

Analys av sjukfrånvarons variation

Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Patric Tirmén
010-116 92 39
patric.tirmen@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Regeringen har gett Försäkringskassan i uppdrag att analysera förändringar i sjukfrånvaron över tid (S2013/5798/SF). Uppdraget avser särskilt att studera; folkhälsans utveckling, väsentliga förklaringar utöver regelförändringar på de senaste decenniernas förändringar i sjukfrånvaro, förändring i tillämpning av sjukförsäkringen samt hur den korta sjukfrånvaron och övergången till sjukpenning varierat. Vidare ska en jämförelse med andra länder genomföras för att öka förståelsen för vilka faktorer som kan ligga bakom förändringar i sjukfrånvaro. Arbetet har bedrivits inom flera olika delprojekt som lyfts in som kapitel i denna rapport. Rapporten avslutas med en syntes som väver samman de olika delarna för att svara på uppdraget.

Uppdraget redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) i november 2014 i form av en socialförsäkringsrapport. I projektgruppen för framställandet av rapporten har följande personer varit verksamma; Patric Tirmén (projektledare), Petra Ornstein, Erik Jönsson, Margaretha Voss, Ulrik Lidwall, Anna Persson, Edward Palmer, Hans Goine, Jonatan Nikander, Peje Bengtsson, Therese Ljung, Bahjat Khaledi, Cecilia Eek och Carlos Arreyes. Alla verksamma på avdelningen för Analys och prognos vid Försäkringskassan.

Laura Hartman
Chef för avdelningen för Analys och prognos

Innehåll

Sammanfattning	8
Summary	15
Inledning	22
Antologins upplägg	23
Arbetsförmåga, sjukfrånvaro och samspelet med sjukersättningen	26
Sjukfrånvaro och arbetsförmåga	26
Mått på sjukfrånvaro	27
Inflöde och varaktighet	29
Samspelet med sjukersättningen	32
Samspelet med arbetsskadeförsäkringen	34
Sjukfrånvaro och folkhälsa	35
Folkhälsans utveckling enligt Folkhälsorapporten.....	35
Självrapporterade indikatorer på hälsa enligt undersökningen om levnadsförhållanden (ULF)	35
Sjukdomar i slutenvården	40
Dödsorsaker	44
Strukturella faktorer som påverkar sjukfrånvarons nivå och variation – en kunskapssammanställning	46
Sjukfrånvarons roll i samhället – medikalisering, normer och tillämpning.....	46
Arbetsmarknad, strukturomvandling och arbetskraftens sammansättning	50
Arbetsmiljö, arbetsbelastning och stress.....	53
Ekonomiska incitament för individer och företag.....	55
Makroekonomiska variationer, konjunkturcykler och arbetslöshet.....	60
Tillämpningens betydelse för sjukfrånvarons variation	62
Svårt att följa tillämpningen över tid	62
Förändringar i tillämpningen de senaste 10 åren.....	67
Administrationns kapacitet och sjukfrånvarons variation	73
Sammanfattande diskussion	75

Internationell jämförelse	76
Socialförsäkringssystem i de olika länderna	76
Länderjämförelse i sjukskrivning	79
Sjukfrånvaro och arbetslöshet	82
Köns- och åldersskillnader i sjukfrånvaro	86
Utvecklingen av förtidspensioner	89
Sammanfattande kommentar	90
Förklaringarnas betydelse under olika tidsperioder	92
Underliggande drivkrafter	92
1980-talets högkonjunktur	94
Ekonomisk kris och åtstramningar under 1990-talet	96
Återhämtning i krisens spår	97
Sjukskrivningar i ropet under 2000-talet	99
Den senaste uppgången – vad har vi sett hittills?	101
Sammanfattning av olika faktorer och dess betydelse	102
Avslutande diskussion	104
Referenser	109
Bilaga 1	122
Överblick över utvecklingen av sjukförsäkringen	122
Bilaga 2	123
Sjukfrånvaro och folkhälsa	123
Bilaga 3	128

Figur- och tabellförteckning

Figur 1	Sjukfrånvaro (AKU) och procent av den arbetsföra befolkningen med förtidspension 1970–2013.....	14
Figur 2	Sjuktal kvinnor och män, 1955–2013	22
Figur 3	Sjukpenningtalet och sjuktalet 1994–2013.....	27
Figur 4	Sjuktalet (vänster axel) och sjukfrånvaro enligt AKU/SCB hela mätveckan som andel av sysselsatta (höger axel).....	29
Figur 5	Inflödet i nya sjukskrivningar längre än 28 dagar per månad och som 12 månaders glidande medelvärden (vänster axel) samt sjukpenningtalet (höger axel)	30
Figur 6	Pågående sjukskrivningar fördelade på sjukskrivningslängd i december 1974–2013	31
Figur 7	Antalet pågående sjukfall (rullande 12-månaders medelvärden) i olika diagnosgrupper	32
Figur 8	Sjukfrånvaron enligt AKU/SCB (linje vänster axel) och antalet nybeviljade sjuk- eller aktivitetsersättningar (stapel höger axel)	33
Figur 9	Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar fördelat på om de kommer från sjukfall i olika falllängder. Per månad	33
Figur 10	Anmälda arbetssjukdomar per 1000 förvärvsarbetande 1980–2013	34
Figur 11	God eller mycket god hälsa för kvinnor och män i befolkningen 16–64 år i SCB/ULF 1980–2012 (vänster vertikal axel) och sjukfrånvarande hela mätveckan enligt SCB/AKU (höger vertikal axel)	36
Figur 12	Dålig eller mycket dålig hälsa för kvinnor och män i befolkningen 16–64 år i SCB/ULF 1980–2012 (vänster vertikal axel) och sjukfrånvarande hela mätveckan enligt SCB/AKU (höger vertikal axel)	37
Figur 13	Andelen övervikt eller fetma, läkarbesök, sömnbesvär och andelen dagligrökare i befolkningen 16–64 år i SCB/ULF 1980–2012 (vänster vertikal axel) och sjukfrånvarande hela mätveckan enligt SCB/AKU (höger vertikal axel).....	39
Figur 14	Antal patienter/100 000 invånare i åldern 15–64 år i Sverige i de vanligaste diagnoskapitlen i slutenvårdregistret 2012.....	41
Figur 15	Antal patienter per 100 000 invånare, 15–64 år, 1998–2012 med psykisk sjukdom, cirkulationsorganens och rörelseorganens sjukdomar samt tumörer i slutenvårdsregistret (vänster vertikal axel) och sjuktal (höger vertikal axel).....	42
Figur 16	Åldersstandardiserad incidens per 100 000 invånare, 15–64 år, 1970–2012 med tumörsjukdomar (vänster vertikal axel) och sjuktal (höger vertikal axel).....	43
Figur 17	Antal döda per 100 000 i befolkningen i åldern 15–64 år i Sverige 2013 från Dödsorsaksregistret	44
Figur 18	Åldersstandardiserade dödstal 1997–2013 enligt medelbefolkningen 2000, för kvinnor och män i åldern 15–64 år (vänster vertikal axel) och sjuktal (höger vertikal axel).....	45
Figur 19	Sysselsättningsgrad för kvinnor och män 1970–2013	51
Figur 20	Andelen anställda med tillfällig anställning.....	52
Figur 21	Sjuktal kvinnor och män, 1955–2013	56
Figur 22	Antal och andel avslag av sjukpenning 2009–2014	64
Figur 23	Antal och andel indrag av sjukpenning 2009–2014	64
Figur 24	Andel indrag av sjukpenning uppdelat efter diagnos 2009–2014	66
Figur 25	Antal inkomna ärenden till förvaltningsrätterna och andel ändringar i beslut om sjukpenning, år 2000–2013	67
Figur 26	Sjukfrånvaron (%) i 8 länder och medelvärdet för dessa	79

Figur 27	Arbetslöshet i procent för anställda i åldern 20–64 i åtta europeiska länder under perioden 1987–2013	84
Figur 28	Sjukfrånvaro (%) för anställda och arbetslöshet (%) av arbetskraften – Sverige	85
Figur 29	Sjukfrånvaro och arbetslöshet i Nederländerna och Norge	86
Figur 30	Sjukfrånvaro (%) bland anställda uppdelat efter ålder, genomsnitt 2009–2013	87
Figur 31	Kvinnors och mäns sjukfrånvaro bland anställda 20–64 år, ett genomsnitt baserat på uppgifter för åren 2009–2013	87
Figur 32	Kvinnors sjukfrånvaro som andel av männens sjukfrånvaro bland anställda 20–64 år, klustrade genomsnitt baserat på uppgifter för åren 1987–2013	88
Figur 33	Arbetskraftdeltagande (%) per kön, perioden 1987–2013	89
Figur 34	Andel av befolkningen i arbetsför ålder med förtidspension	90
Figur 35	Sjuktalet perioden 1955–2013	92
Figur 36	Pågående sjukskrivningar fördelade på sjukskrivningslängd i december 1974–2014	122
Figur 37	Åldersstandardiserade dödstal 1997–2013 enligt medelbefolkningen för år 2000 för kvinnor och män i åldern 15–64 år (vänster axel) och sjuktalet (höger axel).....	127
Tabell 1	Olika faktorerers bedömda påverkan på variation i sjukfrånvaro	13
Tabell 2	Arbetsmiljöindikatorer för kvinnor och män 1989, 2001, 2009 och 2013	54
Tabell 3	Kompensationsnivåer och sjuklöneperioder från 1980-talet	57
Tabell 4	Ersättning från arbetsgivare och sjukförsäkring	77
Tabell 5	Officiell och de facto genomsnittlig pensonsålder	78
Tabell 6	Sysselsättningsgrad (%) uppdelat efter kön och ålder, genomsnitt perioden 2008–2012	79
Tabell 7	Olika faktorerers bedömda påverkan på variation i sjukfrånvaro	103
Tabell 8	Andelen kvinnor och män i befolkningen 16–64 år som rapporterar god eller mycket god respektive dålig eller mycket dålig hälsa samt läkarbesök för egen del de senaste 3 månaderna i SCB/ULF mellan åren 1980 och 2012, totalt samt uppdelat i åldersgrupper	123
Tabell 9	Andelen kvinnor och män i befolkningen 16–64 år som rapporterar sömnbesvär, rökning samt fetma och övervikt i SCB/ULF mellan åren 1980 och 2012, totalt samt uppdelat i åldersgrupper	124
Tabell 10	Alkoholkonsumtion (liter 100 % alkohol/capita) 1996–2012 enligt SoRAD	124
Tabell 11	Antal patienter per 100 000 invånare i befolkningen 15–64 år med graviditetsrelaterade diagnoser, skador och förgiftningar, symtom, sjukdomstecken och onormala fynd samt psykisk diagnos i Socialstyrelsens slutenvårdsregister (kapitelnivå), 1998–2012, totalt samt uppdelat i åldersgrupper.....	125
Tabell 12	Antal patienter per 100 000 invånare i befolkningen 15–64 år med sjukdomar i cirkulationsorganen, matsmältningsorganen, rörelseorganen samt tumörer i Socialstyrelsens slutenvårdsregister (kapitelnivå), 1998–2012, totalt samt i uppdelat i åldersgrupper	126
Tabell 13	Ålders- och könsstandardiserad sjukfrånvaro	128

Sammanfattning

Mot bakgrund av variationen i sjukskrivningar under de senaste decennierna har Försäkringskassan fått i uppdrag av regeringen att analysera förändringarna i sjukfrånvarons nivå. I uppdraget efterfrågas särskilt analys av folkhälsans utveckling, väsentliga förklaringar till sjukfrånvarons variation utöver regelförändringar, förändringar i tillämpningen av sjukförsäkringen samt en jämförelse med andra länder i syfte att öka förståelsen för vilka faktorer som kan ligga bakom förändringar i sjukfrånvaro. Rapporten är utformad som en antologi med mer eller mindre fristående kapitel som har följt de frågeställningar som ställts i regeringsuppdraget. I kapitlet *Förklaringsarnas betydelse under olika tidsperioder* vävs rapportens olika delar samman i en syntes som lyfter fram de faktorer vi tror är väsentliga för att förklara upp- och nergångarna i sjukfrånvaron under olika tidsperioder. Våra resultat grundas på en sammanställning av befintlig forskning, andra rapporter och egna analyser.

Utvecklingen av folkhälsan

I rapporten undersöks om folkhälsans utveckling är en väsentlig förklaring till variationen i sjukfrånvarons nivå. Folkhälsan har undersökts med indikatorer från undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) och Socialstyrelsens slutenvårds- och dödsorsaksregister. Huvudresultatet är att det inte sker några förändringar i folkhälsa som kan förklara den stora variationen i sjukfrånvarons nivå. Andelen i befolkningen med en god eller mycket god hälsa har legat på en relativt stabil nivå och tycks inte samvariera med sjukfrånvarons utveckling. En liknande slutsats dras av att följa de som uppger dålig eller mycket dålig hälsa, med undantag för perioden 1998–2008 då det finns en samvariation med sjukfrånvaron.

Förändringar i tillämpning

Frågan om tillämpningen av sjukförsäkringen baseras på en genomgång av tillgänglig statistik, befintliga studier och årsredovisningar. Det är dock svårt att belysa hela den aktuella tidsperioden. I detta sammanhang används begreppet tillämpning i en bredare mening än rättstillämpning. Vi har bara en studie som jämför den rättsliga kvaliteten i beslut vid olika tidpunkter. Den avser en jämförelse av bedömningarna och besluten kring rätten till sjukpenning. I den studien jämförs beslut från år 2010 med 2013 om beviljanden och avslag vid ansökan om sjukpenning liksom motsvarande beslut i anslutning till bedömningen för anställda gentemot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, den s.k. 180-dagarsbedömningen. Granskningen skedde mot bakgrund av den ökning i sjukpenningtalet som skett mellan 2010 och 2013. Granskningen ger inte något stöd för att tillämpningen i form av de rättsliga bedömningarna och besluten förändrats på ett sådant sätt att de kan förklara någon del av sjukfrånvarons uppgång.

Den bredare betydelsen av tillämpning som vi diskuterar i rapporten omfattar de bedömningar som görs, de metoder som används och det stöd som ges handläggarna inom ramen för den aktuella lagstiftningen. Vår sammanställning visar att, inom de rättsliga ramar som ger ett bedömningsutrymme, har tillämpningen förändrats över tid.

Det har skett ett omfattande arbete hos Försäkringskassan för att åstadkomma en mer rättssäker och effektiv handläggning. Liksom för att komma till rätta med brister och tillkortakommanden som identifierats. Det gäller till exempel under perioden med den s.k. stegbedömningen då det ofta tog väldigt lång tid innan bedömningarna gjordes mot något annat arbete än det ordinarie eller perioder som kännetecknats av en mer passiv handläggning i termer av utredningar, bedömningar och insatser.

Införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och rehabiliteringskedjan är exempel på stöd och regeländringar som har bidragit till att skapa en mer enhetlig och aktiv handläggning. Befintliga studier tyder på att dessa har hållit nere sjukfrånvaron. Det finns studier som visar att hur handläggarna arbetar med sjukfall har betydelse för sjukskrivningstiderna. Hur och när utredningar och bedömningar görs spelar roll, liksom hur åtgärder planeras, genomförs och följs upp.

För att förklara de historiska variationerna i sjukfrånvaron gör vi dock bedömningen att administrationens resurser spelat en mer avgörande roll. I perioder när sjukfrånvaron minskat så har man både från politiskt och administrativt håll fokuserat på sjukförsäkringen i kombination med resursförstärkningar. Under perioder av ökande sjukfrånvaro har en större andel av de givna resurserna fått användas för att garantera utbetalningarna av ersättningen till de försäkrades, vilket har begränsat utrymmet att arbeta aktivt i de pågående sjukfallen.

Variation i sjukfrånvaro i ett internationellt perspektiv

Det internationella avsnittet sätter in Sveriges sjukfrånvaro i ett internationellt perspektiv. Sverige ligger tillsammans med Nederländerna och Norge väsentligt över medelvärdet fram till början av 2000-talet och till skillnad från de andra länderna uppvisar sjukfrånvaron en stark konjunkturell variation.

Generellt sett är sjukfrånvaron högre bland kvinnor än män och sjukfrånvaro ökar med stigande ålder. Sverige har internationellt sett hög andel kvinnor och äldre i arbetskraften. Detta talar för att Sverige kan förväntas ha en högre och mer varierande sjukfrånvaro. Även efter en jämförelse med köns- och åldersstandardiserad sjukfrånvaro mellan länderna visar att Sverige historiskt sett haft en högre sjukfrånvaro än övriga länder i jämförelsen. Det finns således faktorer som inte beror på ålder och kön som påverkar nivån i sjukskrivning. Vi har inte kunnat fastställa köns- och åldersfördelningens betydelse för sjukfrånvarons variation.

Från 2009 har nivån på sjukfrånvaron för anställda i Sverige rört sig kring det Europeiska genomsnittet, om än med en snabbare ökning. I Sverige och Nederländerna, där sjukfrånvaron historiskt sett har varit hög och varier-

ande, har utvecklingen vänt genom att på väldigt olika sätt strama upp den institutionella ramen för sjukfrånvaro.

Våra huvudresultat – faktorer som förklarar variation i sjukfrånvaro

Frågan om vad som driver sjukfrånvarons variation är komplex. Det är svårt att peka ut någon enskild faktor som kan förklara både upp- och nedgångar under hela tidperioden. Våra resultat pekar på att det är olika krafter i rörelse som genererar den variation vi ser i sjukfrånvaro. Betydelsen för dessa krafter varierar över tid, samtidigt som flera faktorer samverkar med och förstärker varandra. Det är tydligt att regelverket har en stor betydelse, men sjukfrånvaron har varierat mycket även under perioder när det inte skett några betydande regelförändringar.

Uppdraget och rapporten fokuserar på upp- och nergångar i sjukfrånvaron. Det finns dock drivkrafter som inte i sig fluktuerar nämnvärt över tid, och som därför inte i sig förklarar de trendbrott som analyseras, men som vi bedömer ändå måste beaktas när vi försöker förstå sjukfrånvarons variation.

Den ena drivkraften handlar om hur de generella villkoren för att delta i arbetslivet har utvecklats. Vi gör inte anspråk på att fullständigt ha genomlyst detta område, men hävdar ändå att analyser av de faktorer som varierar i riktning över tid inte blir rättvisande och begripliga om inte de görs mot bakgrund av denna trend. Svensk arbetsmarknad och svenskt arbetsliv har genomgått dramatiska förändringar under senare årtionden. Alla indikatorer antyder samma sak: arbetslivet ställer allt större krav bl.a. vad gäller kommunikationsförmåga, stresstålighet, flexibilitet, kompetens och uthållighet. Vår bedömning är att ett allt mer krävande arbetsliv bidrar till att *accentuera trender av ökande sjukfrånvaro*, samt motsatt, att *motverka nergångarna i sjukfrånvaro*. Den kraft vi talar om verkar hela tiden i en och samma riktning.

Den andra faktorn handlar om normer och beteenden i befolkningen i relation till sjukskrivning. Vi har inte kunnat hitta belägg för vare sig stora eller täta svängningar i individens värderingar när det gäller inställning till sjukskrivning. Av betydelse som bidrag till förståelsen av sjukfrånvarons olika trendriktningar bedömer vi dock redovisade kontextrelaterade beteendeförändringar vara. När sjukfrånvaron går ner; blir mindre vanlig; och mindre belastande för berörda aktörer, i flera fall samtidigt med regelförändringar i samma riktning, så tycks beteenden anpassas något i restriktiv riktning. I en trend med uppåtgående sjukfrånvaro är vår bedömning att det motsatta sker. Kontextberoende beteendeförändringar utgör inte, enligt vår bedömning, någon initierande kraft bakom trendbrott. De accentuerar, förstärker, redan pågående nergångar och uppgångar.

Sjukfrånvarons ökning under 1980-talet förklaras troligen av en kombination av flera faktorer som förstärker varandra. Vår slutsats är att den väsentliga ökningen förklaras av tre faktorer. Den första är att kvinnors arbetskraftsdeltagande under ett par decennium ökade fram till slutet av 1980-talet. Därefter har kvinnor deltagit ungefär i samma utsträckning som män i arbetskraften. Detta möjliggjorde för fler kvinnor att sjukskriva sig. Försäkringen hade successivt även blivit mer generös samtidigt som den

ekonomiska uppgången gjorde att risken för arbetslöshet var liten. En konsekvens blev att kostnaderna för sjukfrånvaro var låg i termer av ekonomisk förlust eller risken för att bli arbetslös. Vi kan inte avgöra hur dessa faktorer fungerar var för sig men vår bedömning är att effekten uppstår genom att de beskrivna faktorerna samverkar.

Sett till sjukfrånvarons nedgång under 1990-talet första hälft kan en stor del förklaras av en kombination av ett mer restriktivt regelverk och den kraftiga lågkonjunkturen, som båda påverkade individens incitament att vara sjukskriven. Samtidigt ökade flödet från sjukskrivning till förtidspension, vilket minskade antalet långa sjukfall. Administrationens förutsättningar att arbeta med sjukfrånvaron förbättrades också under denna period. Sammantaget påverkar dessa faktorer både antalet nya sjukfall och sjukfallens varaktighet.

Uppgången i sjukfrånvaro från 1997 verkar till stor del förklaras av att krisåren satt spår både i befolkningens (självrapporterade) hälsa och på arbetsmarknaden i form av ökad konkurrens och större svårigheter för personer med nedsatt hälsa att delta i arbetslivet. Dessutom kan högkonjunkturen ha bidragit till att många som under krisen undvikit att vara sjukfrånvarande av rädsla för arbetslöshet, under återhämtningen upplevde det som möjligt att vara sjukskriven. Den ökning i inflödet som dessa faktorer genererade ledde till att försäkringskassorna fick prioritera utbetalning av ersättning och att resurserna att arbeta med de pågående sjukfallen begränsades. Det är troligt att även andra aktörer, främst hälso- och sjukvården, påverkades på ett negativt sätt av ökningen i sjukskrivning. Detta kan ha resulterat i ett ändrat sjukskrivningsbeteende som ytterligare spädde på uppgången i sjukfrånvaron. Förutsättningarna för att beviljas förtidspension förändrades samtidigt som befolkningen blev äldre. Allt fler blev kvar i sjukskrivning i stället för att lämna arbetskraften permanent genom förtidspensionssystemet.

Efterföljande nedgångsperiod från 2003 inleddes med stora nybeviljanden av sjukersättning. Mycket tyder på att sjukfrånvarons minskning till stor del kan förklaras av en förändrad syn på sjukförsäkringen. Stora informationsinsatser genomfördes, dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården utvecklades och flera aktörer engagerades i diskussionen t.ex. Socialstyrelsen. Samtidigt förstärktes administrationens resurser inom sjukskrivningsområdet. Både läkares och allmänhetens sjukskrivningsbeteende förändrades. Försäkringens tillämpning reformerades i och med arbetet med halveringsmålet. Senare förstärktes denna utveckling av regelförändringar som, via rehabiliteringskedjan, syftade till att förkorta sjukskrivningstiderna, och förstärkta ekonomiska incitament att arbeta.

Avslutningsvis kan vi konstatera att en väsentlig förklaring till den nuvarande uppgången beror på att fler individer kvarstår i sjukskrivning i stället för att flyttas över till sjukersättning. Det innebär en omflyttning inom sjukförsäkringen. Det är det svårt att avgöra vad som ligger bakom inflödesökningen under de senaste åren. För att förstå den nuvarande utvecklingen behöver vi mer kunskap om varför de psykiska diagnoserna ökar, och varför kvinnor är särskilt utsatta.

För att göra sammanfattningen mer överskådlig redovisar vi i Tabell 1 de olika faktorerna och dess betydelse under de olika upp- och nedgångsperioderna. I tabellen illustreras vilka faktorer vi bedömer driver utvecklingen i den aktuella riktningen under tidsperioden. För att illustrera faktorernas påverkan på sjukfrånvaro används plus/minus, där flera tecken förstärker dess betydelse. Om vi inte vet så anges ett frågetecken och om påverkan bedöms som svag eller obefintlig visas ett tecken (tilde). Vidare särskiljs i tabellen om det är inflödet och/eller varaktigheten som påverkas mest.

Den faktor som bedöms ha påverkat sjukfrånvarons variation vid flest tidpunkter är förtidspensionering, och då främst genom att förändra sjukfallens varaktighet. Under perioden 1997–2003 pekar vi ut ett flertal faktorer som verkat i samma riktning och därigenom skapat den kraftiga uppgången i sjukfrånvaro. Under nedgången från 2004 tror vi att den kraftiga ökningen av sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspensionering) samt ett starkt fokus på sjukfrånvaron varit betydande orsaker till minskad sjukfrånvaro. Från 1980-talets uppgång fram till den senaste nedgången kan också noteras att de regelförändringar som gjorts verkat i samma riktning som den aktuella trenden, dvs. under uppgångsperioder har regelförändringarna förstärkt uppgången och under nedgångsperioder har de förstärkt nedgången.

För den senaste periodens uppgång har vi faktorer som verkar i olika riktning. Några faktorer verkar i ökande riktning medan andra hämmar uppgången. Vi har kunskap om effekterna av skärpta sjukersättningsregler och förändrad diagnossammansättning i inflödet av nya sjukfall, som båda verkar i ökande riktning. Uppgången påverkar också administrationens kapacitet vilket återigen leder till en prioritering av utbetalningarna av ersättning och mindre utrymme att arbeta med de pågående sjukfallen. Det är dock osäkert hur stor påverkan denna faktor har i den nuvarande uppgången. Det är osäkert hur nuvarande konjunktur och utveckling på arbetsmarknaden, bl.a. det faktum att en större andel av de arbetssökande tillhör grupper med sämre förutsättningar att komma ut i arbete, påverkar sjukfrånvaron. Samtidigt dämpar det nuvarande regelverket, främst rehabiliteringskedjan, uppgången.

Tabell 1 Olika faktorerers bedömda påverkan på variation i sjukfrånvaro

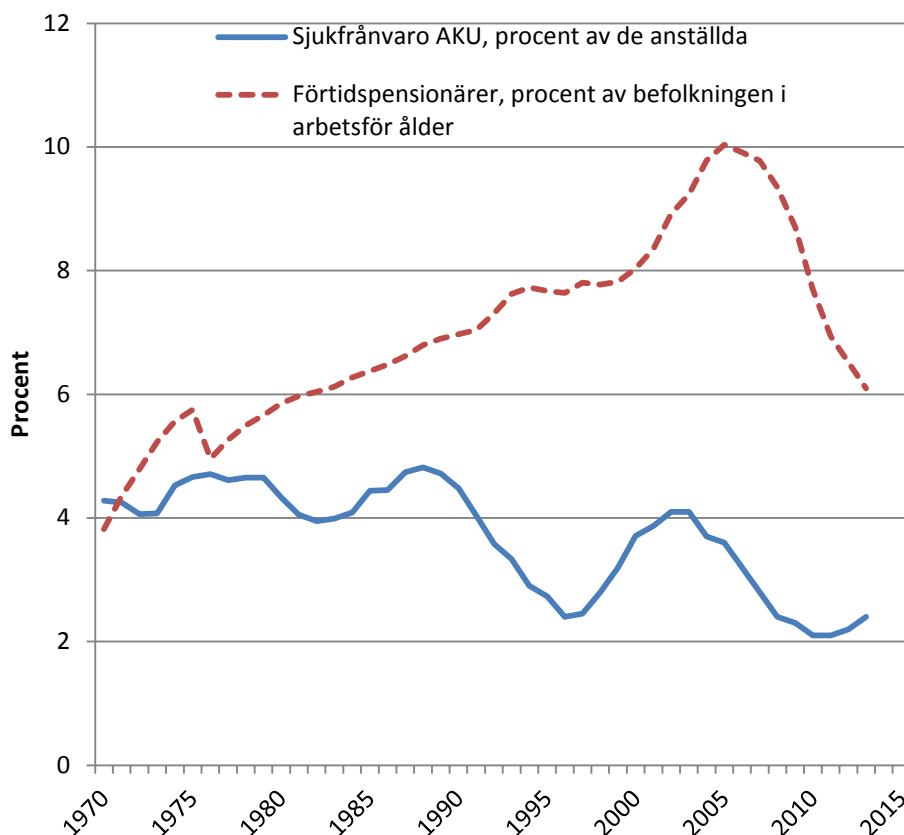
Ökar sjukfrånvaro (+) Minskar sjukfrånvaro (-) Låg/Ingen påverkan (~) Okänd påverkan (?)						
	Påverkan på inflöde och/eller varaktighet	1980-talet	1991-1996	1997-2003	2004-2009	2010-2014
Förändring i arbetskraften	inflöde/varaktighet	++	?	+	~	?
Konjunktur/Arbetsmarknad	inflöde	+	--	+	~	?
Regelverk sjukpenning	inflöde/varaktighet	++	--	~	-	~
Förtidspensionering	varaktighet	~	-	+	--	++
Tillämpning	inflöde/varaktighet	?	~	~	--	~
Diagnos-sammansättning	inflöde/varaktighet	?	?	+	~	+
Administrationns kapacitet	varaktighet	?	-	+	-	?

En diskussion om framtiden

Det är utvecklingen som beskrivs i Figur 1 som ligger bakom den frågeställning som analyseras i rapporten. Under en lång period, fram till slutet av 1980-talet, ökade sjukskrivningarna samtidigt som andelen förtidspensionärer i den arbetsföra befolkningen nästan fördubblades jämfört med 1970. Under perioden därefter, fram till mitten av 2000-talets första årtionde, skedde en ökning på ytterligare drygt 40 procent. Samtidigt uppvisade sjukskrivningarna onaturligt stora variationer, vilket varit denna rapportens fokus.

Den ständiga ökningen av antalet personer med sjuk- eller aktivitetsersättning bröts kring 2005 och minskningen accentuerades från 2008 i och med borttagandet av den tidsbegränsade sjukersättningen och skärpningen av kriterierna för att beviljas sjukersättning. Andelen personer med sjuk- eller aktivitetsersättning av den arbetsföra befolkningen är nu nere på en nivå motsvarande inledningen av 1980-talet och nedgången förväntas fortsätta. Samtidigt ligger sjukskrivningarna i dag på en historiskt låg nivå. Hur kan den nuvarande situationen konsolideras och en återupprepning av den tidigare historien undvikas?

Figur 1 Sjukfrånvaro (AKU) och procent av den arbetsföra befolkningen med förtidspension 1970–2013



Källa: SCB, Försäkringskassan och egna beräkningar

En hållbar lösning på problemet med hög och instabil sjukfrånvaro kan inte vara att arbetsutbudet sänks genom förtidspensioner. Tvärtom måste både utbuds- och efterfrågesidan stärkas för att underlätta för personer med nedsatt hälsa att delta i arbetslivet. Detta kan ske genom förbättrade behandlings- och rehabiliteringsmetoder och drivkrafter för individen att arbeta och för företag och offentlig sektor att få tillbaka sjukskrivna i arbete och inkludera personer med svag ställning på arbetsmarknaden, t.ex. på grund av ohälsa, i arbetslivet.

En möjlig väg för att åstadkomma detta är att stärka förutsättningarna för personer med nedsatt hälsa att få plats på arbetsmarknaden. Bland annat genom att uppmuntra den utveckling vi ser i dag att vetenskapligt utvärdera tänkbara insatser och föra in dessa i fungerande myndighetsstrukturer. Det bör även finnas ett myndighetsansvar att sprida ny och befintlig kunskap om verkningfulla förändringar på arbetsplatser samt att utveckla incitamentsstrukturer för uppmuntra användningen av dessa.

Summary

In light of the large variation in the level of sickness absence during the past decades, the Social Insurance Agency been commissioned by the government to analyze the changes in sickness absence levels. The commission specifically requested an analysis of trends in public health, pivotal explanations to the variation in sickness absence other than policy changes, changes in the administration of social insurance, and a comparison with other countries in order to increase the understanding of factors that may underlie changes in sickness absence. The report consists of four more or less self-contained chapters. The final chapter contains a synthesis of the various explanations to the variation in sickness absence that are discussed throughout the report. The synthesis highlights the factors we believe are most essential to explain the ups and downs of sick leave in different time periods. Our results are based on a compilation of existing research, grey literature, and our own analysis.

The development of public health in Sweden

The report examines whether variation in public health comprises to a major factor in explaining the variation of sickness absence. Public health is examined using indicators from the survey of living conditions (ULF), and the inpatient and mortality registries held by the National Board of Health and Welfare. The main result is that there has been no major change in public health that could explain the large variation in sickness absence. The proportion of the population reporting good or very good health has remained relatively stable and does not seem to correlate with the development of sickness absence. Similarly, the proportion reporting poor or very poor health has also been stable, with an exception for the period between 1998 and 2008, when there is a correlation with absenteeism.

Changes in administration

The question of if and how the administration of the social insurance correlate with the variation in sickness absence is answered through a review of available statistics, existing studies and annual reports. However, there are few sources available from before the turn of the millennium. In this context the term administration is used in a broad sense, not only including how laws are applied. There is only one study that studies changes in the legal quality of decisions. It refers to a comparison of assessments and decisions regarding entitlement to sickness benefits. The study compares decisions from 2010 to 2013 on grants and denials when applying for sickness benefits as well as the decisions relating to the assessment of employees against the norm for jobs in the labor market, the so-called 180-day assessment. The audit was done in light of the increase in sickness absence between 2010 and 2013. The review does not support the hypothe-

sis that the legal judgments and decisions changed in such a way that they can explain the rise in sickness absence.

The broad interpretation of administration that we discuss in this report includes the assessments, the methods used and the support provided to the caseworkers under the current legislation. Our analysis shows that, within the legal frameworks that provide some room for discretion, the administration has changed over time.

Over time there has been several initiatives aimed towards increasing the rule of law and the efficiency within the social insurance administration. Shortcomings in this respect were for example identified during the period of the so-called stepwise assessments, where it often took a long time before the sickness absent individual's work ability was tested against any other work than with his/her current employer. Other such periods were those characterized by a passive management in terms of investigations, assessments, and interventions. The introduction of the insurance medical decision support and the chain of rehabilitation are examples of support and regulatory changes that have helped creating a more unified and active management. Existing studies suggest that these initiatives have contributed to a lower level of absenteeism. There are also studies showing that the methods used by caseworkers when handling cases of sick leave are important. How and when the investigations and assessments are made matters, as well as how actions are planned, implemented and monitored. However, in determining the level of sickness absence the financial resources in the administration are probably more important. In periods of declining sickness absenteeism both political and administrative officials have put focus on the sickness insurance, and provided more resources. During periods of increasing sickness absence a greater part of the available resources has been used to ensure the payment of compensation to the insured individual, which has limited the possibilities to work actively with the sick leave cases.

An international perspective

Swedish sickness absence is put in an international perspective. Sweden, along with the Netherlands and Norway, were significantly above average until the early 2000s and, unlike in most other countries, in these countries absenteeism exhibits strong cyclical variation.

Generally, sick leave is higher among women than men, and absenteeism increases with age. Sweden has, in an international perspective, a high proportion women and older people in the workforce. This indicates that Sweden can be expected to have a higher and more volatile sick leave. Our country comparison of the level and development of sickness absence confirms this. However, there are also factors other than age and sex that affect the level of sick leave and we have not been able to determine the sex and age distribution's importance for sickness absence variation.

From 2009, the level of sick leave for employees in Sweden hovered around the European average, albeit with a more rapid increase. In Sweden and the Netherlands, where absenteeism has been historically high and fluctuating,

this trend has been reversed by very different policy initiatives to tighten up the institutional framework for sick leave.

Our main results - factors that explain variation in sickness absence

The question of what drives variation in sickness absence level is complex. It is difficult to single out any one factor that can explain both increases and decreases throughout the time period. Our results indicate that there are different forces in motion that generates the variation we see in absenteeism. The importance of these forces varies over time, while several factors interact with, and reinforce, each other. It is clear that the legal framework is of great importance, but sickness absence has varied substantially also during periods when there were no significant policy changes.

In accordance with the commission, this report focuses on the variations in sick leave levels. However, there are forces that do not themselves fluctuate significantly over time, and therefore cannot explain the trends that we analyze, but which we still believe need to be considered when we try to understand variation in sickness absence.

One such driving force is that the general demands for participation in working life have increased. We do not claim to have elaborated on this factor to full extent, but argue that our analysis should be read in light of this trend. Swedish labor market and the Swedish working life have undergone dramatic changes in recent decades. All indicators suggest the same thing: working life places greater demands on workers in terms of communication skills, stress tolerance, flexibility, competence and endurance. Our assessment is that an increasingly demanding work tasks helps to accentuate the trends of increasing absenteeism, and conversely, to discourage downs in absenteeism. The force we are talking about seems to be consistently working in one direction.

The second factor is about norms and behaviors in the population in relation to sick leave. We have not been able to find evidence for either large or frequent fluctuations in individuals' values on attitudes to sick leave. However, we believe the reported contextual factors may be of importance as a contribution to the understanding of trends in sickness absence. When absenteeism goes down, becomes less common as well as less stressful for the administrating agents, in several cases simultaneously with rule changes in the same direction, it seems connected to a change in public behaviors/norms in a more restrictive direction. However, when absenteeism is rising, our assessment is that the opposite occurs. Contextual behavioral changes do not, in our opinion, initiate trends in sickness absence. Rather they accentuate, enhance, ongoing downturns and upturns.

The increase in sick leave during the 1980s is probably explained by a combination of several factors reinforcing each other. Our conclusion is that the significant increase is explained by three factors. The first is that women's labor force participation increased over a couple of decades until the late 1980s. Since then, women have participated in the workforce to about the same extent as men. Being in the labor force is a prerequisite to being covered by social insurance, and the development has thus made it

possible for more women to utilize sick leave. The policy had also gradually become more generous while economic upturn made the threat of unemployment empty. The consequence was that the cost of absenteeism was low both in terms of economic loss and in terms of the risk of becoming unemployed. We cannot determine the impact if these factors operate separately, but our assessment is that their interaction leads to a significant increase in sickness absence levels.

The rise in sickness absence starting in 1997 seems to be largely explained by the financial crisis leaving traces both in public (self-reported) health as well as in the labor market in terms of increased competition and greater difficulties for people with impaired health to participate in working life. Additionally, the economic upturn may have contributed a weakening of the disciplinary effect of high unemployment. The increase in the inflow into sickness absence that these factors generated forced the insurance administration to prioritize benefit payments, and thus resources to work with ongoing cases were limited. It is likely that other stakeholders, health care in particular, were negatively affected by the increase in sickness absence. This may have resulted in a change in sick leave behavior that further fueled the rise in absenteeism. The conditions for granting disability pensions were changed while the population grew older. Increasing numbers remained in the sick leave instead of leaving the workforce permanently through the early retirement scheme.

The subsequent period of decline from 2003 began with great increase in the number of individuals who were granted early retirement. There are indications suggesting that the reduction in sickness absence can, to a large part, be explained by a new approach to health insurance. Large information campaigns were carried out, the dialogue between the Social Insurance Agency and health care sector were developed and several players were involved in the discussion, for example the National Board of Health and Welfare. At the same time the administration's resources were strengthened. Both physicians and the general public sickness absence behavior changed. The application of the insurance was reformed in order to meet the goal of halving the rate of sickness absence before 2008. Regulatory changes reinforced this development. One important new policy was the so called rehabilitation chain, aimed to reduce sick leave. Also, the financial incentives to work were strengthened.

Finally, we note that a significant explanation to the current rise in sickness absence is that more individuals remain in on sick leave instead of being transferred to early retirement. It is difficult to explain the increase in inflow during the past few years. To understand the current trend, we need more knowledge about why the psychiatric diagnoses are increasing, and why women are particularly vulnerable.

To make the summary more readable, we report in Table 1 the various factors and their importance during different up- and downturns. The table illustrates the factors we consider to be driving the development during each time period. To illustrate the factors' influence on sick leave we use plus and minus signs. Several signs indicates greater importance. If the impact is uncertain, this is indicated by a question mark and if the impact is deter-

mined to be weak or nonexistent, this is indicated by the character tilde. In the table we also indicate if the inflow and/or duration of sickness cases is most affected.

The factor that the study points to as having the greatest effect on the *variation* in sickness absence over time has been the variation in conversion of sickness benefits to disability grants. For the period 1997-2003 the table identifies a number of factors that have all worked in the same direction, and reinforced the increase in compensated days of sickness absence. The decline in 2004 was largely the result of a conversion of longer sickness cases to disability grants and the focus of all important actors on reducing the upward trend in sickness absence. Beginning with the increase in compensated days and up until the most recent decline in 2004 rule changes that affected the development in the same direction as the current trend in the period, i.e. during recovery periods rule changes reinforced the increase and during periods of decline they reinforced the downturn.

For the most recent period, 2004-2014, we have factors working in opposite directions. Some factors seem to reinforce the direction of change while others inhibit the increase. Among the latter were the rehabilitation-chain rules introduced in 2008 regulating comparison of work capacity to alternative work situations and the introduction of medically determined guidelines for sickness absence for different diagnoses. The increase in the administration's caseload also affects its capacity to work with cases, because payments of compensation are prioritized. It's unclear how the present economic setting and development of the labor market, due among other things to the fact that many of those now seeking employment have weaker labor market qualifications, have affected the development of sickness benefits. At the same time, the new rules have held back the present upturn.

Table 1 Assessment of various factors impact on the variation in sickness absence over time

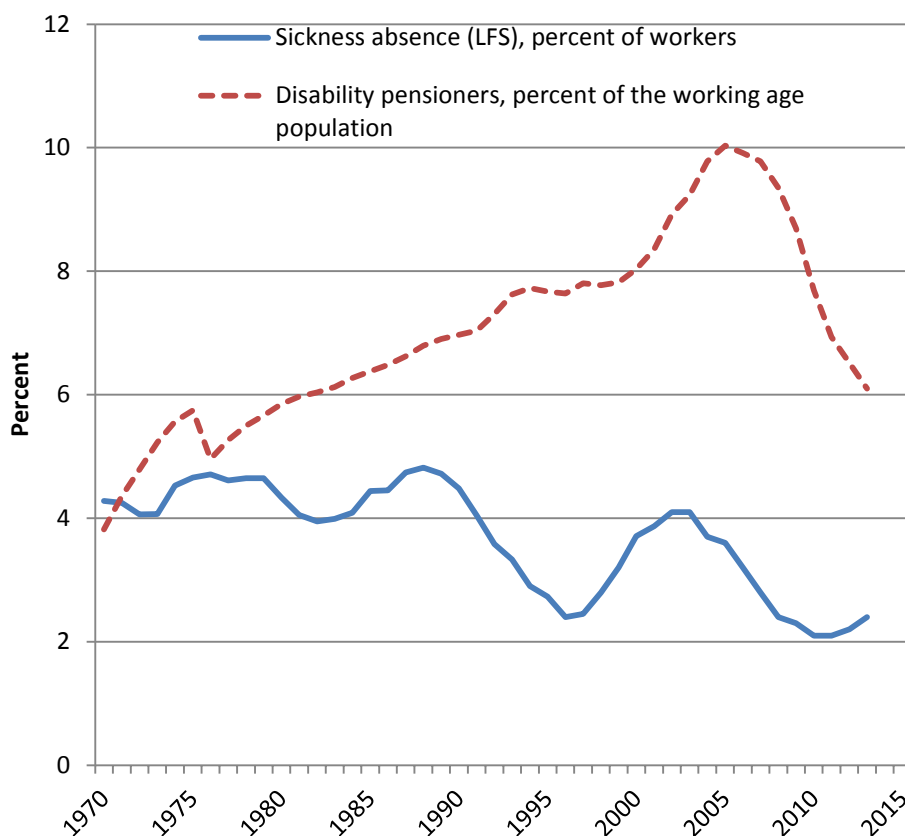
	Impact on inflow and/or duration	The 80's	1991-1996	1997-2003	2004-2009	2010-2014
Changes in the labor force	inflow/duration	++	?	+	~	?
Economic cycle / labor market	Inflow	+	--	+	~	?
Regulatory framework for sickness benefit	inflow/duration	++	--	~	-	~
Disability grants	duration	~	-	+	--	++
Changes in administration	inflow/duration	?	~	~	--	~
Composition of diagnoses	inflow/duration	?	?	+	~	+
Administrative resource capacity	duration	?	-	+	-	?

What’s in store for the future?

The focus of the report has been on the strong cyclical variation in the development of payments of compensated days of sickness, as illustrated in Figure 1. Albeit, with considerable cyclical variation, for a long time, compensated days of sickness rose, while at the same time the percent of the labor force with disability grants practically doubled from 1970. The increase in disability grants continued into the middle of the first decade of the new century, with an additional increase of 40 percent.

The continuous increase since 1970 in disability grants was broken around 2005, and a strong decline began from 2008 with the introduction of a ceiling on the number of possible days with sickness compensation in connection with the introduction of stronger criteria for granting disability. As a result, the percentage of the working age population with disability grants is now where it was in the early 1980s, and the decline is expected to continue. At the same time, compensated days of sickness are at an historical low. How then can the present situation be maintained and a repeat of past history be avoided?

Figur 1 Sickness absence (LFS) and the percent of the working age population with disability pension 1970–2013



Source:: Labour Force Survey (LFS), Statistics Sweden and Swedish Social Insurance Agency

A sustainable solution to the problem of high and volatile sickness absence cannot be a reduction of labor supply through the disability pension scheme. Both the supply of and demand for labor needs to be strengthened in order

to facilitate for individuals with impaired health to participate in the labor market. This can be done through improved treatment and rehabilitation methods and improved incentives for individuals to work. Also, employers both in the public and private sector might need stronger incentives to help employees return to work and include individuals with a weak labor market attachment due to health problems.

