



# Sjukfrånvaro i kommuner och landsting

VAD ÄR PROBLEMET?



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



# Sjukfrånvaro i kommuner och landsting

VAD ÄR PROBLEMET?

Upplysningar om innehållet:  
Örjan Lutz, orjan.lutz@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017

ISBN: 978-91-7585-593-6

Text: Örjan Lutz, Gunnar Sundqvist och Bodil Umegård

Foto: Scandinav Bildbyrå, Folio Bildbyrå, Rickard L. Eriksson,  
Hans Alm, Ellen Kraft, Thomas Henrikson, Casper Hedberg,  
Pia Nordlander, SKL:s bildarkiv

Produktion: Advant Produktionsbyrå

# Förord

Med rapporten *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting – vad är problemet?* vill vi ge en reflekterande bild av sjukfrånvaron i allmänhet, och bland anställda i kommuner, landsting och regioner i synnerhet. Fokus ligger på en rad av de frågor som sjukfrånvarons utveckling i Sverige väcker och som i perioder debatteras intensivt. Vad är det som gör att sjukfrånvaron varierar så kraftigt över tid? Varför skiljer sjukfrånvaron så mycket mellan kvinnor och män, yrken, verksamheter och sektorer? Hur påverkas sjukfrånvaron av sjukskrivningsprocessen och diagnostiseringen av upplevd ohälsa?

Det här är frågor som vi behöver reda i och diskutera för att komma tillrätta med den periodvis mycket höga sjukfrånvaron i Sverige. Men det är också diskussioner som ibland blir obekväma och där det finns stor risk för missförstånd och konflikter. Det vill vi undvika, men vi ser ett behov att prata om den ändå – sjukfrånvaron. Vad är problemet?

Vi vet att det finns mycket som arbetsgivaren kan göra för att främja medarbetarnas hälsa och sänka sjukfrånvaron, men rapporten fokuserar inte primärt på dessa åtgärder. Vill man läsa om arbetsmiljöarbetet i kommuner, landsting och regioner så finns det andra källor som passar bättre. Här får man däremot veta hur SKL, som är Sveriges största arbetsgivarorganisation och som dessutom företräder de arbetsgivare som har klart högst sjukfrånvaro på svensk arbetsmarknad, ser på en av vår tids mest komplexa samhälls- och arbetslivsfrågor. Förhoppningen är att rapporten ska kunna bidra till att sjukfrånvaron på sikt får bättre förutsättningar att hållas på en låg och stabil nivå.

Om några år kommer nämligen sjukfrånvaron förhoppningsvis att vara relativt låg igen och så ska den förhoppningsvis för första gången kunna förbli. Men de egentliga problemen är inte lösta förrän även de underliggande mönstren och orsakerna till sjukfrånvaron bryts. Kvinnors sjukfrånvaro ska till exempel inte behöva vara dubbelt så hög som mäns, även om den totala sjukfrånvaron är låg.

Rapporten är framtagen av Örjan Lutz i samarbete med Gunnar Sundqvist och Bodil Umegård, samtliga utredare på SKL:s avdelning för arbetsgivarpolitik.

Stockholm i december 2017

Agneta Jöhnk  
*Avdelningschef*  
*Avdelningen för arbetsgivarpolitik*

Sveriges Kommuner och Landsting

# Innehåll

- 6 **Sammanfattande slutsatser**
  
- 9 **Kapitel 1. Sjukfrånvarons utveckling**
  - 9 Nationell nivå
  - 11 Sjukfrånvaron i kommuner, landsting och regioner
  - 12 Orsaker till svängningarna i sjukfrånvaro
  - 13 Vad är en rimlig nivå på sjukfrånvaron?
  - 13 Samhällsdebattens inverkan på sjukfrånvaron
  - 14 Fler sjukskrivna i goda tider?
  - 14 Sjukfrånvaron och arbetsmiljön
  - 16 Hälsan blir bättre men oron ökar
  
- 19 **Kapitel 2. Sjukskrivningsprocessen**
  - 20 Effekter av nekad sjukpenning
  
- 23 **Kapitel 3. Diagnoser**
  - 28 Diagnoserna och sjukfrånvaron
  
- 31 **Kapitel 4. Regionala skillnader**
  - 32 Skillnader mellan kommuner, landsting och regioner
  - 34 De regionala skillnadernas orsaker
  
- 37 **Kapitel 5. Kön- och åldersskillnader**
  - 39 Ett arbetslivs- och samhällsproblem
  
- 41 **Kapitel 6. Verksamhets- och yrkesspecifika skillnader**
  - 41 Sjukfrånvaron per verksamhet
  - 42 Sjukfrånvaro per yrke
  - 44 Olika yrken – olika utmaningar
  - 45 En känsla av sammanhang

47	<b>Kapitel 7. Personal- och kompetensförsörjningsperspektivet</b>
49	Möjligheterna att klara uppdraget
51	<b>Kapitel 8. Sektors- och branschspecifik sjukfrånvaro</b>
52	Regeringens sjukpenningmål på sektorsnivå
53	Branschvisa utmaningar
56	Medelålderns och könssammansättningens betydelse
57	Regionala perspektiv
58	Andra förklaringsfaktorer
59	Det systematiska arbetsmiljöarbetet i olika sektorer
60	<b>Referenser</b>

# Sammanfattande slutsatser

Hög sjukfrånvaro är ett problem på både samhälls-, organisations- och individnivå. Men Sverige utmärker sig även genom att sjukfrånvaron svänger kraftigt över tid, vilket är ett problem i sig. Den relativt måttliga uppgång i sjukfrånvaron som skedde efter 2010 föregicks av en kraftig nedgång mellan ungefär 2002 och 2010. Förklaringarna till dessa svängningar är många. Det handlar om faktorer som förändrade attityder i samhället, förändrade sjukskrivningsrutiner samt konjunkturläget. Starkast förklaringsfaktor har dock troligen förändringar av både reglerna och tillämpningen av sjukförsäkringen över tid.

Motsvarande kraftiga svängningar i hälsa och arbetsmiljö, som skulle kunna förklara svängningarna i sjukfrånvaro, går inte att utläsa av statistik eller forskning. Trots det framhålls ofta arbetsmiljön som den enskilt största förklaringen i perioder av ökad sjukfrånvaro. Det sätter fokus på fel saker. Insatser riktade enbart mot arbetsmiljön torde vara ett trubbigt instrument för att, åtminstone på kort sikt, minska sjukskrivningarna.

Arbetsmiljöarbetet ska bedrivas systematiskt och långsiktigt och inte som ett tillfälligt projekt utifrån medial uppmärksamhet och tillfälliga peakar i sjukfrånvaro. För även om arbetsmiljöarbete inte är rätt väg att komma tillrätta med just svängningarna i sjukfrånvaro så är det en högt prioriterad fråga för alla arbetsgivare i kommuner, landsting och regioner – på andra starka grunder. På enskilda arbetsplatser går det naturligtvis inte att överskatta arbetsmiljöns betydelse för både hälsan och sjukfrånvaron.



Att en dålig fysisk och psykosocial arbetsmiljö ökar risken för sjukfrånvaro är ett faktum. Men det påverkar även attraktiviteten som arbetsgivare och därmed tillgången till personal och kompetens, vilket måste ses mot bakgrund av den rekryteringsutmaning som kommuner, landsting och regioner står inför. Sjukfrånvaron innebär en förlust av personal och kompetens som kraftigt försämrar kommuners, landstings och regioners förutsättningar att klara sina uppdrag.

Under de senaste perioderna av hög sjukfrånvaro är det de psykiska diagnoserna beträffande ohälsan, särskilt bland kvinnor, som ökat mest. Sedan 2014 är psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Dessa diagnoser genererar vanligtvis långa sjukfall och innebär ofta särskilda utmaningar vad gäller arbetsförmågebedömningar.

Bortsett från den totala sjukfrånvaronivåns kraftiga variationer över tid, finns det även mönster i sjukfrånvaron som inte varierar särskilt mycket. Kvinnors sjukfrånvaro har till exempel sedan länge varit högre än mäns och vissa yrken och verksamheter har kontinuerligt högre sjukfrånvaro än andra. Det finns även särskilda utmaningar inom så kallade kontaktyrken som inte går att blunda för. Dessa mönster består oavsett den totala nivån på sjukfrånvaron, och dem bör därför arbetsgivare fokusera på att komma tillrätta med. Här behövs kontinuerligt arbete över tid snarare än insatser som direkt syftar till att sänka den totala sjukfrånvaron för stunden.

Sjukfrånvaron i kommuner, landsting och regioner är högst på den svenska arbetsmarknaden. Skillnaderna mellan olika sektorer används alltför ofta som slagträ inom såväl problemformuleringen som debatten om sjukfrånvaro och dess koppling till arbetsmiljön. De bakomliggande orsakerna är många men just väsentliga skillnader i arbetsmiljö mellan offentliga och privata arbetsgivare är sannolikt inte en av dem. Snarare är det skillnader i köns- och ålderssammansättning, geografiska olikheter, arbetsplatsernas storlek med mera, som ligger bakom. Med andra ord faktorer som inte är direkt arbetsrelaterade och som arbetsgivare endast i begränsad utsträckning kan påverka och hållas ansvariga för.

Att vara i arbete är en friskfaktor. Det är vetskap som ibland tappas bort i debatten. Det är generellt sett betydligt sämre för hälsan att inte arbeta, även när arbetsförmågan är nedsatt. Att skapa förutsättningar för medarbetarnas närvaro på arbetsplatsen är en utgångspunkt för SKL:s arbete med att minska sjukfrånvaron.



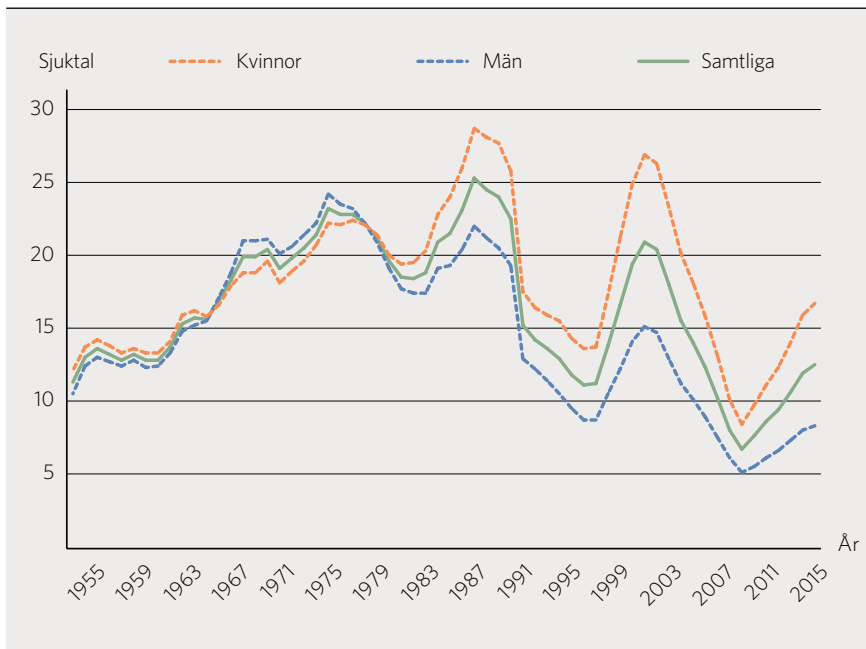
# Sjukfrånvarons utveckling

## Nationell nivå

Sjukfrånvaron svänger över tid på hela arbetsmarknaden i Sverige. Sedan mitten på 1980-talet har svängningarna blivit kraftigare och två rejäla peakar går att skönja i slutet av 1980-talet och i början på 2000-talet.

DIAGRAM 1. Sjuktalet i Sverige, 1955–2016

Försäkringskassans sjuktal avser ersättningsformen sjukpenning. Mättet baseras på antalet utbetalda bruttodagar.



Källa: Försäkringskassan

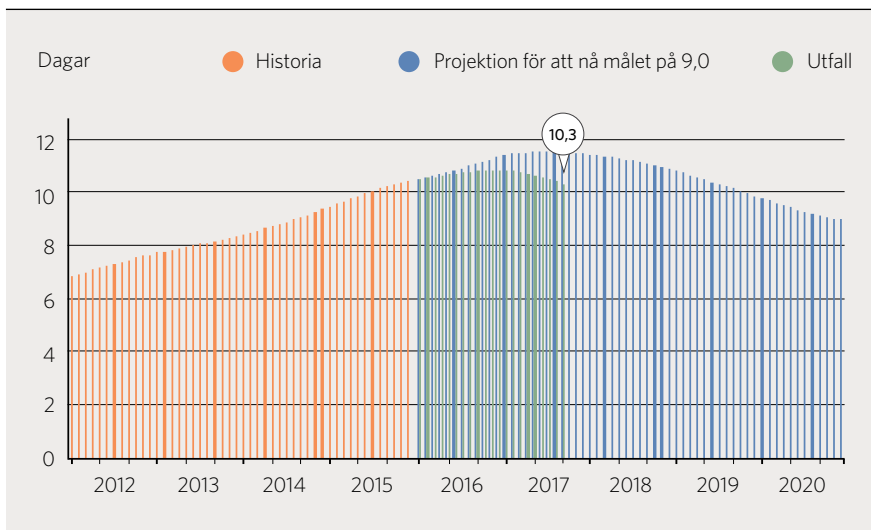
Efter en period av mycket låg sjukfrånvaro, visade år 2010–2011 flera av Försäkringskassans analyser återigen tecken på att frånvaron var på väg upp. Det konstaterades att såväl inflöde som varaktighet ökade och att utvecklingen snabbt skulle komma att innebära en väsentlig kostnadsökning för socialförsäkringen. Ökningen var olika kraftig för olika grupper av försäkrade, men trenden var gemensam för både anställda och arbetslösa. Särskilt allvarig var trenden av ökningen av psykiska diagnoser, vilka ofta innebär långa sjukfall med både ett stort uttag i sjukförsäkringen och stort lidande för individen.

Redan under hösten 2015 började dock ökningstakten i inflödet till sjukpenningen att avta – även om tendensen fortfarande var svagt ökande. Sjukpenningtalet (sjuk- och rehabiliteringspenning, baserat på nettodagar) låg då på 10,3 dagar per person och år. Regeringen satte samma höst upp ett mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar år 2020. Målet ingick i regeringens *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*, vilket även tar sikte på att Sverige ska ha en sjukfrånvaro som ligger på en låg och stabil nivå.

I juli 2016 hade sjukpenningtalet stigit till 10,8 dagar och därefter låg nivån stilla en period, för att sedan minska under våren 2017. Det innebär att sjukpenningtalets ökning sedan 2010-2011 bröts redan vid halvårsskiftet 2016.

Den senaste tidens minskning innebär att sjukpenningtalet i september 2017 var 10,3 dagar, vilket var 1,2 dagar under den projektion som Försäkringskassan tagit fram över vägen mot regeringens mål för 2020. Försäkringskassan gör därför bedömningen att regeringens mål kan nås.

DIAGRAM 2. Projektion och utfall (september 2017) för sjukpenningtalets utveckling i relation till målet för 2020



Källa: Försäkringskassan

## Sjukfrånvaron i kommuner, landsting och regioner

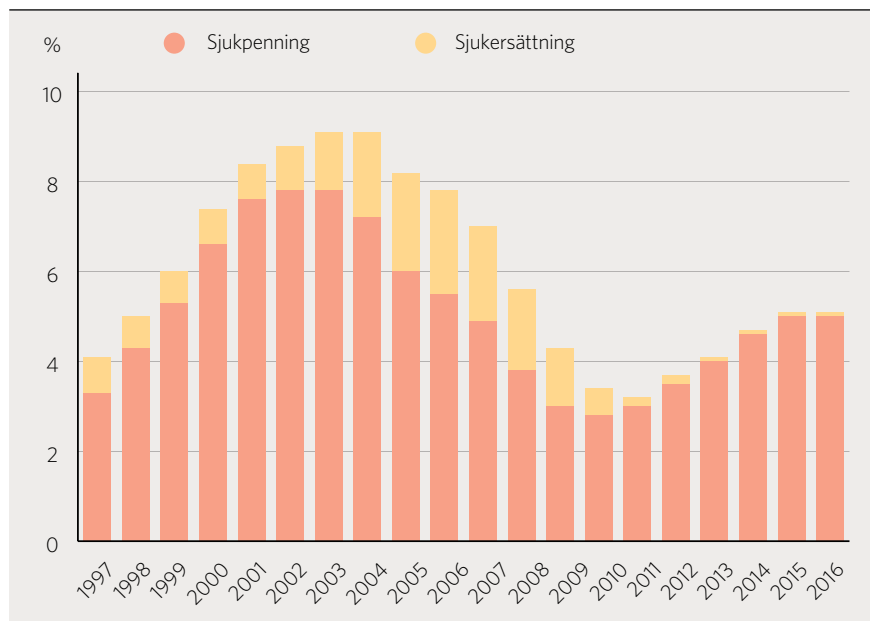
Kommuner och landsting är de sektorer och arbetsgivare som har högst sjukfrånvaro i Sverige. (Se vidare under avsnittet ”Sjukfrånvaro i olika sektorer och branscher” nedan.) De är också stora arbetsgivare. Ungefär 40 procent av kvinnorna på arbetsmarknaden arbetar i en kommun, landsting eller region vilket ger att hela 80 procent av de anställda i sektorerna är kvinnor. I detta sammanhang är det en viktig bakgrund eftersom kvinnor har en betydligt högre sjukfrånvaro än män – oavsett sektor.

Sjukfrånvaron i kommunerna och landstingen/regionerna följer samma cykler som på arbetsmarknaden i stort, vilket innebär att mönstren är desamma på hela arbetsmarknaden. När sjukfrånvaron svänger så gör den det i samtliga sektorer.

Precis som riket i stort uppvisade kommuner, landsting och regioner en extrem peak i sjukfrånvaron år 2002–2003, innan utvecklingen vände nedåt mellan åren 2003 och 2010. Efter 2010 skedde, i takt med hela arbetsmarknaden, en ökning av sjukfrånvaron igen, vilken varade i ungefär sex år. Bland de anställda i kommunerna var sjukfrånvaronivån densamma i slutet av 2015 som i slutet av 2016. Detta indikerade att peaken på ökningen i kommunerna sedan 2010 var nådd och att det bör kunna gå att skönja en minskning vid motsvarande mätning i slutet av 2017.

DIAGRAM 3. Sjukfrånvaro med sjukpenning eller sjukersättning i kommunerna, 1997–2016

Utvecklingen av frånvarande med sjukpenning eller sjukersättning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden. Andelar i procent av samtliga anställningar.

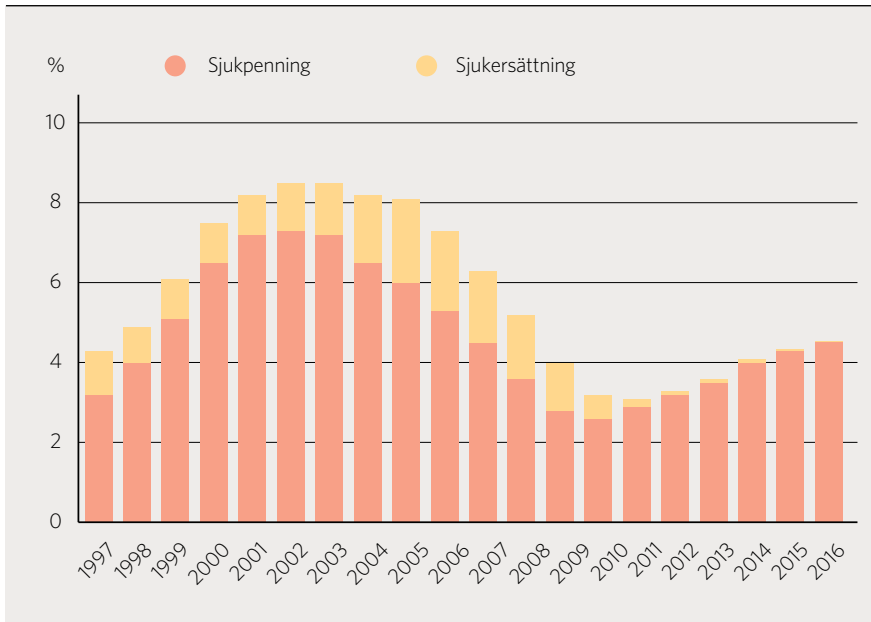


Källa: SKL:s personalstatistik

Sjukfrånvaron i kommunerna, landstingen och regionerna har följts åt genom åren, men i landstingen har nivån alltid varit något lägre. I motsats till kommunerna stannade heller inte landstingens sjukfrånvaro av helt till mätningen i slutet av 2016, utan då skedde fortfarande en svag ökning. Till mätningen i slutet av 2017 tyder det mesta på att ökningen kommer att ha avstannat, eller att till och med en minskning skett.

**DIAGRAM 4.** Sjukfrånvaro med sjukpenning eller sjukersättning i landstingen/regionerna, 1997–2016

Utvecklingen av frånvarande med sjukpenning eller sjukersättning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden. Andelar i procent av samtliga anställningar.



Källa: SKL:s personalstatistik

## Orsaker till svängningarna i sjukfrånvaro

Den historiskt sett modesta uppgång i sjukfrånvaron som skett sedan 2010 föregicks av en mycket kraftig nedgång mellan ungefär 2002 och 2010. Förklaringarna till vad som bidrog till att sjukfrånvaron minskade är många.

Det handlar om faktorer som förändrade attityder i samhället, förändrade sjukskrivningsrutiner bland läkarna och konjunkturläget. Starkast förklaringsfaktorer har troligen den reformerade sjukförsäkringen, övergången till att bedöma sjukskrivningsärenden och tillämpa försäkringen på ett samordnat sätt, men även införandet av en rehabiliteringskedja med fasta bedömnings-tidpunkter av rätten till sjukpenning samt införande av ett beslutsstöd för sjukskrivande läkare.

## Vad är en rimlig nivå på sjukfrånvaron?

Det är viktigt att betona att sjukfrånvaronivån 2010 – när det vände – var mycket låg. Troligen var det både rimligt och naturligt att sjukfrånvaron ökade något från denna låga nivå. En sjukförsäkring ska givetvis användas. Det viktiga är att den inte skenar till nivåer i paritet med dem i början av 2000-talet, vilka varken var naturliga eller långsiktigt hållbara ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Regeringens målsättning att komma bort från de stora svängningarna och över tid nå en låg och stabil nivå är en önskvärd och nödvändig utveckling.

Oavsett på vilken nivå sjukfrånvaron ska stabiliseras, måste det säkerställas att försäkringen tillämpas på det sätt lagstiftaren avsett och att denna tillämpning inte varierar över tid. På motsvarande sätt måste hälso- och sjukvården ha en likvärdig tillämpning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Slutligen behöver den allmänna uppfattningen om och attityderna till försäkringen hos befolkningen och samhällets institutioner stå i samklang med intentionerna i sjukförsäkringen.

Om sjukförsäkringen över tid tillämpas som den är tänkt så kommer svängningarna i sjuktalet att dämpas.

## Samhällsdebattens inverkan på sjukfrånvaron

En viktig faktor är att frågan diskuterades från högsta till lägsta nivå hos alla berörda aktörer. Från regering, Försäkringskassan, arbetsmarknadens parter och ner på arbetsplatsnivå – och även i media. Det är tydligt att värderingar i samhället beträffande hur socialförsäkringen används är viktiga. Ibland kan det handla om symbolhandlingar som förändrar bilden av sjukskrivningarna. Det går att beskriva det som att ansvarig minister kan ”prata ned sjukskrivningarna”.<sup>i</sup> När ministern talar om att ta krafttag för att minska sjukskrivningarna har detta ett symbolvärde vars genomslag ger avtryck i statistiken. Små förändringar i exempelvis myndigheters signaler eller i ett regelverk kan genom sociala påverkans effekter (social multipliers) hastigt spridas och förstoras. Det kan således på kort tid uppstå både ökningar och minskningar i sjuktalet som inte hänger samman med förändringar i hälsa i befolkningen eller förändringar i arbetslivet. Normer och värderingar om när och hur länge man kan vara sjukskriven sprids på detta sätt via sociala kontakter och media. Forskare kallar detta även för ”peer effects” (ungefär gruppeffekt eller kamrateffekt) vilket innebär att vänner påverkar varandras beteende. Det finns åtskilliga aktuella studier, både utländska och svenska, som pekar på att tendenser att använda olika former av sociala ersättningar sprider sig bland närstående. Denna forskning belyser bland annat i vilken grad som sjukskrivningar sprids genom social påverkan.<sup>ii</sup>

Stress är en betydande bakomliggande faktor beträffande psykisk ohälsa och sjukskrivningar. Men en intensiv medierapportering om till exempel stress och människor som drabbats av utmattningsdepression kan också skapa oro och rädsla hos människor. Professorer vid Stressforskningsinstitutet, Mats Lekander och Göran Kecklund, varnar för destruktiva konsekvenser genom medias ofta alltför alarmistiska bild av samhälleliga stressproblem. De menar att det finns goda skäl att anta att den oro man bidrar till att sprida är skadlig. Stora befolkningsstudier tyder på att rädsla för stress är farligt i sig (det vill säga ökar sambandet mellan långvarig stress och negativa hälsoutfall, ett samband som för övrigt ofta är mindre än för många andra livsstilsfaktorer) och att det är förknippat med ökade problem.<sup>iii</sup>

## Fler sjukskrivna i goda tider?

Även konjunkturcykler har bedömts ha betydelse, vilket har tagit sig uttryck främst genom disciplinering och selektion. Med disciplinering menas att färre sjukanmäler sig i tider när det är svårare att få jobb. Med selektion avses att personer med sämre hälsostatus i högre grad selekteras ut från arbetsmarknaden i lågkonjunktur med höga arbetslöshetsnivåer. Konjunktorens betydelse har dock ifrågasatts på senare år. Enligt Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) bröts konjunkturmönstret första gången 2006–2008, då sysselsättningen ökade samtidigt som sjukfrånvaron fortsatte gå ner. Den till synes enda möjliga förklarande faktorn som likt sjukfrånvaron varierar över tid har därmed motbevisats.

## Sjukfrånvaron och arbetsmiljön

Ett annat samband utgör det mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro. En intressant iakttagelse är att orsaker till uppgångar respektive nedgångar i sjukfrånvaron tillskrivs olika saker. När sjukfrånvaron stiger brukar företrädesvis orsaker relaterade till arbetslivet/arbetsplatsen och då särskilt arbetsgivares bristfälliga arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete lyftas fram i debatten. När sjukfrånvaron sjunker är det däremot oftast helt andra parametrar som lyfts fram som förklaring. Arbetsmiljöförbättringar, expansion av verksamheten, fler och bättre chefer, större engagemang i rehabiliteringsarbetet, bättre företagshälsovård eller allmän minskad press i arbetslivet pekades inte ut som huvudsakliga orsaker till att sjukfrånvaron sjönk dramatiskt i kommuner och landsting mellan 2003 och 2010. Det omvända gjordes dock i princip omedelbart då sjukfrånvaron började stiga efter 2010. Det är problematiskt att uppgångar slentrianmässigt förklaras av brister inom just de nämnda områdena.



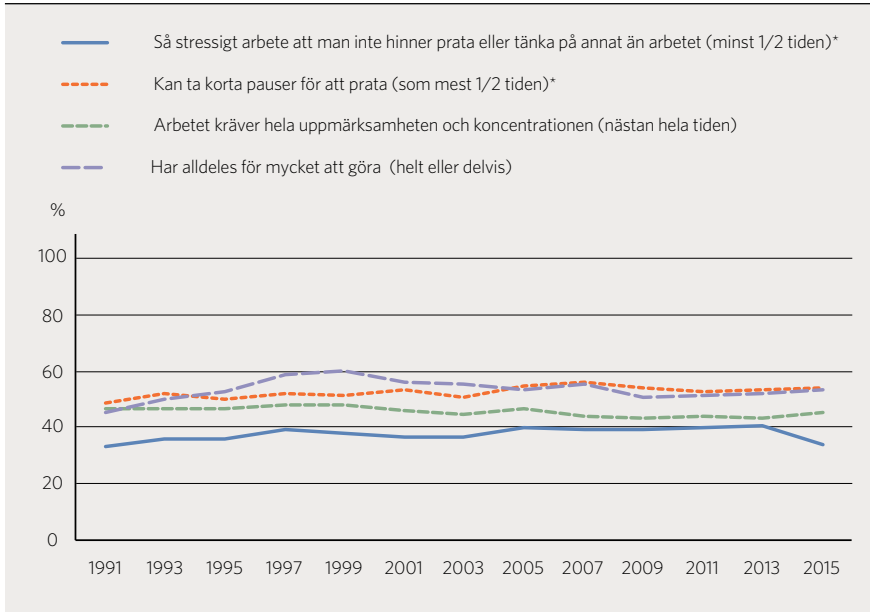


Arbetsmiljön är självfallet viktig på arbetsplats- och individnivå. När en enskild arbetsplats uppvisar brister i arbetsmiljön förhöjer det risken för ohälsa för enskilda individer som i förlängningen kan öka sjukfrånvaron. Men de stora svängningarna som sjukfrånvaron uppvisar i landet som helhet, oavsett bransch och sektor, kan knappast enskilt förklaras av motsvarande svängningar i arbetsmiljöns kvalitet.

Det bekymmersamma är de alltför snabba problembeskrivningarna och sambandsanalyserna som utgår från en tydlig koppling mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro på makronivå. Innan dessa slutsatser dras är det relevant att exempelvis studera svaren på ett urval av de frågor om stress som genom åren besvarats i Arbetsmiljöundersökning (Arbetsmiljöverket/SCB), som är Sveriges mest omfattande och sedan 1991 återkommande undersökning rörande arbetsmiljö. Där ställs frågor om huruvida man själv får vara med och bestämma takten på arbetet, om man har så mycket att göra att man inte hinner tänka på något annat än jobbet, om det finns tid för pauser, och så vidare.

I detta sammanhang är det primära inte att värdera resultaten utifrån rådande nivåer utan snarare att studera utvecklingen över tid och jämföra med sjukfrånvarokurvan under samma period. Det framgår då tydligt att den psykosociala arbetsmiljön inte blir sämre när sjukfrånvaron stiger, eller att den för den delen blir bättre när sjukfrånvaron sjunker.

**DIAGRAM 5. Utveckling av stress i arbetslivet, 1997-2015. Utveckling för fyra frågor om stress i SCBs/AVs "Arbetsmiljöundersökningen"**



Källa: Arbetsmiljöundersökningen AV/SCB (\*Denna fråga förändrades något 2015)

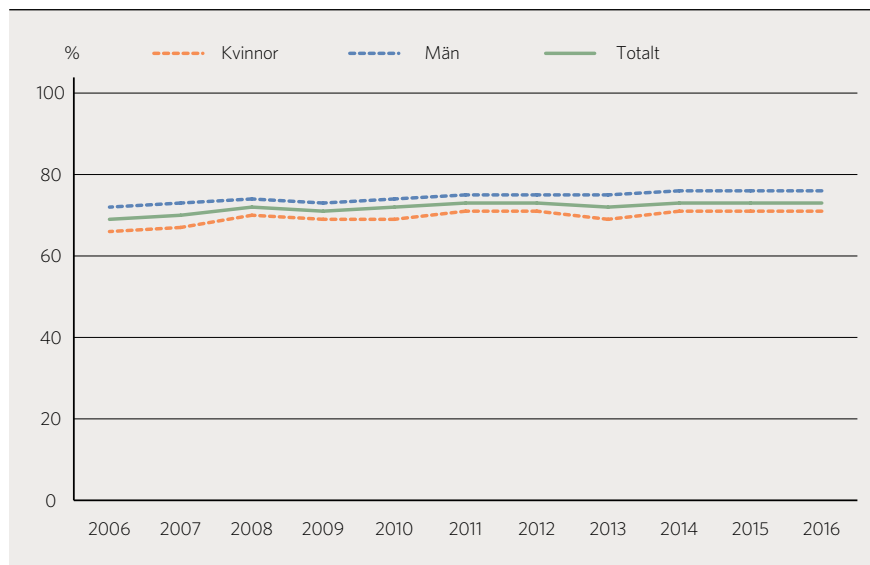
Svaren på stressfrågorna är ungefär desamma nedbrutet på kommuner, landsting och regioner som på arbetsmarknaden i stort, både vad gäller utveckling över tid och nivåer.

## Hälsan blir bättre men oron ökar

Inte heller det allmänna hälsoläget i Sverige varierar i cykler likt sjukfrånvaron. Enligt Folkhälsomyndigheten utvecklas snarare folkhälsan positivt över tid och även skillnaderna mellan könen minskar. De konstaterar även att förekomsten av arbetsrelaterade olyckor överlag är minskande eller oförändrad. Anmälda arbetssjukdomar minskade avsevärt från 2003 och är nu, efter en viss ökning särskilt bland kvinnor, ungefär hälften jämfört med 2003.

Sveriges befolkning är alltså friskare än någonsin. I Sverige har också en stadig ökning av medellivslängden skett sedan början av 1800-talet. Kvinnor lever längre än män, men under de senaste decennierna har könsskillnaderna minskat till följd av att mäns medellivslängd ökat snabbare än kvinnors.<sup>iv</sup> År 1987 var medellivslängden 80 år för kvinnor och 74 år för män och år 2015 var den 84 år för kvinnor och 80 år för män. Att kvinnor lever längre och samtidigt i högre grad är belastade av hälsoproblem har kallats för en hälsoparadox.

DIAGRAM 6. Andel invånare i åldern 16–84 år som uppger att deras hälsa är bra eller mycket bra (procent), totalt och fördelat på kön, 2006–2016



Källa: Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor", Folkhälsomyndigheten

Men trots att hälsan utvecklas positivt visar undersökningar från SCB samtidigt att andelen personer i Sverige som upplever att de är tyngda av ängslan, oro, ångest och sömnproblem har ökat under de senaste årtiondena. Även den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?" visar ett nedsatt psykiskt välbefinnande det senaste årtiondet bland både kvinnor och män, i de flesta åldersgrupper, samt i alla utbildningsgrupper utom i gruppen med eftergymnasial utbildning.



# Sjukskrivningsprocessen

Det är uppenbarligen en komplicerad relation mellan begreppen *hälsa och sjukdom* och begreppet *sjukfrånvaro*. Sjukfrånvaro (definierat som tid under vilken man uppbär en sjukförsäkringsförmån) ska inte avgöras av vare sig ohälsa eller sjukdom, utan av en eventuell nedsättning av arbetsförmåga. Det är alltså inte sjukdom i sig som avgör rätten till sjukpenning utan det är sättet som sjukdom sätter ner förmågan (aktivitetsbegränsning) att utföra arbete, helt eller delvis.

Läkares arbete i sjukskrivningsprocessen är komplext och i synnerhet gäller det arbetsförmågebedömningar. En svårighet består i att många besvär saknar distinkta diagnoskriterier och att bedömning av arbetsoförmåga kräver kunskap om specifika yrken och arbetsuppgifter. Beträffande hälsa och arbetsförmåga har individen ett tydligt informationsövertag gentemot läkaren, vilket speciellt gäller i fråga om psykisk ohälsa.

Vad vi vet är att sjukskrivningar, särskilt långa sådana med eventuell exkludering från arbetsmarknaden som följd, innebär ett stort resursslöseri för samhället. Långa sjukskrivningar har dessutom visat sig ge ökad risk för socialt utanförskap och för tidig död.<sup>1v</sup> För att läkaren ska neka en patient som anser sig vara i behov av sjukskrivning krävs tilltro till den egna förmågan att bedöma vad som på sikt är det bästa för patienten.

För att avgöra om sjukskrivning är rätt för en individ, behöver läkaren väga in de faktorer som har betydelse ur ett försäkringsmedicinskt hänseende. Individens rätt till försörjning vid sjukskrivning är viktig för att individen ska kunna återhämta sig utan oro för sin ekonomi. Därför är det också viktigt att

Not. 1. Genom projektet Stöd för rätt sjukskrivning (SRS)\* utreder SKL förutsättningarna för att utveckla ett IT-baserat bedömningsstöd som kan användas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet är att hälso- och sjukvården med större träffsäkerhet och tidigare än idag ska kunna identifiera individer med ökad risk för längre sjukskrivning och de som har behov av specifika eller samordnade rehabiliteringsinsatser.

läkaren har god kännedom om Försäkringskassans rehabiliteringskedja och på vilket sätt en nedsättning av arbetsförmågan kan komma att bedömas utifrån rätten till ersättning.

En annan viktig aktör vid bedömningen av arbetsförmåga är givetvis arbetsgivaren. Denne sitter på mycket värdefull information om hur individens arbetsförmåga på bästa sätt kan tas tillvara genom skäligen stöd och anpassningar på arbetsplatsen. En väl fungerande dialog mellan individ/arbetsgivare, sjukskrivande läkare och arbetsgivare är därför viktigt för att förebygga och att förkorta sjukskrivningar.

## Effekter av nekad sjukpenning

Riksrevisionen publicerade 2016 en granskningsrapport där man studerade effekterna av ett nekande beslut om sjukpenning från Försäkringskassan.<sup>vi</sup> Utgångspunkt för granskningen var att kunskapen om vilka långsiktiga konsekvenser sjukskrivningen har för individen är mycket begränsad. Utredaren konstaterade att ett nekande av sjukpenning minskar sannolikheten att inom tre år ha lämnat arbetsmarknaden och har positiva effekter för individens arbetsutbud. Dessutom finns inget stöd för att ett nekande av sjukpenning, i genomsnitt, skulle påverka individens hälsa till det sämre. Annorlunda uttryckt, en strikt bedömning av rätten till sjukpenning ger upphov till positiva effekter på såväl individ- som samhällsnivå. Beviljande av sjukpenning, å andra sidan, ökar risken för inlåsnings effekter. Detta motsäger givetvis inte att det är gynnsamt för många individers tillfrisknande att vara sjukskriven. Men faktum är att de sjukfall som överstiger två år har blivit fler och är i genomsnitt längre under 2016 än tidigare.<sup>vii</sup> Enligt Försäkringskassan beror detta bland annat på avskaffandet av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen.

## Bipacksedel för sjukskrivning

För att förtydliga att sjukskrivning i praktiken är en ordinerad insats liknande läkemedel, som även riskerar att ge bieffekter liknande läkemedel, har Stockholms läns landsting tagit fram en bipacksedel för sjukskrivning. Bipacksedeln informerar den sjukskrivne om vad denne ska tänka på för att optimera återhämtningen och minimera bieffekterna under sjukskrivningsperioden. Den informerar också om hur arbetsgivaren och Försäkringskassan kommer att bedöma rätten till ersättning på kort och lång sikt.

Patientinformation

### Bipacksedel sjukskrivning

För dig som blivit sjukskriven är det viktigt att veta att sjukskrivning kan ha effekter som inte är gynnsamma för din återhämtning.

Vid sjukskrivning är det viktigt att den vanliga strukturen på dagen försvinner. Du vänder på dygnet, kommer in och ut och åter på oregelbundna tider. Om du redan röker eller dricker lite för mycket kan det bli värre.

En längre tids sjukskrivning kan leda till att du blir isolerad och känner dig folkskydd. Du vägrar eller kan inte röra på dig eller träna som du brukar och orar dig för hur det ska gå att komma tillbaka till jobbet. Du kan också känna obefogade skuld- och skämlänor, mot både arbetskamrater och familjemedlemmar.

**Här följer några saker som du själv kan göra för att din sjukskrivningstid ska kunna ge dig den återhämtning du behöver:**


- Försök att komma upp i tid på morgonen och behålla dina vardagliga rutiner.
- Var noggrann med att äta frukost, lunch och middag på vanliga tider.
- Försök att komma ut en stund varje dag.
- Fokusera på sådant du tycker om och mår bra av. Det kan vara din hobby eller att prata med någon som är viktig för dig. Ta hand om Dig helt enkelt!
- Motionera i den mån ditt tillstånd tillåter. Motion hjälper mot stress, sömnproblem och nedstämdhet som kan följa av sjukdom.
- Håll kontakten med dina arbetskamrater och din chef. Du kan be vården, facket eller någon närstående om hjälp om det är svårt i kontakten med arbetsplatsen.
- Planera för hur det kan se ut när du ska börja arbeta igen, även om det inte är dags ännu.

**Allmän information om sjukskrivning**

Det är bara om du har en sjukdom eller skada som det är aktuellt med sjukskrivning. Svåra livshändelser, konflikt på arbetet och annat kan göra att man mår dåligt, men ger inte rätt till sjukpenning.

Vid sjukskrivning ska läkaren bedöma hur sjukdomen nedsätter din fysiska och psykiska förmåga och hur detta i sin tur påverkar din möjlighet att göra olika saker. Om din nedsatta förmåga begränsar dina möjligheter att arbeta måste detta beskrivas tydligt i ett sjukintyg. Därför är det bra om du kan beskriva dina arbetsuppgifter vid läkarbesöket.

Stockholms läns landsting  
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909, 102 39 Stockholm  
Telefon: 08-123 132 00

 **Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen**  
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Patientinformation

Ett sjukintyg från läkaren är ett underlag för att arbetsgivaren eller Försäkringskassan ska kunna bedöma din rätt till ersättning. Sjukintyget i sig är därför ingen garanti för att arbetsgivaren betalar sjuklön de första två veckorna eller att Försäkringskassan beviljar sjukpenning därefter. Har du frågor om din ersättning ska du prata med din arbetsgivare eller med Försäkringskassan.

**Några viktiga punkter att tänka på:**

- Glöm inte att göra en sjuknämnan till Försäkringskassan, eller kolla att din arbetsgivare gjort det.
- Arbetsgivaren är skyldig att anpassa jobbet så att du kan arbeta även om du inte är helt återställd. Prata med din chef.
- Du kan alltid själv avbryta din sjukskrivning och gå tillbaka till jobbet.
- Se till att du har rätt information om de kollektivavtal och försäkringar som gäller för din anställning.
- Om du är arbetsökande gäller vissa andra regler, ta reda på vad som gäller dig.

**Så här bedömer Försäkringskassan din rätt till ersättning:**

**Dag 14-90** De första tre månaderna bedöms din förmåga att klara dina nuvarande arbetsuppgifter.

**Dag 91-180** Om du är fortsatt sjukskriven efter tre månader har du rätt till sjukpenning om du inte klarar dina vanliga arbetsuppgifter eller några andra uppgifter som din chef kan erbjuda.

**Dag 181-364** Efter sex månader kan du få sjukpenning om du inte kan utföra något arbete på hela den vanliga arbetsmarknaden. Det betyder att om du bedöms klara ett enklare arbete på del- eller heltid, kan din rätt till sjukpenning begränsas i samma omfattning. Det finns undantag till exempel om det är mycket troligt att du kan komma tillbaka till ett arbete hos din arbetsgivare inom ett år från att du blev sjuk.


**Dag 365** Efter ett års sjukskrivning kan du få sjukpenning om du över huvudtaget inte kan utföra något arbete på hela den vanliga arbetsmarknaden. Det här är en viktig tidsgräns som är bra att känna till.

Tidsgränserna gäller oavsett om du är sjukskriven hel- eller deltid. Om du har en allvarig sjukdom kan det finnas undantag från dessa tidsgränser.

Du måste själv ta reda på vilka regler som gäller när du är sjukskriven. Titta gärna på Försäkringskassans hemsida om vilka rättigheter och skyldigheter du har som sjukskriven.

FÖRKÖM, Stockholms läns landstings försäkringsmedicinska kommitté

Stockholms läns landsting  
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909, 102 39 Stockholm  
Telefon: 08-123 132 00

 **Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen**  
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Bipacksedel för sjukskrivning





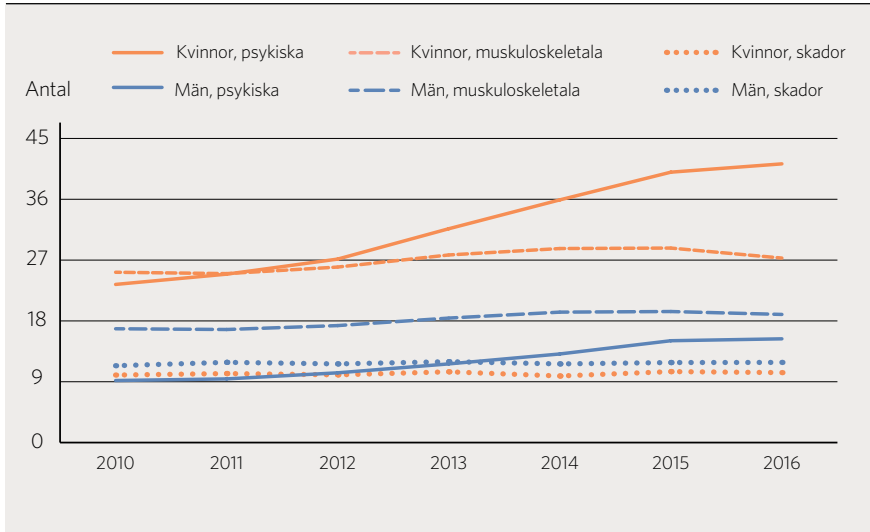
## Diagnoser

Av det tjugotal diagnoshuvudgrupper som Försäkringskassan använder finns det två som dominerar i befolkningen – *psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar* och *sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven*. Dessa utgör tillsammans och över tid mer än hälften av diagnoserna, och under de senaste cyklerna av hög sjukfrånvaro är det de psykiska diagnoserna som dominerar.

Sjukfrånvaro med psykiska diagnoser genererar generellt sett långa sjukfall, vilket gör att de framträder extra tydligt i statistiken över pågående sjukfall. Att frånvaro på grund av psykiska diagnoser genererar långa sjukfall innebär, förutom lidande för individen, att de utgör en stor del av kostnaden för sjukförsäkringen. Detta bidrar till att dessa diagnoser är särskilt prioriterade av Försäkringskassan. Diagnoserna är också vanligare i yngre åldersgrupper, vilket i sig är oroande.

Sedan 2014 är psykiska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivning totalt sett. Det är en majoritet kvinnor som sjukskrivs på grund av psykiska diagnoser. Bland män dominerar fortfarande sjukdomar i rörelseorganen vad gäller nya sjukfall.

DIAGRAM 7. Antal startade sjukfall per 1 000 sysselsatta - fördelat på diagnosgrupp, kön och år, 2010-2016

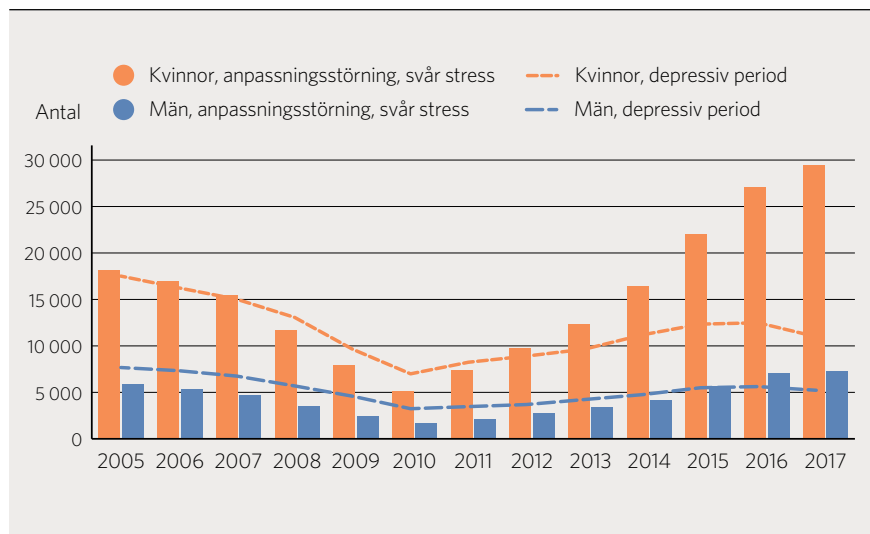


Källa: Försäkringskassan

Inom huvudgruppen psykiska diagnoser har den största ökningen skett i undergruppen *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress*, som under 2016 låg bakom ungefär hälften av alla startade sjukskrivningar. Näst vanligast är *förstämningssyndrom*. Dessa två diagnosgrupper utgör tillsammans drygt 90 procent av alla påbörjade sjukfall med psykiska diagnoser och därmed större delen av sjukskrivningarna totalt sett.

Antalet individer med pågående sjukskrivning för just *anpassningsstörningar och svår stress* har varierat kraftigt, men ökat markant under senare år. Särskilt bland kvinnor där sjukfallen ökade med 25 000 fall – 500 procent – mellan 2010 och 2017. Antalet pågående sjukfall med diagnosen *depressiv period* fluktuerar på liknade sätt, men de senaste årens uppgång är inte alls lika kraftig. Tillsammans var dock antalet pågående fall med dessa två diagnosgrupper i princip detsamma år 2005 som år 2017, sett till män och kvinnor sammanslaget.

DIAGRAM 8. Antal pågående sjukfall med diagnoserna "anpassningsstörningar och reaktion på svår stress" samt "depressiv period", 2005-2017<sup>2</sup>



Källa: Försäkringskassan

Särskilt de senaste årens utveckling av *anpassningsstörningar och svår stress* är i högsta grad anmärkningsvärd – oavsett vad den beror på. Motsvarande utveckling inom områdena hälsa, arbetsmiljö, arbetssjukdomar eller arbetsorsakade besvär går inte att utläsa någonstans.

Samtidigt har de pågående sjukfallen med diagnosen "Ryggvärk" minskat med nära 70 procent mellan åren 2005 och 2017. Från 19 500 fall till 5 800 fall.

Även AFA Försäkrings statistik över fördelningen av de vanligaste diagnosgrupperna för godkända långa sjukfall (>90 dagar) eller månadsersättning visar tydligt att diagnoserna rörande psykiska sjukdomar är vanligast och dessutom ökar kraftigt, inte minst i kommuner och landsting. Sjukdomar i det muskuloskeletala systemet och bindväven är den näst vanligaste diagnosen. Övriga diagnoser är betydligt mindre vanliga vid längre sjukskrivningar än dessa två dominerande diagnosgrupper.

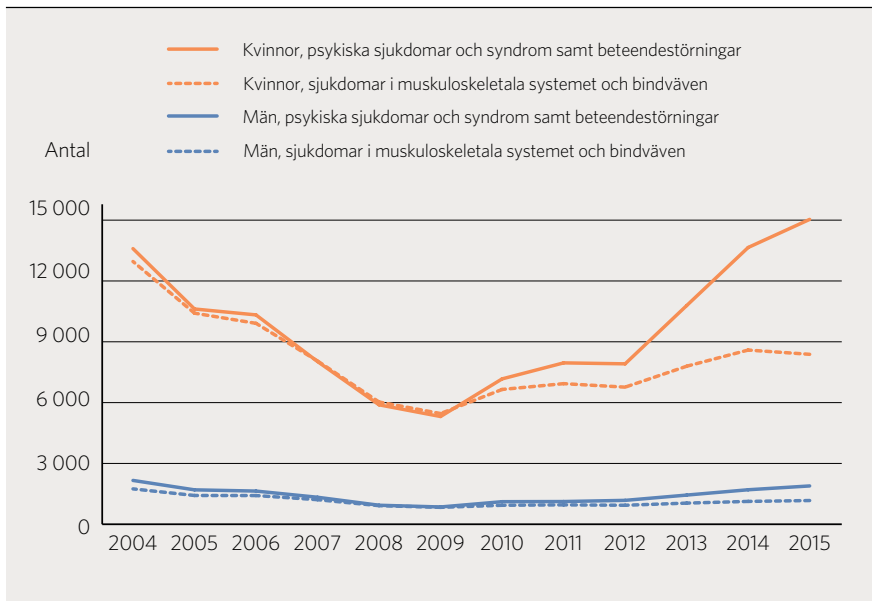
Not. 2. Diagnosgruppen omfattar i huvudsak underdiagnoserna; akut stressreaktion, posttraumatiskt stressyndrom, anpassningsstörning och utmattningssyndrom. Diagnosen utmattningssyndrom accepterades som diagnos av Socialstyrelsen år 2005, varför diagrammet inte går längre tillbaka än så.

Det bör dock betonas att i jämförelse med situationen vid förra cykeln av hög sjukfrånvaro (2002–2003) är den rådande nivån på längre sjukfrånvaro (>90 dagar) på grund av psykiska diagnoser, precis som all sjukfrånvaro, fortfarande relativt låg. Detsamma gäller längre sjukfrånvaro på grund av sjukdomar i det muskuloskeletala systemet.

I likhet med den totala sjukfrånvaron skiljer sig sjukfrånvaron på grund av psykiska diagnoser väsentligt åt mellan könen. År 2015 var antalet kvinnor, anställda i kommuner och landsting, som uppbar ersättning från AFA Försäkring för långvarig sjukfrånvaro med psykiska sjukdomar ungefär sju gånger större än antalet män. Skillnaderna i antalet godkända långa sjukfall på grund av sjukdomar i det muskuloskeletala systemet är ungefär desamma. Observera dock att det är fem gånger fler kvinnor än män som arbetar inom kommuner, landsting och regioner.

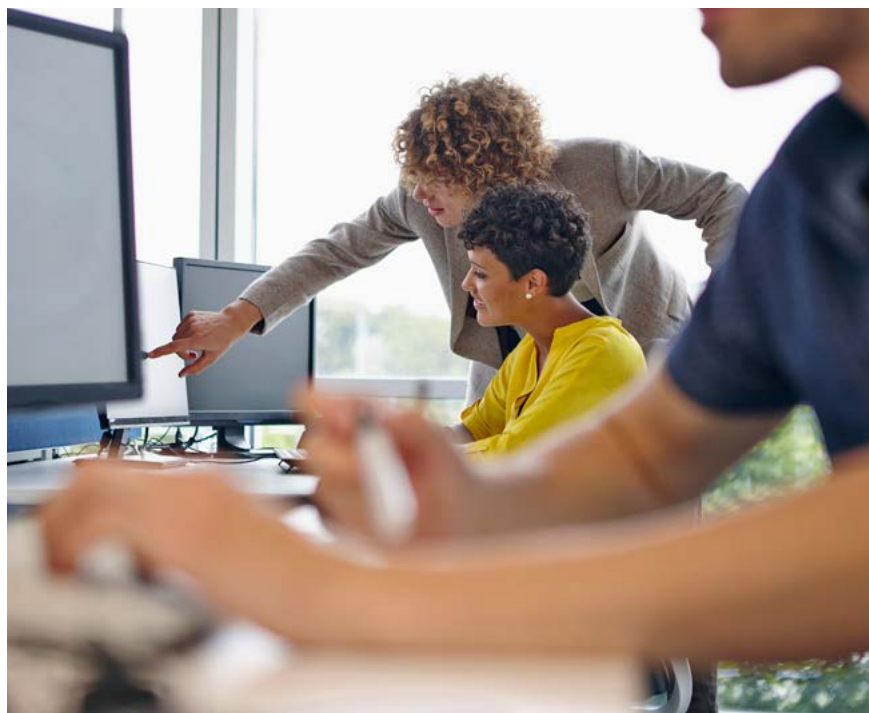
De senaste årens fluktuationer i den långa sjukfrånvaron är också betydligt lindrigare bland män än bland kvinnor.

**DIAGRAM 9.** Antal godkända långa sjukfall (>90 dagar) inom diagnosgrupperna psykiska sjukdomar och sjukdomar i muskuloskeletala systemet, efter kön.<sup>3</sup> Kommuner och landsting 2004–2015 (På grund av ändrad diagnosindelning finns tyvärr inte statistik längre tillbaka än 2004.)



Källa: AFA Försäkring 2017

Not. 3. Observera att andelen kvinnor i sektorerna är ca 80 procent. Det är alltså inte antalet män respektive kvinnor som är det intressanta här utan utvecklingen över tid.



Sammantaget är det fullt naturligt att uppgången i sjukfrånvaro totalt sett i Sverige även syns på att de huvudsakliga diagnosgrupperna ökar. Sjukfrånvaronivån går i cykler, vilket innebär att även frånvaroorsakerna går i cykler. Att diagnosgrupperna psykiska sjukdomar och sjukdomar i det muskuloskeletala systemet går upp i kommuner och landsting är i linje med den totala ökningen av sjukfrånvaron i de diagnosgrupperna.

Som tidigare beskrivits är det faktum att sjukfrånvaron går i cykler ett svår-förklarligt fenomen. Ytterligare ett svårförklarat faktum är att även kurvorna över de psykiska diagnoserna går i cykler. Det förefaller vara ett mycket komplicerat samband som knappast enbart hänger samman med den psykosociala eller den fysiska arbetsmiljön.

Medan den psykiska ohälsan ökar kraftigt så har antalet muskuloskeletala sjukdomar endast påverkats marginellt. Det finns en rad kopplingar mellan dessa båda diagnosgrupper, till exempel att personer med muskuloskeletala problem ofta är känsliga för stress. En person som har kronisk värk i rygg, nacke eller axlar löper även större risk för att bli deprimerad. Och en person som drabbats av psykisk ohälsa kan få långvarig smärta. Diagnoserna har med andra ord och i vissa bemärkelser överlappande symptom. Forskning visar att

allmänläkare i Danmark, Norge eller Sverige bedömer patienter med stress- och smärtproblematik väldigt olika avseende vilken diagnos som ställs.<sup>viii</sup> En minskad stigmatisering av psykisk ohälsa kan ha bidragit till att allt fler vågar beskriva sitt bristande välmående utifrån psykiska faktorer. Mot bakgrund av de kopplingar som finns mellan psykisk ohälsa och muskuloskeletala sjukdomar har det debatterats i vilken omfattning val av diagnoser påverkas av hur Försäkringskassan beviljar sjukskrivningar.

## Diagnoserna och sjukfrånvaron

Begrepp som hälsa och arbetsförmåga är relativa. Det finns en rad olika faktorer som påverkar hur en person upplever sin hälsa som inte behöver vara kopplade till den faktiska hälsan. En persons arbetsförmåga kan vara svår att fastställa utifrån självupplevd hälsa. Till exempel är svårt att dra en gräns mellan uttryck som trötthet och håglöshet och det som kan diagnostiseras som psykisk ohälsa. Det handlar inte alltid om objektiva medicinska mätningar, utan snarare om hur en individ uttrycker sin självskattade hälsostatus och hur den uppfyller ett antal kriterier. Ofta är det svårare att fastställa arbetsförmågan för personer med psykisk ohälsa än för personer med en fysisk åkomma. Dessutom påverkar psykisk ohälsa funktioner som är väsentliga för de flesta arbeten. Det kan vara svårare att hitta andra arbetsuppgifter eller göra arbetsanpassningar för en person med psykisk ohälsa än för en person med fysiska problem. Lämplig sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete kan också vara svår att bedöma. I en forsknings-sammanställning från Karolinska Institutet har kunskapsläget gällande psykisk ohälsa och återgång i arbete undersökts. I denna rapport konstaterades att det inte finns något tydligt samband mellan återgång i arbete och omfattning av psykiska symtom. Dessutom är kopplingen mellan minskning av symtom och återgång i arbete vag.<sup>ix</sup>

Det kan vara svårt att få en bild av på vilket sätt den psykiska ohälsan påverkar sjukfrånvaron på den svenska arbetsmarknaden. Begrepp, analyser och tolkningar av statistik kan ge en viss bild beroende på val av utgångspunkter. I debatten fokuseras ofta på ökande press och stress i det moderna, ständigt uppkopplade, arbetslivet vilket gör att människor blir sjuka, eller att hög arbetsbelastning och övertidsuttag gör att personalen går på knäna och tvingas sjukskriva sig. Samtidigt visar Arbetsmiljöundersökningen att den upplevda stressen i arbetslivet är relativt konstant över tid och att individer med mer övertid har lägre sjukfrånvaro. Detsamma gäller ledarskapsfrågor, vars brister ofta nämns som orsaker till dålig arbetsmiljö och höga sjuktal. Även här finns det belägg för att det är en sanning med modifikation; stödet från chefer upplevs som stabilt över tid.<sup>x</sup>

På enskilda arbetsplatser har arbetsmiljön naturligtvis stor betydelse för både hälsan och sjukfrånvaron. FORTES kunskapsöversikt Psykisk ohälsa i arbetsliv och samhälle visar att det finns ett samband mellan arbete, psykisk hälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete i kombination höga krav och låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning samt rollkonflikter.

Kopplingar mellan diagnostiserad ohälsa och upplevelsen av ohälsa är självklara även om det finns undantag och skillnader. En av dessa skillnader tydliggörs genom det som historiskt kallats för kultursjukdomarna.<sup>xi</sup> Det är sådana åkommor som talas om i "folkmun" och beskrivs i media, men samtidigt inte accepteras inom hälso- och sjukvården. Vår samtids ständigt ökande antal diagnoser speglar mer än fysiologiska och biokemiska förändringar i kroppen. De projicerar även samtidens kulturella värderingar, människosyn och förhållanden i samhälle och arbetsliv. Ett generellt problem när man talar om sjukskrivningar handlar om när individen inte känner sig frisk men enligt samhällets diagnosmetoder inte har någon sjukdom. I andra änden av detta spektrum återfinns personer som har en diagnos och samtidigt mår utmärkt.<sup>4</sup> Vad gäller sjukskrivningar handlar det om att bedöma arbetsförmåga. Det är, som tidigare beskrivits, inte sjukdomen i sig som ger rätt till ersättning från sjukförsäkringen utan sättet som sjukdomen sätter ner förmågan (aktivitetsbegränsning) att utföra arbete.

Not. 4. Inom forskning används ofta begreppet response shift. Det är en process av anpassning som tillåter personerna att uppleva livskvalitet och välmående trots förändringar i hälsa vilket exempelvis kan handla om att man fått en kronisk sjukdom. Vi förändrar normalitetsläge beträffande upplevd hälsa och anpassar oss till nya situationer och förändringar i hälsostatus vilket gör att vi kan uppleva livskvalitet och välmående.





## Regionala skillnader

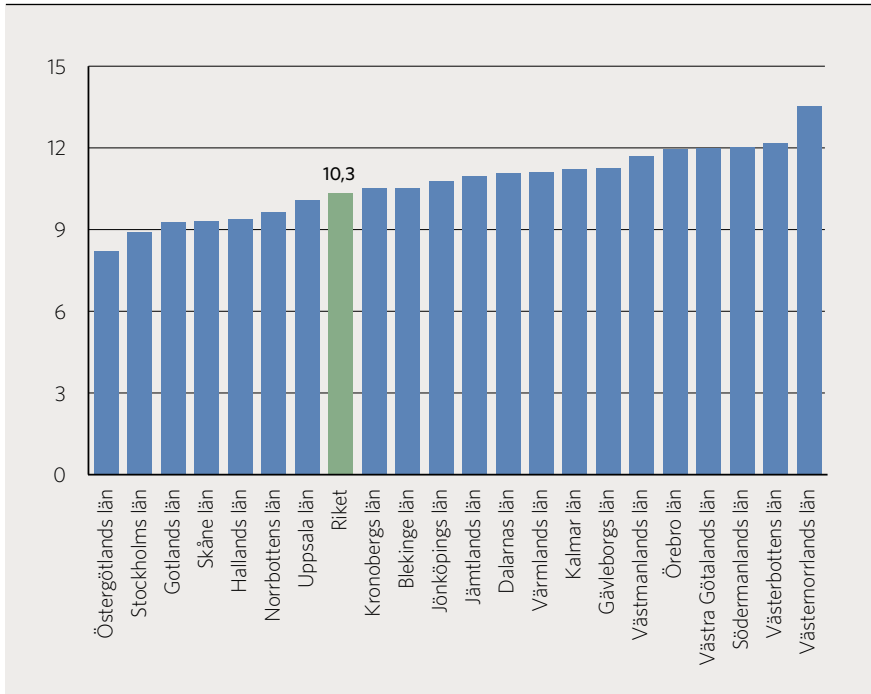
De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro är påtagliga, såväl sett till befolkningen som enskilda sektorer och branscher. Detta faktum har länge varit en fråga för diskussion och studier. Orsakerna är många och från Försäkringskassans håll har man primärt lyft fram orsaker på individ- och samhällsnivå men även att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan tillämpar regelverket på olika sätt i olika delar av landet. Skillnaderna i bedömning och tillämpning i försäkringen var en av anledningarna till att Riksförsäkringsverket och de 21 försäkringskassorna slogs samman till en och samma myndighet – Försäkringskassan – år 2005. Det var även en av flera anledningar till att Socialstyrelsen successivt från 2008 har infört ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för läkare. Det har idag bred spridning och sågs under 2016 över i de delar som rör psykiska diagnoser.

Försäkringskassans analyser visar emellertid att de regionala skillnaderna även påverkas av faktorer på arbetsmarknaden, befolkningens sammansättning och attityder.<sup>xiii</sup>

Att utmaningarna på de här områdena uppmärksammas och förändringar har vidtagits har också lett till att de regionala skillnaderna i sjukfrånvaro sedan den förra cykeln av riktigt hög sjukfrånvaro totalt sett har minskat, även om de fortfarande är väsentliga. Det går också att konstatera att de regionala skillnaderna samvarierar med den totala sjukfrånvaron på så vis att när den är hög så är även de regionala skillnaderna större. En konsekvens av de regionala skillnaderna är att regeringen till exempel inte förväntar sig att nå sjukpenningtalet om nio dagar år 2020 i alla län, utan snarare att alla län ska bidra till att målet nås. Det vill säga att sjukpenningtalet ska minska i alla län – vilket det också gör sedan våren 2017 – och att skillnaderna dem emellan samtidigt ska minska.

Alla rikets län låg sommaren 2017 under den av Försäkringskassan beräknade projektionen för att nå målet. Det län som var sist med att notera ett sjukpenningtal under projektionen var Västernorrland, som också ligger högst i landet med sina 13,5 dagar i september 2017. Inget annat län har heller varit i närheten av så höga sjukpenningtal som Västernorrland under de senare årens cykel av hög sjukfrånvaro.

DIAGRAM 10. Sjukpenningtalet per län, september 2017



Källa: Försäkringskassan 2017

## Skillnader mellan kommuner, landsting och regioner

De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro bland anställda i kommuner, landsting och regioner följer till viss del de skillnader som finns på hela arbetsmarknaden. Tabellen nedan visar att landets högsta sjuktal bland kommunalt anställda på länsnivå återfinns i Västernorrland, Örebro och Västra Götaland. Lägst sjukfrånvaro bland kommunalt anställda är det i Gotlands, Uppsala, Östergötlands och Hallands län.

Tabellen visar även att den lägsta sjukfrånvaron i landstingen och regionerna återfinns i Region Gotland, Region Halland, tätt följt av Region Kalmar och Landstinget Värmland. Högst sjukfrånvaro bland landstingen har Landstinget Västernorrland.

**TABELL 1. Andel sjukfrånvarande efter landsting/region samt kommuner per län**

Avser sjukfrånvaro minst 30 dagar i följd med sjukpenning i november 2016.

Landsting/regioner	Sjukfrånvaro, %	Kommuner per län	Sjukfrånvaro, %
Region Gotland*	3,3	Gotlands län*	3,3
Region Halland	3,6	Uppsala län	3,3
Landstinget Kalmar	3,7	Östergötlands län	3,6
Landstinget Värmland	4,0	Hallands län	4,2
Stockholms läns landsting	4,1	Stockholms län	4,8
Norrbottns läns landsting	4,1	Skåne län	4,8
Landstinget Uppsala	4,3	Norrbottns län	4,8
Region Jönköpings län	4,3	Värmlands län	4,8
Region Skåne	4,3	Blekinge län	5,0
Region Gävleborg	4,3	Gävleborgs län	5,0
Region Östergötland	4,4	Jönköpings län	5,0
Region Kronoberg	4,4	Dalarnas län	5,1
Landstinget Blekinge	4,4	Jämtlands län	5,2
Landstinget Dalarna	4,5	Kalmar län	5,2
Region Örebro län	4,7	Kronobergs län	5,3
Region Jämtland Härjedalen	4,9	Västmanlands län	5,3
Västra Götalandsregionen	5,0	Södermanlands län	5,5
Landstinget Västmanland	5,0	Västerbottens län	5,6
Landstinget Sörmland	5,2	Västra Götalands län	5,8
Västerbottens läns landsting	5,3	Örebro län	5,8
Landstinget Västernorrland	5,8	Västernorrlands län	6,7
<b>Totalt</b>	<b>4,5</b>	<b>Totalt</b>	<b>5,0</b>

Källa: SKL:s personalstatistik (\*Region Gotland och Gotlands län inbegriper samma personer)

Totalt sett är sjukfrånvaron lägre i landsting och regioner än i kommunerna, men spridningen är större i kommunerna.

Skillnaden mellan den kommun som har högst och lägst sjukfrånvaro är 8 procentenheter. Det är en minskning från cirka 10 procentenheter år 2005.



## De regionala skillnadernas orsaker

Ur ett arbetsgivarperspektiv är det särskilt intressant att notera de orsaker till regionala skillnader som vanligtvis lyfts fram. Här nämns Försäkringskassans bedömning, hälso- och sjukvårdens bedömning, faktorer på arbetsmarknaden (en svag arbetsmarknad innebär ofta hög sjukfrånvaro), befolkningens sammansättning och attityder i samhället. I princip framförs aldrig uppfattningen att arbetsmiljön skiljer sig åt i olika delar av landet, men faktum kvarstår att det sällan tas hänsyn till regionspecifika mönster när sjukfrånvaron bland de anställda i en enskild kommun eller landsting diskuteras. Låt oss exemplifiera.

När sjukfrånvarosituationen bland de anställda i en kommun som Sundsvall eller ett landsting som Landstinget Västernorrland avhandlas – bägge med en sjukfrånvaronivå som är bland de högsta i landet inom respektive sektor – så handlar diskussionen om vad de kan förbättra som arbetsgivare. Sikte tas på vilka arbetsmiljöförbättringar arbetsgivarna skulle kunna vidta för att komma tillrätta med situationen – och arbetsmiljön är ofrånkomligen en viktig fråga. Men för att skapa en korrekt problembeskrivning och få bästa förutsättningar att verkligen komma tillrätta med situationen är det nödvändigt att även väga in andra specifika omständigheter. Omständigheter som berör den regionala kontext där Sundsvalls kommun och Landstinget i Västernorrland befinner sig.

De ligger båda i Västernorrlands län, där sjukfrånvaron bland befolkningen är högst i landet. Det finns rimligen en rad olika bakomliggande orsaker till tillståndet i länet, och för att förstå sjukfrånvarosituationen bland de anställda i just Sundsvalls kommun och Landstinget i Västernorrland till fullo måste dessa vägas in. Här åsyftas just regionspecifika förutsättningar beträffande *Försäkringskassans arbetssätt, arbetsmarknadssituationen, hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar, kommunikationen mellan inblandade intressenter samt attityder till sjukskrivningar* i Västernorrlands län generellt.

Det är inga lätta analyser att göra, men utan helhetsbilden riskerar även arbetsmiljöinsatserna hos arbetsgivarna i länet att bli felriktade och ineffektiva.



## Köns- och åldersskillnader

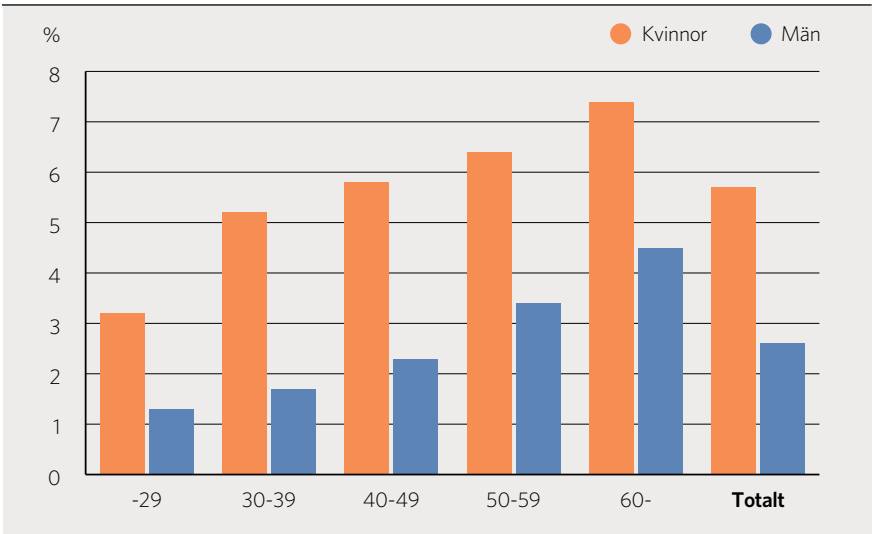
Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan könen är påtagliga på hela arbetsmarknaden och kvinnor har totalt sett ungefär dubbelt så hög sjukfrånvaro som män. Den könsuppdelade arbetsmarknaden och det faktum att övervikten kvinnor är så tydlig i kommuner, landsting och regioner, där hela 80 procent av de anställda är kvinnor, innebär att den sammantagna sjukfrånvaron i sektorerna blir hög.

Just därför är den relativt sett höga sjukfrånvaron bland kvinnor i jämförelse med män inom kommuner, landsting och regioner en stor utmaning. Den problematiken är även i fokus för SKL:s arbete med ohälsa generellt och sjukfrånvaro i synnerhet. Mönstret i dessa påtagliga könsskillnader består också oavsett om sjukfrånvaron för stunden är hög eller låg, vilket i sig är en intressant utveckling. Sett utifrån regionala skillnader har sjukfrånvaron minskat betydligt mer där den tidigare varit som högst. Detta brukar vanligtvis förklaras med att det är lättare att minska där stocken är som störst. Men den analysen stämmer inte vad gäller könsskillnaderna. Kvinnors relativt sett högre sjukfrånvaro har blivit svår att förändra oavsett hur hög den totala sjukfrånvaron är.

Totalt sett har kvinnor i kommuner och landsting mer än dubbelt så hög sjukfrånvaro som män. I kommunerna är totalsiffrorna 5,7 respektive 2,6 procent. Sjukfrånvaron ökar med åldern, men skillnaderna mellan könen är som störst i de yngre åldersgrupperna. I åldersgruppen 30–39 år är kvinnors sjukfrånvaro drygt tre gånger så hög som mäns.

**DIAGRAM 11. Sjukfrånvaro med sjukpenning bland kommunanställda fördelat på ålder och kön, 2016**

Utvecklingen av frånvarande med sjukpenning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden. Andelar i procent av samtliga anställningar.

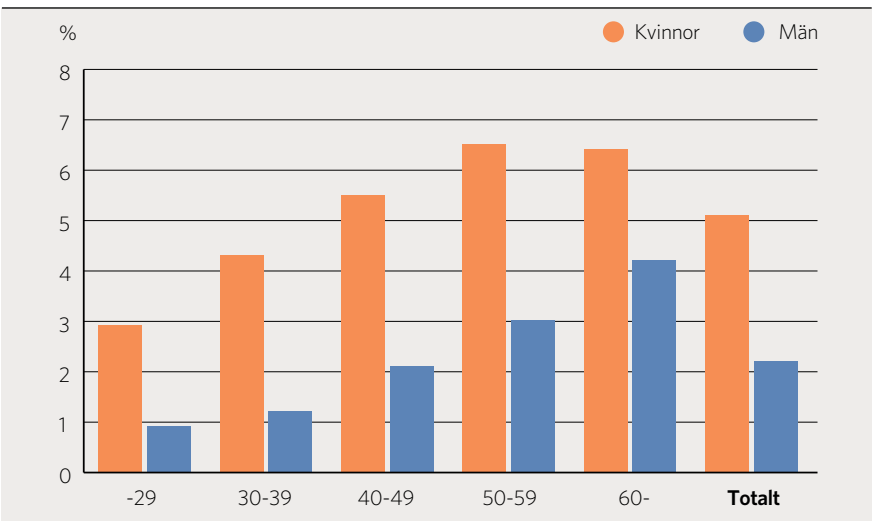


Källa: SKL:s personalstatistik

I landstingen och regionerna är totalsiffrorna 5,1 procent för kvinnor och 2,2 procent för män. Nivån är alltså något lägre än i kommunerna men skillnaden mellan könen är större i landstingen och regionerna. I åldersgruppen 30–39 år i landstingen är kvinnors sjukfrånvaro hela 3,5 gånger högre än mäns.

**DIAGRAM 12. Sjukfrånvaro med sjukpenning bland landstingsanställda fördelat på ålder och kön, 2016**

Utvecklingen av frånvarande med sjukpenning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden. Andelar i procent av samtliga anställningar.



Källa: SKL:s personalstatistik



## Ett arbetslivs- och samhällsproblem

Orsakerna till könsskillnaderna i sjukfrånvaro är komplexa. Kvinnor har både mer psykiska diagnoser och mer belastningsskador än män. Det är ett jämställdhetsproblem och en del av dessa orsaker härrör från arbetslivet.

Arbetsgivaren ansvarar för att säkerställa en god arbetsmiljö och det ansvaret ska tas på stort allvar, men det räcker inte. Det bör betonas att det under de senaste årtiondena skett omfattande förbättringar i den fysiska arbetsmiljön vilket bland annat tagit sig i uttryck i en minskning av antalet allvarliga arbetsolyckor. Dessa förbättringar har dock främst gynnat män som arbetar i privat sektor.

Andra orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro är bristande jämställdhet i samhället i stort, där kvinnor exempelvis utför en större del av hemarbetet. För att komma tillrätta med dessa problem förutsätts att hela samhället engageras.

En annan aspekt rör specifika skillnader mellan en del *könsmärkta* yrken som finns i kommuner, landsting och regioner. Kvinnor befinner sig ofta i så kallade kontaktyrken – där sjukfrånvaron generellt är hög.

IFAU konstaterar att kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns i alla länder där kvinnor har ett högt arbetskraftsdeltagande. Kvinnorna har fler sjukskrivningsdagar, högre läkemedelskonsumtion och fler läkarbesök – men samtidigt lever de längre, vilket borde indikera att de är mindre sjuka än män.

Vidare menar IFAU att familjeansvaret är avgörande för kvinnors sjukskrivningar och att det är efter det första barnet som sjukfrånvaron mellan män och kvinnor börjar skilja sig åt. Kvinnors större familjeansvar leder till sämre förankring i arbetslivet, vilket i sin tur sänker tröskeln för sjukskrivning. En rad faktorer som sänker mödrars tröskel att vara sjukfrånvarande identifieras; deltidsarbete, sämre inkomstutveckling och därmed svagare anknytning till arbetet i kombination med ökat ansvar för obetalt hem- och omsorgsarbete.

Vidare konstaterar IFAU att kvinnor är borta från arbetet längre och är inlagda på sjukhus längre än män vid samma diagnos. IFAU drar slutsatsen att det inte bara handlar om ohälsa utan att även inställning till sjukskrivning – från såväl den enskilde som myndigheter – eller upplevd hälsa har betydelse. De menar att preferenser för hälsorelaterad sjukfrånvaro är en betydande orsak till könsgapet i sjukfrånvaron. Det kan finnas skäl att anta att skillnaderna i synen på kvinnors och mäns arbete och ohälsa stöds av arbetsgivare, myndigheter och hälso- och sjukvård. Därför är det viktigt att ha ett jämställdhetsperspektiv i dessa organisationers arbete, för att motverka könsstereotyperna uppfattningar.

Oavsett vilka förklaringar som finns till kvinnors högre sjukfrånvaro är det viktigt att det inte betraktas som norm. Kvinnors sjukfrånvaro ska inte behöva vara högre än mäns, vad den än beror på.



# Verksamhets- och yrkesspecifika skillnader

Kommuner, landsting och regioner är stora organisationer och arbetsgivare. Till och med de allra minsta kommunerna kan ses som flera olika arbetsgivare med en rad olika arbetsställen och yrken. Så diversifierad är verksamheten – och därför är det även intressant att studera sjukfrånvaron på verksamhets- och yrkesnivå. Det är också på en mer detaljerad nivå som nyanser kring de utmaningar som föreligger i kommuner och landsting kommer fram.

## Sjukfrånvaron per verksamhet

Det framgår tydligt att de verksamheter i kommunerna med störst utmaning vad gäller sjukfrånvaro är *vård och omsorg* samt *förskola och skolbarnomsorg*. Dessa verksamheter också har klart högst andel kvinnor, vilket framgår av tabellen.

TABELL 2. Sjukfrånvaro i kommunverksamheter

Avser sjukfrånvaro minst 30 dagar i följd med sjukpenning i november 2016. Andelar i procent.

Kommunverksamhet	Månads- avlönade	Sjuk- frånvarande	Andel sjukfrånvaro	Andel kvinnor
Förskola och skolbarnomsorg	125 100	7 300	5,8	91
Grundskola	160 900	6 300	3,9	77
Gymnasieskola och Komvux	46 000	1 600	3,4	61
Fritid och kultur	23 500	900	3,7	59
Omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning	244 600	15 800	6,5	88
Individ och familjeomsorg	30 900	1 500	5,0	80
Övriga	133 900	5 100	3,8	61
Totalt	764 900	38 500	5,0	79

Källa: SKL:s personalstatistik

Inom landsting och regioner utmärker sig psykiatrin med betydligt högre sjukfrånvaro än övriga verksamheter, men även primärvården sticker ut med hög sjukfrånvaro. De verksamheter som har lägst sjukfrånvaro återfinns i områden utanför hälso- och sjukvården. Förhållandet mellan andelen kvinnor i verksamheten och sjukfrånvaron i densamma är inte lika tydligt som inom kommunala verksamheter, men andelen kvinnor är genomgående hög.

**TABELL 3. Sjukfrånvaro i landstingsverksamheter**

Avser sjukfrånvaro minst 30 dagar i följd med sjukpenning i november 2016. Andelar i procent.

Landstingsverksamhet	Månads- avlönade	Sjukfrån- varande	Andel sjukfrånvaro	Andel kvinnor
Primärvård	29 800	1 500	4,9	86
Specialiserad somatisk vård	118 300	5 200	4,4	84
Specialiserad psykiatrisk vård	25 300	1 400	5,5	72
Tandvård	14 000	600	4,5	89
Övriga	74 400	3 100	4,1	70
Totalt	261 800	11 800	4,5	79

Källa: SKL:s personalstatistik

## Sjukfrånvaro per yrke

Sjukfrånvaron skiljer sig väsentligt åt mellan olika personalgrupper i kommunerna, landstingen och regionerna, och fackförbundet Kommunals grupper sticker ut som de med klart högst frånvaro. Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män inom de allra flesta personalgrupper i både kommuner, landsting och regioner. Detta förhållande är tydligt vare sig vi befinner oss i perioder av hög eller låg sjukfrånvaron.

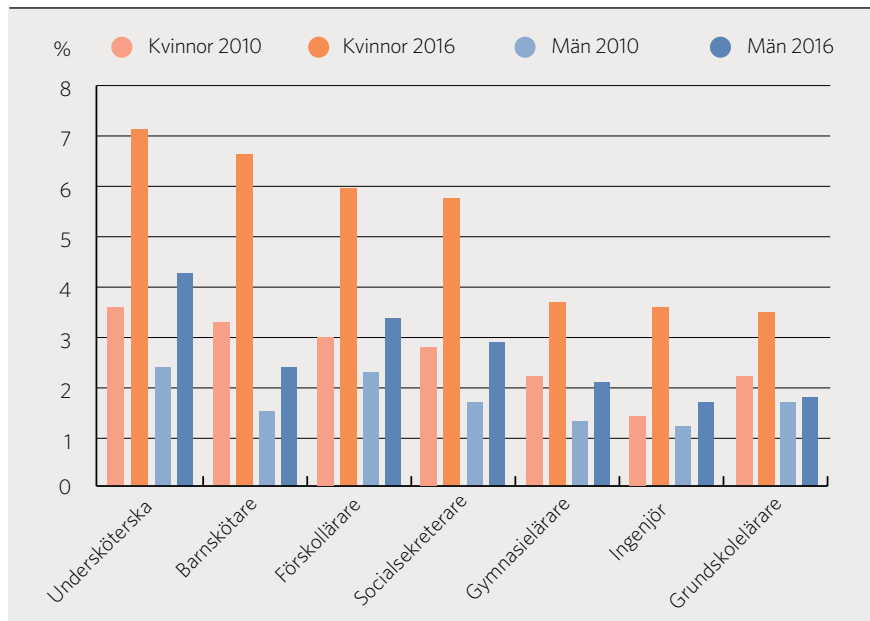
Större personalgrupper med relativt hög sjukfrånvaro inom kommunerna är undersköterskor, vårdbiträden, barnskötare och personliga assistenter, men även de mindre personalgrupperna inom städ, tvätt och renhållningsarbete har mycket hög frånvaro.

Räddningstjänstarbete, ingenjör och ledningsarbete är de personalgrupper i kommunerna som har lägst sjukfrånvaro. Även de stora personalgrupperna grundskolelärare och gymnasielärare har relativt låg sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron i dessa personalgrupper har dessutom ökat mindre än de flesta andra grupper sedan 2010–2011 då sjukfrånvaron började stiga igen.

Det är också tydligt att relationerna i nivåer mellan olika personalgrupper består oavsett var i sjukfrånvarocykeln man befinner sig.

### DIAGRAM 13. Sjukfrånvaro i några personalgrupper, kommuner 2010 och 2016

Utvecklingen av frånvarande med sjukpenning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden. Andelar i procent av samtliga anställningar.



Källa: SKL:s personalstatistik

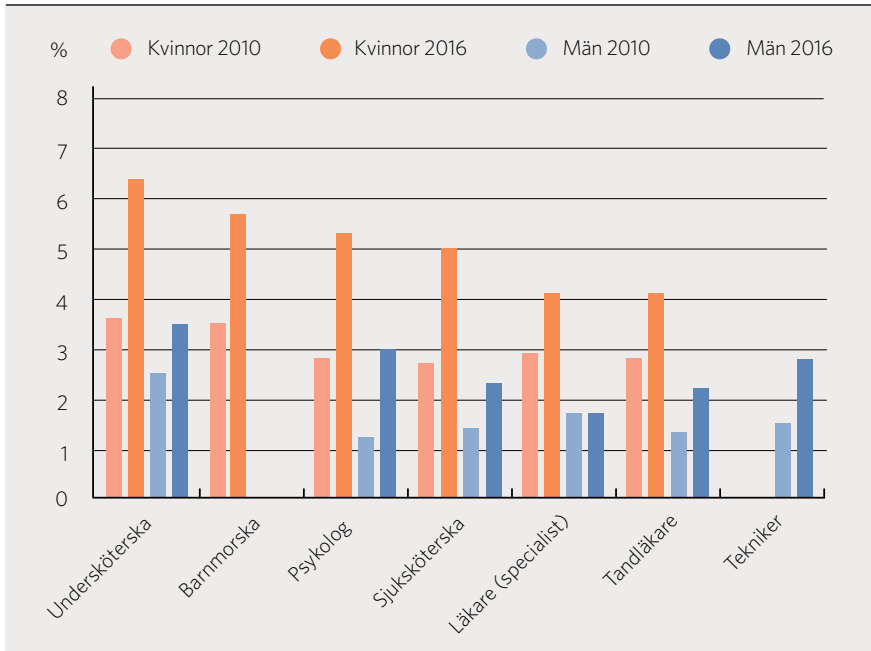
I vissa yrken är könsfördelningen så sned att det rör sig om ett mycket litet antal anställda av det ena könet. Därför är det olämpligt att dra några slutsatser om dessa gruppers sjukfrånvaro utifrån statistiken, vilket gäller kvinnliga tekniker i såväl kommuner som landsting, samt manliga barnmorskor i landstingen och regionerna.

Undersköterskor och vårdadministratörer är de personalgrupper i landstingen med högst sjukfrånvaro. Även de som arbetar med socialt och kurativt arbete samt städ och renhållning har omfattande frånvaro.

Ledningsarbete, läkare och ingenjörer är de personalgrupper i landstingen och regionerna med totalt sett lägst sjukfrånvaro, men även handläggare och tekniker har relativt låg frånvaro.

**DIAGRAM 14. Sjukfrånvaro i några personalgrupper, landsting/regioner 2010 och 2016**

Utvecklingen av frånvarande med sjukpenning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden. Andelar i procent av samtliga anställningar.



Källa: SKL:s personalstatistik

## Olika yrken - olika utmaningar

Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan olika verksamheter och yrken borde, till skillnad från fluktuationerna över tid, bero på arbetsplatsens karaktäristika i olika avseenden. Men det tydligaste mönstret är att den totala nivån på sjukfrånvaron inom verksamhetsområdet, liksom den övriga arbetsmarknaden, samvarierar med andelen kvinnor i yrket. Även män i kvinnodominerade verksamheter har en relativt sett hög sjukfrånvaro. Ett annat viktigt mönster är att verksamheter med relativt låg utbildningsnivå bland de anställda tenderar att ha högre sjukfrånvaro. Det är tydligt att verksamheter där fackförbundet Kommunals grupper är stora sticker ut i detta sammanhang.

Att det finns en generell korrelation mellan högre utbildning, bättre hälsa och lägre sjukskrivningsnivåer är inget unikt för den svenska arbetsmarknaden, utan stämmer in på flera länder som har ett liknande socialförsäkringssystem. Det kan emellertid utgöra en delförklaring till varför vissa yrkesgrupper med generellt sett lägre utbildningsnivåer sticker ut i statistiken inom kommuner och landsting.

En viktig faktor som har fått ökad uppmärksamhet på senare år är det faktum att yrken som innebär kontakt med andra människor, så kallade kontaktyrken, tenderar att vara en riskfaktor för sjukfrånvaro. Verksamheterna i kommuner, landsting och regioner består i hög grad av just kontaktyrken. De kännetecknas av att de ofta är mer psykiskt påfrestade och riskerar att få anställda att känna sig otillräckliga, stressade och att de kan ha svårt att koppla bort tankar på jobbet under fritiden. Den typen av känslor verkar uppstå lättare i kontakten med andra människor än i kontakten med materiella ting. När personal inom kontaktyrken inte kan ge det bemötande de upplever att brukare eller vårdtagare behöver kan känslan av att inte räcka till bli en belastning. Det har kallats för samvetsstress och visat sig vara en betydelsefull stressfaktor som ibland kan vara en av de bakomliggande orsakerna till psykisk ohälsa.

Till fördelarna hör å andra sidan att anställda inom kontaktyrken i kommunerna, landstingen och regionerna upplever att de är engagerade, motiverade och känner att deras jobb gör skillnad, i jämförelse med många andra grupper på arbetsmarknaden.

En viktig aspekt att tänka på i analysen av detta problem är att det sannolikt är ungefär samma faktorer som å ena sidan gör yrkena meningsfulla, spännande och givande som också gör dem påfrestade. Det gäller att försöka minimera och hantera riskerna i kontaktyrken utan att samtidigt ta bort det som känns engagerande och givande för många medarbetare. Att hitta denna balans är oerhört viktigt i arbetsmiljöarbetet.

## En känsla av sammanhang

Hur en individ klarar av stressituationer, vilket är avgörande för hälsotillståndet, kan enligt sociologen Aaron Antonovsky förklaras av individens ”känsla av sammanhang” (KASAM). Antonovskys teori om detta består av tre delar; upplevelsen av fenomen i vår psykologi såväl som omvärlden (begriplighet), att de resurser som krävs för dessa fenomen finns tillgängliga (hanterbarhet), samt en delaktighet i livets utmaningar (meningsfullhet). KASAM-teorin har även applicerats på förhållanden i arbetslivet som en faktor som är gynnsam för psykisk hälsa. Generellt upplever alltså personer som arbetar inom vård, skola och omsorg i högre grad än arbetstagare generellt på arbetsmarknaden att deras arbete är meningsfullt. Förhållandena varierar dock beträffande möjlighet att hantera arbetssituationen. Troligen är det så att ett meningsfullt arbete generellt är en gynnsam faktor samtidigt som samma förhållande skapar extra mycket frustration vid brist på hanterbarhet. Detta skulle innebära att personer inom kontaktyrken i exempelvis vård, skola och omsorg kan vara extra känsliga för bristande hanterbarhet beträffande deras arbetssituation.





# Personal- och kompetensförsörjningsperspektivet

Som beskrivits tidigare finns det en utbredd uppfattning om att sjukfrånvarofrågan inte kan lösas om inte arbetsgivare förstår vilka konsekvenser den har för den egna verksamheten. En tes är att många arbetsgivare har både bristande kunskap och otillräckliga incitament för att engagera sig i frågan. Ofta framhålls kännedom om kostnader för sjukfrånvaro som en avgörande faktor. I kommuner, landsting och regioner är det lika viktigt att fokusera på kopplingen till personal- och kompetensförsörjningen. En fråga som är helt avgörande för att klara framtida uppdrag.

Både den korta och långa sjukfrånvaron har stor inverkan på personalförsörjningen. Verksamheterna i kommuner, landsting och regioner består i hög grad av kontaktyrken, vilket medför att korttidsfrånvaro oftare måste ersättas än i verksamheter med yrken som inte arbetar med människor. Arbetsgivarna behöver ha en beredskap för hur korttidsfrånvaro ska hanteras i bemanningen med hjälp av vikarier och pooler etc.

Bara sett till den sjukfrånvaro som varar längre än 30 dagar, oavsett hel- eller deltid, genererade sjukfrånvaron 2016 ett bortfall av personal i kommunerna som motsvarade drygt 28 000 årsarbetare. I yrken med hög sjukfrånvaro är förstas bortfallet särskilt påtagligt. Sjukfrånvaron bland undersköterskor motsvarade över 6 000 årsarbetare. Inom primärt barnomsorgen försvann ungefär 2 500 barnskötare och ungefär lika många förskollärare, räknat i årsarbetare. 1 800 grundskolelärare – vilket i praktiken motsvarar ungefär en tredjedel av årskullen från grundskolläro utbildningen 2016.

**TABELL 4. Anställda och sjukfrånvarande räknat i årsarbetare, några personalgrupper, kommuner 2016**

Sjukfrånvaro med sjukpenning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden omräknat till årsarbetare, det vill säga omräknat till vad denna sjukfrånvaro motsvarar uttryckt i heltidsanställningar.

Personalgrupp	Antal årsarbetare	Sjukfrånvaro i årsarbetare	Andel (%)
Undersköterskor	105 100	6 200	5,9
Socialekreterare m fl.	25 600	1 000	4,0
Grundskolelärare	72 800	1 800	2,5
Gymnasielärare	25 300	550	2,2
Förskollärare	58 500	2 600	4,4
Barnskötare	49 600	2 500	4,9
Ingenjörer	6 800	100	1,6
Tekniker	7 300	200	2,6
Vårdbiträden, vårdare	65 100	3 500	5,4
<b>Samtliga</b>	<b>717 100</b>	<b>28 300</b>	<b>3,9</b>

Källa: SKL:s personalstatistik

I landstingen och regionerna motsvarade sjukfrånvaron längre än 30 dagar, på hel- eller deltid, drygt 8 200 årsarbetare år 2016. Hälso- och sjukvården gick miste om årsarbetare motsvarande 2 000 undersköterskor och 350 specialistutbildade läkare på grund av långvarig sjukfrånvaro. Över 2 200 sjuksköterskor försvann också, vilket motsvarar ungefär halva årskullen från sjuksköterskeutbildningen 2016.

**TABELL 5. Anställda och sjukfrånvarande räknat i årsarbetare, några personalgrupper, landsting /regioner 2016**

Sjukfrånvaro med sjukpenning på hel- eller deltid minst 30 dagar i följd under mätperioden omräknat till årsarbetare, det vill säga omräknat till vad denna sjukfrånvaro motsvarar uttryckt i heltidsanställningar.

Personalgrupp	Antal årsarbetare	Sjukfrånvaro i årsarbetare	Andel (%)
Sjuksköterskor	65 600	2 200	3,4
Undersköterskor, skötare m fl.	43 400	2 000	4,6
Läkare specialistkompetent	17 800	350	1,9
<b>Samtliga</b>	<b>252 300</b>	<b>8 200</b>	<b>3,3</b>

Källa: SKL:s personalstatistik



## Möjligheterna att klara uppdraget

Sjukfrånvaro är en utmaning för såväl enskilda individer som för samhället och arbetsgivarna. En aspekt som har mycket stor betydelse för kommuner, landsting och regioner är sjukfrånvarons faktiska inverkan på tillgången till personal och kompetens. Den framtida personal- och kompetensförsörjningen kommer att ställas på sin spets de närmaste åren. När kompetensförsörjningen är en så stor utmaning och sjukfrånvaron samtidigt är relativt hög blir det tydligt att frågorna hör ihop.

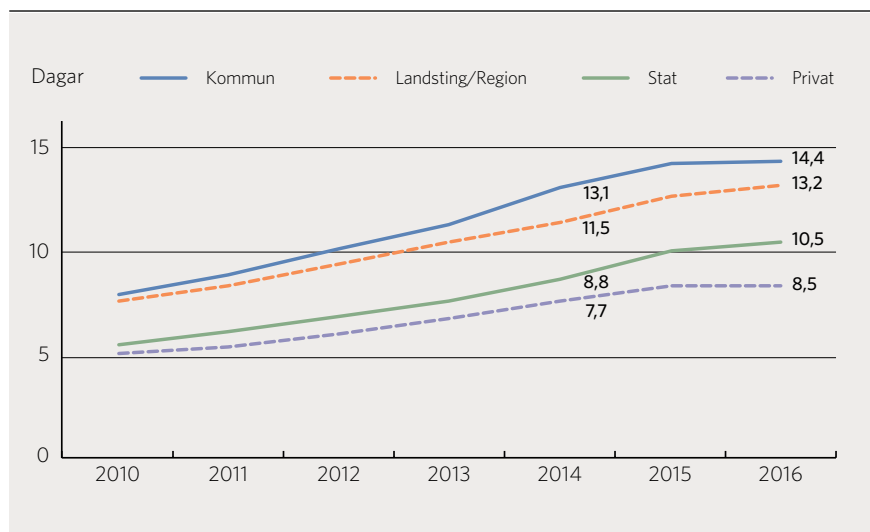
Personal- och kompetensförsörjningsarbetet hos arbetsgivare i kommuner, landsting och regioner kan inte uteslutande ta sikte på att attrahera och rekrytera nya medarbetare. Det måste även handla om att få ut maximal potential av de som redan är anställda, och se till att de är i arbete snarare än sjukfrånvarande. Detta gäller oavsett om det handlar om hel- eller deltidssjukfrånvaro. För att klara den framtida kompetensutmaningen i sektorerna förutsätts helt enkelt att inte årsarbetare motsvarande invånarantalet i en medelstor svensk kommun, ca 37 000 totalt i sektorerna 2016, är långtids-sjukfrånvarande från arbetet. Det är en fråga om att skapa förutsättningar för kommuner, landsting och regioner att klara sina uppdrag.



# Sektors- och branschspecifik sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan olika sektorer på arbetsmarknaden och är totalt sett högst i kommunerna. Därefter följer landstingen, staten och privata sektorn i fallande skala. Det här är ett mönster som består över tid. Den totala skillnaden mellan sektorerna påverkas dock av nivån på sjukfrånvaron totalt sett. I perioder av hög sjukfrånvaro är skillnaderna mellan sektorerna större.

DIAGRAM 15. Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt fördelat på sektor, 2010–2016



Källa: Försäkringskassan

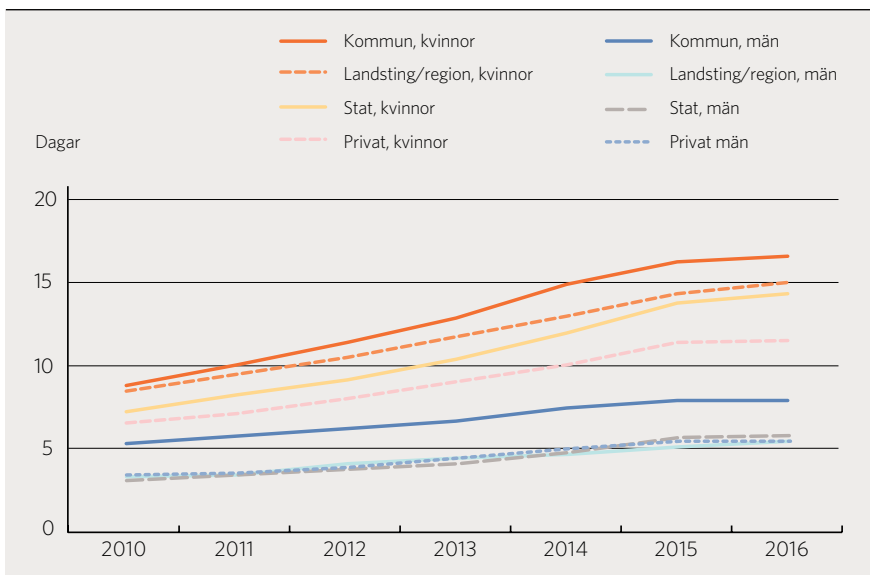
## Regeringens sjukpenningsmål på sektorsnivå

Försäkringskassans mått *Antal sjukskrivningsdagar per anställd* anger i princip antal utbetalda dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Måttet är likt det så kallade *Sjukpenningtalet*, som inkluderas i Försäkringskassans officiella statistik och som regeringens sjukfrånvaromål är beräknat utifrån på månadsbasis. Nedbrutet på sektorsnivå är det tydligt att olika sektorer har olika utmaningar för att nå tillbaka ner till nivån 2014, vilket var senast som sjukfrånvaronivån var ungefär densamma som regeringens mål för 2020.

Eftersom målet är satt som en totalnivå för hela arbetsmarknaden är det också tydligt att alla sektorer måste sänka sin sjukfrånvaro för att det ska vara möjligt att nå, oavsett nivå. Privat sektor ligger exempelvis redan nu under 9 sjukskrivningsdagar per anställd, men måste antagligen ner till under 8 dagar, vilket det var 2014. I kommunerna kan sjukfrånvaron sannolikt vara över 9 dagar även då målet nås – 2014 var det hela 13,1 dagar. Senast antalet sjukdagar per anställd var så lågt som 9 dagar i kommunerna var 2011. Samma år var antalet sjukskrivningsdagar 5,3 i den privata sektorn.

Kvinnors sjukfrånvaro är ungefär dubbelt så hög som mäns i alla sektorer. Mäns sjukfrånvaro låg faktiskt under 9 sjukskrivningsdagar i samtliga sektorer redan 2016. Skillnaderna i sjukfrånvaro bland män i olika sektorer är också förhållandevis liten. Mått som antal sjukskrivningsdagar per anställd låg – 2016 – privat och landstingssektorn lägst med 6,7 dagar. Efter det följde staten med 7,0 dagar och kommunerna med 7,9 dagar.

DIAGRAM 16. Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt fördelat på kön och sektor, 2010–2016



Källa: Försäkringskassan

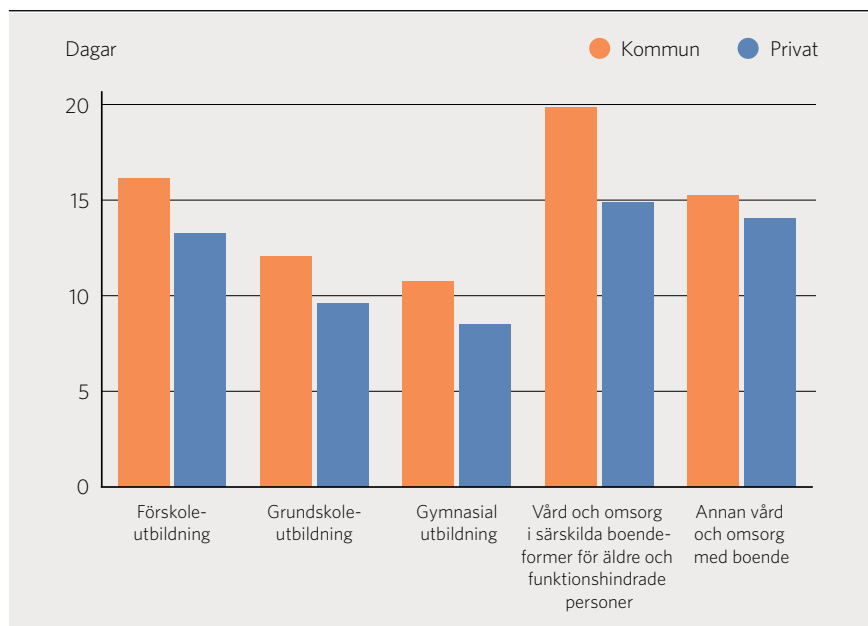


Bland kvinnor är skillnaden mellan sektorerna större. Privat sektor låg betydligt lägre än de andra med 11,5 dagar. Därefter följde staten med 14,4 dagar, landstingen med 15,0 dagar och kommunerna med 16,6 dagar.

## Branschvisa utmaningar

Då sektorerna även bryts ned på branschnivå blir skillnaderna mellan sektorerna mindre, helt enkelt beroende på att sjukfrånvaron då jämförs mellan verksamheter som är mer lika varandra. Men betydande skillnader finns fortfarande, som visar att privata sektorn ligger lägre än både kommunala och landstingskommunala sektorn även vid branschvisa jämförelser. Det blir tydligt vid jämförelser av de typiskt sett kommunala branscherna *förskola, grundskola, gymnasium, vård och omsorg* och *annan vård och omsorg*.

Den inbördes skillnaden mellan olika branscher uppvisar ungefär samma mönster oavsett sektor, och frånvaron är som högst inom vård och omsorg i både kommuner och privat sektor. Sjukfrånvaron inom respektive bransch är också betydligt högre för kvinnor än för män oavsett sektor. Det är också 5–6 procentenheter större andel kvinnor i kommunerna än i privata sektorn i motsvarande branscher.

**DIAGRAM 17.** Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt fördelat på sektor och bransch. Kommunal och privat sektor 2016

Källa: Försäkringskassan

Av dessa typiska kommunala verksamheter var det endast inom gymnasieskolan som medarbetare inom privat sektor hade en sjukfrånvaro som redan 2016 låg under regeringens mål på 9 dagar för 2020, närmare bestämt 8,5 dagar totalt sett. Antalet sjukskrivningsdagar för kvinnor var 10,7 dagar även i denna bransch.

**TABELL 6.** Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt fördelat på bransch (typiskt sett kommunverksamheter), sektor och kön, 2016

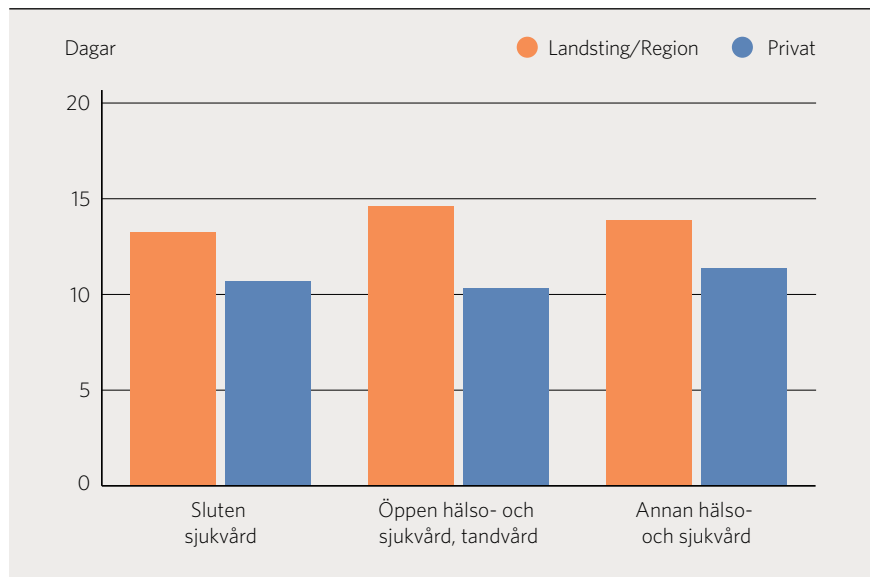
Bransch	Samtliga		Kvinnor		Män	
	Kommun	Privat	Kommun	Privat	Kommun	Privat
Förskoleutbildning	16,2	13,3	16,9	14,2	6,6	5,6
Grundskoleutbildning	12,1	9,6	13,7	11,3	6,9	5,5
Gymnasial utbildning	10,8	8,5	12,9	10,7	7,5	5,8
Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer	19,9	14,9	20,8	16,2	10,5	8,2
Annan vård och omsorg med boende	15,3	14,1	18,1	16,8	10,2	10,2

Källa: Försäkringskassan.



Även i jämförelse med landsting och regioner hade privata sektorn 2016 lägre sjukfrånvaro vid motsvarande jämförelser inom de typiskt sett landstingskommunala verksamheterna slutna sjukvård, öppen hälso- och sjukvård samt annan hälso- och sjukvård. Totalt sett understeg inte sjukfrånvaron regeringens mål inom någon av dessa branscher.

DIAGRAM 18. Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt fördelat på sektor och bransch. Landsting/region och privat sektor 2016



Källa: Försäkringskassan

Mäns sjukfrånvaro var emellertid redan 2016 nere under regeringens mål inom både privata och landstingskommunala sektorn i dessa typiskt landstingskommunala verksamheter. I princip var dock sjukfrånvaron dubbelt så hög bland kvinnor som bland män inom de tre jämförda branscherna.

TABELL 7. Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt fördelat på bransch (typiskt sett landstingsverksamheter), sektor och kön, 2016

Bransch	Samtliga		Kvinnor		Män	
	Landsting	Privat	Landsting	Privat	Landsting	Privat
Sluten sjukvård	13,2	10,7	15,0	12,0	6,2	4,6
Öppen hälso- och sjukvård, tandvård	14,5	10,3	15,7	11,6	8,0	5,5
Annan hälso- och sjukvård	13,9	11,3	15,8	13,0	8,2	7,5

Källa: Försäkringskassan.

Andelen kvinnliga anställda i landstingen och regionerna är ca 5 procentenheter högre än männen inom respektive bransch.

Bakgrunden till skillnaden i sjukfrånvaro mellan branscher och sektorer är komplex men används återkommande som slagträ i sjukfrånvarodebatten. Ofta är det dessa skillnader som ligger till grund för att kommuner, landsting och regioner pekats ut som arbetsgivare med dålig arbetsmiljö och låga incitament att åtgärda denna problematik. Att det är en väl förenklad analys av situationen har till viss del tydliggjorts ovan. Men även om det går att komma lite närmare den sanna bilden genom att bryta ner sektorerna på branscher, skulle det krävas att ytterligare en rad specifika omständigheter vägs in för att göra rättvisande analyser.

## Medelålderns och könssammansättningens betydelse

Andelen kvinnor i kommun- och landstingssektorn är cirka 80 procent och i privat sektor cirka 40 procent. Även på branschnivå är andelen kvinnor högre i offentlig sektor. Med tanke på hur olika sjukskrivningsmönstren ser ut för kvinnor och män så påverkar detta nivåerna väsentligt. Ju högre andel kvinnor, desto högre sjukfrånvaro.

Även åldersstrukturen bland medarbetarna har betydelse, i och med att medelåldern i kommuner (44 år), landsting och regioner (45 år) är högre än i privat sektor (42 år). Eftersom sjukfrånvaron stiger med åldern så har detta direkt betydelse för sjukfrånvaronivåerna på sektornivå. En beräkning av Svenska Kommunförbundet under perioden av hög sjukfrånvaro i början av 2000-talet visade att skillnaderna i sjukfrånvaronivåer mellan privat och kommunal sektor till största delen förklarades av skillnader i just köns- och ålderssammansättning totalt sett.<sup>xiii</sup>

I kommunerna återspeglas detta faktum även på branschnivå inom de typiskt sett kommunala branscherna.

TABELL 8. Medelålder per sektor, bransch och kön (typiskt sett kommunverksamheter), 2015

Bransch	Samtliga		Kvinnor		Män	
	Kommun	Privat	Kommun	Privat	Kommun	Privat
Förskoleutbildning	42	40	43	40	35	36
Grundskoleutbildning	44	40	45	41	42	39
Gymnasial utbildning	48	44	48	43	48	44
Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer	44	41	45	42	40	39
Annan vård och omsorg med boende	44	41	44	41	44	40

Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS 2015.

Anställda inom grundskolan och gymnasieskolan är i snitt fyra år äldre i kommunal regi än i privat, och inom vård och omsorg är skillnaden tre år. Kvinnorna har dessutom genomgående högre genomsnittsålder än männen, ett faktum som blir särskilt betydande då andelen kvinnor är så hög som inom kommuner, landsting och regioner.

För typiskt sett landstingskommunala branscher inom hälso- och sjukvården är skillnaderna inte så stora och ibland är till och med genomsnittsåldern något högre i privata sektorn. Detta kan ha sin förklaring i att de anställda har en mer homogen sammansättning av just hälso- och sjukvårdspersonal.

## Regionala perspektiv

Övergångar från offentliga till privata utförare i kommuner, landsting eller regioner sker varken slumpvis eller jämnt fördelat över landet. Här spelar faktorer som politisk majoritet, demografiska förutsättningar, social belastning bland befolkningen, storstad, landsbygd eller glesbygd en avgörande roll. Mot denna bakgrund kan man anta att det är vanligare med privata utförare i välfärdsverksamheter som är lokaliserade till områden med lägre sjukskrivningsnivåer.

I och med att lönsamhetsperspektivet är avgörande för var privata utförare etablerar sig kan det även finnas regionala skillnader i etablering på mer lokal nivå, inom exempelvis Stockholm. Utförare med avkastningskrav söker sig företrädesvis till välmående områden med allmänt gynnsamma förutsättningar, medan de är kvar i offentlig regi i mindre gynnsamma områden.

Det här skulle kunna vara ytterligare förklaringar till att det är något högre sjukskrivningsnivåer i kommun-, landstings- och regionverksamheter än i motsvarande verksamheter i privat sektor.

## Andra förklaringsfaktorer

### *Personalens sammansättning*

I kommuner, landsting och regioner är det tydligt att sjukfrånvaron är särskilt hög i flera av de yrken som utgör servicepersonal, det vill säga inte arbetar med kärnverksamheten, såsom städ- och måltidspersonal. Privata arbetsgivare inom välfärdssektorn, som ofta har färre anställda, prioriterar sannolikt sällan att ha denna servicepersonal anställd i egen regi, vilket påverkar de totala sjukfrånvaronivåerna i positiv riktning.

### *Selektion*

Förekomsten av selektion av personer med ökad risk för sjukskrivning brukar anses tydligare i privat sektor än i kommuner, landsting och regioner. Det gäller både vid anställningstillfället och i form av uppsägningar. Bägge dessa delar får till följd att risken för sjukfrånvaro minskar. Till stor del handlar detta om att privata mindre arbetsgivare har svårare att hantera sjukfrånvaro.

### *Verksamhetsperspektiv*

I branschindelningen framgår inte att det kan vara olika typer av verksamhet som bedrivs i privat respektive offentlig regi även inom samma bransch. Uppdragen kan helt enkelt se olika ut. Orsaken är att den branschindelning (skapad av SCB) som dessa jämförelser har sin utgångspunkt i inte tar hänsyn till om arbetsplatsen är en liten klinik för exempelvis plastikkirurgi i ett välbärgat område eller ett storsjukhus i ett mer utsatt område.

### *Sjukflexibilitet*

Den så kallad sjukflexibiliteten, det vill säga i vilken grad en nedsättning av arbetsförmågan tillåter arbete och närvaro på arbetsplatsen, är begränsad i kommuner och landsting. En av orsakerna är att jobben ofta är bundna till arbetsplatsen, vilket gör det svårt att till exempel arbeta hemifrån som alternativ till sjukfrånvaro, vilket annars är vanligt i många tjänstemannayrken. Ett resultat av detta är att sjukfrånvaron blir högre i kommuner och landsting än den skulle bli i många andra typer av verksamhet, även vid samma mått av ohälsa.

### *Arbetsplatsens storlek*

Arbetsplatsens storlek har tydlig koppling till sjukfrånvaron och det är ett välkänt faktum att större arbetsplatser uppvisar högre sjukfrånvaro än mindre, oavsett sektor.<sup>xiv</sup> Arbetsplatser hos privata utförare inom välfärdssektorn är generellt sett mindre än de arbetsplatser som drivs i kommunal och landstingskommunal regi.

Det finns dock flera aspekter av den storleksfrågan. Till viss del handlar det antagligen om saker som att det är lättare att bli sedd på mindre arbetsplatser, med större närhet till chefen osv. Det kan även finnas selektionsmekanismer som gör att små arbetsgivare i mindre utsträckning anställer personer med sviktande hälsa, och i större utsträckning avslutar anställningar med dessa.

Men till stor del handlar det antagligen också om att stora arbetsgivare – oavsett om de är privata eller offentliga – faktiskt har bättre förutsättningar än små att hantera det faktum att anställda är sjukfrånvarande ibland. Ju mindre arbetsgivare desto svårare blir det att hantera sjukfrånvaro bland de anställda. Det är av den anledningen små företag åtnjuter både särskilda skyddsmekanismer i sjukförsäkringen och en mer gynnsam arbetsrättslig tillämpning.

Detta förhållande bidrar naturligtvis till att pressa ner sjukfrånvaron hos små arbetsgivare, men frågan är om det är något positivt eller negativt i sammanhanget? Kanske är det faktum att större arbetsgivare i någon mån är riggade att hantera sjukfrånvaro rentav något positivt i vissa avseenden, även om det bidrar till en något högre sjukfrånvaro.

## **Det systematiska arbetsmiljöarbetet i olika sektorer**

Det systematiska arbetsmiljöarbetet tenderar att fungera bättre i kommuner och landsting än i privat sektor. Åtminstone är det vanligare att anställda inom kommuner och landsting uppger att det pågår ett systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen än anställda i privat sektor.<sup>xv</sup> Att kommuner och landsting arbetar systematiskt med arbetsmiljön bekräftas även i en undersökning bland chefer.<sup>xvi</sup> Sett branschvis så har arbetsgivarna i branscherna vård och omsorg samt utbildning högst kännedom och tillämpning av föreskriften Systematisk arbetsmiljö. Offentliga utförare i dessa branscher är enligt undersökningen bättre än privata.

Arbetsgivare i kommuner och landsting är alltså, trots sin höga sjukfrånvaro, bra på systematiskt arbetsmiljöarbete. En anledning är att de är stora organisationer med väl fungerande rutiner för vem som gör vad. Risker i arbetsmiljön kontrolleras och åtgärdas samt följs upp så att arbetsplatsen är säker och inte orsakar ohälsa. Oftast finns det stöd för administration och personal med mera.

# Referenser

- i *Ekot lördagsintervju med professor Per Johansson*, 29 april 2017.
- ii *Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro*. Patrik Hesselius, Per Johansson, Johan Vikström, IFAU 2008.  
*Sick of your colleagues' absence?* Patrik Hesselius, Per Johansson, Peter Nilsson, IFAU 2009.  
*Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen*. Per Johansson, Arizo Karimi och Peter Nilsson, IFAU 2014.
- iii *Professorer vill nyansera bilden av stress*, Stressforskningsinstitutets hemsida, Stockholms Universitet, 2017.
- iv *Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär*, Socialstyrelsen, Folkhälsorapport – 2009.
- v *Stöd för rätt sjukskrivning*, SKL/Försäkringskassan, 2016.
- vi *Är sjukskrivning bra för hälsan?* RiR 2016:31.
- vii *Rapport - Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2017. Sjuk- och rehabiliteringspenning*, Försäkringskassan, 2017.
- viii *Svenska läkare är mindre benägna att sjukskriva*, Institutet för stressmedicin, 2013.
- ix *Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa*, Karolinska Institutet, Centrum för arbets- och miljömedicin, Rapport 1:2015.
- x *Arbetsmiljöundersökningen*, Arbetsmiljöverket/ SCB.
- xi *Om begreppet kultursjukdom*, Läkartidningen nr 44 2008 volym 105.
- xii *Sjukförsäkringsrapport 2017:3*, Försäkringskassan, 2017.
- xiii *Hög kommunal sjukfrånvaro – en statistisk synvilla?* Kommunförbundet, 2003.
- xiv IFAU m.fl.
- xv *Arbetsmiljöundersökningen*, Arbetsmiljöverket/ SCB.
- xvi *SAM index Ett sätt att belysa systematiskt arbetsmiljöarbete i svenskt arbetsliv*. Arbetsmiljöverkets analysrapport 2013:2.



# Sjukfrånvaro i kommuner och landsting

## VAD ÄR PROBLEMET?

Med den här rapporten vill vi ge en reflekterande bild av sjukfrånvaron i allmänhet, och bland anställda i kommuner, landsting och regioner i synnerhet. Fokus ligger på en rad av de frågor som sjukfrånvarons utveckling i Sverige väcker och som i perioder debatteras intensivt. Vad är det som gör att sjukfrånvaron varierar så kraftigt över tid? Varför skiljer sjukfrånvaron så mycket mellan kvinnor och män, yrken, verksamheter och sektorer? Hur påverkas sjukfrånvaron av sjukskrivningsprocessen och diagnostiseringen av upplevd ohälsa?

Rapporten är riktad till dig som är intresserad av att veta hur SKL, som är Sveriges största arbetsgivarorganisation och som dessutom företräder de arbetsgivare som har klart högst sjukfrånvaro på svensk arbetsmarknad, ser på en av vår tids mest komplexa samhälls- och arbetslivsfrågor. Syftet är att väcka tankar i dig som har ett särskilt intresse för sjukfrånvarofrågan och sjukförsäkringen, eller bara behöver veta mer.

ISBN 978-91-7585-593-6

Ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se)

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | [www.skl.se](http://www.skl.se)



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting