ökar också, framför allt indragen. Det påverkar i sin tur med stor sannolikhet övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen. En fråga är i vilken utsträckning andra aktörer, såsom arbetsgivare och hälso- och sjukvård, reagerar på regeringens åtgärdsprogram och hur det bidrar till inbromsningen.

Ska uppgången brytas krävs fortsatt fokus från Försäkringskassans sida på ett förbättrat och skärpt utrednings- och bedömningsarbete. Hälso- och sjukvården måste fokusera på sjukskrivningarnas roll i vård och behandling och betona betydelsen av en restriktiv hållning i sjukskrivningssituationen. Det betyder att behovet av sjukskrivning liksom eventuella risker med en sådan rekommendation noga övervägs av läkarna. Arbetsgivarna spelar en viktig roll. Betydelsen av förebyggande arbete, arbetsgivarnas ansvar för rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter vid sjukdom liksom arbetsmiljön måste betonas.

Utvecklingen för sjuk- och aktivitetsersättning har bytt riktning under andra halvan av 2015. Minskningen av nya sjukersättningar sammanfaller med en omorganisation av handläggningen som har inneburit resursbrist med fördröjningar i handläggningen som följd. Andelen avslag ökar också. För aktivitetsersättning bromsade nybeviljandet in i slutet av 2015 och de senaste månaderna sker till och med en svag minskning. Även aktivitetsersättningen präglas av att ärenden inte hinns med. Det är dock oklart hur mycket av minskningen som beror på det och hur mycket som beror på färre ansökningar.

Utvecklingen för kvinnor och män följer samma mönster

Utvecklingen för kvinnor och män påminner om varandra även om de sjukskrivna kvinnorna är nästan dubbelt så många. Båda könen uppvisar avtagande ökningstakter i inflödet och sjukskrivningslängderna. Både män och kvinnor uppvisar också högt inflöde av psykiatriska diagnoser relativt övriga diagnosgrupper. Det som sticker ut är att männen uppvisar en högre

ökningstakt i inflödet av psykiatriska diagnoser än vad kvinnor gör och har gjort det under hela 2015. Detta har lett till att den relativa skillnaden mellan män och kvinnor minskar i inflödet av psykiatriska diagnoser.

Ökad psykisk ohälsa är fortsatt den dominerande orsaken till sjukfrånvaro

Den psykiska ohälsan dominerar samtliga förmåner som analyseras i rapporten. För sjukersättning och aktivitetsersättning, där det skett en vändning, minskar även antalet nybeviljanden på grund av psykiatriska diagnoser, men de utgör fortfarande en betydande andel.

Inom sjukpenning är ökningen i psykiatriska diagnoser betydligt kraftigare än i andra diagnosgrupper. Både inflödet och antalet pågående sjukfall uppvisar avtagande ökningstakter även för psykiatriska diagnoser, men de är ändå att betrakta som höga. Ångest- och stressyndrom samt förstämningsyndrom utgör tillsammans över 90 procent av sjukskrivningarna på grund av en psykiatrisk diagnos och det är framför allt ångest- och stressyndrom som ökar. Det gäller för både kvinnor och män.

Regionala skillnader behöver analyseras ytterligare

I rapporten ingår en kartläggning av regionala skillnader i sjukfrånvaro som visar att det inte finns *en* entydig förklaring till varför variationer uppstår. Från tidigare studier vet vi att sociodemografiska faktorer och arbetsmarknadsfaktorer har betydelse för de regionala skillnaderna. Sannolikt finns även regionala variationer i hur olika aktörer i sjukskrivningsprocessen agerar. Det kan gälla arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, men även de försäkrade.

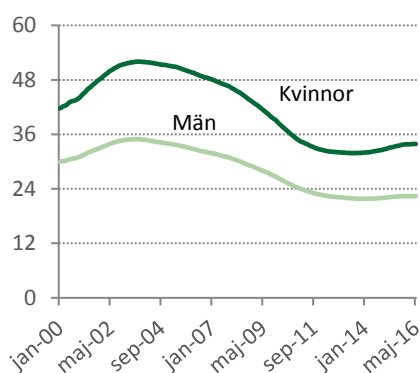
Kartläggningen ger upphov till flera frågor. Inget län har varit förskonat från den ökande sjukfrånvaron, men varför har den ökat snabbare i vissa län och långsammare i andra? Vad är det som gör att Östergötland har landets lägsta sjukpenningstal? Hur har vissa län lyckats göra en förflyttning från att ha bland de högsta sjukpenningtalen till att hamna närmare riksgenomsnittet? Frågor som dessa har bäring inte bara på kunskapen om regionala skillnader utan även på vår förståelse av vilka mekanismer som påverkar sjukfrånvarons utveckling i stort. Försäkringskassans ambition är därför att försöka analysera dessa frågor ytterligare i kommande analyser genom att studera enskilda regioner.

Inledning

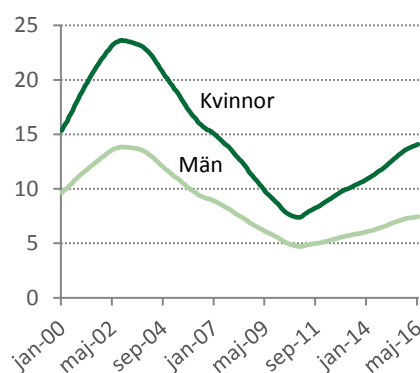
De mått som Försäkringskassan publicerar månadsvis avseende sjukförsäkringen tyder på en långsammare ökning av sjukfrånvaron. Utvecklingen av ohälsotalet, sjukpenningtalet¹ och nybeviljade sjuk- respektive aktivitetsersättningar per 1 000 inskrivna försäkrade redovisas i Diagram 1.

Diagram 1 Utvecklingen av ohälsotalet, sjukpenningtalet och nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar per 1 000, t.o.m. maj 2016

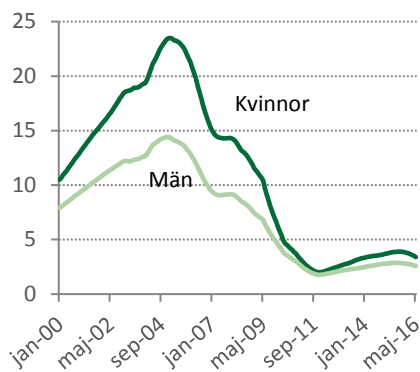
a) Ohälsotalet



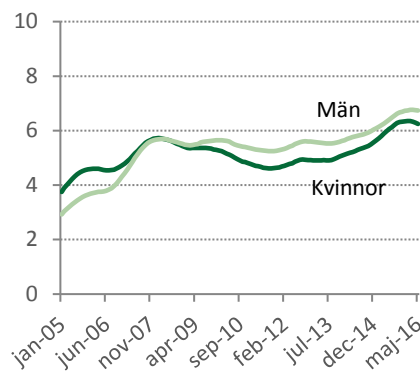
b) Sjukpenningtalet



c) Nybeviljade sjukersättningar per 1 000



d) Nybeviljade aktivitetsersättningar per 1 000



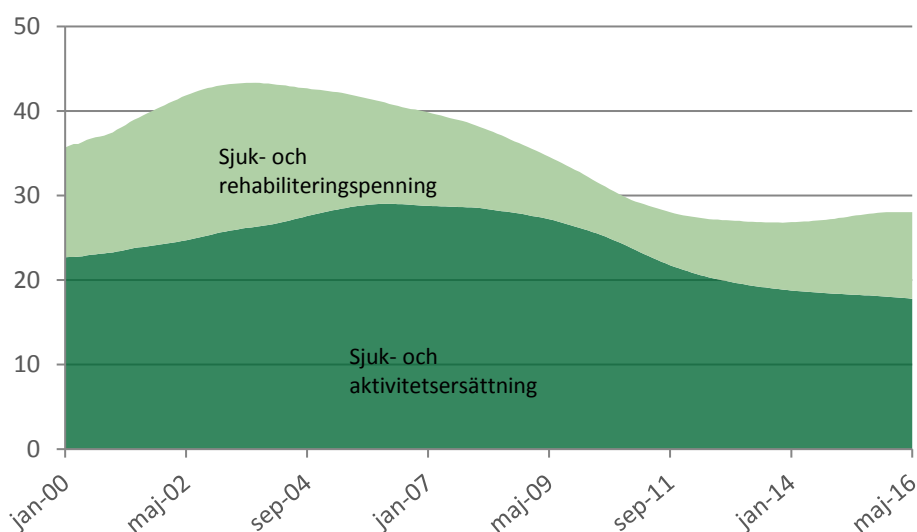
Källa: Försäkringskassans databas Store

Ohälsotalet har legat på en stabil nivå sedan drygt ett halvår tillbaka. I maj 2016 var det 28,0, vilket är samma värde som det haft sedan september 2015 (med undantag för februari 2016 då det var 28,1). Det innebär ändå en ökning med 1,3 procent från maj föregående år och det är sjukpenningdelen

¹ Ohälsotalet är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning per registrerad försäkrad 16–64 år. Sjukpenningtalet är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Båda måtten beräknas för 12-månadersperioder.

i ohälsotalet som står för ökningen, se Diagram 2. Den årliga ökningstakten var som högst under hösten 2015 då den låg på 3 procent, men den har avtagit under de senaste månaderna. Ohälsotalet är högre för kvinnor än för män – 33,9 dagar jämfört med 22,4 – och kvinnorna uppvisar också en högre ökningstakt än vad männen gör. Den relativa skillnaden ökar mellan könen och i maj var kvinnornas ohälsotal 51 procent högre än männens (att jämföra med 50 procent motsvarande period 2015).

Diagram 2 Utvecklingen av ohälsotalet uppdelat på sjuk- och aktivitetsersättning respektive sjuk- och rehabiliteringspenning, 2000–maj 2016



Källa: Försäkringskassans databas Store

Sjukpenningtalet fortsätter att öka och den årliga ökningstakten är fortfarande relativt hög om än avtagande sedan ungefär ett halvår tillbaka. I maj uppgick sjukpenningtalet till 10,7 dagar, vilket innebär en ökning med 8,4 procent under den senaste 12-månadersperioden. Kvinnor har ett högre sjukpenningtal än män och skillnaderna ökar. I maj var kvinnornas sjukpenningtal 89 procent högre än männens: 14,1 dagar jämfört med 7,4. Den relativa skillnaden mellan kvinnor och män har ökat mer eller mindre konstant sedan början av 1980-talet, även i perioder av nedåtgående sjuktal. Mot slutet av den senaste nedgången, från ungefär 2008 fram till 2010, märks dock en tydlig minskning i skillnad mellan könen. Det beror förmodligen på en kombination av införandet av rehabiliteringskedjan och den bortre tidsgränsen som i större utsträckning rörde kvinnor eftersom de hade fler långa sjukfall. När den första gruppen uppnådde maxtid och sjukpenningtalet nådde sin lägsta nivå i närtid var minskningen som kraftigast för kvinnor. Därefter ökade återigen skillnaden mellan könen.

Från att ha ökat sedan mitten av 2011 har nybeviljade sjukersättningar per 1 000 försäkrade uppvisat en minskning under det senaste halvåret. Minskningen är sannolikt en följd av den omorganisation av handläggningen som skedde 2015 som framför allt påverkar övergångar från sjukpenning till sjukersättning. Dessutom har andelen avslag ökat inom sjukersättningen. I maj 2016 var antalet nybeviljade sjukersättningar 2,45 per 1 000 försäkrade. Fler kvinnor än män får sjukersättning – 2,76 kvinnor per 1 000 försäkrade

kvinnor jämfört med 2,15 män per 1 000 försäkrade män. Den relativa skillnaden mellan könen har fluktuerat över tid. Från att kvinnornas nybeviljande per 1 000 låg nästan 70 procent högre än männens under en period då nybeviljandet var väldigt högt (2005), minskade skillnaden till 10 procent högre efter regelförändringarna 2008. De senaste åren har dock kvinnornas nybeviljande per 1 000 hållit sig mellan 30 och 40 procent högre än männens.

Även nybeviljandet av aktivitetsersättning har bromsat in under det senaste halvåret. I maj 2016 var antalet nybeviljade aktivitetsersättningar per 1 000 försäkrade 6,27. Den årliga ökningstakten har avtagit kraftigt under de senaste månaderna och för de senaste observationerna ser vi till och med en minskning. Från att ha ökat runt 15 procent på årsbasis har nybeviljandet per 1 000 i maj 2016 minskat med 5,2 procent jämfört med föregående år. Antalet nybeviljade aktivitetsersättningar per 1 000 var i maj 6,00 för kvinnor och 6,52 för män. Fler män än kvinnor nybeviljas aktivitetsersättning och så har det varit sedan 2008. Under 2015 minskade den relativa skillnaden, men på senare tid ökar den igen. I dagsläget ligger männen ungefär 10 procent högre än kvinnorna.

Rapporten inleds med en beskrivning av den senaste sjukfallsutvecklingen med avseende på inflöde, varaktighet och pågående sjukfall. Det första kapitlet innehåller också en redogörelse av utvecklingen i olika yrken. Därpå följer ett kapitel om sjukförsäkringens tidsgränser. Vi redovisar bedömningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser, avslag och indrag, sjukfall som passerar ett år samt uppnår maxtid. Nästa kapitel beskriver utvecklingen för sjuk- och aktivitetsersättning följt av en kartläggning av regionala skillnader i sjukfrånvaron och en avslutande diskussion.

Sjukfallsutvecklingen

I följande kapitel beskrivs den senaste sjukfallsutvecklingen. Kapitlet inleds med sjukfrånvaron i Sverige från ett europeiskt perspektiv. Därpå följer inflöde och varaktighet som i sin tur påverkar antalet pågående sjukfall. Avslutningsvis redogörs för sjukfrånvaron i olika yrken.

Sjukfrånvaron i Europa

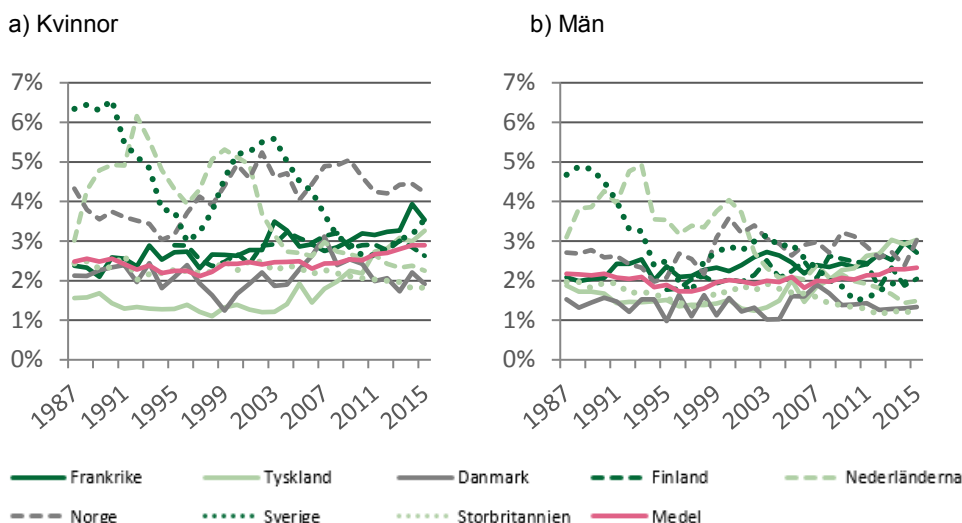
I detta avsnitt redogörs kort för utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige jämfört med åtta europeiska länder.

Sjukfrånvaron bland arbetande i Sverige befinner sig strax över genomsnittet för de åtta europeiska länder som ingår i Diagram 3. Kvinnorna har legat över medel sedan 2012 medan männen fortfarande befinner sig strax under. År 2015 var sjukfrånvaron 2,8 procent i Sverige medan genomsnittet för länderna som ingår i jämförelsen var 2,6 procent. Det innebär en ökning på 8,5 procent från året innan. Ökningen sedan 2014 har varit kraftigast för Sverige, men även Tyskland, Norge och Storbritannien uppvisar ökad sjukfrånvaro. Högst är sjukfrånvaron i Norge (3,6 procent) följt av Tyskland och Frankrike (3,1 procent i båda).

För kvinnor ligger Sverige på delad andraplats tillsammans med Frankrike när det gäller högst sjukfrånvaro 2015 (3,5 procent). Norge uppvisar högst sjukfrånvaro bland kvinnor med 4,2 procent. Sverige uppvisar dock störst ökning bland kvinnor jämfört med föregående år. Utöver i Sverige är det endast i Tyskland och i Storbritannien som kvinnornas sjukfrånvaro har ökat från året innan.

Männen uppvisar ett något annorlunda mönster. Sjukfrånvaron är genomgående lägre bland män än bland kvinnor. Däremot så ökar den i genomsnitt mer än vad den gör för kvinnor. Samtliga länder förutom Frankrike uppvisar en ökning från föregående år. Kraftigast är ökningen i Norge följt av Storbritannien. Norge och Tyskland har högst sjukfrånvaro för män (3,0 procent). I Sverige ligger männens sjukfrånvaro på 2,0 procent.

Diagram 3 Sjukfrånvaron som andel av arbetande i åtta europeiska länder 1987–2015



Källa: Eurostat

Sammanfattning

Sjukfrånvaron i Sverige befinner sig 2015 strax över medel för de åtta europeiska länder som ingår i jämförelsen. Kvinnorna har legat över medel sedan 2012 medan männen fortfarande befinner sig strax under.

Inflödet av sjukfall

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen av inflödet av sjukskrivningar uppdelat på olika undergrupper. Vi tittar bland annat på sysselsättning och diagnos- och åldersfördelning. Endast sjukfall där ersättningen betalas ut av Försäkringskassan ingår. Eftersom anställdas sjukfall redan pågått i 14 dagar när de kommer in i sjukförsäkringen så redovisas, för jämförbarhetens skull, inflödet av sjukfall som blir längre än 14 dagar för alla grupper.

Inflödet hämtas från Försäkringskassans databas MiDAS som baseras på utbetalningar. Det kan ske stora förändringar i databasen månad för månad beroende på hur mycket retroaktiva utbetalningar som sker. Särskilt stora förändringar ser vi i inflödet för månader som ligger i närtid. Det medför att inflödesdata har en eftersläpning på upp till sex månader. För att kunna följa den senaste utvecklingen har vi därför tagit fram en modell som skattar antalet nya sjukfall fram till tre månader bakåt i tiden. Det innebär att siffrorna från september 2015 och framåt i de inflödesdiagram som följer är preliminära. Tidpunkten är markerad med en streckad linje.

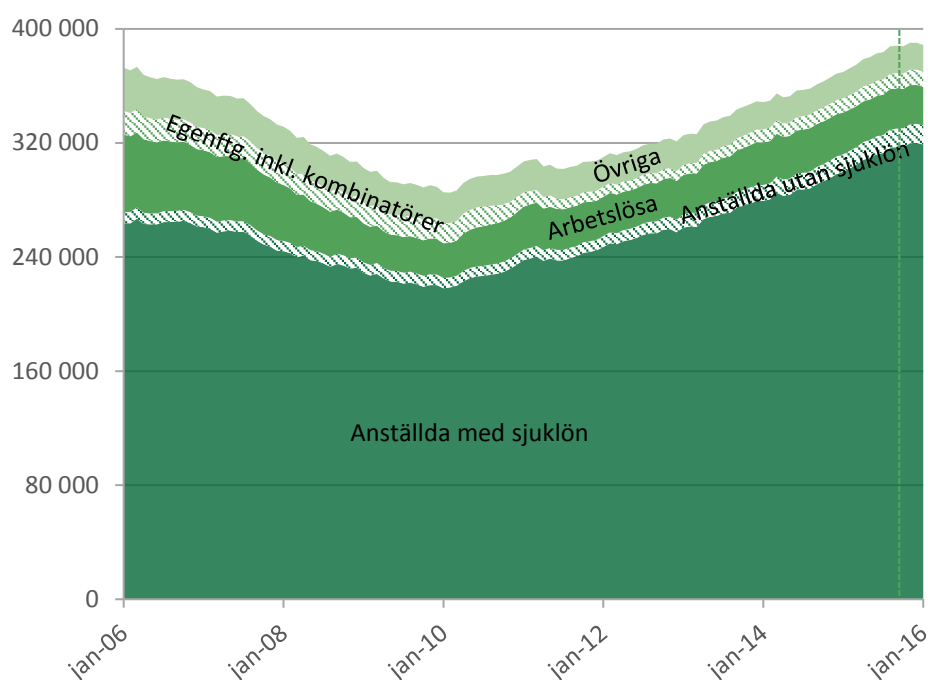
I den förra rapporten om sjukfrånvarons utveckling (Försäkringskassan 2015d) konstaterades att inflödet ökade kraftigt i början av 2015. Utvecklingen under den senare delen av 2015 visar på en fortsatt ökning, men med en avtagande ökningstakt. Antalet startade sjukfall uppgår nu till drygt 600 000 på årsbasis, varav 65 procent startas av kvinnor. Inflödet ökar fortfarande för både kvinnor och män, men kvinnorna uppvisar en något högre ökningstakt. Drygt hälften av de startade sjukfallen är personer som

inte har varit sjukskrivna (med ersättning från Försäkringskassan) inom två år före det aktuella sjukfallet (se Tabell 4 i Bilaga 1). För kvinnor är denna andel lägre än för män – 48 respektive 57 procent. I samma tabell går det också att utläsa att de som startar ett sjukfall har allt högre inkomster. År 2015 var det 20 procent som hade en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) som ligger över taket för sjukförsäkringen på 7,5 prisbasbelopp. År 2006 var det 9 procent. Det är delvis en effekt av den allmänna inkomstutvecklingen. Även om vi tar hänsyn till prisbasbeloppet som bygger på inflation så täcker inte den inkomstutveckling som varit. Men även ökningen av andelen psykiatriska diagnoser kan spela in. Vi vet från tidigare rapporter att höginkomsttagare har en högre relativ risk att starta ett sjukfall med en psykiatrisk diagnos (Försäkringskassan 2014). Det är därför troligt att ett högt inflöde av psykiatriska diagnoser höjer inkomstnivåerna för de sjukskrivna.

Inflöde fördelat på sysselsättning

I Diagram 4 nedan redovisas inflödet längre än 14 dagar för kvinnor uppdelat på sysselsättningskategori. Av diagrammet framgår att kvinnornas inflöde är högre än vad det var 2006. Anställda med sjuklön utgör majoriteteten av alla startade sjukfall – 82 procent – och det är således de som står bakom en stor del av ökningen. Samtliga grupper ökar förutom arbetslösa där inflödet i stället har minskat under 2015. Den årliga ökningen är snabbast för anställda utan sjuklön (cirka 9 procent). Därefter följer anställda med sjuklön och egenföretagare som uppvisar ungefär samma ökningstakt (drygt 6 procent). Ökningstakten för gruppen ”övriga” (främst föräldralediga) är förhållandevis låg (mindre än 1 procent).

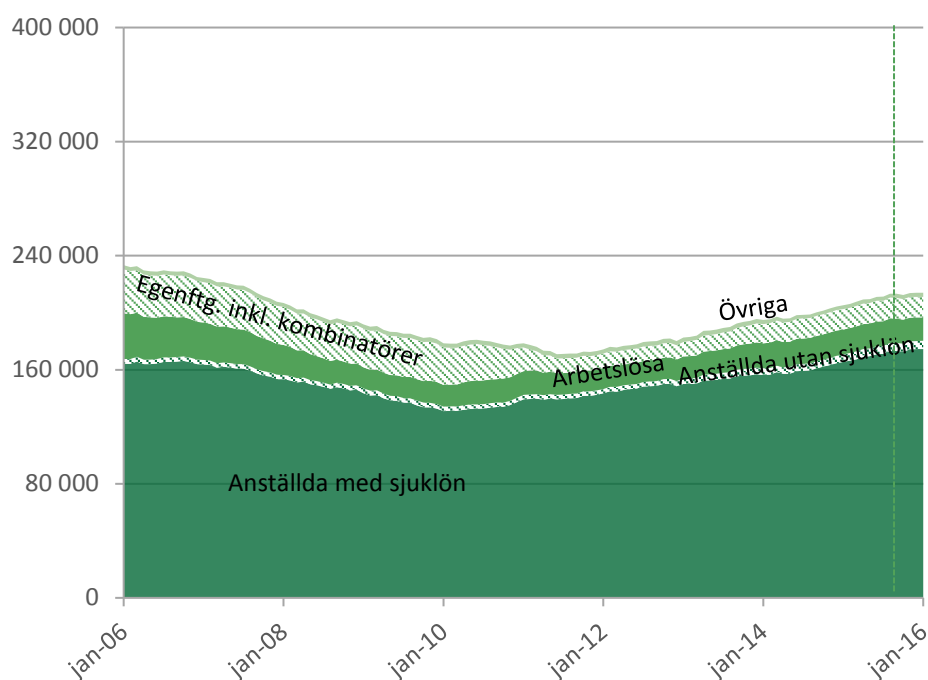
Diagram 4 **Inflödet av sjukfall 2006–jan 2016 för kvinnor**
Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Även männen uppvisar ett fortsatt ökat inflöde, se Diagram 5. Bortsett från att sjukfallen är hälften så många så är utvecklingen för männen snarlik den för kvinnorna. Även här utgör anställda med sjuklön 82 procent och vi ser en ökning i samtliga grupper förutom arbetslösa. Skillnaden gentemot kvinnorna är att egenföretagarna uppvisar lägst ökningstakt (knappt 2 procent på årsbasis) medan anställda utan sjuklön och övriga är de som ökar snabbast (10 respektive 8 procent). Gemensamt för båda könen är dock att ökningstakten är avtagande i de grupper som fortfarande ökar.

Diagram 5 Inflödet av sjukfall 2006–jan 2016 för män
Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

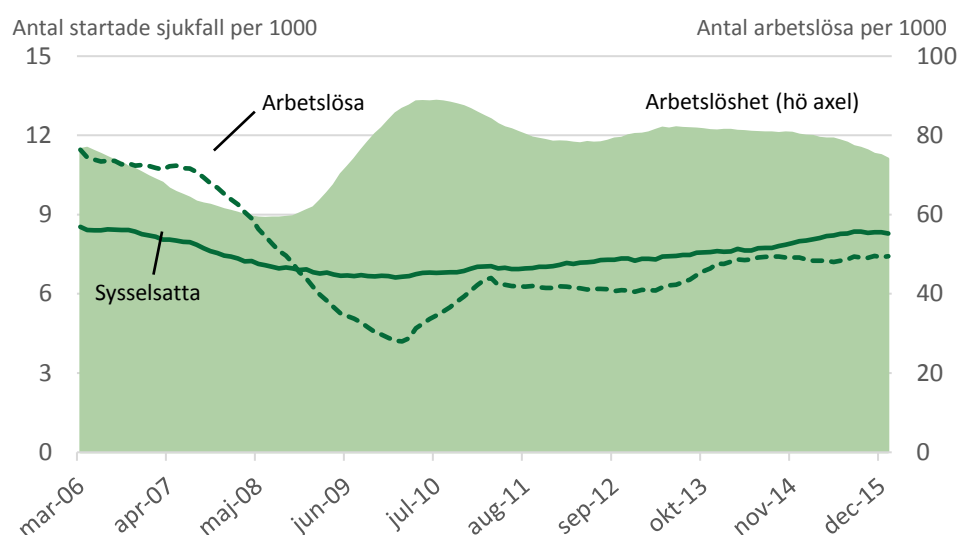
Inflöde i relation till arbetskraften

Det totala årliga inflödet är nu uppe i samma nivå som rådde 2006. Sammansättningen när det gäller sysselsättningskategori har dock förändrats något sedan dess (Tabell 4 i Bilaga 1). Anställda med sjuklön var tveklöst den största gruppen även då, men utgjorde sammanlagt 73 procent av antalet startade sjukfall jämfört med 82 procent 2015. Gruppen arbetslösa var i stället större 2006 – 13 procent jämfört med dagens 7 procent. I perioden av minskande sjukfrånvaro som varade fram till 2010 så minskade andelen arbetslösa medan andelen anställda med sjuklön ökade. När sjukfrånvaron vände uppåt igen fortsatte dock andelen arbetslösa att minska och antalsökningen har varit betydligt mer modest än för anställda. Det finns flera möjliga förklaringar till detta. År 2003 anpassades ersättningsnivåerna för sjukpenning och A-kassa. Det innebär att sjukpenningens storlek vid arbetslöshet inte ska vara större än maxbeloppet för A-kassan. En effekt av detta är att färre har incitament att byta ut arbetslöshetsersättningen mot sjukpenning. Den effekten påverkar antalet arbetslösa sjukskrivna under en period efter ändringen, vilket kan leda till en nedgång under flera år.

Dessutom har antalet arbetslösa minskat, vilket betyder att underlaget för potentiell sjukskrivning har blivit mindre.

I och med att inflödet bland arbetslösa hållit sig relativt konstant under den senaste ökningsperioden så innebär en krympande arbetslöshet att det startas fler sjukfall per arbetslös. Detta går att se i Diagram 6: inflödet per 1 000 arbetslösa har ökat. I tider av sjunkande arbetslöshet är det troligt att de som befinner sig längst från arbetsmarknaden, till exempel på grund av nedsatt arbetsförmåga, är de som blir kvar i arbetslöshet. Då är det också att förvänta att vi får en ökad sjukfrånvaro bland arbetslösa relativt stocken av arbetslösa.

Diagram 6 **Inflödet av sjukfall mars 2006–jan 2016 för sysselsatta per 1 000 sysselsatta och för arbetslösa per 1 000 arbetslösa¹**
Rullande 12 månaders medel



¹ Sjukfall längre än 14 dagar och för personer upp till och med 64 år. Sysselsatta inkluderar anställda med och utan sjuklön samt egenföretagare och kombinatorer.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS och SCB (egna beräkningar)

I Diagram 7 nedan visas motsvarande uppdelat på kvinnor och män (exklusive arbetslöshet). Syftet med Diagram 6 och Diagram 7 är att beskriva hur en del av sjukfrånvaroutvecklingen kan förklaras av arbetskraftens utveckling. I diagrammen har vi kombinerat våra registerdata med SCB:s statistik över antal personer i arbetskraften uppdelat på sysselsatta och arbetslösa. Sysselsatta inkluderar anställda med och utan sjuklön samt egenföretagare och kombinatorer. För att ta hänsyn till sjuklöneperioden inkluderas endast sjukfall längre än 14 dagar.

För både kvinnor och män har antalet startade sjukfall per 1 000 arbetslösa ökat sedan 2010. Direkt efter att den första gruppen uppnår maxtid² och har möjlighet att återvända till sjukförsäkringen ser vi en markant ökning av

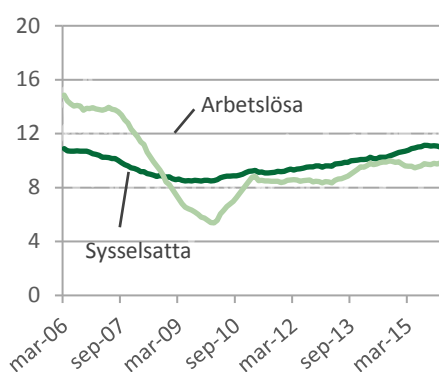
² När sjukpenningen tidsbegränsades den 1 juli 2008 infördes även övergångsbestämmelser som innebar att sjukfall som pågått en längre tid kunde få ersättning i ytterligare 550 dagar. Det innebar att en stor grupp sjukskrivna uppnådde maxtid samtidigt vid årsskiftet 2009/2010.

inflödet per 1 000 arbetslösa. Många av dem som uppnådde maxtid och som efter karensmånaderna återvände till sjukpenning klassificerades som arbetslösa. Därefter har ökningen varit mer konstant, men även vid tidpunkten för att de första återvändarna uppnår maxtid en andra gång går det att utrona en kraftigare ökning för de arbetslösa (2013). Detta förhållande gäller för både kvinnor och män även om det är tydligare för kvinnorna eftersom att de är fler (den procentuella förändringen är dock i ungefär samma storleksordning).

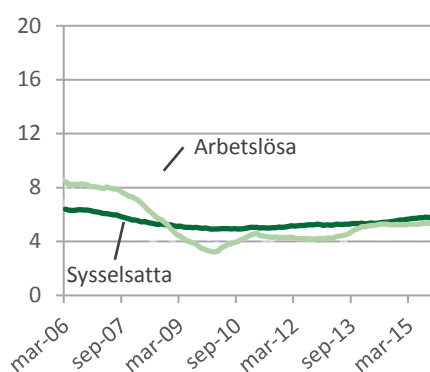
Inflödet för sysselsatta per 1 000 sysselsatta har ökat stadigt sedan 2010. För kvinnor startar ökningen tidigare än för männen och kvinnornas ökningstakt ligger i genomsnitt något högre än männens. I början av 2014 är antalet startade sjukskrivningar per 1 000 arbetslösa nästan lika många som per 1 000 sysselsatta. Medan arbetslösa och sysselsatta håller kvar sig på ungefär samma nivå för män så ökar skillnaderna återigen för kvinnor. Det förklaras av att inflödet per 1 000 arbetslösa minskar bland kvinnor under 2015 medan ökningen kvarstår för männen.

Diagram 7 **Inflödet av sjukfall mars 2006–jan 2016 för sysselsatta per 1 000 sysselsatta och för arbetslösa per 1 000 arbetslösa uppdelat på kvinnor och män¹**
Rullande 12 månaders medelvärde

a) Kvinnor



b) Män



¹ Sjukfall längre än 14 dagar och för personer upp till och med 64 år. Sysselsatta inkluderar anställda med och utan sjuklön samt egenföretagare och kombinatorer.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS och SCB (egna beräkningar).

Diagnosfördelning i inflödet

De psykiatriska diagnoserna fortsätter att öka sin andel av inflödet. I januari 2016 utgjorde de 26 procent av samtliga startade sjukfall jämfört med 24 procent i januari 2015. Andelsökningen hämtas från samtliga av de andra diagnosgrupperna vars andelar av inflödet har minskat svagt under samma period. Samtliga diagnosgrupper som redovisas i Diagram 8 nedan uppvisar dock en ökning när det gäller antalet nya sjukfall.

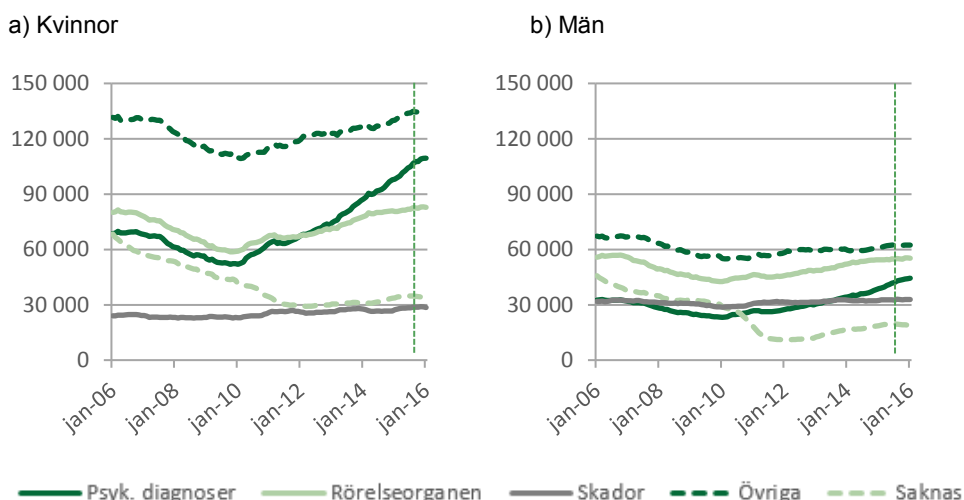
För kvinnor är psykiatriska diagnoser den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen bland startade sjukfall och har varit det sedan 2012. Andelen har ökat med en procentenhet det senaste året och är nu uppe i 28 procent. Sjukdomar i rörelseorganen, som är den näst vanligaste diagnosen, utgör 21

procent. Samtliga diagnosgrupper ökar antalsmässigt, men psykiatriska diagnoser uppvisar en betydligt högre årlig ökningstakt. Under den senaste 12-månadersperioden har antalet startade sjukfall i psykiatriska diagnoser ökat med 12 procent medan de andra diagnosgruppernas ökningstakt legat runt 3–4 procent.

Även för män ökar andelen psykiatriska diagnoser bland startade sjukfall, men än så länge är sjukdomar i rörelseorganen vanligast. Under den senaste 12-månadersperioden har andelen psykiatriska diagnoser ökat från 19 till 21 procent medan de andra diagnosgruppernas andelar minskar svagt. Precis som för kvinnorna ökar antalet startade sjukfall i alla diagnosgrupperna och ökningen är betydligt högre för psykiatriska diagnoser. I den förra rapporten från november (Försäkringskassan 2015d) framkom att männen dessutom uppvisar en högre ökningstakt i psykiatriska diagnoser än vad kvinnorna gör och den utvecklingen håller i sig. För männen ökar antalet startade sjukfall i psykiatriska diagnoser med 15 procent på årsbasis medan de andra diagnosgruppernas ökningstakt ligger runt 1–2 procent. Mönstret med en avtagande ökningstakt går dock igen för alla diagnosgrupperna och det gäller för både kvinnor och män.

En fördjupning av inflödet i psykiatriska diagnoser visar att de vanligaste diagnoserna är ångest- och stressyndrom (F40–F48) samt förstämningssyndrom (F30–F39). Tillsammans utgör de drygt 90 procent av de psykiatriska diagnoserna och det är framför allt ångest- och stressyndromen som ökar. Dessa två diagnoser dominerar inflödet i psykiatriska diagnoser för både kvinnor och män, men männen har en något högre andel förstämningssyndrom (F30–F39) – 34 procent jämfört med 29 procent av de psykiatriska diagnoserna. Kvinnor har i stället en högre andel ångest- och stressyndrom (F40–F48) – 66 procent jämfört med 55 procent. Den tredje vanligaste psykiatriska diagnosen för män utgör 5 procent och det är störningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10–F19), där alkohol är den vanligaste orsaken. För kvinnor utgör den tredje vanligaste psykiatriska diagnosen endast 1 procent och det är beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar (F50–F59), där sömnstörningar och ätstörningar är de vanligaste orsakerna.

Diagram 8 Inflödet av sjukfall 2006–jan 2016 fördelat på diagnos¹
Rullande 12 månaders summering



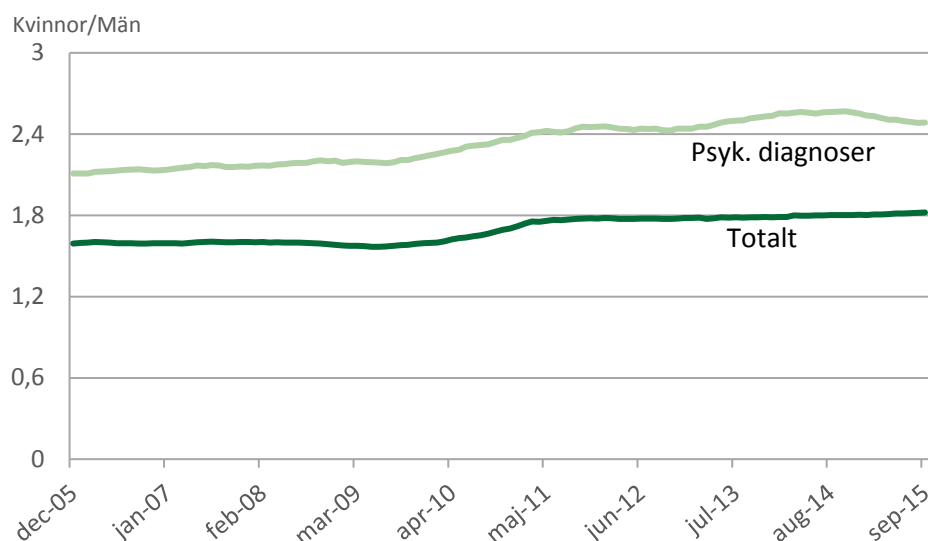
¹ Diagnoserna redovisas uppdelat på de tre största diagnosgrupperna samt övriga. När vi hänvisar till diagnosgrupper i texten är det dessa fyra vi avser.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

Tittar vi bakåt i tiden så ser vi att psykiatriska diagnoser och rörelseorganens sjukdomar varierar mer över tid än de andra diagnosgrupperna. I Tabell 4 i Bilaga 1 ser vi till exempel att både psykiatriska diagnoser och rörelseorganens sjukdomar minskar sina andelar av inflödet när sjukfrånvaron minskar mellan 2006 och 2009. I stället ökar andelen startade sjukfall på grund av tumörer och skador eftersom deras antalsförändring inte är lika markant. Att vissa diagnoser är mer volatila över tid skulle kunna bero på att dessa diagnoser i större utsträckning baseras på subjektiva upplevelser av hälsobesvär och att sjukvårdens förmåga att hantera dessa besvär kan variera. Av samma anledning har dessa diagnoser störst sannolikhet att påverkas av förändringar i Försäkringskassans bedömningar. För tumörer och skador som däremot i större utsträckning bygger på objektiva fynd är det mer rimligt att inflödet inte påverkas av generella svängningar i sjukfrånvaron.

I dagsläget är kvinnornas inflöde 82 procent högre än männens och skillnaden har ökat över tid. I Diagram 9 syns ett skift i den relativa skillnaden mellan antalet startade sjukfall för kvinnor och män under 2010. Kvinnornas inflöde gick på kort tid från att ha legat runt 60 procent högre än männens till 75 procent över. Därefter har skillnaden sakta men säkert ökat ytterligare. Detta skift är troligtvis en effekt av den första gruppen som uppnådde maxtid vid årsskiftet 2009/2010. Det var en större andel kvinnor som ingick i den gruppen och därmed fler kvinnor som kunde återvända och starta sjukfall. För psykiatriska diagnoser har skillnaderna ökat mer konstant, men även här syns en kraftigare ökning just 2010. Under 2015 har skillnaderna i inflödet för psykiatriska diagnoser minskat mellan könen, vilket är i linje med den högre ökningstakten som observerats för män inom just psykiatriska diagnoser. Kvinnornas inflöde i psykiatriska diagnoser ligger dock ändå 150 procent högre än männens.

Diagram 9 Relativa skillnader mellan kvinnor och män i inflödet av sjukfall, dec 2005–sep 2015



Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

Inflödet fördelat på ålder

Antalet startade sjukfall ökar för samtliga åldersgrupper, men samtliga uppvisar också en avtagande ökningstakt. Ökningen är störst för den yngsta åldersgruppen upp till 29 år. Då tas ingen hänsyn till befolkningsökningen som vi vet varit stor i denna åldersgrupp och således förklarar en del av ökningen. Den yngsta åldersgruppen startar årligen drygt 92 000 sjukfall, vilket motsvarar 15 procent av det totala inflödet. Flest sjukfall påbörjas i åldersgruppen 50–59 år: 164 000 eller 27 procent av inflödet. De olika åldersgruppernas andelar av inflödet är mer eller mindre oförändrade jämfört med för ett år sedan.

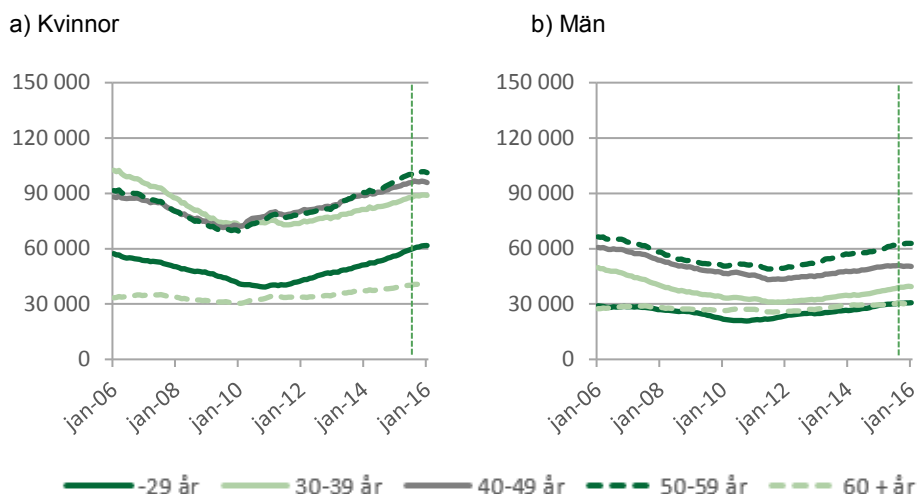
I Diagram 10 redovisas utvecklingen för olika åldersgrupper uppdelat på kvinnor och män. För kvinnor startar nästan lika många sjukfall bland 40–49-åringar som bland 50–59-åringar. Tillsammans utgör dessa hälften av inflödet för kvinnor. Även 30–39-åringar utgör en relativt stor andel av startade sjukfall. Den årliga ökningstakten är ungefär densamma för åldersgrupperna 30–39 år, 50–59 år och 60+ år (5–6 procent) medan den är lägre för gruppen 40–49 år. Högst är ökningstakten för gruppen –29 år (10 procent).

Bland män ser åldersfördelningen lite annorlunda ut. Där utgör också 40–49-åringarna tillsammans med 50–59-åringarna hälften av de startade sjukfallen, men 50–59-åringarna utgör en större andel bland männen. Till skillnad mot kvinnorna så sticker inte ökningstakten för den yngsta åldersgruppen ut. Det är i stället 30–39-åringarna som ökar snabbast (7 procent på årsbasis) medan gruppen –29 år ökar i ungefär samma takt som gruppen 50–59 år (5–6 procent). Lägst årlig ökningstakt har åldersgruppen 40–49 år (1 procent).

Att kvinnor påbörjar en högre andel sjukfall i åldersgruppen 30–39 år hänger troligtvis samman med diagnossammansättningen. Dels graviditetsrelaterade diagnoser, men även att kvinnor har en högre andel psykiatriska

diagnoser som är vanligare i de yngre åldersgrupperna. Att männen nu uppvisar en relativt hög ökningstakt i inflödet för 30–39-åringar skulle kunna vara en följd av den högre ökningstakten i inflödet av psykiatriska diagnoser för män.

Diagram 10 Inflödet av sjukfall 2006–jan 2016 fördelat på ålder
Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

I Tabell 4 i Bilaga 1 kan vi jämföra hur åldersfördelningen har förändrats mellan 2006 och 2015. På det stora hela är den densamma, men det är färre 30–39-åringar som startar sjukfall 2015 jämfört med 2006. I stället är det fler nya sjukfall i grupperna 20–29 år, 50–59 år och 60+ år. Till viss del hänger detta sannolikt ihop med den generella befolkningsutvecklingen. Antalet 30–39-åringar i befolkningen har minskat sedan 2006 medan det har skett en stor ökning av antalet 20–29-åringar.³

Sammanfattning

Inflödet fortsätter att öka, men ökningstakten är tydligt avtagande. Även om inflödet i psykiatriska diagnoser också uppvisar en avtagande ökningstakt är den betydligt högre än för övriga diagnosgrupper. Sedan 2015 uppvisar dessutom männen högre ökningstakt i psykiatriska diagnoser än vad kvinnor gör. För olika åldersgrupper är ökningstakten högst för 20–29-åringarna, men det är främst kvinnorna som står för den ökningen. Männen ökar snabbast i åldersgruppen 30–39 år.

Sjukfallens varaktighet

I följande avsnitt redogörs för hur sjukskrivningslängderna utvecklas över tid. Varaktigheten beräknas dels utifrån startade sjukfall och dels utifrån pågående sjukfall.

³ Källa: SCB, Folkmängden den 1 november efter region, ålder och år

Varaktigheten fortsätter att öka, men långsammare under 2015 jämfört med 2014. I Diagram 11 visas utvecklingen både utifrån startade sjukfall och pågående sjukfall för anställda med sjuklön och arbetslösa. Kvinnor och män uppvisar liknande varaktighetsmönster och därför sker ingen könsuppdelad redovisning.

Varaktighet utifrån startade sjukfall

För anställda med sjuklön som startade ett sjukfall i slutet av 2015 är den beräknade medianfalllängden 51 dagar, vilket innebär en ökning med drygt 2 dagar från 2014. Sjukfallens längd utifrån startade sjukfall för anställda ökar i samtliga kvartiler, det vill säga att både de kortaste sjukfallen och de längsta sjukfallen blir längre. Ökningstakten är något högre för tredje kvartilen, men samtliga uppvisar avtagande ökningstakt.

Medianfalllängden för arbetslösa som startade ett sjukfall i mitten av 2015⁴ uppgår till 169 dagar, vilket är 4 dagar längre än motsvarande period 2014. För medianen och första kvartilen har ökningstakten mattats av under 2015. De längsta sjukfallen uppvisar dock en relativt hög ökningstakt. Den kraftiga varaktighetsökningen som sker för sjukfall som påbörjades i början av 2010 är en följd av de första återvändarna. Många av dem som kom tillbaka till sjukförsäkringen efter att ha uppnått maxtid klassificerades som arbetslösa.

Varaktighet utifrån pågående sjukfall

Av de sjukfall som pågick i slutet av 2015 var medianfalllängden 123 dagar för anställda. Ökningstakten ligger kvar på samma nivå som den gjort sedan mitten av 2014, vilket innebär en årlig ökning på runt 6 procent. Även de pågående sjukfall som är kortast respektive längst ökar i varaktighet och för den tredje kvartilen har ökningstakten tilltagit något under 2015. Det är bland annat en konsekvens av färre övergångar till sjukersättning (se kapitlet Sjuk- och aktivitetsersättning).

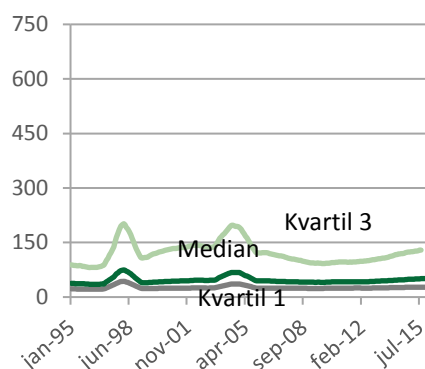
Även för arbetslösa sker en varaktighetsökning utifrån pågående sjukfall i samtliga falllängdskategorier. Av de pågående sjukfallen var medianfalllängden 307 dagar i slutet av 2015, vilket är en ökning på 15 procent från 12 månader innan. Samtliga kvartiler uppvisar en förhöjd ökningstakt under 2015, vilket har samma förklaring som ökningen av långa sjukfall för anställda – fördröjningar i övergång till sjukersättning.

⁴ Eftersom arbetslösas falllängder är så pass mycket längre än de anställdas så skiljer sig den senaste mät månaden åt för startade sjukfall.

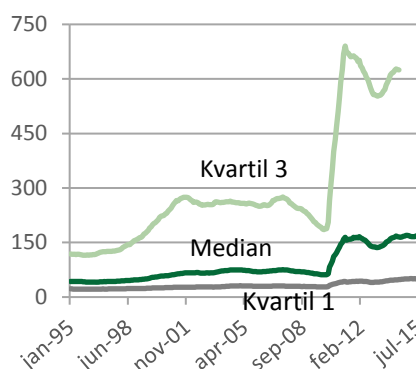
Diagram 11 Sjukfallens varaktighet 1995–dec 2015 mätt i dagar för anställda med sjuklön och arbetslösa
Överlevnadsskattningar utifrån startade sjukfall och utifrån pågående sjukfall

1. Startade sjukfall

a) Anställda med sjuklön

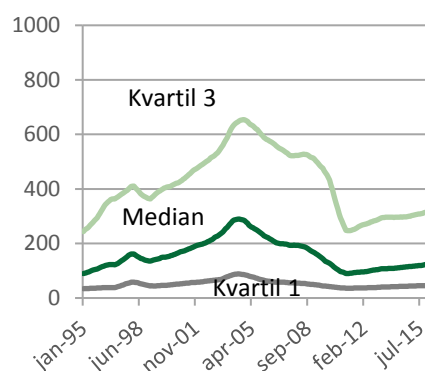


b) Arbetslösa

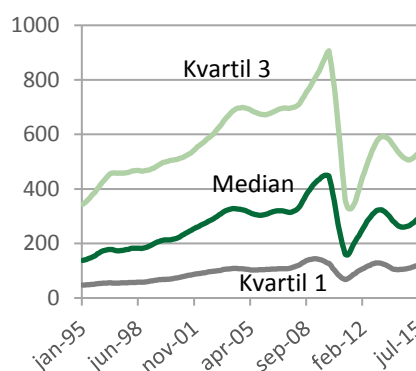


2. Pågående sjukfall

a) Anställda med sjuklön



b) Arbetslösa



Anm: För anställda med sjuklön påverkas resultaten av längden på sjuklönepérioden. Under de perioder då sjuklönepérioden varit längre än 14 dagar, dels jan 1996–mar 1998 då den var 28 dagar, dels jul 2003–dec 2004 då den var 21 dagar, är sjukfallen som kommer över på sjukpenning längre och det gör att de beräknade varaktigheterna också blir längre i och med att sannolikheten att avsluta ett sjukfall avtar med dess längd.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

Sammanfattning

Sjukfallen fortsätter att bli längre, men ökningstakten har varit avtagande under hela 2015. För anställdas sjukfall som startade i slutet av 2015 är medianfalllängden 51 dagar. De långa sjukfallen som var pågående i slutet av 2015 påverkas av att det sker färre övergångar till sjukersättning. För anställda med pågående sjukfall uppvisar de allra längsta sjukfallen en förhöjd ökningstakt medan ökningstakten tilltagit för samtliga falllängder för arbetslösa som har pågående sjukfall.

Pågående sjukfall

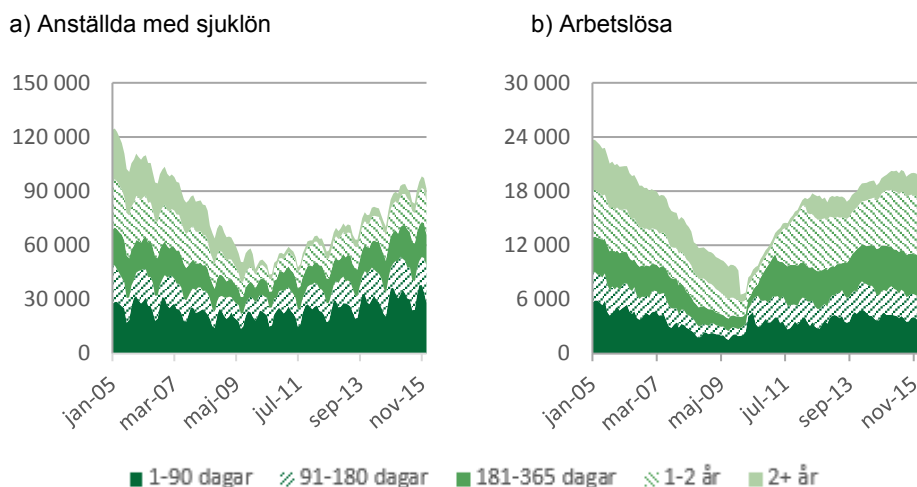
I detta avsnitt beskrivs sjukfallsutvecklingen utifrån antalet pågående sjukfall. När både inflöde och varaktighet ökar, ökar även antalet pågående sjukfall. Den nuvarande inbromsningen i ökningen av inflödet och varaktigheten innebär att ökningen i antalet pågående sjukfall också saktar in. Utvecklingen redovisas för olika falllängder och uppdelat på diagnosgrupper.

Anställda kvinnor

I Diagram 12 redovisas utvecklingen av antalet pågående sjukfall i olika falllängder för kvinnor, uppdelat på anställda med sjuklön och arbetslösa. En knapp tredjedel av de pågående sjukfallen bland anställda återfinns i fallängdskategorin 1–90 dagar. Näst största gruppen är 91–180 dagar med 23 procent och därefter följer 181–365 dagar och 1–2 år med en femtedel vardera. Då kvarstår 8 procent som blir över 2 år. Sett till utvecklingen det senaste året så är antalet pågående sjukfall 1–90 dagar färre i januari 2016 än samma månad 2015. Det hänger ihop med den avtagande ökningstakten som vi har observerat i inflödet under det senaste halvåret. För falllängden 1–90 dagar har vi en avtagande årlig ökningstakt, medan den fortfarande är relativt hög i de längre falllängderna över 180 dagar. Det är en följd av det höga inflödet som rått under längre tid tillsammans med ökad varaktighet. Färre övergångar till sjukersättning påverkar även de allra längsta sjukfallen (se mer i kapitlet om Sjuk- och aktivitetsersättning).

Arbetslösa kvinnor

Bland arbetslösa kvinnor finns flest pågående sjukfall i längdkategorin 1–2 år. En tredjedel av sjukfallen återfinns där. Därpå följer 181–365 dagar och 1–90 dagar med ungefär en femtedel var och slutligen 91–180 dagar och 2–år med 14 procent vardera. Vi har tidigare konstaterat att inflödet av sjukfall bland arbetslösa har minskat under slutet av 2015. Detta återspeglas även i antalet pågående sjukfall där vi ser en minskning av antalet sjukfall i falllängder upp till 1 år medan sjukfallen som blir längre än så ökar. Sjukfall som är längre än 2 år uppvisar en hög ökningstakt.

Diagram 12 Pågående sjukfall 2005–jan 2016 i olika falllängder för kvinnor


Anm: Observera att det är olika skalor på x-larna för anställda och arbetslösa.

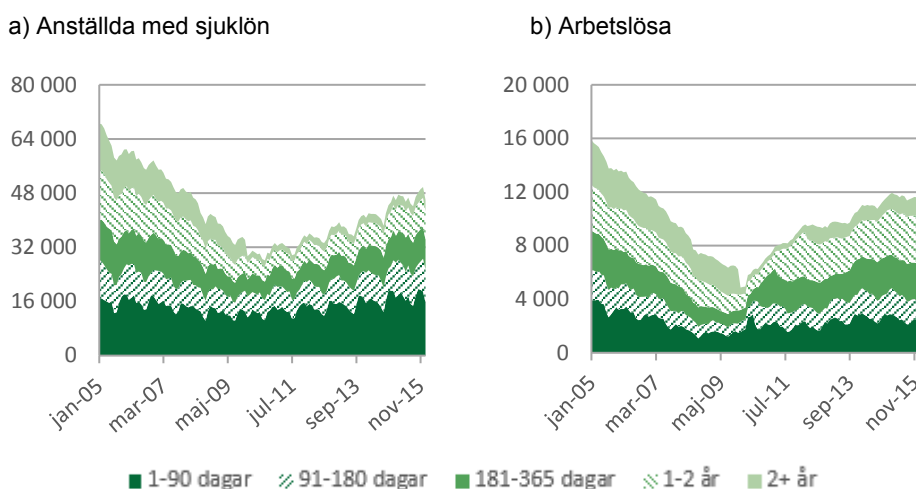
Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Anställda män

Anställda män uppvisar ett liknande mönster som kvinnorna förutom att de är hälften så många (Diagram 13). En tredjedel av de pågående sjukfallen är 1–90 dagar långa medan 91–180 dagar, 181–365 dagar och 1–2 år upptar runt en femtedel var. Minst antal sjukfall bland anställda män (7 procent) pågår i kategorin 2 år och längre. Även männen uppvisar en avtagande årlig ökningstakt i den kortaste falllängdskategorin medan den är fortsatt hög för falllängder över 180 dagar.

Arbetslösa män

För arbetslösa män pågår flest sjukfall som är 1–2 år långa. De utgör 30 procent av de pågående sjukfallen. De näst största grupperna är 181–365 dagar och 1–90 dagar som ligger runt 20 procent följt av 91–180 dagar på 15 procent och 2+ år på 13 procent. Eftersom inflödet av arbetslösa sjuk-skrivna inte har ökat på ett tag och senaste halvåret till och med minskat så minskar också antalet pågående sjukfall i falllängderna upp till 1 år. Däremot så ökar de i längdkategorierna 1–2 år och 2+ år där antalet pågående sjukfall över 2 år uppvisar en hög årlig ökningstakt.

Diagram 13 Pågående sjukfall 2005–jan 2016 i olika falllängder för män


Anm: Observera att det är olika skalor på x-larna för anställda och arbetslösa.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

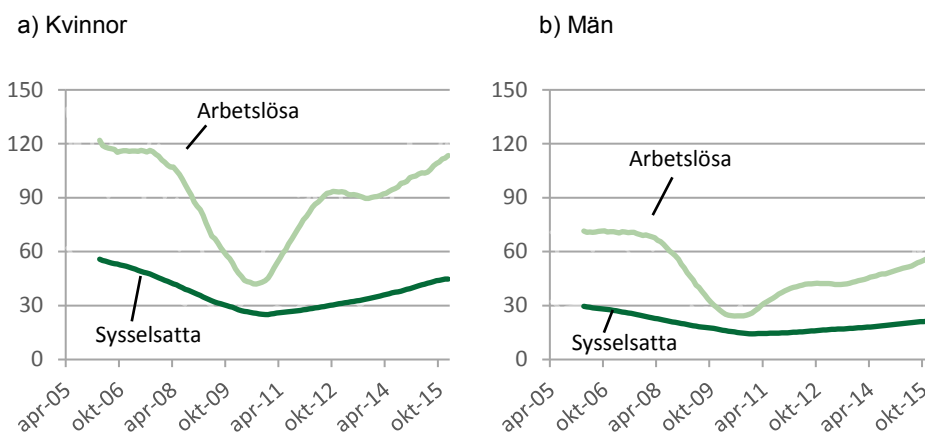
Pågående sjukfall i relation till arbetskraften

Bland de pågående sjukfallen sker inte samma utveckling av fördelningen för anställda och arbetslösa som i inflödet, där andelen anställda har ökat och andelen arbetslösa har minskat. Här har andelen anställda i stället minskat jämfört med 2006, från 78 till 74 procent (se Tabell 7 i Bilaga 1). Andelen arbetslösa har ökat något jämfört med 2006 (från 15 till 16 procent år 2015), men andelen är lägre nu än 2012 då den var 19 procent. Det är troligtvis en följd av att inflödet av arbetslösa har varit ganska konstant samtidigt som anställda med sjuklön har uppvisat ett högt inflöde. Andelen anställda med sjuklön ökar också svagt från 2012 till 2015. Att andelen arbetslösa är högre bland de pågående sjukfallen än i inflödet beror på att de generellt har längre sjukfall.

Att de arbetslösa utgör en större grupp bland de pågående sjukfallen blir också tydligt när vi relaterar dem till antalet arbetslösa totalt. I Diagram 14 nedan har vi gjort motsvarande för pågående sjukfall som för inflödet och relaterat antalet sjukfall till antalet i arbetskraften. De pågående sjukfallen per 1 000 arbetslösa är betydligt högre än motsvarande per 1 000 sysselsatta och de har varit fler både i perioder av nedgång och uppgång. Kvinnor har fler pågående sjukfall än män, men kurvorna följer samma mönster för både arbetslösa och sysselsatta. Bland de arbetslösa syns effekterna av maxtiden tydligare, dels vid årsskiftet 2009/2010 då antalet pågående sjukfall per 1 000 arbetslösa minskade kraftigt, men även när den första gruppen som uppnådde maxtid och återvände uppnådde maxtid en andra gång runt 2012/2013.

Antalet pågående sjukfall per 1 000 arbetslösa har ökat även under den senaste perioden då inflödet har legat relativt konstant och till och med minskat. Det beror dels på den högre varaktigheten bland arbetslösa, men troligtvis också på att arbetslösheten generellt har gått ner. För sysselsatta har antalet pågående sjukfall i relation till arbetskraften också ökat, men de senaste mätmånaderna har ökningstakten börjat avta.

Diagram 14 Pågående sjukfall 2005–jan 2016 för sysselsatta per 1 000 sysselsatta och för arbetslösa per 1 000 arbetslösa¹
Rullande 12 månaders medelvärde



¹ Sjukfall längre än 14 dagar och för personer upp till och med 64 år. Sysselsatta inkluderar anställda med och utan sjuklön samt egenföretagare och kombinatorer.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS och SCB (egna beräkningar)

Diagnosfördelning inom pågående sjukfall

Psykiatriska diagnoser är den största diagnosgruppen bland pågående sjukfall för både kvinnor och män, anställda och arbetslösa. De psykiatriska diagnoserna kännetecknas av både ett högt inflöde och hög varaktighet, vilket gör att de väger tungt bland pågående sjukfall. De psykiatriska diagnoserna har betydligt högre årlig ökningstakt än de andra diagnosgrupperna när det gäller utvecklingen av antalet pågående sjukfall – 18 procent jämfört med 4–6 procent. I Tabell 7 i Bilaga 1 blir det tydligt att det skett en omfördelning av psykiatriska diagnoser och sjukdomar i rörelseorganen. Antalet pågående sjukfall närmar sig nivåerna 2006. Då pågick 62 000 sjukfall med en psykiatrisk diagnos jämfört med 83 000 i oktober 2015. För sjukdomar i rörelseorganen är förhållandet det omvända: 61 000 sjukfall 2006 och 43 000 sjukfall 2015. En bidragande orsak till denna utveckling är införandet av rehabiliteringskedjan 2008 som inte har haft lika stor effekt på psykiatriska diagnoser.

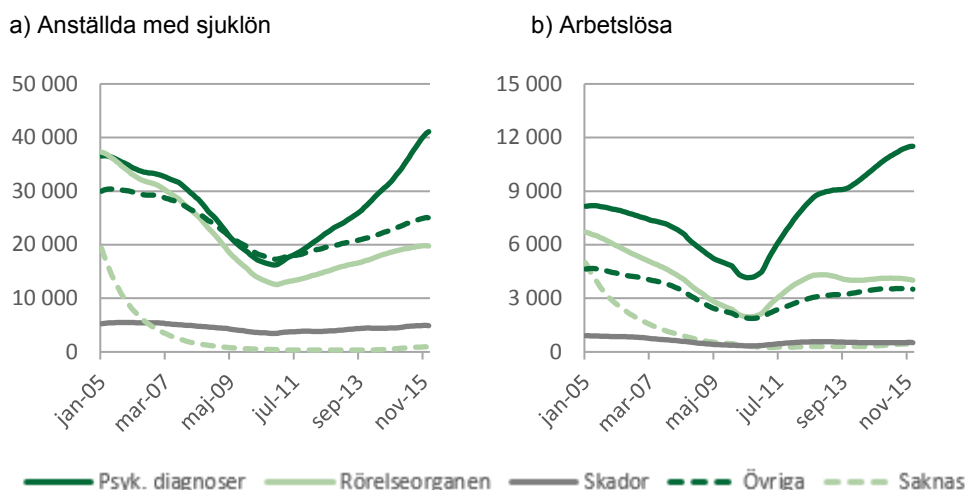
För anställda kvinnor har psykiatriska diagnoser varit den vanligaste diagnosen bland pågående sjukfall sedan första halvan av 2005 (del a) i Diagram 15). Under nedgångsperioden i början av 2000-talet minskade antalet med sjukdomar i rörelseorganen snabbare än antalet med psykiatriska diagnoser. Efter vändningen 2010 uppvisar psykiatriska diagnoser en snabbare ökning, vilket gör att de drar ifrån sjukdomar i rörelseorganen. I januari 2016 utgörs 45 procent av de pågående sjukfallen för kvinnor av psykiatriska diagnoser, vilket är en ökning på 4 procentenheter från januari 2015. Sjukdomar i rörelseorganen som är den näst största enskilda diagnosen ligger i januari 2016 på 22 procent.

För arbetslösa har psykiatriska diagnoser varit överlägset vanligast en längre tid tillbaka (del b) i Diagram 15). Den årliga ökningstakten är lägre än för anställda med sjuklön, men den är ändå hög relativt de andra diagnosgrupperna. För arbetslösa har antalet pågående sjukfall med sjukdomar i

rörelseorganen och skador hållit sig mer eller mindre konstant i drygt ett år. Även för ”övriga” planar antalet pågående sjukfall ut de senaste månaderna. I januari 2016 var 58 procent av de pågående sjukfallen för arbetslösa kvinnor inom en psykiatrisk diagnos (en ökning från 56 procent i januari 2015). Sjukdomar i rörelseorganen och ”övriga” utgör ungefär en femtedel vardera medan skador är 3 procent av de pågående sjukfallen.

Diagram 15 Pågående sjukfall 2005–jan 2016 för kvinnor uppdelat på diagnos¹

Rullande 12 månaders medelvärde



¹ Diagnoserna redovisas uppdelat på de tre största diagnosgrupperna samt övriga. När vi hänvisar till diagnosgrupper i texten är det dessa fyra vi avser.

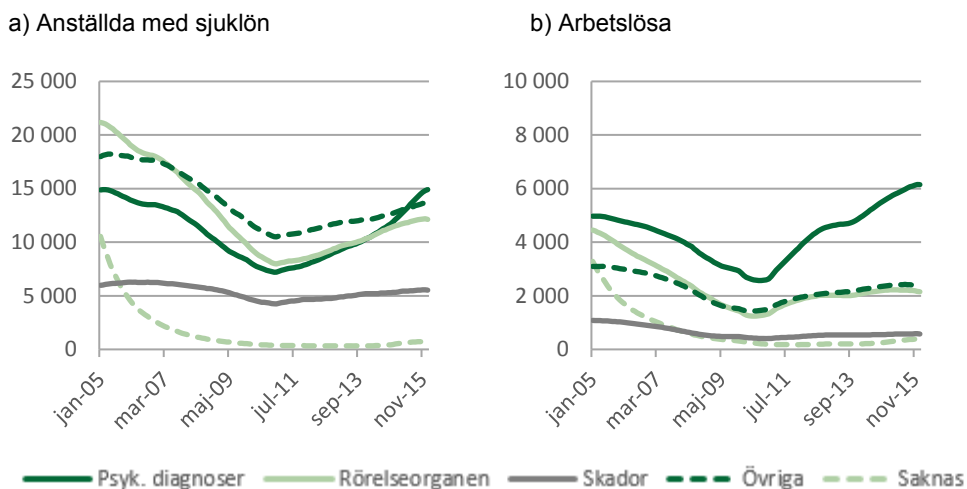
Anm: Observera att det är olika skalor på axlarna för anställda och arbetslösa.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

I början av 2014 passerar psykiatriska sjukdomar i rörelseorganen som vanligaste diagnos bland pågående sjukfall för anställda män (del a) i Diagram 16). Den årliga ökningstakten är hög relativt andra diagnoser och i januari 2016 utgjorde de 32 procent av de pågående sjukfallen för anställda män. De andra diagnosgrupperna ökar också antalsmässigt, men psykiatriska diagnoser plockar andelar från samtliga. I januari 2016 var 26 procent av de pågående sjukfallen inom sjukdomar i rörelseorganen, 29 procent inom ”övriga” och 12 procent inom skador.

Precis som för arbetslösa kvinnor har psykiatriska diagnoser varit vanligast under hela mätperioden även för arbetslösa män (del b) i Diagram 16) och de ökar relativt snabbt. Även de andra diagnosgrupperna har ökat, men de senaste månaderna kan vi se en antydning till utplaning för sjukdomar i rörelseorganen och ”övriga”. Skador ökar, om än med låg och avtagande ökningstakt. Bland arbetslösa män är andelen psykiatriska diagnoser 53 procent av de pågående sjukfallen i januari 2016 (51 procent i januari 2015). Motsvarande för de andra diagnosgrupperna är: sjukdomar i rörelseorganen 18 procent, ”övriga” 20 procent samt skador 5 procent.

Diagram 16 Pågående sjukfall 2005–jan 2016 för män uppdelat på diagnos¹
Rullande 12 månaders medelvärde



¹ Diagnoserna redovisas uppdelat på de tre största diagnosgrupperna samt övriga. När vi hänvisar till diagnosgrupper i texten är det dessa fyra vi avser.

Anm: Observera att det är olika skalor på axlarna för anställda och arbetslösa.

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

Sammanfattning

Avtagande ökningstakt i inflödet har lett till färre pågående sjukfall i de kortaste falllängderna. Eftersom att varaktigheten fortfarande ökar (om än långsammare) så ökar dock de pågående sjukfallen i de längre falllängdkategorierna. Fördrojningar i övergångar till sjukersättning påverkar också de längsta sjukfallen. Trots att inflödet av arbetslösa sjukskrivna varit mer eller mindre konstant under en längre tid så gör deras höga varaktighet att de utgör en stor andel av de pågående sjukfallen. Psykiatriska diagnoser utgör den vanligaste diagnosen bland pågående sjukfall för både anställda och arbetslösa, kvinnor och män.

Utvecklingen i olika yrken

I nedan avsnitt redovisas hur sjukfrånvaron i form av startade sjukfall har förändrats från 2010 till 2014 i olika yrken. Det görs en särskild redovisning av startade sjukfall med en psykiatrisk diagnos och utvecklingen beskrivs också uppdelat på kvinnor och män. Avslutningsvis tittar vi på samvariation mellan förändringar i sjukfrånvaro på grund av en psykiatrisk diagnos och förändringar i upplevda brister i den psykosociala arbetsmiljön.

Den samlade sjukfrånvaron

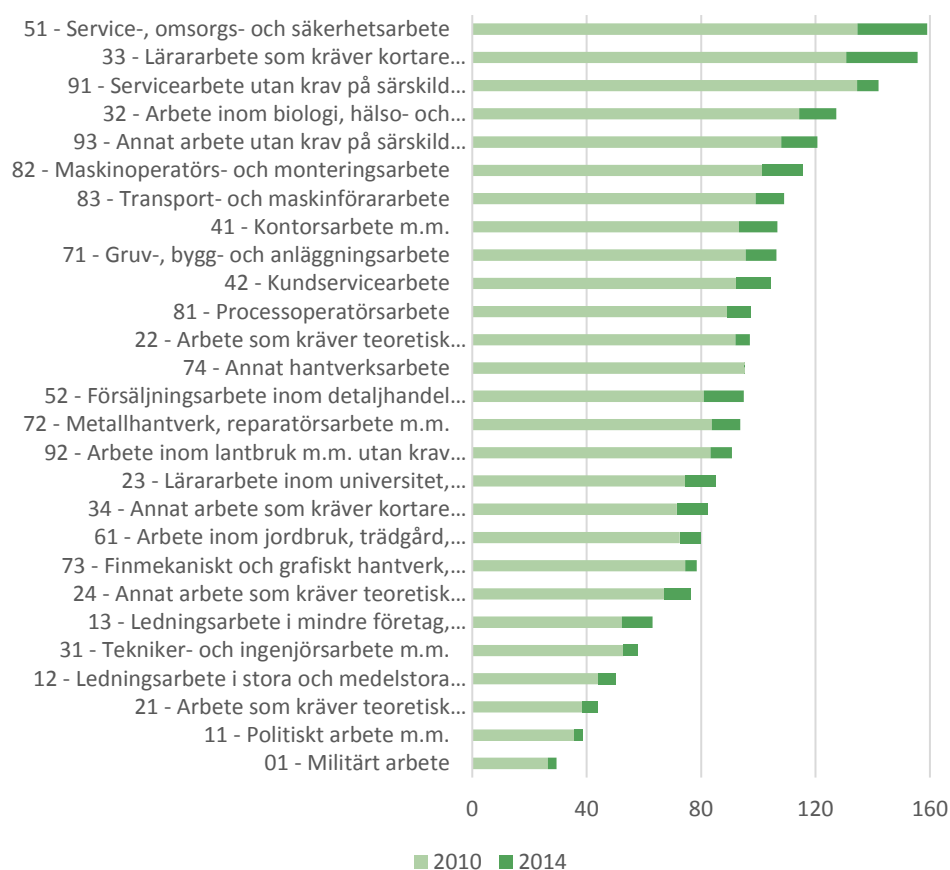
Den ökning av sjukfrånvaron som pågått sedan 2010 har varit generell i den meningen att vi ser en ökning oavsett kön, ålder och diagnosgrupp. Och den generella ökningen gäller även för olika yrken. I Diagram 17 visas förändringen av antal startade sjukfall per 1 000 anställda för olika yrken⁵ enligt

⁵ Yrkena är valda utifrån antal anställda. Yrkeskategorier med färre än 500 anställda under 2010 eller 2014 visas inte.

SSYK-96 på tvåsiffernivå. Samtliga yrken förutom annat hantverksarbete (74) uppvisar en ökning mellan 2010 och 2014. Flest sjukfall i relation till antal anställda startas i yrkeskategorierna service-, omsorgs- och säkerhetsarbete (51), lärararbete som kräver kortare högskoleutbildning (33) och servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning (91). Den procentuella ökningen sedan 2010 är störst för service- och omsorgsyrkerna (51) och lärare med kortare utbildning (33) samt ledningsarbete i mindre företag, myndigheter m.m.(13).

Yrkeskategorierna service och omsorg (51), servicearbete utan krav på utbildning (91) och lärare med kortare utbildning (33) är också de med flest sjukfall per 1 000 anställda i respektive län. Den inbördes ordningen kan variera, men i samtliga län förutom Stockholm och Kalmar⁶ är det dessa som utgör topp tre.

Diagram 17 Startade sjukfall per 1 000 anställda 2010 och 2014¹



¹ Då Yrkesregistret samlas in i efterhand med ca två års eftersläpning tillämpar vi här ett års lagg på yrkesuppgifterna. Dvs. yrkesuppgifter insamlade år 2011 kopplas ihop med individers sjukskrivningsdata för år 2010.

Källa: Försäkringskassans databas Store och SCB

⁶ I Kalmar ingår de i topp 4 och Stockholm toppas av 33 och 51, medan 91 ligger på plats 6.

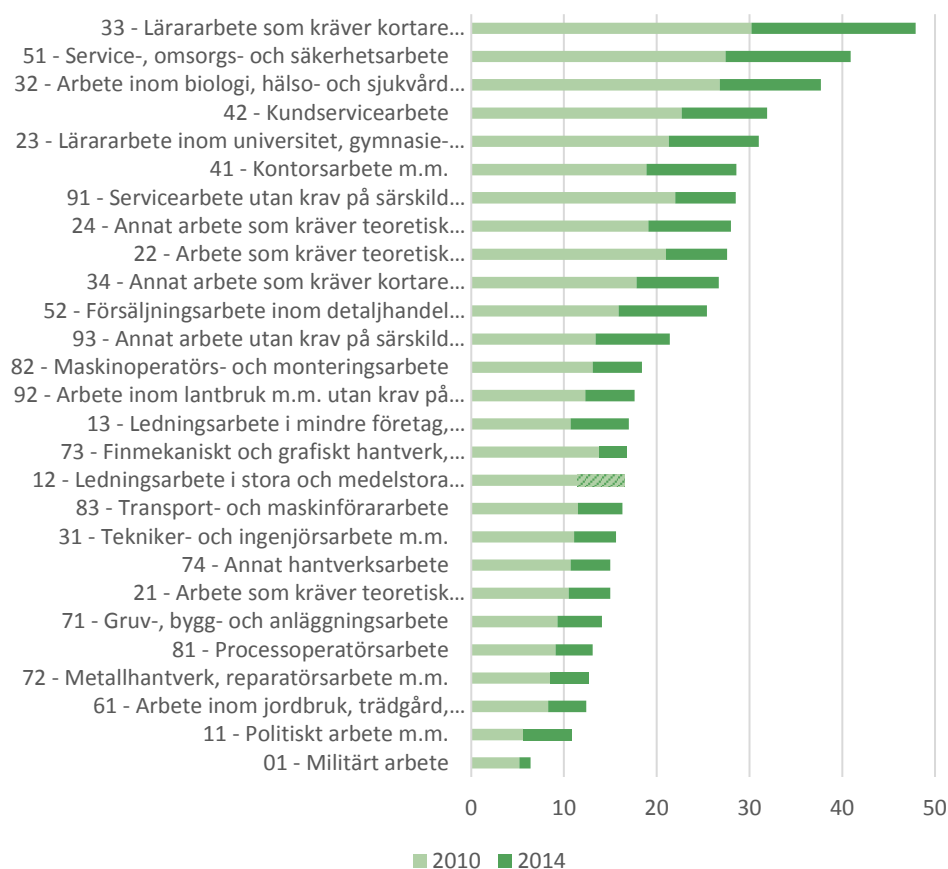
Sjukfrånvaro på grund av psykiatriska diagnoser

För psykiatriska diagnoser är utvecklingen ännu tydligare (Diagram 18). Yrkeskategorierna lärare med kortare utbildning (33) och service och omsorg (51) uppvisar flest startade sjukfall per 1 000 anställda inom psykiatriska diagnoser 2014, men därpå följer arbete inom biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutbildning (32), kundservicearbete (42), lärararbete inom universitet, gymnasie- och grundskola (23) samt kontorsarbete (41) innan servicearbete utan krav på utbildning (91) dyker upp. Servicearbete utan krav på utbildning (91) omfattar serviceyrken av mer fysisk karaktär så som städare, vaktmästare, tidningsbud med flera, vilket gissningsvis innebär fler sjukskrivningar på grund av förslitning och skador som gör att de hamnar högt när det gäller sjukfrånvaro generellt. De ligger dock i det övre skiktet även när det gäller startade sjukfall i psykiatriska diagnoser om än inte som topp tre. Yrkeskategorierna lärare med kortare utbildning (33), service och omsorg (51) och hälso- och sjukvård med kortare utbildning (32) förekommer i topp fyra i nästan alla län.⁷ Inom psykiatriska diagnoser uppvisar samtliga yrkeskategorier relativt kraftiga ökningar sedan 2010. Störst är dock ökningen i politiskt arbete (11) där antalet startade sjukfall med en psykiatrisk diagnos nästan fördubblats (de utgår dock från låga nivåer). För de yrken där de startas flest sjukfall i psykiatriska diagnoser i relation till antal anställda har ökningen sedan 2010 varit i nivå med genomsnittet förutom för lärararbete som kräver kortare utbildning (33) som uppvisar en av de största ökningarna (59 procent).

Utvecklingen är i linje med vad vi har observerat i tidigare studier (se till exempel Försäkringskassan 2014). Sjukfrånvaron i psykiatriska diagnoser är som störst och ökar mest i det som kan klassificeras som kontaktyrken – yrken där man har kontakt med brukare, elever, patienter eller kunder. I service-, omsorgs- och säkerhetsarbete (51) ingår till exempel vård- och omsorgsyren som barnskötare, undersköterska och assistenter. Men även yrken som hör till turism- och resenäring (flygvärdinnor, tågvärdar, guider etc.) och säkerhet (ordningsvakter, brandman, kriminalvårdare m.fl.). Lärararbete och hälso- och sjukvård är yrkeskategorier som också i högsta grad kan klassificeras som kontaktyrken.

⁷ Undantagen är Gävleborg, Jämtland och Kronoberg där 32 hamnar utanför toppen.

Diagram 18 Startade sjukfall i psykiatriska diagnoser per 1 000 anställda¹



¹ Då Yrkesregistret samlas in i efterhand med ca två års eftersläpning tillämpar vi här ett års lagg på yrkesuppgifterna. Dvs. yrkesuppgifter insamlade år 2011 kopplas ihop med individers sjukskrivningsdata för år 2010.

Källa: Försäkringskassans databas Store och SCB

Utvecklingen uppdelat på kvinnor och män

Utvecklingen med ökad sjukfrånvaro i mer eller mindre samtliga yrkeskategorier går igen även uppdelat på kvinnor och män. Vilka yrken som har flest startade sjukfall skiljer sig inte så mycket åt mellan kvinnor och män. Av de fem yrken med flest startade sjukfall per 1 000 anställda 2014 för respektive kön är fyra desamma. Det gäller transport- och maskinförare (83), maskinoperatörs- och monteringsarbete (82), gruv-, bygg- och anläggningsarbete (71) samt annat arbete utan krav på särskild yrkesutbildning (93). Service och omsorg (51) som ligger på andra plats för kvinnor återfinns dock först på plats elva för män. Och servicearbete utan krav på utbildning (91) som är den yrkeskategori där det startar flest sjukfall för män, ligger på plats sju för kvinnor. För kvinnor har ökningen sedan 2010 varit störst för gruv-, bygg- och anläggningsarbete (71) följt av ledningsarbete i mindre företag (13), service och omsorg (51) samt lärararbete som kräver kortare utbildning (33). För män har ökning varit störst inom lärararbete som kräver kortare utbildning (33) följt av kundservicearbete (42), försäljningsarbete inom detaljhandel (52) och service och omsorg (51). Männerna uppvisar generellt mindre ökning i antal startade sjukfall per 1 000 anställda, men för lärararbete som kräver kortare utbildning (33) har den procentuella ökningen varit lika stor för kvinnor och män.

Antalet startade sjukfall per 1 000 anställda är fler för kvinnor i samtliga yrkeskategorier. Kvinnor startar mellan 27 och 176 procent fler sjukfall per 1 000 anställda än vad männen gör. Även inom servicearbete utan krav på utbildning (91), som toppar statistiken för männen, startar kvinnorna 50 procent fler sjukfall. Störst är skillnaden inom militärt arbete (01), men det är en yrkeskategori där det startar förhållandevis få sjukfall för både kvinnor och män.

För psykiatriska diagnoser förekommer tre yrkeskategorier i topp fem för båda könen: lärararbete som kräver kortare utbildning (33), service och omsorg (51) samt hälso- och sjukvård som kräver kortare utbildning (32). För både kvinnor och män startas det flest sjukfall per 1 000 anställda inom lärararbete som kräver kortare utbildning (33). Skillnaden är att två yrken som är att betrakta som mer fysiskt ”tunga” återfinns bland de fem yrkeskategorier som startar flest sjukfall i en psykiatrisk diagnos för kvinnor (transport- och maskinförare (83) och gruv-, bygg- och anläggningsarbete (71)) medan de resterande yrkena i topp fem för män är servicearbete utan krav på utbildning (91) och kundservicearbete (42).

Ökningen sedan 2010 i antal startade sjukfall med psykiatriska diagnoser är betydligt högre än för sjukfrånvaron generellt och det gäller både kvinnor och män. Både män och kvinnor uppvisar störst ökning inom politiskt arbete (11). För kvinnor är ökningen även högre inom metallhantverk och reparatörsarbete (72), annat arbete utan krav på utbildning (93) och arbete inom jordbruk, trädgård etc. (61). Män uppvisar i stället högst ökning i lärararbete som kräver kortare utbildning (33), annat arbete utan krav på utbildning (93), försäljningsarbete inom detaljhandel (52) och kundservicearbete (42).

Även om både kvinnor och män har gemensamt att det startas flest sjukfall med psykiatriska diagnoser för yrken inom service och omsorg, hälso- och sjukvård och lärararbete så är kvinnorna som startar sjukfall betydligt fler. Det startas ungefär dubbelt så många sjukfall med en psykiatrisk diagnos per 1 000 anställda för kvinnor i majoriteten av yrkeskategorierna. Kontentan blir att sjukfrånvaron på grund av psykiatriska diagnoser för män är hög i så kallade kontaktyrken relativt för män i andra yrkeskategorier, men i relation till kvinnor ligger de fortfarande mycket lägre.

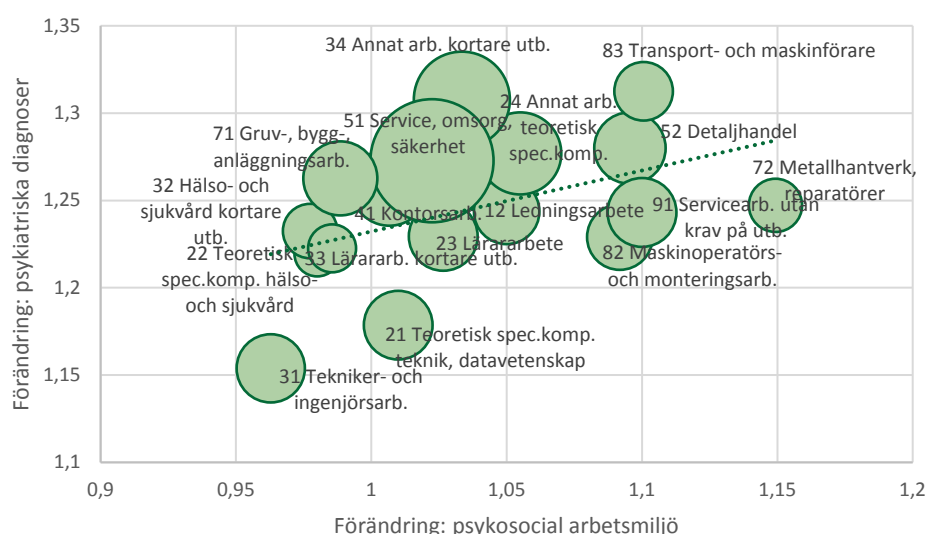
Samvariationen med arbetsmiljö

I svaret på ett regeringsuppdrag om psykiatriska diagnoser (Försäkringskassan 2014) gjordes en samkörning av anställdas upplevelse av arbetsmiljö och risken för sjukskrivning som visade att upplevda brister i psykosocial arbetsmiljö för en yrkesgrupp korrelerade med risken att sjukskrivas i en psykiatrisk diagnos för samma yrkesgrupp. Forte publicerade 2015 en kunskapsöversikt kring samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. De kom fram till att det finns ett samband och att bland riskfaktorerna återfinns bland annat psykiskt ansträngande arbete, höga krav och låg kontroll (Forte 2015).

I Diagram 19 används arbetsmiljöundersökningarna från 2011 och 2013 tillsammans med antalet startade sjukfall per 1 000 anställda med en

psykiatriska diagnos. Förändringen i andelen som uppger brister i den psykosociala arbetsmiljön (se Bilaga 2: Arbetsmiljöundersökningen för detaljer) jämförs med förändringen i antalet startade sjukfall. Det finns viss korrelation mellan försämrad psykosocial arbetsmiljö och ökat antal sjukfall i psykiatriska diagnoser ($r=0,5$). Samtliga yrkesgrupper i diagrammet uppvisar en ökning av antalet startade sjukfall per 1 000 anställda i psykiatriska diagnoser mellan 2011 och 2013. De flesta av yrkesgrupperna uppger dessutom i större utsträckning att de upplever brister i den psykosociala arbetsmiljön 2013 jämfört med 2011.

Diagram 19 Samvariation mellan förändringen i upplevda brister i psykosocial arbetsmiljö och förändringen i andelen psykiatriska diagnoser i inflödet 2011–2013¹



¹ I Arbetsmiljöundersökningen visas inte resultat som bygger på färre än 100 svaranden. De yrkesgrupper som visas i diagrammet är de som har tillräckligt många svar både 2011 och 2013. Bubblornas storlek är antalet anställda.

Källa: Försäkringskassans databas Store och SCB

I tolkningen av diagrammet är det viktigt att beakta att yrkesgrupperna utgår från olika nivåer, både när det gäller sjukfrånvaron och upplevda brister i den psykosociala arbetsmiljön. År 2011 skiljer det nästan 24 nya sjukfall per 1 000 anställda mellan den yrkesgrupp där det startas flest jämfört med den där det startas minst antal sjukfall. År 2013 har skillnaden ökat till 29 sjukfall per 1 000 anställda, men eftersom det sker en ökning i samtliga yrkesgrupper representerade i Diagram 19 så sker endast en liten ökning av den relativa variationsvidden. Rangordningen mellan yrkesgrupperna gällande antal startade sjukfall i en psykiatrisk diagnos förändras inte mellan 2011 och 2013.

Den yrkesgrupp som startar flest sjukfall per 1 000 anställda i en psykiatrisk diagnos är lärararbete som kräver kortare utbildning (33) följt av service och omsorg (51). Dessa uppvisar även relativt höga värden på upplevda brister i den psykosociala arbetsmiljön. Den grupp som har ökat sjukfrånvaron på grund av psykiatriska diagnoser mest är transport- och maskinförararbete (83). De ligger fortfarande bland de yrkesgrupper som har lägst inflöde per 1 000 anställda av dem som ingår i analysen, men de uppger i högre grad

brister i den psykosociala arbetsmiljön jämfört med de andra yrkesgrupperna med samma nivå av sjukfrånvaro.

Bland de yrkesgrupper som i högst grad upplever brister i den psykosociala arbetsmiljön så är förändringen av de upplevda bristerna mellan 2011 och 2013 förhållandevis liten. Detta rör till exempel lärararbete inom universitet, gymnasie- och grundskola (23) och service och omsorg (51). Service och omsorg (51) uppvisar dock en förhållandevis stor förändring i inflödet av psykiatriska diagnoser. Det är möjligt att de anställda har upplevt brister i den psykosociala arbetsmiljön under en lång tid och att det kan ha en ackumulerande effekt på sjukfrånvaron.

Sammanfattning

I stort sett samtliga yrkeskategorier uppvisar en ökning av startade sjukfall per 1 000 anställda mellan 2010 och 2014. På totalen startas det flest sjukfall i relation till antalet anställda inom service- och omsorgsarbete. Uppdelat på kvinnor och män så kvarstår den yrkeskategorin som nummer ett för kvinnor medan män startar flest sjukfall inom servicearbete utan krav på utbildning. För psykiatriska diagnoser har ökningen sedan 2010 varit ännu kraftigare. Service- och omsorgsyrkena ligger i topp även här, men får nu också sällskap av fler så kallade kontaktyrken som lärararbete och hälso- och sjukvård. På det stora hela är det i samma yrkeskategorier som det startas flest sjukfall för kvinnor och män, men kvinnorna är betydligt fler.

Uppföljning vid sjukförsäkringens tidsgränser

Den 1 juli 2008 skedde omfattande regelförändringar inom sjukförsäringen. Rehabiliteringskedjan infördes, vilket innebär att bedömningsgrunden för arbetsförmågan ändras vid fasta tidpunkter. Det infördes även en maxgräns för antalet dagar som kan ersättas med sjukpenning. Den 1 februari 2016 försvann denna bortre tidsgräns.

I följande kapitel redogörs för hur andelen bedömningar som görs i enlighet med rehabiliteringskedjans tidsgränser har utvecklats över tid och hur det i sin tur påverkar sannolikheten att avsluta ett sjukfall under det första sjukskrivningsåret. Vi redovisar även antal och andel avslag och indrag som också hänger ihop med tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Avslutningsvis beskrivs antalet sjukfall som blir längre än ett år och hur många som fram till den 1 februari 2016 har uppnått maxtid, lämnat sjukförsäkringen och återvänt.

Arbetet med en förstärkt sjukförsäkringshandläggning

I detta avsnitt beskrivs Försäkringskassans bedömningar vid rehabiliteringskedjans tidsgränser samt avslag och indrag. Dessa speglar Försäkringskassan bidrag till minskad sjukfrånvaro.

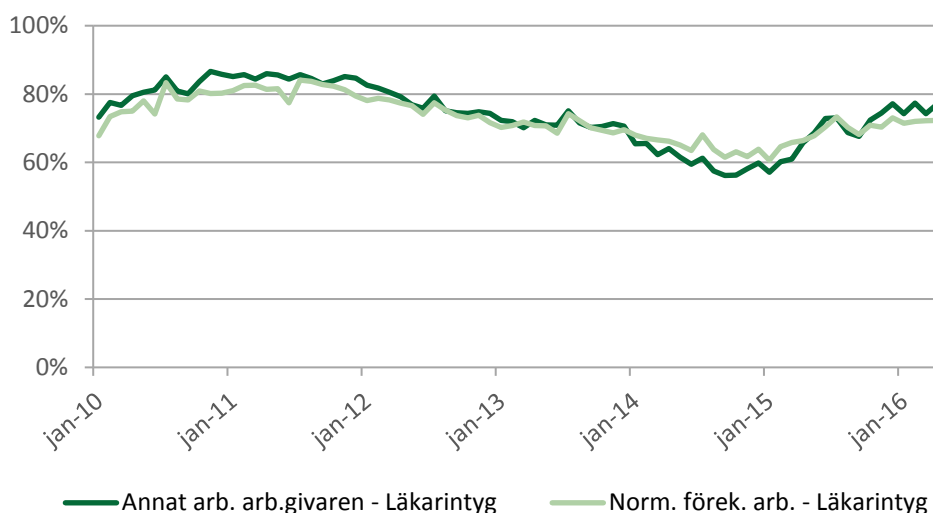
Bedömningar vid rehabiliteringskedjans tidsgränser

Under 2015 har Försäkringskassan satsat på att förstärka utrednings- och bedömningsarbetet vid rehabiliteringskedjans tidsgränser. I slutet av 2015 fick Försäkringskassan även ett särskilt uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess (en första redovisning av uppdraget lämnades till regeringen den 29 april 2016).

Försäkringskassans ansträngningar förefaller ha gett resultat. I Diagram 20 syns det tydligt att andelen bedömningar enligt rehabiliteringskedjan har ökat under 2015. Hittills under 2016 har ökningstakten avtagit något. Det kan betraktas som ett tecken på att det är lättare att göra en initial förändring från låga nivåer och att ökningen sedan går långsammare när man kommit upp på högre nivåer. När få bedömningar görs i tid kommer det finnas ärenden där det endast krävs extra prioritering för att bedömningarna ska göras i högre grad. Så småningom kommer man till en nivå där de bedömningar som saknas är sådana som är mer svårbedömda eller där det krävs mer omfattande utredning och bättre planering för att kunna göra dem i tid. Därtill kommer ökade ärendevolymer som innebär att det krävs en extra ansträngning för att kunna upprätthålla höga andelar av bedömningar i tid.

I diagrammet redovisas andelen bedömningar för sjukfall som passerar 90 respektive 180 dagar där läkarintygen har kommit in i tid. En förutsättning för att kunna fatta beslut om rätten till sjukpenning gentemot den bedömningsgrund som gäller är att det finns ett läkarintyg som sträcker sig över den givna tidsgränsen.

Diagram 20 Andel bedömningar mot annat arbete hos arbetsgivaren för sjukfall som passerar 90 dagar och mot normalt förekommande arbete för sjukfall som passerar 180 dagar 2010–april 2016¹



¹ De två senaste månaderna är preliminära, det vill säga mars–april 2016.

Anm: Observera att skalan på y-axeln är bruten.

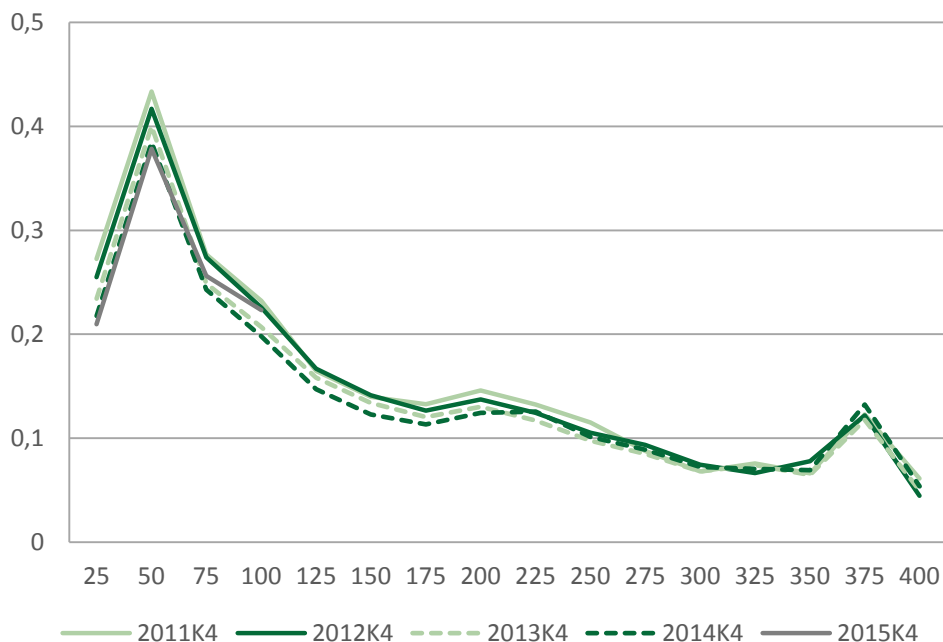
Källa: Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÄHS)

Avslutssannolikheterna under det första sjukskrivningsåret antyder att satsningen på bedömningarna har haft effekt. I Diagram 21 jämförs sjukfall som startar i fjärde kvartalet varje år 2011 till 2015. De sjukfall som startar i slutet av 2015 kan vi endast följa i ungefär tre månader och därför tar den linjen slut vid intervallet 75–100 dagar. För de sjukfall som påbörjas i slutet av 2014, och därmed berörs av satsningen 2015, syns en förhöjd sannolikhet att avsluta sjukfallet vid tidpunkten för bedömningen mot normalt förekommande arbete (runt dag 180) jämfört med året innan. Tidpunkten tycks dock infalla senare för kvinnor än för män. För män syns en tydlig ökning av avslutssannolikheten i intervallet 175–200 dagar, men för kvinnor har ökningen flyttats fram till intervallet 200–225 dagar för gruppen som startade ett sjukfall fjärde kvartalet 2014.