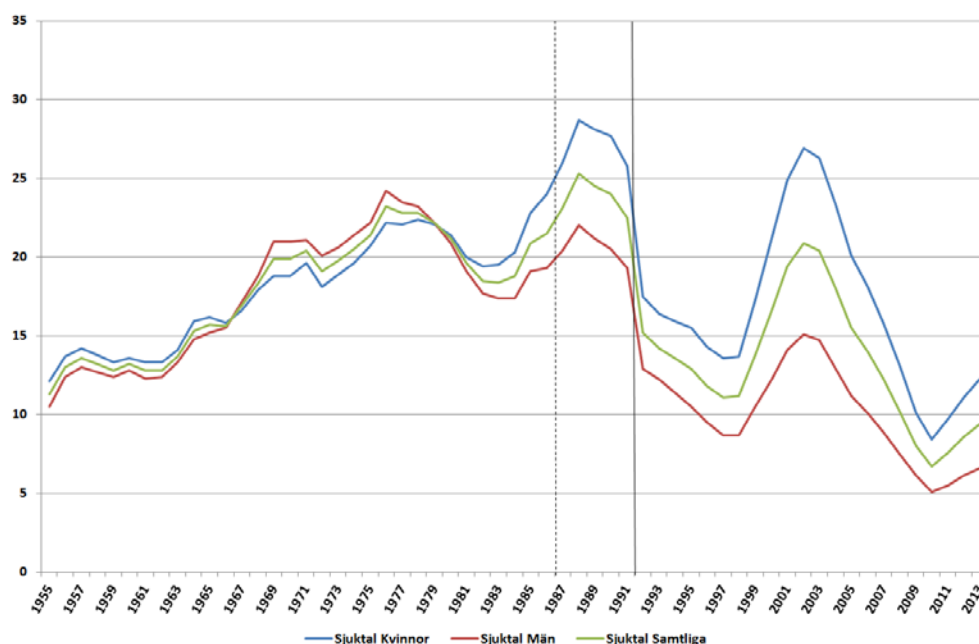
One way to accomplish this is through to strengthening the possibilities for people with impaired health to be a part of the labor market. Among other things, it is necessary to encourage scientific evaluations of possible initiatives and help the administration develop and implement evidence based methods. It is also necessary that the authorities concerned take the responsibility to disseminate knowledge about effective actions that can be taken at the level of the workplace and develop incentive structures to encourage the use of these actions.

Inledning

En omfattande användning av sjukförsäkringen kan ses som ett tecken på ett strukturellt samhällsproblem. Det innebär förluster både för individen och för samhället. Förutom en sämre privatekonomi leder långa perioder med frånvaro från arbetslivet ofta till färre sociala kontakter i vardagen. Det är mer eller mindre givet att samhällets insatser i möjligaste mån bör inriktas på att hjälpa individer med sämre hälsa, men som ändå har en betydande arbetsförmåga, att behålla sin anknytning till arbetslivet. Det är i princip detta resultat som lagstiftarna under det senaste halvsekle har eftersträvat, men lyckats uppnå i varierande grad under olika perioder.

Figur 2 visar sjukfrånvaron, mätt med sjuktalet, dvs. antalet sjukskrivningsdagar per år och försäkrad. Sjukfrånvaron uppvisar en kraftig variation under åren med en tydlig tendens att följa ekonomins upp- och nedgångar. Sjuktalet nådde en historiskt låg nivå 2010. Sedan dess har antalet personer med sjukpenning återigen börjat öka.

Figur 2 Sjuktal kvinnor och män, 1955–2013



Källa: Försäkringskassans officiella statistik

Mot bakgrund av den kraftiga variationen de senaste decennierna är det en högst relevant fråga att ställa om de regeländringar som vidtagits sedan 2008 är tillräckliga för att förebygga en återgång till utvecklingsmönstret som gällde tidigare.

Denna rapport har tagits fram i enlighet med ett uppdrag från regeringen, som grundar sig i denna frågeställning. Syftet med rapporten är att analysera

sjukfrånvarons stora variation utifrån befintlig forskning, andra relevanta rapporter och genom egna analyser av data. Uppdraget avser särskilt att studera folkhälsans utveckling, väsentliga förklaringar utöver regelförändringar till de senaste decenniernas förändringar i sjukfrånvaro samt förändringar i tillämpningen av sjukförsäkringen. Vidare ska en jämförelse med andra länder genomföras för att öka förståelsen för vilka faktorer som kan ligga bakom förändringar i sjukfrånvaro.

I uppdraget ingick också att analysera hur sjukfrånvaron under sjuklöneperioden har varierat över tid och hur sannolikheterna för övergång från sjuklön till sjukpenning har utvecklats. Denna del av uppdraget har redovidats i en separat rapport (Försäkringskassan 2014e).¹ Huvudresultaten i rapporten är att övergångssannolikheten från sjuklön till sjukpenning varit relativt konstant under perioden 2007–2013. Ökningen av antalet sjuklönefall sedan 2011 ser ut att vara generell. Alla fallängder inom sjuklöneperioden har blivit vanligare. Resultaten talar för en tendens till ökad korttidssjukfrånvaro bland anställda. I och med att sannolikheten för en övergång till sjukpenningfall är relativt konstant så leder ökningen också till en motsvarande ökning i inflödet till sjukpenning.

Denna antologi utgör en sammanställning av mer eller mindre fristående kapitel som syftar till att belysa vad som har legat bakom utvecklingen sedan 1970-talet. Upplägget av studien har följt de frågeställningar som ingår i regeringsuppdraget. Frågeställningarna är breda och spänner över många olika områden. Vår förhoppning är att denna genomgång kan bidra till en större förståelse av vad som hittills påverkat variationerna i sjukskrivningen och därmed vara till hjälp för framtida ställningstaganden.

Antologins upplägg

Rapporten presenteras som en antologi där varje kapitel avhandlar en frågeställning i regeringsuppdraget. Det sista kapitlet är ett försök att sammanfatta och svara på frågan om vad som har dominerat utvecklingen under olika tidsperioder. Här följer en kort översikt över innehållet i varje kapitel.

Arbetsförmåga, sjukfrånvaro och samspelet med sjukersättningen

I detta kapitel introduceras läsaren till de sedvanliga sätten att redovisa utvecklingen av sjukförsäkringen i Sverige. Här presenteras och definieras sjukpenningtalet och sjukalet, som är baserade på ersatta sjukskrivningsdagar från Försäkringskassan, och sjukfrånvaron enligt SCB:s Arbetskraftsundersökning (AKU). Betydelsen av inflödet av nya sjukskrivningar liksom sjukfallens varaktighet på sjukfrånvarons nivå beskrivs, liksom samspelet mellan sjukpenning och sjukersättning samt arbetsskadeförsäkringen.

¹ Socialförsäkringsrapport 2014:15: Nya siffror om inflödet till sjukpenning. Sjukfrånvaron under sjuklöneperioden.

Sjukfrånvaro och folkhälsa

I detta kapitel behandlas frågan om folkhälsan har genomgått stora förändringar och om de i så fall sammanfaller med sjukfrånvarons utveckling. För att undersöka detta används bl. a. självrapporterade indikatorer på hälsa, besvär, läkarbesök samt livsstilsfaktorer enligt undersökningen om levnadsförhållanden (ULF). Därutöver beskrivs utvecklingen över tid av inskrivna patienter inom specialiserad slutenvård, samt dödsorsaker.

Strukturella faktorer som påverkar sjukfrånvarons nivå och variation – en kunskapssammanställning

Detta kapitel diskuterar olika strukturella faktorer som legat till grund för samhällets syn på och användning av sjukförsäkringen. Kapitlet börjar med en diskussion av sjukförsäkringens roll i samhället. Därefter följer avsnitt om arbetsmarknadens respektive arbetsmiljöns förändringar och hur dessa faktorer kan ha påverkat utvecklingen. Därpå följer en diskussion om regelverkets betydelse. Statsmakterna har flera gånger under det dryga halvsekel som dagens system har funnits förändrat försäkringens regler, först mot ökad generositet, men från 1990-talets ekonomiska kris i en mer restriktiv riktning. Regelsystemet påverkar hur individer och arbetsgivare agerar genom att förändra ekonomiska förutsättningar och incitament. Till sist diskuteras konjunktursvängningarnas betydelse för sjukfrånvarons variationer.

Tillämpningens betydelse för sjukfrånvarons variation

Kapitlet handlar om huruvida tillämpningen av sjukförsäkringen har förändrats över tid och i vilken utsträckning detta kan ha påverkat sjukfrånvarons nivå. I denna del av rapporten har vi koncentrerat oss på tidsperioden från millenniumskiftet och framåt. Detta motiveras främst av att det varit svårt att återskapa en bild av tillämpningen längre tillbaka i tiden. Vidare studeras, i den utsträckning relevanta data finns, hur avslag och indrag utvecklats, vilket i sig ger en fingervisning om möjliga förändringar i tillämpningen. I en tredje del av kapitlet diskuteras också sambandet mellan administrationens resurser, tillämpningen och variationerna i sjukfrånvaron.

Internationell jämförelse

Detta kapitel sätter in Sverige i ett internationellt perspektiv för att skapa en bättre förståelse för utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. Valet av jämförelseländer är detsamma som när dåvarande Riksförsäkringsverket år 2002 gavs i uppdrag av ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) att studera utvecklingen av sjukfrånvaron i andra europeiska länder. Sju länder – Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland – jämförs med Sverige då de bedöms ha en likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå som Sverige. I kapitlet relateras sjukfrånvaron till arbetskraftdeltagande, socialförsäkringssystem, regelsystem, ålders- och könsfördelning samt utvecklingen av förtidspensioner för att analysera de jämförda ländernas utveckling.

Förklaringarnas betydelse under olika tidsperioder

Detta kapitel presenterar en syntes av vad som kommit fram i de övriga kapitlen. Här tas de faktorer som dominerat utvecklingen av sjukskrivning och förtidspensionering i olika tider fram.

Avslutande diskussion

I det avslutande kapitlet förs en diskussion kring hur de stora variationerna i sjukfrånvaron kan förstås. Syftet med kapitlet är också att diskutera kring slutsatser som är relevanta för framtida överväganden.

Arbetsförmåga, sjukfrånvaro och samspelet med sjukersättningen

I detta kapitel ges en introduktion till de frågeställningar som diskuteras i rapporten. Ett av syftena med kapitlet är att ge en beskrivning av sambandet mellan olika begrepp som används i rapporten, t.ex. sjukdom och arbetsförmåga. Ett annat att beskriva hur olika mått på sjukfrånvaro som används i rapporten i grund och botten visar samma variation över tid. Vidare att tidigt beskriva sambandet mellan sjukskrivning och förtidspensionering, så att det inte behöver upprepas i rapportens alla olika kapitel.

Sjukfrånvaro och arbetsförmåga

I Sverige är förekomsten av sjukdom ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för rätt till sjukpenning från den allmänna sjukförsäkringen. Avgörande är om en sjukdom (eller ett sjukdomsliknande tillstånd) leder till en nedsättning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel (Försäkringskassan 2013a, Socialförsäkringsbalken 27 kap 2 §).

I begreppet arbetsförmåga ligger rimligen att kunna utföra ett arbete på ett sådant sätt att någon är beredd att betala för det. Ett arbete är något mer än en samling arbetsuppgifter. Det innehåller också vissa krav och förväntningar på produktivitet, på i vilken takt och med vilken kvalitet som uppgifterna ska utföras (SOU 2009:89). För att det ska vara möjligt att värdera en individs arbetsförmåga krävs inte bara kunskap om hur sjukdomen begränsar individens aktivitetsförmåga, utan också kunskap om vad denna förmåga ska relateras till. Det arbete som ska utföras måste specificeras i termer av vilka konkreta uppgifter som ska utföras och under vilka omständigheter, i vilken miljö, de ska utföras. Arbetsförmåga måste förstås som ett relationellt begrepp. Bedömningar av en persons arbetsförmåga kräver en bild av aktivitetsförmågans nedsättning i relation till dessa uppgifter och miljö. Det innebär att sjukfrånvaron påverkas av såväl förekomst och förändringar i sjuklighet som av hur villkoren i arbetslivet ser ut och förändras.²

² För anställda innebär detta bedömningar mot det ordinarie arbetets konkreta uppgifter eller alternativa arbetsuppgifter som kan erbjudas på arbetsplatsen Efter dag 180 i rehabiliteringskedjan, då bedömningen ska göras mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden, förändras bedömningen radikalt. Aktivitetsbegränsningarna ska nu allmänt värderas mot vad arbetsmarknaden kräver. Då måste en uppfattning om eller beskrivning av hur dessa krav ser ut formuleras, som i sin tur får representera villkoren i arbetslivet. För arbetslösa sker bedömningen från första sjukskrivningsdagen mot normalt förekommande arbeten.

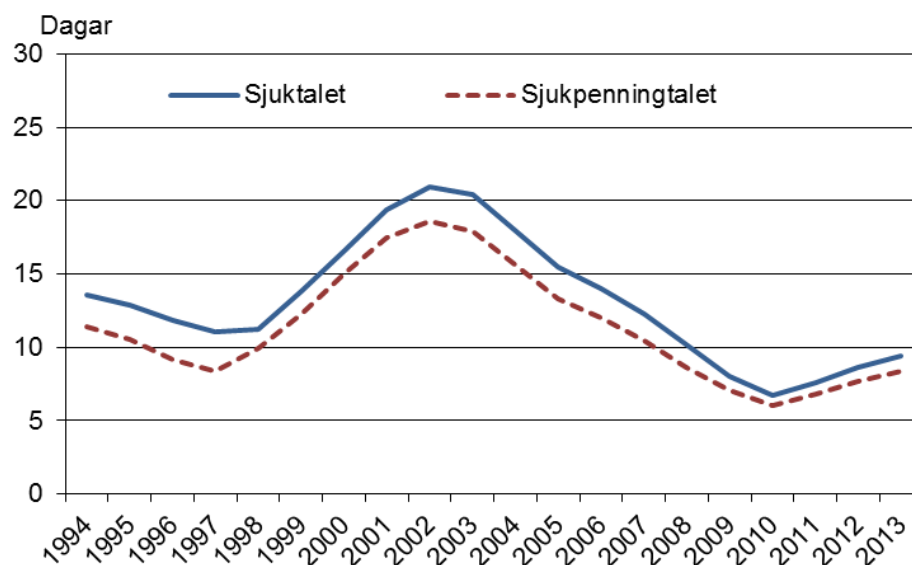
Mått på sjukfrånvaro

Nedan följer en kort beskrivning av olika mått på sjukfrånvaro som går att följa över längre tid. Hur dessa mått har utvecklats över tid ligger till grund för diskussionen kring sjukfrånvarons variation.

Sjukpenningtalet och sjuktalet

Sedan några år är sjukpenningtalet det centrala mått som Försäkringskassan använder för att följa sjukskrivningsutvecklingen (Försäkringskassan 2011). Sjukpenningtalet finns beräknat från 1994 och inbegriper de olika formerna av sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning som Försäkringskassan betalar ut. Sjukpenningtalet tar också hänsyn till förekomsten av partiella ersättningar. Sjuktalet är det mått som har funnits längst. Det finns i en tidsserie från 1955 och framåt. Sjuktalet innehåller inte rehabiliteringspenning och andra mindre vanliga sjukpenningförmåner och tar heller inte hänsyn till om endast del av en arbetsdag kompenseras med sjukpenning. Sjuktalet tjänar dock som en indikator på om en arbetsdag helt eller delvis gått förlorad på grund av sjukdom och arbetsoförmåga (Försäkringskassan 2011). Sjuktalet ligger därmed genomgående på en något högre nivå än sjukpenningtalet men i trendbrott och utveckling följer de båda måtten varandra väl, se Figur 3.

Figur 3 Sjukpenningtalet och sjuktalet 1994–2013



Källa: Försäkringskassans officiella statistik

En fördel med sjuktalet framför sjukpenningtalet är den långa tidsserien som finns tillgänglig. Ett generellt påpekande som alltid bör lyftas fram vid användandet av dessa ”ohälsomått” är att de både direkt och indirekt påverkas av regeländringar i sjukförsäkringen.

Exempelvis ger införandet av en karensdag både indirekta och direkta effekter. Den indirekta effekten är att individens självrisk i försäkringen ökar vilket påverkar benägenheten för sjukskrivning. Den direkta effekten av införandet av en karensdag är att eftersom den första sjukdagen inte

ersätts så registreras inte heller endagssjukskrivningar i socialförsäkringsregistret. Denna direkta effekt av en regeländring är mer bekymmersam eftersom den påverkar vad måttet förmår att mäta.

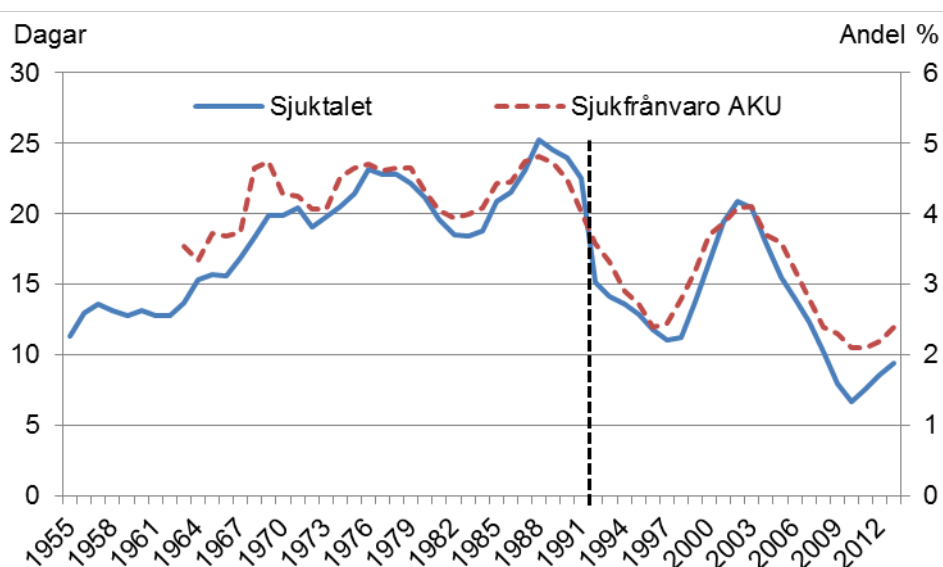
En annan avgörande förändring för sjuktalet inträffade 1992 då två veckors sjuklöneperiod infördes. Sjuklöneperiodens längd har förändrats ett antal gånger men är sedan 2005 återigen två veckor (Försäkringskassan 2011). Sjuklöneperioden innebär att sjukskrivningar som avslutas inom perioden inte fångas i sjuktalet. Analyser som genomförts har uppskattat att sjuktalet tappade omkring 4 dagar på denna förändring (t.ex. Lidwall m.fl. 2005).

Sjukfrånvaron enligt Arbetskraftsundersökningen

I rapporten används också den svenska arbetskraftsundersökningens (AKU) definition på sjukfrånvaro. Undersökningen har genomförts sedan 1961 och sedan 1963 ställs också frågor om frånvaro från arbetet samt orsaken till frånvaron, exempelvis sjukdom. AKU särskiljer också på om sjukfrånvaron omfattar hela eller endast del av den mätvecka som undersökningen avser. Definitionen av sjukfrånvaron enligt AKU är andel frånvarande från arbetet på grund av sjukdom hela mätveckan i procent av de sysselsatta i åldern 16–64 år. I Figur 4 visas utvecklingen av sjuktalet och sjukfrånvaron enligt AKU för hela mätveckan med brottet i sjuktalsserien på grund av de förändrade sjuklöneperioderna särskilt markerat.

En svaghet med AKU-måttet är att det är sämre på att fånga förändringar i längden på sjukskrivningarna (SCB 2003a). Det gäller t.ex. perioden 1998 till 2001 då sjuktalet ökade snabbare än AKU-måttet. Figuren indikerar dock en god samstämmighet mellan sjuktalet och sjukfrånvaron enligt AKU i trender och trendbrott. I samband med förändringar i sjuklöneperioderna är också effekten kraftigare på sjuktalet än AKU-måttet. I samband med införandet av sjuklöneperioden 1992 skedde en minskning i sjuktalet på drygt 30 procent mellan 1991 och 1992, medan nedgången i AKU-måttet mellan motsvarande år var drygt 10 procent. Värt att notera är dock att den trendmässiga nedgången från 1988 till 1996 är väldigt likartad mellan måtten, som båda uppvisar en minskning på drygt 50 procent. Sedan vänder AKU-måttet uppåt medan sjuktalet fortsätter sjunka eftersom sjuklöneperioden förlängdes till tre veckor i januari 1997. Från 2008 till 2010 får vi också en viss skillnad i förändringstakten på måtten vilket beror på att det framför allt är sjukfrånvaron i de längre sjukfallen som påverkas, vilket AKU-måttet, som nämnts ovan, är mindre känsligt för. Trenderna är dock likartade.

Figur 4 Sjuktalet (vänster axel) och sjukfrånvaro enligt AKU/SCB hela mätveckan som andel av sysselsatta (höger axel)



Källa: Försäkringskassans officiella statistik, arbetskraftsundersökningens (AKU) från SCB

En slutsats är att sjukfrånvaron enligt AKU kan användas för att illustrera utvecklingen av sjukfrånvaron över tid. Sjukfrånvaron enligt AKU samvarierar tydligt med Försäkringskassans sjukskrivningsmått samt täcker en mycket lång tidsperiod och lider inte av några avgörande tidsseriebrott.

I rapporten används olika mått på sjukfrånvaron och för att som läsare inte förvirras av detta visar genomgången att de olika måtten uppvisar samma mönster i trender och trendbrott.

Inflöde och varaktighet

Sjukfrånvarons nivå bestäms av storleken på inflödet av nya sjukfall och längden på sjukskrivningarna. Figur 5 illustrerar hur inflödet i nya sjukskrivningar längre än 28 dagar varierat över tid.³ Förändringarna i inflödet föregår förändringarna i nivån på sjukfrånvaron. För perioden före 1994 har vi inte tillgång till samma typ av data för att beskriva inflödet. I bilaga 1 (figur 35) redovisas däremot antalet pågående fall i olika falllängder, där den första är 30–59 dagar. Om förändringar i antalet pågående fall i denna falllängd får representera förändringar i inflödet så gäller sambandet även före 1990-talet.⁴

³ Sjuklöneperioden har varierat mellan 14 och 28 dagar under den tidsperiod som redovisas. För att få jämförbarhet över tid studeras inflödet efter dag 28.

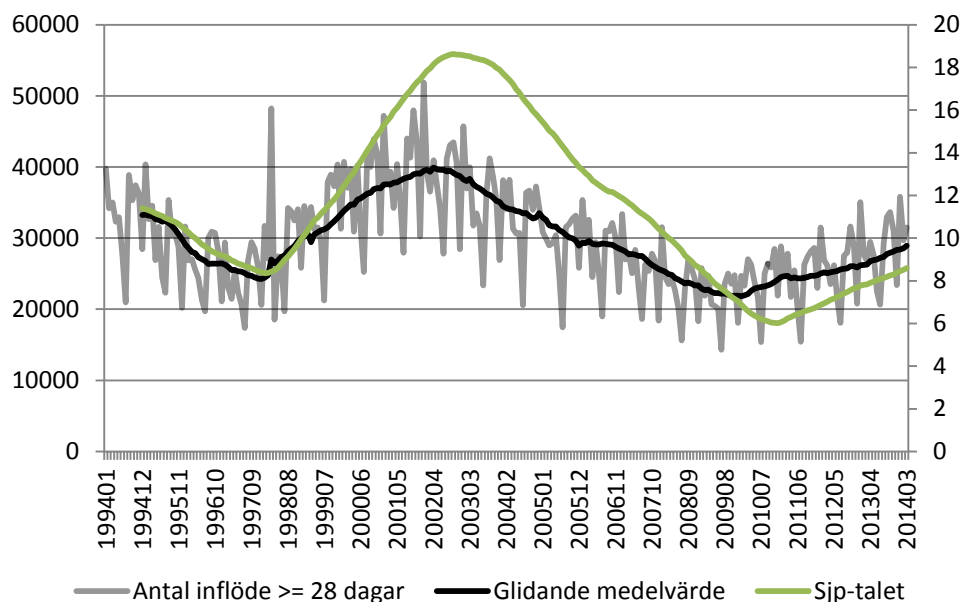
⁴ Minskat inflöde mellan 1975 och 1976 föregår sjukfrånvarominskningen 1976–1977, inflödesökning 1981–1982 föregår ökningen i sjukfrånvaro 1982–1983, minskat inflöde 1987–1988 föregår nedgången i sjukfrånvaro 1988–1989 osv. fram till vändningen i sjukfrånvaron senast 2010–2011 som föregås av ett ökat inflöde 2009–2010.

Sjukfallslängderna, eller sjukfallens varaktighet, samvarierar också med förändringarna i inflödet. I perioder av ökat inflöde tenderar också sjukfallens varaktighet att öka. På motsvarande sätt minskar varaktigheten under perioder av minskat inflöde.

Det mönster som framträder i samband med vändningarna både uppåt och nedåt är att inflödet tycks spela en viktig roll. Även om vi i dag inte har kunskap om de exakta mekanismerna bakom samvariationen mellan inflöde och varaktighet så förändras villkoren för administrationen snabbt framför allt vid stora uppgångar i inflödet (Socialförsäkringsrapport 2014:6). I Figur 5 framstår förändringen i inflöde som mindre dramatisk än den verkligen var ur administrationens perspektiv. Samtidigt med den ändrade trenden i inflödet så förkortades också sjuklöneperioden från 28 till 14 dagar. Antalet nya sjukfall att hantera ökade på årsbasis med över 30 procent i samband med denna förändring i april 1998.⁵

Internationella erfarenheter pekar på svårigheterna med arbetsåtergång vid långvarig sjukskrivning eller förtidspension (Gautier och van der Klaauw, 2011). Därför fokuseras oftast på att försöka påverka inflödet. Detta kan vara en källa till att förstå samvariationen med varaktigheten och inflödets centrala roll. Det kan vara så att svårigheterna med utflödet förstärks under perioder med ökande inflöde och den påfrestning på administrationen som det ger upphov till.

Figur 5 Inflödet i nya sjukskrivningar längre än 28 dagar per månad och som 12 månaders glidande medelvärden (vänster axel) samt sjukpenningtalet (höger axel)

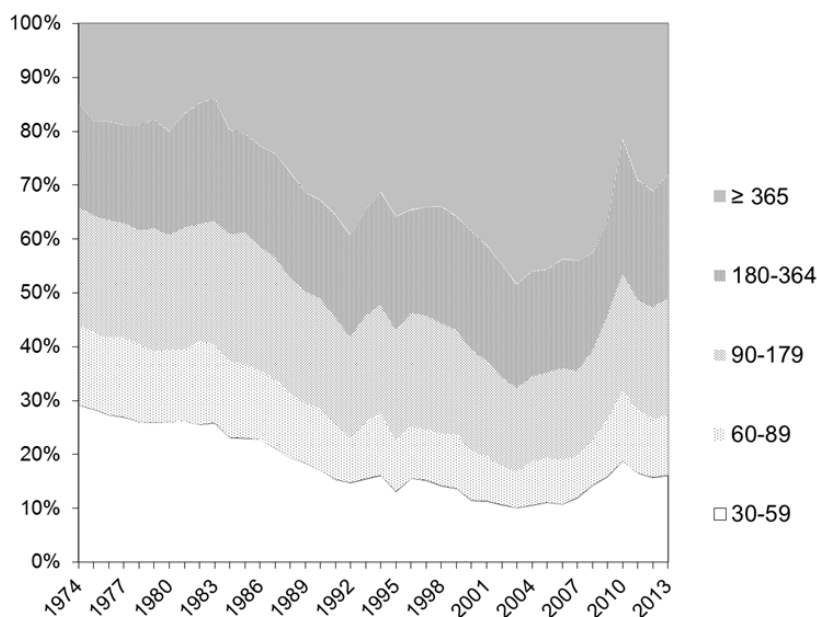


Källa: Försäkringskassan (MIDAS)

⁵ Inflödet under 12-månadersperioden april 1997 till mars 1998 låg på 524 000 nya sjukfall att handlägga, och för perioden april 1998 till mars 1999 på 686 000.

I Figur 6 beskrivs också hur sammansättningen av de pågående sjukfallen utifrån sjukfallslängd varierat under tider av högre eller lägre sjukfrånvaro. Lägg märke till att när det aggregerade måttet för sjukfrånvaron ökar så ökar *andelen långa sjukfall*, dvs. uppbyggnad av större volymer av längre sjukskrivningar driver uppgångar i det aggregerade måttet. Historiskt sett har denna återkommande företeelse haft stor betydelse för variationen i sjukskrivningarnas nivå. Detta, som diskuteras mer ingående senare, har tidvis lett till en ”avlastning” av långa sjukfall över till förtidspensioner (sjukersättning).

Figur 6 Pågående sjukskrivningar fördelade på sjukskrivningslängd i december 1974–2013

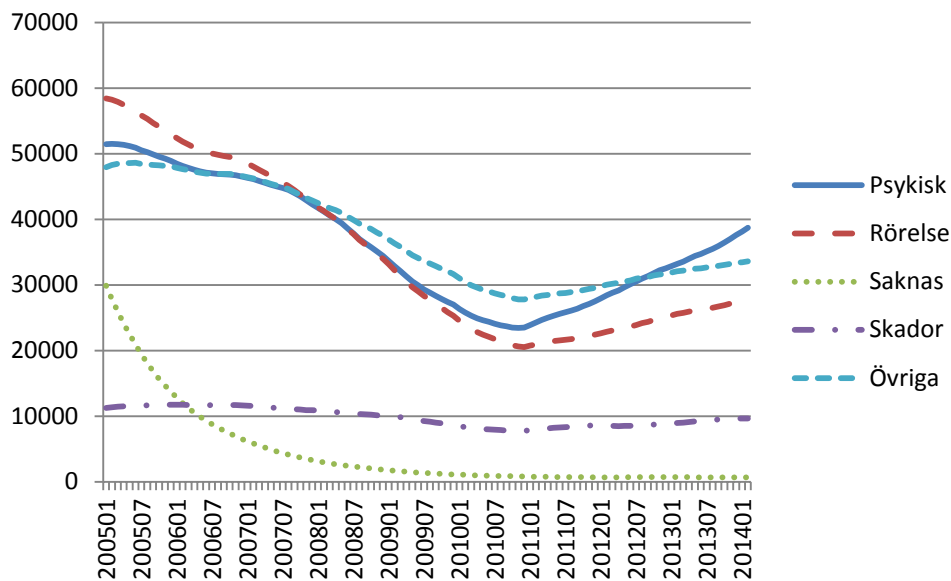


Källa: Försäkringskassan

Sjukskriving och diagnoser

Från mitten av 2000-talet kan Försäkringskassan redovisa diagnoser för nystartade sjukfall. I Figur 7 visas att de psykiska sjukdomarna och rörelseorganens sjukdomar uppvisar större variation över tid jämfört med övriga diagnoskapitel. Under nedgångsperioden minskade rörelseorganens sjukdomar mest, följt av den psykiska ohälsan. Under den nuvarande uppgången är det de psykiska diagnoserna som står för den kraftigaste uppgången följt av rörelseorganens sjukdomar. Det tyder på att dessa diagnosgrupper är de som är mest känsliga då sjukfrånvaron förändras.

Figur 7 Antalet pågående sjukfall (rullande 12-månaders medelvärden) i olika diagnosgrupper

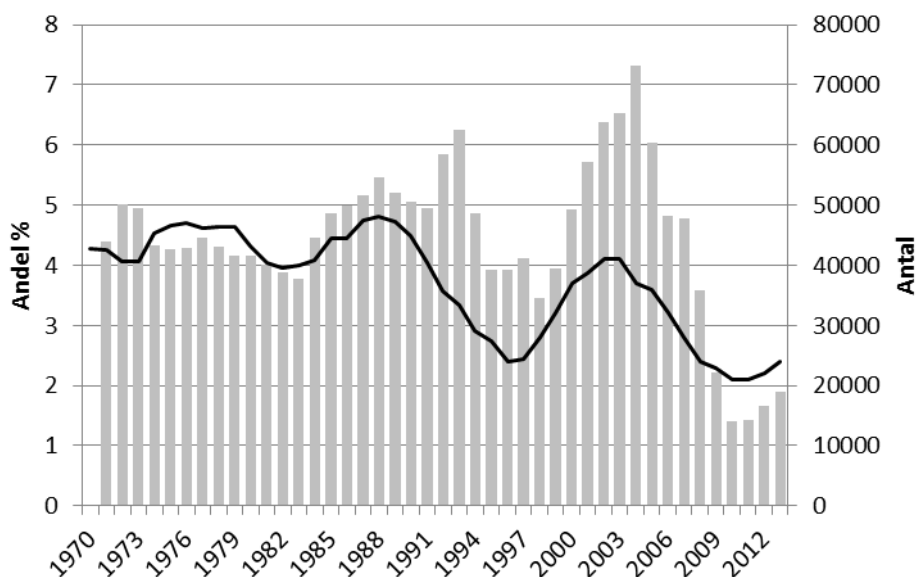


Källa: Försäkringskassan (MIDAS)

Samspelet med sjukersättningen

I Figur 8 framgår att det finns en stark samvariation mellan sjukfrånvaron och nybeviljandet av sjuk- eller aktivitetsersättning (före 2003 förtidspension och sjukbidrag). Under perioder av sjunkande sjukfrånvaro tenderar nybeviljandet att gå ner och under perioder av stigande sjukfrånvaro tenderar nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättningar att öka. Det hänger samman med att långvarig sjukskrivning är den främsta basen för sjukersättningen (se Figur 9). Under perioder med ökande sjukfrånvaro tenderar också antalet längre sjukskrivningar att öka. Det omvända gäller oftast i perioder av sjunkande sjukfrånvaro.

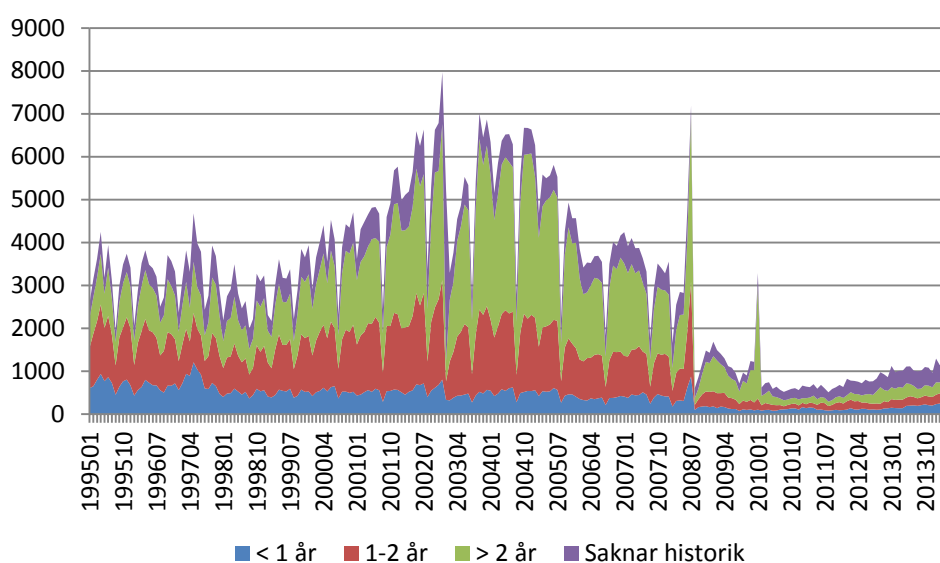
Figur 8 Sjukfrånvaron enligt AKU/SCB (linje vänster axel) och antalet nybeviljade sjuk- eller aktivitetsersättningar (stapel höger axel)



Källa: Försäkringskassans officiella statistik, arbetskraftsundersökningen (AKU), SCB

Det finns också ett annat samband som är tydligast i anslutning till de stora nedgångarna i sjukfrånvaron under inledningen av 1990-talet och efter 2003. Delar av nedgångarna i sjukfrånvaron är resultat av ett ökat nybeviljande av sjukersättning, vilket innebär att ett större antal längre sjukskrivningar lyfts över från sjukskrivning till en permanent ersättning. Notera att de högsta nivåerna för nybeviljandet inträffar efter det att sjukfrånvaron börjat vända nedåt.

Figur 9 Nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar fördelat på om de kommer från sjukfall i olika falllängder. Per månad



Källa: Försäkringskassan (MIDAS)

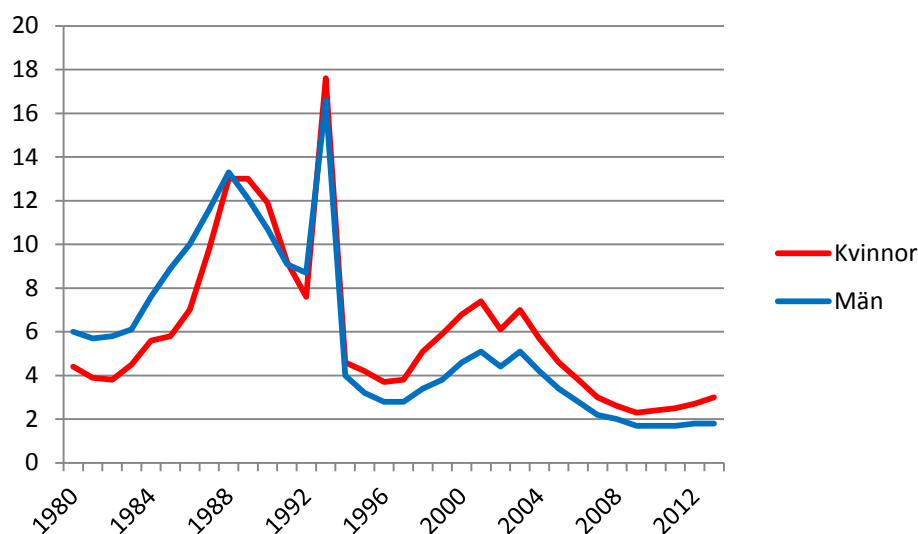
Från 2009/2010 kombineras en historiskt låg nivå på sjukfrånvaron med en likaledes historiskt låg nivå på nybeviljandet av sjukersättning. Det är både en effekt av att den tidsbegränsade sjukersättningen tagits bort och skärpta regler för att beviljas stadigvarande ersättning. I den nuvarande uppgången av sjukfrånvaron spelar dessa förändringar i regelverket kring sjukersättningen in. Det innebär att en del av den nuvarande uppgången i sjukfrånvaron kan hänföras till att individer under nuvarande regelverk kvarstår i sjukskrivning i stället för att flyttas över till sjukersättningen (Försäkringskassan 2014c).

Dessa kopplingar som finns mellan sjukskrivningar och sjukersättningar är viktigt att ha med sig som bakgrund in i de fortsatta analyserna av väsentliga förklaringar, utöver regelförändringar, till de senaste decenniernas upp- och nedgångar i sjukfrånvaron.

Samspelet med arbetsskadeförsäkringen

En annan del av socialförsäkringssystemet som kan påverka nivå och variation i sjukskrivning är arbetsskadeförsäkringen. I slutet av 1970-talet vidgades definitionen av arbetssjukdomar, och antalet ärenden som togs upp för prövning i domstol ökade kraftigt, vilket visas i Figur 10.

Figur 10 Anmälda arbetssjukdomar per 1000 förvärvsarbetande 1980–2013



Källa: Arbetsmiljöverket

Andelen godkända arbetssjukdomar ökade stadigt under hela 1980-talet och närmade sig nivån för andelen godkända arbetsskador till följd av olycksfall som traditionellt varit hög (SOU 1998:37). Väntetiden för att få en arbetsskada godkänd var dock lång. De personer som väntade på ett beslut förblev ofta sjukskrivna under vänteperioden. Detta bör ha bidragit till sjukfrånvarons uppgång under 1980-talet. I början av 1990-talet skedde en åtstramning av arbetsskadebegreppet. Både antalet anmälda och beviljade arbetsskador minskade kraftigt. Det bör ha påverkat antalet pågående sjukskrivningar där den försäkrade väntade ett beslut kring arbetsskadan.

Sjukfrånvaro och folkhälsa

I detta kapitel behandlas frågan i uppdraget om folkhälsans utveckling har genomgått perioder med stora förändringar i hälsa och om de sammanfaller med sjukfrånvarons utveckling. För att undersöka detta använder vi självrapporterade indikatorer på hälsa och hälsorelaterade beteenden enligt undersökningen om levnadsförhållanden (ULF), det nationella patientregistret samt dödsorsaksregistret.

Folkhälsans utveckling enligt Folkhälsorapporten

Vi börjar med att sammanfatta Folkhälsorapportens slutsatser (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen 2013). Vi kan konstatera att folkhälsan mätt i medellivslängd under flera decennier ökat. En förklaring som lyfts fram är den stora minskningen i hjärt- och kärlsjukdomar för män. Också stroke har minskat totalt sett, men där ses en viss ökning för åldersgruppen 35–44 år. I och med att tidigare stora diagnoser minskat ökar cancer relativt som dödsorsak. Den generella trenden för bakomliggande faktorer för dessa sjukdomar är rökning (minskar) och fetma och fysisk inaktivitet (ökar).

Den ökade folkhälsan (mätt i medellivslängd) ökar inte proportionerligt för alla grupper. Folkhälsorapporten pekar på utbildning och kön som förklaringsfaktorer till skillnader i hälsa, där kvinnor i förvärsarbetande ålder med grundskoleutbildning har en sämre utveckling. Att mäta folkhälsa via medellivslängd är dock ett trubbigt mått att applicera på ohälsa som kan orsaka nedsatt arbetsförmåga. När vi ser till den psykiska ohälsan är den sämre för unga i dag än under 1990-talet. Ett annat tillstånd som ökat under samma period är övervikt och fetma för personer under 50 år, där övervikt är vanligare för män medan fetma fördelar sig jämnt mellan könen.

Självrapporterade indikatorer på hälsa enligt undersökningen om levnadsförhållanden (ULF)

ULF-undersökningen har genomförts sedan 1975 i syfte att följa utvecklingen av den svenska befolkningens levnadsförhållanden. Under 2007 genomgick undersökningen omfattande förändringar (SCB 2010) vilket har gjort att vissa indikatorer inte alls kan följas över tid eller att jämförbarheten påverkats. Insamlingsmetoden förändrades också med övergång från kostsammare besöksintervjuer till telefonintervjuer. Delvis som en följd av detta ökade bortfallet av svarande från omkring 25 procent till närmare 40 procent.

Svarsbortfall är sällan slumpmässigt och är generellt högre bland män, yngre och i grupper med högre socioekonomisk status (Linden-Boström M och C Persson 2013). Ett högre svarsbortfall behöver dock inte betyda att representativiteten i undersökningen går förlorad. Problematiskt är det om

individerna i svarsbortfallet systematisk avviker när det gäller undersökningsvariablerna kring levnadsförhållanden i ULF. Likaså kan det bli problem att följa hälsoutvecklingen över tid i en undersökning som ULF om det finns systematiska och ökande skillnader i hälsa mellan de som svarar och de som inte svarar på enkäten förhållanden (SCB 2003b, Lindén-Boström M och C Persson 2013). Snedvridning kan antas vara mindre problematisk om det primära intresset knyts till grupper med fastare anknytning till arbetsmarknaden där bortfallet är mindre (Martikainen m.fl. 2007).

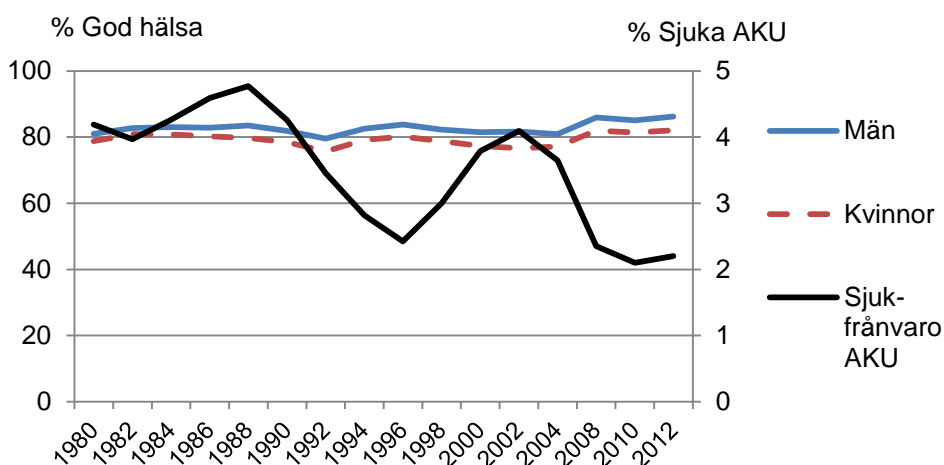
För studiet av utvecklingen över tid är möjligtvis ett ökat svarsbortfall mer problematiskt och utvecklingen av hälsostatusen för personer i arbetsför ålder i befolkningen bör därför tolkas med försiktighet. Med utgångspunkt i SCB:s analys av hur förändringen 2007 påverkat jämförbarheten över tid (SCB 2010), redovisas här endast de indikatorer som är jämförbara över en längre tidsperiod.

Sjukfrånvaron över tid redovisas som procentandelar av den sysselsatta delen av befolkningen i åldern 16–64 år från AKU. Som visats tidigare i rapporten överensstämmer sjukfrånvaron enligt AKU väl med sjuktalet.

Självrapporterat hälsotillstånd

Andelen som rapporterar god eller mycket god hälsa har legat relativt stabilt på omkring 80 procent och samvariationen med sjukfrånvaron är svag, se Figur 11. En något högre andel män rapporterar god hälsa. I den äldsta åldersgruppen 45–64 år har andelen med god hälsa varit lägre bland både kvinnor och män, se Bilaga 2 Tabell 8.

