

Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer?

Utvecklingen i åtta länder 1990–2007



Utgivare: Försäkringskassan
Försäkringsutveckling

Upplysningar: Sisko Bergendorff
010-116 93 17
sisko.bergendorff@forsakringskassan.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

I slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet då sjukfrånvaron ökade kraftigt i Sverige väcktes frågan om motsvarande utveckling fanns i andra jämförbara europeiska länder. Under perioden 2002–2004 studerade Riksförsäkringsverket utvecklingen av sjukfrånvaron från och med 1980-talet i Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige och Tyskland. Därefter har Försäkringskassan fortsatt att följa utvecklingen. Information om sjukfrånvaron har hämtats från de nationella arbetskraftsundersökningarna som sammanställs av EU:s statistikbyrå Eurostat.

Denna rapport ger en översiktlig bild av sjukfrånvarons förekomst år 2007 och dess utveckling sedan 1990-talets början i de åtta länderna. Utvecklingen relateras till konjunkturvariationer och större förändringar i sjukförsäkringens regelverk och administration i respektive land.

Sisko Bergendorff har genomfört analysen och skrivit rapporten.

Magdalena Brasch
Verksamhetsområdeschef
Försäkringsutveckling

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	8
Inledning	11
Syfte	11
Sjukförsäkringens utformning och kompletterande ersättningar för anställda i åtta länder år 2007	12
Jämförbara uppgifter om sjukfrånvaro.....	13
Mått på sjukfrånvaron	14
Rapportens innehåll.....	14
Sjukfrånvaro bland anställda i åtta europeiska länder år 2007	16
Hög sjukfrånvaro bland kvinnor ligger bakom den höga sjukfrånvaron i Sverige.....	17
Hög sjukfrånvaro i Sverige och Norge förklaras inte av anställdas ålders- och könsfördelning	18
Stora skillnader i sjukfrånvaro i olika typer av arbeten mellan de åtta länderna.....	19
Deltidsanställda kvinnor i Sverige hade högst sjukfrånvaro i jämförelse med heltidsanställda kvinnor	23
Sjukfrånvaro och arbetslöshet	29
Utvecklingen av sjukfrånvaron under perioden 1990–2007	29
Utvecklingen av arbetslösheten under perioden 1990–2007	30
Samvariation av arbetslöshet och sjukfrånvaro under perioden 1990–2007.....	31
Sjukförsäkringen och dess administration under perioden 1990–2007	35
Länder med hög sjukfrånvaro har vidtagit omfattande åtgärder	35
Åtgärder i länder med låg sjukfrånvaro	39
Kan Sverige lära sig något av de andra länderna?	41
Referenser	43
Bilaga 1	47
Bilaga 2	48
Bilaga 3	50

Sammanfattning

Sjukfrånvaron ökade kraftigt i Sverige under senare delen av 1990-talet och i början av 2000-talet. Sedan 2004 har frånvaron minskat successivt. Under en rad av år har först Riksförsäkringsverket och sedan Försäkringskassan från och med år 2005 även följt utvecklingen av sjukfrånvaron i Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland.

Denna rapport syftar till att ge en översiktlig bild av sjukfrånvarons förekomst år 2007 för olika grupper av anställda i de åtta länderna. Ett annat syfte är att redovisa sjukfrånvarons utveckling under perioden 1990–2007. Utvecklingen relateras till konjunkturvariationer och större förändringar i sjukförsäkringens regelverk och administration i respektive land.

Information om sjukfrånvarons utveckling har hämtats från de nationella arbetskraftsundersökningarna. De ger, till skillnad från sjukförsäkringsstatistik, internationellt jämförbara uppgifter. Sjukfrånvaro definieras som heltidsfrånvaro från arbetet på grund av att sjukdom eller skada har nedsatt arbetsförmågan under en genomsnittlig vecka. Uppgifterna avser frånvaro oavsett om inkomstförlusten ersätts eller inte och oberoende av om det är arbetsgivaren eller sjukförsäkringen som står för ersättningen. Förekomsten av sjukfrånvaro redovisas för anställda i åldern 20–64 år.

Sjukfrånvaro år 2007

Trots en positiv utveckling av sjukfrånvaron under de senaste åren var frånvaron bland anställda fortfarande 3 procent i Sverige år 2007, vilket är 36 procent högre än genomsnittet 2,2 procent för de åtta länderna. Högst var sjukfrånvaron i Norge, 77 procent högre än genomsnittet, och lägst i Storbritannien och Tyskland, 14 respektive 18 procent lägre än genomsnittet.

I Sverige är det framför allt kvinnor som har bidragit till den höga nivån. Deras frånvaro var 50 procent högre än genomsnittet för kvinnor medan mäns sjukfrånvaro endast var 15 procent högre än genomsnittet för män. I Norge var både mäns och kvinnors sjukfrånvaro mycket hög. Lägst var kvinnors frånvaro i Tyskland och mäns frånvaro i Storbritannien.

I samtliga länder var kvinnors sjukfrånvaro högst i näringsgrenen vård, omsorg och sociala tjänster, följt av näringsgrenarna handel m.m. och utbildning. I vård, omsorg m.m. var kvinnors frånvaro i Sverige och Norge högst, närmare 40 respektive 80 procent över genomsnittet för kvinnor i dessa arbeten. I näringsgrenarna fastighetsverksamhet m.m. och utbildning var kvinnors sjukfrånvaro mycket hög i Sverige, drygt 80 respektive 55 procent högre än genomsnittet för kvinnor i dessa näringsgrenar. I handel m.m. var kvinnors frånvaro närmare 40 procent högre i Sverige och 150 procent högre i Norge än genomsnittet.

I Sverige och Norge var sjukfrånvaron bland deltidsanställda kvinnor betydligt högre än bland heltidsanställda. I övriga länder fanns knappt någon skillnad. I Sverige utmärkte sig deltidsanställda kvinnor i näringsgrenen utbildning och fastighetsverksamhet m.m. särskilt genom dubbelt så hög sjukfrånvaro bland deltidsanställda som heltidsanställda kvinnor i dessa näringsgrenar.

Skillnader i anställdas ålder och kön i de olika länderna förklarar inte de redovisade skillnaderna i sjukfrånvaro mellan länderna år 2007. I Sverige och Finland skulle kvinnors sjukfrånvaro dock ha varit marginellt lägre i vård, omsorg och sociala tjänster om kvinnor i dessa arbeten skulle ha haft samma åldersstruktur som genomsnittet för de undersökta länderna.

Utvecklingen av sjukfrånvaron under perioden 1990–2007

Sjukfrånvaron bland anställda har under lång tid varit hög och varierat kraftigt över tid i Sverige, Nederländerna och Norge. Historiskt sett har ett negativt samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet varit starkt i Sverige och Norge. Sjukfrånvaron har varit hög då arbetslösheten har varit låg och vice versa. Ett liknande mönster har funnits i Nederländerna men där har det negativa sambandet överskuggats av en trendmässig minskning av såväl arbetslöshet som sjukfrånvaro. I de övriga länderna har sjukfrånvaron däremot varit låg och relativt oberoende av variationen i arbetslösheten. I Sverige har detta samband förändrats under perioden 2005–2007 då både arbetslöshet och sjukfrånvaro minskade.

I Nederländerna halverades sjukfrånvaron under perioden 2000–2006 och i Sverige minskade frånvaron med drygt 30 procent under perioden 2004–2007. En nedåtgående trend i Norge liknande den i Sverige bröts 2006 och vände till en ökning. Till den kraftiga nedgången av sjukfrånvaron i Nederländerna bidrog introduktionen av starka ekonomiska drivkrafter för arbetsgivarna att förebygga sjukfrånvaro och underlätta återgång i arbete. En successiv förlängning av sjuklöneperioden till 104 veckor och införandet av kraftigt höjda differentierade arbetsgivaravgifter till förtidspension var de kraftigaste åtgärderna.

I Sverige infördes ett strukturerat arbetssätt med gemensamma metoder i tillämpningen av sjukförsäkringen åren 2003 och 2004. Samtidigt med denna insats och en ökad samverkan mellan Försäkringskassa, hälso- och sjukvård, Arbetsförmedling och kommuner kom sjukfrånvaro i fokus i media och debatter. Detta kan ha gett upphov till en förändring i medborgarnas sjukskrivningsbeteende och läkarnas sätt att intyga arbetsförmåga och kan därigenom ha bidragit till minskad sjukfrånvaro.

Bland de åtgärder som har vidtagits i Norge för att minska sjukfrånvaro kan nämnas ett samarbetsavtal mellan staten och arbetsmarknadens parter år 2001 och en vidareutveckling av samarbetet år 2003. Då förväntade bestående resultat uteblev genomfördes reformer i arbetsmiljölagen och socialförsäkringslagen år 2007. I en omfattande organisatorisk reform sammanfördes socialförsäkringsadministrationen, arbetsförmedlingen och delar av socialtjänsten i en ny myndighet år 2006. Etableringen av den nya

myndigheten pågår och har visat sig ta längre tid och kräva mera resurser än förväntat.

Även i Danmark och Storbritannien har arbetsförmedlingen och sjukförsäkringsadministrationen förts samman för att bättre stödja de sjukskrivna och deras återgång i arbete. I Sverige samverkar dessa myndigheter.

Mycket tyder på

- att det är av vikt att värna om sjukförsäkringens portvaktsfunktion
- att en regelbunden och tät uppföljning av de sjukskrivnas arbetsförmåga i personliga möten bidrar till låg sjukfrånvaro
- att arbetsgivarna behöver starka ekonomiska drivkrafter för att förebygga och minska sjukfrånvaro
- att ekonomiska drivkrafter för försäkringsadministrationen kan bidra till låg sjukfrånvaro.

Summary

The number of people on sick leave surged in Sweden in the late 1990's and early 2000's. The upward trend turned in 2004 and sickness absence from the workplace has continued to decrease since then. The evolution of absence from work due to sickness and the high costs of sickness insurance have been key issues on the social political agenda since the 1990's. Therefore, the Swedish Social Insurance Agency, which administers public sickness insurance, has carried out several comparative studies in order to determine whether the sharp rise in sickness absence was a uniquely Swedish phenomenon, or whether similar tendencies were present in other European countries.

In this report, sickness absence from the workplace in Sweden in 2007 is studied and related to sickness absence in Denmark, Finland, France, Germany, the Netherlands, Norway and the UK. To address the question in a longer-term perspective, we also examine the trend since 1990. In order to relate sickness absence to developments on the labour market, a picture of unemployment is also presented for the period under study. In addition, some major differences and changes in the regulation and administration of the sickness insurance are presented.

The study is based on Labour Force Surveys which are conducted in the same manner in all European countries. In these surveys, samples of respondents are asked about their labour status during a reference week. In this study, sickness absence is measured as the proportion of *employees* aged 20–64 who have not been working at all during that week due to their own illness, injury or temporary disability.

Results

High and increasing sickness absence rates in the 1990's were not a uniquely Swedish phenomenon but a common phenomenon for three countries. Sickness absence among employees was much higher also in Norway and the Netherlands than in Denmark, Finland, France, Germany and the UK. Another feature common to Sweden, Norway and the Netherlands is that sickness absence has varied considerably over the past 20 years while it has remained steadily at a low level in the other countries. For the Netherlands, however, the upward trend was apparently broken in 2001 and the absence rates decreased rapidly towards the average for the eight countries whereas they continued to increase during another couple of years for Norway and Sweden. In these three countries we also find a clear pattern over time between the trend in sickness absence and in unemployment. In periods of high unemployment, sickness absence was low, and vice versa. In Sweden this pattern has changed, however, and both sickness absence and unemployment has decreased since 2004.

In spite of the decrease in sickness absence during the recent years in Sweden, the absence rate among employees aged 20–64 still was 3 % in 2007, which is 36 % higher than in the eight countries on average. In Norway and the Netherlands the rate was 77 % respectively 23 % higher than the average. Germany and the UK had the lowest rates, 14 % respectively 18 % lower than the average.

In all countries, except Germany, female employees were on sick leave to a greater extent than male employees. However, gender differences were considerably larger in Norway and Sweden than in other countries. While sickness absence rates were high among males and females in Norway, only female employees contributed substantially to the high absence rate in Sweden. Therefore, we mainly focus on sick leave among females. The difference in the age and gender structure of employees cannot, however, account for more than a very small part of the differences in sick leave between countries.

In health and social work activities, where most women are employed in all countries, female employees were on sick leave to a greater extent than in other industries. In Sweden and Norway their sickness absence rate was 40 % and 80 % higher, respectively, than the average. In Sweden female employees in education and real estate, renting and business activities had even higher sickness absence rates, about 55 % and 80 % higher than females in these industries on average. Furthermore, females working part-time in Sweden and Norway were on sick leave, surprisingly enough, to a greater degree than females working full-time. This pattern of sickness absence was not present in other countries. In Sweden this phenomenon was particularly evident among females working in education activities as well as in real estate, renting and business activities. Those working part-time had a sickness absence rate that was about twice that of females working full-time in these activities.

In the Netherlands several reforms were introduced in sickness insurance and disability pension in the late 1990's and early 2000's, contributing to lower sickness absence rates. For example, strong positive incentives, such as a two-year sick pay period and differentiated employer contributions to be paid into disability pension funds were introduced so that employers are encouraged to provide employees with health promotion, prevention and reintegration measures.

In Sweden new implementation methods of sickness insurance were introduced in the 2000's as well as an extended co-operation between the Social Insurance Agency, County Councils providing health services, the Public Employment Service and municipalities. These measures and an increased attention paid to high sickness absence rates in the media and debates may have diminished the tendency of employees to report in sick and influenced doctors to be more restrictive in giving medical certificates for sick leave.

In Norway a focus was placed on reducing sickness absence and the use of disability pensions in the early 2000's through the Inclusive Working Life Agreement between the state and the social partners. The results of the

agreement were rather poor. Therefore, a reform merging the Labour Administration, Social Insurance Administration and parts of municipal social services into a new Labour and Welfare Service (NAV) was introduced in 2006.

Also in Denmark and the UK the Labour Administration and Sickness Insurance Administration have been merged to more effectively support the return to work efforts of employees on sick leave. In Sweden these authorities co-operate.

This report is explorative rather than explanatory. However, experiences from other countries indicate that there are conditions that seem to reduce sickness absence rates. Some of those have been identified in this report. A stringent gate-keeping function of the administration of sickness insurance, regular follow-ups of work incapacity through interviews with people claiming sickness benefit, strong positive incentives for employers to prevent and reduce absence due to sickness as well as incentives for insurance administration to implement sickness insurance efficiently and effectively thus are likely to contribute to low sickness absence rates.

Inledning

Sjukfrånvaron ökade kraftigt i Sverige under perioden 1998–2003. Denna utveckling väckte frågor om huruvida ökningen var ett uttryck för en allmän utveckling i ett flertal länder. För att få svar på frågan gav Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi på Finansdepartementet år 2002 dåvarande Riksförsäkringsverket i uppdrag att studera utvecklingen av sjukfrånvaron i andra europeiska länder. Sju europeiska länder valdes för jämförelsen med Sverige: Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland. Länderna valdes ut därför att de bedömdes ha en likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå som Sverige och att sjukfrånvaron därför skulle kunna förväntas vara ungefär lika vanligt förekommande i dessa länder som här. Studien visade att sjukfrånvaron bland anställda hade varit hög i Sverige och Nederländerna under en lång rad av år på 1980- och 1990-talen. Som högst var frånvaron i dessa länder mer än tre gånger så hög som i Danmark och Tyskland och mer än dubbelt så hög som i Finland. Mot slutet av 1990-talet hade sjukfrånvaron i Norge också ökat till de svenska och holländska nivåerna (Finansdepartementet 2002, Riksförsäkringsverket 2002).

Sedan 2002 har Riksförsäkringsverket och sedermera Försäkringskassan följt utvecklingen av anställdas sjukfrånvaro i de åtta länderna. Från och med år 2000 minskade frånvaron i Nederländerna i snabb takt. Ett trendbrott noterades även i Norge år 2003 och i Sverige 2004 (Riksförsäkringsverket 2003, Försäkringskassan 2005). En nordisk jämförelse från 2008 visade att en positiv trend möjligen hade brutits i Norge år 2006 medan sjukfrånvaron fortsatte att minska i Sverige (Försäkringskassan 2008a, 2008b).

Syfte

Denna rapport syftar till att ge en översiktlig bild av förekomsten av sjukfrånvaro bland anställda år 2007 och dess utveckling under perioden 1990–2007 i Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige och Tyskland.

