

# **Sammanfattning**

av rapport om

## **Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän 2012-2018**

**Kristin Farrants  
Kristina Alexanderson**

**Avdelningen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska  
Institutet**

Sammanfattning av projekt, reviderad 13/2 2022

Denna sammanfattning kan från den 16/2 2022 laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida: [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin) där den finns under >Publikationer; >Rapporter

Där finns även den fullständiga rapporten: Farrants K, Alexanderson K. Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän 2012-2018. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2022. (ISBN 978-91-8016-494-8)<sup>1</sup>

Avdelningen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap  
Karolinska Institutet  
171 77 Stockholm

Telefon administratör: 08-524 832 24

E-post adresser författarna:

[kristin.farrants@ki.se](mailto:kristin.farrants@ki.se)

[kristina.alexanderson@ki.se](mailto:kristina.alexanderson@ki.se)

ISBN 978-91-8016-495-5

## Inledning

Här sammanfattas resultat från ett forskningsprojekt angående sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) bland privatanställda tjänstemän under åren 2012-2018. Data, studiedesign, analyser och resultat från projektet finns mer utförligt beskrivna i projektets huvudrapport<sup>1</sup>.

Projektet är en fortsättning på ett tidigare forskningsprojekt som handlade om sjukskrivning och SA bland de 1,3 miljoner personer som år 2012 var privatanställda tjänstemän i Sverige<sup>2</sup>. I detta projekt har de personerna följts upp t.o.m. 2018, avseende bland annat deras sjukskrivning, SA och arbetsmarknadssituation. Vi har även studerat en motsvarande kohort av privatanställda tjänstemän år 2018. Om inte annat anges, gäller samtliga resultat för sjukskrivningsfall som blev längre än (>)14 bruttodagar samt för nettodagar (dvs. hänsyn har tagits till deltidfrånvaro). Projektet har finansierats av Alecta.

I studien ingick de 1,3 miljoner privatanställda tjänstemän som bodde i Sverige hela året 2012 och som då var 18-67 år gamla. Denna så kallade kohort följdes fram till och med år 2018.

Den absoluta majoriteten (90 % av kvinnorna; 96 % av männen) hade inga sjukskrivningsfall (>14 bruttodagar) under 2012. De flesta (60 % av kvinnorna; 80 % av männen) hade inte något sjukskrivningsfall under något av de sju åren 2012-2018. De som var sjukskrivna var det vanligtvis endast under ett av de sju åren. Ännu större andel (98 % av kvinnorna; 99 % av männen) hade inte någon SA under dessa sju år.

En viss ökning i andel personer med minst ett sjukskrivningsfall/år skedde bland både kvinnor och män under perioden, framförallt under åren 2014 och 2015. Även medelantalet dagar per sjukskriven person ökade något under de sju åren, däremot inte vad gäller SA-dagar.

Medelantalet sjukskrivningsdagar/år i somatiska diagnoser var under samtliga år högre än det i psykiska diagnoser bland män och även bland kvinnor i början av perioden. Under de senare åren var det ingen skillnad i medelantal sjukskrivningsdagar i psykiska och somatiska diagnoser bland kvinnorna. Under alla år stod somatiska diagnoser för långt fler SA-dagar än psykiska diagnoser för både kvinnor och män.

När de somatiska diagnoserna delas upp i sex olika kategorier var, i jämförelse, sjukskrivning i psykiska diagnoser den diagnosgrupp som stod för flest sjukskrivningsdagar bland både kvinnor och män. Detta var även den diagnosgrupp där medelantalet sjukskrivningsdagar ökade mest under perioden. Den diagnosgrupp som stod för flest SA-dagar var muskuloskeletal diagnos.

En större andel kvinnor än män hade minst ett sjukskrivningsfall per år under uppföljningen. Däremot var det inga könsskillnader i antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person, dvs. de kvinnor och män som var sjukskrivna, var i genomsnitt sjukskrivna ungefär lika länge.

De flesta, 82 %, var kvar i förvärvsarbete 2018 och av dem var 78 % fortfarande privatanställda tjänstemän. Personer som år 2012 hade fler sjukskrivningsdagar, var äldre respektive hade lägre inkomst, hade både högre risk att få SA under uppföljningen och att inte vara i förvärvsarbete 2018.

Det var relativt små skillnader mellan olika näringsgrenar vad gäller framtida arbetsmarknadssituation, nytt SA-fall, samt om nystartade sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar.

Den faktor som hade starkast samband med att ett nytt sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar långt var sjukskrivningsdiagnos, framför allt sjukskrivning i psykisk diagnos, följt av cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och muskuloskeletal diagnos. I övrigt var det främst lägre inkomst som hade betydelse för att ett fall blev >90 bruttodagar, medan de som var 18-24 år hade en lägre sådan risk.

I 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän ingick 1,4 miljoner personer. Andelen med sjukskrivning, medelantal sjukskrivningsdagar per person samt medelantal sjukskrivningsdagar per person med sjukskrivning var något större i 2018 års kohort än i 2012 års kohort. Könsskillnaderna var av liknande storlek i båda kohorterna.

## Syfte

Det övergripande syftet med projektet var att generera kunskap om sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) bland privatanställda tjänstemän i Sverige.

## Material och metod

I detta projekt har en kohort (grupp) av de privatanställda tjänstemännen som år 2012 var 18-67 år gamla och bodde i Sverige, följts prospektivt under åren 2012-2018. En motsvarande kohort för år 2018 har också studerats avseende vissa faktorer för år 2018. Analyserna har baserats på mikrodata från flera rikstäckande register från Statistiska centralbyrån, Försäkringskassan och Socialstyrelsen, länkade på individnivå<sup>3</sup>.

I 2012 års kohort ingick de 1 283 516 personer som var bosatta i Sverige under hela året 2012 och som då var 18-67 år gamla, hade ett tjänstemannayrke, var anställda av företag i privat sektor och hade en sammanlagd årsinkomst på minst 7920 kronor från lön, föräldrapenning, sjukpenning, och/eller sjuk- eller aktivitetsersättning (SA). Tjänstemän anställda inom offentlig sektor, egenföretagare och de som var arbetslösa eller hade SA på heltid under hela 2012 ingick inte. I vissa analyser inkluderades inte de 24 796 som avled eller emigrerade under uppföljningen. I analyser om enbart SA har även de 20 093 personer som fyllde 66 år eller mer under 2013 uteslutits, eftersom de inte kunde ha beviljats sjukersättning under uppföljningen.

I andra analyser var fokus på 2012 års kohorts samtliga 13 881 nya sjukskrivningsfall som påbörjades under april månad år 2012 eller april år 2013 och som blev >14 bruttodagar, för att studera vilka av de fallen som blev >90 bruttodagar.

Data för motsvarande kohort av 1 421 813 privatanställda tjänstemän år 2018 togs också fram. De två kohorterna jämfördes avseende sjukskrivning, SA och sociodemografiska faktorer.

Följande fyra typer av faktorer användes i studien (hur de är kategoriserade framgår i Tabell 1): sociodemografiska faktorer, typ av näringsgren, sjukskrivning och SA respektive sjukskrivnings- eller SA-diagnos.

Flera olika statistiska analysmetoder tillämpades för att beskriva sjukfrånvaro- och SA-mönster över tid och flera (22 st.) olika mått på sjukfrånvaro och SA användes, då utfallet i stor utsträckning kan bero på typ av mått<sup>4-7</sup>. Dagar med sjukskrivning och SA räknades som nettodagar om inget annat anges, vilket innebär att dagar med partiell frånvaro slogs ihop till hela dagar (t.ex. räknades två dagar på halvtid som en nettodag). Endast sjukskrivningsfall som blev >14 bruttodagar togs med i analyserna, för att inte introducera systematisk bias för t.ex. de som var arbetslösa under en period.