Figur 11 God eller mycket god hälsa för kvinnor och män i befolkningen 16–64 år i SCB/ULF 1980–2012⁶ (vänster vertikal axel) och sjukfrånvarande hela mätveckan enligt SCB/AKU (höger vertikal axel)

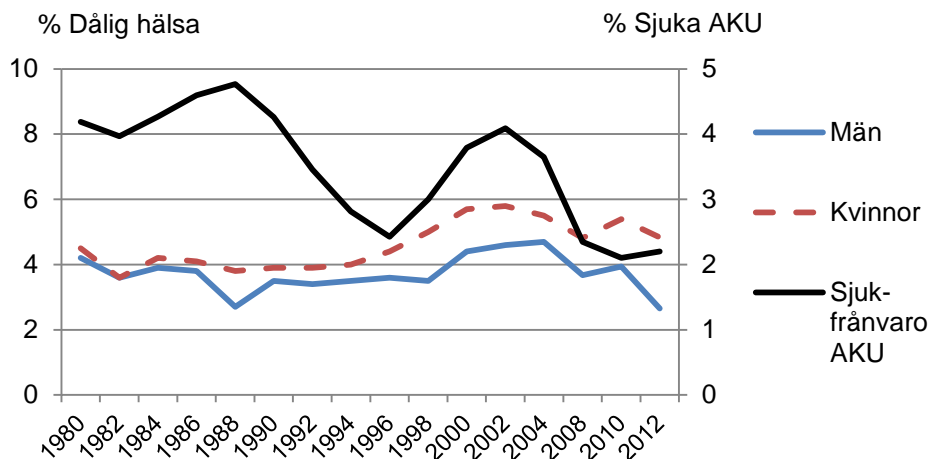


Källa: ULF/AKU, SCB

⁶ Anger det årtal när undersökningen startade, exempelvis indikerar 1980 att undersökningen genomfördes 1980–1981.

Andelen som rapporterar dålig hälsa bör ha en starkare koppling till sjukfrånvaron. Individer som uppger dålig eller mycket dålig hälsa följer sjukfrånvaron under en tioårsperiod från slutet av 1990-talet. Andelen som rapporterar dålig hälsa har legat på omkring 4 procent fram till slutet av 1990-talet för att därefter öka fram till 2004/05 för att därefter återigen minska. Sannolikt beror detta delvis på demografiska förändringar med stora kullar av individer födda på 1940-talet som först närmar sig pensionsålder och sedan lämnar arbetskraften. Andelen kvinnor som upplever dålig hälsa är högre och skillnaderna förefaller ha ökat över tid i likhet med könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Oroväckande är den trendmässiga utveckling som yngre uppvisar, visserligen från en låg nivå, men andelen som rapporterar dålig hälsa ökar både i åldern 16–24 år och i åldern 25–44 år, se Bilaga 2 Tabell 8.

Figur 12 Dålig eller mycket dålig hälsa för kvinnor och män i befolkningen 16–64 år i SCB/ULF 1980–2012 (vänster vertikal axel) och sjukfrånvarande hela mätveckan enligt SCB/AKU (höger vertikal axel)



Källa: ULF/AKU, SCB

Läkarbesök för egen sjukdom

I ULF undersökningen ställs en fråga om individen uppsökt läkare för egen sjukdom under de senaste tre månaderna och omkring 30 procent av männen och 40 procent av kvinnorna uppger detta, se Figur 13. Det är rimligt att det finns en viss samvariation med sjukfrånvaron eftersom sjukskrivning längre än en vecka kräver läkarintyg. Läkarbesöken tenderade att öka under de år då sjukfrånvaron ökade för att sedan minska när sjukfrånvaron minskade. Under de senaste åren då sjukfrånvaron åter ökat har också läkarbesöken ökat. Läkarbesöken är vanligare bland de i åldern 45–64 år, men under senare år förefaller en ökning skett främst i yngre åldersgrupper, se Bilaga 2, Tabell 8.

Livsstilsfaktorer

Sömnbesvär

Sömnens betydelse för hälsa och välbefinnande kan knappast överdrivas. En litteratursammanställning (Léger m.fl. 2010) samt även svenska studier (se Åkerstedt m.fl. 2007 och 2010) har visat på sambandet mellan sömnsvårigheter och risken för långvarig sjukskrivning. I ULF ställs frågan om individen haft besvär med sömnen de senaste två veckorna. Sömnbesvären verkar ha ökat trendmässigt över tid, se Figur 13. Särskilt ökade andelen som rapporterade sömnbesvär under senare delen av 1990-talet då också sjukfrånvaro ökade markant. Från 2002/2003 minskade sjukfrånvaron liksom sömnproblemen men de senare har fortsatt att stiga fram till 2012 särskilt bland kvinnor. För kvinnor ligger sömnproblemen på en högre nivå än för män och skillnaderna har ökat över tid särskilt under 2000-talet, se Bilaga 2. SCB har också konstaterat brister i det psykiska välbefinnandet där sömnbesvär, trötthet, oro eller ångest är vanligare bland kvinnor än bland män och har ökat över tid från 1980-talet till mitten av 2000-talet, särskilt bland unga (SCB 2006).

Äldre upplever i högre grad sömnproblem än yngre bland både kvinnor och män (Bilaga 2). Särskilt bland kvinnor har skillnaderna mellan åldersgrupperna ökat över tid. Bland kvinnor i åldrarna under 45 år har andelen med sömnproblem under de senaste 30 åren ökat från 10 till 30 procent.

Fetma och övervikt

Det finns ett tydligt samband mellan övervikt, fetma⁷ och sjukfrånvaro, särskilt när det gäller fetma (Neovius m.fl. 2009). För denna indikator är antalet mätpunkter färre men fetma och övervikt har ökat över tid och andelen är större bland män än kvinnor, se Figur 13.

En svensk studie har också indikerat en ökning över tid i den del av den långvariga sjukfrånvaron som kan hänföras till övervikt och fetma på grund av att allt fler är exponerade för denna riskfaktor (Lidwall m.fl. 2009). Övervikten ökade markant bland kvinnor och män i alla åldrar från 1980/81 fram till mitten av 2000-talet, se Bilaga 2. Under senare år förefaller denna utveckling ha mattats av, möjligtvis med undantag för åldersgruppen 25–44 år.

Rökning och alkohol

Rökning har stor betydelse för folkhälsans utveckling. Enligt Socialstyrelsens beräkningar dog cirka 12 000 personer per år i Sverige på grund av rökning under perioden 2010–2012 (Socialstyrelsen 2014a). Under samma period orsakade rökning att knappt 100 000 personer per år insjuknade, främst i lungsjukdomar, hjärt-kärlsjuklighet och cancer. Detta trots att allt färre i befolkningen är dagligrökare, se Figur 13. År 2012 rökte 13 procent av männen och 14 procent av kvinnorna dagligen vilket sedan 1980/81 är en

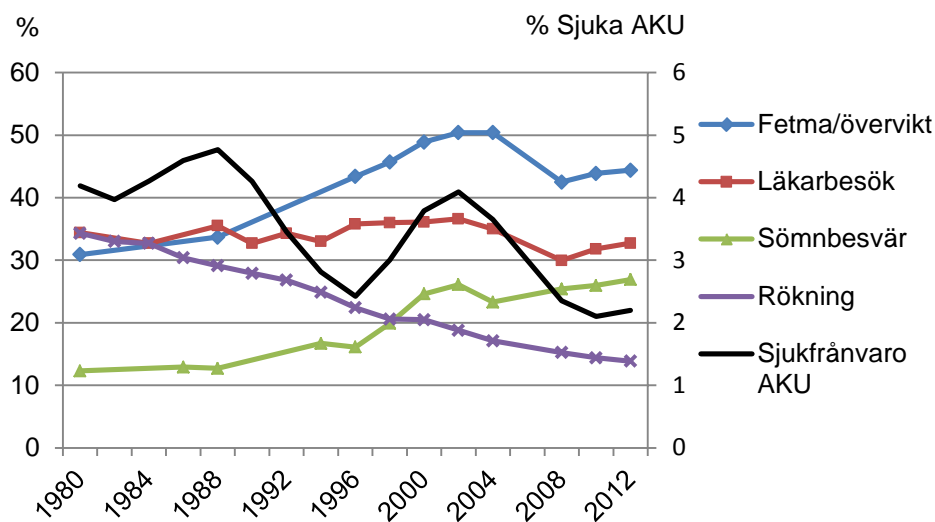
⁷ Body Mass Index (BMI) är kroppsvikt i relation till kroppslängd enligt formeln kg/m^2 . Fetma innebär ett BMI på över 30 och övervikt ett BMI över 25.

minskning med 23 respektive 18 procentenheter för män och kvinnorna, se Bilaga 2.

Alkoholkonsumtion har enligt flera studier en positiv samvariation med sjukfrånvaro både i Sverige (Norström 2006, Lidwall och Marklund 2011) och i Norge (Norström och Moan 2009). Denna samvariation har även konstaterats i studier på individdata (se t.ex. Johansson m.fl. 2009). Kopplingen på individ och gruppnivå mellan hög alkoholkonsumtion och negativa sociala och hälorelaterade effekter kan knappast ifrågasättas (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen 2013).

Den totala alkoholkonsumtionen (inklusive oregistrerade alkoholdelmängder)⁸ ökade i slutet av 1990-talet men ökningen mattades av i mitten av 2000-talet (Ramstedt m.fl. 2013). Detta samvarierar med sjukfrånvarons minskning, se Bilaga 2 Tabell 10. I och med att storkonsumenterna i allmänhet konsumerar mer oregistrerad alkohol är Systembolagets försäljning en bättre indikator på konsumtionen för normalkonsumenten (Ramstedt m.fl. 2013). I så fall förefaller totalkonsumtionen bland normalkonsumenterna ha fortsatt öka under 2000-talet vilket kan vara bekymmersamt ur ett folkhälso-perspektiv, se Bilaga 2 Tabell 10.

Figur 13 Andelen övervikt eller fetma, läkarbesök, sömnbesvär och andelen dagligrökare i befolkningen 16–64 år i SCB/ULF 1980–2012⁹ (vänster vertikal axel) och sjukfrånvarande hela mätveckan enligt SCB/AKU (höger vertikal axel)



Källa: ULF/AKU, SCB

⁸ Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet redovisar den totala konsumtionen av alkohol i Sverige och dess olika delmängder med speciellt fokus på konsumtion av oregistrerad alkohol.

⁹ Information om läkarbesök för egen del och livsstilsfaktorer är insamlade vid olika tidpunkter. Varje mättillfälle är markerat med en brytpunkt i figuren, exempelvis genomfördes ingen mätning 2006 för någon av dessa variabler.

Sammanfattning av självrapporterade besvär, läkarbesök och livsstilsfaktorer

Självrapporterad hälsa och livsstil är viktiga folkhälsoindikatorer. Sammanfattningsvis ser vi att andelen med en god eller mycket god hälsa har legat på en relativt stabil nivå. Den tycks inte samvariera med sjukfrånvarons utveckling. Däremot samvarierar utvecklingen av dålig eller mycket dålig hälsa med sjukfrånvaron sedan slutet av 1990-talet. En liknande trend visar även självrapporterade sömnbesvär och läkarbesök. Denna samvariation är rimlig då ett sjukfall längre än en vecka kräver läkarintyg.

Livsstilsfaktorer har stor betydelse för folkhälsans utveckling. Andelen dagligrökare har minskat succesivt från 1980-talet men samvarierar dock inte med sjukfrånvarons utveckling. Utvecklingen av fetma och övervikt följer i stort sjukfrånvarons utveckling från 1996 och framåt. Även alkohol påverkar folkhälsa och där ser vi att den totala alkoholkonsumtionen ökade i slutet av 1990-talet men att ökningen mattades av i mitten av 2000-talet, vilket samvarierade med sjukfrånvarons minskning.

Sjukdomar i slutenvård

I detta avsnitt redovisas slutenvård för de största diagnosgrupperna 1989–2012 ur ett folkhälsoperspektiv hämtade från Socialstyrelsens patientregister vilket innebär alla avslutade tillfällen¹⁰ för sjukhusvårdade personer. För tumörsjukdomar visas kompletterande information från cancerregistret.

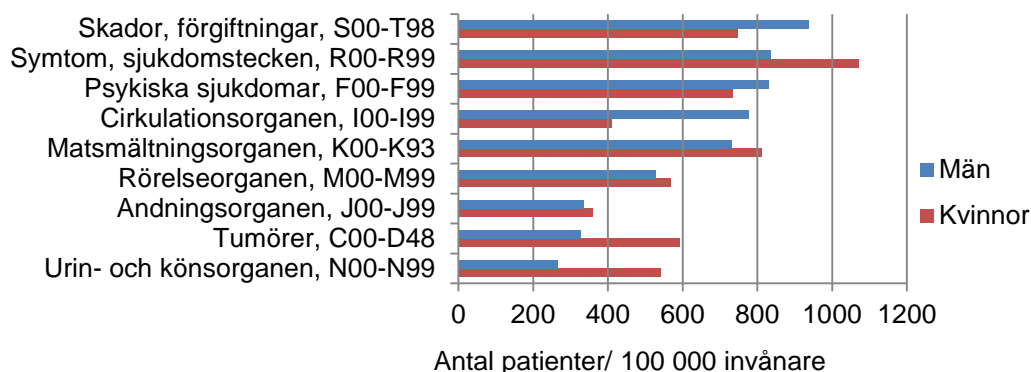
Över tid har stora förändringar skett i antalet avslutade slutenvårdsfall för ett flertal diagnoser. Viktigt att notera är att förändringar över tid av vårdfall inte behöver spegla en försämrad eller förbättrad folkhälsa. Förändringarna kan bero på teknisk och medicinsk utveckling som har påverkat diagnostik och behandling. Strukturella förändringar inom sjukvården kan också ha betydelse. Därutöver har vissa sjukdomstillstånd förts över till den öppna sjukvården vilket har lett till en minskad förekomst av vissa diagnosgrupper.

Under 2012 avslutade totalt 459 000 personer i åldern 15–64 år vårdtillfällen inom slutenvård. Graviditetsrelaterade diagnoser var det vanligaste diagnoskapitlet år 2012 för kvinnor i åldern 15–64 år med 3 919 kvinnor per 100 000¹¹ kvinnor, se Bilaga 2 Tabell 11. Övriga vanligt förekommande diagnoser för kvinnor och män framgår av Figur 14. Dessa överensstämmer delvis med de tre sjukskrivningsdiagnoser med i genomsnitt flest antal påbörjade sjukfall längre än 14 dagar under perioden 2009–2010, rörelseorganens sjukdomar, psykisk sjukdom och skador och förgiftningar (Lidwall 2014).

¹⁰ Slutenvård avser hälso- och sjukvård när den ges till patient inskriven vid vårdenhet inom den specialiserade slutenvården oavsett finansieringsform. Endast vårdtillfällen med giltiga huvuddiagnoser, köns-, ålders- och länsuppgifter samt in- och utskrivningsdatum ingår i tabellerna i Socialstyrelsens statistikdatabaser. Besök och behandlingar inom den öppna sjukvården ingår inte i rapporten.

¹¹ I åldersgruppen 25–44 år dessa diagnoser betydligt vanligare, drygt 8 000 patienter per 100 000 kvinnor.

Figur 14 Antal patienter/100 000 invånare i åldern 15–64 år i Sverige i de vanligaste diagnoskapitlen¹² i slutenvårdregistret 2012



Källa: Slutenvårdregistret, Socialstyrelsen

Utveckling över tid för avslutade vårdtillfällen och sjukfrånvaro

Utvecklingen över tid för avslutade vårdtillfällen¹³ och sjukfrånvaron mätt som sjuktalet¹⁴ för kvinnor och män i åldern 15–64 år presenteras för de största diagnoskapitlen för perioden 1998–2012. I Bilaga 2 presenteras även utvecklingen per diagnos för respektive åldersgrupp 15–24 år, 25–44 år och 45–64 år.

Skador och förgiftningar ligger på en stabil nivå kring 840–900 fall per 100 000 invånare och år mellan 1998 och 2012. En sjunkande trend av skador och förgiftningar ses från 2005 för män i de två yngsta åldersgrupperna, mer uttalat för gruppen 15–24 år. Symtom, sjukdomstecken och onormala fynd minskar mellan 1998 och 2003 för att därefter öka igen till samma nivå som 1998 se Bilaga 2 Tabell 11. Ingen av dessa två diagnosgrupper följer sjukfrånvarons utveckling.

Utvecklingen av rörelseorganens sjukdomar visar inte på några större förändringar över tid, se Figur 15, och följs åt för kvinnor och män, se Bilaga 2 Tabell 12. Sjukdomar i rörelseorganen är vanligast i åldersgruppen 45–64 år och en ökande trend ses under 2000-talet för både kvinnor och män, vilket innebär ett negativt samband med sjukfrånvarons utveckling.

För psykisk sjukdom ses en uppåtgående trend från 2003 samtidigt som sjukfrånvaron minskar, se Figur 15. Psykisk sjukdom är vanligare bland män än bland kvinnor men skillnaden mellan könen har minskat något sedan början på 2000-talet, se Bilaga 2 Tabell 11.

¹² Symtom, sjukdomstecken och onormala fynd, främst kopplat till cirkulationsorganen, matsmältningsorganen samt allmänna symtom och sjukdomstecken.

¹³ Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, diagnosgrupp och per geografiskt område.

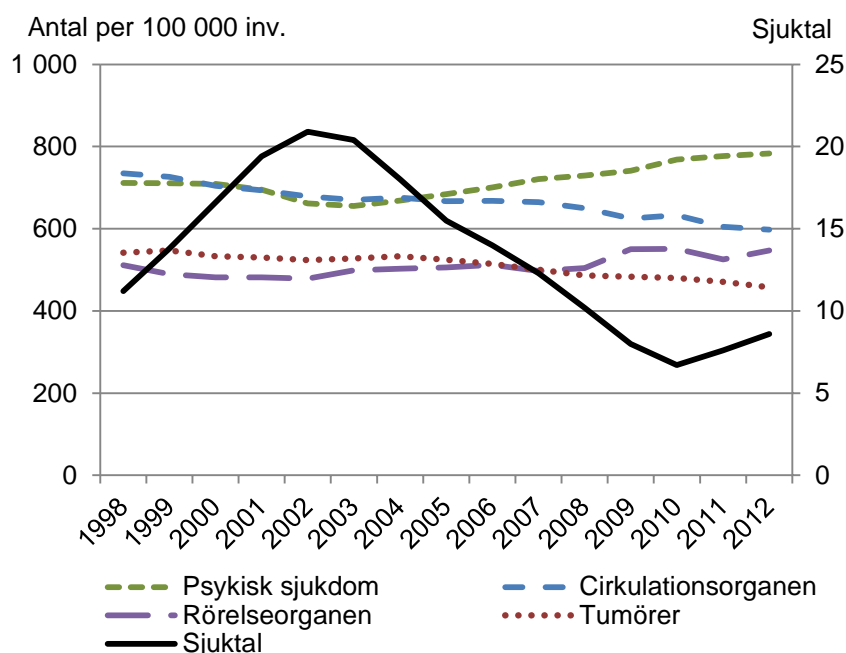
¹⁴ Antal utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning.

I åldern 15–24 år har psykisk sjukdom ökat med 69 respektive 66 procent för kvinnor och män mellan 1998 och 2012. Från slutenvårdsregistret framgår att medelvårdtiden för psykisk sjukdom minskar från 20 dagar 1998 till 13 dagar 2012¹⁵.

Totalt minskar slutenvård för cirkulationsorganens sjukdomar, se Figur 15 och utvecklingen följer inte förändringarna i sjukfrånvaron. Den stora diagnosgruppen inom cirkulationsorganens sjukdomar, ischemisk hjärtsjukdom, debuterar generellt tidigare hos män och är därför vanligare bland männen, se Bilaga 2 Tabell 12. Skillnaden mellan kvinnor och män minskar i åldersgruppen 45–64 år och förklaras av en kraftigare en minskning bland männen.

Tumörsjukdomar minskar över tid i slutenvårdsregistret (Figur 15) och samvarierar inte med sjukfrånvarons utveckling. Vid en jämförelse med Cancerregistret¹⁶ under perioden 1970–2012 för åldersgruppen 15–64 år ser vi att tumörsjukdomar ökar. För kvinnor ses en ökning över hela perioden. För män ökar cancer fram till och med 2004 och därefter ses en variation i utvecklingen, se Figur 16. De två stora grupperna bröstcancer och prostatacancer utgör drygt 30 procent av tumörsjukdomar för kvinnor respektive män (Socialstyrelsen, 2014b).

Figur 15 Antal patienter per 100 000 invånare, 15–64 år, 1998–2012 med psykisk sjukdom, cirkulationsorganens och rörelseorganens sjukdomar samt tumörer i slutenvårdsregistret (vänster vertikal axel) och sjuktal (höger vertikal axel)

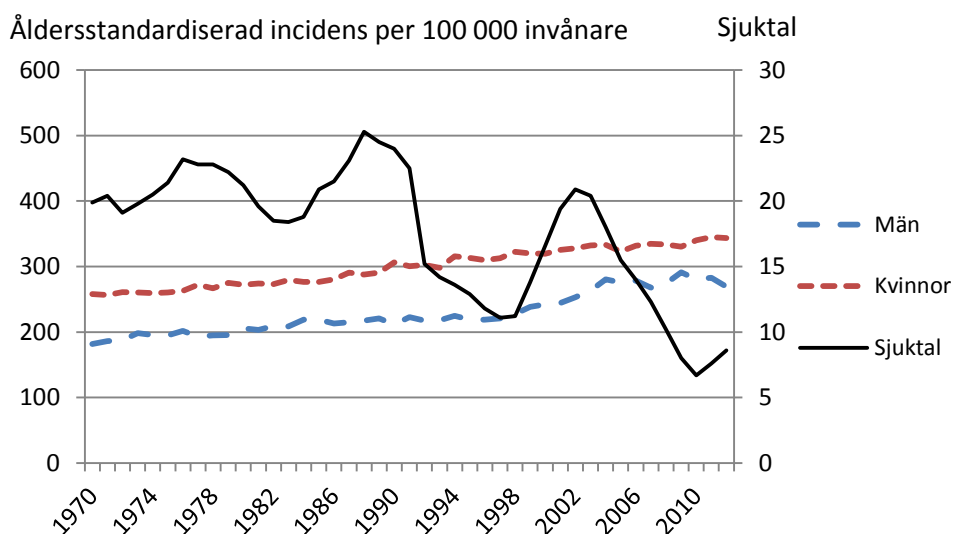


Källa: Slutenvårdsregistret, Socialstyrelsen och Försäkringskassan

¹⁵ Summa vårdtid dividerat med summa vårdtillfallen.

¹⁶ Åldersstandardiserad incidens (antal nyupptäckta fall) per 100 000 invånare och år från Socialstyrelsens Cancerregister.

Figur 16 Åldersstandardiserad incidens per 100 000 invånare, 15–64 år, 1970–2012 med tumörsjukdomar (vänster vertikal axel) och sjuktal (höger vertikal axel)



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen och Försäkringskassan

Sammanfattande diskussion om slutenvård

Förändringar över tid för de vanligaste kapitlen i slutenvårdsregistret samvarierar i liten grad med sjukfrånvarons utveckling. Utvecklingen i slutenvård beror inte alltid på ett förändrat hälsotillstånd i befolkningen utan kan spegla förändringar i diagnosticering och behandling av sjukdomar samt organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvården. Tumörsjukdomar är ett exempel på detta. Siffror från Cancerregistret visar att nyinsjuknandet ökar medan slutenvårdsregistret visar på en minskning av tumörsjukdomar. Även förändringar i ålderssammansättning kan påverka jämförbarheten över tid då vi inte presenterar åldersstandardiserade siffror från slutenvård. Det kan dock inte förklara de skilda trenderna från Cancerregistret respektive slutenvårdsregistret.

Ökningen av psykisk sjukdom sammanfaller med en minskad sjukfrånvaro och skulle kunna bero på förändringar i diagnostik och behandling och att personer med psykisk sjukdom inom slutenvård förmodligen är personer med en allvarligare grad av sjukdom. Med slutenvårdsdata fångar vi inte personer med lättare psykisk sjukdom där diagnosticering och behandling oftast sker i den öppna vården. Om den öppna vården inte förmår att adekvat diagnostisera och behandla lättare psykisk sjukdom skulle det kunna innebära att ett ökat antal patienter uppsöker slutenvård. En annan möjlig förklaring kan vara en ökad genomströmning av patienter då vårdtiderna har blivit kortare vilket ökar möjligheterna för fler med psykisk sjukdom att vårdas inom slutenvård.

För rörelseorgansens sjukdomar, ses med start från 2003 en ökande trend för både kvinnor och män i den äldsta åldersgruppen 45–64 år. Likaså ses en minskande trend för skador och förgiftningar för män, som delvis följer den minskade sjukfrånvaron.

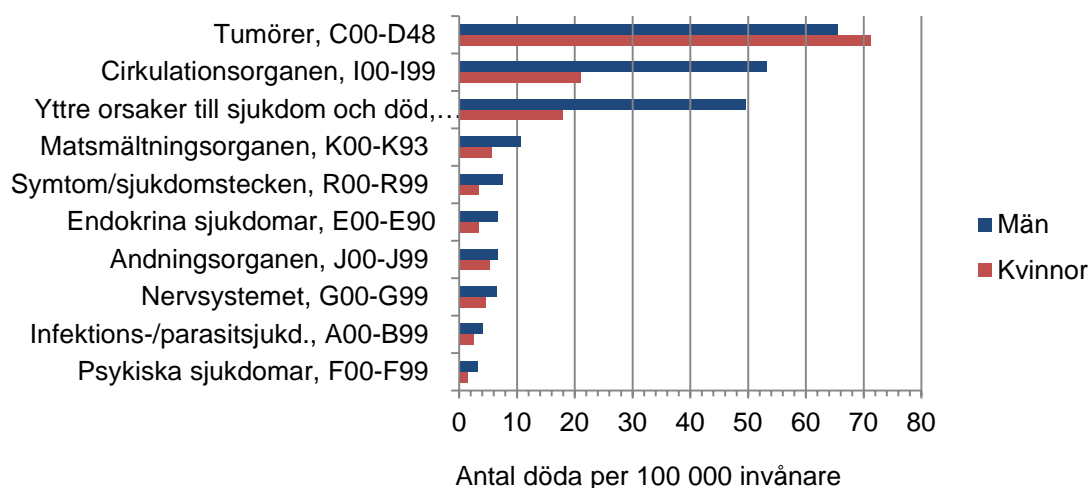
Dödsorsaker

Kvinnor lever längre än män, även om utvecklingen av dödligheten de senaste decennierna har varit mer gynnsam för män. Antalet dödsfall¹⁷ i åldrarna 15–64 år är få och de vanligaste dödsorsakerna år 2013 för både kvinnor och män är tumörsjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar samt yttre orsaker (skador och förgiftningar) till död, se Figur 17. Männen dominerar bland dödsfall i cirkulationsorganens sjukdomar och yttre orsaker till sjukdom och död. Något fler kvinnor än män avlider med tumörsjukdom som huvuddiagnos, se Bilaga 2 Figur 37.

En sjunkande trend ses för den totala dödligheten för både kvinnor och män mellan 1997 och 2013. Minskningen har gått snabbare för män (41 procent) jämfört med 28 procent för kvinnor över en 16-årsperiod, se Figur 18. En bidragande orsak till den större minskningen bland män kan tillskrivas den minskade dödligheten i hjärtkärlsjukdom, se Bilaga 2 Figur 37.

Sammanfattningsvis är dödlighet en viktig indikator på folkhälsan men vi ser inte att sjukfrånvarons utveckling samvarierar med de generella dödstalen under perioden. Däremot visar studier att sjukfrånvaro där läkarintyg har utfärdats innebär en ökad risk för förtida död (Kivimäki M, m.fl. 2003, Ferrie J, m.fl. 2009), både vad gäller kortare men framför allt för längre sjukfall (Björkenstam m.fl. 2014).

Figur 17 Antal döda per 100 000 i befolkningen¹⁸ i åldern 15–64 år i Sverige 2013 från Dödsorsaksregistret

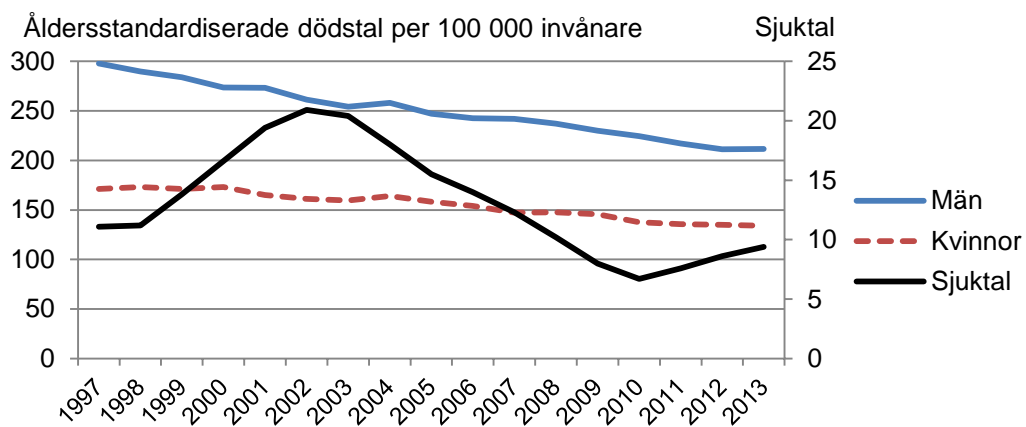


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

¹⁷ Data är hämtade från Socialstyrelsens Statistikdatabas för dödsorsaker 1997–2013.

¹⁸ Dödstal per 100 000 av medelfolkmängden.

Figur 18 Åldersstandardiserade dödstal 1997–2013 enligt medelbefolkningen 2000, för kvinnor och män i åldern 15–64 år (vänster vertikal axel) och sjuktal (höger vertikal axel)



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Strukturella faktorer som påverkar sjukfrånvarons nivå och variation – en kunskapssammanställning

Detta kapitel diskuterar olika strukturella faktorer som legat till grund för samhällets syn på och användning av sjukförsäkringen. Vi avser här inte att göra en genomgripande litteraturgenomgång, utan presenterar teoretiska och empiriska resultat på ett övergripande plan. I första hand presenteras resultat från svenska studier, eftersom vi här är intresserade av specifikt svenska förhållanden. Internationell forskning tas upp när resultaten kan antas vara relevanta även för Sverige, och där motsvarande studier inte genomförts på svenska data. Många studier undersöker faktorer som kan förklara sjukfrånvarons nivå (eller förekomsten av sjukfrånvaro), snarare än dess variationer. Även dessa är intressanta, eftersom de påvisar vilka underliggande faktorer som är viktiga, och att sjukfrånvarons nivå kan påverkas om dessa underliggande faktorer förändras.

Kapitlet börjar med en diskussion av sjukförsäkringens roll i samhället. Därefter följer avsnitt om arbetsmarknadens respektive arbetsmiljöns förändringar och hur dessa faktorer kan ha påverkat utvecklingen av hur sjukförsäkringen använts. Dessa faktorer har förändrat makromiljön som försäkringen har verkat i under decennierna. Därpå följer en diskussion om regelverkets betydelse. Regelsystemet påverkar hur individer och arbetsgivare agerar genom att förändra ekonomiska förutsättningar och incitament. Till sist diskuteras konjunktursvängningarnas betydelse för sjukfrånvarons variationer.

Sjukfrånvarons roll i samhället – medikalisering, normer och tillämpning

Synen på sjukförsäkringen och dess roll i samhället har genomgått stora förändringar över tid. När den infördes betonades sjukskrivningens preventiva funktion, och samhället ansågs ha ett stort ansvar för att förbättra människors förutsättningar att arbeta. Senare, under 1980-talet, flyttades fokus till arbetsplatsens betydelse för sjukfrånvaro. Detta skedde mot bakgrund av att muskuloskeletal diagnos kraftigt dominerade dåtidens sjukfrånvaro. Regeringen tillsatte en stor arbetsmiljöutredning som lade fram sitt betänkande 1990 (SOU 1990:49). Därefter sattes fokus särskilt på den industriella arbetsmiljön och på fysiska belastningar av olika slag. Man började se sjukskrivning allt mer som ett arbetsmiljöproblem, och en del av finansierings- och rehabiliteringsansvaret flyttades till arbetsgivaren i olika omgångar under 1990-talet.

Under det senaste decenniet har fokus flyttats till individen. I den proposition angående de förändringar av sjukfrånvarons regelverk som genomfördes 2008 skrivs till exempel att ”Den försäkrade bör ha ett större ansvar än hittills för att ta till vara sin arbetsförmåga och ta initiativ till och efterfråga insatser på arbetsplatsen som kan medföra att han eller hon kan återgå i arbete” (Proposition 2007/08:136). Individens eget ansvar betonas allt mer och ekonomiska incitament används i allt större utsträckning för att få den försäkrade att återgå i arbete (Järvholm m.fl. 2007, Läkartidningen 106:17). Junestav (2010) beskriver hur den politiska debatten under 1970-talet präglades av begrepp som ”rätt” och ”generell”, medan den under 1990-talet och framåt fokuserat mer på aktivering och vikten av att sjukskrivna personer tar ett aktivt ansvar för sin egen återgång i arbete. Begreppet ”ansvar”, som tidigare främst förknippats med staten och samhället kom under 1990-talet allt mer att förknippas med individen.

Även innebörden av begreppen sjukdom och arbetsförmåga har förändrats över åren. Från början tolkades sjukdomsbegreppet relativt strikt, men under slutet av 1970-talet utvidgades det till att omfatta även till exempel alkoholism, graviditetskomplikationer och starka sorgereaktioner. Denna utvidgning av begreppet kom senare att bekräftas av regeringen, som menade att det inte fanns någon anledning att tro att definitionen blivit för generös. Däremot ansåg man det angeläget att sjukskrivning inte beviljades för ”sociala och generella livsproblem” (Proposition 1994/95:147). Därför skärptes lagtextens formulering och man angav att problem utan medicinsk grund (problem av så kallad existentiell art) inte skulle vara grund för sjukskrivning utan skulle hanteras med hjälp av arbetsmarknads- eller socialpolitiska åtgärder.

Diskussionen om normer kring sjukfrånvaron har tidvis fått stort utrymme i den svenska debatten, och i viss mån även i forskningen. Normer kan skilja sig åt mellan individer, ofta med hänsyn till grupp tillhörighet. Det finns många vetenskapliga studier kring välfärdspolitiska attityder. Exempel på svenska studier är Svallfors (1996) och Kumlin och Rothstein (2005). Arbetsgivare, läkare, individer och Försäkringskassan utgör grupper vars drivkrafter och intressen skiljer sig åt i olika dimensioner. Detta har studerats i många vetenskapliga studier.

Inom till exempel statsvetenskaplig forskning har man i allmänhet fokuserat på politisk uppfattning som förklaring till normer och attityder. Försäkringskassans SKA-studie (Försäkringskassan 2006a) finner att människors ideologiska bakgrund har betydelse för synen på försäkringssystemet och dess användning inom alla aktörgrupper. Det kan också finnas rena geografiska skillnader i sjukskrivningskulturer som inte beror på den rådande politiska uppfattningen inom regionen (Försäkringskassan 2005c). Försäkringskassan (2006a) drar slutsatsen att attityder ofta delas av personer som bor i samma del av landet (där det visar sig att attitydskillnader på såväl läns- som kommunnivå är viktiga förklaringsfaktorn för skillnader i sjukfrånvaro). Attityder till sjukfrånvaro är enligt SKA-studien minst lika viktiga för att förklara sjukfrånvarons nivå som individegenskaper såsom kön, ålder och utbildningsnivå.

Normer skapas och sprids genom interaktioner mellan människor. Ichino och Maggi (2000) studerar sociala interaktioner och sjukfrånvaro på en italiensk bank. Genom att studera hur personer som byter arbetsplats inom banken förändrar sitt sjukskrivningsbeteende skattar de effekten av sociala interaktioner mellan kollegorna. De finner att om kollegornas sjukfrånvaro ökade med 10 procent ökade individens egen sjukfrånvaro med 1,6 procent. Samma fenomen har även visats i Sverige, bland annat av Lindbeck med flera (2008), Hesselius m.fl. (2009) och Hesselius m.fl. (2013) och för Norge av bland annat Markussen och Røed (2012). Människors beteende styrs i stor utsträckning av egna och andras värderingar och uppfattningar om vad som är normalt. Alla nivåer inom sjukförsäkringen påverkas av de rådande normerna, inte bara den enskilda individen utan även läkare, handläggare, arbetsgivare och lagstiftare.

Det är möjligt att allmänhetens uppfattning om sjukförsäkringens roll i samhället påverkar vilka symtom den enskilda individen uppsöker läkare för och vilka hälsoproblem som läkare och försäkringsadministratörer anser utgör grund för sjukskrivning. Detta illustreras bland annat av den statliga utredningen Analys av arbete och hälsa (AHA) som presenterades 2003 (SOU 2003:13). Utredningen framhöll vikten av det samspel som finns mellan personer, arbetsplats och läkare. Vad som definieras som sjukdom och vilka psykiska och fysiska påfrestningar de anställda förväntas acceptera på arbetsplatsen kan i hög utsträckning påverka benägenheten att föreslå sjukskrivning, både hos den försäkrade och hos läkaren.

Samhällets normer kan även påverka i vilken utsträckning personer söker hjälp för sina problem, liksom läkares benägenhet att ställa vissa diagnoser. Ett exempel är psykiska diagnoser. Vissa studier menar att i och med att kunskapen kring psykiska diagnoser förbättrats och bättre behandlingsmetoder utvecklats har läkares ovilja att ställa en psykisk diagnos minskat (OECD 2012).

Även om normer och attityder på olika nivåer kan ha stor betydelse för förekomsten av sjukfrånvaro finns dock ingen forskning som tyder på att förändringar i allmänhetens inställning till sjukskrivning förändrats i särskilt stor utsträckning under de senaste decennierna. Det finns alltså inget som tyder på att förändrade normer på individnivå skulle vara en väsentlig förklaring till sjukfrånvaros variationer under de senaste decennierna. Resultaten från de svenska Välfärdsstatsundersökningarna visar att andelen av befolkningen som ansåg att sjukförsäkringen missbrukades var i stort sett oförändrad mellan 1997 och 2004 (Svallfors 2010).

Att befolkningen inte ändrar sin uppfattning om i hur stor utsträckning andra missbrukar systemet skulle kunna indikera att de inte heller ändrar sitt eget beteende. Det är däremot möjligt att attityder förändrats på andra nivåer, till exempel bland läkare och försäkringshandläggare. Även beslutsfattarnas attityd till sjukskrivning kan förändras, vilket påverkar både handläggarnas arbete och politikens inriktning (och därmed regelverkets utformning). Detta diskuteras mer utförligt längre fram i rapporten.

Beslutsfattare kan reagera på hur normer styr användandet av sjukförsäkringen genom att introducera riktlinjer för läkares arbete med sjukskrivning-

ar. Ett arbete med att ta fram sådana riktlinjer gjordes i början av 2000-talet i ett samarbete mellan SBU, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket. Syftet var att ta fram kunskap om effekterna av onödigt lång sjukskrivning och utveckla en bättre praxis kring läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen. År 2003 publicerade SBU sin rapport *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis* (Alexanderson m.fl. 2003), där en av slutsatserna var att den vetenskapliga evidens som fanns pekade på att sjukskrivning har såväl negativa som positiva konsekvenser. De negativa konsekvenserna yttrade sig dels som en sämre inkomstutveckling efter återgång i arbete, dels som en ökad isolering och inaktivitet.

Under 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. I och med detta skapades ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som infördes i mars 2008. Beslutsstödet består av dels övergripande principer som vägledning i arbetet med sjukskrivning, dels diagnos-specifika rekommendationer för sjukskrivningslängd och -grad vid specifika diagnoser (Socialstyrelsen 2014c). Både Försäkringskassan (2011d) och Lidwall (2013) finner att sjukfrånvaron minskade efter införandet av beslutsstödet. De största förändringarna skedde i de diagnosgrupper som står för störst andel av sjukskrivningarna; psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar.

Socialförsäkringsutredningen (SOU 2006:86) menar att sjukförsäkringen varit en mjuk försäkring, där andra faktorer än nedsatt arbetsförmåga har tillåtit påverka vem som har rätt till ersättning. Ett tecken på detta är att det lokala arbetsmarknadsläget periodvis slagit igenom i sjuktalen, så att kommuner med hög arbetslöshet även har höga sjuktal. Ett annat exempel är den låga rörligheten mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. Mycket tyder på att människor är obenägna att röra sig bort från arbeten där de far fysiskt eller psykiskt illa. Om personen saknar tydliga alternativ på arbetsmarknaden eller om arbetslösheten är hög kan sjukskrivning uppfattas som ett bättre och tryggare alternativ till att försöka byta arbete.

I budgetpropositionen för 2003 (Proposition 2002/03:1) föreslog regeringen att utgångspunkten vid sjukskrivning skulle vara sjukskrivning på deltid. Om andelen partiella sjukskrivningar ökade skulle övergången från heltids-sjukskrivning till arbete underlättas och människor som annars riskerade att marginaliseras på grund av långa sjukskrivningar skulle kunna behålla kontakten med arbetslivet. Beslutet ledde till en betydande användning av deltidssjukskrivning. Mellan 2002 och 2005 sjönk den genomsnittliga sjukskrivningsgraden från 88 till 80 procent.

Palmer m.fl. (2008) visar att denna utveckling hade avsedd nettoeffekt. I synnerhet ledde övergångar från heltids- till deltidssjukskrivning till kortare sjukfall, men det fanns en tydlig tendens för många fall att bli kvar i 25 procents sjukskrivning. Fall som började som deltidssjukfall hade emellertid en tydlig tendens att övergå till heltidsfall och inte bli kortare. Försäkringskassan (2008a) finner att sjukfall med inslag av deltidssjukskrivning i genomsnitt är klart längre än övriga sjukfall. Detta beror på att det finns många korta sjukfall bland de heltidssjukskrivna, och kan inte ses som ett tecken på att deltidssjukskrivning förlänger sjukfallet.

Skillnaderna i återgång till arbete är dock inte nödvändigtvis en effekt av sjukskrivningsgraden, utan kan delvis bero på att underliggande skillnader i hälsa och arbetsförmåga påverkar vilken grad av sjukskrivning som anses vara lämplig. Även Andréén och Svensson (2012) och Andréén (2014) visar att deltidssjukskrivning kan bidra till kortare sjukfrånvaroperioder, i alla fall under vissa förutsättningar.

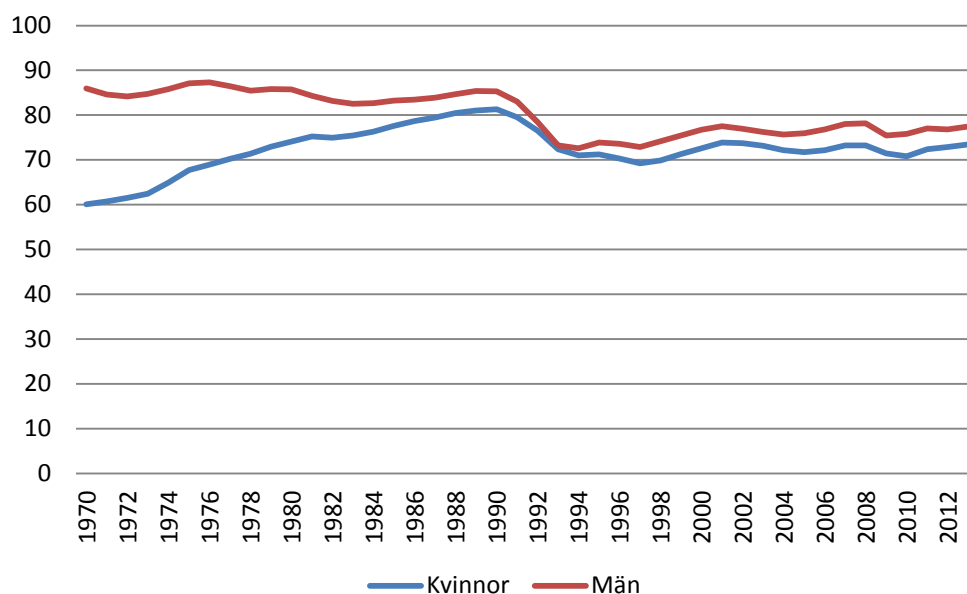
Arbetsmarknad, strukturomvandling och arbetskraftens sammansättning

Samtidigt som sjukförsäkringens roll i samhället utvecklats, har arbetsmarknaden genomgått stora förändringar. Som Figur 19 visar ökade sysselsättningen bland kvinnor kraftigt fram till slutet av 1980-talet. Kvinnor har länge haft en högre genomsnittlig sjukfrånvaro än män, vilket påverkar den totala sjukfrånvaron.

En förklaring som ofta lyfts fram är kvinnors belastning i samband med dubbelrollen som yrkesverksam och ansvarig för hemmet. Angelov m.fl. (2011) och Angelov m.fl. (2013) finner att förekomsten av barn i hushållet är starkt förknippad med högre sjukfrånvaro bland kvinnor men inte bland män. Även Försäkringskassan (2014e) finner att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ökar i samband med att båda föräldrarna återgår i arbete efter första barnets födelse. Båda dessa studier tyder på att kvinnors ökade arbetsutbud i kombination med föräldraskap är en viktig förklaring till skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen.

Det finns dock även studier som finner ett motsatt samband, det vill säga att kvinnor med barn har lägre sjukfrånvaro än andra kvinnor (se Allebeck och Mastekaasa (2004) för en översikt). Även det faktum att kvinnor och män till stor del arbetade (och fortfarande arbetar) i olika sektorer kan sannolikt förklara en stor del av skillnaderna i hur kvinnor och mäns sjukfrånvaro utvecklats (RFV2004a; Alexanderson 2004). Att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män förklarar inte varför sjukfrånvaron varierar, annat än under de perioder kvinnors arbetskraftsdeltagande ökat. Det kan dock vara värt att notera att eftersom kvinnor och mäns sjukfrånvaro skiljer sig åt i nivå är det möjligt att variationer i sjukfrånvaro beror på delvis olika saker hos kvinnor och män. Forskningen har till exempel visat att män reagerar starkare på ekonomiska incitament (Broström m.fl. 2004).

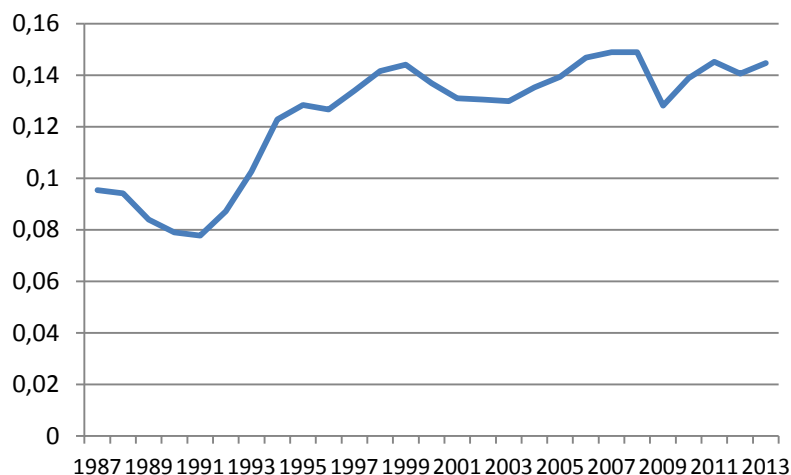
Figur 19 Sysselsättningsgrad för kvinnor och män 1970–2013



Källa: SCB

Även andelen äldre i arbetskraften har ökat kontinuerligt. Eftersom äldre i genomsnitt har sämre hälsa och högre sjukfrånvaro än yngre personer kan detta bidra till en ökad sjukfrånvaro (Lidwall m.fl. 2009). Detta visas även av Lidwall och Skogman Thoursie (2000). Vid sidan av att arbetskraftens sammansättning förändrades skedde en strukturomvandling inom svensk ekonomi. En förskjutning från tillverkningsindustri till servicenäringar innebär att arbetskraften inom industrin minskade från 20 procent 1993 till 15 procent 2008. En stor del av de arbeten som hade låga eller inga krav på utbildning, som till stor del fanns inom industrin, har försvunnit från den svenska arbetsmarknaden (Arbetsmiljöverket 2011). Att den genomsnittliga utbildningsnivån höjts kan antas bidra till minskad sjukskrivning, eftersom utbildning i flera studier visats skydda mot ohälsa (se till exempel Hemström 2002), sambandet kan dock även bero på att personer som uppfattar sin arbetsförmåga som god tenderar att utbilda sig längre än personer med nedsatt arbetsförmåga.

Samtidigt finns förändringar som kan verka i motsatt riktning. Osäkerheten på arbetsmarknaden har ökat betydligt. Under 1990-talet ökade antalet tillfälliga arbetskontrakt och en ökad andel anställdes som projektanställda, behovsanställda eller kontraktsanställda. Denna utveckling visas i Figur 20. Genom att anställa personer vid behov eller för tillfälliga uppgifter kunde företagen skapa en buffert och få mer flexibla långsiktiga kostnader. Den ekonomiska krisen i början av 1990-talet ledde också till omfattande förändringar inom den offentliga sektorn. Stora besparingskrav och ökad konkurrens, bland annat från utlandet, gjorde att både företag och offentliga organisationer sökte begränsa sina utgifter och dra ner på personalkostnaderna (Marklund och Wikman 2000).

Figur 20 Andelen anställda med tillfällig anställning


Källa: SCB, Arbetskraftundersökningen

Svenska studier har påvisat en ökad långtidssjukskrivning bland personer som på olika sätt påverkades av neddragningar och omorganisationer under den ekonomiska krisen på 1990-talet. Theorell m.fl. (2004) finner att personer som mellan 1991 och 1996 arbetade på arbetsplatser som genomgick stora personalexpansioner var sjukskrivna i högre utsträckning under perioden 1997–1999. Skillnaden var störst för personer som jobbat på expanderande arbetsplatser under lång tid, och särskilt stor skillnad rapporterades för kvinnor i offentlig sektor. Sannolikt ska resultaten förstås som att omorganisationer och centraliseringar lett till sammanslagningar av verksamheter som tidigare var åtskilda.

Resultaten tyder på att upprepade omorganisationer under 90-talskrisen innebar påfrestningar på personalen, vilket på längre sikt yttrade sig som sjukfrånvaro. Att neddragningar och omorganisationer uppträder som ökad sjukfrånvaro först efter några år har även diskuterats i andra studier. I budgetpropositionen för 2010 (Proposition 2009/10:1) uttrycks en farhåga att en ekonomisk nedgång ska leda till förändringar på arbetsmarknaden och arbetsplatserna som kan utgöra riskfaktorer för ohälsa när konjunkturen tar fart.

Wikman (2006) menar att sjukskrivna efter den ekonomiska krisen i början av 1990-talet fick allt svårare att komma tillbaka till sysselsättning, och oftare än tidigare övergick i arbetslöshet. Wikman menar att detta är ett tecken på att utanförskapet har blivit mer markerat för de som redan varit delvis utanförstående. En förklaring till denna utveckling kan vara att antalet arbetstillfällen minskat, i synnerhet för personer med delvis nedsatt arbetsförmåga, till följd av besparingskrav och ekonomiska svårigheter. Även Larsson m.fl. (2005) menar att den minskade andelen enkla arbetsuppgifter på arbetsmarknaden bidrog till att sjukfallen under andra halvan av 1990-talet blev allt längre.

Regelförändringar och besparingar på 1990-talet påverkade även arbetet med rehabilitering och företagshälsovård. Enligt Johnson (2010) hade dessa förändringar stor betydelse för sjukfrånvarons uppgång. Under 1990-talets

arbetsmiljö- och rehabiliteringsreform ökade arbetsgivarnas ansvar för rehabilitering samtidigt som de partssamrådsorgan som tidigare funnits på arbetsplatserna fick mindre inflytande.

Även det kommunala stödet till företagshälsovården minskades. I kommunerna genomfördes mycket av rehabiliteringsarbetet för de allvarligaste sjukfallen centralt, vilket innebär att det fanns goda resurser och stora möjligheter att omplacera personal som inte längre kunde utföra sina tidigare arbetsuppgifter. Under mitten av 1990-talet förflyttades ansvaret för rehabiliteringen till den anställdes närmaste chef, vilket innebar både minskade resurser och mindre möjlighet till omplaceringar (Larsson m.fl. 2005).

Arbetsmiljö, arbetsbelastning och stress

Mycket av den tidigare forskningen lyfter fram arbetsmiljöns roll för att förklara förekomsten av sjukfrånvaro. På detta område har Karasek och Theorells teori (Karasek 1979; Karasek och Theorell 1990) om kontroll, krav och socialt stöd på arbetsplatsen fått i särklass mest uppmärksamhet och genererat mest empirisk forskning. Idén bakom teorin är att vilken effekt arbetets krav har på de anställdas hälsa har att göra med hur mycket beslutsutrymme över den egna arbetssituationen de har. Vanligtvis illustreras teorin med fyra modellsituationer som utgör olika kombinationer av stort respektive litet beslutsutrymme och höga respektive låga krav. Den värsta situationen utgörs av höga krav och låg kontroll, vilket resulterar i ett spänt arbetsklimat.

Vilka effekter detta har på de anställdas hälsa beror på hur mycket stöd organisationen erbjuder. Det sociala stödet kan bestå av många olika delar. Forskningen har bland annat visat att relationen till den närmaste chefen är viktig. En sämre relation ökar risken för att ett sjukfall ska starta, och hur arbetsgivaren arbetar med sjukfrånvaro påverkar sjukfallets längd (Beemsterboer m. fl. 2009). En alternativ hypotes för att beskriva stressorer i arbetslivet är den ansträngnings-belöningsmodell som tagits fram av Siegrist (1996). Denna modell fokuserar på graden av ömsesidighet i relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare. En anställd som får uppskattning för sin arbetsinsats och som är nöjd med sitt jobb har betydligt kortare sjukfall än en person som är missnöjd med sitt arbete. Arbetsgivaren spelar även en viktig roll när det gäller rehabilitering och att skapa förutsättningar att arbeta trots vissa hälsoproblem.

Wikman (2006) visar att kraven på arbetsmarknaden ökat sedan 1990-talet, och att allt fler rapporterar att de har en ansträngd arbetssituation. Lidwall m.fl. (2009) visar att arbetsmiljöns betydelse för sjukfrånvaron ökade under 1990-talet, vilket skulle kunna bero på att fler personer exponerades för en sämre psykosocial arbetsmiljö. Forskningen visar att risken för hälsoproblem och sjukfrånvaro ökar i arbeten med hög stressnivå (Michie och Williams, 2003) och ett hårdare arbetsklimat kan leda till ökad stressrelaterad ohälsa (Stansfeld och Candy 2006).

Även att arbeta övertid kan bidra till stress och ohälsa (Lidwall och Marklund 2011). Arbetslivsinstitutets undersökningar visar att allt färre anställda själva har möjlighet att bestämma sin arbetstakt. Denna utveckling är mest påtaglig för anställda i kommunal sektor. Försäkringskassan (2013b) visar att både kvinnor och män som arbetar inom yrken med nära kontakt med brukare av välfärdstjänster (så kallade kontaktyrken, till exempel personal inom vård och omsorg), har en högre risk att påbörja ett sjukfall med en psykisk diagnos.

Inte heller SCB:s undersökningar tyder på att arbetsmiljön förbättrats under de senaste decennierna. Som Tabell 2 visar så har andelen som uppger att deras arbetstakt är hög ökat sedan 1989 för både kvinnor och män. Andelen är dock högre för kvinnor än för män. En ökande andel uppger även att de har litet inflytande över sitt arbete, och att arbetet är monotont. Försämringen har skett kontinuerligt, arbetsmiljöindikatorerna speglar således inte sjukfrånvarons variationer. Även om arbetsmiljön har stor betydelse för de anställdas hälsa och arbetsförmåga verkar variationen inte direkt kunna förklara sjukfrånvarons svängningar. Det är däremot möjligt att en försämrade arbetsmiljö kan förstärka andra faktorer inverkan, genom att anställda som är exponerade för en påfrestande arbetsmiljö reagerar starkare på andra förändringar.

Tabell 2 Arbetsmiljöindikatorer för kvinnor och män 1989, 2001, 2009 och 2013

Indikator	Kvinnor				Män			
	1989	2001	2009	2013	1989	2001	2009	2013
Har hög arbetstakt, procent ^a	48,3	58,4	60,0	61,0	34,4	42,7	47,0	45,0
Har litet inflytande, procent ^b	48,3	51,8	52,0	52,0	36,0	37,6	37,0	35,0
Har monotont arbete, procent ^c	42,3	44,9	45,0	48,0	33,6	36,5	38,0	40,0

^a Kan som mest halva arbetstiden bestämma arbetstakten, andel av sysselsatta i åldern 16–64.

^b Kan sällan eller aldrig bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras, andel av sysselsatta i åldern 16–64.

^c Måste minst halva arbetstiden upprepa samma arbetsmoment flera gånger varje timme, andel av sysselsatta i åldern 16–64.

Källa: Arbetsmiljöundersökningen, Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån.

Den fysiska arbetsmiljön har i genomsnitt förbättrats under det senaste decenniet, men det har skett framför allt på mansdominerade arbetsplatser inom den privata sektorn. Många av de mest riskfyllda arbetsmomenten i dessa sektorer har försvunnit i samband att mänsklig arbetskraft ersatts med teknik (Hemmingsson 2004). Samtidigt har andelen anställda som anger att de varje vecka har ont i rygg eller axlar efter arbetet kontinuerligt ökat sedan 1990, liksom andelen som uppger att de är kroppsligt uttröttade efter arbetet varje dag (Arbetsmiljöverket 2014). Ökningen skedde främst fram till mitten av 2000-talet, därefter har andelarna legat på en mer stabil nivå.

Under 2000-talet var sjukfrånvaron högst bland yrken och yrkesgrupper som kännetecknas av en fysiskt ansträngande arbetsmiljö med bland annat tunga lyft, upprepade arbetsmoment och obekväma arbetsställningar. Anställda i denna typ av yrken har ofta svårare att anpassa sin arbetsmiljö och sina arbetsuppgifter vid nedsatt arbetsförmåga (Försäkringskassan 2012).

I perioder har staten på olika sätt genomfört satsningar på arbetsmiljön. Ett sådant exempel är den arbetsmiljökommission som tillsattes 1988 med uppdrag att lägga fram förslag på åtgärder för att minska den arbetsrelaterade frånvaron. I slutrapporten, som presenterades 1990, föreslås en rad åtgärder för att förbättra arbetsmiljöarbetet och den arbetsplatsförlagda rehabiliteringen.

År 1990 skapades också arbetslivsfonden. Genom en temporär höjning av arbetsgivaravgifterna skapades en fond ur vilken företag kunde ansöka om pengar för att genomföra arbetsmiljöförbättringar. Fonden delade ut medel under fem år, och avvecklades 1995. Det är osäkert hur stor effekt de åtgärder som genomfördes med stöd av arbetslivsfonden hade på de anställdas sjukfrånvaro. Goine m.fl. (2004), som är en av få studier som utvärderat projekt som finansierats av fonden, finner inga signifikanta skillnader mellan två företag som gjorde olika stora arbetsmiljöinsatser när det gäller sjukfrånvaro eller förtidspension.

En annan studie som undersöker effekterna av arbetsmiljöarbete är Lagerström (2010). Han studerar effekterna av ett småskaligt experiment bland anställda i Stockholms stad under 2001 och 2002. En slumpmässigt utvald grupp arbetsplatser fick extra resurser för att förbättra sin arbetsmiljö, medan en annan grupp anställda fick en närvarobonus varje gång de varit närvarande på arbetet en hel månad utan sjukfrånvaro. När resultaten jämfördes mot en kontrollgrupp visade det sig att närvarobonusen lett till en halvering av sjukfrånvaron, medan arbetsmiljöinsatsningen inte gett några entydiga effekter på sjukfrånvaron.

Eklund m.fl. (2006) visar i en genomgång att det även finns exempel på lyckade arbetsmiljöinsatser, både i termer av ökad produktivitet och lönsamhet och minskad sjukfrånvaro. Ett exempel är Anderzén och Arentz (2005). Studien bygger på före- och eftermätningar av bland annat sjukfrånvaro och självupplevd hälsa bland anställda på 22 olika enheter på Skatteverket under 2002 och 2003. Efter en första kartläggning genomfördes olika interventioner för att förbättra den anställdas arbetssituation. Resultaten visar på minskad sjukfrånvaro och förbättrad självskattad hälsa.

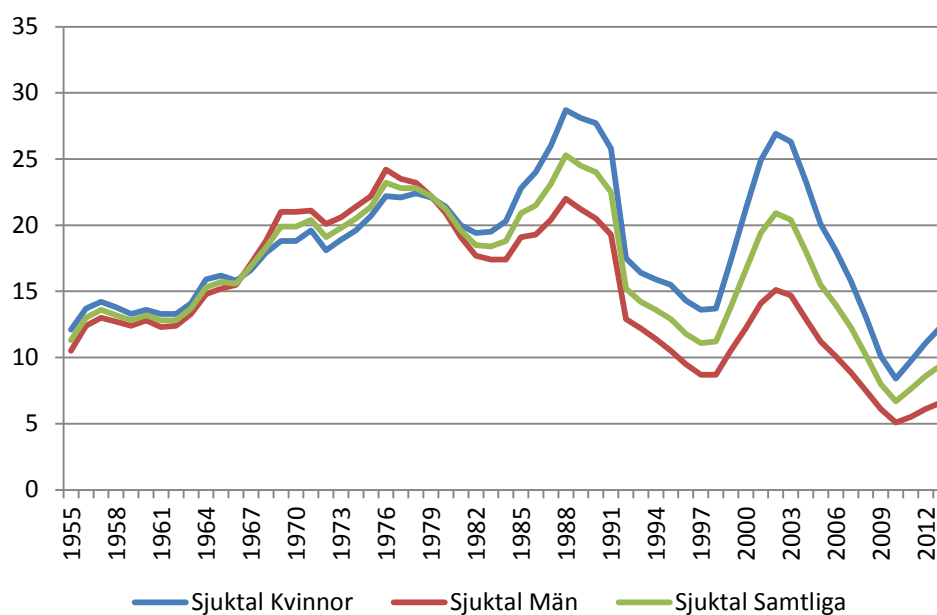
Ekonomiska incitament för individer och företag

Många studier betonar betydelsen av individens incitament att arbeta eller vara sjukskriven, liksom arbetsgivarens incitament att minska sjukfrånvaron på arbetsplatsen. I detta sammanhang lyfter den nationalekonomiska forskningen ofta fram försäkringens risker (på engelska kallat moral hazard). Moral hazard finns inom alla försäkringssystem, och uppkommer eftersom den försäkrade har mer information om sitt eget beteende än den som tillhandhåller försäkringen. Inom sjukförsäkringen innebär detta att den försäkrade har bättre kännedom om sin egen hälsa och vilka risker man är utsatt för än läkare och försäkringshanläggare, och kan utnyttja detta informationsövertag till sin egen fördel. Moral hazard uppkommer dels på grund av att förekomsten av ett försäkringssystem kan påverka människors beteende så att de är beredda att ta större risker, dels för att personer kan agera för att få sin hälsa att framstå som bättre eller sämre än den egentligen är.

Ett sätt att minska dessa risker är att låta individen själv betala en del av kostnaden för sjukfrånvaron. I det svenska systemet fungerar karensdagen som en sådan självrisk i och med att individen inte får någon lön eller sjukpenning för den första dagen i ett sjukfall. När försäkringen infördes fanns tre karensdagar, men dessa togs successivt bort, den sista karensdagen avskaffades i december 1987. I samband med den ekonomiska krisen på 1990-talet återinfördes en karensdag, vilket förstärkte de ekonomiska incitamenten att arbeta i stället för att vara sjukskriven.

De ekonomiska incitamenten att vara sjukskriven kan även påverkas av förändringar i ersättningsnivån. Att ersättningen är lägre än inkomsten vid arbete är även ett sätt att motverka moral hazard. När den allmänna försäkringen infördes motsvarade ersättningsnivån ungefär 20 procent av en genomsnittlig industriarbetares nettolön. Därefter höjdes ersättningen kontinuerligt fram till 1970-talet (Ferrarini m.fl. 2012). Ökningen i sjuktalet, som visas i figuren nedan, sammanfaller med höjda ersättningsnivåer 1963, 1967 och 1974 (Försäkringskassan 2011c). Vid början av 1990-talet kunde i stort sett alla grupper på arbetsmarknaden få fullständig kompensation vid sjukdom (Ferrarini m.fl. 2012).

Figur 21 Sjuktal kvinnor och män, 1955–2013



Källa: Försäkringskassan

Den ekonomiska krisen under början av 1990-talet drev fram krav på besparingar och ersättningsnivån sänktes. Under 1990-talet ändrades ersättningsnivån nästan årligen, och har varierat mellan 65 och 90 procent av den försäkrade inkomsten (Ferrarini mfl. 2012). Förändringarna sammanfattas i Tabell 3.

Tabell 3 Kompensationsnivåer och sjuklöneperioder från 1980-talet

Period	Sjuklöne- dagar	Dag i sjukperiod					Omräknings- faktor SGI
		1	2-3	4-14	15-21	22-28	
före dec 1987	–	0 ¹⁹	90	90	90	90	1
dec 1987–feb 1991	–	90	90	90	90	90	1
mar 1991–dec 1991	–	65	65	80	80	80	1
jan 1992–mar 1993	1–14	75	75	90	80	80	1
apr 1993–jun 1993	1–14	0	75	90	80	80	1
jul 1993–dec 1995	1–14	0	75	90	80	80	1
jan 1996–dec 1996	1–14	0	75	75	75	75	1
jan 1997–dec 1997	1–28	0	75	75	75	75	1
jan 1998–mar 1998	1–28	0	80	80	80	80	1
apr 1998–jun 2003	1–14	0	80	80	80	80	1
jul 2003–dec 2004	1–21	0	80	80	80	80	0,97
jan 2005–dec 2006	1–14	0	80	80	80	80	1
jan 2007–dec 2007	1–14	0	80	80	80	80	0,989
jan 2008–jun 2008	1–14	0	80	80	80	80	0,97
jul 2008–	1–14	0	80	80	80	80	0,97

Kompensationsnivå (procent) vid sjukdom för anställda via ersättning från socialförsäkringen alt. arbetsgivaren. Avtalsförmånerna, som cirka 90 % av de anställda haft sedan 1980, normalt har tillfört 10 % tillägg till den allmänna försäkringen för sjukpenning (olika avtal kan skilja sig åt under tiden). Under hela perioden har 7,5 prisbasbelopp (PBB) gällt som tack för sjukpenning.

Källa: Försäkringskassan (2011b), egna bearbetningar.

De stora variationerna i ersättningsgrad dämpas dock genom att en stor majoritet av löntagare i Sverige täcks av kollektivavtalade försäkringar som i olika grad kompletterar den offentliga försäkringen. Tilläggen genom avtalsersättningar och avtalsförsäkringar innebär att den sammanlagda kompensationsgraden blir högre, i synnerhet för dem som har inkomster över taket i sjukförsäkringen. I samband med att sjukpenningen sänktes under den ekonomiska krisen i början av 1990-talet infördes regler om hur mycket ersättning som fick betalas ut från avtalsersättningarna utan att sjukpenningen reducerades. I praktiken innebar reglerna att kompletterande ersättning från kollektivavtalade försäkringar inte var tillåten efter den 90:e dagen i sjukfallet. År 1998 förändrades regelverket och kompletterande ersättning från avtalade försäkringar från den 90:e sjukdagen tilläts med 10 procent av lönen (Sjögren Lindquist och Wadensjö 2011)

Värt att notera är att förändringar i mer generös riktning ofta genomförts under tider med ökande sjukfrånvaro och förbättrade konjunkturer medan förändringar i restriktiv riktning skett när sjukfrånvaron börjat gå ner och ofta i kombination med sämre konjunkturer. Mot bakgrund av att förändringar i ersättningsreglerna har en dokumenterad effekt på sjukfrånvaron (Henrekson och Persson 2004; Johansson och Palme 2002; 2005), så kan tidpunkten för förändringarna ha förstärkt den redan pågående trenden i sjukfrånvaron och bidragit till att öka variationen i sjukskrivningsmått.

¹⁹ Detta var dock inte en karensdag i samma bemärkelse som varit fallet sedan april 1993, eftersom det var möjligt att räkna sjukanmälningsdagen som karensdag, även för de som sjukanmälde sig efter arbetsdagens slut.

Den ökade frekvensen av förändringar under 1990-talet kan också ha bidragit till att svängningarna i sjukfrånvaromåtten blev kraftigare efter 1980-talet jämfört med före.

Forskningen tyder på att män reagerar starkare på ekonomiska incitament, vilket kan bero på att män i genomsnitt har högre inkomster än kvinnor. Broström m.fl. (2004) visar att en tredjedel av könsskillnaden i sjukfrånvaro kan förklaras av olika ekonomiska kostnader för män och kvinnor av att vara sjukskrivna. Den studie av Lagerström (2010) som nämns ovan, finner att en närvarobonus för en slumpmässigt utvald grupp anställda inom Stockholms stad ledde till en halverad sjukfrånvaro, jämfört med en opåverkad jämförelsegrupp.

Ett annat exempel på hur ekonomiska incitament kan fungera ges av Larsson (2006). Studien finner att arbetslösa personer blir sjukskrivna i högre utsträckning när dagarna med arbetslöshetsersättning börjar ta slut. Detta tyder på att sjukskrivning används för att spara dagar med arbetslöshetsersättning och förlänga tiden till utförsäkring. Larsson finner även att personer som, på grund av taket för ersättning från sjuk- respektive arbetslöshetsförsäkringen, kunde få en högre ersättning från sjukförsäkringen jämfört med arbetslöshetsförsäkringen utnyttjade den möjligheten. När taket i sjukförsäkringen sänktes för arbetslösa, för att harmonisera med arbetslöshetsförsäkringen, minskade sannolikheten för sjukskrivning avsevärt för den som berördes av reformen (Hall och Hartman 2010).

Att sjukfrånvaron ökar vid högre ersättningsnivå visas även av Henrekson och Persson (2004), Johansson och Palme (2002; 2005). I detta sammanhang är det även intressant att notera att jobbskatteavdraget, som innebär att skatten på inkomster från sjukförsäkringen är högre än skatten på arbetsinkomster, verkar ha stor betydelse för sjukfrånvaron. Effekten har uppskattats till att avdraget förkortat sjukskrivningarna med i genomsnitt 3 dagar, vilket motsvarar 6,8 procent (Finanspolitiska rådet 2011).

Sjukskrivning är inte en ekonomisk kostnad bara för individen, även arbetsgivaren drabbas av produktionsbortfall och kostnader för vikarier om de anställda är sjuka ofta och/eller länge. Arbetsgivare har alltså ekonomiska incitament att arbeta för att minska och förkorta de anställdas sjukfrånvaro under sjuklöneperioden. När sjukfallet blir längre än sjuklöneperioden finns dock inga direkta kostnader för sjukfrånvaro (utöver produktionsbortfall och eventuella vikariekostnader). Det är alltså möjligt att det inte ligger i arbetsgivarens intresse att anställda ska komma tillbaka efter ett långt sjukfall, eftersom det finns en förhöjd risk att personen insjuknar igen.

Utöver sjuklöneansvaret kan arbetsgivarnas incitament förstärkas genom att de även tvingas ta ett visst ansvar för de direkta kostnaderna för sjukfrånvaron senare i sjukfallet. Innan den ekonomiska krisen i början av 1990-talet var arbetsgivarens ansvar för att finansiera sjukfrånvaron begränsat, men som en del i de besparingsåtgärder som infördes för att minska de offentliga utgifterna infördes 1992 ett tydligt arbetsgivaransvar. Detta innebar att arbetsgivaren blev ansvarig för att betala ut sjuklön till sina anställda under de första 14 dagarna i varje sjukfrånvaroperiod. Arbetsgivaransvaret introducerade alltså en direkt kostnad för arbetsgivaren varje gång en

anställd var sjukfrånvarande. En av tankarna bakom reformen var att denna kostnad skulle ge arbetsgivaren incitament att förbättra arbetsmiljön.

Samtidigt kan sjuklönesystemet göra att anställda, i lojalitet med sin arbetsgivare, själva försöker minska sin frånvaro för att inte orsaka extra kostnader för arbetsgivaren. Sjuklöneperiodens längd har varierat, och under en kort period mellan 2005 och 2007 ålades arbetsgivaren även ett medfinansieringsansvar som innebar att de fick stå för 15 procent av utgifterna för sjukpenningen för heltidsfall som varade mer än 14 dagar (Larsson m.fl. 2005). Detta medfinansieringsansvar avskaffades dock 2007 (SOU 2011:11).

Internationellt har forskningen om arbetsgivarnas kostnadsansvar i huvudsak handlat om effekterna av så kallade erfarenhetsbaserade system (så kallad *experience rating*) inom arbetslöshets- och arbetsskadeförsäkringen. I ett sådant system betalar arbetsgivare med många uppsägningar – eller där många råkar ut för arbetsskador – högre arbetsgivaravgifter. Sådana system har studerats av bland andra Topel (1983), Bruce och Atkins (1993), Card och Levine (1994) och Anderson och Meyer (2000). Resultaten från dessa studier tyder på att dessa system kan bidra till att minska socialförsäkringens kostnader. Fevang m.fl. (2011) studerar företagens medfinansieringsansvar i Norge och finner att när medfinansieringen för graviditetsrelaterade besvär togs bort ökade sjukfrånvaron i denna diagnosgrupp med fem procent. Samtidigt ökade återgången i arbete från långa sjukfall (där det inte heller tidigare fanns något medfinansieringsansvar). Detta tyder på att ekonomiska incitament för företagen kan vara effektiva. När sjuklöneansvaret är begränsat till början av ett sjukfall kan företag dock bli mindre benägna att arbeta för att förkorta sjukfall som blivit längre än sjuklöneperioden.

I Sverige infördes medfinansierings- och sjuklöneansvaret samtidigt som många andra förändringar i regelverk och administration och det har därför varit svårt att utvärdera reformernas effekter. Antalet dagar med sjukpenning minskade under perioden efter att medfinansieringen infördes, men minskningen var större för arbetslösa än för anställda vilket innebär att det inte säkert kan fastställas att minskningen berodde (enbart) på medfinansieringen. I en enkät från Försäkringskassan uppgav knappt två av fem arbetsgivare att de i och med medfinansieringsansvaret började kartlägga de anställdas sjukfrånvaro. En av fem arbetsgivare som kände till medfinansieringen uppgav att de skulle se över arbetsmiljön som en konsekvens av den (SOU 2006:107).

Att arbetsgivaren har ekonomiska incitament att minska sjukfrånvaron kan också påverka arbetskraftens sammansättning. Om kostnaderna för sjukfrånvaro är höga samtidigt som anställningsskyddet är starkt och det är svårt att säga upp personer med hög sjukfrånvaro är det möjligt att företagen blir mindre benägna att anställa personer med hög historisk sjukfrånvaro. Lindbeck m.fl. (2006) och Olsson (2009) undersöker anställningsskyddets påverkan på sjukfrånvaro genom att studera effekten av en förändring i lagen om anställningsskydd (LAS) 2001 som innebar att företag med mindre än 11 anställda fick undanta två personer från turordningsreglerna vid uppsägning. Båda studierna finner att detta undantag ledde till minskad sjukfrånvaro. Minskningen berodde både på att de anställda förändrade sitt

beteende och på att de med högst sjukfrånvaro tenderade att byta till ett större företag.

Makroekonomiska variationer, konjunkturcykler och arbetslöshet

Nationalekonomisk teori innefattar även hypoteser som förklarar sjukfrånvarons variationer utifrån ett makroperspektiv. Sett över längre tidsperioder har man observerat ett negativt samband mellan aggregerad arbetslöshet och sjukfrånvaro, det vill säga i tider med hög arbetslöshet har sjukfrånvaron tenderat att gå ner. Detta mönster verkar inte gälla för alla länder, men har observerats i Sverige, Norge och Nederländerna.

Flera studier, bl.a. Lantto och Lindblom (1987) och Johansson och Palme (1996), har lyft fram tre möjliga förklaringar till detta mönster. Den första hypotesen kallas i litteraturen för *disciplinerings-effekten*, och fokuserar på att den upplevda risken för att bli arbetslös påverkar individens benägenhet att sjukskriva sig. I en lågkonjunktur blir det viktigare för de anställda att signalera hög produktivitet och lojalitet mot sin arbetsgivare, eftersom risken att förlora jobbet ökar. Detta leder till att sjukfrånvaron minskar, till exempel genom att fler anställda går till arbetet med sjuksymptom man annars skulle ha varit sjukfrånvarande för eller att ett eventuellt överutnyttjande av försäkringen minskar. Den andra hypotesen fokuserar i stället på hur *arbetskraftens sammansättning förändras* i och med konjunkturförändringar. När arbetslösheten stiger kommer fler personer lämna arbetskraften, och eftersom personer med svag hälsa ofta har en svag position på arbetsmarknaden kommer dessa personer i stor utsträckning lämna arbetskraften först. Därför kommer arbetskraften i en lågkonjunktur bestå av färre men friskare personer vilket gör att sjukfrånvaron sjunker. Den tredje hypotesen, *stresshypotesen*, förklarar sjukfrånvarons negativa samband med arbetslösheten med att i en högkonjunktur drivs tempot i arbetslivet upp och arbetsbelastningen ökar. Det högre tempot gör att både risken för olyckor och psykologisk stress ökar.

Arai och Thoursie (2005) studerar de olika drivkrafternas effekt relativt varandra. Individer med korttidskontrakt har ovanligt hög risk att bli arbetslösa, och har en svag förankring på arbetsmarknaden jämfört med resten av arbetskraften. De har alltså en högre risk för arbetslöshet, samtidigt som de inte har bättre hälsa än andra anställda. Författarna finner att dessa individer är *mindre* sjukskrivna än arbetskraften i snitt, vilket de menar talar för att disciplinerings-effekten är starkare än sammansättnings-effekten. Nossen (2008) menar i en utförlig genomgång av kopplingen mellan teori och empiri att det verkar vara framför allt disciplinerings-effekten som driver sambandet mellan sjukfrånvaro och sysselsättning. Det finns inget vetenskapligt stöd varken för sammansättningshypotesen (Mastekaasa, 1996; Hesselius 2007; Askildsen med flera 2005; Nossen 2008) eller stresshypotesen (Nossen 2008). Att sammansättningshypotesen saknar stöd i forskningen betyder inte att arbetskraftens sammansättning generellt (till exempel andelen äldre i arbetskraften) saknar betydelse för sjukfrånvaron.

Det finns dock indikationer på att det negativa sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet brutits eller försvagats under de senaste åren. Under perioden 2005 till 2008 minskade både arbetslösheten och sjukpenningtalet. 2009 återkom det kontracykliska sambandet när arbetslösheten steg medan sjukfrånvaron fortsatte minska, men sedan mitten av 2011 har sjukfrånvarons uppgång skett parallellt med en ökad arbetslöshet (Försäkringskassan 2013c). Forskningen ger inget svar på vad detta nya samband beror på, men finanspolitiska rådet (Hägglund och Skogman Thoursie 2010) konstaterar att det första trendbrottet (2005) kan hänga samman med sammanslagningen av de regionala försäkringskassorna till en myndighet kan ha bidragit till en striktare och mer enhetlig bedömning av arbetsförmågan.

Även förändrade normer och attityder, både i samband med Försäkringskassans arbete med halveringsmålet (detta diskuteras mer utförligt i nästa kapitel) och implementeringen av rehabiliteringskedjan kan vara av betydelse för hur stark disciplineringseffekten är.

Tillämpningens betydelse för sjukfrånvarons variation

En av uppdragsfrågorna handlar om huruvida tillämpningen av sjukförsäkringen har förändrats över tid och i vilken utsträckning detta kan ha påverkat sjukfrånvarons omfattning. Uppdragsfrågan kan formuleras som två frågeställningar:

- Har tillämpningen av sjukförsäkringen förändrats över tid?
- Om så är fallet, har ändringar i tillämpningen påverkat sjukfrånvarons omfattning?

Den första frågeställningen besvaras genom att vi beskriver hur tillämpningen har förändrats över tid utifrån befintliga studier, årsredovisningar och statistik. I den mån befintliga studier jämför utfallsmått för sjukfrånvaron vid flera tidpunkter, exempelvis genom experimentella upplägg, kan vi också uttala oss om den andra frågeställningen.

Det är viktigt att redan inledningsvis poängtera att i detta kapitel används begreppet tillämpning i en bredare betydelse än rättstillämpning. Den bredare betydelsen omfattar de utredningar och de bedömningar som görs, liksom de metoder som används och det stöd som ges handläggarna inom ramen för den aktuella lagstiftningen.

Kapitlet består av tre delar. I den första redovisas statistik över tillämpningen över tid. Statistiken avser Försäkringskassans avslag och indrag samt antal ärenden som inkommit till förvaltningsrätterna och andel av dessa ärenden som medfört ändrade beslut. I den andra delen skildras det förändringsarbete som bedrivits den senaste tioårsperioden för att åstadkomma en mer rättssäker tillämpning. Myndighetens arbete med det nationella målet att halvera sjukfrånvaron (år 2003–2008) har också inneburit förändringar i tillämpningen. Här redovisar vi även studier som belyser eventuella samband mellan Försäkringskassans arbete och ändringar i sjukfrånvarons omfattning. I den tredje diskuteras sambandet mellan administrationens resurser och variationerna i sjukfrånvaron. I den s.k. AHA-utredningens delbetänkande (SOU 2002:62) diskuterades vilka effekter försäkringskassornas mycket begränsade inflytande på inflödet i sjukskrivning hade på den uppgång i sjukfrånvaron som inträffade i slutet av 1990-talet. Med utgångspunkt i den utredningens slutsats om administrativa tillkortakommanden diskuteras hur detta samband kan se ut och hur starkt det kan vara.

Svårt att följa tillämpningen över tid

Det är svårt att mäta förändringar i Försäkringskassans tillämpning över tid. Här försöker vi att följa eventuella förändringar genom att redovisa Försäkringskassans statistik över avslag på ansökan om ersättning samt beslut om

att inte längre betala ut sjukpenning. Dessutom redovisas Domstolsverkets statistik över överklaganden till förvaltningsrätterna och ändringar i beslut. Dessa sätt att mäta har sina begränsningar vilka beskrivs nedan.

Avslag och indrag minskar sedan 2010

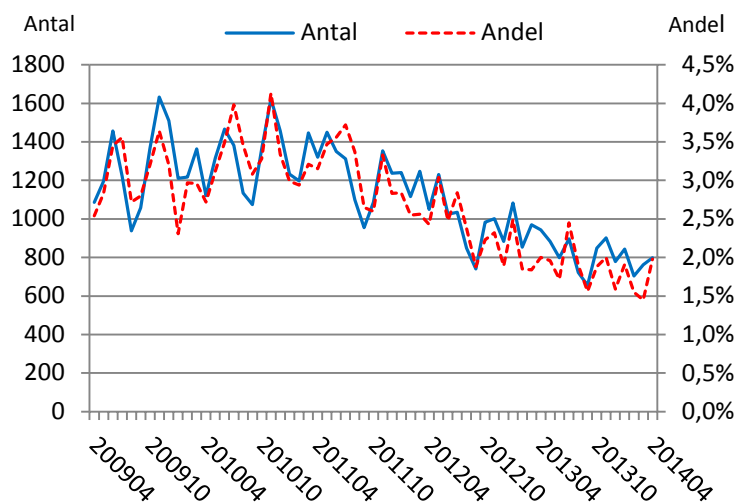
De flesta sjukfall avslutas med en förbättring av arbetsförmågan och återgång till arbete, studier, eller arbetslöshet. En liten del av alla ärenden avslutas dock genom avslag eller indrag. En ansökan avslås när individen inte uppfyller kriterierna för rätten till sjukpenning. Att sjukpenningen dras in beror på att individen inte har rätt till en ny ersättningsperiod.²⁰

Nedan beskrivs utvecklingen för avslag respektive indrag från april 2009 till april 2014. Andelen avslag och indrag av sjukpenning ligger på en fortsatt låg nivå. Andelen avslag och indrag uppvisar en svagt nedåtgående trend. Helåret 2013 gjordes 10 334 avslag (1,9 procent av antalet ansökningar) och 5 758 indrag (1,2 procent av sjukfallen).

Av Figur 22 framgår att andelen avslag har halverats sedan 2010. Bearbetningar utöver vad som redovisas i figuren visar att sammansättningen av gruppen som får avslag inte har förändrats nämnvärt över tid. Utrikesfödda har nästan dubbelt så hög risk att få avslag på sin sjukpenningansökan jämfört med svenskfödda. Under helåret 2013 bestod 16,4 procent av inflödet av nya sjukfall av utrikesfödda personer medan de i gruppen som fått avslag samma period utgjorde 27,4 procent. Kvinnor har historiskt sett haft en något högre risk att få avslag på sin ansökan jämfört med män, men från och med år 2010 och framåt är andelen avslag nästan lika stora för kvinnor som för män. Det finns även en tydlig åldersfördelning bland de som får avslag. Andelen som får avslag är högre bland yngre än bland äldre.

²⁰ Vid rehabiliteringskedjans tidsgränser, i anslutning till dag 90, 180, och 365, görs en bedömning av arbetsförmågan mot olika delar av arbetsmarknaden, och andelen indragningar är därför något högre runt dessa tidpunkter. De personer som ansöker om sjukpenning med endast något nedsatt arbetsförmåga har inte heller rätt till sjukpenning och kan därmed få avslag på sin ansökan.

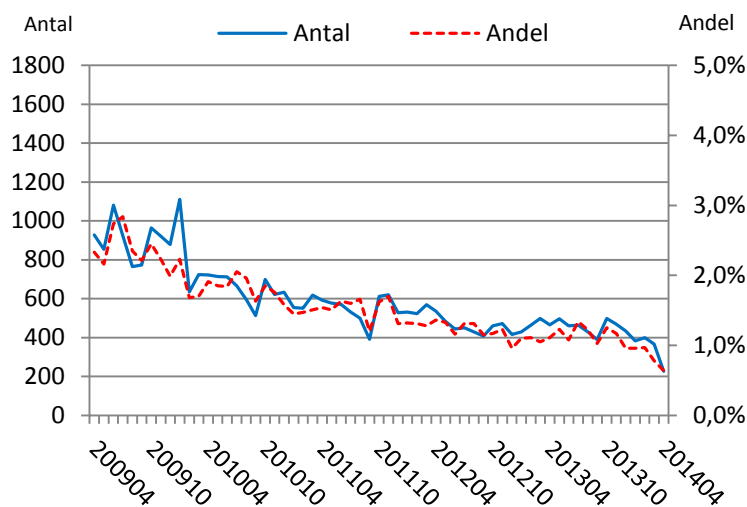
Figur 22 Antal och andel avslag av sjukpenning 2009–2014²¹



Källa: Försäkringskassan, STORE

Av Figur 23 framgår att andelen indrag under 2014, fram till och med april, ligger på 0,8 procent. Andelen indrag har minskat sedan 2009.

Figur 23 Antal och andel indrag av sjukpenning 2009–2014²²



Källa: Försäkringskassan, STORE

Ytterligare bearbetningar visar på liknande mönster som i avslagsstatistiken. Liksom för avslagen så är utrikesfödda överrepresenterade bland dem som får sin sjukpenning indragen. Utrikesfödda personer får sin sjukpenning indragen nästan dubbelt så ofta som personer som är födda i Sverige, oavsett

²¹ Siffror om andel avslag har beräknats utifrån uppgifter om antal avslag dividerat med antal avslag plus antal startade sjukfall.

²² Siffror om andel indrag har beräknats utifrån uppgifter om antal indrag dividerat med antal avslutade sjukpenningfall månaden före.

om de har en anställning eller inte. Detta förhållande har heller inte förändrats under den studerade perioden.

Kvinnor har tidigare haft en lägre andel indrag av sjukpenning jämfört med män, men utvecklingen de senaste två åren går mot en könsfördelning av indrag som bättre motsvarar könsfördelningen i de pågående fallen bland de som har en anställning. Däremot finns det en stor skillnad bland arbetslösa där andelen indrag fortfarande är betydligt lägre för kvinnor jämfört med män.

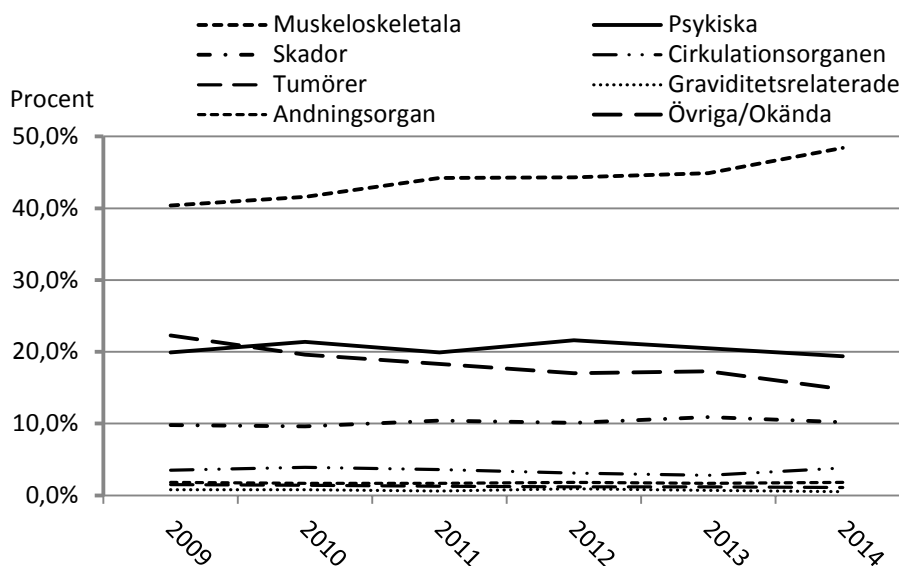
Skillnader i indrag syns även inom olika åldersklasser. Andelen indrag är som lägst bland de yngsta åldersklasserna och ökar sedan med ålder. Dock är andelen anställda av de som får indrag något lägre (75 procent) för personer under 30 år jämfört med äldre åldrar (85 procent). Personer yngre än 30 år får däremot sin sjukpenning indragen i ett tidigare skede, där majoriteten av alla indrag sker inom 90 dagar. För personer i de äldre åldersklasserna är andelen indrag i stället störst för dag 181–364, eftersom de äldre i större grad har en anställning och då bedöms mot normalt förekommande arbete på hela arbetsmarknaden

I Figur 24 redovisas hur vanliga olika diagnoser är bland ärenden där sjukpenningen dragits in. Personer sjukskrivna i diagnoser som rör det muskuloskeletala systemet får sjukpenningen indragen i större utsträckning än andra diagnoskapitel. Trots att de muskuloskeletala diagnoserna endast utgör 23 procent av alla sjukfall står de för nästan hälften av indragen 2014 (jan–april). Som jämförelse stod personer med psykiska diagnoser för 21 procent av pågående sjukfallen 2014 (jan–april) medan deras andel av indragen var 19 procent. Det innebär att risken att få sin sjukpenning indragen är betydligt högre för personer med muskuloskeletala diagnoser. Risken för indrag inom dessa sjukdomar är som störst bland fallängder mellan 180 och 364 dagar.

Diagnossammansättningen av sjukfallen har legat relativt konstant för alla diagnosgrupper, med undantag för psykiska diagnoser som ökat från 16 till 21 procent av alla pågående sjukfall de senaste fem åren. Bland personer som varit sjukskrivna allra längst (365–914 dagar) står de psykiska diagnoserna för 44 procent.

Bland indragen är muskuloskeletala diagnoser den vanligaste diagnosgruppen för både kvinnor och män. Det förekommer dock några skillnader i diagnossammansättning bland indragen för kvinnor och män. Psykiska diagnoser är mer vanligt hos kvinnor medan diagnosen skador förekommer i högre utsträckning bland män som får indrag. Trots att de psykiska diagnoserna ökar visar Figur 24 att deras andel av indragen är konstant över tid. I praktiken betyder det att andelen indrag har minskat för diagnosgruppen.

