

# Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen

Delrapport 3 – En registerstudie om skillnader i risk för längre sjukfall och sjukersättning

Vårt diarienummer: FK 2023/002328

Upplysningar: Analytiker Alma Wennemo Lanninger  
010-116 79 37  
[alma.wennemo.lanninger@forsakringskassan.se](mailto:alma.wennemo.lanninger@forsakringskassan.se)

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)



**Försäkringskassan**

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Nils Öberg i närvaro av analytiker Alma Wennemo Lanninger, den senare som föredragande.

Nils Öberg

Alma Wennemo Lanninger



# Förord

Rapporten har skrivits av Ulrik Lidwall och Alma Wennemo Lanninger. Viktiga bidrag har även lämnats av Caroline Cederström och Jonatan Nikander. Samtliga är analytiker vid Avdelningen för ledningsstöd och analys på Försäkringskassan.

Värdefulla kommentarer på rapporten har lämnats av Raisa Volotinen, verksamhetsutvecklare på Avdelningen för funktionsnedsättning och varaktigt nedsatt arbetsförmåga och Elin Sporning, verksamhetsutvecklare på Avdelningen för sjukförsäkring på Försäkringskassan. Tack till Malin Junestav och Jon Dutrieux, analytiker vid Avdelningen för ledningsstöd och analys på Försäkringskassan och Magnus Helgesson, forskare vid Institutionen för klinisk neurovetenskap på Karolinska Institutet.

# Innehåll

Delrapport 3 – En registerstudie om skillnader i risk för längre sjukfall och sjukersättning .....	1
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
Kvinnor har 60 procents högre risk för längre sjukfall.....	6
Könsskillnader i sjukersättning förklaras av kvinnors sjukhistorik.....	6
Yrke är den viktigaste faktorn för att förklara skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen .....	7
Även justerat för yrke och ålder kvarstår vissa regionala skillnader .....	7
Utrikes födda har lägre risk för längre sjukfall men högre risk för sjukersättning .....	7
<b>Inledning .....</b>	<b>8</b>
Uppdrag och syfte .....	8
Metod .....	8
Om sjukförsäkringen .....	8
Antal mottagare av sjukpenning varierar .....	9
Antal sjukfall över två år ökar .....	9
Antal personer som får sjukersättning har minskat kraftigt.....	10
Disposition.....	11
<b>Data och metod .....</b>	<b>12</b>
Studiepopulationer .....	12
Studerade utfall .....	13
Förklaringsvariabler.....	14
<b>Skillnader i risk för längre sjukfall.....</b>	<b>16</b>
Kvinnor har högre risk för sjukfall särskilt i åldrar då många har små barn .....	16
Risken för sjukfall ökar med åldern .....	16
Tidigare längre sjukskrivning ökar risken för ett nytt sjukfall.....	18
Frånskilda har högre sjukfallsrisk.....	18
Personer med ett barn, alternativt fyra eller fler barn, har högre risk för sjukfall .....	18
Lägre sjukfallsrisk i storstäderna.....	19
Utrikes födda med kortare tid i Sverige har lägre risk för sjukfall än inrikes födda .....	21
Lägst sjukfrånvaro i mindre företag och högst sjukfrånvaro inom kommunal verksamhet.....	22
Högst sjukfrånvaro inom vård, omsorg och sociala tjänster .....	23
Stora socioekonomiska och yrkesmässiga skillnader i sjukfrånvaro .....	24
<b>Skillnader i risken för sjukersättning .....</b>	<b>27</b>
Tidigare sjukskrivning leder till ökad risk att få sjukersättning .....	27

Könsskillnaderna i sjukersättning ett resultat av skillnader i nyttjande av sjukpenning .....	27
Högre risk för sjukersättning med ökad ålder .....	28
Boende i södra Götaland har högst risk för sjukersättning .....	28
Utrikes födda har högre risk för sjukersättning .....	30
Personer i arbetaryrken utan krav på utbildning löper högst risk för sjukersättning .....	31
<b>Diskussion.....</b>	<b>33</b>
Om kön, ålder och privatlivsfaktorer .....	33
Om regionala skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen.....	35
Om betydelsen av yrke, bransch och etablering på arbetsmarknaden .....	36
<b>Referenser .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabellbilaga .....</b>	<b>44</b>



# Sammanfattning

Försäkringskassan har fått i uppdrag att analysera skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen mellan olika grupper. I en första kvantitativ översikt beskrev vi hur nyttjandet av sjukpenning och sjukersättning skiljer sig åt mellan kvinnor och män, olika åldersgrupper, olika socioekonomiska grupper, mellan inrikes och utrikes födda och mellan invånare i olika regioner. I denna fördjupade kvantitativa analys har vi sökt svar på vilka faktorer som ligger till grund för skillnaderna. Detta genom att analysera olika faktorer betydelse för risken för ett längre sjukfall liksom risken för sjukersättning<sup>1</sup>, justerat för relevanta och tillgängliga faktorer.

## Kvinnor har 60 procents högre risk för längre sjukfall

Även justerat för individfaktorer så som ålder, yrke, bransch, tidigare sjukfall, civilstånd och hemmaboende barn, har kvinnor en väsentligt högre risk för längre sjukfall med sjukpenning. Kvinnor har en högre risk i alla åldrar men risken är särskilt hög i åldrarna 25 till 44 år. Att vara skild, att ha ett barn eller att ha fyra eller fler barn innebär en förhöjd risk för ett längre sjukfall. Kvinnor med småbarn har en 77 procent högre risk för sjukfall jämfört med män med barn i samma ålder, och gifta kvinnor har en överrisk jämfört med gifta män. För risken att påbörja ett längre sjukfall har privatlivsrelaterade faktorer betydelse för både kvinnor och män, men för kvinnor är effekten starkare.

## Könsskillnader i sjukersättning förklaras av kvinnors sjukhistorik

Risken för sjukersättning är starkt förknippad med tidigare sjukfrånvaro. Att fler kvinnor än män får sjukersättning förklaras framför allt av att de har fler och längre sjukfall. Justerat för tidigare och längre sjukfall finns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och mäns risk för sjukersättning. Men kvinnor och mäns olika sjukhistorik avspeglas i sjukersättningen. Av analysens studiepopulation som år 2007 var 40–49 år gamla hade 3,2 procent av kvinnorna och 2,3 procent av männen fått sjukersättning under en femtonårig uppföljningsperiod.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> I rapporten undersöks en statistisk risk för ett visst utfall och ordet risk ska inte läsas som att utfallet i sig, att ha fått sjukpenning eller sjukersättning, är någonting negativt.

<sup>2</sup> Dessa har samtliga beviljats sjukersättning enligt det striktare regelverk som infördes 2008, Prop. 2007/08:136.



## Yrke är den viktigaste faktorn för att förklara skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen

De socioekonomiska skillnaderna i nyttjandet av sjukförsäkringen är välkända. Individer med låg socioekonomisk status har sämre hälsa och jobbar i högre grad i arbeten som är svårare att anpassa efter en nedsatt arbetsförmåga.<sup>3</sup> En persons yrkestillhörighet har därför störst betydelse för risken att starta ett längre sjukfall. Generellt är risken lägre inom tjänstemannayrken och högre inom arbetaryrken och yrken med sämre fysisk, social och organisatorisk arbetsmiljö. I risken för att få sjukersättning är det yrkesgruppen ”yrken utan krav på särskild yrkesutbildning” som sticker ut med en högre risk för sjukersättning, jämfört med ett ovägt genomsnitt över alla yrkesgrupper.

## Även justerat för yrke och ålder kvarstår vissa regionala skillnader

Att kontrollera för individfaktorer som yrke, ålder och födelseregion har inte inneburit att de regionala skillnaderna i risk för att längre sjukfall och sjukersättning helt försvunnit. I Jämtlands län, Dalarnas län och Västmanlands län är risken för längre sjukfall med sjukpenning något högre, medan risken för sjukersättning är högre i länen i södra Götaland. Generellt är skillnaderna i risk mellan länen större än skillnaderna mellan olika kommuntyper, där kommuner delats upp efter tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. Det tyder på att det är andra regionala strukturer än just de tre aspekterna som påverkar risken för sjukfrånvaro.

## Utrikes födda har lägre risk för längre sjukfall men högre risk för sjukersättning

Utrikes födda med kort vistelsetid i Sverige har en lägre risk för längre sjukfall med sjukpenning jämfört med inrikes födda, även efter att hänsyn tagits till yrke. Det är först efter mer än 20 år i Sverige som utrikes födda har en högre risk. Den lägre risken brukar förklaras med att andelen som saknar sjukpenninggrundande inkomst, och därmed inte är sjukpenningförsäkrade, är högre bland utrikes än bland inrikes födda. Personer från Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet, Norden och Övriga Europa (utanför Norden och EU) har högre risk för sjukfall. Inom sjukersättningen är mönstret ett annat. Utrikes födda har en högre risk för sjukersättning och ju kortare vistelsetid desto högre risk. Jämfört med inrikes födda har personer från Övriga Europa högst risk för sjukersättning, följt av personer från Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet. Många flyktinginvandrare bär på trauman från krigszoner vilken kan försvåra etablering på arbetsmarknaden och öka risken för ohälsa.

---

<sup>3</sup> Arbetsmiljöverket (2022).



# Inledning

## Uppdrag och syfte

Försäkringskassan har fått i uppdrag av regeringen att analysera hur olika grupper nyttjar sjukförsäkringen. Uppdraget är tvåårigt och innebär fyra delrapporter. Den första rapporten var en kvantitativ översikt och den andra en forskningsöversikt. I denna tredje rapport, en kvantitativ analys, är syftet att analysera skillnaderna i risk för längre sjukfall och sjukersättning i olika sociodemografiska grupper, konstanthållet för flera faktorer.

## Metod

Analysen utgår från registerstudier där risken att få sjukpenning eller sjukersättning analyseras i olika populationer. För risken att påbörja ett sjukfall med sjukpenning längre än 14 dagar används logistisk regression där oddskvoterna (OR) räknats om till relativa risker (RR). Risken för sjukersättning har beräknats med en Cox proportional hazard regression, en så kallad överlevnadsanalys som undersöker effekten av flera faktorer på den tid det tar tills att en händelse (att ha sjukersättning) inträffar.<sup>4</sup>

## Om sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen syftar till att ge personer ekonomisk trygghet vid sjukdom. Den består i huvudsak av sjukpenning och sjukersättning, ersättningar som kan beviljas efter att en prövning av rätten till dessa gjorts. Medan sjukpenning ersätter inkomstbortfall för dem som tillfälligt inte kan arbeta ersätter sjukersättning inkomstbortfall för dem som permanent inte kan arbeta och därför helt eller delvis lämnat arbetsmarknaden. Ersättningarna kan fås som en fjärdedel, en halv, tre fjärdedels respektive en hel ersättning.

### Sjukpenning vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga

Den som arbetar och är försäkrad i Sverige och förlorar sin arbetsförmåga på grund av sjukdom kan få sjukpenning för att kompensera sitt inkomstbortfall. Under de första 14 dagarna i en sjukperiod ansvarar arbetsgivaren för att betala sjuklön till den som är anställd. Om nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår efter perioden med sjuklön kan man beviljas sjukpenning från Försäkringskassan. Ersättningens storlek baseras på personens sjukpenninggrundande inkomst.

### Sjukersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga

Sjukersättning kan beviljas till personer som är 19–65 år och har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan. Ersättningen

---

<sup>4</sup> Allison, P. D. (2010). *Survival analysis using SAS: A Practical Guide*.



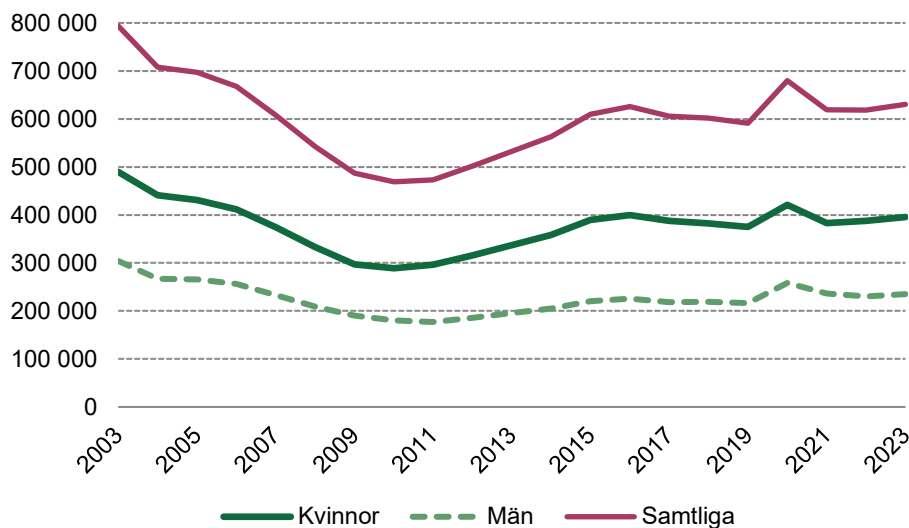


är antingen en garantiersättning eller en inkomstrelaterad ersättning som är knuten till ens arbetsinkomst.

## Antal mottagare av sjukpenning varierar

Hur många som får sjukpenning varje år beror på såväl regelverk och direktiv som situationen på arbetsmarknaden och yttre omständigheter, så som exempelvis covid-19 pandemin. Efter regeringens halveringsmål av sjukfrånvaron 2003 inleddes en nedgång i antal mottagare. Införandet av rehabiliteringskedjan och en bortre tidsgräns 2008 ledde till att antal mottagare under 2010 var den lägsta på många år. Därefter ökade antal mottagare till 2016, vilket till stor del förklarades med att personer som uppnått maxtid återvände i ett nytt sjukfall. Regeringens mål om att minska sjukpenningtalet till 9,0 dagar från 2015 ledde till en mer restriktiv tillämpning som påverkade att antal mottagare återigen minskade till 2019. Ökningen under pandemiåret 2020 förklaras framför allt av en ökning i sjukfall kortare än 22 dagar. Under de senaste tre åren har mellan 620 000 och 630 000 personer haft sjukpenning varje år, se Figur 1. Mellan 61 och 64 procent av mottagarna de senaste tjugo åren har varit kvinnor. I antal pågående sjukfall är könsskillnaderna ännu lite större, eftersom kvinnor generellt har längre sjukfall än män.

Figur 1 Antal mottagare av sjukpenning per år



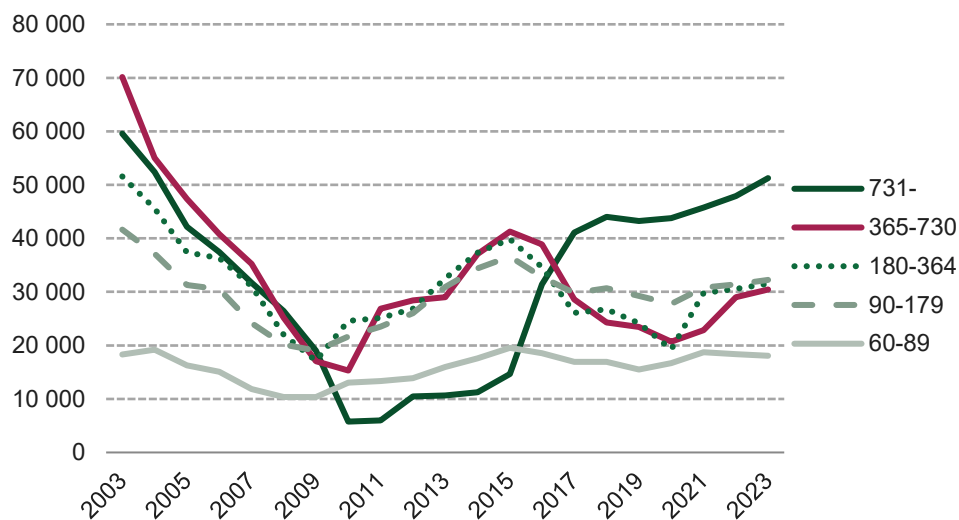
Källa: Försäkringskassans datalager SToRE.

## Antal sjukfall över två år ökar

Efter en nedgång i antalet pågående sjukfall mellan 180 och 730 dagar till och med 2020 ökade dessa långa sjukfall igen. Detta då det infördes ökade möjligheter att kvarstå med sjukpenning i regelverket under 2021 och 2022. När den bortre tidsgränsen vid dag 915 som infördes 2008 togs bort 2016 ökade antalet sjukfall längre än två år, se Figur 2. Tvåårsfallen ökade från

14 700 i december 2015 till 44 000 i december 2018. Det finns en risk att många personer med så långa sjukfall aldrig kommer att återfå sin arbetsförmåga. Möjligheten för dessa att i stället beviljas sjukersättning var liten. Hösten 2022 infördes därför särskilda regler för äldre personer som har uppnått den ålder då det återstår som mest fem år till den tidpunkt då sjukersättning som längst kan lämnas, vilket ökade äldres möjligheter till sjukersättning.<sup>5</sup> Tvåårsfallen, liksom sjukfallen mellan 180-364 och 365-730 dagar, har dock fortsatt att öka i antal.

**Figur 2** Antal pågående sjukfall i december efter sjukfallslängd i dagar



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE.

## Antal personer som får sjukersättning har minskat kraftigt

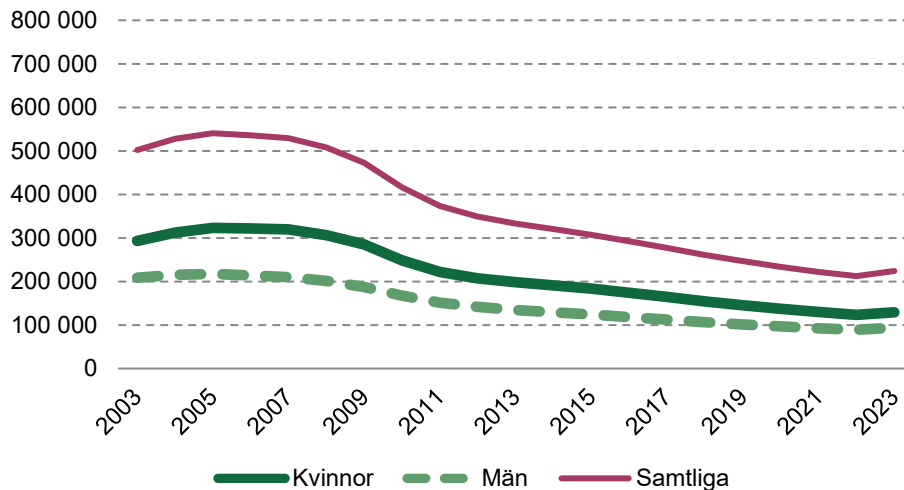
År 2003 ersattes sjukbidrag och förtidspension av aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning. Mellan åren 2003 och 2008 var det över 500 000 mottagare av sjukersättning varje månad, se Figur 3. I mitten av 2008 avskaffades den tidsbegränsade ersättningen och kriterierna för att beviljas stadigvarande sjukersättning skärptes.<sup>6</sup> Följaktligen minskade antalet personer som nybeviljades sjukersättning, se Figur 4. Fler har lämnat ersättningen på grund av att de uppnått pensionsålder än vad som nybeviljats vilket har inneburit att antal personer som får sjukersättning har minskat. Under 2022 infördes särskilda regler för äldre vid bedömning av arbetsförmågan och något fler personer nybeviljades sjukersättning. Uppgången förklaras även av att pensionsåldern höjdes till 66 år under 2023

<sup>5</sup> Se Försäkringskassan (2023d), Prop. 2021/22:220.

<sup>6</sup> Enligt regelverket kunde sjukersättning bara beviljas ifall personens arbetsförmåga var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. En stadigvarande nedsättning definierades som att nedsättningen skulle bestå för all överskådlig framtid, Prop. 2007/08:136, s. 88.

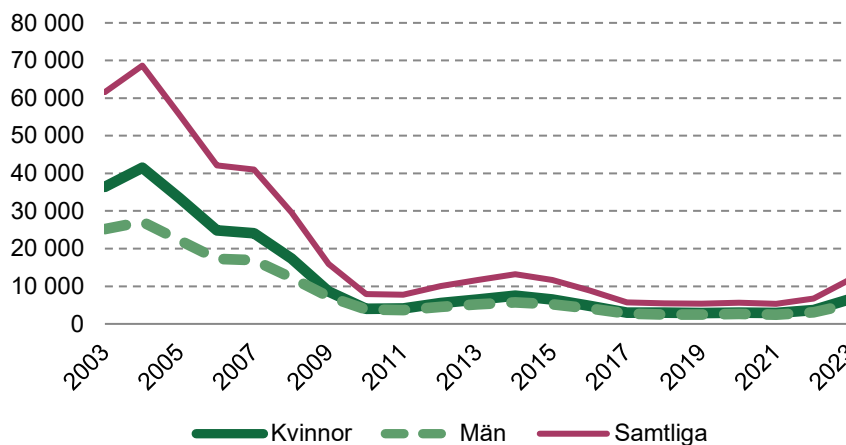
varpå 65-åringar både kunde nybeviljas och fortsätta att få sjukersättning. Knappt 224 000 personer hade sjukersättning i december 2023. Mellan 58 och 60 procent av mottagarna de senaste tjugo åren har varit kvinnor.

**Figur 3** Antal mottagare av sjukersättning i december



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE.

**Figur 4** Nybeviljad sjukersättning för personer 30 år eller äldre per år



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE.

