

Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen

Delrapport 4 – Slutredovisning

Vårt diarienummer: FK 2023/002328
Upplysningar: Analytiker Alma Wennemo Lanninger
010-116 79 37
alma.wennemo.lanninger@forsakringskassan.se
Webbplats: www.forsakringskassan.se



Förord

Rapporten har skrivits av Ulrik Lidwall och Alma Wennemo Lanninger, analytiker vid Avdelningen för ledningsstöd och analys på Försäkringskassan.

Värdefulla kommentarer på rapporten har lämnats av Susanna Petersson Kero, verksamhetsutvecklare på Avdelningen för funktionsnedsättning och varaktigt nedsatt arbetsförmåga och Elin Sporning, verksamhetsutvecklare på Avdelningen för sjukförsäkring på Försäkringskassan.

Tack till granskarna Ulrich Stoetzer, sakkunnig organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågor på Arbetsmiljöverket och Malin Junestav och Helena Persson Schill, analytiker på Avdelningen för ledningsstöd och analys. Värdefulla bidrag har även lämnats av Jon Dutrieux och Jonatan Nikander, analytiker på Avdelningen för ledningsstöd och analys.

Innehåll

Delrapport 4 – Slutredovisning.....	1
Sammanfattning.....	5
Kvinnor har ett högre nyttjande av sjukförsäkringen.....	5
Nyttjandet skiljer sig mycket åt mellan sysselsatta i olika yrken och branscher	5
Stora socioekonomiska skillnader i arbetsvillkor och hälsa	6
Behov av förebyggande arbete	6
Viktigt att analysera en långsiktig försörjningssituation	7
Inledning.....	8
Om uppdraget	8
Disposition.....	8
Om den svenska sjukförsäkringen	9
Antal mottagare av sjukersättning har minskat	9
Varför studera skillnader mellan olika grupper?.....	10
Skillnader mellan olika grupper vad gäller sjukpenning.....	11
Könsskillnaderna störst i åldrarna 25 till 44 år	11
Boende i storstäder har lägre sjukfallsrisk	12
Personer med eftergymnasial utbildning har sjukpenning i lägre grad	12
Nyttjandet av sjukpenning är lägst bland personer med lägst och högst inkomster.....	13
Stora skillnader mellan yrken och branscher	13
Utrikes födda som nyligen invandrat har en lägre risk för längre sjukfall	14
Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har stor betydelse.....	14
Skillnader mellan olika grupper vad gäller sjukersättning	17
Könsskillnaderna i sjukersättning ett resultat av tidigare skillnader i sjukpenningnyttjande	17
I mindre städer och landsbygdskommuner är nyttjandet högre	18
Stora socioekonomiska skillnader i nyttjandet av sjukersättning	18
Personer i tjänstemannayrken löper lägre risk för sjukersättning	19
Utrikes födda har högre risk för sjukersättning	20
Diskussion.....	21
Kön och socioekonomi centralt för att förstå skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen	21
Skilda mönster mellan utrikes födda som varit kort eller lång tid i Sverige.....	23
Sambandet mellan längre sjukfall och varaktig sjukersättning har försvagats	24
En framgångsrik välfärdspolitik?	25
Referenser	27

Diagrambilaga	32
Köns- och ålderskillnader	34
Socioekonomiska skillnader	39
Skillnader mellan inrikes och utrikes födda	46
Regionala skillnader	50



Sammanfattning

Sjukförsäkringen syftar till att ge ett ekonomiskt skydd till den som förlorat hela eller delar av sin inkomst på grund av sjukdom eller skada. Alla människor kan drabbas av sjukdomar eller skador som försämrar deras arbetsförmåga, men nyttjandet av både sjukpenning och sjukersättning skiljer sig systematiskt åt mellan olika grupper i samhället. I den här rapporten summerar vi regeringsuppdraget *Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen*.

Kvinnor har ett högre nyttjande av sjukförsäkringen

Det finns ett politiskt uttalat mål om att skillnaden i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män ska minska.¹ I dagsläget ser vi inga sådana tendenser. Kvinnor har en högre nyttjandegrad² av både sjukpenning och sjukersättning och nyttjar i snitt nästan dubbelt så många sjukpenningdagar som män.³ Även justerat för individfaktorer så som yrke, bransch, tidigare sjukfall och familjesituation, har kvinnor 60 procents högre risk för längre sjukfall.⁴ Könsskillnaderna är särskilt stora i åldersgruppen 25–44 år. I dessa åldrar är många sjukskrivna för stressrelaterad psykisk ohälsa. Att kvinnor har en högre sjukfrånvaro brukar förklaras med en kombination av arbetsrelaterade och privatlivsrelaterade faktorer. Kvinnors fler och längre sjukfall avspeglas också i nyttjandet av sjukersättningen, eftersom längre sjukfall tydligt hänger samman med risk för senare sjukersättning.⁵

Nyttjandet skiljer sig mycket åt mellan sysselsatta i olika yrken och branscher

Nyttjandet av sjukpenning skiljer sig även mycket åt mellan olika yrkesgrupper och branscher. Risken att påbörja ett sjukfall är lägre inom tjänstemannayrken och högre inom yrken som innebär mer manuellt arbete. Sysselsatta inom branscherna vård, omsorg och sociala tjänster, utbildning, bygg och transport har högre risk för längre sjukfall. För sjukersättning har vi funnit ett liknande mönster, med lägre risk för sjukersättning bland personer i tjänstemannayrken. En del andra yrkesgrupper med mer manuellt arbete har jämfört med arbetsmarknaden som helhet inte en signifikant skillnad i risk för sjukersättning. Däremot är risken för sjukersättning hög bland personer i arbeten utan krav på särskild yrkesutbildning, så som tidningsdistributörer, städare och köks- och

¹ Prop. 2021/22:1.

² Nyttjandegraden fås genom att ta antal personer som fått sjukpenning/sjukersättning under ett år och dela det med antal sysselsatta i åldrarna 19–69 år/antal personer i åldrarna 19–64 år samma år, se diagrambilagan.

³ Försäkringskassan (2023b).

⁴ I rapporten åsyftar *risk* en statistisk risk, det ska inte läsas som att utfallet i sig, att ha fått sjukpenning eller sjukersättning, är någonting negativt.

⁵ Försäkringskassan (2024c).



restaurangbiträden. Dessa yrken sysselsätter många utrikes födda, som har en något högre risk för sjukersättning.

Stora socioekonomiska skillnader i arbetsvillkor och hälsa

De socioekonomiska skillnaderna i sjukfrånvaro och hälsa är välkända.⁶ Nyttjandet av sjukpenning är betydligt lägre inom grupper med längre utbildning och högre inkomster. Sambandet är starkare för män än för kvinnor, vilket förklaras av att högutbildade kvinnor har en högre sjukfrånvaro än högutbildade män. Delvis beror det på att även kvinnor med längre utbildning oftare arbetar inom branscher med hög sjukfrånvaro, som inom vård, skola och omsorg.⁷

Skillnaderna i nyttjandet av sjukpenning mellan olika grupper förklaras till del av skilda arbetsvillkor och skillnader i fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Höga emotionella krav i arbetet, obalans mellan krav och kontroll och hög fysisk arbetsbelastning är exempel på faktorer som ökar risken för både längre sjukfall och sjukersättning.⁸ Ytterligare en förklaring är att olika grupper i samhället har olika livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor som påverkar hälsan och i förlängningen arbetsförmågan.⁹

Skillnaderna förstärks ytterligare av en hälsoselektion till olika yrken och positioner, där personer med sämre hälsa i större utsträckning hamnar i yrken med lägre status. Sådana yrken är förknippade med en högre risk för sjukersättning.¹⁰ Parallellt finns en positiv hälsoselektion till de mest kvalificerade yrkena på arbetsmarknaden där sjukfrånvaron är lägre och arbetsvillkoren bättre.¹¹

Behov av förebyggande arbete

På grund av att förutsättningar för hälsa skiljer sig mellan olika grupper är det förväntat med skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Hur stora dessa ska vara kan diskuteras, och vad som särskilt borde diskuteras är vad som kan förebyggas. Sjukförsäkringens syfte är att erbjuda ett ekonomiskt skydd, men den kompenserar inte fullt ut för det inkomstbortfall som frånvaro från arbetet innebär. Förutom direkta negativa effekter av att drabbas av sjukdom eller skada, får själva sjukfrånvaron konsekvenser på såväl livsinkomster som pension.

De delar av sjukfrånvaron som är direkt kopplade till arbetsförhållanden går att förebygga genom förbättrad organisatorisk och social arbetsmiljö. Förbättrade villkor i arbetslivet borde därmed kunna minska skillnaderna mellan olika yrkesgrupper och branscher likväl som mellan kvinnor och män, eftersom

⁶ Försäkringskassan (2024a).

⁷ Försäkringskassan (2020a).

⁸ Försäkringskassan (2024a).

⁹ Folkhälsomyndigheten (2023).

¹⁰ Hensing et al. (2024).

¹¹ Försäkringskassan (2014a).



kvinnor och män i stor utsträckning arbetar i yrken med olika villkor. Särskilt fokus bör läggas vid att förebygga den stressrelaterade psykiska ohälsan som särskilt drabbar kvinnor. Eftersom risken för sjukfrånvaro verkar vara starkare kopplad till privatlivsrelaterade faktorer för kvinnor, bör även en jämnare fördelning av hem- och omsorgsarbete minska deras sjukfrånvaro.¹²

Viktigt att analysera en långsiktig försörjningssituation

Andelen personer som har sjukersättning har minskat kraftigt sedan kriterierna för att beviljas det skärptes 2008. Minskningen har varit tydlig inom alla sociodemografiska grupper som studerats i detta uppdrag, men särskilt stor har den varit hos utrikes födda. Samvariationen mellan längre sjukfall och hur många som nybeviljas sjukersättning har försvagats. Det är alltså en större grupp människor som inte beviljas sjukersättning, även om de under långa perioder haft en nedsatt arbetsförmåga med sjukpenning. Av dessa har säkerligen de flesta återfått arbetsförmåga efter sitt längre sjukfall. Men även om majoriteten som haft ett längre sjukfall återgår i arbete ser vi ett behov av att studera den långsiktiga försörjningssituationen närmare. En viktig fråga är exempelvis om personer som haft en lång sjukfrånvaro senare genom egen arbetsinkomst uppnår en skälig levnadsnivå. Att studera detta kan ge ett fördjupat svar på frågan om sjukförsäkringen ger ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga och ett effektivt stöd för återgång i arbete, för alla grupper i samhället.

¹² Försäkringskassan (2024b).



Inledning

Om uppdraget

Denna rapport är den fjärde och sista delrapporten inom regeringsuppdraget *Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen*. Till denna slutredovisning är syftet att summera regeringsuppdraget genom att ge en samlad och fördjupad bild av skillnaderna mellan olika grupper och hur dessa förklaras. Särskilt fokus i uppdraget har varit på könsskillnader men även skillnader mellan olika åldersgrupper, efter socioekonomisk status, mellan inrikes och utrikes födda samt mellan boende i olika delar av Sverige har analyserats. Uppdraget har besvarats genom tre tidigare delleveranser:

- I den första delrapporten, en kvantitativ översikt, använde vi registerdata för att beskriva skillnader mellan olika grupper gällande hur stor andel som har sjukpenning och sjukersättning och hur det har utvecklats över tid. Antal sjukpenningdagar per sysselsatt i olika grupper redovisades också.
- Den andra delleveransen bestod av en forskningsöversikt, skriven av forskarna Kristina Holmgren och Anna-Maria Hultén vid Göteborgs universitet. Forskningsöversikten baserades på kvantitativ forskning om sjukfrånvaro i relation till demografiska, socioekonomiska och arbetsmiljömässiga faktorer i Sverige och andra europeiska länder med liknande arbetsmarknad och socialförsäkringssystem. Det primära fokuset var på könsskillnader och hur dessa förklarades. Forskningsöversikten beskrev både påvisade kvantitativa skillnader och de statistiska metoder som används för att studera skillnader i sjukfrånvaro mellan olika grupper.
- Till den tredje delrapporten genomförde vi fördjupade kvantitativa analyser om risken för sjukpenning eller sjukersättning i olika grupper, justerat för relevanta och tillgängliga faktorer. Även till den användes registerdata där risken för ett längre sjukfall analyserades med logistisk regression där oddskvoter (OR) räknades om till relativa risker (RR). Risken för sjukersättning i olika grupper analyserades över tid med en Cox proportional hazard regression som genererade hasardkvoter (HR). Dessa anger risken för att få sjukersättning med hänsyn till den tid det tar fram till dess att en person får sjukersättning.

Disposition

Efter en kort beskrivning av sjukförsäkringen nedan beskrivs först skillnader mellan olika grupper vad gäller sjukpenning. Detta följs av ett motsvarande kapitel om skillnader mellan olika grupper vad gäller sjukersättning. Slutredovisningen avslutas med ett diskussionskapitel där vi bland annat sammanfattar de faktorer vi såg i den fördjupade analysen till delleverans 3 om risken att påbörja ett längre sjukfall med sjukpenning eller sjukersättning. Som tidigare utlovat finns statistiken som redovisades till delleverans 1 uppdaterat med aktuella uppgifter. Dessa ligger i diagrambilagan.



Om den svenska sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen syftar till att ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall. Medan sjukpenning ska ersätta inkomstbortfall för den som tillfälligt inte kan arbeta ska sjukersättning ersätta inkomstbortfall för den som permanent inte kan arbeta och därför helt eller delvis lämnat arbetsmarknaden.

Sjukpenning vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga

Den som arbetar och är försäkrad i Sverige och förlorar sin arbetsförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall kan få sjukpenning för att kompensera sitt inkomstbortfall. För den som är anställd ansvarar arbetsgivaren oftast för att betala sjuklön under de första 14 dagarna i en sjukperiod. Om nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår efter perioden med sjuklön kan man ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan. Den som är arbetslös eller egenföretagare kan ansöka om sjukpenning redan från början av sjukperioden. Ersättningens storlek baseras på personens sjukpenninggrundande inkomst.¹³

Sjukersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga

Sjukersättningen kan beviljas en person som har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga. Nedsättningen på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning ska medföra att personen troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid. Ersättningen är antingen en inkomstrelaterad ersättning som är knuten till den tidigare arbetsinkomsten eller en garantiersättning som utgår till personer med inga eller låga förvärvsinkomster.

Antal mottagare av sjukersättning har minskat

Hur många som får sjukpenning varje år varierar och beror på såväl regelverk och tillämpning som situationen på arbetsmarknaden och på arbetskraftens sammansättning. I början av 2000-talet var sjukfrånvaron hög och i syfte att minska den infördes ett halveringsmål 2003, varpå en nedgång inleddes. Efter införandet av rehabiliteringskedjan och en bortre tidsgräns 2008 var antalet mottagare under 2010 den lägsta på många år. Därefter ökade antal mottagare till 2016, vilket till 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. Under de senaste tre åren har mellan 620 000 och 630 000 personer haft sjukpenning varje år. Andelen långa sjukfall har under perioden ökat något.

Sjukersättningen infördes 2003 och ersatte, tillsammans med aktivitetsersättning, det tidsbegränsade sjukbidraget och förtidspension. Under 2008 skärptes kriterierna för att beviljas sjukersättning¹⁴ och tidsbegränsad sjukersättning avskaffades, vilket ledde till en kraftig nedgång i antalet personer som beviljades ersättningen. Antal mottagare har sedan dess mer än halverats.

¹³ För den som är arbetslös begränsas ersättningen till det så kallade arbetslöshetstaket med högst 543 kronor per dag.

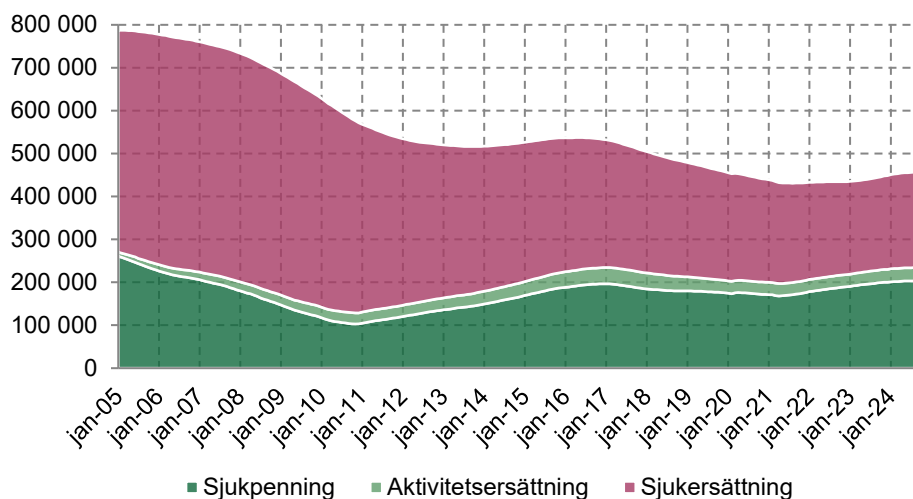
¹⁴ Prop. 2007/08:136.



År 2022 trädde nya bestämmelser om sjukersättning för äldre personer i kraft vilket innebar att arbetsförmågan hos personer i åldrarna 61–65 år bedöms mot de arbeten som personen har erfarenhet av under de senaste femton åren eller annat lämpligt arbete som personen har erbjudits. För personer i åldrarna 19–60 år bedöms arbetsförmågan mot alla arbeten på arbetsmarknaden. I dagsläget är det cirka 220 000 personer som får sjukersättning varje månad.

Som framgår i Figur 1 är den mest framträdande förändringen i den totala sjukfrånvaron att betydligt färre personer får sjukersättning i dag jämfört med under 2005. Hur många som har ett pågående sjukfall med sjukpenning har varierat, men blivit mer stabilt över tid. Mönstret håller i sig även när antalet sätts i relation till den befolkning som har möjlighet att få sjukpenning.

Figur 1 **Antal personer med sjukpenning (pågående sjukfall), aktivitetsersättning eller sjukersättning januari 2005-december 2024. Rullande tolv månadersmedelvärden**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS.

Varför studera skillnader mellan olika grupper?

Alla riskerar att drabbas av sjukdom eller skada som påverkar ens arbetsförmåga och möjlighet till försörjning. Risken likväl som nyttjandet av sjukförsäkringen är dock olika hög i olika grupper. Sjukförsäkringen är ett viktigt ekonomiskt skydd, men att bli sjuk eller skadad får konsekvenser för såväl livsinkomster som framtida pension. Det är därför relevant att undersöka skillnader i nyttjandet och hur det ändrats över tid.



Skillnader mellan olika grupper vad gäller sjukpenning

Inom detta regeringsuppdrag har vi tittat på vilka grupper som har sjukpenning och hur det har utvecklats över tid. Vi har också analyserat vilka grupper av de sysselsatta i åldern 16–69 år som i slutet av 2021 löper högst risk för att påbörja ett sjukfall med sjukpenning under kommande två år. Fokus har varit på skillnaden mellan kvinnor och män, olika åldersgrupper och skillnader efter socioekonomisk status mätt efter utbildningsnivå, inkomstnivå och yrkesgrupp. Därtill har vi analyserat skillnader mellan inrikes och utrikes födda samt mellan boende i olika delar av Sverige. Sjukfrånvaron och hur många som får sjukpenning varierar år till år.¹⁵ Flera olika aspekter påverkar den statistiska risken för att en person ska drabbas av sjukdom eller skada och få sjukpenning. I de fördjupade analyserna har vi visat att skillnader mellan olika grupper kvarstår även efter justering för relevanta bakgrundsfaktorer.