Figur 24 Andel indrag av sjukpenning uppdelat efter diagnos 2009–2014



Källa: Försäkringskassan, STORE

Personer med skador och förgiftningar får i mindre utsträckning sin sjukpenning indragen och andelen har legat relativt konstant på runt 10 procent över tid. För diagnoser såsom sjukdomar i andningsorganen och cirkulationsorganen, graviditetsrelaterade diagnoser samt tumörer är det däremot en väldigt liten andel som får sin sjukpenning indragen och det förhållandet gäller oavsett falllängd. Ett undantag syns bland personer med graviditetsrelaterade diagnoser där de flesta indrag av sjukpenning sker under de första 1–90 dagarna, men denna andel är, relativt till de andra diagnosgrupperna, väldigt liten. Det innebär att sjukpenning beviljas i de allra flesta fallen.

Andel ändringar i domstol minskar sedan 2009

I Figur 25 redovisas antal beslut om sjukpenning som inkommit till förvaltningsrätterna²³ samt andel av dessa överklaganden som medför ändrade beslut. Att vi redovisar *antal* inkomna ärenden snarare än *andel* av Försäkringskassans beslut som överklagas beror på att myndigheternas definitioner skiljer sig åt och därför inte går att relatera till varandra. Exempelvis innehåller Domstolsverkets statistik över sjukpenningärenden även mål om sjukpenninggrundande inkomst.

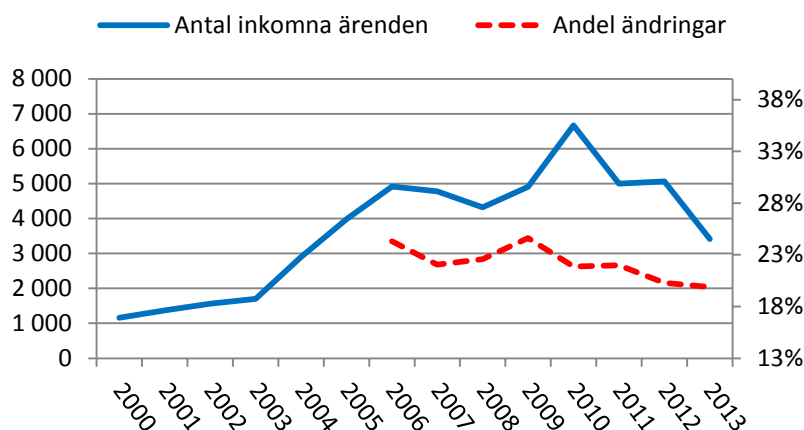
Figuren visar att antalet ärenden som inkom till förvaltningsrätterna ökade kraftigt mellan 2003 och 2006, den period då Försäkringskassan arbetade för att nå det politiska målet att halvera sjukfrånvaron. Detta beskrivs mer utförligt i nästa avsnitt. Ytterligare ökning skedde 2010 men därefter har antalet ärenden till förvaltningsrätterna minskat. Antalet beslut som överklagas beror framför allt på antalet beslut som fattas. I perioder då fler får avslag ökar också antalet överklaganden. Måttet kan spegla förändringar i Försäkringskassans bedömningar men visar även de försäkrades missnöje

²³ Landets 23 länsrätter slogs den 15 februari 2010 samman till tolv domstolar med benämningen förvaltningsrätter.

med besluten, vilket också kan påverkas av hur begripliga de försäkrade upplever besluten. Allmänhetens förväntningar på Försäkringskassan och massmedias rapportering är också faktorer som kan påverka antalet överklaganden.

Andelen beslut som ändras i förvaltningsrätterna kan vara ett bättre sätt att följa eventuella förändringar i utredningar och bedömningar eller i kvaliteten på Försäkringskassans beslut. Att tidsserien över andel ändringar börjar först 2006 beror på att tidigare uppgifter inte är tillförlitliga. En brist när det gäller ändringar är att det i allmänhet bara är beslut som är till nackdel för den försäkrade som överklagas. Felaktiga beslut som är till den försäkrades fördel överklagas sällan och därför blir andelen ändringar i förvaltningsrätten bara ett mått på den ena typen av felbeslut.²⁴ Figur 25 visar att andelen ändrade beslut var särskilt högt 2006 och 2009. Efter 2009 har andelen ändringar minskat. Det kan tolkas som att kvaliteten i Försäkringskassans beslut har förbättrats, åtminstone när det gäller beslut som varit till nackdel för den försäkrade.

Figur 25 Antal inkomna ärenden till förvaltningsrätterna och andel ändringar i beslut om sjukpenning, år 2000–2013



Källa: Domstolsverket

Förändringar i tillämpningen de senaste 10 åren

I detta avsnitt beskrivs tillämpningsändringar som genomförts under två tidsperioder. Förändringar av rättstillämpningen styrs givetvis helt av lagstiftning och rättspraxis. Inom regelverkets ramar har dock tillämpningen, i betydelsen de utredningar och de bedömningar som görs, liksom de metoder som används och det stöd som ges handläggarna, en viktig påverkan på utfallet.

²⁴ Ytterligare en brist med att studera ändringsfrekvensen ligger i det faktum att det finns regionala skillnader inom rättsväsendet vad gäller andelen ärenden som ändras. Vid förvaltningsrätten i Luleå får t.ex. fyra av tio som överklagar rätt medan i Stockholm är det bara en av tio (ISF 2014).

Den första perioden avser åren 2003 till 2008, det vill säga då Försäkringskassan arbetade för att nå det nationella målet att halvera sjukfrånvaron samtidigt som den nya Försäkringskassan bildades. Den andra perioden, mellan 2008 och 2014 kännetecknas av införandet av den s.k. Rehabiliteringskedjan och av att sjukfrånvaron mot slutet av perioden återigen ökar något.

Beskrivningarna är inte heltäckande utan lyfter snarare fram viktiga exempel på hur tillämpningen har utvecklats under perioderna och hur det – när det finns studier om detta – påverkat sjukfrånvarons omfattning.

Perioden 2003–2008

Halveringsmålet genomsyrade socialförsäkringsadministrationen

Antalet sjukskrivna personer ökade dramatiskt under slutet av 1990-talet och inledningen av 2000-talet. Regeringen formulerade därför ett mål för minskad ohälsa i budgetpropositionen för 2003. Målet innebar att frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning skulle halveras fram till 2008. Parallellt skulle antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska.

Riksförsäkringsverkets (RFVs) och försäkringskassornas verksamhet genomsyrades under perioden av det nationella halveringsmålet (t.ex. RFV 2005a, sid 32). Årsredovisningarnas sammanställningar och sammanfattningar, liksom generaldirektörens förord, inleds så gott som alltid med en beskrivning av sjuktalets utveckling och myndighetens arbete för att nå det nationella målet (RFV 2004b; RFV 2005a; Försäkringskassan 2006b; Försäkringskassan 2007a; Försäkringskassan 2008b). Det nationella målet bröts upp i etappmål som följdes upp årligen samt länsvisa mål för de olika försäkringskassorna. Målet hade även genomslag på handläggarnivå. En enkätundersökning som Statskontoret genomförde visade att halveringsmålet var det mål som hade fått störst genomslag bland anställda. Drygt 60 procent av dem som arbetade med sjukförmåner angav att de arbetade för att uppnå detta mål (Statskontoret 2009).

Under arbetet mot halveringsmålet gjordes stora förändringar i administrationen av sjukförsäkringen. Den 1 januari 2005 bildades den nya Försäkringskassan genom sammanslagningen av länsförsäkringskassorna och RFV. Sammanslagningen skulle bland annat bidra till en mer enhetlig rättstillämpning på socialförsäkringsområdet. I årsredovisningen 2004 konstaterade RFV att det handlar om ”en mycket stor organisation som nu avkrävs mycket stora förändringar, delvis av en karaktär som innebär att man ska utmönstra arbetssätt som varit norm sedan länge, och detta samtidigt som den löpande verksamheten ska fungera” (RFV 2005a, sid 25).

För att nå målet att halvera sjukskrivningarna menade RFV att tillämpningen av sjukförsäkringen bör vara ”försäkringsmässig”. Man menade att det förutsätter ”en likformig och rättssäker tillämpning vilket skulle åstadkommas genom exempelvis försäkringsmedicinska riktlinjer för läkare att följa vid sjukskrivning, granskning av läkarintyg på Försäkringskassan, regelstyrda prövningar av rätten till försäkringsförmåner och tydliga försäkringsregler såsom tidsbegränsad ersättning”. Arbetet inriktades bland

annat på att utveckla och implementera enhetliga metoder för att öka effektiviteten och försäkringsmässigheten i handläggningen av sjukförsäkringsärenden (RFV 2004, sid 33). Dessutom gjordes omfattande informations- och utbildningssatsningar för att öka kunskapen och förändra attityderna kring sjukförsäkringen, såväl internt inom administrationen som hos försäkrade, arbetsgivare, läkare och andra aktörer på ohälsområdet (t.ex. RFV 2005a).

Målet nåddes och sjukfrånvaron – mätt som ersatta nettodagar för sjukfall – halverades under perioden. Samtidigt visar Figur 25 att antalet inkomna ärenden till förvaltningsrätterna ökade från 1 700 till nästan 5 000 mellan 2003 och 2005. Statistik över förvaltningsrätternas ändringar finns tyvärr bara från 2006 och framåt. Inte heller Försäkringskassans statistik över avslag och indrag täcker den aktuella perioden. Av en årsredovisning framgår dock att antalet avslag ökade från 3 701 till knappt 6 478 mellan åren 2005 och 2007 (Försäkringskassan 2008b).

Svårt att fastställa effekter av gemensamma metoder

Som en del av arbetet med att förbereda den nya Försäkringskassan utvecklade socialförsäkringsadministrationen gemensamma metoder för handläggningen. Syftet var att minska sjukfrånvaron, att öka rättssäkerheten och att få en ökad professionalism i sjukfallsarbetet (Försäkringskassan 2007b). Under åren 2003 och 2004 infördes därför en metodsamling bestående av bland annat gemensamma metoder och aktiviteter i arbetet med sjukskrivningar. Parallellt bedrev socialförsäkringsadministrationen ett utvecklingsarbete med så kallade processkartläggningar (ENSA-processerna) som innehåller detaljerade beskrivningar av de olika arbetsstegen i handläggningen. Försäkringskassan gjorde kontinuerliga uppföljningar av de gemensamma metoderna inom ramen för den så kallade Metodundersökningen (t.ex. Försäkringskassan 2005a; Försäkringskassan 2006c; Försäkringskassan 2006d). Uppföljningarna handlade framför allt om hur vanligt det var att handläggarna använde dessa metoder och om vilka hinder som fanns.

År 2007 gjorde Försäkringskassan en sammanställning av de uppföljningar som publicerats inom ramen för Metodundersökningen. Man konstaterade då att det vid tidpunkten ännu inte fanns något svar på frågan om de gemensamma metoderna bidragit till att minska sjukfrånvaron. Däremot konstaterades att sjukfrånvaron sjunkit ordentligt sedan metodsamlingen introducerades första gången år 2003. Mycket annat som kan ha påverkat sjukfrånvaron inträffade dock parallellt med att metodsamlingen infördes, exempelvis utbildningsinsatser riktade till handläggare och läkare. Den intensiva debatt som samtidigt fördes i media – delvis på grund av Försäkringskassans stramare tillämpning av sjukförsäkringen – kan också ha minskat människors benägenhet att sjukskriva sig (Försäkringskassan 2007b).

Kortare sjukskrivningstider med försäkringsmedicinskt beslutsstöd

I slutet av 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker

sjukskrivningsprocess. År 2007 publicerade Socialstyrelsen en vägledning med namnet "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd". Beslutsstödet har uppdaterats i två omgångar. I augusti 2008 tillkom 14 rekommendationer för psykiska diagnoser, kroniska smärttillstånd och symtom. År 2009 tillkom ytterligare nio rekommendationer om bland annat ADHD, bipolär sjukdom och fetmakirurgi. Under 2009 gjordes en rad mindre justeringar av rekommendationerna (Socialstyrelsen 2014).

Försäkringskassan har gjort flera uppföljningar av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Den första gjordes i mars 2008 och visade att längden på och spridningen i sjukskrivningstider för fysiska diagnoser minskade efter införandet av beslutsstödet. Förändringarna var större för kvinnor och för diagnoser med specifika rekommendationer (Försäkringskassan 2009a). Ytterligare en uppföljning gjordes efter uppdateringen av beslutsstödet med rekommendationer för psykiska diagnoser. Denna uppföljning visade att sjukskrivningstiderna minskade något för personer med psykiska diagnoser under den efterföljande perioden. Förändringarna var mindre tydliga än i den första uppföljningen för perioden efter mars 2008 (Försäkringskassan 2010).

En tredje uppföljning gjordes två år senare för att undersöka om det skett mer långsiktiga förändringar i sjukskrivningstider samt antalet påbörjade sjukskrivningar i samband med införandet av försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Sammantaget visar analyserna att sjukskrivningslängderna och antalet påbörjade sjukskrivningar minskat efter mars 2008 då det försäkringsmedicinska beslutsstödet infördes. De största förändringarna skedde i de grupper av diagnoser som står för störst andel av sjukskrivningarna: psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Spridningen i sjukskrivningstider mellan länen minskade dessutom. Resultaten som helhet stöder därmed tolkningen att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har haft en inverkan på sjukskrivningsmönstret i avsedd riktning (Försäkringskassan 2011d).

En studie bland läkare i Stockholms län visar att läkare som arbetar på vårdcentraler oftare än andra läkare²⁵ bedömer sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Bland läkare med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation uppgav 68 procent att det försäkringsmedicinska beslutsstödet fungerar som ett stöd i arbetet med sjukskrivningar. Bland specialistläkare var motsvarande andel 30 procent (Alexandersson m.fl. 2013).

Perioden 2008–2014

Rehabiliteringskedjan har medfört en mer aktiv handläggning

När rehabiliteringskedjan infördes behandlades sjukfall – som påbörjades med endast några dagars mellanrum – enligt olika regelsystem under de första sex månaderna av sjukfallet. Hägglund (2010) drog nytta av detta i ett s.k. naturligt experiment som utvärderar reformens effekter på sjukskriv-

²⁵ Här avses läkare inom gynekologi, ortopedi, psykiatri och övriga läkare som inte arbetar på vårdcentral.

ningstiden. Enligt studien har rehabiliteringskedjan haft positiva effekter på sannolikheten att avsluta sjukfallet – vilket i de allra flesta fall betyder återgång i arbete – i anslutning till arbetsförmågeprövningen vid 181 dagar. Effekten är resultatet av att fler återgår i arbete på såväl heltid som deltid. En positiv effekt av reformen återfinns också innan prövningen vid 91 dagars sjukskrivning. Denna effekt är emellertid inte lika tydlig och är framför allt resultatet av att fler sjukskrivna återgår i arbete på deltid. Totalt innebär reformen att sjukskrivningstiderna reducerades med i genomsnitt 0,35 dagar över den 28 veckors långa uppföljningsperioden. Skillnaden är med andra ord liten. Slutsatsen ska dock ses i ljuset av att prövningen vid 91 dagar genomfördes i liten utsträckning (20 procent) vid tidpunkten för undersökningen. Vidare kan reformen tänkas ha haft effekter även på inflödet till sjukskrivning, vilket inte studeras i rapporten (Hägglund 2010).

År 2010 konstaterade Riksrevisionen att den nya sjukskrivningsprocessen medfört en mer aktiv handläggning och tidigare insatser (Riksrevisionen 2010). Bedömningarna vid de fasta tidsgränserna hade dock inte gjorts i tillräcklig omfattning även om andelen sjukfall ökat där Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan och rätten till sjukpenning inom de uppsatta tidsgränserna. Plan för återgång i arbete upprättades oftare och tidigare i sjukfallen och avstämningmöten hölls oftare. De intervjuade handläggarna menade samstämmigt att sjukskrivningsprocessen blivit mer aktiv (Riksrevisionen 2010).

Försäkringskassan genomförde en aktgranskning av pågående sjukfall 2010 som visade att handläggarna i ökad utsträckning utredde möjligheterna till olika lösningar på arbetsplatsen för att förkorta sjukskrivningarna. Vidare gjordes bedömningar mot den reguljära arbetsmarknaden i större omfattning och tidigare i sjukfallen jämfört med den tidigare stegbedömningen. Analysen av deltidssjukskrivning tyder på att deltidssjukskrivning som en medveten handlingsväg med en fastställd plan för upptrappningen av arbetstiden kan ha positiva effekter på sjukskrivningstiden (Försäkringskassan 2011b).

Trots att studier tyder på att den nya sjukskrivningsprocessen inneburit en mer aktiv handläggning har antalet sjukskrivningar ökat sedan januari 2011. Försäkringskassans aktgranskning pekar även på att de ärenden där Försäkringskassan har en aktiv handläggning också avslutas tidigare och i större omfattning jämfört med dem där handläggningen kännetecknas av en mer passiv handläggning (Försäkringskassan 2011b). Under 2011 publicerade Inspektionen för socialförsäkring (ISF) en granskning av den nya sjukskrivningsprocessen. ISF konstaterade att rehabiliteringskedjan inte hade fått fullt genomslag i tillämpningen. Problemen gällde framför allt 90-dagarsprövningen (ISF 2011b). Försäkringskassans bedömning var att om andelen ärenden ökar som karaktäriseras av en aktiv handläggning skulle det vara möjligt avsluta ännu fler ärenden tidigare (Försäkringskassan 2011b).

Olika resultat om tidiga insatser betydelse

Försäkringskassan gjorde ett experiment i samarbete med Institutet för utbildnings- och arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) för att undersöka effekter av tidiga insatser i sjukfall. Insatserna bestod av en s.k.

SASSAM-kartläggning och ett avstämningsmöte²⁶, som båda syftar till att öka möjligheterna att återgå i arbete. I experimentet slumpades cirka 15 000 individer med ett nystartat sjukfall till tre grupper. Experimentgrupp 1 fick vid behov både SASSAM och avstämningsmöte tidigt i sjukfallet. Experimentgrupp 2 fick möjlighet till tidig SASSAM men avstämningsmöte senarelagt minst 6 veckor. Experimentgrupp 3 fick både SASSAM och avstämningsmöte senarelagt minst 6 veckor.

I Försäkringskassans rapport studerades om tidiga insatser leder till att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och insatser från arbetsgivaren påbörjas tidigare (Försäkringskassan 2010b). Experimentet visade att en tidigareläggning av SASSAM och avstämningsmöte medförde att rehabiliteringsåtgärder och insatser från arbetsgivaren påbörjades tidigare i sjukfallet. För en individ med ett pågående sjukfall i grupp 1 var det 33 procent högre sannolikhet att få en rehabiliteringsinsats inom 180 dagar jämfört med en individ i grupp 3. Dessutom visade resultaten att det var 50 procent högre sannolikhet att få en insats av arbetsgivaren inom 180 dagar i grupp 1 jämfört med grupp 3. Dock var det en mycket liten andel som över huvud taget fick arbetslivsinriktade åtgärder. Det fanns ingen signifikant effekt av tidiga insatser på individens självskattade hälsa och arbetsförmåga (Försäkringskassan 2010b).

IFAU undersökte om tidiga insatser har några effekter på återgång i arbete. Forskarna kunde dock inte finna något stöd för att tidiga insatser förkortar sjukfallens längd, inte heller i ett antal studerade undergrupper (Engström m.fl. 2010).

Även ISF har publicerat en rapport baserad på samma datamaterial. ISF studerar om en tidigareläggning av SASSAM och avstämningsmöte påverkar sannolikheten att vara sjukskriven, arbetslös, och motta sjuk- eller aktivitetsersättning, varje månad upp till 15 månader efteråt. Resultaten visar att de som deltog i SASSAM tidigt i sjukfallet i *högre utsträckning* blev kvar i sjukskrivning på kort sikt och i högre utsträckning övergick till sjuk- och aktivitetsersättning på längre sikt. Effekterna återfinns för både anställda och arbetslösa men är tydligare för arbetslösa; dessa återgick alltså till arbetslöshet i lägre utsträckning (ISF 2011c). ISFs rapport visar på effekter upp till 15 månader.

Inget stöd för att tillämpningen blivit mer generös

När sjukpenningtalet återigen ökar är en viktig fråga om utvecklingen till någon del beror på att Försäkringskassan har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Under de senaste åren har andelen ärenden minskat där Försäkringskassan avslår ansökan om sjukpenning eller beslutar att inte längre betala ut sjukpenning (se Figur 22 och Figur 23). För att undersöka om tillämpningen blivit mer generös har Försäkringskassan gjort en

²⁶ SASSAM är Försäkringskassans instrument för att utreda rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering. Avstämningsmöte är ett lagreglerat flerpartsmöte där den försäkrade, Försäkringskassan och minst en ytterligare part (exempelvis läkaren eller arbetsgivaren) deltar. Syftet är att bedöma individens arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

granskning av beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden. Totalt har 1 800 beslut om sjukpenning granskats, varav hälften är från 2010 och hälften från 2013 (Försäkringskassan 2014d).

Försäkringskassans granskning visar att kvaliteten i beslutsunderlag och beslut generellt är hög i de ärenden där Försäkringskassan nekar sjukpenning. Det gäller både när Försäkringskassan avslår en ny ansökan och när myndigheten beslutar att inte längre betala ut sjukpenning i samband med prövning mot hela arbetsmarknaden. Det har inte skett någon signifikant förändring mellan åren när det gäller samstämmigheten mellan granskarnas respektive handläggarnas bedömning av arbetsförmåga (Försäkringskassan 2014d).

Däremot har granskarna gjort en annan bedömning än handläggarna av arbetsförmåga i ärenden där Försäkringskassan har beviljat sjukpenning. Det gäller både i ärenden från 2010 och 2013. I ärenden som gäller bifall dag 1 gör granskarna en annan bedömning i nästan sex procent av ärendena och i ärenden som gäller bifall dag 181 i cirka 16 procent av ärendena. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd. Studien ger alltså inte stöd för att den ökning av sjukpenningtalet som skett mellan 2010 och 2013 skulle ha påverkats av en förändrad tillämpning (Försäkringskassan 2014d).

En enklare sjukskrivningsprocess

Sedan 2012 bedriver Försäkringskassan ett utvecklingsarbete för att införa en enklare sjukskrivningsprocess. Bakgrunden är att personer som är sjukskrivna har olika behov av stöd och kontakt med Försäkringskassan. Försäkringskassan har därför tillsammans med sjukvården tagit fram en modell som redan från start identifierar de sjukfall som inte kommer ha behov av så mycket personlig kontakt. På så sätt kan resurser frigöras till dem som bäst behöver Försäkringskassans stöd.²⁷ Arbetet med att införa en enklare sjukskrivningsprocess kommer att pågå fram till 2016 och har ännu inte utvärderats.

Administrationens kapacitet och sjukfrånvarons variation

Administrationens resurser bestäms via politiska beslut i statsbudgeten. Det innebär en tröghet i resurstilldelningen vid volymförändringar. Detta kan vara särskilt kännbart vid snabba volymökningar, t.ex. i form av ett snabbt ökande inflöde i nya sjukskrivningar.

I ett delbetänkande från Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA) från 2002 diskuteras om ”administrativa tillkortakommanden”, med utredningens ord, kan ha bidragit till den kraftiga uppgången i sjukfrånvaron under 1990-talets avslutande år (SOU 2002:62). De hävdade att det ökade inflödet ledde till en administrativ överbelastning. Mängden sjukfall ledde

²⁷ Arbetet beskrivs mer utförligt på Försäkringskassans webbplats:
https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/omfk/samverkan_och_projekt/en_enklare_sjukskrivningsprocess

till att administrationen tvingades prioritera utbetalningarna av ersättningsarna vilket undergrävde möjligheterna till tidiga insatser i sjukfallen. Utredningen menade att problem inom administrationen leder till att sjukfall blir onödigt långa, ger högre kostnader och stora risker för att alltför många sjukskrivna inte kommer tillbaka till arbetslivet.

Vi gör i vår analys bedömningen att detta är en rimlig slutsats, bland annat mot bakgrund av den mycket stora förändring i inflödet som skedde från 1997 till 1999. Det handlade på årsbasis om en ökning från 524 000 nya sjukskrivningar i inflödet till de dåvarande försäkringskassorna till 686 000, vilket också var en effekt av att sjuklöneperioden förkortades från 28 till 14 dagar den 1 april 1998. Detta skedde samtidigt som 1990-talets budgetsanering också lett till personalnedskärningar inom administrationen.

Ytterligare stöd för att administrationens kapacitet har betydelse för sjukfrånvarons nivå, och därigenom variation, ges av det faktum att kännetecknande för perioderna av sänkt sjukfrånvaro under 1990-talets första hälft och åren 2003–2010 var ett starkt fokus på sjukförsäkringen från politikens och administrationens sida vilket bland annat kom till uttryck i resursförstärkningar för just denna del av administrationen. Det skedde i anslutning till 1990-talets ”kamp mot ohälsan” med nya särskilda rehabiliteringssamordnartjänster, och det skedde under ”halveringsmålsperioden” genom att regering och riksdag tilldelade socialförsäkringsadministrationen extra resurser under perioden 2003–2007 samtidigt som det också skedde en intern prioritering av resurser till sjukförsäkringsområdet inom administrationen.

Resurserna för administrationen tycks spela en viktig roll. Detta kan också bidra till att förstå en viktig faktor bakom sjukfrånvaros variationer. Det innebär att administrationens förmåga att hantera de pågående sjukfallen och att påverka sjukskrivningstiderna, i de fall där det går, har betydelse. Under perioder där denna kapacitet försvagats har det också resulterat i onödigt kraftiga uppgångar i sjukfrånvaron.

Detta kan vara en källa till att förstå det mönster som finns med avseende på inflöde och varaktighet, där inflödesförändringarna tycks inleda förloppen men samtidigt uppvisa en stark samvariation med varaktigheten. Det skulle i så fall betyda att administrationens kapacitet och förmåga att hantera de pågående sjukfallen, och därmed sjukfallens varaktighet, är beroende av hur inflödet varierar.

I den uppgång av sjukfrånvaron som vi just nu befinner oss i, som är betydligt svagare än den vi såg i slutet av 1990-talet, kan vi notera att utbetalningarna av sjukpenning återigen under perioder tvingats prioriteras på bekostnad av arbetet i de pågående sjukfallen. Även nu ser vi en press på sjukfallslängderna i riktning mot ökad varaktighet.

En analys av administrationens kapacitet kan inte begränsas till en fråga om resurstilldelning. Den måste också rymma frågor kring kunskapen, förmågan och inställningen hos de som administrerar försäkringen, dvs. Försäkringskassans handläggare. Dessa aspekter har analyserats i studier både från Försäkringskassans sida (2011b) och ISF (2014a).

Försäkringskassans studie analyserar handläggningen efter att rehabiliteringskedjan infördes. I den diskuteras de skillnader i handläggningen som kunnat konstateras i utvärderingen. Variationen berör både bedömningarna av rätten till ersättning och planeringen för att underlätta återgång i arbete. En av slutsatserna är att de utredningsbrister som finns i en del av ärendena kan bero på att utredningsarbetet i alltför hög grad styrs av förväntningar på en viss utveckling eller ett visst utfall. Detta kan påverka i vilken omfattning utredningar görs men också på vilket sätt. Detta påverkar också sjukfallens varaktighet. Utvärderingen trycker på vikten av kompetensutveckling och kollegiala granskningar och diskussioner för att utveckla utredningsmetodiken.

I ISFs studie har svaren från en enkätundersökning bland Försäkringskassans handläggare kopplats samman med uppgifter om hur dessa har agerat i olika ärenden, och hur långa sjukfallen har blivit. Undersökningsperioden avser 2010–2011. Ju mer legitima, effektiva och rättssäkra handläggarna tycker att reglerna i sjukförsäkringen är, desto kortare blir sjukfallen. Resultaten visar att sjukskrivna som tilldelas en handläggare som tillhör de 25 procent mest positiva till reglerna är sjukskrivna i genomsnitt cirka 3 dagar, eller 1,5 procent, mindre än de som tilldelas en handläggare som tillhör de 25 procent minst positiva. Även en positiv inställning till att nå uppsatta verksamhetsmål leder till kortare sjukskrivningar. En relativt positiv syn på Försäkringskassans utredningsmetoder leder däremot till att sjukfallen blir längre, vilket sannolikt beror på att utredningarna används för ofta. ISF pekar på vikten av Försäkringskassans interna arbete med att upprätta gemensamma etiska riktlinjer och normer i handläggarnas dagliga arbete. De pekar också på betydelsen av att politiska beslutsfattare förankrar förändringar av regler innan införande för att de ska ges möjlighet att verka fullt ut.

Sammanfattande diskussion

Det här kapitlet visar att Försäkringskassan har bedrivit ett omfattande arbete med att åstadkomma en mer rättssäker och effektiv handläggning. Det står helt klart att tillämpningen har förändrats över tid. Dessa förändringar styrs främst av lagstiftningen och regelverket. Inom regelverkets ramar har dock tillämpningen, i en bredare betydelse, en stor betydelse för utfallet. Det finns studier som visar att handläggarnas inställning och hur de handlägger sjukfallen har betydelse för sjukskrivningstiderna. Hur utredningar och bedömningar görs spelar roll, liksom hur åtgärder planeras, genomförs och följs upp.

För att förklara de historiska variationerna i sjukfrånvaron bedöms dock administrationens resurser spela en viktigare roll. I perioder när sjukfrånvaron minskat så har både från politiskt och administrativt håll fokuserats på sjukförsäkringen i kombination med resursförstärkningar. Medan perioder av ökande sjukfrånvaro har en större andel av de givna resurserna fått användas för att garantera utbetalningarna av ersättningen till de försäkrades, vilket har begränsat utrymmet att arbeta aktivt i de pågående sjukfallen med konsekvensen att sjukfallen blivit onödigt långa.

Internationell jämförelse

I detta avsnitt sätter vi in den svenska sjukfrånvaron i ett internationellt perspektiv. Likheter och olikheter i länders utveckling av sjukfrånvaron de senaste decennierna, kopplingar mellan deras arbetskraftsdeltagande och arbetsmarknader samt deras regelsystem diskuteras. De insikter som nås på detta sätt ingår i den syntes som redovisas i nästa kapitel där utvecklingen av sjukfrånvaro i Sverige de senaste decennierna analyseras och diskuteras.

Valet av jämförelseländer är samma som i en tidigare studie där dåvarande Riksförsäkringsverket år 2002 gavs i uppdrag av ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) att studera utvecklingen av sjukfrånvaron i andra europeiska länder. Sju länder – Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland – valdes för jämförelse med Sverige utifrån att de bedömdes ha en likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå som Sverige. Frågeställningen som skulle testas då var om utvecklingen av sjukfrånvaro i Sverige var relativt lik utvecklingen i jämförbara länder, givet viktiga faktorer som deltagande i arbetskraften och arbetskraftens köns- och ålderssammansättning. Det visade sig att så inte var fallet. Tre länder skilde ut sig avsevärt från de andra – och EU genomsnittet – Nederländerna, Norge och Sverige (Nyman et al. 2002). I detta avsnitt studeras även utvecklingen från 2000 t.o.m. 2013 för samma länder.

Avsnittet disponeras enligt följande. Först görs en sammanställning av nuvarande socialförsäkringssystem för de olika länderna. Därefter beskrivs sjukfrånvarons utveckling 1987–2013 för dessa länder. En aspekt som lyfts fram är hur sjukfrånvaron och arbetslösheten har samvarierat över tid samt hur jämförbara länderna är ur ett köns- och ålderperspektiv. Sista delen belyser utvecklingen av förtidspensioner i dessa länder²⁸.

Socialförsäkringssystem i de olika länderna

Innan vi tittar på enskilda länder ges en kort genomgång av respektive lands regelverk. Generellt sett kan det sägas att inkomstbortfall vid sjukfrånvaro regleras i lag i alla de länder som vi studerar. Emellertid kan lagen vara utformad på väldigt skilda sätt, allt ifrån ett mandat för arbetsgivare att tillhandahålla en försäkring för sjukfrånvaro från arbetet, som dessutom kan vara kopplad till hälso- och sjukvårdsförsäkring (t.ex. Tyskland) eller, vilket förekommer oftare, frikopplad från hälso- och sjukvårdsförsäkringen, som i Sverige. Prevention kan också vara en del av försäkringsadministrationens mandat (t.ex. Tyskland) eller falla utanför, som i Sverige. Ersättningen kan också bestå enbart av en allmän försäkring eller kompletteras av en försäkring som arbetsmarknadens parter har kommit överens om i kollektivavtal (som i Sverige), av enskilda avtal mellan arbetsgivare och arbetstagare (som

²⁸ I Sverige sjuk- och aktivitetsersättning fr.o.m. 2003.

kan komplettera ett grundbelopp som i Storbritannien) av privata försäkringar. Kombinationer av dessa förekommer också.

Generellt sett sammanhänger olika länders utformning av sina socialförsäkringssystem med landets mer övergripande val av välfärdsmodell. Esping-Andersens beskrivning av välfärdsmodeller används ofta i litteraturen för att klassificera länder i tre grupper: en korporativ, en liberal och en skandinavisk ("socialdemokratisk").

I det korporativa systemet, som härstammar från Bismarcks lagstiftning för Tyskland från 1880-talet, administreras en nationell lagstiftning som i princip täcker alla anställda av olika sammanslutningar på arbetsmarknaden. I den liberala modellen ges befolkningen ett grundskydd genom en offentlig försäkring administrerad av staten. Ersättningsarna kan vara behovsprövade. Meningen är att detta grundskydd ska kompletteras med privata försäkringar, genom avtal, individuella val eller en kombination av dessa. Modellen fick en modern utformning av Cambridge-ekonomen Beveridge under 1940-talet och återfinns i sin grundläggande form fortfarande i Storbritanniens socialförsäkringssystem. I den skandinaviska modellen tillhandahålls en omfattande offentlig inkomstbortfallsförsäkring administrerad av staten. Enligt Esping-Andersens modell tillhör Tyskland och Frankrike de korporativa länderna medan Danmark, Finland, Nederländerna, Norge och Sverige de socialdemokratiska länderna och Storbritannien är det liberala landet i gruppen. Dock bör tilläggas att välfärdsmodeller också kan förändras över tid vilket medför att man frångår en modell och närmar sig en annan vilket är fallet för Nederländerna som i allt mindre grad kan sällas till de socialdemokratiska länderna.

I Tabell 4 beskrivs ländernas regelsystem i större detalj. Variationen mellan länderna är betydande vad avser ersättningsgrad, ersättningsperiodens maximala längd, krav på läkarintyg och en lagstadgad arbetsgivareperiod (sjuklöneperiod).

Tabell 4 Ersättning från arbetsgivare och sjukförsäkring

	Karensdag	Krav på läkarintyg	Arbetsgivarperiod	Ersättningsnivå	Maximal ersättningstid
Norge	Nej	Dag 4	Dag 1–16	100 %	1 år
Danmark	Nej		Dag 1–30	4,075 DDK/vecka	52 veckor inom 1 ½ år
Finland	Nej	Dag 9	Dag 1–10	100 % / 70 %	300 dagar (exkl. söndag) inom 1 år
Nederländerna	2 dagar		104 veckor	minst 70 %	2 år
Tyskland	Nej	Dag 4	6 veckor	100 % / 70 %	78 veckor inom 3 år
Frankrike	3 dagar	Dag 2		50–66,7 %	360 dagar inom 3 år
Storbritannien	3 dagar	Dag 8	28 veckor	£ 87,55/vecka	28 veckor
Sverige	1 dag	Dag 8	Dag 2–14	80 %*	914 dagar**

* I Sveriges innehåller de facto ersättningsgraden ytterligare 10 procent för den som har ett avtalstillägg (ca 90 procent av de anställda).

** Den 1 juli 2008 infördes en tidsgräns på 364 dagar inom en ramtid på 450 dagar för sjukpenning. Från och med dag 365 kan förlängd sjukpenning betalas ut för ytterligare 550 dagar. I Sverige finns också möjligheten att få sjukpenning i särskilda fall efter att man uppnått maximal ersättningstid och även andra länder har liknande undantag.

Källa: MISSOC 2014, Social Security Administration 2014, Försäkringskassan

Det är välbelagt att arbetskraftens köns- och åldersammansättning påverkar sjukfrånvaron från arbete. Kvinnor har allmänt sett en högre sjukfrånvaro än män och äldre en högre frånvaro än yngre i de jämförda länderna. Detta var även en iakttagelse i den ursprungliga ESO-rapporten (Nyman m.fl. 2002) och har länge kännetecknat svensk sjukfrånvarostatistik.

Det spelar naturligtvis en roll i vilken ålder folk normalt träder ur arbetskraften. Utträdesåldern beror på en mängd faktorer, varav praxis kring beviljande av förtidspensioner och ålderspensionsregler är två av de viktigaste.

Huruvida ett pensionsbeslut föregås av en sjukskrivning eller förtidspension kräver mer information än vad som finns att tillgå från Eurostat eller OECD. Vad som finns att tillgå är uppgifter om åldern för utträde från arbetskraften till följd av ålderspension. Tabell 5 visar OECDs uppgifter om detta. I Sverige tar männen ut sin ålderspension vid i genomsnitt en högre ålder än männen i samtliga andra länder. I Norge och Sverige väntar kvinnor längre än i de andra länderna med att gå i ålderspension. Som visas ännu tydligare i ett senare avsnitt ökar frånvaron med ålder, vilket innebär att en äldre arbetskraft kommer att medföra högre sjukfrånvaro. Med det sagt kommer vi dock se att nivåskillnaden mellan länder återspeglas i samtliga åldrar.

Tabell 5 Officiell och de facto genomsnittlig pensionsålder

	Genomsnittlig utträdesålder till följd av ålderspension		Officiell pensionsålder	
	Män	Kvinna	Män	Kvinna
Norge	64,8	64,3	67	67
Danmark	63,4	61,9	65	65
Finland	61,8	61,9	65	65
Nederländerna	63,6	62,3	65	65
Tyskland	62,1	61,6	65	65
Frankrike	59,7	60	65	65
Storbritannien	63,7	63,2	65	61
Sverige	66,1	64,2	(65)	(65)

Källa: OECD, Pensions at Glance 2013

Skillnader i den verkliga genomsnittliga utträdesålder till följd av ålderspension mellan länderna visar sig i en ålderssammanställning över sysselsättningen (Tabell 6). Sysselsättningsgraden är överlag hög i Sverige för båda män och kvinnor, och den är betydligt högre jämfört med alla länder utom Norge för personer 60–64 år.

Tabell 6 Sysselsättningsgrad (%) uppdelat efter kön och ålder, genomsnitt perioden 2008–2012

Åldersgrupp	FR	DE	DK	FI	NL	NO	SE	UK
20–29	79,5 (69,9)	80,2 (73,6)	82,7 (77,6)	81,6 (73,3)	85,9 (82,5)	80,9 (76,1)	82,1 (75,1)	86,6 (74,1)
30–39	95,6 (83,3)	95,2 (80,6)	94,2 (86,9)	93,4 (81,3)	95,2 (84,5)	92,1 (85,7)	95,1 (88,1)	93,4 (76,8)
40–49	94,7 (85,8)	94,8 (84,7)	93,1 (87,4)	91,3 (89,7)	93,9 (82,2)	90,8 (85,5)	94,5 (89,8)	91,7 (81,2)
50–59	80,2 (71,6)	88,3 (76)	88,3 (81,6)	81,3 (83,3)	88,4 (69,9)	85,6 (79,6)	89,7 (84,9)	84,2 (73,6)
60–64	21,3 (17,7)	53,7 (35,9)	49,2 (32,3)	44,8 (42)	50,4 (30,3)	65,2 (55,5)	70,1 (55,9)	58,5 (35,1)

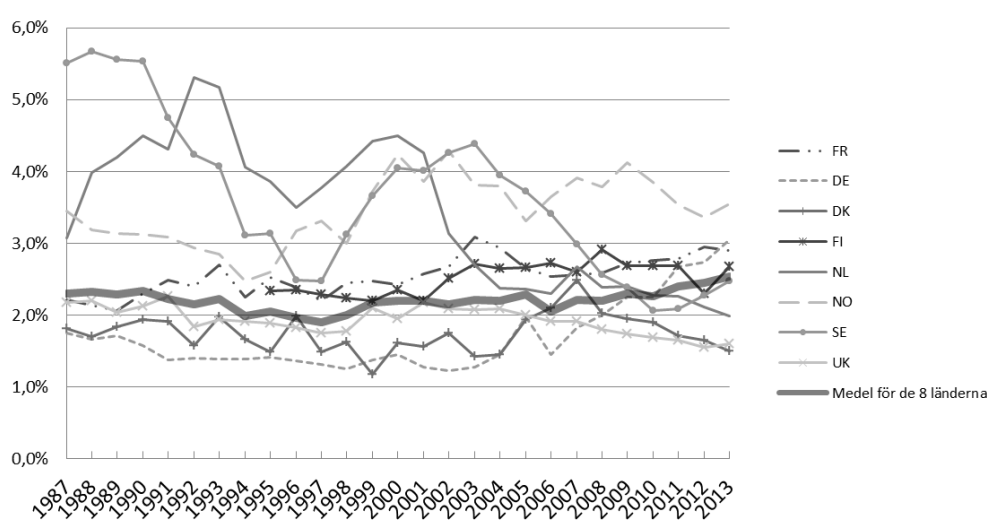
Kvinnor inom parantes

Källa: Eurostat

Länderjämförelse i sjukskrivning

Figur 26 visar utvecklingen i ländernas sjukfrånvaro under perioden 1987–2013. Uppgifterna baseras på de nationella arbetskraftsundersökningarna (i Sverige SCBs AKU). AKU-undersökningar baseras på regelbundna telefonintervjuer under hela året och har samma utformning i samtliga länder, vilket gör dem jämförbara. De nationella undersökningsresultaten samlas av Eurostat. Sjukfrånvaro definieras här som hel frånvaro från arbetet på grund av sjukdom eller skada under hela den vecka som intervjun avser.²⁹ Uppgifterna avser frånvaro oavsett om inkomstförlusten ersätts eller inte och oberoende av om det är arbetsgivaren, sjukförsäkringen eller någon annan som står för ersättningen. Det mått som används anger hur stor andel (procent) av de anställda som har varit sjukfrånvarande.

Figur 26 Sjukfrånvaron (%) i 8 länder och medelvärdet för dessa



Källa: Eurostat

²⁹ Kortare sjukfrånvaro och sjukfrånvaro på deltid ingår inte. Ingen information finns om hur länge frånvaron eventuellt fortsätter utöver denna vecka.

Figur 26 visar att utvecklingen av sjukfrånvaron över tid för medelvärdet av samtliga åtta länder har legat relativt fast kring 2–2,5 procent. Den är cirka 2,5 i slutet av 1980-talet och efter att ha gått ner en period är den tillbaka på en nivå på cirka 2,5 i slutet av perioden, dock med en tydlig ökning från det ekonomiska krisåret 2008. Vad som också framstår tydligt i Figur 26 är att utvecklingen i tre länder – Nederländerna, Norge och Sverige – skiljer sig från de övriga länderna. Nederländernas och Sveriges frånvaro var klart högst av alla fram till millenniumskiftet, då Nederländernas utveckling vände nedåt. Inte långt därefter vände även Sveriges utveckling nedåt. Norge var däremot bland länderna med den högsta sjukfrånvaron i början av den redovisade perioden och låg högst igen från 2007. Från början av 1990-talet krympte spridningen successivt mellan länderna. Vid slutåren i figuren hade Storbritannien den lägsta sjukfrånvaron och Norge den högsta.³⁰

Länder med hög sjukfrånvaro

Fram till 2000-talet var sjukfrånvaron i Nederländerna, Norge och Sverige sålunda betydligt högre än i de övriga fem länderna och medelvärdet för de åtta länderna som redovisats här. Frågan är varför? Det är svårt att identifiera en enskild orsak till varför dessa tre länder låg betydligt över genomsnittet en lång tid och sedan varför sjukfrånvaron i Nederländerna och Sverige vände neråt medan sjukfrånvaron i Norge förblev hög. Den förklaring som ligger närmast till hands är att Nederländerna och Sverige har tacklat ”problemet” genom en kombination av lagstiftning och tillämpning och att något av detta påverkat utfallet. För Sveriges del handlar övriga kapitel i denna rapport om förloppet i Sverige och dess tänkbara förklaringar. Här fokuserar vi därför på Nederländerna och Norge.

Kännetecknande för Nederländernas sjukförsäkring är den långa arbetsgivarperioden på 104 veckor. Sjuklöneperioden var redan 52 veckor 1996–2003, i ett tidigare försök att lösa landets problem med hög sjukfrånvaro genom att ge arbetsgivaren ett omfattande ansvar. Men en sjuklöneperiod på ett år verkade inte leverera det utfall statsmakten hade hoppats på. En orsak var att arbetsgivaren tenderade att låta fallen gå till ett-årsgränsen och att det därefter blev den offentliga försäkringens uppgift att undersöka och sätta igång nödvändiga yrkesinriktade åtgärder. Därför förlängdes arbetsgivarens ansvar till två år.³¹ Det är troligt att dessa två dramatiska regelförändringar utgör förklaringen till nedgången som påbörjades runt millenniumskiftet.

Sjukfrånvaron bland anställda i Norge låg på 3,4 procent 1987 och minskade under recessionsåren fram till 1994 då den befann sig på den lägsta nivå som registrerats för Norge. Därefter har sjukfrånvaron ökat och från 2007 ligger den på den högsta nivån för de länder som ingår i jämförelsen.

³⁰ För Sveriges del kan vi erinras om att den stora minskningen i sjukfrånvaro för Sverige i början av 1990-talet sammanfaller med arbetsgivarperiodens införande, ändringar i ersättningsreglerna och en överföring av långtidssjukskrivna till förtidspension, händelser som redan diskuterats i tidigare avsnitt.

³¹ En invändning mot åtgärder av denna typ är att de kan förväntas leda till en hårdare selektion vid nyanställning och i längden ett större exkluderande av individer med sämre hälsa från arbetskraften.

Under 2000-talet har Norge genomfört flera åtgärder som syftat till att minska sjukfrånvaron. Arbetsmarknadens parter upprättade ett samarbetsavtal 2001, som vidareutvecklades 2003, i syfte att reducera sjukfrånvaron, det s.k. IA-avtalet. Avtalet förpliktigade parterna att arbeta för att reducera sjukfrånvaron och arbetsplatsen blev en huvudarena för uppföljningen av sjukfrånvaron. Under 2004 genomfördes en del regeländringar inom sjukförsäkringsområdet. Det var en tillfällig nedgång av sjukfrånvaron under perioden 2002–2005 men det är svårt att koppla det till enbart AI-avtalet (Ose m.fl. 2006, NAV 2008a).

Mot bakgrund av den höga sjukfrånvaron och insikten om att välfärdssektorns ersättningssystem är delvis kommunicerande, genomfördes år 2006 en omfattande administrativ omorganisation av ”välfärdssektorn” i Norge. Socialförsäkringsadministrationen, arbetsförmedlingen och delar av kommunens socialtjänst sammanfördes till en ny myndighet, Arbeidsogvelferdsetaten NAV med målet att vara fullt genomfört 2009 (Försäkringskassan 2008a, 2008b). Figur 26 visar att sjukfrånvaron fortfarande är hög men att den minskar från och med 2010. Det är svårt att bedöma effekterna av en sådan omfattande reform på basis av utfallet under så kort tid eftersom historien visar på ett flertal kortsiktiga förändringar i utvecklingen, men utvecklingen har gått åt rätt håll t.o.m. 2013.

Länder med låg sjukfrånvaro

Under perioden 1987–2013 är det endast tre länder, Tyskland, Danmark och Storbritannien, som merparten av tiden låg *under* den genomsnittliga sjukfrånvaron.

Sjukfrånvaron i Tyskland hade en nedåtgående trend under femton år i början på den period vi studerar, 1987–2002. Därefter stiger den för att år 2013 nå den högsta sjukfrånvaronivån som Tyskland haft under den studerade perioden och något över genomsnittet i figuren. I Tyskland har ett flertal arbetsmarknadsreformer ägt rum etappvis under början 2000-talet, de s.k. Hartz I–IV-reformerna,³² som kan ha haft en effekt på sjukfrånvaron eftersom det är först efter att dessa reformer har genomförts som sjukfrånvaron mer eller mindre konstant ökat i Tyskland. Vi har emellertid inte kunnat hitta någon studie som undersöker ett möjligt samband.

Även Danmarks sjukfrånvaro hade en svagt nedåtgående trend fram till 2000-talet, 1987–1999. Därefter ökade den 2004–2007. Som svar på det presenterade Danmarks dåvarande regering en handlingsplan för att få bukt med utvecklingen. Planen innehöll ett brett spektrum av åtgärder såväl på arbetsplatser som inom kommuners och olika myndigheters ansvarsområden. Fokus sattes på förebyggande och tidiga aktiveringsåtgärder för den som blev sjukskriven. Hittills finns inte några forskningsresultat eller utvärderingar som tydligt förknippar en förbättring med denna nya inriktning.

³² Dessa trädde i kraft mellan 1 januari 2003 och 1 januari 2005. Huvudsyftet med reformerna var att få individer som fick arbetslöshetsersättning att återgå till arbete. Vid sidan av Hartz-reformerna genomfördes ytterligare en arbetsmarknadsreform februari 2006, vilket innebar en kortare arbetslöshetsersättningsperiod (Ochel, 2005).

En mängd nya åtgärder syftade till en bättre samverkan mellan sjukvårdande och sysselsättande åtgärder. Detta skulle ske genom koordinerade insatser på s.k. jobbcenters och nyskapade partnerskap på lokal nivå, framtagande av riktlinjer för bättre samarbete mellan läkare och jobbcenter samt ett nytt läkarintyg innehållande en ”möjlighetsförklaring”, baserad på en dialog mellan arbetsgivaren och den sjukskrivne. Initiativen förankrades med ett trepartsavtal liknande de norska IA-avtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter (Beskæftigelsesministeriet 2008b, 2008c). Sedan paketet lanserades 2007 har Danmarks sjukfrånvaro gått ner, vilket skulle kunna tolkas som att satsningen varit framgångsrik.

Storbritanniens sjukfrånvaro har under hela perioden från 1987 haft en svagt nedåtgående trend. Reglerna för ersättning vid sjukdom (Statutory Sick Pay) har nyligen ändrats. Förändringen som trädde i kraft april 2014 innebar borttagandet av ersättningströskeln, PTS, (Percentage Threshold Scheme³³) som fanns då sjukfrånvaron för den anställda passerade 28 veckors sammanhängande sjukskrivning. Tidigare fick arbetsgivaren betala en lägre ersättning fram till och med vecka 28 för att sedan betala en högre ersättning från vecka 29 till vecka 52 (Social Security Administration 2014).

Anledningen till förändringen i ersättningsreglerna var insikten att PTS gav ett skevt incitament för arbetsgivare att bidra med aktiva åtgärder på arbetsplatsen. Muskuloskeletala och psykiska diagnoser står, som i Sverige, för merparten av sjukfrånvaro från arbetsplatsen – uppemot 80 procent, räknat från första dagen. NHS (National Health Service) har utvecklat riktlinjer, Guidelines on prevention and management of sickness absence (NHS 2012), där fokus sätts på arbetsmiljö och arbetsgivarens ansvar – och egna fördelar av – att arbeta preventivt tillsammans med hälso- och sjukvården, vilket i det här sammanhanget handlar om att uppmärksamma behovet av och bidra till att ordna medicinsk hjälp innan symptom leder till sjukfrånvaro.

En avslutande kommentar är att Tyskland sedan länge har haft ett integrerat samarbete kring sjukfrånvaro, inklusive ett stort fokus på prevention. Försäkringen omfattar både hälso- och sjukvård och sjukfrånvaro, med en viss integration av yrkesinriktad ”rehabilitering”. Även arbetsgivaren är en part i samarbetet. Samtidigt har såväl Danmark och Storbritannien, med väldigt skilda institutionella uppbyggnader jämfört med Tyskland, också fokuserat på intersektoriella lösningar för att förebygga långsiktiga övergångar från arbete till förtidspensionering och utanförskap.

Sjukfrånvaro och arbetslöshet

Vi har redan uppmärksammat och diskuterat samvariationen i Sverige mellan utvecklingen av sjukfrånvaron och arbetslöshet. Fenomenet har inte enbart ägt rum i Sverige. Det har även varit kännetecknande i synnerhet för Nederländerna och Norge. I detta avsnitt undersöker vi närmare förhållandena i dessa länder och Sverige, då sett i ett internationellt perspektiv. Vi

³³ PTS var en plan som infördes 2008 för att kompensera arbetsgivare med anställda med längre sjukfrånvaro (Storbritanniens Arbets- och Pensionsdepartement, 2013; Social Security Administration 2008).

börjar med en översikt över utvecklingen av arbetslösheten i samtliga länder.

Utvecklingen av arbetslösheten under perioden 1987–2013

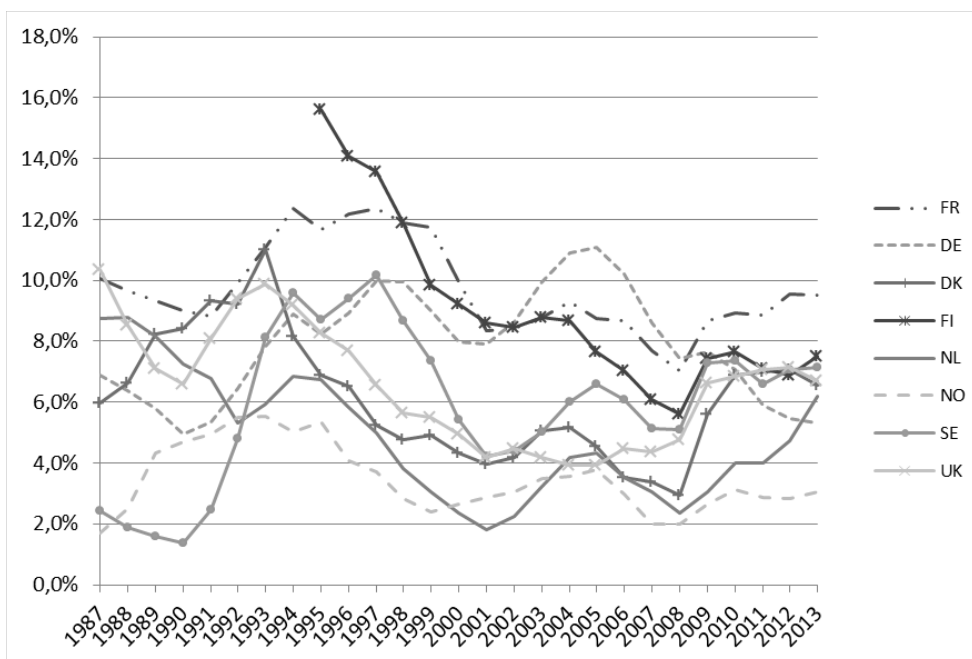
Sedan 1987 har arbetslösheten³⁴ i åldersgruppen 20–64 år varierat kraftigt såväl mellan de åtta länderna som över tid i respektive land. I Figur 27 är konjunkturcyklerna tydliga. På tidigt 1990-tal var arbetslösheten, uttryckt som andel av arbetskraften (procent), hög i de flesta länder. I mitten av 1990-talet började den minska kraftigt exempelvis i Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och något år senare även i Sverige. I de flesta länder noterades en ny uppgång i arbetslösheten under de första åren på 2000-talet varefter arbetslösheten återigen minskade. Från 2008 har arbetslösheten åter ökat för samtliga länder med undantag för Tyskland.

Sedan den första hälften av 1990-talet har arbetslösheten trendmässigt minskat i alla länder med undantag av Tyskland, där återföreningen av Västtyskland och Östtyskland har bidragit till ökad arbetslöshet. Utvecklingstrenden har varit tydligast i Finland och Danmark. I Finland noterades den högsta arbetslösheten i slutet på den internationella recessionen år 1994 (Statistics Finland 2013a, 2013b). Därefter minskade den (se Figur 27) från närmare 16 procent år 1995 till cirka sex procent 2007. I Danmark minskade arbetslösheten från 11 procent från recessionsåret 1993 till drygt tre procent år 2007.

I början av 2000-talet inträffade en ny men mildare recession i samband med att IT-bubblan sprack med relativt hög arbetslöshet som följd i Tyskland, Frankrike och Finland och lägst i Norge, Nederländerna, Danmark och Storbritannien. Från 2005 sjönk arbetslösheten fram till 2008, då nästa recession började sätta sin prägel på världsekonomin. Arbetslösheten ökade återigen med undantag för i Tyskland där den fortsatte att minska. Sveriges ekonomi och arbetslöshet har följt samma mönster som resten av Europa sedan den senaste recessionen. Arbetslösheten låg kvar på en hög nivå strax över sju procent 2013.

³⁴ I oktober 2007 gick Sverige över till det internationella arbetslöshetstalet. Det innebär att heltidsstuderande klassificeras annorlunda. Korrigeringen medför att fler räknas som arbetslösa, och därmed i arbetskraften, och färre utanför arbetskraften. Mindre förändringar har gjorts i arbetskraftsundersökningar internationellt. De påverkar huvudsakligen jämförbarheten över tid, inte mellan länderna.

Figur 27 Arbetslöshet i procent för anställda i åldern 20–64 i åtta europeiska länder under perioden 1987–2013



Källa: Eurostat

Sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet i tre länder

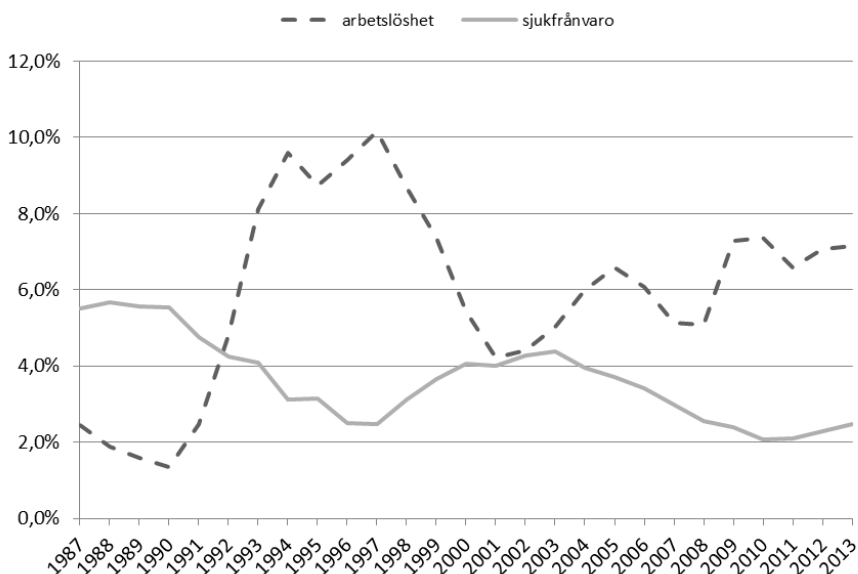
I de länder – nämligen Nederländerna, Norge och Sverige – där nivån och variationen i sjukfrånvaro har varit hög har det också funnits ett tydligt samband med utvecklingen av ekonomin och arbetslöshet. Det finns troligen flera orsaker till detta, bland annat svenska och norska studier som har gett empiriskt stöd för disciplineringshypotesen (se t.ex. Arai och Skogman Thoursie 2001, Askildsen m.fl. 2002, Askildsen m.fl. 2005). Det innebär att anställda är sjukfrånvarande i mindre utsträckning i en lågkonjunktur än i en högkonjunktur.³⁵

I Sverige har det även noterats historiskt att sjukfrånvaron har varit betydligt högre i geografiska områden där arbetslösheten varit hög. Till exempel finner Olsson (2006) att lokal arbetslöshet, tillsammans med åldersstruktur och utbildningsnivå, är starka faktorer bakom regionala skillnader i sjukskrivning i Sverige. Emellertid har de regionala skillnaderna i Sverige minskat i samband med den allmänna nedgången i sjukfrånvaro från 2003 och införandet av diagnosbaserat beslutsstöd för läkare och Försäkringskassan som introducerades 2008, tillsammans med rehabiliteringskedjan.

Trots flera viktiga forskningsstudier med fokus på dessa länder är det inte tillräckligt klarlagt vilken betydelse olika faktorer, såsom konjunkturer, regelförändringar och andra strukturella förhållanden, har för sjukfrånvaron i samspel med individuellt beteende.

³⁵ Disciplineringshypotesen går ut på att de som har arbete är mer benägna att vara sjukfrånvarande i en högkonjunktur då det råder brist på arbetskraft än i en lågkonjunktur då arbetslösheten är hög (disciplinerande effekt).

Figur 28 Sjukfrånvaro (%) för anställda och arbetslöshet (%) av arbetskraften – Sverige



Källa: Eurostat

De senaste årens utveckling av sjukfrånvaron i Sverige har trots allt följt mönstret med en motsatt utveckling mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. I Figur 28 framgår att arbetslösheten ligger på en högre nivå än sjukfrånvaron efter 1992. Sedan 2001 då sjukfrånvaron och arbetslösheten låg på ungefär samma nivå har skillnaden ökat då arbetslösheten fortsatt ökat och sjukfrånvaron minskat. Korrelationen mellan sjukfrånvaron och arbetslösheten visar att det negativa sambandet mellan dessa gäller i mindre utsträckning det senaste decenniet än tidigare då bland annat både sjukfrånvaron och arbetslösheten sjönk under några kort perioder under 2000-talet.

I de flesta övriga europeiska länderna har sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet varit förhållandevis svagt. Det beror på att sjukfrånvaron har varit stabil under lång tid och relativt oberoende av variationen i arbetslösheten. Tre av länderna, Danmark, Storbritannien och Tyskland är tydliga exempel på detta förhållande. Dock har den negativa korrelationen mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro i Tyskland blivit starkare efter Hartzreformerna. Även för Danmark och Storbritannien kan ett negativt samband noteras mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro de senaste åren.

Utöver Sverige delar Nederländerna och Norge det historiska mönstret där sjukfrånvaron går upp när arbetslösheten gått ned och tvärtom. I Figur 29 visas utvecklingen för de båda länderna. Med undantag för perioden 1998–2002 har arbetslösheten varit högre än sjukfrånvaron. Från 2003 har sjukfrånvaron legat på en relativt stabil nivå medan arbetslösheten fluktuerat desto mer. Norge visar upp en omvänd bild vad gäller nivån på arbetslöshet och sjukfrånvaro, där sjukfrånvaron överlag är högre än arbetslösheten som andel av arbetskraften efter 1997. För åren mellan 1989 och 1997 var arbetslösheten betydligt högre än sjukfrånvaron.

Figur 29 Sjukfrånvaro och arbetslöshet i Nederländerna och Norge³⁶



Källa: Eurostat

Korrelationen mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro har förändrats över tid. Jämför man korrelationen mellan dessa för hela tidsperioden 1987–2013 med perioden 2000–2013 så kan man se att den förändrats för flera länder, framför allt för Storbritannien, Nederländerna och Tyskland där den negativa korrelationen förstärkts.

Köns- och åldersskillnader i sjukfrånvaro

Allmänt sett tenderar sjukfrånvaron att öka med stigande ålder. Därför spelar befolkningens åldersstruktur en roll för ett lands sjukfrånvaro och det finns en skillnad i arbetskraftens sammansättning mellan de jämförda länderna. Uttryck för detta är att äldres och kvinnors deltagande i arbetskraften varierar mellan länderna. I följande avsnitt tittar vi närmare på hur dessa faktorer hänger samman med ländernas sjukfrånvaro.

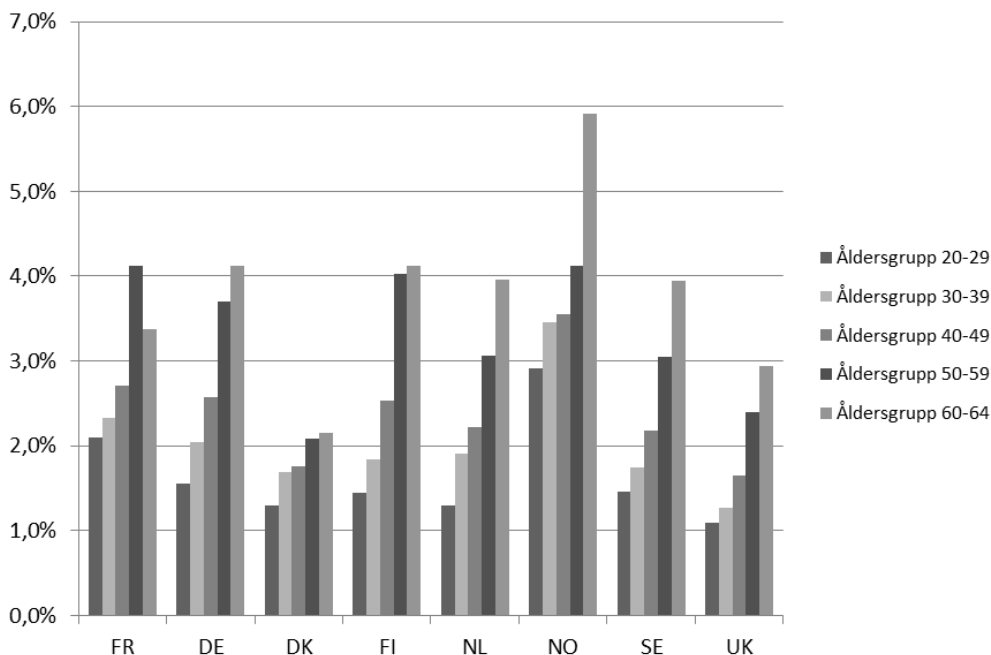
Åldersskillnader i sjukfrånvaro

Figur 30 visar den genomsnittliga sjukfrånvaron för perioden 2008–2012 uppdelat på ålder. Ett generellt mönster är att sjukfrånvaron stiger med ökad ålder med ett par undantag som vi återkommer till. Av de jämförda länderna är sjukfrånvaron för samtliga åldersgrupper högst i Norge. Det är även där sjukfrånvaron ökar mest vid högre ålder. Lägst sjukfrånvaro i olika åldrar har Danmark och Storbritannien.

Som tidigare noterats har Sverige och Norge betydligt högre andel av befolkningen – i synnerhet 60 år och äldre – i arbetskraften än genomsnittet av de övriga länderna. Detta slår igenom på såväl nivån i sjukfrånvaro hos äldre såväl som total sjukfrånvaro. Samtidigt framgår det tydligt av Figur 30 att Norge står ut bland alla länder med en hög sjukfrånvaro i alla åldersgrupper. Norge har även betydligt högre sjukfrånvaro i åldersgruppen 60–64 än Sverige. Att nivån är lägre för vissa länder (t.ex. Frankrike) kan delvis förklaras av att många i denna åldersgrupp har lämnat arbetskraften i tidigare åldrar genom bland annat förtidspension – på grund av ohälsa – och ålderspension.

³⁶ Sjukfrånvaro i procent för anställda, arbetslöshet som andel av arbetskraften.

Figur 30 Sjukfrånvaro (%) bland anställda uppdelat efter ålder, genomsnitt 2009–2013

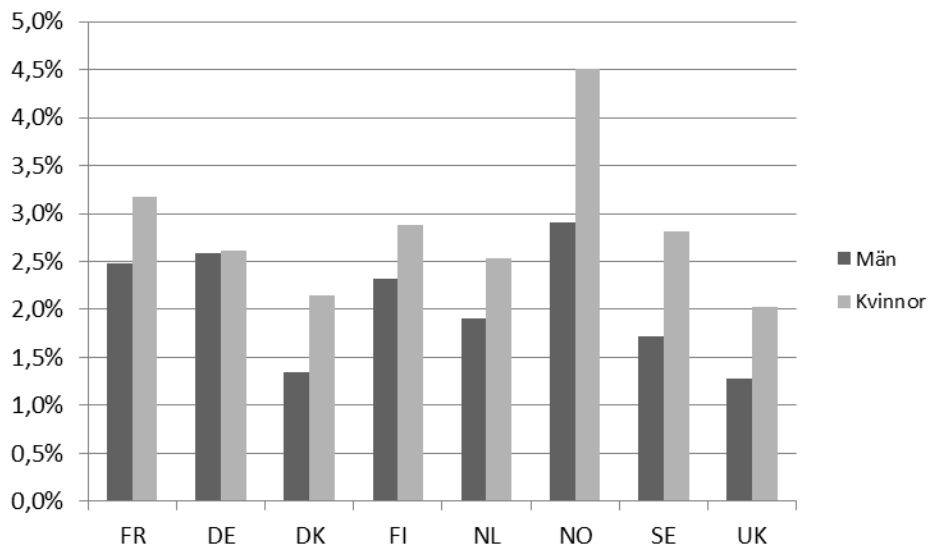


Källa: Eurostat

Könsskillnader i sjukfrånvaro

I Sverige har kvinnors sjuktal varit högre än mäns sedan 1980. Av Figur 31 framgår det att kvinnor i genomsnitt är mer frånvarande från arbetet på grund av sjukdom i sju av åtta länder, där Tyskland utgör undantaget. Figur 31 visar att skillnaderna mellan mäns och kvinnors sjukfrånvaro överlag är större i de nordiska länderna.

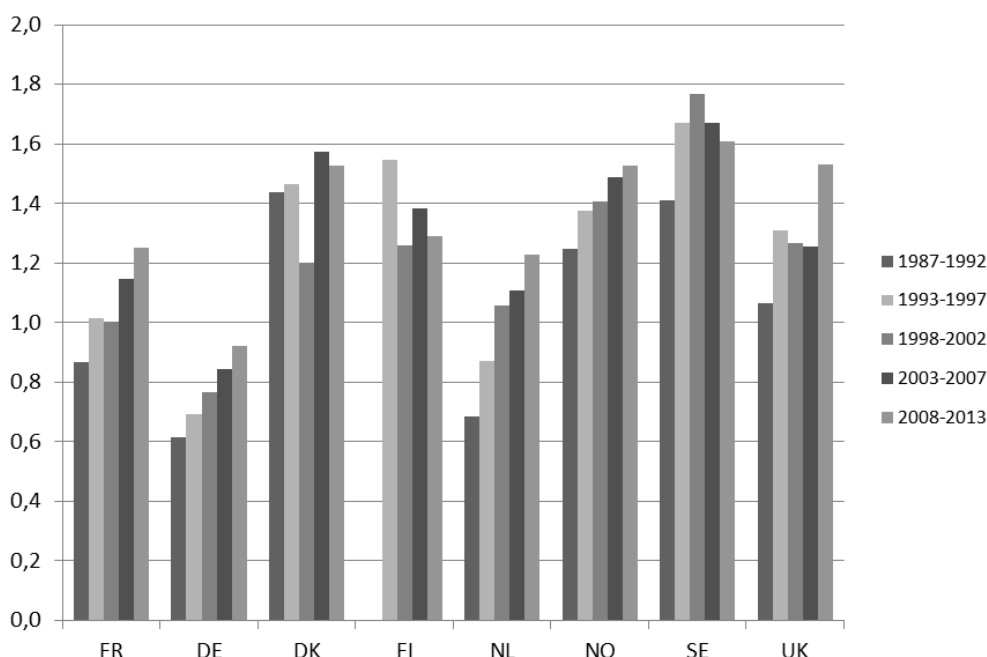
Figur 31 Kvinnors och mäns sjukfrånvaro bland anställda 20–64 år, ett genomsnitt baserat på uppgifter för åren 2009–2013



Källa: Eurostat

I Figur 32 visas kvinnors sjukfrånvaro som andel av mäns sjukfrånvaro sedan 1987. Ett värde över 1 innebär att kvinnor i genomsnitt, för en given period, har högre sjukfrånvaro än män. I Tyskland är andelen sjukfrånvarande kvinnor och män på ungefär samma nivå perioden 2009–2013. Utvecklingen av kvinnors sjukfrånvaro är samtidigt entydig, kvinnor står för en allt större del av sjukfrånvaron. I de länder där skillnaden avstannat, eller till och med minskat, är kvinnors sjukfrånvaro ändå betydligt högre än mäns. Framför allt de nordiska länderna har en hög andel kvinnlig sjukfrånvaro bland anställda.

Figur 32 Kvinnors sjukfrånvaro som andel av männens sjukfrånvaro bland anställda 20–64 år, klustrade genomsnitt baserat på uppgifter för åren 1987–2013

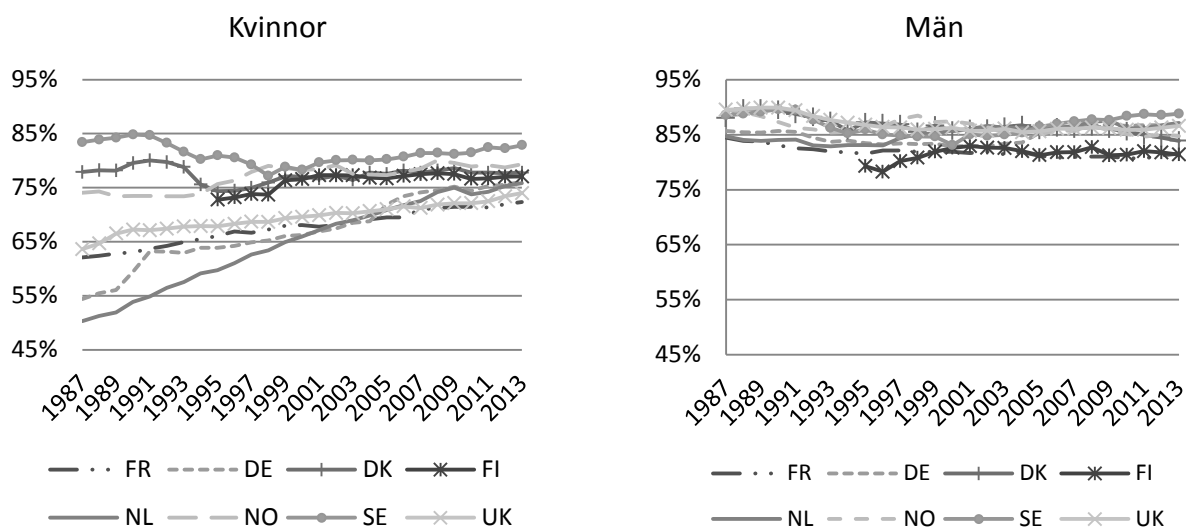


Källa: Eurostat

De figurer och tabeller som visats i detta kapitel pekar på att grupperna som sjukskrivs i viss mån är heterogena. Att könsskillnaderna är betydligt större i de nordiska länderna kan delvis höras samman med den högre kvinnliga förvärvsfrekvensen, vilket kan utläsas i Figur 33. Arbetskraftdeltagandet för männen skiljer sig åt i mindre utsträckning än för kvinnorna. De länder som utmärker sig är Finland och Frankrike som har en något lägre arbetskraftdeltagande bland män än övriga länder framför allt efter sekelskiftet. Dock framgår av ålders- och könsstandardisering att den övergripande bilden, dvs. den tidigare högre sjukfrånvaronivån i Sverige och Nederländerna, kvarstår. Även Norge har en högre sjukfrånvaro.³⁷

³⁷ Se bilaga 3.

Figur 33 Arbetskraftdeltagande (%) per kön, perioden 1987–2013



Källa: Eurostat

Utvecklingen av förtidspensioner

En internationell jämförelse av utvecklingen av förtidspensionerna är vanskelig bl. a. eftersom den population som avses skiljer sig. Exempelvis kan man i Sverige få förtidspension från 19 års ålder³⁸ som konverteras till ålderspension vid 65 års ålder. I statistiken för Norge avses populationen i åldrarna 18–66 medan det för övriga länder avses personer i åldrarna 20–64 år.³⁹ Dessutom kan det finnas skillnader i ersättningsformer för personer i yngre åldrar som har avsevärda funktionsnedsättningar. Trots dessa problem redovisar vi här andelen personer med förtidspension i de olika länderna⁴⁰ för att visa utvecklingen över tid.

Figur 34 visar att andelen förtidspensionärer har en ökande trend från 1970-talet fram till 2008 i Sverige.⁴¹ Här kan vi notera att efter regelförändringarna 2008 har den uppåtgående trenden brutits och är numera avtagande. För övriga länder har utvecklingen varierat. Norge är ensam om att ha en uppåtgående trend under alla år medan Nederländerna, Storbritannien och på senare tid Tyskland har haft en avtagande trend. I Danmark har utvecklingen varit relativt konstant.

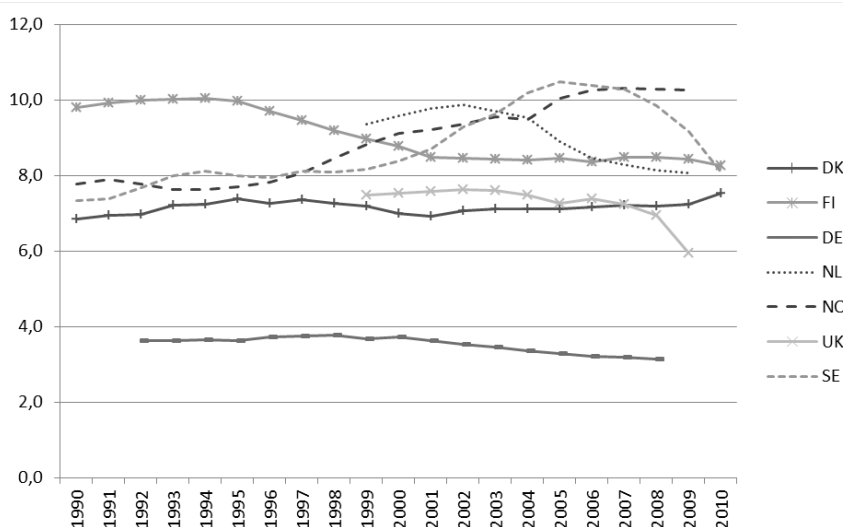
³⁸ Aktivitetsersättning kan man få från 19 års ålder och sjukersättning från 30 års ålder.

³⁹ I statistiken för Tyskland redovisas inte förtidspension för bland annat gravt funktionshindrade.

⁴⁰ Med undantag för Frankrike då denna statistik inte är tillgänglig i skrivande stund.

⁴¹ I inledningsavsnittet diskuteras detta mer ingående.

Figur 34 Andel av befolkningen i arbetsför ålder med förtidspension



Källa: OECD, DWP Work and Pensions Longitudinal Study (WPLS) samt Försäkringskassan

Sammanfattande kommentar

Sjukfrånvaron har varierat kraftigt i Sverige under flera decennier. I denna studie ger vi en översiktlig bild av sjukfrånvarons utveckling för perioden 1987–2013 för anställda i Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige och Tyskland. Jämförelsen ska öka förståelsen för vilka faktorer som medför att sjukfrånvaron varierar kraftigt eller är stabil över tid. Här har vi visat att utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige enbart återfinns hos två andra europeiska länder med en jämförbar ekonomisk nivå och utveckling – Nederländerna och Norge.

Den snabba ökningen av sjukfrånvaron som pågick i Sverige mellan 1998 och 2003 förbyttes till en nedgång och sjukfrånvaron har sedan 2010 legat på en genomsnittlig nivå för de jämförda länderna. Denna nedgång har dessutom skett samtidigt som antalet personer som lämnat arbetskraften med förtidspension har minskat betydligt.

I Norge har sjukfrånvaron legat kvar på en hög nivå de senaste åren medan den i internationell jämförelse låga arbetslösheten har stigit något. I Nederländerna har utvecklingen varit betydligt mer dramatisk. Sjukfrånvaro har mer än halverats mellan 2000 och 2013. Samtidigt har sjukfrånvaron ökat svagt i både Finland och Frankrike, där den historiskt varit lägre, så att den numera är på en något högre nivå än den genomsnittliga sjukfrånvaron för alla länder. Sjukfrånvaron i Tyskland har ökat i Tyskland efter att Hartz-reformerna genomfördes i början av 2000-talet. Tyskland har gått från att vara det land med lägst sjukfrånvaro fram till början av 2000-talet till att vara det land som har näst högst sjukfrånvaro av de jämförda länderna 2013. Det är till synes Danmark och Storbritannien som har lyckats behålla en förhållandevis låg sjukfrånvaro under i stort sett hela den studerade perioden. Vad som tycks känneteckna dessa två länder på senare år är också ett politiskt fokus på att sammanföra strukturer kring hälso- och sjukvården, prevention på arbetsplatsen samt yrkesinriktade arbetslivsåtgärder, i Danmark med hjälp av lokala arbetsförmedlande ”jobbcenter”.

Denna internationella översikt har visat att kvinnor sjukskrivs mer än män i de allra flesta av de studerade länderna.⁴² Absolut störst är könsskillnaderna i Sverige. Här ökar dessutom skillnaderna över tid. Sjukfrånvaron är högre i alla åldrar samt stiger snabbare med högre ålder i Norge än i andra europeiska länder. I åldersgrupperna mellan 60 och 64 år är sjukfrånvaron betydligt högre i Norge än i samtliga jämförda länder.

De stora förändringarna inom svensk sjukförsäkring som började genomföras 2008 sammanfaller tidsmässigt med en fortsatt nedåtgående trend för sjukfrånvaron för anställda i Sverige under 2008–2013.⁴³ Det har i tidigare avsnitt konstaterats att rehabiliteringskedjan haft en dämpande inverkan på sjukfrånvaron. Nedgången började i själva verket med regeringens krav på Försäkringskassorna från 2003 att halvera sjukfrånvaron till 2008. Och numera ligger Sverige kring medelvärdet.

Sjukfrånvarons utveckling i de olika länderna har främst förändrats i samband med utvecklingen av policy som syftar till att sammanföra tankar kring prevention och arbetsgivarens, hälso- och sjukvårdens och jobbcenters roller (i Danmark, Storbritannien) eller välfärdssystemets roller (i Norge) samt omfattande systemstrukturella regelförändringar såsom det två-åriga finansiella ansvaret för arbetsgivare som införts i Nederländerna. Tyskland var det mest framgångsrika landet fram till 2000. Därefter har Danmark och Storbritannien tagit över. Däremot dras Norge fortfarande med en internationellt sett avvikande hög sjukfrånvaro i alla åldrar. Genomgången visar att det troligen är den senaste tidens tankar kring prevention i Danmark och Storbritannien och de sätt på vilka dessa länder har arbetat som kan vara av störst intresse för Sverige att studera närmare.

⁴² Tidigare studier har visat att kvinnors sjukfrånvaro är signifikativt högre (Nyman et al. 2002).

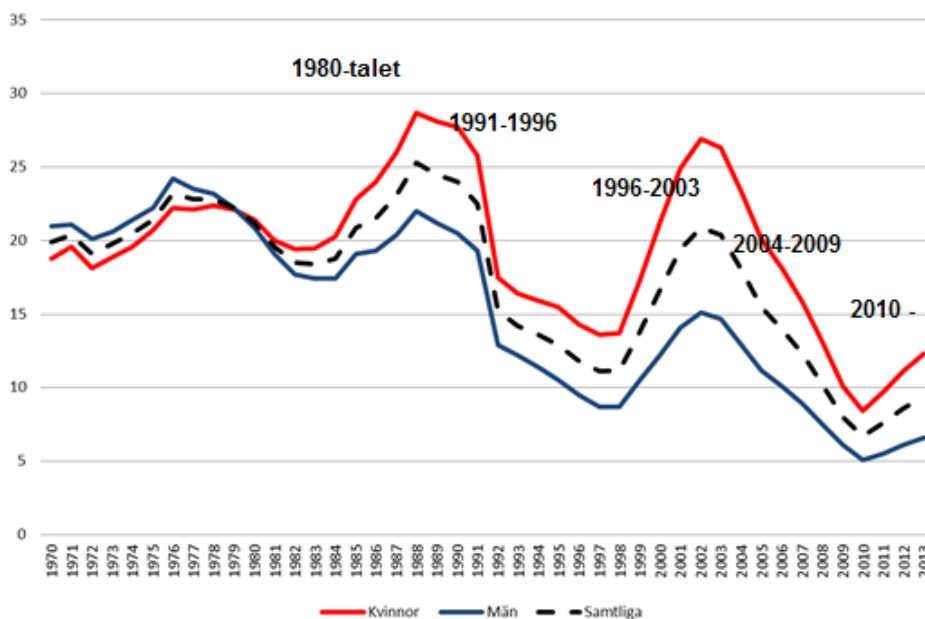
⁴³ Rehabiliteringskedjan och en ramtid om 450 dagar för sjukpenning infördes. Tidsbegränsad sjukersättning som ersättningslag togs bort varför vissa övergångsregler tillämpades.

Förklaringarnas betydelse under olika tidsperioder

I det här avsnittet kommer vi att lyfta fram de förklaringar vi anser är relevanta för att förstå variationen i sjukfrånvaro över tid. Enligt uppdraget ska analysen koncentreras till vad vi ser som väsentliga förklaringar. Vår bedömning är att de mest relevanta faktorerna för att svara på uppdraget tas upp i detta avsnitt.

Vi kommer att diskutera de olika förklaringarnas betydelse. Diskussionen startar med sjukfrånvarons uppgång under 1980-talet, fortsätter med den efterföljande nedgången under början av 1990-talet, ökningen fram till 2003, minskningen mellan 2003 och 2010, och slutar med de senaste årens uppgång. I Figur 35 visas perioderna i form av sjuktalets utveckling.

Figur 35 Sjuktalet perioden 1955–2013



Källa: Försäkringskassan

Underliggande drivkrafter

Uppdraget och rapporten fokuserar på upp- och nergångar i sjukfrånvaron. Vi har undersökt hur, och i vilken utsträckning, olika faktorer förklarar trendbrott och fortsatt trendutveckling över hur många som är sjukskrivna vid olika tidpunkter. En risk med ett sådant fokus är att långsiktiga trender som *inte* fluktuerar över tid, inte tillmäts den betydelse de har för utvecklingen. Vi har identifierat två viktiga sådana krafter. Den ena handlar om hur vårt arbetsliv, och villkoren för att delta i det, generellt sett har utvecklats.

Den andra utgår ifrån normer och beteenden i befolkningen i relation till sjukskrivning och synen på arbetsförmåga. Vi gör inte anspråk på att fullständigt ha genomlyst dessa två förklaringsområden, men dristar oss ändå till att hävda att analyser av de faktorer som varierar i olika riktning över tid inte blir rättvisande och begripliga om inte de görs mot bakgrund av dessa underliggande långsiktiga trender.

Svensk arbetsmarknad och svenskt arbetsliv har, liksom i resten av västvärlden, genomgått dramatiska förändringar under de årtionden som den här rapporten omfattar. 1980 arbetade enligt Folk- och bostadsräkningen en dryg miljon människor i tillverkningsarbete (SCB, 2014a) och enligt SCBs yrkesregister (som har en annorlunda struktur, vilket dock inte förtar poängen) arbetade, trettio år senare, drygt 200 000 människor inom ”byggverksamhet och tillverkning” samt ”maskinell tillverkning och transport” (SCB, 2014b). Samtidigt som strukturen på vårt arbetsliv har förvandlats har också villkoren för arbete dramatiskt förändrats. Kontinuerlig strävan efter effektiviseringar, ökad produktivitet, samt kontinuerligt ökade utbildnings- och kompetenskrav är generella inslag i den trenden.

Det säger sig självt att en så komplex samhällförändring inte på något rättvisande sätt kort och enkelt låter sig beskrivas eller analyseras. Vi nöjer oss därför med några enkla illustrationer. När Försäkringskassan tillsammans med Arbetsförmedlingen definierade vilka krav som olika yrkesområden ställer på den som ska klara av att arbeta inom området i fråga, var det tydliga intrycket att kraven generellt sett är höga och att detta företrädesvis gäller mentala funktioner som inlärning, minne, koncentration, exekutiv funktion, affektiv funktion och psykiskt uthållighet (Försäkringskassan, 2013e). Detta rimmar väl med Arbetsförmedlingens (2014a) prognoser och analyser som anger att de lediga jobben framförallt finns i yrken med krav på eftergymnasial utbildning. I en prognos från juni 2014 beskriver arbetsförmedlingen (2014b) en relativt ljus bild av utvecklingen på arbetsmarknaden med ett betydande antal nya arbetstillfällen i prognosen, men säger samtidigt att en allt större andel av de inskrivna arbetslösa tillhör grupper som har *en svag ställning* på arbetsmarknaden. Begreppet en svag ställning innefattar en rad olika faktorer som rör hälsa, utbildningsnivå, yrkeserfarenhet etc. För år 2015 beräknas 70 procent av de inskrivna arbetslösa höra till dessa grupper. Konstaterandet säger självfallet något viktigt om de individer som är, eller kommer att bli, arbetslösa, men det säger samtidigt något betydelsefullt om de krav som dagens arbetsmarknad ställer.

Sammantaget pekar alla indikatorer åt samma håll; arbetslivet ställer allt större krav bl.a. vad gäller kommunikationsförmåga, stresstålighet, flexibilitet, kompetens och uthållighet. Vår bedömning är att för att på ett riktigt sätt förstå sjukfrånvarons utveckling måste den underliggande kraft, som dessa ökande krav utgör, finnas med i analysen. I klartext betyder det att ett allt mer krävande arbetsliv bidrar till att *accentuera trender av ökande sjukfrånvaro*, samt motsatt, att *motverka nergångarna i sjukfrånvaro*. Den kraft vi talar om verkar hela tiden i en och samma riktning.

En annan underliggande faktor som vi tror måste beaktas vid bedömningar av varför sjukfrånvaron i Sverige varierar är människors attityder till ohälsa, sjukskrivning och arbetsförmåga. Det har tidigare i en rad studier konstat-

erats att sjukförsäkringsutfallet skiljer sig i olika delar av landet. Försäkringskassan (2006a) konstaterar efter att ha redovisat och analyserat tillgänglig kunskap att det *inte* finns ”skäl att tro att detta är ett resultat av stora regionala skillnader i hälsa eller arbetsmiljö”. Man konstaterar att ålder och lokala arbetsmarknader bara förklarar en liten del av skillnaderna och att en betydande del bedöms handla om regionala attityder och kulturer. Att regionala skillnader har kunnat påvisas avtäckar den mer grundläggande, och i det här sammanhanget relevanta, insikten att sjukfrånvaro till viss del skulle kunna vara ett uttryck för normer och värderingar. Vi har dock inte kunnat hitta några indikatorer på vare sig stora eller täta svängningar i individers värderingar när det gäller inställning till sjukskrivning. Detta stämmer väl med den forskning på området som hävdar att förskjutningar i värderingar normalt sker relativt långsamt och gradvist. Individers faktiska beteenden kan dock vara mer situationsbestämda och därmed variera utifrån varierande förutsättningar. Vi har t.ex. konstaterat att individer som finns i en kontext (individens arbetsplats, hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning, Försäkringskassans administration) där sjukfrånvaron är hög, och inblandade aktörer anpassat sig till detta, så ökar sannolikheten för individen att själv blir sjukskriven jämfört med individer som befinner sig i en annan kontext (Lindbeck m.fl. 2008, Hesselius m.fl. 2009 och Hesselius m.fl. 2013). Ett exempel som indikerar *både* en möjlig svag attitydförändring *och* en svag beteendeförändring kan hämtas från Sveriges företagshälsor (2014) som i sin ”jobbhälsobarometern” under en rad år kunnat påvisa en trendmässig minskning av antalet helårsfriska (anställda som inte har en dags sjukfrånvaro under en given tolv månadersperiod) för åren 2007 till 2014. Yngre medarbetare är mer sjukfrånvarande, är mindre tillfreds med sitt arbete än äldre kollegor, och tror i större utsträckning än de äldre att de kommer att vara sjukfrånvarande det närmaste året. Detta skulle kunna tolkas som en indikator på en svag tendens till värderingsförskjutning mot att i lite större utsträckning se sjukfrånvaro som ett naturligt sätt att hantera exempelvis missnöje med arbetsuppgifter, arbetsmiljö eller arbetsvillkor under senare år.