Förekomsten av sjukfrånvaro i olika grupper av anställda år 2007 är i fokus. När det gäller utvecklingen under perioden 1990–2007 redovisas dels hur sjukfrånvaron och arbetslösheten samvarierar över tid, dels större förändringar i regelverket och i administrationen av sjukförsäkringen som kan ha påverkat utvecklingen i dessa länder.

Sjukförsäkringens utformning och kompletterande ersättningar för anställda i åtta länder år 2007

I jämförelser mellan länder är jämförbarheten av avgörande betydelse. Som bakgrund till skillnader i sjukfrånvaron mellan de åtta länderna redovisas i nedanstående tablå exempel på skillnader i de system som ska ersätta inkomstbortfallet vid sjukdom och arbetsförmåga och trygga försörjningen under sjukfrånvaron.

Antalet karensdagar i början av en sjukskrivningsperiod, då ingen ersättning för inkomstbortfallet betalas ut, är ett exempel på skillnader.

Inkomstbortfallet kan ersättas av såväl arbetsgivare som allmän sjukförsäkring. Ersättningen kan kompletteras av en försäkring som arbetsmarknadens parter har kommit överens om i kollektivavtal eller andra avtal mellan arbetsgivare och arbetstagare eller av privata försäkringar. I ett flertal länder, däribland Sverige, finns en period i början av sjukskrivningen då arbetsgivaren svarar för ersättningen av inkomstbortfallet. Arbetsgivaren fortsätter då att betala full lön i Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland. I Sverige betalar arbetsgivaren 80 procent av lönen. Denna ersättning kallas för sjuklön i Sverige. Den period då arbetsgivaren betalar ut ersättning varierar från cirka två veckor i de nordiska länderna till som längst 104 veckor i Nederländerna.

Land	Ersättning från arbetsgivare, sjukförsäkring m.m.				
	Karensdag	Krav på läkarintyg	Arbetsgivare	Ersättningsnivå, %	Maximal ersättningsperiod
Danmark	Nej	Ev. dag 4	Dag 1–15	100/90	52 v. inom 1,5 år
Finland	Nej	Dag 1 alt. t.ex. dag 3	Dag 1–10	100/70	300 vardgr inkl. lörd. inom 2 år
Frankrike	3 dgr	Dag 1	–	50–100	360 dgr inom 3 år
Nederländerna	Nej	Nej	104 v.	100/70	2 år
Norge	Nej	Dag 4 eller 8	Dag 1–16	100/100	1 år inom 3 år
Storbritannien	3 dgr	Dag 8	28 v.	€ 88–104/v.	52 v.
Sverige	1 dag	Dag 8	Dag 2–14	80/90	Ingen ¹
Tyskland	Nej	Dag 4	6 v.	100/90	78 v. inom 3 år

¹ Den 1 juli 2008 infördes en tidsgräns på 364 dagar inom en ramtid på 450 dagar för sjukpenning. Från och med dag 365 kan förlängd sjukpenning betalas ut för ytterligare 550 dagar. Anm. För ytterligare detaljer se bilaga 2.

I ett flertal länder, till exempel i Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna och Sverige, bidrar arbetsgivaren dessutom under någon period till

täckningen av inkomstbortfallet antingen direkt eller indirekt genom ersättningar från kompletterande försäkringar reglerade i kollektivavtal.

Den ersättning som sjukförsäkringen står för och den maximala ersättningsperioden i sjukförsäkringen varierar kraftigt mellan länderna.

Jämförbara uppgifter om sjukfrånvaro

Förutom svårigheter att göra jämförelser på grund av skillnaderna i de system som ska ge ekonomisk trygghet under sjukfrånvaron finns direkta hinder i tillgängligheten till uppgifter om sjukfrånvaron. Till exempel är uppgifter inte tillgängliga i Nederländerna om frånvaron under de 104 veckorna då arbetsgivaren betalar ersättning. Statistik för nyttjandet av allmänna sjukförsäkringar kan således inte jämföras på ett rättvisande sätt för att illustrera skillnader i sjukfrånvaron mellan länderna. Om syftet dessutom är att jämföra utvecklingen av sjukfrånvaron över tid försvåras jämförbarheten ytterligare av att regelverken för sjukförsäkring och andra relevanta regelverk förändras över tid i samtliga länder.¹

Ett jämförbart mått på sjukfrånvarons förekomst i europeiska länder finns tillgänglig i statistik som tas fram av Europeiska unionens statistikbyrå (Eurostat). Eurostat sammanställer data från de nationella arbetskraftsundersökningarna² som genomförs på samma sätt i EU:s medlemsstater och så kallade EES-länderna Island, Norge och Schweiz.³ Jämförbarheten gäller över tid, oavsett om ersättning av inkomstbortfall betalas ut eller inte och oberoende av varifrån ersättningen betalas ut. Arbetskraftsundersökningarna baseras på intervjuer med ett representativt urval ur befolkningen i respektive land.

Till fördelarna med data från Arbetskraftsundersökningarna hör möjligheten att studera sjukfrånvarons konjunkturvariation. Eftersom dessa undersökningar är upplagda primärt för att studera förhållanden på arbetsmarknaden, inte sjukfrånvaron, innehåller de dock begränsad information om övriga faktorer som är av betydelse för sjukfrånvarons förekomst. Arbetskraftsundersökningarna innehåller exempelvis inga uppgifter om respondenternas hälsa. Detta är givetvis en nackdel i sökandet av möjliga förklaringar till skillnader i sjukfrånvaro mellan länder. Vidare är möjligheterna att mäta sjukfrånvarons varaktighet starkt begränsade.

¹ Exempelvis sjuklöneperioden i Sverige: Före januari 1992: ingen sjuklöneperiod, januari 1992–december 1996: 14 dagar, januari 1997–mars 1998: 28 dagar, april 1998–juni 2003: 14 dagar, juli 2003–december 2004: 21 dagar, från och med januari 2005: 14 dagar.

² AKU, Labour Force Surveys.

³ Individerna som har blivit utvalda till undersökningen besvarar frågor om sin situation på arbetsmarknaden under en specifik vecka i referensmånaden. Resultaten av de månadsvisa undersökningarna ligger till grund för skattningar av bland annat årsgenomsnitt (Statistiska centralbyrån 2007).

Mått på sjukfrånvaron

Sjukfrånvaron studeras här bland anställda i åldern 20–64 år under perioden 1990–2007. Sjukfrånvaron bland arbetslösa, egna företagare och medhjälpande familjemedlemmar ingår således inte i studien. *Anställd* definieras som avlönad arbetstagare som under den vecka som mätningen gjordes i Arbetskraftsundersökningen utförde något arbete (minst en timme) eller som inte utförde något sådant arbete, men som hade anställning och var tillfälligt frånvarande under hela veckan.⁴

Sjukfrånvaro definieras här som hel frånvaro från arbetet på grund av att sjukdom eller skada har nedsatt arbetsförmågan under hela den vecka som intervjun avser.⁵

Uppgifterna avser frånvaro oavsett om inkomstförlusten ersätts eller inte och oberoende av om det är arbetsgivaren, sjukförsäkringen eller någon annan som står för ersättningen. Det mått som används anger hur stor andel (procent) av de anställda som har varit frånvarande.

Konjunkturläget illustreras med arbetslöshet i åldersgruppen 20–64 år. Arbetslöshet definieras som arbetslöshet under den vecka som intervjun avser, förutsatt att man har sökt arbete och kunde börja arbeta.⁶

Sjukfrånvaro och sjukskrivning används som synonymer. I texten används beteckningar svenska kvinnor, danska män osv. De hänvisar till bosättning i respektive land, inte till nationalitet eller födelseland.

I tabellerna anges procenttalen inom parenteser om de avser ett så litet antal individer att de är behäftade med en viss osäkerhet. En punkt (.) visar att antalet individer är så litet att talet inte är tillförlitligt⁷. I diagrammen saknas staplar och kurvor för otillförlitliga tal. Osäkra tal noteras i en anmärkning.

Rapportens innehåll

Rapporten har två delar. Den inleds med en beskrivning om sjukfrånvarons förekomst i de studerade länderna år 2007. Redovisningen omfattar frånvaron för kvinnor och män, olika åldersgrupper och näringsgrenar och för heltids- och deltidsarbetande kvinnor⁸.

⁴ För en närmare beskrivning av definitioner se bilaga 1.

⁵ Kortare sjukfrånvaro och sjukfrånvaro på deltid ingår inte. Ingen information finns om hur länge frånvaron eventuellt fortsätter utöver denna vecka. Till och med år 2004 redovisade Eurostat sjukfrånvaron årligen för kvartal 2. Från och med år 2005 avser uppgifterna hela året. Jämförelser av de två mätmetoderna visar på mycket små skillnader.

⁶ För en närmare beskrivning av definitioner se bilaga 1.

⁷ För en definition av osäkerhet se Eurostat (2009).

⁸ I de flesta länder är deltidsarbetande män relativt få och antalen i datamaterialet blir därmed små. Därför redovisas ingen uppdelning av sjukfrånvaron efter arbetstid för män.

I den andra delen av rapporten redovisas utvecklingen av sjukfrånvaron under perioden 1990–2007. Där redovisas även hur sjukfrånvaron och arbetslösheten har samvarierat över tid. Slutligen diskuteras utvecklingen mot bakgrund av administrativa förändringar och kända större förändringar i lagstiftningen för sjukförsäkringen och förtidspensionen⁹ som kan ha påverkat utvecklingen.

⁹ I Sverige sjuk- och aktivitetsersättning fr.o.m. 2003.

Sjukfrånvaro bland anställda i åtta europeiska länder år 2007

Under de senaste 20 åren har cirka två procent av de anställda årligen varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom eller skada under den aktuella mätveckan i 15 europeiska länder sammantagna¹⁰. År 2007 låg sjukfrånvaron bland anställda i de åtta länderna som studeras här, Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige och Tyskland, på ungefär samma nivå i genomsnitt.

Anställda i Sverige och Norge har under många år haft betydligt högre sjukfrånvaro än anställda i de övriga länderna (se till exempel Försäkringskassan 2005). År 1988 var närmare sex procent av de anställda i Sverige frånvarande, vilket är drygt tre gånger så högt som i Danmark och knappt tre gånger så högt som i Finland och Storbritannien (Finansdepartementet 2002, Försäkringskassan 2002). Sjukfrånvaron har varierat kraftigt över tid i Sverige under de två senaste decennierna. Sedan 2004 minskar frånvaron i Sverige vilket innebär att skillnaden mellan Sverige och andra länder har minskat (Försäkringskassan 2008a, 2008b).

Tabell 1 visar sjukfrånvaron bland anställda år 2007 i de studerade länderna.

Tabell 1 Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år, 2007, procent

Land	Andelen sjukfrånvarande, %
Danmark	2,5
Finland	2,6
Frankrike	2,6
Nederländerna	2,7
Norge	3,9
Storbritannien	1,9
Sverige	3,0
Tyskland	1,8
Totalt	2,2

Sjukfrånvaron var högst i Sverige och Norge även år 2007. I Sverige var frånvaron 36 procent och i Norge 77 procent högre än den genomsnittliga frånvaron i de åtta länderna. Lägst var frånvaron i Storbritannien och Tyskland.

¹⁰ Genomsnitt för länder som var medlemmar i den Europeiska unionen (EU) år 1995: Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Italien, Irland, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland och Österrike.

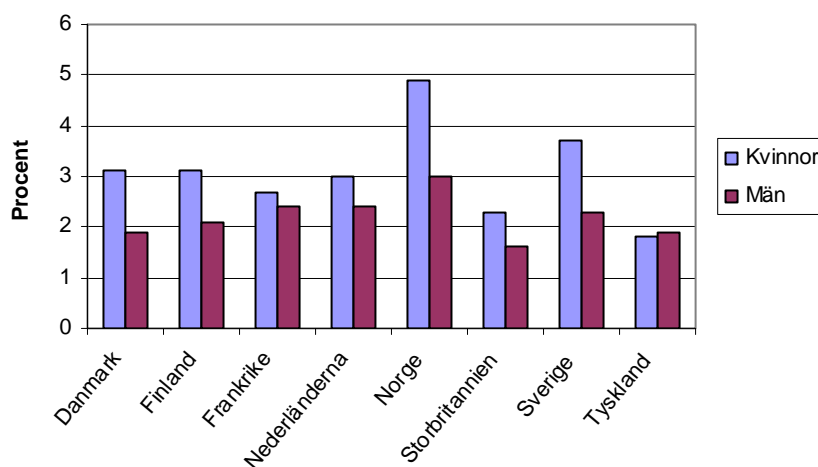
Hög sjukfrånvaro bland kvinnor ligger bakom den höga sjukfrånvaron i Sverige

Sedan 1980 har kvinnors sjukfrånvaro överstigit mäns i Sverige (Riksförsäkringsverket 2004). Detta förhållande råder mellan könen även i många andra europeiska länder (Finansdepartementet 2002, Riksförsäkringsverket 2002). I de åtta länderna var i genomsnitt 2,4 procent av de anställda kvinnorna och 2,0 procent av de anställda männen sjukskrivna år 2007.

Diagram 1 visar att skillnaderna i anställda kvinnors sjukfrånvaro är tydliga mellan länderna. Kvinnor i Sverige och Norge hade den högsta sjukfrånvaron och kvinnor i Tyskland den lägsta. Jämfört med genomsnittet för de åtta länderna låg deras frånvaro i Sverige cirka 50 procent och i Norge cirka 100 procent högre.

Skillnaderna mellan länderna var mindre uttalade för män än för kvinnor. Såsom framgår av diagram 1 var mäns sjukfrånvaro dubbelt så hög i det land, Norge, där frånvaron var högst, jämfört med Storbritannien, där den var lägst. I Norge var mäns frånvaro 50 procent högre än genomsnittet för män. Sjukfrånvaron bland svenska män låg något över genomsnittet.

Diagram 1 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor och män i åldern 20–64 år, 2007, procent



Skillnaden mellan kvinnor och män var störst i de fyra nordiska länderna. Andelen sjukskrivna anställda kvinnor var drygt 60 procent högre i Danmark, Norge och Sverige och knappt 50 procent högre i Finland än andelen sjukskrivna män i respektive land. I Tyskland var andelen sjukskrivna kvinnor till och med något lägre än andelen sjukskrivna män.

Den huvudsakliga orsaken till den relativt höga nivån av sjukfrånvaro i Sverige är således inte mäns utan kvinnors sjukfrånvaro. I Norge däremot bidrog även mäns jämförelsevis höga frånvaro till hög total sjukfrånvaro.

I debatten hävdas det ibland att den höga andelen förvärvsarbetande kvinnor i Sverige och Norge är en förklaring till att den totala sjukfrånvaron och sjukfrånvaron bland kvinnor är relativt hög i dessa länder. Detta påstående

bygger på ett resonemang om att ju fler kvinnor som förvärvsarbetar desto fler kvinnor med hälsoproblem, nedsatt arbetsförmåga och benägenhet för sjukfrånvaro finns i arbetslivet. Denna tolkning får dock inte entydigt stöd här. Andelen anställda kvinnor i arbetskraften är visserligen något högre, 73 procent, i Sverige och Norge än till exempel i Frankrike (61 procent) och Tyskland (62 procent) där sjukfrånvaron är låg. I Danmark är dock andelen anställda nästan lika hög (71 procent) men sjukfrånvaron är betydligt lägre än i Sverige och Norge. Se tabell 1 i bilaga 3.

Hög sjukfrånvaro i Sverige och Norge förklaras inte av anställdas ålders- och könsfördelning

Förekomsten av besvär och nedsatt arbetsförmåga ökar med åldern. Jämförelser av sjukfrånvaron i olika åldersgrupper i de studerade länderna försvåras något av att statistiken inte är tillförlitlig för alla åldersgrupper i samtliga länder.¹¹

Såsom framgår av tabell 2 utmärker sig Sverige och Norge, och sannolikt även Finland, med högst sjukfrånvaro och Storbritannien med lägst frånvaro bland kvinnor i åldersgruppen 60–64 år. Svenska kvinnor hade dubbelt så hög och norska kvinnor nästan tre gånger så hög sjukfrånvaro som genomsnittet i denna åldersgrupp för de åtta länderna.

Tabell 2 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor i åldern 20–64 år, 2007, procent

Ålder, år	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
20–29	2,6	(1,5)	2,3	1,8	3,8	1,7	2,1	1,3	1,8
30–39	3,3	2,6	2,5	2,7	5,0	1,7	3,0	1,6	2,2
40–49	3,0	3,0	2,4	3,4	5,0	2,5	3,7	1,7	2,4
50–59	3,5	4,4	4,0	4,1	4,8	3,1	4,9	2,6	3,4
60–64	.	(5,7)	(2,2)	(3,8)	8,1	2,7	5,8	1,2	2,9
Totalt	3,1	3,1	2,7	3,0	4,9	2,3	3,7	1,8	2,4

Tabell 2 visar vidare att de äldsta kvinnorna i Storbritannien och Tyskland och sannolikt även i Nederländerna och Frankrike hade lägre sjukfrånvaro än de något yngre kvinnorna. Därmed avviker de från det allmänna mönstret att sjukfrånvaron ökar med åldern. När det gäller Storbritannien kan det dock förklaras av kvinnors allmänna pensionsålder, som fortfarande är 60 år.¹² Tidigt utträde ur arbetskraften kan vara förklaringen även i Frankrike och Danmark, där pension respektive så kallad efterlön kan betalas ut från och med 60-årsåldern, och Tyskland, där tidig pension kan betalas ut vid 63 års ålder (Social Security Administration 2008). Dessutom har kvinnors förvärvsfrekvens varit låg under lång tid i Tyskland, Frankrike och

¹¹ För åldersgruppen 60-64 år kan det i några länder delvis förklaras av att många i denna åldersgrupp har lämnat arbetskraften, bland annat genom förtidspension eller på grund av att ålderspension eller någon annan pension har funnits att tillgå.

¹² Kvinnors pensionsålder ska höjas successivt under perioden 2010–2020 till 65 år vilket gäller för män.

Nederländerna och ökat kraftigt först under de senaste två decennierna (se diagram 3 i bilaga 3). De kvinnor som efter att ha fyllt 60 år arbetade i dessa länder är sannolikt en selekterad grupp med bättre hälsa och mindre sjukfrånvaro än de pensionerade respektive kvinnor som inte har förvärvsarbetat.

Tabell 3 visar att de äldsta svenska och holländska männen hade den högsta sjukfrånvaron och män i Storbritannien den lägsta.

Tabell 3 Sjukfrånvaro bland anställda män i åldern 20–64 år, 2007, procent

Ålder, år	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
20–29	(1,3)	.	1,9	1,6	2,4	1,1	1,5	1,1	1,4
30–39	1,5	1,7	1,9	1,8	2,7	1,4	1,5	1,6	1,7
40–49	1,9	2,3	2,9	2,6	2,9	1,7	2,3	1,9	2,2
50–59	2,9	3,1	3,0	3,4	3,3	1,8	3,4	2,5	2,6
60–64	.	.	(2,4)	4,0	.	3,1	4,1	3,6	3,4
Totalt	1,9	2,1	2,4	2,4	3,0	1,6	2,3	1,9	2,0

I åldersgruppen 50–59 år hade män högst sjukfrånvaro i Sverige, Nederländerna och Norge och män i Storbritannien den lägsta frånvaron.

En förklaring till den förhållandevis höga sjukfrånvaron i Sverige och Norge som ibland nämns i debatten är att arbetskraften där är äldre än i andra länder. Det skulle innebära att det är ”naturligt” att olika besvär och sjukdomar, och följaktligen även sjukfrånvaron, är mera vanligt förekommande där än i andra länder. Utgående från dessa data kan skillnaden dock inte förklaras av att de anställda är äldre eller att de består av en större andel kvinnor än i övriga länder.¹³ Om anställdas köns- och åldersfördelning i dessa länder hade varit densamma som i de åtta länderna i genomsnitt skulle sjukfrånvaron ha varit exakt eller praktiskt taget densamma som den faktiskt var år 2007. Se tabell 2 i bilaga 3.

Stora skillnader i sjukfrånvaro i olika typer av arbeten mellan de åtta länderna

För att kunna jämföra sjukfrånvaron i liknande verksamheter mellan länderna redovisas sjukfrånvaron här för de fyra enskilda näringsgrenar där det fanns flest anställda i åldern 20–64 år i Sverige år 2007.¹⁴

¹³ Dessa data kan ålders- och könsstandardiseras endast med indirekt metod. Det kan inte uteslutas att skillnaderna hade kunnat förklaras i något högre grad av ålders- och könsfördelningar om antalet observationer hade varit så stort att en finare åldersindelning och en direkt standardiseringsmetod hade kunnat användas i stället.

¹⁴ De största näringsgrenarna har valts för att i möjligaste mån undvika alltför små antal.

Kvinnor i åldern 20–64 år	Näringsgren	Andel av de anställda, %
Kod		
N	Vård, omsorg och sociala tjänster	30
M	Utbildning	18
K	Fastighetsverksamhet, fastighetsservice, uthyrning m.m.	11
G	Handel, reparation av motorfordon och hushållsartiklar m.m.	10
	Övriga näringsgrenar	30
Totalt		100
Män i åldern 20–64 år	Näringsgren	Andel av de anställda, %
Kod		
D	Tillverkning	23
K	Fastighetsverksamhet, fastighetsservice, uthyrning m.m.	16
G	Handel, reparation av motorfordon och hushållsartiklar m.m.	12
F	Byggverksamhet	10
	Övriga näringsgrenar	38
Totalt		100

Svenska kvinnors sjukfrånvaro i fastighets- och utbildningsverksamhet skilde sig mest från genomsnittet för länderna

Näringsgrenen vård, omsorg och sociala tjänster (N)

I Sverige är sjukfrånvaron högst i kommun- och landstingssektorn (Riksförsäkringsverket 2001, Statistiska centralbyrån 2009). Av tabell 4 framgår att kvinnors sjukfrånvaro var högst i vård, omsorg och sociala tjänster (N) i samtliga länder år 2007. Den varierade mellan drygt två procent i Tyskland och närmare sex procent i Norge. I Sverige var sjukfrånvaron 39 procent och i Norge 79 procent högre än genomsnittet för de åtta länderna i denna näringsgren. Frånvaron var nästan dubbelt så hög i Sverige som i Tyskland.

Tabell 4 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor i åldern 20–64 år efter näringsgren, 2007, procent

Näringsgren	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
N	3,7	4,0	3,7	3,2	5,9	3,1	4,6	2,4	3,3
M	(2,7)	(2,4)	1,9	2,8	.	1,6	3,1	1,9	2,0
K	(2,4)	(2,2)	1,6	2,7	.	1,5	3,3	1,5	1,8
G	(2,4)	(2,6)	2,9	2,7	5,5	2,6	3,0	1,2	2,2
Övriga	3,1	3,1	2,7	3,0	4,9	2,2	3,5	1,8	2,3
Totalt	3,1	3,1	2,7	3,0	4,9	2,3	3,7	1,8	2,4

Dessa skillnader väcker frågan om de svenska och norska kvinnor som arbetar i vård, omsorg och sociala tjänster är så mycket äldre att ålder förklarar deras högre sjukfrånvaro jämfört med kvinnor i andra länder. Av

tabell 5 framgår dock att åldern för kvinnor som var anställda i denna näringsgren inte skiljer sig på ett sådant sätt att den ger en direkt förklaring.

Tabell 5 Kvinnor anställda i vård, omsorg och sociala tjänster efter ålder, 2007

Land	Andelen i åldern 50–64 år, %
Danmark	30,2
Finland	36,0
Frankrike	24,0
Nederländerna	25,8
Norge	29,8
Storbritannien	28,4
Sverige	35,5
Tyskland	21,6
Totalt	26,0

I Finland var andelen kvinnor i åldern 50–64 år i vård, omsorg och sociala tjänster lika stor som i Sverige. Kvinnors sjukfrånvaro i denna näringsgren var dock betydligt lägre än i Sverige. Ett annat exempel på stora skillnader i sjukfrånvaro kan tas från Storbritannien och Norge där andelen äldre kvinnor var ungefär densamma i dessa typer av arbeten. Sjukfrånvaron i Storbritannien var dock bara knappt hälften av den norska nivån (se tabell 4).

Tabell 3 i bilaga 3 bekräftar att den förhållandevis höga sjukfrånvaron i vård, omsorg och sociala tjänster i Norge inte förklaras av åldern för kvinnor i denna näringsgren.¹⁵ I Sverige och Finland skulle sjukfrånvaron dock ha varit marginellt, två tiondels procentenheter, lägre i vård och omsorg m.m. om kvinnor i dessa arbeten hade haft samma åldersstruktur som genomsnittet för näringsgrenen i de undersökta länderna.

Näringsgrenen utbildning (M)

I utbildningssektorn (M) var svenska kvinnors sjukfrånvaro 55 procent högre än genomsnittet för de åtta länderna och nästan dubbelt så hög som i motsvarande näringsgren i Storbritannien, där frånvaron var lägst. I Nederländerna var frånvaron också relativt vanligt förekommande på utbildningsområdet (se tabell 4).

Såsom framgår av tabell 4 i bilaga 3 var åldersfördelningen bland kvinnor i utbildningsyrken jämnare än i vård, omsorg m.m. Kvinnor i Storbritannien var visserligen något yngre än i Sverige men det förklarar inte att sjukfrånvaron i Sverige var dubbelt så hög som i Storbritannien. Ålder har inte heller något förklaringsvärde för kvinnors 63 procent högre frånvaron på utbildningsområdet i Sverige jämfört med Tyskland.

¹⁵ Åldersstandardisering enligt indirekt metod.

Näringsgrenarna fastighetsverksamhet m.m. (K) och handel m.m. (G)

De två övriga näringsgrenar som redovisas enskilt, dels fastighetsverksamhet, fastighetsservice, uthyrning m.m., dels handel, reparation av motorfordon och hushållsartiklar m.m., sysselsätter endast cirka tio procent av kvinnorna vardera i Sverige. Såsom framgår av tabell 4 var svenska kvinnors sjukfrånvaro i handel m.m. (G) närmare 40 procent och i fastighetsverksamhet m.m. (K) drygt 80 procent högre än i respektive näringsgren i genomsnitt i de åtta länderna. Handel m.m. var en bransch med hög sjukfrånvaro även bland kvinnor i Norge. Deras frånvaro var 150 procent högre än genomsnittet för denna bransch i de studerade länderna.

Svenska mäns sjukfrånvaro i fastighetsverksamhet och handel inkl. reparation av motorfordon skilde sig mest från genomsnittet för länderna

Näringsgrenarna byggverksamhet (F) och tillverkningsarbeten (D)

År 2007 hade män med anställning i byggbranschen (F) högst sjukfrånvaro i de flesta länder följt av tillverkningsarbeten (D), i genomsnitt 2,7 respektive 2,2 procent. I tabell 8 intar Frankrike en särställning med högst frånvaro i byggverksamhet och Norge med högst frånvaro i tillverkningsarbeten.

Tabell 6 Sjukfrånvaro bland anställda män i åldern 20–64 år efter näringsgren, 2007, procent

Näringsgren	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
D	(2,2)	2,1	2,5	3,2	4,2	1,7	2,6	2,1	2,2
K	.	.	1,1	1,6	.	1,0	1,7	1,4	1,2
G	(1,8)	.	1,5	2,0	.	1,4	2,1	1,2	1,5
F	(2,5)	(2,7)	4,0	3,3	.	1,7	2,8	2,2	2,7
Övriga	2,0	2,3	2,6	2,2	2,7	1,7	2,3	1,8	2,0
Totalt	1,9	2,1	2,4	2,4	3,0	1,6	2,3	1,9	2,0

Svenska mäns sjukfrånvaro skilde sig inte nämnvärt från genomsnittet för dessa branscher i de undersökta länderna. Deras frånvaro var dock högre än i Tyskland och hela 65 procent högre i byggverksamhet och drygt 50 procent högre i tillverkningsarbeten än mäns frånvaro i respektive näringsgren i Storbritannien, som hade den lägsta frånvaron i båda näringsgrenar.

Näringsgrenarna fastighetsverksamhet m.m. (K) och handel m.m. (G)

I fastighetsverksamhet m.m. (K) respektive handel m.m. (G) skilde sig de svenska männen mest från genomsnittet för de undersökta länderna. De hade cirka 40 procent högre sjukfrånvaro i dessa branscher.

Deltidsanställda kvinnor i Sverige hade högst sjukfrånvaro i jämförelse med heltidsanställda kvinnor

Kvinnor med anställning arbetar i större utsträckning deltid¹⁶ än män för att kunna kombinera sin yrkesverksamhet med uppgifter i hemmet. Deltidsarbete kan också vara en följd av att det inte finns lämpliga heltidsarbeten att tillgå. Vidare kan deltidarbete exempelvis vara ett lämpligt alternativ om ett arbete på heltid skulle vara för betungande.

I genomsnitt hade cirka 40 procent av kvinnorna en deltidanställning (30 procent i åldersgruppen 20–29 år och knappt 60 procent i åldersgruppen 60–64 år) i de undersökta länderna år 2007 (se tabell 5 i bilaga 3).

Diagram 2 Deltidsanställda kvinnor i åldern 20–64 år, 2007, procent

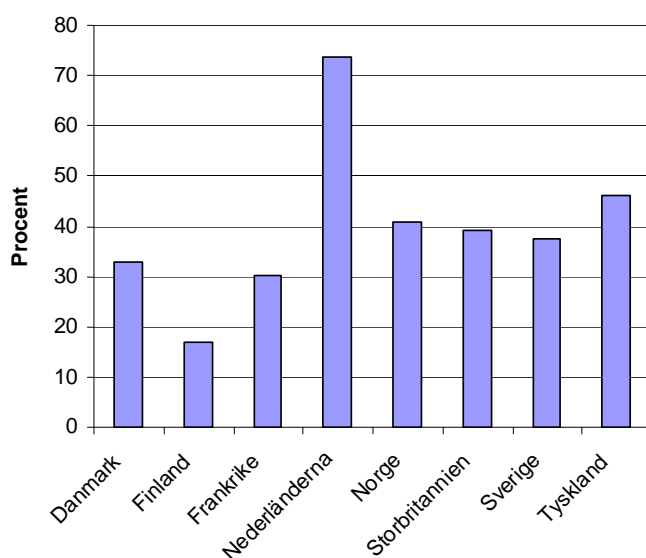


Diagram 2 visar att deltidanställningar var mest vanligt förekommande i Nederländerna och minst vanliga i Danmark, Frankrike och Finland. I Danmark, Finland och Norge var deltidarbete vanligast bland de allra yngsta och äldsta kvinnorna och i Sverige bland de äldsta. I de övriga länderna ökade dess förekomst successivt med ålder (se tabell 5 i bilaga 3).

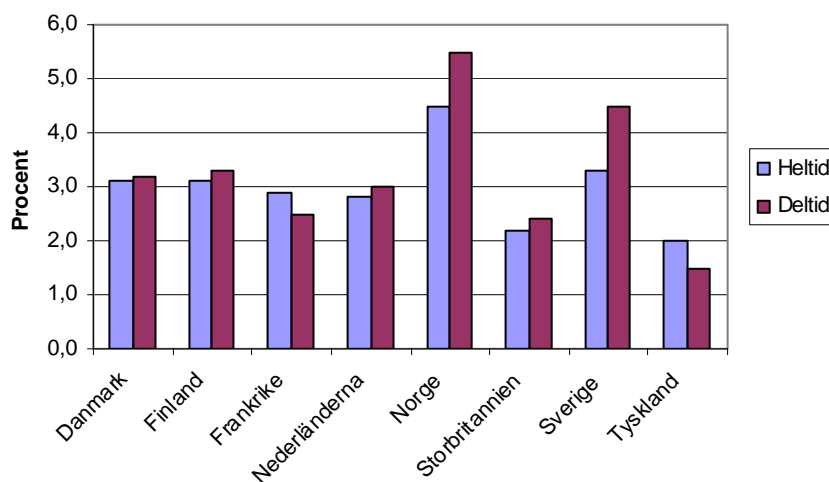
Av män i åldern 20–64 år hade cirka åtta procent en deltidanställning i de undersökta länderna i genomsnitt. Andelen var lägst i Frankrike och låg även i Finland, Storbritannien och Tyskland. Högst var andelen i Nederländerna där nästan var femte anställd man arbetade deltid. Motsvarande andel var nio procent i Sverige. Eftersom män med deltidanställningar är få i de flesta länder är det inte möjligt att göra rättvisande jämförelser av deras sjukfrånvaro.

¹⁶ Avser arbetstid i den huvudsakliga anställningen, minst en timme per vecka.

Sjukfrånvaron bland deltids- och heltidsanställda kvinnor skilde sig inte nämnvärt åt i de flesta länder. De deltidsanställda i Sverige och Norge avviker dock från detta mönster. Deras sjukfrånvaro var närmare 40 respektive drygt 20 procent högre än heltidsanställdas frånvaro (se diagram 3).

Det finns inget entydigt mönster i hur hel- och deltidsanställda kvinnors sjukfrånvaro varierade mellan olika åldersgrupper i de olika länderna (se tabell 6 och 7 i bilaga 3).

Diagram 3 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor i åldern 20–64 år efter arbetstid 2007, procent



Anm. Värdet för deltidsanställda kvinnor i Finland är behäftat med viss osäkerhet.

Medan sjukfrånvaron för heltidsanställda i Sverige och Norge var cirka 30 respektive 80 procent högre än för heltidsanställda i genomsnitt var sjukfrånvaron för deltidsanställda hela 88 procent högre i Sverige och 129 procent högre i Norge än genomsnittet för länderna.

Mycket hög sjukfrånvaro bland deltidsanställda kvinnor i utbildningssektorn i Sverige

En redovisning av sjukfrånvaron för deltidsanställda och heltidsanställda kvinnor i de fyra enskilda näringsgrenarna kan inte göras med säkerhet för alla åtta länder.

Näringsgrenen vård, omsorg och sociala tjänster (N)

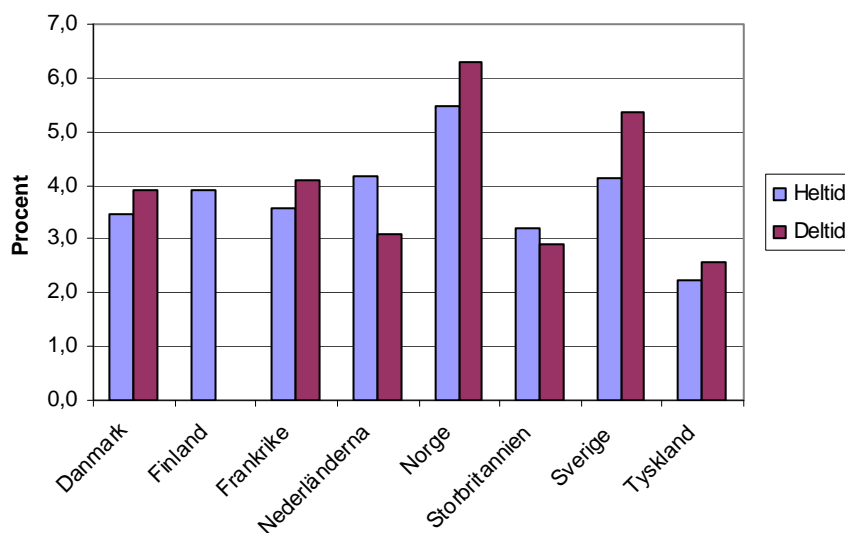
I näringsgrenen vård, omsorg och sociala tjänster (N) hade deltidsanställda svenska kvinnor drygt 30 procent högre sjukfrånvaro än svenska kvinnor anställda på heltid (jfr. tabell 7 och 8 samt diagram 4).

Tabell 7 Sjukfrånvaro av deltidsanställda kvinnor i åldern 20–64 år efter näringsgren 2007, procent

Näringsgren	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
N	(3,9)	.	4,1	3,1	6,3	2,9	5,4	2,6	3,3
M	.	.	(2,4)	2,9	.	1,7	4,2	1,5	2,1
K	.	.	.	3,0	.	.	5,7	1,5	1,7
G	.	.	2,4	2,8	.	3,0	3,4	1,3	2,2
Övriga	(2,8)	.	2,1	3,1	.	2,3	3,5	1,2	2,0
Totalt	3,2	(3,3)	2,5	3,0	5,5	2,4	4,5	1,5	2,4

Tabell 8 Sjukfrånvaro av heltidsanställda kvinnor i åldern 20–64 år efter näringsgren 2007, procent

Näringsgren	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
N	3,5	3,9	3,6	4,2	5,5	3,2	4,1	2,2	3,2
M	(2,4)	.	(1,7)	(2,8)	.	1,4	2,6	2,2	1,9
K	.	.	(2,1)	(2,2)	.	1,4	2,5	1,5	1,8
G	(2,7)	.	3,2	(2,2)	.	2,1	2,9	1,2	2,3
Övriga	3,2	3,0	2,9	2,7	4,5	2,2	3,6	2,2	2,5
Totalt	3,1	3,1	2,9	2,8	4,5	2,2	3,3	2,0	2,5

Diagram 4 Sjukfrånvaro av kvinnor i åldern 20–64 år anställda inom vård, omsorg och sociala tjänster efter arbetstid 2007, procent


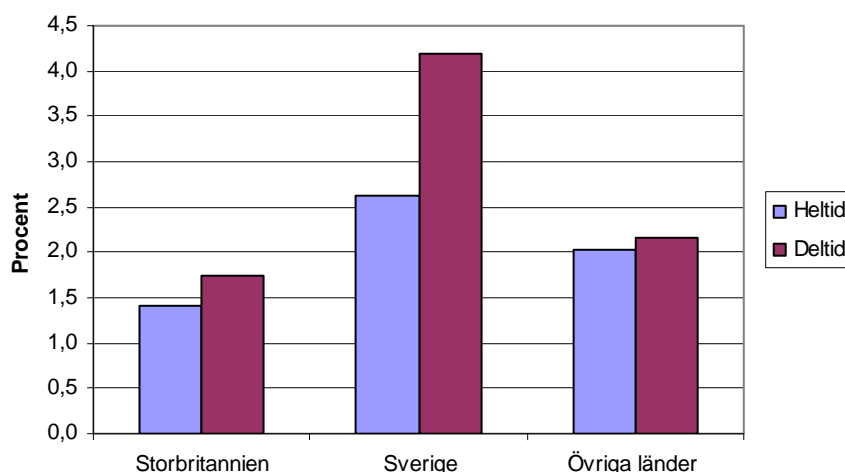
Anm. Värdet för deltidsanställda kvinnor Danmark är behäftat med viss osäkerhet.

Av tabell 7 och 8 framgår vidare att deltidsanställda i vård, omsorg m.m. i Frankrike, Norge endast hade cirka 15–18 procent högre sjukfrånvaro än heltidsanställda kvinnor i samma näringsgren.

Näringsgrenen utbildning (M)

Svenska kvinnor anställda på deltid i utbildningssektorn utmärker sig tydligt genom en drygt 60 procent högre sjukfrånvaro än kvinnor med heltidsanställning i samma sektor (se tabell 7 och 8 samt diagram 5).

Diagram 5 Sjukfrånvaro bland kvinnor i åldern 20–64 år anställda inom näringsgrenen utbildning efter arbetstid 2007, procent



I Storbritannien var de deltidsanställda kvinnornas sjukfrånvaro i utbildningsyrken endast drygt 20 procent högre än de heltidsanställdas frånvaro.

I Sverige utmärker sig deltidsanställda kvinnor i näringsgrenen utbildning särskilt genom en dubbelt så hög sjukfrånvaro än genomsnittet för deltidsanställda kvinnor i denna näringsgren.

Näringsgrenen fastighetsverksamhet m.m. (K)

Den näringsgren där skillnaderna mellan heltids- och deltidsanställda kvinnor var störst i Sverige är fastighetsverksamhet, fastighetservice, uthyrning m.m. (K). Skillnaden uppgår till cirka 130 procent högre sjukfrånvaro för deltidsanställda kvinnor jämfört med heltidsanställda. I en internationell jämförelse utmärker sig deltidsanställda kvinnor i fastighetsverksamhet m.m. i Sverige genom en tre gånger så hög sjukfrånvaro än genomsnittet för deltidsanställda i denna näringsgren.

Inga uttömmande svar på varför kvinnors sjukfrånvaro i Sverige och Norge är hög

Sjukfrånvaron bland heltidsanställda kvinnor var högre i Sverige och Norge än genomsnittet för de undersökta länderna år 2007 (se en sammanfattande tabell 9). Det som dock utmärker de två länderna tydligast är deltidsanställda kvinnors sjukfrånvaro. Den var nästan dubbelt så hög i Sverige och mer än dubbelt så hög i Norge än genomsnittet för deltidsanställda i de studerade länderna. I Sverige utmärker sig deltidsanställda kvinnor i näringsgrenen utbildning särskilt genom dubbelt så hög sjukfrånvaro än genomsnittet för deltidsanställda i denna näringsgren.

Tabell 9 Kvinnors sjukfrånvaro i åldern 20–64 år i Sverige och Norge efter näringsgren och arbetstid i relation till genomsnittet för samma näringsgren och arbetstid i de åtta länderna 2007, procent

Näringsgren	Arbetstid			
	Heltid		Deltid	
	Sverige	Norge	Sverige	Norge
Vård, omsorg, sociala tjänster	+ 28 %	+ 72 %	+ 64 %	+ 91 %
Utbildning	+ 37 %	.	+ 100 %	.
Övriga näringsgrenar	+ 44 %	+ 80 %	+ 75 %	.
Totalt	+ 32 %	+ 80 %	+ 88 %	+ 129 %

Av dessa resultat kan inga slutsatser dras om varför anställda kvinnors sjukfrånvaro var högre i vissa näringsgrenar i Sverige och Norge i förhållande till andra länder eller till genomsnittet i dessa näringsgrenar för de åtta länderna. De kan inte heller ge någon förklaring till varför frånvaron av heltidsanställda och deltidsanställda ser ut som den gör, varken generellt eller i olika näringsgrenar. Några förhållanden som kan ha betydelse för skillnader mellan länderna kan dock nämnas. De är att betrakta som hypoteser som dock inte kan prövas här.

Skillnader i sammansättningen av kvinnor

Det kan finnas skillnader mellan länderna i sammansättningen av kvinnor anställda i de olika näringsgrenarna. En selektion av individer till olika branscher, arbeten och arbetstider kan leda till olika sammansättning och därmed ge utslag i olika sjukskrivningsmönster. Varken bland anställda kvinnor sammantagna eller i de största näringsgrenarna förklarar dock de mätta skillnaderna i ålder skillnader i sjukfrånvaron mellan länderna.

Fördelningen mellan heltids- och deltidsarbeten

Arbetsmarknaden och fördelningen mellan heltids- och deltidsarbeten i respektive näringsgren kan i Sverige och Norge vara sådan att den bidrar till högre sjukfrånvaro bland deltidsarbetande kvinnor än i övriga länder.

Olika positioner

Heltids- och deltidsanställda i respektive näringsgren kan i olika länder ha skilda positioner och befogenheter och därmed olika möjligheter att påverka sin arbetssituation, vilket i sin tur kan ha samband med arbetsförmågan och sjukfrånvaron.

Olika arbetsförhållanden

Arbetsorganisationer, arbetsvillkor, detaljer i arbetstid, arbetskulturer och övriga arbetsförhållanden kan skilja sig åt och påverka hälsa och sjukfrånvaro olika i de studerade länderna.

Olika beteenden

Skillnaderna kan också ha uppstått genom olika beteenden bland de grupper som är sysselsatta i olika typer av arbeten i olika länder, framför allt när det gäller deltidsanställningar.

Kausalitet mellan deltidsarbete och sjukfrånvaro kan vara olika

Resultaten visar inget om i vilken riktning kausaliteten mellan deltidsarbete och sjukfrånvaro går. De ger därför inte svar på frågan om anställda kvinnor arbetar deltid på grund av att de har sämre hälsa och anknytning till arbetsmarknaden än heltidsanställda kvinnor i samma näringsgren och land eller om deras arbetsförhållanden är sådana att de bidrar till nedsatt arbetsförmåga i högre grad än bland heltidsanställda.

Andra studier behövs

Andra typer av studier behövs för att belysa de mekanismer som påverkar anställda kvinnors sjukfrånvaro i Sverige och Norge å ena sidan och de övriga sex länderna å andra sidan.

Sjukfrånvaro och arbetslöshet

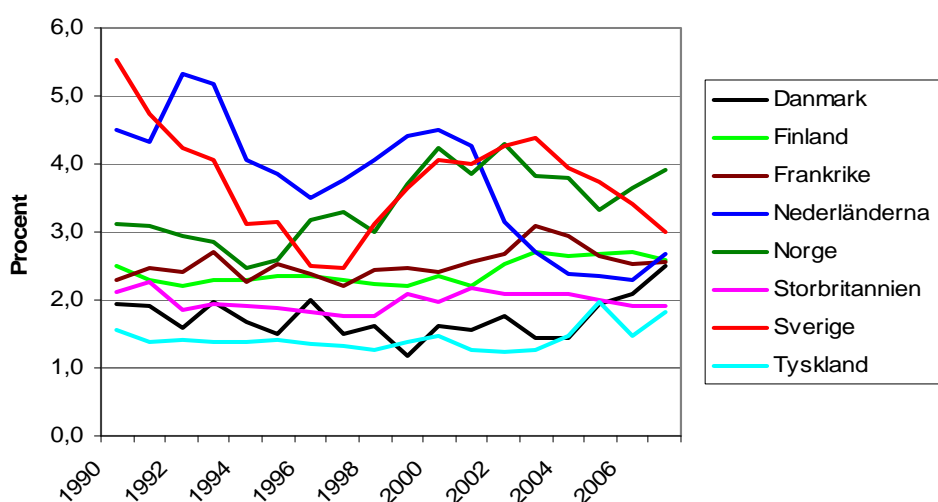
Sjukfrånvaron har många och sammansatta orsaker. Med hjälp av data från Arbetskraftsundersökningarna finns det endast begränsade möjligheter att studera dess bestämningsfaktorer och förändringar i bestämningsfaktorer över tid. Dessa data kan dock användas för att belysa sjukfrånvarons konjunkturvariation, dvs. hur arbetslöshet och sjukfrånvaro samvarierar i de olika länderna.

Utvecklingen av sjukfrånvaron under perioden 1990–2007

Sedan 1990-talets början har sjukfrånvaron bland anställda varit högre och varierat mera över tid i Sverige, Norge och Nederländerna än i de övriga fem länderna.

Såväl i Sverige som i Nederländerna var cirka fem procent av de anställda frånvarande i början av 1990-talet (se diagram 6). Under den påföljande ekonomiska krisen under den första hälften av 1990-talet minskade sjukfrånvaron drastiskt i Sverige. Därefter ökade frånvaron snabbt till en ny toppnivå år 2003, som dock var lägre än toppen i början av 1990-talet. Sedan dess har sjukfrånvaron åter minskat men den har ännu inte nått den låga nivå som noterades i mitten av 1990-talet.

Diagram 6 Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år 1990–2007, procent



Efter många år av exceptionellt hög sjukfrånvaro har frånvaron i Sverige på senare år närmat sig nivån för de övriga studerade länderna.¹⁷ År 2007 var frånvaron cirka tre procent. Uppgifter från den svenska arbetskraftsundersökningen tyder på att sjukfrånvaron har fortsatt att minska i Sverige och låg under tre procent år 2008 (Statistiska centralbyrån 2008).

Av diagram 6 framgår vidare dels att anställdas sjukfrånvaro var högre i Nederländerna än i Sverige under större delen av 1990-talet och i början av 2000-talet, dels att frånvarons variation över tid under lång tid följde samma mönster i båda länderna. I likhet med Sverige har sjukfrånvaron på senare år minskat i Nederländerna och låg på en betydligt lägre nivå än den svenska.

I Norge började sjukfrånvaron öka från en relativt låg nivå i mitten av 1990-talet. Sedan dess har utvecklingen i Sverige och Norge följts åt under en rad av år. Medan den gynnsamma utvecklingen med minskande sjukfrånvaro har fortsatt i Sverige under de senaste åren finns det tydliga indikationer på att trenden har brutits i Norge och frånvaron åter har börjat öka.

I de övriga länderna har utvecklingen av anställdas sjukfrånvaro varit relativt stabil och legat mellan 1,5 och 2,5 procent under hela perioden 1990–2007. På senare år har en ökning dock noterats i Danmark och Finland medan en minskande trend återfinns i Frankrike.

Utvecklingen av arbetslösheten under perioden 1990–2007

Sedan 1990 har arbetslösheten¹⁸ i åldersgruppen 20–64 år varierat kraftigt såväl mellan de åtta länderna som över tid i respektive land. I diagram 7 är konjunkturcyklerna tydliga. På tidigt 1990-tal var arbetslösheten, uttryckt som andel av arbetskraften (procent), hög i de flesta länder. I mitten av 1990-talet började den minska kraftigt exempelvis i Danmark, Finland, Nederländerna, Norge, och Storbritannien och något år senare även i Sverige. I de flesta länder noterades en ny uppgång i arbetslösheten under de första åren på 2000-talet varefter arbetslösheten återigen minskade.

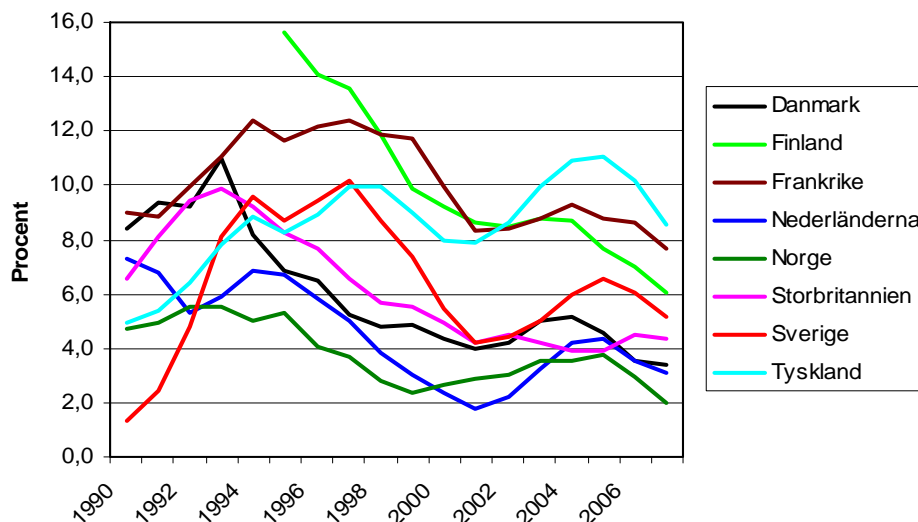
Sedan den första hälften av 1990-talet har arbetslösheten trendmässigt minskat i alla länder med undantag av Tyskland, där återföreningen av Västtyskland och Östtyskland har bidragit till ökad arbetslöshet. Utvecklingstrenden har varit tydligast i Finland och Danmark. I Finland noterades den högsta arbetslösheten år 1994 (Statistics Finland 2009a, 2009b). Diagram 7 visar en minskning från närmare 16 procent år 1995 till cirka sex

¹⁷ Samtidigt har sjukfrånvaron i Sverige också närmat sig den genomsnittliga 2-procentsnivån under de senaste 20 åren i EU:s första 15 medlemsländer (Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Italien, Irland, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland och Österrike).

¹⁸ I oktober 2007 gick Sverige över till det internationella arbetslöshetstalet. Det innebär att heltidsstudier klassificeras annorlunda. Korrigeringen medför att fler räknas som arbetslösa och därmed i arbetskraften och färre utanför arbetskraften. Mindre förändringar har gjorts i Arbetskraftsundersökningar internationellt. De påverkar huvudsakligen jämförbarheten över tid, inte mellan länderna.

procent 2007. I Danmark minskade arbetslösheten från elva procent år 1993 till drygt tre procent år 2007.

Diagram 7 Arbetslöshet i åldern 20–64 år 1990–2007 som andel av arbetskraften, procent



Under större delen av 2000-talet har arbetslösheten varit relativt hög i Tyskland, Frankrike och Finland och lägst i Norge, Nederländerna, Danmark och Storbritannien. År 2007 intog Sverige och Finland en mellanposition med 5–6 procents arbetslöshet.

Samvariation av arbetslöshet och sjukfrånvaro under perioden 1990–2007

Flera studier har påvisat att det finns ett negativt samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron är hög då arbetslösheten är låg och låg då arbetslösheten är hög (se t.ex. Leigh 1985, Lantto och Lindblom 1987, Johansson och Palme 1996, Arai och Skogman Thoursie 2001, Askildsen m.fl. 2002, Riksförsäkringsverket 2002, Finansdepartementet 2002, Henrekson och Persson 2004, Lidwall m.fl. 2004, Ose m.fl. 2006, Nossen 2008). Sambanden anses främst gälla för kortare sjukfrånvaro i Sverige (Wikman och Marklund 2003).

Tre huvudhypoteser har presenterats om orsaker till detta samband mellan konjunktur och sjukfrånvaro:

1. Disciplineringshypotesen går ut på att de som har arbete är mera benägna att vara sjukfrånvarande i en högkonjunktur då det råder brist på arbetskraft än i en lågkonjunktur då arbetslösheten är hög (disciplinerande effekt).
2. Sammansättningshypotesen innebär att arbetskraften med en svagare anknytning till arbetsmarknaden har sämre hälsa och större benägenhet för sjukfrånvaro än arbetskraften med en starkare anknytning och att arbetskraften med en svagare anknytning utgör en större andel av de sysselsatta under en högkonjunktur än under en lågkonjunktur (selektionseffekt¹⁹). Skillnader i sammansättningen av de sysselsatta skulle enligt denna hypotes uppstå genom att de med sämre hälsa antas ha särskilda svårigheter att få anställning under en lågkonjunktur medan arbetsgivarna har svårare att skaffa arbetskraft under en högkonjunktur och därför även anställer personer med sämre hälsa och större risk för en hög sjukfrånvaro.
3. Stresshypotesen går ut på att ett högt arbetstempo och vanligt förekommande övertidsarbete bidrar till ökad sjukfrånvaro under högkonjunkturer.

Sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro är ett komplext forskningsområde som inte kan belysas ingående här. Några resultat kan dock nämnas. Det finns svenska och norska studier som har gett empiriskt stöd för disciplineringshypotesen (se t.ex. Arai och Skogman Thoursie 2001, Askildsen m.fl. 2002, Askildsen m.fl. 2005), som går ut på att de anställda sjukskriver sig i mindre utsträckning i en lågkonjunktur än i en högkonjunktur (se ovanstående faktaruta). När det gäller sammansättningshypotesen, som anger att sammansättningen av de anställda är olika i de två konjunkturerna och att detta bidrar till högre sjukfrånvaro i en högkonjunktur än i en lågkonjunktur, har forskningen inte funnit några entydiga samband mellan konjunktur och sjukfrånvaro (Mastekaasa 1996, Hesselius 2003, Askildsen 2005 m.fl., Nossen 2008). Stresshypotesen, som utgår på att arbetslivets påfrestningar bidrar till en högre sjukfrånvaro i en högkonjunktur än i en lågkonjunktur, har inte heller hittills fått tydligt stöd (Nossen 2008).

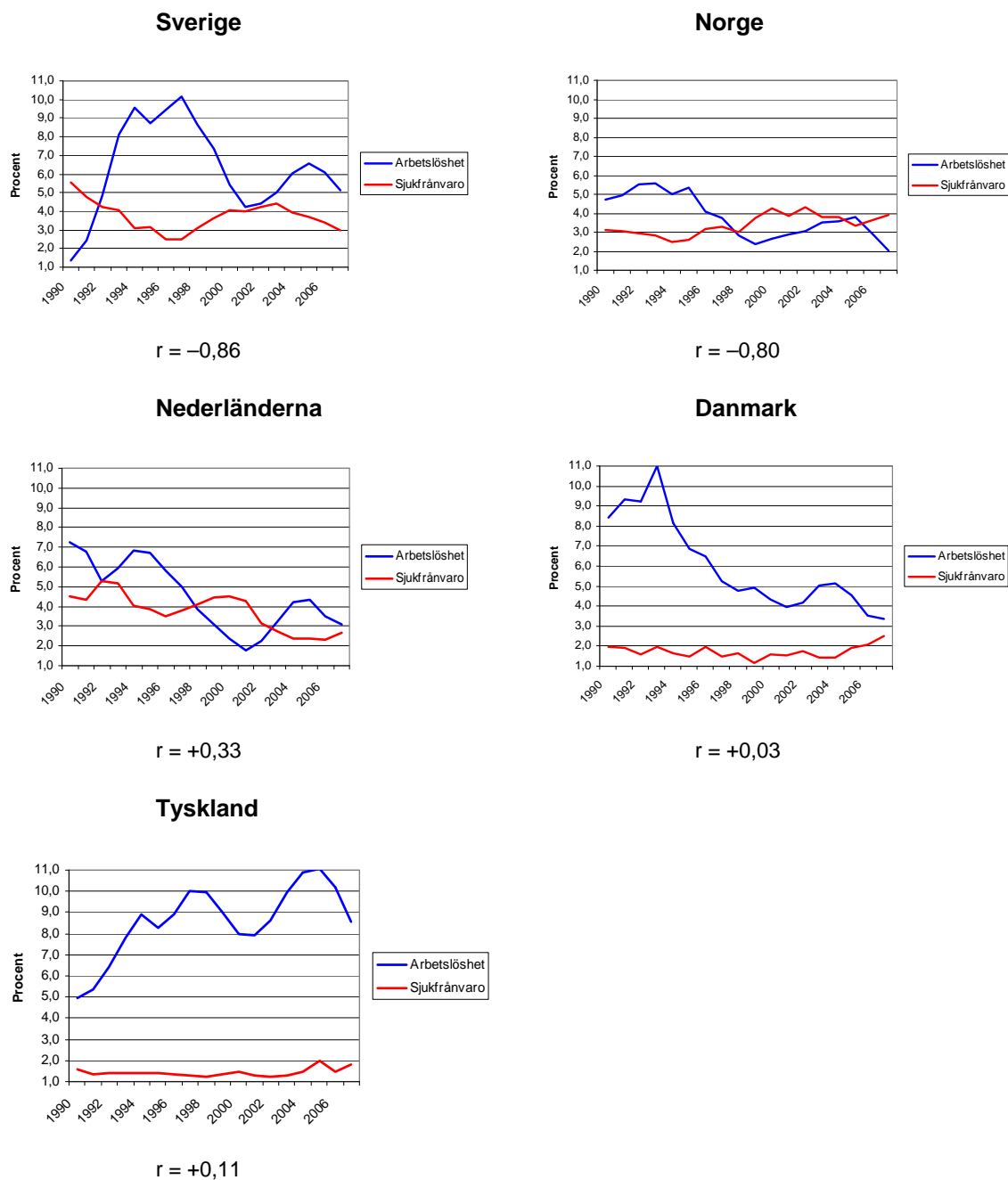
Även förändringar av sjukförsäkringens regelverk och dess tillämpning påverkar sjukfrånvaron. Trots viktiga forskningsinsatser är det inte tillräckligt klarlagt vilken betydelse olika omgivningsfaktorer, såsom konjunkturer, regelförändringar och andra strukturella förhållanden, har för sjukfrånvaron i samspel med individuella faktorer.

Historiskt har det negativa sambandet mellan sjukfrånvaron och arbetslösheten varit starkt i Norge och Sverige under en stor del av perioden från

¹⁹ Personer som är sysselsatta efter en uppsägningsprocess under en lågkonjunktur skiljer sig från de uppsagda och har en genomsnittligt lägre sjukfrånvaro jämfört med personer som har fått lämna sysselsättningen.

1970-talets början till i dag (Riksförsäkringsverket 2002, Finansdepartementet 2002, Lidwall m.fl. 2004, Ose m.fl. 2006, Nossen 2008). I Sverige var sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro starkt negativt under perioden 1990–2007 ($r = -0,86$). Förhållandet förefaller dock att ha förändrats på senare år. Som framgår av diagram 8 minskade både sjukfrånvaron och arbetslösheten under perioden 2005–2008.

Diagram 8 Sjukfrånvaro och arbetslöshet i åldern 20–64 år 1990–2007



Även i Norge var det negativa sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro, som kan urskiljas i diagram 8, starkt under perioden 1990–2007 ($r = -0,80$).

Diagram 8 visar också att liknande mönster av sjukfrånvaro och arbetslöshet som noterades i Sverige före år 2005 har funnits i Nederländerna under en lång rad av år. Det beräknade sambandet är dock svagt positivt ($r = 0,33$). Sjukfrånvaron minskade visserligen på kort sikt efter en uppgång i arbetslösheten men på lång sikt minskade både arbetslösheten och sjukfrånvaron.

I de flesta övriga länder har sambandet varit förhållandevis svagt därför att sjukfrånvaron har varit stabil under lång tid och relativt oberoende av variationen i arbetslösheten. Två av länderna, Danmark och Tyskland, ingår i diagram 8 som exempel på detta förhållande. För Danmark kan dock en antydning till ett negativt samband noteras mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro de senaste åren. Den gynnsamma konjunkturutvecklingen med ökad sysselsättning, i synnerhet i branscher och på arbetsplatser som traditionellt har hög sjukfrånvaro, antas ha bidragit till denna förändring (Beskæftigelsesministeriet 2008a).

Den danska arbetsmarknadsmodellen – flexicurity-modellen – förenar flexibla uppsägningsregler, ett generöst arbetslöshetsförsäkringssystem upp till fyra år²⁰ och en aktiv arbetsmarknadspolitik (Andersen och Svarer 2006). Danmark tillhör den fjärdedel av OECD-länderna som har de minst restriktiva uppsägningsreglerna (OECD 2004). Det för nordiska förhållanden svaga anställningsskyddet gäller även sjukskrivna. De kan sägas upp efter 120 dagars sjukfrånvaro under den senaste 12-månadersperioden²¹. Denna möjlighet utnyttjas av arbetsgivarna. En långtidsuppföljning av personer som hade varit sjukskrivna i 90 dagar för besvär i ländryggen visar till exempel att 62 procent av dessa avskedades senare under sin sjukskrivning (Bergendorff och Gordon 2000). Det är sannolikt att det svaga anställningsskyddet har haft en disciplinerande effekt på sjukskrivningsbeteendet och bidragit till den låga frånvaron.

När det gäller Sverige, Norge och Nederländerna kan sjukförsäkringens portvaktsfunktion ha varit svag och därför bidragit till hög sjukfrånvaro under högkonjunkturer.

²⁰ Se bilaga 2.

²¹ Tjänstemän har ett starkare skydd än arbetare på så sätt att den anställdes hälsotillstånd ska värderas av en hälsonämnd innan ett avskedande kan verkställas (Försäkringskassan 2008a).

Sjukförsäkringen och dess administration under perioden 1990–2007

Länder med hög sjukfrånvaro har vidtagit omfattande åtgärder

Här ges en kort översikt över större förändringar i sjukförsäkringen och i dess administration i syfte att minska sjukfrånvaron i länder där sjukfrånvaron har varit hög och varierat kraftigt över tid.

Stort ekonomiskt ansvar för arbetsgivare i Nederländerna

I Nederländerna betalas full lön under sjukfrånvarons första år och 70 procent av lönen under det andra året (se bilaga 2). Företagshälsovården, som är obligatorisk och lagstadgad, föreslår lämpliga åtgärder, följer regelbundet upp arbetsgivarens genomförande av planerade åtgärder och stöder den sjukskrivnes återgång i arbete. Arbetsgivaren köper även tjänster av "Labour Reintegration Services", t.ex. utredningar av arbetsförmågan, samtalsterapi, stresshantering och omplacering i arbete hos en annan arbetsgivare.

I Nederländerna var sjukfrånvaron och framför allt förtidspensioneringen omfattande i början av 1990-talet. En mängd åtgärder vidtogs för att minska dessa. En lagstadgad obligatorisk företagshälsovård infördes år 1993. Arbetsgivarna gavs successivt allt större kostnadsansvar för sjukfrånvaron och det fulla ansvaret för anställdas återgång i arbete, antingen hos arbetsgivaren eller en annan arbetsgivare. Vidare blev arbetsgivaren skyldig att betala ökade avgifter till förtidspensionssystemet under flera år om han inte kunde omplacera en anställd som av hälsoskäl inte längre kunde fortsätta med sina ordinarie arbetsuppgifter. Dessa ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att förebygga sjukfrånvaro kompletterades med stöd från företagshälsovården och dess regelbundna uppföljning av arbetsgivarens insatser. En sjuklöneperiod om sex veckor introducerades 1994. Under perioden 1996–2003 var sjuklöneperioden 52 veckor varefter den utökades till 104 veckor (van Gerven 2008). Under denna tid ska både arbetstagare och arbetsgivare göra allt som står i deras makt för att göra återgång i arbete möjlig. Om arbetsgivaren inte har vidtagit tillräckliga åtgärder kan den myndighet som under sjukfrånvarons vecka 91–104 ansvarar för prövning av rätten till förtidspension (Institute of Employee Benefits, UWV) tillgripa sanktioner mot arbetsgivaren. Arbetsgivaren riskerar då att dömas till att betala sjuklön under ytterligare en period upp till ett år (Gladnet Collection 2007). I och med förlängningarna av sjuklöneperioden privatiserades den holländska sjukförsäkringen för anställda. Arbetsgivarna återförsäkrade sig

hos privata försäkringsbolag för att skydda sig mot höga sjuklönekostnader. Privatiseringen medförde dock inte några större förändringar i rätten till ersättning (van Gerven 2008).

Arbetsgivarens utökade ekonomiska ansvar gällde även för förtidspension. Under perioden 1998–2003 genomfördes en ny reform som innebar en kraftigt höjd fast avgift och en omfattande riskbaserad del i arbetsgivarens avgift till förtidspensioner. Avgiften bestäms på grundval av hur många anställda som har förtidspensionerats de senaste åren. Arbetsgivaren kan få en rabatt på avgiften till förtidspension vid anställning en person med gravt nedsatt arbetsförmåga samt sjuklönekostnaden ersatt av sjukförsäkringen under en femårsperiod (Riksförsäkringsverket 2003).

Ökat kostnadsansvar för arbetsgivaren har haft en del negativa effekter. Även om medicinska kontroller i samband med nyanställningar är förbjudna i lag för att motverka hälsorelaterad selektion av arbetstagare kan hälsorelaterad selektion naturligtvis ändå förekomma. Tillfälliga anställningar och köp av tjänster från bemanningsföretag har ökat efter förändringarna. I synnerhet små och medelstora företag försöker på detta sätt minska risken för stora kostnader för sjukfrånvaro och förtidspensionering (Geurts et al. 2000, van Oorschot 2003).

Inflödet till förtidspension minskade ca 40 procent efter införandet av ny lagstiftning för förmånen, 12 procent på grund av striktare bedömning av ärenden och ca 30 procent efter att sjuklöneperioden hade förlängts till två år 2004 (Gladnet Collection 2007, Astri 2008, OECD 2008).

Avtal med arbetsmarknadens parter och sammanslagna myndigheter i Norge

Sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfallet fullt ut i Norge upp till ett år under en treårsperiod (se bilaga 2 och Försäkringskassan 2008a, 2008b). Arbetsgivaren har ett ansvar för sjukskrivnas återgång i arbete. Sjukfrånvaron ska följas upp på arbetsplatsen enligt en individuell uppföljningsplan som följer ett bestämt tidsschema. Försäkringsadministrationen (NAV) bevakar arbetsgivarens aktivitet och bistår med åtgärder. Sjukskrivna har en aktivitetsplikt från och med den åttonde veckan. Senast efter sex månader tar NAV ställning till behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Motsvarigheten till rehabiliteringspenning kan betalas ut vid medicinsk rehabilitering i 1–2 år, eventuellt längre, och under arbetslivsinriktad rehabilitering så länge som åtgärden anses vara nödvändig.

Sjukfrånvaron bland anställda ökade i Norge till rekordnivåer under andra hälften av 1990-talet samtidigt som arbetslösheten minskade snabbt. Under hot mot arbetsgivarna om kostnadsdrivande ändringar i sjuklönelagen ingick parterna på arbetsmarknaden och socialförsäkringsadministrationen ett samarbetsavtal (IA-avtal) år 2001 om ett mer ”inkluderande arbetsliv”. Avtalet förpliktade parterna att arbeta för att reducera sjukfrånvaron och arbetsplatsen blev en huvudarena för uppföljningen av sjukfrånvaron (Försäkringskassan 2008a, 2009b).

Samarbetet enligt IA-avtalet vidareutvecklades år 2003. Sjukfrånvaron minskade därefter men det anses numera vara osäkert om det var avtalet som hade denna effekt. Nedgången berodde snarare på regeländringar år 2004 som ledde till ökad användning av deltidssjukskrivning, införande av aktivitetskrav under sjukskrivningen och ökad fokus på läkarnas portvaktsroll och sjukskrivningspraxis. Nedgången av sjukfrånvaron blev dock kortvarig. Trenden planade ut för män och kvinnors sjukfrånvaro började öka på nytt år 2005 (Ose m.fl. 2006, NAV 2008a).

Som en konsekvens av att IA-avtalen och andra åtgärder inte bedömdes ge önskade resultat i sjukfrånvaron infördes år 2007 nya regler i arbetsmiljölagen och socialförsäkringslagen för uppföljningen av sjukfrånvaron. De nya reglerna sätter fokus på tidig aktivering och uppföljning och arbetsgivarens ansvar för dessa (Försäkringskassan 2008a, 2008b). Uppföljningen av att kontroll- och sanktionsmöjligheter i regelverket användes gentemot de försäkrade, arbetsgivare och sjukskrivande läkare förstärktes (NAV 2006).

Det faktum att många ansågs stå utanför arbetslivet, helt eller delvis, och att de försäkrade mötte en splittrad förvaltning gav upphov till en modernisering av välfärdsförvaltningarna. En omfattande reform genomfördes år 2006. Socialförsäkringsadministrationen, arbetsförmedlingen och delar av kommunens socialtjänst sammanfördes till en ny myndighet, Arbets- och velferdsetaten NAV. Sammanslagningen förväntas vara genomförd i sin helhet år 2009 (Försäkringskassan 2008a, 2008b). En granskning av omställningsarbetet halvvägs in i genomförandet visar att etableringen av den nya myndigheten tar längre tid och kräver mera resurser än förväntat. Omställningen tar uppmärksamhet från den löpande produktionen och uppföljningen av sjukskrivningen (NAV 2008b). Under tiden ökar sjukfrånvaron.

Försäkringskassans strävan efter professionalisering och samverkan med andra aktörer i Sverige

I Sverige ersätter sjukförsäkringen 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Till och med den 1 juli 2008 fanns ingen formell gräns för hur länge sjukpenning kunde betalas ut. Rehabiliteringspenning kan betalas ut upp till ett års tid vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Försäkringskassan har ett ansvar att klarlägga behovet av rehabilitering och se till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Om åtgärder behöver vidtas av flera rehabiliteringsaktörer har Försäkringskassan också ansvaret att samordna åtgärderna så att de sammanfogas till en välfungerande enhet.

I början av 1990-talet genomfördes omfattande reformer i såväl sjukförsäkringen som arbetsmiljölagen i Sverige. Huvudinriktningen i förändringarna i sjukförsäkringen från och med 1992 var att lägga allt större ansvar för sjukfrånvaro och rehabilitering på arbetsgivarna i syfte att öka arbetsgivarens drivkrafter att förbättra arbetsförhållanden. Ansvaret omfattade bland annat en sjuklön under de första 14 sjukdagarna, en skyldighet att

utreda behov av arbetslivsinriktad rehabilitering²² och ett ansvar för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan vidtas i eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställde ska kunna vara kvar inom verksamheten. Sjuklöneperiodens längd förändrades sedan i omgångar för att återigen fastställas som 14 dagar år 2005. Försäkringskassan gavs ett samordningsansvar för rehabilitering och särskilda medel för köp av utredningar och rehabiliteringstjänster.

År 1991 fick arbetsgivaren utökade skyldigheter även i arbetsmiljölagen, bland annat krav på att anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende och en skyldighet att upprätta en organisation för rehabilitering. Ett steg mot att minska arbetsgivarens ansvar togs år 2007 då dennes skyldighet att genomföra rehabiliteringsutredningar upphörde.

Den ersättning som betalades ut i form av sjuklön, sjukpenning eller rehabiliteringspenning sänktes från 90 procent i början av perioden till som lägst 75 procent i mitten av 1990-talet och höjdes återigen till 80 procent år 1998. Nya striktare beslutsregler och skärpta medicinska krav infördes år 1995 och 1997 för att begränsa inflödet i sjukförsäkringen. Sjukfrånvaron bland anställda minskade snabbt under första hälften av 1990-talet och var som lägst i mitten av 1990-talet. En snabb ökning av sjukfrånvaron under perioden 1998–2003 gjorde dock nya insatser nödvändiga. Bland dessa kan nämnas ett omfattande arbete med utveckling av arbetsmetoder och enhetliga och effektiva handläggningsprocesser i Försäkringskassans tillämpning av sjukförsäkringen. Ett strukturerat arbetssätt med gemensamma metoder infördes år 2003 och 2004. Därefter har bedömningen av rätten till sjukpenning hanterats mera strikt och försäkringsmässigt än tidigare (Försäkringskassan 2007).

Olika former av samverkan, antingen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården eller mellan dessa och länsarbetsnämnder och kommuner, har pågått i omgångar sedan 1992.

På 2000-talet har gemensamma handlingsplaner tagits fram av Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Sedan år 2006 har staten också infört ekonomiska drivkrafter för landstingen i form av utökade resurser för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Detta år fick Arbetsförmedlingen också ett speciellt uppdrag att bistå anställda som behövde byta arbete på grund av sitt hälsotillstånd.

En administrativ sammanslagning av Riksförsäkringsverket och 21 självständiga försäkringskassor genomfördes år 2005. Försäkringskassan blev en sammanhållen myndighet vilket skapade nya förutsättningar för att leda och styra verksamheten och uppnå lika tillämpning i hela landet. Därefter har ett förnyelsearbete genomförts inom Försäkringskassan.

Samtidigt med nämnda insatser för att minska sjukfrånvaron har sjukfrånvaron kommit mera i fokus i media och debatter än tidigare. Informations-

²² Denna skyldighet upphörde år 2007.

kampanjer har genomförts på sjukförsäkringens område. Dessa insatser kan ha haft betydelse för såväl medborgarnas sjukskrivningsbeteende som läkarnas sätt att intyga arbetsförmåga.

Åtgärder i länder med låg sjukfrånvaro

Danmark reagerar snabbt efter en ökning av sjukfrånvaron

Den danska sjukförsäkringen karakteriseras av höga ersättningar, regelbunden uppföljning av sjukskrivning och möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering i upp till fem år. I Danmark finns en stark tillbaka-i-arbete-kultur där tydliga krav ställs på sjukskrivnas egen aktivitet och medverkan till en snabb återgång i arbete. Detta tar sig uttryck i sjukförsäkringsadministrationens uppföljning av sjukskrivningsärenden i form av personliga möten med de sjukskrivna var fjärde eller var åttonde vecka från och med den åttonde veckan. En alternativ arbetsmarknad finns för personer som har nedsatt arbetsförmåga, så kallade fleksjob för sjukskrivna²³ (se bilaga 2 och Försäkringskassan 2008a, 2008b). I dessa arbeten beviljas arbetsgivaren ett lönebidrag som motsvarar 1/2 eller 2/3 av den lägsta lönen enligt avtal i det aktuella yrket, beroende på individens arbetsförmåga (Beskæftigelsesministeriet 2009).

Danmark tillhör den fjärdedel av OECD-länderna som har de minst restriktiva uppsägningsreglerna (OECD 2004). Reglerna gäller även sjukskrivna som kan sägas upp efter 120 dagars sjukfrånvaro under den senaste 12-månadersperioden²⁴.

Efter en långvarig stabilitet med låg sjukfrånvaro under perioden 1990–2004 kan en markant ökning av frånvaron noteras i Danmark under perioden 2005–2007. Förutom en högkonjunktur nämns förändringar i lagstiftningen för sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen och en omfattande kommunreform²⁵ som orsaker till ökningen (Beskæftigelsesministeriet 2008a). Förändringar i sjukförsäkringslagstiftningen innebär bland annat utökade möjligheter att vara sjukskriven längre tid än ett år. Dessutom innebär de en utökad rätt till sjukpenning vid ”fleksjob”, som även tenderar att leda till ett förändrat sjukskrivningsbeteende och ökad sjukfrånvaro i andra grupper. Striktare regler vid prövning av rätten till ”fleksjob” medför längre väntetider under vilka sjukpenning ofta betalas. I reformen i arbetsskadeförsäkringen infördes rätt till sjukpenning under ärendets handläggningstid (Beskæftigelsesministeriet 2008a).

Med anledning av ökningen av sjukfrånvaron fastställde den danska regeringen ett mål att minska sjukfrånvaron med 20 procent under perioden 2008–2014. Vidare presenterade regeringen en handlingsplan med 39

²³ Särskilda arbeten, obegränsade i tid, för personer med varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Även för förtidspensionärer som har sin förmån vilande.

²⁴ Tjänstemän har ett starkare skydd än arbetare på så sätt att den anställdes hälsotillstånd ska värderas av en hälsonämnd innan ett avskedande kan verkställas (Försäkringskassan 2008a).

²⁵ Sjukförsäkringen administreras av kommunerna.

initiativ. Planen innehåller ett brett spektrum av åtgärder såväl på arbetsplatser som inom kommuners och olika myndigheters ansvarsområden. Förebyggande åtgärder står i fokus, åtgärder ska vidtas tidigt och de sjukskrivna ska aktiveras. För dessa syften införs ett utvidgat mentor-system²⁶ på arbetsplatser för personer med nedsatt arbetsförmåga, jobcenter²⁷ ska utreda möjligheter till aktivitet och praktik på ordinarie arbetsplats och kommunen ges starkare ekonomiska drivkrafter för att öka återgång i arbete. En mängd åtgärder syftar till en bättre samverkan mellan sjukvårdande och sysselsättande åtgärder (t.ex. genom jobcenters koordination av insatser och skapande av partnerskap på lokal nivå, framtagande av guide för bättre samarbete mellan läkare och jobcenter samt ett nytt läkarintyg innehållande en ”möjlighetsförklaring”, baserad på en dialog mellan arbetsgivaren och den sjukskrivne.) Handlingsplanen kompletterades med ett trepartsavtal liknande de norska IA-avtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. Parterna ställer sig därmed bakom regeringens handlingsplan och stöder dess genomförande (Beskæftigelsesministeriet 2008b, 2008c).

Övriga länder med låg och stabil sjukfrånvaro

Finland är ett land med obligatorisk och lagstadgad företagshälsovård och möjligheter till förebyggande rehabilitering som administreras och finansieras av sjukförsäkringen. Företagshälsovården är den primära instansen för utfärdandet av läkarintyg och därför en viktig portvakt för sjukförsäkringen. Vidare har den en samordnande roll i sjukskrivningsprocessen. Sjukförsäkringen ersätter 60 procent av arbetsgivarens kostnader för företagshälsovårdens förebyggande verksamhet och 50 procent av kostnaderna för primärvård (Riksförsäkringsverket 2003, Försäkringskassan 2008a, 2008b).

Arbetsgivaren har dels kostnader för full lön för sjukskrivna anställda under 1–2 månaders sjukskrivning. Sjukförsäkringen ersätter 70 procent av dessa kostnader från och med dag 11. Efter att full lön upphör blir ersättningen till de sjukskrivna lägre än i Sverige, 70 procent av inkomstförlusten. Arbetsgivaravgifter för förtidspensioner har under lång tid varit relaterade till antalet anställda men är numera, i likhet med Nederländerna, avhängiga av antalet pensionsfall under de senaste åren. Kostnaderna utgör en betydande ekonomisk drivkraft för arbetsgivaren för att förebygga sjukfrånvaro och förtidspensionering.

I Storbritannien är sjukpenningen låg och lika för alla (ca 100 €i veckan). Den kompletteras med privata försäkringar. Arbetsförmedlingen och socialförsäkringsadministrationen har sammanförts till ”Jobcentre Plus” med uppdrag att tydligare lägga fokus på återgång i arbete. Reformen under benämningen ”Pathways to Work” (PtW) har genomförts successivt från och med år 2003. De ger ett utökat ekonomiskt stöd för sjukskrivna men

²⁶ Arbetsgivaren får sina extra kostnader för en mentor ersatta av kommunen. Kommunen utbildar mentorerna och får hälften av sina totala kostnader för mentorsystemet ersatta av staten.

²⁷ Sammanslagning av arbetsförmedlingen och kommunens arbetsmarknadsavdelning.

ställer också högre krav på återgång i arbete. PtW består av tre delar: sex obligatoriska arbetsrelaterade intervjuer under det första halvåret, en uppsättning av hälsorelaterade program och arbetsmarknadsprogram samt ett ökat stöd och ökade ekonomiska drivkrafter i form av en premie för återgång i arbete under det första året. En premie har också införts för en period på 26 veckor för att fritt användas för aktiviteter som kan öka möjligheten att återgå i arbete på sikt (Blyth 2008, Brewer 2008). Återgång i arbete har ökat och PtW har varit samhällsekonomiskt lönsamt (Bewley m.fl. 2007, Adam m.fl. 2008).

I Tyskland utgår full lön i sex veckor, därefter utgör sjukpenningen 70 procent av bruttolönen²⁸. Försäkringskassorna administrerar både sjukpenning och sjukvård. Det möjliggör en effektiv administration utan onödiga väntetider för vård. Försäkringsgivaren tillämpar ett konsultativt arbetssätt gentemot arbetsgivarna och föreslår lämpliga åtgärder för att förebygga och minska sjukfrånvaron. Kontinuerlig uppföljning av sjukfrånvaron sker. Premier till försäkringen beslutas av de enskilda försäkringskassorna. Det betyder att de har ekonomiska drivkrafter att erbjuda vårdinsatser som reducerar sjukfrånvaron (Riksförsäkringsverket 2003).