## Disposition

I nästa kapitel presenterar vi våra två studiepopulationer. Vi beskriver också de studerade utfallen, att påbörja ett sjukfall med sjukpenning som pågår länge än 14 dagar eller att ha fått sjukersättning, samt de förklaringsvariabler som används i de två analyserna. Därefter följer två separata resultatkapitel, ett för analysen om risken att påbörja ett sjukfall i olika grupper och ett om risken för sjukersättning i olika grupper. I det avslutande kapitlet diskuterar vi slutsatser som kan dras av de två analyserna.



## Data och metod

Risken att påbörja en sjukskrivning med sjukpenning och risken att få sjukersättning från Försäkringskassan har analyserats separat. För risken att påbörja en sjukskrivning används Försäkringskassans databas MiDAS (MikroData för Analys av Socialförsäkringen). För sjukersättning används SCB:s databas LISA (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier).

Båda analyserna har en longitudinell design, där de olika förklaringsfaktorerna har mätts innan en person eventuellt fått sjukpenning eller sjukersättning. Det stärker möjligheten att dra slutsatser om olika faktorer betydelse för risken att starta ett längre sjukfall eller för risken att få sjukersättning, konstanthållet för andra faktorer.

## Studiepopulationer

Risken att påbörja ett sjukfall med sjukpenning som pågår längre än 14 dagar studeras i en population av sysselsatta i åldern 16–69 år definierad per den 31 december 2021. Som sysselsatta definieras dem som i sysselsättningsregistret definieras som förvärvsarbetande, sammanlagt 5 012 294 individer av totalt 7 639 106 individer i åldrarna 16–69 år. Från populationen exkluderas individer som inte bedöms vara under risk för sjukskrivning under uppföljningsperioden såsom individer med aktivitetsersättning eller sjukersättning, utlandsboende samt individer som emigrerat eller avlidit under uppföljningsperioden 2022–2023. Sammanlagt exkluderades 93 165 individer av ursprungspopulationen av nämnda skäl. Den slutliga studiepopulationen består därmed av 4 919 129 individer.

Risken för sjukersättning studeras istället över en längre tidsperiod i en population i åldern 40–49 år per den 31 december 2007. Det året var det 1 260 315 personer i den åldersgruppen i Sverige.<sup>7</sup> Dessa följs årligen till och med år 2022, då de har hunnit bli 54–64 år. Det är i dessa åldrar som andelen i befolkningen med sjukersättning är som högst. Designen gör det möjligt att kontrollera för det yrke som personerna i studiepopulationen hade i en yngre men etablerad ålder, samt hur det påverkar risken att senare få sjukersättning. Från populationen exkluderas individer som utvandrat och som vid mättillfällets början redan hade sjukersättning. Studiepopulationen utgörs därmed av en grupp som ifall de fått sjukersättning, har fått det enligt det striktare regelverket för sjukersättning som infördes från och med den 1 juli 2008.<sup>8</sup> För att inte få med några som fått sjukersättning enligt det tidigare regelverket exkluderas de som fick sjukersättning någon gång under 2008, totalt 6 559 personer. Den slutliga studiepopulationen består av 1 084 268 individer.

---

<sup>7</sup> [Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2023. PxWeb \(scb.se\).](#)

<sup>8</sup> Prop. 2007/08:136, s. 88.



## Studerade utfall

Till populationen sysselsatta i åldern 16–69 år 2021 knyts varje individs första påbörjade sjukfall längre än 14 dagar under åren 2022 och 2023. Sammanlagt ingick 689 576 sjukfall startade under 2022 och 2023 i analysen, vilket innebär att 14 procent av personerna i studiepopulationen hade ett sjukfall med sjukpenning. I studiepopulationen analyseras risken för sjukfall, oavsett omfattning, under 2022–2023, med logistisk regression där oddskvoterna (OR) räknats om till relativa risker (RR).<sup>9</sup>

Till population som år 2007 var 40–49 år knyts information om sjukersättning under åren 2009 och 2022. Sammanlagt var det 29 644 personer som fick sjukersättning, totalt 2,7 procent av personerna i studiepopulationen. Risken för sjukersättning, oavsett omfattning, har beräknats med en Cox proportional hazard regression. Från den erhålls en hasardkvot (HR) som anger risken för sjukersättning samt hur snabbt det sker, med kontroll för olika bakgrundsfaktorer.<sup>10</sup> En hasardkvot som överstiger 1,0 med ett undre konfidensintervall som inte innefattar 1,0 tolkas som en överrisk för sjukersättning. Ett värde som understiger 1,0, med ett övre konfidensintervall som inte innefattar 1,0, tolkas som en underrisk.

En relativ risk eller en hasardkvot på 1,25 innebär en 25 procents högre risk för ett sjukfall med sjukpenning eller för att få sjukersättning. På motsvarande sätt innebär 0,75 en 25 procents lägre risk jämfört med referensgruppen. Värt att nämna är att de relativa riskerna används för att påvisa skillnader mellan grupper. Även då den relativa risken är betydligt större i en grupp kan den totala risken i gruppen ändå vara låg. Den stora skillnaden mellan relativa risker (RR) och en hasardkvot (HR) är att den senare tar hänsyn till den tid det tar fram till dess att en händelse inträffar. Ifall händelsen att få sjukersättning inträffar snabbare i vissa grupper innebär det att hasardkvoten blir högre.

---

<sup>9</sup> Enligt formeln  $RR=OR/((1-P_0)+(P_0*OR))$  där  $P_0$  är incidensen i referensgruppen (Zhang J och Yu, KF. (1998)

<sup>10</sup> Allgulander och Fisher (1986).



## Förklaringsvariabler

Förutom de studerade utfallen inkluderas flertalet förklaringsvariabler i analyserna. I både analysen av risken för sjukpenning och risken för sjukersättning kontrolleras i regressionsmodellerna för tidigare sjukfall. Det är sedan tidigare känt som en stark förklaringsfaktor för senare längre sjukfall samt för risken att få sjukersättning. I analysen av sjukersättning kontrolleras också för variabeln längre sjukfall (tidsvarierande kovariat), en dikotom variabel med värdet ett för dem som haft mer än sextio sjukpenningdagar året innan.<sup>11</sup> Den tidsvarierande kovariaten kan ändra värde under uppföljningsperioden som i sjukersättningsanalysen är femton år, och fångar upp effekten av att ha haft mer än 60 sjukpenningdagar året innan personen fått sjukersättning.

I båda analyserna används ett antal variabler på individnivå som bedömts relevanta.<sup>12</sup> Dessa är kön, ålder, födelseregion (enligt indelningen MIS-MENA<sup>13</sup>), vistelsetid i Sverige sedan senaste invandring<sup>14</sup>, boendelän och kommuntyp.<sup>15</sup>

Yrkesområde och yrke används som förklaringsvariabler i analysen av risken för längre sjukfall med sjukpenning och i analysen av risken för sjukersättning. I sjukersättningsanalysen är yrket definierat utifrån klassifikationen SSYK1996<sup>16</sup>, medan det i sjukpenninganalysen är definierat utifrån SSYK2012<sup>17</sup>. Klassifikationerna är jämförbara och att olika klassifikationer används beror på att analyserna baseras på data från olika år. Yrkesuppgiften hämtas innan en person eventuell fått sjukpenning eller sjukersättning. I sjukersättningsanalysen används yrkesuppgifter för år 2007, då studiepopulationen var i åldrarna 40-49 år. I sjukpenninganalysen används yrkesuppgifter för år 2021. I den senare delas kategori 5 – ”Service, omsorgs- och försäljningsyrken” in i två kategorier för att särskilja omsorgsyrken. Yrke redovisas även på treställig detaljeringsnivå, se Tabell 2 och Tabell 5.

---

<sup>11</sup> Allison, P. D. (2010).

<sup>12</sup> Försäkringskassan (2023a).

<sup>13</sup> Riksförsäkringsverket (2005).

<sup>14</sup> Försäkringskassan (2013).

<sup>15</sup> Enligt SKR:s kommungruppsindelning, SKR (2023).

<sup>16</sup> [Standard för svensk yrkesklassificering \(SSYK\) \(scb.se\)](https://scb.se/standard-for-svensk-yrkesklassificering-ssyk).

<sup>17</sup> SCB (2012).



I analysen av risk för ett längre sjukfall med sjukpenning används även bransch, sektor och företagsstorlek som härrör från SCB:s sysselsättningsregister och avser november 2021<sup>18</sup>. Bransch analyseras på en övergripande nivå med 10 kategorier, enligt klassifikationen SNI2007.<sup>19</sup> Anställningssektor analyseras i kategorierna, privat, statlig, primärkommunal och region där privata arbetsgivare även delas in efter företagsstorlek.<sup>20</sup>

Utöver ovan ingår i sjukpenninganalysen även förklaringsvariabler som tidigare visat sig ha betydelse för längre sjukfrånvaro.<sup>21</sup> Dessa är civilstånd, antal barn i familjen och deras ålder. Tidigare analys har visat att privatlivsrelaterade faktorer har betydelse för både kvinnors och mäns sjukfrånvaro, med en tendens till starkare betydelse för kvinnor. Det gäller antal barn i familjen, barn i åldern 3-8 år och att vara frånskild.<sup>22</sup> Dessutom ser åldersmönstret något annorlunda ut för kvinnor. I analysen prövas om det finns en interaktionseffekt mellan kön och nämnda faktorer (ålder, antal barn, barnens ålder och civilstånd)<sup>23</sup>, se Tabell 3.

I både sjukpenning och sjukersättningsanalysen skattas separata modeller. Eftersom vissa förklaringsvariabler mäter liknande förhållanden (yrkesområde/yrke, län/kommuntyp och födelseregion/vistelseid i Sverige) inkluderas dessa inte samtidigt. Yrkesområde, län och födelseregion inkluderas i de första modellerna och yrke, kommuntyp och tid i Sverige i de andra. Övriga förklaringsvariabler så som exempelvis kön och ålder ingår i båda modellerna, men resultatet presenteras enbart i de första modellerna, se Tabell 1 och Tabell 4 i tabellbilagan.

---

<sup>18</sup> Individer som saknar uppgifter om yrke, bransch eller sektor och företagsstorlek ingår i regressionsanalysen och utgör egna kategorier men för dessa redovisas inga skattningar eftersom de saknar en meningsfull tolkning.

<sup>19</sup> [SNI 2007 Standard för svensk näringsgrensindelning 2007 \(scb.se\)](https://www.scb.se/standarder/sni-2007-standard-for-svensk-naringsgrensindelning-2007)

<sup>20</sup> Alla offentliga arbetsgivare kan kategoriseras som stora arbetsgivare och delas därför inte in efter storleken på antalet anställda. Se Korta analyser 2018:1, *Sjukfrånvaro, sektor och företagsstorlek. Försäkringskassan 2018*.

<sup>21</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>22</sup> Försäkringskassan (2013).

<sup>23</sup> Rothman KJ, Greenland S and Lash TL. *Modern epidemiology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.



## Skillnader i risk för längre sjukfall

I detta resultatkapitel redovisas analysen av risken för ett sjukfall med sjukpenning och hur den skiljer sig mellan olika sociodemografiska grupper. Alla resultat som redovisas i kapitlet är justerade för de förklaringsvariabler som redovisas i metodkapitlet. Resultat som inte signifikant skiljer sig från referensvärdet på 95-procentnivån presenteras inom parentes i figurena. När begreppet sjukfrånvaro används åsyftas den sjukfrånvaro som överskridit 14 dagar på grund av en tillfälligt nedsatt arbetsförmåga.

### Kvinnor har högre risk för sjukfall särskilt i åldrar då många har små barn

Under år 2022 och 2023 hade 18 procent av kvinnorna och 10 procent av männen i studiepopulationen ett sjukfall över 14 dagar med sjukpenning. Den relativa risken var 60 procent högre för kvinnor jämfört med män, konstanthållet för andra faktorer, se Figur 5. Kvinnors högre risk är känd sedan tidigare och förstärks ytterligare för psykiatriska diagnoser och stressrelaterad psykisk ohälsa som utmattningssyndrom.<sup>24</sup>

### Risken för sjukfall ökar med åldern

Med stigande ålder ökar risken för sjukfall upp till 30-årsåldern. För män är ökningen inte lika stark under yngre år utan stiger stegvis med ökad ålder. För kvinnor sker däremot en skarp stegring av risken för sjukfall redan i unga år vilket främst beror på sjukfall i samband med graviditet.<sup>25</sup> Gemensamt för båda könen är att risken för sjukfall är som högst i slutet av femtioårsåldern för att därefter minska. I åldrarna över 65 år har många lämnat arbetslivet och de som fortfarande förvärvsarbetar är mer sällan sjukskrivna, se Figur 5.

---

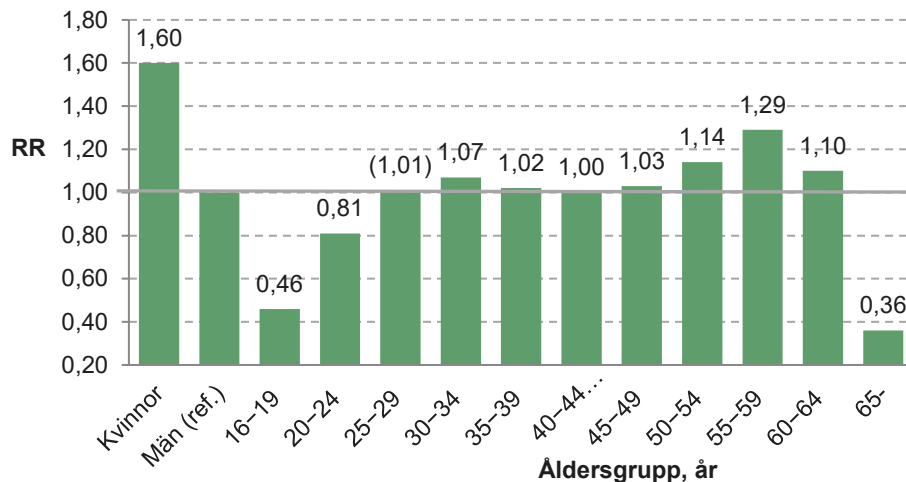
<sup>24</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>25</sup> Försäkringskassan (2014b) och (2020).





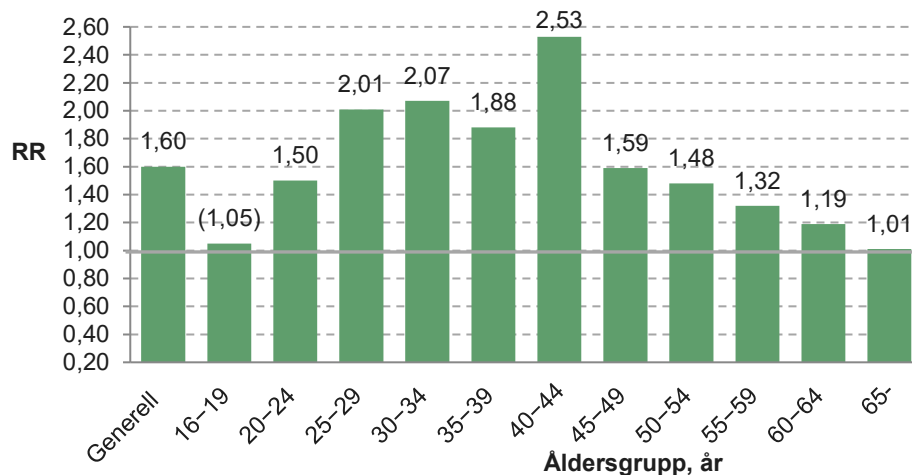
Figur 5 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter kön och ålder



Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Interaktionsanalys visar vidare att kvinnor har väsentligt högre risk för sjukskrivning i alla åldersgrupper utom bland de yngsta och bland de äldsta. Jämfört med män har kvinnor en betydligt högre risk, en överrisk, för ett längre sjukfall med sjukpenning. Störst är könsskillnaderna i åldrarna 25 till 44 år då den är fördubblad för kvinnor. Allra störst är könsskillnaden i åldersgruppen 40–44 år då kvinnor har en 2,5 gånger högre risk än män i motsvarande ålder, se Figur 6. Dessa skillnader i åldersmönster mellan könen är delvis kända.<sup>26</sup> Den stora skillnaden i åldern 40–44 år har däremot inte påvisats tidigare. Möjligtvis är den större förekomsten av stressrelaterad psykisk ohälsa bland kvinnor en viktig del av förklaringen.<sup>27</sup>

Figur 6 Kvinnors överrisk för sjukskrivning i olika åldersgrupper



Justerat för övriga variabler i modellen. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

<sup>26</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>27</sup> Försäkringskassan (2023b).



## Tidigare längre sjukskrivning ökar risken för ett nytt sjukfall

Individer som haft ett sjukfall längre än 14 dagar under tvåårsperioden innan uppföljningsperioden 2022/2023 har 143 procents större risk att påbörja ett nytt långt sjukfall över 14 dagar jämfört med de som inte haft ett längre sjukfall. Tidigare längre sjukfall är en mycket stark riskfaktor för återkommande längre sjukfall.

## Frånskilda har högre sjukfallsrisk

Civilståndet i sig är inte en riskfaktor för längre sjukfall men kan ses som en indikator på socialt stöd i nära relationer eller påfrestande livshändelser. Det finns ett samband mellan civilstånd och risken att påbörja sjukfall, där frånskilda har 19 procents högre sjukfallsrisk än gifta. Utöver att ha genomgått en separation har många frånskilda även försörjningsansvar för barn, vilket kan innebära ökad ekonomisk stress och utsatthet för ensamstående.<sup>28</sup> Interaktionsanalys mellan kön och civilstånd visar att gifta kvinnor har en förhöjd risk för längre sjukfall jämfört med gifta män, se Tabell 3.

## Personer med ett barn, alternativt fyra eller fler barn, har högre risk för sjukfall

Personer med 2–3 barn i familjen har något lägre sjukfallsrisk än de som inte har barn, se Figur 7.<sup>29</sup> För dem som har ett barn är risken 6 procent högre och för dem med fyra eller fler barn är risken 9 procent högre jämfört med dem som inte har barn. Interaktionsanalys, se Tabell 3, visar att det är kvinnor med ett barn som har en förhöjd risk för sjukfall vilket delvis kan förklaras av komplikationer i samband med första graviditet.<sup>30</sup> Förklaringen stärks av det faktum att kvinnor med barn i åldern 0–2 år har 77 procent högre risk för sjukfall jämfört med män med barn i samma ålder, se Tabell 3. Annars är risken för sjukfall generellt lägre för de som har barn i åldern 0–2 år, då många föräldrar tar ut större delen av sin föräldrapenning, se Figur 7.<sup>31</sup>

Fler barn innebär ett större försörjningsansvar och mer obetalt arbete, vilket i kombination med förvärvsarbete innebär större dubbel arbetsbörda. Även om många kvinnor tar ett större ansvar för barn och familj har också män med stor familj en tydlig överrisk för sjukfall, vilket också framkommit i tidigare studier. Den dubbla arbetsbelastningen kan också öka när barn blir äldre och kommer i förskole- och lågstadieåldrarna då båda föräldrarna ofta har börjat jobba igen efter föräldraledighet. Samtidigt har barnen i åldern 3–8 år fortfarande ett

---

<sup>28</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>29</sup> Försäkringskassan (2020).

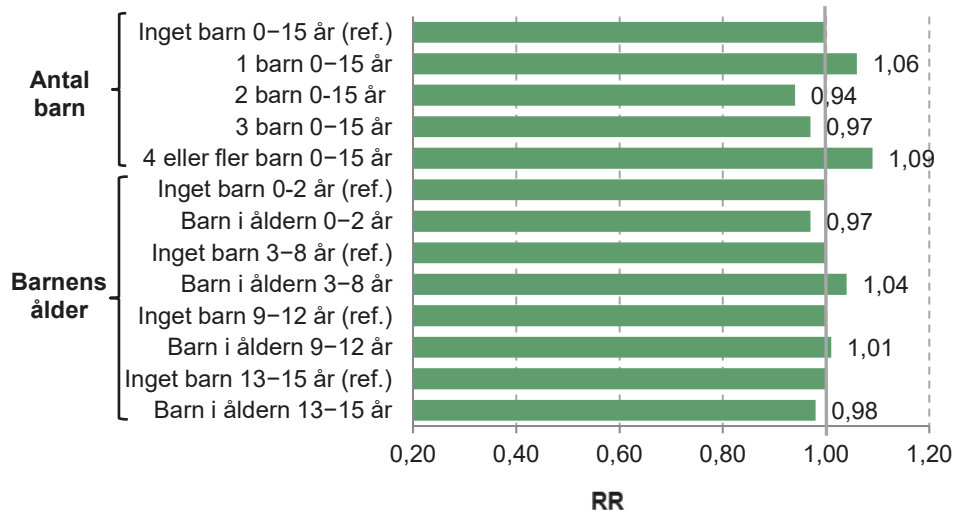
<sup>30</sup> Försäkringskassan (2014b).

<sup>31</sup> Försäkringskassan (2014b).



relativt stort omsorgsbehov, och risken för sjukfall är något förhöjd för dem med barn i dessa åldrar, se Figur 7.<sup>32</sup>

**Figur 7** Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter antal barn och barnens ålder



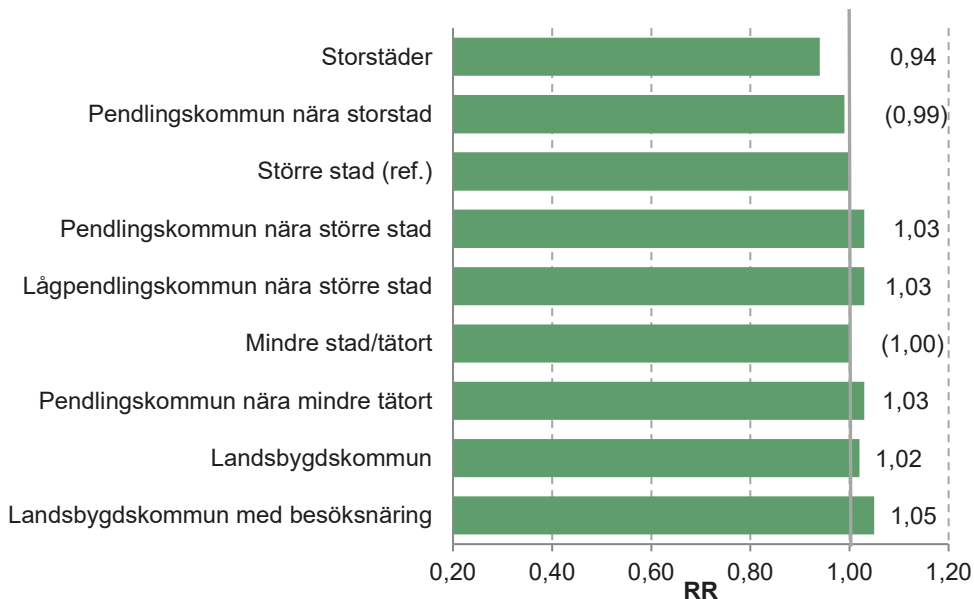
Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan.

## Lägre sjukfallsrisk i storstäderna

Risken för sjukfall är 6 procent lägre i storstäderna (Stockholm, Göteborg, Malmö) jämfört med i större städer (exempelvis Uppsala, Linköping, Örebro) medan pendlingskommuner i dessas omgivning, pendlingskommuner nära mindre tätorter samt landsbygdskommuner har några procent högre sjukfallsrisk jämfört med Större städer, se Figur 8.

<sup>32</sup> Gäller i synnerhet för utmatningssyndrom, se Försäkringskassan (2020).

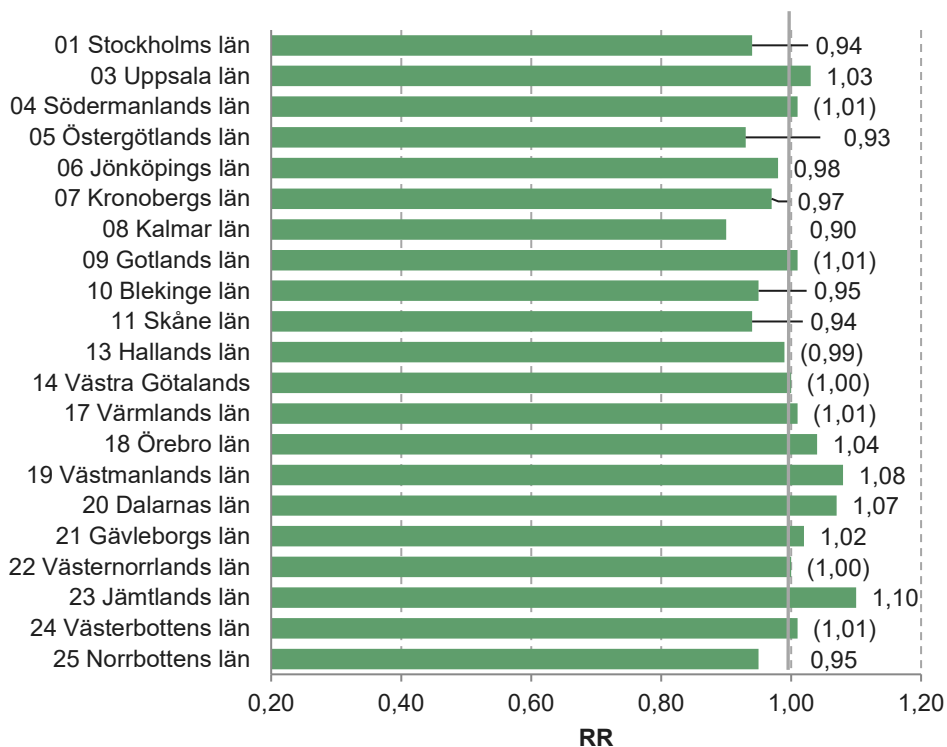
**Figur 8 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter kommuntyp**



Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Sett i olika län är sjukfallsrisken lägre i Stockholm, Norrbotten samt södra och östra Götaland. Högst är sjukfallsrisken i Jämtland, Västmanland och Dalarna.

**Figur 9 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar per län**

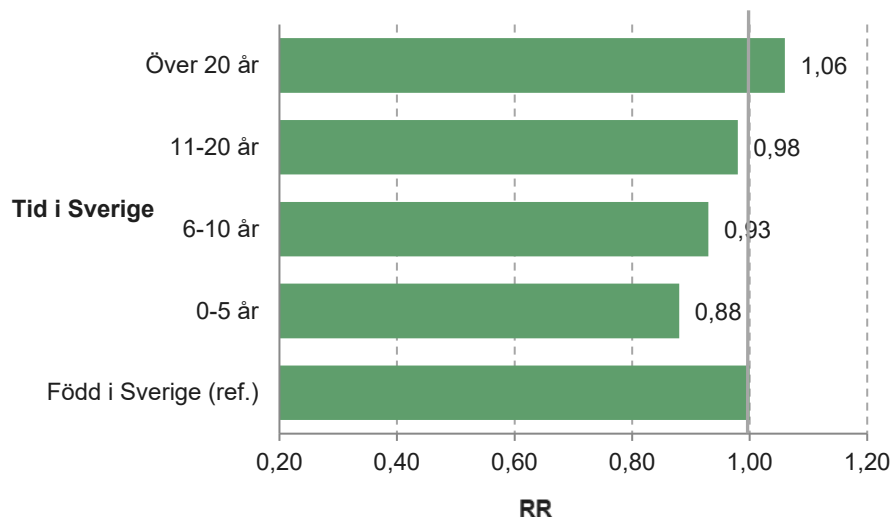


Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla län = 1,00. Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

## Utrikes födda med kortare tid i Sverige har lägre risk för sjukfall än inrikes födda

Det är först efter mer än två decennier som utrikes födda har en högre sjukfallsrisk än inrikes födda, se Figur 10. I studiepopulationen ingår enbart sysselsatta personer, men det ska inte likställas med att alla dessa personer har en sjukpenninggrundande inkomst och därmed en möjlighet att få sjukpenning. En svagare ställning på arbetsmarknaden kan minska benägenheten att sjukskriva sig. Lägre inkomst och små ekonomiska marginaler kan också göra att sjuknärvaro, det vill säga att arbeta trots att man är sjuk, är vanligare bland utrikes födda med kortare tid i Sverige.<sup>33</sup> Utrikes födda arbetar oftare inom branscher och yrken med sämre arbetsförhållanden vilket med tiden ger större ohälsa och sjukfrånvaro.<sup>34</sup>

**Figur 10** Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter vistelsetid i Sverige



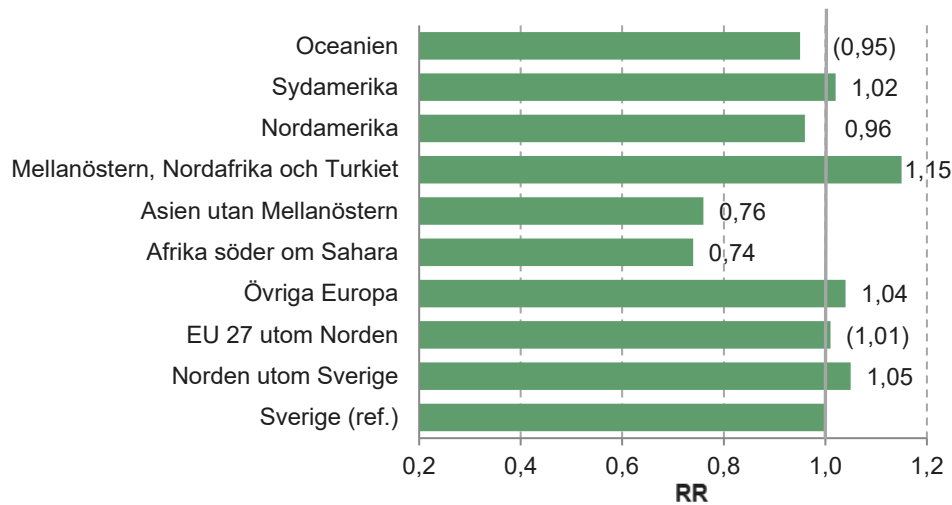
Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Sett till ursprung i olika delar av världen är risken för sjukfall något högre (4–5 procent) för personer från europeiska länder utanför EU och övriga Norden, se Figur 11. Utrikes födda personer från regionen Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet har 15 procents högre risk för sjukfall jämfört med inrikes födda, vilket till del kan bero på sämre hälsa i utgångsläget till följd av flykt från krigszoner.<sup>35</sup> Lägst sjukfallsrisk har personer från Afrika söder om Sahara och Asien utan Mellanöstern vars sjukfallsrisk är omkring 25 procent lägre än för inrikes födda.

<sup>33</sup> Försäkringskassan (2021).

<sup>34</sup> Försäkringskassan (2017a).

<sup>35</sup> Försäkringskassan (2017a).

**Figur 11** Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter födelseregion

Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

## Lägst sjukfrånvaro i mindre företag och högst sjukfrånvaro inom kommunal verksamhet

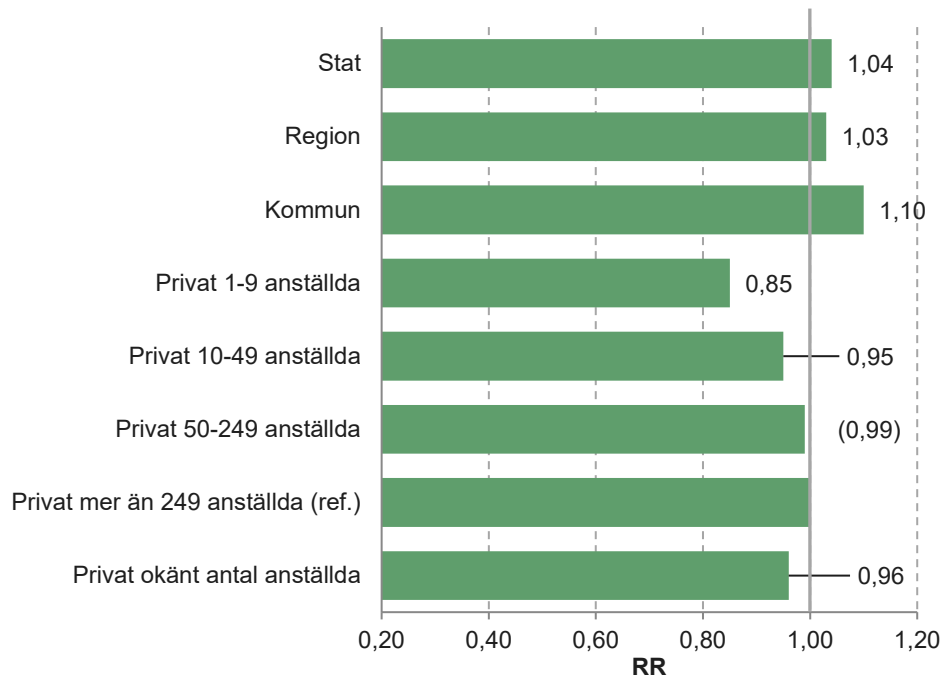
Det är sedan tidigare känt att större företag har högre sjukfrånvaro än mindre företag. En sociologisk förklaring är att på större företag är arbetsrelationerna mer opersonliga, vilket försvagar de anställdas arbetstillfredsställelse och arbetsmotivation. En ekonomisk förklaring är att större företag genom sin storlek har råd att försäkra sig mot produktionsbortfallet som uppstår vid sjukfrånvaro genom att ha fler anställda, vilket gör det större företaget mindre känsligt för sjukfrånvaro.<sup>36</sup> I sammanhanget är det dock viktigt att notera att dödsolyckor på svenska arbetsplatser i huvudsak sker på företag med mindre än 100 anställda.<sup>37</sup>

Offentliga arbetsgivare har också högre sjukfrånvaro än privata arbetsgivare, se Figur 12, vilket till stor del beror på skillnader i uppdrag, verksamhet och personalsammansättning. Välfärdsverksamheter som drivs i privat eller offentlig regi är sällan direkt jämförbara då de ofta har olika karaktär och inriktning.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Försäkringskassan (2018b).

<sup>37</sup> Järholm (2023).

<sup>38</sup> Försäkringskassan (2018c).

**Figur 12** Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter sektor och företagsstorlek

Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

## Högst sjukfrånvaro inom vård, omsorg och sociala tjänster

Också bransch har betydelse för skillnader i sjukfrånvaro när hänsyn tas till yrkestillhörighet, även om det förra är underordnat det senare.<sup>39</sup> Kombinerad risken inom specifika yrken med risken i specifika branscher kan det innebära avsevärda riskskillnader i sjukfallsrisk mellan olika grupper på arbetsmarknaden.<sup>40</sup> Här redovisas bransch på en relativt övergripande nivå.

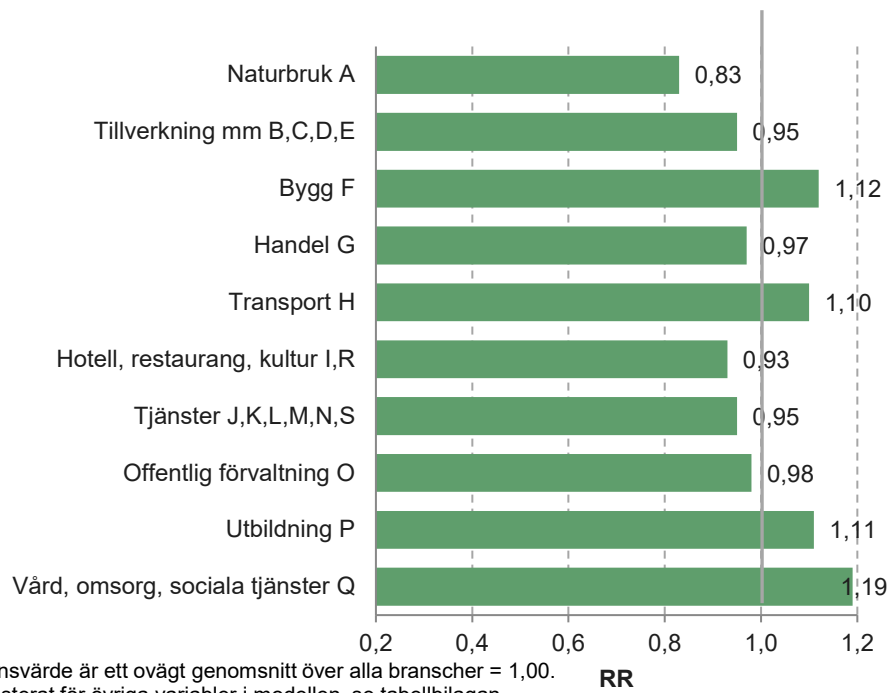
Sjukfrånvaron är högst inom vård, omsorg och sociala tjänster; byggbranschen; utbildningssektorn samt inom transportbranschen med kända arbetsmiljöutmaningar.<sup>41</sup> Däremot är sjukfrånvaron lägre inom branscher med kvalificerad tjänsteproduktion som information och kommunikation; finans och försäkring samt juridik, ekonomi, vetenskap och teknik, se Figur 13. Till del kan som tidigare nämnts försäkringsmässiga förhållanden spela in som egenföretagande och anställningsform. Möjligtvis kan det till del förklara den lägre registrerade sjukfrånvaron inom branscher som naturbruk samt hotell, restaurang och kultur.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>40</sup> Försäkringskassan (2018a).

<sup>41</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>42</sup> Försäkringskassan (2018a).

**Figur 13 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter branscher SNI2007**

## Stora socioekonomiska och yrkesmässiga skillnader i sjukfrånvaro

När det gäller de uppgifter som finns tillgängliga i statistikregistren är detaljerad uppgift om yrke, tillsammans med sjukskrivningshistorik, den enskilt viktigaste variabeln för att förklara skillnader i sjukfrånvaro på svensk arbetsmarknad.<sup>43</sup> Även på en mer aggregerad nivå över yrkesområden, framträder skillnaderna i hälsa och sjukfrånvaro i olika socioekonomiska grupper tydligt, se Figur 14. Lägre är risken för sjukfall i tjänstemannayrken inom chefsyrken (1), yrken med krav på teoretisk specialistkompetens (2), yrken med krav på högskolekompetens (3) samt yrken inom administration och kundtjänst (4). Högre är risken för sjukfall i yrken med mer manuellt arbete i yrken inom service-, försäljning- och säkerhet samt i omsorgsyren (5), yrken inom naturbruk (6), yrken inom bygg och tillverkning (7), yrken inom maskinell tillverkning och transportarbete (8) samt inom yrken med lägre utbildningskrav (9). Dessa socioekonomiska skillnader är väl kända sedan tidigare.<sup>44</sup> Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan yrkesområden sammanfaller väl med kända skillnader i fysisk, social och organisatorisk arbetsmiljö på arbetsmarknaden.<sup>45</sup>

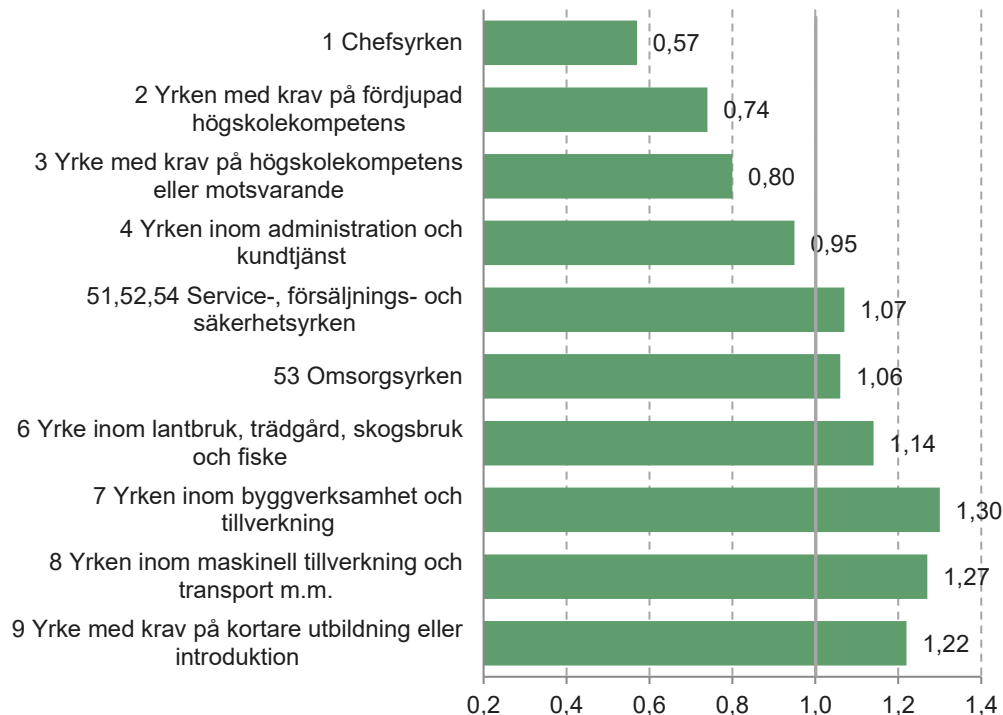
<sup>43</sup> Försäkringskassan (2014a), (2018a), (2020), Lidwall m.fl. (2018) och Lidwall (2021).

<sup>44</sup> Försäkringskassan (2018a).

<sup>45</sup> Försäkringskassan (2018a).



**Figur 14** Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter yrkesområden, SSYK2012



Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla yrkesområden = 1,00 **RR**

Not: Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan.

Under covid-19 pandemin framträdde också tydligt de skillnader som finns i sjukflexibilitet och möjligheten att arbeta trots viss krasslighet och nedsatt arbetsförmåga, exempelvis genom distansarbete. Dessa möjligheter är betydligt större för många som arbetar i yrken inom kvalificerad tjänsteproduktion som i huvudsak sker i kontorsmiljö.

Sjukfallsrisken i specifika yrken finns redovisade i detalj i Tabell 2 och har redovisats tidigare i flera större rapporter.<sup>46</sup> I Figur 21 i tabellbilagan redovisas specifika yrken med en sjukfallsrisk som är 10 procent eller högre jämfört med genomsnittet på hela arbetsmarknaden. Högt i risk ligger specifika yrken utan krav på utbildning (område 9), vilket till del beror på sämre arbetsförhållanden men även på att det finns en negativ hälsoselektion till dessa yrken. På samma sätt finns det en positiv hälsoselektion till de högsta positionerna och mest kvalificerade yrkena på arbetsmarknaden som kräver längre teoretiska utbildningar.<sup>47</sup> Högt i sjukfrånvaro ligger även flera karaktäristiska yrken inom hantverk, bygg, transport, viss tillverkning och naturbruk.

<sup>46</sup> Försäkringskassan (2014a), (2018a) och (2020).

<sup>47</sup> Försäkringskassan (2014a).



Stora yrkesgrupper inom vård och omsorg som vårdbiträden, undersköterskor, barnskötare-elevassistenter samt skötare-vårdare-personliga assistenter, har också en hög risk för längre sjukfall.<sup>48</sup> Flera serviceyrken har också hög risk, exempelvis bevaknings-säkerhetsyrken, kabinpersonal-tågmästare, städledare-fastighetskötare, kockar-kallskänkor, skönhetsterapeuter samt hovmästare-servitörer.

Relativt sett är det färre yrken på nivå 1–4 (se Figur 14) med hög sjukfrånvaro men det finns undantag: terapeuter inom alternativmedicin, djursjukskötare, lagerpersonal-transportledare, brevbärare-postterminalarbetare, idrottsutövare-fritidsledare, köksmästare-souschefer, tandhygienister. På de två mest kvalificerade yrkesnivåerna, yrkesområde 1 och 2, finns det endast ett fåtal yrken representerade med hög sjukfrånvaro: veterinärer, präster-diakoner samt restaurang och kökschefer. För vissa yrkesgrupper förklaras den högre sjukfrånvaro av långvariga och kända sociala och organisatoriska arbetsmiljörisker, som för kontaktyrken inom kyrkan.<sup>49</sup> För andra grupper kan det handla om mer eller mindre varaktiga obalanser på skilda delarbetsmarknader som olika yrken oftast finns inom. Det kan exempelvis handla om branscher med kraftigt vikande efterfrågan, exempelvis restaurangbranschen under covid-19 pandemin, eller branscher med kraftigt stigande efterfrågan och otillräcklig bemanning som inom djurvård. Sådana obalanser kan exempelvis leda till stor ekonomisk stress till följd av försörjningssvårigheter, eller stress på grund av ohanterliga arbetsförhållanden, vilken i sin tur kan leda till ökad sjukfrånvaro.

---

<sup>48</sup> Detta har redovisats i ett flertal rapporter, se t.ex. Försäkringskassan (2018c): *Sjukfrånvaron inom välfärdstjänsterna*.

<sup>49</sup> Försäkringskassan (2020).



# Skillnader i risken för sjukersättning

I detta resultatkapitel redovisas analysen av risken för sjukersättning och hur den skiljer sig mellan olika sociodemografiska grupper. Alla resultat som redovisas i kapitlet är justerade för de förklaringsvariabler som redovisats i metodkapitlet. Resultat som inte signifikant skiljer sig från referensvärdet presenteras inom parentes i figurerna.

## Tidigare sjukskrivning leder till ökad risk att få sjukersättning

Det är välkänt att sambandet mellan tidigare sjukfrånvaro och risken för sjukersättning är stark.<sup>50</sup> För både kvinnor och män innebär även korta och tidiga sjukfall en förhöjd risk för sjukersättning.<sup>51</sup>

Mellan åren 2009 och 2022 var det 3,2 procent av kvinnorna och 2,3 procent av männen i studiepopulationen som fick sjukersättning. Andelen var betydligt högre bland de som tidigare eller under uppföljningsperioden haft sjukpenning. Det var totalt 36 procent som någon gång fem år innan 2007 hade fått sjukpenning, och av dessa hade 5 procent fått sjukersättning. En dag med sjukpenning innebär en procents högre risk för sjukersättning. Bland de som fått sjukersättning var det 73 procent av kvinnorna och 68 procent av männen som hade haft fler än 60 sjukdagar året innan. Den tidsvarierande variabeln längre sjukfall har därför en väldigt stor effekt, där fler än 60 sjukdagar året innan innebär en 43 gånger högre risk för sjukersättning, se Tabell 4.

## Könsskillnaderna i sjukersättning ett resultat av skillnader i nyttjande av sjukpenning

Studiepopulationen som tidigare inte haft sjukersättning var år 2007 i åldern 40–49 år och följs fram tills att de har hunnit bli 54–64 år. Det är i de åldrarna som andelen av befolkningen med sjukersättning är som högst och som könsskillnaderna inom sjukersättningen är som störst.<sup>52</sup> Fler kvinnor än män i studiepopulationen fick sjukersättning, men konstanthållet för andra faktorer är kvinnors risk att få sjukersättning inte signifikant skiljt från mäns. Könsskillnaderna i nyttjandet av sjukersättning förklaras främst utav att kvinnor i högre utsträckning har fler och långa sjukfall.

---

<sup>50</sup> Salonen et al (2018), Almroth et al (2024) Alexanderson et al (2012).

<sup>51</sup> Klein et al (2021).

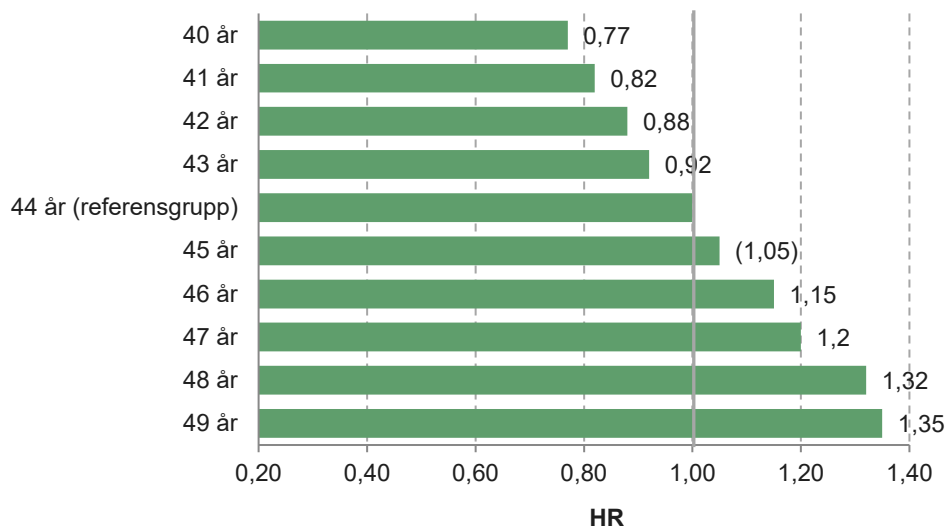
<sup>52</sup> Försäkringskassan (2024a), s. 69.



## Högre risk för sjukersättning med ökad ålder

Med stigande ålder följer ett linjärt mönster med successivt ökad risk att få sjukersättning. Kvinnor och män som 2007 var yngre än referensgruppen på 44 år hade en lägre risk för sjukersättning under studieperioden medan de över 44 år hade en högre risk, se Figur 15.

**Figur 15** Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter ålder

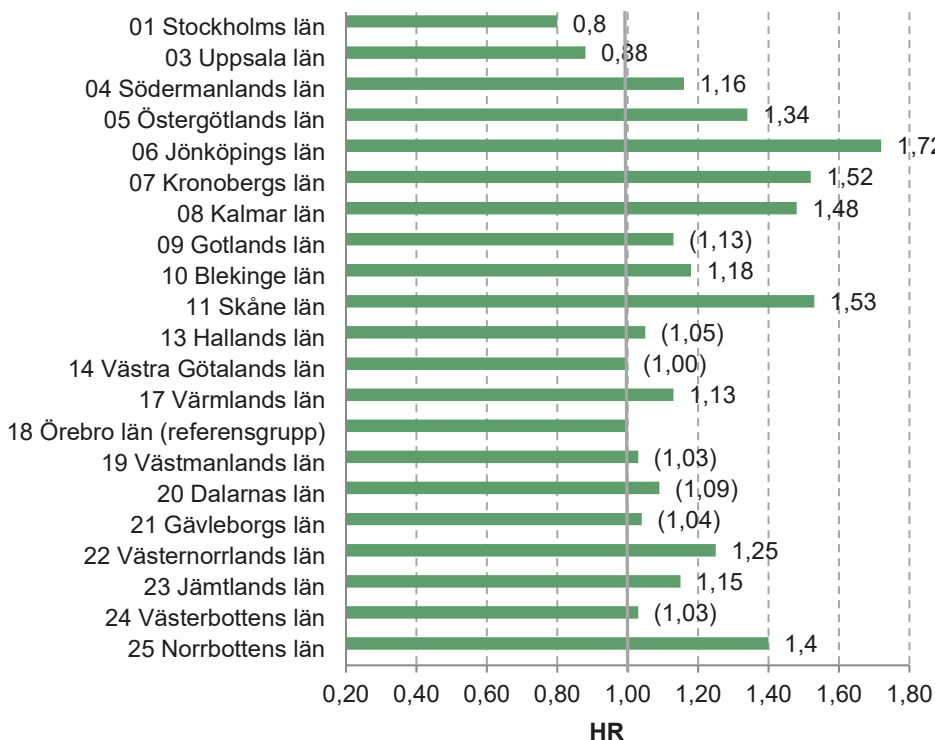


Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

## Boende i södra Götaland har högst risk för sjukersättning

Andelen personer som fått sjukersättning skiljer sig mellan länen, med som lägst 1,9 procent i Stockholms län till som högst 3,9 procent i Jönköpings län, jämfört med referensgrupp Örebro. Konstanthållet för andra faktorer sticker boende i Jönköpings län ut med en 72 procents högre risk för sjukersättning. I fallande ordning hade Skåne län, Kronobergs län och Kalmar län näst högst risk, följt av boende i Norrbottens län. Sju av länen har inte en signifikant skillnad risk för sjukersättning jämfört med boende i Örebro län. En signifikant lägre risk för sjukersättning har boende i Uppsala och Stockholms län, se Figur 16.

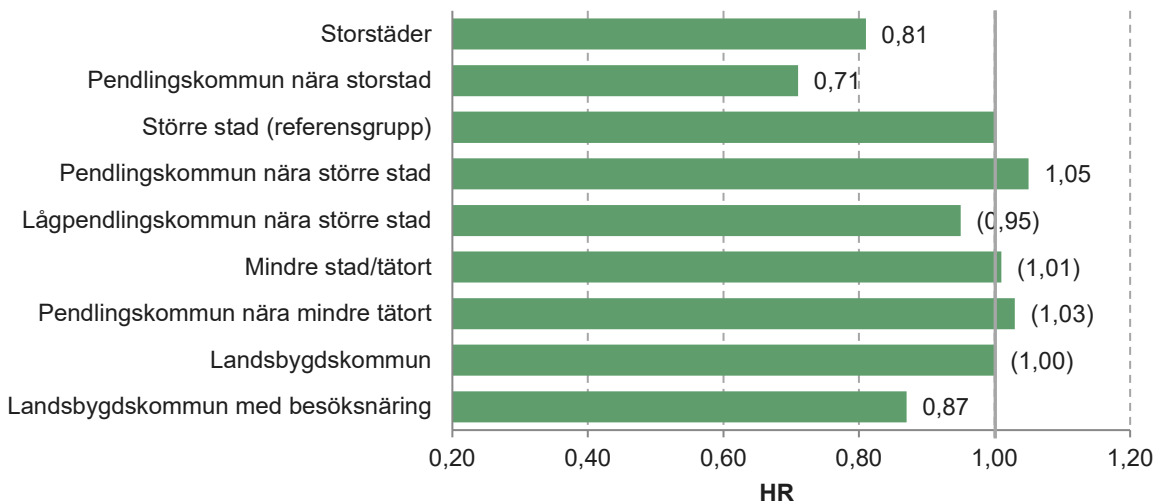
**Figur 16 Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter län**



Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Skillnaderna i risk för sjukersättning mellan olika kommungrupper är mindre än mellan län, men risken för sjukersättning är lägst i pendlingskommuner nära storstäderna tätt följt av boende i själva storstäderna. Boende i pendlingskommuner nära mindre tätort och nära större städer hade en åtta och nio procents överrisk för sjukersättning under studieperioden, se Figur 17.

**Figur 17 Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter kommuntyp**

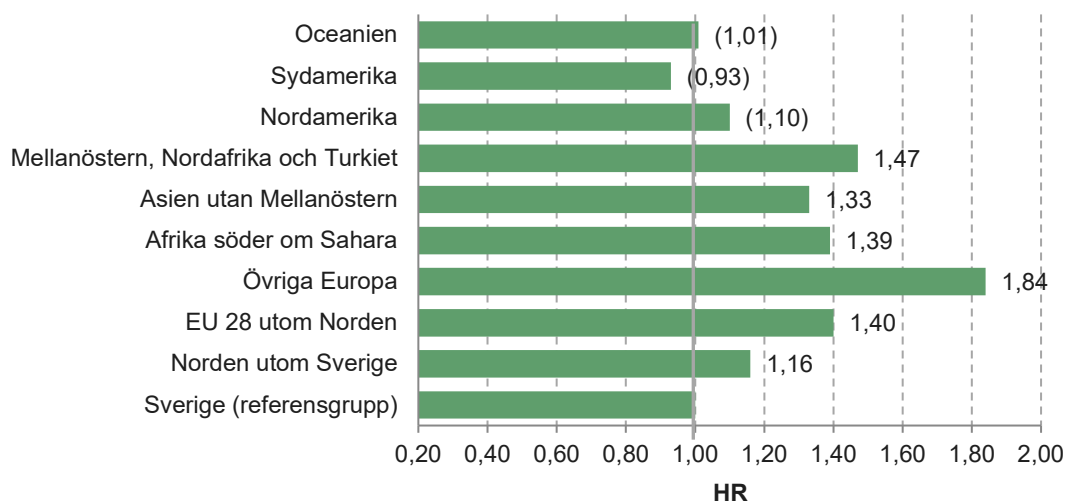


Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

## Utrikes födda har högre risk för sjukersättning

Av studiepopulationen bestående av kvinnor och män som i slutet av 2007 var 40–49 år, var det 83 procent som var födda i Sverige. Av dessa fick 2,4 procent sjukersättning. Motsvarande siffra för utrikes födda var 4,3 procent. Konstanthållet för andra faktorer i modellen särskiljer sig personerna födda i övriga Europa (utanför Norden och EU:s då 28 medlemsländer) med den allra högsta risken för sjukersättning, se Figur 18. Näst högst risk fanns bland personer i studiepopulationen födda i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet, följt av boende i EU utom Norden och Afrika söder om Sahara

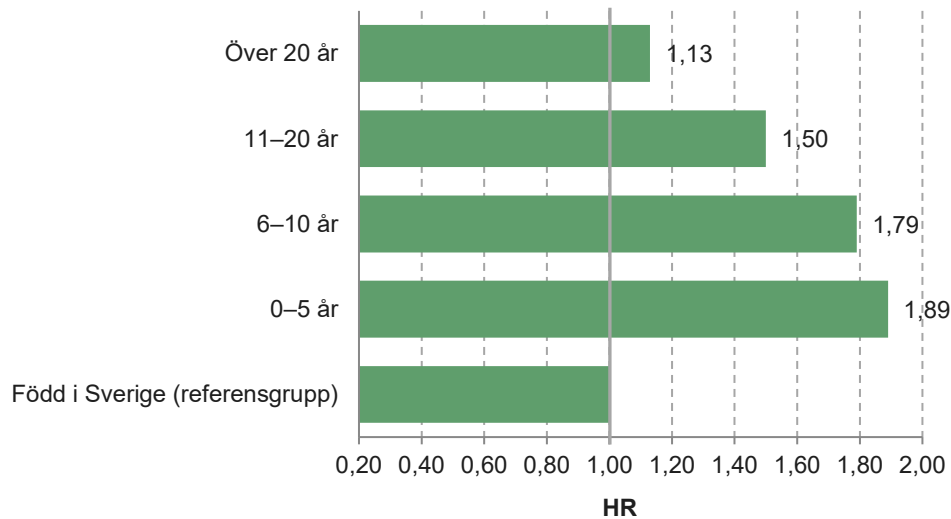
**Figur 18 Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter födelseregion**



Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Jämfört med referensgruppen födda i Sverige var risken för sjukersättning högre ju kortare de utrikes födda varit i Sverige, se Figur 19. Skillnaden mellan inrikes födda och utrikes födda i studiepopulationen som varit i Sverige i 21 år eller mer och därmed kommit till Sverige innan de fyllde 30 år, var betydligt mindre men inte obetydlig. Resultatet går inte direkt att översätta till riskerna för sjukpenning, då populationen i sjukersättningsanalysen följs över längre tid, men det motsatta mönstret gällande vistelsetid är värt att observera, där risken för sjukersättning är lägre för dem med en längre vistelsetid. Det är även värt att notera att vi analyserar en studiepopulation som år 2007 var 40–49 år gamla. Utöver att fånga effekten av tid i Sverige fångas även aspekten av ålder vid migration, vilket även den har betydelse. Utrikes födda som invandrar i äldre åldrar och har levt en kortare tid i landet lider oftare av sämre självskattad hälsa.<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Leão et al (2009)

**Figur 19 Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter tid i Sverige**

Antal år i Sverige mäts år 2017. Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

## Personer i arbetaryrken utan krav på utbildning löper högst risk för sjukersättning

Det finns ett starkt samband mellan yrkestillhörighet och risken för sjukersättning, där risken är högst bland manuella arbetaryrken.<sup>54</sup> De i studiepopulationen som under 2007 arbetade inom yrken utan krav på särskild yrkesutbildning (9) hade 62 procents högre risk för sjukersättning, jämfört med ett ovägt genomsnitt över alla yrkesgrupper, se Figur 20. Denna kategori inkluderar bland annat yrken som tidningsdistributörer, fabriksarbetare, städare och köks- och restaurangbiträden. En delförklaring till den ökade risken i denna yrkesgrupp är hälsoselektion, där personer med hälsoproblem tidigt i livet ofta har svårt att genomgå längre utbildning.<sup>55</sup> Personer med låg utbildning har därtill sämre möjligheter på arbetsmarknaden och blir kvar i yrken med sämre arbetsmiljö.

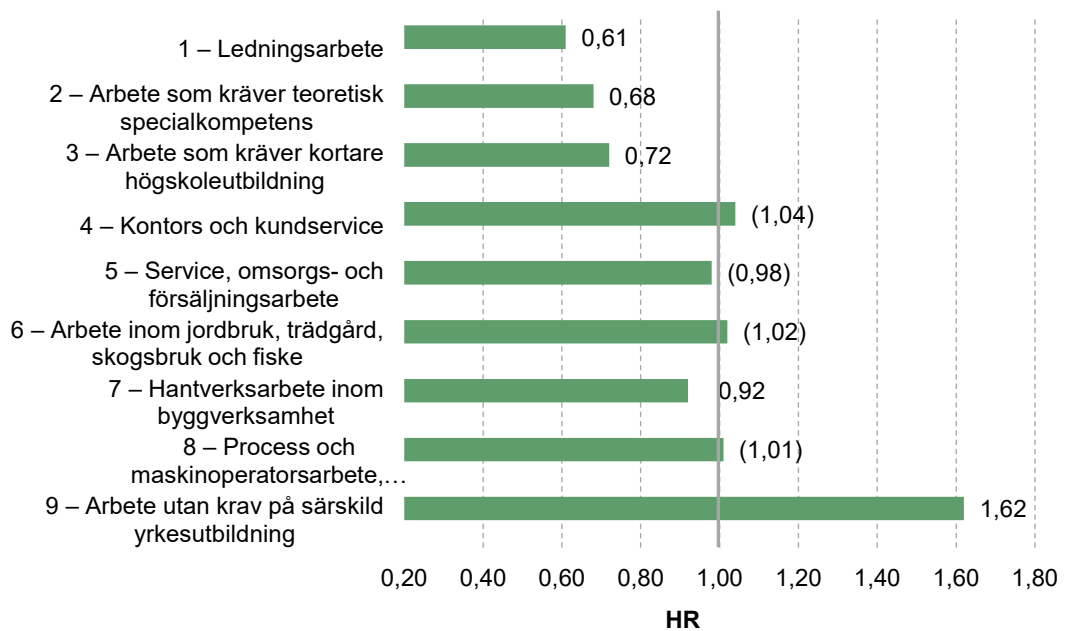
Jämfört med risken för ett längre sjukfall har personer inom yrkesgrupp 4, 5, 6, eller 8 inte en signifikant skillnad i risk för sjukersättning. På en mer aggregerad nivå ser risken för sjukersättning ut att vara mindre knuten direkt till en persons yrke, och mer till större socioekonomiska skillnader, där risken för sjukersättning är lägre inom tjänstemannayrken men betydligt högre i yrkesgrupper utan krav på särskild yrkesutbildning. Arbetare inom hantverksarbeten inom byggverksamhet, yrkesgrupp 7, har däremot en signifikant lägre risk för sjukersättning.

<sup>54</sup> Polvinen et al (2014).

<sup>55</sup> Bartelink och Lager (2023).



**Figur 20 Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter yrkesområde, SSYK1996**



Not: Övägt genomsnitt över alla yrkesgrupper är referensvärde (1,00). Justerat för övriga variabler i modellen, se tabellbilagan. Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Risken för sjukersättning inom specifika yrken finns redovisade i detalj i Tabell 5. I Figur 22 i tabellbilagan redovisas yrkesgrupper med en signifikant hasardkvot som överstiger 1,0. Inom yrkesområden 9, yrken utan krav på särskild yrkesutbildning, är det särskilt de som kategoriserats som ”Övriga servicearbetare” som sticker ut med en 3,2 gånger högre risk. Där ingår arbeten som inte ställer några krav på utbildning. Även andra yrken inom yrkesgruppen har hög risk för sjukersättning. Inom yrkesområde 8 har maskinoperatörer inom gummi- och plastindustrin och inom träindustrin en 38 respektive 35 procent högre risk. Inom yrkesgruppen kontors- och kundservice sticker biblioteksassistenter, kassapersonal, lager och transportassistenter och övrig kontorspersonal ut med en överrisk. Även försäljare och vård- och omsorgspersonal inom yrkesgrupp 5 har en ökad risk för sjukersättning, om än på en lägre nivå.



## Diskussion

I detta avslutande kapitlet diskuterar vi slutsatser som kan dras av de två analyserna om risken att få sjukpenning och risken att få sjukersättning.

### Om kön, ålder och privatlivsfaktorer

I den första leveransen inom regeringsuppdraget konstaterades att störst skillnad i nyttjandet av sjukförsäkringen finns mellan kvinnor och män. I den andra leveransen gjordes en forskningsöversikt med fokus på könsskillnader. Av den senare framkom att kvinnor i högre grad blir sjukskrivna med sjukpenning och får sjukersättning jämfört med män, men att könsskillnaderna påverkas av diagnos, utbildning, anknytning till arbetsmarknaden, yrke och sektor.

Enligt den fördjupade analysen som gjorts inom denna leverans löper kvinnor 60 procent högre risk för sjukfall över 14 dagar, även efter kontroll för ett stort antal relevanta faktorer. Kvinnors högre sjukfrånvaro är väl känd sedan tidigare<sup>56</sup> och förklaras endast i begränsad omfattning av komplikationer i samband med barnafödande. Inte heller andra grundläggande hälsoskillnader mellan könen är en avgörande förklaring.<sup>57</sup> Könsskillnaderna förstärks ytterligare för psykiatriska diagnoser och stressrelaterad psykisk ohälsa.<sup>58</sup>

Kvinnornas mer omfattande längre sjukfrånvaro är också en viktig orsak till att fler kvinnor senare får sjukersättning. Ett huvudresultat från analysen av risk för sjukersättning är att kvinnor inte har en överrisk för sjukersättning, när hänsyn tas till tidigare sjukfall och länge sjukfall på 60 dagar eller mer. Även om könsskillnaderna i nyttjandet av sjukersättning som helhet är omfattande, ser vi alltså att effekten av kön försvinner då vi kontrollerar för sjukhistorik. Könsskillnaderna i sjukersättningen förklaras därmed av tidigare könsskillnader i längre sjukfall och att vara kvinna innebär i sig ingen överrisk för att få sjukersättning.

Internationell forskning har tydligt visat att riskfaktorer för sjukdom och nedsatt arbetsförmåga inom privat- eller arbetsliv har liknande betydelse för både kvinnor och män.<sup>59</sup> Den stora kvarvarande könsskillnaden i risk för längre sjukfall kan bero på att graden av faktisk exponering skiljer sig åt.<sup>60</sup> Fler kvinnor än män är exponerade för sådana typer av riskfaktorer i privatliv och yrkesliv. Det sker både genom bristande jämställdhet i fördelningen av obetalt arbete och systematiska arbetsmiljöbrister inom de

---

<sup>56</sup> Riksförsäkringsverket (2004), Försäkringskassan (2024b).

<sup>57</sup> Försäkringskassan (2024b).

<sup>58</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>59</sup> Försäkringskassan (2024b).

<sup>60</sup> Betydelsen av så kallat "gendered health behavior" ska inte heller uteslutas även om det knappast kan frikopplas från sociala roller. Se t.ex. Courtenay W. H. (2000).



yrken och branscher som sysselsätter en stor andel kvinnor.<sup>61</sup> Fakta talar för att nyckeln till minskade könsskillnader i sjukfrånvaro går genom ökad jämställdhet i fördelningen av det obetalda arbetet för att skapa samma grundläggande förutsättningar i arbetslivet oavsett könstillhörighet. Dessutom måste arbetsvillkoren förbättras i de delar av arbetslivet som har den mest omfattande sjukfrånvaron, det vill säga välfärdstjänsterna, se vidare resonemang längre ned i stycket *Om betydelse av yrke, bransch och etablering*.<sup>62</sup>

Könsskillnaderna framträder också i åldersmönstret där kvinnor har en skarp stegring av risken för sjukfall redan i relativt ung ålder. Detta beror delvis på sjukfall i samband med graviditet.<sup>63</sup> Störst är könsskillnaderna i åldrarna 25 till 44 år då den är fördubblad för kvinnorna. Särskilt kvinnor i åldersgruppen 40–44 år sticker ut med den största överrisken. Möjligtvis är den större förekomsten av stressrelaterad psykisk ohälsa bland kvinnor en viktig del av förklaringen med mer omfattande dubbla arbetsbördor och obalans mellan arbete och privatliv.<sup>64</sup> För män ökar risken för längre sjukfall gradvis med stigande ålder. Gemensamt för båda könen är att risken är som högst i slutet av femtioårsåldern för att därefter avta. För sjukersättning visar analysen att både kvinnor och män har en linjärt stigande risk med åldern. Det indikerar, givet gällande regelverk, att de privatlivsfaktorer som har betydelse för sjukfrånvaro har begränsad betydelse för sjukersättning. Tolkningen är istället att sjukersättningen sedan år 2008 i allt högre grad styrs av bakomliggande hälsoförhållanden och negativ hälsoselektion samt långvarig exponering för sämre arbetsförhållanden i manuella arbetaryrken.

Att faktorer i privatlivet har betydelse indikeras också av ytterligare förhållanden som analyserats. För det första har frånskilda av båda könen högre sjukfallsrisk, vilket till del kan tolkas som erfarenhet av en påfrestande livshändelse. Många frånskilda har också försörjningsansvar för barn, vilket kan medföra ytterligare ekonomisk stress och utsatthet för ensamstående. Att vara gift jämfört med att vara ogift, efterlevande eller frånskild är en indikator på socialt stöd i nära relationer och påfrestande livshändelser, samtidigt som det finns det en hälsoselektion till varaktiga parrelationer.<sup>65</sup> Att vara gift och sammanboende innebär också ekonomiska fördelar för hushållet genom ökade löneinkomster och delade kostnader, vilket inte minst har betydelse vid försörjningsansvar för barn i hushållet.<sup>66</sup> Från interaktionsanalysen framgår att gifta kvinnor ändå har högre risk för sjukfall jämfört med gifta män, vilket kan tolkas som ett resultat av ökad

---

<sup>61</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2023) och Arbetsmiljöverket (2022).

<sup>62</sup> Försäkringskassan (2018a), (2018c) och Försäkringskassan (2020).

<sup>63</sup> Försäkringskassan (2014b) och (2020).

<sup>64</sup> Försäkringskassan (2023b) och Nilsen et al. (2017).

<sup>65</sup> Wang et al. (2020).

<sup>66</sup> Försäkringskassan (2024c).



dubbel arbetsbörda för kvinnor. Könsskillnader i civilståndets betydelse för hälsan i heterosexuella par är väl känt sedan tidigare.

Att vara vårdnadshavare för barn har i sig också betydelse för sjukfrånvaro med sjukpenning. Lägst sjukfallsrisk har personer med 2–3 barn i familjen och högst har de med ett barn eller fyra eller fler barn. Även till barnalstrande finns en viss hälsoselektion och den högre sjukfrånvaron för kvinnor med ett barn i Sverige förklaras främst av komplikationer i samband med första graviditet eller förlossning.<sup>67</sup> För de med fyra eller fler barn under gymnasieålder ökar både försörjningsbördan och det obetalda arbetet, vilket ökar risken för stor dubbel arbetsbörda. Även om många kvinnor tar ett större ansvar för barn och familj har också män med stor familj en tydlig överrisk för sjukfall, vilket framkommit i tidigare studier. Den dubbla arbetsbelastningen kan också öka med barn i förskole- och lågstadieåldrar när båda föräldrarna jobbar igen efter längre föräldraledigheter, med ökad negativ stress och sjukfrånvaro som följd.<sup>68</sup> Här skulle ökad jämställdhet i privat- och familjeliv kunna leda till ett mer hållbart arbetsliv genom att acceptansen för att föräldrar, oavsett kön, under småbarnsåren har behov av anpassningsmöjligheter i arbetslivet.

## Om regionala skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen

I den första delleveransen konstaterades också att det i Sverige finns regionala skillnader i hälsa.<sup>69</sup> Generellt är hälsan sämre i norra Sverige och i glesbygd, där det både är kortare medellivslängd och högre ohälsotal. I storstäderna där befolkningen har högre utbildningsnivå och högre inkomster är hälsan generellt bättre. En del av de regionala skillnaderna som finns i nyttjandet av sjukförsäkringen kan således förklaras av socioekonomiska och demografiska faktorer. Men skillnader i strukturen på de lokala arbetsmarknaderna har sannolikt också stor betydelse. Det stöds till exempel av en studie som visat på betydelsen av yrkessammansättning och yrkesexponering för regionala skillnader i sjukfrånvaro i Norge.<sup>70</sup> När det gäller förtidspension konstaterade dock en annan studie att de regionala skillnaderna i Finland i huvudsak förklarades av individförhållanden som kön, ålder, hälsa och utbildning snarare än specifikt regionala förhållanden.<sup>71</sup>

Tyvärr saknas det i dagsläget ingående och aktuella analyser av vad som förklarar de regionala skillnaderna i nyttjande av sjukförsäkringen i Sverige.

---

<sup>67</sup> Försäkringskassan (2014b) och Laszlo et al. (2024).

<sup>68</sup> Gäller i synnerhet för utmattningssyndrom, se Försäkringskassan (2020).

<sup>69</sup> Försäkringskassan (2023a).

<sup>70</sup> Sterud, T. and H. A. Johannessen (2018). "Influence of occupational factors on regional differences in sick leave: A prospective population study." *Scand J Public Health* 46(3): 314-320.

<sup>71</sup> Laaksonen et al (2024).



ISF genomförde för över ett decennium sedan en analys av perioden 1996–2010 och konstaterade att den regionala variationen inom sjukpenning och sjukersättning skilde sig åt och att skillnaderna föreföll att bli allt mer föränderliga över tid.<sup>72</sup> ISF konstaterade att de lokala arbetsmarknadernas betydelse för sjukersättningen har minskat över tid, vilket kan hänga ihop med det striktare regelverket från 2008.

En senare studie med data för år 2015 har också den visat att andelen personer med sjukersättning inte är jämt fördelad över Sverige och att spridningen i viss mån skiljer sig åt mellan könen.<sup>73</sup> Kluster av kommuner med låg respektive hög förekomst av sjukersättning hos kvinnor respektive män är delvis koncentrerade till samma områden, med undantag för hög förekomst av sjukersättning bland män i de nordöstra och västra delarna av landet. En iakttagelse är att det behövs nya fördjupade studier av regionala skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen som belyser hur dessa förändras över tid och rum. Studier behöver också skilja på sjukfrånvaro vid tillfälligt respektive varaktigt nedsatt arbetsförmåga och om de regionala skillnaderna avser incidens eller prevalens.<sup>74</sup> Denna rapportens analyser har fokuserat på incidens av sjukfall längre än 14 dagar under åren 2022–2023 och sjukersättning under åren 2009–2022. Skillnaderna i incidens för både sjukfall med sjukpenning och sjukersättning är större mellan län än mellan olika kommuntyper, vilket tyder på att också andra regionala strukturella förhållanden utöver befolkningstäthet, arbetspendling och näringsstruktur har betydelse för regionala skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen.<sup>75</sup>

## Om betydelsen av yrke, bransch och etablering på arbetsmarknaden

I den första leveransen av regeringsuppdraget konstaterades att det finns tydliga socioekonomiska skillnader i sjukfrånvaro, där de med längre utbildning, högre inkomster och tjänstemannayrken har en klart lägre sjukfrånvaro.<sup>76</sup> Eftersom yrke är den starkaste förklaringsfaktorn för sjukfrånvaro och dessutom är starkt korrelerad med utbildningsnivå och inkomst fokuserar de fördjupade analyserna främst på yrke.<sup>77</sup> Hälsan följer en tydlig social gradient med gradvis sämre hälsa med fallande socioekonomisk position, oavsett vilka socioekonomiska mått och mått på

---

<sup>72</sup> ISF (2010) Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall – En analys av utvecklingen 1996–2010. Rapport 2010:6.

<sup>73</sup> Virtanen et al. (2022).

<sup>74</sup> Incidens är sannolikheten för nya ersättningsfall en viss period (t.ex. nybeviljad sjukersättning) medan prevalens är antalet pågående ersättningsfall vid en viss tidpunkt (t.ex. antalet pågående sjukfall).

<sup>75</sup> Se exempelvis Försäkringskassan (2017b) *Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*.

<sup>76</sup> Försäkringskassan (2023a).

<sup>77</sup> Försäkringskassan (2014a) och (2018a).



hälsa som används.<sup>78</sup> Sambandet är starkare för män än för kvinnor. Att sambandet är svagare för kvinnor beror på att kvinnor med längre utbildning relativt ofta rapporterar nedsatt arbetsförmåga inom vård- och omsorgssektorn.<sup>79</sup> Sammantaget har individer med låg socioekonomisk status både sämre hälsa och jobbar i högre grad i mindre flexibla arbeten som är svårare att anpassa efter en nedsatt arbetsförmåga.<sup>80</sup> Personer med lägre socioekonomisk status arbetar dessutom i större utsträckning i yrken och branscher med en mer ansträngande fysisk och psykosocial arbetsmiljö, vilket innebär högre sjukfrånvaro.<sup>81</sup>

Oavsett yrkestillhörighet har också bransch betydelse för sjukfrånvaron.<sup>82</sup> Kombineras risken inom specifika branscher med risken i specifika yrken kan det innebära avsevärda riskskillnader för sjukfall mellan olika grupper på arbetsmarknaden.<sup>83</sup> Sjukfrånvaron är högst inom branscher med kända arbetsmiljöutmaningar som vård, omsorg och sociala tjänster; byggbranschen; utbildningssektorn och transportbranschen.<sup>84</sup> Sjukfrånvaron är lägre inom branscher med kvalificerad tjänsteproduktion som information och kommunikation; finans och försäkring samt juridik, ekonomi, vetenskap och teknik. Till del kan försäkringsmässiga förhållanden spela in för sjukfrånvarons nivå inom vissa branscher med omfattande egenföretagande och mindre varaktiga anställningsformer. Möjligtvis kan det förklara den lägre registrerade sjukfrånvaron inom branscher som naturbruk samt hotell, restaurang och kultur.<sup>85</sup> Flera enskilda yrken inom dessa branscher har dock hög risk för längre sjukfall vilket tyder på problematiska arbetsförhållanden.

När det gäller mer specifika yrken med hög sjukfrånvaro återfinns här flera karaktäristiska yrken inom hantverk, bygg, transport, viss tillverkning och naturbruk med väl kända fysiska arbetsmiljörisker.<sup>86</sup> Högt ligger också stora yrkesgrupper inom vård och omsorg som vårdbiträden, undersköterskor, barnskötare-elevassistenter samt skötare-vårdare-personliga assistenter, vilket också kan kopplas till varaktiga arbetsmiljörisker som ofta är av både fysisk och psykosocial karaktär.<sup>87</sup> Flera serviceyrken har också hög sjukfrånvaro, exempelvis yrken inom bevakning och säkerhet, yrken inom persontransport, yrken inom post- och varutransport, fastighetskötsel, restaurangyrken samt yrken inom djurvård. För vissa yrkesgrupper förklaras den högre sjukfrånvaron av kända sociala och organisatoriska

---

<sup>78</sup> SOU 2017:47.

<sup>79</sup> Arbetsmiljöverket (2022) och Magnusson et al. (2024).

<sup>80</sup> Arbetsmiljöverket (2022).

<sup>81</sup> Försäkringskassan (2018a) och Arbetsmiljöverket (2022).

<sup>82</sup> Försäkringskassan (2018a).

<sup>83</sup> Försäkringskassan (2018a), se särskilt rapportens statistikbilaga för kombinationer av branscher och yrken och vice versa.

<sup>84</sup> Försäkringskassan (2020) och Arbetsmiljöverket (2022).

<sup>85</sup> Försäkringskassan (2018a).

<sup>86</sup> Arbetsmiljöverket (2022).

<sup>87</sup> Arbetsmiljöverket (2022).



arbetsmiljörisker.<sup>88</sup> För andra yrkesgrupper kan det också handla om mer eller mindre varaktiga obalanser på skilda delarbetsmarknader. Exempelvis kan det handla om branscher med kraftigt vikande efterfrågan som restaurangbranschen under covid-19 pandemin 2020, eller branscher med kraftigt stigande efterfrågan och otillräcklig bemanning som inom djurvården. Sådana obalanser kan exempelvis leda till stor ekonomisk stress till följd av försörjningssvårigheter, eller stress på grund av ohanterliga arbetsförhållanden, vilken i sin tur kan leda till ökad sjukfrånvaro.

Utländsk bakgrund kan också ses som en socioekonomisk variabel eftersom det har stor betydelse för utfallet på arbetsmarknaden. Många utrikes födda, särskilt de med flyktingbakgrund, saknar initialt förankring på arbetsmarknaden och sjukpenninggrundande inkomst.<sup>89</sup> Även i den fördjupade analysen av risk för sjukpenning där vi studerat sysselsatta personer ser vi att utrikes födda med mindre än 20 år i Sverige har lägre registrerad sjukfrånvaro än inrikes födda. Att vara sysselsatta innebär inte alltid att man har en sjukpenninggrundande inkomst, något som krävs för att man ska kunna bli sjukskriven med sjukpenning. Bland personer med en svagare ställning på arbetsmarknaden kan benägenheten att sjukskriva sig också vara mindre, då de både har lägre inkomster och små ekonomiska marginaler.<sup>90</sup> Utrikes födda som etablerar sig på arbetsmarknaden arbetar i högre utsträckning inom branscher och yrken med sämre arbetsförhållanden vilket på sikt innebär mer ohälsa och sjukfrånvaro.<sup>91</sup> Efter 20 år eller mer i Sverige har därför utrikes födda en högre sjukfallsrisk än inrikes födda.

För sjukersättningen är bilden delvis en annan. Risken för sjukersättning är högst för de med kortare tid än 20 år i Sverige vilket till del kan bero på sociala förhållanden och förhållanden i arbetslivet. Därtill kan det vara en effekt av i vilket ålder man invandrat, där äldre oftare har sämre förutsättningar är yngre. Många flyktinginvandrare bär också på trauman från krigsskådeplatser som forna Jugoslavien och Irak vilket kan försvåra etablering på arbetsmarknaden och öka risken för sjukersättning.<sup>92</sup> Utrikes födda som varit i Sverige mer än 20 år har lägre risk för sjukersättning än de med kortare tid men risken är ändå 8 procent högre än för inrikes födda.

Det tidigare diskuterade mönstret kring sjukfrånvaro och marknader i obalans gäller inte för sjukersättning. På en aggregerad nivå är det inte alla yrkesgrupper med en högre sjukfrånvaro som har en högre risk för sjukersättning. Det tidigare införandet av äldrereglerna<sup>93</sup> skulle eventuellt kunna ändra på det mönstret. Eftersom dessa syftade till att förenkla för personer med ett långt arbetsliv inom fysiskt belastade yrken att kunna få

---

<sup>88</sup> Försäkringskassan (2020).

<sup>89</sup> Försäkringskassan (2024a).

<sup>90</sup> Försäkringskassan (2021).

<sup>91</sup> Försäkringskassan (2017a).

<sup>92</sup> Eftersom sjukersättning är en bosättningsbaserad ersättning krävs inte som för sjukpenning att individen kvalificerar sig som försäkrad genom sjukpenninggrundande inkomst.

<sup>93</sup> Prop. 2021/22:220.



sjukersättning, skulle det kunna innebära att fler yrkesgrupper får en ökad risk. De yrkesgrupper som signifikant skiljer sig åt gällande risk för sjukersättning är tjänstemannayrken (med en lägre risk) och yrken utan krav på särskild yrkesutbildning. Inom den senare är risken för sjukersättning hög, vilket delvis kan förklaras med en negativ hälsoselektion.<sup>94</sup>

Alla yrken som kräver någon form av högskoleutbildning har lägre risk för sjukersättning. Aktuell svensk forskning har visat att yrkets status har betydelse för sjukersättning där yrken med lägre status har högre risk för sjukersättning.<sup>95</sup> Tilläggas kan att andra positiva eller negativa aspekter av en viss yrkestillhörighet ofta sammanfaller med yrkets status.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Östlin (1988) och Wagenaar et al. (2012).

<sup>95</sup> Hensing et al. (2024).

<sup>96</sup> Nwaru et al. (2021).

## Referenser

Alexanderson K., Kivimäki M., Ferrie JE., Westerlund H., Vahtera J., Singh-Manoux A., Melchoir, M., Zins, M., Goldberg, M., Head, J. (2012) Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(2):155-9

Allison, P. D. (2010). *Survival Analysis Using SAS: A Practical Guide, Second Edition*. SAS Institute.

Allgulander C and Fisher LD. (1986) Survival analysis (or time to an event analysis), and the Cox regression model – methods for longitudinal psychiatric research. *Acta Psychiatr Scand.* 74(6):529–35.

Almroth, M., Falkstedt, D., Hemmingsson, T., Albin, M., Badarin, K., Selander, J., Gustavsson, P., Bodin, T., Thern, E., Pan, K-Y. and Kjellberg, K.(2024) Labour market exit routes in high- and low-educated older workers before and after social insurance and retirement policy reforms in Sweden. *Ageing & Society*, 1–20.

Arbetsmiljöverket (2022). *Arbetsmiljön 2021*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2022:2.

Bartelink, V. och Lager, A. (red) (2023) *Folkhälsorapport 2023*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Region Stockholm.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50(10), 1385-1401.

Försäkringskassan (2013) *Att sakna försäkrad inkomst*. Socialförsäkringsrapport 2013:1.

Försäkringskassan (2014a). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:4.

Försäkringskassan (2014b). *Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar*. Socialförsäkringsrapport 2014:14.

Försäkringskassan (2017a) *Sjukfrånvaro efter invandring*. Socialförsäkringsrapport 2017:7.

Försäkringskassan (2017b) *Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*. Socialförsäkringsrapport 2017:3.

Försäkringskassan (2018a) *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad*. Socialförsäkringsrapport 2018:2.



Försäkringskassan (2018b). *Sjukfrånvaro, sektor och företagsstorlek*. Korta analyser 2018:1.

Försäkringskassan (2018c). *Sjukfrånvaron inom välfärdstjänsterna*. Korta analyser 2018:3.

Försäkringskassan (2020) *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020:8.

Försäkringskassan (2021) *Sjukfrånvaro i grupper där färre arbetar*. Korta analyser 2021:1.

Försäkringskassan (2023a) *Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2023b) *Från ryggont till utmattning. Psykisk ohälsa (Försäkringskassans lägesrapport)*. Korta analyser 2023:6.

Försäkringskassan (2023c) *Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv*. Arbetsrapport 2023:2.

Försäkringskassan (2023d) *Vilka konsekvenser har äldrereglerna i sjukförsäkringen haft för arbetsutbudet bland äldre och för samhällsekonomin?* Svar på regeringsuppdrag. Dnr: FK 2023/019272.

Försäkringskassan (2024a) *Socialförsäkringen i siffror*.

Försäkringskassan (2024b) *Skillnader i sjukfrånvaro. En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2024c) *Barnhushållens ekonomi Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2024*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr: FK 2023/030399.

Gjesdal S, Bratberg E. (2002) The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. *Eur J Public Health*. 12(3):180-6.

Hensing, G., et al. (2024). Occupational prestige and future sickness absence and disability pension in women and men: a Swedish nationwide prospective cohort study. *Scand J Public Health*: 14034948241272936.

Jämställdhetsmyndigheten (2023) *Livspusslet som inte går ihop. En uppföljning av det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet*. Rapport 2023:17.

Järvholm, B. (2023) *Arbetsrelaterade dödsfall i Sverige. En uppdatering av Arbetsmiljöverkets kunskapssammanställningar 2019:3/4*. Folkhälsa och klinisk medicin i Umeå rapporterar 2023:1. Umeå universitet.

Klein J., Reini K., and Saarela J. (2021) Sickness Absence and Disability Pension in the Very Long Term: A Finnish Register-Based Study With 20 Years Follow-Up. *Frontiers in Public Health*. 9(556648).

Laaksonen, M., Perhoniemi, R. and Blomgren, J. (2024) Municipality-level differences in disability retirement in Finland: The contribution of local social characteristics. *Scand J Public Health* Jun 20:14034948241254425.

Laszlo, K. D., Svedberg, P., Lindfors, P., Lidwall, U., & Alexanderson, K. (2024). Sickness absence and disability pension three years before and seven years after first childbirth: A Swedish population-based cohort study. *Scand J Public Health*, 52(1), 80-88.

Leão TS., Sundquist J., Johansson, SE. and Sundquist, K. (2009) The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethn Health*. Feb;14(1):93-105.

Lidwall, U., et al. (2018). "Mental disorder sick leave in Sweden: A population study." *Work* 59(2): 259-272.

Lidwall, U. (2021). "Gender composition in occupations and branches and medically certified sick leave: a prospective population study." *International Archives of Occupational and Environmental Health* 94(7): 1659-1670.

Magnusson, C., et al. (2024). Does higher education make women sicker? A study of the gender gap in sickness absence within educational groups. *PLoS One* 19(6): e0303852.

Nwaru, C. A., et al. (2021). Occupational prestige and sickness absence inequality in employed women and men in Sweden: a registry-based study. *BMJ Open* 11(6): e050191.

Nilsen, W., et al. (2017). Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health* 27(3): 465-471.

Polvinen A, Laaksonen M, Gould R, Lahelma E, Martikainen P. (2014) The contribution of major diagnostic causes to socioeconomic differences in disability retirement. *Scand J Work Environ Health*. 40(4):353-60.

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

Proposition 2021/22:220 *Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder*.

Riksförsäkringsverket (2004). *Kvinnor, män och sjukfrånvaron*. Socialförsäkringsboken 2004.

Riksförsäkringsverket (2005) *På gränsen till trygghet*. Socialförsäkringsboken 2005.

Salonen, L., Blomgren, J., Laaksonen, M. and Niemelä, M. (2018) Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007-2014. *BMJ Open*. 8(5): e020491.

Samuelsson Å, Alexanderson K, Ropponen A, Lichtenstein P, Svedberg P. (2012) Incidence of disability pension and associations with socio-demographic factors in a Swedish twin cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(12):1999-2009.

SCB (2007) *Standard för svensk näringsgrensindelning 2007*. MIS 2007:2. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2012). *SSYK 2012 Standard för svensk yrkesklassificering 2012*. MIS 2012:1. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SKR (2023) *Kommungruppsindelning*. Sveriges Kommuner och Regioners kommungruppsindelning 2023.

SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Socialdepartementet.

Virtanen, M., Heikkilä, K., Vahtera, J., Kivimäki, M., Halonen, J., Alexanderson, K., Rautiainen, S., Lallukka, T., Mittendorfer-Rutz, E. (2022) Clustering of disability pension and socioeconomic disadvantage in Sweden: a geospatial analysis. *European Journal of Public Health*. 32(5) 703-708.

Wagenaar, AF, Kompier, MA, Houtman, IL, van den Bossche, SN, och Taris, TW. (2012). Employment contracts and health selection: unhealthy employees out and healthy employees in? *Journal of occupational and environmental medicine*. 54(10):1192–200.

Wang, Y., et al. (2020). Sex differences in the association between marital status and the risk of cardiovascular, cancer, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of 7,881,040 individuals. *Global Health Research and Policy* 5(1): 4.

Zhang, J. och Yu, KF. (1998) What's the Relative Risk? A Method of Correcting the Odds Ratio in Cohort Studies of Common Outcomes. *JAMA*; 280: 1690-1691.

Östlin, P. (1988). Negative health selection into physically light occupations. *J Epidemiol Community Health* 42(2): 152-156.

# Tabellbilaga

**Tabell 1 Relativ risk för sjukfall, modell 1**

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
	<b>Totalt</b>	<b>4 919 129</b>	<b>689 576</b>	<b>14,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Kön	Kvinnor	2 372 311	425 152	17,9	1,60	1,59–1,61
	Män (referensgrupp)	2 546 818	264 424	10,4	1,00	-
Åldersgrupp	16–19 år	133 148	6 937	5,2	0,46	0,45–0,48
	20–24 år	358 180	38 051	10,6	0,81	0,80–0,82
	25–29 år	516 863	69 460	13,4	1,01	0,99–1,02
	30–34 år	607 295	87 185	14,4	1,07	1,06–1,08
	35–39 år	550 866	74 554	13,5	1,02	1,01–1,03
	40–44 år (referensgrupp)	534 943	71 232	13,3	1,00	-
	45–49 år	561 926	78 592	14,0	1,03	1,02–1,04
	50–54 år	556 879	89 175	16,0	1,14	1,13–1,15
	55–59 år	534 244	100 877	18,9	1,29	1,28–1,31
	60–64 år	387 864	65 343	16,8	1,10	1,09–1,12
	65-år	176 921	8 170	4,6	0,36	0,35–0,37
Sjukhistorik	Inget sjukfall >14 dagar 2020/2021	4 164 644	453 911	10,9	1,00	-
	Sjukfall >14 dagar 2020/2021	754 485	235 665	31,2	2,43	2,42–2,44
Civilstånd	Ogift	2 388 474	310 805	13,0	1,01	1,00–1,01
	Gift (referensgrupp)	1 978 120	275 471	13,9	1,00	-
	Skild	517 302	97 644	18,9	1,19	1,18–1,20
	Änka/änkling	35 233	5 656	16,1	0,96	0,93–0,99
Antal barn 0–15 år	Inget barn 0–15 år (referensgrupp)	3 081 234	429 217	13,9	1,00	-
	1 barn 0–15 år	762 929	116 157	15,2	1,06	1,05–1,07
	2 barn 0–15 år	815 356	106 296	13,0	0,94	0,92–0,95
	3 barn 0–15 år	214 172	30 222	14,1	0,97	0,95–0,99
	4 eller fler barn 0–15 år	45 438	7 684	16,9	1,09	1,06–1,13
Barn 0–2 år	Inget barn 0–2 år (referensgrupp)	4 413 915	620 296	14,1	1,00	-
	Barn i åldern 0–2 år	505 214	69 280	13,7	0,97	0,96–0,99
Barn 3–8 år	Inget barn 3–8 år (referensgrupp)	4 004 653	561 497	14,0	1,00	-
	Barn i åldern 3–8 år	914 476	128 079	14,0	1,04	1,03–1,05
Barn 9–12 år	Inget barn 9–12 år (referensgrupp)	4 211 785	590 024	14,0	1,00	-
	Barn i åldern 9–12 år	707 344	99 552	14,1	1,01	1,00–1,02
Barn 13–15 år	Inget barn 13–15 år (referensgrupp)	4 364 483	609 795	14,0	1,00	-
	Barn i åldern 13–15 år	554 646	79 781	14,4	0,98	0,97–0,99
Födelseregion	Sverige	3 876 936	536 106	13,8	1,00	-
	Norden utom Sverige	76 591	12 234	16,0	1,05	1,03–1,06
	EU 27 utom Norden	199 946	27 780	13,9	1,01	0,99–1,02
	Övriga Europa	134 291	22 619	16,8	1,04	1,03–1,05
	Afrika söder om Sahara	100 860	12 286	12,2	0,74	0,73–0,75
	Asien utan Mellanöstern	182 198	20 188	11,1	0,76	0,75–0,77
	Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet	273 388	47 263	17,3	1,15	1,14–1,16
	Nordamerika	23 690	2 985	12,6	0,96	0,92–0,99
	Sydamerika	47 325	7 694	16,3	1,02	1,00–1,04
	Oceanien	3 685	391	10,6	0,95	0,86–1,04
	Uppgift saknas	219	30	13,7	-	-

forts.

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI	
(Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla län)	Län						
	01 Stockholms län	1 201 733	151 008	12,6	0,94	0,91–0,96	
	03 Uppsala län	188 225	27 785	14,8	1,03	1,01–1,04	
	04 Södermanlands län	132 235	20 320	15,4	1,01	0,99–1,02	
	05 Östergötlands län	217 768	29 106	13,4	0,93	0,90–0,95	
	06 Jönköpings län	176 127	25 277	14,4	0,98	0,95–0,99	
	07 Kronobergs län	93 560	13 165	14,1	0,97	0,95–0,99	
	08 Kalmar län	111 280	15 057	13,5	0,90	0,88–0,92	
	09 Gotlands län	28 010	4 166	14,9	1,01	0,98–1,02	
	10 Blekinge län	70 362	9 968	14,2	0,95	0,93–0,97	
	11 Skåne län	624 726	84 078	13,5	0,94	0,92–0,96	
	13 Hallands län	162 478	23 134	14,2	0,99	0,96–1,00	
	14 Västra Götalands	838 241	121 797	14,5	1,00	0,98–1,02	
	17 Värmlands län	126 487	19 097	15,1	1,01	0,99–1,03	
	18 Örebro län	140 642	21 939	15,6	1,04	1,02–1,05	
	19 Västmanlands län	126 323	20 560	16,3	1,08	1,06–1,09	
	20 Dalarnas län	129 713	21 152	16,3	1,07	1,05–1,08	
	21 Gävleborgs län	128 845	20 039	15,6	1,02	1,00–1,04	
	22 Västernorrlands län	111 081	16 430	14,8	1,00	0,98–1,01	
	23 Jämtlands län	62 604	9 831	15,7	1,10	1,08–1,10	
	24 Västerbottens län	130 575	19 084	14,6	1,01	0,99–1,02	
	25 Norrbottens län	117 963	16 556	14,0	0,95	0,93–0,97	
		Uppgift saknas	151	27	17,9	–	–
	Sektor och företagsstorlek	Stat	374 294	48 941	13,1	1,04	1,03–1,05
		Region	272 125	49 780	18,3	1,03	1,02–1,05
Kommun		963 473	186 096	19,3	1,10	1,09–1,11	
Privat 1–9 anställda		833 160	85 731	10,3	0,85	0,84–0,85	
Privat 10–49 anställda		716 536	88 090	12,3	0,95	0,94–0,96	
Privat 50–249 anställda		652 879	85 103	13,0	0,99	0,98–1,00	
(Referensgrupp)							
Privat mer än 249 anställda		1 095 770	144 451	13,2	1,00	–	
Privat okänt antal anställda		10 892	1 384	12,7	0,96	0,92–1,01	
Yrkesområde SSYK2012 (Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla yrkesområden)	1 Chefsyrken	317 817	25 181	7,9	0,57	0,57–0,57	
	2 Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens	1 194 372	149 606	12,5	0,74	0,74–0,74	
	3 Yrke med krav på högskolekompetens eller motsvarande	600 166	65 743	11,0	0,80	0,80–0,80	
	4 Yrken inom administration och kundtjänst	368 956	53 987	14,6	0,95	0,95–0,95	
	51,52,54 Service-, försäljnings- och säkerhetsyrken	420 497	61 698	14,7	1,07	1,07–1,07	
	53 Omsorgsyrken	588 097	134 706	22,9	1,06	1,06–1,06	
	6 Yrken inom lantbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	60 745	7 043	11,6	1,14	1,12–1,15	
	7 Yrken inom byggverksamhet och tillverkning	412 852	63 329	15,3	1,30	1,30–1,30	
	8 Yrken inom maskinell tillverkning och transport m.m.	323 529	51 951	16,1	1,27	1,27–1,27	
	9 Yrke med krav på kortare utbildning eller introduktion	243 168	42 301	17,4	1,22	1,22–1,22	
	Uppgift saknas	388 930	34 031	8,7	–	–	

forts.

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
Näringsgren SNI2007 (Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla näringsgrenar)	Naturbruk A	75 288	6 199	8,2	0,83	0,82–0,84
	Tillverkning mm B,C,D,E	591 179	75 155	12,7	0,95	0,95–0,95
	Bygg F	362 721	49 990	13,8	1,12	1,12–1,12
	Handel G	578 894	70 616	12,2	0,97	0,97–0,97
	Transport H	226 207	34 040	15,0	1,10	1,10–1,10
	Hotell, restaurang, kultur I,R	270 198	29 192	10,8	0,93	0,93–0,94
	Tjänster J,K,L,M,N,S	1 125 195	122 481	10,9	0,95	0,95–0,95
	Offentlig förvaltning O	222 823	30 559	13,7	0,98	0,98–0,98
	Utbildning P	531 404	91 448	17,2	1,11	1,11–1,11
	Vård, omsorg, sociala tjänster Q	790 584	163 931	20,7	1,19	1,19–1,19
	Uppgift saknas	144 636	15 965	11,0	–	–



Tabell 2 Relativ risk för sjukfall, modell 2\*

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
	Totalt	4 919 129	689 576	14,0	–	–
Tid i Sverige för invandrad	(Referensgrupp) Född i Sverige	3 876 936	536 106	13,8	1,00	–
	0–5 år	223 141	23 289	10,4	0,88	0,87–0,89
	6–10 år	183 774	24 933	13,6	0,93	0,92–0,94
	11–20 år	233 434	36 896	15,8	0,98	0,97–0,99
	Över 20 år	256 158	45 663	17,8	1,06	1,05–1,07
	Uppgift saknas	145 686	22 689	15,6	–	–
Kommuntyp (SKR:s kommunindelning 2023)	1 Storstäder	953 627	116 247	12,2	0,94	0,93–0,95
	(Referensgruppi) 3 Större stad	1 241 260	174 982	14,1	1,00	–
	4 Pendlingskommun nära större stad	474 369	73 430	15,5	1,03	1,02–1,04
	5 Lågpendlingskommun nära större stad	227 013	35 691	15,7	1,03	1,02–1,05
	6 Mindre stad/tätort	526 784	77 299	14,7	1,00	0,99–1,00
	7 Pendlingskommun nära mindre tätort	245 643	38 380	15,6	1,03	1,02–1,04
	8 Landsbygdskommun	191 669	29 884	15,6	1,02	1,01–1,04
	9 Landsbygdskommun med besöksnäring	100 981	15 580	15,4	1,05	1,04–1,07
	Uppgift saknas	151	27	17,9	–	–
	Yrke SSKYK2012 (Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla yrken)	111 Politiker och högre ämbetsmän	2 768	168	6,1	0,48
112 Verkställande direktörer m.fl.		21 238	1 032	4,9	0,47	0,47–0,47
121 Ekonomi- och finanschefer		19 610	1 235	6,3	0,48	0,48–0,48
122 Personal- och HR-chefer		10 002	857	8,6	0,59	0,58–0,59
123 Förvaltnings- och planeringschefer		10 245	660	6,4	0,47	0,46–0,48
124 Informations-, kommunikations- och PR-chefer		4 708	371	7,9	0,59	0,56–0,61
125 Försäljnings- och marknadschefer		34 471	2 159	6,3	0,56	0,55–0,57
129 Övriga administrations- och servicechefer		26 376	2 118	8,0	0,62	0,60–0,62
131 IT-chefer		13 715	718	5,2	0,47	0,46–0,48
132 Inköps-, logistik- och transportchefer		12 633	925	7,3	0,64	0,63–0,64
133 Forsknings- och utvecklingschefer		6 395	329	5,1	0,45	0,42–0,47
134 Chefer inom arkitekt- och ingenjörsvrksamhet		12 537	889	7,1	0,59	0,58–0,59
135 Fastighets- och förvaltningschefer		4 444	340	7,7	0,67	0,64–0,70
136 Driftchefer inom bygg, anläggning och gruva		19 755	1 558	7,9	0,68	0,68–0,69
137 Produktionschefer inom tillverkning		16 530	1 097	6,6	0,62	0,62–0,62
138 Förvaltare inom skogsbruk och lantbruk m.fl.		966	81	8,4	0,91	0,78–1,06
141 Chefer inom grund- och gymnasieskola samt vuxenutbildning		12 593	1 268	10,1	0,62	0,62–0,62
142 Chefer inom förskoleverksamhet	4 576	557	12,2	0,67	0,65–0,69	
149 Övriga chefer inom utbildning	1 239	114	9,2	0,69	0,61–0,78	
151 Chefer inom hälso- och sjukvård	14 074	1 597	11,3	0,62	0,61–0,62	
152 Chefer inom socialt och kurativt arbete	5 116	628	12,3	0,70	0,69–0,71	
153 Chefer inom äldreomsorg	10 268	1 475	14,4	0,74	0,73–0,74	
154 Chefer och ledare inom trossamfund	875	98	11,2	0,87	0,75–0,99	
159 Övriga chefer inom samhällsservice	18 549	1 531	8,3	0,59	0,58–0,59	
161 Chefer inom bank, finans och försäkring	5 106	245	4,8	0,39	0,37–0,42	
171 Hotell- och konferenschefer	1 759	185	10,5	0,82	0,75–0,89	
172 Restaurang- och kökschefer	8 739	1 100	12,6	1,10	1,10–1,10	

forts.

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
forts. Yrke SSYK2012	173 Chefer inom handel	9 676	894	9,2	0,79	0,79–0,80
	174 Chefer inom friskvård, sport och fritid	1 766	182	10,3	0,89	0,81–0,96
	179 Chefer inom övrig servicenäring	7 088	770	10,9	0,86	0,85–0,87
	211 Fysiker och kemister m.fl.	6 703	546	8,1	0,64	0,62–0,65
	212 Matematiker, aktuarier och statistiker	2 380	163	6,8	0,53	0,48–0,58
	213 Biologer, farmakologer och specialister inom lant- och skogsbruk m.fl.	8 080	729	9,0	0,72	0,71–0,73
	214 Civilingenjörsvyrket	103 730	7 968	7,7	0,67	0,65–0,69
	216 Arkitekter och lantmätare	13 213	1 673	12,7	0,95	0,94–0,96
	217 Designer och formgivare	17 834	1 428	8,0	0,70	0,69–0,70
	218 Specialister inom miljö- och hälsoskydd	9 900	1 239	12,5	0,82	0,82–0,82
	221 Läkare	46 042	5 174	11,2	0,74	0,72–0,76
	222–223 Sjuksköterskor	114 809	22 603	19,7	1,00	0,96–1,04
	224 Psykologer och psykoterapeuter	10 933	1 750	16,0	0,95	0,94–0,96
	225 Veterinärer	2 947	534	18,1	1,18	1,15–1,21
	226 Tandläkare	6 919	1 104	16,0	1,00	0,99–1,00
	227 Naprapater, sjukgymnaster och arbetsterapeuter m.fl.	22 211	3 920	17,6	0,94	0,92–0,96
	228 Andra specialister inom hälso- och sjukvård	10 031	1 655	16,5	0,94	0,93–0,95
	231 Universitets- och högskollärare	38 019	3 181	8,4	0,62	0,61–0,63
	232 Lärare i yrkesämnen	12 000	1 561	13,0	0,90	0,90–0,91
	233 Gymnasielärare	31 772	3 511	11,1	0,74	0,73–0,76
	234 Grundskollärare, fritidspedagoger och förskollärare	202 185	36 111	17,9	1,01	0,96–1,05
	235 Andra pedagoger med teoretisk specialistkompetens	39 116	5 941	15,2	0,90	0,87–0,93
	241 Revisorer, finansanalytiker och fondförvaltare m.fl.	54 083	4 112	7,6	0,57	0,56–0,59
	242 Organisationsutvecklare, utredare och HR-specialister m.fl.	131 256	14 189	10,8	0,73	0,70–0,76
	243 Marknadsförare och informatörer m.fl.	45 719	4 375	9,6	0,70	0,68–0,72
	251 IT-arkitekter, systemutvecklare och testledare m.fl.	150 032	9 730	6,5	0,60	0,57–0,62
	261 Jurister	22 630	1 895	8,4	0,63	0,62–0,64
	262 Museiintendenter och bibliotekarier m.fl.	11 358	1 525	13,4	0,88	0,87–0,89
264 Författare, journalister och tolkar m.fl.	15 275	1 538	10,1	0,76	0,75–0,77	
265 Konstnärer, musiker och skådespelare m.fl.	11 426	1 192	10,4	0,87	0,87–0,88	
266 Socialsekreterare och kuratorer m.fl.	49 842	9 593	19,2	1,04	1,00–1,08	
267 Präster och diakoner	3 927	666	17,0	1,17	1,14–1,19	



forts.

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
forts. Yrke SSYK2012	311 Ingenjörer och tekniker	116 758	10 211	8,7	0,76	0,73–0,79
	312 Arbetsledare inom bygg och tillverkning m.m.	27 091	2 658	9,8	0,83	0,81–0,85
	315 Piloter, fartygs- och maskinbefäl m.fl.	5 007	401	8,0	0,71	0,68–0,74
	321 Biomedicinska analytiker, tandtekniker och laboratorieingenjörer m.fl.	30 036	4 309	14,3	0,91	0,88–0,93
	323 Terapeuter inom alternativmedicin	167	36	21,6	1,59	1,21–2,05
	324 Djursjukskötare m.fl.	3 432	776	22,6	1,45	1,43–1,46
	325 Tandhygienister	3 909	876	22,4	1,14	1,13–1,15
	331 Banktjänstemän och redovisningsekonomer m.fl.	60 326	6 185	10,3	0,71	0,69–0,74
	332 Försäkringsrådgivare, företagssäljare och inköpare m.fl.	138 654	12 390	8,9	0,74	0,71–0,77
	333 Förmedlare m.fl.	31 584	3 621	11,5	0,86	0,84–0,88
	334 Juristsekreterare, chefssekreterare och institutionssekreterare m.fl.	17 832	2 222	12,5	0,80	0,79–0,81
	335 Skatte- och socialförsäkringshandläggare m.fl.	46 509	6 763	14,5	0,94	0,91–0,97
	341 Behandlingsassistenter och pastorer	19 509	4 130	21,2	1,28	1,25–1,32
	342 Idrottsutövare och fritidsledare m.fl.	29 930	4 619	15,4	1,18	1,14–1,21
	343 Fotografer, dekoratörer och underhållningsartister m.fl.	8 026	858	10,7	0,84	0,83–0,84
	344 Trafiklärare och instruktörer	6 650	858	12,9	1,01	1,00–1,01
	345 Köksmästare och souschefer	3 564	457	12,8	1,14	1,11–1,18
	351 Drift-, support- och nätverkstekniker m.fl.	46 257	3 898	8,4	0,76	0,74–0,78
	352 Bild-, ljud- och ljus-tekniker m.fl.	4 925	475	9,6	0,93	0,90–0,96
	411 Kontorsassistenter och sekreterare	167 341	22 912	13,7	0,83	0,79–0,87
	421 Croupier och inkasserare	1 472	211	14,3	1,05	0,98–1,13
	422 Resesäljare, kundtjänstpersonal och receptionister m.fl.	65 127	9 432	14,5	1,04	1,00–1,08
	432 Lagerpersonal och transportledare m.fl.	114 978	18 346	16,0	1,36	1,30–1,41
	441 Biblioteks- och arkivassistenter m.fl.	2 904	404	13,9	0,90	0,86–0,93
	442 Brevbärare och postterminalarbetare	15 212	2 435	16,0	1,18	1,16–1,20
	443 Förtroendevalda	1 922	247	12,9	0,92	0,86–0,98
	511 Kabinpersonal, tågmästare och guider m.fl.	7 250	1 416	19,5	1,28	1,27–1,29
	512 Kockar och kallskänkor	40 908	7 069	17,3	1,23	1,19–1,27
	513 Hovmästare, servitörer och bartendrar	25 747	3 029	11,8	1,10	1,07–1,12
	514 Skönhets- och kroppsterapeuter	13 338	2 226	16,7	1,19	1,17–1,21
	515 Städledare och fastighetsskötare m.fl.	46 551	7 264	15,6	1,28	1,23–1,32
	516 Övrig servicepersonal	4 088	547	13,4	1,05	1,03–1,08
	522 Butikspersonal	229 422	32 149	14,0	1,06	1,02–1,11
523 Kassapersonal m.fl.	11 358	1 421	12,5	1,03	1,02–1,04	
524 Eventsäljare och telefonförsäljare m.fl.	7 842	926	11,8	1,04	1,03–1,04	
531 Barnskötare och elevassistenter m.fl.	132 345	29 098	22,0	1,28	1,23–1,33	
532 Undersköterskor	185 194	50 261	27,1	1,29	1,24–1,35	
533 Vårdbiträden	80 810	16 566	20,5	1,31	1,26–1,37	
534 Skötare, vårdare och personliga assistenter m.fl.	178 485	36 344	20,4	1,18	1,13–1,23	
535 Tandsköterskor	11 263	2 437	21,6	1,06	1,04–1,08	
541 Andra bevaknings- och säkerhetsyrken	33 993	5 651	16,6	1,35	1,30–1,39	
611 Växtodlare inom jordbruk och trädgård	27 525	3 679	13,4	1,25	1,22–1,29	

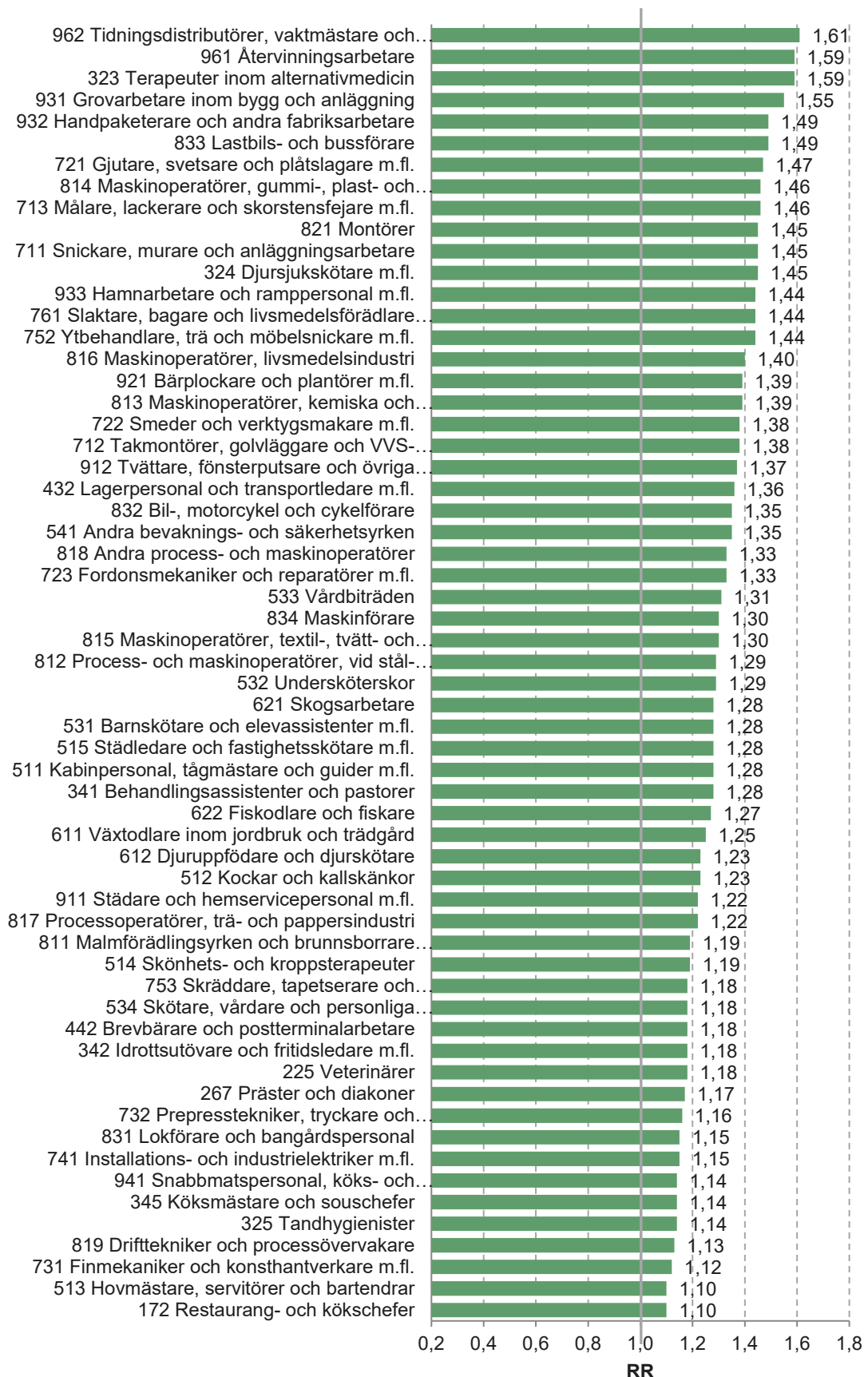
forts.

Variabel	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
forts.	612 Djuruppfödare och djurskötare	17 469	1 999	11,4	1,23	1,21–1,25
Yrke	613 Växtodlare och djuruppfödare, blandad drift	11 655	922	7,9	0,97	0,97–0,98
SSYK	621 Skogsarbetare	3 137	350	11,2	1,28	1,22–1,33
2012	622 Fiskodlare och fiskare	959	93	9,7	1,27	1,11–1,44
	711 Snickare, murare och anläggningsarbetare	111 853	18 424	16,5	1,45	1,39–1,51
	712 Takmontörer, golvläggare och VVS-montörer m.fl.	40 382	6 314	15,6	1,38	1,33–1,42
	713 Målare, lackerare och skorstensfejare m.fl.	26 717	4 514	16,9	1,46	1,42–1,51
	721 Gjutare, svetsare och plåtslagare m.fl.	26 039	4 179	16,0	1,47	1,43–1,52
	722 Smeder och verktygsmakare m.fl.	57 795	9 244	16,0	1,38	1,33–1,43
	723 Fordonsmekaniker och reparatörer m.fl.	61 799	8 709	14,1	1,33	1,28–1,37
	731 Finmekaniker och konsthandverkare m.fl.	4 138	539	13,0	1,12	1,09–1,14
	732 Prepressstekniker, tryckare och bokbindare m.fl.	5 985	789	13,2	1,16	1,14–1,17
	741 Installations- och industrielektriker m.fl.	47 231	6 007	12,7	1,15	1,11–1,19
	742 Elektronikreparatörer och kommunikationselektriker m.fl.	9 569	1 102	11,5	1,08	1,08–1,08
	752 Ytbehandlare, trä och möbelsnickare m.fl.	10 789	1 705	15,8	1,44	1,42–1,46
	753 Skräddare, tapetserare och läderhandverkare m.fl.	2 326	363	15,6	1,18	1,13–1,23
	761 Slaktare, bagare och livsmedelsförädlare m.fl.	8 229	1 440	17,5	1,44	1,43–1,45
	811 Malmförädlingsyrken och brunnborrare m.fl.	9 600	1 325	13,8	1,19	1,18–1,19
	812 Process- och maskinoperatörer, vid stål- och metallverk	18 029	2 815	15,6	1,29	1,26–1,32
	813 Maskinoperatörer, kemiska och farmaceutiska produkter m.m.	5 855	1 111	19,0	1,39	1,38–1,39
	814 Maskinoperatörer, gummi-, plast- och pappersvaruindustri	13 859	2 464	17,8	1,46	1,43–1,49
	815 Maskinoperatörer, textil-, tvätt- och läderindustri m.m.	5 045	917	18,2	1,30	1,29–1,31
	816 Maskinoperatörer, livsmedelsindustri	16 065	2 839	17,7	1,40	1,36–1,42
	817 Processoperatörer, trä- och pappersindustri	16 866	2 413	14,3	1,22	1,20–1,24
	818 Andra process- och maskinoperatörer	8 244	1 319	16,0	1,33	1,32–1,33
	819 Drifttekniker och processövervakare	20 295	2 721	13,4	1,13	1,11–1,16
	821 Montörer	52 763	8 959	17,0	1,45	1,39–1,50
	831 Lokförare och bangårdspersonal	5 887	881	15,0	1,15	1,14–1,16
	832 Bil-, motorcykel och cykelförare	22 288	3 415	15,3	1,35	1,32–1,39
	833 Lastbils- och bussförare	83 877	14 553	17,4	1,49	1,43–1,54
	834 Maskinförare	43 468	6 048	13,9	1,30	1,26–1,34
	835 Matroser och jungmän m.fl.	1 388	171	12,3	1,08	0,99–1,18
	911 Städare och hemservicepersonal m.fl.	83 544	15 634	18,7	1,22	1,17–1,27
	912 Tvättare, fönsterputsare och övriga rengöringsarbetare	6 749	1 043	15,5	1,37	1,37–1,37
	921 Bärplockare och plantörer m.fl.	4 493	611	13,6	1,39	1,36–1,41
	931 Grovarbetare inom bygg och anläggning	7 653	1 284	16,8	1,55	1,53–1,55
	932 Handpaketerare och andra fabriksarbetare	9 838	1 816	18,5	1,49	1,47–1,51
	933 Hamnarbetare och ramppersonal m.fl.	8 290	1 338	16,1	1,44	1,43–1,45
	941 Snabbmatpersonal, köks- och restaurangbiträden m.fl.	76 946	10 535	13,7	1,14	1,10–1,18
	952 Torg- och marknadsförsäljare	153	9	5,9	0,55	0,30–0,97
	961 Återvinningsarbetare	9 209	1 688	18,3	1,59	1,57–1,61
	962 Tidningsdistributörer, vaktmästare och övriga servicearbetare	36 293	8 343	23,0	1,61	1,55–1,66
	Uppgift saknas	388 930	34 031	8,7	-	-

\* I modell 2 justeras också för kön, åldersgrupp, sjukhistorik, civilstånd, antal barn 0–15 år, barn 0–2 år, barn 3–8 år, barn 9–12 år, barn 13–15 år, sektor och företagsstorlek samt näringsgren SNI2007.



Figur 21 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar efter yrke, SSYK2012



Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla yrken = 1,00. Not: Justerat för övriga variabler i modellen, se tabell 2.



Tabell 3 Relativ risk för sjukfall, modell 3\*

Interaktion	Kategorier	Antal individer	Antal sjukfall	Sjukfall %	RR	95 % CI
Kön x Åldersgrupp	16–19 år Man	58 502	3 015	5,2	1,00	0,96–1,04
	16–19 år Kvinna	74 646	3 922	5,3	1,05	0,94–1,17
	20–24 år Man	191 742	16 542	8,6	1,00	0,98–1,02
	20–24 år Kvinna	166 438	21 509	12,9	1,50	1,41–1,60
	25–29 år Man	270 483	24 332	9,0	1,00	0,98–1,02
	25–29 år Kvinna	246 380	45 128	18,3	2,01	1,90–2,12
	30–34 år Man	319 395	29 199	9,1	1,00	0,98–1,02
	30–34 år Kvinna	287 900	57 986	20,1	2,07	1,97–2,19
	35–39 år Man	289 375	26 306	9,1	1,00	0,98–1,02
	35–39 år Kvinna	261 491	48 248	18,5	1,88	1,78–1,99
	40–44 år Man (referensgrupp)	275 132	26 282	9,6	1,00	–
	40–44 år Kvinna	259 811	44 950	17,3	2,53	2,39–2,68
	45–49 år Man	287 005	28 953	10,1	1,00	0,98–1,02
	45–49 år Kvinna	274 921	49 639	18,1	1,59	1,51–1,68
	50–54 år Man	284 972	34 372	12,1	1,00	0,98–1,02
	50–54 år Kvinna	271 907	54 803	20,2	1,48	1,40–1,56
	55–59 år Man	274 194	42 297	15,4	1,00	0,98–1,02
	55–59 år Kvinna	260 050	58 580	22,5	1,32	1,25–1,39
	60–64 år Man	198 700	28 881	14,5	1,00	0,98–1,02
	60–64 år Kvinna	189 164	36 462	19,3	1,19	1,12–1,26
65– år Man	97 318	4 245	4,4	1,00	0,97–1,03	
65– år Kvinna	79 603	3 925	4,9	1,01	0,91–1,12	
Kön x Civilstånd	Ogift Man	1 298 839	127 497	9,8	1,00	0,99–1,01
	Ogift Kvinna	1 089 635	183 308	16,8	1,61	1,55–1,67
	Gift Man (referensgrupp)	1 008 538	103 524	10,3	1,00	–
	Gift Kvinna	969 582	171 947	17,7	1,69	1,64–1,74
	Skild Man	229 938	32 374	14,1	1,00	0,99–1,01
	Skild Kvinna	287 364	65 270	22,7	1,62	1,55–1,69
	Efterlevande Man	9 503	1 029	10,8	1,00	0,94–1,06
	Efterlevande Kvinna	25 730	4 627	18,0	1,07	0,94–1,21
Kön x Antal barn 0–15 år	Inga barn 0–15 Man (referensgrupp)	1 603 134	172 144	10,7	1,00	–
	Inga barn 0–15 Kvinna	1 478 100	257 073	17,4	1,52	1,46–1,59
	1 barn 0–15 Man	389 711	40 362	10,4	1,00	0,98–1,02
	1 barn 0–15 Kvinna	373 218	75 795	20,3	1,77	1,67–1,88
	2 barn 0–15 Man	415 264	37 323	9,0	1,00	0,97–1,03
	2 barn 0–15 Kvinna	400 092	68 973	17,2	1,63	1,50–1,76
	3 barn 0–15 Man	112 335	11 187	10,0	1,00	0,96–1,04
	3 barn 0–15 Kvinna	101 837	19 035	18,7	1,53	1,37–1,70
	4 eller fler barn 0–15 Man	26 374	3 408	12,9	1,00	0,95–1,06
	4 eller fler barn Kvinna	19 064	4 276	22,4	1,39	1,21–1,59
Kön x Barn 0–2 år	Barn 0–2 år Man	274 461	24 250	8,8	1,00	0,95–1,05
	Barn 0–2 år Kvinna	230 753	45 030	19,5	1,77	1,67–1,89
Kön x Barn 3–8 år	Barn 3–8 år Man	474 920	45 910	9,7	1,00	0,95–1,05
	Barn 3–8 år Kvinna	439 556	82 169	18,7	1,66	1,56–1,77
Kön x Barn 9–12 år	Barn 9–12 år Man	356 901	35 916	10,1	1,00	0,96–1,04
	Barn 9–12 år Kvinna	350 443	63 636	18,2	1,69	1,60–1,79
Kön x Barn 13–15 år	Barn 13–15 år Man	275 899	28 785	10,4	1,00	0,96–1,05
	Barn 13–15 år Kvinna	278 747	50 996	18,3	1,65	1,56–1,75

\* I modell 3 prövas interaktion mellan kön och ålder, civilstånd, antal barn 0–15 år, barn 0–2 år, barn 3–8 år, barn 9–12 år samt barn 13–15 år. I modellen justeras också för sjukhistorik, sektor och företagsstorlek samt näringsgren SNI2007.

**Tabell 4 Risk för sjukersättning, modell 1**

Variabel	Kategorier	Antal individer	Andel med SE	Tid till SE	HR	95 % CI
Tidigare sjukfall	Tidigare sjukpenning	389 088	5,0%	7,3	1,00	1,00-1,00
Sjukfall 60 dagar eller längre föregående år*	-	-	-	-	43,2	42,04-44,39
Kön	Kvinnor	515 173	3,2%	7,6	(1,00)	0,97-1,03
	Män (referensgrupp)	568 257	2,3%	7,9	1,00	-
Ålder	40 år	119 589	2,0%	7,7	0,77	0,73-0,81
	41 år	119 740	2,1%	7,7	0,82	0,77-0,86
	42 år	119 307	2,2%	7,7	0,88	0,84-0,93
	43 år	118 536	2,4%	7,8	0,92	0,87-0,97
	44 år (referensgrupp)	109 773	2,7%	7,8	1,00	-
	45 år	103 619	2,9%	7,7	1,05	1,00-1,11
	46 år	99 709	3,1%	7,8	1,15	1,09-1,21
	47 år	97 799	3,3%	7,7	1,20	1,14-1,27
	48 år	98 107	3,6%	7,6	1,32	1,26-1,39
	49 år	97 251	3,7%	7,7	1,35	1,28-1,41
Yrkesområde SSYK1996 (Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla yrken)	0 – Militärt arbete	3 396	0,5%	8,4	0,38	0,24 - 0,63
	1 – Ledningsarbete	73 280	1,0%	8,3	0,61	0,57 - 0,67
	2 – Arbete som kräver teoretisk specialkompetens	178 120	1,3%	7,8	0,68	0,65-0,72
	3 – Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	188 884	1,5%	7,8	0,72	0,69-0,76
	4 – Kontors och kundservice	77 792	2,6%	7,8	1,04	0,99-1,09
	5 – Service, omsorgs- och försäljningsarbete	179 630	3,6%	7,8	0,98	0,94-1,02
	6 – Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	15 175	2,4%	8,0	1,02	0,92-1,14
	7 – Hantverksarbete inom byggverksamhet	94 839	2,3%	8,2	0,92	0,88-0,97
	8 – Process och maskinoperatorsarbete transportarbete mm	105 919	2,9%	8,1	1,01	0,96-1,06
	9 – Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	53 968	6,1%	7,6	1,62	1,55-1,70
	Uppgift saknas	112 427	5,6%	7,2	--	--
Födelseregion	Sverige (referensgrupp)	900 792	2,4%	7,8	1,00	-
	Afrika söder om Sahara	11 110	3,0%	7,5	1,39	1,23-1,57
	Asien utan Mellanöstern	18 372	3,2%	7,7	1,33	1,21-1,46
	EU 28 utom Norden	44 807	4,3%	7,5	1,40	1,33-1,47
	MENA + Turkiet	46 549	5,4%	7,3	1,47	1,40-1,54
	Nordamerika	4 674	2,2%	8,9	1,10	0,89-1,35
	Norden utom Sverige	27 933	3,0%	7,7	1,16	1,08-1,24
	Oceanien	575	..	..	1,01	0,48-2,11
	Sydamerika	8 945	2,7%	7,7	0,93	0,81-1,06
	Övriga Europa	19 180	7,1%	7,5	1,84	1,73-1,96
	Uppgift saknas	40	--	--	--	--

\* Tidsvarierande kovariat

**Forts. Tabell 4**

Variabel	Kategorier	Antal individer	Andel med SE	Tid till SE	HR	95 % CI
Län	01 Stockholms län	242 544	1,9%	7,8	0,80	0,75–0,87
	03 Uppsala län	37 502	2,3%	7,6	0,88	0,80–0,96
	04 Södermanlands län	31 073	2,9%	7,7	1,16	1,05–1,27
	05 Östergötlands län	48 633	3,2%	7,5	1,34	1,23–1,46
	06 Jönköpings län	39 010	3,9%	7,7	1,72	1,58–1,87
	07 Kronobergs län	20 739	3,6%	7,5	1,52	1,37–1,68
	08 Kalmar län	27 181	3,7%	7,8	1,48	1,35–1,62
	09 Gotlands län	6 991	2,4%	7,9	1,13	0,96–1,33
	10 Blekinge län	17 378	2,6%	8,1	1,18	1,05–1,32
	11 Skåne län	139 313	3,7%	7,5	1,53	1,42–1,64
	13 Hallands län	35 091	2,3%	7,6	1,05	0,95–1,15
	14 Västra Götalands län	180 339	2,5%	7,6	1,00	0,93–1,08
	17 Värmlands län	31 757	2,7%	8,8	1,13	1,02–1,24
	18 Örebro län (referensgrupp)	31 498	2,7%	7,5	1,00	–
	19 Västmanlands län	29 385	2,5%	8,5	1,03	0,93–1,13
	20 Dalarnas län	31 877	2,7%	8,2	1,09	0,99–1,2
	21 Gävleborgs län	31 944	2,5%	8,7	1,04	0,94–1,15
	22 Västernorrlands län	28 601	3,5%	7,4	1,25	1,14–1,37
	23 Jämtlands län	14 669	3,1%	7,5	1,15	1,03–1,3
	24 Västerbottens län	27 836	2,5%	7,7	1,03	0,93–1,14
	25 Norrbottens län	30 069	3,2%	7,6	1,40	1,28–1,54

**Tabell 5 Risk för sjukersättning, modell 2\***

Variabel	Kategorier	Antal individer	Andel med SE	Tid till SE	HR	95 % CI
Tid i Sverige för invandrad	Född i Sverige (referensgrupp)	900 792	2,4%	7,8	1,00	–
	0–5 år	34 139	3,6%	7,8	1,89	1,65–2,16
	6–10 år	21 045	5,2%	7,5	1,79	1,68–1,91
	11–20 år	70 671	5,0%	7,3	1,50	1,44–1,55
	21 år och mer	54 968	3,7%	7,6	1,13	1,08–1,18
	Uppgift saknas	1 815	--	--	--	--
Kommuntyp (SKR:s kommunindelning 2023)	1 Storstäder	178 107	2,6%	7,6	0,81	0,78–0,84
	2 Pendlingskommun nära storstad	209 410	2,0%	7,6	0,71	0,68–0,74
	3 Större stad (referensgrupp)	244 888	3,0%	7,7	1,00	–
	4 Pendlingskommun nära större stad	94 780	3,2%	7,7	1,05	1,00–1,09
	5 Lågpendlingskommun nära större stad	70 903	2,9%	7,9	0,95	0,91–1,00
	6 Mindre stad/tätort	142 478	2,9%	7,7	1,01	0,97–1,05
	7 Pendlingskommun nära mindre tätort	67 843	3,2%	7,8	1,03	0,98–1,08
	8 Landsbygdskommun	58 267	3,2%	8,0	1,00	0,95–1,05
	9 Landsbygdskommun med besöksnäring	16 754	2,7%	8,1	0,87	0,79–0,96
Yrke SSYK1996 (Referensvärde är ett ovägt genomsnitt över alla yrken)	011 Militärer	3 396	0,5%	8,4	0,41	0,25 - 0,66
	111 Högre ämbetsmän och politiker	209	0,0%	–	–	–
	112 Chefstjänstemän i intresseorganisationer	218	..	..	0,31	0,04–2,18
	121 Verkställande direktörer, verkschefer m.fl.	6 980	..	..	0,67	0,52–0,87
	122 Drift- och verksamhetschefer	18 038	0,8%	8,5	0,58	0,49–0,68
	123 Chefer för särskilda funktioner	23 646	0,6%	8,6	0,57	0,49–0,67
	131 Chefer för mindre företag och enheter	24 189	1,5%	8,1	0,79	0,71–0,88
	211 Fysiker, kemister m.fl.	1 983	..	..	0,38	0,20–0,74
	212 Matematiker och statistiker	380	..	..	0,52	0,13–2,07
	213 Dataspecialister	23 270	1,0%	8,0	0,77	0,67–0,87
	214 Civilingenjörer, arkitekter m.fl.	17 359	0,5%	8,9	0,46	0,38–0,56
	221 Specialister inom biologi, jord- och skogsbruk m.m.	1 111	0,7%	9,3	0,42	0,21–0,84
	222 Hälso- och sjukvårdsspecialister	10 465	1,0%	7,5	0,54	0,45–0,66
	223 Barnmorskor; sjuksköterskor med särskild kompetens	10 297	1,5%	7,9	0,69	0,59–0,81
	231 Universitets- och högskolärare	6 929	1,0%	7,5	0,61	0,48–0,77
	232 Gymnasielärare m.fl.	13 913	1,7%	7,9	0,80	0,70–0,92
	233 Grundskollärare	18 987	1,9%	7,7	0,83	0,75–0,93
	234 Speciallärare	2 867	1,4%	7,0	0,63	0,46–0,86
	235 Andra pedagoger med teoretisk specialistkompetens	3 136	2,0%	7,9	0,95	0,74–1,21
	241 Företagsekonomer, marknadsförare och personaltjänstemän	24 252	1,0%	7,6	0,67	0,59–0,77
	242 Jurister	3 901	0,8%	8,3	0,64	0,46–0,91
	243 Arkivarier, bibliotekarier m.fl.	2 209	1,6%	7,7	0,90	0,64–1,26
	244 Samhälls- och språkvetare	1 334	1,6%	6,0	0,88	0,57–1,36
245 Journalister, konstnärer, skådespelare m.fl.	10 728	1,4%	7,9	0,82	0,70–0,97	
246 Präster	913	1,6%	7,7	0,74	0,44–1,23	
247 Administratörer i offentlig förvaltning	13 655	2,0%	7,7	0,99	0,87–1,12	
248 Administratörer i intresseorganisationer	1 866	1,6%	8,2	0,88	0,61–1,26	
249 Psykologer, socialsekreterare m.fl.	8 565	2,1%	8,0	0,77	0,66–0,90	
311 Ingenjörer och tekniker	33 213	1,0%	8,0	0,73	0,65–0,81	
312 Datatekniker och dataoperatörer	9 756	1,5%	8,0	1,01	0,86–1,19	
313 Fotografer; ljud- och bildtekniker, sjukhustekniker m.fl.	2 400	1,6%	6,6	0,86	0,62–1,19	
314 Piloter, fartygsbefäl m.fl.	1 920	0,7%	9,3	0,45	0,26–0,77	
315 Säkerhets- och kvalitetsinspektörer	1 695	0,9%	5,7	0,54	0,32–0,89	



Forts. Tabell 5

Variabel	Kategorier	Antal individer	Andel med SE	Tid till SE	HR	95 % CI
forts. Yrke SSYK1996	321 Lantmästare, skogsmästare m.fl.	555	1,8%	6,5	1,25	0,67–2,33
	322 Sjukgymnaster, tandhygienister m.fl.	9 070	1,6%	7,2	0,73	0,62–0,86
	323 Sjuksköterskor	16 423	1,8%	7,7	0,69	0,61–0,77
	324 Biomedicinska analytiker	2 081	1,7%	8,6	0,82	0,59–1,14
	331 Förskollärare och fritidspedagoger	21 922	2,0%	7,8	0,74	0,67–0,81
	332 Andra lärare och instruktörer	1 492	2,9%	7,9	1,28	0,95–1,72
	341 Säljare, inköpare, mäklare m.fl.	48 220	1,2%	8,2	0,77	0,70–0,84
	342 Agenter, förmedlare m.fl.	4 688	1,5%	7,3	0,71	0,56–0,90
	343 Redovisningsekonomer, administrativa assistenter m.fl.	15 947	1,6%	7,9	0,85	0,75–0,97
	344 Tull-, taxerings- och socialförsäkringstjänstemän	3 868	2,5%	7,0	1,07	0,88–1,32
	345 Poliser	3 497	1,3%	7,8	0,66	0,49–0,89
	346 Behandlingsassistenter, fritidsledare m.fl.	8 504	3,4%	7,8	1,08	0,96–1,22
	347 Tecknare, underhållare, professionella idrottsutövare m.fl.	3 318	1,4%	7,8	0,77	0,58–1,04
	348 Pastorer	315	1,6%	8,2	0,75	0,31–1,81
	411 Kontorssekreterare och dataregistrerare	9 887	2,5%	7,6	1,17	1,03–1,34
	412 Bokförings- och redovisningsassistenter	13 508	1,8%	8,0	0,97	0,85–1,10
	413 Lager- och transportassistenter	15 004	2,8%	8,1	1,22	1,10–1,34
	414 Biblioteksassistenter m.fl.	1 224	4,7%	7,8	1,78	1,37–2,31
	415 Brevbärare m.fl.	4 798	2,5%	8,1	0,94	0,79–1,13
	419 Övrig kontorspersonal	21 778	2,7%	7,7	1,19	1,09–1,30
	421 Kassapersonal m.fl.	2 732	3,7%	7,0	1,26	1,03–1,54
	422 Kundinformatörer	8 861	2,8%	8,0	1,12	0,99–1,28
	511 Resevärdar m.fl.	1 505	1,7%	8,6	0,55	0,37–0,82
	512 Storhushålls- och restaurangpersonal	12 547	3,2%	7,8	1,05	0,95–1,16
	513 Vård- och omsorgspersonal	124 436	4,0%	7,7	1,08	1,03–1,12
	514 Frisörer och annan servicepersonal, personliga tjänster	2 721	2,9%	8,0	1,10	0,88–1,37
	515 Säkerhetspersonal	6 770	2,0%	8,7	0,74	0,62–0,88
	522 Försäljare, detaljhandel; demonstratörer m.fl.	31 633	2,9%	7,8	1,12	1,04–1,20
	611 Växtodlare inom jordbruk och trädgård	5 959	3,0%	8,2	1,28	1,10–1,49
	612 Djuruppfödare och djurskötare	5 122	2,0%	7,8	0,95	0,78–1,15
	613 Växtodlare och djuruppfödare, blandad drift	2 465	1,9%	7,9	1,00	0,75–1,33
	614 Skogsbrukare	1 151	2,5%	8,5	1,27	0,88–1,83
	615 Fiskare och jägare	478	2,3%	7,5	1,29	0,71–2,34
	711 Gruv- och bergarbetare, stenhuggare	886	2,4%	7,0	1,01	0,65–1,56
	712 Byggnads- och anläggningsarbetare	23 336	1,9%	8,6	0,80	0,72–0,88
	713 Byggnadshantverkare	23 452	2,5%	8,2	1,12	1,03–1,23
	714 Målare, lackerare, skorstensfejare m.fl.	5 554	2,3%	8,0	0,98	0,82–1,17
	721 Gjutare, svetsare, plåtslagare m.fl.	8 993	2,5%	8,3	1,04	0,91–1,19
	722 Smeder, verktygsmakare m.fl.	3 003	2,2%	8,6	1,00	0,78–1,28
	723 Maskin- och motorreparatörer	13 766	2,2%	8,3	1,03	0,92–1,16
	724 Elmontörer, tele- och elektronikreparatörer m.fl.	8 404	2,0%	8,1	1,06	0,91–1,24
	731 Finmekaniker m.fl.	1 247	2,6%	8,4	1,26	0,89–1,79
	732 Drejare, glashytte-arbetare, dekorationsmålare m.fl.	344	3,5%	7,0	1,57	0,89–2,77
	734 Grafiker m.fl.	1 822	2,4%	8,6	1,23	0,91–1,67
	741 Slaktare, bagare, konditorer m.fl.	2 325	3,3%	7,5	1,19	0,95–1,48
	742 Möbelsnickare, modellsnickare m.fl.	691	2,2%	8,5	0,92	0,55–1,53



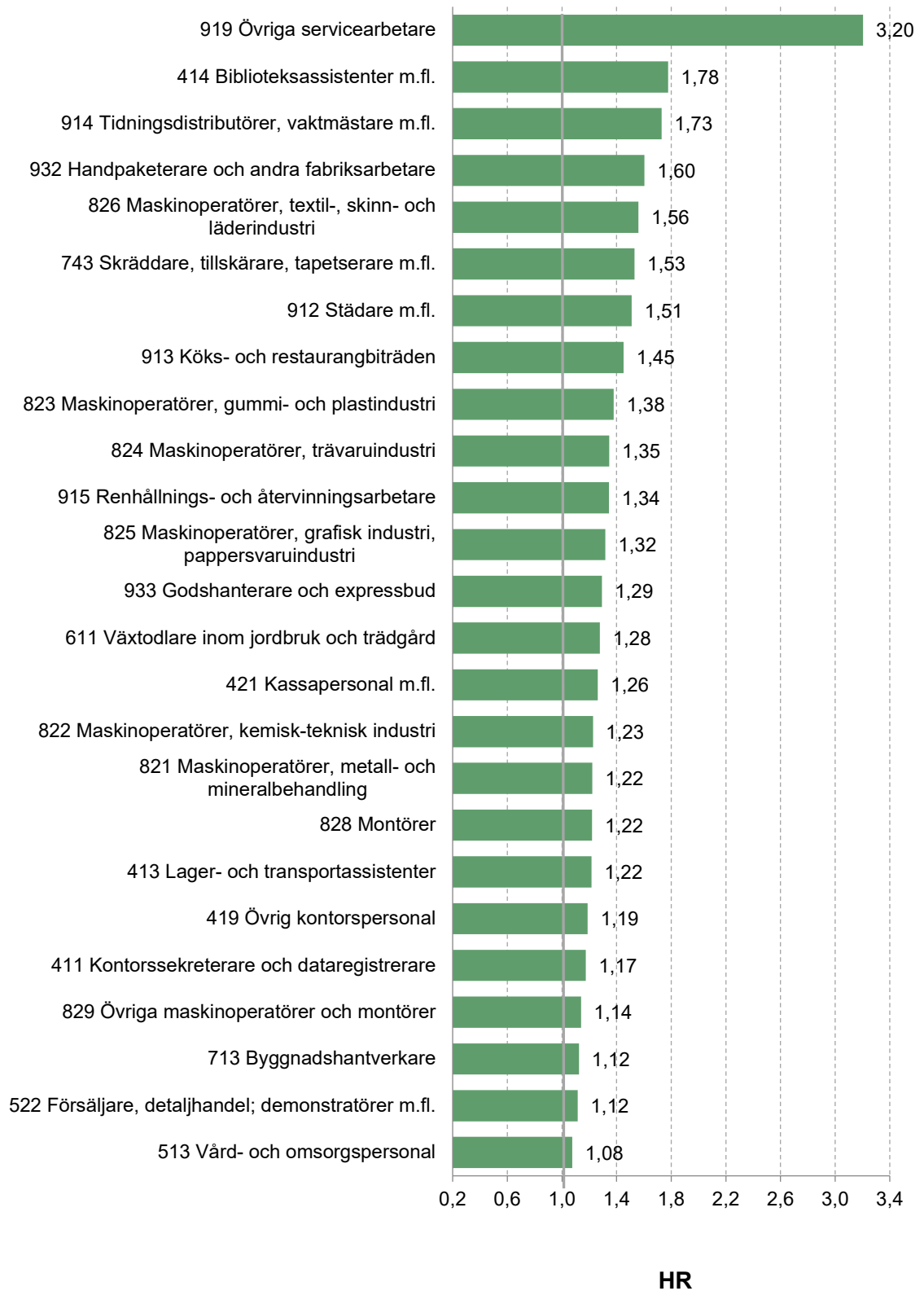
**Forts. Tabell 5**

Variabel	Kategorier	Antal individer	Andel med SE	Tid till SE	HR	95 % CI	
forts. Yrke SSYK1996	743 Skräddare, tillskärare, tapetserare m.fl.	821	3,9%	6,5	1,53	1,08–2,18	
	744 Garvare, skinnberedare och skomakare	148	..	..	1,35	0,56–3,23	
	811 Malmförädlingsoperatörer, brunnsborrare m.fl.	461	1,7%	7,8	0,88	0,44–1,75	
	812 Processoperatörer vid stål- och metallverk	3 834	2,4%	8,1	1,08	0,88–1,33	
	813 Processoperatörer, glas och keramiska produkter	447	2,9%	8,8	1,28	0,74–2,20	
	814 Processoperatörer, trä- och pappersindustri	5 904	2,3%	8,1	1,07	0,91–1,27	
	815 Processoperatörer, kemisk basindustri	2 167	1,5%	8,5	0,79	0,56–1,12	
	816 Driftmaskinister m.fl.	1 353	1,6%	10,5	0,93	0,60–1,42	
	817 Industrirobotoperatörer	299	2,7%	7,4	1,25	0,62–2,49	
	821 Maskinoperatörer, metall- och mineralbehandling	14 213	2,7%	8,1	1,22	1,10–1,36	
	822 Maskinoperatörer, kemisk-teknisk industri	3 590	3,3%	8,4	1,23	1,03–1,47	
	823 Maskinoperatörer, gummi- och plastindustri	3 681	3,7%	8,2	1,38	1,16–1,63	
	824 Maskinoperatörer, trävaruindustri	3 329	3,5%	7,7	1,35	1,12–1,62	
	825 Maskinoperatörer, grafisk industri, pappersvaruindustri	3 665	2,8%	8,2	1,32	1,08–1,60	
	826 Maskinoperatörer, textil-, skinn- och läderindustri	1 787	5,3%	7,6	1,56	1,26–1,92	
	827 Maskinoperatörer, livsmedelsindustri m.m.	4 150	3,1%	7,4	1,06	0,89–1,27	
	828 Montörer	12 711	3,1%	7,8	1,22	1,10–1,35	
	829 Övriga maskinoperatörer och montörer	7 949	3,0%	8,2	1,14	1,00–1,30	
	831 Lokförare m.fl.	1 383	1,4%	9,3	0,72	0,46–1,13	
	832 Fordonsförare	26 650	3,0%	8,1	1,02	0,95–1,10	
	833 Maskinförare	7 884	2,0%	8,4	0,93	0,79–1,10	
	834 Däckspersonal	462	2,6%	8,8	1,26	0,71–2,21	
	912 Städare m.fl.	18 643	5,8%	7,7	1,51	1,41–1,62	
	913 Köks- och restaurangbiträden	10 396	5,2%	7,4	1,45	1,33–1,59	
	914 Tidningsdistributörer, vaktmästare m.fl.	4 198	4,6%	7,8	1,73	1,50–2,00	
	915 Renhållnings- och återvinningsarbetare	2 286	3,7%	7,9	1,34	1,08–1,67	
	919 Övriga servicearbetare	6 836	13,5%	7,4	3,20	2,99–3,44	
	921 Medhjälpare inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	574	3,7%	7,8	1,39	0,91–2,14	
	931 Grovarbetare inom bygg och anläggning	761	2,5%	7,8	1,00	0,64–1,57	
	932 Handpaketerare och andra fabriksarbetare	7 088	4,7%	7,8	1,60	1,43–1,79	
	933 Godshanterare och expressbud	3 108	3,3%	8,4	1,29	1,06–1,57	
	Uppgift saknas		112 427	5,6%	7,2	--	--

\* I modell 5 justeras också för kön, åldersgrupp, sjukhistorik och sjukfall över 60 dagar året innan under uppföljningsperioden. Yrken med färre än 100 individer redovisas inte. För att skydda enskilda individer så att risk för röjande inte föreligger har celler med för få individer röjandehanterats och markerats med ..



Figur 22 Risk (hasardkvot) för sjukersättning efter yrke, SSYK1996



Justerat för övriga variabler i modellen, se tabell 5.