Resultat i text gäller statistiskt signifikanta resultat.

Justerade multivariata analyser användes för att identifiera samband mellan olika faktorer och framtida sjukskrivning respektive SA som oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) (konfidensintervall redovisas inte här, utan i huvudrapporten<sup>1</sup>). Både prospektiva (dvs. personerna i en kohort följs framåt över tid) och tidsserieanalyser (dvs. att resultat från flera kohorter och tidpunkter jämförs) har genomförts. Vi gjorde även s.k. sekvensanalyser över sjukskrivning i olika diagnoser 2012-2018. Mer information och resultat från dessa analyser kan ses i huvudrapporten<sup>1</sup>.

## Resultat

Huvuddelen av resultaten gäller 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän. Sist redovisas även några resultat för 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän.

### 2012 års kohort

I Tabell 1 ges sociodemografiska faktorer för år 2012 för 2012 års kohort av de 1 283 516 privatanställda tjänstemännen. Könsfördelningen var relativt jämn (47% kvinnor), även avseende åldersfördelningen; flest personer var i åldrarna 35-54 år. Drygt hälften bodde i ett storstadsområde, (Stockholm, Göteborg eller Malmö). Kohorten var relativt välutbildad (54 % hade åtminstone någon universitetsutbildning). Den näringsgrenen där flest personer ingick var Tjänster (ca 43 %) medan Byggverksamhet var minst (ca 4 %). Ungefär 20 % av kvinnorna och ca 50 % av männen tjänade >10 prisbasbelopp. De allra flesta (93 %) hade inget sjukskrivningsfall år 2012. Den grupp av sjukskrivningsdiagnoser som var vanligast var psykiska diagnoser (2,2 %). Bland de somatiska diagnoserna var muskuloskeletala vanligast (1,4 %).

Tabell 1: Beskrivning av 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän

Faktorer 2012		Alla		Kvinnor		Män	
		n	%	n	%	n	%
<b>Alla</b>		1 283 516	100,00	608 793	100	674 723	100
<b>Kön</b>	Kvinnor	608 793	47,43				
	Män	674 723	52,57				
<b>Åldersgrupp</b>	18-24 år	65 090	5,07	37 598	6,18	27 492	4,07
	25-34 år	277 169	21,59	138 712	22,78	138 457	20,52
	35-44 år	377 221	29,39	176 930	29,06	200 291	29,68
	45-54 år	327 936	25,55	152 163	24,99	175 773	26,05
	55-64 år	216 007	16,83	95 641	15,71	120 366	17,87
	65-67 år	20 093	1,57	7749	1,27	12 344	1,83
<b>Typ av boenderegion</b>	Storstad	662 644	51,63	325 832	53,52	336 812	49,92
	Mellanstor stad	391 236	30,48	176 002	28,91	215 234	31,90
	Mindre ort	229 636	17,89	106 959	17,57	122 677	18,18
<b>Utbildning</b>	Grundskola	63 149	4,92	23 860	3,92	39 289	5,82
	Gymnasium	529 675	41,27	266 672	43,80	263 003	38,98
	Universitet/högskola	690 692	53,81	318 261	52,28	372 431	55,20
<b>Födelseland</b>	Sverige	1 148 760	89,50	536 421	88,11	612 339	90,75
	Övriga Norden	27 938	2,18	16 229	2,67	11 709	1,74
	Övriga EU25	26 437	2,06	13 255	2,18	13 182	1,95
	Övriga världen	80 381	6,26	42 888	7,04	37 493	5,56
<b>Familjesituation</b>	Gift/sambo, ej barn hemma	172 351	13,43	79 654	13,08	92 697	13,74
	Gift/sambo, barn hemma	603 434	47,01	276 042	45,34	327 392	48,52
	Singel, ej barn hemma	422 531	32,92	190 960	31,37	231 571	34,32
	Singel, barn hemma	85 200	6,64	62 137	10,21	23 063	3,42
<b>Näringsgren</b>	Industri	265 252	20,67	85 547	14,05	179 705	26,63
	Tjänster	554 397	43,19	254 896	41,87	299 501	44,39
	Handel, hotell, restaurang	164 224	12,79	85 984	14,12	78 240	11,60
	Transporter	56 087	4,37	20 979	3,45	35 108	5,20
	Byggverksamhet	50 671	3,95	14 357	2,36	36 314	5,38
	Utbildning, vård etc.	192 319	14,98	146 853	24,12	45 466	6,74
	Okänd verksamhet	566	0,04	177	0,03	389	0,06
<b>Förvärvsinkomst</b> (i prisbasbelopp; PBB)	24% av 75% av 1-2 PBB	24 317	1,89	15 010	2,47	9307	1,38
	2-4 PBB	83 269	6,49	56 345	9,26	26 924	3,99
	4-7,5 PBB	362 079	28,21	250 861	41,21	111 218	16,48
	7,5-10 PBB	353 440	27,54	164 189	26,97	189 251	28,05
	>10 PBB	460 411	35,87	122 388	20,10	338 023	50,10
<b>Antal sjukskrivningsdagar</b> <b>år 2012</b>	0	1 191 718	92,85	546 307	89,74	645 411	95,66
	3,75 - <15	28 428	2,21	19 378	3,18	9050	1,34
	15 - <31	17 414	1,36	11 776	1,93	5638	0,84
	31 - <91	25 048	1,95	17 091	2,81	7957	1,18
	91 - <181	11 485	0,89	7752	1,27	3733	0,55
	181 - <366	8 146	0,63	5621	0,92	2525	0,37
	366 (pga. skottår)	1275	0,10	867	0,14	408	0,06
<b>Sjukskrivning i psykisk diagnos</b>	Nej	1 255 157	97,79	588 598	96,68	666 559	98,79
	Ja	28 359	2,21	20 195	3,32	8164	1,21
<b>Sjukskrivning i muskuloskeletal diagnos</b>	Nej	1 265 014	98,56	596 465	97,98	668 549	99,08
	Ja	18 502	1,44	12 328	2,02	6174	0,92
<b>Sjukskrivning i skada</b>	Nej	1 274 337	99,28	603 731	99,17	670 606	99,39
	Ja	9179	0,72	5062	0,83	4117	0,61
<b>Sjukskrivning i cancer</b>	Nej	1 278 222	99,59	605 309	99,43	672 913	99,73
	Ja	5294	0,41	3484	0,57	1810	0,27
<b>Sjukskrivning i hjärt-kärlsjukdom</b>	Nej	1 279 632	99,70	607 344	99,76	672 288	99,64
	Ja	3884	0,30	1449	0,24	2435	0,36
<b>Sjukskrivning i graviditetsrelaterad diagnos</b>	Nej	1 276 500	99,45	601 777	98,85	674 723	100,00
	Ja	7005	0,55	7005	1,15	-	-
<b>Sjukskrivning i övriga diagnoser</b>	Nej	1 259 977	98,17	592 792	97,37	667 185	98,88
	Ja	23 539	1,83	16 001	2,63	7538	1,12

## Uppföljning, 2012 års kohort

Vi har följt 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän under åren 2012 - 2018, avseende utvecklingen när det gäller personernas framtida sjukskrivning och SA samt arbetsmarknadssituation.