Könsskillnaderna störst i åldrarna 25 till 44 år

Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män och följaktligen ett högre nyttjande av sjukpenning. Kvinnors sjukfrånvaro har varit högre än mäns sedan mitten av 1980-talet då kvinnor började förvärvsarbete i allt högre grad och skillnaden i sysselsättningsgrad mellan kvinnor och män minskade.¹⁶ Till viss del sjukskrivs kvinnor och män för olika diagnoser och deras sjukskrivningar är även olika långa, då kvinnor generellt har längre sjukfall än män. Under 2022 fick 14 procent av de sysselsatta kvinnorna och 8 procent av de sysselsatta männen i åldern 19–69 år sjukpenning.¹⁷

Andelen sysselsatta som får sjukpenning är som lägst för personer under 30 år och som högst i åldersgruppen 50–59 år. För män ökar nyttjandet i takt med stigande ålder. Kvinnors sjukfrånvaro är precis som männens som lägst bland personer under 30 år, men ökar kraftigt i åldersgruppen 30–39 år. Det är också i dessa åldrar som risken för sjukskrivning i stressrelaterad psykisk ohälsa är som högst. Under de senaste fem åren har stressrelaterade sjukskrivningar ökat med 25 procent och kvinnor löper mer än dubbelt så hög risk för längre sjukfall på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa jämfört med män.¹⁸ Könsskillnaderna är stora i alla åldersgrupper utom bland de yngsta och bland de äldsta. Störst är könsskillnaderna i åldrarna 25 till 44 år då risken för ett sjukfall med sjukpenning är fördubblad för kvinnor.¹⁹

Kvinnor och män som befinner sig i likartade sammanhang påverkas på likartat sätt gällande risk för sjukskrivning.²⁰ Att det trots det finns stora könsskillnader i risk kan bero på att graden av faktisk exponering skiljer sig åt. Kvinnors högre risk för längre sjukfall med sjukpenning brukar förklaras av en kombination av

¹⁵ Försäkringskassan (2023a) och (2023b).

¹⁶ Försäkringskassan (2018b).

¹⁷ Källa: SCB:s registerdata LISA, egna beräkningar. I figur 4 i diagrambilagan redovisas nyttjandegrad för sjukpenning under 2022 efter kön och åldersgrupp.

¹⁸ Försäkringskassan (2024b).

¹⁹ Försäkringskassan (2024c)

²⁰ Försäkringskassan (2024a).



bristande jämställdhet i privatlivet och av bristande organisatorisk och social arbetsmiljö i arbetslivet.²¹ För risken att påbörja ett längre sjukfall har privatlivsrelaterade faktorer så som civilstånd och att ha hemmaboende barn betydelse för både kvinnor och män. Effekten för kvinnor är dock starkare, eftersom kvinnor oftare tar ett större ansvar för obetalt hushållsarbete och för omsorg om barn och anhöriga parallellt med att de yrkesarbetar. Kvinnor arbetar dessutom i hög grad inom välfärdstjänsterna som är kända för en omfattande sjukfrånvaro.²²

Boende i storstäder har lägre sjukfallsrisk

Boende i storstäder och storstadsnära kommuner har ett lägre nyttjande av sjukpenning än boende i mindre städer och landsbygdskommuner.²³ Denna skillnad syns även i analyser av risk för sjukpenning där vi också kontrollerar för bland annat yrke och ålder.²⁴ Skillnaderna i risk för längre sjukfall med sjukpenning är större mellan län än mellan olika kommuntyper. Det tyder på att också andra strukturella förhållanden utöver befolkningstäthet, arbetspendling och näringsstruktur har betydelse för regionala skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen. ISF gjorde 2010 en analys av perioden 1996–2010 och fann att de regionala skillnaderna blev allt mer föränderliga över tid.²⁵ En studie från 2017 indikerade att hälso- och sjukvården i landets regioner kan ha betydelse för sjukfallslängden i flera vanliga sjukskrivningsdiagnoser. Men sambanden är komplexa och de strukturella faktorernas betydelse för sjukskrivningspraxis i olika delar av landet behöver studeras närmare.²⁶ Ökade kunskaper om betydelsen av primärvårdens arbete är särskilt värdefullt eftersom sjukskrivna i regel kommer i kontakt med primärvården när sjukskrivning blir aktuellt.

Personer med eftergymnasial utbildning har sjukpenning i lägre grad

Till den första delrapporten delades den sysselsatta befolkningen in i tre övergripande nivåer efter högsta avslutade utbildningsnivå: förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. Andelen personer med en eftergymnasial utbildning har ökat kraftigt över tid, särskilt bland kvinnor.²⁷ Sysselsatta personer med en eftergymnasial utbildning har ett lägre nyttjande av sjukpenning. Det är också lägre hos kvinnor och män med gymnasial utbildning jämfört med kvinnor och män med förgymnasial utbildning.

Könsskillnaderna är så stora att högutbildade kvinnor med det lägsta nyttjandet ändå har ett högre nyttjande än vad lågutbildade män har. Skillnaden mellan män med olika utbildningsnivå är större än skillnaderna mellan kvinnor med olika utbildningsnivå.²⁸ En anledning till att högre utbildning inte är en lika

²¹ Försäkringskassan (2014a), (2020) och (2024b).

²² Försäkringskassan (2018a), (2024b) och (2024c).

²³ Försäkringskassan (2023b).

²⁴ Försäkringskassan (2024c).

²⁵ ISF (2010).

²⁶ Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017).

²⁷ SCB (2024).

²⁸ Försäkringskassan (2023b), Magnusson et al. (2024).



skyddande faktor mot sjukfrånvaro för kvinnor som för män, är att högtbildade kvinnor i högre grad arbetar i yrken och branscher med bristande organisatorisk och social arbetsmiljö, främst inom olika typer av välfärdstjänster.²⁹

Nyttjandet av sjukpenning är lägst bland personer med lägst och högst inkomster

Precis som för högsta avslutade utbildningsnivå finns stora skillnader i nyttjandet av sjukpenning mellan människor med olika inkomst. Till delleverans 1 delades den sysselsatta befolkningen också in i kvintiler utifrån förvärvsinkomst. Den första kvintilen bestod av de 20 procent med lägst förvärvsinkomst och den femte kvintilen bestod av de 20 procent med högst inkomst. Det är just i kvintil 1 och i kvintil 5 som nyttjandet är som lägst, även om det förklaras av olika saker.

Att låginkomsttagare har ett lågt nyttjande kan förklaras av att de har tillfälliga eller oregelbundna inkomster och därför i lägre grad är sjukpenningförsäkrade. Personer med en svagare ställning på arbetsmarknaden kan också ha en lägre benägenhet att nyttja försäkringen än dem som har en tryggare anställning. Detta då de kan vara rädda att missa framtida arbetstillfällen eller upplever att de inte har råd att vara sjukfrånvarande.³⁰ Personer med näst lägst inkomster har det högsta nyttjandet. Andelen sysselsatta personer som har sjukpenning avtar sedan med stigande inkomst. Under 2022 var det nio procent av kvinnorna i gruppen med högst inkomst som hade fått sjukpenning under året jämfört med 21 procent i gruppen med näst lägst inkomst. Motsvarande siffror för män var fyra mot tolv procent.³¹

Stora skillnader mellan yrken och branscher

En persons yrkestillhörighet har stor betydelse för risken att starta ett längre sjukfall. Olika yrken innebär olika risk för arbetsrelaterad sjukdom eller skada. Inom tjänstemannayrken är risken lägre och inom yrken med mer manuellt arbete är risken betydligt högre. Risken för att påbörja ett sjukfall är hög i yrken inom hantverk, bygg, transport och tillverkning. Den är också hög i specifika yrken utan krav på utbildning, vilket till del beror på sämre arbetsförhållanden och på tunga och repetitiva arbetsuppgifter. Något som ytterligare förstärker mönstret är att det också finns ett omvänt förhållande, där personer som redan har en sämre hälsa hamnar i dessa yrken. Stora yrkesgrupper inom vård och omsorg som vårdbiträden, undersköterskor, och barnskötare samt skötare och personliga assistenter, har också en hög risk för längre sjukfall. Sett till bransch är sjukfrånvaron högst inom vård, omsorg och sociala tjänster; byggbranschen; utbildningssektorn samt inom transportbranschen.³²

²⁹ Härenstam och Nyberg (2021), Nyberg et al. (2021) och Försäkringskassan (2018a).

³⁰ ISF (2024).

³¹ Se figur 25 i diagrambilagan.

³² Försäkringskassan (2024c). Detta är ett mönster som det senaste decenniet beskrivits i ett flertal rapporter, se t.ex. Försäkringskassan (2014a), (2018) och (2020).



Sambandet mellan socioekonomisk status och sjukfrånvaro är svagare för kvinnor än för män. Att det är det beror på att kvinnor med längre utbildning/högre inkomster har en högre sjukfrånvaro än vad män i motsvarande position har. Kvinnor och män har olika arbetsvillkor och utför olika arbetsuppgifter på kvinnodominerade och mansdominerade arbetsplatser. Det är vanligare att uppleva obalans mellan krav och kontroll på kvinnodominerade arbetsplatser.³³ Samtidigt har utvecklingen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön varit mer negativ inom kvinnodominerade verksamheter.³⁴ Skillnader mellan typiskt manliga och kvinnliga yrken förklarar en stor del av könsskillnaderna i sjukfrånvaron.³⁵

Utrikes födda som nyligen invandrat har en lägre risk för längre sjukfall

Utrikes födda har historiskt haft högre sjukfrånvaro än inrikes födda.³⁶ Totalt sett har dock sysselsatta utrikes födda kvinnor ett lägre nyttjande av sjukpenning än sysselsatta inrikes födda. Skillnaden mellan utrikes och inrikes födda män är mindre.³⁷ Utrikes födda, och särskilt utrikes födda kvinnor, har en svagare ställning på arbetsmarknaden. Det lägre nyttjandet av sjukpenning bland både kvinnor och män brukar förklaras med att utrikes födda har sämre tillgång till sjukförsäkringen, även i de fall de är sysselsatta.³⁸ Detta framför allt genom att många har ett sporadiskt arbetskraftsdeltagande och följaktligen inte har en inkomst som berättigar till de inkomstbaserade försäkringarna.³⁹

Jämfört med inrikes födda har utrikes födda med kort vistelsetid i Sverige ett betydligt lägre nyttjande av sjukpenning. Även när vi i den fördjupade analysen till delleverans 3 justerade för andra relevanta faktorer så som ålder, bransch och yrke kvarstod mönstret. Utrikes födda med en längre vistelsetid har däremot ett något högre nyttjande. Skillnaderna mellan inrikes födda och utrikes födda som varit länge i Sverige har dock minskat över tid.⁴⁰ I den fördjupade analysen kunde vi visa att risken för ett längre sjukfall successivt ökade med vistelsetiden i Sverige. Utrikes födda som varit i Sverige i mer än tjugo år hade en högre risk jämfört med inrikes födda.

Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har stor betydelse

Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön på arbetsplatsen har betydelse för hälsan och sjukfrånvaron. Många av orsakerna till sjukfrånvaro, så som stressrelaterad psykisk ohälsa och värk i kroppen, är direkt kopplade till

³³ Karlqvist et al. (2012).

³⁴ Nyberg et al. (2021).

³⁵ Laaksonen et al. (2010), Härenstam & Nyberg (2021) och Försäkringskassan (2024b).

³⁶ Dunlavy et al. (2017).

³⁷ Se figur 27 i diagrambilagan.

³⁸ Laun et al. (2020).

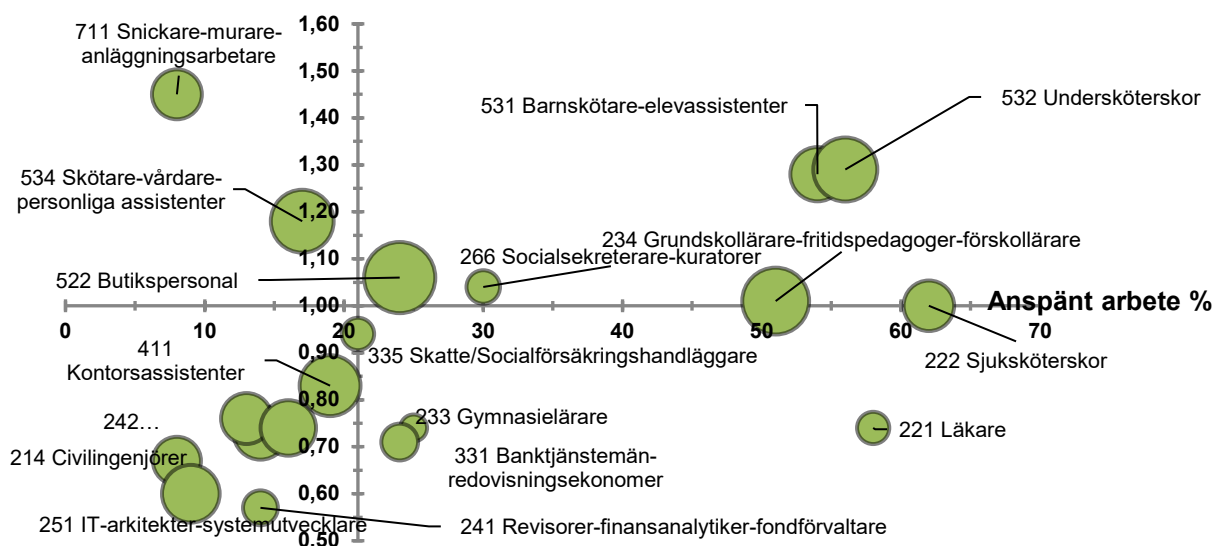
³⁹ Försäkringskassan (2017).

⁴⁰ Se figur 28 i diagrambilagan.

arbetsförhållanden. Flera av de inkluderade artiklarna i forskningsöversikten i delleverans 2 studerade sambandet mellan arbetsmiljö och risk för längre sjukfall och sjukersättning.⁴¹ Höga emotionella krav i kombination med låg kontroll över arbetet innebär en ökad risk för sjukskrivning. Kvinnor har i högre grad arbeten med hög anspänning, där det är just höga krav och lågt inflytande över arbetet.⁴²

I Figur 2 nedan har vi kombinerat analysresultat från delleverans 3 om relativa risker för sjukfall över 14 dagar under 2022 och 2023⁴³ med uppgifter från Arbetsmiljöverket om andelen som har ett anspänt arbete under 2021.⁴⁴ Detta för att illustrera kopplingen mellan den högre risken för att påbörja ett sjukfall i vissa yrkesgrupper med andelen med ett anspänt arbete.

Figur 2 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar 2022/2023 i olika yrkesgrupper efter andelen som har ett anspänt arbete under 2021



Källa: Arbetsmiljöverket 2022 och Försäkringskassan 2024c. Axlarna skär varandra i genomsnittsvärdet för hela arbetsmarknaden.

Som framgår av figuren är det två yrkesgrupper som sticker ut i att både ha en hög risk för längre sjukfall i kombination med en hög andel som upplever ett anspänt arbete; barnskötare och elevassistenter samt undersköterskor. En svensk forskningsstudie har visat att kombinationen av fysiskt ansträngande arbete och psykosocial arbetsbelastning ökar sjukfrånvarorisker bland undersköterskor.⁴⁵ Även om andelen skötare, vårdare och personliga assistenter som har anspänt arbete inte är lika hög är det i den gruppen istället vanligare med erfarenheter av hot och våld i arbetet, vilket också det ökar

⁴¹ Försäkringskassan (2024a).

⁴² Arbetsmiljöverket (2021).

⁴³ I modellen har det också kontrollerats för individfaktorer och andra relevanta faktorer.

⁴⁴ Anspänt arbete innebär höga krav och låg kontroll enligt den så kallade krav-kontrollmodellen.

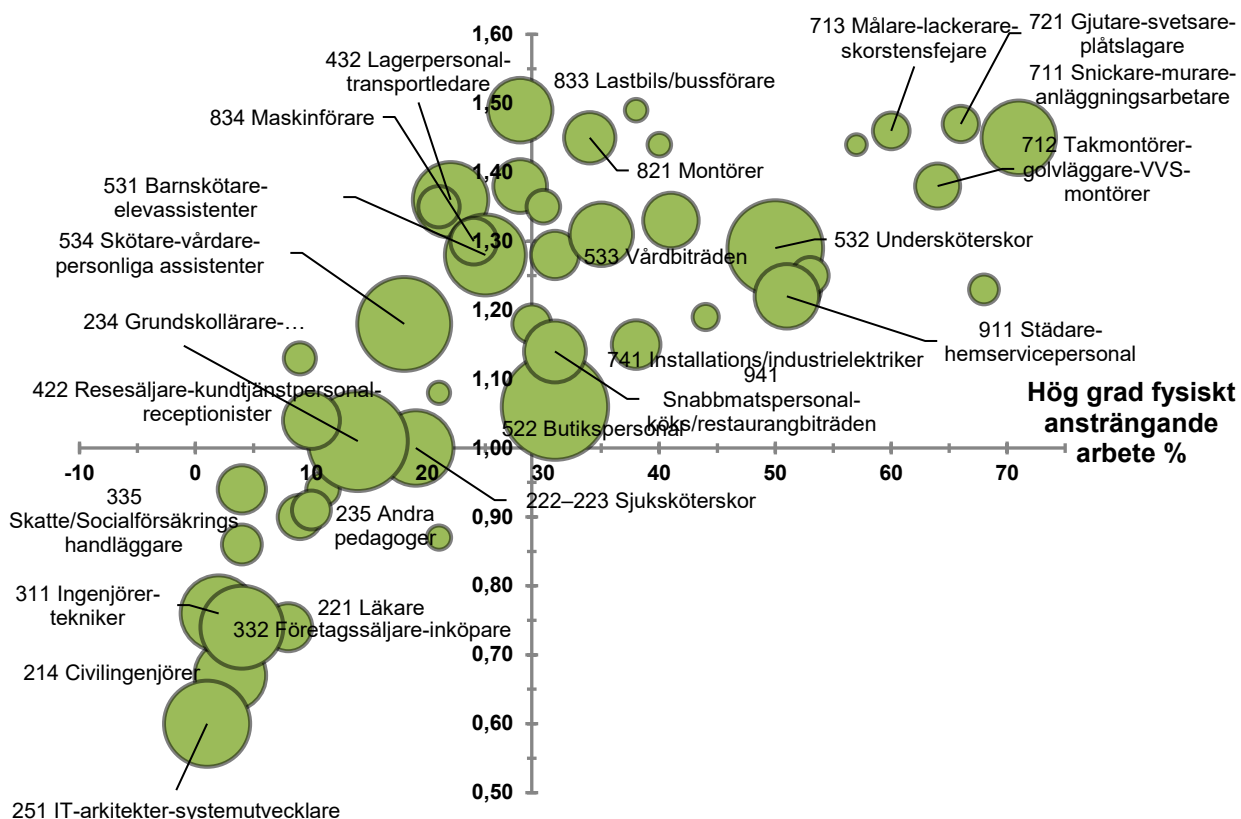
⁴⁵ Helgesson et al. (2020).

riskerna för längre sjukfall. Fler kvinnor än män utsätts för hot och våld på sitt arbete.⁴⁶

Andelen läkare som har ett anspänt arbete är också hög, men personer i yrkesgruppen hade lägre risk för sjukfall 2022/2023. I tidigare studier har läkare dock stuckit ut som riskyrke för längre sjukfrånvaro.⁴⁷

Nedan presenterar vi en liknande figur. I den visas istället andelen i vissa yrkesgrupper som har en hög grad av fysiskt ansträngande arbete. Dessa kombineras med våra analysresultat från delleverans 3, där vi tagit fram relativa risker för sjukfall över 14 dagar i olika yrkesgrupper. Yrken där en hög andel har en hög grad av fysiskt ansträngande arbete är bland annat snickare, målare och svetsare. Dessa har också en hög risk att påbörja ett sjukfall. Även yrkesgrupper som undersköterskor och städare/hemservicepersonal har en hög grad av kroppsligt ansträngande arbete och en hög risk för sjukfall med sjukpenning.

Figur 3 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar 2022/2023 i olika yrkesgrupper efter andelen som har ett fysiskt ansträngande arbete under 2021



Källa: Arbetsmiljöverket 2022 och Försäkringskassan 2024c. Axlarna skär varandra i genomsnittsvärdet för hela arbetsmarknaden.

⁴⁶ Arbetsmiljöverket (2021).

⁴⁷ Försäkringskassan (2020a).



Skillnader mellan olika grupper vad gäller sjukersättning

Sjukersättning syftar precis som sjukpenning till att ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga. Sjukpenning kan beviljas för stressrelaterade diagnoser, benbrott och graviditetsrelaterad nedsättning av arbetsförmågan medan sjukersättning enbart beviljas personer med en sjukdom eller funktionsnedsättning som är så pass genomgripande att deras arbetsförmåga är nedsatt för all överskådlig framtid. Med det sagt finns det både likheter och olikheter gällande vilka grupper som får dessa två ersättningar.

I arbetet med detta regeringsuppdrag har gruppen som har och har fått sjukersättning beskrivits och analyserats. I den första delrapporten presenterades hur skillnader utvecklats över tid. Vi kunde med den konstatera hur nyttjandet av sjukersättning i alla sociodemografiska grupper minskat. När den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades och villkoren för tills vidare ersättning skärptes 2008 antog sjukersättningen ny form. Det mer restriktiva regelverket har inneburit att skillnaderna mellan olika grupper blivit mindre. I forskningsöversikten till delleverans 2 konstaterades att det finns stora könsskillnader och socioekonomiska skillnader i vilka som får sjukersättning, där forskningen främst skett på data före 2008. För att undersöka ifall det mönstret kvarstår valde vi att i vår fördjupade analys följa en studiepopulation som ifall de fått sjukersättning, fått det enligt det senare mer restriktiva regelverket.

Könsskillnaderna i sjukersättning ett resultat av tidigare skillnader i sjukpenningnyttjande

Fler kvinnor än män har sjukersättning och med stigande ålder ökar nyttjandet. Under 2022 var det knappt 14 procent av kvinnorna och nio procent av männen i åldrarna 60–64 år som hade sjukersättning.⁴⁸ I delleverans 1 konstaterade vi att könsskillnaden blivit marginellt mindre. Ett huvudresultat från den fördjupade analysen till delleverans 3 är att kvinnor inte har en överrisk för sjukersättning, när vi i regressionsanalyserna kontrollerar för tidigare och längre sjukfall.⁴⁹ Sambandet mellan tidigare omfattande sjukfrånvaro och risken för sjukersättning är stark.⁵⁰ Även i en norsk studie har det konstaterats att det är ålder och längd på tidigare sjukfall snarare än kön som förklarar kvinnors högre risk för sjukersättning.⁵¹ Att kvinnor oftare får sjukersättning än män förklaras alltså av att de i högre utsträckning har längre sjukfall, vilket är en stark förklaringsfaktor för risken att senare beviljas sjukersättning.

⁴⁸ Se figur 12 i diagrambilagan.

⁴⁹ Försäkringskassan (2024c).

⁵⁰ Salonen et al. (2018), Almroth et al. (2024) Alexanderson et al. (2012).

⁵¹ Gjesdal et al. (2002).



I mindre städer och landsbygdskommuner är nyttjandet högre

Andelen i befolkningen som har sjukersättning är högre i mindre städer och landsbygdskommuner än i storstäder, medelstora städer och pendlingskommuner. En lägre andel av bosatta i Stockholms län, Uppsala län och Hallands län och en högre andel i Kalmar län, Norrbottens län och Västernorrlands län har sjukersättning.⁵² Även när vi justerar för bland annat yrke och ålder hade personer i våra tre storstäder samt boende i pendlingskommuner till dessa en signifikant lägre risk för sjukersättning. Från den fördjupade analysen till dellerans 3 framkom även att boende i länen i södra Götaland hade högst risk för sjukersättning under en femtonårig uppföljningsperiod.⁵³ Det har visats att kommuner med hög förekomst av sjukersättning likväl som förekomst av socioekonomisk utsatthet är koncentrerade till samma områden i Sverige.⁵⁴

Stora socioekonomiska skillnader i nyttjandet av sjukersättning

Förutom kön är socioekonomisk status relevant i analysen av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen. Flera av de inkluderade artiklarna i forskningsöversikten till dellerans 2 beskrev ett starkt samband mellan socioekonomi och sjukersättning.⁵⁵ Andelen som har sjukersättning skiljer sig mycket mellan grupper med olika utbildningsnivå. Av personer med enbart förgymnasial utbildning var det 9,2 procent som hade sjukersättning 2022, att jämföra med 1,3 procent av dem med eftergymnasial utbildning.⁵⁶ Sambandet mellan utbildningsnivå och sjukersättning är starkare för män än för kvinnor men bland kvinnor har sambandet ökat något.

Personer med förgymnasial utbildning har i större utsträckning nedsatt hälsa. Detta till följd av exempelvis sämre arbetsförhållanden, försörjningsmöjligheter, levnadsvanor och tillgång till hälso- och sjukvård.⁵⁷ Utbildningsrelaterade skillnader i sjukersättning har visats vara extra framträdande i yngre åldersgrupper.⁵⁸ Personer som har hälsoproblem tidigt i livet har ofta svårare att genomgå en längre utbildning och en låg utbildning innebär en ökad risk för sjukersättning oavsett diagnos.⁵⁹

⁵² Försäkringskassan (2023b).

⁵³ Försäkringskassan (2024c).

⁵⁴ Virtanen et al. (2022). Socioekonomisk utsatthet utgjordes i studien av relativ fattigdom, arbetslöshet och stora inkomstskillnader på kommunnivå.

⁵⁵ Försäkringskassan (2024a).

⁵⁶ Se figur 19 i diagrambilagan.

⁵⁷ Folkhälsomyndigheten (2023).

⁵⁸ Nilsen et al. (2012).

⁵⁹ Samuelsson et al. (2012).



Personer i tjänstemannayrken löper lägre risk för sjukersättning

Få svenska studier har tittat specifikt på betydelsen av yrke sedan det mer restriktiva regelverket infördes 2008. Tidigare studier pekar på att manuella yrken med hög fysisk belastning har stor betydelse för risken för sjukersättning.⁶⁰ Mönstret känns igen från risken att påbörja ett längre sjukfall. En senare svensk registerstudie har visat att fysiskt ansträngande arbete ökar risken för sjukersättning generellt, och i synnerhet bland undersköterskor.⁶¹ Hensing med kollegor har också visat att lågstatusyrken med lägre utbildningskrav har högre risk för sjukersättning.⁶²

I den fördjupade analysen som genomfördes till delleverans 3 följde vi en studiepopulation i åldrarna 40–49 under 15 år. Den studiepopulationen utgjordes av en grupp som ifall de fått sjukersättning, fått det enligt det mer restriktiva regelverket. Ett tydligt resultat från analysen var att personer som arbetade i tjänstemannayrken, justerat för andra faktorer, hade en betydligt lägre risk för sjukersättning.

En yrkesgrupp som skilde ut sig med en markant högre risk för sjukersättning var personer sysselsatta i yrken utan krav på utbildning (yrkesområde 9 enligt SSK 1996).⁶³ Yrkena inom yrkesområde 9, som bland annat består av städare, tidningsdistributörer och köks- och restaurangbiträden, sysselsätter många med högst förgymnasial utbildning, varav en stor del också är utrikes födda.⁶⁴ Personer med låg utbildning har sämre möjligheter på arbetsmarknaden och blir oftare kvar i yrken med sämre arbetsmiljö. Detta bidrar till att en större andel personer med sämre hälsa arbetar i dessa yrken jämfört med exempelvis tjänstemannayrken som kräver högre utbildning.⁶⁵

Jämfört med ett ovägt genomsnitt hade inte alla yrkesgrupper en signifikant skillnad i risk för sjukersättning. På detta sett skilde sig resultaten mellan analysen av risk för längre sjukfall och risk för sjukersättning åt. Vi tolkar det som att risken för sjukersättning ser ut att vara mindre knuten direkt till en persons yrke, och mer till mer generella socioekonomiska skillnader mellan olika grupper. Införandet av äldrereglerna skulle eventuellt kunna förstärka kopplingen mellan yrkesgrupp och sjukersättning. Detta då reglerna syftar till att förenkla för personer med ett långt arbetsliv inom fysiskt belastade yrken att kunna få sjukersättning.⁶⁶ Försäkringskassans utvärdering av äldrereglerna pekar i denna riktning, då sjukersättning har ökat mer för personer med fysiskt krävande yrken.⁶⁷

⁶⁰ Falkstedt et al. (2014).

⁶¹ Gustafsson et al. (2019).

⁶² Hensing et al. (2024).

⁶³ Försäkringskassan (2024c).

⁶⁴ Arbetsförmedlingen (2018).

⁶⁵ Östlin (1988), Wagenaar et al. (2012).

⁶⁶ Prop. 2021/22:220.

⁶⁷ Försäkringskassan (2023c).



Utrikes födda har högre risk för sjukersättning

Utrikes födda är en mycket heterogen grupp men generellt har utrikes födda både sämre livsvillkor och delvis sämre hälsa jämfört med inrikes födda.⁶⁸ Det finns betydande skillnader i utbildningslängd, sysselsättningsgrad och inkomster mellan utrikes och inrikes födda, och särskilt utrikes födda kvinnor har en svag ställning på arbetsmarknaden.⁶⁹ Utrikes födda upplever i högre utsträckning fysiska arbetsmiljöbelastningar och arbetar oftare inom yrken och branscher som kan vara skadliga för hälsan.⁷⁰

Inom detta regeringsuppdrag har vi visat att utrikes födda har en högre risk för sjukersättning, även justerat för ålder, yrke och tid i Sverige.⁷¹ Personer från övriga Europa utanför EU har högst risk⁷², något som även framkom i vår fördjupade analys.

Andelen utrikes födda som har sjukersättning har dock minskat över tid. Av dem som varit i Sverige i mer än tio år var det år 2005 16,2 procent av alla i åldersgruppen som hade sjukersättning, att jämföra med 4,7 procent 2022.⁷³ Motsvarande siffra för personer födda i Sverige var 9,8 mot 3,8 procent. Men ett resultat från den fördjupade analysen är att utrikes födda även med det restriktivare regelverket från 2008 har en högre risk för sjukersättning.⁷⁴

⁶⁸ Folkhälsomyndigheten (2019).

⁶⁹ Engdahl et al. (2024).

⁷⁰ Arbetsmiljöverket (2023).

⁷¹ Johansson et al. (2012).

⁷² Di Thiene et al. (2017).

⁷³ Se figur 34 i diagrambilagan.

⁷⁴ Försäkringskassan (2024c).

Diskussion

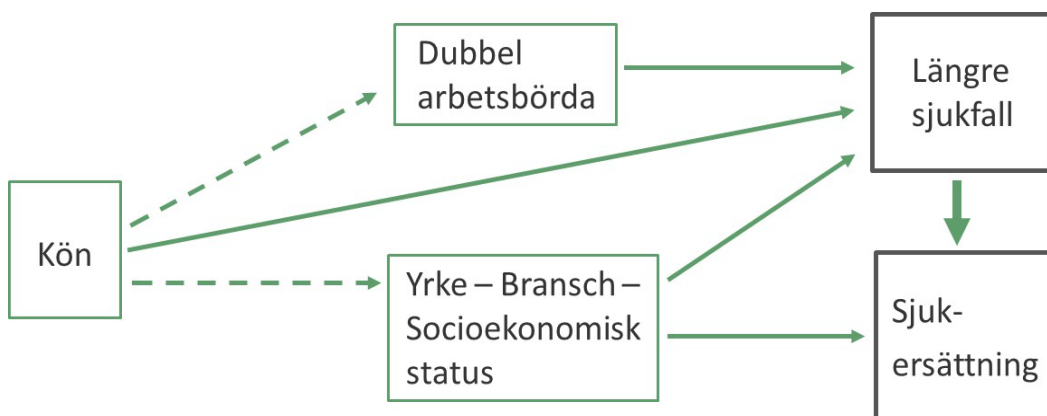
I detta avslutande kapitel sammanfattar vi centrala resultat från analysen av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Vi beskriver också hur andelen som får sjukersättning har minskat över tid och att vi ser ett behov av studier som undersöker den långsiktiga försörjningssituationen hos personer som haft längre sjukfall, och ifall den skiljer sig mycket åt mellan olika grupper.

Kön och socioekonomi centralt för att förstå skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen

Inom uppdraget har vi analyserat skillnader i nyttjande av sjukpenning och sjukersättning mellan olika grupper i samhället. Vi har levererat en kvantitativ översikt som beskriver hur nyttjandet skiljer sig åt mellan olika grupper och en forskningsöversikt som tittat på europeisk forskning om skillnader i sjukfrånvaro, med fokus på könsskillnader. Resultatet från de första två delleveranserna låg till grund för vår fördjupade analys i den tredje delleveransen, där vi undersökte hur risken för längre sjukfall och hur risken för sjukersättning skiljer sig åt mellan olika grupper.

Nedan görs ett försök till en sammanfattande syntes över analyserna som presenterades i delleverans 3.⁷⁵ Fokus ligger på faktorer där analysen visat på de största och tydligaste skillnaderna, som mellan kvinnor och män och efter socioekonomisk status. I Figur 4 visas kopplingarna mellan kön, socioekonomisk status och längre sjukfall respektive sjukersättning. De samband som belagts i analysen har heldragna linjer. Tidigare kända mönster visas med streckade linjer.

Figur 4 Schematisk bild över sambandet mellan kön och socioekonomisk status på senare sjukfrånvaro och sjukersättning



Det finns en direkt könsskillnad i risk för längre sjukfall

Analysen har visat en tydlig direkt könsskillnad i risk för längre sjukfall, där kvinnor har betydligt högre risk, se Figur 4. Könsskillnaderna kan bero på kombinationseffekter av faktorer i privatlivet och arbetslivet, men även på

⁷⁵ Försäkringskassan (2024c).



andra faktorer som vi inte haft möjlighet att inkludera i regressionsanalyserna. Att kvinnor i större utsträckning har en dubbel arbetsbörda, där de utöver sitt lönearbete också tar ett större ansvar för det obetalda hemarbetet och för omsorgen om familjen, är välkänt.⁷⁶ Att uppleva en konflikt mellan arbete och fritid, vilket kvinnor oftare gör, innebär en något ökad risk för sjukskrivning.⁷⁷

I den fördjupade analysen kunde vi se att privatlivsrelaterade faktorer, så som civilstånd, ålder och att ha barn, har betydelse för risken för längre sjukfall. Vi tolkar det som ett uttryck för förekomst av just dubbla arbetsbördor, vilket förklarar en del av könsskillnaden i risken för längre sjukfall.⁷⁸ Utöver det förklaras en del av könsskillnaderna av att kvinnor och män är sysselsatta på en könssegregerad arbetsmarknad och arbetar i olika yrken, branscher och sektorer.⁷⁹ Tidigare analyser har visat att det mellan kön och yrke finns vissa kombinationseffekter för sjukfrånvaro, men att det ändå inte förklarar bort de generella könsskillnaderna.⁸⁰

Könsskillnader i sjukersättning går genom kvinnors längre sjukfall

Även om könsskillnaderna i nyttjandet av sjukersättningen är stora så har vi i våra analyser inte sett en direkt könsskillnad i risken för sjukersättning. Istället finns en tydlig koppling mellan längre sjukfall och sjukersättning. I den fördjupade analysen kunde vi konstatera att individer som haft ett sjukfall 60 dagar eller längre året innan har en 43 gånger större risk att ha sjukersättning nästföljande år. Längre sjukfall är därmed den enskilt viktigaste riskfaktorn i analysen av framtida sjukersättning.⁸¹ För att minska könsskillnaderna i sjukersättningen bör fokus vara på att förebygga längre sjukfall bland kvinnor.

Yrke och bransch har stor betydelse för längre sjukfrånvaro

I Figur 4 visas även de samband som finns mellan socioekonomiska och arbetslivsrelaterade faktorer och längre sjukfall respektive sjukersättning. Yrke och bransch har stor betydelse för längre sjukfrånvaro vilket förmodligen sker genom en långvarig negativ påverkan på hälsan och arbetsförmågan. Därtill finns en förmodad hälsoselektion till mer krävande utbildningar och yrken, där personer med bättre hälsa också hamnar i yrken med lägre sjukfrånvaro.

Yrke och utbildning utgör grunden för socioekonomisk status som har en känd stark koppling till risken för att få sjukersättning. På ett liknande sätt som för kön finns en koppling mellan yrke och sjukersättning som går via längre sjukfall. Att hamna i ett längre sjukfall har betydelse för risken för att senare få sjukersättning. I den fördjupade analysen till delleverans 3 såg vi vissa skillnader mellan olika grupper i risken för att hamna i sjukersättning. Vi kunde dock konstatera att mer generella sociala och hälsorelaterade förhållanden som uttrycks genom en individs socioekonomiska status verkar ha större betydelse för senare sjukersättning. Det är troligt att den starka socioekonomiska kopplingen till sjukersättning beror på att fysiskt ansträngande arbete sliter på hälsan. Personer i lågstatusyrken har även färre resurser som på längre sikt kan vidmakthålla en god hälsa och arbetsförmåga.

⁷⁶ Jämställdhetsmyndigheten (2023).

⁷⁷ Nilsen et al. (2017), Marti et al. (2023).

⁷⁸ Försäkringskassan (2024c).

⁷⁹ Härenstam & Nyberg (2021) Nyberg et al. (2021).

⁸⁰ Försäkringskassan (2020a).

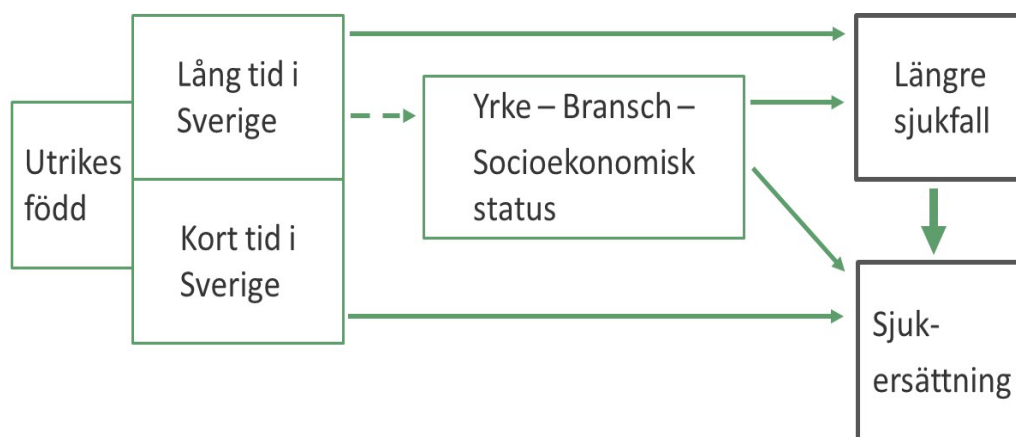
⁸¹ Försäkringskassan (2024c).

Det kan vara sådant som anställningsform och anställningstrygghet, lön, löneutveckling, utbildning, utvecklingsmöjligheter och status. Till detta kommer även privatlivsförhållanden och olika livsstilsfaktorer som har betydelse för skillnader i hälsa.⁸²

Skilda mönster mellan utrikes födda som varit kort eller lång tid i Sverige

Ytterligare ett resultat från den fördjupade analysen till delleverans 3 är att vi har skillnader mellan utrikes och inrikes födda, men också mellan utrikes födda med olika vistelsetid. I Figur 5 visas kopplingen mellan att vara utrikes född och längre sjukfrånvaro respektive och sjukersättning. I en analys av utrikes födda och nyttjandet av sjukförsäkringen är vistelsetiden central, eftersom mönstret skiljer sig mycket åt mellan de som varit i Sverige en kort eller en längre tid.

Figur 5 Schematisk bild över sambandet mellan födelseland och senare sjukfrånvaro och sjukersättning



Utrikes födda har lägre risk för längre sjukfall än inrikes födda

Utrikes födda som varit en kort tid i Sverige har ett lägre nyttjande av sjukpenning och en lägre risk för att starta ett längre sjukfall. Detta även när vi enbart tittar på nyttjandet bland sysselsatta personer. Utrikes födda har generellt sämre tillgång till sjukförsäkringen genom att i lägre grad ha en sjukpenninggrundande inkomst. Risken för längre sjukfall med sjukpenning ökar successivt med ökad vistelsetid i Sverige och efter 20 år i Sverige har utrikes födda en något högre risk jämfört med inrikes födda, se Figur 5. En sannolik förklaring är en svagare position på arbetsmarknaden och sämre arbetsförhållanden för utrikes födda, som med tiden ökar risken för nedsatt hälsa och arbetsförmåga. Det förmodande mönstret går då delvis via yrken och branscher med större arbetsmiljöutmaningar och lägre socioekonomisk status som leder till sämre hälsa och arbetsförmåga. Detta påverkar både risken för längre sjukfall och senare sjukersättning.

⁸² Försäkringskassan (2024c).



Utrikes födda har högre risk för sjukersättning

I den fördjupade analysen till delleverans 3 visade vi också på en större direkt risk för sjukersättning för utrikes födda, se Figur 5. I studiepopulationen följdes personer som var 40–49 år under 15 år framåt. Utöver att fånga effekten av tid i Sverige fångas även aspekten av ålder vid migration. Den högre risken för sjukersättning gäller sannolikt i högre grad för flyktinginvandrare från delar av världen med krig och konflikthärdar. Även om alla utrikes födda har en högre risk för sjukersättning än inrikes födda, är den särskilt uttalad för grupper med kortare tid i Sverige. Sannolikt beror det på att dessa invandrare i högre grad har sämre och nedsatt arbetsförmåga som ytterligare förstärkts i arbeten med sämre arbetsförhållanden, vilket berättigar till sjukersättning efter relativt kort tid i Sverige.

Sambandet mellan längre sjukfall och varaktig sjukersättning har försvagats

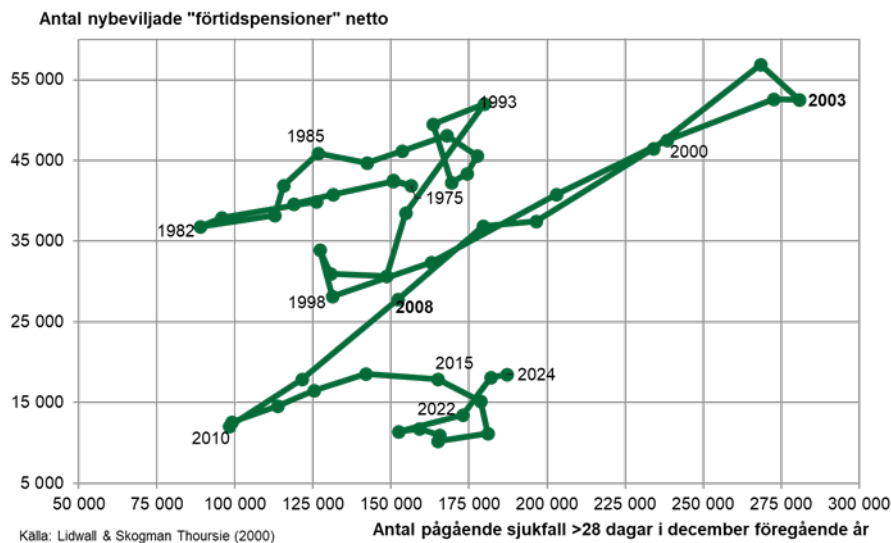
Inom detta uppdrag har vi beskrivit hur andelen personer som har sjukersättning har minskat. Sett i ett längre historiskt perspektiv har det på samhällsnivå funnits en tydlig samvariation mellan antalet längre sjukfall och antalet personer som nybeviljas sjukersättning eller tidigare förtidspension.⁸³ Ända sedan 1990-talet har det funnits tydliga ambitioner om att öka återgången i arbete för långvarigt sjukskrivna och minska övergången till varaktig ersättning med förtidspension och sjukersättning. Det skedde bland annat med avskaffande av förtidspension av arbetsmarknadsskäl 1991, borttagandet av särskilda regler för 60–64-åringar år 1997 och striktare kriterier för nedsättning av arbetsförmågan 1999.⁸⁴

I Figur 6 visas samvariationen mellan längre sjukfall och nybeviljad förtidspension eller sjukersättning från mitten av 1970-talet till idag. Antal pågående sjukfall över 28 dagar i slutet på året presenteras på x-axeln vilket antas samvariera med antal nybeviljade förtidspension/sjukersättning nästkommande år som presenteras på y-axeln. I figuren framgår att samvariation alltmer förskjuts nedåt i figuren, så att en given nivå på de längre sjukfallen innebär färre nya ersättningar för varaktigt nedsatt arbetsförmåga, helt i enlighet med de politiska ambitionerna.

⁸³ Försäkringskassan (2014b) och Lidwall & Skogman Thoursie (2000).

⁸⁴ Lidwall & Skogman Thoursie (2000).

Figur 6 Längre sjukfall och nybeviljad sjukersättning och aktivitetsersättning år 1975–2024 (förtidspension/sjukbidrag före 2003, omräknat till heltidssjukfrånvaro)



Som framgår i Figur 6 innebar omkring 150 000 längre sjukfall omkring 45 000 förtidspensioner påföljande år under perioden 1975 till 1993. För perioden 1998 till 2008 minskades antalet till ungefär 27 000 nybeviljade förtidspensioner/ sjukersättningar. Alternativt uttryckt minskade kvoten mellan långa sjukfall och nybeviljande av förtidspension/ sjukersättning från 0,30 till 0,18.

Efter att reglerna för sjukersättning skärptes ytterligare och tidsbegränsad sjukersättning avskaffades 2008 har den relationen ytterligare försvagats. Under åren 2015 till 2024 innebar 150 000 längre sjukfall omkring 10 000 nya sjukersättningar, eller en kvot på 0,07. De nya äldre reglerna för sjukersättning som infördes 2022 har ökat antalet nya sjukersättningar,⁸⁵ men har inte förändrat relationen mellan längre sjukfall och sjukersättning.⁸⁶

Den allt större skillnaden mellan antalet längre sjukfall och antalet som beviljas varaktig sjukersättning väcker frågor om den långsiktiga försörjningssituationen för personer som haft en längre period av nedsatt arbetsförmåga. Exempelvis är det viktigt att besvara frågan i vilken mån personer som återgår i arbete uppnår en skälig levnadsnivå genom egen arbetsinkomst. På så vis kan man få fördjupad kunskap om i vilken mån sjukförsäkringen ger ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och ett effektivt stöd för återgång i arbete, för alla grupper i samhället.

En framgångsrik välfärdspolitik?

Bortsett från eventuellt negativa välfärdseffekter på individ- och gruppnivå förefaller ambitionerna att försvaga kopplingen mellan längre sjukfall och sjukersättning samt öka återgången i arbete ha varit effektiv. Detta i synnerhet

⁸⁵ Försäkringskassan (2023c).

⁸⁶ I absoluta tal mer än halverades antalet mottagare av sjukersättning från 472 000 till 224 000 mellan december 2009 och 2023 (Källa: Försäkringskassan 2024d. Socialförsäkringen i siffror 2024).



efter regeländringarna 2008. De utvärderingar som genomförts har också visat att en klar majoritet av de som av olika skäl lämnar sjukförsäkringen har ökat sitt arbetsutbud och sina arbetsinkomster.⁸⁷ Regeländringarna för sjukersättning 2008 har även tidigare identifierats som en starkt bidragande orsak till ökad sysselsättning bland personer 55–64 år, oberoende av om man varit långtidssjukskriven eller ej.⁸⁸

Ökat arbetsutbud och ökade arbetsinkomster skedde dock i mer begränsad utsträckning i gruppen som uppnådde maximal tid med sjukpenning,⁸⁹ eller som lämnade tidsbegränsad sjukersättning.⁹⁰ I dessa grupper var det betydligt vanligare att återvända till sjukförsäkringen.

Ett avslag på ansökan på sjukersättning kan utöver ekonomiska konsekvenser också få negativa hälsokonsekvenser.⁹¹ Det saknas kunskap om hälsoriskerna av avslag på sjukpenning, men det finns anledning att studera detta närmare eftersom avslag i högre grad sker i grupper med svagare socioekonomisk ställning.⁹² Av dem som får avslag på ansökan om sjukersättning är det relativt få som på ett års sikt har försörjningsstöd från kommunen eller helt saknar inkomst.⁹³ Gruppen i ekonomisk utsatthet har dock ökat över tid.⁹⁴ Det är dessutom fler som lämnar sjukförsäkringen genom uttag av ålderspension i förtid vilket minskar den framtida pensionsinkomsten.⁹⁵

För att kunna bedöma om färre mottagare av sjukersättning är positivt ur ett välfärdsperspektiv behöver det säkerställas att antalet individer som under längre tid har otillräcklig försörjning inte ökar. Kunskapen behöver också förbättras om hur inkomststandarden utvecklas över en längre tidsperiod för individer som av olika skäl lämnar sjukförsäkringen.⁹⁶ De flesta utvärderingar som gjorts har endast studerat inkomstutfallet ett år efter att personer lämnat sjukförsäkringen och i ett fåtal fall upp till 2–3 år.

En tidigare svensk forskningsstudie som kan tjäna som ett gott exempel är Wiberg med kollegor som följde inkomstutvecklingen i fem år för personer med långvarig sjukskrivning under år 2004. I studien framkom att den disponibla inkomsten successivt sjönk under hela uppföljningsperioden. Mönstret var särskilt tydligt för personer som varit sjukskrivna för en psykiatrisk diagnos.⁹⁷ Studier av den karaktären kan ge fördjupad kunskap om hur inkomstutvecklingen ser ut över en längre tidsperiod, och ge kunskap om utvecklingen för olika grupper med behov av särskild uppmärksamhet.

⁸⁷ I relation till under tiden för det längre sjukfallet. Se Försäkringskassan (2018b) och (2020b) samt ISF (2023a).

⁸⁸ Johansson et al (2018)

⁸⁹ ISF (2022) och Vaez et al. (2020).

⁹⁰ ISF (2023b).

⁹¹ Riksrevisionen (2018).

⁹² Försäkringskassan (2022).

⁹³ Försäkringskassan (2018b) och (2020b) samt ISF (2022) och (2023b).

⁹⁴ ISF (2022).

⁹⁵ ISF (2022) samt Försäkringskassan (2018b) och (2020b).

⁹⁶ Med inkomststandard menas att den disponibla inkomsten, som är summan av hushållets inkomster efter skatt, är justerad för hushållets sammansättning av barn och vuxna.

⁹⁷ Wiberg et al. (2015).

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.

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.

Arbetsförmedlingen (2018) *Perspektiv på arbetsmarknadsläget för personer med kort utbildning*. Arbetsförmedlingen analys 2018:5.

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

Arbetsmiljöverket (2023) *Fokus på utrikes föddas arbetsmiljö*. Dnr: 042947–2023.

Di Thiene, D., Helgesson, M., Alexanderson, K., La Torre, G., Tiihonen, J. and Mittendorfer-Rutz, E. (2017) Risk of disability pension in first and second generation immigrants: the role of age and region of birth in a prospective population-based study from Sweden. *BMC Public Health* 17:931.

Dunlavy, A. och Rostila, M. (2017) Arbetsmiljön bland utrikesfödda anställda i Sverige. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 23 (1), 46–65.

Engdahl, M och Liljeberg, L. (2024) *Arbetsmarknadsanknytning och utbildning: Skillnader mellan svensk och utländsk bakgrund*. Rapport 2024:24, IFAU

Falkstedt, D., Backhans, M., Lundin, A., Allebeck, P. and Hemmingsson, T. (2014) Do working conditions explain the increased risks of disability pension among men and women with low education? A follow-up of Swedish cohorts. *Scand J Work Environ Health*. 40(5):483-92.

Folkhälsomyndigheten (2019) Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland.

Folkhälsomyndigheten (2023) *Folkhälsan i Sverige*. Årsrapport 2023.

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

Försäkringskassan (2014b) *Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid*. Socialförsäkringsrapport 2014:17.

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

Försäkringskassan (2018a) *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken*. Socialförsäkringsrapport 2018:2.

Försäkringskassan (2018b). Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365. Socialförsäkringsrapport 2018:8.

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

Försäkringskassan (2020b) *Uppföljning av personer som nekats sjukpenning.* Svar på regeringsuppdrag FK 2020/000190.

Försäkringskassan (2023a) *Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995 2022.* Arbetsrapport 2023:2.

Försäkringskassan (2022) *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper. En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.* Socialförsäkringsrapport 2022:1.

Försäkringskassan (2023b) *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen – Delrapport 1.* Svar på regeringsuppdrag. Dnr: FK 2023/002328.

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

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

Försäkringskassan (2024b) *Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv.* Försäkringskassans lägesrapport II.

Försäkringskassan (2024c) *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen – Delrapport 3.* Svar på regeringsuppdrag. Dnr: FK 2023/002328.

Försäkringskassan (2024d) Socialförsäkringen i siffror 2024.

Gjesdal, S. and 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.

Gustafsson, K., Marklund, S., Aronsson, G., & Leineweber, C. (2019). Physical work environment factors affecting risk for disability pension due to mental or musculoskeletal diagnoses among nursing professionals, care assistants and other occupations: a prospective, population-based cohort study. *BMJ Open*, 9(10), e026491.

Hensing, G., Müller, M., Ulfsson, Y., Alexanderson, K., & Farrants, K. (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. <https://doi.org/10.1177/14034948241272936>

Helgesson, M., Marklund, S., Gustafsson, K., Aronsson, G., & Leineweber, C. (2020). Interaction Effects of Physical and Psychosocial Working Conditions on Risk for Sickness Absence: A Prospective Study of Nurses and Care Assistants in Sweden. *Int J Environ Res Public Health*, 17(20).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17207427>

Härenstam, A., & Nyberg, A. (2021). Classification of Work: An Approach to the Exploration, Understanding, and Prevention of Gender Differences in Working Conditions. In B.-I. Keisu, S. Tafvelin, & H. Brodin (Eds.), *Gendered Norms at Work: New Perspectives on Work Environment and Health* (pp. 15-33). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77734-0_2

ISF (2010) *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall – En analys av utvecklingen 1996–2010*. Rapport 2010:6.

ISF (2022) *Avskaffandet av den bortre tidsgränsen. En analys av effekterna på långtidssjukskrivnas ekonomiska situation och användning av sjukförsäkringen*. Rapport 2022:5.

ISF (2023a) *Utan inkomst efter avslag. En redovisning av vilka som saknar inkomst efter avslag på ansökan om sjukpenning och vad som ökar risken för det*. Rapport 2023:4.

ISF (2023b) *Avskaffandet av tidsbegränsad sjukersättning. En granskning av de personer som fick ersättningen och vilken inkomst de hade efter avskaffandet*. Rapport 2023:7.

ISF (2024) *Vem tar del av sjukpenningen och hur fördelas kostnaden?* ISF Granskar och analyserar. Rapport 2024:13.

Johansson, B., Helgesson, M., Lundberg, I., Nordquist, T., Leijon, O., Lindberg, P. and Vingård, E. (2012) Work and health among immigrants and native Swedes 1990-2008: a register-based study on hospitalization for common potentially work-related disorders, disability pension and mortality. *BMC Public Health*. 12:845.

Johansson, P., Laun, L., Palme, M. och Olofsdotter Stensöta, H. (2018) *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*. SNS förlag.

Jämställhetsmyndigheten (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.

Karlqvist, L. and Gard, G. (2012) Ergonomic Conditions and Health at Gender Segregated Workplaces. *The Ergonomics Open Journal* ;5.

Laaksonen, M., Mastekaasa, A., Martikainen, P., Rahkonen, O., Piha, K. and Lahelma, E. (2010) Gender Differences in Sickness absence-the Contribution of Occupation and Workplace. *Scand J Work Environ Health*. 36(5):394-403.

Laun, L., Liljeberg, L. och Åslund, O. (2020) *Utrikes födda och välfärdssystemen*. Rapport 2020:15 IFAU.

Lidwall, U & Skogman Thoursie, P (2000) *Sjukfrånvaro och förtidspension. En beskrivning och analys av utvecklingen de senaste decennierna*. RFV analyserar 2000:2. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

- Lundberg, O. (2018). The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scand J Public Health*, 46(22_suppl), 19-27. <https://doi.org/10.1177/1403494818765702>
- Magnusson, C., Shahbazian, R., & Kjellsson, S. (2024) Does higher education make women sicker? A study of the gender gap in sickness absence within educational groups. *PLoS One*, 19(6), e0303852.
- Marti, A. R., Degerud, E. and Sterud, T. (2023). Work-life interference and physician-certified sick leave: A prospective study of a general working population. *Eur J Public Health*. ;33(1):69-73.
- Nilsen, SM., Ernstsén, L., Krokstad, S. and Westin, S. (2012) Educational inequalities in disability pensioning - the impact of illness and occupational, psychosocial, and behavioural factors: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scand J Public Health*. 40(2):133-41.
- Nilsen, W., Skipstein, A., Østby, KA. and Mykletun, A. (2017) Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health*. 27(3):465-71.
- Nwaru, C. A., Berglund, T and Hensing, G. (2021). Occupational prestige and sickness absence inequality in employed women and men in Sweden: a registry-based study. *BMJ Open* 11(6): e050191.
- Nyberg, A., Härenstam, A., Johansson, G., & Peristera, P. (2021). Psychosocial Working Conditions for Women and Men in Industries with Different Types of Production and Gender Composition: Sweden, 1991–2017. In B.-I. Keisu, S. Tafvelin, & H. Brodin (Eds.), *Gendered Norms at Work: New Perspectives on Work Environment and Health* (pp. 35-61). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77734-0_3
- Proposition 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- Proposition 2021/22:1 Utgiftsområde 10. Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.
- Proposition 2021/22:220 Sjukersättning till äldre i förvärvsarbetande ålder.
- Riksrevisionen (2018) Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa. RIR 2018:9.
- Samuelsson, Å., Alexanderson, K., Ropponen, A., Lichtenstein, P. and Svedberg, P. (2012) Incidence of disability pension and associations with socio demographic factors in a Swedish twin cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 47(12):1999-2009.
- 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.
- SCB (2025) [Utbildningsnivån i Sverige](#). Hämtat 21/2 2025.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017) *Sjukskrivningsmönster och praxis. Skillnader i vårdens arbete*.

Vaez, M., Leijon, O., Wikman, A., Nord, T., Lidwall, U., Wiberg, M., Alexanderson, K., & Gonäs, L. (2020). A follow-up of the introduction of a maximum entitlement period for receiving sickness benefits in Sweden: A nationwide register-based study. *Scand J Public Health*, 48(2), 144-154.

Virtanen, M., Heikkilä, K., Vahtera, J., Kivimäki, M., Halonen, J., Alexanderson, K., Rautiainen, S., Lallukka, T. and 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, A. F., Kompier, M. A., Houtman, I. L., van den Bossche, S. N., & Taris, T. W. (2012). Employment contracts and health selection: unhealthy employees out and healthy employees in? *J Occup Environ Med*, 54(10), 1192-1200. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182717633>

Wiberg, M., Friberg, E., Palmer, E., & Stenbeck, M. (2015). Sickness absence and subsequent disposable income: A population-based cohort study. *Scand J Public Health*, 43(4), 432-440.

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



Diagrambilaga

I denna bilaga redovisas uppdaterade diagram från delleverans 1.⁹⁸ De första tre diagrammen baseras på Försäkringskassans egna registerdata SToRE och MiDAS. Efterföljande diagram baseras på beräkningar från LISA, SCB:s longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier. Till dessa är det tre nyckeltal som redovisas:

Nyttjandegrad för sjukpenning

$$= \frac{\sum \text{Antal med sjukpenning}}{\sum \text{Antal sysselsatta i åldrarna 19 – 69 år}}$$

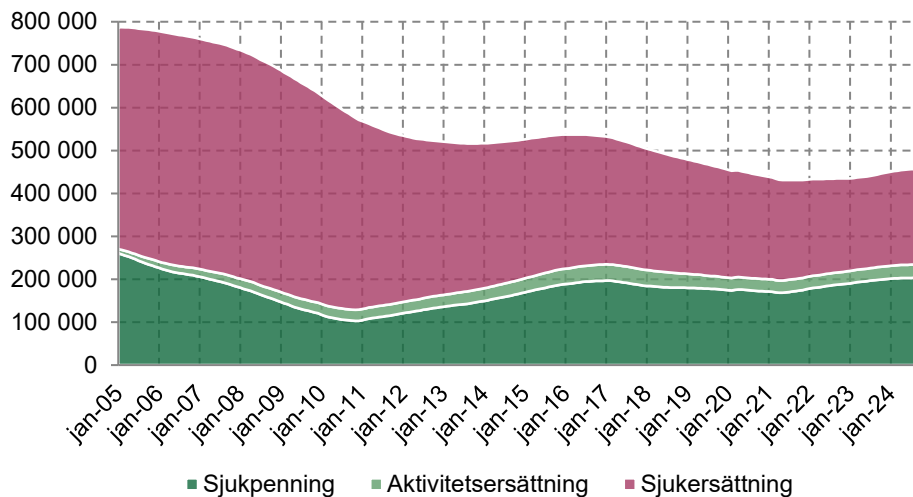
Nyttjandegrad för sjukersättning

$$= \frac{\sum \text{Antal med sjukersättning}^{99}}{\sum \text{Antal individer i åldrarna 19 – 64 år}}$$

Sjukpenningdagar per sysselsatt

$$= \frac{\sum \text{Antal nettodagar av sjukpenning}^{100}}{\sum \text{Antal sysselsatta i åldrarna 19 – 69 år}}$$

Figur 1 **Antal personer med sjukpenning (pågående sjukfall), aktivitetsersättning eller sjukersättning januari 2005-december 2024. Rullande tolv månaders medelvärden**



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS.

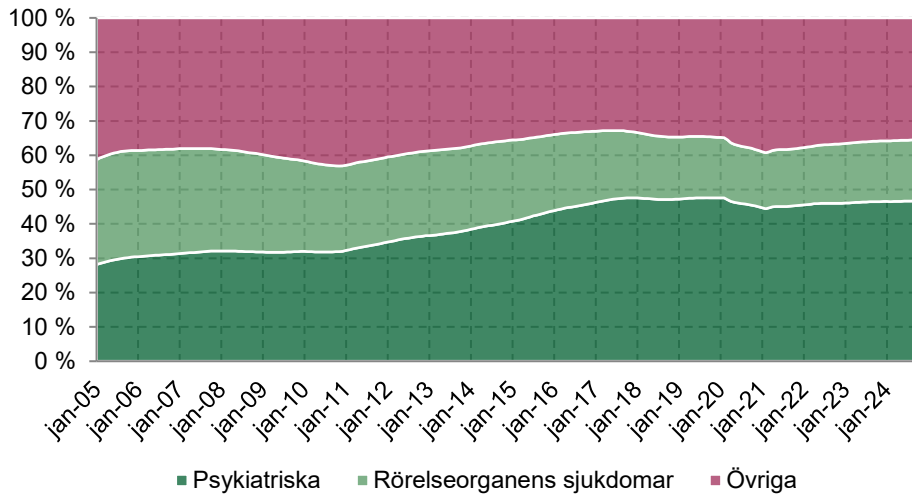
⁹⁸ Försäkringskassan (2023b).

⁹⁹ I måttet ingår samtliga som fått sjukersättning under året, både hel och partiell sjukersättning.

¹⁰⁰Totalt antal nettodagar av sjukpenning bland de sysselsatta i åldern 19–69 år. Rehabiliteringspenning ingår inte i måttet.

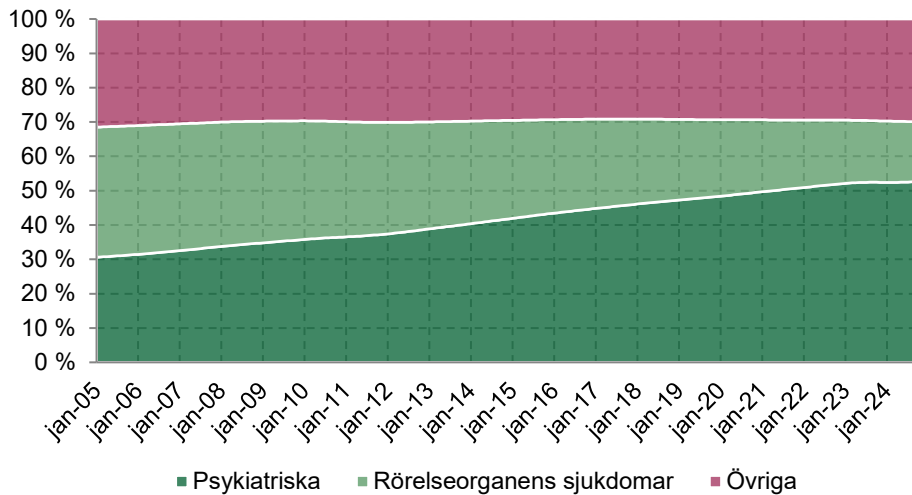


Figur 2 **Diagnosfördelningen för personer med sjukpenning (pågående sjukfall) januari 2005-mars 2024. Rullande tolv månadersmedelvärde**



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS.

Figur 3 **Diagnosfördelningen för personer med sjukersättning, januari 2005-mars 2024. Rullande tolv månadersmedelvärde**

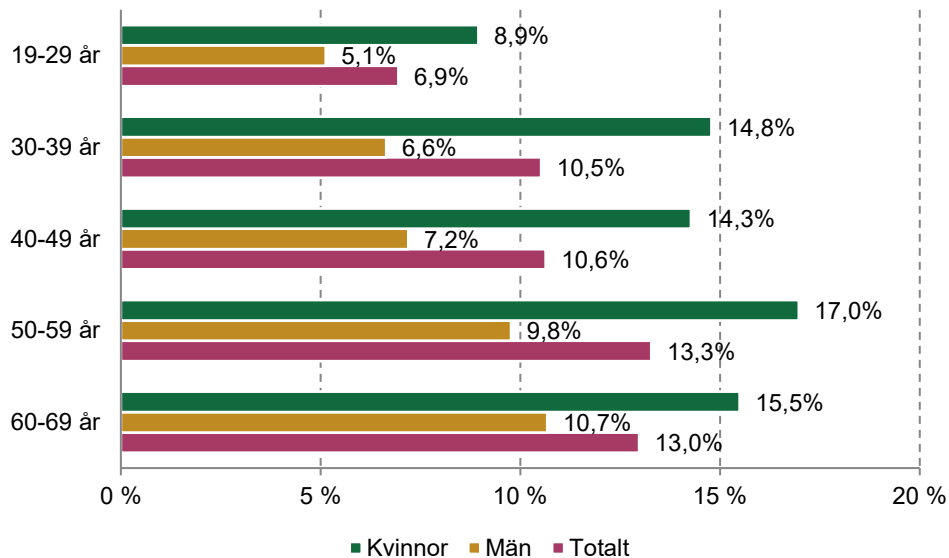


Källa: Försäkringskassans datalager SToRE.



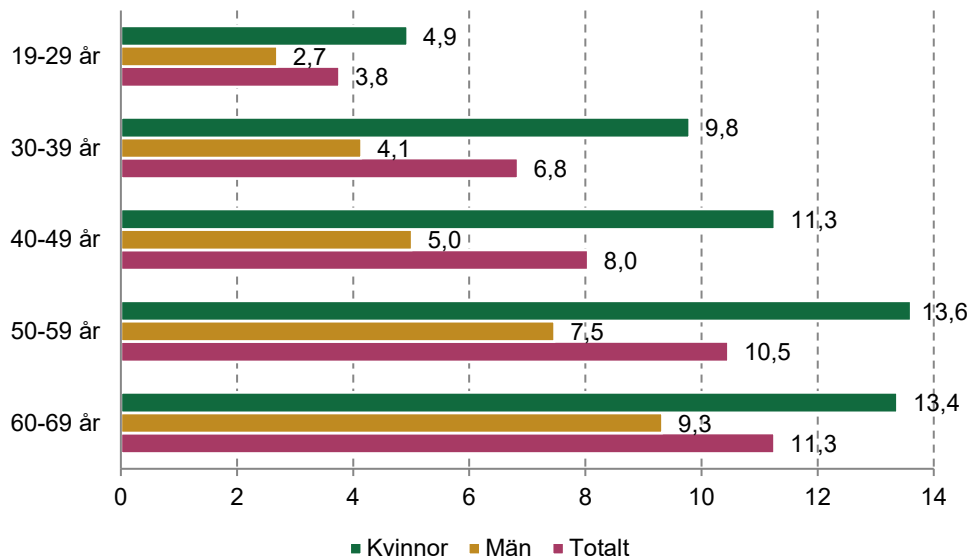
Köns- och åldersskillnader

Figur 4 Nyttjandegrad för sjukpenning under 2022 efter kön och åldersgrupp



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

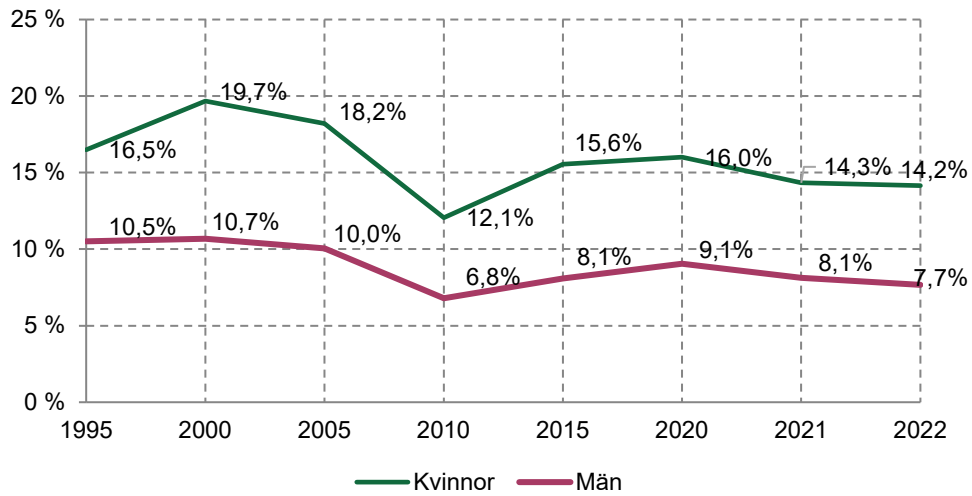
Figur 5 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2022 efter kön och åldersgrupp



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

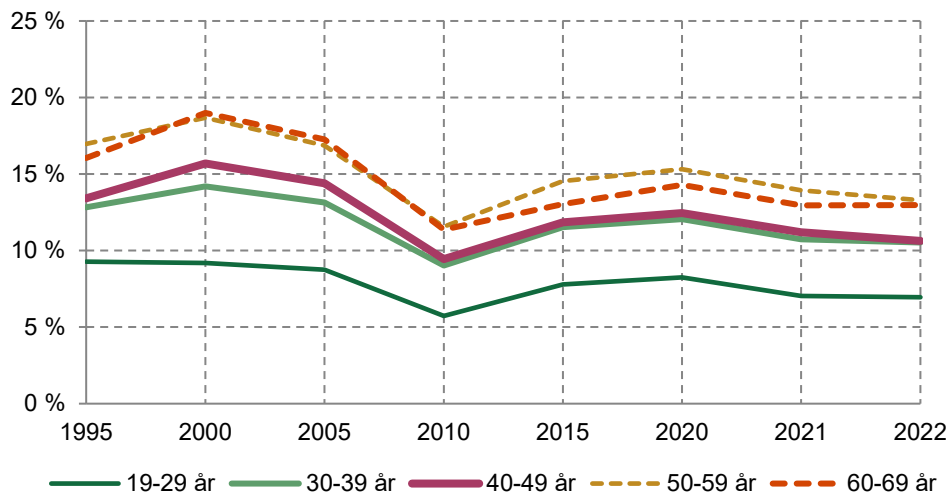


Figur 6 Nyttjandegrad av sjukpenning 1995–2022 efter kön



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 7 Nyttjandegrad av sjukpenning 1995–2022 efter åldersgrupp

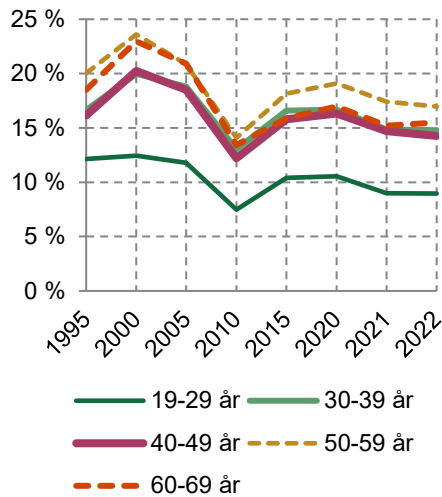


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

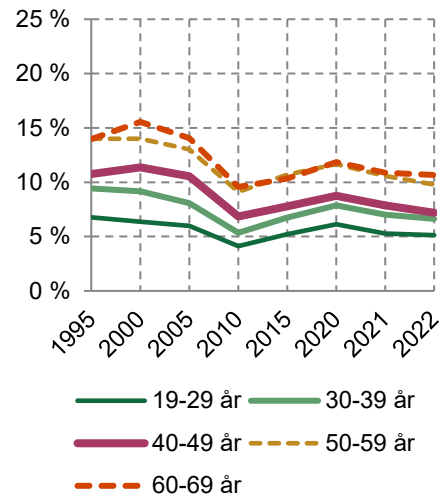


Figur 8 Nyttjandegrad av sjukpenning 1995–2022 efter kön och åldersgrupp

a) Kvinnor

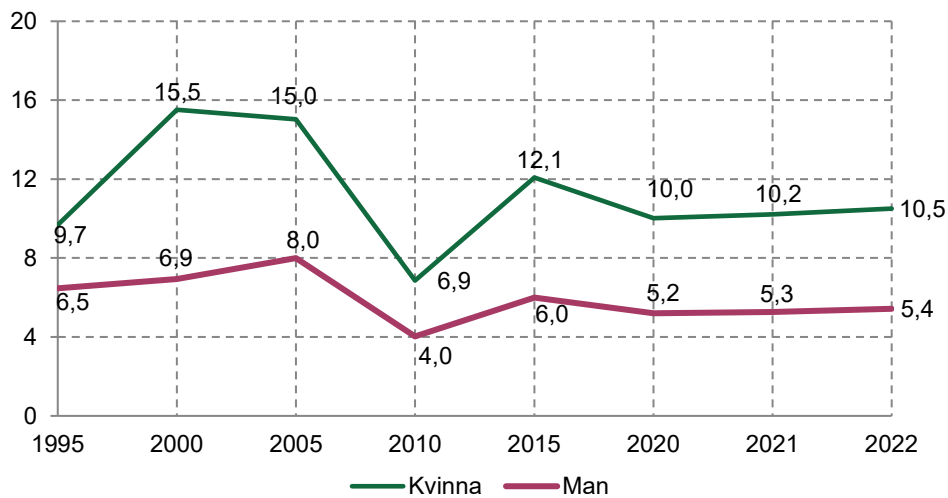


b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

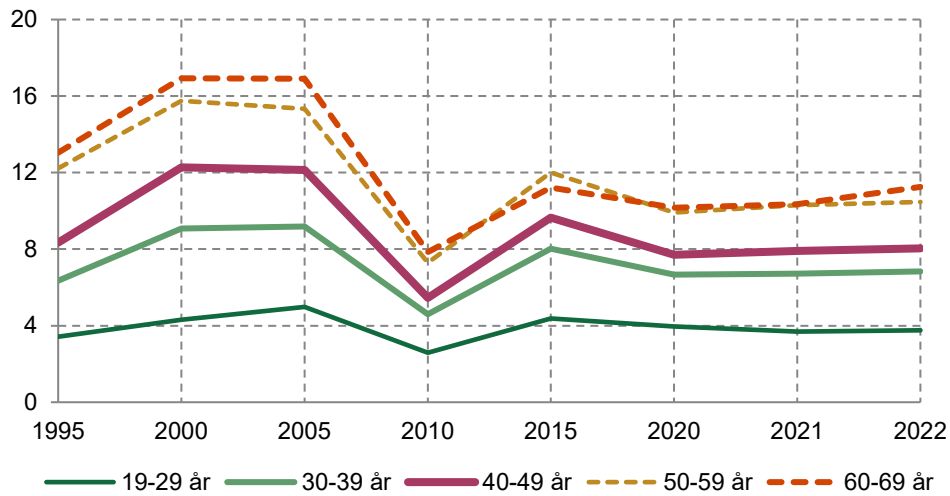
Figur 9 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter kön



