

Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän 2012-2018

Kristin Farrants
Kristina Alexanderson

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



Karolinska
Institutet

Rapport, den 31/1 2022.

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida:
www.ki.se/cns/forsakringsmedicin >publikationer >rapporter

Där finns även en längre sammanfattning av rapporten.

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

Telefon: 08-524 832 24 (administratör)

ISBN 978-91-8016-494-8

Förord

I denna rapport presenteras resultat från ett projekt om sjukfrånvaro bland tjänstemän anställda inom privat sektor i Sverige. I projektgruppen ingick framförallt följande personer från Avdelningen för Försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska Institutet:

- Kristin Farrants, projektledare; biträdande lektor, filosofie doktor i socialepidemiologi (kristin.farrants@ki.se)
- Kristina Alexanderson; professor i socialförsäkring, medicine doktor
- Niklas Gustavsson; statistiker
- Helena Falkenberg; lektor, filosofie doktor i psykologi

Under hela projektperioden har en referensgrupp varit anknuten till projektet. I referensgruppen har representanter från Alecta, Svenskt Näringsliv, och PTK ingått. Följande personer ingick i referensgruppen under hela eller delar av projektperioden:

- Cecilia Andersson, Svenskt Näringsliv
- Krister B Andersson, Svenskt Näringsliv
- Catharina Bäck, Svenskt Näringsliv
- Daniel Gullstrand, PTK
- Ulrika Stensgård, PTK
- Dan Wallberg, PTK
- Ann Lundberg Westermark, PTK
- Lars Callert, Alecta
- Malin Ejderberg, Alecta
- Fredrik Palm, Alecta
- Johan Persson, Alecta
- Annika Öhman, Alecta

Projektledningen har haft ett flertal möten med referensgruppen under 2021, för att diskutera och ta ställning till design, frågeställningar, val av mått, etcetera. Vi tackar varmt för givande diskussioner och värdefull input.

Projektet har finansierats av Alecta. En längre sammanfattning av resultaten återfinns i en annan publikation¹ och båda dessa finns även på vår hemsida:

ki.se/cns/rapporter-fran-avdelningen-for-forsakringsmedicin

Vi hoppas att resultaten ska kunna användas inom tjänstemannasektorn och även inspirera till fördjupade analyser och nya studier.

Kristin Farrants

Projektledare

Biträdande lektor

Avdelningen för försäkringsmedicin

Institutionen för klinisk neurovetenskap

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

kristin.farrants@ki.se

<https://ki.se/cns/forsakringsmedicin>

Sammanfattning

Trots att sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) är centrala delar av ett välfärdssamhälle är kunskapen om sjukskrivning och SA bland privatanställda tjänstemän synnerligen begränsad. Detta projekt är en fortsättning på ett tidigare projekt om sjukskrivning och SA bland privatanställda tjänstemän år 2012¹⁻³.

Det övergripande *syftet* med detta projekt var att generera fördjupad kunskap om sjukfrånvaro och SA bland privatanställda tjänstemän i Sverige.

Metod

I detta tvärvetenskapliga projekt har följande två så kallade kohorter (grupper) studerats:

- dels 2012 års kohort av de 1,3 miljoner personer som år 2012 var privatanställda tjänstemän i Sverige. Dessa tjänstemän har, med hjälp av olika analyser och data följts prospektivt över sju år (2012-2018)

- dels en motsvarande kohort, 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän i Sverige (ca 1,4 miljoner). Denna kohort har jämförts med 2012 års kohort avseende vissa aspekter.

Analyserna baseras på mikrodata, länkade på individnivå, från flera olika rikstäckande register. Flera olika typer av analyser har genomförts och ett flertal (22 st.) olika mått på sjukfrånvaro och SA presenteras. I rapporten gäller all information om sjukskrivning de sju sjukskrivningsfall som blivit längre än 14 bruttodagar. I de allra flesta fall redovisas data om nettodagar (dvs. deltidsfrånvaro har tagits hänsyn till) – för en typ av analyser anges bruttodagar, vilket då tydliggörs.

För merparten av resultaten gäller sjuåriga uppföljningar (2012-2018) av den framtida utvecklingen av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) i 2012 års kohort. I en annan del av projektet har vi studerat risken för att de av kohortens sjukskrivningsfall som startade under april 2012 eller april 2013 blev längre än 90 bruttodagar - och därmed var berättigade till ersättning från Alecta. I en tredje del har vi även gjort analyser om hur det såg ut för tjänstemännen i 2018 års kohort, avseende sociodemografiska karakteristika, sjukskrivning samt SA. Analyserna gjordes för samtliga tjänstemän och även uppdelat på kvinnor och män.

Huvudresultatet från projektet för 2012 års kohort är att de allra flesta privatanställda tjänstemän (60 % av kvinnorna och 80 % av männen) var inte sjukskrivna under något av de sju åren 2012 - 2018. Ännu större andel (98 % av kvinnorna och 99 % av männen) hade inte någon SA under dessa år.

Andelen tjänstemän i 2012 års kohort som var sjukskrivna åtminstone någon gång under ett år var alltså låg men ökade svagt under de följande åren 2013-2018 (från som lägst 6,3 % till som högst 9,4 % år 2016). Medelantalet sjukskrivningsdagar per tjänsteman och år ökade från 7 till 11 dagar för kvinnor och från 3 till 5 dagar för män. När medelantalet sjukskrivningsdagar istället relateras till de personer som haft någon sjukskrivning under året, ökade antalet dagar mer (från 60 till dagar år 2012 till 84 under år 2018 för kvinnor och från 60 till 83 dagar för män).

När det gäller situationen år 2018 för personerna i 2012 års kohort, så var de flesta av dem (64 %) då fortfarande privatanställda tjänstemän. Sjukskrivningslängd under inklusionsåret, år 2012, var den faktor som hade starkast samband med att under 2018 ha sjukskrivning/SA mer än halva året (oddskvot mellan 1,90 för dem med 3,75-<15 sjukskrivningsdagar och 41,45 för dem med 366 sjukskrivningsdagar, jämfört med de som inte hade någon sjukskrivning år 2012), att vara arbetslös mer än halva året (oddskvoter mellan 1,17 och 4,57), att vara ålderspensionerad (oddskvoter mellan 1,15 och 3,24), ha emigrerat (oddskvoter mellan 1,56 och 7,65) eller att ha avlidit (oddskvoter mellan 1,55 och 46,40), och även med att ha nybeviljats SA under 2013-2018 (oddskvoter mellan 3,57 och 181,88). Följande tre faktorer år 2012 hade också samband med att beviljas ett nytt SA-fall under 2013-2018: sjukskrivning i hjärt- och kärlsjukdom (oddskvot 1,78), låg inkomst (oddskvot 4,90 för dem med 75 % av 24 % av 1-2 prisbasbelopp) och hög ålder (oddskvot 2,06 för de 45-54 år 2012). Ungefär hälften av de som var sjukskrivna någon gång under 2012 var dock inte sjukskrivna alls under de kommande åren.

När det gäller sjukskrivningsdiagnoser, stod somatiska diagnoser för fler sjukskrivningsdagar än psykiska diagnoser bland alla liksom uppdelat bland kvinnorna och männen (medelantal dagar 2012: 3,9 år resp. 2,7 för kvinnor och 1,8 resp. 1,0 för män). Antalet sjukskrivningsdagar ökade mest i psykiska diagnoser och mot slutet av uppföljningsperioden stod psykiska och somatiska diagnoser för

ungefär lika många dagar bland kvinnor, medan det fortfarande var flest sjukskrivningsdagar i somatiska diagnoser bland män. SA i somatiska diagnoser stod för långt fler dagar än SA i psykiska diagnoser (medelantal dagar 2012 2,2 resp. 0,5 för kvinnor och 0,8 resp. 0,2 för män).

När de somatiska sjukskrivningsdiagnoserna delades upp på sex mer detaljerade diagnosgrupper och jämfördes med psykiska var sjukskrivning i psykiska diagnoser den enskilda diagnosgrupp som stod för flest antal sjukskrivningsdagar, bland både kvinnor och män. Muskuloskeletala diagnoser var den näst största diagnosgruppen vad gäller medelantal sjukskrivningsdagar/år (1,2 dagar för kvinnor och 0,5 dagar för män år 2012) och den största SA-diagnosgruppen (1,2 dagar för kvinnor; 0,3 dagar för män år 2012).

Under uppföljningsåren hade en större andel kvinnor (9 - 13 %) än män (4 - 6 %) minst ett sjukskrivningsfall per år. 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 fanns inte heller några stora könsskillnader i statistiskt justerade samband mellan antal sjukskrivningsdagar år 2012 och framtida risk för förtida död, emigration, ålderspension, sjukskrivning/SA eller för arbetslöshet.

Den faktor som hade starkast samband med *om ett nystartat sjukskrivningsfall blev längre än 90 bruttodagar* var sjukskrivningsdiagnos. Sjukskrivningsfall i psykiska diagnoser hade störst sannolikhet att bli längre än 90 bruttodagar jämfört med övriga sjukskrivningsdiagnoser, följt av sjukskrivning i cancer, i hjärt- och kärlsjukdom respektive i muskuloskeletal diagnos. Efter sjukskrivningsdiagnos var lägre inkomst än 4 prisbasbelopp den största riskfaktorn för att ett sjukskrivningsfall blev längre än 90 bruttodagar (oddskvot 1,65 jämfört med inkomst på mer än 10 prisbasbelopp). Yngre personer hade lägre risk för att ett sjukskrivningsfall skulle bli längre än 90 bruttodagar (oddskvot 0,56 för dem i åldern 28-24 jämfört med 35-44). De flesta andra samband med att ett sjukskrivningsfall blev längre än 90 bruttodagar var små eller blev icke-signifikanta i de justerade analyserna. Det var generellt små skillnader mellan näringsgrenar när det gäller framtida arbetsmarknadssituation, nybeviljad SA och om nystartade sjukskrivningsfall blev längre än 90 bruttodagar.

I 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän ingick 1,4 miljoner personer. Sett till sociodemografiska faktorer var den relativt lik kohorten från 2012. Däremot var andelen personer med sjukskrivning, medelantal sjukskrivningsdagar per person respektive medelantal sjukskrivningsdagar per person med sjukskrivning något större i 2018 års kohort, medan andelen med SA och medelantal SA-dagar per person var något mindre. Könsskillnaderna i sjukskrivning och SA var likartade i de två kohorterna; dvs. större andel kvinnor än män var sjukskrivna eller hade SA, men ingen könsskillnad i sjukskrivningslängd eller antal SA-dagar bland de sjukskrivna.

I detta projekt har såväl prospektiva studier, där samma personer i en kohort har följts framåt över flera år genomförts, som tidsseriestudier, där två kohorter från olika tidpunkter jämförts med varandra. Resultaten pekar på behov av fördjupade analyser för att få ännu bättre underlag för interventioner och för utvärdering av sådana.

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning.....	4
Bakgrund.....	6
Syfte.....	7
Metod.....	7
Data.....	8
Kohorter.....	8
Variabler.....	10
Analyser.....	14
Resultat.....	16
2012 års kohort.....	16
Uppföljning av 2012 års kohort.....	18
Sjukskrivningsfall i april 2012 och i april 2013.....	54
2018 års kohort.....	60
Slutkommentar.....	62
Tabell- och figurförteckning.....	67
Referenser.....	69

Förkortningar och begrepp som används

Bruttodagar	Antal dagar med ersättning från Försäkringskassan eller sjuklön från arbetsgivaren för sjukskrivning eller för sjuk- och aktivitetsersättning (SA) (jämför med nettodagar nedan)
EU	Europeiska unionen
H-region	Indelning av kommuner efter hur urbana de är, såsom storstad, mellanstor stad, eller mindre ort ⁴
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision</i> ⁵ – WHO:s klassificering av diagnoser
KI	Konfidensintervall (genomgående används 95 % KI)
LISA	Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier, rikstäckande register som administreras av Statistiska Centralbyrån ⁶
MiDAS	Mikrodata för Analys av Socialförsäkringen, rikstäckande register som administreras av Försäkringskassan ⁷
Nettodagar	Beräknat antal <i>hela</i> dagar med ersättning från Försäkringskassan eller sjuklön från arbetsgivaren för sjukskrivning eller med sjuk- och aktivitetsersättning. Bruttodagar med partiell ersättning är hopslagna till hela nettodagar, två bruttodagar på halvtid räknas t.ex. som en nettodag. I rapporten anges dagar genomgående som nettodagar, om inte något annat uttryckligen sägs
OK	Oddsquot (mått på hur stor skillnad det är i odds (risk) för ett utfall mellan olika grupper)
PBB	Prisbasbelopp
SA	Sjuk- och aktivitetsersättning (detta hette tidigare förtidspension respektive sjukbidrag och kan beviljas vid långvarig arbetsförmågenedsättning som beror på sjukdom eller skada)
SCB	Statistiska centralbyrån
SNI	Standard för svensk näringsgrensindelning
SS	Sjukskrivning
SSYK	Standard för svensk yrkesklassificering
TCO	Tjänstemännens centralorganisation
>	Större än
<	Mindre än
≥	Större än eller lika med
≤	Mindre än eller lika med

Bakgrund

Sjukfrånvaro är ett komplext fenomen för vilket faktorer på olika strukturella nivåer har betydelse, dvs. faktorer på såväl individnivå, arbetsplatsnivå, lokal nivå (region, kommun, lokalsamhälle), nationell nivå liksom faktorer inom hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, Arbetsförmedling, etc.⁸⁻¹¹. En central del av välfärdssamhällen är att det finns någon typ av inkomstbortfallsförsäkring för personer som tillfälligt eller under lång period inte kan försörja sig själva pga. sjukdom eller skada. Sådana system, sjukpenningförsäkringar, har stor betydelse för både individers trygghet och för samhällets ekonomi^{8, 12-15}. I Sverige har det funnits en allmän sjukpenningförsäkring sedan 1955¹⁵.

Sjukfrånvaron har varierat kraftigt över tid i Sverige. Sådana fluktuationer kan bero på många olika faktorer på olika strukturella nivåer⁸. I samband med den synnerligen höga sjukfrånvaron kring sekelskiftet vidtogs ett stort antal åtgärder i Sverige, på olika strukturella nivåer och riktade mot olika aktörer¹⁶⁻¹⁸. År 2000 var sjukfrånvaron högre än någonsin och sjönk därefter till en historiskt låg nivå år 2010; oberoende om man inkluderar den långvariga/permanenta sjukfrånvaron i termer av sjuk- och aktivitetsersättning (SA) (tidigare kallat förtidspension/sjukbidrag) i dessa siffror eller inte^{16, 18}. Sedan dess ökade sjukfrånvaron åter något till och med 2016, för att sedan plana ut under 2017 och 2018 och minska något igen under 2019¹⁶. Ökningen handlade framförallt om fler sjukfrånvarodagar i psykiska diagnoser¹⁸.

Merparten av data om sjukfrånvaro som presenteras av t.ex. Försäkringskassan, AFA och Alecta är tvärsnittsstudier, redovisade som tidsserier, dvs. antal sjukskrivna, antal sjukskrivningsdagar etc. visas för samtliga personer som respektive år var anställda eller sjukpenningförsäkrade. I den här studien har även en prospektiv studie där en kohort av privatanställda tjänstemän 2012 följts fram till och med 2018 genomförts, dvs. det är samma personer som har följts upp varje år. Även en tvärsnittsstudie av en motsvarande kohort av privatanställda tjänstemän år 2018 har genomförts.

Tjänstemän anställda inom privat sektor

Sjukfrånvaron och dess variation skiljer sig mycket åt mellan olika sektorer på arbetsmarknaden liksom mellan yrkesgrupper. Till exempel har kommun- och regionsektorn betydligt högre sjukfrånvaro än statlig och privat sektor¹⁹ och sjukfrånvaron är även högre inom vård, skola och omsorg^{20, 21}. Samtidigt visar studier att yrken i vård, skola och omsorg i privat regi generellt har lägre sjukfrånvaro än motsvarande verksamheter i offentlig regi (dock försvinner denna skillnad delvis när man statistiskt justerar för/tar hänsyn till företagets storlek)²². Hittills har flertalet studier om sjukfrånvaro antingen varit generella, dvs. inkluderat alla försäkrade, eller fokuserat på de yrkesgrupper eller branscher som har hög sjukfrånvaro. Det innebär att kunskapen är mer begränsad om sjukfrånvaro i sektorer och yrken med lägre sjukfrånvaro. När det gäller tjänstemän i privat sektor är kunskapen synnerligen begränsad. För att kunna vidta relevanta åtgärder behövs grundläggande kunskap om sjukfrånvaromönster.

Vi har för Alecta tidigare genomfört ett första projekt om sjukskrivning och SA bland privatanställda tjänstemän^{2, 3}. I arbetet med det projektet^{2, 23} blev vi mycket överraskade över hur få studier det fanns om privatanställda tjänstemäns sjukfrånvaro, både i Sverige och internationellt. De få studier som fanns gällde främst små, selekterade populationer, med stort bortfall och de studierna var vanligen baserade på självrapporterade data inhämtade via enkäter²⁴⁻²⁶.

I det tidigare projektet beskrevs privatanställda tjänstemäns sjukfrånvaro och SA under 2012, generellt och relaterat till olika faktorer, såsom ålder, kön, utbildningsnivå, född i eller utanför Sverige, hemmavarande barn, typ av boendeort, etcetera. Detta studerades både för sjukfrånvaro och för SA generellt, samt i specifika diagnosgrupper.

Ett av resultaten från det tidigare projektet var att val av sjukfrånvaromått hade stor betydelse för resultatet, enligt vissa mått hade t.ex. kvinnor dubbelt så hög sjukfrånvaro än män, enligt andra mått fanns det ingen könsskillnad^{2, 23}. Psykiska diagnoser stod för flest sjukskrivnings- och SA-dagar under

året, och det var en större andel av sjukskrivningsfallen i psykiska diagnoser som blev >90 bruttodagar än i andra diagnoser².

Ett annat resultat från vårt tidigare projekt var att det också fanns skillnader i risk för sjukskrivning gällande sociodemografiska faktorer samt näringsgren. Risken för sjukskrivning steg något med ålder och de med lägre utbildning hade högre risk att vara sjukskrivna än de med universitetsutbildning. Ensamstående personer med hemmavarande barn hade något högre risk för sjukskrivning än gifta med hemmavarande barn. Det var en större andel personer som arbetade inom vård-, omsorgs- och utbildningssektorn som hade sjukskrivning. När det gäller SA steg risken för SA dramatiskt med ålder. De som bodde i medelstora städer och på mindre orter hade högre risk för att ha SA än de som bodde i storstäder. De som inte hade universitet- eller högskoleutbildning hade högre risk för SA. För kvinnor var det inga signifikanta skillnader i risk för SA relaterat till födelseland, men för män födda utanför EU25 var risken högre än för män födda i Sverige. Ensamstående utan hemmavarande barn hade högst risk, följt av gifta/samboende utan hemmavarande barn. Liksom gällande sjukskrivning var det en större andel män inom vård-, omsorgs- och utbildningssektorn som hade SA, dock var det bland kvinnorna störst andel som hade SA inom byggverksamhetssektorn^{2, 23}.

Statistik från Alecta, baserad på de privatanställda tjänstemän som har kollektivavtalad försäkring, visar att det rullande genomsnittet på antal nya sjukskrivningsfall med ersättning från Alecta, dvs. för sjukskrivningsfall som blev längre än 90 bruttodagar, låg ganska stabilt mellan 2017 och 2020²⁷. Gällande SA minskade det rullande medelvärdet avseende antalet nybeviljade SA från januari 2013 till mars 2018, för att sedan ligga stabilt²⁷. Detta tyder på att resultat gällande för 2018 även bör kunna generaliseras till 2019 och början av 2020 – dvs., innan covid-19-pandemin. Däremot ökade längden på sjukskrivningsfall från 2016 och fram till 2020²⁷.

I en rapport har Alecta presenterat sina utbetalningar för sjukskrivning och SA bland de privatanställda tjänstemän som försäkrats av Alecta²⁸. Alecta fann att antal försäkrade ökade varje år under perioden 2009 – 2020 (från ca 850 000 år 2012 till ca 1 000 000 år 2018), medan andel personer som hade någon typ av ersättning (sjukpenning eller SA) minskade. Främst har andelen minskat i åldersgruppen 60-64 år, även om det fortfarande är den åldersgrupp där störst andel får ersättning från Alecta. Andelen av de försäkrade av Alecta som var i denna åldersgrupp minskade också något, men inte med lika mycket som andelen som hade ersättning.

Alecta har information om sjukskrivningsfall som blir längre än 90 dagar bland personer som försäkras av Alecta, samt om deras SA. Även om det finns viss kunskap om riskfaktorer för att bli sjukskriven är denna kunskap begränsad^{8, 21, 29}, och det finns ännu mindre kunskap om vilka samband som finns med att ett sjukskrivningsfall blir längre än 90 dagar eller inte, och vad som ökar risken för SA³⁰⁻³². Att i början av ett sjukskrivningsfall kunna bedöma hur långt det kan bli upplevs av många läkare och handläggare vid Försäkringskassan som problematiskt^{8, 33-39}.

I det tidigare projektet fokuserade vi på sjukfrånvaro och SA under året 2012 bland de 1,3 miljoner personer som då var privatanställda tjänstemän i Sverige. Detta projekt är en fortsättning och vidareutveckling av det projektet.

Syfte

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

Metod

I detta projekt har en kohort av samtliga privatanställda tjänstemän i Sverige år 2012 följts prospektivt över tid fram till och med 2018. Dessutom har en motsvarande kohort för år 2018 studerats avseende vissa variabler för 2018.

Data

I projektet har anonymiserade mikrodata, länkade på individnivå⁴⁰, från följande tre rikstäckande administrativa register använts:

Från *Statistiska centralbyrån*: information från det så kallade *LISA-registret (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier)*⁶ för år 2011-2018 avseende följande sociodemografiska variabler: kön, ålder, födelse-land, högsta utbildningsnivå, familjesituation, typ av boenderegion (baserat på kommun) och inkomst. Hur dessa variabler kategoriserats beskrivs nedan under rubriken Variabler.

Från *Försäkringskassan*: information från det så kallade *MiDAS-registret (Mikrodata för analys av socialförsäkringen)*⁴¹: information om sjukskrivningsfall som blivit längre än 14 dagar samt om SA som ersatts av Försäkringskassan under 2012-2018, avseende start- och slutdatum, grad (hel- eller deltid) samt huvuddiagnos. Detta innebär att även viss information om personernas sjukskrivningsfall och SA som påbörjats före 2012 och som avslutats efter 2018 har använts.

Omfattande databearbetning av MiDAS-data genomfördes. För personer som avslutade ett sjukskrivningsfall och inom fem dagar påbörjade ett nytt sjukskrivningsfall, slogs dessa fall ihop till ett sjukskrivningsfall, pga. den så kallade återinsjuknanderegeln (som innebär att om ett nytt sjukskrivningsfall startar inom fem dagar efter att ett tidigare sjukskrivningsfall avslutats så krävs ingen ny karenstid eller sjuklöneperiod). De mellanliggande dagarna, utan ersättning, togs inte med vid beräkning av antal brutto- eller nettodagar. I 'sjukskrivningsfall' ingår även fall med förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning och antal dagar har då hanterats på motsvarande sätt.

I samtliga analyser, med ett undantag, används nettodagar, inte bruttodagar. Det innebär att bruttodagar med partiell frånvaro är hopslagna till hela dagar, två dagar på halvtid räknas t.ex. som en nettodag, fyra bruttodagar på kvartstid (25 %) räknas på motsvarande sätt också som en nettodag. Personer med partiell SA som yrkesarbetar på resterande del blir ibland i MiDAS registrerade som att de är sjukskrivna på heltid. När bruttodagar respektive nettodagar med sjukpenning och SA då slås ihop blir antalet dagar för stort, och kan t.ex. bli fler än 366 dagar under ett år. Detta har hanterats så att sjukfrånvaro och SA under en dag inte kan bli mer än 100 %.

I analyserna har endast de sjukskrivningsfall som blev >14 bruttodagar tagits med, för att inte introducera systematisk bias för t.ex. personer med arbetslöshetsersättning (då ersättning kan fås från Försäkringskassan fr.o.m. dag två). Den information om sjukskrivning och SA som använts i projektet framgår nedan, under rubriken Variabler (sid 10). De 22 mått på sjukskrivning och SA som använts framgår nedan under rubriken Analyser (sid 14).

Från *Socialstyrelsen*: information från *Dödsorsaksregistret*⁴² avseende år för död.

Kohorter

Två kohorter etablerades. Dels 2012 års kohort, som följdes fram till och med 2018, dels 2018 års kohort för vilken data för 2018 har analyserats. Nedan beskrivs vilka som ingår i respektive kohort.

2012 års kohort

De flesta resultaten i rapporten gäller 2012 års kohort. I denna kohort ingår de personer i åldern 18-67 år, som levde och var bosatta i Sverige hela året 2012 (här definierat som att de enligt LISA bodde här både 31 december 2011 och 31 december 2012) och som under 2012 hade en giltig kod enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK)⁴³ som indikerade ett tjänstemannayrke (bestämt i diskussioner med referensgrupp i en tidigare del av projektet²), var anställda på företag i privat sektor och hade en sammanlagd årsinkomst på minst 7920 kronor från lön, föräldrapenning, och/eller sjukpenning, alternativt SA.

Valet av 7920 kronor som lägsta inkomstnivå baseras på följande: för att ha rätt till sjukpenning krävs en årsinkomst på minst 24 % av prisbasbeloppet. År 2012 var prisbasbeloppet satt till 44 000 kronor, vilket innebär att 24 % av basbeloppet motsvarade 10 560 kronor. Nivån sattes till 75 % av detta

belopp, för att ta hänsyn till att ersättningsnivån inom sjukpenningförsäkringen och föräldrapenning i de flesta fall ligger på 75-80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten, därav 7920 kronor⁴⁴.

Följande personer inkluderades inte: personer som 2012 var anställda inom offentlig sektor, som huvudsakligen var egenföretagare samt de som var arbetslösa >299 dagar. Information gällande år 2012 om arbetssituation (dvs. anställd, arbetslös, egenföretagare, etcetera, samt yrke, näringsgren och sektor) hämtades ur LISA-registret. Detta registreras i november, vilket innebär att vissa personer som ingick i kohorten som anställda kunde ha varit arbetslösa, studenter eller egenföretagare under delar av året.

De 461 personer som hade SA på heltid under hela 2012 exkluderades. Däremot inkluderades de personer med SA-fall som pågick på deltid hela året. Personer med SA-fall som påbörjades på hel- eller deltid under året var också med i kohorten.

Definitionen av tjänstemän baserades på SSYK-96⁴³. SSYK baseras på arbetsuppgifter personen utför och den kvalifikationsnivå som krävs för att utföra yrket. Följande yrkeskategorier har här definierats som tjänstemän (siffror inom parantes refererar till SSYK-96-kod²):

- Ledningsarbete (1111-1792)
- Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens (2111-2672)
- Arbete som kräver kortare högskoleutbildning eller motsvarande kunskaper (3111-3522)
- Dataregistrerare (4111)
- Kontorsssekreterare, läkarsekreterare m.fl. (4112)
- Bokförings- och redovisningsassistenter (4120)
- Transportassistenter (4132)
- Biblioteksassistenter m.fl. (4140)
- Övrig kontorspersonal (4190)
- Bank- och postkassörer (4212)
- Pantlånare (4214)
- Inkasserare m.fl. (4215)
- Resebyrå- och turistbyråtjänstemän (4221)
- Receptionister m.fl. (4222)
- Telefonister (4223)
- Trafikinformatörer m.fl. (4224)
- Flygvärdinnor m.fl. (5111)
- Tågmästare m.fl. (5112)
- Guider och reseledare (5113)
- Storhushållsföreståndare m.fl. (5121)
- Tandsköterskor (5135)
- Begravningsentreprenörer (5142)
- Fotomodeller m.fl. (5210)
- Bil-, båt- och husvagnsförsäljare (5226)
- Demonstratörer, uthyrare m.fl. (5227)
- Text- och bildoperatörer m.fl. (7341)
- Provsmakare och kvalitetsbedömare (7413)
- Lokförare (8311)

Personer i följande yrkeskategorier inkluderades om de hade åtminstone någon gymnasieutbildning:

- Flygtekniker (3145)
- Djursjukvårdare (3227)
- Övriga terapeuter (3229)
- Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl. (5132)
- Vårdbiträden, personliga assistenter m.fl. (5133)
- Övrig vård- och omsorgspersonal (5139)
- Övrig servicepersonal, personliga tjänster (5149)
- Flygmekaniker och flygoperatörer (7232)

Ovanstående innebär att det totalt ingick 1 283 516 personer i 2012 års kohort. I vissa av analyserna uteslöts de personer som avled eller emigrerade under uppföljningen. I analyser om att ha beviljats ny SA någon gång under uppföljningsåren 2013-2018 har de personer som fyllde 66 år eller mer under 2013 uteslutits, eftersom de inte kunde ha beviljats sjukersättning under uppföljningen, vilket resulterar i 1 263 423 personer.

För denna kohort togs även samtliga nya 13 881 sjukskrivningsfall som blev längre än 14 dagar och som påbörjades under april år 2012 eller under april år 2013 av personer som då var <65 år, fram.

2018 års kohort

Data för en motsvarande kohort, 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän, togs även fram med samma inklusions- och exklusionskriterier som för 2012 års kohort, dock gällande 2018. De i 2018 års kohort jämfördes med dem i 2012 års kohort avseende sociodemografiska faktorer, inkomst, näringsgren, samt sjukskrivning och SA år 2012. Då en revision av SSK (SSK-2012) togs i bruk år 2014, användes SCBs nycklar för att översätta SSK-koder mellan de två olika versionerna av SSK, så att de som var tjänstemän enligt SSK-2012 kunde identifieras enligt samma kriterier som användes för SSK-96. I 2018 års kohort ingick 1 421 813 personer.

Variabler

Följande fyra typer av variabler användes i projektet: information om sociodemografi, om typ av näringsgren, om sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) samt om sjukskrivnings- respektive SA-diagnoser. Dessa beskrivs nedan.

Sociodemografiska variabler

Information om följande sex sociodemografiska variabler användes för både 2012 och 2018 års kohort):

- *Kön*, uppdelat på kvinnor och män.
- *Ålder*, uppdelat på sex kategorier: 18-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år och 65-67 år.
- *Födelseland*, uppdelat på fyra kategorier: Sverige, övriga Norden, övriga EU25 och övriga världen. Kategorin ”uppgift saknas” kategoriseras som övriga världen.
- *Högsta utbildningsnivå*, uppdelat på tre kategorier: grundskoleutbildning (≤ 9 år), gymnasieutbildning (10-12 år), och universitets/högskoleutbildning (> 12 år). Kategorin ”uppgift saknas” klassificerades som grundskoleutbildning.
- *Familjesituation*, uppdelat på fyra kategorier: gift/sambo utan hemmavarande barn, gift sambo med hemmavarande barn, ensamstående utan hemmavarande barn (inklusive de <10 tjänstemän i åldern 18-20 år som av SCB kategoriserats som hemmaboende), och ensamstående med hemmavarande barn. Barn kategoriseras av SCB som boende i det hushåll där de var folkbokförda.
- För *typ av boenderegion*, uppdelat på tre kategorier: storstäder (Stockholm, Göteborg och Malmö med omliggande områden), mellanstora städer ($> 90\,000$ personer inom 30 km från stadskärnan), mindre orter ($< 90\,000$ personer inom 30 km från stadskärnan), baserat på boendekommun, enligt så kallad H-region⁴.
- *Inkomst* räknades som årlig inkomst från förvärvsarbete och arbetsrelaterade ersättningar (lön, föräldrapenning, samt sjukpenning) och kategoriseras utifrån prisbasbeloppet (PBB) för 2012 respektive för 2018 i fem grupper (75 % av 24 % av 1-1,99 PBB, 2-3,99 PBB, 4-7,49 PBB, 7,5-9,99 PBB, ≥ 10 PBB).
- *Arbetsmarknadssituation* baserades på inkomst och antal dagar med arbetslöshet, sjukskrivning eller SA. Den var uppdelat i följande sex kategorier: förtida död, emigrerad, ålderspension (mer än hälften av inkomsten från allmän eller tjänstepension), arbetslös (mer än 183 dagar i arbetslöshet eller ingen inkomst från arbete), sjukskriven/SA (> 183 nettodagar med sjukskrivning och/eller SA sammanlagt), eller förvärvsarbetande (inkomst från arbete, studier eller föräldrapenning och uppfyllde inte kriterierna för någon annan kategori).

Samtliga dessa variabler gäller inklusionsåret: dvs. år 2012 för 2012 års kohort respektive 2018 för 2018 års kohort. För 2012 års kohort togs även information om följande variabler fram för år 2018: inkomst, SSYK och arbetsmarknadssituation.

Näringsgren

I ett flertal analyser används näringsgren personerna arbetade inom år 2012 – eller för 2018 års kohort under år 2018. Näringsgren är kategoriserat i sex kategorier baserade på koder för Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI)⁴⁵. De sex kategorier som använts är:

- *Industri*, bestående av SNI-avdelningar:
 - A (Jordbruk, skogsbruk och fiske)
 - B (Utvinning av material)
 - C (Tillverkning)
 - D (Försörjning av el, gas, värme och kyla), exklusive 35.230 (Handel med gas via rörnät)
 - SNI-koder 46.69 (Partihandel med övriga maskiner och övrig utrustning) och 71.129 (Övrig teknisk konsultverksamhet)
- *Tjänster*, bestående av SNI-avdelningar:
 - J (Information och kommunikation)
 - K (Finans- och försäkringsverksamhet)
 - L (Fastighetsverksamhet)
 - M (Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik) exklusive 71.129 (Övrig teknisk konsultverksamhet)
 - N (Uthyrning, fastighetsservice, resetjänster och andra stödtjänster) exklusive 77.32 (Uthyrning och leasing av bygg- och anläggningsmaskiner)
 - O (Offentlig förvaltning och försvar) exklusive 84.124 (Administration av omsorg och socialtjänst)
 - R (Kultur, nöje & fritid)
 - S (Annan serviceverksamhet)
 - T (Förvärvsarbete i hushåll, hushållens produktion av diverse varor och tjänster för eget bruk)
 - U (Verksamhet vid internationella organisationer, utländska ambassader o.d.)
 - SNI-koder 46.51 (Partihandel med datorer, kringutrustning samt programvara), 47.43 (Specialiserad butikshandel med ljud- och bildanläggningar samt videoutrustning), 49.1 (Järnvägstransport, passagerartrafik), 49.2 (Järnvägstransport, godstrafik), 49.31 (Kollektivtrafik), 52.23 (Stödtjänster till lufttransport) och 53 (Post- och kurirverksamhet)
- *Handel, hotell- och restaurangverksamhet*, bestående av SNI-avdelningar:
 - G (Handel; reparation av motorfordon och motorcyklar) exklusive 45 (Handel samt reparation av motorfordon och motorcyklar), 46.51 (Partihandel med datorer, omkringutrustning samt programvara), 46.69 (Partihandel med övriga maskiner och övrig utrustning), och 47.43 (Specialiserad butikshandel med ljud- och bildanläggningar samt videoutrustning)
 - I (Hotell- och restaurangverksamhet)
- *Transporter*, bestående av SNI-avdelningar:
 - H (Transport och magasinering) exklusive 52.23 (Stödtjänster till lufttransport) och 53 (Post- och kurirverksamhet)
 - SNI-kod 45 (Handel samt reparation av motorfordon och motorcyklar)
- *Byggindustri/Installation* bestående av SNI-avdelningar:
 - F (Byggverksamhet)
 - SNI-kod 77.32 (Uthyrning och leasing av bygg- och anläggningsmaskiner)

- *Vård och utbildning* bestående av SNI-avdelningar:
 - P (Utbildning)
 - Q (Vård & omsorg, sociala tjänster)
 - SNI-kod 84.124 (Administration av omsorg och socialtjänst)

För 1567 personer i 2012 års kohort saknades uppgift om SNI-kod. För dem användes SSYK-koder på treställig nivå för att klassificera dem i näringsgrenar där detta var möjligt. Följande SSYK-koder klassificerades som tillhörande näringsgrenen *Vård och utbildning*: hälso- och sjukvårdsspecialister (SSYK-kod 222), barnmorskor, sjuksköterskor med särskild kompetens (SSYK-kod 223), universitets- och högskolelärare (SSYK-kod 231), gymnasieleurare m.fl. (SSYK-kod 232), grundskollärare (SSYK-kod 233), speciallärare (SSYK-kod 234), andra pedagoger med teoretisk specialistkompetens (SSYK-kod 235), psykologer, socialsekreterare m.fl. (SSYK-kod 249), sjukgymnaster, tandhygienister m.fl. (SSYK-kod 322), sjuksköterskor (SSYK-kod 323), förskollärare och fritidspedagoger (SSYK-kod 331), andra lärare och instruktörer (SSYK-kod 332), behandlingsassistenter, fritidsledare m.fl. (SSYK-kod 346) och vård- och omsorgspersonal (SSYK-kod 513). Piloter, fartygsbefäl m.fl. (SSYK-kod 314) klassificerades som tillhörande näringsgrenen Transporter. Övriga yrkeskategorier gick inte att klassificera till någon enstaka näringsgren. Det var då 566 personer som fortfarande saknade näringsgren när även yrkeskoder beaktades vilket motsvarade mindre än 0,1 % av kohorten.

I 2018 års kohort var det 1155 personer som saknade uppgift om SNI-kod. De hanterades på motsvarande sätt.

Sjukskrivnings- och SA-diagnoser

I MiDAS kategoriseras sjukskrivningsdiagnos och SA-diagnos numera enligt ICD-10⁵. Dessa diagnoser grupperades på tre olika sätt. För några övergripande analyser i följande två grupper:

- Psykiska diagnoser (ICD-10 koder F00-F99 samt Z73) och
- Somatiska diagnoser (samtliga övriga sjukskrivningsdiagnoser inklusive de där diagnos saknas, vilket gäller ca 1 % av sjukskrivningsfallen och 3 % av SA-fallen)

För mer detaljerade analyser i följande sju kategorier, där ovanstående grupp 'somatiska diagnoser' delats in i sex subgrupper:

- Psykiska diagnoser: ICD-10 koder F00-F99 samt Z73
- Muskuloskeletala diagnoser (dvs. diagnoser i rörelseorganen, muskler, skelett, senor, brosk och bindväv): ICD-10 koder M00-M99
- Skador: ICD-10 koder S00-T98 och V01-Y98
- Cancer: ICD-10 koder C00-D48
- Hjärt- och kärlsjukdomar: ICD-10 koder I00-I99
- Graviditetsrelaterade diagnoser: ICD-10 koder O00-O99 samt N96 (gällande kvinnor)
- Övriga diagnoser: samtliga övriga, inklusive de där diagnos saknas (gäller ca 1 % av sjukskrivningsfallen och 3 % av SA-fallen)

I sekvensanalyserna (se nedan) delades diagnoserna in dessa tre grupper:

- Psykiska diagnoser (ICD-10 koder F00-F99 samt Z73) och
- Muskuloskeletala diagnoser (ICD-10 koder M00-M99)
- Övriga diagnoser (samtliga övriga, inklusive de där diagnos saknas, vilket gäller ca 1 % av sjukskrivningsfallen och 3 % av SA-fallen)

Den första sjukskrivningsdiagnosen för varje sjukskrivningsfall finns registrerat i MiDAS. Om SA-diagnos har bytts under ett pågående SA-fall har den senaste diagnosen fram till och med år 2012 använts. Vissa av SA-fallen startade för så länge sedan att diagnosen istället är kodad med ICD-9⁴⁶. Dessa diagnoser har omvandlats till den närmsta ICD-10-diagnosen och här kategoriserats enligt ICD-10.

Använd information om sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)

Utifrån MiDAS-data togs även följande information fram för varje sjukskrivningsfall som blev >14 bruttodagar långt och för varje sjuk- och aktivitetsersättningsfall (SA): start- och slutdatum, grad (25, 50, 75 eller 100 % av heltid) samt diagnos.

I rapporten anges genomgående antal sjukskrivningsdagar och SA-dagar som nettodagar, om inget annat anges. I beräkningen av nettodagar beräknades de första 14 dagarna på den grad som sjukskrivningsfallet hade dag 15 – dvs., om sjukskrivningsfallet var på 50 % dag 15 räknades de första 14 dagarna som om de också var på 50 %, dvs. som 7 nettodagar.

Följande information om sjukskrivning och SA togs fram:

Angående sjukskrivning under 2012:

- Sjukskrivning i ett sjukskrivningsfall som varat mer än 14 bruttodagar: ja/nej
- Antal dagar totalt under 2012
- Antal dagar under 2012 uppdelat i 7 kategorier: 0 dagar, 3,75-<15 dagar, 15-<31 dagar, 31-<91 dagar, 91-<181 dagar, 181-<366 dagar, 366 dagar (eftersom 2012 var ett skottår)
- Sjukskrivning i psykisk diagnos: ja/nej
- Sjukskrivning i muskuloskeletal diagnos: ja/nej
- Sjukskrivning i skada: ja/nej
- Sjukskrivning i cancer: ja/nej
- Sjukskrivning i hjärt-kärlsjukdom: ja/nej
- Sjukskrivning i graviditetsrelaterad diagnos: ja/nej
- Sjukskrivning i övrig diagnos (inklusive de få fall där diagnos ej framgår): ja/nej

Angående sjukskrivning under uppföljningen 2013-2018:

- Sjukskrivning i ett sjukskrivningsfall som varat mer än 14 bruttodagar: ja/nej
- Antal dagar per år
- Antal dagar per år i psykisk diagnos
- Antal dagar per år i muskuloskeletal diagnos
- Antal dagar per år i skada
- Antal dagar per år i cancer
- Antal dagar per år i hjärt-kärlsjukdom
- Antal dagar per år i graviditetsrelaterad diagnos
- Antal dagar per år i övrig diagnos (inklusive de få fall där diagnos ej framgår)

Angående sjukskrivningsfall som startade i april 2012 eller i april 2013:

- Antal bruttodagar
- Diagnos

Angående SA:

- Nystartad SA under något år av uppföljningen (räknades som ett nystartat SA-fall någon gång under 2013-2018 om en person inte hade SA under 2012): ja/nej
- Antal dagar per år i både pågående och nystartade fall
- Antal dagar per år i psykisk diagnos i både pågående och nystartade fall
- Antal dagar per år i muskuloskeletal diagnos i både pågående och nystartade fall
- Antal dagar per år i skada i både pågående och nystartade fall
- Antal dagar per år i cancer i både pågående och nystartade fall
- Antal dagar per år i hjärt-kärlsjukdom i både pågående och nystartade fall
- Antal dagar per år i övrig diagnos (inklusive de få fall där diagnos ej framgår) i både pågående och nystartade fall

Angående sjukskrivning respektive SA under 2018 för 2018 års kohort:

- Sjukskrivning i ett sjukskrivningsfall som varat mer än 14 bruttodagar: ja/nej
- Antal dagar med sjukskrivning
- SA-fall (både pågående och nystartade under 2018): ja/nej
- Antal dagar med SA

Analys

Flera statistiska analysmetoder tillämpades för att beskriva sjukfrånvaro- och SA-mönster över tid. I analyserna användes då ett flertal (22 st) olika mått på sjukfrånvaro och SA, då utfallet i stor utsträckning kan bero på typ av mått^{8, 47-51}.

I denna rapport redovisas följande 22 mått på sjukskrivning och SA, varav samtliga använts för 2012 års kohort och nummer 1, 4, 5 samt 11-13 för 2018 års kohort:

1. Andel med sjukskrivningsfall >14 bruttodagar under 2012 för 2012 års kohort respektive för år 2018 för 2018 års kohort
2. Andel personer med sjukskrivningsfall >14 bruttodagar per år per person
3. Andel personer med sjukskrivningsfall >14 bruttodagar per år per person som hade sjukskrivningsfall 2012
4. Medelantal av sjukskrivningsdagar per år per person
5. Medelantal av sjukskrivningsdagar per år per person med sjukskrivning
6. Median av sjukskrivningsdagar per år per person med sjukskrivning
7. Medelantal av sjukskrivningsdagar i specifika diagnosgrupper per år per person
8. Andel med nytt SA-fall per person <65 år
9. Andel med nytt SA-fall per person <65 år som hade sjukskrivningsfall 2012
10. Oddskvoter för ett nytt SA-fall för personer <65 år
11. Andel personer <65 år som hade antingen pågående eller nytt SA-fall under 2012 för 2012 års kohort respektive 2018 för 2018 års kohort
12. Medelantal av SA-dagar per år per person <65 år
13. Medelantal av SA-dagar per år per person <65 år med SA
14. Median av SA-dagar per år per person <65 år med SA
15. Medelantal av SA-dagar per år per person <65 år i specifika diagnosgrupper per år per person
16. Antal nystartade sjukskrivningsfall under april 2012 respektive april 2013 som blev >14 bruttodagar
17. Antal nystartade sjukskrivningsfall under april 2012 respektive april 2013 på >14 bruttodagar som blev >90 bruttodagar långa
18. Andel nystartade sjukskrivningsfall under april 2012 respektive april 2013 på >14 bruttodagar som blev >90 bruttodagar långa
19. Oddskvoter att ett nystartat sjukskrivningsfall >14 bruttodagar blev >90 bruttodagar
20. Sekvenser av sjukskrivning och SA
21. Kluster (grupper) av personer med liknande sekvenser av sjukskrivning och SA
22. Oddskvoter för att tillhöra respektive sådant kluster

Både medelvärden och median för antal sjukskrivnings- och SA-dagar togs fram, då antalet sjukskrivningsdagar är väldigt skevt fördelade med många korta och få långa sjukskrivningsfall och de flesta kvinnor och män inte har någon sjukskrivning alls^{2, 48}. Det innebär att medelantalet dagar ofta är betydligt högre än medianen⁵², något som behöver beaktas.

När andel personer respektive antal medel- eller mediandagar med sjukskrivning eller SA under uppföljningsåren togs fram exkluderades de som avlidit eller emigrerat ur nämnaren fr.o.m. året efter att detta inträffat, eftersom de då inte kunde ha detta utfall. Att de togs med under samma år beror på att en person t.ex. kunde ha avlidit i december och dessförinnan under det året varit sjukskriven eller

haft SA. I flera av analyserna togs även de som blev 65 år under ett år bort ur nämnaren fr.o.m. året efter, bl.a. eftersom personer >64 år inte kan ha SA.

För att identifiera samband mellan olika faktorer och framtida sjukskrivning respektive SA genomfördes ojusterade och justerade multivariata analyser, där justeringar gjordes för deras sociodemografi samt sjukfrånvaro år 2012. Resultaten presenteras för alla samt uppdelat på kvinnor och män, som oddskvoter (OK) och deras 95 procentiga konfidensintervall (KI).

Så kallade *sekvensanalyser*^{48, 53} över att ha sjukskrivning och/eller SA generellt respektive i olika diagnoser under 7-årsperioden 2012-2018 genomfördes också. I dessa analyser grupperades personer i grupper; så kallade kluster med liknande sekvenser av olika status av sjukskrivning och SA. I det första steget fastställde vi följande sju olika övergripande statusar som en person kunde ha under ett år:

1. Ingen sjukskrivning eller SA
2. Sjukskrivning i huvudsakligen psykisk diagnos, ingen SA
3. Sjukskrivning i huvudsakligen muskuloskeletal diagnos, ingen SA
4. Sjukskrivning i huvudsakligen övrig diagnos, ingen SA
5. Både sjukskrivning och SA
6. SA, ingen sjukskrivning
7. Kan ej ha sjukskrivning eller SA (dvs. förtida död, emigrerad eller hade inte sjukpenninggrundande inkomst)

Detta innebär att om en person hade något sjukskrivningsfall >14 bruttodagar i en viss diagnos så kategoriserades den personen till det statuset, under det året – alltså innebär detta ett mycket känsligt mått för att ha varit sjukskriven och det plockar upp även de som endast hade ett kortare fall. Om en person hade fler än ett sjukskrivningsfall under ett år i olika diagnoser, kategoriserades hon eller han till den diagnosgrupp som svarade för flest dagar under det året.

Först fastställdes varje persons sekvens av status över de sju åren. Därefter analyserades vilka sekvenser som var vanligast förekommande för kvinnor och för män. Densitetsplotter togs också fram, där andel personer som befann sig i varje status vid varje år visas.

Liknande sekvenser grupperades sedan med varandra med en metod som kallas ”optimal matching”. Metoden går ut på att beräkna hur många ändringar som behövs för att förvandla en sekvens till en annan genom att ta bort status, lägga till status, eller byta ut ett status mot ett annat. Varje ändring i form av att byta ett status mot ett annat under året efter, tilldelades ett värde beroende på hur vanligt det var att byta från varje status till alla andra status, så att ovanliga byten av status (t.ex. att byta från Ingen sjukskrivning eller SA ett år till SA, ingen sjukskrivning nästa år) fick högre värden än vanligare byten (t.ex. att gå från Sjukskrivning i psykisk diagnos, ingen SA till Både sjukskrivning och SA). Dessa värden användes sedan för att beräkna hur nära varje sekvens av status var alla övriga sekvenserⁱ.

Därnäst användes klusteranalys för att identifiera de kluster, dvs. grupper, som fanns av personer med liknande sekvenser. Att bestämma antalet kluster i denna typ av analys är en balansgång mellan att å ena sidan bryta ner kohorten i så många kluster att det inte blir möjligt att analysera dem och att å andra sidan ha så få och därmed heterogena kluster att det inte går att peka på meningsfulla skillnader mellan klustren. För att bestämma antalet kluster användes en blandning av statistiska mått och forskarnas bedömning om huruvida klustren som skapades var meningsfullt annorlunda mot existerande kluster. De statistiska mått som användes för detta var:

ⁱ Sekvenser som innebar flera byten av status eller som innebar ovanligare byten av status för att förvandla en sekvens till en annan klassificerades alltså som mer olika varandra än sekvenser som krävde färre byten eller vanligare byten för att förvandla en sekvens till en annan.

- ASW: Average Silhouette Width
- HG: Hubert's Gamma,
- PBC: Point Biserial Correlation
- HC: Hubert's C
- R
- R²

Efter att personerna delats upp i kluster gjordes en multinomial logistisk regression för att analysera eventuella samband mellan de ovan beskrivna faktorerna och klustertillhörighet. Eventuella samband mättes med oddskvoter (OK) och deras 95 procentiga konfidensintervall (KI).

Som framgår ovan har ett flertal av analyserna genomförts både för samtliga personer i de två kohorterna samt uppdelat på kvinnor och män. Det senare eftersom det i Sverige liksom flertalet andra länder finns könsskillnader i sjukskrivning och SA och att det eventuellt finns könsskillnader i mekanismerna bakom sjukskrivning och SA^{8, 54-60}.

Resultat

Huvuddelen av resultaten nedan gäller 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän. Även några resultat för 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän redovisas.

2012 års kohort

I Tabell 1 visas sociodemografiska faktorer för år 2012 för kohorten av de 1 283 516 privatanställda tjänstemännen 2012. Ungefär hälften av kohorten (53,5 % av kvinnorna och 49,9 % av männen) bodde i ett storstadsområde, dvs. i Stockholm, Göteborg eller Malmö. Åldersfördelningen var ganska jämn mellan kvinnor och män, kategorin 35-44 år var den största bland båda (29,1 % av kvinnorna och 29,7 % av männen), medelåldern var 42,73 år (42,0 för kvinnor och 43,4 för män). Gruppen var relativt välutbildad, ytterst få hade endast grundskoleutbildning och drygt hälften hade åtminstone någon universitets- eller högskoleutbildning.

Den näringsgrenen där flest personer ingick var tjänster (41,9 % av kvinnorna och 44,4 % av männen). Den näringsgrenen med minst antal anställda personer var byggverksamhet (2,4 % av kvinnorna och 5,4 % av männen).

Tabell 1: Beskrivning av 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän

Faktorer 2012	Alla		Kvinnor		Män	
	n	%	n	%	n	%
Alla	1 283 516	100,00	608 793	100	674 723	100
Kvinnor	608 793	47,43				
Män	674 723	52,57				
Åldersgrupp						
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
Typ av boenderegion						
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
Utbildningsnivå						
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

Forts. tabell 1

Födelseland						
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
Familjesituation						
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
Ensamstående, ej barn hemma	422 531	32,92	190 960	31,37	231 571	34,32
Ensamstående, barn hemma	85 200	6,64	62 137	10,21	23 063	3,42
Näringsgren						
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, omsorg, sociala tjänster	192 319	14,98	146 853	24,12	45 466	6,74
Okänd verksamhet	566	0,04	177	0,03	389	0,06
Förvärvsinkomst						
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
Antal sjukskrivningsdagar 2012						
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 2012)	1275	0,10	867	0,14	408	0,06
Sjukskrivning 2012 i psykisk diagnos						
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
Sjukskrivning 2012 i muskuloskeletal diagnos						
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
Sjukskrivning 2012 i skadediagnos						
Nej	1 274 337	99,28	603 731	99,17	670 606	99,39
Ja	9179	0,72	5062	0,83	4117	0,61
Sjukskrivning 2012 i cancer						
Nej	1 278 222	99,59	605 309	99,43	672 913	99,73
Ja	5294	0,41	3484	0,57	1810	0,27
Sjukskrivning 2012 i hjärt-kärlsjukdom						
Nej	1 279 632	99,70	607 344	99,76	672 288	99,64
Ja	3884	0,30	1449	0,24	2435	0,36
Sjukskrivning 2012 i graviditetsrelaterad diagnos						
Nej	1 276 500	99,45	601 777	98,85	674 723	100,00
Ja	7005	0,55	7005	1,15	0	0,00
Sjukskrivning 2012 i övriga diagnoser						
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 av 2012 års kohort

Vi har följt 2012 års kohort från och med 2012 till och med 2018, avseende utvecklingen när det gäller personernas framtida arbetsmarknadssituation, sjukskrivning generellt och i olika diagnosgrupper, nytt SA-fall, SA generellt och i olika diagnosgrupper, samt sekvenser av sjukskrivning och SA.

Arbetsmarknadssituation 2018 för hela 2012 års kohort

En första fråga som ställdes var: hur många av de 1 283 516 personer som var privatanställda tjänstemän år 2012, var det även år 2018? Detta framgår av Tabell 2. Där framgår även av vilken anledning de andra inte längre räknades som privatanställda tjänstemän, enligt vår definition.

Majoriteten (64 %) var fortfarande privatanställda tjänstemän år 2018. Av den tredjedel av kohorten som inte var det, var de främsta anledningarna att inte vara kvar som privatanställd tjänsteman att inte längre ha något yrke, enl. SSYK (12 % av kohorten) (dvs. de hade inget yrke registrerat av SCB), eller att inte längre vara anställd i privat sektor (10 % av kohorten). Fem procent av kohorten arbetade inom privat sektor men i arbetaryrken, medan tre procent huvudsakligen var egenföretagare.

Tabell 2: Antal och andel (%) med olika situation år 2018, av samtliga personer i 2012 års kohort som då var 18-67 år

Situation 2018	Antal	Andel (%)
Avlidit	10 433	0,81
Emigrerat	14 383	1,12
Ha mycket låg inkomst från arbete, föräldrapenning, sjukpenning och/eller SA (<8190 kr), eller ha >300 dagar i arbetslöshet eller 365 dagar SA	51 131	3,98
Inget yrke enl. SSYK	153 509	11,96
Egenföretagare	41 600	3,24
Anställd i offentlig sektor eller Svenska kyrkan	124 090	9,67
Anställd i arbetaryrke i privat sektor enligt SSYK	64 210	5,00
Privatanställd tjänsteman	824 160	64,21
Samtliga	1 283 516	100

I analyser av de 1 054 060 som fortfarande förvärvsarbetade år 2018 (82,1 % av alla i 2012 års kohort) framkom att 3,9 % var egenföretagare, 12,0 % arbetade i offentlig sektor, 6,0 % hade ett arbetaryrke, medan 78,0 % var privatanställda tjänstemän även 2018 (ej visat i tabell).

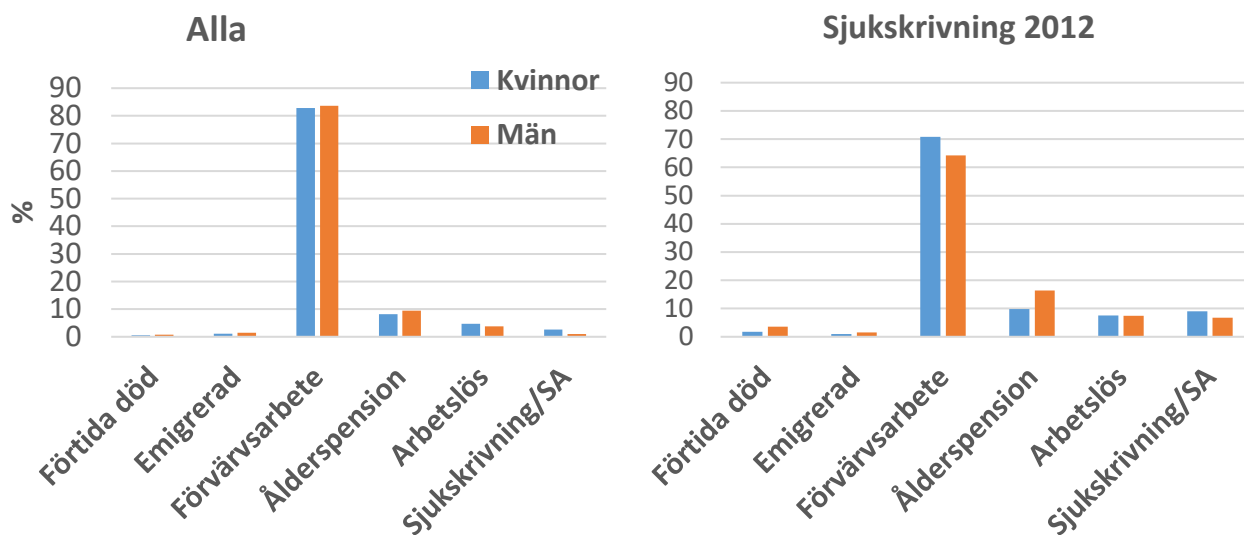
Av de 459 356 som inte längre var privatanställda tjänstemän, var ca 22 % över 65 år 2018 (ej visat i tabell). Av de som inte hade något yrke enligt SSYK var ca 35 % över 65 år (jämfört med att cirka 7 % av hela kohorten var >65 år 2018), så det var en större andel personer >65 som inte längre räknades som tjänstemän av den orsaken än i hela kohorten. De som var >65 år utgjorde även ca 30 % av de som var egenföretagare istället för att ha anställning (ej visat i tabell), dvs. en större andel av de tjänstemännen som var >65 år, hade övergått till att vara egenföretagare än tjänstemän i andra åldersgrupper.

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

I de följande analyserna fokuseras på de personer i 2012 års kohort som då var 18-64 år – dvs. de som var 65-67 år 2012 har inte tagits med.

I Figur 1 framgår vilken huvudsaklig arbetsmarknadssituation de 1 263 423 personer i 2012 års kohort som år 2012 var i åldrarna 18-64, befann sig i år 2018. Den absoluta majoriteten (drygt 80 %) var då

fortfarande förvärvsarbetande. Dock var andelen förvärvsarbetande mindre bland de som hade någon sjukskrivning år 2012, runt 70 % bland kvinnorna och knappt 65 % bland männen. Det innebär att en större andel av kvinnorna som varit sjukskrivna 2012 var kvar i förvärvsarbete 2018. Det var en något större andel av de med sjukskrivning 2012 bland männen än bland kvinnorna som hade ålderspension eller som hade emigrerat år 2018.



Figur 1: Andel (%) personer i respektive huvudsakliga arbetsmarknadssituation år 2018 för dem i 2012 års kohort som 2012 var 18-64 år (n=1 263 423), för alla respektive för de som hade någon sjukskrivning 2012

Då både risken för sjukskrivning och risken för ålderspension eller död ökar med ålder och i viss utsträckning även har samma sociodemografiska riskfaktorer, gjordes även analyser där samtliga sociodemografiska faktorer (kön, ålder, typ av boenderegion, födelseland, utbildningsnivå, familjesituation, inkomst och näringsgren) liksom för sjukskrivning 2012 (antal dagar samt sjukskrivning i respektive diagnosgrupp) justerades för. Resultaten från både ojusterade och justerade analyser kan ses i Tabell 3. Även justerat för ålder och andra sociodemografiska faktorer hade sjukskrivning år 2012 ett starkt samband med arbetsmarknadssituation år 2018. De få (0,1 %) som var sjukskrivna på heltid hela 2012 hade hela 46 gånger högre odds att ha avlidit år 2018 och 42 gånger högre odds att vara sjukskrivna eller ha SA än de som inte hade någon sjukskrivning 2012. De som var sjukskrivna på heltid hela 2012 hade även högre odds att vara emigrerade (OK 7,65), arbetslösa (OK 4,57) eller ålderspensionerade (OK 3,24). Oddsens att ha någon annan arbetsmarknadsstatus än förvärvsarbetande var högre ju fler sjukskrivningsdagar personen hade under 2012. Även personer med få sjukskrivningsdagar år 2012 (3,75-<15 dagar) hade signifikant högre odds att vara avlidna (OK 1,55), arbetslösa (OK 1,17), eller ha sjukskrivning/SA (OK 1,90) under 2018. Däremot var det inga könsskillnader i odds för att ha någon annan arbetsmarknadssituation än förvärvsarbete relaterat till antal sjukskrivningsdagar 2012 (ej visat i tabell).

När det gäller sjukskrivningsdiagnos år 2012 innebar psykisk respektive muskuloskeletal sjukskrivningsdiagnos lägre odds för förtida död under uppföljningen t.o.m. 2018 (OK psykisk diagnos 0,63; muskuloskeletal diagnos 0,57) jämfört med att inte ha haft sjukskrivning i dessa diagnoser. Däremot innebar sjukskrivning i psykiska eller muskuloskeletal diagnoser 2012 högre odds för framtida arbetslöshet (OK psykisk diagnos 1,50; muskuloskeletal diagnos 1,17) eller sjukskrivning/SA 2018 (OK psykisk diagnos 1,69; muskuloskeletal diagnos 1,42). Personer med sjukskrivning i skador 2012 hade lägre odds för förtida död t.o.m. 2018 (OK 0,64). Personer med sjukskrivning 2012 i cancer hade betydligt högre odds för förtida död (OK 9,47) (högst bland män) respektive för emigration 2018 (OK 2,14). Även om risken för förtida död var högre bland de få

(0,41 %) som 2012 varit sjukskrivna i cancer överlevde de flesta t.o.m. 2018 (84 % av kvinnorna och 73 % av männen) och flertalet var även kvar i förvärvsarbete år 2018 (57 % av kvinnorna och 37 % av männen).

De med sjukskrivning i hjärt- och kärlsjukdomar 2012 hade högre odds för ålderspension (OK 1,28) eller sjukskrivning/SA 2018 (OK 1,85), medan de sjukskrivna i gruppen övriga diagnoser 2012 hade högre odds för förtida död (OK 1,35), arbetslöshet (OK 1,17) eller sjukskrivning/SA 2018 (OK 1,62).

Vad gäller de sociodemografiska faktorerna hade både ålder och inkomst år 2012 starka samband med arbetsmarknadssituation år 2018. Högre ålder 2012 hade samband med högre odds för alla andra arbetsmarknadssituationer än förvärvsarbete 2018 jämfört med de som var 35-44 år 2012 (OK ålder 44-55 år för död 2,39, ålderspension 7,83, arbetslös 1,54, sjukskriven/SA 1,43). Att de som var 55-64 år 2012 hade extremt höga odds att vara ålderspensionerade 2018 (OK >999,999) är föga förvånande, eventuellt inte heller att de hade mycket högre odds för förtida död (OK 11,88). När åldersgruppen 55-64 år delas upp i 55-59 år och 60-64 år, framkom samma riktning på skillnaderna, men de för ålderspension (OK 17,25, ej visat i tabell), samt förtida död (OK 7,40, ej visat i tabell) i åldern 55-59 var något mindre än de för hela gruppen 55-64.

Lägre inkomst år 2012 hade samband med högre odds för alla andra arbetsmarknadssituationer år 2018 än att vara förvärvsarbetande, jämfört med de som hade en inkomst på mer än 10 prisbasbelopp, i synnerhet sjukskrivning/SA (OK 0-2 PBB 8,25; 7,5-10 PBB OK 1,48) och arbetslöshet (OK 0-2 PBB 7,49; 7,5-10 PBB OK 1,22).

Män hade högre odds för förtida död än kvinnor (OK 1,77), men i övrigt var könsskillnaderna förhållandevis små (OKs mellan 0,67 och 1,50).

De som var födda utanför Sverige hade betydligt mycket 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 också högre odds för att vara arbetslösa (OK EU25 exkl. Norden 1,56; övriga världen 1,99).

När det gäller samband med typ av boendeort var de flesta oddskvoterna små (OKs mellan 0,67 och 1,50). Dock hade de som bodde i en mellanstor stad nästan dubbelt så stor odds att ha sjukskrivning/SA år 2018 (OK 1,92) eller att vara arbetslös (OK 1,87), och de som bodde i en mindre ort hade lägre sannolikhet att ha emigrerat (OK 0,59) än de som bodde i en storstad.

Sannolikheten för någon annan situation än att vara förvärvsarbetande var högre för dem med lägre utbildning, dock var skillnaderna mellan de som hade gymnasieutbildning och de som hade någon universitetsutbildning relativt små. De som enbart hade grundskoleutbildning hade högre odds för förtida död (OK 1,70), för arbetslöshet (OK 1,87) samt för sjukskrivning/SA (1,92). De hade även något högre odds för att ha emigrerat eller för ålderspension, men där var oddskvoterna under 1,50.

De som var gifta/sambo med hemmavarande barn 2012 hade lägre odds för alla övriga arbetsmarknadssituationer än förvärvsarbete 2018 än de som var gifta/sambo utan barn, i synnerhet för ålderspension (OK 0,32). De som var ensamstående med barn 2012 hade lägre odds för förtida död (OK 0,64), emigration (OK 0,61) och ålderspension 2018 (OK 0,30).

Det var överlag relativt små skillnader vad gäller näringsgren när det gäller situationen sju år senare efter justering av sociodemografiska faktorer. De som arbetade inom byggverksamhet 2012 hade lägre sannolikhet att ha emigrerat 2018 (OK 0,65). De som arbetade inom utbildning, vård och omsorg 2012 hade lägre sannolikhet att ha gått i ålderspension 2018 (OK 0,66). Flera av de samband som fanns mellan näringsgren 2012 och arbetsmarknadssituation 2018 minskade i betydelse vid justering för andra faktorer och några samband bytte till och med riktning. Till exempel hade personer som arbetade inom utbildning, vård och omsorg högre ojusterade oddskvoter för att vara i ålderspension och arbetslöshet 2018, men lägre efter justering för sociodemografiska faktorer samt sjukskrivning 2012, och oddskvoten för arbetslöshet var förhållandevis nära 1 (OK 0,74 efter justering).

Tabell 3: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för respektive arbetsmarknadssituation år 2018, för 2012 års kohort som var 18-64 år 2012
(signifikanta oddskvoter över 1,5 respektive under 0,67 i fetstil i de justerade analyserna)

Faktorer 2012	Förtida död		Emigrerad		Ålderspension		Arbetslöshet		Sjukskrivna/SA	
	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)
Kön										
Kvinnor	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Män	1,34 (1,28-1,41)	1,77 (1,68-1,87)	1,31 (1,27-1,35)	1,34 (1,29-1,38)	1,14 (1,13-1,15)	1,16 (1,13-1,18)	0,79 (0,78-0,81)	1,19 (1,17-1,22)	0,40 (0,39-0,41)	0,69 (0,67-0,72)
Ålder										
18-24 år	0,50 (0,40-0,63)	0,20 (0,16-0,25)	1,68 (1,58-1,8)	0,85 (0,79-0,92)	0,96 (0,69-1,34)	0,36 (0,26-0,51)	1,89 (1,82-1,95)	0,44 (0,42-0,46)	0,68 (0,63-0,73)	0,23 (0,21-0,25)
25-34 år	0,48 (0,42-0,54)	0,34 (0,30-0,38)	1,56 (1,5-1,63)	1,20 (1,15-1,26)	1,13 (0,94-1,36)	0,75 (0,63-0,91)	1,13 (1,11-1,16)	0,66 (0,64-0,67)	0,77 (0,74-0,80)	0,55 (0,53-0,58)
35-44 år	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
45-54 år	2,70 (2,50-2,91)	2,39 (2,21-2,58)	0,85 (0,81-0,89)	0,84 (0,80-0,88)	8,74 (7,66-9,98)	7,83 (6,86-8,94)	1,51 (1,48-1,55)	1,54 (1,50-1,58)	1,42 (1,38-1,47)	1,43 (1,38-1,48)
55-64 år	17,34 (16,16-18,60)	11,88 (11,02-12,82)	2,78 (2,65-2,92)	2,37 (2,25-2,50)	(>999,99)	(>999,99)	2,43 (2,36-2,50)	2,14 (2,07-2,21)	2,10 (2,02-2,19)	1,92 (1,84-2,02)
Typ av boenderegion										
Storstad	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Mellanstor stad	1,20 (1,14-1,26)	0,98 (0,92-1,03)	0,61 (0,59-0,63)	0,69 (0,66-0,72)	1,30 (1,28-1,32)	0,93 (0,91-0,95)	0,93 (0,91-0,95)	0,87 (0,85-0,89)	1,16 (1,13-1,20)	1,04 (1,01-1,08)
Mindre ort	1,47 (1,39-1,55)	0,98 (0,92-1,04)	0,49 (0,46-0,51)	0,59 (0,56-0,62)	1,71 (1,68-1,74)	0,94 (0,92-0,96)	1,06 (1,04-1,09)	0,92 (0,90-0,94)	1,36 (1,32-1,41)	1,05 (1,01-1,09)
Utbildningsnivå										
Grundskola	3,86 (3,57-4,16)	1,70 (1,57-1,85)	1,44 (1,35-1,53)	1,21 (1,13-1,29)	4,27 (4,18-4,37)	1,29 (1,25-1,34)	2,72 (2,63-2,82)	1,87 (1,80-1,94)	2,79 (2,64-2,94)	1,92 (1,82-2,03)
Gymnasium	1,63 (1,55-1,71)	1,18 (1,12-1,24)	0,59 (0,57-0,61)	0,68 (0,66-0,71)	1,67 (1,65-1,69)	1,06 (1,04-1,08)	1,65 (1,62-1,68)	1,31 (1,29-1,34)	1,79 (1,74-1,84)	1,28 (1,24-1,32)
Universitet	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Födelsland										
Sverige	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Övriga Norden	1,90 (1,68-2,15)	1,20 (1,06-1,36)	5,43 (5,11-5,77)	5,41 (5,09-5,76)	1,91 (1,85-1,98)	1,04 (0,99-1,09)	1,62 (1,53-1,71)	1,32 (1,25-1,40)	1,54 (1,42-1,67)	1,11 (1,02-1,21)
EU25 exkl Norden	1,16 (0,99-1,34)	1,10 (0,94-1,28)	5,72 (5,40-6,06)	5,20 (4,91-5,52)	0,91 (0,87-0,95)	0,84 (0,79-0,89)	1,58 (1,49-1,66)	1,56 (1,47-1,65)	1,05 (0,96-1,16)	1,00 (0,91-1,11)
Övriga världen	0,66 (0,59-0,73)	0,83 (0,74-0,93)	3,07 (2,94-3,21)	2,84 (2,72-2,98)	0,30 (0,29-0,32)	0,51 (0,49-0,54)	2,19 (2,13-2,25)	1,99 (1,93-2,05)	1,30 (1,23-1,36)	1,12 (1,06-1,18)
Familjesituation										
Gift/sambo, ej hemmavarande barn	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Gift/sambo, hemmavarande barn	0,17 (0,16-0,18)	0,50 (0,47-0,53)	0,44 (0,42-0,46)	0,58 (0,55-0,61)	0,05 (0,05-0,05)	0,32 (0,31-0,33)	0,49 (0,47-0,50)	0,65 (0,63-0,67)	0,57 (0,55-0,60)	0,78 (0,75-0,82)
Ensamstående, ej hemmavarande barn	0,34 (0,32-0,36)	1,12 (1,05-1,19)	0,89 (0,85-0,94)	1,02 (0,97-1,08)	0,13 (0,13-0,13)	0,64 (0,63-0,66)	1,02 (0,99-1,05)	1,29 (1,25-1,33)	0,72 (0,69-0,76)	1,11 (1,06-1,16)
Ensamstående, hemmavarande barn	0,28 (0,26-0,31)	0,64 (0,57-0,70)	0,43 (0,40-0,47)	0,61 (0,56-0,66)	0,07 (0,07-0,08)	0,30 (0,29-0,32)	0,99 (0,95-1,03)	0,99 (0,95-1,03)	1,36 (1,29-1,43)	1,13 (1,06-1,19)

Forts. tabell 2

	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Näringsgren														
Byggsamhet	1,29 (1,15-1,44)	0,92 (0,82-1,03)	0,53 (0,48-0,59)	0,65 (0,58-0,72)	1,35 (1,31-1,39)	0,82 (0,79-0,86)	0,68 (0,64-0,72)	0,70 (0,66-0,74)	0,84 (0,77-0,9)	0,89 (0,82-0,96)				
Handel, hotell, restaurang	0,95 (0,88-1,03)	0,89 (0,82-0,96)	0,86 (0,82-0,91)	0,98 (0,94-1,04)	0,94 (0,92-0,96)	0,86 (0,83-0,88)	1,01 (0,98-1,04)	0,92 (0,90-0,95)	1,08 (1,04-1,13)	0,93 (0,89-0,98)				
Industri	1,24 (1,17-1,32)	0,98 (0,92-1,04)	0,94 (0,90-0,98)	1,08 (1,04-1,13)	1,34 (1,32-1,36)	0,91 (0,89-0,93)	0,55 (0,54-0,57)	0,69 (0,67-0,71)	0,70 (0,68-0,73)	0,88 (0,84-0,91)				
Okänd verksamhet	1,43 (0,54-3,84)	0,97 (0,35-2,69)	2,86 (1,82-4,47)	2,94 (1,85-4,65)	1,59 (1,23-2,07)	1,05 (0,71-1,53)	1,31 (0,90-1,90)	1,22 (0,83-1,79)	0,60 (0,25-1,44)	0,58 (0,23-1,41)				
Transporter	1,45 (1,31-1,60)	1,00 (0,90-1,11)	0,87 (0,80-0,94)	1,02 (0,94-1,11)	1,36 (1,32-1,40)	0,92 (0,88-0,96)	1,00 (0,96-1,04)	0,87 (0,83-0,91)	1,12 (1,05-1,19)	0,97 (0,91-1,04)				
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	1,22 (1,14-1,31)	0,91 (0,85-0,98)	0,81 (0,77-0,85)	0,74 (0,71-0,78)	1,09 (1,07-1,11)	0,66 (0,64-0,68)	1,15 (1,12-1,18)	0,74 (0,72-0,76)	1,85 (1,79-1,91)	1,03 (0,99-1,07)				
Tjänster														
Inkomst														
24% av 75% av 1 - 2 PBB	1,07 (0,89-1,28)	3,26 (2,69-3,96)	4,54 (4,28-4,83)	5,30 (4,93-5,69)	0,77 (0,73-0,81)	2,97 (2,72-3,24)	5,56 (5,31-5,82)	7,49 (7,12-7,88)	5,67 (5,25-6,12)	8,25 (7,59-8,97)				
2-4 PBB	1,34 (1,22-1,47)	2,84 (2,55-3,16)	1,35 (1,27-1,43)	1,55 (1,46-1,66)	1,02 (0,99-1,05)	2,65 (2,53-2,76)	6,16 (5,98-6,34)	7,56 (7,31-7,82)	7,64 (7,29-8,01)	7,28 (6,90-7,69)				
4-7,5 PBB	1,36 (1,28-1,43)	1,75 (1,63-1,87)	0,73 (0,70-0,76)	0,86 (0,82-0,90)	0,91 (0,90-0,93)	1,53 (1,50-1,58)	2,81 (2,75-2,88)	2,99 (2,91-3,08)	3,97 (3,81-4,13)	2,66 (2,54-2,78)				
7,5-10 PBB	1,14 (1,08-1,21)	1,21 (1,14-1,29)	0,62 (0,60-0,65)	0,65 (0,62-0,68)	0,93 (0,92-0,95)	1,06 (1,03-1,08)	1,23 (1,20-1,27)	1,22 (1,19-1,26)	1,79 (1,71-1,87)	1,48 (1,41-1,55)				
≥10 PBB														
Antal sjukskrivningsdagar 2012														
0														
3-75 - <15	2,27 (2,01-2,57)	1,55 (1,20-1,99)	0,85 (0,76-0,96)	0,94 (0,67-1,31)	1,60 (1,54-1,66)	1,15 (1,00-1,33)	1,64 (1,56-1,73)	1,17 (1,02-1,33)	3,93 (3,70-4,17)	1,90 (1,68-2,14)				
15 - <31	2,85 (2,48-3,28)	1,86 (1,42-2,44)	1,09 (0,95-1,24)	1,19 (0,84-1,68)	1,60 (1,52-1,67)	1,16 (0,99-1,35)	1,93 (1,81-2,05)	1,33 (1,16-1,53)	4,20 (3,91-4,52)	2,03 (1,78-2,31)				
31 - <91	4,78 (4,34-5,26)	3,55 (2,75-4,59)	1,14 (1,02-1,28)	1,29 (0,91-1,82)	1,75 (1,68-1,82)	1,38 (1,18-1,61)	2,30 (2,19-2,41)	1,50 (1,31-1,72)	7,12 (6,77-7,49)	3,26 (2,88-3,70)				
91 - <181	12,06 (10,93-13,31)	7,51 (5,79-9,74)	1,36 (1,14-1,61)	1,56 (1,08-2,27)	2,15 (2,03-2,27)	1,65 (1,40-1,95)	3,75 (3,52-4,00)	2,16 (1,87-2,50)	15,09 (14,24-16,00)	6,24 (5,49-7,10)				
181 - <366	31,52 (28,82-34,47)	14,92 (11,6-19,18)	2,47 (2,07-2,94)	2,85 (1,98-4,11)	2,89 (2,69-3,10)	2,07 (1,74-2,46)	5,91 (5,50-6,35)	2,91 (2,52-3,37)	36,82 (34,74-39,02)	13,74 (12,12-15,5)				
366 (pga. skottår 2012)	0,61 (91,45-133,78)	46,40 (33,72-63,85)	6,52 (4,42-9,62)	7,65 (4,63-12,64)	5,29 (4,34-6,44)	3,24 (2,44-4,31)	10,31 (8,4-12,66)	4,57 (3,59-5,81)	119,3 (103,01-138,17)	41,75 (34,7-50,2)				
Sjukskrivning 2012 i specifika diagnosgrupper														
Psykisk (ref: nej)	2,27 (2,03-2,54)	0,63 (0,49-0,81)	0,99 (0,88-1,11)	0,86 (0,62-1,19)	1,08 (1,03-1,13)	1,06 (0,91-1,22)	3,01 (2,89-3,13)	1,50 (1,33-1,71)	9,00 (8,65-9,37)	1,69 (1,51-1,89)				
Muskuloskeletal (ref: nej)	2,58 (2,25-2,95)	0,57 (0,45-0,74)	1,12 (0,97-1,28)	1,00 (0,72-1,40)	2,52 (2,43-2,63)	1,13 (0,98-1,31)	2,47 (2,34-2,61)	1,17 (1,03-1,33)	6,88 (6,52-7,25)	1,42 (1,27-1,59)				
Skada (ref: nej)	2,42 (2,01-2,92)	0,64 (0,49-0,85)	1,29 (1,08-1,54)	1,12 (0,79-1,59)	1,85 (1,74-1,97)	0,94 (0,80-1,09)	1,68 (1,54-1,83)	0,90 (0,78-1,04)	3,82 (3,49-4,18)	1,09 (0,95-1,25)				
Cancer (ref: nej)	59,9 (55,52-64,62)	9,47 (7,48-12,00)	2,55 (2,10-3,10)	2,14 (1,48-3,08)	3,24 (3,01-3,50)	1,31 (1,11-1,55)	1,46 (1,26-1,69)	0,77 (0,64-0,93)	4,87 (4,30-5,52)	0,95 (0,81-1,12)				
Hjärt-kärlsjukdom (ref: nej)	8,44 (7,02-10,16)	1,01 (0,76-1,36)	1,89 (1,45-2,46)	1,38 (0,92-2,07)	5,14 (4,77-5,54)	1,28 (1,08-1,52)	2,28 (1,99-2,62)	1,09 (0,91-1,31)	8,15 (7,26-9,16)	1,85 (1,58-2,18)				
Övriga diagnoser (ref: nej)	3,28 (3,00-3,60)	1,35 (1,07-1,69)	1,02 (0,92-1,14)	1,08 (0,79-1,49)	1,40 (1,35-1,45)	1,15 (1,00-1,32)	1,85 (1,77-1,94)	1,17 (1,03-1,32)	5,36 (5,13-5,61)	1,62 (1,45-1,81)				

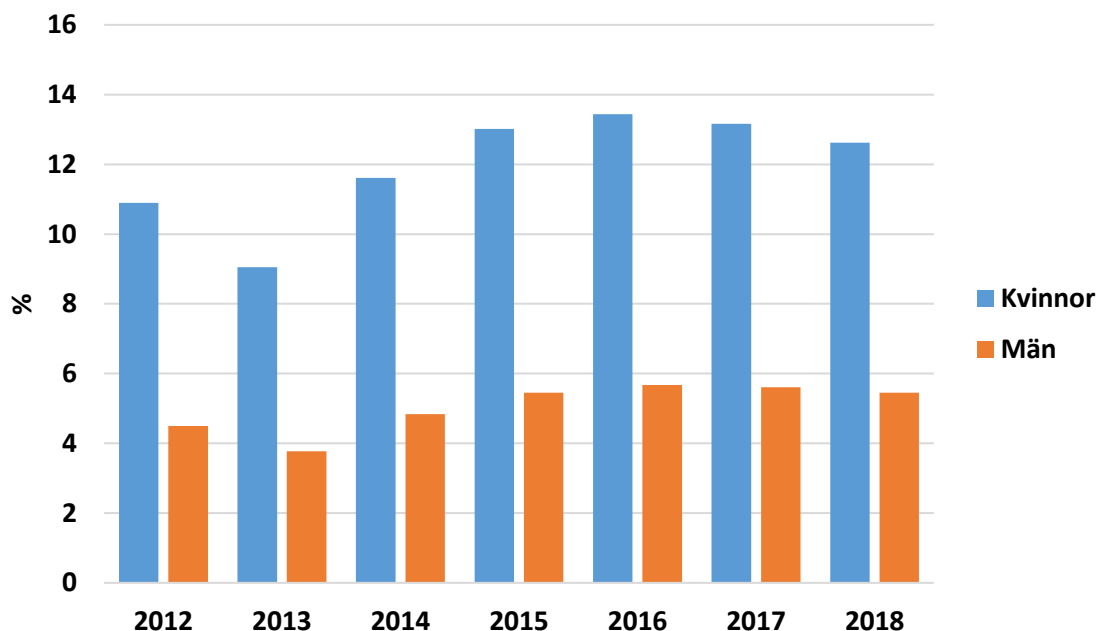
Sjukskrivning under uppföljningstiden

Nedan följer en redovisning av hur sjukskrivningen utvecklades över uppföljningsperioden t.o.m. 2018 för de som ingick i 2012 års kohort. Personer som avled eller emigrerade under uppföljningen har då exkluderats från nämnaren från och med året efter att detta inträffade.

Flera olika mått redovisas, först andel personer med sjukskrivning under respektive år, därefter medelantal dagar/år respektive medianen per år. Samtliga dessa visas dels för hela kohorten, dels för de som hade sjukskrivning. Därefter visas sjukskrivningen även uppdelat på sjukskrivningsdiagnoser.

I Figur 2 framgår att *andel personer med minst ett sjukskrivningsfall som pågick respektive år* ökade bland både kvinnor och män under åren 2014 och 2015. En svag ökning skedde även 2016.

Förändringarna var små under 2017 och 2018, men trenden var en svag minskning. En större andel kvinnor än män hade minst ett sjukskrivningsfall varje år under perioden. Under 2013 var andelen kvinnor med något sjukskrivningsfall 9 % och andelen för män var strax under 4 %. Störst var andelarna år 2016 då ca 13 % av kvinnorna och ca 6 % av männen hade minst ett sjukskrivningsfall. Kvoten mellan andelen kvinnor och andelen män med sjukskrivning låg på ca 2 alla år (ej visat i figur). Denna kvot var lika stor i alla inkomstgrupper (ej visat i figur). Hela 60 % av kvinnorna och 80 % av männen hade inte någon sjukskrivning alls under något av de sju åren.

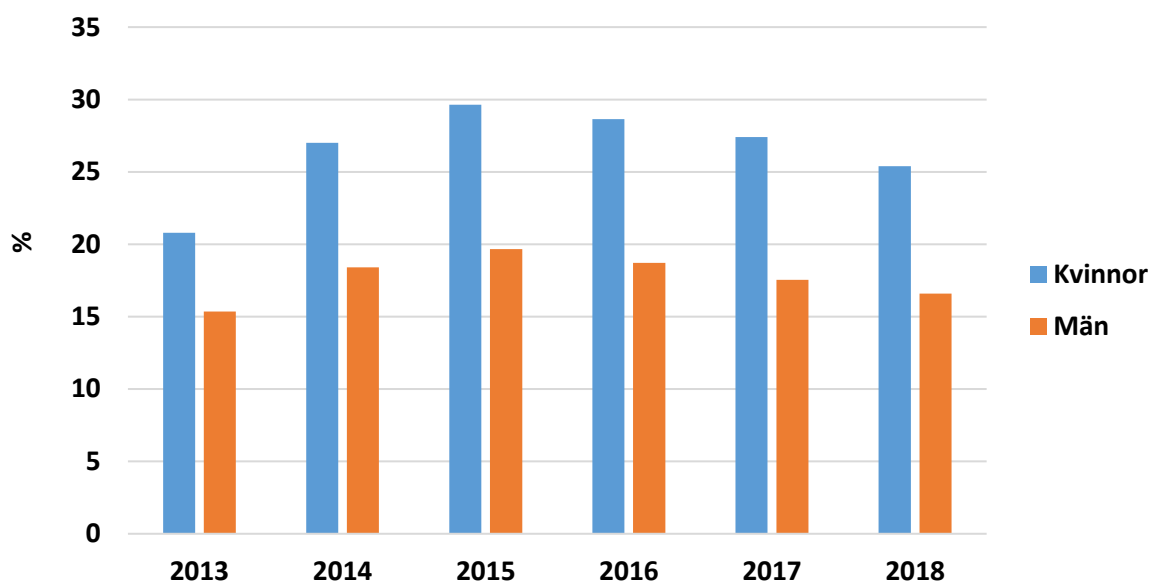


Figur 2: Andel (%) kvinnor och män med minst ett sjukskrivningsfall >14 bruttodagar under varje år

I Figur 3 visas andel personer som under de kommande åren hade minst ett pågående sjukskrivningsfall (>14 bruttodagar) *bland de personer som hade minst ett sådant sjukskrivningsfall under år 2012*. Andelen personer med minst ett sådant sjukskrivningsfall var betydligt högre i denna grupp, jämfört med andelarna som visas i Figur 2, där hela kohorten ingick. Även för denna grupp skedde en ökning av andelen personer med sjukskrivningsfall under 2014 och 2015. I Figur 3 framgår dock att en viss minskning började ske för denna grupp redan 2016. En viss minskning skedde även under 2017 och 2018. En större andel kvinnor än män hade minst ett sjukskrivningsfall var och ett av uppföljningsåren. Störst andel personer som hade minst ett sjukskrivningsfall inom denna grupp var under 2015. Då hade nästan 30 % av kvinnorna och nästan 20 % av männen minst ett sådant sjukskrivningsfall.

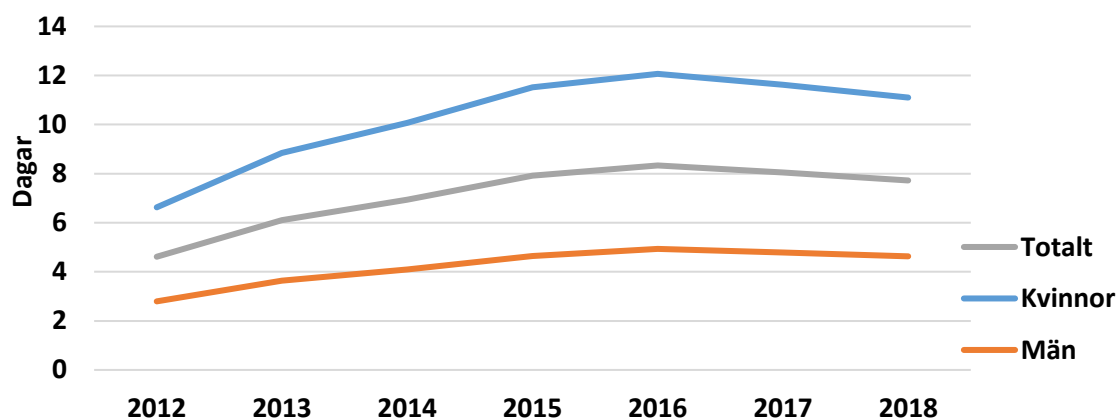
Observeras bör dock att även bland de som hade haft minst ett sjukskrivningsfall under 2012 hade de allra flesta, både bland kvinnorna (70-80 %) och bland männen (80-85 %), inget sjukskrivningsfall

varje år under de följande sex åren. Det var 38,8 % av kvinnorna och 56,0 % av männen som hade haft sjukskrivning 2012 som inte hade någon sjukskrivning alls under de kommande sex åren 2013-2018.



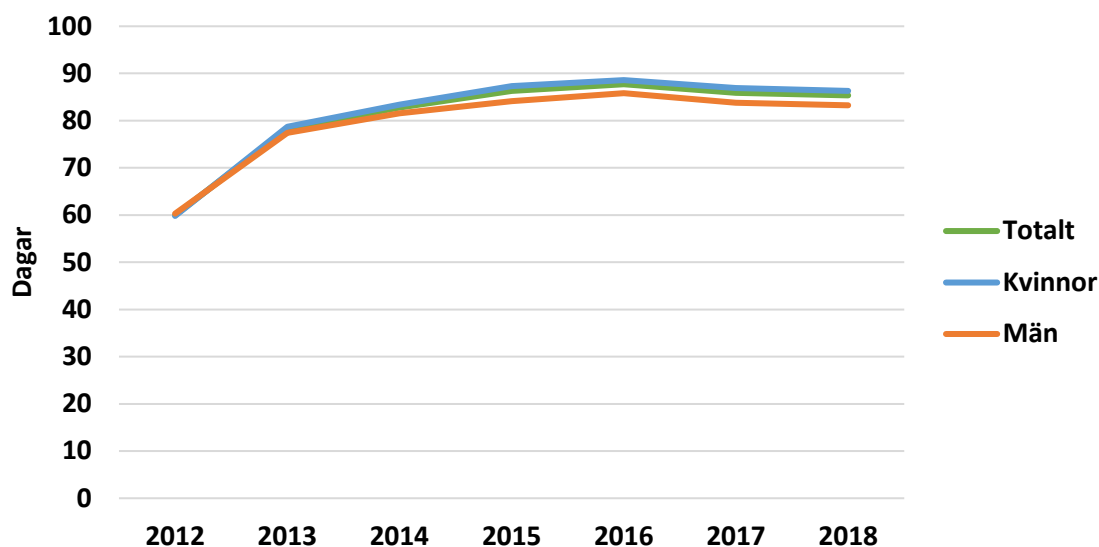
Figur 3: Andel (%) kvinnor och män med minst ett sjukskrivningsfall >14 bruttodagar varje år, bland de som hade minst ett sjukskrivningsfall år 2012

När *medelantalet sjukskrivningsdagar per år* (Figur 4) analyserades istället framgår det att medelantalet sjukskrivningsdagar ökade något mellan 2012 och 2016, för att sedan stabilisera runt 8 dagar per år. Könsuppdelade analyser visade att kvinnor hade högre medelantal sjukskrivningsdagar än män varje år.



Figur 4: Medelantal sjukskrivningsdagar per person och år, för alla samt uppdelat på kvinnor och män

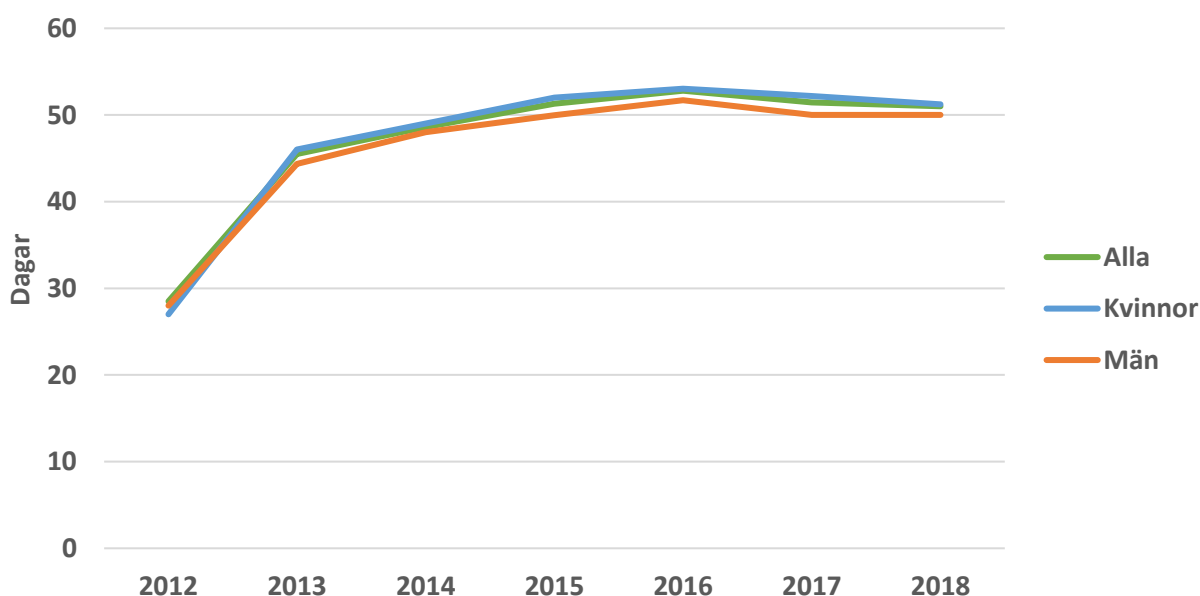
När *medelantalet dagar* istället analyserades *per sjukskriven person* för var och ett av åren 2012 t.o.m. 2018 (Figur 5) framkom att det antal dagar som kvinnor och män var sjukskrivna var mycket likartade varje år. Detta innebär att de kvinnor och män som var sjukskrivna, i genomsnitt var sjukskrivna ungefär lika länge. Totalt ökade medelantalet dagar per sjukskriven person från år 2012 t.o.m. 2016 med ca 25 dagar. Kurvan planade sedan ut under åren 2016 - 2018.



Figur 5: Medelantal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person och år, för alla samt uppdelat på kvinnor och män

Eftersom antalet sjukskrivningsdagar ofta är skevt fördelat, där de flesta sjukskrivningsfall består av få antal dagar medan några få fall blir mycket långa^{2, 48}, finns det anledning att inte bara belysa medelantal dagar utan även *medianen av antalet sjukskrivningsdagar*. Att undersöka medianen innebär att hälften av kohorten har ett högre värde än medianvärdet. Figur 6 visar medianen av antalet sjukskrivningsdagar per person med sjukskrivning respektive år. Medianen för antalet sjukskrivningsdagar för denna grupp var som lägst 2012 och ökade med ca 14 dagar fram till år 2016. Sedan låg mediantantalet dagar stabilt från 2016 t.o.m. 2018. Medianantalet sjukskrivningsdagar var, liksom medelantalet dagar, mycket likartat för kvinnor och män.

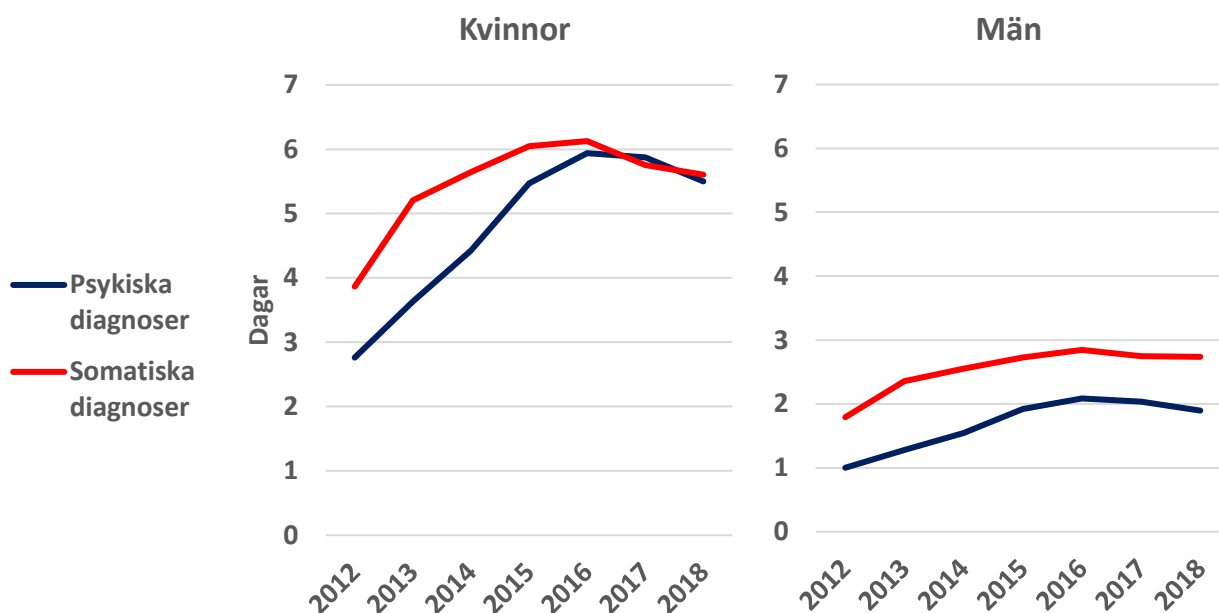
Medianen av antalet sjukskrivningsdagar för hela kohorten visas inte i figur – eftersom den varje år var 0 dagar – då de flesta personerna i kohorten inte hade någon sjukskrivning.



Figur 6: Medianantal sjukskrivningsdagar per person med sjukskrivning och år, för alla och uppdelat på kvinnor och män

Sjukskrivning i somatisk respektive psykisk diagnos

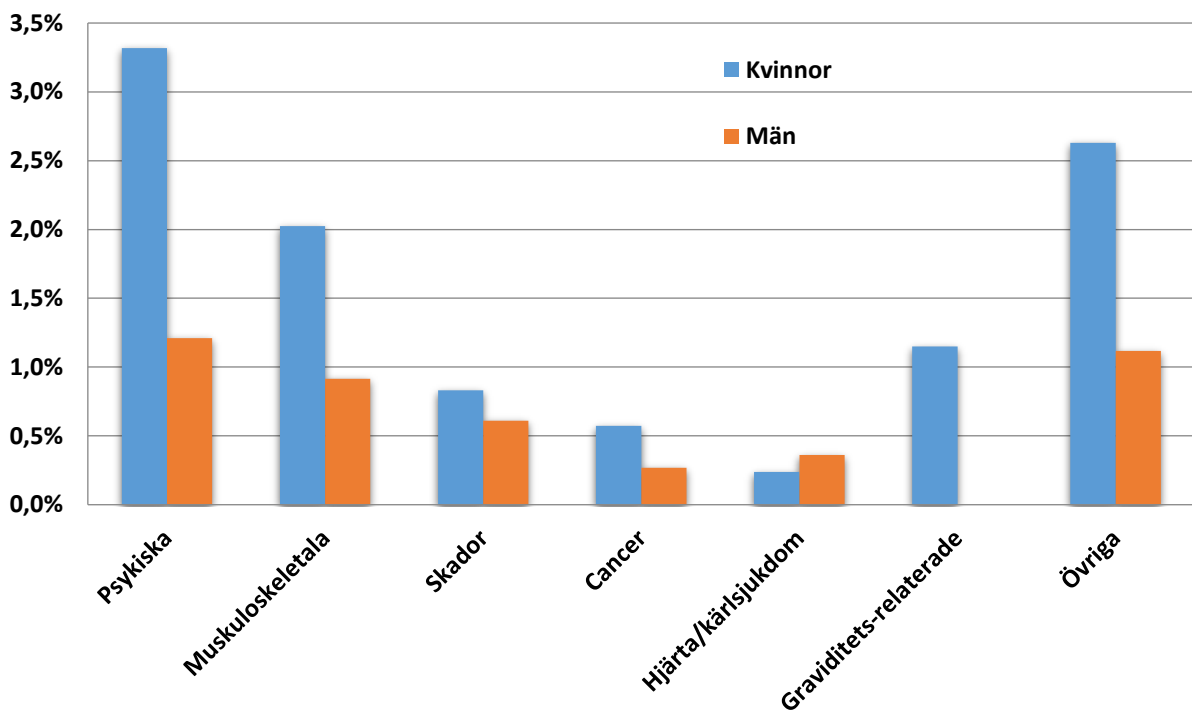
I Figur 7 visas *medelantal sjukskrivningsdagar per person och år i psykiska respektive i somatiska diagnoser*. För kvinnor stod somatiska diagnoser sammanlagt för fler sjukskrivningsdagar än psykiska diagnoser under 2012-2015, medan psykiska och somatiska diagnoser stod för lika många dagar var under åren 2016-2018. För män stod somatiska diagnoser för fler sjukskrivningsdagar än psykiska under samtliga år som redovisas.



Figur 7: Medelantal sjukskrivningsdagar per person och år i psykiska respektive i somatiska sjukskrivningsdiagnoser, bland kvinnor respektive män

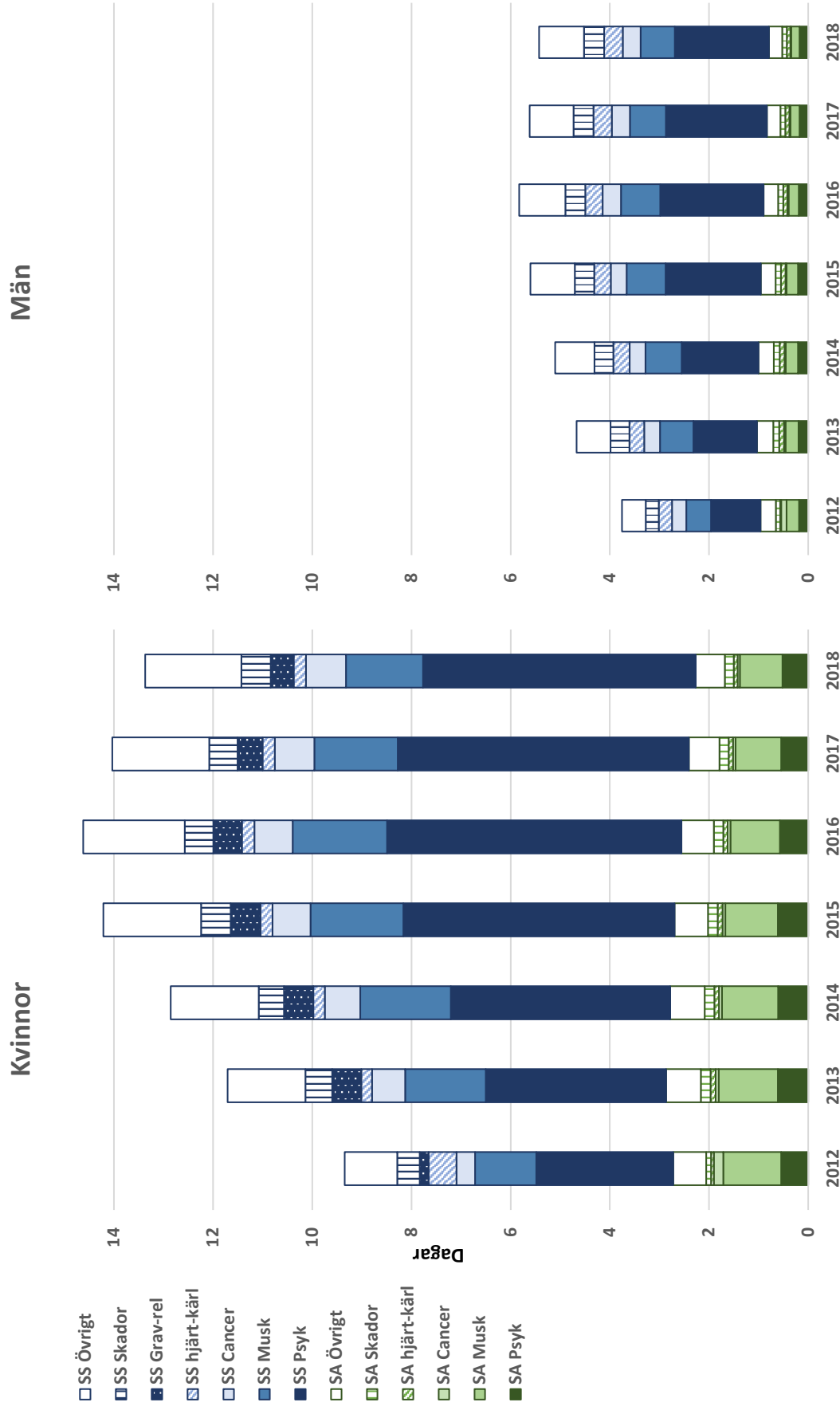
Specifika sjukskrivningsdiagnoser

I analyserna nedan har gruppen somatiska sjukskrivningsdiagnoser delats upp på sex olika diagnoskategorier. I Figur 8 visas *andel personer med sjukskrivning år 2012* uppdelat på dessa sju diagnosgrupper. Av de olika diagnosgrupperna var sjukskrivning i psykiska diagnoser gruppen med flest sjukskrivna personer såväl totalt (2,2 % av samtliga anställda) som bland kvinnor respektive män, såväl till antal som till andel (3,3 % av samtliga anställda kvinnor och 1,2 % av samtliga anställda män var någon gång under året sjukskrivna i psykisk diagnos), följt av muskuloskeletala diagnoser (2,0 % bland kvinnor och 0,9 % bland män).



Figur 8: Andel (%) personer med någon sjukskrivning år 2012, uppdelat på sjukskrivningsdiagnos.

I Figur 9 visas istället *medelantal dagar med både SA och sjukskrivning per person och år i de olika diagnosgrupperna*. Här ingår alltså även SA-dagarna, och därför har de som var över 64 år tagits bort ur nämnaren. Medelantalet dagar ökade mellan 2012 och 2016 för både kvinnor och män, för att sedan långsamt minska igen under 2016 – 2018, från 14,6 till 13,4 dagar för kvinnor, och från 5,8 till 5,4 dagar för män. Ökningen skedde i sjukskrivningsdagar, medan antalet SA-dagar minskade varje år. Sjukskrivning stod för absolut flest av dagarna relativt mot SA. Sjukskrivning i psykiska diagnoser stod för flest dagar med sjukskrivning bland både kvinnor och män. SA i somatiska diagnoser stod för långt fler dagar än SA i psykiska diagnoser för både kvinnor och män (medelantal dagar 2012 i psykiska diagnoser var 2,2 och i somatiska 0,5 för kvinnor; i psykiska diagnoser 0,8 och i somatiska diagnoser 0,2 för män). Dock minskade antalet dagar i somatiska diagnoser mer än i psykiska (psykiska från 0,54 till 0,52, somatiska från 2,17 till 1,75 för kvinnor; psykiska från 0,18 till 0,17, somatiska från 0,78 till 0,62 för män).



Figur 9: Medelantal SA-dagar (grönt) samt sjukskrivningsdagar (blått) (SS) i respektive diagnosgrupp per person och år, för kvinnor respektive för män i 2012 års kohort

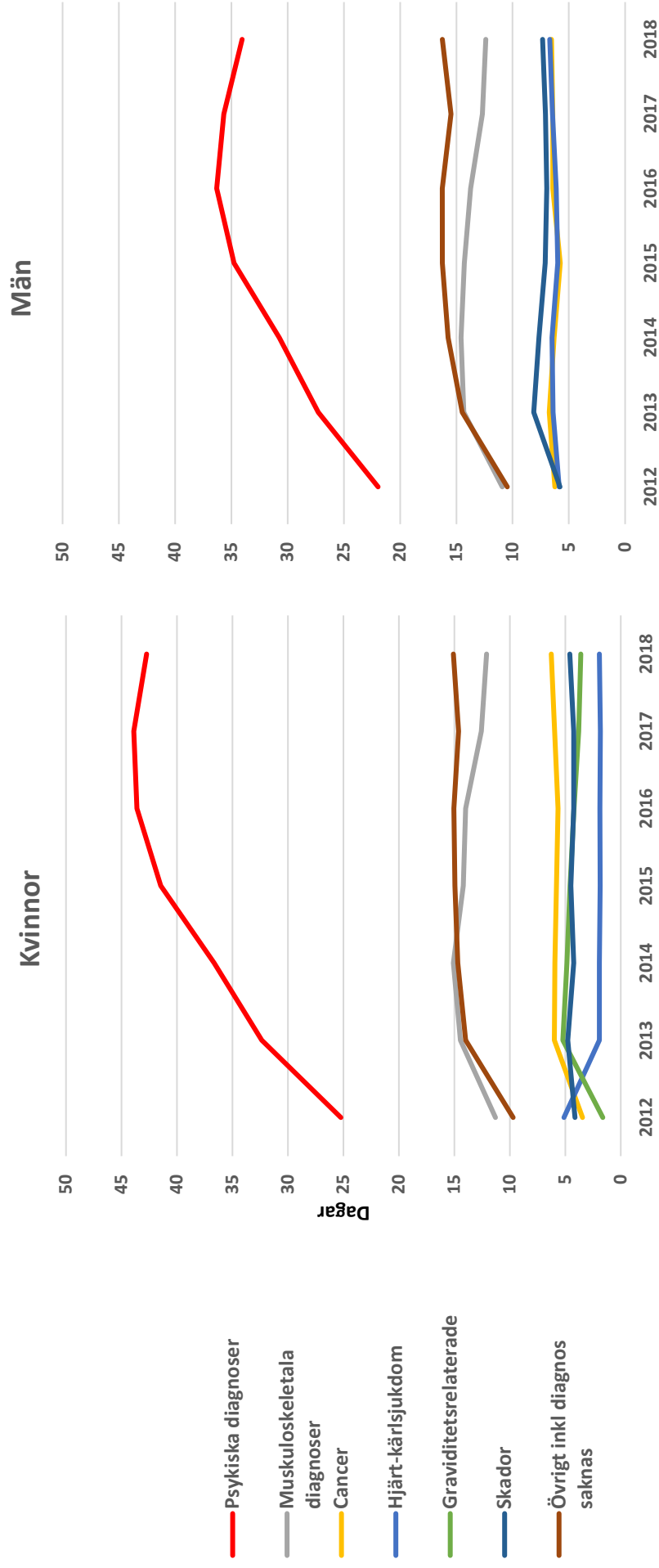
Sjukskrivningsdagar bland de som varit sjukskrivna

I Figur 10 visas *istället medelantal sjukskrivningsdagar/år bland de personer som haft någon sjukskrivning under respektive år, uppdelat på de sju diagnosgrupperna* under var och ett av de sju åren, för kvinnor respektive för män. Även här är alltså somatiska diagnoser uppdelade i olika diagnosgrupper, vilket ger en annan bild än när alla somatiska diagnoser var sammanslagna (se Figur 7). För både kvinnor och män var det sjukskrivning i psykiska diagnoser som stod för flest antal sjukskrivningsdagar under var och ett av de sju åren (Figur 10). Det var även medelantalet sjukskrivningsdagar i de psykiska diagnoserna som ökade mest under perioden. Generellt var antalet sjukskrivningsdagar i psykiska diagnoser per sjukskriven person högre bland kvinnor än män. Den främsta ökningen i psykiska diagnoser beräknat på detta sätt skedde mellan åren 2012 och 2016, både bland kvinnor (ca 22 dagar) och bland män (ca 14 dagar). Kurvan för medelantalet sjukskrivningsdagar i psykiska diagnoser planade sedan ut. Förändringarna under 2017 och 2018 var små, men en viss minskning går att urskilja. År 2018 var medelantalet sjukskrivningsdagar i psykiska diagnoser för kvinnor ca 43 dagar per person med sjukskrivning och för män ca 34 dagar per person med sjukskrivning.

Efter psykiska diagnoser stod kategorin övrigt inkl. diagnos saknas samt muskuloskeletala diagnoser för flest antal sjukskrivningsdagar för både kvinnor och män. När det gäller medelantal sjukskrivningsdagar i muskuloskeletala diagnoser var förändringarna relativt måttliga under de studerade åren, bland både kvinnor och män. År 2012 var medelantalet ca 11 sjukskrivningsdagar per person i muskuloskeletala diagnoser för kvinnor med sjukskrivning och ca 10 för män med sjukskrivning och 2018 var medelantalet ca 12 för både kvinnor och män.

Sjukskrivning bland kvinnorna i graviditetsrelaterade diagnoser stod för ett relativt lågt medelantal sjukskrivningsdagar. Medelantalet sjukskrivningsdagar i graviditetsrelaterade diagnoser ökade från ca 2 dagar år 2012 till ca 5 dagar år 2013, men låg sedan stabilt under perioden på 4-5 dagar per år (när kvinnor >44 år – dvs. de kvinnor som inte var i fertil ålder - togs bort ur nämnaren, ökade medelantalet dagar från ca 7 dagar 2012 till ca 9 dagar 2015, och låg mellan 8-9 dagar per år resten av perioden).

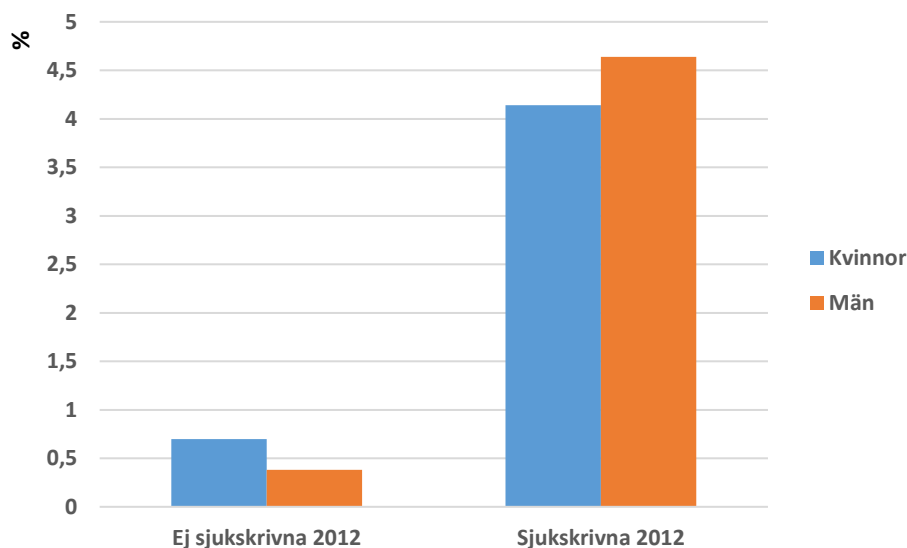
Både bland sjukskrivna kvinnor och män var medelantalet sjukskrivningsdagar/år i diagnoserna hjärt- och kärlsjukdom, i cancer respektive i skador relativt låga. Generellt var antalet sjukskrivningsdagar dock något högre i skaderelaterade diagnoser samt i hjärt- och kärlsjukdom bland män än bland kvinnor. När det gäller sjukskrivning i cancerdiagnoser var medelantalet dagar relativt stabilt under tidsperioden, men en ökning skedde för kvinnor (från ca 3 dagar 2013 till ca 6 dagar 2018) men inte för män (ca 5 dagar alla år). Antalet sjukskrivningsdagar i hjärt- och kärlsjukdomar minskade från ca 5 dagar år 2012 för kvinnor till ca 2 dagar år 2018, medan det låg relativt stabilt runt 5-6 dagar per år för män. När det gäller sjukskrivning i skaderelaterade diagnoser var antalet dagar per år relativt stabilt för kvinnor under perioden med mellan ca 4-5 dagar per år och person med sjukskrivning. För män ökade medelantalet dagar med skador från ca 6 år 2012 till ca 8 år 2013, för att sedan ligga relativt stabilt runt 7-8 dagar per år. Medelantalet dagar i kategorin "övriga diagnoser inkl diagnos saknas" ökade från ett medeltal på ca 10 dagar per år 2012 till ca 15 dagar per år 2018. För män var motsvarande ökning från ca 11 dagar per år 2012 till ungefär 16 dagar per år 2018.



Figur 10: Medelantal sjukskrivningsdagar per år i respektive diagnosgrupp per person med sjukskrivning, för kvinnor respektive för män

Ny sjuk- eller aktivitetsersättning (SA)

I Figur 11 visas hur stor andel av de i 2012 års kohort som år 2012 var 18-64 år som någon gång fick ett nytt SA-fall under åren 2013-2018 (bland de 1 132 202 personer som inte hade SA under 2012). Det var en relativt liten andel av tjänstemännen som fick ny SA under 2013-2018 (0,7 % av kvinnorna och 0,4 % av männen). Dock var andelen större bland de som hade minst ett sjukskrivningsfall längre än 14 dagar under 2012, men även bland dem var andelen mindre än 5 % bland både kvinnor och män.



Figur 11: Andel (%) med ny sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) åren 2013-2018, bland kvinnor respektive bland män

I Tabell 4 visas *ojusterade och justerade oddskvoter för att få ett nytt SA-fall* under de sex uppföljningsåren. Den mest betydelsefulla faktorn för att få ett nytt SA-fall var antal sjukskrivningsdagar under 2012, med extremt höga oddskvoter bland dem med många dagar då (OK 183-<366 dagar: 61,71 för kvinnor; 64,36 för män; OK 366 dagar: 137,66 för kvinnor; 162,4 för män). Inkomst hade också stor betydelse för att få ett nytt SA-fall där oddskvoten steg gradvis med lägre inkomst. De i den lägsta inkomstgruppen hade ungefär 5 gånger större odds att få ny SA än i den högsta inkomstgruppen (OK 4,90 för alla; 4,60 för kvinnor och 5,12 för män).

För de flesta sjukskrivningsdiagnoserna var sambanden med ny SA extremt starka i de ojusterade analyserna, men när analyserna justerades för sociodemografiska faktorer, näringsgren 2012, och i synnerhet antal sjukskrivningsdagar år 2012, blev oddskvoterna mycket mindre, och i vissa fall även osignifikanta eller förknippade med lägre odds för SA, vilket innebär att andra faktorer än sjukskrivningsdiagnos har starkare samband med SA. För kvinnor hade sjukskrivning i skadediagnos 2012 samband med lägre odds för SA (OK 0,67), liksom sjukskrivning i cancer (OK 0,39). För både kvinnor och män hade sjukskrivning i hjärt-kärlsjukdom (OK kvinnor 1,99; OK män 1,67) och bland män även 'övriga diagnoser' (OK 1,56) samband med högre odds för SA, även när sociodemografiska faktorer och längd på sjukskrivning 2012 togs i beaktande.

Sannolikheten för ett nytt SA-fall ökade med ålder och var störst i gruppen som var 55-64 år gamla 2012 (OK kvinnor 1,82; OK män 3,04). Oddskvoten var också större för de som bodde i mellanstor stad eller mindre ort, i synnerhet bland kvinnor (OK mellanstor stad kvinnor 1,60; män OK 1,34; mindre ort kvinnor OK 1,68; män OK 1,45).

Oddskvoterna för övriga faktorer var små eller inte statistiskt signifikanta.

Tabell 4: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för att beviljas ny sjuk- och aktivitetsersättning (SA) under 2013-2018, bland de som inte hade SA år 2012 (n=1 132 202); för alla samt uppdelat på kvinnor och män
(signifikanta oddskvoter över 1,5 respektive under 0,67 i fetstil i de justerade analyserna)

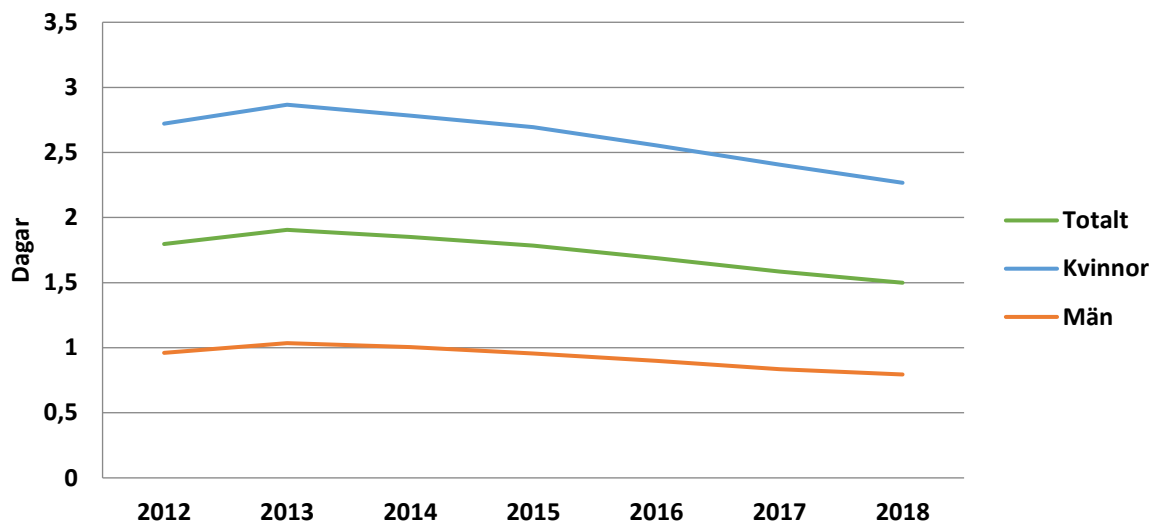
Faktorer år 2012	Alla		Kvinnor		Män	
	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)
Kön						
Kvinnor	Ref	Ref				
Män	0,55 (0,52-0,58)	1,00 (0,95-1,06)				
Ålder						
18-24 år	0,98 (0,85-1,13)	0,60 (0,52-0,70)	0,73 (0,61-0,87)	0,54 (0,44-0,65)	1,49 (1,17-1,90)	0,75 (0,57-0,98)
25-34 år	0,42 (0,38-0,47)	0,37 (0,33-0,42)	0,37 (0,33-0,42)	0,35 (0,31-0,40)	0,51 (0,42-0,63)	0,43 (0,35-0,53)
35-44 år	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
45-54 år	2,16 (2,02-2,3)	2,06 (1,92-2,21)	0,73 (0,61-0,87)	1,89 (1,73-2,06)	2,71 (2,40-3,06)	2,43 (2,15-2,76)
55-64 år	2,99 (2,8-3,21)	2,23 (2,06-2,42)	0,37 (0,33-0,42)	1,82 (1,64-2,03)	4,67 (4,15-5,26)	3,04 (2,66-3,47)
Typ av boenderegion						
Storstad	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Mellanstor stad	1,64 (1,55-1,74)	1,50 (1,41-1,59)	1,81 (1,68-1,94)	1,60 (1,48-1,73)	1,50 (1,37-1,64)	1,34 (1,21-1,48)
Mindre ort	2,12 (2,00-2,26)	1,60 (1,50-1,71)	2,26 (2,09-2,44)	1,68 (1,55-1,83)	1,99 (1,81-2,2)	1,45 (1,30-1,62)
Utbildning (år)						
Grundskola (0-9 år)	2,78 (2,54-3,04)	1,29 (1,17-1,43)	2,71 (2,39-3,07)	1,24 (1,07-1,42)	3,17 (2,79-3,61)	1,37 (1,18-1,58)
Gymnasium (10-12 år)	1,98 (1,88-2,08)	1,16 (1,10-1,23)	1,95 (1,83-2,08)	1,14 (1,06-1,22)	1,89 (1,74-2,06)	1,21 (1,10-1,33)
Universitet (>12 år)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Födelseland						
Sverige	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Övriga Norden	0,85 (0,71-1,03)	0,83 (0,68-1,01)	0,77 (0,61-0,98)	0,75 (0,58-0,96)	0,95 (0,71-1,28)	1,03 (0,75-1,40)
EU25 exkl. Norden	1,61 (1,41-1,84)	1,11 (0,96-1,28)	1,39 (1,18-1,63)	1,05 (0,88-1,25)	1,82 (1,45-2,28)	1,30 (1,01-1,66)
Övriga världen	1,05 (0,95-1,16)	1,10 (0,99-1,22)	0,95 (0,84-1,07)	1,04 (0,91-1,19)	1,15 (0,98-1,35)	1,20 (1,01-1,43)
Familjesituation						
Gift/sambo, ej hemmavarande barn	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Gift/sambo, med hemmavarande barn	1,01 (0,92-1,11)	1,01 (0,91-1,12)	0,91 (0,82-1,01)	0,96 (0,85-1,09)	0,80 (0,66-0,98)	1,08 (0,87-1,35)
Ensamstående, ej hemmavarande barn	0,64 (0,60-0,69)	1,16 (1,07-1,25)	0,64 (0,59-0,70)	1,11 (1,00-1,23)	0,66 (0,60-0,74)	1,27 (1,12-1,43)
Ensamstående, med hemmavarande barn	0,44 (0,41-0,47)	0,84 (0,78-0,91)	0,47 (0,43-0,51)	0,78 (0,71-0,87)	0,41 (0,36-0,45)	0,91 (0,81-1,03)

Forts. tabell 4

Näringsgren								
Byggsverksamhet	0,98 (0,86-1,12)	0,93 (0,81-1,07)	1,13 (0,93-1,39)	1,14 (0,92-1,41)	1,06 (0,89-1,27)	0,80 (0,66-0,97)		
Handel, hotell, restaurang	1,04 (0,96-1,12)	0,92 (0,85-1,00)	1,00 (0,91-1,11)	0,95 (0,86-1,06)	1,00 (0,88-1,14)	0,85 (0,74-0,98)		
Industri	0,83 (0,77-0,89)	0,93 (0,86-1,01)	0,84 (0,76-0,93)	0,93 (0,83-1,04)	0,95 (0,86-1,05)	0,93 (0,83-1,03)		
Okänd verksamhet		För få		För få	För få	För få		
Transporter	1,07 (0,95-1,21)	0,85 (0,75-0,97)	1,01 (0,85-1,21)	0,86 (0,71-1,03)	1,25 (1,06-1,48)	0,83 (0,69-0,99)		
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	1,78 (1,67-1,89)	1,04 (0,97-1,11)	1,45 (1,35-1,56)	1,02 (0,94-1,10)	1,87 (1,64-2,13)	1,14 (0,99-1,31)		
Tjänster	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		
Inkomst								
24% av 75% av 1-2 PBB	4,39 (3,75-5,13)	4,90 (4,13-5,80)	4,16 (3,35-5,15)	4,56 (3,62-5,74)	4,29 (3,34-5,51)	5,12 (3,90-6,72)		
2-4 PBB	6,55 (5,98-7,18)	3,76 (3,38-4,18)	7,00 (6,07-8,07)	4,04 (3,46-4,73)	4,42 (3,78-5,18)	2,76 (2,30-3,30)		
4-7,5 PBB	5,07 (4,71-5,47)	2,38 (2,18-2,60)	4,74 (4,16-5,40)	2,35 (2,04-2,70)	5,01 (4,53-5,55)	2,30 (2,04-2,60)		
7,5-10 PBB	1,98 (1,82-2,16)	1,48 (1,36-1,62)	1,90 (1,64-2,20)	1,44 (1,24-1,67)	1,97 (1,77-2,20)	1,47 (1,31-1,65)		
≥10 PBB	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		
Antal sjukskrivningsdagar år 2012								
0	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		
3,75 - <15	4,54 (4,02-5,14)	3,37 (2,77-4,10)	3,59 (3,08-4,18)	1,02 (0,94-1,10)	6,00 (4,86-7,41)	3,55 (2,51-5,02)		
15 - <31	5,99 (5,23-6,86)	4,64 (3,77-5,72)	4,69 (3,96-5,56)	3,14 (2,48-3,98)	8,02 (6,38-10,09)	4,93 (3,42-7,10)		
31 - <91	12,1 (11,10-13,20)	9,18 (7,65-11,03)	9,83 (8,83-10,94)	8,88 (7,11-11,09)	15,08 (12,98-17,52)	8,91 (6,42-12,37)		
91 - <181	41,44 (38,40-44,72)	28,55 (23,84-34,19)	31,75 (28,83-34,98)	25,93 (20,83-32,29)	57,86 (51,08-65,55)	30,73 (22,28-42,38)		
181 - <366	102,22 (95,53-109,39)	65,00 (54,67-77,29)	80,11 (73,58-87,22)	61,71 (50,04-76,1)	137,61 (122,79-154,22)	64,36 (47,16-87,83)		
366 (pga. skottår 2012)	250,55 (222,06-282,68)	151,88 (124,43-185,38)	185,39 (159,62-215,33)	137,66 (108,01-175,44)	377,93 (307,5-464,49)	162,40 (113,75-231,85)		
Sjukskrivning 2012 i specifika diagnosgrupper								
Psykisk diagnos (ref: nej)	13,69 (12,92-14,51)	1,00 (0,85-1,18)	10,34 (9,63-11,1)	0,93 (0,76-1,13)	19,71 (17,79-21,83)	1,26 (0,94-1,69)		
Muskuloskeletal diagnos (ref: nej)	10,98 (10,22-11,8)	0,97 (0,83-1,15)	10,16 (9,35-11,04)	1,09 (0,89-1,32)	9,48 (8,18-10,99)	0,78 (0,57-1,05)		
Skadediagnos (ref: nej)	5,28 (4,63-6,01)	0,70 (0,58-0,85)	4,13 (3,48-4,91)	0,67 (0,52-0,85)	7,12 (5,84-8,69)	0,80 (0,58-1,12)		
Cancer (ref: nej)	8,86 (7,74-10,14)	0,48 (0,39-0,59)	5,50 (4,59-6,60)	0,39 (0,30-0,51)	17,01 (13,87-20,85)	0,72 (0,51-1,02)		
Hjärt-kärlsjukdom (ref: nej)	21,98 (19,71-24,52)	1,78 (1,47-2,15)	19,75 (16,75-23,29)	1,99 (1,55-2,57)	27,90 (24,08-32,32)	1,67 (1,22-2,28)		
Övriga diagnoser (ref: nej)	7,60 (7,11-8,13)	1,18 (1,01-1,39)	4,87 (4,48-5,30)	1,06 (0,88-1,28)	15,71 (14,03-17,59)	1,56 (1,17-2,07)		

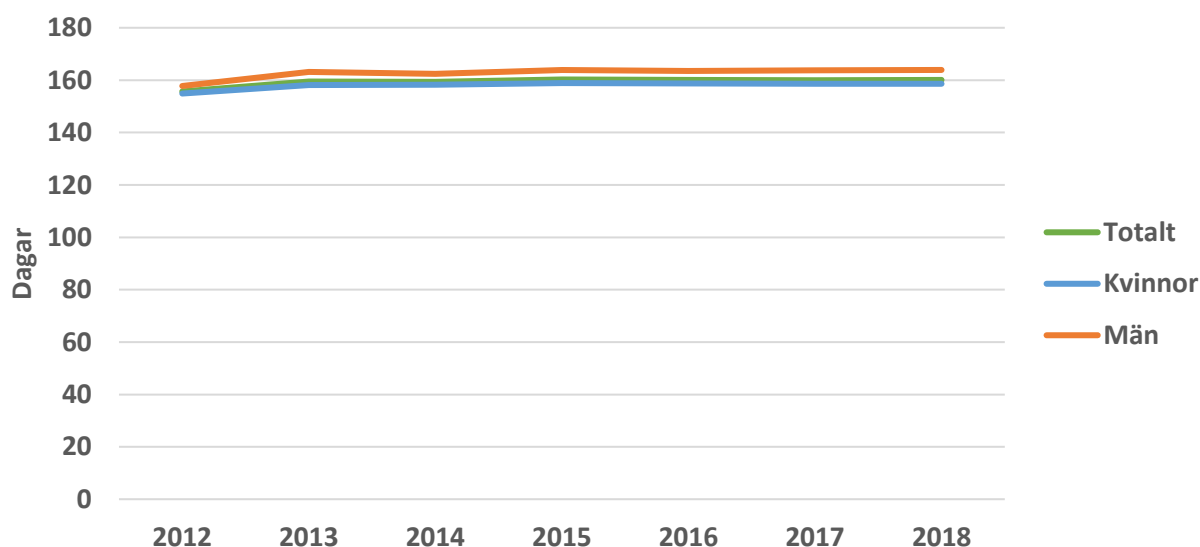
Sjuk- och aktivitetsersättningsdagar

I Figur 12 visas *medelantal nettodagar SA per person och år i alla SA-fall*, inte enbart nystartade. Kvinnor hade fler dagar än män alla år. Medelantalet dagar minskade något för både kvinnor och män. Medelantalet dagar per person var förhållandevis lågt (under 3 dagar för både kvinnor och män alla år), och den allra största majoriteten hade ingen SA under något av åren 2012-2018 (97,7 % av kvinnorna och 99,1 % av männen, ej visat i figur). Det var 1,2 % av alla kvinnor (29,7 % av kvinnorna med SA) och 0,4 % av alla män (32,1 % av männen med SA) som hade någon SA under perioden 2012-2018 utan att ha någon sjukskrivning alls under samma period (ej visat i figur).



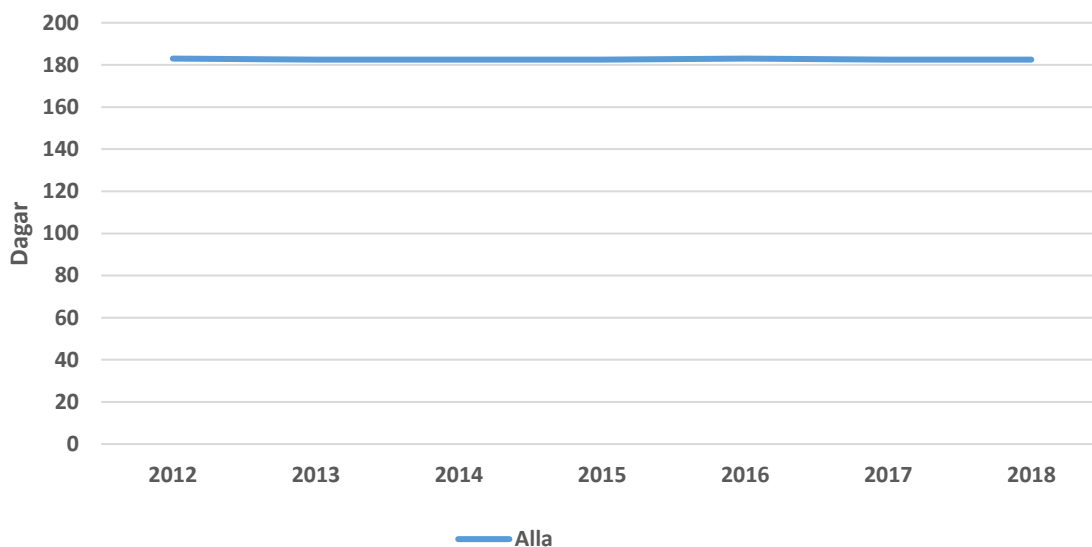
Figur 12: Medelantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person och år

I Figur 13 visas *medelantal SA-dagar per person med SA och år*. Till skillnad mot i måttet medelantalet dagar per person i hela kohorten, hade män något fler SA-dagar än kvinnor under alla åren. Medelantalet dagar låg relativt stabilt under hela studieperioden: ökningen gick från 155 dagar år 2012 till 159 dagar år 2018 för kvinnor, och från 156 dagar till 164 dagar för män. Resultaten visar även att många hade SA på deltid och att många även hade det på 25 % av heltid. Inte något år låg medelantalet över 170 dagar/år.



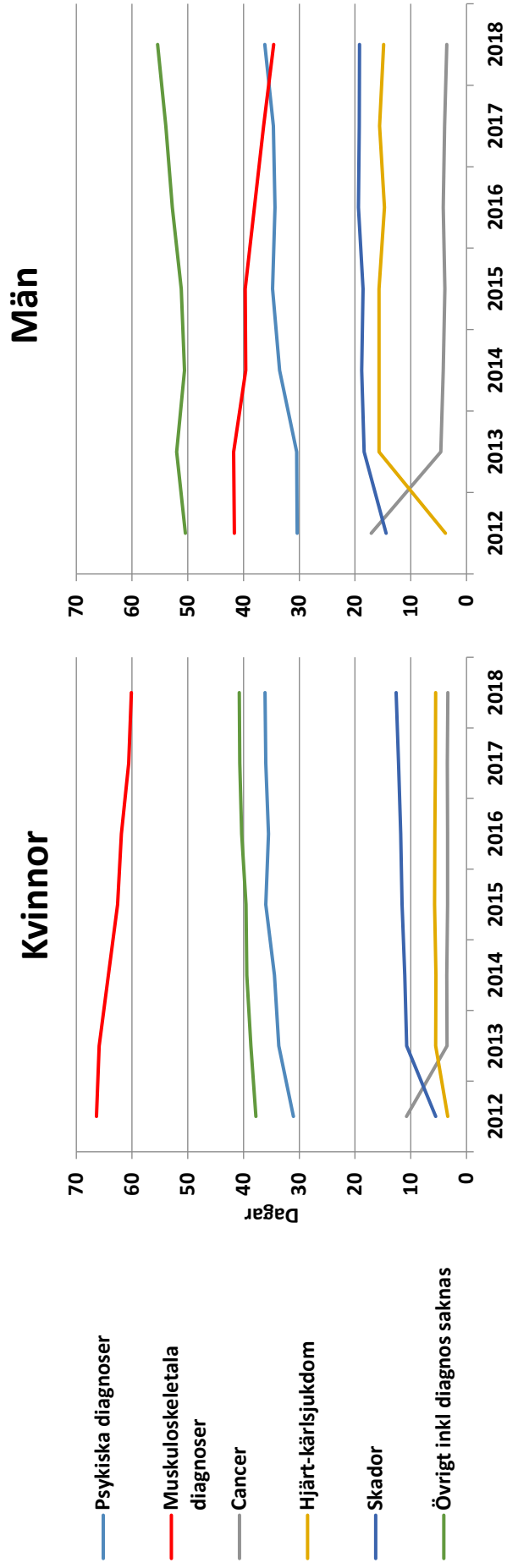
Figur 13: Medelantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med SA och år

I Figur 14 visas istället *medianantal dagar SA per person med SA*. Då medianen var lika stor för både kvinnor och män under samtliga år, visas enbart medianantalet dagar för alla personer med SA. Mediantalet dagar ligger synnerligen stabilt; var på antingen 182,5 eller 183 dagar alla åren. Det innebär att i genomsnitt hade hälften av personerna SA mindre 183 dagar, dvs. mindre än halva året.



Figur 14: Medianantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person som hade SA respektive år

I Figur 15 visas *medelantal SA-dagar i olika diagnosgrupper per person med SA*. Till skillnad mot sjukskrivning, där psykiska diagnoser stod för flest dagar, stod muskuloskeletala diagnoser för flest SA-dagar hos 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 över åren i muskuloskeletala diagnoser och cancer, men ökade i psykiska diagnoser, i skador samt i övriga diagnoser bland både kvinnor och män. Medelantalet SA-dagar i hjärt- och kärlsjukdomar låg relativt stabilt för kvinnor, men ökade för män.



Figur 15: Medelantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) i olika diagnosgrupper per person med SA och år

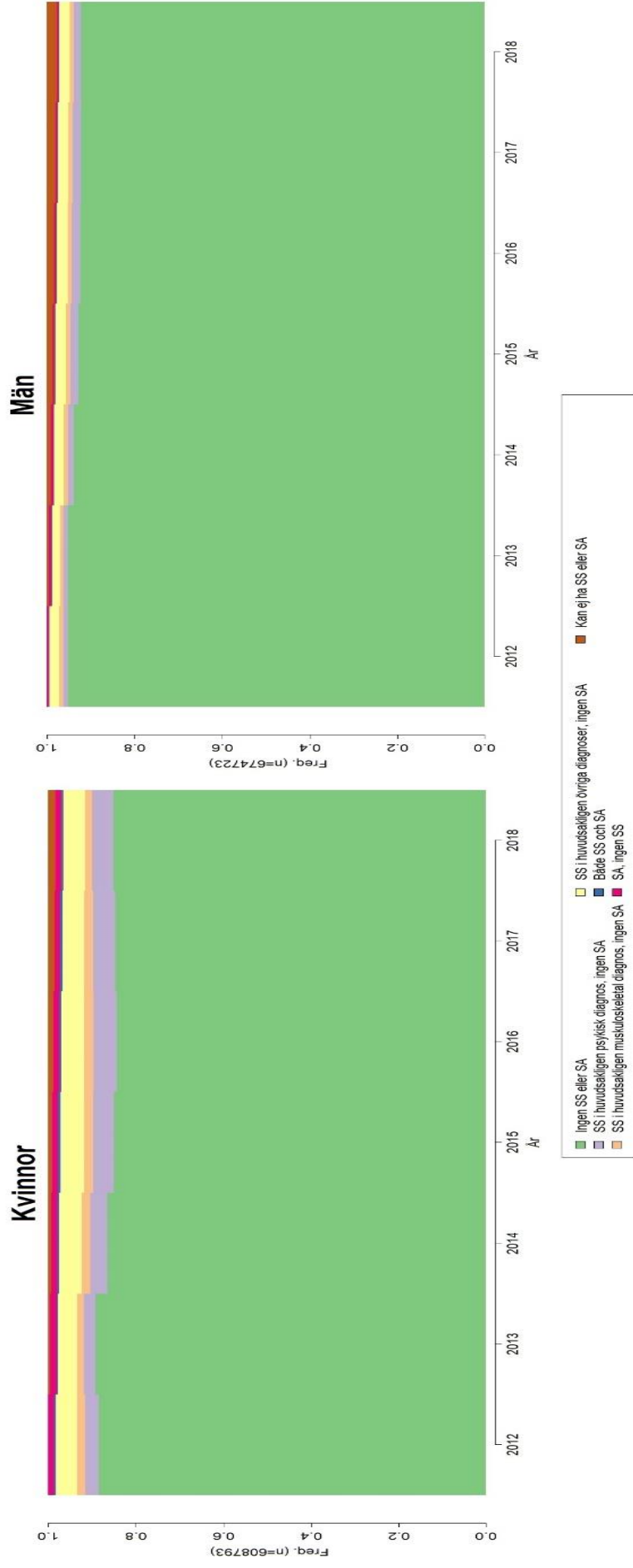
Sekvensanalyser av sjukskrivning/SA 2012-2018

För att mer detaljerat illustrera den framtida utvecklingen av sjukskrivning och SA i kohorten togs så kallade sekvenser av sjukskrivning och SA under de sju åren fram, där sekvenser av årliga statusar konstruerades, där varje person kategoriserades som att ingå i ett av sju följande status under var och ett av åren:

1. Ingen sjukskrivning eller SA
2. Sjukskrivning i huvudsakligen psykisk diagnos, ingen SA
3. Sjukskrivning i huvudsakligen muskuloskeletal diagnos, ingen SA
4. Sjukskrivning i huvudsakligen övrig diagnos, ingen SA
5. Både sjukskrivning och SA
6. SA, ingen sjukskrivning
7. Kan ej ha SS/SA (död, emigrerad eller ingen sjukpenninggrundande inkomst)

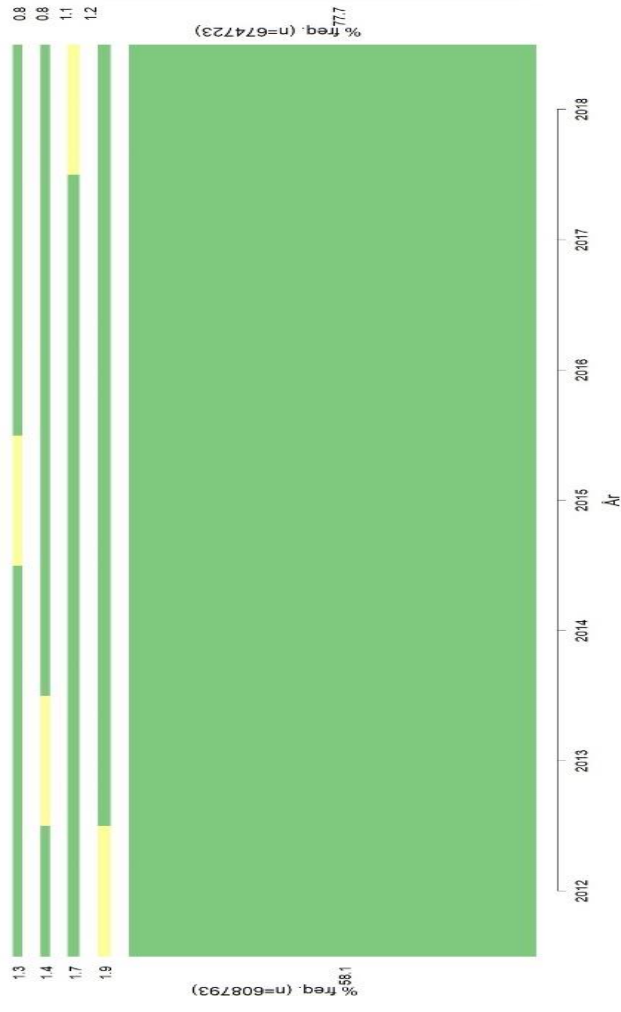
Andelen personer med varje status per år kan ses i Figur 16, i en så kallad densitetsplott. Att varken ha någon sjukskrivning eller någon SA (status 1 i listan ovan, grönt i bilden) var den vanligaste statusen under alla sju åren. Detta trots att alla som hade något sjukskrivningsfall >14 bruttodagar tilldelades det status som stämde bäst med deras diagnos för det året. Att ha status som indikerar sjukskrivning under ett år betyder alltså inte att man var sjukskriven hela året, utan att man hade minst ett fall >14 dagar någon gång under året, även om det bara var på 15 dagar. Andelen personer som hade någon sjukskrivning eller SA (status 2-6 i listan ovan) ökade något under uppföljningen. En större andel kvinnor än män hade någon sjukskrivning eller SA, i synnerhet i huvudsakligen psykiska diagnoser och i 'övriga diagnoser', och könsskillnaden ökade något under uppföljningstiden. För kvinnor var psykiska diagnoser ungefär lika vanligt som övriga diagnoser, medan övriga diagnoser var klar vanligare än både psykiska eller muskuloskeletal diagnoser bland män.