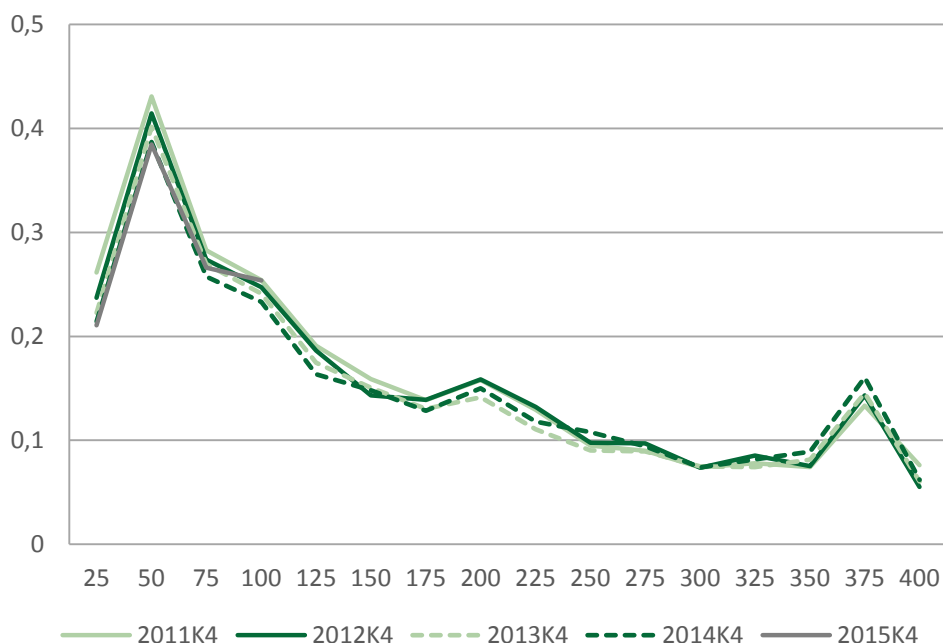
För falllängder fram till när bedömningsgrunden ändras till normalt förekommande arbete blir dock avslutssannolikheterna lägre för varje år. Det är ännu för tidigt att säga om de sjukfall som startade fjärde kvartalet 2015 kommer hålla kvar sig på en högre kurva. Vid ett års sjukskrivning ser vi dock att den betingade sannolikheten att avsluta ett sjukfall är högre för gruppen från fjärde kvartalet 2014 jämfört med tidigare år. Att vi har generellt lägre avslutssannolikheter innan dag 175 kan komma av att vi har haft ett högt inflöde och en generell varaktighetsökning som den förstärkta handläggningen inte kan påverka. Detta mönster gäller för både kvinnor och män.

Diagram 21 Betingade sannolikheter för anställda att avsluta ett sjukfall vid olika tidpunkter för sjukfall som startar i fjärde kvartalet 2011–2015¹

a) Kvinnor



b) Män



¹ Jämförelserna mellan skattningsarna baseras på sjukfall utan sjukhistorik under det senaste året före det aktuella sjukfallet.

Anm: Diagrammet ska läsas som följer: Givet att en individs sjukfall uppnår ett visst längdintervall (falllängden är indelad i 25-dagarsintervall) så visar lodrät axel sannolikheten att sjukfallet avslutas inom det intervallet. T.ex: givet att en individs sjukfall passerar 175 dagar så är sannolikheten att det avslutas innan dag 200 cirka 13 procent för sjukfall startade under fjärde kvartalet 2014.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

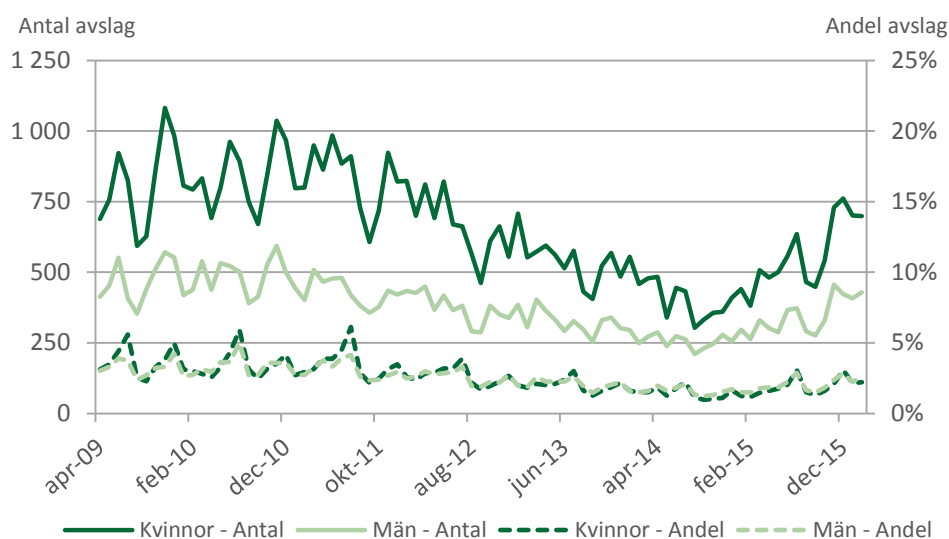
Avslag och indrag

Både avslag och indrag av sjukpenning ligger kvar på en låg nivå även om 2015 har inneburit en ökning av både antal och andelar. Diagram 22 och Diagram 23 beskriver utvecklingen av avslag och indrag från april 2009 till och med januari 2016 uppdelat på kvinnor och män.

Antalet avslag och indrag har över tid varit minskande men under 2015 ser vi en ökande trend. Den kraftiga ökningen är ett resultat dels av stora ärendevolymer och dels av Försäkringskassans satsning på att förstärka utrednings- och bedömningsarbetet. Under 2015 gjordes 10 899 avslag (1,9 procent av totala antalet beviljade ansökningar + avslag) och 9 919 indrag (1,8 procent av alla avslutade sjukfall). Det är den högsta registreringen av antalet indrag sedan 2009. Den ökade andelen avslag och indrag är en indikation på att Försäkringskassans arbete med att förstärka utredning och prövning av rätten till sjukpenning har gett resultat.

Diagram 22 visar att antalet avslag är högre för kvinnor (de utgör cirka 60 procent av alla avslag under 2015). Det utfallet är förväntat och ett resultat av att kvinnor är överrepresenterade i sjukförsäkringen. Andelen avslag är däremot densamma oavsett kön.

Diagram 22 Antal och andel avslag för sjukpenning april 2009–feb 2016 uppdelat på kön¹



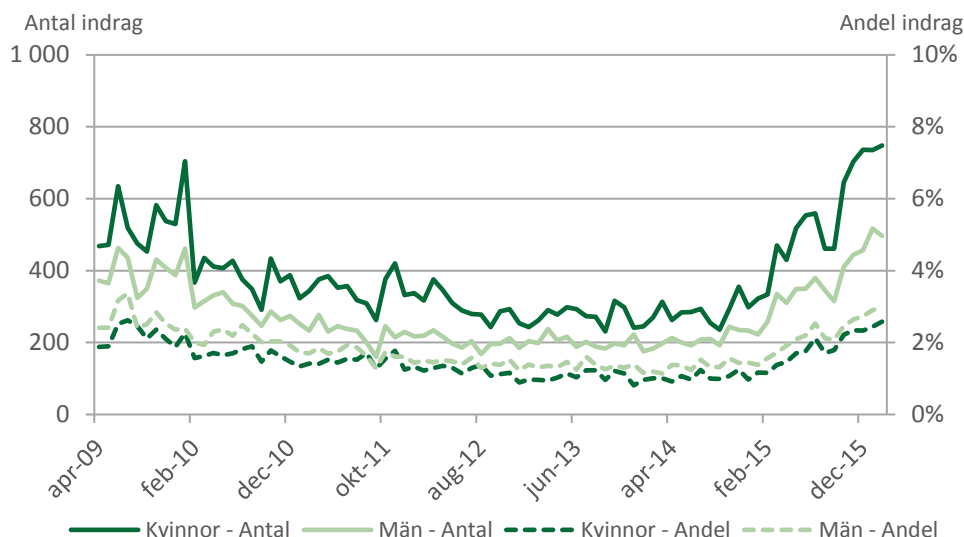
¹ Andel av antalet beviljade ansökningar vid månad för sjukfallets startdatum plus antal avslagna ansökningar vid månad för ärendets slutdatum.

Källa: Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÄHS) och databas MiDAS

Diagram 23 visar antalet och andelen sjukfall där sjukpenningen blir indragen. Indragen har över tid varit relativt oförändrade, men från och med slutet av 2014 har de ökat. Kvinnor har generellt en lägre andel indrag över hela tidsperioden vilket kan förklaras av att kvinnor har en högre andel sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser. Indrag är ovanligare för psykiatriska diagnoser. En trolig anledning är att personer som inte kan klara sitt vanliga arbete på grund av en fysisk nedsättning av arbetsförmågan kan ha arbetsförmåga gentemot mindre fysiskt belastande arbeten. För en person som har nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk ohälsa är det i

stället troligt att arbetsförmågan är nedsatt även gentemot andra arbeten om den är det för det vanliga arbetet. De senaste månaderna har skillnaden i andelen indrag mellan män och kvinnor minskat något. Det skulle kunna vara en följd av den ökning av psykiatriska diagnoser bland män som observerats under 2015.

Diagram 23 Antal och andel indrag för sjukpenning april 2009–feb 2016 uppdelat på kön¹



¹ Andel av avslutade sjukpenningfall vid månad för fallens slutdatum.

Källa: Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÄHS) och databas MiDAS

En fördjupad redovisning av personer som får sin sjukpenning indragen vid olika tidsperioder finns beskriven i den andra delrapporten om sjukfrånvarons utveckling 2015 (Försäkringskassan 2015d).

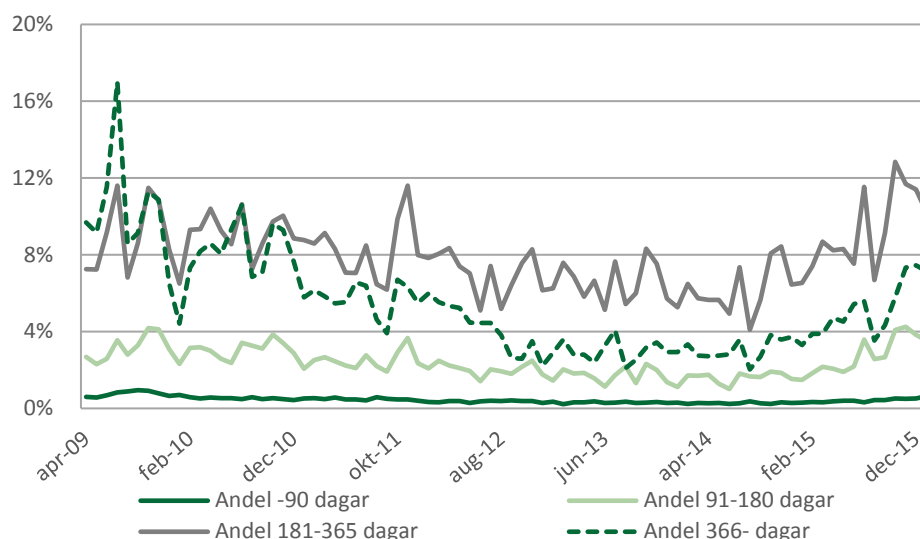
Personer som får avslag på ansökan om sjukpenning består likt tidigare år av en högre andel utrikes födda och nivån har inte förändrats mycket över tid. Från 2014 har dock skillnaderna i avslagsandelar mellan utrikes och inrikes födda ökat svagt. I den aktgranskning som ingick i en nyligen publicerad ISF-rapport framkommer att skillnaderna i avslagsfrekvenser sannolikt beror på att utrikes födda personer har en fortsatt sämre förankring på arbetsmarknaden. Det betyder att utrikes födda i större utsträckning befinner sig i en situation där de bedöms direkt mot normalt förekommande arbete och därmed i större omfattning bedöms ha en arbetsförmåga (ISF 2016).

Utrikes födda är även överrepresenterade bland personer som får sin sjukpenning indragen. Även bland indragen kan man ana en ökad skillnad i andelen bland utrikes födda jämfört med inrikes födda de senaste åren. Skillnader i indrag syns även inom de olika åldersklasserna där andelen indrag är störst för de äldsta åldersklasserna och minst för åldersklasserna 20–29 och 30–39 år.

Diagram 24 visar att andelen indrag även skiljer sig åt mellan olika längdklasser. Indrag för sjukfall under 90 dagar är väldigt ovanligt och andelen har legat på en relativt konstant nivå över tid. Det gäller även

andelen indrag som görs i längdklassen 90–180 dagar. De senaste årets ökning i andelen indrag har i stället inträffat i längdklasser efter 180 och 365 dagar, vilket ligger i linje med hur regelverket är utformat. Indragen inom varje längdklass visar samma mönster för kvinnor och män.

Diagram 24 Andelen indrag i olika längdklasser april 2009–jan 2016¹



¹ Andelen av totala antalet avslutade sjukfall i respektive längdklass.

Källa: Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÄHS) och databas MiDAS

Sammanfattning

Andelen bedömningar som görs i tid har ökat under 2015. Likaså ser vi att andelen avslag och framför allt andelen indrag ökar samt att sannolikheten att avsluta ett sjukfall runt dag 180 är högre för sjukfall som startade i slutet av 2014 jämfört med 2013. Det är tydliga indikationer på att Försäkringskassans satsning på ett förstärkt utrednings- och bedömningsarbete har gett resultat.

Sjukfall som blir längre än ett år

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen av antalet sjukfall som passerar ett år. Efter 365 dagars sjukskrivning ändras generellt nivån på sjukpenningen. Sjukpenning på fortsättningsnivå som betalas ut för dem som beviljas sjukpenning efter dag 365 är cirka 75 procent av SGI. Undantagna är de som kan få fortsatt sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom där ersättningsnivån kvarstår på cirka 80 procent av SGI. Sjukpenning på fortsättningsnivå kunde fram till den 1 februari 2016 normalt betalas ut för högst 550 dagar. I och med borttagandet av den borte tidsgränsen finns det inte längre någon begränsning av antalet dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå.

Sjukfall längre än ett år uppdelat på fortsättningsnivå och normalnivå

I Tabell 1 redovisas hur många som fortsätter med sjukpenning efter ett år uppdelat på fortsättningsnivå och normalnivå. Andelarna syftar på andelen av sjukfallen som passerar ett år. Den generella ökningen av sjukfrånvaron

som pågått sedan 2010 återspeglas även i att antalet sjukfall som blir längre än ett år ökar för varje år. Det är framför allt för sjukpenning på fortsättningsnivå som denna ökning märks. Antalet individer som får fortsatt sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom har varit relativt konstant sedan 2010. Det sammanfaller med tidpunkten för Socialstyrelsens riktlinjer för vad som ska bedömas som allvarlig sjukdom. Det är också rimligt att antalet sjukskrivningar vid allvarlig sjukdom inte följer den generella utvecklingen med samma hastighet eftersom förekomsten sannolikt inte förändras så snabbt. Eftersom antalet med fortsatt sjukpenning på normalnivå håller sig relativt konstant samtidigt som antalet med sjukpenning på fortsättningsnivå ökar så minskar också andelen som har sjukpenning på normalnivå.

Tabell 1 Sjukfall som är längre än 365 dagar 2009–2015 fördelat på sjukpenning på fortsättningsnivå respektive normalnivå

	Fortsättningsnivå		Normalnivå		Total	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Samtliga						
2009	30 422	94	1 873	6	32 295	100
2010	24 225	90	2 683	10	26 908	100
2011	36 968	93	2 876	7	39 844	100
2012	39 723	94	2 690	6	42 413	100
2013	41 891	94	2 634	6	44 525	100
2014	52 378	95	2 729	5	55 107	100
2015	59 231	96	2 776	4	62 007	100
Kvinnor						
2009	18 886	95	1 047	5	19 933	100
2010	14 915	91	1 482	9	16 397	100
2011	24 060	94	1 533	6	25 593	100
2012	26 505	95	1 455	5	27 960	100
2013	27 665	95	1 403	5	29 068	100
2014	35 127	96	1 456	4	36 583	100
2015	40 239	96	1 482	4	41 721	100
Män						
2009	11 536	93	826	7	12 362	100
2010	9 310	89	1 201	11	10 511	100
2011	12 908	91	1 343	9	14 251	100
2012	13 218	91	1 235	9	14 453	100
2013	14 226	92	1 231	8	15 457	100
2014	17 251	93	1 273	7	18 524	100
2015	18 992	94	1 294	6	20 286	100

Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

Antal som uppnår maxtid, lämnar sjukförsäkringen och återvänder

Den borte tidsgränsen försvann den 1 februari 2016. Därmed kan de med sjukpenning inte längre uppnå maxtid. Men eftersom dataunderlaget i den här rapporten till stor del hämtas från 2015 så är det fortfarande relevant att presentera utfallet för antal personer som uppnår maxtid och lämnar

sjukförsäkringen. Så som återvändarna är definierade kommer det dröja ända till första halvan av 2017 innan de slutgiltiga siffrorna för hur många som återvänder av den sista gruppen som lämnade försäkringen på grund av uppnådd maxtid.

I Tabell 2 redovisas antalet som uppnått maxtid under perioden då den borte tidsgränsen existerade. Enligt det dataunderlag som är tillgängligt när denna rapport författas är det 137 000 sjukfall och perioder med tidsbegränsad sjukersättning som pågått ända till maxtid till och med den 1 februari 2016. Det rör sig om 120 607 unika individer. Vi har i tidigare rapporter pekat på att grupperna som uppnår maxtid har haft lite olika sammansättning som påverkar andelen som lämnar respektive återvänder (se till exempel Försäkringskassan 2015b). Sedan 2013 har det dock endast varit möjligt att uppnå maxtid med sjukpenning. Mönstret som uppstår om vi tittar på 2013 och framåt är att det för varje år var en större andel som lämnade sjukförsäkringen. Generellt var det en högre andel som lämnade i gruppen som uppnådde maxtid för första gången och andelen minskade sedan för varje omgång (det har för vissa individer varit möjligt att uppnå maxtid tre gånger).

De som inte lämnade sjukförsäkringen kunde antingen beviljas fortsatt sjukpenning enligt de undantag som fanns eller bli beviljade sjukersättning. Andelen som återvände till sjukpenning ökade över tid. Bland dem som uppnådde maxtid 2015 har ännu inte alla haft möjlighet att återvända varför de siffrorna är underskattade i nuläget. Det finns även tendenser till att de som har uppnått maxtid flera gånger återvänder i något högre utsträckning. Det skulle kunna vara så att de som uppnått maxtid mer än en gång redan har fått möjligheterna till sjukersättning tills vidare utredda och om arbetsförmågan inte bedömdes vara stadigvarande nedsatt första gången så är den möjligtvis inte det andra gången heller. En ytterligare faktor som kan påverka hur många som lämnade respektive återvände under 2015 är fördröjningarna i övergångar från sjukpenning till sjukersättning som påtalats på flera ställen i rapporten.

**Tabell 2 Antal och andel som lämnar sjukförsäkringen och återvänder
till sjukpenning för dem som uppnår maxtid t.o.m. jan 2016**

	Uppnått Maxtid	Lämnat		Återvänt hittills	
	Antal	Antal	Andel av maxtid (%)	Antal	Andel av de som lämnat (%)
Samtliga					
Årsskiftesgruppen	18 208	14 321	79	8 325	58
2010	37 172	27 487	74	13 467	49
2011	23 151	17 404	75	9 131	52
2012, Maxtid nr 1	11 020	8 760	79	5 098	58
2012, Maxtid nr 2	3 140	2 602	83	2 015	77
2013, Maxtid nr 1	8 432	7 517	89	5 702	76
2013, Maxtid nr 2	4 868	4 127	85	3 304	80
2014, Maxtid nr 1	9 939	9 035	91	7 295	81
2014, Maxtid nr 2	3 742	3 237	87	2 623	81
2015, Maxtid nr 1	12 622	11 864	94	8 067	68*
2015, Maxtid nr 2	3 207	2 981	93	2 031	68*
2015, Maxtid nr 3	728	661	91	465	70*
2016, Maxtid nr 1	643	630	98		
2016, Maxtid nr 2	194	190	98		
2016, Maxtid nr 3	50	49	98		

	Uppnått Maxtid	Lämnat		Återvänt hittills	
	Antal	Antal	Andel av maxtid (%)	Antal	Andel av de som lämnat (%)
Kvinnor					
Årsskiftesgruppen	11 811	9 493	80	5 558	59
2010	25 946	19 540	75	9 765	50
2011	15 531	11 915	77	6 429	54
2012, Maxtid nr 1	6 922	5 644	82	3 438	61
2012, Maxtid nr 2	2 247	1 864	83	1 449	78
2013, Maxtid nr 1	5 538	4 979	90	3 855	77
2013, Maxtid nr 2	3 552	3 039	86	2 457	81
2014, Maxtid nr 1	6 539	5 999	92	4 918	82
2014, Maxtid nr 2	2 705	2 346	87	1 948	83
2015, Maxtid nr 1	8 535	8 097	95	5 602	69*
2015, Maxtid nr 2	2 299	2 142	93	1 473	69*
2015, Maxtid nr 3	531	482	91	334	69*
2016, Maxtid nr 1	433	425	98		
2016, Maxtid nr 2	141	139	99		
2016, Maxtid nr 3	35	35	100		
Män					
Årsskiftesgruppen	6 397	4 828	75	2 767	57
2010	11 226	7 947	71	3 702	47
2011	7 620	5 489	72	2 702	49
2012, Maxtid nr 1	4 098	3 116	76	1 660	53
2012, Maxtid nr 2	893	738	83	566	77
2013, Maxtid nr 1	2 894	2 538	88	1 847	73
2013, Maxtid nr 2	1 316	1 088	83	847	78
2014, Maxtid nr 1	3 400	3 036	89	2 377	78
2014, Maxtid nr 2	1 037	891	86	675	76
2015, Maxtid nr 1	4 087	3 767	92	2 465	65*
2015, Maxtid nr 2	908	839	92	558	67*
2015, Maxtid nr 3	197	179	91	131	73*
2016, Maxtid nr 1	210	205	98		
2016, Maxtid nr 2	53	51	96		
2016, Maxtid nr 3	15	14	93		

* Av dem som uppnådde maxtid under 2015 har alla ännu inte haft möjlighet att återvända, vilket gör att antalet och andelen som återvänt är underskattade.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Sammanfattning

Den generella ökning av sjukfrånvaron som har pågått sedan 2010 har också lett till att fler sjukfall passerar ett års sjukskrivning. Ökningen märks nästan uteslutande för dem som får sjukpenning på fortsättningsnivå medan antalet personer som får fortsatt sjukpenning på normalnivå vid allvarlig sjukdom hållit sig relativt konstant.

Den 1 februari 2016 försvann den borte tidsgränsen. Från införandet 2008 (som i praktiken innebar att den första gruppen uppnådde maxtid vid årsskiftet 2009/2010) har 120 607 individer uppnått maxtid.

Regeringens mål för sjukfrånvaron

I regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro⁸ ingår ett mål om att sjukpenningtalet inte ska överstiga 9,0 dagar vid utgången av 2020. I följande avsnitt beskrivs hur vägen dit kan se ut och hur utfallet hittills förhåller sig till den tänkta utvecklingen.

I målet för sjukpenningtalet ingår även att antalet nybeviljade sjukersättningar inte bör överstiga 18 000 per år i genomsnitt under perioden 2016–2020. I den senaste utgiftsprognosen beräknas sjukpenningtalet bli 11,4 dagar 2020. Det är 2,4 dagar över det utsatta målet.

För att ge alla aktörer, massmedia och allmänhet möjlighet att följa utvecklingen kommer Försäkringskassan varje månad, med start den 27 juni, att redovisa och kommentera den aktuella utvecklingen av sjukpenningtalet i förhållande till den utveckling som kan leda fram till att målet uppnås i december 2020.

För att beskriva den väg som kan leda till målet har Försäkringskassan skapat en så kallad projektion. Detta är en återgivning eller en avbildning av en utveckling som leder till målet. Det är inte en prognos, utan en beskrivning av vägen till 9,0, som varje månad kan följas upp då de verkliga sjukpenningtalen presenteras.

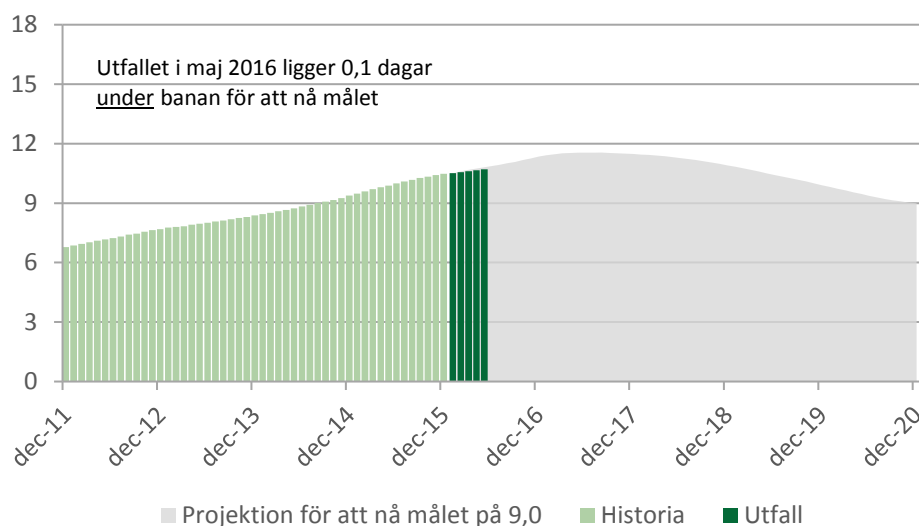
Sjukpenningtalet påverkas av hur många som sjukskrivs och hur långa sjukfallen blir. Det finns oändligt många kombinationer av inflöde och varaktighet som ger samma förändring i sjukpenningtalet. Projektionen bygger främst på historiska erfarenheter. Vändpunkter i sjukfrånvaron har alltid föregåtts av vändpunkter i inflödet till sjukskrivning. Därför bygger vi projektionerna på att inflödet under en period ökar med en lägre och lägre takt för att därefter vända. Varaktigheten bromsar in efter inflödets inbromsning.

Så här har vi tänkt utvecklingen som leder till ett sjukpenningtal på 9,0 dagar per person i december 2020: Under 2016 minskar inflödets ökningstakt. Varaktigheten påverkas inte i större omfattning. Under första kvartalet 2017 planar inflödet ut och börjar därefter minska, samtidigt som varaktigheten börjar påverkas. År 2018 minskar inflödet mer tydligt samtidigt som en större andel av sjukfallen avslutas under det första sjukskrivningsåret. I projektionen motsvarar inflöde och varaktighet 2018 ungefär nivåerna som gällde 2014. Minskningarna sker därefter gradvis till 2012 års nivå år 2020, vilket ger ett sjukpenningtal om 9,0 nettodagar.

⁸ Regeringens åtgärdsprogram:
<http://www.regeringen.se/rapporter/2015/09/atgardsprogram-for-okad-halsa-och-minskad-sjukfranvaro/>

I Diagram 25 ser vi att den aktuella utvecklingen ligger strax under den bana som leder till att målet på 9,0 sjukskrivningsdagar per försäkrad och år kan förverkligas. Det sker en avmattning i sjukpenningtalets ökningstakt till följd av att inflödets och varaktighetens ökningstakt bromsar in.

Diagram 25 Vägen till ett sjukpenningtal på 9,0, utfall t.o.m. maj 2016



Källa: Försäkringskassan

Den nuvarande utvecklingen gör det således fortfarande möjligt att nå målet. Det krävs dock fortsatta insatser och uthållighet för att bryta uppgången. De centrala aktörerna i sjukskrivningsprocessen, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt arbetsgivarna, måste stärka sina insatser för att vända den nuvarande uppgången till en nedgång.

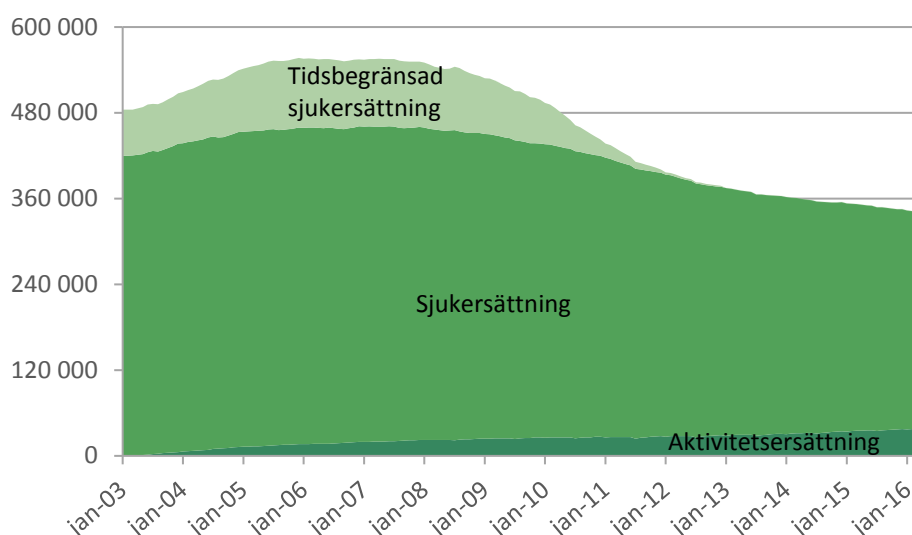
Sammanfattning

Försäkringskassan har skapat en projektion, en tänkt utveckling av sjukpenningtalet för att målet 9,0 dagar vid utgången av 2020 ska kunna uppnås. Hittills under 2016 ligger sjukpenningtalet strax under den bana som leder till att målet förverkligas. Det är således fortfarande möjligt att nå målet.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Antalet personer som får sjuk- eller aktivitetsersättning befinner sig på den lägsta nivån sedan förmånens införande 2003. I april 2016 var det samlade beståndet drygt 340 000 personer. Det är sjukersättningen som står för minskningen då övergångarna till ålderspension överstiger antalet som nybeviljas. Sjukersättningsbeståndet minskar med ungefär 4 procent per år och i april 2016 var det 302 170 personer. Samtidigt har antalet personer som får aktivitetsersättning ökat med ungefär 10 procent per år, vilket har lett till att aktivitetsersättningsbeståndet nu befinner sig på den högsta nivån sedan förmånens införande med 37 860 personer.

Diagram 26 Antal individer med aktivitetsersättning, sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning¹ 2003–april 2016



¹ Tidsbegränsad sjukersättning försvann 2008, men kunde beviljas enligt övergångsbestämmelser fram till och med 2012.

Källa: Försäkringskassans databas Store

I detta kapitel redovisas nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar uppdelat på kön, ålder och diagnos. För aktivitetsersättning följs utvecklingen även upp uppdelat på förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga. Avslutningsvis redovisas fördelningen mellan inkomstrelaterad ersättning och garantiersättning för dem som nybeviljas sjukersättning.

Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar

I detta avsnitt görs en detaljerad beskrivning av nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar. Ersättningarna redovisas separat och uppdelat på diagnos, ålder och inkomstbaserad respektive garantiersättning.

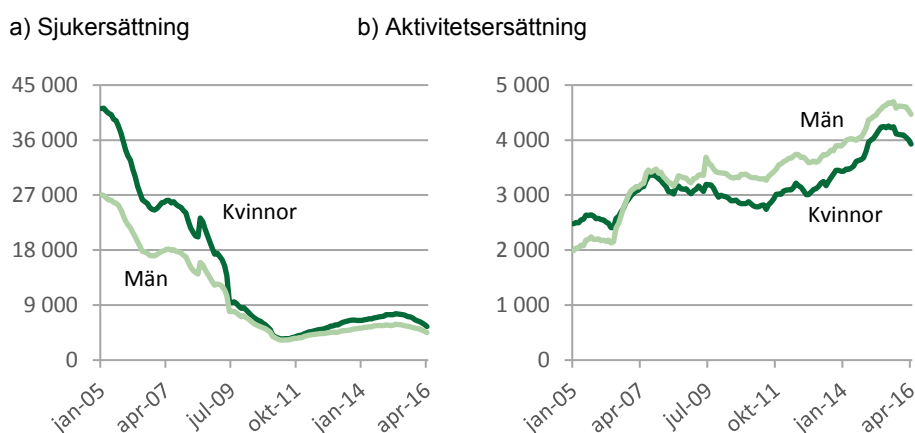
I regeringens åtgärdsprogram om ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro omfattar målet om ett sjukpenningtal på högst 9,0 dagar år 2020 även ett riktmärke om att antalet nybeviljade sjukersättningar i genomsnitt inte bör överstiga 18 000 per år fram till dess. Detta för att undvika att stora övergångar till sjukersättning används som en åtgärd för att minska sjukpenningtalet. År 2015 nybeviljades 11 650 sjukersättningar. Riktmärket om 18 000 per år ligger därmed högt jämfört med utvecklingen i dagsläget.

Efter en kraftig nedgång började antalet nybeviljade sjukersättningar åter att öka svagt från mitten av 2011 (se del a) i Diagram 27). Ökningen var under denna period kraftigare för kvinnor än för män. Under 2015 har dock denna ökning avstannat och sedan mitten av 2015 har antalet nybeviljade sjukersättningar återigen minskat för både män och kvinnor. Minskningen kan delvis bero på den omorganisation som skedde under 2015. För att få en sammanhållen handläggning av sjukersättningen koncentrerades handläggningen till en avdelning. Dock görs det första ställningstagandet av sjukpenninghandläggaren i de ärenden där Försäkringskassan tar initiativ till utbyte av sjukpenning mot sjukersättning. Omorganisationen skapade både ett rekryteringsbehov och kompetensutvecklingsbehov, vilket fått till konsekvens att det byggts upp ärendebalanser. Detta berör framför allt ärenden som går från sjukpenning till sjukersättning. Utöver detta har avslagsandelarna för sjukersättning ökat. Det kan i sin tur bero på den rättsliga uppföljning där granskarna i 42 procent av beviljandena under januari till september 2014 dömde att den försäkrade inte hade rätt till ersättning (Försäkringskassan 2015c). Dessa två faktorer har betydelse på olika lång sikt. Den minskning som beror på omorganisation kommer troligtvis upphöra när de förstärkta resurserna är etablerade fullt ut. Däremot är det rimligt att de högre avslagsandelarna i alla fall till viss del kommer hålla i sig om den rättsliga uppföljningen har medfört en praxisförändring.

Nybeviljandet av aktivitetsersättningar har ökat kraftigt under den senaste tioårsperioden, men sedan slutet av 2015 tycks ökningen ha stannat av och det har skett svag minskning av nybeviljandet (del b) i Diagram 27). Fler män än kvinnor beviljas aktivitetsersättning, men skillnaden har varit relativt konstant sedan 2010 och den avmattade utvecklingen kan skönjas för båda könen.

Även inom aktivitetsersättning ökar ärendebalanserna samtidigt som andelen avslag ökar, men vi ser också att det inkommer färre ansökningar. Det är oklart vilka av dessa faktorer som har störst inflytande på det minskande nybeviljandet.

Diagram 27 Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar 2005–april 2016
uppdelat på kvinnor och män
 Rullande 12 månaders summering

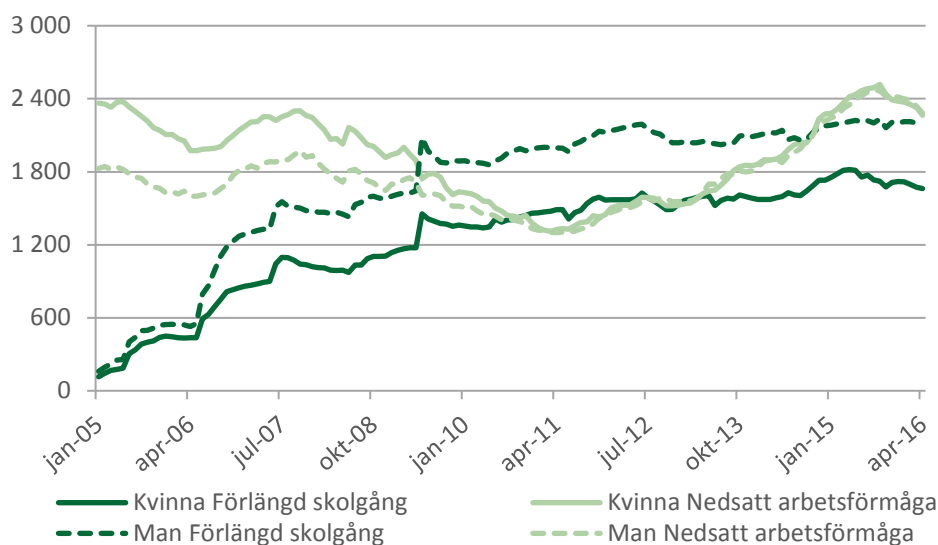


Anm: Observera att det är olika skalor på axlarna för sjukersättning och aktivitetsersättning.

Källa: Försäkringskassans databas Store

I Diagram 28 redovisas utvecklingen av aktivitetsersättningarna uppdelat på förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga. Den avmattade utvecklingen av nybeviljade aktivitetsersättningar gäller för både förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga, men den är tydligare för nedsatt arbetsförmåga. Där har också nybeviljandet uppvisat en hög ökningstakt under de senaste fem åren medan ökningen i förlängd skolgång har varit långsammare. Sedan 2014 är det fler som beviljas aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga än vid förlängd skolgång. När det gäller nedsatt arbetsförmåga finns det i stort sett inga könsskillnader. Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång är dock vanligare bland män. Utvecklingen är likartad för båda könen, men kvinnorna ligger på en lägre nivå. För män utgör förlängd skolgång 48 procent av nybeviljandet 2015. För kvinnor är motsvarande andel 42 procent.

Diagram 28 Nybeviljade aktivitetsersättningar 2005–april 2016 uppdelat på förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga samt kön
Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans databaser MIDAS och Store

Diagnosfördelning i nybeviljandet

För både män och kvinnor nybeviljas sjukersättning mest frekvent för psykiatriska diagnoser. I april 2016 var andelen 38 procent och män och kvinnor har ungefär lika hög andel psykiatriska diagnoser. Andelen nya sjukersättningar med huvuddiagnos inom psykiatriska diagnoser har ökat under den senaste tioårsperioden medan andelen som beviljas på grund av sjukdomar i rörelseorganen har minskat.

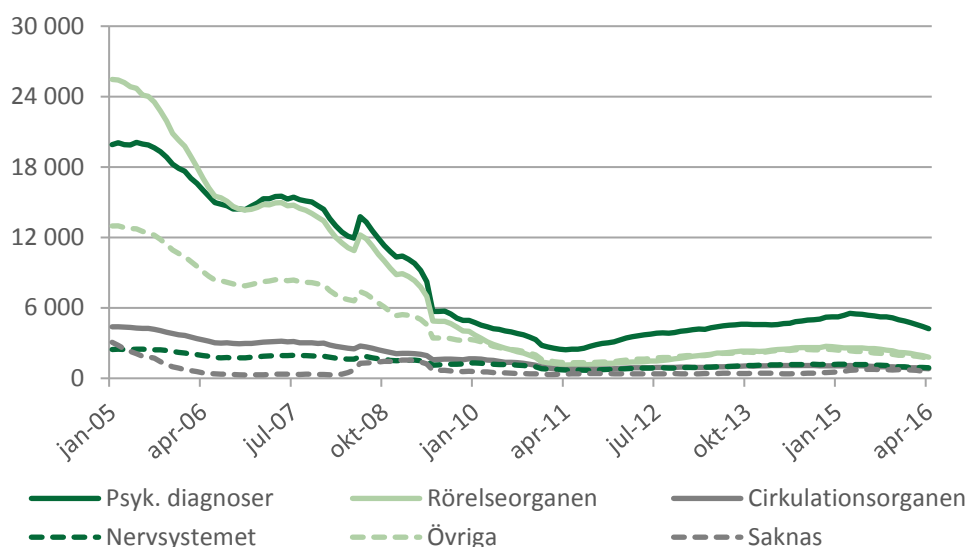
Vid den kraftiga nedgången av nybeviljade sjukersättningar ökade andelen sjukdomar i nervsystemet och cirkulationsorganens sjukdomar. Regel- förändringarna 2008 gjorde det svårare att få sjukersättning tillsvidare och dessutom togs den tidsbegränsade sjukersättningen bort. Det är troligt att den här typen av förändringar får störst effekt för diagnoser med mer svårbedömda tillstånd, både med avseende på sjukdom och arbetsförmåga, såsom rörelseorganens sjukdomar och psykiatriska diagnoser. Båda dessa diagnosgrupper uppvisar också en minskad andel av nybeviljandet efter 2008. När nybeviljandet sedan vände uppåt igen stannar rörelseorganens sjukdomar kvar på den lägre andelen medan psykiatriska diagnoser gör anspråk på en allt högre andel i takt med att de ökar. Minskningen i nybeviljade sjukersättningar sedan mitten av 2015 återfinns inom samtliga diagnosgrupper.

De vanligaste psykiatriska diagnoserna för nybeviljade sjukersättningar är samma som för sjukpenning, det vill säga ångest- och stressyndrom (F40–F48) och förstämningssyndrom (F30–F39). De utgör tillsammans drygt 60 procent av de psykiatriska diagnoserna (cirka 30 procent vardera). Därefter följer beteendestörningar (F90–F98), störningar av psykisk utveckling (F80–F89) samt schizofreni etc. (F20–F29) på 6–8 procent av nybeviljandet på grund av psykiatrisk diagnos. För den yngsta åldersgruppen, 30–39 år, är andelen ångest- och stressyndrom (F40–F48), förstämningssyndrom (F30–F39) och störningar av psykisk utveckling (F80–F89) ungefär lika stora

(18–19 procent). Att störningar av psykisk utveckling (F80–F89) utgör en så pass betydande andel av nya sjukersättningar på grund av psykiatrisk diagnos i den yngre åldersgruppen skulle kunna bero på personer som haft aktivitetsersättning, men som inte gått över till sjukersättning direkt utan först senare bedöms ha stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.

Diagnosfördelningen skiljer sig mellan kvinnor och män i den mening att män nybeviljas sjukersättning för cirkulationsorganens sjukdomar i högre utsträckning. Bland männen utgör dessa 11 procent av nybeviljandet. För kvinnor är motsvarande siffra 5 procent. Eftersom hjärt-kärlsjukdomar är mer vanligt förekommande bland män så är det ett förväntat resultat. Bland män är det en högre andel som beviljas sjukersättning bland dem som är 60 år eller äldre jämfört med kvinnor. Att män generellt är något äldre när de får sjukersättning kan hänga ihop med diagnosfördelningen eftersom den typen av sjukdomar drabbar äldre i högre utsträckning (Folkhälsomyndigheten 2016).

Diagram 29 Nybeviljade sjukersättningar 2005–april 2016 uppdelat på diagnos
Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans databas Store

I de flesta fall behövs inte någon diagnos för att få aktivitetsersättning för förlängd skolgång⁹, och därmed redovisas diagnos endast för dem som beviljas ersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Majoriteten av nybeviljade aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga beviljas för en psykiatrisk diagnos. Denna andel har ökat sedan 2005 och utgör nu 82 procent. I Diagram 30 nedan redovisas nybeviljandet av aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga för de sju största diagnoserna inom gruppen psykiatriska diagnoser.

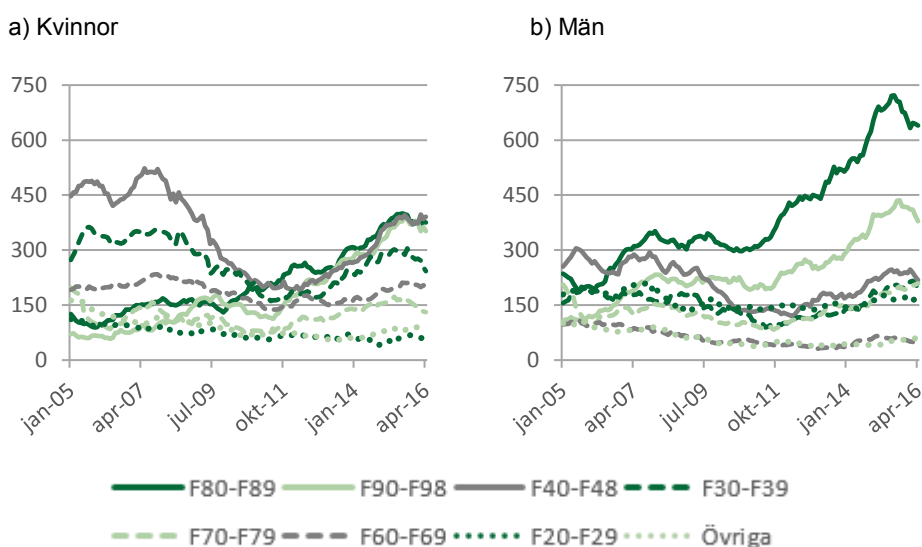
⁹ Om den försäkrade studerar eller har fått ett beslut om att få studera i en särskild skolform är det tillräckligt för beslut. Om den försäkrade studerar i ordinarie skolform krävs ett medicinskt underlag som styrker funktionsnedsättningen.

Diagnosfördelningen skiljer sig något mellan kvinnor och män. De tre största diagnoserna för kvinnor utgör en femtedel var och de är ångest- och stressyndrom (F40–F48), störningar av psykisk utveckling (F80–F89) och beteendestörningar (F90–F98). Bland män är störningar av psykisk utveckling vanligast med en tredjedel av nybeviljandet inom psykiatriska diagnoser. Därefter följer beteendestörningar med 21 procent och ångest- och stressyndrom med 12 procent. En skillnad mellan kvinnor och män är att ångest- och stressyndrom (F40–F48) och förstämningssyndrom (F30–F39), som är de vanligaste orsakerna till sjukpenning och sjukersättning, också är relativt vanliga för kvinnor som får aktivitetsersättning (totalt 34 procent av nybeviljandet inom psykiatriska diagnoser) medan de utgör en mindre andel för männen som får aktivitetsersättning (22 procent). Unga män verkar således ha en annan typ av psykisk ohälsa än den som vanligtvis orsakar sjukfrånvaro.

De enskilt största diagnoserna är genomgripande utvecklingsstörningar (F84) och hyperaktivitetsstörningar (F90). De utgör 24 respektive 20 procent av nybeviljandet för nedsatt arbetsförmåga (inom psykiatriska diagnoser). Dessa diagnoser är vanligast både bland kvinnor och män, men andelarna skiljer sig åt för genomgripande utvecklingsstörningar – 30 procent för män och 18 procent för kvinnor. En ytterligare könsskillnad i diagnosfördelningen är att andra ångestsyndrom (F41) och specifika personlighetsstörningar (F60) är relativt vanliga bland kvinnor med 10 procent vardera medan dessa endast utgör 5 och 2 procent bland männens nybeviljande.

De vanligaste psykiatriska diagnoserna har uppvisat relativt kraftiga ökningar under de senaste åren, men ökningen har mattats av sedan andra halvan av 2015. Detta syns också tydligt i Diagram 30 där de stora diagnoserna vänder nedåt i slutet av perioden.

Diagram 30 Nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga 2005–april 2016 inom psykiatriska diagnoser uppdelat på kön
Rullande 12 månaders summering



Anm: F20–F29: Schizofreni etc., F30–F39: Förstämningssyndrom, F40–F48: Ängest- och stressyndrom, F60–F69: Personlighetsstörningar, F70–F79: Psykisk utvecklingsstörning, F80–F89: Störningar av psykisk utveckling, F90–F98: Beteendestörningar.

Källa: Försäkringskassans databas Store

Åldersfördelning i nybeviljandet

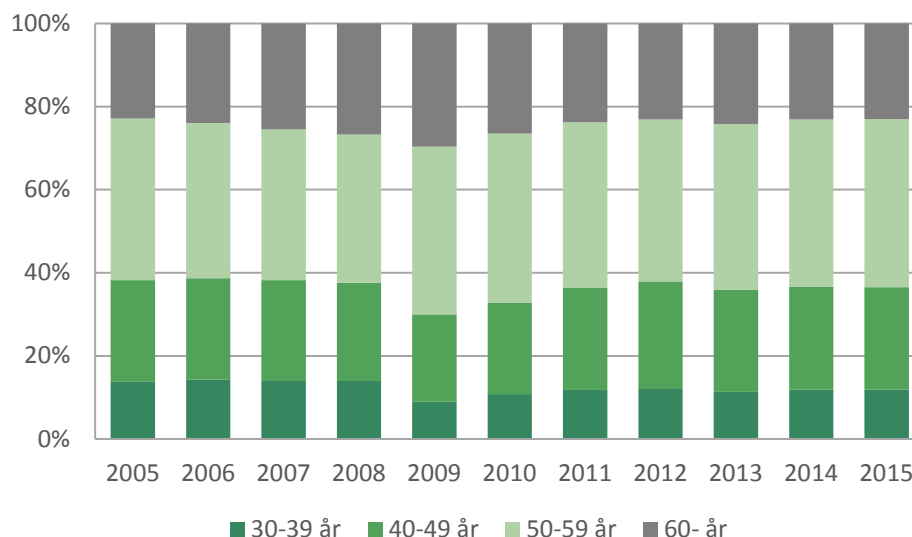
Åldersfördelningen för nybeviljade sjukersättningar har inte förändrats i stort under den senaste 10-årsperioden, se För kvinnor och män skiljer sig åldersfördelningen för 30–39-åringar och de över 60 år. Av kvinnorna som nybeviljades sjukersättning 2015 var 27 procent 30–39 år och 20 procent över 60 år. För männen är det precis omvänt – 22 procent var 30–39 år och 27 procent över 60 år. Det beror troligtvis till viss del på diagnosfördelningen där psykiatriska diagnoser är vanligare bland nybeviljandet för kvinnor. Psykiatriska diagnoser är nämligen vanligare i de yngre åldersgrupperna än övriga diagnosgrupper. Samtidigt är cirkulationsorganens sjukdomar vanligare bland nybeviljade sjukersättningar för män som generellt drabbar äldre.

Diagram 31. År 2009 ser vi en svag minskning av andelen i den yngre åldersgruppen 30–39 år, vilket förmodligen är en tillfällig effekt av regelförändringarna 2008. Dels togs den tidsbegränsade sjukersättningen bort, vilken var vanligare bland de yngre, och samtidigt kom kravet på att arbetsförmågan ska vara stadigvarande nedsatt och rehabiliteringsmöjligheterna uttömda, ett krav som torde vara lättare att överblicka ju närmare ålderspension en person befinner sig. Sedan dess har antalet nya sjukersättningar återigen ökat och det är troligt att effekten på de yngre åldersgrupperna har avtagit då regelverket har etablerats i handläggningen.

För kvinnor och män skiljer sig åldersfördelningen för 30–39-åringar och de över 60 år. Av kvinnorna som nybeviljades sjukersättning 2015 var 27 procent 30–39 år och 20 procent över 60 år. För männen är det precis omvänt – 22 procent var 30–39 år och 27 procent över 60 år. Det beror

troligtvis till viss del på diagnosfördelningen där psykiatriska diagnoser är vanligare bland nybeviljandet för kvinnor. Psykiatriska diagnoser är nämligen vanligare i de yngre åldersgrupperna än övriga diagnosgrupper. Samtidigt är cirkulationsorganens sjukdomar vanligare bland nybeviljade sjukersättningar för män som generellt drabbar äldre.

Diagram 31 Åldersfördelning för nybeviljade sjukersättningar 2005–2015



Källa: Försäkringskassans databas Store

Åldersfördelningen för nybeviljade aktivitetsersättningar påverkas mycket av fördelningen mellan förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga och den hänger också tydligt ihop med den generella befolkningsutvecklingen. År 2015 var 43 procent av de som nybeviljades aktivitetsersättning inne på sitt 19:e levnadsår.¹⁰ Denna andel har minskat sedan 2010. Nybeviljandet vid nedsatt arbetsförmåga har ökat kraftigt och därmed har även åldersfördelningen förskjutits mot de äldre åldersgrupperna (20–24 år och 25–29 år).

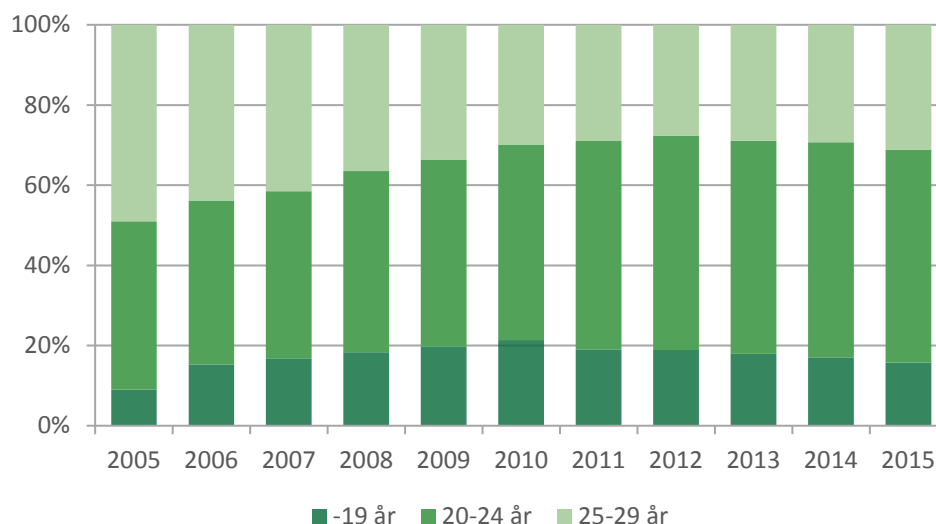
I åldersfördelningen exklusive förlängd skolgång. Det vi ser då är att nybeviljandet vid nedsatt arbetsförmåga har gått ner i åldrarna. Andelen under 25 år har alltid varit störst, men den har också ökat över tid. År 2015 var 69 procent av dem som beviljades aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga yngre än 25 år. Utvecklingen följer den generella befolkningsutvecklingen väldigt väl, men nybeviljandet har en viss överrepresentation av 19–24-åringar. I befolkningen utgör 19–24-åringarna 53 procent av alla som är 19–29 år. Nybeviljandet av aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga uppvisar en jämn könsfördelning. Om förlängd skolgång inkluderas är männen generellt yngre när de får aktivitetsersättning. Det hänger ihop med att förlängd skolgång är vanligare bland män.

Diagram 32 redovisar åldersfördelningen exklusive förlängd skolgång. Det vi ser då är att nybeviljandet vid nedsatt arbetsförmåga har gått ner i åldrarna. Andelen under 25 år har alltid varit störst, men den har också ökat över tid. År 2015 var 69 procent av dem som beviljades aktivitetsersättning

¹⁰ Aktivitetsersättning kan beviljas från och med juli det år den försäkrade fyller 19 år.

vid nedsatt arbetsförmåga yngre än 25 år. Utvecklingen följer den generella befolkningsutvecklingen väldigt väl, men nybeviljandet har en viss överrepresentation av 19–24-åringar. I befolkningen utgör 19–24-åringarna 53 procent av alla som är 19–29 år. Nybeviljandet av aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga uppvisar en jämn könsfördelning. Om förlängd skolgång inkluderas är männen generellt yngre när de får aktivitetsersättning. Det hänger ihop med att förlängd skolgång är vanligare bland män.

Diagram 32 Åldersfördelning för nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga 2005–2015



Källa: Försäkringskassans databas Store

Inkomstrelaterad ersättning och garantiersättning

Sjuk- och aktivitetsersättning är både en arbetsbaserad och en bosättningsbaserad förmån då det finns en inkomstrelaterad del och en garantiersättning för personer med låga eller inga förvärvsinkomster. Maximal garantiersättning för sjukersättning var 8 900 kronor per månad 2015. För aktivitetsersättning beror ersättningsnivån på ålder (den blir högre ju äldre den försäkrade är) och den låg mellan 7 788 och 8 715 kronor per månad 2015. Maxbeloppet för den inkomstrelaterade ersättningen låg på 17 800 kronor per månad för både sjuk- och aktivitetsersättning.

Andelen av nybeviljade sjukersättningar med endast garantiersättning har ökat över tid, men sedan 2011 har den hållit sig på 17–18 procent. Däremot ökar andelen med en kombination av ersättningsformerna svagt de senaste två åren.¹¹ Således ser vi även en svag minskning av andelen som endast har inkomstbaserad ersättning.

I Tabell 3 ser vi även att det är stora skillnader mellan inrikes och utrikes födda. År 2015 hade 32 procent av de utrikes födda som beviljades sjukersättning endast garantiersättning. För inrikes födda är motsvarande siffra 13 procent. För både inrikes och utrikes födda gäller att det är

¹¹ För dem som har så pass låg SGI att man ligger under garantinivån toppas den inkomstrelaterade ersättningen upp med garantiersättning.

vanligare för kvinnor att ha inkomstrelaterad ersättning. När det gäller dem som endast har inkomstrelaterad ersättning är skillnaderna mellan könen ungefär lika stora för både inrikes och utrikes födda. Tittar vi på dem som endast har garantiersättning så är det dock större skillnader mellan könen för inrikes födda.

Tabell 3 Fördelningen av nybeviljade sjukersättningar 2015 på ersättning utifrån kön och födelseland

	Endast inkomstrelaterad ersättning		Endast garantiersättning		Kombination av båda		Totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Samtliga								
Inrikes född	6 608	76	1 093	13	1 008	12	8 709	100
Utrikes född	1 743	59	930	32	268	9	2 941	100
Totalt	8 351	72	2 023	17	1 276	11	11 650	100
Kvinnor								
Inrikes född	3 762	77	456	9	656	13	4 874	100
Utrikes född	962	61	469	30	155	10	1 586	100
Totalt	4 724	73	925	14	811	13	6 460	100
Män								
Inrikes född	2 846	74	637	17	352	9	3 835	100
Utrikes född	781	58	461	34	113	8	1 355	100
Totalt	3 627	70	1 098	21	465	9	5 190	100

Källa: Försäkringskassans databas Store

För dem som nybeviljas aktivitetsersättning är det absolut vanligast att endast ha garantiersättning. Den andelen har legat runt 90 procent sedan flera år tillbaka. Däremot så uppvisar de senaste två åren en minskning och 2015 var andelen 85 procent. Det kommer troligtvis av utvecklingen av nybeviljandet vid nedsatt arbetsförmåga som sedan 2014 är högre än det för förlängd skolgång. Det är fler i den gruppen som har haft möjlighet att ha en anknytning till arbetslivet och därmed har en sjukpenninggrundande inkomst.

Sammanfattning

Antalet nybeviljade sjukersättningar har minskat sedan mitten av 2015. Två faktorer som bidrar till minskningen är resursbrist till följd av omorganisation och ökade avslagandelar. Psykiatriska diagnoser är den vanligaste orsaken till att beviljas sjukersättning och det är samma typ av psykiatriska diagnoser som dominerar inom sjukpenning – ångest- och stressyndrom samt förstämningssyndrom. Andelen som nybeviljas sjukersättning med endast garantiersättning är betydligt högre för utrikes födda än för inrikes födda. Det är också en större andel män som endast har garantiersättning och könsskillnaden är större för inrikes födda än för utrikes födda.

Den kraftiga ökningen av nybeviljade aktivitetsersättningar har avtagit i styrka under 2015 och de första månaderna 2016 uppvisar till och med en minskning. Över 80 procent av nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga sker inom psykiatriska diagnoser, men till skillnad från

sjukersättning och sjukpenning är det störningar av psykisk utveckling och beteendestörningar som är vanligast. Bland nybeviljade aktivitetsersättningar har 85 procent endast garantiersättning, vilket innebär en minskning sedan två år tillbaka.

Kartläggning av regionala skillnader i sjukfrånvaron

De analyser av sjukfrånvaro, dess utveckling, och drivkrafter, som Försäkringskassan kontinuerligt genomför baseras ofta på analyser av basfaktorer som ålder, kön och diagnos. Faktorer som det finns bra registeruppgifter om och som är centrala för att beskriva och förstå utvecklingen. Samtidigt är det få som ifrågasätter att en lång rad mer eller mindre svår fångade samhällsfaktorer som handlar om folkhälsa, arbetsmarknad, hälso- och sjukvårdssystem, attityder och kulturer i befolkningen etc. spelar en stor – kanske helt avgörande – roll i sammanhanget. Analyser av åtgärder för att stävja en ökande sjukfrånvaro som Försäkringskassan eller andra aktörer vidtar kan inte till fullo värderas utbrutna ur en samhällskontext.

Lanseringen av regeringens åtgärdsprogram för minskad sjukfrånvaro och ökad hälsa tydliggör och förstärker ytterligare behovet av att kunna avläsa och förstå sjukfrånvaro i ett vidare sammanhang. Utmaningarna är uppenbara. De innefattar bland annat en mycket svårhanterad komplexitet. Ett sätt att i någon mån försöka begränsa eller hantera komplexiteten är att begränsa analyser till geografiskt och administrativt avgränsade områden. Vår hypotes är att en avgränsning till enskilda län kan vara en väg framåt när det gäller frågor kring sjukförsäkringens roll i samhället. Försäkringskassans ambition är att framöver göra nedslag i ett antal län och i dessa försöka vidga perspektivet för våra analyser. Vi tänker oss, utöver sedvanliga uppföljningar, att genomföra ett antal, vad man närmast skulle kunna beteckna som, fallstudier.

I det här kapitlet beskriver vi, som en inledning på detta, sjukfrånvarons utveckling i olika län och kommuner. Vi kartlägger tidigare studier om regionala skillnader och redovisar viss data som är tillgängliga på läns- eller kommunnivå. Tanken är att vi, genom att försöka sammanfatta vad vi vet hittills, får en bättre grund att stå på i kommande undersökningar. Dels för att ge en sammanfattande bild av de mönster som avtecknas, och som vi förhoppningsvis kan förstå och tolka ”fallstudiernas” resultat utifrån, och dels för att identifiera län som utmärker sig i olika avseenden och som därför kan vara intressanta att studera vidare i kommande undersökningar.

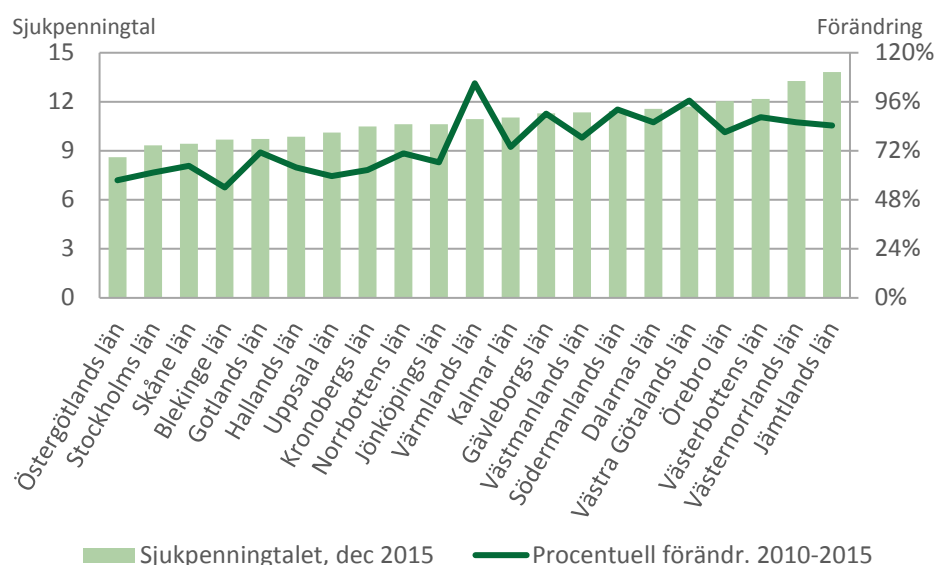
Tabeller som ligger till grund för kartläggningen redovisas i Bilaga 3: Underlag till regional kartläggning När vi refererar till sjukpenningtalet på årsbasis så är det decembervärdet som avses.

Ökning i samtliga län

I december 2010 var sjukpenningtalet lägre än det någonsin varit tidigare – 6,0 dagar. Därefter har det skett en ökning och i december 2015 var sjukpenningtalet 10,5 dagar. Det innebär en ökning på 74 procent i landet som

helhet. Sjukpenningtalet har ökat i samtliga län men ökningen storlek varierar mellan länen. I Diagram 33 går det dock att se att ökningen tenderar att vara lite högre i de län som också uppvisar de högre sjukpenningtalen 2015. De tre län som hade högst sjukpenningtal 2015 är Jämtland (13,8), Västernorrland (13,3) och Västerbotten (12,2). Både Jämtland och Västernorrland har haft bland de högsta sjukpenningtalen åtminstone de senaste femton åren. Ökningen i båda länen har varit större än genomsnittet de senaste fem åren. Ingen av länens kommuner utmärker sig dock genom att ha ett avvikande sjukpenningtal.

Diagram 33 Sjukpenningtalet i december 2015 samt procentuell förändring 2010–2015



Källa: Försäkringskassans databas Store

Även Västerbotten har haft ett av de högsta sjukpenningtalen under en lång period. Länet utmärker sig med en stor spridning på kommunal nivå vad gäller utvecklingen de senaste fem åren. I Västerbotten finns den kommun vars sjukpenningtal ökat mest i hela landet (Malå med 166 procent). Den kommun i Västerbottens län som ökat minst är Åsele (38 procent). Av de tio kommuner som har högst sjukpenningtal 2015 återfinns fyra i Västerbottens län och tre i Jämtlands län. Allra högst sjukpenningtal har Ragunda kommun i Jämtlands län med 18,2 dagar.

Värmland är det län som uppvisat den största ökningen i sjukpenningtalet de senaste fem åren: 105 procent. Värmland har gått från att ha det lägsta sjukpenningtalet 2010 (5,3) till att 2015 ligga över riksgenomsnittet (10,9). Även Västra Götaland är särskilt intressant att uppmärksamma. För fem år sedan hade länet bland de lägsta sjukpenningtalen (6,0) men nu har länet ett av de fem högsta (11,7). Ökningen är den näst största i landet med 97 procent. Alla kommuner i Västra Götaland har haft en stor ökning i sjukpenningtalet (minst 61 procent) under femårsperioden.

Historiskt sett tillhörde även Norrbotten den skara län som hade de högsta sjukpenningtalen, men sedan 2008 har Norrbottens sjukpenningtal legat runt genomsnittet. Fyra av länets 14 kommuner har dock haft en stor ökning de

senaste fem åren: Jokkmokk (128 procent), Överkalix och Arjeplog (113 procent vardera) samt Kalix (111 procent).

De län som har lägst sjukpenningtal i dag är Östergötland (8,6 dagar), Stockholm (9,3 dagar) och Skåne (9,4 dagar). Östergötland har haft bland de fem lägsta sjukpenningtalen sedan 2008 (och det lägsta sedan 2011). Dessförinnan låg länets sjukpenningtal strax över genomsnittet.

På kommunal nivå återfinns fem av landets tio lägsta sjukpenningtal i Stockholms län. Tre av de lägsta sjukpenningtalen finns i kommuner i Skåne län. I båda länen handlar det om typiska höginkomstkommuner.

Sjukpenningtalet har ökat i alla län de senaste fem åren men den lägsta ökningen återfinns i Blekinge (54 procent), Östergötland (58 procent) och Uppsala (60 procent). I de flesta län finns både kommuner som ökat mycket och de som ökat lite relativt sett. Uppsala utmärker sig dock genom att ökningen sedan 2010 har varit långsammare i samtliga åtta kommuner än ökningen i riket som helhet.

Ökning av psykiatriska diagnoser och stora skillnader mellan kommuner

Vi har i tidigare rapporter (och även tidigare i denna rapport) beskrivit hur sjukfrånvaron ökar i samtliga diagnosgrupper och att ökningen är kraftigast för psykiatriska diagnoser. Det är framför allt ångest- och stressyndrom (F40–F48) som ökar. I redogörelsen av län och diagnos som följer är det inflödet av sjukfall som beskrivs.

Antalet startade sjukfall inom ångest- och stressyndrom har ökat med 110 procent de senaste fem åren (nästan 50 000 personer) och samtliga län har uppvisat en stor ökning. De tre län som ökat *minst* relativt sett har ändå haft en ökning på mellan 86 och 92 procent. Här ingår Östergötland, Blekinge och Örebro. Störst har ökningen varit i Dalarna (152 procent), Jönköping (139 procent) och Norrbotten (137 procent).

Det finns stora skillnader mellan kommuner när det gäller ökningen av inflödet inom ångest- och stressyndrom. I 21 kommuner har ökningen varit över 200 procent. Fyra av dessa kommuner finns i Dalarna. Lika många finns i Västerbotten och Jönköping medan tre av kommunerna finns i Norrbotten. Den största ökningen (413 procent) har skett i Rättviks kommun i Dalarna. Endast i 25 kommuner har ökningen varit mindre än 50 procent. Åtta av dessa kommuner återfinns i Östergötland och fem finns i Västra Götaland respektive Skåne län. I två små kommuner har det skett en *antalsminskning*: Töreboda kommun (Västra Götaland) och Vadstena (Östergötland).

Ökningen de senaste fem åren har inte varit lika stor när det gäller förstämningssyndrom (F30–F39) som är det näst vanligaste diagnosavsnittet inom psykiatriska diagnoser. Här är antalsökningen i landet i stort 28 procent (drygt 10 000 personer). Ökningen har varit störst i Gävleborg (58 procent), Skåne (44 procent) och Västmanland (43 procent) och lägst på Gotland (12

procent), i Kalmar (13 procent) och Västerbotten (17 procent). På kommunnivå har 15 kommuner haft en ökning på över 100 procent medan ett femtiotal kommuner har haft en minskning när det gäller antalet sjukskrivna för förstämningssyndrom. Störst har ökningen varit i Dorotea (Västerbottens län) med 167 procent. I andra änden återfinns Dals-Ed (Västra Götaland) med en minskning på 60 procent.

På länsnivå tycks det finnas ett visst samband när det gäller utvecklingen i de två diagnosavsnitten: en stor ökning i det ena diagnosavsnittet tycks ge en mindre ökning i den andra, och vice versa. Men det finns även län som bryter mot detta mönster. Däremot tycks det inte finnas något sådant samband på kommunnivå.

De stora skillnaderna mellan kommuner när det gäller psykiatriska diagnoser är särskilt intressanta mot bakgrund av att det inte sällan saknas objektiva undersökningsfynd som kan bekräfta sjukdom vid psykiatriska diagnoser. Genom att läkaren blir tvungen att förlita sig till patientens berättelse skapas ett utrymme för den som så vill att "välja" sjukskrivning (Socialförsäkringsutredningen 2006). Det betyder inte att psykiatriska diagnoser inte skulle vara "riktiga sjukdomar". Däremot kan det vara svårt att avgöra vad som är symptom som är orsakade av sjukdom i en medicinsk bemärkelse och symptom som har andra orsaker. En studie från IFAU visar dessutom att läkarintygen tycks ha sämre kvalitet just när det gäller psykiatriska diagnoser. Funktionsförmågan var otillräckligt beskriven i 28 procent fler av fallen med psykiatrisk diagnos/psykiska besvär i jämförelse med övriga diagnoser. Forskarna hade då kontrollerat för historisk sjukskrivning i respektive kommun, individens sjukskrivning, ålder, kön, sjukskrivande läkares kön, diagnos, utbildning och granskande försäkringsläkare (Goine, H. m.fl. 2009).

En rapport från Försäkringskassan visar att det finns ett tydligt regionalt mönster med högre risk för sjukfall med en psykiatrisk diagnos i de tätbefolkade storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö, med omnejder. På länsnivå har Västra Götaland den högsta relativa risken för sjukskrivning i en psykiatrisk diagnos. Detta gäller både kvinnor och män. Hänsyn har då tagits till andra faktorer som påverkar risken för sjukfall (Försäkringskassan 2014). Bland den tiondel kommuner som har högst relativ risk för sjukskrivning längre än 14 dagar återfinns hälften i Västra Götaland. Även förortskommuner till storstäder är överrepresenterade. Ett undantag från detta storstadsmönster utgörs av höginkomstkommuner som Danderyd och Vellinge där risken för sjukfall är markant lägre.

Bland den tiondel kommuner som har *lägst* relativ risk för sjukskrivning i psykiatriska diagnoser är kommuner i de norrländska länen överrepresenterade liksom glesbygdskommuner. På länsnivå är den relativa risken lägst i Östergötland och Norrbotten. I båda dessa län har så gott som samtliga kommuner låga relativa risker för sjukskrivning i psykiatriska diagnoser.¹²

¹² Här har vi använt kommundata från tabellbilaga i Försäkringskassan 2014 och lagt till uppgifter om kommundata enligt SKLs indelning och län.

Demografiska och socioekonomiska faktorer

Ovan nämndes att flera av landets *lägsta* sjukpenningtal återfinns i kommuner i Stockholms och Skåne län. Det handlar om kommuner med hög andel högskoleutbildade, höga medianinkomster och låg arbetslöshet.

Sedan tidigare är det känt att en del av de regionala skillnaderna förklaras av socioekonomiska och demografiska faktorer. Det handlar om exempelvis inkomst, utbildningsnivå, ålderssammansättning och födelseland. Även förhållanden på arbetsmarknaden har betydelse. När hänsyn tas till dessa faktorer minskar de regionala skillnaderna (se till exempel RFV 2004; Ohlsson 2006; ISF 2010, Försäkringskassan 2015a). De skillnader som återstår kan då bero på att någon viktig förklarande variabel saknas i den statistiska modellen, olika attityder till sjukskrivningen i befolkningen eller på skillnader i hur arbetsgivare, hälso- sjukvård och Försäkringskassans agerar både förebyggande och i sjukskrivningsprocessen (se till exempel ISF 2010; Försäkringskassan 2015a).

I hela landet har 25,1 procent av befolkningen en högskoleutbildning. De flesta kommuner har en betydligt lägre andel invånare med högskoleutbildning. I mediankommunen är andelen 15,7 procent. Bland den tiondel av kommunerna som har lägst andel högskoleutbildade spänner sjukpenningtalet från 9,3 till 18,2. Det är dock endast två av dessa som ligger under riksgenomsnittet.

Däremot har kommuner med en hög andel högskoleutbildade lägre sjuktal än andra kommuner. I 21 kommuner är andelen med en högskoleutbildning över 30 procent. De flesta har sjukpenningtal som ligger väsentligt under riksgenomsnittet på 10,5 dagar. Samtidigt har invånarna medianinkomster som ligger i det övre spannet i riket och en relativt låg arbetslöshet.

Tre av de 21 kommunerna avviker från mönstret genom att de har höga sjukpenningtal trots hög medianinkomst och hög andel högskoleutbildade: Mölndal, Partille och Härryda. Dessa tre kommuner ligger i Västra Götaland – det län vars sjukpenningtal ökat mest procentuellt sett. De tre ingår även bland de 20 kommuner i landet som har allra högst relativ risk för sjukskrivning längre än 14 dagar i psykiatriska diagnoser. Hänsyn har då tagits till andra faktorer som kan påverka utfallet (Försäkringskassan 2014).

Arbetsmiljö spelar roll för psykisk hälsa

Forskning har visat att arbetsmiljön har betydelse för vår psykiska hälsa. Människor riskerar till exempel psykisk ohälsa och sjukskrivning när de upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav. Ett pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen kan leda till symptom på depression och utmattningssyndrom. Bristande medmänskligt stöd och osäkerhet i anställningen är exempel på andra faktorer som har betydelse (SBU 2014; även FORTE 2015).

Samtidigt har arbetsplatsen en viktig roll för individens återgång i arbete efter en sjukskrivning vid psykisk ohälsa. Arbetsplatsen har också en betydelse för faktorer som kopplas till psykiskt välbefinnande, såsom ett gott ledarskap, balans mellan arbete och fritid, tydliga mål och anställningstrygghet (FORTE 2015).

Tidigare nämndes en studie från Försäkringskassan som visar på ett tydligt regionalt mönster med högre risk för sjukfall med psykiatrisk diagnos i de tätbefolkade storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö, med omnejder. Studien visar även att det finns en samvariation mellan upplevda brister i psykosocial arbetsmiljö och risken för sjukfall i psykiatrisk diagnos. Liksom tidigare undersökningar visar studien att risken för sjukskrivning är större bland offentliganställda än privatanställda, vilket sammanfaller med en utveckling av ökade psykosociala krav inom många kvinnodominerade verksamheter såsom vård, skola och omsorg (Försäkringskassan 2014).

Samtidigt som risken för sjukskrivning är större bland offentliganställda finns det även stora skillnader mellan kommuner när det gäller personalens sjukfrånvaro. Åkerlind med flera visar att kommunernas arbetsmiljöarbete förklarar en hel del av variationen i personalens hälsa mellan de kommuner som ingick i undersökningen. Kommuner med ett mer aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete har ett bättre hälsoläge bland personalen, vilket i sin tur är relaterat till lägre sjukfrånvaro. Totalt ingick 60 kommuner i undersökningen som bland annat baseras på enkäter till kommunanställda. (Åkerlind m.fl. 2013).

Hälso- och sjukvårdens betydelse för regionala skillnader är oklar

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll för sjukfrånvaron. En väl fungerande hälso- och sjukvård är en förutsättning för att kunna behandla sjukdomar och skador i ett tidigt skede och på så sätt minska eller förebygga sjukfrånvaron. Hälso- och sjukvården bidrar till att sjuka eller skadade återfår hela eller delar av arbetsförmågan. Läkarintyget är dessutom ett viktigt underlag för Försäkringskassans bedömning.

Flera studier visar att det finns skillnader mellan landsting vad gäller andel patienter som får tillgång till olika typer av avgörande behandlingar (till exempel Socialstyrelsen 2011; Socialstyrelsen 2014; Socialstyrelsen 2015; Sveus 2015). Även när det gäller väntetider i hälso- och sjukvården finns det regionala skillnader (till exempel Socialstyrelsen & SKL 2014). Få studier har studerat regionala skillnader genom att kombinera data om hälso- och sjukvården med data om sjukfrånvaro.¹³ Nedan görs ett försök att börja närma sig denna fråga genom att på länsnivå jämföra data från sjukvården med sjukpenningtal på länsnivå. Ytterligare analyser behövs dock för att fastställa om det finns statistiskt säkerställda samband.

¹³ Däremot finns det studier som studerar samband mellan sjukfrånvaro och faktorer som relaterar hälso- och sjukvård i allmänhet. Här har vi dock avgränsat oss till studier som handlar om regionala skillnader.

Vid en första titt tycks det finnas viss samvariation mellan väntetider i vården och sjukpenningtalet på länsnivå.¹⁴ Län med en hög andel patienter som får läkarbesök inom sju dagar i primärvården har generellt sett lägre sjukpenningtal än län där fler får vänta längre. Östergötland är ett exempel på ett län som både har ett lågt sjukpenningtal (det lägsta) och en hög andel patienter som inte behöver vänta mer än sju dagar (92,3 procent). På motsvarande sätt har de län med en relativt låg andel patienter som får läkarvård inom sju dagar även relativt höga sjukpenningtal. Här återfinns Dalarna och Västernorrlands län med 82,3 respektive 85,4 procent patienter som får vård inom sju dagar. Västernorrland har 2015 landets näst högsta sjukpenningtal och även Dalarna ligger i den övre halvan. Men det finns även undantag. Västra Götaland är det län med högst andel patienter som får läkarbesök inom sju dagar. Trots det har Västra Götaland ett relativt högt sjukpenningtal (11,7) och är dessutom ett av de län vars sjukpenningtal ökat allra mest de senaste fem åren.

Det finns även variabler som beskriver väntetider i den specialiserade vården; dels andel patienter som får vänta mer än 90 dagar på besök i specialiserad vård, dels andel patienter som får vänta mer än 90 dagar på operation i specialiserad vård. När det gäller väntetider för *besök* i specialiserad vård finns flera län som har både låga sjukpenningtal och en hög andel patienter som får tid för besök inom 90 dagar. Här återfinns exempelvis Östergötland, Stockholm, Jönköping, Blekinge och Uppsala. På motsvarande sätt finns flera län som har höga sjukpenningtal och en låg andel patienter som får tid för besök i specialiserad vård inom 90 dagar. Exempel på sådana län är Jämtland, Västra Götaland, Västerbotten och Västernorrland. Några län har ett sjukpenningtal över medel trots att en hög andel patienter får besöka den specialiserade vården inom 90 dagar (till exempel Kalmar, Värmland och Gävleborg). Däremot finns bara ett län (Uppsala) som har ett lågt sjukpenningtal samtidigt som andelen patienter som behöver vänta på besök i specialiserad vård är relativt högt.

Även när det gäller väntetider för *operation* i specialiserad vård finns det flera län som har låga sjukpenningtal och en hög andel patienter som får operation inom 90 dagar. Exempel på sådana län är Östergötland, Gotland, Stockholm och Halland. På motsvarande sätt finns flera län med höga sjukpenningtal och en relativt låg andel patienter som får operation inom 90 dagar. Här återfinns bland annat Jämtland, Västernorrland, Örebro och Västerbotten. Några län har sjukpenningtal över medel trots att de har en relativt hög andel patienter som får operation inom 90 dagar (till exempel Kalmar, Gävleborg och Södermanland). Ett län – Skåne – har ett lågt sjukpenningtal (9,4) samtidigt som andelen patienter som får operation inom 90 dagar är ett av de lägsta. Åtminstone en tidigare studie har visat att väntetider till operation kan påverka sjukskrivningslängden. En studie på norska data visade att förkortade väntetider i vården i genomsnitt påverkade sjukskrivningslängden med 8,5–9,3 dagar. Resultatet var bara signifikant för sjukskrivna som väntade på en operation. För dessa sjukskrivna kunde

¹⁴ Data om väntetider i vården kommer från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

förkortade väntetider till operation leda till 13,7–22,5 dagars minskad sjukskrivning (Holmås, T.H. & Kjerstad, E. 2015).

Genom en undersökning från Läkarförbundet har vi möjlighet att jämföra vårdcentralens bemanning med sjukpenningtal på länsnivå. Totalt sett uppger 62 procent av läkarna att de arbetar på en vårdcentral med få vakanser.¹⁵ Flera län där en hög andel av läkarna arbetar på en vårdcentral med få vakanser, har ett relativt lågt sjukpenningtal. Här återfinns exempelvis Stockholm, Uppsala och Östergötland som har några av landets lägsta sjukpenningtal. Flera län som har en hög andel vakanser har på motsvarande sätt en relativt hög sjukfrånvaro. Exempel är Örebro (12,0 dagar), Västerbotten (12,2 dagar) och Dalarna (11,6 dagar). Dock finns även exempel på län som har ett lågt sjukpenningtal trots många vakanser (Blekinge och Gotland) och län som har ett högt sjukpenningtal trots få vakanser (till exempel Västra Götaland). Skåne, som har landets tredje lägsta sjukpenningtal ligger ungefär i mitten när det gäller bemanning.

I Läkarförbundets läkarenkät fanns även en fråga där respondenten fick ta ställning till påståendet ”Jag skulle rekommendera min vårdcentral till en sjuk anhörig”. Andelen som svarade ja varierade mellan 63 och 91 procent på länsnivå. Lägst andel läkare som kunde rekommendera sin vårdcentral fanns på Gotland, i Dalarna och i Blekinge. Högst andel fanns i Kalmar, Jönköping och Östergötland. Östergötland är visserligen det län som har det lägsta sjukpenningtalet men i övrigt ser vi inget samband mellan sjukpenningtal och andel läkare som anser sig kunna rekommendera sin vårdcentral till en sjuk anhörig.

Regionala skillnader i Försäkringskassans tillämpning?

Det är sällan Försäkringskassans bedömning skiljer sig från den bedömning som en läkare gjort. År 2015 avslog Försäkringskassan endast 1,9 procent av ansökningarna om sjukpenning. Andelen avslag är dubbelt så hög i Jämtland, Gävleborg och Skåne (drygt 2 procent) som i Västernorrland, Östergötland och Örebro (omkring 1 procent). Det tycks inte finnas något samband mellan avslagsfrekvens och sjukpenningtalens storlek på länsnivå. Det finns län med relativt hög avslagsfrekvens och samtidigt höga sjukpenningtal. Samtidigt finns det län med relativt låg avslagsfrekvens och sjukpenningtal som ändå är låga. En möjlig förklaring till detta är skillnader i inflödet i och med att avslagen är beroende av i vilken utsträckning och för vilka patienter läkare rekommenderar sjukskrivning och utfärdar läkarintyg.

I en studie analyserar ISF utvecklingen av de regionala skillnaderna i sjukförsäkringens utfall som inte kan härledas till olikheter i befolkningens sammansättning. Dessutom diskuteras vilken betydelse Försäkringskassans regeltillämpning haft för utvecklingen. Undersökningsperioden var 1996–

¹⁵ Specialistläkarna har uppgett att 100 procent av tjänsterna är tillsatta eller att minst 80 procent av tjänsterna är tillsatta. Data om bemanning kommer från en enkät riktad till läkare som Läkarförbundet genomfört. Se Sveriges läkarförbund 2015 för mer utförlig beskrivning av undersökningen.

2010. Studien visade att de absoluta skillnaderna minskade mekaniskt när den totala nivån på sjukfrånvaron minskade. För att säga något om likformigheten i nyttjandet av försäkringen studerades även relativa mått på den regionala spridningen. Även de relativa måtten visade att spridningen av sannolikheten att bli sjukskriven i minst 30 dagar minskade kontinuerligt sedan 2003. Sedan 2008 är de oförklarade regionala skillnaderna mindre än sedan åtminstone mitten av 1990-talet, både i absoluta och relativa termer (ISF 2010).

ISF kan inte fastställa att de minskade regionala skillnaderna skulle bero på att Försäkringskassans handläggning har blivit mer likformig, även om det finns tecken på att så varit fallet under åtminstone perioden 2003–2007. Försäkringskassan arbetade då aktivt med nya gemensamma metoder (bland annat införandet av ENSA-processer). Under perioden slogs även de självständiga försäkringskassorna ihop till en gemensam myndighet vilket bör ha förbättrat förutsättningarna för en enhetlig tillämpning. Samtidigt konstaterar ISF att de regionala skillnaderna minskat även under perioder då Försäkringskassans förutsättningar för ett likformigt arbete framstår som försämrade. Regionala skillnader påverkas av agerandet hos samtliga aktörer i sjukskrivningsprocessen. Andra faktorer som kan ha bidragit till större likformighet är de försäkrades förväntningar på försäkringen, arbets sätt inom hälso- och sjukvården, införandet av de försäkringsmedicinska beslutsstöden, liksom rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser (ISF 2010).

Olika attityder i olika delar av landet?

I mitten av 2000-talet uppmärksammades att sjukförsäkringen ibland används som ett ”försörjningssystem” snarare än ett ”försäkringssystem”. I det första fallet används inte sjukförsäkringen restriktivt och inte enbart kopplat till sjukdom utan i andra sammanhang, exempelvis för att lösa situationer som uppstår i arbetslivet eller i privatlivet. För att belysa detta lät Försäkringskassan göra en fallstudie av två svenska kommuner med likartad politisk ledning. Kommunerna hade en historik av i det ena fallet hög och i det andra fallet låg sjukskrivning. I det ena fallet var det klart för de flesta – individer, försäkringskassanställda, läkare och arbetsgivare – att försäkringen är till för restriktiv användning i samband med sjukdom. Men lika tydligt var det i det andra fallet att försäkringen är ett av de försörjningsalternativ som man vid behov kan nyttja i olika situationer (Försäkringskassan 2005; se även Försäkringskassan 2009).

År 2006 publicerade Försäkringskassan en antologi inom det så kallade SKA-projektet som bestod av 14 studier baserade på enkätfrågor till befolkningen (50 000 personer), läkare (4 200 personer), arbetsledare (8000 personer på 8 000 arbetsplatser) och försäkringskassehandläggare (5 900 personer). En av de centrala frågorna var om sociala sammanhang spelar en roll för attityder kring användningen av sjukförsäkringen (Palmer 2006).

I antologin framkom bland annat att det fanns tio faktorer som statistiskt förklarade en stor del av de regionala skillnaderna i ohälsotalet. Det handlade dels om bakgrundsvariabler såsom medelålder, andel av befolkningen som är född utanför Sverige, andel som är anställd i statlig sektor, andel som

är verksamma inom privata aktiebolag, andel som är arbetslös och andel som har en högskoleutbildning. Dels handlade det om attityder till sjukskrivning: om man instämde i påståendet att man ska låta bli att sjukskriva sig på grund av dålig sömn, om man höll med om att ersättningsnivåerna är tillräckliga och om man instämde med påståendet att kontrollen av sjukskrivna görs på ett acceptabelt sätt. Dessa tio faktorer förklarade, enligt studien, cirka 54 procent av skillnaderna mellan kommunernas ohälsotal. På länsnivå var förklaringsstyrkan ännu starkare, 79 procent (Ohlsson 2006).

De refererade rapporterna tyder på att attityder kan variera lokalt och att det kan påverka benägenheten att ansöka om sjukpenning. Två rapporter från IFAU visar dessutom att sjukskrivning verkar kunna ”smitta”. Människors benägenhet att sjukskriva sig påverkas av omgivningens sjukfrånvaro (Hesselius 2008; Johansson & Nilsson 2014). I ett experiment sänktes kravet på läkarintyg och undersökningsgruppens sjukfrånvaro ökade då. Samtidigt ökade även referensgruppens sjukfrånvaro, vilket forskarna tolkar som att deras sjukfrånvaro ökat till följd av sociala interaktionseffekter. Kollegors sjukfrånvaro påverkar benägenheten att sjukskriva sig, både för kvinnor och för män. Kvinnor påverkas enbart av kvinnors sjukfrånvaro medan män påverkas enbart av mäns. Eftersom individer har stort utrymme att själva avgöra om de behöver vara sjukskrivna tolkar forskarna utfallet som en beteendeeffekt, snarare än att det beror på försämrad hälsa (Johansson & Nilsson 2014).

Sammanfattning

Det är känt sedan länge att sjukfrånvaron i Sverige varierar regionalt. Landets högsta sjukpenningtal återfinns i Jämtland, Västernorrland och Västerbotten, medan Östergötland, Stockholm och Skåne har de lägsta. Det finns sannolikt många faktorer som samverkar och som bidrar till en hög eller låg sjukfrånvaro på länsnivå. Från tidigare studier vet vi att sociodemografiska faktorer och arbetsmarknadsfaktorer har betydelse för de regionala skillnaderna.

Sannolikt finns även regionala variationer i hur olika aktörer i sjukskrivningsprocessen agerar. Det kan gälla arbetsgivare, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, men även de försäkrade. I den här kartläggningen görs ett första försök att beskriva dessa skillnader. Olika faktorer kan förstärka – men även motverka – varandra. Därför är det svårt att se några entydiga och tydliga samband.

Hälso- och sjukvårdens roll framstår som viktig att analysera vidare framöver. Östergötland har landets lägsta sjukpenningtal sedan 2011. Samtidigt visar sig länet ha relativt få läkarvakanser inom primärvården, en hög andel patienter som slipper vänta på läkarbesök eller operation. En hög andel av läkarna skulle även rekommendera sin vårdcentral till en sjuk anhörig. På motsvarande sätt har länen med de högsta sjukpenningtalen många patienter som får vänta på tid för läkarbesök och operation. Å andra sidan finns det flera län som avviker från detta mönster. För att vi ska kunna dra några slutsatser kring hälso- och sjukvårdens betydelse – både för de

regionala skillnaderna och för sjukfrånvaron i stort – behövs ytterligare studier som tar hänsyn även till andra faktorer.

Psykisk ohälsa tycks vara särskilt vanligt i storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö med omnejder. Störst relativ risk för sjukskrivning i en psykisk diagnos finns i Västra Götaland – ett av de län vars sjukpenningstal har ökat mest de senaste fem åren. Östergötland och Norrbotten har den lägsta relativa risken för sjukskrivning i psykiska diagnoser.

De regionala skillnader som beskrivits i kapitlet ger upphov till flera frågor. Vad är det till exempel som hänt i Västra Götaland och Värmland som gör att sjukpenningtalen ökat särskilt mycket just här? Vad är det som gör att Östergötland har landets lägsta sjukpenningtal? Länets hälso- och sjukvård tycks ha betydelse men sambandet – om det nu finns ett sådant – behöver analyseras ytterligare. Och hur kommer det sig att Norrbotten numera har ett sjukpenningtal nära riksgenomsnittet trots att länet länge tillhörde gruppen norrlandslän med mycket glesbygd och höga sjukpenningtal? Frågor som dessa har bäring inte bara på kunskapen om regionala skillnader utan även på vår förståelse av vilka mekanismer som påverkar sjukfrånvarons utveckling i stort. Försäkringskassans ambition är att gå vidare med fördjupade analyser av några län som utmärker sig på ett sådant sätt att vår kunskap om dessa mekanismer kan öka.

Det innebär att vi ser som viktigt att ha rätt fokus i fortsatta studier av utvecklingen i olika regioner. Det handlar då främst om att använda skillnader i olika regioners utveckling, inte främst för att försöka förklara skillnaderna, utan till analyser som ger oss bättre kunskap om hur olika faktorer påverkar sjukskrivningarna. Det tillför kunskap om de faktorer som samhället bör inrikta sig på att påverka för att bryta den nuvarande uppgången och stabilisera sjukskrivningarna på en lägre nivå.

Diskussion

Försäkringskassan har i flera återrapporteringar den senaste tiden lyft att det finns indikationer på att ökningen i sjukfrånvaro bromsar in. Det är ännu för tidigt att säga om det är en vändning i inflödet, men mycket tyder på att det i alla fall håller på att plana ut. Det gäller inte bara sjukpenning utan även sjuk- och aktivitetsersättning.

Arbetet med att förstärka och förbättra utredningsarbetet i handläggningen av sjukpenning har med största sannolikhet bidragit till inbromsningen, men den förklarar inte hela utvecklingen. Den senaste tiden har sjukförsäkringen fått mycket uppmärksamhet. Regeringen och Försäkringskassan har påtalat att samtliga aktörer i sjukskrivningsprocessen kan och ska bidra i kraftsamlingen mot en ökad sjukfrånvaro. Det gäller utöver Försäkringskassan till exempel arbetsgivare och hälso- och sjukvård. Det vi ser nu skulle kunna vara ett resultat av att flera aktörer tydligare fokuserar på frågan. Det visar att det går att påverka utvecklingen. Vi har på sista tiden i diverse artiklar och ledare också kunnat läsa om förstärkt samverkan mellan kommun, arbetsgivare och hälso- och sjukvård eller läkare som försöker undvika slentrianmässigt sjukskrivande.

Att Försäkringskassan fortsätter att utveckla förmågan att kombinera de försäkringsmässiga prövningarna med samordningsansvaret kan innebära viktiga bidrag till att vända utvecklingen. Bedömningen av rätten till ersättning är central och alla andra initiativ för att påverka arbetsåtergång måste utgå från den. Hälso- och sjukvården och framför allt läkarna är också en mycket viktig aktör. Förmågan att avgöra när sjukskrivning är en relevant behandling eller inte är viktig. Mot bakgrund av att vi också sett en generell trend mot längre sjukskrivningar så spelar helt tydligt också förmågan att rekommendera sjukskrivningstid roll. Det går att agera på arbetsplatsen och arbetsgivarna har ansvaret. Flera arbetsgivare har visat att ett systematiskt arbete ger resultat. Fokus på förebyggande arbete, rehabilitering och anpassning av arbetsuppgifter liksom förändringar i arbetsmiljön måste spridas till alla arbetsplatser.

I den regionala kartläggning som genomförs i rapporten framkommer att det inte finns någon entydig orsak till regionala skillnader. Det länen har gemensamt är att sjukfrånvaron har ökat, men ökningen har skett olika snabbt och från olika utgångsnivåer. I stället för att försöka förklara varför sjukfrånvaron varierar mellan län behöver vi titta på skillnader i sjukfrånvarons förändring utifrån vad som har gjorts eller inte gjorts inom olika län. Vad har varit framgångsrika åtgärder för att bromsa den ökande sjukfrånvaron? Vad har inte fungerat och så vidare? Den kunskapen kan sedan användas för att förstå utvecklingen av sjukfrånvaron och vad som kan göras för att påverka den.

När det gäller sjuk- och aktivitetsersättning har vi det senaste halvåret sett en minskning av nybeviljandet. Det är dock oklart om det beror på en faktisk minskning eller om det till största del är fråga om trögheter i administrationen. I handläggningen av sjukersättning har det skett en omorganisation som har skapat ett rekryteringsbehov. Det innebär att det kan byggas upp balanser av ansökningar som inte blir utredda på grund av resursbrist. Samtidigt ökar andelen avslag, vilket till viss del sannolikt förklaras av en rättslig uppföljning som nu fått genomslag i verksamheten. För aktivitetsersättningen börjar minskningen i slutet av 2015. Även där är ökade balanser ett problem och det är svårt att avgöra hur mycket av minskningen som beror på det och hur mycket som beror på färre ansökningar.

Den senaste utgiftsprognosen för sjuk- och rehabiliteringspenning sänktes rejält jämfört med tidigare prognoser och sjukpenningtalet 2020 beräknas nu bli 11,4 dagar. I de tänkbara scenarier för att nå målet om ett sjukpenningtal på 9,0 vid utgången av 2020, som också görs i prognossammanhang, villkoras det på att inflödet vänder och börjar minska 2017. Om de indikationer vi ser nu håller i sig så att inflödet börjar minska tidigare så förbättras förutsättningarna för att nå målet. Inflödet har historiskt varit viktigt vid vändpunkter i den generella sjukfrånvaron, men det krävs även att varaktigheten påverkas. Det är därmed kritiskt för utvecklingen att förebygga inflödet av psykiatriska diagnoser eftersom de tenderar att bli långa. Inflödet av sjukfall i psykiatriska diagnoser ökar fortfarande snabbt relativt övriga diagnosgrupper. Även om männen det senaste året har uppvisat en högre ökningstakt än kvinnor så startar kvinnor nästan 150 procent fler sjukfall i psykiatriska diagnoser. Att få ner inflödet av psykiatriska diagnoser har därför inte bara bäring på varaktigheten utan det kan också vara en nyckel till att minska skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män.

Vi ser nu allt fler indikationer på att den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron har blivit långsammare, men vi måste vara vaksamma på om det är ett faktiskt trendbrott vi ser och inte bara en tillfällig inbromsning. Det kommer därför krävas noggrann bevakning av de utfallsmått vi följer för sjukförsäkringens räkning framöver. Det är också viktigt att det ökade fokus vi ser hos samtliga aktörer också förstärks så att vi tillsammans kan minska sjukfrånvaron.

Referenser

- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*.
- Forte (2015). *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt*.
- Försäkringskassan (2005). *Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur*. FK Analyserar 2005:4
- Försäkringskassan (2009). *Trygghetens variationer – om hälsa och lokal kultur*. Socialförsäkringsrapport 2009:2
- Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:4
- Försäkringskassan (2015a). *Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måloppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet*. Socialförsäkringsrapport 2015:2
- Försäkringskassan (2015b). *Sjukfrånvarons utveckling, delrapport 1, 2015*. Socialförsäkringsrapport 2015:6
- Försäkringskassan (2015c). *Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig kvalitetsuppföljning*. Rättslig uppföljning 2015:4
- Försäkringskassan (2015d). *Sjukfrånvarons utveckling, delrapport 2, 2015*. Socialförsäkringsrapport 2015:11
- Goine, H. m.fl. (2009). *Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2009:14
- Hesselius, P., Johansson, P. & Vikström, J. (2008). *Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro?* Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2008:11
- Holmås, T.H. & Islam, M.K. (2010). *Does Variation in General Practitioner (GP) Practice Matter for the Length of Sick Leave? A Multilevel Analysis Based on Norwegian GP-Patient Data*, Social Science & Medicine, februari 2010
- Holmås, T.H. & Kjerstad, E. (2015). *Prioritization and the Elusive Effect on Welfare – A Norwegian Health Care Reform Revisited*, Social Science & Medicine, januari 2015
- ISF (2010). *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkring. Rapport 2010:6

ISF (2016). *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5.

Johansson, P., Karimi, A. & Nilsson, P.J. 2014. *Könsskillnader i hur omgivningen påverkar sjukfrånvaron*. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2014:7

Karasek, R. & Theorell T. 1990. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Ohlsson, S. 2006. *Attityder och regionala skillnader i sjukförsäkringen*, i Palmer, E. (red). *Sjukförsäkring. Kultur och Attityder*. Försäkringskassan analyserar 2006:16

Palmer, E. 2006. *Sjukförsäkring. Kultur och Attityder*. Försäkringskassan analyserar 2006:16

Riksförsäkringsverket (2004). *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension En studie av utbetalade belopp i rikets kommuner 1993–2000*. RFV analyserar 2004:12

SBU (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Socialförsäkringsutredningen 2006. *Sjuk eller ledsen*. Samtal om socialförsäkringen nr 7

Socialstyrelsen (2011). *Strokevård. Delrapport: Landstingens insatser*. Nationell utvärdering 2011

Socialstyrelsen & SKL (2014). *Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård. Jämförelser mellan landsting*.

Socialstyrelsen (2015). *Öppna jämförelser. Jämlig vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård*

Sveriges läkarförbund (2015). *Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamheter*.

Sveus (2015). *Värdebaserad uppföljning av strokevård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem*.

Åkerlind, Larsson & Ljungblad (2013). *Ledarskap, socialt klimat, hälsofrämjande åtgärder och sjukfrånvaro – en jämförande studie inom vård och omsorg i 60 kommuner*. Socialmedicinsk tidskrift, 6/2013, sid 799–809

Bilaga 1: Tabeller

Tabell 4 **Inflödets sammansättning 2006, 2009, 2012 och 2015, samtliga**
Inflödet summerat över 12 månader t.o.m. oktober respektive år

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Åldersgrupp								
0–19 år	3 174	0,5	2 427	0,5	2 592	0,5	2 331	0,4
20–29 år	79 800	13,4	63 175	13,4	69 139	13,7	87 679	14,8
30–39 år	144 873	24,4	107 847	22,9	109 221	21,7	126 503	21,3
40–49 år	147 153	24,8	119 181	25,3	127 996	25,4	144 970	24,4
50–59 år	155 039	26,1	121 050	25,7	133 496	26,5	162 026	27,3
60– år	63 639	10,7	57 448	12,2	61 675	12,2	70 385	11,9
Civilstånd								
Efterlevande	8 261	1,4	6 150	1,3	6 286	1,2	6 520	1,1
Gift/Partner	267 883	45,1	212 745	45,2	221 721	44,0	252 455	42,5
Ogift	225 700	38,0	179 839	38,2	197 316	39,1	241 712	40,7
Skild	90 481	15,2	70 691	15,0	76 941	15,3	90 274	15,2
Saknas	1 353	0,2	1 703	0,4	1 855	0,4	2 933	0,5
Barn 0–17 år	268 724	45,3	208 365	44,2	210 994	41,9	245 921	41,4
Utrikes född	87 152	14,7	71 434	15,2	80 184	15,9	100 319	16,9
Födelseregion								
Afrika söder om Sahara	3 572	0,6	3 203	0,7	3 791	0,8	5 709	1,0
Asien utan Mellanöstern	6 693	1,1	6 111	1,3	7 319	1,5	10 000	1,7
EU 25 utom Norden	12 336	2,1	–	0,0	–	0,0	–	0,0
EU 27 utom Norden	–	0,0	11 761	2,5	13 134	2,6	–	0,0
EU 28 utom Norden	–	0,0	–	0,0	–	0,0	17 681	3,0
MENA + Turkiet	19 086	3,2	17 056	3,6	19 958	4,0	26 521	4,5
Nordamerika	1 530	0,3	1 286	0,3	1 510	0,3	1 980	0,3
Norden utom Sverige	22 791	3,8	15 750	3,3	15 374	3,0	15 535	2,6
Oceanien	*	0,0	*	0,0	142	0,0	220	0,0
Sverige	506 526	85,3	399 694	84,8	423 935	84,1	493 575	83,1
Sydamerika	5 238	0,9	4 684	1,0	5 190	1,0	6 376	1,1
Övriga	*	0,0	*	0,0	10	0,0	10	0,0
Övriga Europa	15 726	2,6	11 440	2,4	13 756	2,7	16 287	2,7

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Län								
Blekinge län	10 473	1,8	7 688	1,6	8 216	1,6	9 005	1,5
Dalarnas län	19 752	3,3	14 454	3,1	16 395	3,3	18 424	3,1
Gotlands län	4 323	0,7	3 254	0,7	3 106	0,6	3 435	0,6
Gävleborgs län	19 984	3,4	15 118	3,2	15 226	3,0	17 572	3,0
Hallands län	19 083	3,2	15 016	3,2	16 269	3,2	18 773	3,2
Jämtlands län	8 731	1,5	6 530	1,4	7 384	1,5	8 225	1,4
Jönköpings län	18 938	3,2	16 413	3,5	18 650	3,7	21 859	3,7
Kalmar län	15 603	2,6	11 425	2,4	11 905	2,4	13 477	2,3
Kronobergs län	11 463	1,9	9 172	1,9	9 485	1,9	10 829	1,8
Norrbottnens län	16 106	2,7	11 957	2,5	12 884	2,6	14 910	2,5
Skåne län	71 655	12,1	57 248	12,2	62 075	12,3	71 022	12,0
Stockholms län	119 112	20,1	102 986	21,9	106 278	21,1	128 767	21,7
Södermanlands län	17 838	3,0	13 646	2,9	14 905	3,0	17 970	3,0
Uppsala län	20 339	3,4	16 808	3,6	18 138	3,6	21 379	3,6
Värmlands län	19 085	3,2	12 775	2,7	14 404	2,9	16 284	2,7
Västerbottens län	15 187	2,6	13 089	2,8	14 551	2,9	18 183	3,1
Västernorrlands län	16 704	2,8	11 979	2,5	12 889	2,6	14 969	2,5
Västmanlands län	18 875	3,2	14 291	3,0	14 453	2,9	16 876	2,8
Västra Götalands län	105 079	17,7	80 864	17,2	87 777	17,4	106 497	17,9
Örebro län	19 505	3,3	15 137	3,2	15 732	3,1	17 964	3,0
Östergötlands län	23 779	4,0	19 238	4,1	21 363	4,2	24 418	4,1
Saknas/Felaktigt	2 064	0,3	2 040	0,4	2 034	0,4	3 056	0,5
Huvuddiagnos								
F00–F99 Psykiatriska diagnoser	102 309	17,2	75 434	16,0	103 259	20,5	149 422	25,2
M00–M99 Sjukdomar i rörelseorganen	136 768	23,0	101 551	21,6	119 345	23,7	135 745	22,9
C00–D48 Tumörer	17 062	2,9	17 890	3,8	20 000	4,0	20 507	3,5
S00–T98 Skador	57 278	9,6	52 308	11,1	57 412	11,4	60 857	10,2
I00–I99 Cirkulationsorgan	21 558	3,6	16 774	3,6	17 077	3,4	15 574	2,6
G00–G99 Nervsystemet	15 748	2,7	14 858	3,2	17 657	3,5	19 236	3,2
R00–R99 Symtom etc.	20 788	3,5	13 662	2,9	15 991	3,2	20 128	3,4
K00–K93								
Matsmältningsorgan	19 995	3,4	16 448	3,5	16 849	3,3	17 572	3,0
E00–E90 Endokrina etc.	6 303	1,1	6 822	1,4	8 821	1,7	8 261	1,4
J00–J99 Andningsorgan	28 923	4,9	24 422	5,2	28 388	5,6	27 737	4,7
O00–O99 Graviditet	26 011	4,4	22 185	4,7	22 134	4,4	25 860	4,4
Övrigt	42 435	7,1	34 481	7,3	35 762	7,1	39 819	6,7
Saknas	98 500	16,6	74 293	15,8	41 424	8,2	53 176	9,0

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
SGI								
< 5 PBB ¹	253 631	42,7	192 473	40,9	179 940	35,7	175 859	29,6
5 PBB – 7,5 PBB ¹	268 659	45,3	215 309	45,7	235 297	46,7	265 607	44,7
7,5 PBB – 10 PBB ¹	55 274	9,3	48 700	10,3	68 611	13,6	116 425	19,6
> 10 PBB ¹	14 420	2,4	13 605	2,9	19 275	3,8	34 402	5,8
Saknas	1 694	0,3	1 041	0,2	996	0,2	1 601	0,3
Karensdagstyp								
Anställd med sjuklön	431 710	72,7	352 924	74,9	409 061	81,1	484 670	81,6
Anställd utan sjuklön	10 813	1,8	10 723	2,3	12 073	2,4	18 555	3,1
Arbetslösa	75 141	12,7	40 084	8,5	41 972	8,3	44 145	7,4
Övriga	76 014	12,8	67 397	14,3	41 013	8,1	46 524	7,8
Återvändare	–	0,0	–	0,0	8 908	1,8	12 100	2,0
Antal historiska sjukfall senaste 24 mån								
0	297 135	50,0	242 023	51,4	277 787	55,1	304 439	51,3
1–2	224 981	37,9	168 045	35,7	170 287	33,8	208 732	35,1
3–5	48 227	8,1	38 376	8,1	31 477	6,2	39 497	6,7
>5	23 335	3,9	22 684	4,8	24 568	4,9	41 226	6,9
Antal historiska sjuk-dagar senaste 24 mån								
0	297 135	50,0	242 023	51,4	277 787	55,1	304 439	51,3
1–30	80 066	13,5	68 515	14,5	63 334	12,6	71 929	12,1
31–90	94 363	15,9	73 869	15,7	74 495	14,8	89 727	15,1
91–180	52 122	8,8	38 471	8,2	40 612	8,1	52 228	8,8
>180	69 992	11,8	48 250	10,2	47 891	9,5	75 571	12,7
Antal historiska sjukfall längre än 180 dagar senaste 24 mån								
0	524 600	88,4	424 681	90,1	463 612	92,0	529 664	89,2
1	66 519	11,2	44 755	9,5	38 723	7,7	61 250	10,3
> 1	2 559	0,4	1 692	0,4	1 784	0,4	2 980	0,5

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Yrkesgrupp²								
0 Militärt arbete	389	0,1	332	0,1	478	0,1	541	0,1
1 Ledningsarbete	13 572	2,3	12 873	2,7	14 322	2,8	16 938	2,9
2 Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	69 450	11,7	57 253	12,2	62 970	12,5	74 172	12,5
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper	82 176	13,8	72 273	15,3	83 702	16,6	98 598	16,6
4 Kontors- och kundservicearbete	51 111	8,6	39 306	8,3	41 948	8,3	47 952	8,1
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	145 752	24,6	121 934	25,9	137 017	27,2	163 636	27,6
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	5 756	1,0	7 158	1,5	5 787	1,1	6 775	1,1
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	47 039	7,9	42 019	8,9	46 166	9,2	48 603	8,2
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	59 284	10,0	46 844	9,9	48 758	9,7	52 540	8,8
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	46 768	7,9	37 058	7,9	40 460	8,0	45 835	7,7
Saknas	72 381	12,2	34 078	7,2	22 511	4,5	38 304	6,4
Totalsumma	593 678	100,0	471 128	100,0	504 119	100,0	593 894	100,0

¹ PBB = Prisbasbelopp.

² Enligt SSYK-96.

* Innebär att det är för få individer för att visas.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Tabell 5 Inflödets sammansättning 2006, 2009, 2012 och 2015, kvinnor
Inflödet summerat över 12 månader t.o.m. oktober respektive år

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Åldersgrupp								
0–19 år	1 673	0,5	1 181	0,4	1 260	0,4	1 243	0,3
20–29 år	52 696	14,4	41 630	14,4	45 376	14,1	58 938	15,3
30–39 år	97 894	26,8	73 534	25,5	76 886	23,8	87 874	22,9
40–49 år	87 575	24,0	71 807	24,9	82 836	25,7	95 232	24,8
50–59 år	89 899	24,7	69 757	24,2	81 507	25,3	100 261	26,1
60– år	34 946	9,6	30 863	10,7	34 592	10,7	40 516	10,5
Civilstånd								
Efterlevande	6 529	1,8	4 801	1,7	5 074	1,6	5 346	1,4
Gift/Partner	168 367	46,2	132 998	46,1	145 370	45,1	166 237	43,3
Ogift	130 612	35,8	104 775	36,3	119 121	36,9	149 347	38,9
Skild	58 516	16,0	45 446	15,7	51 971	16,1	61 652	16,1
Saknas	659	0,2	752	0,3	921	0,3	1 482	0,4
Barn 0–17 år	172 822	47,4	134 407	46,5	142 584	44,2	166 080	43,2
Utrikes född	51 704	14,2	42 661	14,8	50 036	15,5	62 169	16,2
Födelseregion								
Afrika söder om Sahara	2 058	0,6	1 903	0,7	2 294	0,7	3 504	0,9
Asien utan Mellanöstern	4 920	1,3	4 609	1,6	5 426	1,7	7 385	1,9
EU 25 utom Norden	7 451	2,0	–	0,0	–	0,0	–	0,0
EU 27 utom Norden	–	0,0	7 122	2,5	8 301	2,6	–	0,0
EU 28 utom Norden	–	0,0	–	0,0	–	0,0	11 021	2,9
MENA + Turkiet	9 576	2,6	8 453	2,9	10 998	3,4	14 450	3,8
Nordamerika	900	0,2	759	0,3	910	0,3	1 225	0,3
Norden utom Sverige	14 814	4,1	10 315	3,6	10 442	3,2	10 405	2,7
Oceanien	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Sverige	312 979	85,8	246 111	85,2	272 421	84,5	321 895	83,8
Sydamerika	3 172	0,9	2 979	1,0	3 307	1,0	4 120	1,1
Övriga	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Övriga Europa	8 726	2,4	6 454	2,2	8 284	2,6	9 964	2,6

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Län								
Blekinge län	6 245	1,7	4 742	1,6	5 262	1,6	5 948	1,5
Dalarnas län	11 974	3,3	8 982	3,1	10 561	3,3	11 709	3,0
Gotlands län	2 607	0,7	1 919	0,7	1 996	0,6	2 269	0,6
Gävleborgs län	12 046	3,3	8 681	3,0	9 254	2,9	11 211	2,9
Hallands län	11 728	3,2	8 999	3,1	10 096	3,1	11 698	3,0
Jämtlands län	5 376	1,5	4 020	1,4	4 629	1,4	5 230	1,4
Jönköpings län	11 240	3,1	9 613	3,3	11 568	3,6	13 454	3,5
Kalmar län	9 280	2,5	6 830	2,4	7 415	2,3	8 388	2,2
Kronobergs län	6 905	1,9	5 488	1,9	5 918	1,8	6 771	1,8
Norrbottnens län	10 234	2,8	7 636	2,6	8 315	2,6	9 658	2,5
Skåne län	43 253	11,9	34 216	11,8	38 970	12,1	45 820	11,9
Stockholms län	76 710	21,0	65 389	22,6	70 632	21,9	85 429	22,2
Södermanlands län	10 924	3,0	8 315	2,9	9 436	2,9	11 374	3,0
Uppsala län	12 562	3,4	10 297	3,6	11 617	3,6	13 820	3,6
Värmlands län	11 748	3,2	7 970	2,8	9 343	2,9	10 751	2,8
Västerbottens län	9 167	2,5	8 115	2,8	9 500	2,9	11 873	3,1
Västernorrlands län	10 229	2,8	7 259	2,5	8 082	2,5	9 616	2,5
Västmanlands län	11 466	3,1	8 774	3,0	9 115	2,8	10 410	2,7
Västra Götalands län	63 381	17,4	49 363	17,1	56 126	17,4	69 604	18,1
Örebro län	12 034	3,3	9 438	3,3	10 130	3,1	11 583	3,0
Östergötlands län	14 552	4,0	11 797	4,1	13 457	4,2	15 892	4,1
Saknas/Felaktigt	1 022	0,3	929	0,3	1 035	0,3	1 556	0,4
Huvuddiagnos								
F00–F99 Psykisk	69 673	19,1	51 924	18,0	73 124	22,7	106 502	27,7
M00–M99 Rörelse	79 831	21,9	58 693	20,3	70 773	21,9	81 599	21,2
C00–D48 Tumörer	10 983	3,0	11 624	4,0	12 994	4,0	13 518	3,5
S00–T98 Skador	24 713	6,8	23 199	8,0	26 025	8,1	28 489	7,4
I00–I99 Cirkulationsorgan	9 411	2,6	6 683	2,3	6 806	2,1	6 262	1,6
G00–G99 Nervsystemet	10 606	2,9	9 889	3,4	12 108	3,8	13 085	3,4
R00–R99 Symtom etc.	14 139	3,9	9 264	3,2	10 977	3,4	13 858	3,6
K00–K93								
Matsmältningsorgan	9 724	2,7	7 991	2,8	8 532	2,6	9 061	2,4
E00–E90 Endokrina etc.	4 231	1,2	4 972	1,7	6 534	2,0	6 281	1,6
J00–J99 Andningsorgan	18 711	5,1	16 077	5,6	19 209	6,0	18 858	4,9
O00–O99 Graviditet	25 929	7,1	22 157	7,7	22 103	6,9	25 808	6,7
Övrigt	27 734	7,6	22 723	7,9	23 562	7,3	26 598	6,9
Saknas	58 998	16,2	43 576	15,1	29 710	9,2	34 145	8,9

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
SGI								
< 5 PBB ¹	176 922	48,5	131 101	45,4	124 653	38,7	120 645	31,4
5 PBB – 7,5 PBB ¹	156 037	42,8	128 272	44,4	153 556	47,6	180 753	47,1
7,5 PBB – 10 PBB ¹	24 888	6,8	23 051	8,0	34 667	10,8	64 166	16,7
> 10 PBB ¹	6 057	1,7	5 935	2,1	9 187	2,8	17 769	4,6
Saknas	779	0,2	413	0,1	394	0,1	731	0,2
Karensdagstyp								
Anställd med sjuklön	265 437	72,8	219 273	75,9	259 123	80,4	314 065	81,8
Anställd utan sjuklön	7 654	2,1	7 456	2,6	8 625	2,7	13 025	3,4
Arbetslösa	47 744	13,1	24 944	8,6	26 962	8,4	27 524	7,2
Övriga	43 848	12,0	37 099	12,8	27 747	8,6	29 450	7,7
Återvändare	–	0,0	–	0,0	6 199	1,9	8 402	2,2
Antal historiska sjukfall senaste 24 mån								
0	172 483	47,3	140 480	48,6	167 103	51,8	184 974	48,2
1–2	147 490	40,4	110 047	38,1	115 802	35,9	143 078	37,3
3–5	31 018	8,5	24 431	8,5	23 132	7,2	27 969	7,3
>5	13 692	3,8	13 814	4,8	16 420	5,1	28 043	7,3
Antal historiska sjuk-dagar senaste 24 mån								
0	172 483	47,3	140 480	48,6	167 103	51,8	184 974	48,2
1–30	50 100	13,7	43 013	14,9	44 469	13,8	48 973	12,8
31–90	60 154	16,5	47 153	16,3	50 688	15,7	61 043	15,9
91–180	34 455	9,4	25 009	8,7	27 610	8,6	36 118	9,4
>180	47 491	13,0	33 117	11,5	32 587	10,1	52 956	13,8
Antal historiska sjukfall längre än 180 dagar senaste 24 mån								
0	317 435	87,0	256 596	88,9	294 912	91,5	338 502	88,1
1	45 564	12,5	31 023	10,7	26 366	8,2	43 461	11,3
>1	1 684	0,5	1 153	0,4	1 179	0,4	2 101	0,5

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Yrkesgrupp²								
0 Militärt arbete	38	0,0	42	0,0	85	0,0	84	0,0
1 Ledningsarbete	6 252	1,7	6 101	2,1	7 420	2,3	9 145	2,4
2 Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	50 676	13,9	41 253	14,3	46 530	14,4	55 020	14,3
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper	58 720	16,1	51 984	18,0	61 847	19,2	72 890	19,0
4 Kontors- och kundservicearbete	39 046	10,7	29 690	10,3	31 793	9,9	36 099	9,4
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	127 125	34,9	105 444	36,5	119 244	37,0	141 575	36,9
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	1 463	0,4	1 707	0,6	1 804	0,6	2 137	0,6
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	3 370	0,9	3 025	1,0	3 887	1,2	4 317	1,1
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	15 147	4,2	11 169	3,9	12 703	3,9	13 550	3,5
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	30 444	8,3	23 948	8,3	26 143	8,1	29 406	7,7
Saknas	32 402	8,9	14 409	5,0	11 001	3,4	19 841	5,2
Totalsumma	364 683	100,0	288 772	100,0	322 457	100,0	384 064	100,0

¹ PBB = Prisbasbelopp.

² Enligt SSYK-96.

* Innebär att det är för få individer för att visas.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Tabell 6 Inflödets sammansättning 2006, 2009, 2012 och 2015, män
Inflödet summerat över 12 månader t.o.m. oktober respektive år

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Åldersgrupp								
0–19 år	1 501	0,7	1 246	0,7	1 332	0,7	1 088	0,5
20–29 år	27 104	11,8	21 545	11,8	23 763	13,1	28 741	13,7
30–39 år	46 979	20,5	34 313	18,8	32 335	17,8	38 629	18,4
40–49 år	59 578	26,0	47 374	26,0	45 160	24,9	49 738	23,7
50–59 år	65 140	28,4	51 293	28,1	51 989	28,6	61 765	29,4
60– år	28 693	12,5	26 585	14,6	27 083	14,9	29 869	14,2
Civilstånd								
Efterlevande	1 732	0,8	1 349	0,7	1 212	0,7	1 174	0,6
Gift/Partner	99 516	43,5	79 747	43,7	76 351	42,0	86 218	41,1
Ogift	95 088	41,5	75 064	41,2	78 195	43,0	92 365	44,0
Skild	31 965	14,0	25 245	13,8	24 970	13,7	28 622	13,6
Saknas	694	0,3	951	0,5	934	0,5	1 451	0,7
Barn 0–17 år	95 902	41,9	73 958	40,6	68 410	37,7	79 841	38,1
Utrikes född	35 448	15,5	28 773	15,8	30 148	16,6	38 150	18,2
Födelseregion								
Afrika söder om Sahara	1 514	0,7	1 300	0,7	1 497	0,8	2 205	1,1
Asien utan Mellanöstern	1 773	0,8	1 502	0,8	1 893	1,0	2 615	1,2
EU 25 utom Norden	4 885	2,1	–	0,0	–	0,0	–	0,0
EU 27 utom Norden	–	0,0	4 639	2,5	4 833	2,7	–	0,0
EU 28 utom Norden	–	0,0	–	0,0	–	0,0	6 660	3,2
MENA + Turkiet	9 510	4,2	8 603	4,7	8 960	4,9	12 071	5,8
Nordamerika	630	0,3	527	0,3	600	0,3	755	0,4
Norden utom Sverige	7 977	3,5	5 435	3,0	4 932	2,7	5 130	2,4
Oceanien	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Sverige	193 547	84,5	153 583	84,2	151 514	83,4	171 680	81,8
Sydamerika	2 066	0,9	1 705	0,9	1 883	1,0	2 256	1,1
Övriga	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Övriga Europa	7 000	3,1	4 986	2,7	5 472	3,0	6 323	3,0

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Län								
Blekinge län	4 228	1,8	2 946	1,6	2 954	1,6	3 057	1,5
Dalarnas län	7 778	3,4	5 472	3,0	5 834	3,2	6 715	3,2
Gotlands län	1 716	0,7	1 335	0,7	1 110	0,6	1 166	0,6
Gävleborgs län	7 938	3,5	6 437	3,5	5 972	3,3	6 361	3,0
Hallands län	7 355	3,2	6 017	3,3	6 173	3,4	7 075	3,4
Jämtlands län	3 355	1,5	2 510	1,4	2 755	1,5	2 995	1,4
Jönköpings län	7 698	3,4	6 800	3,7	7 082	3,9	8 405	4,0
Kalmar län	6 323	2,8	4 595	2,5	4 490	2,5	5 089	2,4
Kronobergs län	4 558	2,0	3 684	2,0	3 567	2,0	4 058	1,9
Norrbottnens län	5 872	2,6	4 321	2,4	4 569	2,5	5 252	2,5
Skåne län	28 402	12,4	23 032	12,6	23 105	12,7	25 202	12,0
Stockholms län	42 402	18,5	37 597	20,6	35 646	19,6	43 338	20,7
Södermanlands län	6 914	3,0	5 331	2,9	5 469	3,0	6 596	3,1
Uppsala län	7 777	3,4	6 511	3,6	6 521	3,6	7 559	3,6
Värmlands län	7 337	3,2	4 805	2,6	5 061	2,8	5 533	2,6
Västerbottens län	6 020	2,6	4 974	2,7	5 051	2,8	6 310	3,0
Västernorrlands län	6 475	2,8	4 720	2,6	4 807	2,6	5 353	2,6
Västmanlands län	7 409	3,2	5 517	3,0	5 338	2,9	6 466	3,1
Västra Götalands län	41 698	18,2	31 501	17,3	31 651	17,4	36 893	17,6
Örebro län	7 471	3,3	5 699	3,1	5 602	3,1	6 381	3,0
Östergötlands län	9 227	4,0	7 441	4,1	7 906	4,4	8 526	4,1
Saknas/Felaktigt	1 042	0,5	1 111	0,6	999	0,5	1 500	0,7
Huvuddiagnos								
F00–F99 Psykisk	32 636	14,3	23 510	12,9	30 135	16,6	42 920	20,5
M00–M99 Rörelse	56 937	24,9	42 858	23,5	48 572	26,7	54 146	25,8
C00–D48 Tumörer	6 079	2,7	6 266	3,4	7 006	3,9	6 989	3,3
S00–T98 Skador	32 565	14,2	29 109	16,0	31 387	17,3	32 368	15,4
I00–I99 Cirkulationsorgan	12 147	5,3	10 091	5,5	10 271	5,7	9 312	4,4
G00–G99 Nervsystemet	5 142	2,2	4 969	2,7	5 549	3,1	6 151	2,9
R00–R99 Symtom etc.	6 649	2,9	4 398	2,4	5 014	2,8	6 270	3,0
K00–K93								
Matsmältningsorgan	10 271	4,5	8 457	4,6	8 317	4,6	8 511	4,1
E00–E90 Endokrina etc.	2 072	0,9	1 850	1,0	2 287	1,3	1 980	0,9
J00–J99 Andningsorgan	10 212	4,5	8 345	4,6	9 179	5,1	8 879	4,2
O00–O99 Graviditet	82	0,0	28	0,0	31	0,0	52	0,0
Övrigt	14 701	6,4	11 758	6,4	12 200	6,7	13 221	6,3
Saknas	39 502	17,3	30 717	16,8	11 714	6,4	19 031	9,1

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Sgi								
< 5 PBB ¹	76 709	33,5	61 372	33,7	55 287	30,4	55 214	26,3
5 PBB – 7,5 PBB ¹	112 622	49,2	87 037	47,7	81 741	45,0	84 854	40,4
7,5 PBB – 10 PBB ¹	30 386	13,3	25 649	14,1	33 944	18,7	52 259	24,9
> 10 PBB ¹	8 363	3,7	7 670	4,2	10 088	5,6	16 633	7,9
Saknas	915	0,4	628	0,3	602	0,3	870	0,4
Karensdagstyp								
Anställd med sjuklön	166 273	72,6	133 651	73,3	149 938	82,5	170 605	81,3
Anställd utan sjuklön	3 159	1,4	3 267	1,8	3 448	1,9	5 530	2,6
Arbetslösa	27 397	12,0	15 140	8,3	15 010	8,3	16 621	7,9
Övriga	32 166	14,0	30 298	16,6	13 266	7,3	17 074	8,1
Återvändare	–	0,0	–	0,0	2 709	1,5	3 698	1,8
Antal historiska sjukfall senaste 24 mån								
0	124 652	54,4	101 543	55,7	110 684	60,9	119 465	56,9
1–2	77 491	33,8	57 998	31,8	54 485	30,0	65 654	31,3
3–5	17 209	7,5	13 945	7,6	8 345	4,6	11 528	5,5
>5	9 643	4,2	8 870	4,9	8 148	4,5	13 183	6,3
Antal historiska sjuk-dagar senaste 24 mån								
0	124 652	54,4	101 543	55,7	110 684	60,9	119 465	56,9
1–30	29 966	13,1	25 502	14,0	18 865	10,4	22 956	10,9
31–90	34 209	14,9	26 716	14,7	23 807	13,1	28 684	13,7
91–180	17 667	7,7	13 462	7,4	13 002	7,2	16 110	7,7
>180	22 501	9,8	15 133	8,3	15 304	8,4	22 615	10,8
Antal historiska sjukfall längre än 180 dagar senaste 24 mån								
0	207 165	90,5	168 085	92,2	168 700	92,9	191 162	91,1
1	20 955	9,2	13 732	7,5	12 357	6,8	17 789	8,5
>1	875	0,4	539	0,3	605	0,3	879	0,4

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Yrkesgrupp²								
0 Militärt arbete	351	0,2	290	0,2	393	0,2	457	0,2
1 Ledningsarbete	7 320	3,2	6 772	3,7	6 902	3,8	7 793	3,7
2 Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	18 774	8,2	16 000	8,8	16 440	9,0	19 152	9,1
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper	23 456	10,2	20 289	11,1	21 855	12,0	25 708	12,3
4 Kontors- och kundservicearbete	12 065	5,3	9 616	5,3	10 155	5,6	11 853	5,6
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	18 627	8,1	16 490	9,0	17 773	9,8	22 061	10,5
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	4 293	1,9	5 451	3,0	3 983	2,2	4 638	2,2
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	43 669	19,1	38 994	21,4	42 279	23,3	44 286	21,1
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	44 137	19,3	35 675	19,6	36 055	19,8	38 990	18,6
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	16 324	7,1	13 110	7,2	14 317	7,9	16 429	7,8
Saknas	39 979	17,5	19 669	10,8	11 510	6,3	18 463	8,8
Totalsumma	228 995	100,0	182 356	100,0	181 662	100,0	209 830	100,0

¹ PBB = Prisbasbelopp.

² Enligt SSYK-96.