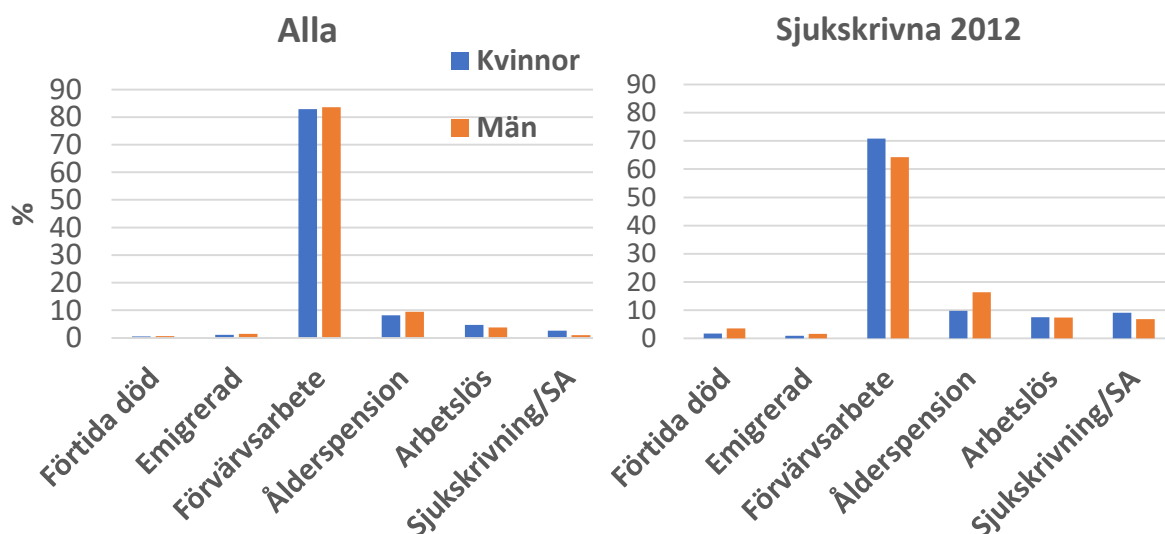
### Arbetsmarknadssituation 2018 för hela 2012 års kohort

Majoriteten, 64 %, av 2012 års kohort var fortfarande privatanställda tjänstemän år 2018. Av de 1 054 060 personer (82 %) som fortfarande förvärvsarbetade år 2018 var 4 % egenföretagare, 12 % arbetade i offentlig sektor, 6 % hade arbetaryrke, medan 78 % var privatanställda tjänstemän även 2018.

Av de 434 560 personer (36 %) av 2012 års kohort som år 2018 inte längre var privatanställda tjänstemän, var 22 % >65 år 2018. (Detta kan jämföras med att de utgjorde ca 7 % av kohorten i helhet.) Av de som år 2018 inte hade något yrke var 35 % >65 år. De som var >65 utgjorde även ca 30 % av de som 2018 huvudsakligen var egenföretagare istället för att ha anställning.

### Arbetsmarknadssituation år 2018, för de i 2012 års kohort som 2012 var 18-64 år

I Figur 1 visas vilken huvudsaklig arbetsmarknadssituation de 1 263 423 personer som var tjänstemän och i åldern 18-64 år 2012 befann sig i år 2018; dvs. de äldsta i kohorten är ej med. Den absoluta majoriteten var förvärvsarbetande, över 83 %. Dock var andelen förvärvsarbetande något lägre bland de som hade minst ett sjukskrivningsfall 2012, ca 70 % bland kvinnorna och drygt 60 % bland männen. Det var alltså högre andel av de kvinnor som varit sjukskrivna 2012 som var kvar i förvärvsarbete 2018 än andelen män. Det var en något högre andel av de sjukskrivna männen än av kvinnorna som hade ålderspension eller som hade emigrerat.



**Figur 1: Andel (%) i respektive huvudsakliga arbetsmarknadssituation år 2018 för 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän i åldrarna 18-64, för alla respektive de som hade någon sjukskrivning år 2012**

I andra analyser studerades risk för framtida arbetsmarknadssituation jämfört med att vara förvärvsarbetande, mätt som oddskvoter (OK), dvs. skillnader i odds för varje utfall jämfört med det i en referensgrupp, ojusterat och justerat för övriga sociodemografiska och sjukskrivningsrelaterade faktorer. Nedan presenteras endast justerade OKs, utan konfidensintervall. Det fanns ett starkt samband mellan förekomst av sjukskrivning år 2012 och att ha någon annan arbetsmarknadssituation 2018 än att vara förvärvsarbetande.

I Tabell 2 visas justerade oddskvoter för sambandet mellan vissa faktorer år 2012 och respektive arbetsmarknadssituation 2018. Som framgår av Tabell 2 hade de som hade fler dagar sjukskrivning 2012 stigande odds för att vara i en annan arbetsmarknadssituation än förvärvsarbetande, och flera av oddskvoterna var synnerligen stora, särskilt gällande förtida död och sjukskrivning/SA.

När det gäller sjukskrivningsdiagnoser år 2012, jämfört med de som inte hade sjukskrivning i respektive diagnos, hade sjukskrivning i psykiska samt i muskuloskeletala diagnoser samband med lägre odds för förtida död, men högre odds för att den huvudsakliga sysselsättningen år 2018 var arbetslöshet eller sjukskrivning/SA. De med sjukskrivning i en skadediagnos hade lägre odds för förtida död. Sjukskrivning i cancer 2012 hade samband med högre odds för emigration eller för förtida död. Sjukskrivning i hjärt- och kärldiagnos hade samband med högre odds för sjukskrivning/SA eller ålderspension, medan sjukskrivning i gruppen av övriga diagnoser hade samband med högre odds för arbetslöshet, sjukskrivning/SA eller förtida död. Dock var oddskvoterna generellt mindre när det gällde sjukskrivningsdiagnos än när det gällde antal dagar med sjukskrivning.

Vad gäller de sociodemografiska faktorerna hade både ålder och inkomst 2012 ett starkt samband med arbetsmarknadssituation under 2018. Högre ålder innebar högre odds för arbetslöshet, sjukskrivning/SA eller ålderspension, år 2018, och även med emigration eller förtida död, jämfört med de som var 35-44 år 2012. De som var 55-64 år hade mycket höga odds att vara ålderspensionerade samt högre odds för förtida död. Lägre inkomst 2012 än den högsta inkomstgruppen (>10 prisbasbelopp) hade samband med högre odds för arbetslöshet, sjukskrivning/SA, eller ålderspension 2018 och även med emigration eller förtida död.

**Tabell 2: Justerade oddskvoter för respektive huvudsaklig arbetsmarknadssituation år 2018, för de i 2012 års kohort som år 2012 var 18-64 år**

(Signifikanta oddskvoter över 1,5 respektive under 0,67 är i fetstil)

Faktorer 2012	Förtida död	Emigrerad	Ålderspension	Arbetslös	Sjukskriven/SA
<b>Ålder</b>					
18-24 år	<b>0,20</b>	0,85	<b>0,36</b>	<b>0,44</b>	<b>0,23</b>
25-34 år	<b>0,34</b>	1,20	0,75	<b>0,66</b>	<b>0,55</b>
35-44 år	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
45-54 år	<b>2,39</b>	0,84	<b>7,83</b>	<b>1,54</b>	1,43
55-64 år	<b>11,88</b>	<b>2,37</b>	<b>&gt;999,99</b>	<b>2,14</b>	<b>1,92</b>
<b>Inkomst (i prisbasbelopp; PBB)</b>					
24% av 75% av 1-2 PBB	<b>3,26</b>	<b>5,30</b>	<b>2,97</b>	<b>7,49</b>	<b>8,25</b>
2-4 PBB	<b>2,84</b>	<b>1,55</b>	<b>2,65</b>	<b>7,56</b>	<b>7,28</b>
4-7,5 PBB	<b>1,75</b>	0,86	<b>1,53</b>	<b>2,99</b>	<b>2,66</b>
7,5-10 PBB	1,21	<b>0,65</b>	<b>1,06</b>	1,22	1,48
≥10 PBB	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Antal sjukskrivningsdagar 2012</b>					
0	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
3,75 - <15	<b>1,55</b>	0,94	1,15	1,17	<b>1,90</b>
15 - <31	<b>1,86</b>	1,19	1,16	1,33	<b>2,03</b>
31 - <91	<b>3,55</b>	1,29	1,38	<b>1,50</b>	<b>3,26</b>
91 - <181	<b>7,51</b>	<b>1,56</b>	<b>1,65</b>	<b>2,16</b>	<b>6,24</b>
181 - <366	<b>14,92</b>	<b>2,85</b>	<b>2,07</b>	<b>2,91</b>	<b>13,74</b>
366 (pga. skottår 2012)	<b>46,40</b>	<b>7,65</b>	<b>3,24</b>	<b>4,57</b>	<b>41,75</b>
<b>Sjukskrivning 2012 i specifika diagnosgrupper</b>					
Psykisk (ref: nej)	<b>0,63</b>	0,86	1,06	<b>1,50</b>	<b>1,69</b>
Muskuloskeletal (ref: nej)	<b>0,57</b>	1,00	1,13	1,17	<b>1,42</b>
Skada (ref: nej)	<b>0,64</b>	1,12	0,94	0,90	1,09
Cancer (ref: nej)	<b>9,47</b>	<b>2,14</b>	1,31	0,77	0,95
Hjärt-kärlsjukdom (ref: nej)	1,01	1,38	1,28	1,09	<b>1,85</b>
Övriga diagnoser (ref: nej)	1,35	1,08	1,15	1,17	<b>1,62</b>

Vad gäller andra faktorer än de som visas i Tabell 2, hade män högre odds för förtida död än kvinnor (OK 1,77), men för övriga utfall var könsskillnaderna förhållandevis små (OK låg mellan 0,67 och 1,50).

Odds för att vara i någon annan (arbetsmarknads)situation än förvärvsarbetande var högre för dem med lägre utbildning, dock var skillnaderna mellan de som hade utbildning på gymnasienivå och de som hade högre utbildning relativt små.

Personer födda utanför Sverige hade betydligt högre sannolikhet att ha emigrerat (OK övriga Norden 5,41; EU25 exkl. Norden 5,20; Övriga världen 2,84). De som var födda utanför Norden hade även högre odds för att vara arbetslösa vid uppföljningen år 2018 (OK EU25 exkl. Norden 1,56; övriga världen 1,99).

När det gäller boendeort var de flesta skillnaderna små, dock hade de som bodde i en mellanstor stad högre odds för sjukskrivning/SA (OK 1,92) eller arbetslöshet (OK 1,87) än de som bodde i en storstad, och de som bodde i en mindre ort hade lägre sannolikhet att ha emigrerat (OK 0,59).

De som var ensamstående med hemmavarande barn hade lägre odds för arbetslöshet, sjukskrivning/SA ålderspension (OK 0,30), emigration (OK 0,61) eller förtida död (OK 0,64), än de som var gifta/sambo utan barn.

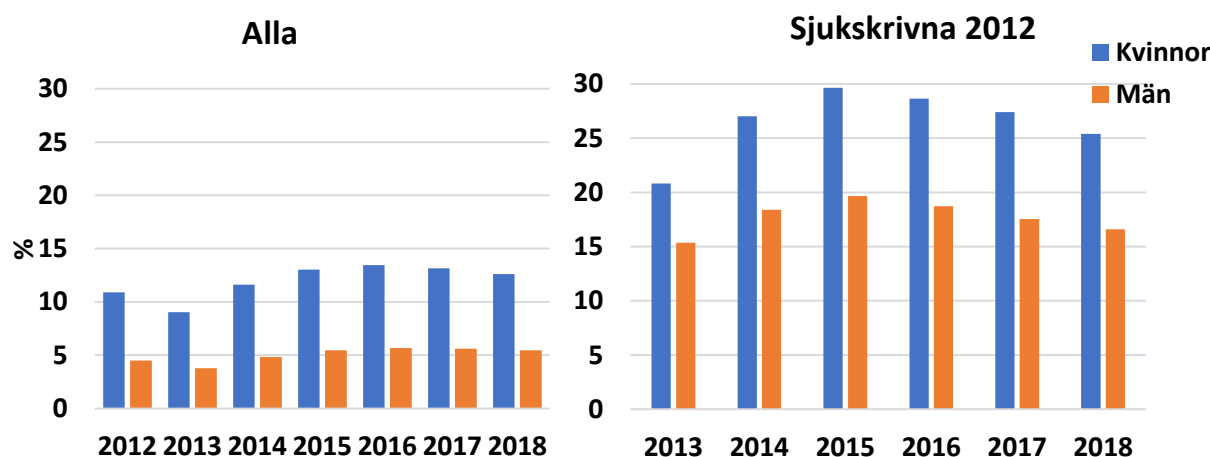
Det var överlag relativt små skillnader vad gäller arbetsmarknadssituation 2018 mellan personer i olika näringsgrenar 2012.

### Sjukskrivning under uppföljningen 2012-2018

Andelen personer i 2012 års kohort som hade något sjukskrivningsfall >14 bruttodagar per år visas i Figur 2. Där framgår att andel personer med minst ett sjukskrivningsfall/år ökade bland både kvinnor och män under 2014 och 2015. En svag ökning skedde även 2016, men under detta år började kurvan att plana ut. Förändringarna var små 2017 och 2018, men trenden var en svag minskning. En större andel kvinnor än män hade minst ett sjukskrivningsfall på mer än 14 dagar varje år under perioden. De flesta kvinnor (60 %) och män (80 %) hade inget sjukskrivningsfall på mer än 14 dagar under något av de sju åren 2012-2018.

I Figur 2 visas även motsvarande andel för de 91 772 personer som år 2012 hade minst ett sjukskrivningsfall. Andelen av de som hade minst ett sjukskrivningsfall under de kommande åren var betydligt högre i denna grupp, jämfört med i hela 2012 års kohort. Utvecklingen av andelar över tid liknade annars den för hela kohorten även om en viss minskning skede redan fr.o.m. 2016. Även bland de som hade haft minst ett sjukskrivningsfall 2012 hade 39 % av kvinnorna och 56 % av männen ingen sjukskrivning under något av de följande sex åren.

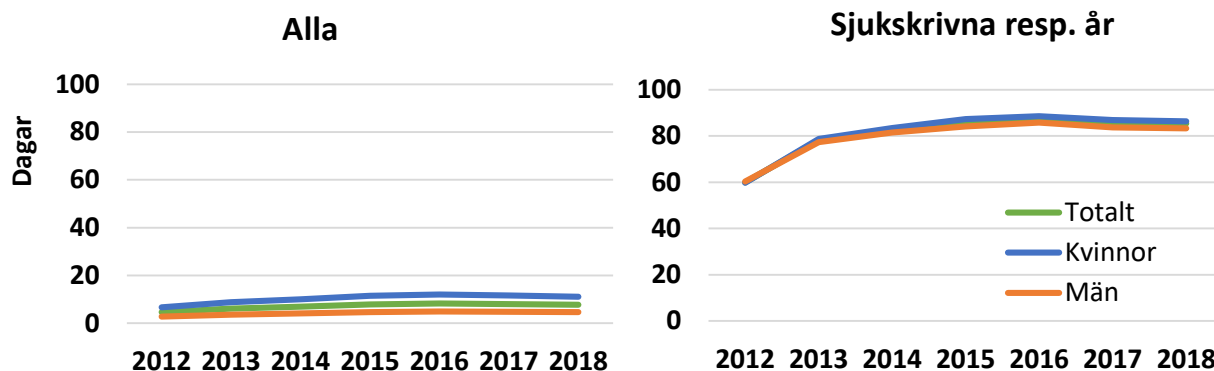
I båda grupperna hade en större andel kvinnor än män minst ett sjukskrivningsfall varje studerat år.