Av betydligt större betydelse som bidrag till förståelsen av sjukfrånvarons olika trenderiktningar bedömer vi dock de kontextrelaterade beteendeförändringar vi redovisat vara. När sjukfrånvaron går ner; därmed blir mindre vanlig; och därmed även blir mindre belastande för arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassans administration, samtidigt med regelförändringar som går i samma riktning, så anpassas beteenden något i en mer restriktiv riktning. I en trend med uppåtgående sjukfrånvaro är vår bedömning att det motsatta sker. Kontextberoende beteendeförändringar utgör inte, enligt vår bedömning, någon initierande kraft bakom trendbrott. De accentuerar bara redan pågående nergångar och uppgångar. Omfattningen av dessa effekter kan vi inte göra någon välgrundad bedömning av.

1980-talets högkonjunktur

Sjukfrånvaron steg under 1980-talet, från slutet av den djupa recessionen 1977–1983, och nådde en topp under 1988. Denna ökning motsvaras inte av några synbara förändringar i folkhälsa, andelarna i befolkningen som uppger bra respektive dålig hälsa är i stort sett oförändrade under perioden. Inte

heller antalet läkarbesök i slutenvården förändras. Det finns alltså inget som tyder på att en försämrad hälsa kan förklara sjukfrånvarons ökning under den här perioden.

Däremot pågick en rad strukturella förändringar på arbetsmarknaden. Bland annat hade kvinnors arbetskraftsdeltagande ökat avsevärt och till slutet av 1980-talet deltog kvinnor i arbetskraften i samma utsträckning som män. Eftersom kvinnor från 1980-talet i genomsnitt har en högre sjukfrånvaro än män påverkade detta sjukfrånvaron på aggregerad nivå. Kvinnors högre sjukfrånvaro är inte unikt för Sverige, mönstret går igen i jämförbara europeiska länder.

Större delen av 1980-talet kännetecknades av en lång högkonjunktur (1984–1990) och mycket låg öppen arbetslöshet (kring två procent). Utvärderingar av sjuktalet under perioden fram till slutet av 1990-talet har visat på ett signifikant kontracykliskt samband mellan utvecklingen av arbetslöshet och sjuktalet. Forskning har visat att detta beror på att när tryggheten ökar genom att risken att förlora arbetet är liten, och chansen att få ett nytt arbete är hög om man skulle förlora sitt arbete, så ökar benägenheten att sjukskriva sig. I en lågkonjunktur gör i stället en större otrygghet och rädslan för arbetslöshet att personer anstränger sig mer för hävda sin betydelse på arbetsplatsen, och de som har möjlighet avstår från att sjukskriva sig. Olika konjunkurlägen kan därför sägas ha en mindre eller större disciplinerande inverkan på arbetskraften.

I samband med högkonjunkturen genomfördes ett antal reformer som bidrog till att göra sjukförsäkringen mer generös. År 1987 avskaffades den kvarvarande karensdagen och ersättningsnivån höjdes till 100 procent av inkomsten. Detta innebar att de ekonomiska förlusterna vid sjukskrivning eliminerades och incitamenten för att (om det finns en valmöjlighet) välja att arbeta framför att vara sjukskriven försvagades. Studier har visat att ekonomiska incitament har betydelse, och därför är det inte förvånande att sjukfrånvaron ökade under perioden, i synnerhet eftersom effekten sannolikt förstärktes av högkonjunkturen och den låga arbetslösheten. Det är dock svårt att avgöra hur stor effekt de ekonomiska incitamenten har relativt andra faktorer. Förändringarna i ersättningsnivåerna var dessutom i realiteten förhållandevis små eftersom en stor del av de anställda redan fick full kompensation genom avtalsförsäkringar.

Eftersom sjukfrånvaron börjat öka redan före 1987 kan dock förändringarna i ekonomiska incitament inte vara den enda förklaringen. Redan tidigare hade dock andra regelförändringar bidragit till att försäkringen breddats även i andra avseenden. Sjukdomsbegreppet hade successivt vidgats under 1970-talet, vilket innebar att fler sjukdomar kunde utgöra grund för sjukskrivning. Nya grupper fick alltså tillgång till ersättning från försäkringen, vilket också påverkade sjukfrånvaron. Sjukfrånvaron påverkades även av att arbetsskadeförsäkringen var förhållandevis generös och många ansökte om ersättning från den. Därför blev handläggningstiden mycket lång, och dessa personer var ofta sjukskrivna medan de väntade på beslutet om arbetsskada.

Det är möjligt att denna typ av regelförändringar, som förflyttar gränsen för vad sjukdom och arbetsförmåga är, även påverkar hur medborgarna för-

håller sig till sjukskrivning. Möjligen skulle man kunna tolka ökningen i antalet sjukdagar per person fram till 1988 som att såväl individer som administrationen gradvis anpassade sig till det faktum att man knappast gjorde någon, och så småningom ingen, förlust vid sjukskrivning. Det är också möjligt att den kontroll som fanns när sjukförsäkringen administrerades av mindre sjukassor på lokal nivå försvagats. Detta skulle kunna innebära att yngre ålderskohorter saknade tidigare generationens ”samhälleliga” disciplin. Det finns dock inget vetenskapligt stöd för att yngre generationer har en annan syn på sjukförsäkringen än äldre, så det är svårt att avgöra om detta skulle kunna vara en väsentlig förklaring till sjukfrånvarons uppgång.

Sammanfattningsvis verkar det som att sjukfrånvarons utveckling under 1980-talet kan förklaras av en kombination av flera faktorer som förstärker varandra. Vår slutsats är att den största delen av ökningen förklaras av tre faktorer. Kvinnors arbetskraftsdeltagande hade ökat under ett par årtionden och vid slutet av 1980-talet deltog kvinnor i arbetskraften i samma utsträckning som män. Försäkringen hade successivt blivit mer generös samtidigt som den ekonomiska uppgången gjorde att risken för arbetslöshet var liten. Det gjorde att kostnaderna för sjukfrånvaro var små i termer av både ekonomisk förlust och risken för att bli arbetslös. Det är svårt att avgöra hur dessa faktorer fungerar var för sig. Vår bedömning är att effekten uppstår genom att de beskrivna faktorerna samverkar.

Ekonomisk kris och åtstramningar under 1990-talet

Första halvan av 1990-talet karaktäriserades av en kraftig ekonomisk tillbakagång. Arbetslösheten steg på kort tid och stora besparingspaket lanserades för att minska utgifterna inom den offentliga sektorn. Detta kan påverka sjukfrånvaron på flera sätt. Det är sannolikt att den höga arbetslösheten påverkade sjukfrånvaron både direkt och med viss fördröjning. Som beskrivits ovan finns det tecken på att individer blir mindre benägna att vara sjukskrivna i perioder av hög arbetslöshet, eftersom ett dåligt konjunkturläge har en disciplinerande verkan. Individen anpassar sitt beteende till risken för arbetslöshet. Detta leder framför allt till ett minskat antal startade sjukfall. Det är oklart om disciplinerings effekten även gör att startade sjukfall blir kortare.

Under början av 1990-talet genomfördes även flera skärpningar av sjukförsäkringens regelverk som på olika sätt gjorde försäkringen mindre generös. 1991 sänktes kompensationsnivån i sjukförsäkringen från 90 till 65 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) för de första tre dagarna i sjukperioden och till 80 procent från dag 4 till dag 90. 1993 infördes en karensdag. Dessa åtgärder ledde till ekonomiska besparingar, men det främsta syftet var att öka de ekonomiska kostnaderna att vara sjukskriven och därmed skapa ekonomiska incitament för att arbeta. Som vi redogjort för tidigare i rapporten har forskningen visat att dessa uppstramningar hade den avsedda effekten på sjukfrånvaron. Under samma period infördes även ett sjuklöneansvar för arbetsgivaren. Dess effekt på sjukfrånvaron har inte utvärderats. Eftersom sjuklöneperioden ger arbetsgivare incitament för att hålla antalet nya sjukfall lågt är det inte osannolikt att den kan ha bidragit

till att minska sjukfrånvaron, till exempel genom att ha påverkat arbetsgivare till att arbeta strukturerat med arbetsplatsens sjukfrånvaro. Senare under tidsperioden förändrades även regelverket med avseende på vad som ska anses vara giltig grund för sjukskrivning. Riksdagen beslutade att arbetsförmågan ska bedömas utan hänsyn till andra, icke-medicinska faktorer. Detta innebär ett förtydligande av att sjukpenning bara kan beviljas om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Om arbetsförmågan är nedsatt av andra anledningar (till exempel problem på arbetsplatsen eller missbruksproblem), ska detta hanteras genom arbetsmarknads- eller socialpolitiken och inte av sjukförsäkringen. Effekten av denna regelförändring har inte utvärderats, men har sannolikt både en direkt effekt på vilka ärenden som beviljas ersättning och en indirekt effekt på samhällets syn på sjukförsäkringen.

Även arbetsskadeförsäkringen, som under 1980-talet varit generös, blev mer restriktiv. I och med att färre ansökte om att få skador klassade som arbetsskador minskade väntetiden och allt färre förblev sjukskrivna i väntan på beslutet.

Under några år i början av 1990-talet ökade även antalet förtidspensioneringar. Ökningen började redan under slutet av 1980-talet och nådde en topp under 1993 och 1994. Detta innebar en direkt förflyttning av personer från långa sjukfall till förtidspension och i de flesta fall ett permanent utträde från arbetsmarknaden. Befolkningens hälsa, mätt som andelen som själva uppger att deras hälsa är dålig eller mycket dålig, var dock i stort sett oförändrad under perioden. Även andelen som uppger god hälsa var oförändrad. Det är alltså inte sannolikt att sjukfrånvarons nedgång, eller uppgången i förtidspensioneringar, kan förklaras av förändrad folkhälsa.

Under den här tidsperioden startades också ”kampen mot ohälsan” vilket bland annat innebar att administrationen förstärktes resursmässigt och att särskilt fokus riktades på sjukförsäkringen från både regeringens, riksdagens och administrationens sida. Administrationens förutsättningar att arbeta med sjukskrivningarna förbättrades också genom ett minskat inflöde och att den ökade förtidspensioneringen begränsade antalet pågående långa sjukfall.

Det verkar alltså som att sjukfrånvarons nedgång under 1990-talet till stor del kan förklaras av en kombination av ett mer restriktivt regelverk och den kraftiga lågkonjunkturen, som båda påverkade individens incitament att vara sjukskriven. Samtidigt ökade flödet från sjukskrivning till förtidspension. Administrationens förutsättningar att arbeta med sjukfrånvaron förbättrades också under denna period. Sammantaget påverkar dessa faktorer både antalet nya sjukfall och sjukfallens varaktighet.

Återhämtning i krisens spår

Från mitten av 1990-talet började sjukfrånvaron stiga, och steg fram till 2003. Att kostnaderna för sjukförsäkringen ökade berodde på att fler personer blev sjukskrivna och att allt fler var sjukskrivna under längre perioder.

Att de långa sjukfallen ökade kan bero på flera saker. En förklaring är att minskad förtidspensionering gör att fler personer blir kvar i sjukskrivning längre. Regelverket kring förtidspensioner stramades upp, och det var inte längre möjligt att beviljas förtidspension på grund av arbetsmarknadsfaktorer eller andra icke-medicinska problem. Samtidigt ökade andelen i åldrarna 50–64 år i befolkningen. Närmare sju procent av ökningen i sjukfrånvaron från 1995 till 2001 har i tidigare analyser kunnat förklaras av den ändrade ålderssammansättningen.

Forskare menar att 90-talskrisen medförde förändringar på arbetsmarknaden som ledde till en lägre acceptans för låg prestationsförmåga. Många enklare arbetsuppgifter rationaliserades bort och slimmade organisationer både i den offentliga och privata sektorn ledde till ökade krav på de anställda. Det är möjligt att sjukskrivning användes som en lösning på organisationsproblem. Det finns även många studier som menar att besparingar och omorganisationer till följd av den ekonomiska krisen ledde till förändrade arbetsvillkor, och för vissa försämrade arbetsmiljö. Argumentet är att detta kommer att få effekt på sjukfrånvaron med viss fördröjning, eftersom arbetsförmågan ofta inte blir nedsatt förrän efter en viss tids exponering för arbetsmiljöproblem. Detta påverkar sannolikt antalet startade sjukfall, men eftersom arbetsmiljön är viktig för att underlätta återgång i arbete kan brister i arbetsmiljön även göra att sjukfallen blir längre.

Efter 1990-talskrisen försämrades även befolkningens självrapporterade hälsa, fler uppgav dålig eller mycket dålig hälsa och problem att sova. Under den här perioden finns alltså en samvariation mellan försämrade hälsa och sjukfrånvaron. Det är dock osäkert hur starkt sambandet är och om försämrade hälsa var en väsentlig förklaring till sjukfrånvaron ökning. Samtidigt förändrades diagnosmönstret för de sjukskrivna. De psykiska sjukdomarnas antal och andel bland de sjukskrivna ökade snabbast.

Det är även sannolikt att krisens disciplinerande inverkan minskade. När ekonomin förbättrades kan människor ha upplevt att de hade möjlighet att vara sjukskrivna, vilket innebar att inflödet i sjukskrivning ökade.

I samband med att sjukfrånvaron ökade kraftigt under slutet av 1990-talet startade en debatt kring att ökningen kunde bero på att det blivit mer socialt accepterat att "sjukskriva sig" för att lösa även problem utöver de som berättigade människor till sjukskrivning. Med anledning av debatten gav Försäkringskassan ut en forskningsantologi där en samling studier som argumenterade för att Sverige hade blivit ett land där kulturer och attityder hade ett stort inflytande över sjukfrånvaron under den period som studerades, 2002–2005. Studierna visar dock inget som tyder på att normerna förändrats. Slutsatsen är därför att normer och attityder är viktiga för sjukfrånvarons nivå, men det är osäkert i vilken utsträckning förändrade normer påverkar sjukfrånvarons variationer. Som en följd av dessa forsknings- och utredningsrapporter debatterades användningen av sjukförsäkringen flitigt både av beslutsfattare och i media.

Även om normer och attityder inte fluktuerar på ett sådant sätt att de kan förklara sjukfrånvarons variationer, så finns det forskning som visar på att förekomsten av sjukskrivning på arbetsplatsen och där man bor har sprid-

ningseffekter. Hur vanligt förekommande sjukskrivning är påverkar även beteendet hos andra människor. Det innebär att var gränsen går för att sjukskriva sig kan förflyttas beroende på omgivningens beteenden. Dessa beteendeförändringar förklarar inte vändningen i sjukskrivningarnas nivå, men spädde med stor sannolikhet på uppgången i sjukfrånvaron ytterligare under inledningen av 2000-talet.

Under perioden 1997 till 1999 skedde mycket stora ökningar i inflödet av nya sjukfall. I och med att sjuklöneperioden också halverades vid denna tidpunkt spädde ökningen i inflödet på ytterligare. Detta skedde samtidigt som 1990-talets budgetsanering också lett till personalnedskärningar inom administrationen. Det starkt ökade inflödet ledde till en administrativ överbelastning. Mängden sjukfall ledde till att administrationen tvingades prioritera utbetalningarna av ersättningarna vilket undergrävde möjligheterna till tidiga insatser i sjukfallen. Det ledde till att sjukfall blev onödigt långa och sjukfrånvaron ökade ytterligare.

Sammantaget verkar det alltså som att sjukfrånvarons uppgång efter 1990-talskrisen till stor del förklaras av att krisåren satt spår både i befolkningens (självrapporterade) hälsa och på arbetsmarknaden i form av ökad konkurrens och större svårigheter för personer med begränsad arbetsförmåga att delta i arbetslivet. Dessutom kan högkonjunkturen ha bidragit till att många som under krisen undvikit att vara sjukfrånvarande av rädsla för arbetslöshet, under återhämtningen upplevde det som möjligt att vara sjukskriven. Den ökning i inflödet som dessa faktorer genererade ledde till att försäkringskassorna fick prioritera utbetalning av ersättning och att resurserna att arbeta med de pågående sjukfallen begränsades. Det är troligt att även andra aktörer, främst hälso- och sjukvården, påverkades på ett negativt sätt av ökningen i sjukskrivning. Detta kan ha resulterat i ett ändrat sjukskrivningsbeteende som ytterligare spädde på uppgången i sjukfrånvaron. Förutsättningarna för att beviljas förtidspension förändrades samtidigt som befolkningen blev äldre. Allt fler blev kvar i sjukskrivning i stället för att lämna arbetskraften permanent genom förtidspensionssystemet.

Sjukskrivningar i ropet under 2000-talet

Under 2003 började sjukfrånvaron i Sverige minska. Från omkring 2003 minskade även andelen som uppger att deras hälsa är dålig eller mycket dålig. Hälsan förbättrades i första hand bland äldre personer. Detta kan möjligtvis förklara en liten del av sjukfrånvarons nedgång, men sjukfrånvarons minskning var så omfattande att små förändringar i befolkningens hälsa inte kan vara den mest väsentliga förklaringen.

Under början av perioden skedde inga stora regelförändringar, men perioden var ändå händelserik. Många av förändringarna hade att göra med administrationen av sjukförsäkringen – såväl i Försäkringskassans arbete och rutiner med sjukskrivning som i andra aktörers sätt att hantera sjukfrånvaro – framför allt läkare och arbetsgivare.

2003 fick dåvarande Riksförsäkringsverket i uppdrag att halvera sjukfrånvaron. Detta ledde till ett omfattande arbete kring tillämpning av regelsystemet

och rutiner för att följa upp de lokala försäkringskassornas arbete med halveringsmålet. Ambitionen var att administrationen skulle bli mer regelstyrd. Andelen personer som fick sin sjukpenning indragen ökade, liksom andelen avslag. Dessutom gjordes omfattande informations- och utbildningssatsningar för att öka kunskapen och förändra synen på sjukförsäkringen, såväl internt inom administrationen som hos försäkrade, arbetsgivare, läkare och andra aktörer på ohälsområdet.

Försäkringskassorna fick också i uppdrag att kartlägga arbetsförmågan hos de cirka 40 000 personer som varit sjukskrivna längre än två år samt personer med tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning (SA). De flesta av dem med mer än två års sjukskrivning övergick till SA. Liksom under början av 1990-talet sjönk alltså sjukfrånvaron, medan nybeviljade SA steg. Försäkringskassan fick år 2003 också i uppdrag av regeringen att öka användningen av deltidssjukskrivning för att underlätta övergången från heltidssjukskrivning till arbete. Enligt flera utvärderingar bidrog detta till att sjukfrånvaron minskade genom att förkorta den genomsnittliga sjukfalls-längden.

Den kraftiga satsningen på sjukförsäkringen under dessa år kom också till uttryck i resursförstärkningar för just denna del av administrationen. Det skedde genom att regering och riksdag tilldelade socialförsäkringsadministrationen extra resurser under perioden 2003–2007 samtidigt som det också skedde en intern prioritering av resurser till sjukförsäkringsområdet inom administrationen. I kombination med det minskade inflödet av nya sjukfall och inledningsvis ett ökat nybeviljande av sjuk- och aktivitetsersättningar skapades nya och bättre förutsättningar för administrationen.

För att åstadkomma en kvalitetssäkrad och rättssäker sjukskrivningsprocess skapades nationella riktlinjer för sjukskrivning av Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Dessa resulterade i ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som introducerades 2008. Studier har visat att detta hade en återhållande effekt på sjukskrivningarna och därigenom bidrog till nedgången i sjukfrånvaron.

Under 2008 genomfördes även ett antal förändringar i regelverket som bidrog till att ytterligare minska sjukfrånvaron. Den så kallade rehabiliteringskedjan infördes. Rehabiliteringskedjan innebär att alla sjukskrivna personer som har en anställning får sin arbetsförmåga testad mot olika delar av arbetsmarknaden vid fastställda tidpunkter. Antalet långa sjukfall har minskat i och med detta, vilket även gjort att det totala sjuktalet minskat. Analyser har även visat att handläggningen påverkats i en mer aktiv riktning och att avslutssannolikheterna ökat även mellan tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

Regelförändringarna 2008 innehöll utöver rehabiliteringskedjan också en maxtid i sjukförsäkringen som ger en mekanisk minskning av sjukfrånvaron när personer i sjukfall längre än 914 dagar övergår till ersättning från arbetsförmedlingen. Om maxtiden har ytterligare effekter på sjukfrånvaron är oklart då det saknas studier av detta.

Utöver dessa förändringar har ett antal reformer genomförts i syfte att förstärka incitamenten att arbeta. Framför allt har det så kallade jobbskatteavdraget, som innebär att skatten på arbetsinkomsten är lägre än inkomster från socialförsäkringen, implicit ökat den indirekta kostnaden av sjukskrivning.

Sammanfattningsvis så inleddes även denna nedgångsperiod med stora nybeviljanden av sjukersättning. Mycket tyder på att sjukfrånvarons minskning från 2003 till stor del kan förklaras av en förändrad syn på sjukförsäkringen. Stora informationsinsatser genomfördes, dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården utvecklades och flera aktörer engagerades i diskussionen t.ex. Socialstyrelsen. Samtidigt förstärktes administrationens resurser inom sjukskrivningsområdet. Både läkares och allmänhetens sjukskrivningsbeteende förändrades. Försäkringens tillämpning reformerades i och med arbetet med halveringsmålet. Senare förstärktes denna utveckling av regelförändringar som, via rehabiliteringskedjan, syftade till att förkorta sjukskrivningstiderna, och förstärkta ekonomiska incitament att arbeta.

Den senaste uppgången – vad har vi sett hittills?

Sedan 2011 har sjukfrånvaron återigen ökat. Än så länge har utvecklingen och de bakomliggande faktorerna inte beforskats, därför är beskrivningen här mer osäker. Vissa observationer har dock gjorts, främst i Försäkringskassans egna studier.

Den inledande ökningen drevs av ett ökat inflöde av sjukfall för försäkrade med anställning. Inflödet av anställda sjukskrivna har fortsatt fram till i dag. Ökningen av inflödet gäller över hela arbetsmarknaden. Det är en generell ökning över de olika samhällssektorerna. Inledningsvis ökade inte de anställda sjukfallens varaktighet. Men den har de senaste två åren också börjat öka.

Ökningen i sjukpenningtalet har också drivits av en kraftigt ökad varaktighet i de arbetslösas sjukskrivningar. Deras inflöde har däremot varit relativt konstant. Varaktigheten i sjukfallen ökade dock på ett annat sätt än för individer med anställning.

Ökningen bestod inledningsvis också av försäkrade som återvände till sjukförsäkringen efter att ha lämnat den efter uppnådd maxtid. Återvändarna nådde sin högsta relativa nivå i inledningen av 2011, och har därefter minskat.

Ökningen har framför allt skett bland kvinnor och i sjukfall med psykiska diagnoser. Det finns indikationer på att den psykiska hälsan försämrats, vilket bland annat yttrar sig i att fler uppger att de lider av sömnproblem. Även tidigare har sjukfrånvaron i psykiska diagnoser varierat mer än den totala sjukfrånvaron. När sjukskrivningarna totalt sett går upp, ökar frånvaron i psykiska diagnoser ännu mer, när sjukfrånvaron går ner minskar de psykiska diagnoserna ännu mer.

Kvinnor har sämre psykiskt välbefinnande än män, och skillnaderna har ökat över tid. Vad detta beror på är oklart, men enligt viss forskning kan en förklaring vara att arbetslivet successivt blivit mer krävande och att andelen ”aktiva” arbeten ökat, vilket är mer belastande för den anställde. Att problemen är större för kvinnor kan bero på att kvinnors ansvar för familjen och hushållet, samtidigt som de arbetar i samma utsträckning som män, gör att kvinnor har en högre belastning än män. Det är möjligt (men inte vetenskapligt visat) att denna dubbla belastning över tid blivit mer betydelsefull i och med att kvinnor i allt högre utsträckning deltar i arbetslivet på samma villkor som män.

Sjukpenningstalet sjönk under en sjuårsperiod: från oktober 2002 (18,6) till december 2010 (6,0). I dag, september 2014, ligger sjukpenningtalet på 9,1 nettodagar per försäkrad och år. Bottennivån var delvis en konsekvens av engångseffekter kopplade till övergången till de nya reglerna: bl.a. att ett stort antal (cirka 17 000 individer) försäkrade nådde maxtiden i sjukpenning den 2 januari 2010, med full effekt på sjukpenningtalet i december 2010. Vi har tidigare skattat denna effekt till 0,6 sjukpenningtalsdagar.

En annan förändring som kan vara av betydelse är att regelverket kring sjukersättning stramats upp, och nybeviljandet har varit lågt. Detta gör att personer med långa sjukfall, som annars skulle ha övergått till sjukersättning, i stället blir kvar i sjukpenningssystemet. Detta innebär en ökning av sjukfallens genomsnittliga varaktighet. Försäkringskassan har skattat effekterna på antalet pågående sjukfall och sjukpenningtalet. Avskaffandet av den tidsbegränsade sjukersättningen har haft större inverkan på sjukpenningtalet än det mer restriktiva regelverket för sjukersättning tillsvidare. Detta ger att den sammantagna effekten i juni 2013 ligger någonstans mellan 21 000 och 29 000 fler pågående sjukfall av 160 000, motsvarande en påverkan på sjukpenningtalet (8,8 i juni 2014) om mellan 1,2 och 1,8 nettodagar per person och år.

Försäkringskassans analyser visar att rehabiliteringskedjan haft en betydande positiv effekt på sannolikheterna att sjukfall avslutas inom ett års sjukskrivning. En slutsats är att den i dag håller tillbaka sjukfrånvarons ökningstakt.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att en väsentlig förklaring till den nuvarande uppgången beror på att fler individer kvarstår i sjukskrivning i stället för att flyttas över till sjukersättning. Det innebär en omflyttning inom sjukförsäkringen. Det är det svårt att avgöra vad som ligger bakom inflödesökningen under de senaste åren. För att förstå den nuvarande utvecklingen behöver vi mer kunskap om varför de psykiska diagnoserna ökar, och varför kvinnor är särskilt utsatta.

Sammanfattning av olika faktorer och dess betydelse

För att göra sammanfattningen mer överskådlig redovisar vi i Tabell 7 de olika faktorerna och dess betydelse under de olika upp- och nedgångsperioderna. I tabellen illustreras vilka faktorer vi bedömer driver utvecklingen

i den aktuella riktningen under tidsperioden. För att illustrera faktorernas påverkan på sjukfrånvaro används plus/minus, där flera tecken förstärker dess betydelse. Om vi inte vet så anges ett frågetecken och om påverkan bedöms som svag eller obefintlig visas ett tecken (tilde). Vidare särskiljs i tabellen om det är inflödet och/eller varaktigheten som påverkas mest.

Den faktor som bedöms ha påverkat sjukfrånvarons variation vid flest tidpunkter är förtidspensionering, och då främst genom att förändra sjukfallens varaktighet. Under perioden 1997–2003 pekar vi ut ett flertal faktorer som verkat i samma riktning och därigenom skapat den kraftiga uppgången i sjukfrånvaro. Under nedgången från 2004 tror vi att den kraftiga ökningen av sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspensionering) samt ett starkt fokus på sjukfrånvaron varit betydande orsaker till minskad sjukfrånvaro. Från 1980-talets uppgång fram till den senaste nedgången kan också noteras att de regelförändringar som gjorts verkat i samma riktning som den aktuella trenden, dvs. under uppgångsperioder har regelförändringarna förstärkt uppgången och under nedgångsperioder har de förstärkt nedgången.

För den senaste periodens uppgång har vi faktorer som verkar i olika riktning. Några faktorer verkar i ökande riktning medan andra hämmar uppgången. Vi har kunskap om effekterna av skärpta sjukersättningsregler och förändrad diagnossammansättning i inflödet av nya sjukfall, som båda verkar i ökande riktning. Uppgången påverkar också administrationens kapacitet vilket återigen leder till en prioritering av utbetalningarna av ersättning och mindre utrymme att arbeta med de pågående sjukfallen. Det är dock osäkert hur stor påverkan denna faktor har i den nuvarande uppgången. Det är osäkert hur nuvarande konjunktur och utveckling på arbetsmarknaden, bl.a. det faktum att en större andel av de arbets sökande tillhör grupper med sämre förutsättningar att komma ut i arbete, påverkar sjukfrånvaron. Samtidigt dämpar det nuvarande regelverket, främst rehabiliteringskedjan, uppgången.

Tabell 7 Olika faktorerers bedömda påverkan på variation i sjukfrånvaro

Ökar sjukfrånvaro (+) Minskar sjukfrånvaro (-) Låg/Ingen påverkan (~) Okänd påverkan (?)						
	Påverkan på inflöde och/eller varaktighet	1980-talet	1991-1996	1997-2003	2004-2009	2010-2014
Förändring i arbetskraften	inflöde/varaktighet	++	?	+	~	?
Konjunktur/Arbetsmarknad	inflöde	+	--	+	~	?
Regelverk sjukpenning	inflöde/varaktighet	++	--	~	-	~
Förtidspensionering	varaktighet	~	-	+	--	++
Tillämpning	inflöde/varaktighet	?	~	~	--	~
Diagnos-sammansättning	inflöde/varaktighet	?	?	+	~	+
Administrationens kapacitet	varaktighet	?	-	+	-	?

Avslutande diskussion

Folkhälsan bland personer i arbetsför ålder har förbättrats betydligt i Sverige under det dryga halvsekle som en allmän sjukförsäkring har funnits. Vi lever längre och njuter av en bättre hälsa. Samtidigt har det i Sverige funnits, och finns fortfarande, en stark koppling i form av samvariation mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet, inklusive villkoren i arbetslivet. Villkor i arbetslivet ska i detta sammanhang tolkas i vid mening där innehållet i arbetsuppgifterna ingår, tillsammans med i vilken miljö och i vilket takt de utförs och vilken produktivitet och kvalitet som förväntas. Teknologisk utveckling har i många sammanhang omvandlat enklare arbetsuppgifter till mer kunskapskrävande och därmed har kraven på produktivitet och kvalitet ökat inom alla sektorer. Bättre hälsa tillsammans med förbättringar i den fysiska arbetsmiljön gör att många i dag klarar av att arbeta i högre åldrar, och Sverige är bland de länder som har störst andel äldre i arbetskraften. Men utvecklingen har också medfört krav i arbetslivet som gör att personer med lägre utbildning och sämre hälsa lättare blir marginaliserade, vilket inte minst gäller personer med psykiska sjukdomar. En utmaning som ligger framför oss är därför att göra arbetslivet mer inkluderande för individer med svagare förutsättningar att delta i arbetskraften.

I Sverige har alltså förändringar på arbetsmarknaden (både lokalt och nationellt) och arbetslivet haft större betydelse för sjukfrånvaron än förändringar i arbetsförmåga i termer av indikatorer på folkhälsa. Arbetsvillkoren har också visats vara viktiga för hur människor mår, både i Sverige och i andra länder. Sämre arbetsvillkor kan generera ökande arbetsrelaterad ohälsa – även bland personer med för övrigt god hälsa. Mycket har skrivits de senaste åren, bland annat av OECD, som pekar på de utmaningar som detta innebär för de samhällsinstitutioner som är viktiga i detta sammanhang – hälso- och sjukvård, sociala, arbetsmarknads- och försäkringsinstitutioner.

Det går inte att peka på att plötsliga förändringar i arbetsvillkor eller den upplevda hälsan som drivande faktorer bakom variationerna i sjukfrånvaro över tid, även om det är en viktig beståndsdel för att förstå sjukfrånvaro. Det är inte heller möjligt att peka ut en enskild faktor som ensam förklarar hela sjukfrånvarons variation under de senaste decennierna. Den variation vi sett har troligen uppkommit på grund av en mängd faktorer som samverkar med varandra. Exempel på viktiga komponenter är (förändringar i) regelverket, samspelet med förtidspensions-/sjukersättningsystemet, administrationens förutsättningar att möta och hantera förändringar samt attityder och agerande hos de olika aktörerna (de försäkrade, Försäkringskassan, arbetsgivare, hälso- och sjukvården samt Arbetsförmedlingen). Även de uppdrag och mål uppsatta av den rådande politiska ordningen är betydelsefulla.

Den svenska sjukfrånvaron har uppvisat återkommande perioder med ökande långvarig sjukskrivning, vilket periodvis hanterats genom omfatt-

ande förtidspensionering. Detta återspeglar i grunden en systematisk oförmåga i Sverige att forma ett system som behåller människor i arbetslivet. Som en följd har andelen av befolkningen i arbetsför ålder som lämnat arbetskraften genom förtidspension/sjukersättning stadigt ökat från införandet av förtidspension år 1963 till år 2005. Under tiden har det rått olika uppfattningar om hur sjukförsäkringssystemet ska användas. Till en början introducerades formella regler som ledde till omfattande förtidspensioneringar, exempelvis möjligheten att övergå från arbetslöshet till förtidspension. Dessa avlöstes av informella beteendeförändringar som i praktiken uppfyllde samma syfte.

Historiskt har alltså långa sjukfall i stor utsträckning övergått till förtidspension/sjukersättning, i synnerhet i perioder med hög sjukfrånvaro. Som en följd av ett ökat nybeviljande har sjukfrånvaron snabbt drivits ner. Denna förflyttning av personer från en typ av ersättning till en annan gav stora variationer i statistiken för sjukfrånvaro, men var ingen lösning på det underliggande problemet att sjukfall kunnat bli mycket långa. Ett annat problem är att personer som övergår till sjukersättning inte får tillgång till de arbetslivsinriktade åtgärder som är tillgängliga för personer med sjukpenning. Detta kan vara en förklaring till att personer med sjukersättning i mycket liten utsträckning återgår i arbete. Vidare är sjukpenningen en mer generös ersättning. Det innebär alltså en livslång privatekonomisk förlust för den som förtidspensioneras. Oförmågan, eller bristen på verkningsfulla verktyg, att förhindra långvarig sjukskrivning i kombination med kraftig variation i nybeviljandet av förtidspension/sjukersättning kan ses som en kraftigt bidragande faktor till den stora variation i sjukfrånvaron som kännetecknat den svenska utvecklingen under de senaste decennierna.

Den svenska modellen byggde från 50-talet på en politik för stark tillväxt som grund för omfördelning, full sysselsättning och utbyggd välfärd. Centrala inslag var centraliserad lönebildning, solidarisk lönepolitik, ständig press på strukturomvandling till metoder och tekniker med högre produktivitet och omflyttning av arbetskraft till dessa sektorer. För att begränsa konsekvenserna för individerna kombinerades detta med satsningar på ekonomiskt stöd vid inkomstbortfall, åtgärder inom arbetsmarknadspolitiken för omskolning och migration av arbetskraft till expansiva regioner.

Detta kom också att påverka sjukförsäkrings- och förtidspensionssystemen. Upprätthållande av hög produktivitet begränsar möjligheterna till arbetsåtergång vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Det ledde också till att förtidspensionssystemets användning kom att omfatta även sådan nedsatt arbetsförmåga som inte strikt kunde relateras till sjukdom utan snarare var konsekvenser av förändringar på arbetsmarknaden. Det gällde till exempel för äldre arbetskraft där det kunde ses som orimligt att ställa krav på omställning och flytt från hembygden för att tjäna sitt uppehälle. Det är en möjlig förklaring till att det svenska sjukförsäkringssystemet varit mer känsligt för problem som mer handlar om ekonomi, konjunktur och arbetsmarknad än enbart medicinskt grundad arbetsoförmåga.

När Sverige gick in i ett nytt ”ekonomiskt landskap” efter två kraftiga lågkonjunkturer, 1977–1983 samt 1991–1994 ställdes landet inför nya utmaningar. Under 1980-talets högkonjunktur blev sjukförsäkringen allt mer

generös med en ersättningsgrad på 100 procent och allt fler förtidspensioneringar. Den ekonomiska krisen under 1990-talet innebar stora besparingar och ett nytt sätt att se på statens finanser, vilket till viss del kom att stå i konflikt med den generösa användningen av sjukförsäkringen som landet vant sig vid under åren före 1990-talskrisen. Sedan början av 1990-talet har i stort sett alla regelförändringar inneburit att man gått mot ett mer restriktivt system. Ett exempel är borttagandet av ”58-reglerna”, där individer 18 månader från 58 års ålder hade rätt till förtidspension.

En annan betydelsefull faktor som pågått sedan 1970-talet är kvinnors inträde på arbetsmarknaden, mot bakgrund av att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män, inte bara i Sverige men även internationellt sett. Denna strukturella förändring mot formellt arbete som kom hand i hand med utvecklingen av vård av barn och äldre utanför hemmet under samma period kännetecknar Sveriges ställning som en ledande välfärdsstat. Orsakerna till kvinnors höga sjukfrånvaro jämfört med män är svåra att fastställa, men vad vi känner till är att en kombination av faktorer är viktiga. Bland dessa är deras större ansvar för det informella arbetet i hemmet, det faktum att kvinnodominerade yrken oftare är mer människonära än männens och att de ofta arbetar i sektorer med sämre upplevd psykosocial arbetsmiljö. Kvinnor har en högre risk att drabbas av sjukskrivning med psykiska diagnoser, däribland depression, i synnerhet i åldersgruppen 30–40 år. Depressioner är särskilt problematiska eftersom sjukvården inte förrän nyligen börjat arbeta strukturerat med dessa problem och nå ut till personer med mindre allvarliga psykiska problem. Med andra ord finns det en kombination av riskfaktorer för yngre kvinnor att drabbas av psykiskt ohälsa som leder till sjukskrivning.

Samtidigt saknas fortfarande en fungerande övergång från en period med längre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa tillbaka till ett normalt arbetsliv. Därutöver visar ett flertal utredningar från Försäkringskassan på behovet av förebyggande arbete, i synnerhet på människonära arbetsplatser (till exempel äldrevård, sjukvård, skola). Vidare visar studier att individens omgivning utanför arbetsplatsen har betydelse, i synnerhet för kvinnor. Mest alarmerande sedan strax innan millennieskiftet är den ökning i andelen av den yngre befolkningen (25–40) som hamnar utanför arbetskraften till följd av en psykisk diagnos. Detta är en utveckling som Sverige delar med många OECD-länder.

Det är även tydligt från vår genomgång av de senaste decennierna att regelverket kring andra delar av socialförsäkringen, i synnerhet förtidspension/sjukersättning men även arbetslöshetsförsäkring, kan ha stor inverkan på sjukfrånvaron. Utöver de företeelser vi redan diskuterat är därför samspelet mellan regelsystem viktigt. Till exempel är det belagt att arbetslösa som under en längre tid kunde få en högre ersättning från sjukpenningssystemet än från arbetslöshetsförsäkringen var sjukskrivna i högre utsträckning. De ekonomiska incitamenten som är inbyggda i regelsystemen är alltså viktiga för att förklara variationer i sjukfrånvaron. Beteendeförändringar som grundar sig i förändrade normer och attityder driver sannolikt inte enskilt sjukfrånvarons variationer.

Sjukfrånvarons variation förklaras inte av samma faktorer under hela den perioden från 1980-talet fram tills i dag, vilket framför allt varit tydligt under senare år. En åtgärd som otvivelaktigt varit betydelsefull är genomförandet av halveringsmålet mellan 2003 och 2008. Halveringsmålet var också början på ett samarbete mellan Försäkringskassan (från början Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna), Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården, med viktiga bidrag i form av kunskapsöversikter från SBU. Expertmyndigheterna SBU och Socialstyrelsen har också på basis av internationell forskning varnat för att det också finns negativa konsekvenser av sjukskrivning. Denna utveckling kom i samband med en omfattande offentlig diskussion om bland annat sjukfrånvarons kultur och normer, grundad i betydande skillnader i sjukfrånvaro mellan regioner och branscher. Samtidigt påbörjades ett arbete med att ta fram riktlinjer för sjukskrivning för enskilda diagnoser, som skulle utgöra en ram för läkare och Försäkringskassans arbete. Detta arbete resulterade i det försäkringsmedicinska beslutsstödet som introducerades från 2008.

Mycket talar för att införandet av tydligare riktlinjer för sjukskrivning och rutiner på Försäkringskassan låg bakom nedgången i sjukfrånvaron, liksom ett starkt fokus på sjukförsäkringen från politikens och administrationens sida vilket bland annat kom till uttryck i resursförstärkningar för administrationen av sjukförsäkringen från 2003 till 2007. Från 2008 förstärkte de lagstadgade tidsgränserna inom rehabiliteringskedjan nedgången i sjukfrånvaron och under de senaste åren har den hållit tillbaka uppgången. Rehabiliteringskedjan har haft en kraftig påverkan på sjukskrivningarna upp till år. Från ett års sjukskrivning upp till att det maximala antalet dagar med rätt till ersättning har uppnåtts, vid den s.k. maxtiden, syns däremot ingen större påverkan. Maxtiden har en viss betydelse på sjukfrånvaron, men den måste betraktas som marginell då flertalet som går igenom Arbetslivsintroduktionen (ALI) är åter i sjukförsäkringen efter en tid.

Från 2008 sker också en kraftig nedgång i antalet personer med sjukersättning, som följd av det minskade antalet långvariga sjukskrivningar och de nya sjukersättningsreglerna i samband med att rehabiliteringskedjan infördes.

Vid en historisk återblick blir det tydligt att arbetsmarknad, arbetskraftsdeltagande och arbetslöshet, är betydelsefulla komponenter i sjukfrånvarons utveckling. Sverige har ett internationellt sett högt arbetskraftsdeltagande, vilket innebär att även personer med sämre hälsa deltar på arbetsmarknaden. Ett högt arbetskraftsdeltagande medför därför en utmaning att se till att allas arbetsförmåga tas tillvara på bästa sätt. Ett exempel är rehabiliteringskedjan, som innebär att individens arbetsförmåga testas inte bara mot de tidigare arbetsuppgifterna, utan även mot andra delar av arbetsmarknaden. Det betyder att delar av arbetsförmågan kan vara nedsatt utan att personen ses som arbetsoförmögen. Ett annat exempel är möjligheten att vara sjukskriven på deltid, som underlättar återgång i arbete, i vissa fall som en del av rehabiliteringen. Att spridningen i arbetsförmåga ökar är alltså i sig inte ett problem om de möts av nödvändiga anpassningar, till exempel genom att arbetsgivaren erbjuder en anpassad arbetsmiljö. Vidare kan matchningen på arbetsmarknaden behöva förbättras för att tillvara ta individens arbetsför-

måga. Här finns ett stort utrymme att utveckla samarbetet mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivarna.

I slutändan måste en lösning av problemet med hög sjukfrånvaro och långa sjukfall som inte innebär en sänkning av arbetsutbudet genom förtidspensioner bestå av åtgärder för att stärka både efterfrågan på och utbudet av arbetskraft. Utbudssidan kan stärkas genom effektiv medicinsk behandling och rehabilitering, genom insatser som stärker, vidgar och förändrar arbetskraftens kunskaper, kompetens och förmågor. Dessutom är det viktigt att regelverket skapar de ”rätta” ekonomiska incitamenten för såväl utbud som efterfrågan. Åtgärder för att stärka efterfrågesidan måste inriktas på att stärka drivkrafterna för arbetsgivarna att få tillbaka sjukskrivna i arbete, att förebygga sjukskrivningar och sänka trösklarna för att anställa personer med i vissa avseenden sämre hälsa.

För att stärka förutsättningarna för personer med nedsatt hälsa att få plats på arbetsmarknaden är det viktigt att mer resurser används för att vetenskapligt utvärdera tänkbara insatser och verkningsfulla förändringar som kan genomföras på arbetsplatserna samt sedan sprida kunskap om och utveckla incitamentsstrukturen för användningen av dem.

Referenser

Alexanderson, K. (2004). *Den könssegregerade arbetsmarknaden–samband med sjukdom. I SOU 2004:43: Den könsuppdelade arbetsmarknaden, bilaga 9.* Stockholm: Fritzes.

Alexanderson, K., P. Allebeck, T. Hansson, G. Hensing, I. Jensen, A. Mastekaasa, och E. Vingård. (2003). *Sjukskrivning-orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU.

Alexanderson, K., S. Marklund, E. Mittendorfer-Rutz och P. Svedberg (2011). *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro.* Karolinska Institutet.

Alexandersson, K. m.fl. (2013). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004.* Stockholm: Karolinska institutet.

Allebeck, P. och A. Mastekaasa (2004). *Risk factors for sick leave-general studies.* Scandinavian Journal of Public Health, 32(63), 49-108.

Anderson, P. M. och B.D. Meyer (2000). *The effects of the unemployment insurance payroll tax on wages, employment, claims and denials.* Journal of Public Economics, 78(1), 81-106.

Anderzén, I. och B.B. Arnetz (2005). *The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity.* Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47(7), 671-682.

Andrén D. och M. Svensson (2012). *Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders.* Journal of Occupational Rehabilitation 22(3), 418-26.

Andrén, D. (2014). *Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity?* Journal of Occupational Rehabilitation, 24(2), 344-360.

Angelov, N., P. Johansson, E. Lindahl och E.A. Lindström (2011). *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro.* IFAU Rapport 2011:2.

Angelov, N., P. Johansson, E. Lindahl (2013). *Gender differences in sickness absence and the gender division of family responsibilities.* IFAU working paper 2013:9.

Arai, M. och P.S. Thoursie (2005). *Incentives and selection in cyclical absenteeism.* Labour Economics, 12(2), 269-280.

Arbetsförmedlingen (2014a). *Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2015 och en långsiktig utblick*. Rapport.

Arbetsförmedlingen (2014b). *Arbetsmarknadsutsikterna våren 2014. Prognos för arbetsmarknaden 2014-2015*. Prognosrapport.

Arbetsmiljöverket (2011). *Arbetsmarknad i förändring – analys av regional branschförändringar*. Rapport 2011:12.

Arbetsmiljöverket (2014). *Arbetsmiljön 2014*. Rapport 2014:3.

Askildsen, J. E., E. Bratberg och Ø.A. Nilsen (2005). *Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study*. Health Economics, 14(11), 1087-1101.

Beemsterboer, W., R. Stewart, J. Groothoff, och F. Nijhuis (2009). *Literature review on sick leave determinants (1984–2004)*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 22(2), 169–179.

Bekker, M. H., C. G. Rutte, m.fl. (2009). *Sickness absence: A gender-focused review*. Psychology, Health and Medicine 14(4): 405–418.

Bertilsson M. (2013). *Work capacity and mental health - the phenomena and their importance in return to work*. Department of Public Health and Community Medicine, Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy. Göteborg: University of Gothenburg.

Björkenstam, E., G. Ringbäck Weitoft, C. Lindholm, C. Björkenstam m.fl. (2014). *Associations between number of sick-leave days and future all-cause and cause-specific mortality: a population-based cohort study*. BMC Public Health, 14, 733.

Broström, G., P. Johansson och M. Palme (2004). *Economic incentives and gender differences in work absence behavior*. Swedish Economic Policy Review, 11, 33-63.

Bruce, C.J., och F.J. Atkins (1993). *Efficiency effects of premium-setting regimes under workers' compensation: Canada and the United States*. Journal of Labor Economics, 11(1), 38-69.

Card, D. och P.B. Levine (1994). *Unemployment insurance taxes and the cyclical and seasonal properties of unemployment*. Journal of Public Economics, 53(1), 1-29.

Eklund, J., B. Hansson, L. Karlqvist, L. Lindbeck, och W.P. Neumann (2006). *Arbetsmiljöarbete och effekter - en kunskapsöversikt*. Arbetslivsinstitutet 2006:17.

Engström, P., H. Goine, P. Johansson, E. Palmer och P. Tollin Engström (2010). *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* IFAU Rapport 2010:6.

Esping-Andersen, G. (1990/2000). *Three Worlds of Welfar Capitalism. I C. Pierson, och F. Castles (red.): The Welfare State – A Reader*. Cambridge: Polity Press.

Ferrarini, T., K. Nelson, O. Sjöberg, J. Palme (2012). *Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv. En institutionell analys av sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna i 18 OECD-länder 1930 till 2010*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

Ferrie, J.E., J. Vahtera, M. Kivimäki, H. Westerlund, M. Melchior et al. (2009). *Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study*. *Journal of Epidemiology Community Health*, 63,50-55.

Finanspolitiska rådet (2011). *Svensk finanspolitik*. Finanspolitiska rådets rapport 2011.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Försäkringskassan (2002) *Sjukfrånvaron i Sverige i ett europeiskt perspektiv*. Försäkringskassan analyserar 2002:11. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2005a). Avstämningsmöte. Försäkringskassans metodundersökning 2004. Försäkringskassan analyserar 2005:18.

Försäkringskassan (2005b). *Sjukfrånvaron i Sverige i ett europeiskt perspektiv 1983–2004*. Försäkringskassan redovisar 2005:6. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2005c). *Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur*. Försäkringskassan analyserar 2005:4. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2006a). *Sjukskrivning, kulturer och attityder*. Försäkringskassan analyserar 2006:16. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2006b). *Årsredovisning 2005*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2006c). *SASSAM-kartläggning*. Försäkringskassans metodundersökning 2004. Försäkringskassan redovisar 2006:1. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2006d). *Handläggarnas upplevelser och användning av metoder och aktiviteter*. Försäkringskassans metodundersökning 2005. Försäkringskassan analyserar 2006:23. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2007a). *Årsredovisning 2006*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2007b). *De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen - hur blev det?* Försäkringskassan redovisar 2007:8. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2008a). *Deltidssjukskrivning – En registerstudie över utvecklingen 1995-2006*. Socialförsäkringsrapport 2008:12. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2008b). *Årsredovisning 2007*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2009a). *Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar*. Socialförsäkringsrapport 2009:5. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2009b). *Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Utvecklingen i åtta länder 1990–2007*. Socialförsäkringsrapport 2009:10. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2010a). *Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar*. Socialförsäkringsrapport 2010:7. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2010b). *Tidiga insatser i sjukfallen – vad leder de till?* Socialförsäkringsrapport 2010:8. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2011a). *Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade?* Socialförsäkringsrapport 2011:6. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2011b). *En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukskrivningsreglerna*. Socialförsäkringsrapport 2011:15. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2011c). *Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19-20 januari 2011*. Socialförsäkringsrapport 2011:3. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2011d). *Försäkringsmedicinska beslutsstödet, en långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster*. Socialförsäkringsrapport 2011:7. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2012). *Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet. Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd år 2002-2010*. Socialförsäkringsrapport 2012:14. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013a). *Socialförsäkringen i siffror 2013*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013b). *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport 2013-01-14*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013b). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Slutrapport till regeringen, dnr 009246-2013*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013c). *Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling. Delredovisning 1 av regeringsuppdrag 2013. Svar på regeringsuppdrag, dnr 3023-2013*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013d). *Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling, delredovisning 3 av regeringsuppdrag år 2013. Svar på Regeringsuppdrag, dnr 3023-2013*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014a). *Socialförsäkringen i siffror 2014*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014b). *Sjukfrånvarons utveckling Delrapport 1, år 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:12*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014c). *Analys av sjukförsäkringens utveckling 2013. Socialförsäkringsrapport 2014:6*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014d). *Beslutsunderlag och beslut i sjukpenning ärenden – En jämförelse mellan 2010 och 2013. Rättslig uppföljning 2014:2*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014e). *Nya siffror om inflödet till sjukpenning. Sjukfrånvaron under sjuklöneperioden. Socialförsäkringsrapport 2014:15*. Stockholm: Försäkringskassan.

Gautier, P. och B. van der Klaauw (2011). *Att kombinera socialförsäkringar med incitament till arbete. I Långtidsutredningen 2011, bilaga 8*. Stockholm: Fritzes.

Goine, H., A. Knutsson, S. Marklund och B. Karlsson (2004). *Sickness absence and early retirement at two workplaces—effects of organisational intervention in Sweden. Social Science and Medicine, 58(1), 99-108*.

Hall, C. (2008). *Påverkades arbetslöshetstiden av sänkningen av de arbetslösas sjukpenning? IFAU Rapport 2008:15*.

Hall, C., och L. Hartman (2010). *Moral hazard among the sick and unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform. Empirical Economics, 39(1), 27-50*.

Hemmingsson (2004). *Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet. I C. Högstedt, M. Bjurwald, S. Marklund, E. Palmer och T. Theorell (red): Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Hemström, Ö. (2002) *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. I SOU 2002:5: Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, bilaga 2:4*. Stockholm: Fritzes.

Henrekson M, K. Lantto och M. Persson (1992), *Bruk och missbruk av sjukförsäkring*. SNS Förlag, Stockholm.

Henrekson, M. och M. Persson (2004). *The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system*. Journal of Labor Economics, 22(1), 87-113.

Hesselius, P. (2007). *Does sickness absence increase the risk of unemployment?* The Journal of Socio-Economics, 36(2), 288-310.

Hesselius, P., P. Johansson och J. Vikström (2013). *Social Behaviour in Work Absence*. The Scandinavian Journal of Economics, 115(4), 995-1019.

Hesselius, P., J.P. Nilsson, och P. Johansson (2009). *Sick of your colleagues absence?* Journal of the European Economic Association, 7(2-3), 583-594.

Hägglund, P. (2010). *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*. IFAU Rapport 2010:1.

Hägglund, P. och P. Skogman Thoursie (2010). *De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter*. Rapport till Finanspolitiska rådet 2010/5.

Ichino, A. och G. Maggi (1999). *Work environment and individual background: explaining regional shirking differentials in a large Italian firm*. National bureau of economic research 7415.

IFAU (2010). *Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna*. IFAU rapport 2010:1.

Inspektionen för socialförsäkringen (2011a). *Graviditetspenning och sjukpenning vid graviditet*. Rapport 2011: 16. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Inspektionen för socialförsäkringen (2011b). *Försäkringskassans tillämpning av den nya sjukskrivningsprocessen*. Huvudrapport. Rapport 2011:4. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Inspektionen för socialförsäkringen (2011c). *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2011:17.

Inspektionen för socialförsäkringen (2014a). *Effekterna av handläggarnas attityder på sjukskrivningstiderna*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkring. Rapport 2014:1.

Inspektionen för socialförsäkringen (2014b). *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*. Rapport 2014:18. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Jiang GX, G. Hadlaczky och D. Wasserman. *Självordsförsök i Sverige 1987-2012*. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention vid psykisk ohälsa (NASP).

Johansson E, P. Böckerman och A. Uutela (2009). *Alcohol consumption and sickness absence: evidence from microdata*. European Journal of Public Health, 19(1):19-22.

- Johansson, P. och M. Palme (1996). *Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data*. Journal of Public Economics, 59(2), 195-218.
- Johansson, P. och M. Palme (2002). *Assessing the effect of public policy on worker absenteeism*. Journal of Human Resources, 37(2), 381-409.
- Johansson, P. och M. Palme (2005). *Moral hazard and sickness insurance*. Journal of Public Economics, 89(9), 1879-1890.
- Johnson, B. (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.
- Junestav, M. (2010). *Sjukskrivning som politiskt problem i välfärdsdebatten – det politiska språket och institutionell förändring*. IFAU Rapport 2010:16.
- Järvholm, B. B. Karlsson och R. Mannelqvist (2009). *Arbetsförmåga i sjukförsäkringen – så beskrivs begreppet i lagstiftningen*. Läkartidningen 106(17).
- Jönsson L., M. Palme och I. Svensson (2011). *Påverkar folkhälsan utnyttjandet av sjukersättningen?* Ekonomisk debatt 39(4), 56-68.
- Karasek, R. (1979). *Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign*. Administrative Science Quarterly 24(2), 285-308.
- Karasek, R. & T. Theorell (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kivimäki, M., J. Head, J.E. Ferrie, M.J. Shipley, J. Vahtera och M.G. Marmot. (2003). *Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study*. British Medical Journal, 327, 364.
- Kivimäki, M., T. Honkonen, K. Wahlbeck, M. Elovainio, J. Pentti, T. Klaukka och J. Vahtera (2007). *Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment*. Journal of Epidemiology and Community Health, 61(2), 154-158.
- Kumlin, S., och B. Rothstein (2005). *Making and breaking social capital the impact of welfare-state institutions*. Comparative Political Studies, 38(4), 339-365.
- Lagerström, J. (2010). *Påverkas sjukfrånvaron av ekonomiska drivkrafter och arbetsmiljö?* IFAU Rapport 2010:9.
- Lantto, K., och E. Lindblom (1987). *Är arbetslösheten hälsosam?* Ekonomisk Debatt, 4(87), 333-6.
- Larsson, L. (2006). *Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance*. The Scandinavian Journal of Economics, 108(1), 97-113.

- Larsson, L., A. Kruse, M. Palme, och M. Persson (2005). *En hållbar sjukpenningförsäkring*. Stockholm: SNS förlag.
- Larsson, T., S. Marklund och P. Westerholm (2005). *Den galopperande sjukfrånvaron: sken, fenomen och väsen*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Léger, D., och V. Bayon (2010). *Societal costs of insomnia*. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 379-389.
- Lindbeck, A., M. Palme och M. Persson (2006). *Job security and work absence: Evidence from a natural experiment*. CESifo working papers 1687.
- Lindbeck, A., M. Palme och M. Persson (2008). *Social interaction and sickness absence*. CESifo working paper 2215.
- Lidwall, U. (2010). *Long-term sickness absence. Aspects of Society, Work, and Family*. Department of Clinical Neuroscience, Division of Insurance Medicine. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Lidwall, U. (2013). *Termination of sickness benefits or transition to disability pension after changes in sickness insurance: a Swedish register study*. *Disability and Rehabilitation*, 35(2), 118-124.
- Lidwall, U. (2014). *Sick leave diagnoses and return to work: a Swedish register study*. *Disability and rehabilitation*, posted online May 2014.
- Lidwall, U., Bergendorff, S., Voss, M., & Marklund, S. (2009). *Long-term sickness absence: changes in risk factors and the population at risk*. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2), 157-168.
- Lidwall, U. och S. Marklund (2011). *Trends in long-term sickness absence in Sweden 1992–2008: the role of economic conditions, legislation, demography, work environment and alcohol consumption*. *International Journal of Social Welfare*, 20(2), 167-179.
- Lidwall U, S. Marklund och P. Skogman Thoursie (2005). *Sickness absence in Sweden. I R.Å Gustafsson och I Lundberg (red): Worklife and Health in Sweden 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lidwall, U och P. Skogman Thoursie (2000). *Sickness absence during the last decades. I Marklund (red): Worklife and health in Sweden*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Linden-Boström, M. och C. Persson (2013). *A selective follow-up study on a public health survey*. *European Journal of Public Health*, 23(1), 152-157.
- Marklund, S. och A. Wikman (2000) *Inledning. I Marklund (red); Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Markussen, S., och K. Røed (2012). *Social Insurance Networks*. IZA discussion paper 6446.

- Marmot M., A. Feeney, M. Shipley, F. North och S.L. Syme (1995). *Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 49(2), 124-130.
- Martikainen P., M. Laaksonen, K. Piha och T. Lallukka 2007. *Does survey non-response bias the association between occupational social class and health?* *Scandinavian Journal of Public Health* 35(2), 212-215.
- Mastekaasa, A. (1996). *Unemployment and health: Selection effects*. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 6(3), 189-205.
- Michie, S. och S. Williams (2003). *Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review*. *Occupational and Environmental Medicine* 60(1), 3-9.
- MISSOC (2014). *Social Protection in the Member States of the European Union and European Economic Area and in Switzerland. Comparative Tables*.
[http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVE TABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTablesSearchResultTree.jsp](http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVE_TABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTablesSearchResultTree.jsp)
- Neovius, K., K. Johansson, M. Kark, och M. Neovius (2009). *Obesity status and sick leave: a systematic review*. *Obesity Review* 10(1), 17-27.
- NHS (2012). *Guidelines on prevention and management of sickness absence* The NHS Staff Council. Working in Partnership
- Nossen, J.P. (2008). *Sykefraværet og konjunktorene - hva vet vi om sammenhengen?* *Arbeid og velferd* 2008:4.
- Norström, T. (2006). *Per capita alcohol consumption and sickness absence*. *Addiction* 101(10), 1421-1427.
- Norström, T. och I.S. Moan (2009). *Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway*. *The European Journal of Public Health* 19(4), 383-388.
- Nyman K, S. Bergendorff och E. Palmer (2002). *Den svenska sjukan: sjukfrånvaro i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, DS 2002:49. Stockholm: Finansdepartementet.
- OECD (2009). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. Sweden: will the recent reforms make it?* Paris: OECD Publishing.
- OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing.
- Olsson, M. (2009). *Employment protection and sickness absence*. *Labour Economics*, 16(2), 208-214.
- Olsson, S. (2006). *Attityder och regionala skillnader i sjukförsäkring. I Palmer (red.): SKA-projektet – Sjukförsäkring, kulturer och attityder*. Analyserar 2006:16. Försäkringskassan.

Palmer, E., I. Svensson, P. Tirmén, och N. Österlund (2008) *Sjukförmåner på deltid – vägen mot ett ökat deltagande i arbetslivet? I L. Hartman (red): Valfärd på deltid*. Stockholm: SNS förlag.

Proposition 1994/95:147. *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*.

Proposition 2002/03:1. *Budgetpropositionen för 2003*.

Proposition 2007/08:136. *En reformerad sjukförsäkring för ökad återgång i arbete*.

Proposition 2009/10:1. *Budgetpropositionen för 2010*.

Ramstedt M., A. Lindell och J. Raninen (2013). *Tal om alkohol 2012 – en statistisk årsrapport från Monitorprojektet*. Forskningsrapport nr 67. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD).

RFV (2002) Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv. RFV Analyserar 2002:11. Stockholm: Riksförsäkringsverket

RFV (2004a). *Kvinnor, män och sjukfrånvaro*. Socialförsäkringsboken 2004. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

RFV (2004b). *Årsredovisning 2003*. Stockholm: Riksförsäkringsverket

RFV (2005a). *Årsredovisning 2004*. Stockholm: Riksförsäkringsverket

RFV (2005b). *Årsredovisning 2005*. Stockholm: Riksförsäkringsverket

Riksrevisionen (2010). *En förändrad sjukskrivningsprocess*. RiR 2010:9. Stockholm: Riksrevisionen.

SCB (2014a). *Folk- och bostadsräkningen 1980*. Hämtat från webbplats 2014-11-14. http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Historisk-statistik/Statistik-efter-serie/Sveriges-officiella-statistik-SOS-utg-1912-/Folk--och-bostadsrakningarna-1860-1990/Folk--och-bostadsrakningen-1980--Population-and-housing-census/

SCB (2003a). *Sjukfrånvarande enligt SCB och sjukskrivna enligt RFV*. Bakgrundsfakta till arbetsmarknads- och utbildningsstatistiken 2003:4. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2003b). *Studie av bortfallet i 2000-års undersökning av levnadsförhållanden (ULF)*. Bakgrundsfakta till Befolknings- och välfärdsstatistik 2003:8. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2006). *Ohälsa och sjukvård 1980–2005*. Levnadsförhållanden rapport 113. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2010). *Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna*. Bakgrundsfakta till Befolknings- och välfärdsstatistik 2010:4. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2014b). *Yrkesstatistiken*. Hämtat från webbplats 2014-09-25.
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208__AM0208B/YREG18/?rxid=e6b7e098-20ff-4e43-a24d-cd7f581c937e

Siegrist, J. (1996). *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.

Sjögren Lindquist, G. och E. Wadensjö (2011). *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:4.

Social Security Administration (2014). *Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2014*.
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/europe/index.html>

Socialstyrelsen (2014). *Om försäkringsmedicinskt beslutsstöd*. Hämtat från webbplats 2014-09-25.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/omforsakringsmedicinsktbeslutsstod>

SOU 1988:41. *Rehabiliteringsberedningens betänkande*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 1989:101. *Förtidspension och rörlig pensionsålder*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 1990:49. *Arbete och hälsa. Betänkande av arbetsmiljökommissionen*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2002:62. *Kunskapsläge sjukförsäkringen. Delbetänkande från Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA-utredningen)*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2003:13. *Slutbetänkande från Utredningen om analys av hälsa och arbete (AHA-utredningen)*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2006:86. *Mera försäkring, mera arbete*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder. En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2009:89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Slutbetänkande av arbetsförmågeutredningen*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU 2011:11. *Långtidsutredningen 2011*. Stockholm: Fritzes förlag.

Socialförsäkringsutredningen (2006). *Samtal om socialförsäkring nr 14 – Nya siffror om socialförsäkringen*. Stockholm: Fritzes förlag.

- Skogman Thoursie P, U. Lidwall och S. Marklund (2005). *Trends in new disability pensions. I R.Å. Gustafsson och I. Lundberg (red): Worklife and Health in Sweden 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Sjukdomar i slutenvård 1987-2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*. Hämtat från webbplats 2014-10-17.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19371/2014-3-4.pdf>
- Socialstyrelsen (2014b). *Cancerincidens i Sverige 2012. Nya diagnosticerade cancerfall 2012*. Hämtat från webbplats 2014-10-17.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19291/2013-12-17.pdf>
- Socialstyrelsen (2014c). *Om försäkringsmedicinskt beslutsstöd*. Hämtat från webbplats 2014-09-25.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/omforsakringsmedicinsktbeslutsstod>
- Stansfeld, S. och B. Candy (2006). *Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review*. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 32(6), 443-62.
- Statistics Finland (2013a) *Unemployment rate 7.9 per cent in November*.
http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2013/11/tyti_2013_11_2013-12-20_tie_001_en.html
- Statistics Finland (2013b) *Population by labour force status, sex and age (5 yr)* http://193.166.171.75/database/StatFin/Tym/tyti/tyti_en.asp
- Statskontoret (2009). *Den nya Försäkringskassan – i rätt riktning men långt kvar*. Rapport 2009:19
- Stenbeck, M. och G. Persson (2006). *The National Public Health Report 2005. Chapter 10: Working life, work environment and health*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(67), 229-245.
- Svallfors, S. (1996). *Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Välfärdsopinionen i 90-talets Sverige*. Umeå: Boréa förlag.
- Svallfors, S. (2010). *Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).
- Sveriges Företagshälsor (2014). *Jobbhälsobarometern, delrapport 2014:2*.
- Söderberg, E. (2011). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning*. *Socialmedicinsk tidskrift* 88(5), 389-398.

Theorell, T., G. Oxenstierna och H. Westerlund (2004) *Ju färre vi är tillsammans... sjukskrivningsmönster vid strukturella förändringar i C. Högstedt, M. Bjurwald, S. Marklund, E. Palmer och T. Theorell (red): Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Topel, R.H. (1983). *On layoffs and unemployment insurance*. The American Economic Review, 541-559.

Upmark, M., C. Edlund (2006). *Den komplexa sjukfrånvaron*. Lund: Studentlitteratur.

Vahtera, J., M. Kivimäki, P. Forma, J. Wikström, T. Halmeenmäki, A. Linna, och J. Pentti (2005). *Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study*. Journal of Epidemiology and Community Health, 59(3), 238-242.

Vahtera, J., M. Kivimäki, J. Pentti, A. Linna, M. Virtanen, P. Virtanen, P. och J.E. Ferrie (2004). *Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study*. BMJ, 328(7439), 555.

Wikman, A. (2006). *Utsorterad från arbetslivet – en fördjupad analys. I J. Olofsson och M. Zavisic (red) Vägar till en öppnare arbetsmarknad*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Wikman A., S. Marklund och K. Alexanderson (2005). *Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health*. Journal of Epidemiology and Community Health, 59, 450-454.

Åkerstedt T., G. Kecklund, L. Alfredsson och J. Selen (2007). *Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue*. Journal of Sleep Research, 16(4), 341-5.

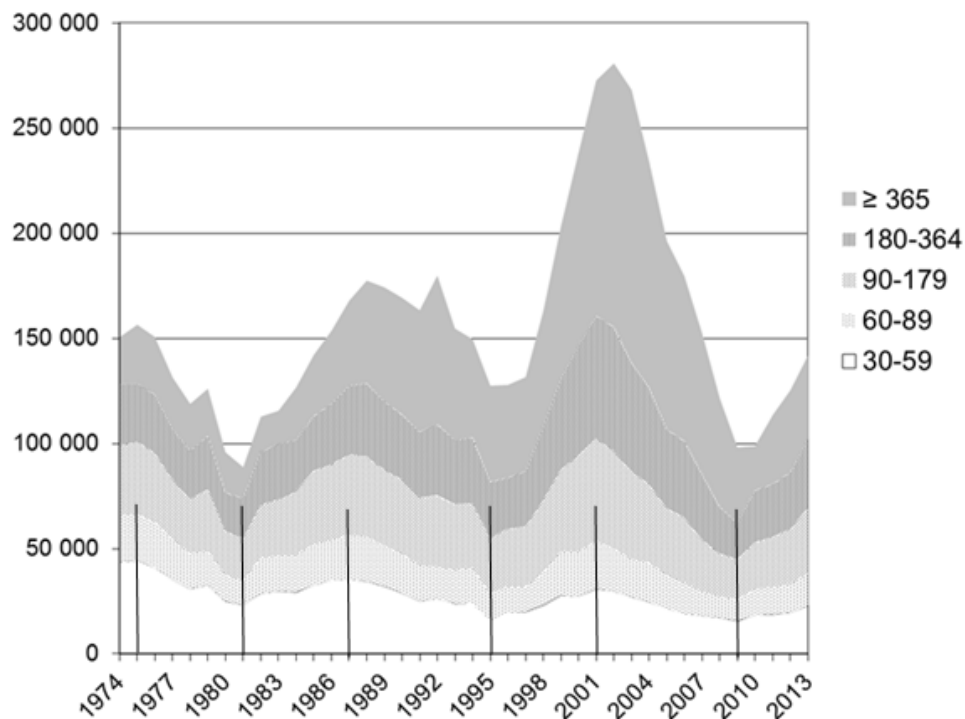
Åkerstedt, T., G. Kecklund, och J. Selen (2010). *Disturbed sleep and fatigue as predictors of return from long-term sickness absence*. Industrial Health 48(2), 209-14.

Åmark, K. (2005). *Hundra år av välfärdspolitik: Välfärdsstatens framväxt i Norge och Sverige*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Bilaga 1

Överblick över utvecklingen av sjukförsäkringen

Figur 36 Pågående sjukskrivningar fördelade på sjukskrivningslängd i december 1974–2014



Källa: Försäkringskassan

Bilaga 2

Sjukfrånvaro och folkhälsa

Tabell 8 Andelen kvinnor och män i befolkningen 16–64 år som rapporterar god eller mycket god respektive dålig eller mycket dålig hälsa samt läkarbesök för egen del de senaste 3 månaderna i SCB/ULF mellan åren 1980 och 2012⁴⁴, totalt samt uppdelat i åldersgrupper

Hälsomått	Kön	Ålder	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	00	02	04	06	08	10	12
God/mycket god hälsa																			
	man	totalt	81	83	83	83	84	82	80	83	84	82	82	82	81	– ⁴⁵	86	85	86
		16–24	93	93	93	93	93	90	89	91	92	91	90	93	90	–	94	92	91
		25–44	87	89	89	88	87	86	85	87	89	85	85	86	85	–	89	88	88
		45–64	67	69	70	70	73	73	69	74	75	75	75	73	73	–	79	79	82
	kvinna	totalt	79	81	81	80	80	79	76	79	80	79	77	77	77	–	82	81	82
		16–24	88	91	91	92	89	88	84	85	87	86	85	86	85	–	90	89	91
		25–44	86	88	87	86	85	84	80	85	85	83	83	82	81	–	87	87	85
		45–64	65	67	67	67	68	67	67	70	71	71	69	68	70	–	73	73	75
Dålig/mycket dålig hälsa																			
	man	totalt	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	5	5	–	4	4	3
		16–24	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	2	–	1	1	0
		25–44	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4	3	3	–	3	3	3
		45–64	9	8	8	8	5	6	6	6	7	5	7	8	7	–	6	6	4
	kvinna	totalt	5	4	4	4	4	4	4	4	5	6	6	6	–	5	5	5	
		16–24	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	–	2	2	2
		25–44	3	2	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	5	–	3	4	4
		45–64	8	7	8	7	6	7	6	7	7	7	9	9	8	–	8	8	6
Läkarbesök																			
	man	totalt	31	–	29	–	32	29	31	30	32	32	32	32	31	–	26	28	29
		16–24	27	–	29	–	29	28	27	28	26	31	28	29	27	–	23	25	28
		25–44	28	–	25	–	27	27	30	27	31	30	29	30	29	–	23	24	27
		45–64	36	–	34	–	39	32	34	33	36	35	37	36	35	–	30	32	32
	kvinna	totalt	38	–	37	–	39	37	38	37	40	40	40	41	39	–	34	36	36
		16–24	34	–	34	–	32	34	34	33	35	42	36	42	32	–	32	34	32
		25–44	35	–	34	–	36	34	37	36	36	38	39	38	36	–	33	34	38
		45–64	45	–	42	–	47	40	42	39	46	42	44	44	45	–	37	39	38

⁴⁴ Översta horisontella raden anger det årtal när undersökningen startade, exempelvis indikerar 80 att undersökningen genomfördes 1980–1981.

⁴⁵ Streck betyder att frågan inte finns med i den aktuella undersökningen eller att frågans formulering är ändrad och därmed inte jämförbar.

Tabell 9 Andelen kvinnor och män i befolkningen 16–64 år som rapporterar sömnbesvär, rökning samt fetma och övervikt i SCB/ULF mellan åren 1980 och 2012⁴⁶, totalt samt uppdelat i åldersgrupper

Hälsomått	Kön	Ålder	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	00	02	04	06	08	10	12
Sömnbesvär																			
	man	totalt	10	–	–	11	10	–	–	14	13	16	21	22	19	–	21	22	21
		16–24	6	–	–	6	5	–	–	10	12	16	18	18	17	–	16	19	17
		25–44	9	–	–	10	10	–	–	14	13	16	22	24	20	–	21	23	24
		45–64	14	–	–	15	12	–	–	17	14	17	21	22	19	–	22	22	21
	kvinna	totalt	15	–	–	15	16	–	–	19	19	24	28	30	28	–	30	30	32
		16–24	9	–	–	8	11	–	–	13	13	20	25	27	25	–	28	26	30
		25–44	10	–	–	12	12	–	–	16	17	20	25	27	26	–	26	28	31
		45–64	23	–	–	24	23	–	–	25	24	29	33	35	30	–	36	34	35
Rökning																			
	man	totalt	36	34	33	30	28	27	25	23	20	19	18	17	15	–	14	13	13
		16–24	26	23	22	17	17	16	14	15	14	12	13	10	9	–	12	10	13
		25–44	40	39	36	33	30	29	26	22	19	16	16	14	12	–	11	12	12
		45–64	36	34	36	35	30	30	30	28	23	24	22	23	21	–	18	16	15
	kvinna	totalt	33	32	32	31	31	29	28	27	25	23	23	21	19	–	17	16	14
		16–24	36	31	30	27	27	22	20	21	21	18	19	17	13	–	15	15	12
		25–44	38	37	37	36	35	33	31	29	26	21	21	19	18	–	14	12	11
		45–64	25	26	28	26	27	28	29	28	27	26	26	23	22	–	20	20	19
Fetma och övervikt																			
	man	totalt	36	–	–	–	40	–	–	–	51	54	57	59	61	–	51	52	53
		16–24	13	–	–	–	14	–	–	–	17	23	24	25	23	–	21	22	22
		25–44	33	–	–	–	38	–	–	–	50	53	55	60	58	–	52	55	55
		45–64	54	–	–	–	58	–	–	–	68	67	73	72	78	–	65	64	65
	kvinna	totalt	25	–	–	–	27	–	–	–	36	37	40	42	40	–	33	35	36
		16–24	7	–	–	–	7	–	–	–	14	12	15	17	15	–	12	15	10
		25–44	16	–	–	–	21	–	–	–	30	35	37	38	37	–	31	32	36
		45–64	47	–	–	–	47	–	–	–	51	51	54	54	53	–	45	49	47

Tabell 10 Alkoholkonsumtion (liter 100 % alkohol/capita) 1996–2012 enligt SoRAD

Alkoholkonsumtion	96	98	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Totalkonsumtion	8,0	8,2	8,4	9,1	9,9	10,2	10,5	10,1	9,8	9,8	9,5	9,6	9,5	9,4	9,2
Systembolaget	3,9	3,9	4,3	4,6	5,0	5,1	4,8	4,9	5,1	5,3	5,3	5,7	5,8	5,8	5,8

⁴⁶ Översta horisontella raden anger det årtal när undersökningen startade, exempelvis indikerar 80 att undersökningen genomfördes 1980–1981.

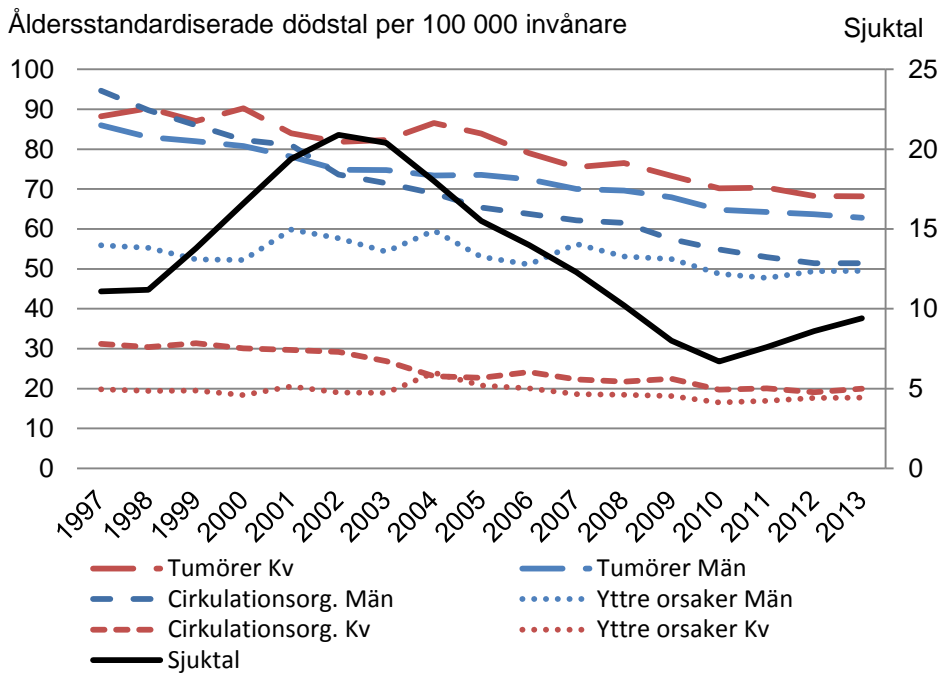
Tabell 11 Antal patienter per 100 000 invånare i befolkningen 15–64 år med graviditetsrelaterade diagnoser, skador och förgiftningar, symtom, sjukdomstecken och onormala fynd samt psykisk diagnos i Socialstyrelsens slutenvårdsregister (kapitelnivå), 1998–2012, totalt samt uppdelat i åldersgrupper

Diagnos	Kön	Ålder	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Graviditet/förlossning																	
	kvinnor	totalt	3394	3338	3401	3415	3531	3612	3660	3648	3742	3752	3791	3855	3944	3758	3919
		15–24	2691	2553	2550	2476	2494	2413	2319	2306	2318	2392	2493	2528	2559	2457	2641
		25–44	6797	6750	6936	7041	7361	7633	7828	7839	8094	8106	8166	8334	8552	8137	8427
		45–64	19	18	18	19	20	21	20	25	23	26	28	30	33	32	37
Skador/förgiftningar																	
	man	totalt	1055	1051	1036	1024	1016	1018	1023	1035	997	989	975	966	952	952	938
		15–24	1356	1376	1370	1377	1346	1350	1381	1339	1302	1328	1267	1199	1122	1104	1073
		25–44	968	970	929	909	891	886	865	879	819	812	783	775	755	766	752
		45–64	1008	988	1000	985	995	1001	1017	1050	1030	1000	1022	1039	1064	1064	1057
	kvinnor	totalt	736	733	712	729	724	724	746	765	765	738	756	760	760	750	748
		15–24	848	872	852	888	868	894	916	939	935	924	916	873	816	795	820
		25–44	604	599	578	582	570	552	565	579	578	537	563	559	558	558	556
		45–64	828	814	793	813	820	825	854	873	873	848	871	904	933	919	904
Symtom/sjukdomstecken.																	
	man	totalt	888	900	886	848	815	794	820	793	824	818	805	826	835	841	837
		15–24	494	478	479	469	451	416	434	426	440	464	453	484	486	510	528
		25–44	641	655	630	596	569	542	563	528	541	537	527	573	567	580	574
		45–64	1353	1367	1354	1294	1243	1235	1270	1244	1306	1288	1275	1266	1293	1282	1265
	kvinnor	totalt	1036	1032	1023	989	938	922	941	938	986	995	992	1008	1038	1058	1070
		15–24	973	932	910	889	824	812	765	789	822	811	833	886	868	926	963
		25–44	815	821	802	791	733	696	714	714	738	763	764	815	839	888	915
		45–64	1305	1306	1308	1242	1201	1204	1255	1235	1315	1319	1301	1263	1323	1295	1279
Psykisk diagnos																	
	man	totalt	917	926	916	884	863	863	876	861	885	893	903	912	929	927	914
		15–24	465	478	514	535	509	469	505	528	564	622	641	666	702	752	772
		25–44	818	795	770	733	681	666	670	677	690	705	717	734	758	771	779
		45–64	917	926	916	884	863	863	876	861	885	893	903	912	929	927	914
	kvinnor	totalt	647	647	640	623	596	604	595	631	625	632	641	645	672	665	669
		15–24	560	592	618	688	678	675	738	782	827	879	864	870	908	919	948
		25–44	643	631	637	618	570	567	579	598	611	628	636	648	677	683	694
		45–64	647	647	640	623	596	604	595	631	625	632	641	645	672	665	669

Tabell 12 Antal patienter per 100 000 invånare i befolkningen 15–64 år med sjukdomar i cirkulationsorganen, matsmältningsorganen, rörelseorganen samt tumörer i Socialstyrelsens slutenvårdsregister (kapitelnivå), 1998–2012, totalt samt i uppdelat i åldersgrupper

Diagnos	Kön	Ålder	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Cirkulationsorganen																	
	man	totalt	939	926	905	894	882	869	874	869	870	869	843	819	824	788	778
		15–24	117	108	107	98	93	105	108	110	125	126	126	133	125	129	129
		25–44	287	287	266	262	254	261	270	265	265	274	270	273	267	278	267
		45–64	2062	2016	1970	1940	1912	1863	1866	1862	1866	1862	1807	1742	1765	1657	1636
	kvinnor	totalt	524	520	498	486	470	466	471	459	459	455	450	424	436	415	412
		15–24	85	83	84	78	72	74	72	73	76	85	86	83	81	94	97
		25–44	203	200	190	184	174	174	179	174	179	178	178	174	182	170	172
		45–64	1078	1064	1012	985	955	943	953	928	925	916	908	849	870	822	808
Matsmältningsorganen																	
	man	totalt	798	796	783	767	733	730	732	719	712	704	699	706	723	724	732
		15–24	486	501	509	496	457	460	462	453	444	459	468	467	510	494	501
		25–44	615	616	608	598	567	553	552	537	541	529	542	554	553	575	575
		45–64	1153	1133	1100	1072	1037	1043	1048	1037	1022	1009	981	989	1011	998	1014
	kvinnor	totalt	841	841	838	814	794	776	774	769	762	747	750	765	789	794	810
		15–24	556	572	556	523	507	512	498	498	512	483	504	530	537	560	575
		25–44	710	717	718	699	681	654	651	640	632	624	629	647	674	675	698
		45–64	1117	1095	1092	1065	1041	1019	1027	1026	1013	1001	994	1003	1032	1032	1040
Rörelseorganen																	
	man	totalt	477	458	463	462	454	478	482	480	488	466	480	534	528	501	527
		15–24	213	215	226	219	209	233	230	217	230	199	208	220	221	204	221
		25–44	385	372	365	360	352	363	364	351	344	325	321	342	340	313	325
		45–64	706	668	680	682	676	712	723	741	765	749	787	896	884	850	892
	kvinnor	totalt	547	521	501	503	503	520	525	533	538	530	529	568	575	550	568
		15–24	244	240	234	230	224	218	217	229	232	220	214	214	231	234	231
		25–44	374	357	345	332	333	338	336	331	331	321	312	329	334	307	322
		45–64	876	824	785	804	804	845	860	880	893	892	906	989	991	953	982
Tumörer																	
	man	totalt	328	337	348	345	347	354	371	383	376	361	345	350	342	337	327
		15–24	76	69	75	72	70	64	72	69	72	65	60	65	64	61	62
		25–44	123	130	125	124	119	124	124	120	123	117	120	123	120	122	124
		45–64	679	690	717	708	718	732	770	806	789	763	725	734	718	703	673
	kvinnor	totalt	762	764	725	722	706	707	700	671	658	645	633	621	623	609	592
		15–24	114	98	96	89	93	91	90	86	83	78	84	80	90	78	82
		25–44	396	389	370	369	358	363	380	354	363	363	362	362	358	371	337
		45–64	1459	1470	1385	1375	1340	1339	1307	1268	1231	1208	1181	1156	1159	1115	1102

Figur 37 Åldersstandardiserade dödstal 1997–2013 enligt medelbefolkningen för år 2000 för kvinnor och män i åldern 15–64 år (vänster axel) och sjuktal (höger axel)



Källa: Socialstyrelsen, dödsfallsregistret. Försäkringskassan, officiell statistik

Bilaga 3

Tabell 13 Ålders- och könsstandardiserad sjukfrånvaro

År	Frankrike		Tyskland		Danmark		Finland		Nederländerna		Norge		Sverige		Storbritannien	
	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel	Faktisk andel	standardise rad andel
1987	2,2%	2,3%	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%			3,1%	3,3%	3,4%	3,3%	5,5%	5,1%	2,2%	2,1%
1988	2,1%	2,2%	1,7%	1,6%	1,7%	1,7%			4,0%	4,2%	3,2%	3,1%	5,2%	5,2%	2,2%	2,1%
1989	2,1%	2,1%	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%			4,2%	4,4%	3,1%	3,0%	5,6%	5,1%	2,0%	2,0%
1990	2,3%	2,4%	1,6%	1,5%	1,9%	1,9%			4,5%	4,8%	3,1%	3,0%	5,5%	5,1%	2,1%	2,1%
1991	2,5%	2,6%	1,4%	1,3%	1,9%	1,9%			4,3%	4,6%	3,1%	2,9%	4,7%	4,4%	2,3%	2,2%
1992	2,4%	2,5%	1,4%	1,4%	1,6%	1,5%			5,3%	5,5%	2,9%	2,8%	4,2%	3,8%	1,8%	1,8%
1993	2,7%	2,8%	1,4%	1,3%	2,0%	2,0%			5,2%	5,4%	2,9%	2,7%	4,1%	3,7%	1,9%	1,9%
1994	2,3%	2,3%	1,4%	1,3%	1,7%	1,7%			4,1%	4,2%	2,5%	2,3%	3,1%	2,8%	1,9%	1,9%
1995	2,5%	2,6%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	2,3%	2,3%	3,9%	4,1%	2,6%	2,5%	3,1%	3,0%	1,9%	1,9%
1996	2,4%	2,5%	1,4%	1,3%	2,0%	2,0%	2,3%	2,3%	3,5%	3,6%	3,2%	3,1%	2,5%	2,3%	1,8%	1,8%
1997	2,2%	2,2%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	2,3%	2,2%	3,8%	3,9%	3,3%	3,2%	2,5%	2,2%	1,8%	1,7%
1998	2,5%	2,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,6%	2,2%	2,2%	4,1%	4,2%	3,0%	2,9%	3,1%	2,8%	1,8%	1,8%
1999	2,5%	2,6%	1,4%	1,4%	1,2%	1,2%	2,2%	2,1%	4,4%	4,6%	3,7%	3,6%	3,7%	3,3%	2,1%	2,1%
2000	2,4%	2,4%	1,5%	1,4%	1,6%	1,6%	2,4%	2,3%	4,5%	4,6%	4,2%	4,1%	4,0%	3,6%	2,0%	1,9%
2001	2,6%	2,6%	1,3%	1,3%	1,6%	1,5%	2,2%	2,1%	4,3%	4,3%	3,9%	3,7%	4,0%	3,7%	2,2%	2,2%
2002	2,7%	2,7%	1,2%	1,2%	1,8%	1,7%	2,5%	2,4%	3,1%	3,2%	4,3%	4,2%	4,3%	3,9%	2,1%	2,1%
2003	3,1%	3,1%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	2,7%	2,6%	2,7%	2,8%	3,8%	3,7%	4,4%	4,1%	2,1%	2,1%
2004	2,9%	3,0%	1,5%	1,4%	1,4%	1,4%	2,7%	2,5%	2,4%	2,5%	3,8%	3,7%	3,9%	3,7%	2,1%	2,1%
2005	2,7%	2,7%	2,0%	2,0%	1,9%	1,9%	2,7%	2,6%	2,4%	2,4%	3,3%	3,2%	3,7%	3,5%	2,0%	2,0%
2006	2,5%	2,5%	1,5%	1,4%	2,1%	2,1%	2,7%	2,6%	2,3%	2,4%	3,7%	3,6%	3,4%	3,2%	1,9%	1,9%
2007	2,6%	2,6%	1,8%	1,8%	2,5%	2,5%	2,6%	2,5%	2,7%	2,7%	3,9%	3,8%	3,0%	2,8%	1,9%	1,9%
2008	2,6%	2,6%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,9%	2,8%	2,4%	2,4%	3,8%	3,7%	2,6%	2,4%	1,8%	1,8%
2009	2,7%	2,7%	2,3%	2,2%	2,0%	1,9%	2,7%	2,6%	2,4%	2,4%	4,1%	4,1%	2,4%	2,3%	1,7%	1,7%
2010	2,8%	2,8%	2,3%	2,2%	1,9%	1,9%	2,7%	2,6%	2,3%	2,3%	3,9%	3,8%	2,1%	2,0%	1,7%	1,7%
2011	2,8%	2,8%	2,7%	2,6%	1,7%	1,7%	2,7%	2,6%	2,3%	2,3%	3,5%	3,5%	2,1%	2,0%	1,7%	1,7%
2012	3,0%	2,9%	2,7%	2,7%	1,7%	1,6%	2,3%	2,2%	2,1%	2,1%	3,4%	3,3%	2,3%	2,2%	1,6%	1,6%
2013	2,9%	2,9%	3,1%	3,0%	1,5%	1,5%	2,7%	2,6%	2,0%	2,0%	3,6%	3,5%	2,5%	2,4%	1,6%	1,6%

Källa: Eurostat

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2014:

- 2014:1 Låg kunskap om jämställdhetsbonus. En enkätstudie 2013
- 2014:2 Mediebilderna av Försäkringskassan 2003–2012
- 2014:3 På väg in: Ungdomars liv och försörjning. Rapport från forskarseminarium i Umeå 15–16 januari 2014
- 2014:4 Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år
- 2014:5 Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende
- 2014:6 Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013
- 2014:7 Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete
- 2014:8 Upplevd kvalitet av personlig assistans. En litteraturöversikt över upplevd kvalitet i personlig assistans enligt studier över utfall under LSS reformens 20 år
- 2014:9 Det komplexa förtroendet. En forsknings- och analysöversikt om förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen under 2000-talet
- 2014:10 Hur upplevs kontakten med Försäkringskassan?
- 2014:11 Barnhushållens ekonomi – utveckling, omfördelning och valfrihet. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2014
- 2014:12 Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, år 2014
- 2014:13 Varför har medborgarna högre förtroende för Skatteverket än för Försäkringskassan och vad behöver Försäkringskassan göra för att förtroendet ska öka?
- 2014:14 Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar
- 2014:15 Nya siffror om inflödet till sjukpenning. Sjukfrånvaron under sjuklöneperioden
- 2014:16 Implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan
- 2014:17 Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid