

Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen

Delrapport 1

Vårt diarienummer:

FK 2023/002328

Upplysningar:

Analytiker Alma Wennemo Lanninger

010-116 79 37

alma.wennemo.lanninger@forsakringskassan.se

Webbplats:

www.forsakringskassan.se



Innehåll

Delrapport 1.....	1
Sammanfattning	3
Nyttjandet av sjukförsäkringen har minskat sedan 2000.....	3
Störst skillnad finns mellan kvinnor och män	3
Sambandet mellan socioekonomi och sjukskrivning är starkare för män men har ökat mer för kvinnor.....	4
Skillnaderna mellan utrikes och inrikes födda har minskat sedan 1990-talet	4
Boende i storstäder har ett lägre nyttjande	4
Inledning	5
Uppdrag och syfte	5
Om sjukförsäkringen	5
Datakälla och mått.....	9
Disposition	10
Köns- och åldersskillnader.....	11
Skillnader mellan kvinnor och män i olika åldrar	11
Socioekonomiska skillnader	18
Skillnader efter utbildningsnivå.....	18
Skillnader mellan yrkesgrupper	22
Skillnader mellan inkomstgrupper	26
Skillnader mellan inrikes och utrikes födda.....	31
Skillnader mellan utrikes födda med längre och kortare vistelsetid i Sverige	31
Regionala skillnader	38
Skillnader mellan invånare i olika län och kommuntyper	38
Diskussion	45
Kvinnors högre sjukfrånvaro förklaras främst av arbetslivsfaktorer	45
Sambandet mellan sjukfrånvaro och socioekonomi har ökat mer för kvinnor	46
Mindre skillnader mellan inrikes och utrikes födda.....	47
Boende i storstäder har ett lägre nyttjande av sjukförsäkringen	48
Referenser.....	49
Metodbilaga	52



Sammanfattning

Denna rapport är det första delsvaret på regeringsuppdraget att analysera skillnader i hur olika grupper nyttjar sjukförsäkringen. I rapporten redovisas statistik för att översiktligt beskriva hur nyttjandet av sjukpenning och sjukersättning skiljer sig åt mellan olika grupper, och hur dessa skillnader har förändrats sedan mitten på 1990-talet. Det finns skillnader i nyttjandet efter både kön, ålder och socioekonomi, och nyttjandet skiljer sig även mellan inrikes och utrikes födda, samt mellan invånare i olika regioner.

Nyttjandet av sjukförsäkringen har minskat sedan 2000

Sedan början av 2000-talet har antalet personer som nyttjat sjukförsäkringen minskat avsevärt. Minskningen hör samman med flera förändringar i regelverket. År 2003 ersattes den tidigare förtidspensionen av sjuk- och aktivitetsersättning för personer med varaktig eller långvarig nedsättning av arbetsförmågan.¹ Möjligheten att beviljas sjukersättning begränsades 2008 när den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades, och villkoren för tills vidare ersättning skärptes. Sverige fick då bland de hårdaste kraven om stadigvarande nedsättning av alla OECD-länder.² Detta har inneburit en stadig minskning i nyttjandegraden för sjukersättning i alla sociodemografiska grupper som undersöks i denna rapport. Nyttjandet av sjukpenningen har påverkats av bland annat regeringens halveringsmål av sjukfrånvaron 2003, införandet av rehabiliteringskedjan 2008 och regeringens mål om att minska sjukpenningtalet till 9,0 från 2015.³ Inom sjukpenningen har nyttjandegraden varierat mer över tid men legat på en lägre och mer stabil nivå efter 2005 än innan.

Störst skillnad finns mellan kvinnor och män

Kvinnor har en högre nyttjandegrad av både sjukpenning och sjukersättning, och har fler sjukpenningdagar än män inom alla åldersgrupper, yrkesområden, utbildningsnivåer, inkomstgrupper och kommungrupper. Under 2021 fick 14 procent av de sysselsatta kvinnorna och 8 procent av de sysselsatta männen i åldern 19–69 år sjukpenning. Samma år var det totalt 4,4 procent av kvinnorna och 3 procent av männen i åldrarna 19–64 år som fick sjukersättning. Inom sjukpenningen är könsskillnaderna något mindre bland sysselsatta under 30 och över 60 år, medan könsskillnaderna inom sjukersättning är större i de äldre åldersgrupperna, där det totala nyttjandet är som störst.

Könsskillnaderna inom uttagna sjukpenningdagar var som störst i början av 2000-talet. Nyttjandet av sjukersättning har minskat drastiskt sedan 2005 och könsskillnaden har blivit något lägre till följd av en större minskning i nyttjandet bland kvinnor.

¹ Försäkringskassan (2023d) Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena.

² SOU 2009:89 Gränslandet mellan sjukdom och arbete.

³ Försäkringskassan (2023a) Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022.

Sambandet mellan socioekonomi och sjukskrivning är starkare för män men har ökat mer för kvinnor

Det är välkänt att det finns socioekonomiska skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. I rapporten mäts socioekonomisk status genom utbildningsnivå, inkomst och yrke. Dessa tre socioekonomiska mått samvarierar. I takt med ökande inkomst- och utbildningsnivå minskar nyttjandegraden av sjukpenning. Undantaget är för dem med de lägsta inkomsterna, som dock företrädesvis är yngre, och för dem som inte är fullt etablerade på arbetsmarknaden. Individerna med den lägsta nyttjandegraden av sjukpenning är dem med eftergymnasial utbildning, hög inkomst och yrken inom ledningsarbete. Även yrken som kräver kortare högskoleutbildning eller teoretisk specialkompetens har en relativt låg nyttjandegrad. Nyttjandet är högre bland individer med lägre socioekonomisk ställning även när det gäller sjukersättning. Det totala nyttjandet har mer än halverats sedan 2005, men under samma period har sambandet mellan socioekonomisk status och nyttjandet av sjukersättning förstärkts.

Sambandet mellan socioekonomisk status och nyttjandet av sjukförsäkringen är starkare för män än för kvinnor. Över tid har skillnaden mellan socioekonomiska grupper ökat både bland kvinnor och män i nyttjandet av sjukersättningen, och särskilt bland kvinnor syns i dag större skillnader i nyttjandet mellan dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Skillnaden i nyttjandet av sjukpenning har ökat bland kvinnor sedan 2000, både mellan olika inkomstgrupper och mellan dem med gymnasial eller eftergymnasial utbildning.

Skillnaderna mellan utrikes och inrikes födda har minskat sedan 1990-talet

Bland det totala antalet sysselsatta under 2021 var skillnaderna små mellan utrikes och inrikes födda i nyttjandet av sjukpenning. Jämfört med inrikes födda har utrikes födda som varit i Sverige i högst tio år en betydligt lägre sjukfrånvaro, medan den är högre för utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år. Skillnaderna mellan inrikes födda och utrikes födda med lång vistelsetid har dock minskat över tid. Detta är också mycket tydligt inom nyttjandet av sjukersättningen, där utrikes födda som varit i Sverige i över tio år har gått från ett nyttjande på 16,2 procent år 2005 till 5 procent år 2021. Under samma period har inrikes födda gått från ett nyttjande på 9,4 till 3,9 procent.

Boende i storstäder har ett lägre nyttjande

Storstäder och storstadsnära kommuner har en befolkning med ett lägre nyttjande av sjukpenning, och de har även färre sjukpenningdagar jämfört med befolkningen i mindre städer och landsbygdskommuner. Mönstret är liknande för sjukersättning. I storstäder, medelstora städer och pendlingskommuner är nyttjandet av sjukersättning lägre, medan det är högre i mindre städer och landsbygdskommuner. Mönstret har varit stabilt över tid.

Inledning

Uppdrag och syfte

Försäkringskassan har fått i uppdrag av regeringen att analysera hur olika grupper nyttjar sjukförsäkringen. Uppdraget är tvåårigt och kommer att innebära fyra delleveranser.

I denna första delrapport är syftet att översiktligt beskriva hur nyttjandet av sjukpenning och sjukersättning skiljer sig mellan olika sociodemografiska grupper och hur dessa skillnader har förändrats över tid. I rapporten redovisas endast beskrivande statistik. Senare delrapporter kommer att innehålla en fördjupad kvantitativ analys.

Om sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen syftar till att ersätta inkomstbortfall på grund av sjukdom. Den består i huvudsak av två delar: sjukpenning som ska ge ett skydd vid tillfällig arbetsförmåga och sjukersättning som ska ge ett skydd vid varaktig arbetsförmåga.

Sjukpenning

Den som arbetar och är försäkrad i Sverige och förlorar arbetsförmågan på grund av sjukdom är berättigad till sjukpenning för att kompensera för inkomstbortfallet. 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 personen få sjukpenning från Försäkringskassan. Sjukpenningen ersätter inkomstbortfallet upp till en viss nivå av personens sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Sjukpenning kan betalas ut på hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels nivå.

Sjukersättning

Sjukersättning kan beviljas till personer som är 19–65 år och har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga till följd av funktionsnedsättning eller sjukdom.⁴ Ersättningen kan fås som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedel. År 2003 ersatte sjukersättningen den tidigare förtidspensionen.

Personer i åldern 19–29 år kan beviljas aktivitetsersättning om de har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år av medicinska skäl. Ungdomar som på grund av funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- och gymnasienivå har rätt till hel aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång under studierna. Sedan den 1 februari 2017 kan även personer i åldern 19–29 få hel sjukersättning, om deras arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande helt nedsatt.

Denna delrapport redogör enbart för nyttjandet av sjukpenning och sjukersättning.

⁴ Tidigare kunde en person få sjukersättning som längst till och med månaden före den månad som hen fyllde 65 år. En lagändring har medfört att man sedan januari 2023 i stället kan få sjukersättning som längst till och med månaden före den månad man fyller 66 år.

Sjukfrånvarons utveckling

Sjukfrånvaron i Sverige har varierat över tid. Hur sjukförsäkringen nyttjas beror på såväl regelverk och direktiv som situationen på arbetsmarknaden och arbetskraftens sammansättning.⁵

I början av 2000-talet var sjukfrånvaron på rekordhöga nivåer. För att minska sjukfrånvaron infördes flera politiska mål och lagändringar. År 2003 ersattes den tidigare förtidspensionen av sjuk- och aktivitetsersättning för personer med varaktig eller långvarig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. Regeringen satte också upp ett halveringsmål som innebar att sjukskrivningarna skulle halveras fram till 2008, samtidigt som antalet nybeviljande av sjuk- och aktivitetsersättning skulle minska. Nyttjandet av sjukpenning minskade redan under 2003 medan nyttjandet av sjukersättning började minska först några år senare.⁶

I juli 2008 infördes rehabiliteringskedjan och en bortre tidsgräns för sjukpenning. Rehabiliteringskedjan innebar fasta bedömningspunkter av den sjukskrivnas arbetsförmåga under sjukfrånvaroperioden. Den bortre tidsgränsen innebar att personer normalt övergick till Arbetsförmedlingen efter 2,5 års sjukskrivning. Efter tre månaders arbetslivsintroduktion kunde de som uppnått maxtid påbörja en ny sjukpenningperiod. De nya reglerna fick stor effekt på nyttjandet av sjukpenningen, som under 2010 var den lägsta på många år. Samtidigt som ändringarna i sjukpenningen genomfördes skärptes också kraven för att ha rätt till sjukersättning. För att kunna beviljas sjukersättning måste den försäkrades arbetsförmåga vara stadigvarande nedsatt. Dessutom skulle omständigheter som den försäkrades ålder, bosättningsort eller situation på arbetsmarknaden inte längre vägas in i bedömningen av rätten till sjukersättning. Regeländringarna medförde en kraftig nedgång i antalet nybeviljade sjukersättningar.⁷ Nyttjandet av sjukersättning fortsatte att minska, vilket framför allt berodde på att det var fler som nådde pensionsåldern än som nybeviljades sjukersättning.

Efter ett rekordlångt nyttjande av sjukpenning 2010 ökade nyttjandet igen. Det förklarades till stor del av återvändare i sjukskrivning. Med återvändare menas personer som har haft sjukpenning i maximalt antal dagar och som sedan har påbörjat en ny sjukpenningperiod.⁸ Bland dem som i sitt första sjukfall uppnådde det maximala antalet dagar i sin sjukpenningperiod och utförsäkrades var det cirka 65 procent som återvände till sjukpenning efter tre månader. Andelen var ännu högre än så bland dem som hade utförsäkrats för andra eller tredje gången. Den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen togs bort den 1 februari 2016. ISF har inte funnit stöd för att den bortre tidsgränsen påverkade hur långtidssjukskrivna nyttjade sjukförsäkringen. En förklaring till det är att de människor som utförsäkrades i stor utsträckning saknade förmåga att återgå i arbete, så att en bortre tidsgräns inte fick avsedd effekt.⁹

I september 2015 införde regeringen ett åtgärdsprogram med ett mål om att sjukpenningtalet skulle uppgå till högst 9,0 dagar vid utgången av 2020. Det fanns också

⁵ Försäkringskassan (2023a) Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv.

⁶ Försäkringskassan (2020a) Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020.

⁷ Ibid.

⁸ Försäkringskassan (2017a) Fler individer fast i långa sjukskrivningar.

⁹ ISF (2022) Avskaffandet av den bortre tidsgränsen.

en målsättning om högst 18 000 personer med nybeviljad sjukersättning per år under perioden 2016–2020. Försäkringskassan förstärkte handläggningen av sjukpenning med fokus på bedömningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning. I början av 2016 gick det att ana en inbromsning av ökningen.¹⁰ Regeringens mål om ett sjukpenningstal på 9,0 dagar fick betydande genomslag i Försäkringskassans verksamhet vilket gjorde att tillämpningen av sjukförsäkringen blev mer restriktiv.¹¹

Minskningen i nyttjandet av sjukpenning fortsatte, men på en mer stabil och jämn nivå, fram till pandemiåret 2020. Det året ökade särskilt de kortare sjukfallen kraftigt till följd av pandemin. Även under 2021 var antalet pågående sjukfall något högre än under 2019.¹² Under 2021 och 2022 infördes flera regeländringar som ökade möjligheterna för de försäkrade att få sjukpenning under en längre tid, genom en ändrad bedömning av arbetsförmågan.¹³ Det har även införts särskilda regler för äldre personer som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då Försäkringskassan inte längre betalar ut sjukersättning. I stället för att bedöma arbetsförmågan mot förvärvsarbeten på arbetsmarknaden ska de äldres arbetsförmåga prövas mot normalt förekommande arbeten som de har erfarenhet av.¹⁴

Som framgår i Figur 1 är den mest framträdande förändringen i den totala sjukfrånvaron att betydligt färre personer får sjukersättning i dag jämfört med 2005. Antalet mottagare av sjukersättning har minskat kontinuerligt sedan 2008. Nyttjandet av sjukpenning har varit varierande, men blivit mer stabilt över tid. Mönstret håller i sig även när antalet sätts i relation till den befolkning som kan ta del av ersättningen.

¹⁰ Försäkringskassan (2020a) Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020.

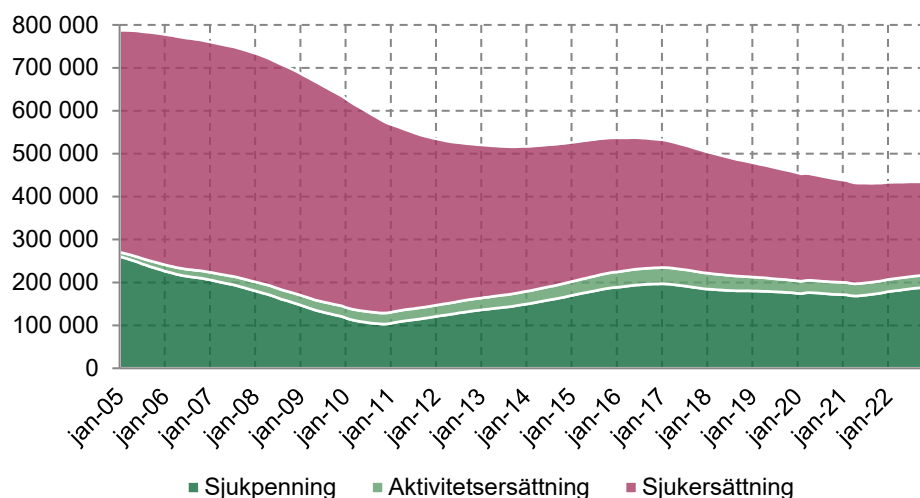
¹¹ ISF (2018) Förändrad styrning av och i Försäkringskassan.

¹² Försäkringskassan (2022b) Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen.

¹³ Försäkringskassan (2023b) Budgetunderlag 2024–2026.

¹⁴ Prop. 2021/22:220, s.4.

Figur 1 Antal personer med sjukpenning (pågående sjukfall), aktivitetsersättning eller sjukersättning januari 2005–december 2022. Rullande tolv månadersmedelvärden



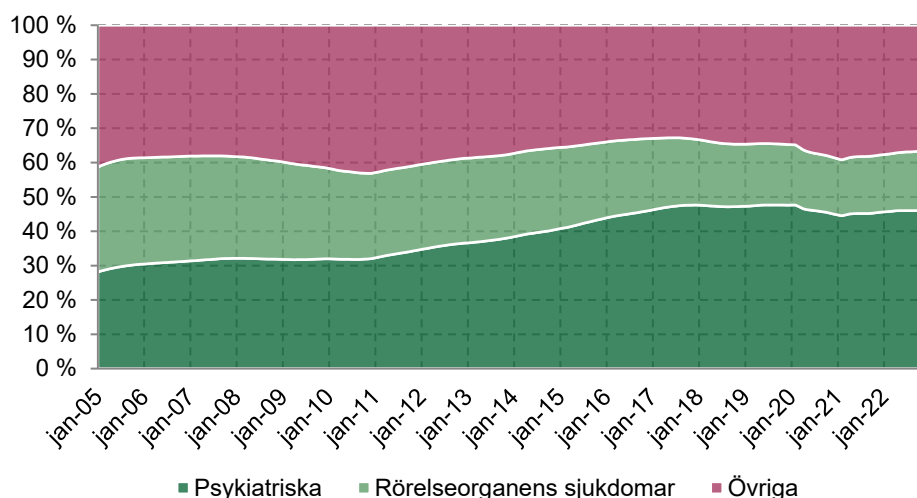
Källa: Försäkringskassans datalager SToRE och MiDAS.

Ytterligare en förändring som har skett i nyttjandet av sjukförsäkringen är att andelen sjukfall i psykiatriska diagnoser har ökat, se Figur 2. Utvecklingen med en allt större sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser har skett under en längre tid. När antalet pågående sjukfall ökade mellan 2010 och 2016 var det de psykiatriska diagnoserna som ökade snabbast och blev den vanligaste diagnosgruppen. Därefter syns ingen tydlig trend, men psykiatriska sjukdomar motsvarar 50 procent av de pågående sjukfallen för kvinnor och 39 procent för män. Sjukfrånvaron i psykiatriska diagnoser leder i genomsnitt till längre sjukfall än andra vanliga sjukskrivningsdiagnoser. Bland personer som har varit sjukskrivna i psykiatriska diagnoser är det också vanligare med återfall i sjukskrivning efter att de återgått i arbete.¹⁵ Inom sjukersättning har andelen psykiatriska diagnoser som orsak till sjukersättningen ökat kontinuerligt, från 30 procent 2005 till över 50 procent 2022, se Figur 3. I yrkesverksamma åldrar är förekomsten av psykisk ohälsa högre bland kvinnor än bland män.¹⁶

¹⁵ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.