Figur 2: Andel (%) personer med minst ett sjukskrivningsfall under respektive år (personer exkluderade från året efter att de emigrerat eller avlidit); för alla (vänster) samt för de som hade minst ett sådant sjukskrivningsfall år 2012 (höger)

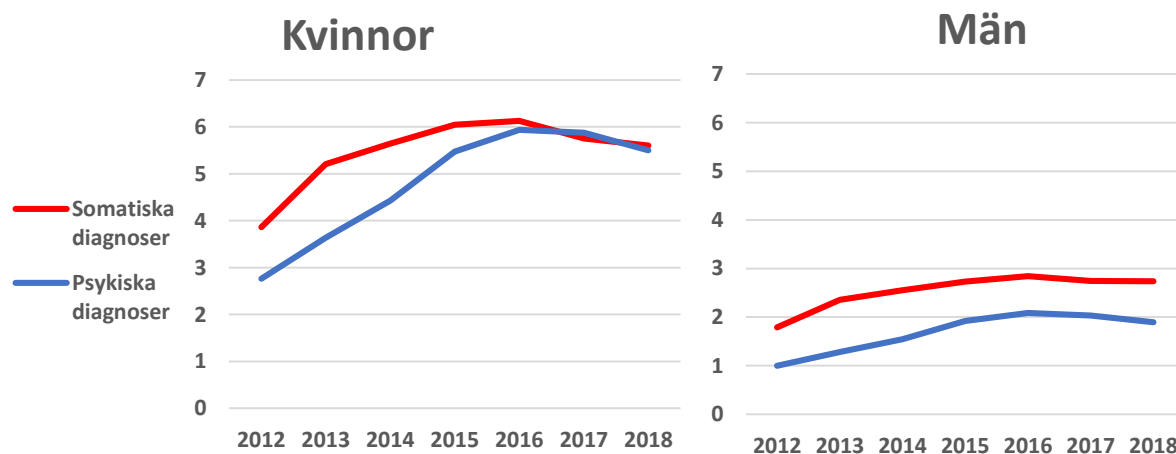


Av den vänstra delen av Figur 3 nedan framgår att medelantalet sjukskrivningsdagar/person och år ökade från ca 5 dagar under 2012 till ca 8 dagar år 2016 för samtliga. I de könsuppdelade analyserna framkom att kvinnor varje år hade något högre medelantal sjukskrivningsdagar än män. När medelantalet sjukfrånvarodagar i stället relaterades till de som haft något sjukskrivningsfall respektive år framträder en annan bild, som ses till höger i Figur 3 nedan. Könskillnaderna försvinner nästan helt och det skedde en ökning av antal dagar, framförallt åren 2012-2015 varefter kurvan planade ut. Detta indikerar att sjukskrivningsfallen tenderade att bli längre eller att de som hade sjukskrivning tenderade att få fler fall under den tidigare delen av studieperioden, men inte under den senare.



**Figur 3: Medelantal sjukskrivningsdagar per person och år (personer exkluderade från året efter att de emigrerat eller avlidit), för alla (vänster) och per person med sjukskrivning respektive år (höger)**

Sjukskrivning i somatiska diagnoser stod för högst medelantal sjukskrivningsdagar under samtliga år 2012-2018, för samtliga och specifikt för män (Figur 4). Bland kvinnor blev medelantalet sjukskrivningsdagar i psykiska och somatiska dagar ungefär lika stora från och med år 2016.



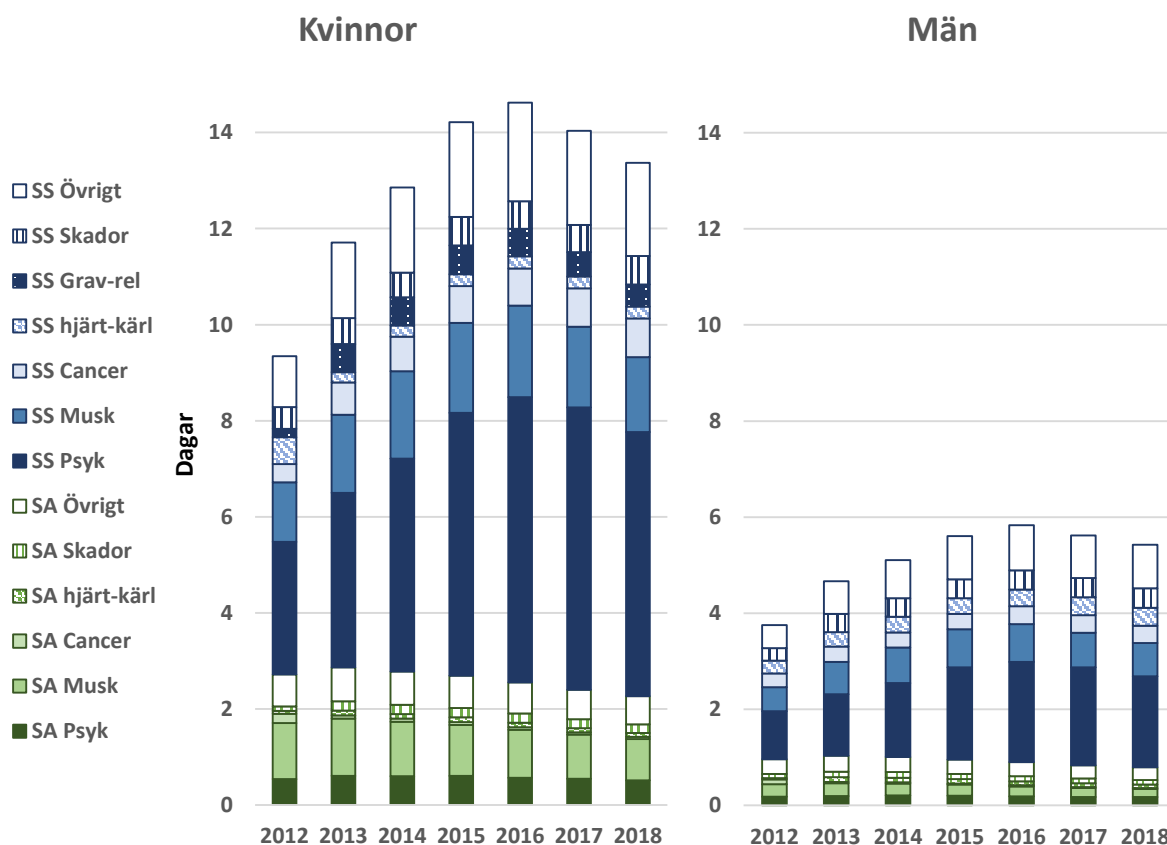
**Figur 4: Medelantal sjukskrivningsdagar per person i somatiska respektive i psykiska diagnoser, för kvinnor respektive för män (personer exkluderade från året efter att de emigrerat eller avlidit)**

I analyserna nedan har gruppen somatiska sjukskrivningsdiagnoser delats upp i sex olika diagnoskategorier.

I Figur 5 visas medelantalet sjukskrivnings- och SA-dagar per person och år för sju grupper av sjukskrivnings- och SA-diagnoser under åren 2012 - 2018. Sjukskrivning stod för fler av dagarna än SA. När diagnoserna kategoriseras på detta sätt var det sjukskrivning i psykiska diagnoser som varje år stod för flest antal sjukskrivningsdagar bland både kvinnor och män. Detta var dessutom den diagnosgrupp där medelantalet dagar ökade mest under perioden för både kvinnor och män. Ökningen i medelantal dagar i psykiska diagnoser skedde framförallt under åren 2012-2015, för både kvinnor och män, även om ökningen var större bland kvinnor. De två andra grupper som stod för flest dagar var muskuloskeletala diagnoser samt samlingsgruppen 'övriga diagnoser'. Diagnoserna hjärt- och kärlsjukdom, cancer och skador stod för betydligt lägre medelantal sjukskrivningsdagar bland både kvinnor och män. Generellt var antalet sjukskrivningsdagar dock något högre bland män än bland kvinnor i skador samt i hjärt- och kärlsjukdom. Sjukskrivning i graviditetsrelaterade diagnoser, bland kvinnor, stod för ett relativt lågt antal dagar.

Även när det gäller SA stod de somatiska SA-diagnoserna för betydligt större medelantal SA-dagar per år än SA i psykiska diagnoser, både bland kvinnor och bland män.

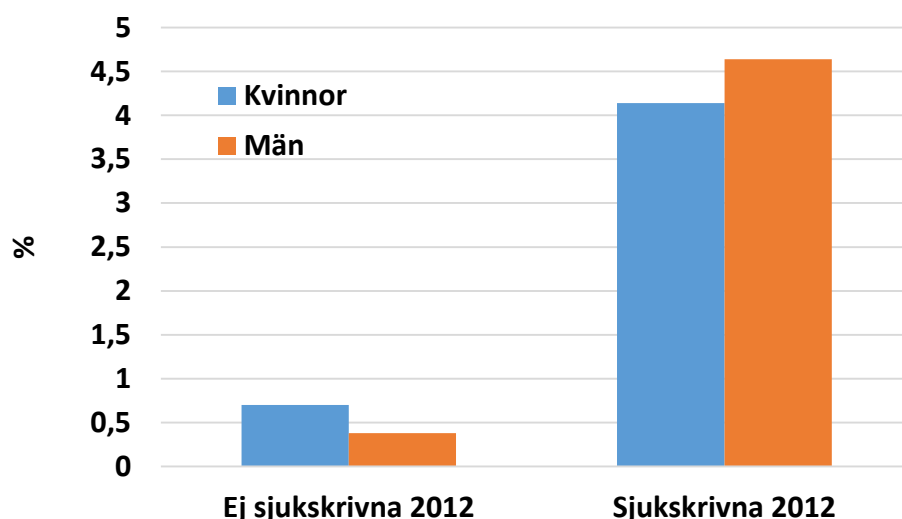
I Figur 5 visas även SA-dagar i de somatiska diagnoserna uppdelat på sex grupper. SA i muskuloskeletala diagnoser stod för flest SA-dagar bland kvinnor, följt av gruppen 'övriga diagnoser'. Övriga diagnoser stod för flest SA-dagar bland män, följt av muskuloskeletala diagnoser. Medelantalet SA-dagar per person med SA minskade något över de studerade åren för både kvinnor och män, särskilt i muskuloskeletala diagnoser och cancer.



**Figur 5: Medelantal SA-dagar (grönt) samt sjukskrivningsdagar (blått) i respektive diagnosgrupp per person och år, för kvinnor respektive för män (personer exkluderade från året efter att de emigrerat eller avlidit)**

### Ny sjuk- eller aktivitetsersättning (SA)

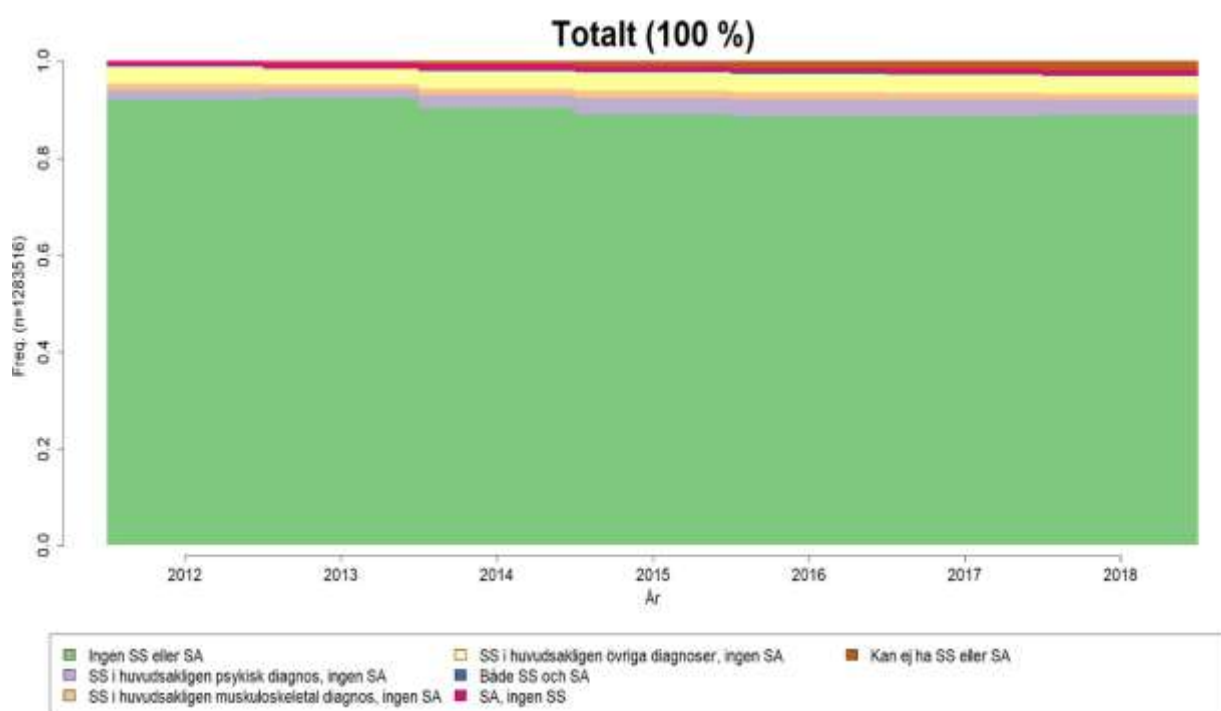
I Figur 6 visas hur många av de 1 263 423 personer under 65 år i 2012 års kohort av tjänstemän som fick ett nytt SA fall under åren 2013-2018 – oberoende av om det var på hel- eller deltid. Som framgår, beviljades 0,5 % av tjänstemännen ny SA under de sex åren; andelen var större bland de som redan år 2012 hade sjukskrivning (4,5 %). Analyserna visade att den mest betydelsefulla faktorn för ny SA under uppföljningsåren var antal sjukskrivningsdagar under 2012; ju fler dagar desto högre odds (OK för 366 dagar: 137,7 för kvinnor; 162,4 för män, OK för 181-365 dagar: 61,7 för kvinnor, 64,4 för män). De flesta med många sjukskrivningsdagar fick dock inte SA under uppföljningsåren. En annan faktor som hade betydelse var inkomst; ju lägre inkomst, desto högre odds för SA. De med 75 % av 24 % av 1-2 prisbasbelopp i inkomst hade ungefär 4,5 gånger högre sannolikhet att få ny SA för kvinnor och 5 gånger högre för män, än de med >10 prisbasbelopp. Detsamma gäller ålder; ju högre ålder desto högre odds; oddskvoten var högst bland de som 2012 var 55-64 år (OK kvinnor 1,82; OK män 3,04), jämfört med de som var 35-44 år. Oddskvoten var också högre för de som bodde i en mellanstor stad eller på mindre ort, jämfört med i storstad, särskilt bland kvinnor (OK mellanstor stad kvinnor 1,60; män 1,34; mindre ort kvinnor 1,68; män 1,45). Efter statistisk justering för sociodemografiska och sjukskrivningsrelaterade faktorer, fanns det inga starka samband mellan övriga faktorer och odds för ny SA.



**Figur 6: Andel (%) personer med ny sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) någon gång under 2013-2018, bland kvinnor respektive män (personer >64 år 2012 exkluderade)**

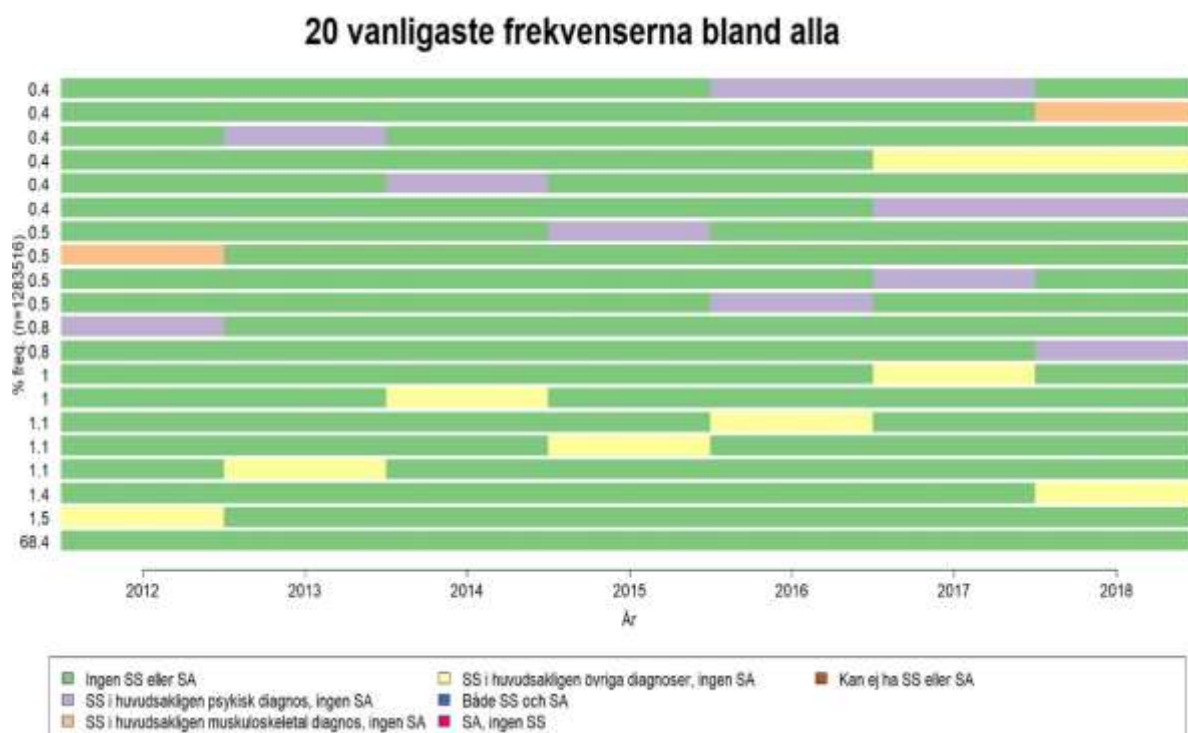
### Sekvensanalyser av sjukskrivning/SA 2012-2018

I andra analyser har vi i ett flertal analyser studerat s.k. sekvenser av framtida situation för alla i 2012 års kohort under åren 2012-2018. I Figur 7 visas ett sådant resultat avseende en s.k. densitetsplott över de andelar av personerna i kohorten som befann sig i vart och ett av de sju olika möjliga status respektive år. Som framgår av figuren var den absolut vanligaste statusen att inte ha någon sjukskrivning eller SA alls (grön färg, mellan 80-90 % av kohorten befann sig i detta status varje år). De näst vanligaste statusen var att ha sjukskrivning i psykisk diagnos eller i gruppen 'övrig diagnos' (än psykisk eller muskuloskeletal). Andelen som befann sig i dessa status ökade något över åren.



**Figur 7: Densitetsplott, andel personer i varje status av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) under varje år 2012-2018**

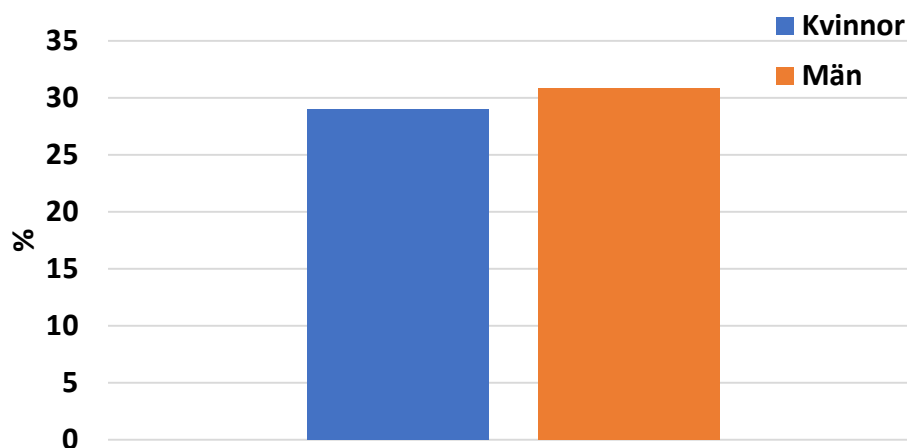
I Figur 8 visas de 20 vanligaste sekvenserna av olika status över de sju åren, dvs. de 20 vanligaste kombinationerna av de status som kan ses i Figur 7. Dessa 20 omfattade 82,6 % av alla i kohorten. Den vanligaste sekvensen och den där flest ingick (68,4 % av alla i kohorten) var att inte ha någon sjukskrivning eller SA under något av åren. Samtliga av de fyra näst vanligaste sekvenserna innehöll sex år med ingen sjukskrivning eller SA och ett år med någon sjukskrivning eller SA; i huvudsakligen övrig diagnos än psykisk eller muskuloskeletal.



**Figur 8: De 20 vanligaste sekvenserna av årlig status av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) i 2012 års kohort. Dessa 20 sekvenser täcker 82,6 % av personerna i 2012 års kohort.**

### Sjukskrivningsfall >14 bruttodagar, 2012 och 2013

För 2012 års kohort har vi även tagit fram information om samtliga sjukskrivningsfall >14 bruttodagar som påbörjades under april 2012 (n=6107) respektive under april 2013 (n=7774) för de personer som då var <65 år. Detta för att analysera dels hur många av dessa som blev >90 bruttodagar<sup>a</sup> (vilket alltså inträffade i juli respektive år), dels vilka faktorer som hade samband med att ett sådant sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar. I Figur 9 visas andel sådana fall som blev >90 bruttodagar, för kvinnor (29 %) och män (31%), dvs. det fanns ingen större könsskillnad i andel sjukskrivningsfall som blev längre >90 bruttodagar.



**Figur 9: Andel (%) av de 13 881 sjukskrivningsfall >14 bruttodagar, som påbörjades i april 2012 eller i april 2013, som blev >90 bruttodagar, i 2012 års kohort (exklusive personer >64 år)**

Ojusterade och justerade analyser genomfördes avseende faktorer som hade samband med att ett sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar. Den faktor som hade störst sådant samband var sjukskrivningsdiagnosen. Nya sjukskrivningsfall i psykiska diagnoser hade störst sannolikhet att bli >90 bruttodagar jämfört med fall i gruppen 'övriga diagnoser' (OK 4,56); följt av cancerdiagnoser (OK 4,08), hjärt- och kärlsjukdomar (OK 3,27) och muskuloskeletala diagnoser (OK 2,06). En annan viktig faktor var inkomst. Trenden var att ju lägre inkomst desto högre odds för att ett sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar. Oddskvoten var på 1,65 för dem med lägst inkomst jämfört med dem med högst inkomst. Däremot fann vi inga samband avseende näringsgren, att ha eller inte ha hemmavarande barn, eller att vara gift/sambo eller ensamstående. Detta gällde både för kvinnor och för män. Det framkom inte heller några skillnader i odds för att ett sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar utifrån födelseland, utbildningsnivå eller typ av boenderegion (storstad, mellanstor stad, mindre ort).

Personer i åldrarna 18-24 år hade lägre odds (OK 0,56) för att ett nytt sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar jämfört med ålderskategorin 35-44; motsvarande skillnad i odds fanns inte för övriga åldersgrupper.

Det fanns ett samband mellan kön och högre odds för att ett sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar: män hade något högre odds jämfört med kvinnor (OK 1,13).

### 2018 års kohort jämförd med 2012 års kohort

I 2018 års motsvarande kohort av privatanställda tjänstemän ingick ca 140 000 fler personer än i 2012 års kohort. Det var inga större skillnader i fördelning mellan de två kohorterna gällande kön, ålder, näringsgrenar och typ av boenderegion. En något större andel av de i 2018 års kohort hade någon universitetsutbildning, en årsinkomst på mer än 10 prisbasbelopp, var födda utomlands respektive hade hemmavarande barn än i 2012 års kohort.

<sup>a</sup> Alecta betalar ut ersättning till sina försäkrade för sjukskrivningsfall som blir >90 bruttodagar. Det innebär att Alecta endast har information om dessa sjukskrivningsfall.

I Tabell 3 visas information om sjukskrivning och i Tabell 4 om SA för år 2018 för 2018 års kohort och för år 2012 för 2012 års kohort – dvs. för respektive inklusionsår. En högre andel kvinnor (12,1 %) än män (5,9 %) hade sjukskrivning 2018 och likaså var det en högre andel kvinnor som hade SA (1,2 %) jämfört med män (0,4 %). Kvinnor hade även ett högre medelantal sjukskrivningsdagar (8,5) än män (3,5), och ett något högre medelantal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person (70,1 för kvinnor, 67,7 för män). Även gällande SA hade kvinnor ett högre medelantal dagar per person (2,0) än män (0,7), medan män hade något högre medelantal SA-dagar per person bland dem med SA (161,2) än kvinnor (167,1).

Andelen personer med sjukskrivning var något högre i 2018 års kohort än i 2012 års kohort (8,5 % jämfört med 7,6 %) och detsamma gällde dagar med sjukskrivning per person och per person med sjukskrivning. Andelen personer med SA var däremot något lägre i 2018 års kohort än i 2012 års kohort (0,8 % jämfört med 1,2 %), medan medelantalet dagar per person respektive per person med SA var något högre. Däremot var könsskillnaderna gällande sjukskrivning och SA ungefär lika stora i båda kohorterna.

Kvoten mellan kvinnors och mäns medelantal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person samt medelantal SA-dagar per person med SA ligger väldigt nära 1, vilket innebär att det i princip inte fanns någon könsskillnad i antal sjukskrivningsdagar respektive i antal SA dagar bland dem med sådan frånvaro.

**Tabell 3: Andel (%) personer med sjukskrivning (SS) samt medelantal sjukskrivningsdagar per person samt per person med sjukskrivning under 2018 i 2018 års kohort, samt motsvarande information för år 2012 i 2012 års kohort**

	Andel (%) personer med minst ett SS-fall under 2018	Medelantal SS-dagar 2018 per person	Medelantal SS-dagar 2018 per sjukskriven person	Andel (%) personer med minst ett SS-fall under 2012	Medelantal SS-dagar 2012 per person	Medelantal SS-dagar 2012 per sjukskriven person
<b>Sjukskrivning, alla</b>	8,45	5,86	69,28	7,60	4,60	60,68
<b>Sjukskrivning, kvinnor</b>	12,1	8,48	70,09	10,90	6,60	60,48
<b>Sjukskrivning, män</b>	5,19	3,53	67,69	4,50	2,78	61,11
<b>Kvot kvinnor/män</b>	2,32	2,40	1,04	2,42	2,37	0,99

**Tabell 4: Andel (%) personer med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) samt medelantal SA-dagar per person resp. per person med SA under 2018 i 2018 års kohort, samt motsvarande information för år 2012 i 2012 års kohort**

	Andel (%) personer med minst ett SA-fall under 2018	Medelantal SA-dagar 2018 per person	Medelantal SA-dagar 2018 per person med SA	Andel (%) personer med minst ett SA-fall under 2012	Medelantal SA-dagar 2012 per person	Medelantal SA-dagar per 2012 person med SA
<b>SA, alla</b>	0,80	1,31	162,79	1,20	1,80	155,69
<b>SA, kvinnor</b>	1,24	1,99	161,17	1,80	2,72	154,89
<b>SA, män</b>	0,42	0,70	167,13	0,60	0,96	157,78
<b>Kvot kvinnor/män</b>	2,95	2,86	0,96	3,00	2,83	0,98

## Slutkommentar

Här har resultat sammanfattats från ett projekt om sjukfrånvaro där en kohort av närmare 1,3 miljoner privatanställda tjänstemän som bodde i Sverige hela 2012 följdes prospektivt under de sju åren 2012-2018. Antalet personer i kohorten är alltså betydligt fler än de privatanställda tjänstemän som omfattas av Alectas försäkring. Vi har även jämfört denna kohort med en motsvarande kohort av de dryga 1,4 miljoner privatanställda tjänstemän som bodde i Sverige hela 2018.

I projektet har såväl prospektiva studier som tidsseriestudier genomförts. Resultaten pekar på behov av fördjupade analyser för att få bättre underlag för interventioner liksom för utvärdering av sådana. Av särskilt intresse torde det vara att inkludera information om faktisk sjuklighet i analyserna. De flesta personer med olika typer av sjukdomar och skador är inte sjukskrivna pga. dem, då de inte påverkar deras arbetsförmåga i någon större utsträckning. Det är därför viktigt att få kunskap om i vilken utsträckning viss sjuklighet innebär behov av sjukfrånvaro i denna typ av tjänstemannayrken, samt hur snabbt det är möjligt att återgå i arbete på hel- eller deltid.

I Sverige liksom i många andra länder ökar andelen äldre i befolkningen och de äldre har allt bättre hälsa och funktion<sup>8</sup>. I många länder, inklusive Sverige, höjs pensionsåldern och många interventioner görs för att öka antalet äldre personer som förvärvsarbetar i någon utsträckning. Antalet äldre (65-67 år) var högre i 2018 års kohort jämfört med i 2012 års kohort. Som underlag för interventioner behövs kunskap om möjligheter för dem att fortsätta förvärvsarbete som privatanställda tjänstemän, och betydelsen av hälsa för detta.

## Referenser

1. Farrants K, Alexanderson K. *Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän 2012-2018*. 2022. Stockholm: Karolinska Institutet.
2. Farrants K, Sondén A, Nilsson K, Alexanderson K. *Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän*. 2018. Stockholm: Karolinska Institutet.
3. REWHARD: Relations, Work and Health across the lifecourse, A research data infrastructure, [su.se/reward/](http://su.se/reward/) (2022).
4. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. *Litteraturöversikt, grå litteratur. Bilaga till förstudier rapport SRS*. 2015. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, samt Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
5. Kjeldgård L, Ekmer A, Vaez M, Alexanderson K. *Sjukfrånvaro bland kvinnor och män inom Polismyndigheten i Stockholms län. Rapport 2010*. 2010. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
6. Borg K, Söderberg E, Goine H, Marnetoft S, et al. Comparison of seven measures of sickness absence based on data from three counties in Sweden. *Work*. 2006; 26: 421-428.
7. *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. 2003. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
8. *Äldre har aldrig varit yngre - allt fler kan och vill arbeta längre*. SOU: 2020:69, 2020. Stockholm: Delegationen för senior arbetskraft.



**Karolinska  
Institutet**

ISBN 978-91-8016-495-5