* Innebär att det är för få individer för att visas.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Tabell 7 Sammansättning av pågående sjukfall i oktober 2006, 2009, 2012 och 2015, samtliga

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Åldersgrupp								
0–19 år	588	0,3	466	0,4	429	0,3	454	0,2
20–29 år	19 045	9,3	12 778	10,8	13 269	9,4	20 714	10,8
30–39 år	44 934	21,9	25 761	21,7	28 585	20,3	40 484	21,1
40–49 år	54 629	26,7	31 593	26,6	40 059	28,4	52 844	27,5
50–59 år	62 868	30,7	33 790	28,5	41 436	29,4	55 878	29,1
60– år	22 679	11,1	14 352	12,1	17 364	12,3	21 578	11,2
Civilstånd								
Efterlevande	4 036	2,0	2 078	1,8	2 190	1,6	2 683	1,4
Gift/Partner	97 026	47,4	52 826	44,5	60 942	43,2	79 700	41,5
Ogift	66 429	32,4	42 139	35,5	51 697	36,6	74 543	38,8
Skild	37 031	18,1	21 457	18,1	25 804	18,3	34 094	17,8
Saknas	221	0,1	240	0,2	509	0,4	932	0,5
Barn 0–17 år	82 746	40,4	46 944	39,5	53 885	38,2	75 606	39,4
Utrikes född	32 930	16,1	20 793	17,5	25 436	18,0	33 747	17,6
Födelseregion								
Afrika söder om Sahara	1 082	0,5	729	0,6	973	0,7	1 483	0,8
Asien utan Mellanöstern	2 069	1,0	1 572	1,3	2 107	1,5	3 053	1,6
EU 25 utom Norden	4 675	2,3	–	0,0	–	0,0	–	0,0
EU 27 utom Norden	–	0,0	3 233	2,7	3 964	2,8	–	0,0
EU 28 utom Norden	–	0,0	–	0,0	–	0,0	5 672	3,0
MENA + Turkiet	7 562	3,7	5 292	4,5	6 903	4,9	9 383	4,9
Nordamerika	4 33	0,2	341	0,3	429	0,3	624	0,3
Norden utom Sverige	8 307	4,1	4 216	3,6	4 643	3,3	5 291	2,8
Oceanien	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Sverige	171 813	83,9	97 947	82,5	115 706	82,0	158 205	82,4
Sydamerika	1 688	0,8	1 200	1,0	1 334	0,9	1 904	1,0
Övriga	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Övriga Europa	7 067	3,5	4 176	3,5	5 043	3,6	6 264	3,3

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Län								
Blekinge län	3 548	1,7	1 951	1,6	2 097	1,5	2 684	1,4
Dalarnas län	7 002	3,4	3 556	3,0	4 177	3,0	5 722	3,0
Gotlands län	1 061	0,5	664	0,6	780	0,6	1 043	0,5
Gävleborgs län	5 805	2,8	3 257	2,7	4 232	3,0	5 658	2,9
Hallands län	6 174	3,0	3 589	3,0	4 279	3,0	5 492	2,9
Jämtlands län	4 193	2,0	2 123	1,8	2 442	1,7	3 090	1,6
Jönköpings län	6 216	3,0	4 361	3,7	5 158	3,7	6 712	3,5
Kalmar län	5 592	2,7	3 009	2,5	3 621	2,6	4 609	2,4
Kronobergs län	3 894	1,9	2 568	2,2	2 911	2,1	3 713	1,9
Norrbottnens län	6 425	3,1	3 073	2,6	3 601	2,6	4 717	2,5
Skåne län	27 274	13,3	14 901	12,5	16 140	11,4	22 247	11,6
Stockholms län	37 298	18,2	25 817	21,7	29 861	21,2	39 651	20,7
Södermanlands län	6 246	3,1	3 336	2,8	3 969	2,8	5 743	3,0
Uppsala län	7 418	3,6	4 838	4,1	5 286	3,7	6 871	3,6
Värmlands län	6 640	3,2	2 965	2,5	3 728	2,6	5 241	2,7
Västerbottens län	6 817	3,3	3 619	3,0	4 226	3,0	6 128	3,2
Västernorrlands län	7 019	3,4	3 781	3,2	3 888	2,8	5 829	3,0
Västmanlands län	6 101	3,0	3 280	2,8	3 871	2,7	5 458	2,8
Västra Götalands län	33 559	16,4	18 616	15,7	25 896	18,3	36 719	19,1
Örebro län	6 430	3,1	4 060	3,4	4 696	3,3	6 545	3,4
Östergötlands län	9 687	4,7	5 097	4,3	5 726	4,1	7 112	3,7
Saknas/Felaktigt	344	0,2	279	0,2	557	0,4	968	0,5
Huvuddiagnos								
F00–F99 Psykisk	62 050	30,3	36 826	31,0	51 195	36,3	83 105	43,3
M00–M99 Rörelse	61 242	29,9	30 968	26,1	35 480	25,1	42 820	22,3
C00–D48 Tumörer	9 125	4,5	8 346	7,0	9 267	6,6	9 632	5,0
S00–T98 Skador	13 966	6,8	9 844	8,3	10 773	7,6	12 274	6,4
I00–I99 Cirkulationsorgan	10 066	4,9	6 364	5,4	6 451	4,6	7 024	3,7
G00–G99 Nervsystemet	5 974	2,9	4 264	3,6	5 321	3,8	6 575	3,4
R00–R99 Symtom etc.	7 949	3,9	3 877	3,3	4 525	3,2	6 716	3,5
K00–K93								
Matsmältningsorgan	3 830	1,9	2 464	2,1	2 619	1,9	3 211	1,7
E00–E90 Endokrina etc.	2 322	1,1	1 531	1,3	1 685	1,2	1 847	1,0
J00–J99 Andningsorgan	3 185	1,6	1 922	1,6	2 020	1,4	2 502	1,3
O00–O99 Graviditet	3 870	1,9	3 125	2,6	3 405	2,4	4 341	2,3
Övrigt	11 825	5,8	6 579	5,5	6 754	4,8	8 715	4,5
Saknas	9 339	4,6	2 630	2,2	1 647	1,2	3 190	1,7

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
SGI								
< 5 PBB ¹	62 865	30,7	37 431	31,5	39 205	27,8	41 255	21,5
5 PBB – 7,5 PBB ¹	106 765	52,2	60 030	50,6	71 407	50,6	91 604	47,7
7,5 PBB – 10 PBB ¹	27 092	13,2	16 237	13,7	23 298	16,5	44 592	23,2
> 10 PBB ¹	7 898	3,9	4 974	4,2	7 152	5,1	14 374	7,5
Saknas	123	0,1	68	0,1	80	0,1	127	0,1
Karensdagstyp								
Anställd med sjuklön	159 074	77,7	92 001	77,5	103 995	73,7	142 139	74,0
Anställd utan sjuklön	1 925	0,9	1 482	1,2	2 545	1,8	9 889	5,2
Arbetslösa	30 299	14,8	16 346	13,8	26 451	18,7	31 267	16,3
Övriga	13 445	6,6	8 911	7,5	8 151	5,8	8 657	4,5
Återvändare	–	0,0	–	0,0	17 490	12,4	18 682	9,7
Antal historiska sjukfall senaste 24 mån								
0	95 612	46,7	57 741	48,6	73 603	52,1	90 437	47,1
1–2	91 115	44,5	49 702	41,9	58 462	41,4	89 456	46,6
3–5	14 908	7,3	8 876	7,5	7 746	5,5	10 187	5,3
>5	3 108	1,5	2 421	2,0	1 331	0,9	1 872	1,0
Antal historiska sjuk-dagar senaste 24 mån								
0	95 612	46,7	57 741	48,6	73 603	52,1	90 437	47,1
1–30	19 015	9,3	11 318	9,5	12 074	8,6	15 886	8,3
31–90	30 694	15,0	16 879	14,2	18 057	12,8	24 632	12,8
91–180	20 943	10,2	11 199	9,4	12 006	8,5	16 869	8,8
>180	38 479	18,8	21 603	18,2	25 402	18,0	44 128	23,0
Antal historiska sjukfall längre än 180 dagar senaste 24 mån								
0	167 851	82,0	98 564	83,0	116 470	82,5	149 206	77,7
1	32 728	16,0	16 463	13,9	22 873	16,2	40 483	21,1
>1	4 164	2,0	3 713	3,1	1 799	1,3	2 263	1,2

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Yrkesgrupper²								
0 Militärt arbete	103	0,1	64	0,1	99	0,1	140	0,1
1 Ledningsarbete	5 722	2,8	37 16	3,1	4 346	3,1	5 860	3,1
3 Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	25 221	12,3	14 297	12,0	17 076	12,1	23 824	12,4
4 Kontors- och kundservicearbete	16 756	8,2	9 743	8,2	11 422	8,1	15 194	7,9
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	49 226	24,0	30 321	25,5	37 423	26,5	53 838	28,0
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	1 688	0,8	1 589	1,3	1 717	1,2	2 077	1,1
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	13 526	6,6	9 682	8,2	11 375	8,1	14 165	7,4
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	17 255	8,4	11 088	9,3	12 454	8,8	15 938	8,3
9 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper	28 106	13,7	17 144	14,4	21 460	15,2	31 026	16,2
Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	15 888	7,8	10 149	8,5	12 232	8,7	16 113	8,4
Saknas	31 252	15,3	10 947	9,2	11 538	8,2	13 777	7,2
Totalsumma	204 743	100,0	118 740	100,0	141 142	100,0	191 952	100,0

¹ PBB = Prisbasbelopp.

² Enligt SSYK-96.

* Innebär att det är för få individer för att visas.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Tabell 8 Sammansättning av pågående sjukfall i oktober 2006, 2009, 2012 och 2015, kvinnor

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Åldersgrupp								
0–19 år	336	0,3	248	0,3	221	0,2	259	0,2
20–29 år	12 410	9,6	8 090	11,1	8 585	9,5	13 701	10,8
30–39 år	31 268	24,2	17 855	24,5	20 133	22,2	28 694	22,6
40–49 år	35 189	27,2	19 751	27,1	26 951	29,7	36 860	29,1
50–59 år	37 552	29,0	19 420	26,6	25 281	27,9	35 011	27,6
60– år	12 649	9,8	7 512	10,3	9 500	10,5	12 210	9,6
Civilstånd								
Efterlevande	3 241	2,5	1 627	2,2	1 752	1,9	2 167	1,7
Gift/Partner	62 135	48,0	32 960	45,2	39 993	44,1	53 920	42,5
Ogift	39 027	30,2	24 281	33,3	31 195	34,4	46 558	36,7
Skild	24 887	19,2	13 917	19,1	17 525	19,3	23 642	18,7
Saknas	114	0,1	91	0,1	206	0,2	448	0,4
Barn 0–17 år	54 242	41,9	30 308	41,6	36 359	40,1	52 591	41,5
Utrikes född	19 563	15,1	12 261	16,8	15 548	17,1	21 036	16,6
Födelseregion								
Afrika söder om Sahara	624	0,5	414	0,6	599	0,7	889	0,7
Asien utan Mellanöstern	1 509	1,2	1 142	1,6	1 547	1,7	2 282	1,8
EU 25 utom Norden	2 887	2,2	–	0,0	–	0,0	–	0,0
EU 27 utom Norden	–	0,0	2 026	2,8	2 490	2,7	–	0,0
EU 28 utom Norden	–	0,0	–	0,0	–	0,0	3 560	2,8
MENA + Turkiet	3 743	2,9	2 639	3,6	3 697	4,1	5 120	4,0
Nordamerika	260	0,2	218	0,3	246	0,3	400	0,3
Norden utom Sverige	5 497	4,2	2 685	3,7	3 074	3,4	3 546	2,8
Oceanien	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Sverige	109 841	84,9	60 615	83,2	75 123	82,9	105 699	83,4
Sydamerika	1 100	0,9	789	1,1	872	1,0	1 317	1,0
Övriga	–	0,0	–	0,0	*	0,0	*	0,0
Övriga Europa	3 919	3,0	2 329	3,2	3 000	3,3	3 888	3,1

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Län								
Blekinge län	2 241	1,7	1 184	1,6	1 328	1,5	1 774	1,4
Dalarnas län	4 304	3,3	2 180	3,0	2 749	3,0	3 776	3,0
Gotlands län	642	0,5	406	0,6	483	0,5	714	0,6
Gävleborgs län	3 656	2,8	1 937	2,7	2 677	3,0	3 765	3,0
Hallands län	3 869	3,0	2 148	2,9	2 687	3,0	3 646	2,9
Jämtlands län	2 665	2,1	1 330	1,8	1 593	1,8	2 054	1,6
Jönköpings län	3 692	2,9	2 592	3,6	3 205	3,5	4 324	3,4
Kalmar län	3 462	2,7	1 795	2,5	2 288	2,5	2 904	2,3
Kronobergs län	2 468	1,9	1 603	2,2	1 835	2,0	2 430	1,9
Norrbottnens län	4 158	3,2	1 929	2,6	2 367	2,6	3 152	2,5
Skåne län	17 194	13,3	9 151	12,6	10 331	11,4	14 670	11,6
Stockholms län	24 407	18,9	16 324	22,4	19 510	21,5	26 542	20,9
Södermanlands län	3 963	3,1	2 065	2,8	2 519	2,8	3 778	3,0
Uppsala län	4 570	3,5	2 900	4,0	3 398	3,7	4 529	3,6
Värmlands län	4 159	3,2	1 805	2,5	2 410	2,7	3 510	2,8
Västerbottens län	4 293	3,3	2 208	3,0	2 794	3,1	4 120	3,3
Västernorrlands län	4 579	3,5	2 346	3,2	2 454	2,7	3 881	3,1
Västmanlands län	3 808	2,9	2 002	2,7	2 547	2,8	3 587	2,8
Västra Götalands län	20 871	16,1	11 241	15,4	16 572	18,3	24 180	19,1
Örebro län	4 149	3,2	2 530	3,5	3 064	3,4	4 363	3,4
Östergötlands län	6 073	4,7	3 087	4,2	3 632	4,0	4 577	3,6
Saknas/Felaktigt	181	0,1	113	0,2	228	0,3	459	0,4
Huvuddiagnos								
F00–F99 Psykisk	43 064	33,3	24 902	34,2	36 065	39,8	59 742	47,1
M00–M99 Rörelse	38 358	29,6	18 833	25,8	22 455	24,8	26 895	21,2
C00–D48 Tumörer	5 990	4,6	5 370	7,4	6 034	6,7	6 275	5,0
S00–T98 Skador	6 277	4,9	4 194	5,8	4 843	5,3	5 639	4,4
I00–I99 Cirkulationsorgan	4 058	3,1	2 411	3,3	2 507	2,8	2 821	2,2
G00–G99 Nervsystemet	3 799	2,9	2 636	3,6	3 451	3,8	4 311	3,4
R00–R99 Symtom etc.	5 374	4,2	2 560	3,5	3 035	3,3	4 686	3,7
K00–K93								
Matsmältningsorgan	2 134	1,6	1 321	1,8	1 480	1,6	1 842	1,5
E00–E90 Endokrina etc.	1 423	1,1	969	1,3	1 136	1,3	1 271	1,0
J00–J99 Andningsorgan	1 922	1,5	1 148	1,6	1 271	1,4	1 620	1,3
O00–O99 Graviditet	3 846	3,0	3 119	4,3	3 400	3,7	4 317	3,4
Övrigt	7 557	5,8	3 964	5,4	4 019	4,4	5 502	4,3
Saknas	5 602	4,3	1 449	2,0	975	1,1	1 814	1,4

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Sgi								
< 5 PBB ¹	46 607	36,0	26 570	36,5	28 614	31,6	29 978	23,7
5 PBB – 7,5 PBB ¹	66 599	51,5	36 394	49,9	46 804	51,6	63 233	49,9
7,5 PBB – 10 PBB ¹	12 936	10,0	7 813	10,7	11 889	13,1	25 872	20,4
> 10 PBB ¹	3 208	2,5	2 074	2,8	3 332	3,7	7 595	6,0
Saknas	54	0,0	25	0,0	32	0,0	57	0,0
Karensdagstyp								
Anställd med sjuklön	102 031	78,8	57 203	78,5	67 087	74,0	94 495	74,6
Anställd utan sjuklön	1 351	1,0	1 017	1,4	1 799	2,0	7 200	5,7
Arbetslösa	18 363	14,2	9 821	13,5	17 132	18,9	19 849	15,7
Övriga	7 659	5,9	4 835	6,6	4 653	5,1	5 191	4,1
Återvändare	–	0,0	–	0,0	12 448	13,7	13 135	10,4
Antal historiska sjukfall senaste 24 mån								
0	56 490	43,7	32 835	45,1	45 149	49,8	55 842	44,1
1–2	60 427	46,7	32 264	44,3	39 025	43,0	62 032	48,9
3–5	10 390	8,0	6 130	8,4	5 526	6,1	7 460	5,9
>5	2 097	1,6	1 647	2,3	971	1,1	1 401	1,1
Antal historiska sjuk-dagar senaste 24 mån								
0	56 490	43,7	32 835	45,1	45 149	49,8	55 842	44,1
1–30	12 574	9,7	7 452	10,2	8 446	9,3	11 257	8,9
31–90	20 339	15,7	11 040	15,1	12 213	13,5	17 103	13,5
91–180	13 978	10,8	7 305	10,0	8 044	8,9	11 779	9,3
>180	26 023	20,1	14 244	19,5	16 819	18,5	30 754	24,3
Antal historiska sjukfall längre än 180 dagar senaste 24 mån								
0	104 534	80,8	59 507	81,7	74 311	82,0	96 878	76,4
1	22 013	17,0	10 854	14,9	15 206	16,8	28 391	22,4
>1	2 857	2,2	2 515	3,5	1 154	1,3	1 466	1,2

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Yrkesgrupper²								
0 Militärt arbete	10	0,0	10	0,0	21	0,0	28	0,0
1 Ledningsarbete	2 540	2,0	1 602	2,2	2 128	2,3	3 090	2,4
2 Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	18 153	14,0	10 242	14,1	12 466	13,7	17 859	14,1
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper	20 359	15,7	12 063	16,6	15 676	17,3	23 143	18,3
4 Kontors- och kundservicearbete	13 264	10,3	7 414	10,2	8 847	9,8	11 693	9,2
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	43 164	33,4	25 858	35,5	32 163	35,5	46 351	36,6
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	467	0,4	472	0,6	617	0,7	779	0,6
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	1 118	0,9	769	1,1	1 059	1,2	1 484	1,2
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	4 686	3,6	2 721	3,7	3 279	3,6	4 299	3,4
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	10 551	8,2	6 504	8,9	8 068	8,9	10 554	8,3
Saknas	15 092	11,7	5 221	7,2	6 347	7,0	7 455	5,9
Totalsumma	129 404	100,0	72 876	100,0	90 671	100,0	126 735	100,0

¹ PBB = Prisbasbelopp.

² Enligt SSYK-96.

* Innebär att det är för få individer för att visas.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Tabell 9 Sammansättning av pågående sjukfall i oktober 2006, 2009, 2012 och 2015, män

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Åldersgrupp								
0–19 år	252	0,3	218	0,5	208	0,4	195	0,3
20–29 år	6 635	8,8	4 688	10,2	4 684	9,3	7 013	10,8
30–39 år	13 666	18,1	7 906	17,2	8 452	16,7	11 790	18,1
40–49 år	19 440	25,8	11 842	25,8	13 108	26,0	15 984	24,5
50–59 år	25 316	33,6	14 370	31,3	16 155	32,0	20 867	32,0
60– år	10 030	13,3	6 840	14,9	7 864	15,6	9 368	14,4
Civilstånd								
Efterlevande	795	1,1	451	1,0	438	0,9	516	0,8
Gift/Partner	34 891	46,3	19 866	43,3	20 949	41,5	25 780	39,5
Ogift	27 402	36,4	17 858	38,9	20 502	40,6	27 985	42,9
Skild	12 144	16,1	7 540	16,4	8 279	16,4	10 452	16,0
Saknas	107	0,1	149	0,3	303	0,6	484	0,7
Barn 0–17 år	28 504	37,8	16 636	36,3	17 526	34,7	23 015	35,3
Utrikes född	13 367	17,7	8 532	18,6	9 888	19,6	12 711	19,5
Födelseregion								
Afrika söder om Sahara	458	0,6	315	0,7	374	0,7	594	0,9
Asien utan Mellanöstern	560	0,7	430	0,9	560	1,1	771	1,2
EU 25 utom Norden	1 788	2,4	–	0,0	–	0,0	–	0,0
EU 27 utom Norden	–	0,0	1 207	2,6	1 474	2,9	–	0,0
EU 28 utom Norden	–	0,0	–	0,0	–	0,0	2 112	3,2
MENA + Turkiet	3 819	5,1	2 653	5,8	3 206	6,4	4 263	6,5
Nordamerika	173	0,2	123	0,3	183	0,4	224	0,3
Norden utom Sverige	2 810	3,7	1 531	3,3	1 569	3,1	1 745	2,7
Oceanien	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0
Sverige	61 972	82,3	37 332	81,4	40 583	80,4	52 506	80,5
Sydamerika	588	0,8	411	0,9	462	0,9	587	0,9
Övriga	*	0,0	–	0,0	*	0,0	*	0,0
Övriga Europa	3 148	4,2	1 847	4,0	2 043	4,0	2 376	3,6

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Län								
Blekinge län	1 307	1,7	767	1,7	769	1,5	910	1,4
Dalarnas län	2 698	3,6	1 376	3,0	1 428	2,8	1 946	3,0
Gotlands län	419	0,6	258	0,6	297	0,6	329	0,5
Gävleborgs län	2 149	2,9	1 320	2,9	1 555	3,1	1 893	2,9
Hallands län	2 305	3,1	1 441	3,1	1 592	3,2	1 846	2,8
Jämtlands län	1 528	2,0	793	1,7	849	1,7	1 036	1,6
Jönköpings län	2 524	3,4	1 769	3,9	1 953	3,9	2 388	3,7
Kalmar län	2 130	2,8	1 214	2,6	1 333	2,6	1 705	2,6
Kronobergs län	1 426	1,9	965	2,1	1 076	2,1	1 283	2,0
Norrbottnens län	2 267	3,0	1 144	2,5	1 234	2,4	1 565	2,4
Skåne län	10 080	13,4	5 750	12,5	5 809	11,5	7 577	11,6
Stockholms län	12 891	17,1	9 493	20,7	10 351	20,5	13 109	20,1
Södermanlands län	2 283	3,0	1 271	2,8	1 450	2,9	1 965	3,0
Uppsala län	2 848	3,8	1 938	4,2	1 888	3,7	2 342	3,6
Värmlands län	2 481	3,3	1 160	2,5	1 318	2,6	1 731	2,7
Västerbottens län	2 524	3,4	1 411	3,1	1 432	2,8	2 008	3,1
Västernorrlands län	2 440	3,2	1 435	3,1	1 434	2,8	1 948	3,0
Västmanlands län	2 293	3,0	1 278	2,8	1 324	2,6	1 871	2,9
Västra Götalands län	12 688	16,8	7 375	16,1	9 324	18,5	12 539	19,2
Örebro län	2 281	3,0	1 530	3,3	1 632	3,2	2 182	3,3
Östergötlands län	3 614	4,8	2 010	4,4	2 094	4,1	2 535	3,9
Saknas/Felaktigt	163	0,2	166	0,4	329	0,7	509	0,8
Huvuddiagnos								
F00–F99 Psykisk	18 986	25,2	11 924	26,0	15 130	30,0	23 363	35,8
M00–M99 Rörelse	22 884	30,4	12 135	26,5	13 025	25,8	15 925	24,4
C00–D48 Tumörer	3 135	4,2	2 976	6,5	3 233	6,4	3 357	5,1
S00–T98 Skador	7 689	10,2	5 650	12,3	5 930	11,7	6 635	10,2
I00–I99 Cirkulationsorgan	6 008	8,0	3 953	8,6	3 944	7,8	4 203	6,4
G00–G99 Nervsystemet	2 175	2,9	1 628	3,5	1 870	3,7	2 264	3,5
R00–R99 Symtom etc.	2 575	3,4	1 317	2,9	1 490	3,0	2 030	3,1
K00–K93								
Matsmältningsorgan	1 696	2,3	1 143	2,5	1 139	2,3	1 369	2,1
E00–E90 Endokrina etc.	899	1,2	562	1,2	549	1,1	576	0,9
J00–J99 Andningsorgan	1 263	1,7	774	1,7	749	1,5	882	1,4
O00–O99 Graviditet	24	0,0	6	0,0	5	0,0	24	0,0
Saknas	3 737	5,0	1 181	2,6	672	1,3	1 376	2,1
Övrigt	4 268	5,7	2 615	5,7	2 735	5,4	3 213	4,9

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
SGI								
< 5 PBB ¹	16 258	21,6	10 861	23,7	10 591	21,0	11 277	17,3
5 PBB – 7,5 PBB ¹	40 166	53,3	23 636	51,5	24 603	48,7	28 371	43,5
7,5 PBB – 10 PBB ¹	14 156	18,8	8 424	18,4	11 409	22,6	18 720	28,7
> 10 PBB ¹	4 690	6,2	2 900	6,3	3 820	7,6	6 779	10,4
Saknas	69	0,1	43	0,1	48	0,1	70	0,1
Karensdagstyp								
Anställd med sjuklön	57 043	75,7	34 798	75,9	36 908	73,1	47 644	73,1
Anställd utan sjuklön	574	0,8	465	1,0	746	1,5	2 689	4,1
Arbetslösa	11 936	15,8	6 525	14,2	9 319	18,5	11 418	17,5
Övriga	5 786	7,7	4 076	8,9	3 498	6,9	3 466	5,3
Återvändare	–	0,0	–	0,0	5 042	10,0	5 547	8,5
Antal historiska sjukfall senaste 24 mån								
0	39 122	51,9	24 906	54,3	28 454	56,4	34 595	53,0
1–2	30 688	40,7	17 438	38,0	19 437	38,5	27 424	42,1
3–5	4 518	6,0	2 746	6,0	2 220	4,4	2 727	4,2
>5	1 011	1,3	774	1,7	360	0,7	471	0,7
Antal historiska sjuk-dagar senaste 24 mån								
0	39 122	51,9	24 906	54,3	28 454	56,4	34 595	53,0
1–30	6 441	8,5	3 866	8,4	3 628	7,2	4 629	7,1
31–90	10 355	13,7	5 839	12,7	5 844	11,6	7 529	11,5
91–180	6 965	9,2	3 894	8,5	3 962	7,9	5 090	7,8
>180	12 456	16,5	7 359	16,0	8 583	17,0	13 374	20,5
Antal historiska sjukfall längre än 180 dagar senaste 24 mån								
0	63 317	84,0	39 057	85,2	42 159	83,5	52 328	80,2
1	10 715	14,2	5 609	12,2	7 667	15,2	12 092	18,5
>1	1 307	1,7	1 198	2,6	645	1,3	797	1,2

	2006		2009		2012		2015	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Yrkesgrupper²								
0 Militärt arbete	93	0,1	54	0,1	78	0,2	112	0,2
1 Ledningsarbete	3 182	4,2	2 114	4,6	2 218	4,4	2 770	4,2
2 Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	7 068	9,4	4 055	8,8	4 610	9,1	5 965	9,1
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper	7 747	10,3	5 081	11,1	5 784	11,5	7 883	12,1
4 Kontors- och kundservicearbete	3 492	4,6	2 329	5,1	2 575	5,1	3 501	5,4
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	6 062	8,0	4 463	9,7	5 260	10,4	7 487	11,5
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	1 221	1,6	1 117	2,4	1 100	2,2	1 298	2,0
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	12 408	16,5	8 913	19,4	10 316	20,4	12 681	19,4
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	12 569	16,7	8 367	18,2	9 175	18,2	11 639	17,8
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	5 337	7,1	3 645	7,9	4 164	8,3	5 559	8,5
Saknas	16 160	21,4	5 726	12,5	5 191	10,3	6 322	9,7
Totalsumma	75 339	100,0	45 864	100,0	50 471	100,0	65 217	100,0

¹ PBB = Prisbasbelopp.

² Enligt SSYK-96.

* Innebär att det är för få individer för att visas.

Källa: Försäkringskassans databas MiDAS

Bilaga 2: Arbetsmiljöundersökningen

Frågorna från Arbetsmiljöundersökningen som ligger till grund för måttet på upplevda brister i psykosocial arbetsmiljö bygger på Karasek och Theorells krav, kontroll och socialt stödmodell (Karasek & Theorell 1990).

Krav:

- Tvungen att dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem varje vecka.
- Minst halva tiden går åt till att lösa krävande problem.
- Upplever att (instämmer helt eller delvis) man har alldeles för mycket att göra.

Kontroll:

- Kan som mest $\frac{1}{2}$ arbetstiden själv bestämma arbetstakten
- Kan för det mesta inte/aldrig bestämma när olika arbetsuppgifter ska göras.
- Är för det mesta inte/aldrig med och beslutar om uppläggningsen av det egna arbetet.
- Upplever att inflytandet är för litet.

Stöd:

- Får för det mesta inte/aldrig stöd och uppmuntran från chefer.
- Får för det mesta inte/aldrig stöd och uppmuntran från arbetskamrater.

Bilaga 3: Underlag till regional kartläggning

Tabell 10 Sammanställning av sjukfrånvarodata till den regionala kartläggningen uppdelat på län

	Sjuk- penning- tal 2015	Sjuk- penning- tal 2010	Förändring 2010–2015 (%), sjuk- penningtal	Förändring 2010–2015 (%), inflöde (F30–F39) ¹	Förändring 2010–2015 (%), inflöde (F40–F48) ¹	Relativ risk, sjukskriv- ning i psyk. diagnos	Andel avslag 2015 (%), sjuk- penning
01 Stockholms län	9,3	5,8	61	21	100	1,03	2,1
03 Uppsala län	10,1	6,3	60	28	114	1,01	1,6
04 Södermanlands län	11,4	6,0	92	34	131	1,01	1,3
05 Östergötlands län	8,6	5,5	58	36	86	0,89	1,1
06 Jönköpings län	10,6	6,4	66	36	139	0,97	1,3
07 Kronobergs län	10,5	6,5	63	18	101	1,00	2,0
08 Kalmar län	11,0	6,4	74	13	120	0,99	1,7
09 Gotlands län	9,7	5,7	71	12	130	0,99	1,7
10 Blekinge län	9,7	6,3	54	19	87	0,99	1,6
12 Skåne län	9,4	5,7	65	44	99	1,01	2,1
13 Hallands län	9,9	6,0	64	21	122	1,00	2,0
14 Västra Götalands län	11,7	6,0	97	24	115	1,07	1,3
17 Värmlands län	10,9	5,3	105	20	127	0,98	1,5
18 Örebro län	12,0	6,7	81	34	92	1,00	1,1
19 Västmanlands län	11,4	6,4	78	43	106	0,98	1,5
20 Dalarnas län	11,6	6,2	86	17	152	0,97	1,7
21 Gävleborgs län	11,3	5,9	90	58	93	0,96	2,3
22 Västernorrlands län	13,3	7,1	86	29	130	0,96	1,0
23 Jämtlands län	13,8	7,5	84	36	95	1,00	2,4
24 Västerbottens län	12,2	6,5	88	17	128	0,93	1,8
25 Norrbottens län	10,6	6,2	71	35	137	0,90	2,1

¹ F30–F39 Förstämningssyndrom, F40–F48 Ängest- och stressyndrom.

Källa: Försäkringskassans databaser Store och MIDAS

Tabell 11 Sammanställning av vårddata till den regionala kartläggningen uppdelat på län

	Läkarbesök inom 7 dagar i primärvården, april 2015 (%)	Högst 90 dagar till besök i specialiserad vård, mars 2015 (%)	Högst 90 dagar till operation i specialiserad vård, mars 2015 (%)	Specialist-läkare på vårdcentraler med få vakanser, 2015 (%) ¹	Skulle rekommendera sin vårdcentral till en sjuk anhörig 2015 (%) ²
01 Stockholms län	90	94	91	81	78
03 Uppsala län	90	81	87	75	81
04 Södermanlands län	90	91	88	36	83
05 Östergötlands län	92	95	97	72	86
06 Jönköpings län	91	96	96	62	86
07 Kronobergs län	93	91	96	48	78
08 Kalmar län	86	96	94	64	91
09 Gotlands län	92	96	95	42	63
10 Blekinge län	91	93	94	39	69
12 Skåne län	90	88	76	62	73
13 Hallands län	92	97	97	63	81
14 Västra Götalands län	93	79	85	63	77
17 Värmlands län	93	92	80	65	72
18 Örebro län	86	84	69	23	72
19 Västmanlands län	87	89	85	69	78
20 Dalarnas län	81	82	77	25	65
21 Gävleborgs län	93	91	89	38	73
22 Västernorrlands län	83	85	76	44	78
23 Jämtlands län	90	77	70	56	81
24 Västerbottens län	87	81	71	35	71
25 Norrbottens län	92	81	86	52	73

¹ Minst 80 procent tillsatta (enligt vad specialistläkarna själva uppger).

² Andelen läkare som svarat att de "helt" eller "i stor utsträckning" instämmer i påståendet "Jag skulle rekommendera min vårdcentral till en sjuk anhörig".

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Läkarförbundet

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2016:

- 2016:1 Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkringsprocessen
- 2016:2 Nöjd eller missnöjd med Försäkringskassan? Problem, styrkor och de viktigaste förbättringsområdena
- 2016:3 Barns relativa ålder och funktionsnedsättning. Betydelsen av att vara född i slutet av året för vårdbidrag, aktivitetsersättning och assistansersättning
- 2016:4 Samordningsförbunden och unga med aktivitetsersättning. En uppföljning av insatser finansierade av samordningsförbunden för unga med aktivitetsersättning
- 2016:5 Assistansersättningens utveckling. Förändringsprocesser 2005–2015
- 2016:6 Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2016
- 2016:7 Sjukfrånvarons utveckling 2016