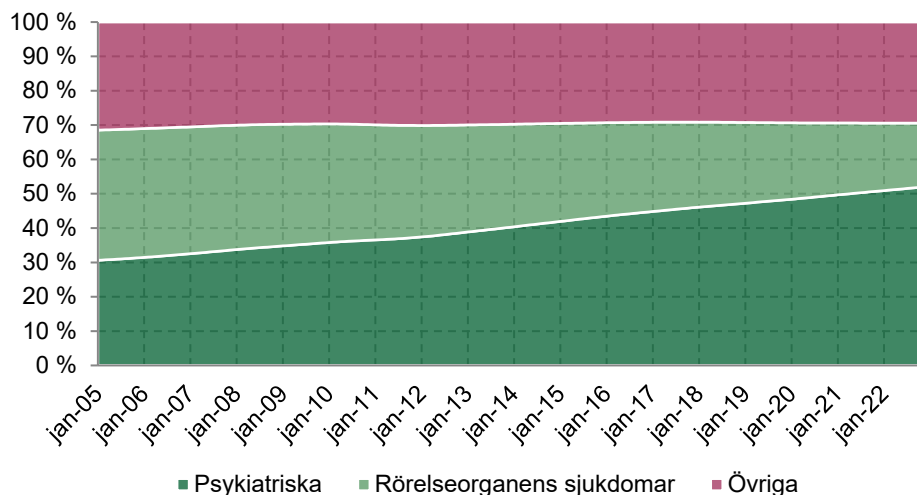
¹⁶ Folkhälsomyndigheten (2019b) Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige.

Figur 2 Diagnosfördelningen för personer med sjukpenning (pågående sjukfall) januari 2005–december 2022. Rullande tolv månadersmedelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS.

Figur 3 Diagnosfördelningen för personer med sjukersättning, jan 2005–dec 2022. Rullande tolv månadersmedelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager SToRE.

Datakälla och mått

I denna rapport redovisas nyttjandet av sjukförsäkringen baserat på beräkningar från SCB:s longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA).¹⁷

¹⁷ SCB:s longitudinella databas LISA innehåller detaljerade individdata om nyttjande av sjukförsäkring, föräldraförsäkring och arbetslöshetsförsäkring.

Tre nyckeltal redovisas:

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

$$\text{Nyttjandegrad för sjukersättning} = \frac{\sum \text{Antal med sjukersättning}^{18}}{\sum \text{Antal individer i åldrarna 19 – 64 år}}$$

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

Uppgifterna om sysselsättning kommer från SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik baserad på skatteuppgifter. Nyttjandet av sjukpenning mäts bland sysselsatta eftersom det ger en mer rättvisande bild av sjukfrånvaron. De som har fått sjukpenning sätts därmed i relation till de som faktiskt haft möjlighet att nyttja försäkringen, eftersom sjukpenningen är en arbetsbaserad ersättning. Nyttjandegraden anger hur stor andel inom gruppen som har fått ersättning under året, medan sjukpenningdagar per sysselsatt i stället visar på hur många dagar med sjukpenning som i genomsnitt har nyttjats inom olika grupper.

Disposition

I rapporten presenteras deskriptiv statistik för att beskriva skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Olika grupper i samhället har olika livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Dessa ojämlikheter speglas både i hälsa²⁰ och i nyttjandet av sjukförsäkringen.

I de fyra följande kapitlen beskrivs nyttjandet av sjukförsäkringen efter köns- och åldersskillnader, socioekonomiska skillnader, skillnader mellan utrikes och inrikes födda samt regionala skillnader. I varje kapitel redogörs för tre nyckeltal: nyttjandegrad för sjukpenning, sjukpenningdagar per sysselsatt och nyttjandegrad för sjukersättning. Nyckeltalen för sjukpenning redovisas i femårsintervaller mellan 1995 och 2020, samt för år 2021. Nyckeltalet för sjukersättning redovisas också i femårsintervaller, men från och med 2005 eftersom sjukersättning infördes först 2003. Även sjukersättning redovisas för 2021, vilket är senast tillgängliga data. För nyttjandegraden för sjukersättning redogörs inte för tidigare inkomst eller yrke, eftersom flera av mottagarna har fått sjukersättning under en längre tid.²¹

¹⁸ I måttet ingår samtliga som fått sjukersättning under året, både hel och partiell sjukersättning.

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

²⁰ Folkhälsomyndigheten (2023) Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2023.

²¹ Se tabell 1 och tabell 2 i metodbilagan.

Köns- och åldersskillnader

Kvinnor har haft en högre sjukfrånvaro än män sedan mitten av 1980-talet, då kvinnor började förvärvsarbeta i allt högre grad. Den dominerande förklaringen till könsskillnaderna i sjukfrånvaron är att arbetsmarknaden i Sverige är könssegregerad och innebär att kvinnor och män har olika arbetsvillkor och arbetsförhållanden.²² Det finns ett samband mellan arbete och sjukfrånvaro. I kvinnodominerade sektorer finns strukturella arbetsmiljöproblem som hör samman med höga risker för sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Eftersom fler kvinnor arbetar i dessa sektorer bidrar det till den högre sjukfrånvaron bland kvinnor.²³

Sjukfrånvaron och antal nyttjade sjukpenningdagar per sysselsatt ökar i regel med stigande ålder. Det är både risken för sjukdom och tiden för återhämtning efter sjukdom som ökar. Ju längre en person varit ute i arbetslivet desto större sammanlagd arbetsbelastning och exponering för risker i arbetsmiljön har hen fått uppleva.

Skillnader mellan kvinnor och män i olika åldrar

Kvinnor har ett högre nyttjande än män av både sjukpenning och sjukersättning. Nyttjandet av sjukersättning har minskat drastiskt sedan 2005 och könsskillnaden i nyttjandet har blivit något lägre till följd av en större minskning i nyttjandet bland kvinnor. Inom både sjukpenning och sjukersättning har nyttjandegraden minskat i alla åldersgrupper.

Kvinnor har ett högre sjukpenningnyttjande än män i alla åldrar

Under 2021 fick 14 procent av de sysselsatta kvinnorna och 8 procent av de sysselsatta männen i åldern 19–69 år sjukpenning. Som framgår av Figur 4 skiljer sig nyttjandet åt både mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper. Kvinnor hade ett högre nyttjande än män i alla åldersgrupper. Totalt sett var andelen som fått sjukpenning lägst i åldersgruppen under 30 år och som högst i åldersgruppen 50–59 år. Även kvinnor och mäns nyttjande i olika åldrar skiljer sig åt. För män stiger nyttjandet med ökad ålder, och nyttjandet är ungefär lika högt i åldersgruppen 50–59 som i åldersgruppen 60–69 år. Kvinnors sjukfrånvaro är också som lägst i gruppen under 30 år, men redan i åldern 30–39 år har kvinnor en betydligt högre andel sjukskrivna. Knappt 15 procent av alla kvinnor i den åldersgruppen var sjukskrivna under 2021. I åldersgruppen 50–59 år är andelen sjukskrivna kvinnor som högst. Den äldsta åldersgruppen, 60–69 år, har en något lägre andel sjukskrivna. Att andelen sjukskrivna i den äldsta åldersgruppen är något lägre beror på att fler av kvinnorna i den åldersgruppen har lämnat arbetslivet genom ålderspension eller sjukersättning.

Könsskillnaderna är som störst i 30-årsåldern

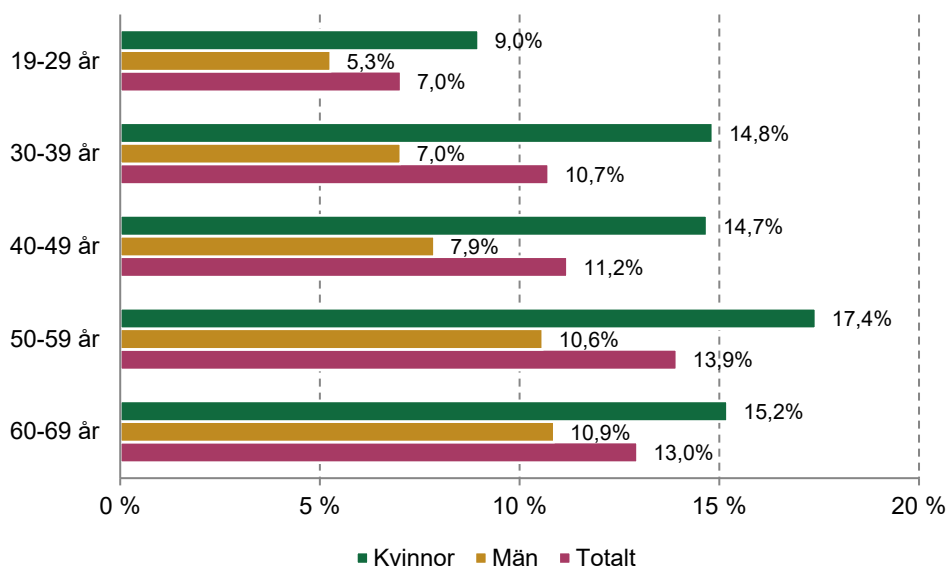
Könsskillnaderna i nyttjandet är något lägre i de yngsta och äldsta åldersgrupperna. För kvinnor i den yngsta och äldsta åldersgruppen är nyttjandegraden 3–4 procentenheter högre än för män. I de tre mellersta åldersgrupperna var nyttjandegraden i stället 7–8

²² Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken.

²³ Boström, M. och Hensing, G. (2020) Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa?

procentenheter högre. En del av könsskillnaden i de yngre åldersgrupperna beror på kvinnors graviditetsrelaterade sjukfall. I en tidigare analys framkom att kvinnor har 25 procent högre risk än män att påbörja ett sjukfall, och 21 procent högre risk när kvinnors graviditetsrelaterade sjukfall exkluderas.²⁴

Figur 4 Nyttjandegrad för sjukpenning under 2021 efter kön och åldersgrupp



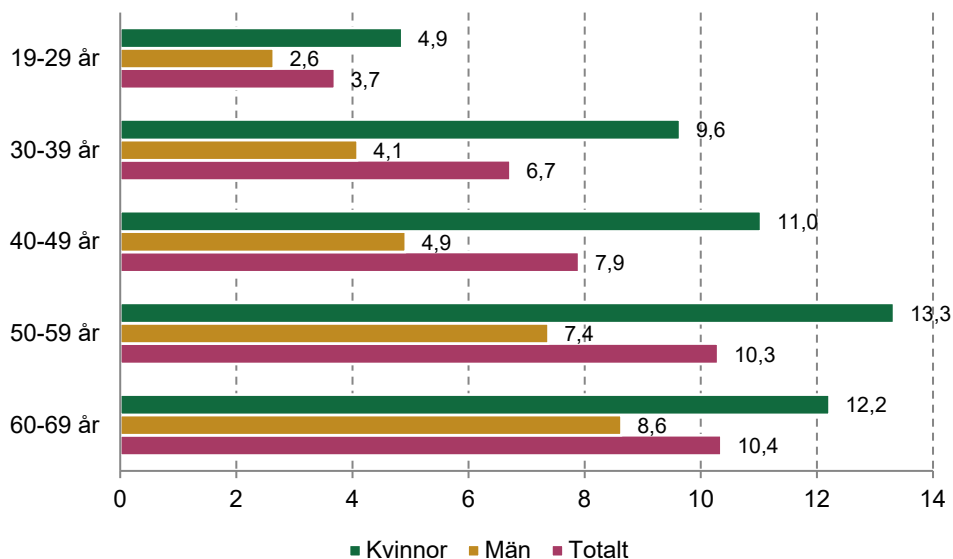
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Flest sjukpenningdagar nyttjas av kvinnor i 50-årsåldern

I Figur 5 redovisas genomsnittligt antal ersatta nettodagar med sjukpenning under ett år. Av alla sysselsatta i åldern 19–69 år hade kvinnor i genomsnitt 10,2 dagar med sjukpenning under 2021. Männerna hade i genomsnitt 5,3 dagar. Det finns stora skillnader i genomsnittligt uttagna sjukpenningdagar för de olika åldersgrupperna. Högst genomsnittligt antal dagar med sjukpenning finns i de äldre åldersgrupperna. Kvinnor hade cirka 2 fler sjukpenningdagar i åldern 19–29, och knappt 4 fler sjukpenningdagar i åldern 60–69. I de övriga åldersgrupperna hade kvinnor i genomsnitt 6 fler sjukpenningdagar jämfört med män. En delförklaring till att kvinnor nyttjar fler dagar är att andelen sjukfall i psykiatriska diagnoser är högre bland kvinnor i åldrarna 30–49, och att dessa diagnoser oftare genererar längre sjukfall.

²⁴ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. s.23.

Figur 5 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter kön och åldersgrupp

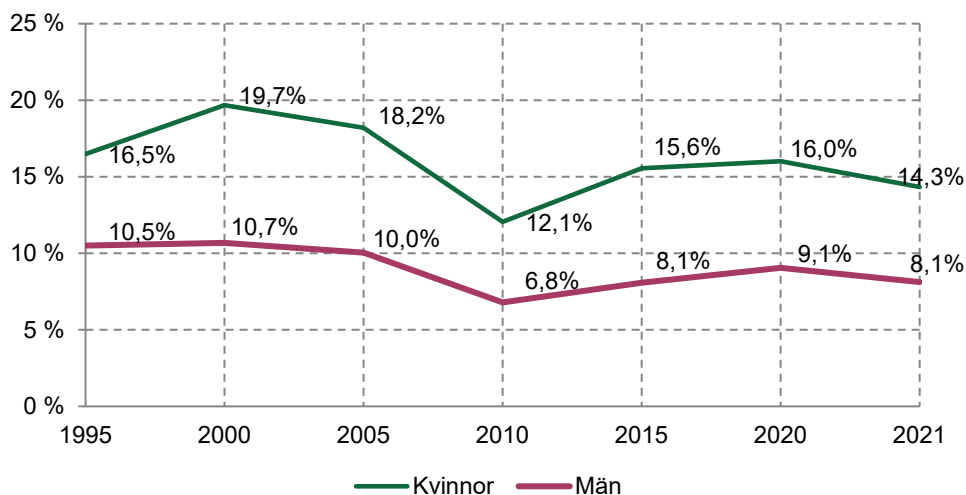


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Nyttjandegraden har minskat över tid i alla åldrar

När nyttjandegraden för sjukpenning har varit högre totalt sett har också skillnaderna mellan kvinnor och mäns nyttjande varit större. Skillnaderna mellan kvinnor och män var som störst under år 2000, för att sedan minska till 2010. Att skillnaden mellan kvinnor och mäns nyttjande ökade igen 2015 hör samman med att ökningstakten i de psykiatriska diagnoserna var högre bland kvinnor.

Figur 6 Nyttjandegrad av sjukpenning 1995–2021 efter kön

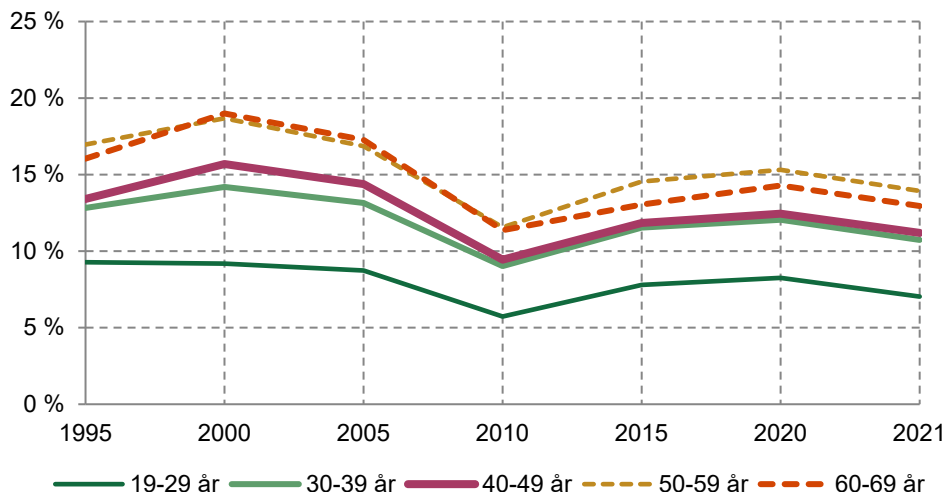


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Nyttjandegraden har minskat över tid i alla åldersgrupper, med ett särskilt lågt nyttjande under 2010. Detta har medfört mindre skillnader mellan åldersgrupperna över tid. Som

framgår i Figur 7 var nyttjandegraden i de två äldsta åldersgrupperna innan 2010 lika stor, men sedan dess har personer i åldern 50–59 år haft det högsta nyttjandet.

Figur 7 Nyttjandegrad av sjukpenning 1995–2021 efter åldersgrupp

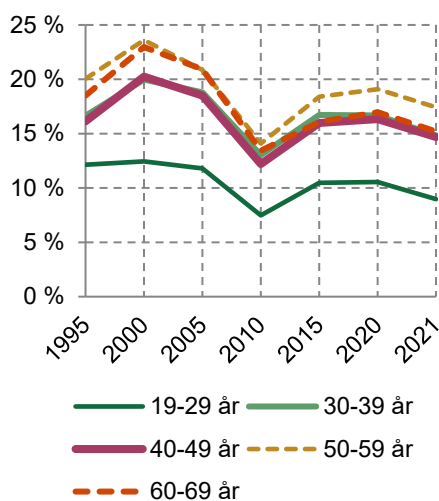


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

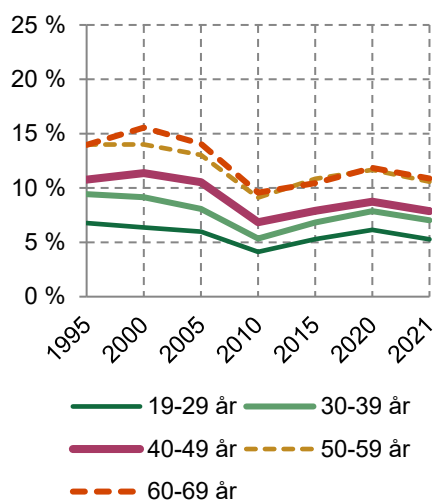
Kvinnor och män i alla åldersgrupper har haft liknande nyttjandemönster över tid, men kvinnor har kontinuerligt haft en högre nyttjandegrad. Som framgår i Figur 8a är det bland kvinnor som förändringen i nyttjandegraden i åldern 50–59 år skett. Motsvarande mönster syns inte för männen.

Figur 8 Nyttjandegrad av sjukpenning 1995–2021 efter kön och åldersgrupp

a) Kvinnor



b) Män

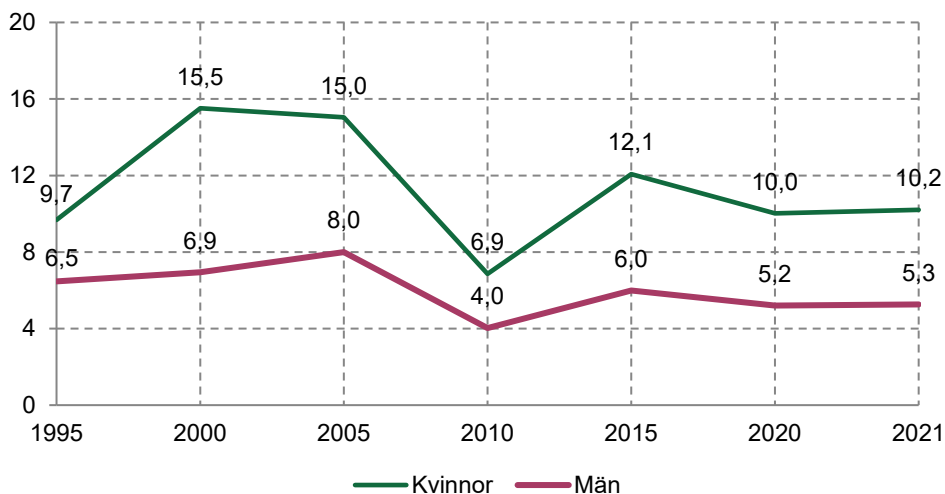


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Kvinnor har dubbelt så många sjukpenningdagar som män

I Figur 9 presenteras de genomsnittligt uttagna sjukpenningdagarna bland de sysselsatta i åldern 19–69 år i ett femårsintervall från 1995. Störst könsskillnad i nyttjade sjukpenningdagar var det år 2000. Skillnaderna var mindre år 2010, men på senare tid har kvinnor i genomsnitt nästan dubbelt så många sjukpenningdagar som män.

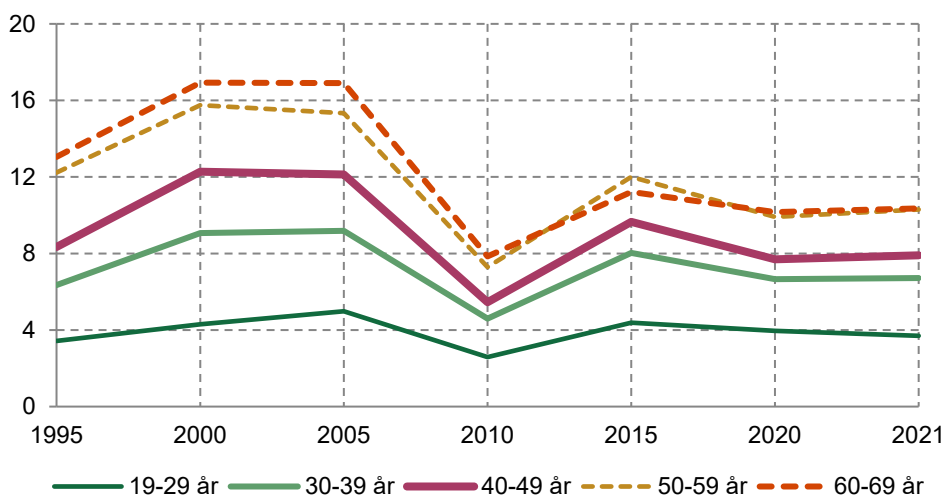
Figur 9 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2021 efter kön



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Innan 2010 var skillnaderna mellan uttagna sjukpenningdagar större i de olika åldersgrupperna. Som framgår i Figur 10 har störst minskning skett i gruppen 60–69 år.

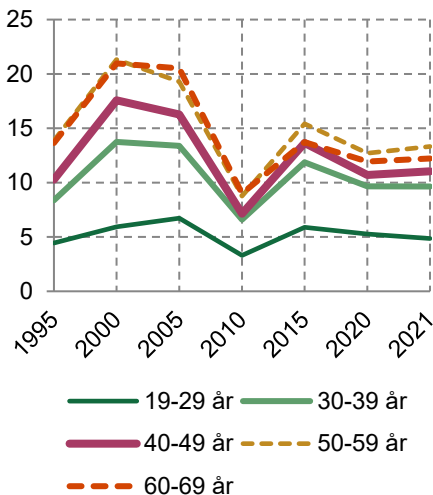
Figur 10 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2021 efter åldersgrupp



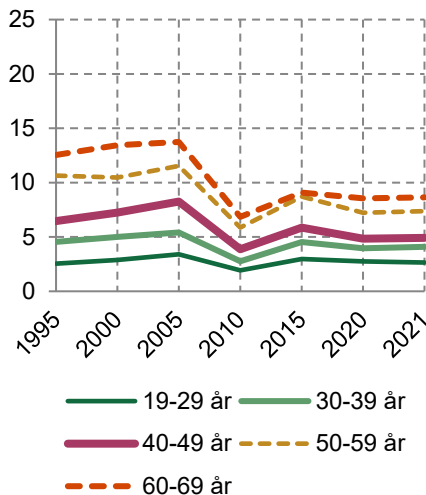
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 11 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2021 efter åldersgrupp och kön

a) Kvinnor



b) Män

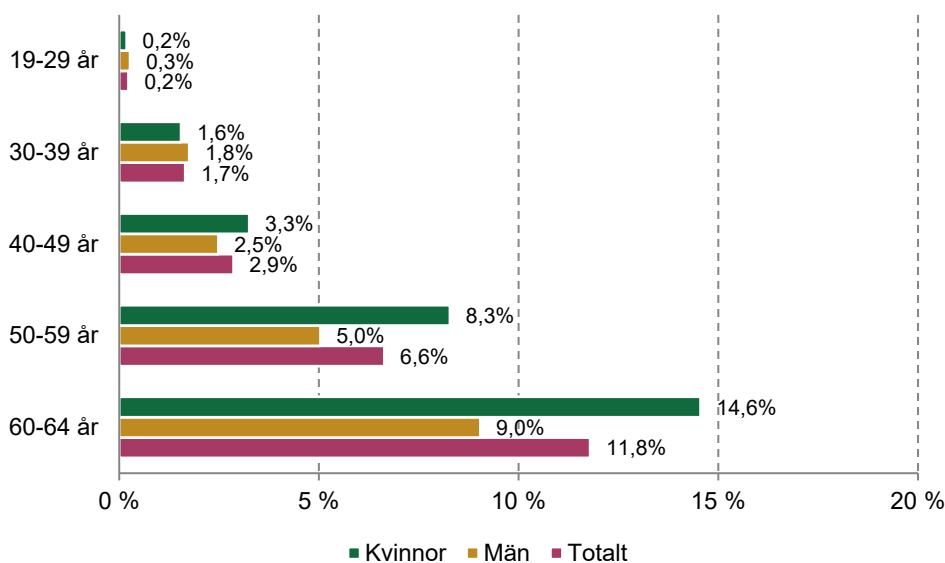


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Sjukersättning nyttjas betydligt mer av äldre

Av samtliga personer i åldrarna 19–64 år var det totalt 4,4 procent av kvinnorna och 3 procent av männen som fick sjukersättning under 2021. Nyttjandet ökar med åldern och är mycket lågt i åldern 19–29 år, där personer som inte bedöms ha en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga i stället kan beviljas aktivitetsersättning. I den äldsta åldersgruppen hade knappt 15 procent av kvinnorna och 9 procent av männen sjukersättning. När nyttjandet är högre är även skillnaderna mellan könen större, se Figur 12.

Figur 12 Nyttjandegrad för sjukersättning 2021 efter kön och åldersgrupp

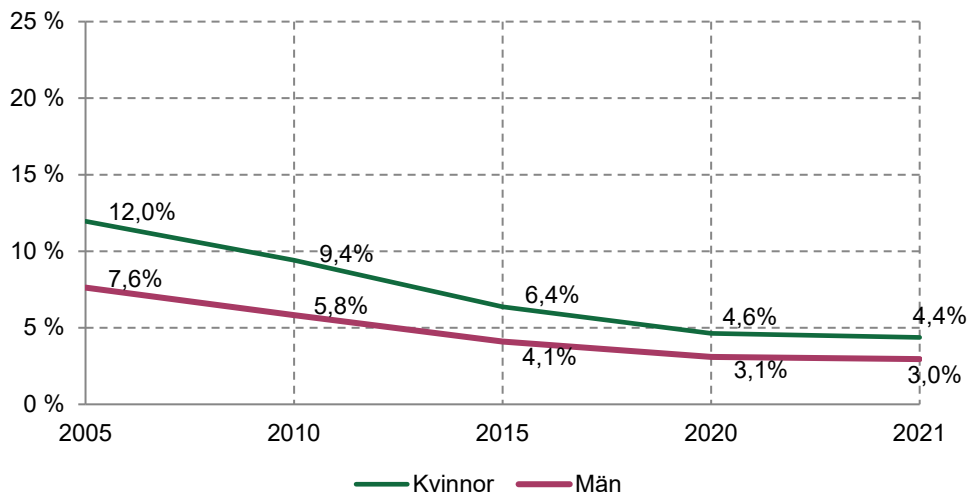


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Nyttjandet av sjukersättning har minskat drastiskt

Nyttjandet av sjukersättning har kontinuerligt minskat över tid. Som framgår i Figur 13 har nyttjandegraden minskat bland både kvinnor och män. Könsskillnaden har blivit marginellt lägre, men kvinnor har fortfarande ett högre nyttjande.

Figur 13 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2021 efter kön

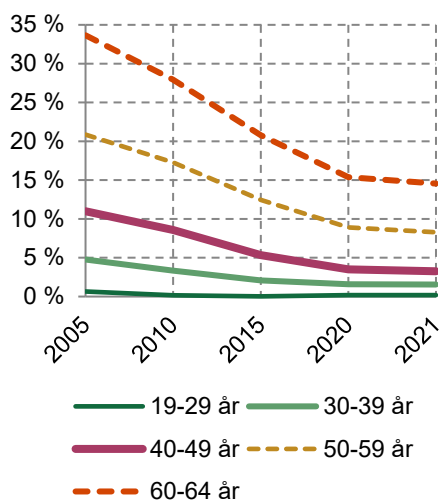


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

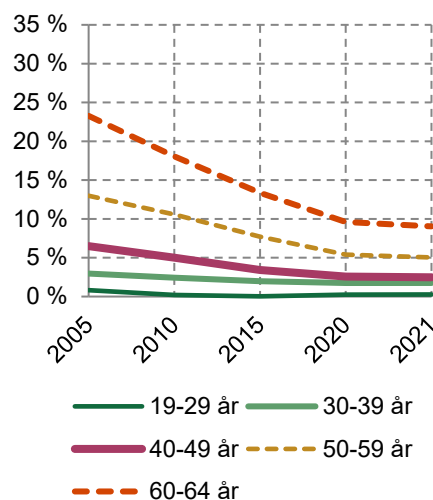
Sedan 2005 har nyttjandegraden sjunkit i olika åldersgrupper. Det är i de äldre åldersgrupperna som nyttjandegraden har sjunkit mest, i synnerhet efter regeländringen 2008. År 2005 hade knappt 34 procent av kvinnorna i åldern 60–64 år sjukersättning och 2021 var det knappt 15 procent av kvinnorna i samma åldersgrupp som fick sjukersättning. Männerna i åldern 60–64 år har gått från en nyttjandegrad på 23 procent till 9 procent.

Figur 14 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2021 efter åldersgrupp och kön

a) Kvinnor



b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Socioekonomiska skillnader

Det vanligaste sättet att jämföra grupper med olika livsvillkor är att använda indikatorer på socioekonomisk status, som utbildningsnivå, yrke eller inkomst.

Det finns en tydlig socioekonomisk skillnad i sjukfrånvaro, där de med längre utbildning, högre inkomster och tjänstemannayrken har en klart lägre sjukfrånvaro.²⁵ Hälsan följer en social gradient med gradvis sämre hälsa med fallande socioekonomisk position. Detta gäller oavsett vilka socioekonomiska mått (utbildningsnivå, yrke eller inkomst) som används och oavsett om det gäller självskattad hälsa, sjuklighet eller dödlighet.²⁶

Ohälsa, sjukdom och sjukfrånvaro hör samman men överlappar inte. Nyttjandet av sjukförsäkringen är därför inte ett mått på hälsa utan på arbetsförmåga. En persons förmåga att klara av sitt arbete beror både på de faktiska kraven i arbetet och på personens förmåga att klara dessa krav.²⁷ En nedsatt arbetsförmåga i relation till arbetets krav är vanligare bland dem som har en förgymnasial utbildning än bland dem som har en längre utbildning. 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.²⁸

Sammanfattningsvis har individer med låg socioekonomisk status både en sämre hälsa och är i högre grad sysselsatta i arbeten med manuellt arbete och mindre flexibilitet. Det gör dessa arbeten svårare att kombinera med sjukdom. Dessutom är de i större utsträckning sysselsatta i arbeten med en mer ansträngande fysisk och psykosocial arbetsmiljö, vilket i sig har en negativ effekt på hälsan.²⁹

I denna rapport används de socioekonomiska måtten utbildning, yrke och inkomst för att kartlägga skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Yrke och inkomst används dock inte som ett socioekonomiskt mått för nyttjandet av sjukersättning, eftersom en del som får sjukersättning har fått det en längre tid.

I rapporten bekräftas att sambandet mellan socioekonomisk status och sjukfrånvaro är något starkare för män än för kvinnor. Sedan mitten på 1990-talet har dock skillnaderna i kvinnors sjukpenningnyttjande i olika inkomstgrupper ökat avsevärt. Skillnaden mellan kvinnor med och utan eftergymnasial utbildning har också ökat under de senaste åren. I nyttjandet av sjukersättningen har sambandet med utbildningsnivå förstärkts för både kvinnor och män, men skillnaderna mellan olika grupper har ökat särskilt bland kvinnor.

Skillnader efter utbildningsnivå

Utbildningsnivå är ett vanligt mått på socioekonomisk ställning. Utbildningsnivå betraktas också som ett stabilt mått, eftersom det till skillnad från inkomst och yrke inte påverkas av arbetslöshet eller sjukdom. Individer med högst förgymnasial utbildningsnivå har en

²⁵ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

²⁶ Folkhälsomyndigheten (2022) Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022.

²⁷ Wikman, A. et al. (2005) *Illness, disease and sickness absence*.

²⁸ SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa*. s. 129.

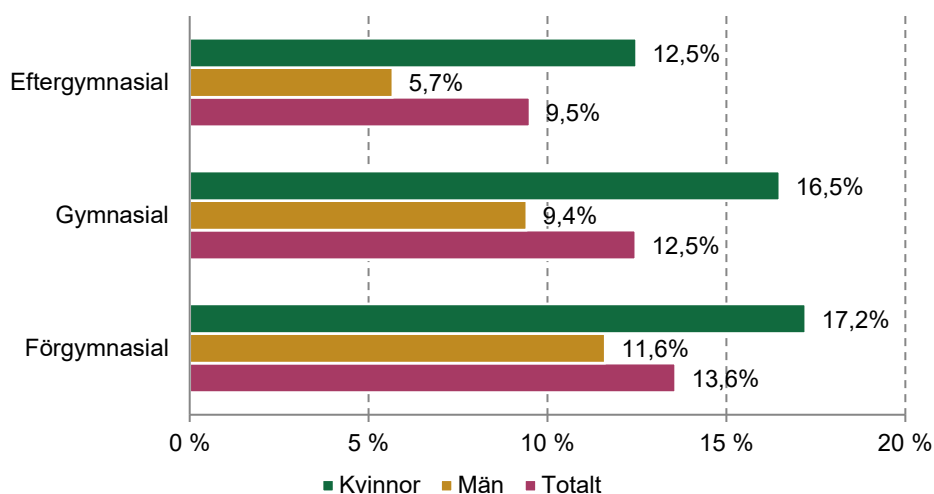
²⁹ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

kortare medellivslängd och en högre dödlighet i nästan alla de vanligaste dödsorsakerna jämfört med individer med eftergymnasial utbildningsnivå.³⁰ Dessutom är psykisk ohälsa vanligare bland kvinnor som har en förgymnasial utbildning jämfört med kvinnor som har en gymnasial eller eftergymnasial utbildning.³¹ För att jämföra nyttjandet av sjukpenning och sjukersättning är den sysselsatta befolkningen indelad i tre övergripande nivåer efter högsta avslutade utbildningsnivå: förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning.

Lägre nyttjande av sjukpenning bland högutbildade

För både kvinnor och män är nyttjandet av sjukpenning lägst i gruppen sysselsatta med eftergymnasial utbildning. Nyttjandet är även något lägre hos kvinnor och män med gymnasial utbildning jämfört med en förgymnasial utbildning. Kvinnor hade sjukpenning i högre utsträckning än män inom samtliga tre övergripande utbildningsnivåer. Även om det är tydligt att sjukpenningnyttjandet är lägre bland dem med högre utbildning har kvinnor med eftergymnasial utbildning ett högre nyttjande än män med en förgymnasial utbildning. Skillnader i nyttjandet av sjukpenningen mellan dem med olika avslutad utbildningsnivå är större för män än för kvinnor, något som framför allt förklaras av att en stor del kvinnor med eftergymnasial utbildning arbetar inom välfärdssektorerna.³²

Figur 15 Nyttjandegrad för sjukpenning 2021 efter kön och utbildningsnivå

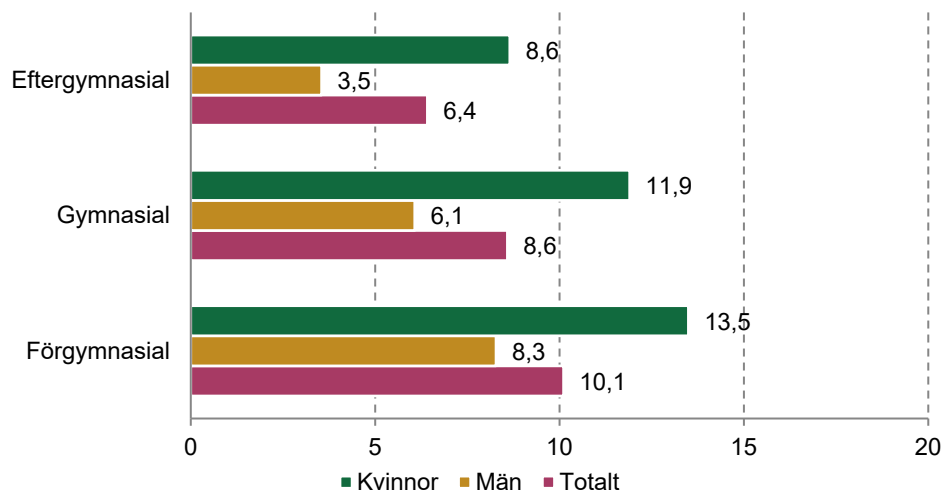


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

I gruppen med eftergymnasial utbildning användes också i genomsnitt färre antal sjukpenningdagar jämfört med sysselsatta med förgymnasial eller gymnasial utbildning. I alla tre utbildningskategorierna har kvinnor i genomsnitt fler sjukpenningdagar än män.

³⁰ Folkhälsomyndigheten (2022) Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022.

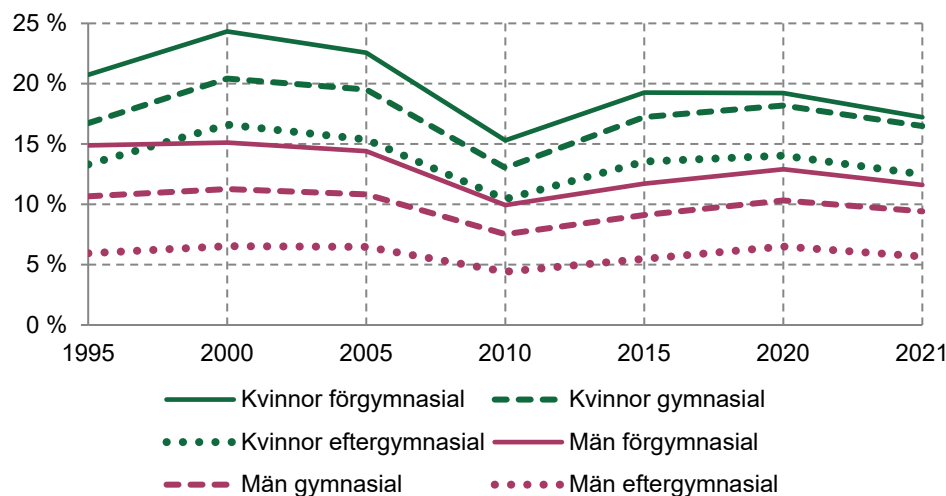
³¹ Folkhälsomyndigheten (2022) Statistik om psykisk hälsa i Sverige.

Figur 16 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter kön och utbildningsnivå

Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Sambandet mellan utbildningsnivå och sjukpenningnyttjande är starkare för män än för kvinnor

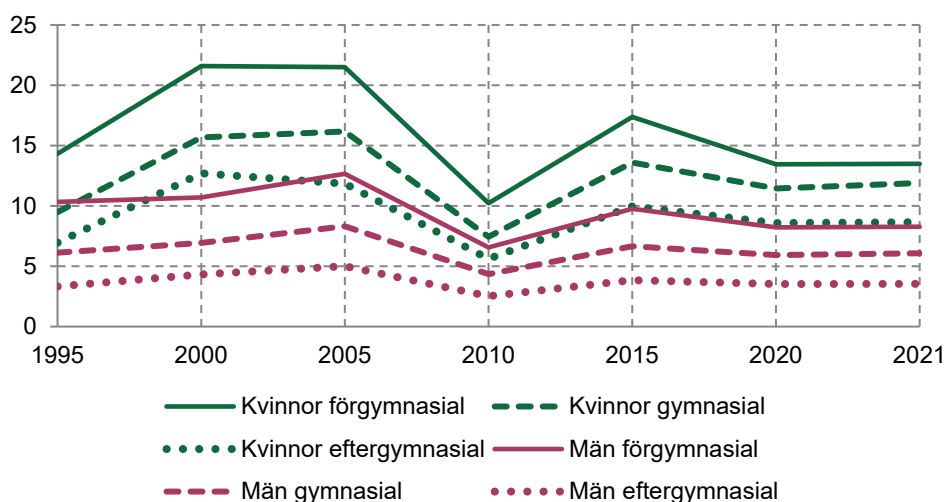
Nyttjandegraden var som högst under 2000 och som lägst 2010 för både kvinnor och män i alla utbildningsgrupper. Kvinnorna har haft högre nyttjandegrad än männen oavsett utbildningsnivå alla år förutom 1995, då männen med förgymnasial utbildning hade högre nyttjandegrad än kvinnor med eftergymnasial utbildning. I övrigt har skillnaden i nyttjandet av sjukpenning efter olika kön och utbildningsnivå varit relativt stabil. Skillnaden mellan kvinnor med förgymnasial och gymnasial utbildning har i stort sett försvunnit, medan skillnaden mellan kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning i stället har ökat något. För män har skillnaden mellan dem med förgymnasial och gymnasial utbildning minskat över tid, men skillnaden i nyttjandegraden mellan dem med hög och låg utbildning är större för männen än för kvinnorna.

Figur 17 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2021 efter kön och utbildningsnivå

Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Nyttjandet av sjukpenningdagar var som högst under 2005 och som lägst 2010. För både män och kvinnor är mönstret sådant att en högre utbildning innebär färre sjukpenningdagar. Män med förgymnasial utbildning och kvinnor med eftergymnasial utbildning har ett liknande nyttjande. Skillnaderna i nyttjade dagar mellan de olika utbildningsnivåer har varit något mindre det senaste decenniet.

Figur 18 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2021 efter kön och utbildningsnivå

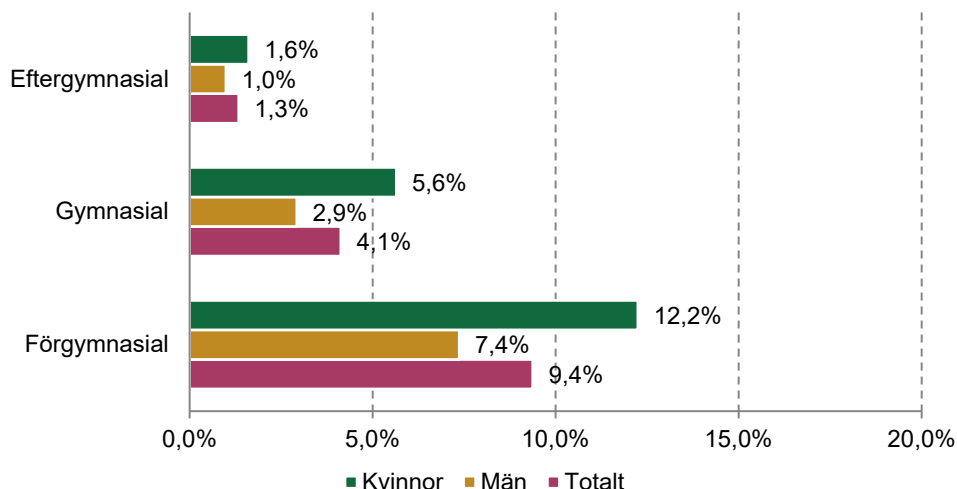


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Sjukersättning nyttjas mest av dem med enbart förgymnasial utbildning

Även inom sjukersättningen finns stora skillnader mellan hur människor med olika utbildningsnivå nyttjar ersättningen. Nyttjandegraden är högst bland individer med förgymnasial utbildning och lägst bland individer med eftergymnasial utbildning. Under 2021 var nyttjandegraden för sjukersättning för dem med förgymnasial utbildning 9 procent, medan den var 4 procent bland dem med gymnasial utbildning och 1 procent för dem med eftergymnasial utbildning. Andelen kvinnor som får sjukersättning är högre än andelen män i alla grupper.

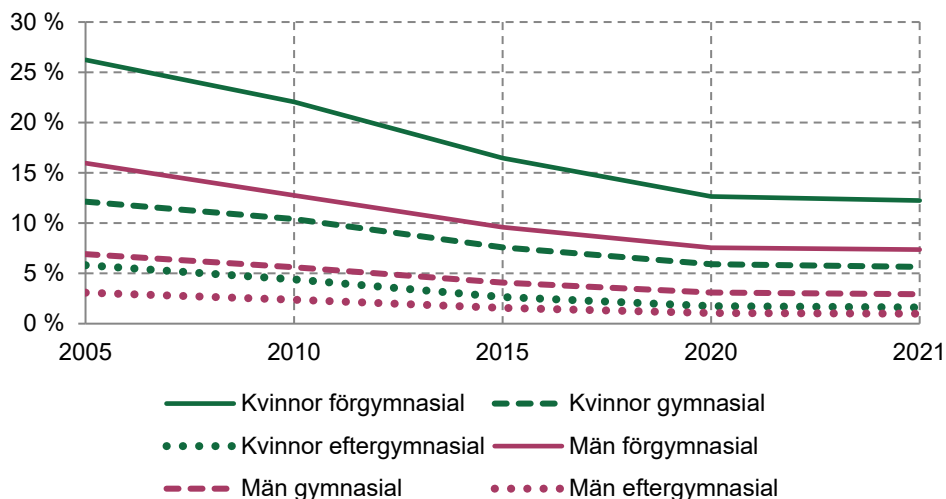
Figur 19 Nyttjandegrad för sjukersättning 2021 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Andelen som får sjukersättning har minskat över tid och minskningen har skett för alla, oavsett utbildningsnivå. Trots det har de relativa skillnaderna mellan kvinnor och män med olika utbildningsnivå ökat över tid. Skillnaden i nyttjandegraden av sjukersättning mellan dem med låg och hög utbildning är mycket stora för både män och kvinnor. Under 2005 var det större skillnader mellan män med gymnasial eller eftergymnasial utbildning, men sedan 2015 har de relativa skillnaderna mellan kvinnor med motsvarande utbildningsnivå varit ännu större.

Figur 20 Nyttjandegrad för sjukersättning 1995–2021 efter kön och utbildningsnivå



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Skillnader mellan yrkesgrupper

Det finns stora skillnader i sjukfrånvaro mellan olika yrken. Förutom att spegla socioekonomisk status så speglar yrket också den fysiska och psykosociala arbetsmiljön,

liksom de arbetsvillkor som påverkar risken för sjukskrivning.³³ På övergripande nivå syns ett tydligt mönster: personer i tjänstemannayrken har både lägre risk för sjukskrivning och en snabbare återgång i arbete. Individer i yrken med högre grad av manuellt arbete, yrken som präglas av mindre flexibilitet och en mer ansträngande fysisk och/eller psykosocial arbetsmiljö har i stället högre risk för sjukskrivning och längre sjukfall.³⁴

Kvinnor och män arbetar i stor utsträckning i olika yrken med olika lönenivåer.³⁵ Den svenska arbetsmarknaden karaktäriseras av det som brukar benämnas som horisontell könssegregering, där kvinnor och män tenderar att arbeta i olika yrken, branscher och sektorer. Kvinnor arbetar oftare inom kontaktintensiva yrken inom skola, vård och omsorg medan män oftare arbetar inom teknik, administration och konstruktion. Det finns även en vertikal könssegregering som innebär att det råder en ojämn fördelning av kvinnor och män på olika hierarkiska nivåer i arbetslivet. Män har oftare chefspositioner, högre lön och bättre utvecklingsmöjligheter.³⁶ I den senaste omgången av SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) framkom att en majoritet av alla förvärvsarbetande i Sverige upplever sitt arbete som psykiskt ansträngande. Under 2022 uppgav till exempel 57 procent av kvinnorna och 49 procent av männen att de upplevde sitt arbete som psykiskt ansträngande.³⁷

I detta avsnitt används standard för svensk yrkesklassificering³⁸ för att redogöra för skillnader i nyttjandet av sjukpenning mellan nio övergripande yrkesområden. Yrkesklassificeringen är i första hand framtagen för att klassificera personer efter det arbete de utför.

Högst sjukpenningnyttjande inom vård- och omsorgsarbeten

Under 2021 var sjukfrånvaron som högst inom yrkesområdet *Service-, omsorgs- och försäljningsarbete*. Det var då totalt 15 procent av de sysselsatta som haft sjukpenning någon gång under året, och över tid är det just inom denna yrkeskategori som nyttjandet har ökat mest – särskilt bland kvinnor. Yrkeskategorin innefattar vård- och omsorgsarbeten utan krav på universitetsexamen, exempelvis undersköterskor, vårdbiträden, vårdare och personliga assistenter. De yrkesgrupperna har välkända psykosociala, men också fysiska, arbetsmiljörisker. Anställda inom dessa yrken har en högre risk för både fysiska sjukdomar och psykiatriska diagnoser.³⁹

Andelen av alla sysselsatta som har fått sjukpenning var även hög inom yrkesområdet *Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning*, som bland annat inkluderar yrken som städare, restaurang- och köksbiträden samt brevbärare. Nyttjandet är också högt bland sysselsatta i mansdominerade yrken inom områdena *Process- och maskinoperatörsarbete*,

³³ Arbetsmiljöverket (2016) Kvinnor och mäns arbetsvillkor.

³⁴ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

³⁵ Medlingsinstitutet (2023) Löneskillnaden mellan kvinnor och män 2022.

³⁶ SOU 2014:81 Yrke, karriär och lön - kvinnors och mäns olika villkor på den svenska arbetsmarknaden. s. 49.

³⁷ SCB (2023) Arbetsmiljö 1980–2022.

³⁸ SSYK, är ett system för att gruppera individers yrken eller arbetsuppgifter. SSYK används inom arbetsmarknads- och individstatistiken. Uppbyggnaden av yrkesklassificeringen görs på i fyra nivåer (yrkesområde, huvudgrupp, yrkesgrupp, undergrupp).

³⁹ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad, Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.

transportarbete m.m. samt Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning. Det gäller för både kvinnor och män. I de yrkesområdena finns yrken med kända risker för såväl fysisk belastning som risk för olycksfall.⁴⁰ De sysselsatta i dessa yrkesområden är i högre utsträckning sjukskrivna på grund av skador och diagnoser inom rörelseorganens sjukdomar.⁴¹

Yrkesområdet med lägst nyttjande är *Ledningsarbete*, där bara 6 procent av de sysselsatta hade sjukpenning under 2021. När de sysselsatta inom det yrkesområdet är sjukskrivna är det ofta i stressrelaterade diagnoser och utmattningssyndrom.⁴²

Inom alla yrkesområden finns stora skillnader i nyttjandet mellan kvinnor och män, men mest anmärkningsvärd är skillnaden inom området *Arbete som kräver teoretisk specialkompetens*. Där hade kvinnor en nyttjandegrad på 13 procent under 2021, jämfört med männens 5 procent. Könsskillnaderna kan framför allt förklaras av att högt utbildade kvinnor och män arbetar inom olika branscher. Inom yrkesområdet ryms både yrken med krav på fördjupad högskolekompetens inom hälso- och sjukvård respektive utbildning, men även inom teknik och it där sjukfrånvaron är lägre.⁴³ Sjukfrånvaron är hög inom kvinnodominerade yrken inom vård, skola och omsorg. Det är också yrken där högst andel anger att de lider av besvär till följd av arbetet, vanligtvis på grund av en för hög arbetsbelastning.⁴⁴

I en kunskapssammanställning från Arbetsmiljöverket framkom att psykosociala krav som exempelvis att ha ett spännande arbete, psykologiska krav, emotionella krav, otydliga mål och generell arbetsrelaterad stress är vanligare inom kvinnodominerade yrken inom skola, vård och omsorg. Inom dessa kontaktyrken har de anställda sämre möjlighet att påverka hur och när de utför arbetet, samt med vem eller vilka.⁴⁵

Nyttjandet av sjukpenning är lägre i yrken som kräver eftergymnasial utbildning. Kvinnor inom yrkesområdena *Ledningsarbete*, *Arbete som kräver teoretisk specialkompetens* samt *Arbete som kräver kortare högskoleutbildning* hade under 2021 en nyttjandegrad på 12,3 procent. Det kan jämföras med totalt 16,9 procent i övriga yrken. För männen är sambandet mellan socioekonomisk och sjukskrivning starkare även här. Män i yrken som kräver eftergymnasial utbildning hade en nyttjandegrad på 5,3 procent år 2021, och en nyttjandegrad på 10,6 procent i övriga yrken. Jämfört med tidigare år har sambandet mellan socioekonomisk status och sjukskrivning alltså blivit något starkare för både kvinnor och män under 2020 och 2021.

⁴⁰ Arbetsmiljöverket (2022) Arbetsmiljön 2021.

⁴¹ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. s. 35.

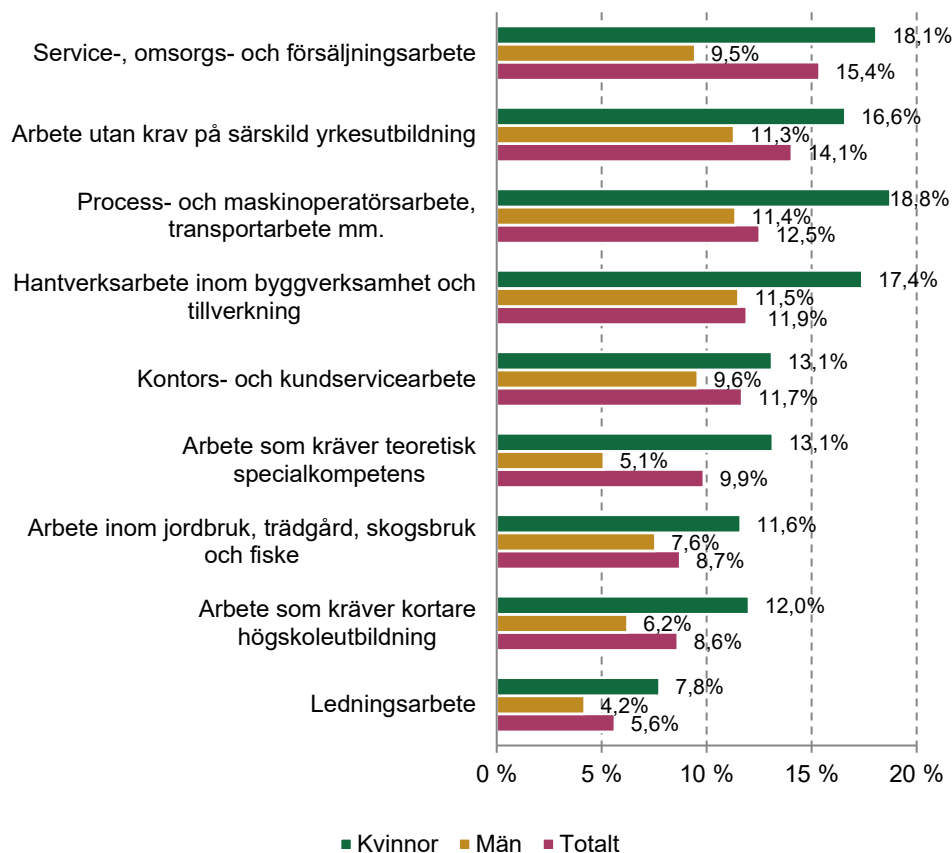
⁴² Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.

⁴³ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

⁴⁴ Arbetsmiljöverket (2021) Arbetsorsakade besvär.

⁴⁵ Arbetsmiljöverket (2016) Kvinnors och mäns arbetsvillkor.

Figur 21 Nyttjandegrad för sjukpenning 2021 efter kön och SSYK

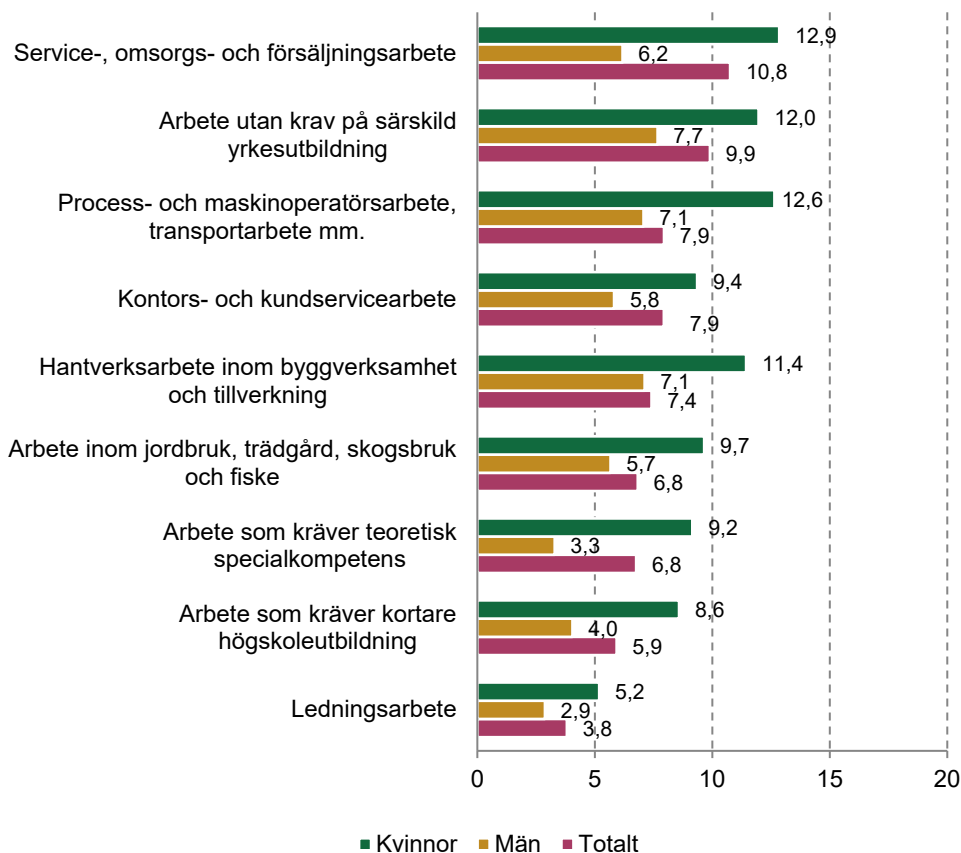


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Kvinnor och män i yrken som kräver eftergymnasial utbildning har färre sjukpenningdagar

Totalt sett var antalet genomsnittliga uttagna sjukpenningdagar högst inom yrkesområdet *Service-, omsorgs- och försäljningsarbete*. Under 2021 nyttjade kvinnor flest sjukpenningdagar inom det yrkesområdet, följt av *Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.* Yrkena där män i genomsnitt nyttjade flest sjukpenningdagar är *Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning*. Både nyttjandet och sjukpenningdagar per sysselsatt är lägst inom *Ledningsarbeten*, följt av *Arbete som kräver kortare högskoleutbildning* och *Arbete som kräver teoretisk specialkompetens*.

Figur 22 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter kön och SSYK



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Skillnader mellan inkomstgrupper

Precis som för högsta avslutade utbildning och typ av yrke finns det också ett samband mellan inkomst och nyttjande av sjukförsäkringen. Inkomst samvarierar med arbetsvillkor och arbetsmiljö, där låglöneyrken har mer manuellt arbete och mindre flexibilitet samt en mer ansträngande fysisk och psykosocial arbetsmiljö.⁴⁶ Personer med hög inkomst har i genomsnitt bättre hälsorelaterad livskvalitet än personer med låg inkomst. En låg inkomst kan påverka hälsan direkt, exempelvis genom att man inte har råd med grundläggande materiella behov som mat och bostad. En lägre inkomstnivå kan även påverka hälsan indirekt genom den stress som en ekonomiskt osäker situation innebär med mer begränsade möjligheter till socialt deltagande och självbestämmande.⁴⁷

I denna rapport har sysselsatta i åldern 19–69 år delats in i fem lika stora grupper utifrån förvärvsinkomst, så kallade inkomstkvintiler. Den första kvintilen består av de 20 procent med lägst förvärvsinkomst och den femte kvintilen består av de 20 procent med högst inkomst. Kvintilerna är baserade på förvärvsinkomsten föregående år och inkomsten är just den beskattade förvärvsinkomsten och arbetsrelaterade ersättningar. I Tabell 1 redovisas medelinkomst per kvintil baserat för inkomster år 2020. Som tabellen visar är den årliga

⁴⁶ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

⁴⁷ Folkhälsomyndigheten (2023) Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2023.

medelinkomsten låg i kvintil 1. Totalt sett handlar det om en genomsnittlig inkomst på under 10 000 kronor i månaden. De som ingår i den lägsta kvintilen har i lägre grad en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och arbetar i högre grad deltid.⁴⁸

I takt med stigande reallöner har kompensationsgraden i sjukförsäkringen minskat. Det innebär sjukpenningen ersätter en lägre del av inkomstbortfallet vid sjukskrivning. På grund av sjukförsäkringens inkomsttak för ersättningen är kompensationsgraden lägst för dem med de högsta inkomsterna i kvintil fem.⁴⁹

Tabell 1 Medelinkomst per kvintil år 2020

	Totalt	Kvinnor	Män
1 Låg inkomst	118 900	107 200	134 400
2 Medellåg inkomst	289 500	263 000	320 700
3 Medelinkomst	370 500	340 300	400 700
4 Medelhög inkomst	455 100	417 000	488 000
5 Hög inkomst	718 200	630 900	789 400

Nyttjandet av sjukpenning högst bland dem med näst lägst inkomster

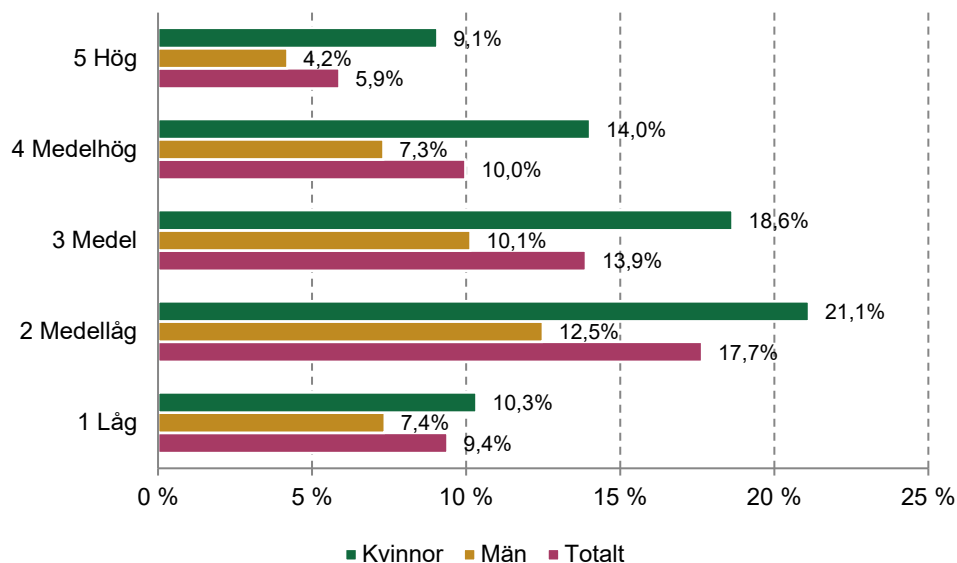
Precis som för högsta avslutade utbildningsnivå finns stora skillnader i nyttjandet av sjukpenning mellan människor med olika inkomst. Av dem som hade en låg inkomst och tillhörde den lägsta kvintilen låg nyttjandet under 2021 på 9 procent. Nyttjandet är betydligt högre bland dem i den näst lägsta inkomstgruppen, det vill säga dem med en medellåg inkomst. Av dessa fick 18 procent sjukpenning under 2021. Andelen sysselsatta personer som fått sjukpenning avtar sedan med stigande inkomst. Av dem med högst inkomst (kvintil 5) var det endast 6 procent som hade nyttjat sjukpenning. Det är i de högsta och lägsta inkomstgrupperna som lägst andel sysselsatta individer nyttjar sjukpenning.

Inom alla inkomstgrupper var det en högre andel kvinnor än män som nyttjade sjukpenning. Bland kvinnor med medellåg inkomst återfanns den högsta andelen som fick sjukpenning, 21 procent. Det är män med högst inkomst som hade det lägsta nyttjandet av sjukpenning. Bland dem fick endast 4 procent sjukpenning under 2021. För kvinnor är skillnaden mellan andelen som nyttjar sjukpenning inte särskilt stora i den lägsta och högsta inkomstgruppen, men andelen är något högre bland dem med låg jämfört med de med hög inkomst. Männerna med högst inkomst här däremot ett betydligt lägre nyttjande än männen med lägst inkomst.

⁴⁸ Försäkringskassan (2021) Sjukfrånvaro i grupper där färre arbetar.

⁴⁹ Försäkringskassan (2023c) Sjukpenningens kompensationsgrad har minskat över tid.

Figur 23 Nyttjandegrad för sjukpenning 2021 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

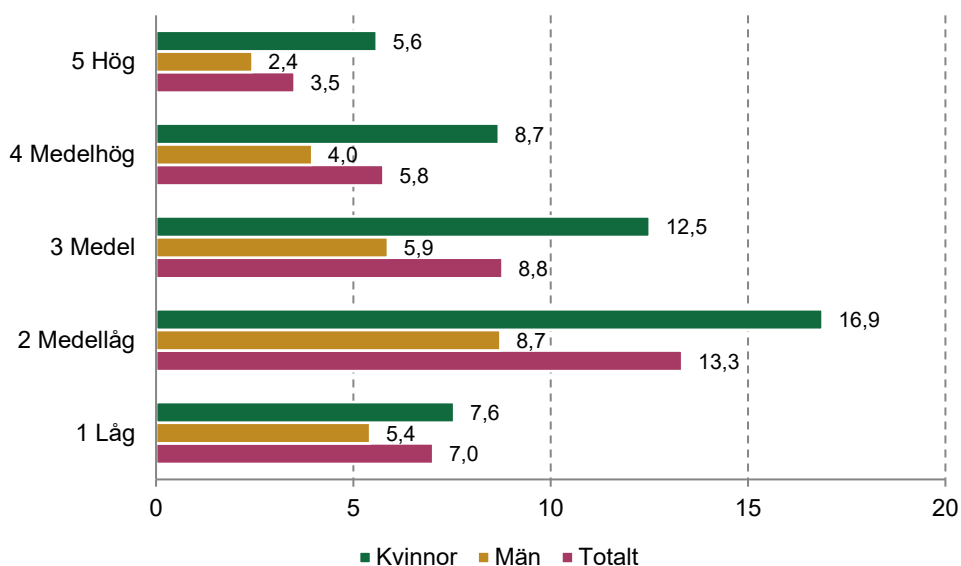


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Män med hög inkomst har lägst antal sjukpenningdagar

Mönstret för genomsnittligt antal nyttjade sjukpenningdagar liknar mönstret för nyttjandegraden, där flest dagar tas ut av gruppen med medellåg inkomst. Gruppen med medellåg inkomst hade 13 sjukdagar under 2021, medan gruppen med hög inkomst hade knappt 4 dagar. I alla inkomstgrupper nyttjar kvinnor i genomsnitt fler sjukpenningdagar jämfört med männen i samma inkomstgrupp. Gruppen som i genomsnitt nyttjar flest sjukpenningdagar är kvinnor med medellåg inkomst. Den grupp som i genomsnitt nyttjar lägst antal sjukpenningdagar är män med hög inkomst.

Figur 24 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

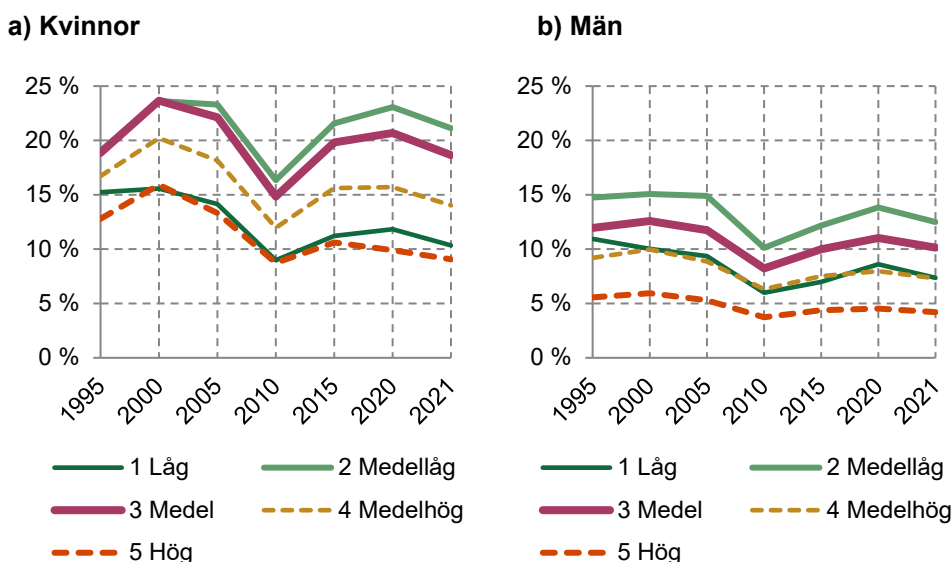


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Sambandet mellan socioekonomi och sjukskrivning har ökat för kvinnor

Andelen sysselsatta som får sjukpenning har varierat över tid. För kvinnor och män i alla inkomstgrupper var nyttjandegraden som högst under år 2000, och som lägst 2010. Därefter ökade den fram till 2015. För de lägre inkomstgrupperna fortsatte denna ökning fram till 2020, för att därefter minska något 2021. För kvinnor i de högsta inkomstgrupperna började nyttjandet att avta från 2015. Sambandet mellan socioekonomisk status och sjukskrivning är och har varit något starkare för männen än för kvinnorna. Män med hög inkomst har ett betydligt lägre nyttjande än män med medellåg inkomst, och denna skillnad har inte minskat. Som framgår i Figur 25a har skillnaderna i kvinnors nyttjande i olika inkomstgrupper ökat avsevärt sedan mitten på 1990-talet.

Figur 25 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2021 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

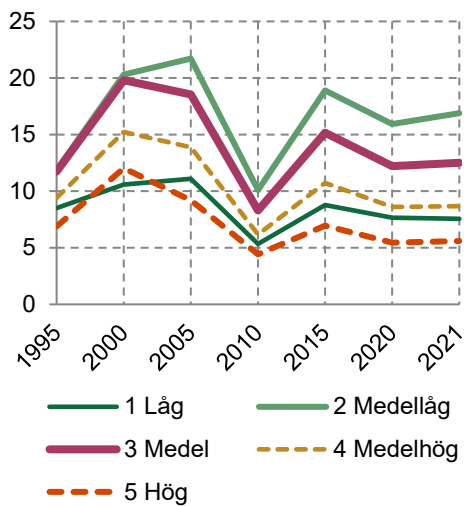


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

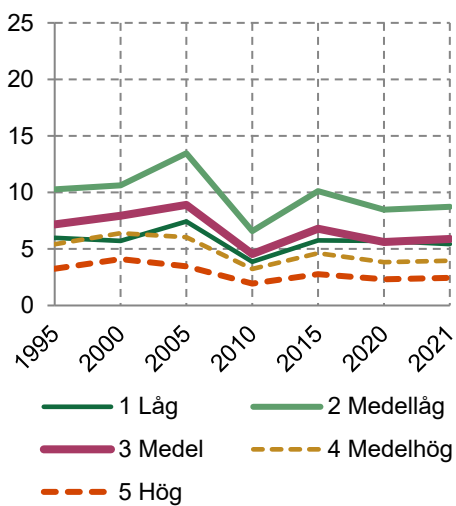
Mönstret för genomsnittligt uttagna sjukpenningdagar i olika inkomstgrupper över tid liknar utvecklingen i nyttjandegraden. Som framgår av Figur 26 har skillnaderna mellan dem med medellåg inkomst och dem med medelinkomst ökat över tid för kvinnorna, men inte för männen. Kvinnor med medellåg inkomst är den grupp som nyttjar flest sjukpenningdagar.

Figur 26 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2021 efter kön och inkomstnivå (kvintiler)

a) Kvinnor



b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Skillnader mellan inrikes och utrikes födda

Antalet utrikes födda i Sverige har ökat under hela 2000-talet. Under 2021 var 2 miljoner av Sveriges befolkning på 10,4 miljoner födda utanför Sverige.⁵⁰ En ungefär lika stor andel av de förvärvsarbetande var födda utanför Sverige.⁵¹ Invandringen till Sverige har varierat när det gäller såväl typen av invandring (arbetskraftsinvandring eller flyktinginvandring), som hur många som invandrat och vilka länder de har invandrat ifrån. Många nyanlända har en svag ställning på arbetsmarknaden. Efter några år i Sverige närmar de sig de inrikes föddas sysselsättning, även om de oftare arbetar i låglöneyrken.⁵²

Utrikes födda har generellt sämre livsvillkor och delvis sämre hälsa jämfört med inrikes födda, exempelvis genom en högre frekvens av självrapporterad psykisk ohälsa.⁵³ De utrikes föddas hälsa förändras med vistelsetiden i Sverige. Så kallade välfärdssjukdomar som diabetes, högt blodtryck, övervikt och fetma är vanligare bland utrikes födda som bott i Sverige i fem år eller mer, jämfört med dem som bott i Sverige en kortare tid.⁵⁴ Utrikes födda har historiskt haft högre sjukfrånvaro än inrikes födda. Skillnaden har till största delen förklarats av att utrikes födda i högre grad arbetar i yrken med en sämre arbetsmiljö.⁵⁵ Utrikes födda upplever i högre utsträckning fysiska arbetsmiljöbelastningar, och särskilt gruppen födda utanför Europa arbetar oftare inom yrken och branscher som kan vara skadliga för hälsan.⁵⁶ I en studie från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) framkom att utrikes födda dessutom har en större sannolikhet att lämna arbetslivet redan från 50 års ålder, vilket kan tolkas som ett resultat av ofrivilligt utträde från arbetsmarknaden.⁵⁷

Skillnader mellan utrikes födda med längre och kortare vistelsetid i Sverige

Vistelsetiden i Sverige är en viktig faktor för att förstå skillnaden i nyttjandet av sjukförsäkringen. De som varit i Sverige en kort tid har ett lägre nyttjande av sjukförsäkringen men i takt med att utrikes födda etableras på arbetsmarknaden ökar också deras sjukfrånvaro. Skillnaden i nyttjandet av sjukförsäkringen har minskat mellan inrikes födda och utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år. Mest anmärkningsvärd är den förändring som skett i nyttjandet av sjukersättningen. Utrikes födda som har varit i Sverige i mer än tio år har gått från ett nyttjande på 16,2 procent 2005 till ett nyttjande på 5 procent 2021. Den motsvarande minskningen för inrikes födda är från 9,4 till 3,9 procent. Även skillnaderna i genomsnittligt uttagna sjukpenningdagar har minskat över tid mellan inrikes

⁵⁰ SCB (2023) Befolkningsstatistik.

⁵¹ SCB (2022) Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS).

⁵² Åslund, O. et al. (2017) Labour Market Entry of Non-Labour Migrants – Swedish Evidence.

⁵³ Folkhälsomyndigheten (2019a) Hälsa hos personer som är utrikes födda.

⁵⁴ Folkhälsomyndigheten (2023) Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2023.

⁵⁵ Dunlavy, A. och Rostila, M. (2017) Arbetsmiljön bland utrikesfödda anställda i Sverige.

⁵⁶ Arbetsmiljöverket (2023) Fokus på utrikes föddas arbetsmiljö.

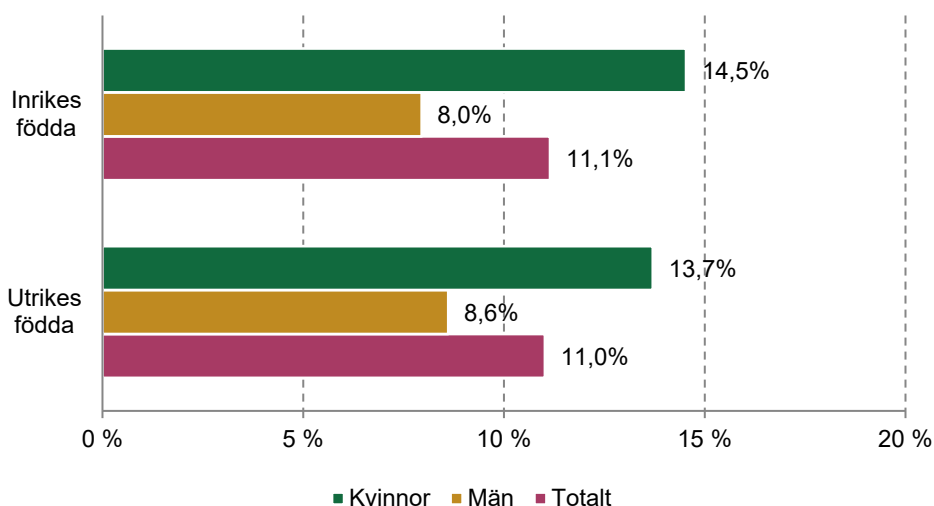
⁵⁷ IFAU (2023) Kommer sent, lämnar tidigt?

födda och utrikes födda som har varit i Sverige i mer än tio år. Däremot har skillnaderna mellan inrikes födda och utrikes födda som varit i Sverige i mindre än tio år ökat något, där utrikes födda med en kort vistelsetid har fått ett lägre nyttjande.

Inrikes födda kvinnor har ett något högre nyttjande än utrikes födda kvinnor

Av det totala antalet sysselsatta under 2021 var det 11 procent av de utrikes födda och 11 procent av de inrikes födda som var sjukskrivna. Det finns dock skillnader mellan kvinnor och män. Andelen sjukskrivna utrikes födda kvinnor är lägre än andelen sjukskrivna inrikes födda kvinnor. För männen är mönstret annorlunda. Utrikes födda män hade en något högre andel sjukskrivna jämfört med sysselsatta män födda i Sverige.

Figur 27 Nyttjandegrad för sjukpenning 2021 efter kön och inrikes och utrikes födda



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

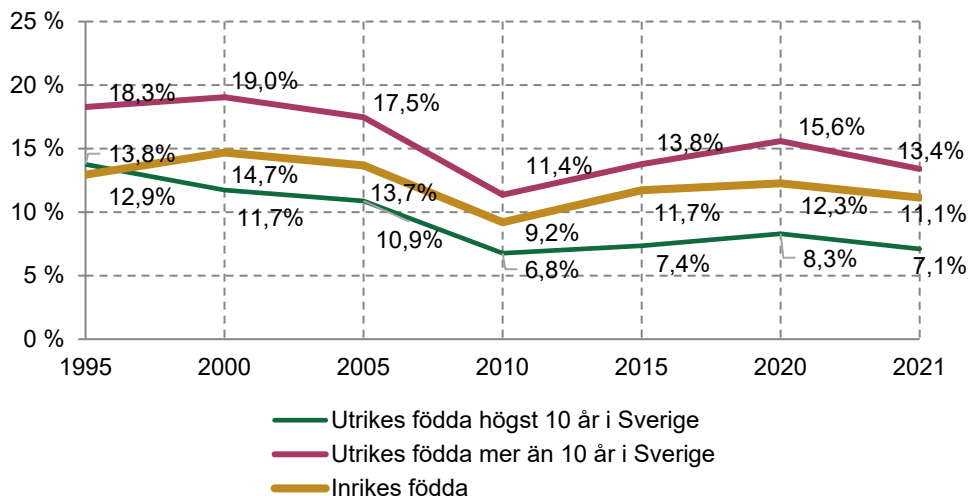
Utrikes födda som varit i Sverige över tio år har ett högre nyttjande

Andelen som får sjukpenning är högre bland utrikes födda med en längre vistelsetid än bland inrikes födda, se Figur 28. Däremot är nyttjandegraden lägre bland utrikes födda med en kortare vistelsetid jämfört med både inrikes födda och utrikes födda med en längre vistelsetid. Det lägre nyttjandet bland dem med kort vistelsetid är i stor utsträckning kopplat till deras etablering på arbetsmarknaden. Av dem som varit en kort tid i Sverige är det många som saknar arbetsinkomst och därmed inte kvalificerar till en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).⁵⁸

Skillnaden i nyttjandegraden mellan inrikes födda och utrikes födda med en längre vistelsetid har minskat över tid för både kvinnor och män. Mellan inrikes födda och utrikes födda som varit i Sverige i mindre än tio år har skillnaderna ökat något, särskilt bland kvinnor, se Figur 29.

⁵⁸ Försäkringskassan (2013) Att sakna försäkrad inkomst.

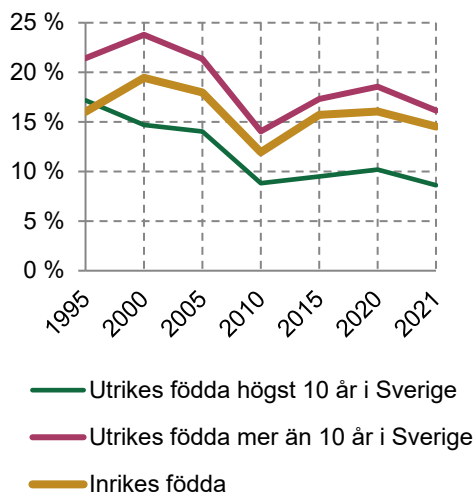
Figur 28 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2021 efter inrikes och utrikes födda



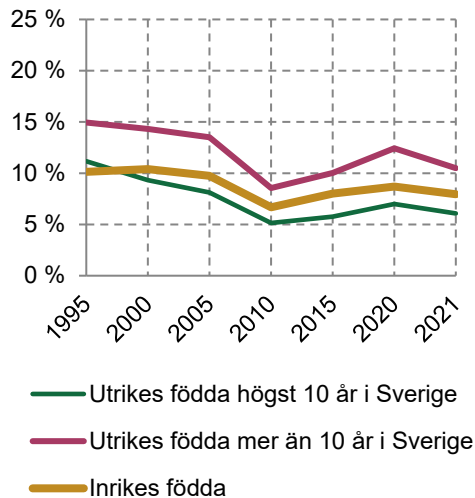
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 29 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2021 efter inrikes- och utrikes födda

a) Kvinnor



b) Män

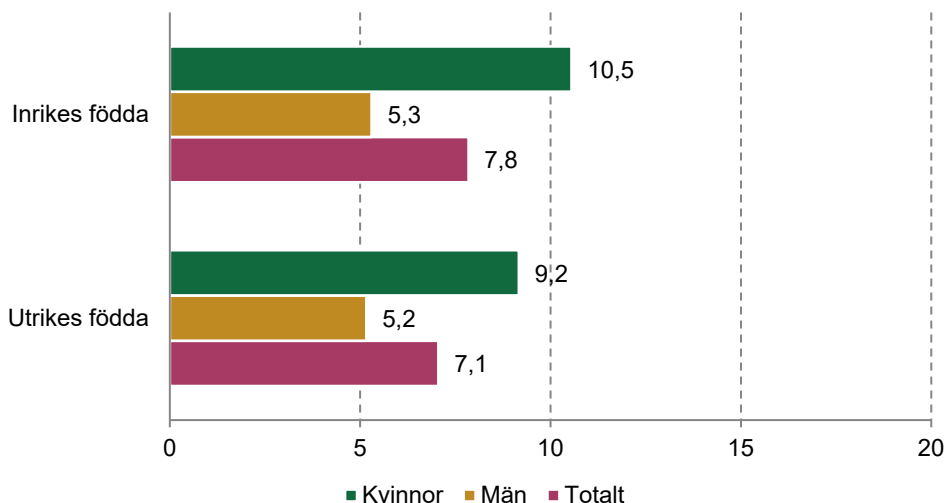


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Skillnaden mellan inrikes födda och utrikes födda med lång vistelsetid har minskat

Gruppen utrikes födda använde i genomsnitt färre sjukpenningdagar än gruppen inrikes födda. Skillnaden mellan inrikes och utrikes födda är större bland kvinnor än bland män, där nyttjandet är på samma nivå, se Figur 30.

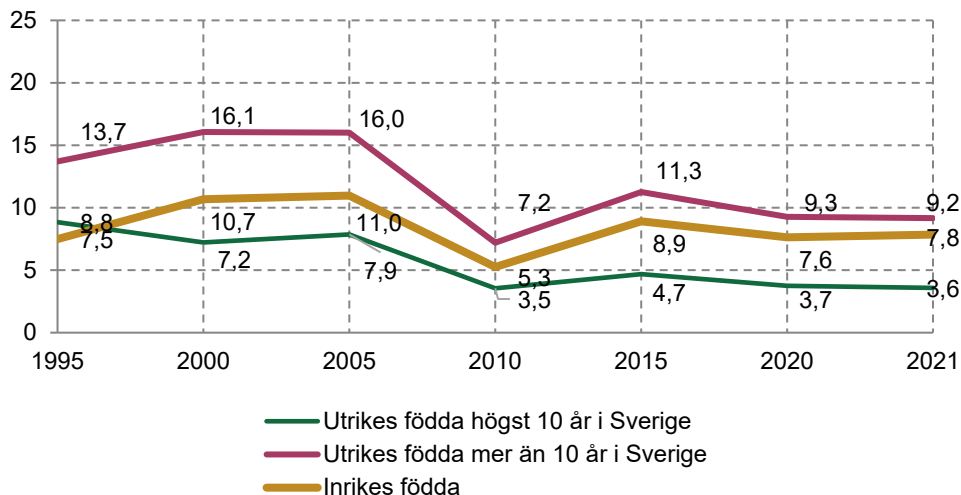
Figur 30 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter kön och inrikes och utrikes födda



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Som Figur 31 visar är det stora skillnader även i nyttjandet av sjukpenningdagar mellan utrikes födda med en längre och med en kortare vistelsetid i Sverige. Även om utrikes födda totalt sett har ett lägre nyttjande, var nyttjandet aningen högre bland de utrikes födda med en längre vistelsetid. Över tid har skillnaderna i genomsnittligt uttagna sjukpenningdagar minskat mellan inrikes och utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år. Skillnaderna var som störst under 2000, då utrikes födda med en vistelsetid på mer än tio år i genomsnitt tog ut 16,1 sjukpenningdagar. Det kan jämföras med 10,7 dagar för inrikes födda. Under 2021 skiljde det en dryg dag mellan samma grupper. Mönstret är liknande för både kvinnor och män, men kvinnor med en kort vistelsetid skiljer sig mer från inrikes födda och utrikes födda med en längre vistelsetid jämfört med vad männen med kort vistelsetid gör. Det är inte kartlagt varför sysselsatta utrikes födda kvinnor som varit i Sverige högst tio år har ett lägre nyttjande. Det kan vara ett resultat av att gruppen är yngre, men det kan också bero på att gruppen i dag har en svagare ställning på arbetsmarknaden.

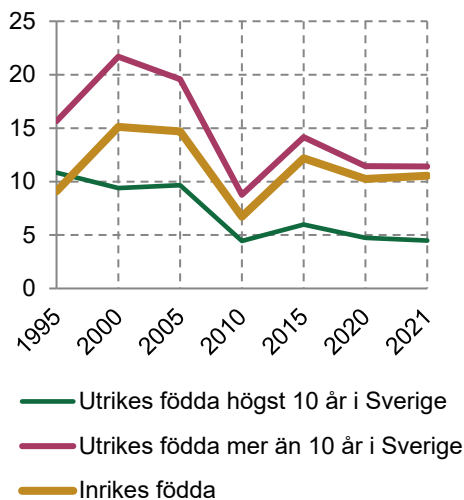
Figur 31 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter inrikes och utrikes födda



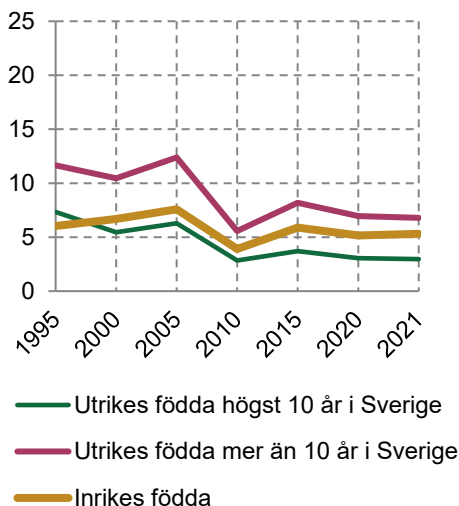
Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Figur 32 Sjukpenningdagar per sysselsatt 1995–2021 efter kön och inrikes- och utrikes födda

a) Kvinnor



b) Män

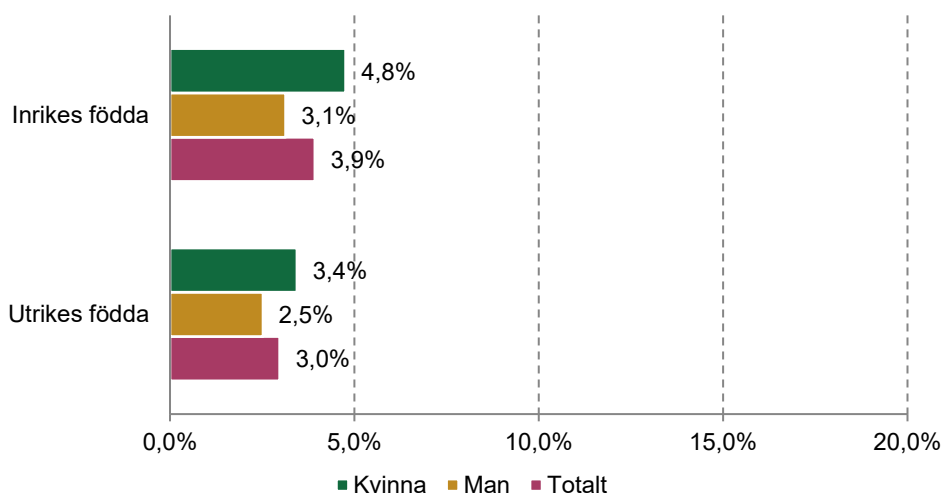


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Nyttjandegraden av sjukersättning är något högre bland inrikes födda

Totalt sett är andelen mottagare av sjukersättning något större bland inrikes än bland utrikes födda. Under 2021 hade 3,9 procent av de inrikes födda i åldern 19–64 år sjukersättning. Motsvarande siffra för utrikes födda var 3,0 procent. Precis som i nyttjandet av sjukpenningen finns stora skillnader mellan de utrikes födda som varit i Sverige en kortare tid jämfört med dem med en längre vistelsetid. Andelen personer som får sjukersättning och som varit i Sverige i högst tio år är mycket låg. Av de som varit i Sverige i mer än tio år är andelen som får sjukersättning däremot högre än andelen bland de inrikes födda.

Figur 33 Nyttjandegrad för sjukersättning 2021 efter kön och inrikes och utrikes födda

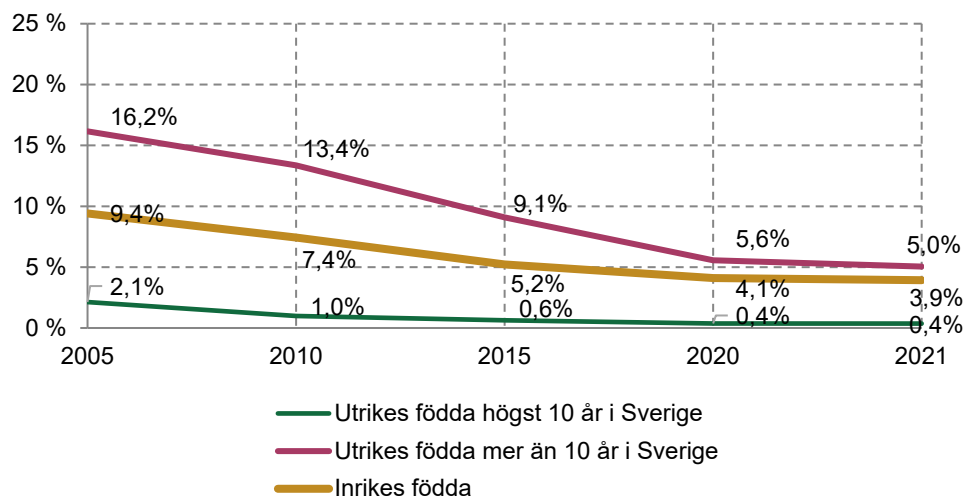


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Skillnaderna mellan inrikes födda och utrikes födda med lång vistelsetid har minskat

För både utrikes födda kvinnor och män som varit i Sverige i mer än tio år har andelen med sjukersättning minskat över tid. Det är också tydligt att skillnaden mellan inrikes och utrikes födda har minskat över tid. Stora grupper av arbetskrafts- och flyktinginvandrare mottog sjukersättning fram till att systemet blev mer restriktivt under 2008. Att möjligheterna att beviljas sjukersättning då begränsades har i större utsträckning minskat mottagandet bland utrikes än bland inrikes födda.⁵⁹ Under 2005 hade knappt 18,7 procent av de utrikes födda kvinnorna som varit i Sverige i över tio år sjukersättning, att jämföra med 11,7 procent av de inrikes födda kvinnorna. Under 2021 var motsvarande siffra för utrikes födda med en längre vistelsetid 5,7 procent och för inrikes födda 4,8 procent. För utrikes födda män är andelen som mottagit sjukersättning något lägre än bland kvinnor men mönstret är liknande.

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

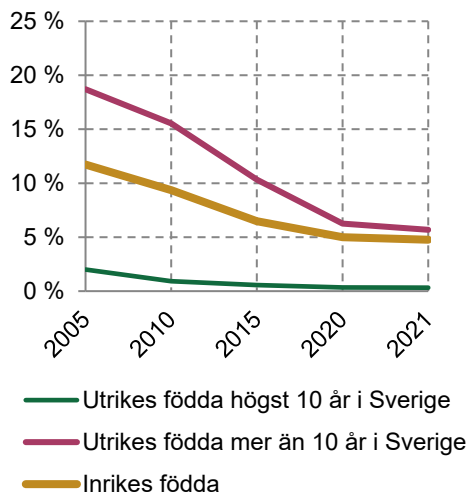


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

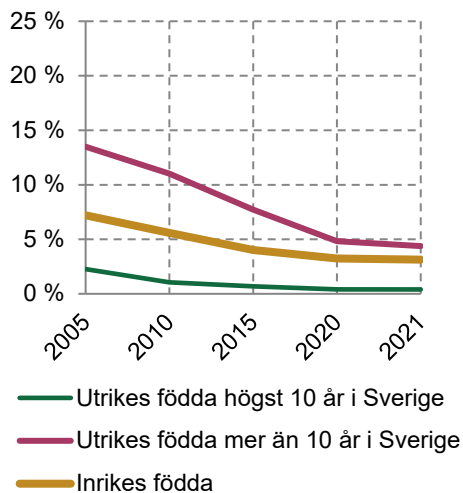
⁵⁹ IFAU (2020) Utrikes födda och välfärdssystemen.

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

a) Kvinnor



b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.



Regionala skillnader

I Sverige finns skillnader i hälsa mellan olika kommuner och regioner. Hälsan är generellt sämre i norra Sverige och i glesbefolkade områden, där befolkningen har en lägre medellivslängd och ett högre ohälsotal. I storstäder, medelstora städer och pendlingskommuner är hälsan generellt bättre. Befolkningen i storstäder och större städer har generellt en högre utbildningsnivå och högre medelinkomster. I och med att större städer har en befolkningstillväxt innebär det också att de har en yngre befolkning.⁶⁰ Delar av de regionala skillnaderna som finns i nyttjandet av sjukförsäkringen kan alltså förklaras av socioekonomiska och demografiska faktorer samt skillnader i strukturen på de lokala arbetsmarknaderna.⁶¹

Skillnader mellan invånare i olika län och kommuntyper

I detta avsnitt redogörs för sjukförsäkringsnyttjandet efter län och typ av kommun, där kommuner indelats enligt SKR:s kommungruppsindelning.⁶² I indelningen har kommunerna grupperats efter tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. Indelningen består av tre huvudgrupper med totalt nio undergrupper:

- Storstäder och storstadsnära kommuner (storstäder och pendlingskommun nära storstad)
- Större städer och kommuner nära större stad (större stad, pendlingskommun nära större stad och lågpendlingskommun nära större stad)
- Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner (mindre stad/tätort, pendlingskommun nära mindre stad/tätort, landsbygdskommun och landsbygdskommun med besöksnäring).

Nyttjandegraden av sjukpenning och genomsnittligt antal sjukpenningdagar per sysselsatt är lägst i Stockholms län och i storstäder, större städer och storstadsnära kommuner. Motsvarande mönster finns också i sjukersättning där mindre städer och mindre tätorter samt landsbygdskommuner sticker ut med ett högre nyttjande.

Lägst sjukpenningnyttjande finns i Stockholms län

Under 2021 hade 14 procent av alla sysselsatta kvinnor någon gång mottagit sjukpenning, jämfört med 8 procent av alla sysselsatta män. Nyttjanden var högst bland kvinnor bosatta i Dalarnas län och Södermanlands län, där 16,2 procent av alla sysselsatta kvinnor mottog sjukpenning någon gång under 2021. Dessa hade även det högsta nyttjandet under 2020. Allra lägst nyttjande hade kvinnor i Stockholms län, med en andel på 12,8 procent, följt av Skåne län där 13,7 procent av alla sysselsatta kvinnor fick sjukpenning. Mäns nyttjande av sjukpenning liknar kvinnornas och nyttjandet var under 2021 som högst i Södermanland och Gävleborgs län och som lägst i Stockholms län.

Mellan länen finns även mindre skillnader i genomsnittligt uttagna sjukpenningdagar. Under 2021 nyttjade sysselsatta kvinnor i genomsnitt 10,2 sjukpenningdagar, jämfört med

⁶⁰ SOU 2016:55. Det handlar om jämlik hälsa.

⁶¹ ISF (2010) Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall.

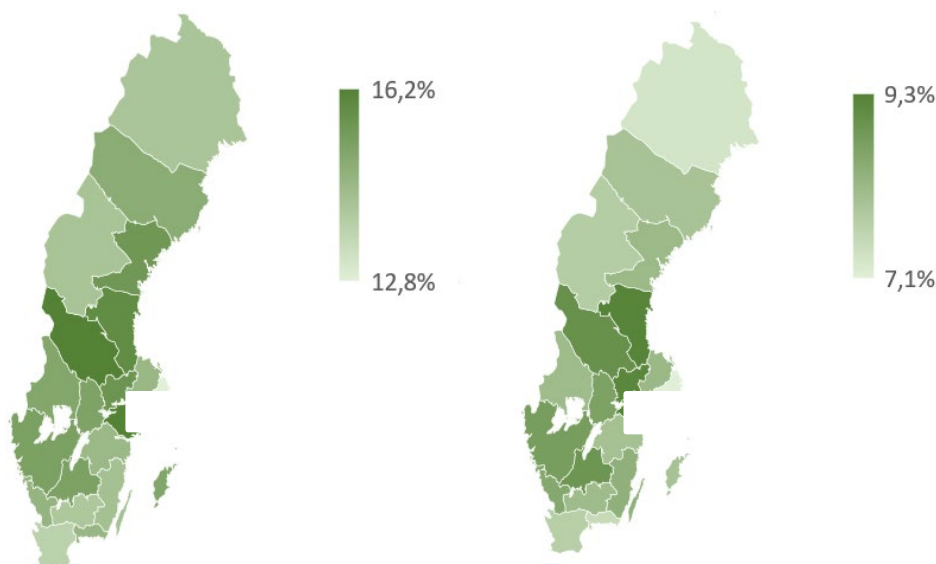
⁶² SKR (2020) Kommungruppsindelning.

männens 5,3 dagar. Sysselsatta i Stockholms län hade färre sjukpenningdagar än sysselsatta i de övriga länen. I Södermanlands län där andelen sjukskrivna var som högst nyttjades också flest sjukpenningdagar.

Figur 36 Nyttjandegrad för sjukpenning 2021 efter län

a) Kvinnor

b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Nyttjandegraden har varierat en del över tid, exempelvis har Jämtlands och Norrbottens län gått från att ha ett högre nyttjande av sjukpenning till att ha bland det lägsta nyttjandet av sjukpenning. Tidigare studier har visat att förändringarna i Jämtland framför allt beror på Försäkringskassans förändrade sjukpenninghandläggning för att bidra till ett lägre sjukpenningtal.⁶³ Det har mellan åren 2018–2021 funnits betydande skillnader i initiala avslag mellan olika län, där avslagen varit högre i Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.⁶⁴ Nyttjandet i Stockholms och Skåne län har kontinuerligt varit något lägre.

I mindre städer och landsbygdskommuner är nyttjandet högre

I Figur 37 redovisas nyttjandet av sjukpenning under 2021 efter SKR:s kommungruppsindelning. I storstäder och storstadsnära kommuner där en större del av befolkningen har både högre utbildning och inkomst är andelen personer som får sjukpenning lägre. Motsatt förhållande ses i mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner.

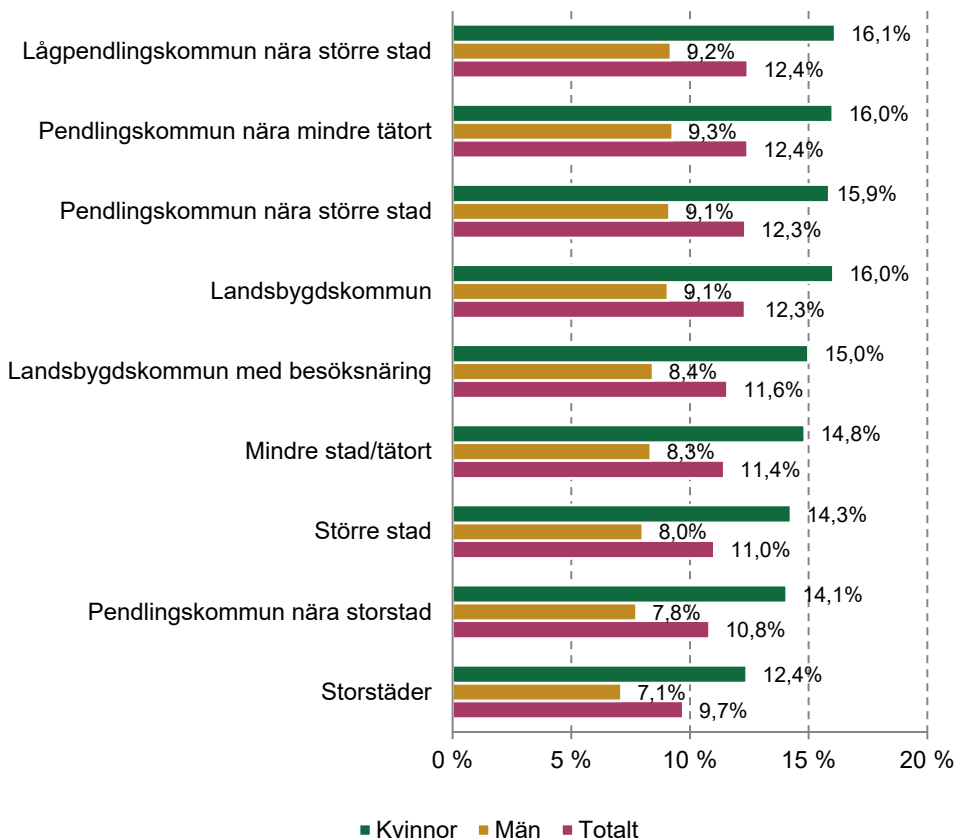
År 2021 var andelen sysselsatta med sjukpenning lägst i storstäder. Befolkningen i pendlingskommuner nära storstäder hade näst lägst nyttjande följt av kommuner i större städer. Högst andel sjukskrivna fanns i lågpendlingskommuner nära större städer, pendlingskommuner nära mindre tätorter, pendlingskommuner nära större städer och i landsbygdskommuner. I samtliga kommungrupperingar har kvinnor i högre grad fått

⁶³ Försäkringskassan (2017c) Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland.

⁶⁴ Försäkringskassan (2022c) Skillnader i avslag mellan olika grupper.

sjukpenning relativt män men mönstret gällande var nyttjandet är som högst respektive lägst är liknande för kvinnor och män.

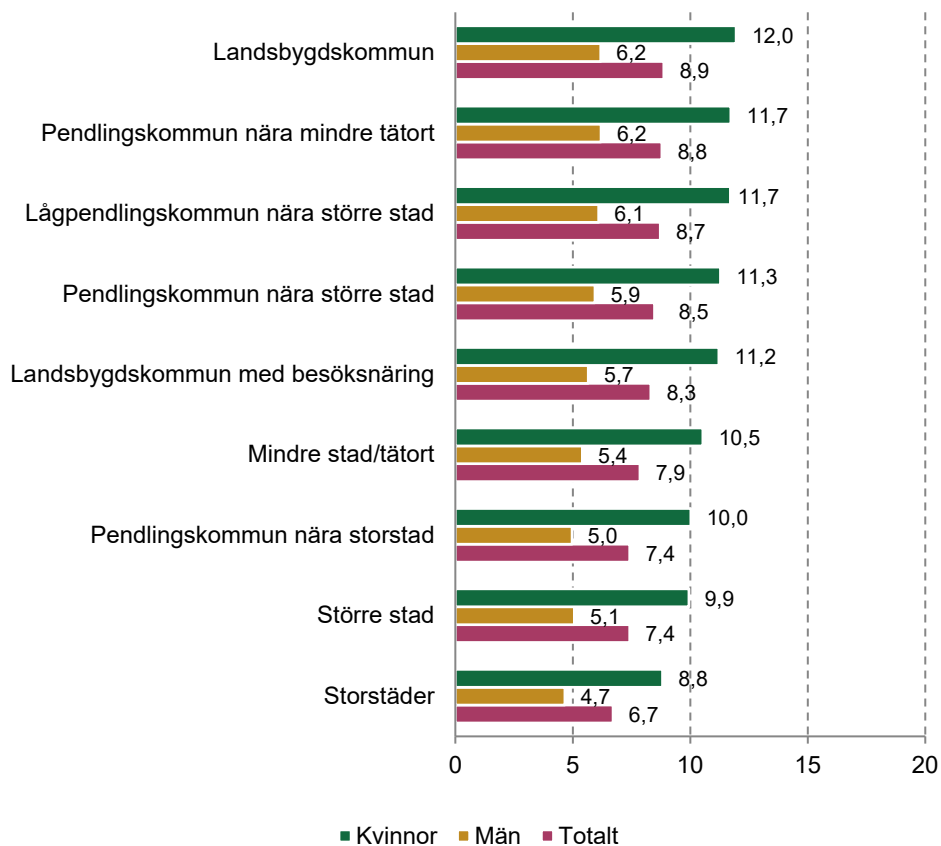
Figur 37 Nyttjandegrad för sjukpenning 2021 efter kön och kommungrupp



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

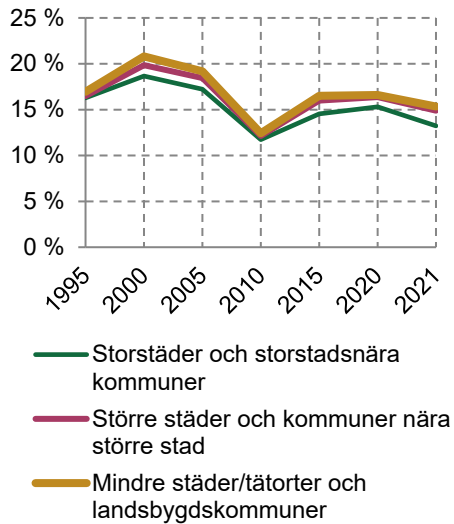
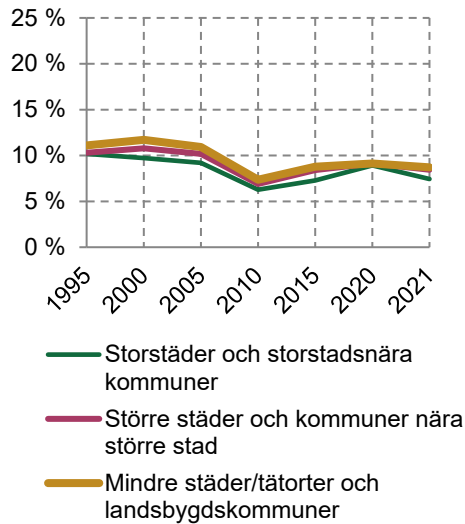
Även gällande genomsnittligt antal sjukpenningdagar fanns små men tydliga skillnader mellan olika kommungrupper under 2021, se Figur 38. Sysselsatta i storstäder hade inte bara lägst andel sjukskrivna utan också lägst antal sjukpenningdagar. Boende i landsbygdskommun hade högst antal sjukpenningdagar, något som gäller både kvinnor och män.

Figur 38 Sjukpenningdagar per sysselsatt 2021 efter kön och kommungrupp



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

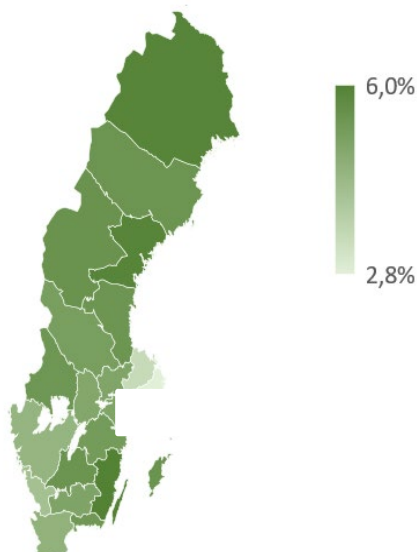
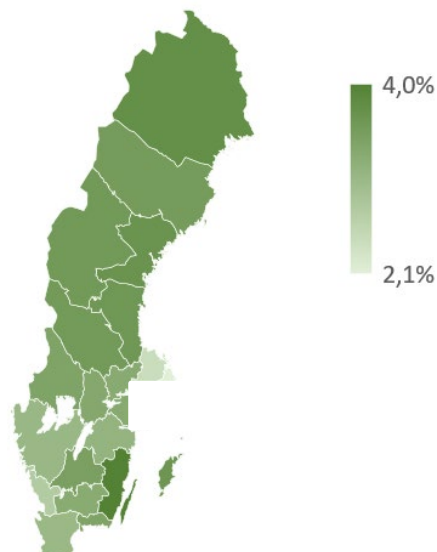
Som presenteras i Figur 39 har mönstret gällande i vilken kommungrupp som nyttjandet av sjukpenning är som högst varit ihållande över tid. I figuren är SKR:s nio kommungrupper uppdelade på tre övergripande nivåer. Nyttjandet iorstäder och storstadsnära kommuner har genomgående varit lägre. Högst är nyttjandet i mindre städer och landsbygdskommuner. För kvinnor var skillnaderna mellan de tre grupperingarna mindre under 2010 för att sedan återigen öka. Motsvarande mönster fanns inte för männen.

Figur 39 Nyttjandegrad för sjukpenning 1995–2021 per kommungrupp och kön**a) Kvinnor****b) Män**

Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Andelen som nyttjar sjukersättning är högst i Kalmar län

Även i andelen som får sjukersättning finns regionala skillnader. Under 2021 fick 4,4 av alla kvinnor och 3,0 av alla män i åldern 19–64 år sjukersättning. Som framgår i kartdiagrammen i Figur 40 var det en lägre andel som mottog sjukersättning i Stockholms län, Uppsala län och Hallands län. Däremot var det en högre andel som mottog sjukersättning i Kalmar län, Norrbottens län och Västernorrlands län. Mönstret med vilka län som haft ett lågt respektive ett högt nyttjande har varit ihållande över tid.

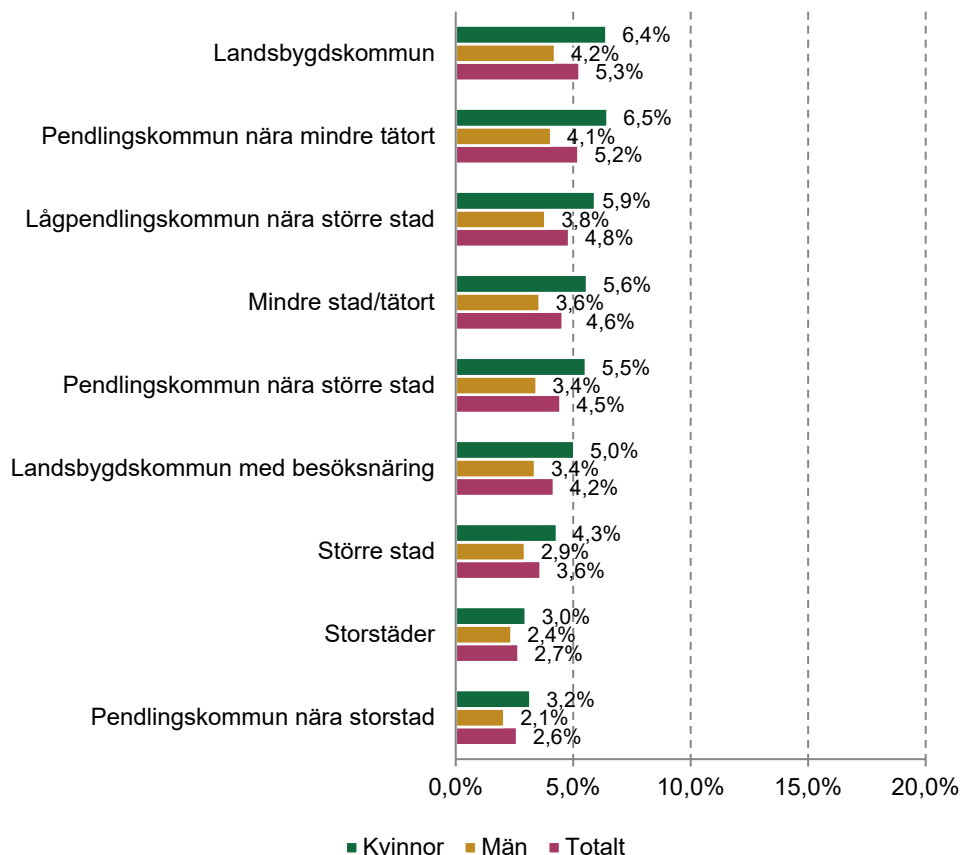
Figur 40 Nyttjandegrad för sjukersättning efter län**a) Kvinnor****b) Män**

Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

I storstäder är nyttjandet av sjukersättningen lägre

På kommungruppsnivå påminner skillnaderna i nyttjandet av sjukersättning om tidigare redovisad skillnad i nyttjandet av sjukpenning. Som framgår i Figur 41 är nyttjandet lägst i storstäder och storstadsnära kommuner. Högst nyttjande finns i mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner. Andelen i befolkningen som mottar sjukersättningen är också relativt hög i lågpendlingskommuner nära större städer.

Figur 41 Nyttjandegrad för sjukersättning efter kön och kommungrupp

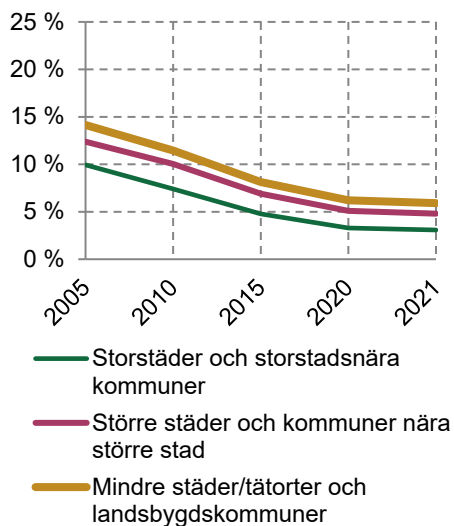


Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

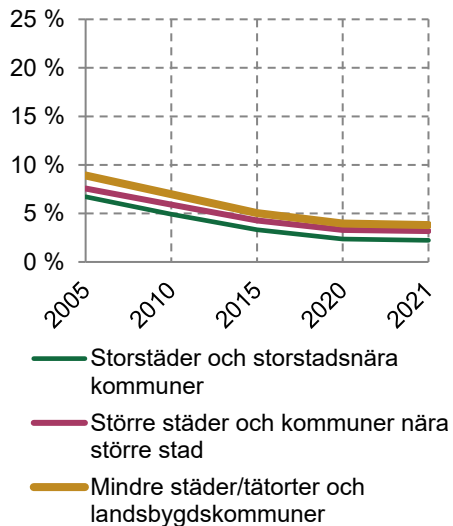
Precis som i nyttjandet av sjukpenning har nyttjandet av sjukersättning kontinuerligt varit lägre i storstäder och storstadsnära kommuner.

Figur 42 Nyttjandegrad för sjukersättning 2005–2021 efter kommungrupp och kön

a) Kvinnor



b) Män



Källa: SCB:s databas LISA, egna beräkningar.

Diskussion

I denna avslutande diskussion resonerar vi kring vad som kan förklara det skilda nyttjandet av sjukförsäkringen mellan olika grupper. Det finns skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen efter både kön, ålder och socioekonomi. Nyttjandet skiljer sig även mellan människor som är utrikes eller inrikes födda och bosatta i olika län och kommungrupper. Mest påtaglig skillnad i nyttjandet finns mellan kvinnor och män.

Kvinnors högre sjukfrånvaro förklaras främst av arbetslivsfaktorer

Könsskillnaderna inom nyttjandet av sjukförsäkringen är särskilt stora i Sverige och sticker även ut i jämförelse med andra europeiska länder.⁶⁵ En vanlig förklaring till de relativa skillnaderna är att svenska kvinnor i högre grad är sysselsatta, men att den arbetsmarknad som de är sysselsatta på är könssegregerad. Kvinnor arbetar oftare med kontaktyrken inom utbildning, vård och omsorg medan männen oftare arbetar inom tillverkning, byggverksamhet och transport.⁶⁶ Kvinnodominerade branscher präglas av större strukturella problem med social och organisatorisk arbetsmiljö.⁶⁷

Parallellt med att sjukfrånvaron i de psykiatriska diagnoserna ökat har forskningen om risker för sjukfrånvaro alltmer riktats in på arbetsförhållanden på arbetsplatserna.⁶⁸ Därmed har fokus flyttats från individfaktorer till faktorer inom arbetslivet, i ett försök att förstå vad människor är sjukskrivna *ifrån*. Det finns ett samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Kända riskfaktorer för psykisk ohälsa i arbetet är att ha ett psykiskt ansträngande arbete, höga krav i kombination med låg kontroll och obalans mellan ansträngning och belöning. Effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet.⁶⁹ Kvinnor och män utsätts dock inte för samma faktorer i och med att de är sysselsatta inom olika sektorer och branscher. Det är betydligt vanligare att kvinnor arbetar inom välfärdssektorn där det är en hög sjukfrånvaro i framför allt stressrelaterad psykisk ohälsa.⁷⁰ Kvinnor har därför en betydande överrisk att påbörja ett sjukfall i en psykiatrisk diagnos. Jämfört med män har kvinnor mer än 40 procents högre risk att bli sjukskrivna för stressrelaterad psykisk ohälsa.⁷¹

I en kunskapsöversikt av nordisk forskning om orsakerna till kvinnors större sjukfrånvaro i psykisk ohälsa dominerade just arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorer. Dessa var personalneddragningar, bristande organisatorisk och social arbetsmiljö, att arbeta i en

⁶⁵ Försäkringskassan (2023a) Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022.

⁶⁶ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

⁶⁷ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.

⁶⁸ Nordens välfärdscenter (2016) Sjukskrivning och genus i Norden.

⁶⁹ Forte (2020) Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt.

⁷⁰ Arbetsmiljöverket (2021) Arbetsorsakade besvär 2020.

⁷¹ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. s.23.



kvinnodominerad bransch eller att arbeta i ett yrke med låga utbildningskrav. En annan förklarande faktor var att arbetsvillkoren på kvinnor och mäns arbetsplatser skiljer sig åt.⁷²

Förutom arbetslivsfaktorer är kvinnors dubbelarbete en förklaring till könsskillnaderna i sjukfrånvaron. En icke jämställd arbetsfördelning framhålls ofta som en möjlig riskfaktor för sjukfrånvaro, men det finns få studier som har tittat på och bekräftat sambandet mellan sjukfrånvaro och kvinnors obetalda arbete i hemmet.⁷³ I dubbelarbeteshypotesen förklaras kvinnors högre sjukfrånvaro med att kvinnor har en större sammanlagd arbetsbelastning än män, eftersom de både yrkesarbetar och utför mer hushållsarbete samt tar ett större ansvar för barn och familj. Kvinnor har därför svårare att balansera arbetsliv och familjeliv.⁷⁴ Att kvinnors sjukfrånvaro ökar när de blir mammor stödjer den hypotesen. Risken ökar framför allt efter att kvinnorna fått ett andra barn.⁷⁵ Det finns även en förhöjd risk för utmattningssyndrom bland individer med barn i förskole- och lågstadieåldern.⁷⁶

Sambandet mellan sjukfrånvaro och socioekonomi har ökat mer för kvinnor

Individer med låg socioekonomisk status har sämre hälsa, sämre arbetsvillkor och en mer ansträngande fysisk och psykosocial arbetsmiljö.⁷⁷ De med endast förgymnasial utbildning har oftare en nedsatt arbetsförmåga i relation till sitt arbetes fysiska och psykiska krav jämfört med dem som har en längre utbildning.⁷⁸ Detta avspeglas i nyttjandet av sjukförsäkringen. Som den här rapporten har redogjort för är sambandet mellan socioekonomisk status och nyttjande av sjukförsäkringen starkare för män än för kvinnor. Exempelvis är andelen sjukskrivna dubbelt så hög bland män i yrken som inte kräver eftergymnasial utbildning jämfört med män i yrken som kräver det. Att kvinnor inte har så stora socioekonomiska skillnader i nyttjandet brukar förklaras med att kvinnor med eftergymnasial utbildning också arbetar i branscher med hög sjukfrånvaro, exempelvis inom vård och omsorg samt inom utbildning.⁷⁹

Sambandet mellan högsta avslutade utbildning och nyttjandet av sjukersättning har dock ökat något, särskilt för kvinnor. De senaste tjugo åren har skillnaden i nyttjandet av sjukpenning mellan kvinnor med förgymnasial och gymnasial utbildning i stort sett försvunnit, medan skillnaden till kvinnor med eftergymnasial utbildning har ökat. Ytterligare en förändring för kvinnor är att skillnader i nyttjandet mellan olika inkomstgrupper ökat. Vad denna utveckling beror på är mindre studerat, men beror sannolikt på att kvinnors position på arbetsmarknaden har förändrats de senaste tjugo åren. Exempelvis ökade kvinnors genomsnittslön med 63,8 jämfört med männens 52,3 procent

⁷² Boström, M. och Hensing, G. (2020) Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa?

⁷³ Jämställdhetsmyndigheten (2021) Nordisk forskning om obetalt arbete och familjeliv och samband med sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos.

⁷⁴ Nilsen, W. et al. (2017) Examination of the double burden hypothesis.

⁷⁵ Försäkringskassan (2014) Kvinnors sjukfrånvaro.

⁷⁶ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. s. 31.

⁷⁷ Försäkringskassan (2018b) Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.

⁷⁸ SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. s. 129.

⁷⁹ Försäkringskassan (2020b) Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.

mellan åren 2005 och 2022, och under samma period ökade andelen kvinnliga chefer.⁸⁰ Ifall de socioekonomiska skillnaderna mellan kvinnor ökar är det troligt att det också speglas i deras nyttjande av sjukförsäkringen.

Mindre skillnader mellan inrikes och utrikes födda

Utrikes födda har historiskt haft en högre sjukfrånvaro än inrikes födda, men som denna rapport har redovisat har skillnaderna minskat avsevärt över tid. En särskilt stor förändring har skett inom sjukersättningen. Där var skillnaden mellan inrikes födda och utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år betydligt större innan kraven för sjukersättning skärptes 2008. En tänkbar anledning till den särskilt stora nedgången i nyttjandet av sjukersättning är att gruppen utrikes födda med lång vistelsetid har förändrats. Av de utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år och fick sjukersättning 2005 hade många kommit före 1990. Tidigare generationers arbetskraftsinvandrare lämnade oftare arbetslivet via sjukförsäkringen.⁸¹ Det har sedan 2000 blivit vanligare att äldre lämnar arbetsmarknaden för ålderspension än till följd av sjukersättning eller arbetslöshet. Utrikes födda från Norden och övriga Europa lämnar oftare via sjukförsäkringen, medan utrikes födda från Afrika och Asien oftare lämnar via arbetslöshet.⁸² Den senare gruppen har sämre tillgång till sjukförsäkringen genom sin svagare etablering på arbetsmarknaden. Det syns också i det lägre nyttjandet av sjukersättningen under senare år.

Inom sjukpenning är skillnaden mellan utrikes och inrikes födda liten på totalen, men om hänsyn tas till tid i landet har utrikes födda som varit i Sverige i mer än tio år en något högre nyttjandegrad. De som har varit i Sverige en kortare tid har i stället en betydligt lägre nyttjandegrad, särskilt kvinnor. Skillnader i nyttjandet av sjukpenning mellan utrikes och inrikes födda avspeglar med stor sannolikhet främst socioekonomiska skillnader, och en högre sjukfrånvaro bland utrikes födda med längre vistelsetid kan till stor del förklaras av yrke. Utrikes födda är överrepresenterade inom service- omsorgs- och försäljningsarbeten samt inom yrken utan krav på särskilt utbildning. Det är två yrkesområden med kända psykosociala och fysiska arbetsmiljörisker. I dessa yrkesområden är sjukpenningnyttjandet högt.⁸³ Det är inte kartlagt varför skillnaderna i nyttjandet av sjukpenning har förändrats mellan inrikes och utrikes födda under 2000-talet. Det kan vara ett resultat av förändringar inom gruppen utrikes födda, exempelvis genom en lägre ålderssammansättning. En annan möjlig orsak är att fler utrikes födda har en svagare ställning på arbetsmarknaden trots att de är sysselsatta, och därför inte kan nyttja sjukförsäkringen. Exempelvis är det en större andel utrikes födda som har tidsbegränsade anställningar och en större andel som försörjer sig genom så kallat gigarbete.⁸⁴ Detta är ett av flera områden som vi får undersöka vidare i kommande delleveranser.

⁸⁰ Medlingsinstitutet (2023) Löneskillnaden mellan kvinnor och män 2022.

⁸¹ IFAU (2020) Utrikes födda och välfärdssystemen.

⁸² IFAU (2023) Kommer sent, lämnar tidigt?

⁸³ Försäkringskassan (2017b) Sjukfrånvaro efter invandring.

⁸⁴ SOU 2017:24 Ett arbetsliv i förändring: hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? s. 205.

Boende i storstäder har ett lägre nyttjande av sjukförsäkringen

Ytterligare skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen som den här rapporten beskriver är de regionala skillnaderna. Boende i storstäder har ett lägre nyttjande av sjukförsäkringen än boende i pendlingskommuner och landsbygdskommuner. I Stockholms län är nyttjandet av både sjukpenning och av sjukersättning lägre än i övriga län. Nyttjandet av sjukpenning är som högst i Dalarnas län, medan nyttjandet av sjukersättning är som högst i Kalmar och Norrbottens län. I en norsk studie framkom att mycket av de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro kunde förklaras av yrke och arbetsförhållanden.⁸⁵ Precis som för övriga grupper som studeras i denna delrapport verkar en stor del av skillnaderna i nyttjandet av sjukförsäkringen i olika grupper gå att koka ner till gruppernas situation på arbetsmarknaden. Skillnaderna kan också bero på en annan sammansättning av de sysselsatta i olika regioner, både när det gäller ålder och utbildningsnivå.

⁸⁵ Sterud, T. and Johannessen, A. (2018) Influence of occupational factors on regional differences in sick leave: A prospective population study.

Referenser

Arbetsmiljöverket (2016) *Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall.*

Kunskapssammanställning 2016:2.

Arbetsmiljöverket (2021) *Arbetsorsakade besvär 2020.* Arbetsmiljöstatistik Rapport 2021:3.

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

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

Boström, M. och Hensing, G. (2020) *Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa?* En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019. Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

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

Folkhälsomyndigheten (2019a) *Hälsa hos personer som är utrikes födda.*

Folkhälsomyndigheten (2019b) *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige – hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?*

Folkhälsomyndigheten (2022) *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2022.*

Folkhälsomyndigheten (2022) *Statistik om psykisk hälsa i Sverige.* [Statistik om psykisk hälsa i Sverige — Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/statistik-om-psykisk-halsa-i-sverige)

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

Forte (2020) *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro.* En kunskapsöversikt.

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

Försäkringskassan (2014) *Kvinnors sjukfrånvaro.* Socialförsäkringsrapport 2014:14.

Försäkringskassan (2017a) *Fler individer fast i långa sjukskrivningar.* Korta analyser 2017:2.

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

Försäkringskassan (2017c) *Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland.* Socialförsäkringsrapport 2017:11.

Försäkringskassan (2018a) *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018.* Svar på regeringsuppdrag. Dnr 002671–2018.



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

Försäkringskassan (2020a) *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr 001382-2020.

Försäkringskassan (2020b) *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser*. Socialförsäkringsrapport 2020:8.

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

Försäkringskassan (2022b) *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen*. Svar på regeringsuppdrag. Dnr 000065-2020.

Försäkringskassan (2022c) *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper*. Socialförsäkringsrapport 2022:1.

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

Försäkringskassan (2023b) *Budgetunderlag 2024–2026*. Dnr: 019848-2022.

Försäkringskassan (2023c) *Sjukpenningens kompensationsgrad har minskat över tid*. Korta analyser 2023:3.

Försäkringskassan (2023d) *Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena*. [Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01 till 2023-09-30 \(forsakringskassan.se\)](https://forsakringskassan.se)

IFAU (2020) *Utrikes födda och välfärdssystemen*. Rapport 2020:15.

IFAU (2023) *Kommer sent, lämnar tidigt? Invandrades utträde från arbetsmarknaden*. Rapport 2023:11.

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

ISF (2018) *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan*. ISF Granskar och analyserar. Rapport 2018:16.

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

Jämställdhetsmyndigheten (2021) *Nordisk forskning om obetalt arbete och familjeliv och samband med sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos*. Rapport 2021:4.

Lidwall U., Bill S., Palmer E. och Olsson Bohlin C. (2018) *Mental disorder sick leave in Sweden: A population study*. *Work*. 2018;59(2):259–72.

Medlingsinstitutet (2023) *Löneskillnaden mellan kvinnor och män 2022*. En rapport från Medlingsinstitutet.



Nilsen, W., Skipstein, A., Østby, K A, Mykletun, A. (2017) Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence. *European Journal of Public Health* 2017 1;27(3):465–471.

Nordens välfärdscenter (2016) *Sjukskrivning och genus i Norden*.

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

[SCB \(2022\) Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik. Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik \(RAMS\) \(scb.se\)](#) [Hämtad 2023-10-10]

SCB (2023) Befolkningsstatistik. [Befolkningsstatistik \(scb.se\)](#) [Hämtad 2023-09-22]

SCB (2023) *Arbetsmiljö 1980–2022*. Levnadsnivåundersökningarna 2023:1.

SOU 2014:81 *Yrke, karriär och lön - kvinnors och mäns olika villkor på den svenska arbetsmarknaden*. Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet.

SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden: Utmaningar för ett jämställt arbetsliv*. Slutbetänkande av Delegationen för jämställdhet i arbetslivet. Stockholm: Elanders Tryckeri AB.

SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa*. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.

SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa* – Slutbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa.

SOU 2017:24 *Ett arbetsliv i förändring: hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön?* – Betänkande av Utredningen om arbetsmiljöregler för ett modernt arbetsliv.

SKR (2023) Kommungruppsindelning. [Kommungruppsindelning | SKR](#) [Hämtad 2022-09-22]

Sterud, T. and Johannessen, A. (2018) Influence of occupational factors on regional differences in sick leave: A prospective population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2018; 48:314–320.

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

Åslund, O., Forslund, A. och Liljeberg, L. (2017) Labour Market Entry of Non-Labour Migrants – Swedish Evidence. *Nordic Economic Policy Review*, 95–130.

Metodbilaga

Tabell 2 Redovisningsgrupper

Variabel	Undergrupp
Kön	Kvinna, man
Ålder	19–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60–69 år
Utbildning	Högsta avslutade utbildning: Förgymnasial-, gymnasial- och eftergymnasial utbildning.
Yrke	Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske; Arbete som kräver kortare högskoleutbildning; Arbete som kräver teoretisk specialkompetens; Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning; Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning; Kontors- och kundservicearbete; Ledningsarbete; Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete mm.; Service-, omsorgs- och försäljningsarbete;
Inkomst	Kvintiler (5 lika stora grupper efter storlek på deklarerad arbetsinkomst)
Födelse land	Inrikes eller utrikes född
Vistelsetid för invandrad	Högst tio år i Sverige, mer än tio år i Sverige
Län	
Kommun	SKR:s kommungruppsindelning

Tabell 3 Redovisning över tid

Faktor	Ersättning	1995	2000	2005	2010	2015	2010	2015	2020	2021
Kön	Sjukersättning			x	x	x	x	x	x	x
Ålder	Sjukersättning			x	x	x	x	x	x	x
Utbildning	Sjukersättning			x	x	x	x	x	x	x
Yrke	Sjukersättning									
Inkomst	Sjukersättning									
Inrikes/utrikes	Sjukersättning			x	x	x	x	x	x	x
Län	Sjukersättning			x	x	x	x	x	x	x
Kommungrupp	Sjukersättning			x	x	x	x	x	x	x
Kön	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ålder	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Utbildning	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Yrke	Sjukpenning			x	x	x	x	x	x	x
Inkomst	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Inrikes/utrikes	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Län	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kommungrupp	Sjukpenning	x	x	x	x	x	x	x	x	x