Kan Sverige lära sig något av de andra länderna?

Det är svårt att göra internationella jämförelser av förhållanden som påverkas av ländernas socialpolitik och arbetsmarknadspolitik. De försäkringssystem som har byggts upp inom dessa politikområden är komplexa i alla länder och kan förstås fullt ut endast i sin nationella kontext. Dessutom kan exempelvis sammansättningen av anställda ha betydelse för skillnader i sjukfrånvaro mellan länderna. Det har dock inte kunnat studeras ingående här. De skillnader som har identifierats i denna studie i sjukfrånvaron, generellt mellan länderna och mellan olika grupper av anställda i Sverige och andra länder, ger dock tydliga indikationer om i vilka avseenden i Sverige har något att lära sig av andra länder.

En stark portvaktsfunktion motverkar hög sjukfrånvaro

Sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro och de mekanismer som påverkar sambandet är fortfarande av intresse för Sverige. Det faktum att ett starkt negativt samband endast har noterats i Sverige och Norge och att ett negativt samband också har funnits i Nederländerna väcker frågan om sjukförsäkringens portvaktsfunktion²⁹ har varit svag och ”moral hazard”³⁰ har fått större spelrum i dessa länder. På senare år har sjukförsäkringens portvaktsfunktion kommit i fokus och lett till skilda åtgärder i de tre länderna. I Nederländerna har den mest radikala lösningen valts genom att ge arbetsgivarna såväl kostnadsansvaret för sjukfrånvaron som ett omfattande

²⁸ Beskattas inte.

²⁹ Uppgiften att bevaka att endast de som har rätt till försäkringens förmåner får ta del av dem.

³⁰ Beteendeanpassningar som strider mot försäkringsgivarens intentioner men som denne inte kan göra något åt eftersom försäkringsgivaren inte fullt ut kan observera den arbetsförmåga som individen åberopar i ansökan om ersättning.

kostnadsansvar för förtidspensionerna vars storlek dessutom är beroende av antalet förtidspensioneringar hos arbetsgivaren. Sjukfrånvaron har också minskat mest i Nederländerna. I Sverige och Norge har främst administrativa åtgärder vidtagits på senare tid för att stärka portvaktsfunktionen. Det är dock oklart hur stor effekt dessa har haft.

Arbetsgivarna behöver starka ekonomiska drivkrafter för att förebygga och minska sjukfrånvaro

Både Sverige och Norge har satsat på att ge arbetsgivarna mera ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering av sina anställda. Det har dock inte inneburit ett lika stort kostnadsansvar för arbetsgivarna som till exempel i Finland, som är ett land med en låg och relativt stabil sjukfrånvaro, eller i Nederländerna där frånvaron har minskat drastiskt till en låg nivå. Kostnadsansvaret för sjukfrånvaron och förtidspensionerna förefaller att fungera bättre som drivkraft än krav i lagstiftningen utan kännbara kostnader och sanktioner. I Danmark ges arbetsgivare drivkrafter i form av ekonomiska lättnader av olika slag för rehabilitering och återgång i det ordinarie arbetet. Det gäller också så kallade flexjobb som etableras av kommunen på en alternativ arbetsmarknad med lönebidragsanställningar i privat och offentlig sektor.

Ekonomiska drivkrafter för försäkringsadministrationen kan minska sjukfrånvaron

Kommuner, som administrerar sjukförsäkringen i Danmark, har fått sin ersättning från staten reducerad från full ersättning till 50 procent av kostnaderna för sjukpenning och 35 procent av kostnaderna för förtidspension. Denna åtgärd motiverar en effektiv handläggning av i första hand sjukpenning för att begränsa kommunens kostnader. I Tyskland finansieras såväl sjukvård som sjukpenning av sjukförsäkringen. Det betyder att försäkringskassorna har ekonomiska drivkrafter att administrera snabb och effektiv vård.

En tät uppföljning av sjukskrivna individer ger effekt

En regelbunden och tät uppföljning av sjukskrivna i personliga möten och under lång tid ger bevisligen positiva resultat i Danmark och Storbritannien. Det torde även gälla företagshälsovårdens kontinuerliga uppföljning av sjukfrånvaro i Finland och Nederländerna.

Effekten av stora organisationsförändringar är ännu inte säkerställd

I Norge och Storbritannien har arbetsförmedlingen och socialförsäkringsadministrationen slagits samman. I Danmark har en liknande sammanslagning skett i och med bildandet av lokala jobbcenter. I Norge ingår även delar av socialtjänsten i den nya myndigheten. Sverige däremot har en relativt lång tradition av samverkan i olika former dels mellan de båda myndigheterna, dels mellan olika konstellationer av samverkan mellan Försäkringskassa, hälso- och sjukvård, Arbetsförmedling och kommunernas socialtjänst. Erfarenheterna från Danmark och Norge visar att stora organisationsförändringar i socialförsäkringsadministrationen kan bidra till en ökning av sjukfrånvaron på kort sikt. Det är för tidigt att uttala sig om vad effekten blir på lång sikt.

Referenser

- Adam, S., Bozio, A., Emmerson, C., Greenberg, D., Knight, G. (2008) *A cost-benefit analysis of Pathways to Work for new and repeat incapacity benefit claimants*. Research Report No 498. London: Department for Work and Pensions
- Andersen, T. M., Svarer, M. (2006) Flexicurity – den danske arbejdsmarknadsmodellen. *Økonomisk debat nr 1 2006 årgång 34*
- Arai, M., Skogman Thoursie, P. (2001) *Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism*. FIEF Working Paper Series 2001 no. 167. Stockholm: Stiftelsen Fackförningens Institut för Ekonomisk Forskning
- Askildsen, J.E., Bratberg, E., Nilsen, O.A. (2002) *Unemployment, Labor Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study*. IZA Discussion Paper No. 466. Bonn: The Institute for the Study of Labor
- Askildsen, J.E., Bratberg, E., Nilsen, O.A. (2005) Unemployment, labor force participation and sickness absence: a panel data study. *Health Econ. 14*
- ASTri (2008) *Eindrapportage herbeoordfeeld... En dan? Stand van zaken achttien maanden na de uitslag 2005 en 2006*. Av Leiden: Bureau Astri
- Beskæftigelsesministeriet (2008a) *Analyse af sygefraværet. April 2008*. København: Beskæftigelsesministeriet
- Beskæftigelsesministeriet (2008b) *Sygefravær- en fælles udfordring. Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet. Juni 2008*. København: Beskæftigelsesministeriet
- Beskæftigelsesministeriet (2008c) *Konklusionspapir om handlingsplanen om sygefravær*. 29. september 2008 <http://konceptomsygefravaer.at.dk/da/Baggrund/Baggrund%20for%20konceptet/RegeringensHandlingsplan.aspx>
- Beskæftigelsesministeriet (2009) *Fleksjob*. <https://www.borger.dk/Emner/arbejdeogbeskaeftigelse/fleksjobskaanejobrev alidering/Sider/Flexjob.aspx>
- Bergendorff, S., Gordon, D. (2000) Vocational Interventions and Other Non-medical Interventions i Bloch, F.S., Prins, R. (eds.) (2000) *Who returns to work and why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*. International Social Security Series. Volume 5. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.): Transaction Publishers
- Bewley, H., Dorsett, R., Haile, G. (2007) *The impact of Pathways to Work*. Research Report No 435. London: Department for Work and Pensions
- Blyth, B. (2008) *Pathways to Work Performance Summary. March 2008*. London: Department for Work and Pensions

- Brewer, M. (2008) *Welfare Reform in the UK: 1997–2007*. Working paper 2008:12. Uppsala: IFAU
- Danmarks statistik (2008) *Nyt fra Danmarks statistik*
<http://www.dst.dk/Statistik/Nyt/Emneopdelt.aspx?si=16&msi=5>
- Eurostat (2009) *The European Union Labour Force Survey*
http://circa.europa.eu/irc/dsis/employment/info/data/eu_lfs/index.htm
- Finansdepartementet (2002) *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 2002:49 Stockholm: Finansdepartementet
- Försäkringskassan (2005) *Sjukfrånvaron i Sverige i ett europeiskt perspektiv 1983–2004*. Redovisar 2005:6. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2007) *De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev de?* Redovisar 2007:8. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2008a) *Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro*. Socialförsäkringsrapport 2008:1. Stockholm: Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2008b) *Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspensionering. Erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1990–2007*. Socialförsäkringsrapport 2008:5. Stockholm: Försäkringskassan
- Geurts, S, Kompier, M & Gründemann, R (2000) *Curing the Dutch Disease? Sickness Absence and Work Disability in the Netherlands*. International Social Security Review, Vol. 53. 4/2000
- van Gerven, M. (2008) *The Broad Tracks of Path Dependent Benefit Reform. A Longitudinal Study of Social Benefit Reforms in Three European Countries, 1980–2006*. Studies in social security and health 100. Helsinki: Kela
- Gladnet Collection (2007) *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review*. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/304/>
- Henrekson, M., Persson, M. (2004) The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, 2004, vol. 22, no. 1
- Hesselius, P. (2003) *Does sickness absence increase the risk of unemployment?* Working paper series 2003:15. Uppsala: Uppsala universitet, Nationalekonomiska institutionen
- Johansson, P., Palme, M. (1996) Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. *Journal of Public Economics*, 59
- Jørgensen, M. S., Holt, H., Hohnen, P., Schimmell, G. (2006) *Job på særlige vilkår. Overblik over viden på området*. København: Socialforskningsinstituttet

- Lantto, K., Lindblom, E (1987) Är arbetslösheten hälsosam? *Ekonomisk debatt*, 1987:4
- Leigh, J.P. (1985) The effects of unemployment and the business cycle on absenteeism. *J Econ Business* 37 (2).
- Lidwall, U., Marklund, S., Skogman Thoursie, P. (2004) Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige i Gustafsson, R.Å., Lundberg, I. (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Marklund, S, Lidwall, U. (1997) Vilka blir långvarigt sjukskrivna? i Marklund, S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Mastekaasa, A. (1996) Unemployment and health: Selection effects. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 6, 189-205.
- MISSOC (2007) *Social Protection in the Member States of the European Union and European Economic Area and in Switzerland. Comparative Tables*.
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2007/tables_part_2_en.pdf
- NAV (2006) *Tiltak for å redusere sykefraværet*. Sykefraværsutvalgets rapport.
http://www.nho.no/files/Sykefravaersutvalgets_rapport_som_vi_jobber_med_paa_moetet.pdf
- NAV (2008a) *Utviklingen av sykefraværet, 3. kvartal 2008*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- NAV (2008b) *To år inn i NAV-reformen*. Tor Saglie, arbeids- og velferdsdirektør. Presseseminar om NAV-reformen 3.9.2008. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet <http://www.nav.no/92200.cms>
- NOSOSCO (2008) *Social tryghed i de nordiske lande 2006/2007. Omfang, udgifter of finansiering*. Nordisk Socialstatistisk Komité nr 32.3:2008 København: NOSOSCO
- Nossen, J.P. (2008) *Sykefraværet og konjunktorene – hva vet vi om sammenhengen?* Arbeid og velferd. Rapport Nr 4. 2008. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- OECD (2004) *OECD Employment Outlook 2004*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
- OECD (2008) *Sickness, Disability and Work (Vol.3): Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
- van Oorschot, W (2003) *Dutch "Flexicurity" Policy: Flexibility and Security for Dutch Workers?* Paper presented at the 4th International Research Conference on Social Security, International Social Security Association, May 5–6, 2003, Antwerp

Ose, S. O. Jensberg, H., Eidsmo Reinertsen, R., Sandsund, M., Dyrstad, J.M. (2006) *Sykefravaer. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. SINTEF A 235 Rapport. Oslo/Trondheim: SINTEF Helse

Riksförsäkringsverket (2001) *Långtidssjukskrivna – Diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 1999 och 2000*. RFV Redovisar 20021:11. Stockholm: Riksförsäkringsverket

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

Riksförsäkringsverket (2003) *Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder*. RFV Analyserar 2003:16. Stockholm: Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (2004) *Socialförsäkringsboken 2004. Män, kvinnor och sjukfrånvaron*. Stockholm: Riksförsäkringsverket

Social Security Administration (2008) *Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2008*
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2008-2009/europe/index.html>

Socialstyrelsen (2008) *Ekonomiskt bistånd årsstatistik, år 2007*. Statistik. Socialtjänst 2008:6. Stockholm: Socialstyrelsen

Statistiska centralbyrån (2007) *Beskrivning av statistiken. Arbetskraftsundersökningar*
http://www.scb.se/Pages/ProductDocumentations_23274.aspx

Statistiska centralbyrån (2008) *AKU Grundtabeller år 2008*. AM102 AKU Grundtabeller, år
http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_259923.aspx?PublObjId=9388

Statistiska centralbyrån (2009) *Konjunkturstatistik över sjuklöner*
http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_172482.aspx

Statistics Finland (2009a) *Unemployment rates by sex in 1989–2008, 15–74 year olds*. http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2008/tyti_2008_2009-01-20_kuv_002_en.html,

Statistics Finland (2009b) *Väestön työmarkkina-asema ikäryhmittäin (5-v.) vuosina 1989–2008*
http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Tym/tyti/tyti_fi.asp

Wikman, A., Marklund, S. (2003) *Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige i von Otter C. (red) Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete*. Arbetsliv i omvandling 2003:8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet

Bilaga 1

Definitioner

Arbetskraften utgörs av personer som antingen är sysselsatta eller arbetslösa enligt nedanstående definitioner.

Sysselsatta omfattar personer som under en viss vecka (referensveckan) utförde något arbete (minst en timme), antingen som avlönade arbetstagare, som egna företagare (inklusive fria yrkesutövare) eller oavlönade medhjälpare i företag tillhörande make/maka eller annan medlem av samma hushåll (=sysselsatta, i arbete). Personer som deltar i vissa arbetsmarknads-politiska program räknas som sysselsatta anställda. Det kan gälla t.ex. offentligt skyddat arbete, Samhall, eller anställning med lönebidrag eller anställningsstöd.

Arbetslösa omfattar personer som var utan arbete under referensveckan men som **sökt** arbete under de senaste fyra veckorna (referensveckan och tre veckor bakåt) och **kunde** arbeta referensveckan eller börja inom 14 dagar från referensveckans slut. Arbetslösa omfattar även personer som har fått ett arbete som börjar inom tre månader, förutsatt att de skulle ha kunnat arbeta referensveckan eller börja inom 14 dagar från referensveckans slut.

I Sverige har heltidsstuderande i referensveckan fram till och med till AKU:s septembermätning 2007 inte klassificerats som arbetslösa, även om de uppfyller villkoren för att räknas som arbetslösa. I stället har de hänförs till gruppen ”ej i arbetskraften”. Från och med oktober 2007 gick SCB över till att helt redovisa i överensstämmelse med EU:s riktlinjer.

Relativa arbetskraftstalet och relativa arbetslöshetstalet

I denna studie definieras:

- relativa arbetslöshetstalet som andelen (%) arbetslösa i åldern 20–64 år av antalet personer i arbetskraften.
- relativa arbetskraftstalet som andelen (%) personer i åldern 20–64 år i arbetskraften av befolkningen i åldern 20–64 år.

För närmare beskrivning av statistiken hänvisas till SCB

http://www.scb.se/Pages/ProductDocumentations_23274.aspx

Bilaga 2

Ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom och arbetsförmåga för personer med anställning samt vid arbetslöshet år 2007 – en kort översikt

Land	Ersättning från arbetsgivaren och sjukförsäkringen		Ersättning från arbetslöshetsförsäkringen	
	Ersättningsnivå, %	Maximal ersättningsperiod	Ersättningsnivå, %	Maximal ersättningsperiod
Danmark	100/90 ^a	52 v. inom 1,5 år, ev. längre	90	4 år
Finland	100 ^b /70	300 vardgr. inkl. lörd. inom 2 år (om samma sjukdom)	58 ^c	500 dgr (+ arbetslöshetspension i åldern 60–64 år)
Frankrike	50–100 ^d	360 dgr inom 3 år, kroniska sjukdomar 3 år	57–75	7–36 mån. beroende på ålder och förs. tid
Nederländerna	100 ^e 70	2 år År 1 År 2	75	3–38 mån. beroende på syssels.period
Norge	100/100	1 år inom 3 år	62 ⁱ	Upp till 52/104 v. ^j
Storbritannien	€ 88/104/v. ^f	52 v.	€ 85/v. 24 år–	26 v.
Sverige	80/90 ^g	Ingen	80/70 ^k	300 (450) dgr l
Tyskland	100/90 ^h	78 v. inom 3 år (om samma sjukdom)	67 ^m	6–18 mån. beroende på ålder syssels.period

Anm. a 100 % dag 1–15. Sjukpenning (90 %) från sjukförsäkringen fr.o.m. dag 16–, betalas ut till arbetsgivaren om kompletterande försäkring (10 %) enligt kollektivavtal finns (gäller de flesta under hela sjukskrivningen).

b 100 % enligt avtal under 1–3 månader, därefter 70 % från sjukförsäkringen. Under månad 1–3 betalas sjukpenning (70 %) ut till arbetsgivaren från och med dag 11.

c Plus barn tillägg m.m. tillägg

d Sjukförsäkringen 50 %, 66,6 % inkl. tillägg om minst tre minderåriga barn från dag 31. Resterande inkomstbortfall ersätts helt eller delvis enligt kollektivavtal.

e Varav 30 procent enligt kollektivavtal

f Plus tillägg för en ev. försörjningsplikt av barn eller make/maka 60 år–. Det lägre beloppet under de första 28 veckorna.

g Den högre ersättningen efter dag 14 under det första året enligt kollektivavtal

h 70 procent av bruttolönen (ej skattepliktig), högst 90 procent av nettolönen.

i Plus barn tillägg

j Upp till 104 veckor vid lön överstigande NOK 133 623/år. Upp till 52 veckor vid lägre inkomster

k 80 % i 200 dagar, därefter 70 %

l 450 dagar om minderåriga barn (även de sista 150 dagarna med 70 %:s ersättning)

m Av nettolönen, 60 % för personer utan minderåriga barn

Källor: MISSOC 2007, NOSOSCO 2008, Social Security Administration 2008

Ersättning till arbetslösa sjukskrivna

Inga speciella villkor gäller för ersättning från sjukförsäkringen för förlorad inkomst för arbetslösa sjukskrivna i fem av länderna: Danmark, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Sverige. Vad som inte kommer de arbetslösa till del är de tillägg som kollektivavtal eller arbetsavtal med arbetsgivaren ger anställda i Danmark, Nederländerna och Sverige.

I Finland och Norge betalas sjukpenning motsvarande nivån för ersättning från arbetslöshetskassan. I Tyskland betalas ersättning från arbetslöshetskassan i sex veckor. Därefter sker utbetalningen från sjukförsäkringen i stället (MISSOC 2007). Jämfört med de anställda får sjukskrivna arbetslösa således en lägre initial ersättning i Tyskland och en lägre ersättning i Finland och Norge så länge arbetslöshetsersättning betalas ut i stället för sjukpenning.

En fråga som kan ställas men inte besvaras här är om det finns skillnader i kriterier för och i bedömningen av de arbetslösas och anställdas arbetsförmåga.

Bilaga 3

Tabell 1 Relativt arbetskraftstal för anställda kvinnor i åldern 20–64 år 2007, i procent av befolkningen

Ålder, år	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland
20–29	73,1	64,6	60,3	76,6	72,7	65,8	66,7	63,3
30–39	79,3	70,8	70,8	73,2	79,5	66,2	79,7	69,2
40–49	79,0	78,1	73,0	68,9	78,4	70,2	79,9	69,7
50–59	73,3	69,1	56,7	54,5	72,6	62,4	74,8	59,3
60–64	26,4	32,3	10,6	16,5	47,1	27,9	52,5	21,0
Totalt	70,8	66,6	60,5	63,2	73,2	62,6	72,9	61,7

Tabell 2 Faktisk och ålders- och könsstandardiserad sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år 2007, procent

Andel sjukfrånvarande	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
Faktisk andel	2,5	2,6	2,6	2,7	3,9	1,9	3,0	1,8	2,2
Ålders- och könsstandardiserad andel	2,5	2,5	2,6	2,7	3,9	1,9	2,9	1,8	2,2

Anm. Ålders- och könsstandardiserade värden anger vad frånvaron skulle ha varit om ålders- och könsfördelningen skulle ha varit densamma som i de åtta länderna i genomsnitt. Standardisering enligt indirekt metod har använts. Alltför små tal i flera länder tillåter inte standardisering enligt direkt metod.

Tabell 3 Åldersstandardiserad sjukfrånvaro bland anställda kvinnor i åldern 20–64 år i vård, omsorg och sociala tjänster 2007, procent

Andel sjukfrånvarande	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
Faktisk andel	3,7	4,0	3,7	3,2	5,9	3,1	4,6	2,4	3,3
Åldersstandardiserad andel	3,6	3,8	3,7	3,2	5,8	3,1	4,4	2,5	3,3

Anm. Åldersstandardiserade värden anger vad frånvaron skulle ha varit om åldersfördelningen skulle ha varit densamma som i de åtta länderna i genomsnitt. Åldersstandardisering enligt indirekt metod har använts. Alltför små tal i flera länder tillåter inte åldersstandardisering enligt direkt metod.

Tabell 4 Kvinnor anställda i näringsgren utbildning efter ålder, 2007

Land	Andelen i åldern 50–64 år, %
Danmark	32,6
Finland	37,6
Frankrike	26,7
Nederländerna	32,6
Norge	36,8
Storbritannien	30,7
Sverige	35,7
Tyskland	34,5
Totalt	31,5

Tabell 5 Deltidsanställda kvinnor i åldern 20–64 år efter ålder, 2007

Ålder, år	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
20–29	40,1	28,9	25,3	58,0	43,8	26,2	33,9	28,0	30,1
30–39	28,2	13,4	28,7	73,3	36,3	41,7	38,8	47,0	41,3
40–49	29,3	11,2	32,4	80,9	39,1	41,3	36,7	52,6	44,6
50–59	34,2	12,0	32,7	81,6	41,9	42,2	36,8	51,0	43,9
60–64	42,1	39,3	44,9	83,6	54,2	65,7	47,6	59,9	58,4
Totalt	32,7	16,8	30,2	73,6	40,9	39,2	37,6	46,3	41,0

Tabell 6 Sjukfrånvaro bland deltidanställda kvinnor i åldern 20–64 år efter ålder 2007, procent

Ålder, år	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
20–29	.	.	(1,4)	1,9	.	2,6	2,8	1,2	1,8
30–39	3,6	.	1,9	2,8	6,6	1,5	3,1	2,1	2,1
40–49	3,7	.	2,3	3,3	5,8	2,3	4,5	1,3	2,2
50–59	3,5	.	4,3	3,8	5,5	3,3	6,2	1,8	3,1
60–64	3,1	.	.	(4,2)	.	3,1	7,3	.	2,8
Totalt	3,2	(3,3)	2,5	3,0	5,5	2,4	4,5	1,5	2,4

Tabell 7 Sjukfrånvaro bland heltidanställda kvinnor i åldern 20–64 år efter ålder 2007, procent

Ålder, år	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Storbritannien	Sverige	Tyskland	Totalt
20–29	2,9	.	2,6	1,6	5,0	1,4	2,0	1,4	1,8
30–39	3,2	2,8	2,8	2,4	4,1	1,9	3,0	1,2	2,2
40–49	2,8	2,8	2,5	4,0	4,5	2,6	3,3	2,2	2,6
50–59	3,5	4,3	3,8	5,6	4,2	3,0	4,2	3,4	3,6
60–64	4,6	3,1	3,2
Totalt	3,1	3,1	2,9	2,8	4,5	2,2	3,3	2,0	2,5

Diagram 1 Sjukfrånvaro bland anställda kvinnor i åldern 20–64 år 1990–2007, procent

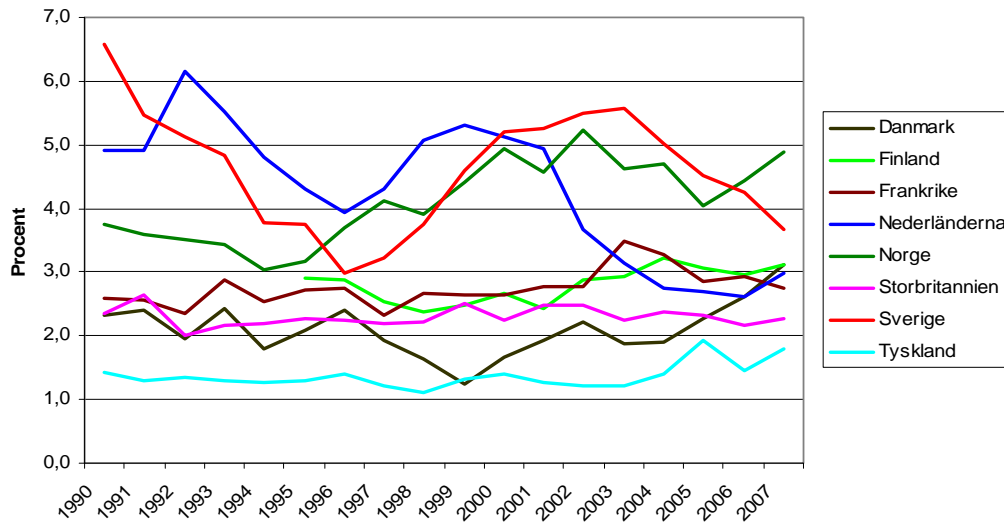


Diagram 2 Sjukfrånvaro bland anställda män i åldern 20–64 år 1990–2007, procent

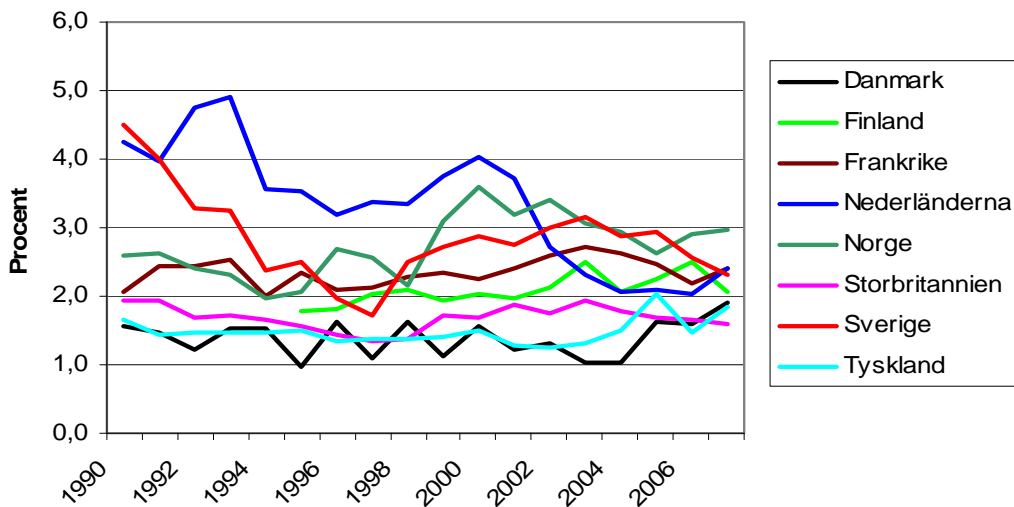


Diagram 3 Arbetskraftsdeltagande för kvinnor i åldern 20–64 år 1990–2007, procent

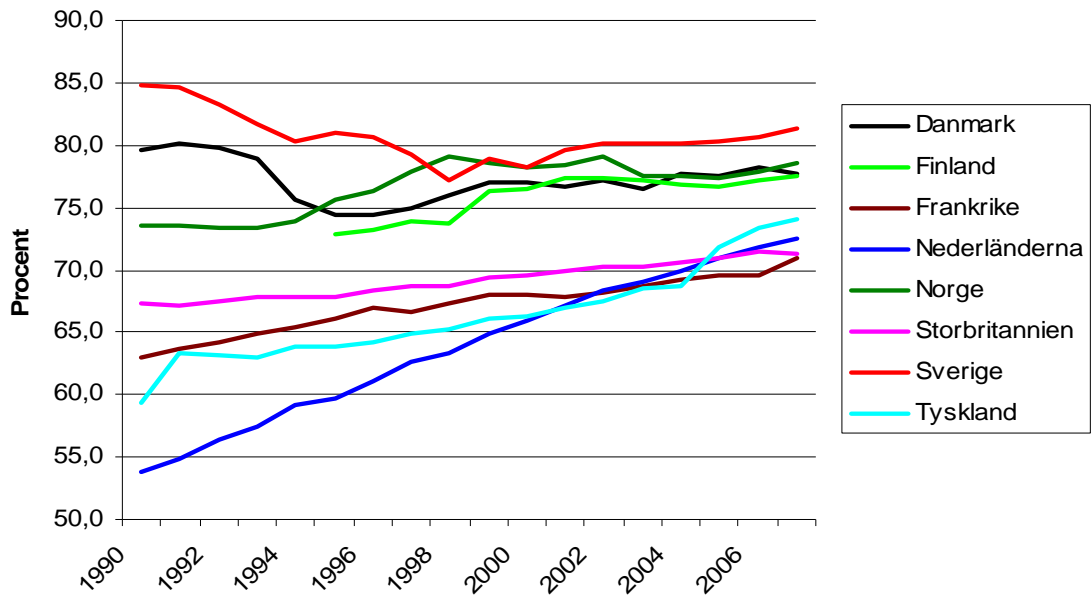
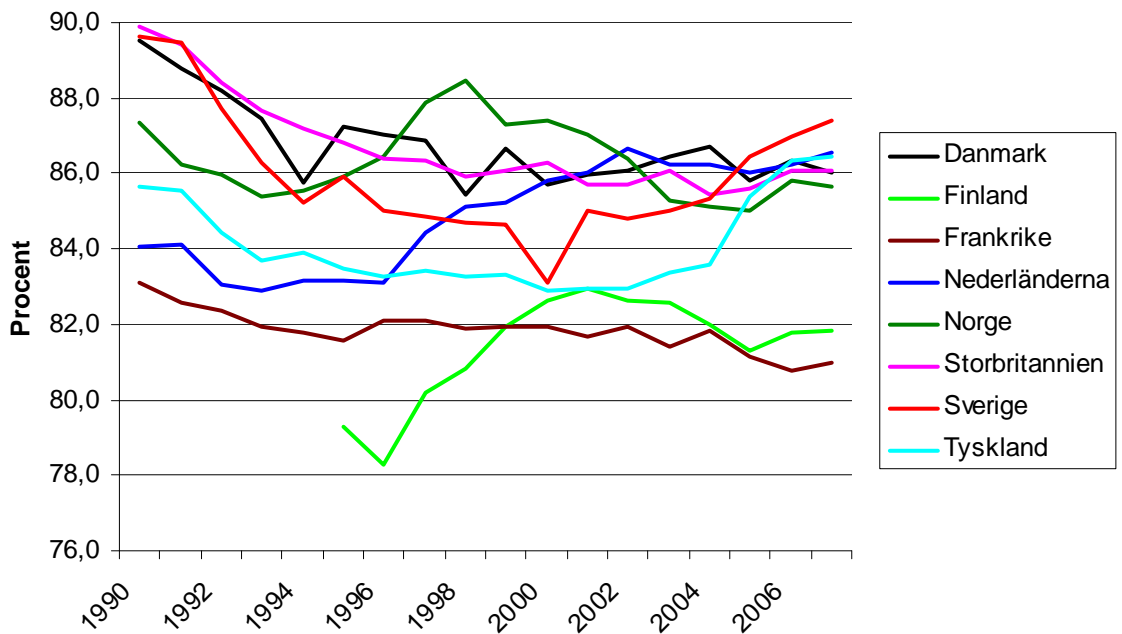


Diagram 4 Arbetskraftsdeltagande för män i åldern 20–64 år 1990–2007, procent



I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2009:

- 2009:1 Hur länge spelar pappors föräldraledighet roll? En studie av sambandet mellan pappors föräldraledighet och deras kontakt med sina barn
- 2009:2 Trygghetens variationer. Om hälsa och lokal kultur
- 2009:3 Arbetslinjens återkomst? Rapport från forskarseminarium i Umeå 21–22 januari 2009
- 2009:4 Ensamstående föräldrars ekonomiska situation
- 2009:5 Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar
- 2009:6 Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå. Pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete
- 2009:7 Kartläggning av försörjningskällor efter avslutad period med sjukpenning
- 2009:8 Ohälsoskulden 2008
- 2009:9 Medelpensioneringsålder
- 2009:10 Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Utvecklingen i åtta länder 1990–2007