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



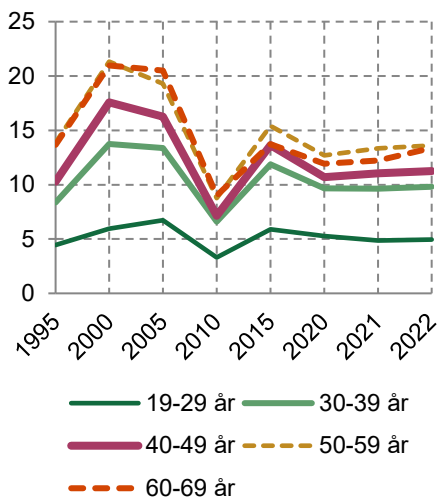
Figur 10 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter åldersgrupp



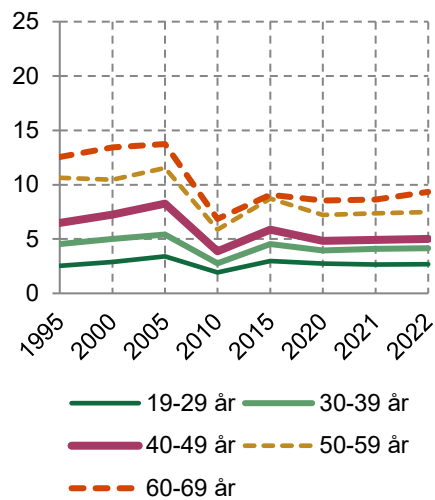
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 11 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter åldersgrupp och kön

a) Kvinnor



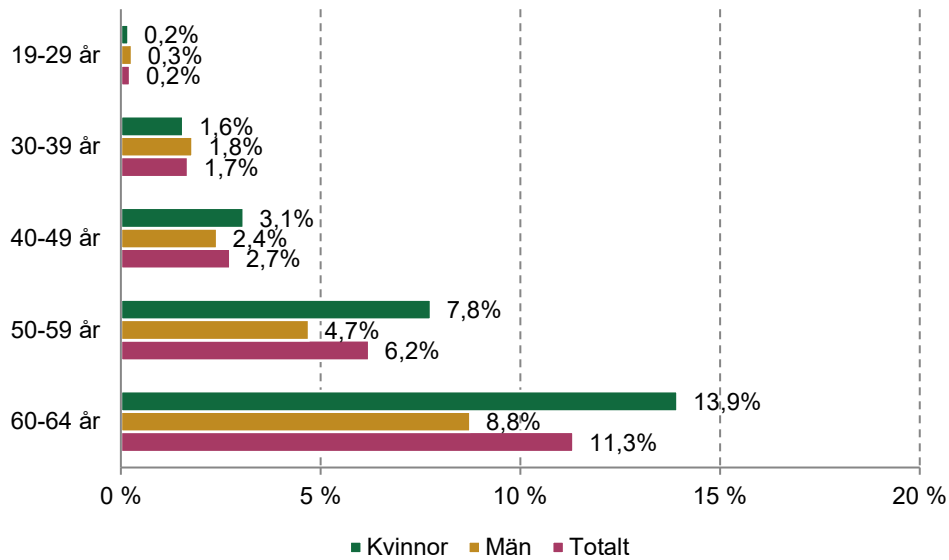
b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

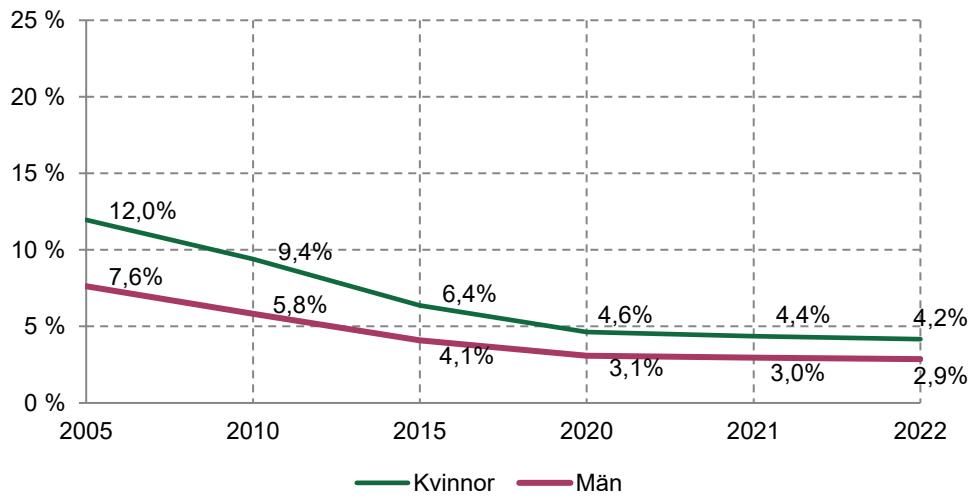


Figur 12 Nyttjandegrad för sjukersättning 2022 efter kön och åldersgrupp



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 13 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2022 efter kön

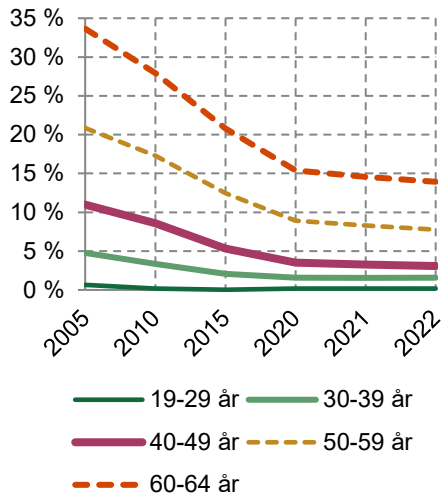


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

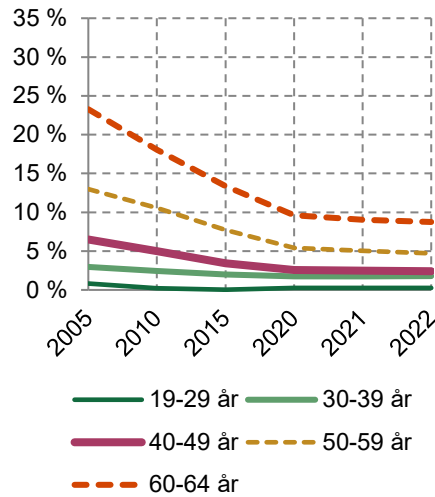


Figur 14 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2022 efter åldersgrupp och kön

a) Kvinnor



b) Män

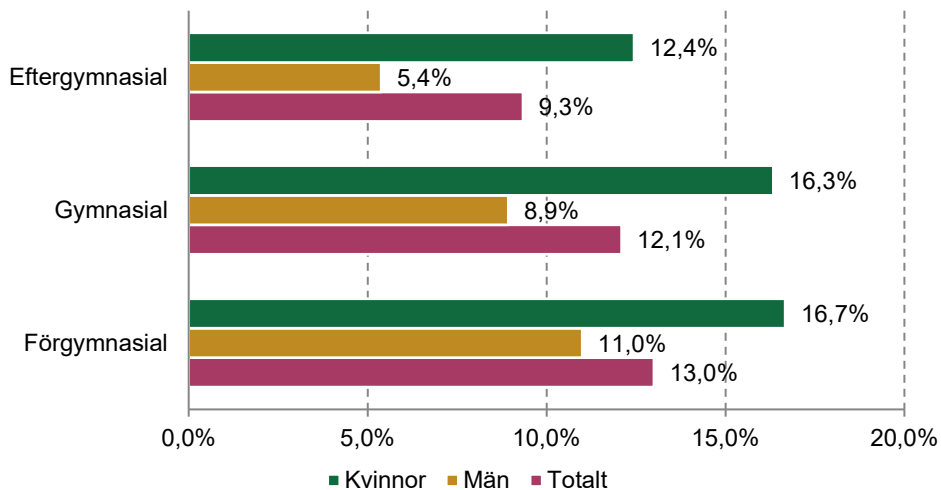


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Socioekonomiska skillnader

Skillnader efter utbildningsnivå

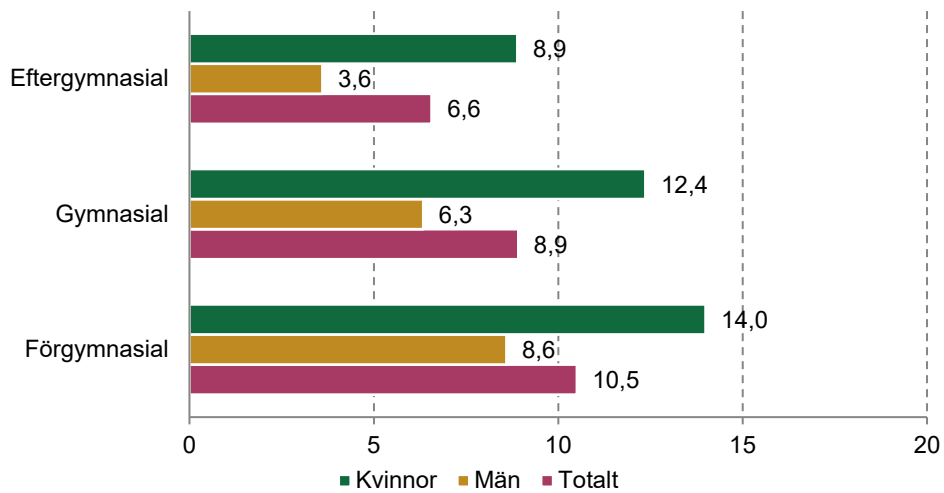
Figur 15 Nyttjandegrad för sjukpenning 2022 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

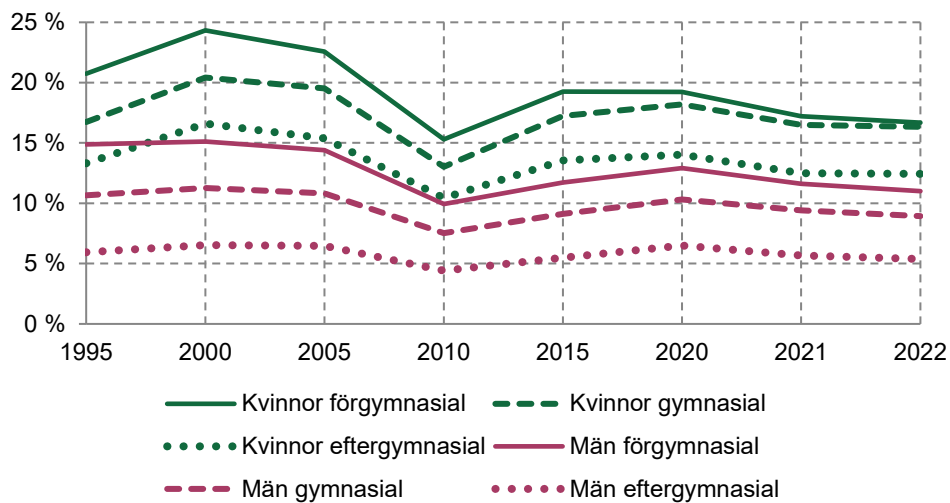


Figur 16 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2022 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

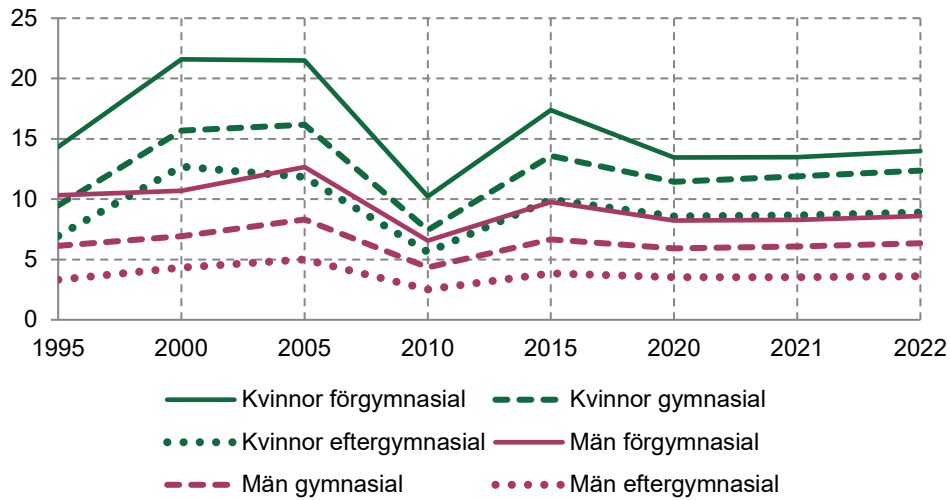
Figur 17 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2022 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

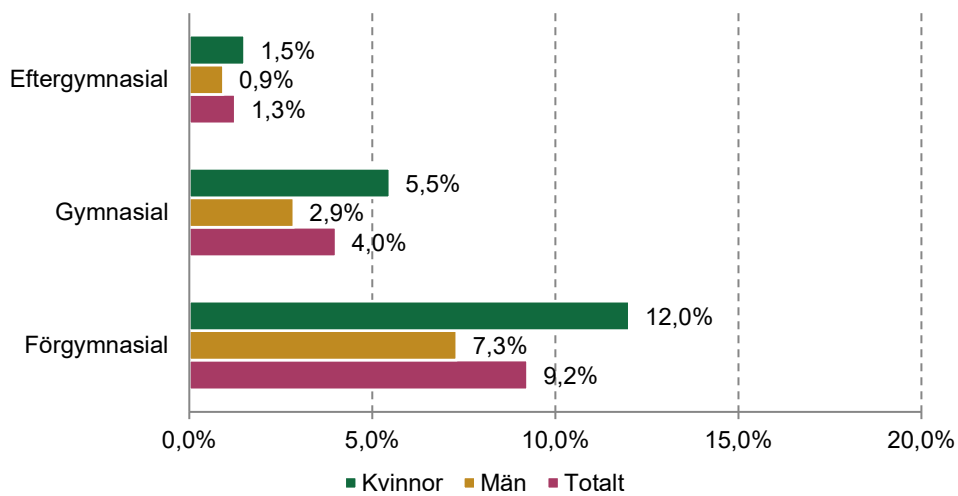


Figur 18 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

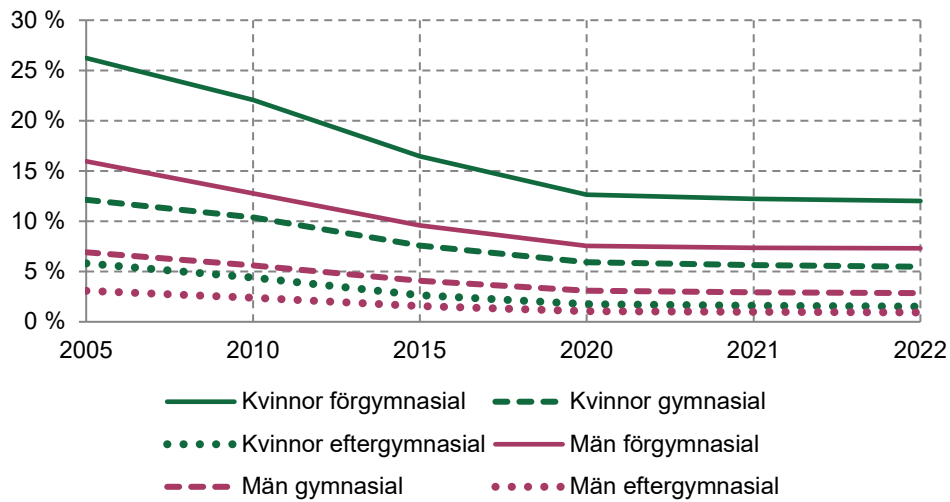
Figur 19 Nyttjandegrad för sjukersättning 2022 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



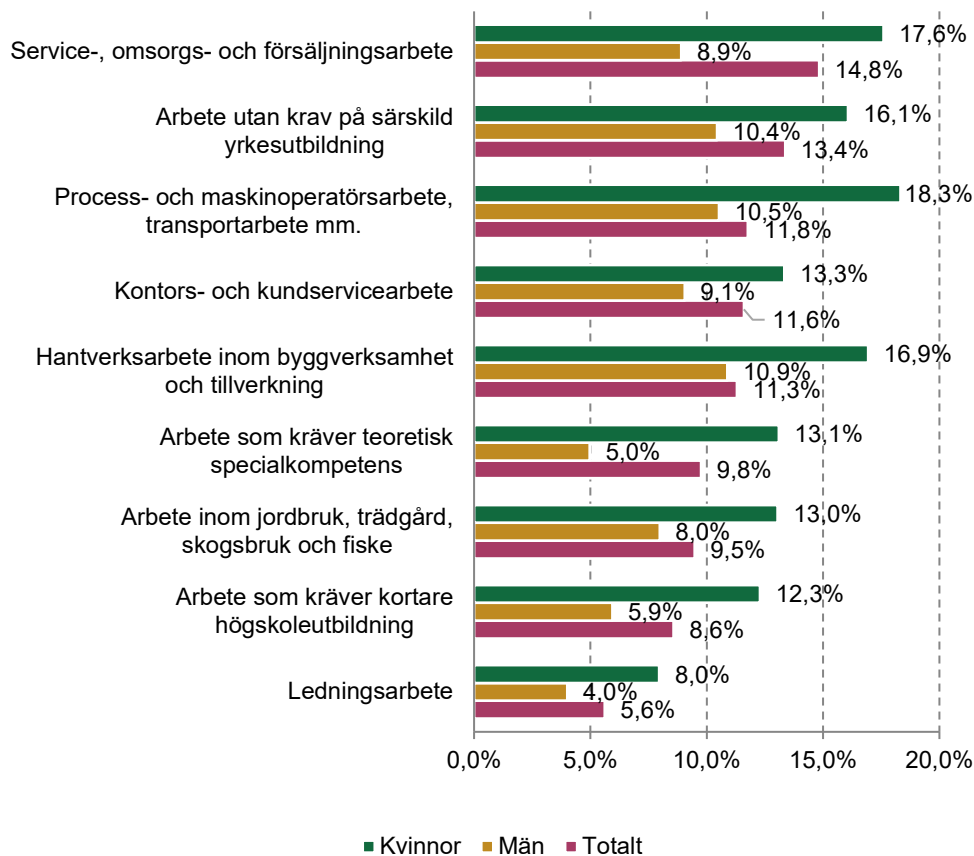
Figur 20 Nyttjandegrad för sjukersättning 1995–2022 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Skillnader mellan yrkesgrupper

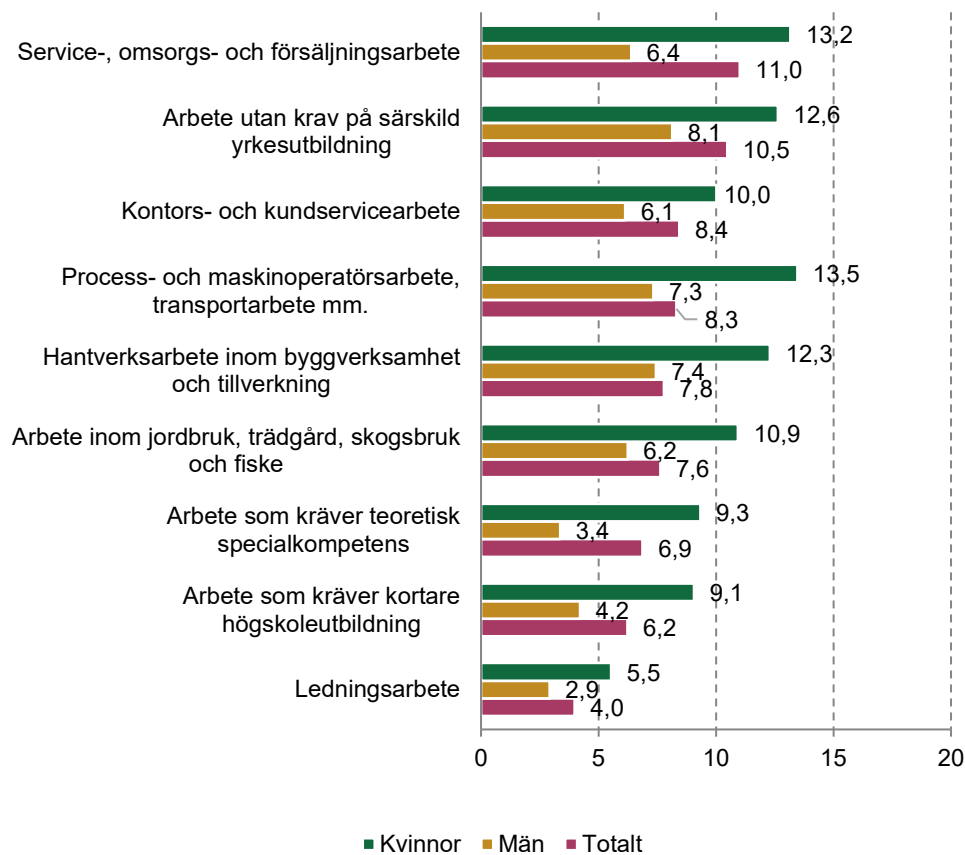
Figur 21 Nyttjandegrad för sjukpenning 2022 efter kön och SSYK



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



Figur 22 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2022 efter kön och SSYK



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

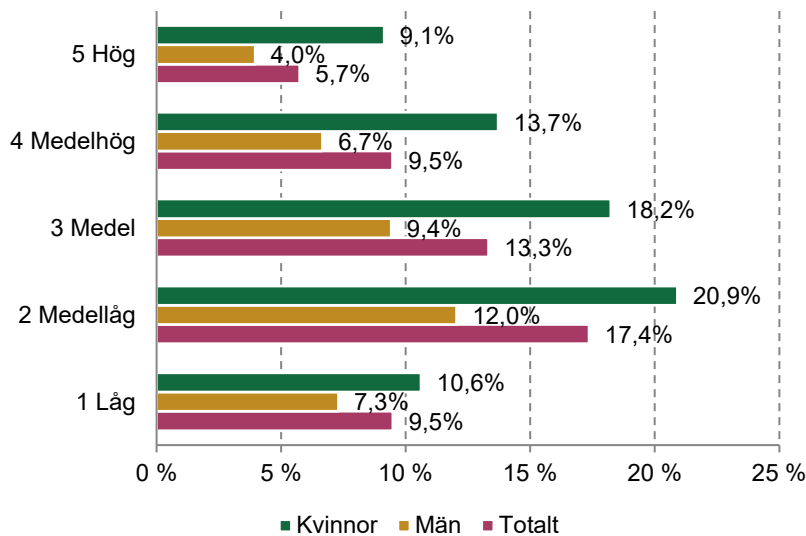
Skillnader mellan inkomstgrupper

Tabell 1 Medelinkomst per kvintil år 2021

	Totalt	Kvinnor	Män
1 Låg inkomst	120 200	108 300	135 600
2 Medellåg inkomst	296 200	269 100	328 400
3 Medelinkomst	383 000	351 300	414 600
4 Medelhög inkomst	472 800	433 200	506 800
5 Hög inkomst	752 700	661 000	827 800

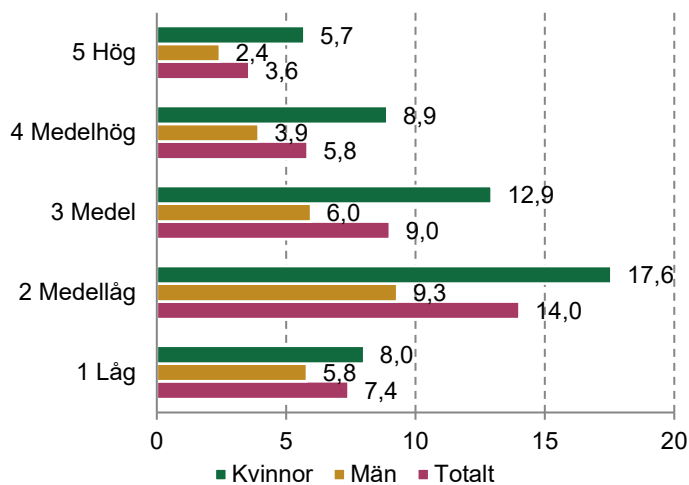


Figur 23 Nyttjandegrad för sjukpenning 2022 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 24 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2022 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

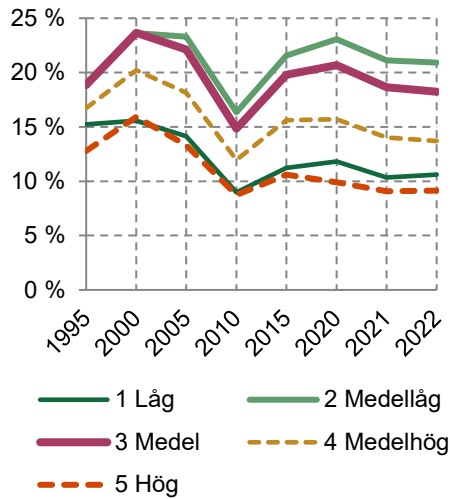


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

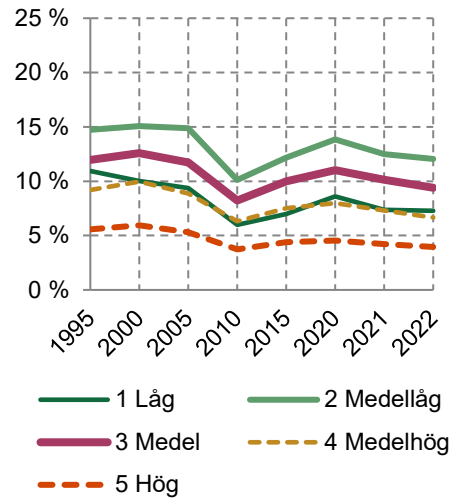


Figur 25 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2022 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

a) Kvinnor



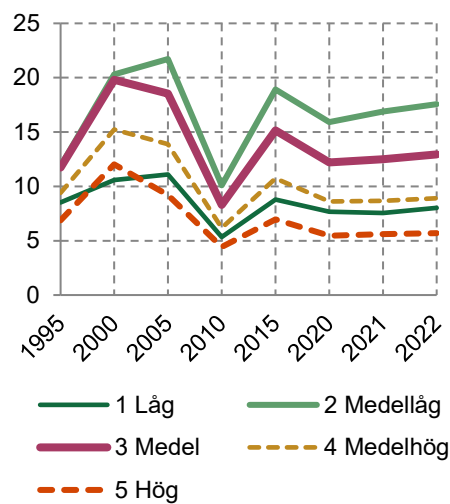
b) Män



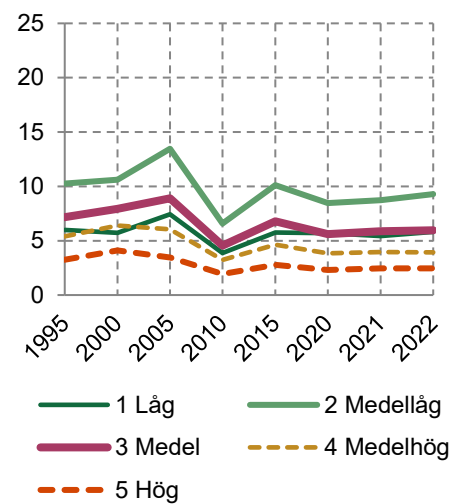
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 26 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

a) Kvinnor



b) Män

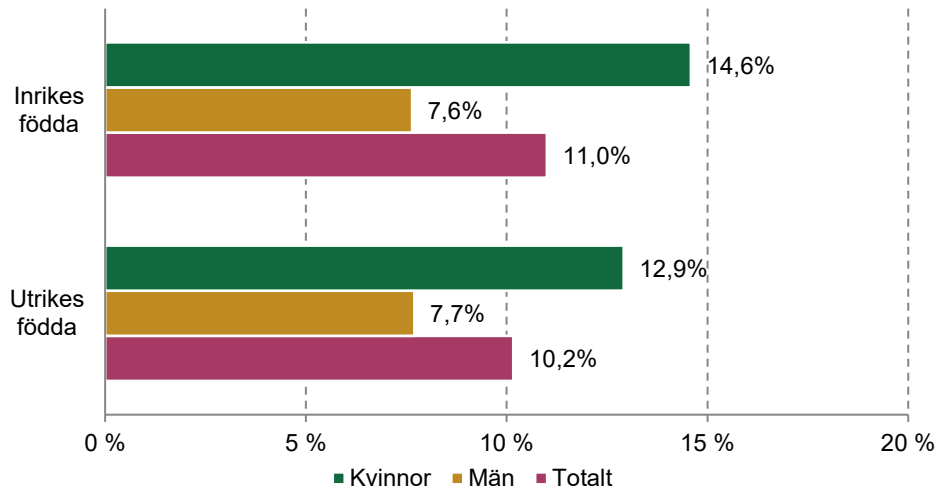


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



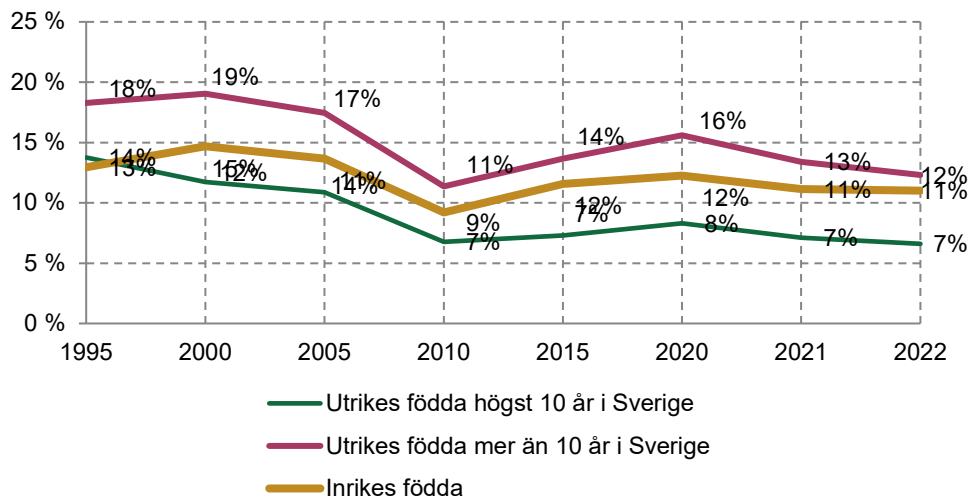
Skillnader mellan inrikes och utrikes födda

Figur 27 Nyttjandegrad för sjukpenning 2022 efter kön och inrikes och utrikes födda



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 28 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2022 efter inrikes och utrikes födda

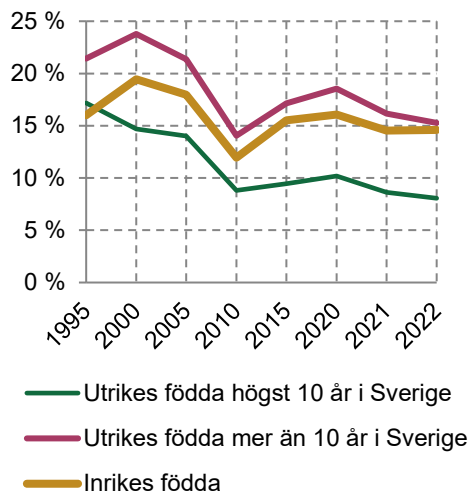


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

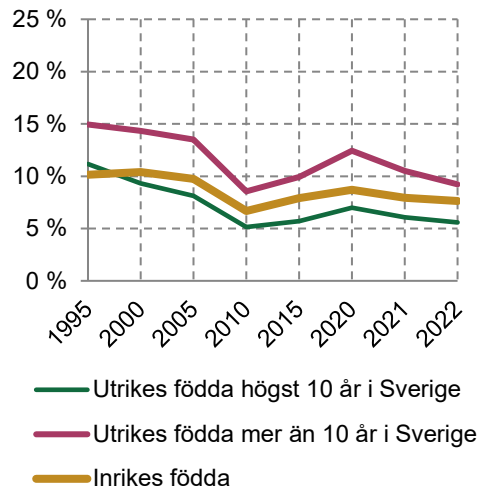


Figur 29 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2022 efter inrikes- och utrikes födda

a) Kvinnor

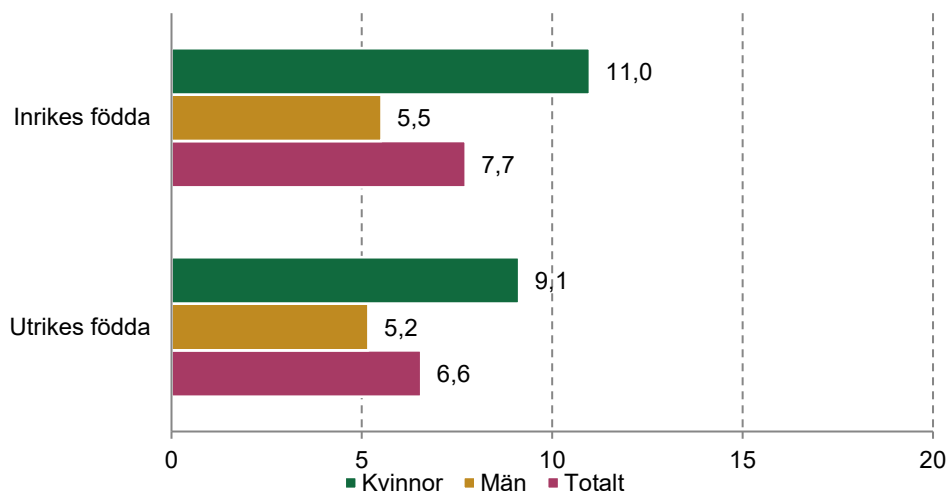


b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

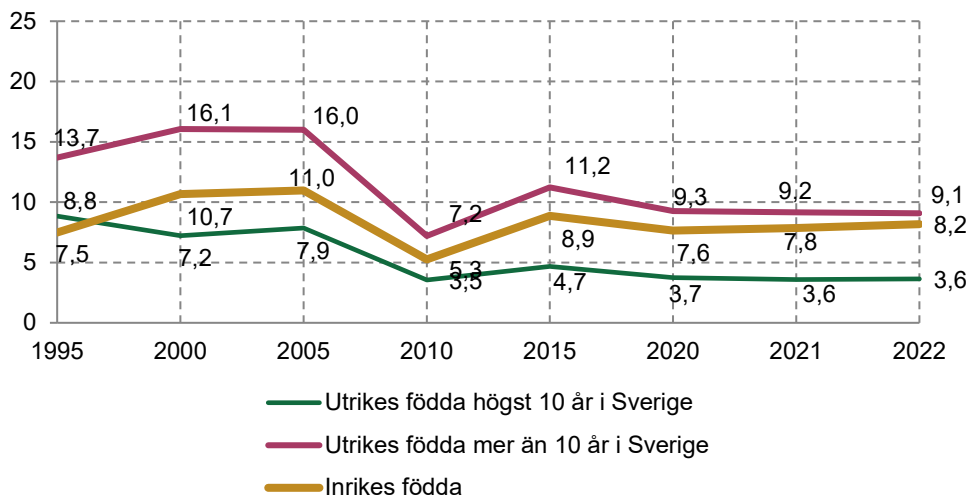
Figur 30 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2022 efter kön och inrikes och utrikes födda



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



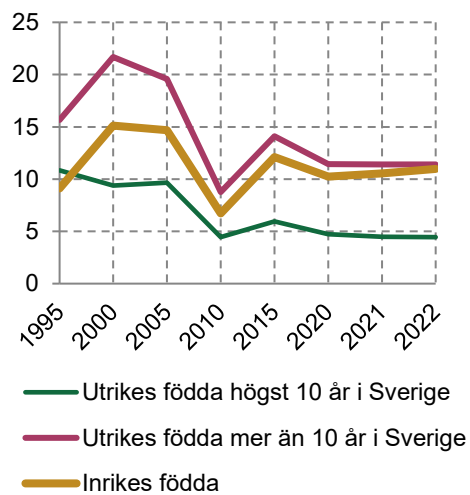
Figur 31 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter inrikes och utrikes födda



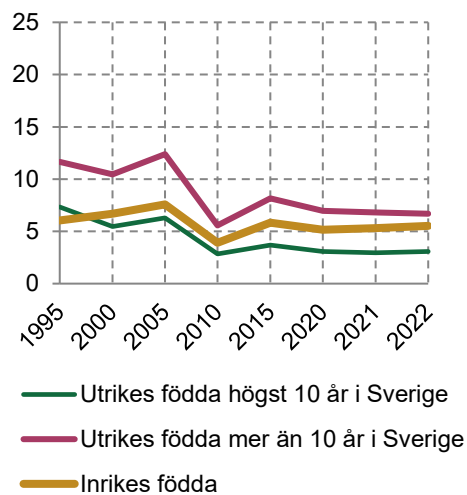
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 32 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2022 efter kön och inrikes- och utrikes födda

a) Kvinnor



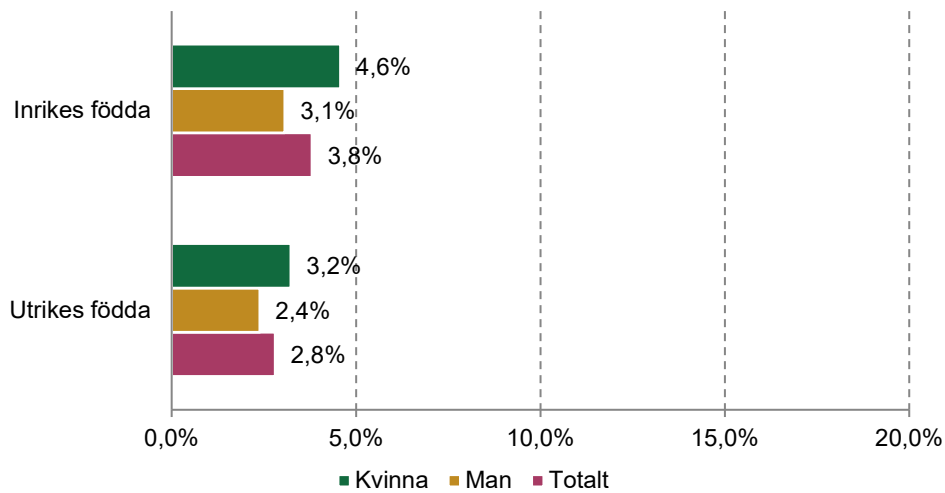
b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

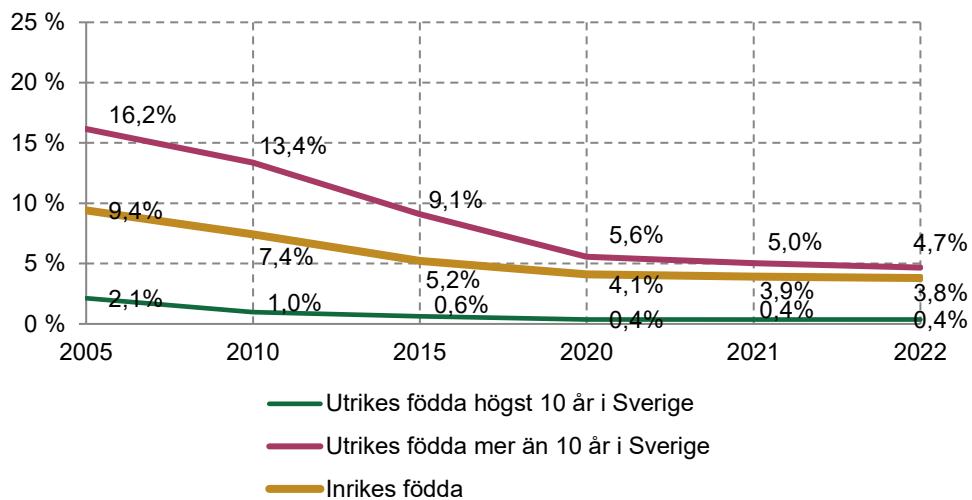


Figur 33 Nyttjandegrad för sjukersättning 2022 efter kön och inrikes och utrikes födda



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 34 Nyttjandegrad för sjukersättning 1995–2022 efter inrikes och utrikes födda och tid i Sverige

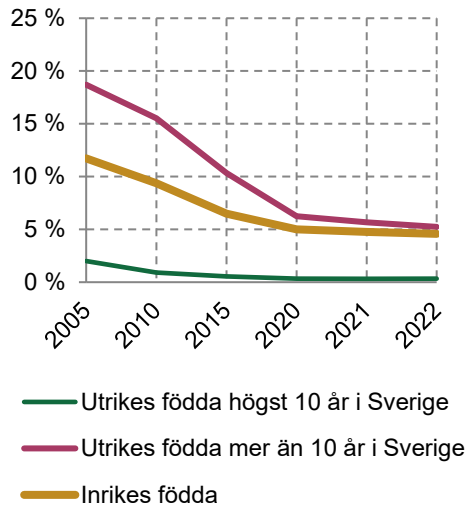


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

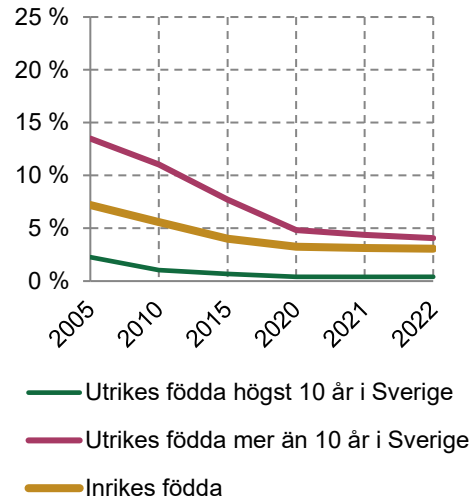


Figur 35 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2022 efter inrikes och utrikes födda och tid i Sverige

a) Kvinnor



b) Män

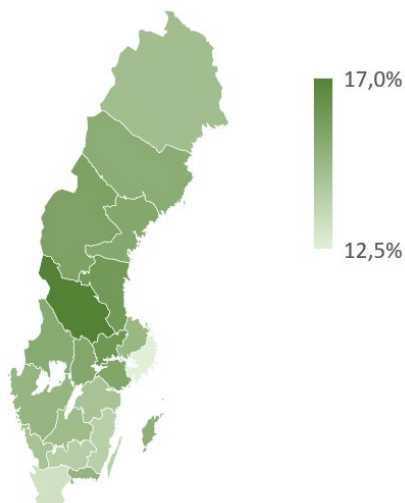


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

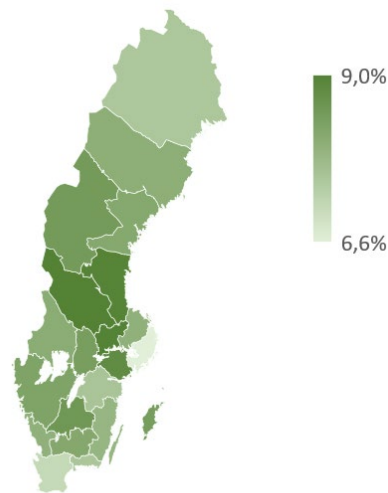
Regionala skillnader

Figur 36 Nyttjandegrad för sjukpenning 2022 efter län

a) Kvinnor



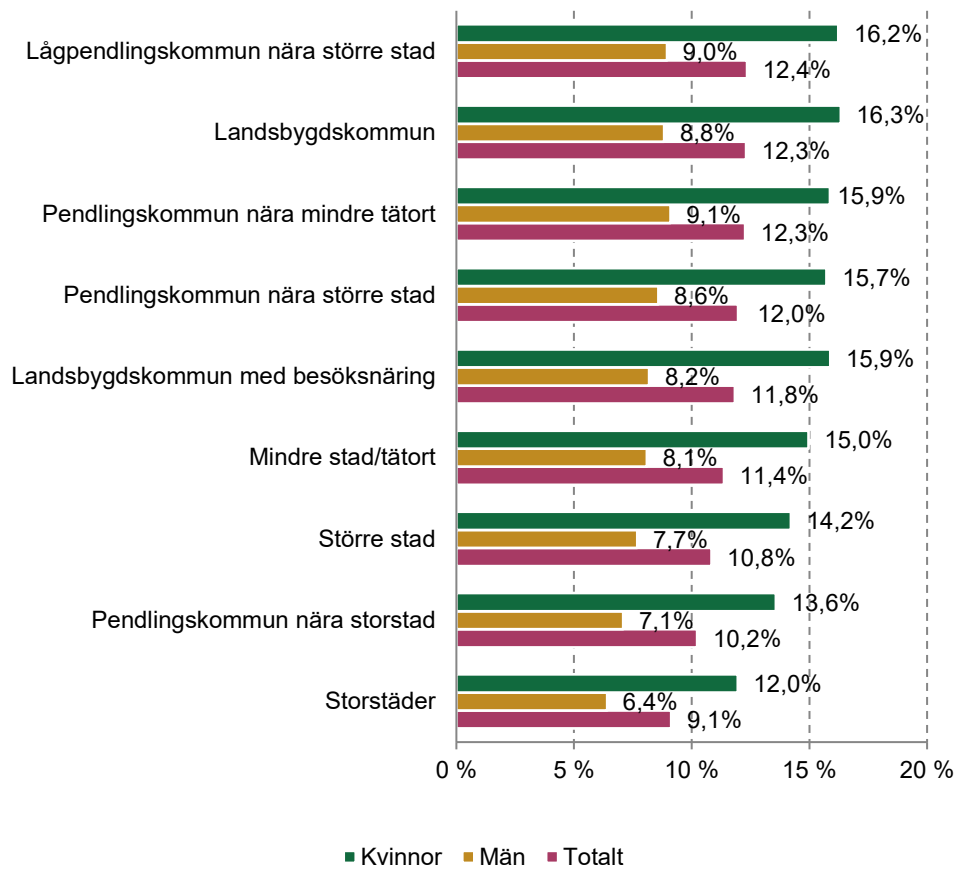
b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



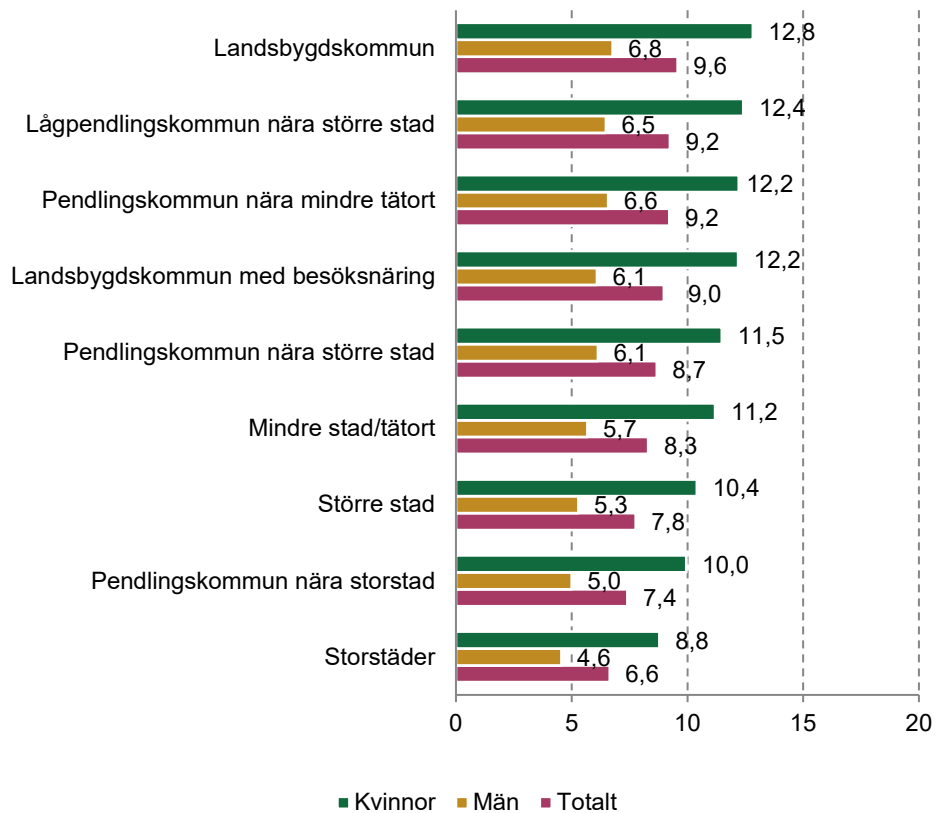
Figur 37 Nyttjandegrad för sjukpenning 2022 efter kön och kommungrupp



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



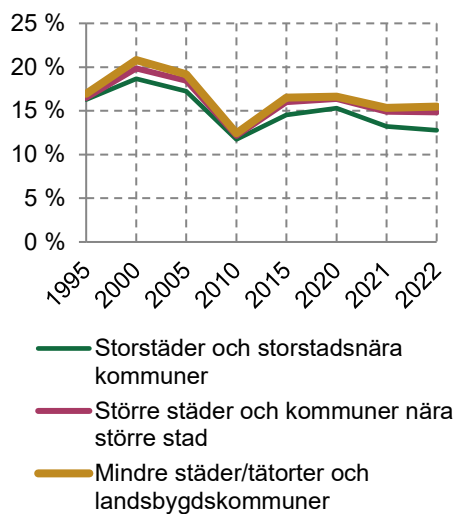
Figur 38 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2022 efter kön och kommungrupp



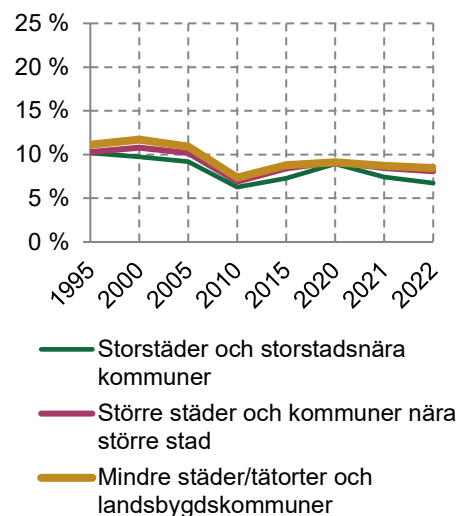
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 39 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2022 per kommungrupp och kön

a) Kvinnor



b) Män

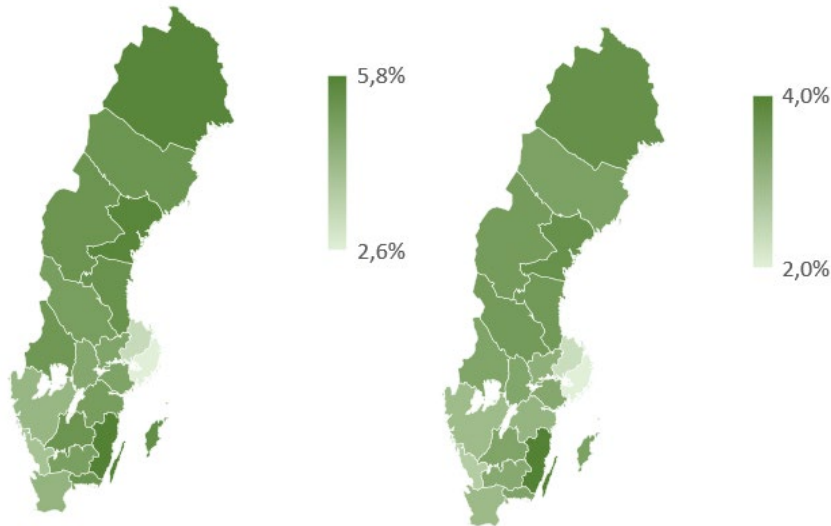


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 40 Nyttjandegrad för sjukersättning 2022 efter län

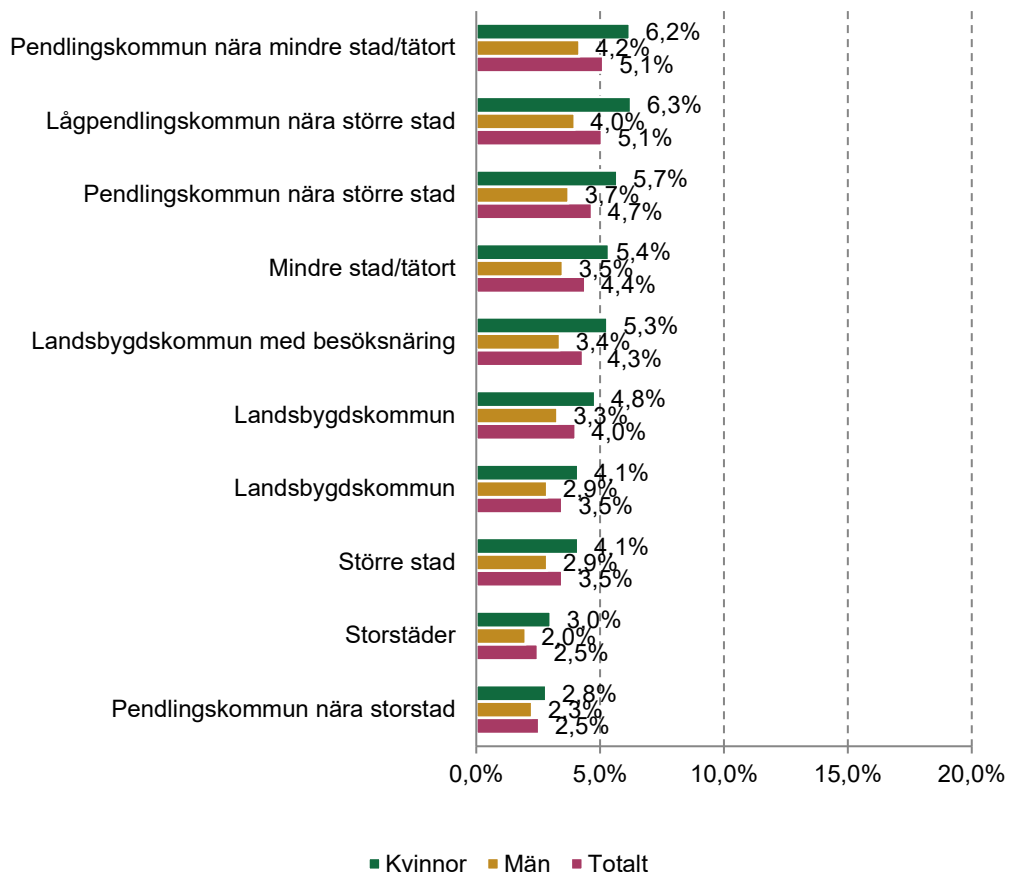
a) Kvinnor

b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

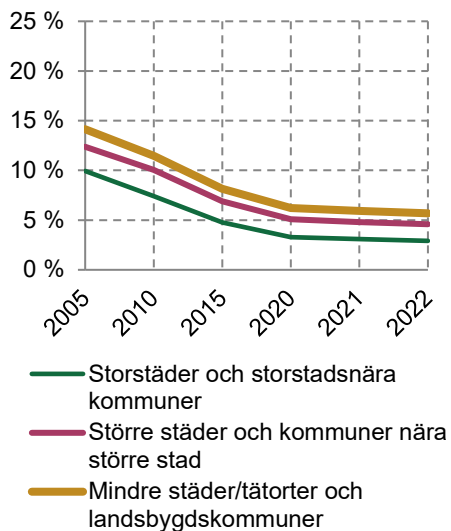
Figur 41 Nyttjandegrad för sjukersättning 2022 efter kön och kommungrupp



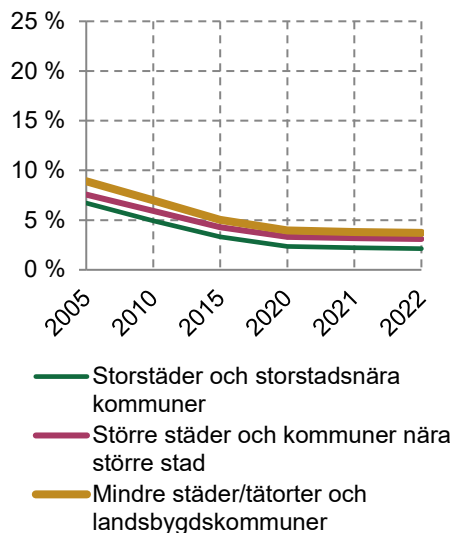
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 42 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2022 efter kommungrupp och kön

a) Kvinnor



b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.