I Figur 17 visas de fem vanligaste sekvenserna för kvinnor och män. Hos kvinnor representerar dessa fem sekvenser 64,4 % av samtliga kvinnor och hos män 81,6 %. Som framgår av figuren var den vanligaste sekvensen både bland kvinnorna och bland männen att inte ha någon sjukskrivning eller SA under något av åren. Dock var det betydligt större andel av männen som fanns i sekvensen att inte hade någon sjukskrivning eller SA någon gång (58,1 % av kvinnorna jämfört med 77,7 % av männen). 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, bland såväl kvinnorna som männen.

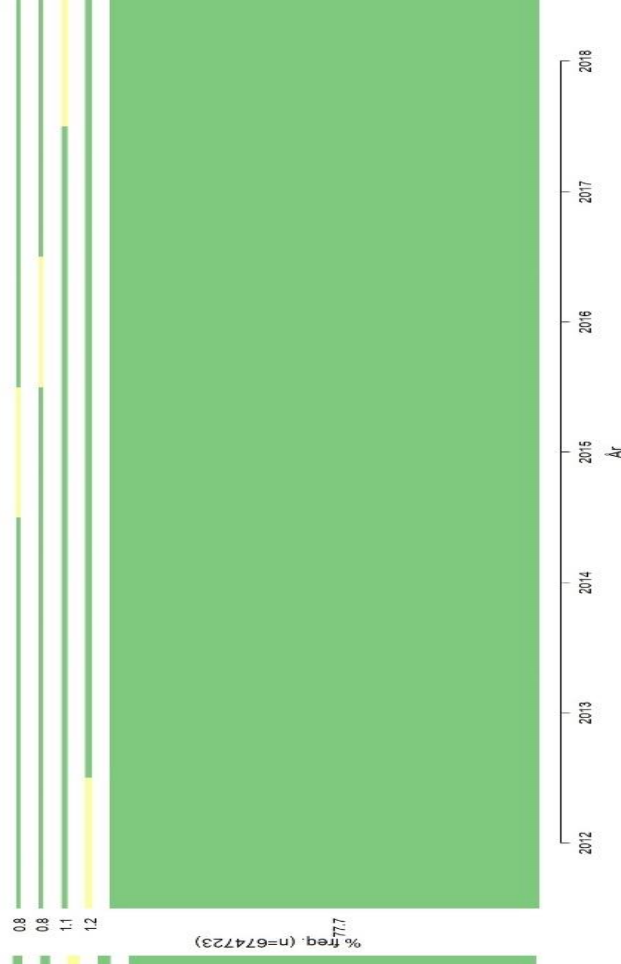


Figur 16: Densitetsplott, andel kvinner og män i varje status av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) under varje år

5 vanligaste frekvenserna bland kvinnor



5 vanligaste frekvenserna bland män



Figur 17: De fem vanligaste sekvenserna av årlig status av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), bland kvinnor respektive män

För att få tillräckligt många personer för att kunna visa fler sekvenser gjordes även motsvarande beräkningar på hela populationen, dvs. inte könsuppdelat. De 20 vanligaste sekvenserna för hela 2012 års kohort kan ses i Figur 18, och dessa 20 sekvenser som visas representerar 82,6 % av kohorten. Precis som i de könsuppdelade analyserna var den vanligaste sekvensen att inte ha någon sjukskrivning eller SA under uppföljningen, följt av sjukskrivning i huvudsakligen övrig diagnos än psykisk eller muskuloskeletal under endast ett av de sju uppföljningsåren, och ingen sjukskrivning eller SA alla övriga år. Sekvenser med sjukskrivning i psykiska diagnoser var vanligare än i muskuloskeletal, men inte vanligare än sekvenser med sjukskrivning i övriga diagnoser. Noterbart är att varken status 5 (både sjukskrivning och SA) eller status 6 (SA ingen sjukskrivning) finns med någon gång bland de 20 vanligaste sekvenserna.

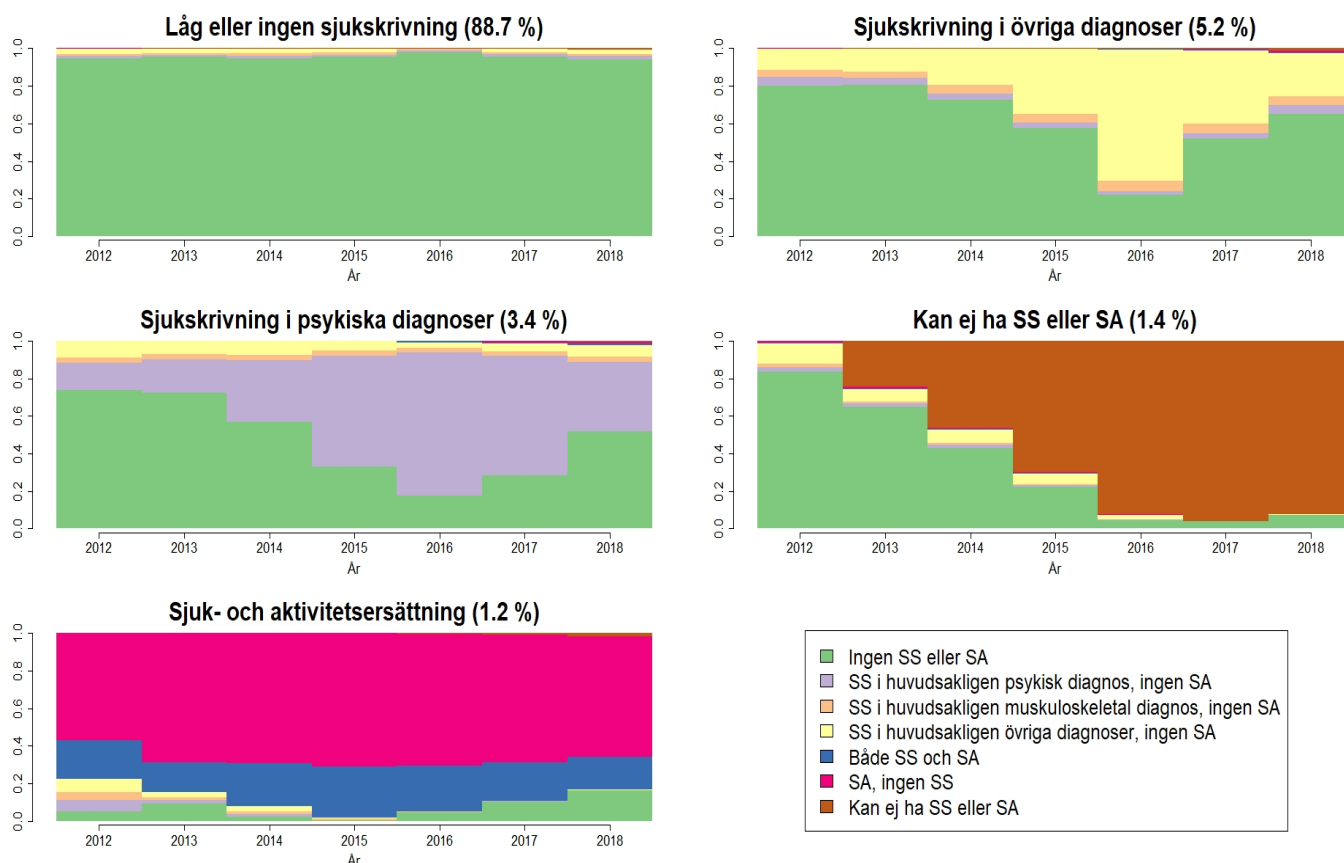
20 vanligaste frekvenserna bland alla



Figur 18: 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 kohorten.

I nästa steg i analyserna söktes så kallade kluster av typer av sekvenser och fem sådana kluster identifierades då. Kvalitetsmåten för fem kluster bedömdes alla som acceptabla och att istället ha sex kluster tillförde inte någon mer information. Dessutom blev en av grupperna mycket liten (<1 % av kohorten) vid fem kluster. Dessa fem kluster kan ses i densitetsplotterna i Figur 19, som även visar andel inom varje kluster som befinner sig i respektive status vid varje år. Vi valde att benämna dem som 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning', 2) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser', 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser', 4) 'Kan ej ha SS eller SA' samt 5) 'Sjuk- eller aktivitetsersättning'. De presenteras nedan, i storleksordning efter hur stor andel av kohorten som omfattas av respektive kluster.

I det första identifierade klustret ingick 88,7 % av kohorten. Dessa personer hade synnerligen lite sjukskrivning – under alla sju åren hade över 90 % av personerna i detta kluster ingen sjukskrivning, och SA var nästan obefintlig i detta kluster. Detta kluster kallades 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning'. De som hade sjukskrivningsfall i detta kluster hade det enbart under ett år under samtliga sju åren.



Figur 19: Densitetsplott; andel personer i respektive status av sjukskrivning (SS) eller sjuk- och aktivitetsersättning (SA) vid varje tidpunkt i de fem olika klustren av personer med liknande sekvenser

Det nästa vanligaste klustret benämndes 2) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser' och i det ingick 5,2 % av kohorten – det var alltså långt mindre än kluster 1). Det karakteriserades, precis som namnet antyder, på sjukskrivning i övriga diagnoser dvs. andra än psykiska eller muskuloskeletal, men även många som hade sjukskrivning i huvudsakligen muskuloskeletal diagnoser hamnade i detta kluster. Det fanns en större andel med personer med sjukskrivning mot slutet av uppföljningsperioden än under de första åren i detta kluster.

Det tredje klustret kallades 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' och detta kluster stod för 3,4 % av kohorten. De karakteriserades av just sjukskrivning i huvudsakligen psykiska diagnoser, och i detta kluster var det ännu tydligare att en större andel hade sjukskrivningsfall under de senare åren av uppföljningen än de tidigare åren. Detta kan antingen tolkas som att det var fler som fick sjukskrivningsfall under den senare delen av uppföljningen, eller att de som fick sjukskrivning något år även hade det senare år och att de därför hade statusen flera år i rad.

Det fjärde klustret kallades 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' under uppföljningen och står för 1,4 % av kohorten. Detta kluster karakteriserades av en hög andel som övergick i att inte kunna ha sjukskrivning eller SA mot slutet av studieperioden (dvs. de avled, emigrerade eller inte hade någon sjukpenninggrundande inkomst). De flesta i detta kluster hade varken sjukskrivning eller SA i början av uppföljningen, dock var det en liten andel av dem under kommande år som hade sjukskrivning, i synnerhet i övriga diagnoser. Andelen som inte kunde ha sjukskrivning eller SA ökade för varje år.

Det femte och minsta klustret kallades 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning', och det karakteriserades av en hög andel personer som hade antingen enbart SA, eller en kombination av sjukskrivning och SA.

Vid alla år hade över hälften av personerna i detta kluster enbart SA och ungefär 20 % hade en kombination av sjukskrivning och SA.

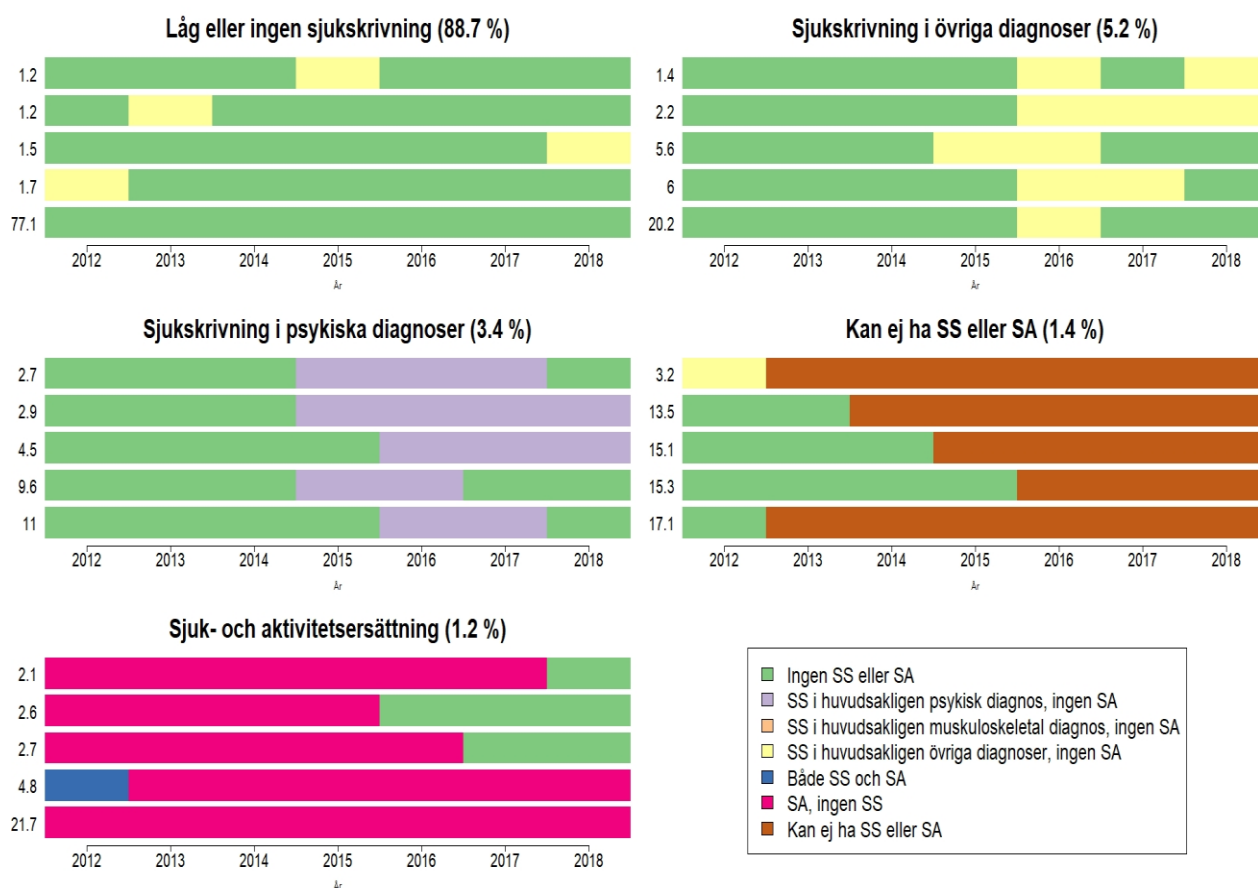
För att få en tydligare uppfattning om vilka sekvenser som faktiskt ingick i de olika klustren togs information om de fem vanligaste sekvenserna i varje kluster fram. Detta kan ses i Figur 20. Den absoluta vanligaste sekvensen inom klustret 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning' var just inget sjukskrivningsfall >14 dagar under något av åren; 77,1 % av personerna inom detta kluster hade den sekvensen. De andra vanliga sekvenserna i detta kluster var att ha någon sjukskrivning i annan diagnos än psykisk eller muskuloskeletal under ett av åren, men ingen sjukskrivning övriga år.

I nästa kluster, 2) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser', var det en större spridning av ingående sekvenser. Detta kan ses genom att den vanligaste sekvensen, att ha sjukskrivning i övriga diagnoser under 2016 men inget annat år, enbart svarade för 20,2 % av detta kluster. De andra vanliga sekvenserna hade sjukskrivning under två år mot slutet av uppföljningen, oftast i rad, men 1,4 % av detta kluster hade sjukskrivning i övriga diagnoser under 2016 och 2018, men ingen sjukskrivning eller SA under 2017.

I klustret 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' var det en ännu större spridning, där den vanligaste sekvensen svarade för enbart 11 % av klustret. Detta kluster karakteriserades även av att ha någon sjukskrivning >14 dagar mer än ett år i följd – de vanligaste sekvenserna karakteriserades av två år med sjukskrivning i huvudsakligen psykiska diagnoser i rad, följt av sekvenser med tre eller fyra år i rad av sjukskrivning i huvudsakligen psykisk diagnos. Samtliga av de vanligaste sekvenserna i detta kluster hade ingen sjukskrivning eller SA under 2012, 2013 eller 2014. Detta innebär alltså att det både var vanligare att få ett sjukskrivningsfall i psykisk diagnos mot slutet av uppföljningsperioden och att de som fick sjukskrivning i psykisk diagnos oftast hade sådan sjukskrivning under mer än ett år.

Klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' var också ett ganska varierat kluster, där den vanligaste sekvensen, att ha varken sjukskrivning eller SA under 2012, men inte kunna ha sjukskrivning eller SA under resten av uppföljningen, enbart svarade för 17,1 % av detta kluster. De näst vanligaste sekvenserna karakteriserades även de av att gå från att ha varken sjukskrivning eller SA till att inte kunna ha sjukskrivning eller SA vid olika tidpunkter. Att gå till att inte kunna ha sjukskrivning eller SA från antingen sjukskrivning eller SA var ovanligare. Det var 3,2 % av detta kluster som hade sjukskrivning i övriga diagnoser under 2012, som sedan inte kunde ha sjukskrivning eller SA.

I kluster 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' var den vanligaste sekvensen att ha enbart SA under hela studieperioden (21,7 %). Den näst vanligaste sekvensen var att ha en kombination av sjukskrivning och SA 2012, följt av enbart SA resten av studieperioden (4,8 %). De tre övriga vanligaste sekvenserna var att ha SA i början av studieperioden, men att sedan ha varken sjukskrivning eller SA. Då ett definierat status var att inte kunna ha vare sig sjukskrivning eller SA för de som avled, emigrerade eller inte hade någon sjukpenninggrundande inkomst, var dessa förmodligen personer som var över 65 år och av den anledningen inte längre hade SA, men ändå förvärvsarbetade i någon utsträckning. Det var få i detta kluster som hade statusen Ingen sjukskrivning eller SA vid slutet av uppföljningen, drygt 10 % (se densitetsplotten ovan, i Figur 19).



Figur 20: De fem vanligaste sekvenserna av årlig status av sjukskrivning (SS) samt sjuk- och aktivitetsersättning (SA) inom var och ett av de fem klustren av personer med liknande sekvenser

I Tabell 5 visas en översikt av de fem klustren avseende sociodemografiska och socioekonomiska faktorer samt sjukskrivning år 2012. I denna analys har vi valt att kategorisera de äldsta i kohorten i åldersgrupperna i 55-59 och 60-67, till skillnad från i övriga analyser där kategoriseringen 55-64 och 65-67 använts, pga. att det fanns så få personer i åldern 65-67.

Överlag var klustren relativt lika sett till sociodemografisk fördelning. Det fanns en större andel kvinnor än män i klustren 2) Sjukskrivning i övriga diagnoser (68,4 % kvinnor), 3) Sjukskrivning i psykiska diagnoser (73,2 % kvinnor) samt 5) Sjuk- och aktivitetsersättning (71,7 %), och en större andel män i klustren 1) Låg eller ingen sjukskrivning (45,0 % kvinnor) samt 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (40,9% kvinnor). Åldersfördelningen var relativt jämn, men det fanns en större andel personer 60-67 år i klustren 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning' (9,4 %), 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (17,4%) och 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (14,5 %) (dessa hade då enbart SA under första delen av studieperioden) än i klustren 2) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser' (3,9 %) och 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' (1,3 %). Det fanns en större andel personer med åtminstone någon universitetsutbildning i klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (58,3 %) och i 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning' (54,7 %) jämfört med i de andra tre klustren. Lägst andel med någon universitetsutbildning fanns i klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (29,9 %). Det fanns en lägre andel av personer födda i Sverige i klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (75,0 %).

Fördelningen gällande näringsgren var också relativt jämn. Det fanns en större andel som arbetade inom industri i klustren 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning' (21,3 %) och 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (22,0 %) än i klustren 2) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser' (15,5 %), 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' (14,2 %) och 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (13,2 %).

Det fanns en betydligt större andel med låg inkomst (4-7,5 prisbasbelopp) i klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (40,9 %) än i övriga kluster.

Det fanns en betydligt större andel personer med ingen sjukskrivning under 2012 i klustret 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning' (94,6 %) än i de andra klustren. Lägst andel med ingen sjukskrivning 2012 fanns i klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (62,3 %).

Vad gäller sjukskrivningsdiagnos fanns det, som väntat, en större andel personer som haft sjukskrivning i psykisk diagnos 2012 i klustret 3) 'Sjukskrivning i psykisk diagnos' (14,7 %). Detta innebär dock att 85,3 % av personerna i detta kluster inte hade sjukskrivning i psykisk diagnos under 2012. Andelen som hade sjukskrivning i någon diagnos var större i alla kluster än i klustret 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning', men då andelarna som hade sjukskrivning i de olika diagnoserna under 2012 var så låg, var skillnaderna ofta bara på några procentenheter, även om oddskvoterna var stora.

Tabell 5: Antal och andel (%) personer inom var och ett av de fem klustren av sekvenser av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)

Faktorer år 2012	1) Låg eller ingen sjukskrivning		2) Sjukskrivning i övriga diagnoser		3) Sjukskrivning i psykiska diagnoser		4) Kan ej ha sjukskrivning/SA		5) Sjuk- och aktivitetsersättning	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alla	1 138 777	100	66 997	100	43 871	100	18 150	100	15 721	100
Kön										
Kvinnor	512 131	45,0	45 859	68,4	32 110	73,2	7416	40,9	11 277	71,7
Män	626 646	55,0	21 138	31,6	11 761	26,8	10 734	59,1	4444	28,3
Åldersgrupp										
16-24 år	58 138	5,1	3864	5,8	2032	4,6	924	5,1	132	0,8
25-34 år	245 816	21,6	16 017	23,9	10 857	24,7	3891	21,4	588	3,7
35-44 år	338 445	29,7	16 566	24,7	15 502	35,3	4008	22,1	2700	17,2
45-54 år	287 310	25,2	19 226	28,7	11 588	26,4	3819	21,0	5993	38,1
55-59 år	102 487	9,0	8736	13,0	3326	7,6	2358	13,0	4030	25,6
60-67 år	106 581	9,4	2588	3,9	566	1,3	3150	17,4	2278	14,5
Typ av boenderegion										
Storstad	589 869	51,8	33 849	50,5	22 600	51,5	10 778	59,4	5548	35,3
Mellanstor stad	347 373	30,5	20 336	30,4	13 230	30,2	4745	26,1	5552	35,3
Mindre ort	201 535	17,7	12 812	19,1	8041	18,3	2627	14,5	4621	29,4
Utbildningsnivå										
Grundskola	54 084	4,7	3689	5,5	2253	5,1	1442	7,9	1681	10,7
Gymnasium	461 868	40,6	32 312	48,2	20 029	45,7	6127	33,8	9339	59,4
Universitet	622 825	54,7	30 996	46,3	21 589	49,2	10 581	58,3	4701	29,9
Födelseland										
Sverige	1 023 594	89,9	58 529	87,4	38 952	88,8	13 606	75,0	14 079	89,6
Övriga Norden	23 540	2,1	1622	2,4	1009	2,3	1219	6,7	548	3,5
Övriga EU25	22 782	2,0	1301	1,9	866	2,0	1219	6,7	269	1,7
Övriga världen inkl. uppgift saknas	68 861	6,0	5545	8,3	3044	6,9	2106	11,6	825	5,2
Familjesituation										
Gift/sambo, utan barn hemma	15 3085	13,4	8510	12,7	3455	7,9	3310	18,2	3991	25,4
Gift/sambo, barn hemma	543 569	47,7	28 512	42,6	20 232	46,1	6087	33,5	5034	32,0
Ensamstående, utan barn hemma	371 865	32,7	23 388	34,9	14 354	32,7	7822	43,1	5102	32,5
Ensamstående, barn hemma	70 258	6,2	6587	9,8	5830	13,3	931	5,1	1594	10,1
Näringsgren										
Industri	242 538	21,3	10 409	15,5	6237	14,2	4000	22,0	2068	13,2
Tjänster	495 208	43,5	25 925	38,7	18 436	42,0	8090	44,6	6738	42,9
Handel, hotell, restaurang	146 137	12,8	8461	12,6	5636	12,8	2135	11,8	1855	11,8
Transporter	49 760	4,4	3091	4,6	1686	3,8	822	4,5	728	4,6
Byggsamhet	46 164	4,1	2228	3,3	1147	2,6	534	2,9	598	3,8
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	158 460	13,9	16 861	25,2	10 718	24,4	2547	14,0	3733	23,7

Forts. tabell 5

Förvärvsinkomst															
24% av 75% av 1-2 PBB	304 420	26,7	26 911	40,2	19 263	43,9	4687	25,8	6798	43,2					
2-4 PBB	20 142	1,8	1206	1,8	842	1,9	1317	7,3	810	5,2					
4-7,5 PBB	66 039	5,8	5248	7,8	4159	9,5	1393	7,7	6430	40,9					
7,5-10 PBB	318 059	27,9	18 897	28,2	11 372	25,9	3951	21,8	1161	7,4					
≥10 PBB	430 117	37,8	14 735	22,0	8235	18,8	6802	37,5	522	3,3					
Antal sjukskrivningsdagar 2012															
0	1 080 290	94,9	53 898	80,4	32 433	73,9	15 296	84,3	9801	62,3					
3,75 - <15	20 262	1,8	3935	5,9	2719	6,2	458	2,5	1054	6,7					
15 - <31	12 121	1,1	2523	3,8	1808	4,1	360	2,0	602	3,8					
31 - <91	16 252	1,4	3703	5,5	3178	7,2	682	3,8	1233	7,8					
91 - <181	6145	0,5	1723	2,6	1828	4,2	515	2,8	1274	8,1					
181 - <366	3353	0,3	1077	1,6	1619	3,7	659	3,6	1438	9,1					
366 (pga. skottår 2012)	352	0,0	138	0,2	286	0,7	180	1,0	319	2,0					
Sjukskrivning 2012 i psykisk diagnos															
Nej	1 122 268	98,6	63 886	95,4	37 411	85,3	17 664	97,3	13 928	88,6					
Ja	16 509	1,4	3111	4,6	6460	14,7	486	2,7	1793	11,4					
Sjukskrivning 2012 i muskuloskeletal diagnos															
Nej	1 126 492	98,9	64 182	95,8	42 453	96,8	17 786	98,0	14 101	89,7					
Ja	12 285	1,1	2815	4,2	1418	3,2	364	2,0	1620	10,3					
Sjukskrivning 2012 i skadediagnos															
Nej	1 132 122	99,4	65 719	98,1	43 274	98,6	17 945	98,9	15 277	97,2					
Ja	6655	0,6	1278	1,9	597	1,4	205	1,1	444	2,8					
Sjukskrivning 2012 i cancerdiagnos															
Nej	1 135 719	99,7	66 279	98,9	43 626	99,4	17 079	94,1	15 519	98,7					
Ja	3058	0,3	718	1,1	245	0,6	1071	5,9	202	1,3					
Sjukskrivning 2012 i hjärt-kärlsjukdom															
Nej	1 136 150	99,8	66 514	99,3	43 670	99,5	18 000	99,2	15 298	97,3					
Ja	2627	0,2	483	0,7	201	0,5	150	0,8	423	2,7					
Sjukskrivning 2012 i övrig diagnos															
Nej	1 124 129	98,7	62 826	93,8	41 548	94,7	17 513	96,5	13 961	88,8					
Ja	14 648	1,3	4171	6,2	2323	5,3	637	3,5	1760	11,2					

I Tabell 6 visas ojusterade och justerade oddskvoter för att tillhöra respektive kluster av 2) 'Sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser', 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser', 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA', eller 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning', jämfört med att tillhöra det största klustret 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning'. Oddskvoterna är justerade för de åtta olika sociodemografiska faktorerna, men inte för sjukskrivningsfaktorerna pga. den höga samvariationen mellan de olika sjukskrivningsfaktorerna (multicollinearity) i relation till klusterutfall.

Män hade lägre odds att tillhöra något av klustren som karakteriserades av sjukskrivning eller SA (OK 0,48 för 4) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser'; OK 0,38 för 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser'; OK 0,69 för 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning'.

De i åldrarna 55-59 eller 60-67 hade en högre risk att tillhöra klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (55-64 OK 1,99; 65-67 OK 2,32). De som var 60-67 hade betydligt lägre risk att tillhöra något av klustren med sjukskrivning, i synnerhet 3) 'Sjukskrivning i psykisk diagnos' (OK 0,10). De som var 55-59 hade högre odds att tillhöra klustret 2) 'Sjukskrivning i övrig diagnos' (OK 1,73), men lägre odds att tillhöra klustret 3) 'Sjukskrivning i psykisk diagnos' (OK 0,57). De som var 18-24 hade lägre odds att tillhöra klustret 3) 'Sjukskrivning i psykisk diagnos' (OK 0,37), och nästintill obefintlig odds att tillhöra klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (OK <0,01).

De som enbart hade grundskoleutbildning hade högre odds att tillhöra klustren 2) 'Sjukskrivning i övrig diagnos' (OK 1,66), 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' (OK 1,79), eller 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (OK 1,68).

Sannolikheten att tillhöra klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' var betydligt högre för de som var födda utanför Sverige (Övriga Norden OK 3,25; Övriga EU25 OK 4,49; Övriga världen OK 2,58). De som var födda i EU25 exkl. Norden eller övriga världen hade lägre odds att tillhöra klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (OK EU25 0,31; övriga världen 0,48).

Gifta/samboende med barn hemma och ensamstående med barn hemma hade lägre odds att tillhöra klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (OK gifta med barn 0,62; ensamstående med barn 0,54).

Hög inkomst hade samband med lägre odds att tillhöra något annat kluster än 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning', i synnerhet 3) 'Sjukskrivning i psykisk diagnos' (OK 0,45) och nästintill obefintlig odds att tillhöra klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (OK <0,01). De med mycket låg inkomst hade högre odds att tillhöra klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA' (75 % av 24 % av 1-2 prisbasbelopp OK 3,81) eller Sjuk- och aktivitetsersättning (75 % av 24 % av 1-2 prisbasbelopp OK 4,50; 2-4 PBB 8,90).

När det gäller sjukskrivning år 2012 så fanns det ett mycket starkt samband mellan antalet sjukskrivningsdagar år 2012 och att tillhöra något annat kluster än 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning'. Desto fler sjukskrivningsdagar någon hade haft, desto större var sannolikheten och oddskvoterna var synnerligen höga. Detta gällde alla andra kluster.

Även variablerna för att ha haft sjukskrivning 2012 för alla sex sjukskrivningsdiagnosgrupperna hade mycket starkt samband med att tillhöra något annat kluster än 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning'. I synnerhet hade de som hade sjukskrivning i psykisk diagnos högre odds att tillhöra klustret 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' (OK 8,27) samt 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' (OK 6,71). Även de som hade sjukskrivning i hjärt- och kärlsjukdomar (OK 18,02), övriga diagnoser (OK 7,36), muskuloskeletala diagnoser (OK 6,63), skadediagnoser (OK 3,25) samt cancer (OK 3,02) hade högre odds att tillhöra klustret 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning'. Sjukskrivning i cancer hade mycket starkt samband med att tillhöra klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning/SA' (OK 19,35). Även muskuloskeletala diagnoser, hjärt- och kärlsjukdomar och skadediagnoser hade samband med högre odds att tillhöra klustret 4) 'Kan ej ha sjukskrivning/SA' (muskuloskeletala OK 1,53; hjärt-kärl OK 6,61; skada OK 2,66). Gruppen övriga diagnoser hade också starkt samband att tillhöra klustret 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' (OK 10,09).

Det fanns inga stora könsskillnader i samband mellan de olika sociodemografiska och sjukskrivningsrelaterade faktorerna och klustertillhörighet (ej visat i tabell).

Oddsquoterna för de sociodemografiska faktorerna var mycket mindre än oddsquoterna för sjukskrivningsrelaterade faktorer i de justerade analyserna. Sjukskrivning år 2012, dels antal dagar och dels sjukskrivning i olika diagnosgrupper, var de faktorer som hade störst samband med sannolikheten att tillhöra något annat kluster än kluster 1) 'Låg eller ingen sjukskrivning'. De sociodemografiska faktorer som behöll sitt samband med klustertillhörighet i de justerade analyserna var kön (män hade en oddsquot på 0,39 för kluster 2) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser'), ålder (högre ålder hade samband med lägre sannolikhet att tillhöra kluster 3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser'; OK 55-59 0,57; 60-67 0,10, men högre sannolikhet att tillhöra kluster 4) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA'; OK 55-59 1,99, 60-67 2,32 och kluster 5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning'; OK 55-59 4,29, 60-67 1,29), och inkomst (personer med den lägsta inkomsten hade 4,5 gånger större odds att tillhöra kluster 4) 'Sjuk- och aktivitetsersättning' och 3,8 gånger större att tillhöra kluster 5) 'Kan ej ha sjukskrivning eller SA').

Tabell 6: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för att tillhöra respektive kluster av sekvenser av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) jämfört med de i kluster 1 'Ingen eller låg sjukskrivning' (signifikanta oddskvoter över 1,5 respektive under 0,67 i fetstil i de justerade analyserna)

Faktorer 2012	2) 'Sjukskrivning i övriga diagnoser'		3) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser'		4) 'Kan ej ha sjukskrivning/SA'		5) 'Sjuk- och aktivitetsersättning'	
	Ojusterade OK (95 % KI)	Justerade OK (95 % KI)	Ojusterade OK (95 % KI)	Justerade OK (95 % KI)	Ojusterade OK (95 % KI)	Justerade OK (95 % KI)	Ojusterade OK (95 % KI)	Justerade OK (95 % KI)
Kön								
Kvinnor	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Män	0,38 (0,37 - 0,38)	0,47 (0,46 - 0,47)	0,30 (0,29 - 0,31)	0,38 (0,37 - 0,39)	1,18 (1,15 - 1,22)	1,13 (1,10 - 1,17)	0,32 (0,31 - 0,33)	0,69 (0,66 - 0,72)
Åldersgrupp								
16-24 år	1,36 (1,31 - 1,41)	1,09 (1,05 - 1,14)	0,76 (0,73 - 0,80)	0,37 (0,35 - 0,39)	1,34 (1,25 - 1,44)	1,54 (1,42 - 1,66)	0,28 (0,24 - 0,34)	0,00 (0,00 - 0,00)
25-34 år	1,33 (1,30 - 1,36)	1,30 (1,27 - 1,33)	0,96 (0,94 - 0,99)	0,79 (0,77 - 0,81)	1,34 (1,28 - 1,4)	1,54 (1,47 - 1,61)	0,30 (0,27 - 0,33)	0,10 (0,09 - 0,11)
35-44 år	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
45-54 år	1,37 (1,34 - 1,40)	1,42 (1,39 - 1,45)	0,88 (0,86 - 0,90)	0,79 (0,77 - 0,82)	1,12 (1,07 - 1,17)	1,28 (1,22 - 1,34)	2,61 (2,50 - 2,74)	3,34 (3,18 - 3,51)
55-59 år	1,74 (1,70 - 1,79)	1,73 (1,67 - 1,78)	0,71 (0,68 - 0,74)	0,57 (0,54 - 0,59)	1,94 (1,85 - 2,05)	1,99 (1,88 - 2,10)	4,93 (4,69 - 5,18)	4,29 (4,04 - 4,55)
60-67 år	0,50 (0,48 - 0,52)	0,45 (0,43 - 0,47)	0,12 (0,11 - 0,13)	0,10 (0,09 - 0,11)	2,50 (2,38 - 2,62)	2,32 (2,20 - 2,45)	2,68 (2,53 - 2,83)	1,26 (1,18 - 1,35)
Typ av boenderegion								
Storstad	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Mellanstor stad	1,02 (1,00 - 1,04)	1,02 (1,00 - 1,04)	0,99 (0,97 - 1,02)	1,06 (1,03 - 1,08)	0,75 (0,72 - 0,77)	0,82 (0,79 - 0,85)	1,70 (1,64 - 1,76)	1,05 (1,01 - 1,10)
Mindre ort	1,11 (1,08 - 1,13)	1,07 (1,05 - 1,09)	1,04 (1,01 - 1,07)	0,97 (0,94 - 0,99)	0,71 (0,68 - 0,74)	0,67 (0,64 - 0,70)	2,44 (2,34 - 2,54)	1,03 (0,99 - 1,08)
Utbildningsnivå								
Grundskola	1,37 (1,32 - 1,42)	1,66 (1,60 - 1,73)	1,20 (1,15 - 1,26)	1,79 (1,71 - 1,87)	1,57 (1,48 - 1,66)	1,39 (1,32 - 1,48)	4,12 (3,89 - 4,36)	1,68 (1,57 - 1,79)
Gymnasium	1,41 (1,38 - 1,43)	1,34 (1,32 - 1,36)	1,25 (1,23 - 1,28)	1,22 (1,19 - 1,24)	0,78 (0,76 - 0,81)	0,86 (0,84 - 0,89)	2,68 (2,59 - 2,78)	1,50 (1,44 - 1,56)
Universitet	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Födelseland								
Sverige	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Övriga Norden	1,21 (1,15 - 1,27)	1,04 (0,99 - 1,10)	1,13 (1,06 - 1,20)	0,86 (0,80 - 0,92)	3,90 (3,67 - 4,14)	3,25 (3,05 - 3,46)	1,69 (1,55 - 1,85)	0,80 (0,72 - 0,89)
Övriga EU25	1,00 (0,94 - 1,06)	1,07 (1,01 - 1,13)	1,00 (0,93 - 1,07)	1,11 (1,05 - 1,19)	4,03 (3,79 - 4,27)	4,49 (4,25 - 4,76)	0,86 (0,76 - 0,97)	0,31 (0,26 - 0,37)
Övriga världen	1,41 (1,37 - 1,45)	1,13 (1,10 - 1,17)	1,16 (1,12 - 1,21)	0,87 (0,84 - 0,91)	2,30 (2,20 - 2,41)	2,58 (2,46 - 2,70)	0,87 (0,81 - 0,93)	0,48 (0,44 - 0,52)
Familjesituation								
Gift/sambo, ej barn hemma	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Gift/sambo, barn hemma	0,94 (0,92 - 0,97)	0,98 (0,95 - 1,00)	1,65 (1,59 - 1,71)	0,79 (0,76 - 0,82)	0,52 (0,50 - 0,54)	0,62 (0,59 - 0,65)	0,36 (0,34 - 0,37)	0,71 (0,67 - 0,74)
Ensamstående, ej barn hemma	1,13 (1,10 - 1,16)	1,19 (1,15 - 1,22)	1,71 (1,65 - 1,78)	0,93 (0,90 - 0,97)	0,97 (0,93 - 1,01)	1,04 (0,99 - 1,08)	0,53 (0,50 - 0,55)	1,22 (1,16 - 1,28)
Ensamstående, barn hemma	1,69 (1,63 - 1,74)	1,35 (1,30 - 1,40)	3,68 (3,52 - 3,84)	1,31 (1,25 - 1,36)	0,61 (0,57 - 0,66)	0,54 (0,50 - 0,59)	0,87 (0,82 - 0,92)	1,05 (0,98 - 1,13)
Näringsgren								
Industri	0,82 (0,80 - 0,84)	0,89 (0,87 - 0,91)	0,69 (0,67 - 0,71)	0,83 (0,80 - 0,85)	1,01 (0,97 - 1,05)	1,07 (1,03 - 1,11)	0,63 (0,60 - 0,66)	1,11 (1,05 - 1,17)
Tjänster	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Handel, hotell, restaurang	1,11 (1,08 - 1,13)	0,89 (0,87 - 0,91)	1,04 (1,01 - 1,07)	0,92 (0,89 - 0,95)	0,89 (0,85 - 0,94)	1,10 (1,05 - 1,16)	0,93 (0,89 - 0,98)	0,67 (0,63 - 0,71)
Transporter	1,19 (1,14 - 1,23)	1,02 (0,98 - 1,07)	0,91 (0,87 - 0,96)	0,85 (0,81 - 0,90)	1,01 (0,94 - 1,09)	1,11 (1,03 - 1,19)	1,08 (1,00 - 1,16)	0,66 (0,60 - 0,72)
Byggtjänst	0,92 (0,88 - 0,96)	1,01 (0,97 - 1,06)	0,67 (0,63 - 0,71)	0,45 (0,42 - 0,49)	0,71 (0,65 - 0,77)	0,98 (0,90 - 1,06)	0,95 (0,88 - 1,04)	0,78 (0,71 - 0,86)
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	2,03 (1,99 - 2,07)	1,34 (1,31 - 1,37)	1,82 (1,77 - 1,86)	1,19 (1,16 - 1,22)	0,98 (0,94 - 1,03)	1,00 (0,96 - 1,05)	1,73 (1,66 - 1,80)	0,80 (0,76 - 0,83)

Fort. tabell 6

Förvärvsinkomst										
24% av 75% av 1-2 PBB	0,68 (0,64 - 0,72)	0,62 (0,58 - 0,66)	0,66 (0,62 - 0,71)	0,75 (0,70 - 0,81)	4,25 (3,99 - 4,52)	3,81 (3,55 - 4,10)	1,80 (1,67 - 1,94)	4,50 (4,17 - 4,87)		
2-4 PBB	0,90 (0,87 - 0,93)	0,94 (0,91 - 0,98)	1,00 (0,96 - 1,03)	1,17 (1,13 - 1,21)	1,37 (1,29 - 1,46)	1,06 (0,99 - 1,14)	4,36 (4,21 - 4,52)	8,90 (8,57 - 9,25)		
4-7,5 PBB	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
7,5-10 PBB	0,67 (0,66 - 0,69)	0,89 (0,87 - 0,91)	0,57 (0,55 - 0,58)	0,73 (0,71 - 0,74)	0,81 (0,77 - 0,84)	1,20 (1,15 - 1,25)	0,16 (0,15 - 0,17)	0,12 (0,11 - 0,12)		
≥10 PBB	0,39 (0,38 - 0,40)	0,58 (0,57 - 0,60)	0,30 (0,29 - 0,31)	0,45 (0,44 - 0,47)	1,03 (0,99 - 1,07)	1,56 (1,49 - 1,63)	0,05 (0,05 - 0,06)	0,00 (0,00 - 0,00)		
Antal sjukskrivningsdagar år 2012										
0	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
3,75 - <15	3,89 (3,76 - 4,03)	3,59 (3,47 - 3,72)	4,47 (4,29 - 4,66)	2,91 (2,77 - 3,05)	1,60 (1,45 - 1,75)	1,72 (1,56 - 1,89)	5,71 (5,35 - 6,09)	3,36 (3,10 - 3,65)		
15 - <31	4,17 (3,99 - 4,35)	2,80 (2,67 - 2,94)	4,97 (4,73 - 5,23)	4,04 (3,84 - 4,26)	2,10 (1,89 - 2,33)	1,22 (1,06 - 1,41)	5,48 (5,04 - 5,96)	3,27 (2,95 - 3,62)		
31 - <91	4,56 (4,40 - 4,73)	4,10 (3,95 - 4,25)	6,50 (6,25 - 6,76)	4,70 (4,50 - 4,90)	2,96 (2,74 - 3,20)	2,44 (2,23 - 2,67)	8,36 (7,87 - 8,89)	6,78 (6,34 - 7,26)		
91 - <181	5,62 (5,32 - 5,93)	5,42 (5,14 - 5,72)	9,92 (9,40 - 10,46)	7,71 (7,28 - 8,17)	5,92 (5,4 - 6,49)	5,11 (4,60 - 5,67)	22,85 (21,45 - 24,35)	20,67 (19,25 - 22,2)		
181 - <366	6,43 (6,00 - 6,89)	4,73 (4,41 - 5,08)	16,10 (15,16 - 17,10)	10,92 (10,25 - 11,63)	13,88 (12,74 - 15,11)	13,60 (12,42 - 14,89)	47,31 (44,34 - 50,49)	22,75 (21,08 - 24,55)		
366 (pga. skottår 2012)	7,86 (6,45 - 9,57)	2,65 (2,07 - 3,39)	27,08 (23,16 - 31,67)	4,76 (3,78 - 5,98)	36,19 (30,22 - 43,33)	50,60 (42,93 - 59,65)	100,07 (85,89 - 116,59)	61,44 (52,82 - 71,47)		
Sjukskrivning i psykisk diagnos 2012										
Nej	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
Ja	3,31 (3,18 - 3,44)	2,80 (2,69 - 2,91)	1,74 (1,39 - 12,10)	8,27 (8,00 - 8,54)	1,87 (1,71 - 2,05)	2,44 (2,24 - 2,65)	8,76 (8,32 - 9,22)	6,71 (6,32 - 7,12)		
Sjukskrivning 2012 i muskuloskeletal diagnos										
Nej	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
Ja	4,02 (3,86 - 4,19)	3,16 (3,03 - 3,30)	3,06 (2,90 - 3,24)	2,47 (2,33 - 2,62)	1,88 (1,69 - 2,08)	1,54 (1,37 - 1,73)	10,54 (9,98 - 11,13)	6,63 (6,23 - 7,06)		
Sjukskrivning 2012 i skadediagnos										
Nej	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
Ja	3,31 (3,12 - 3,52)	3,09 (2,91 - 3,29)	2,35 (2,16 - 2,55)	2,43 (2,24 - 2,64)	1,94 (1,69 - 2,23)	2,66 (2,35 - 3,02)	4,95 (4,49 - 5,45)	3,23 (2,88 - 3,61)		
Sjukskrivning 2012 i cancer										
Nej	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
Ja	4,02 (3,71 - 4,37)	4,04 (3,73 - 4,37)	2,09 (1,83 - 2,38)	1,80 (1,57 - 2,06)	23,29 (21,69 - 25,01)	19,35 (17,86 - 20,97)	4,83 (4,19 - 5,58)	3,04 (2,61 - 3,55)		
Sjukskrivning 2012 i hjärt-kärlsjukdom										
Nej	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
Ja	3,14 (2,85 - 3,46)	3,32 (2,97 - 3,71)	1,99 (1,72 - 2,30)	2,30 (1,94 - 2,72)	3,60 (3,06 - 4,25)	6,61 (5,84 - 7,48)	11,96 (10,78 - 13,27)	18,02 (16,09 - 20,19)		
Sjukskrivning 2012 i övrig diagnos										
Nej	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.		
Ja	5,09 (4,92 - 5,28)	3,93 (3,79 - 4,08)	4,29 (4,10 - 4,49)	3,56 (3,40 - 3,73)	2,79 (2,57 - 3,03)	1,25 (1,11 - 1,41)	9,67 (9,18 - 10,19)	7,25 (6,82 - 7,69)		

Sjukskrivningsfall i april 2012 och i april 2013

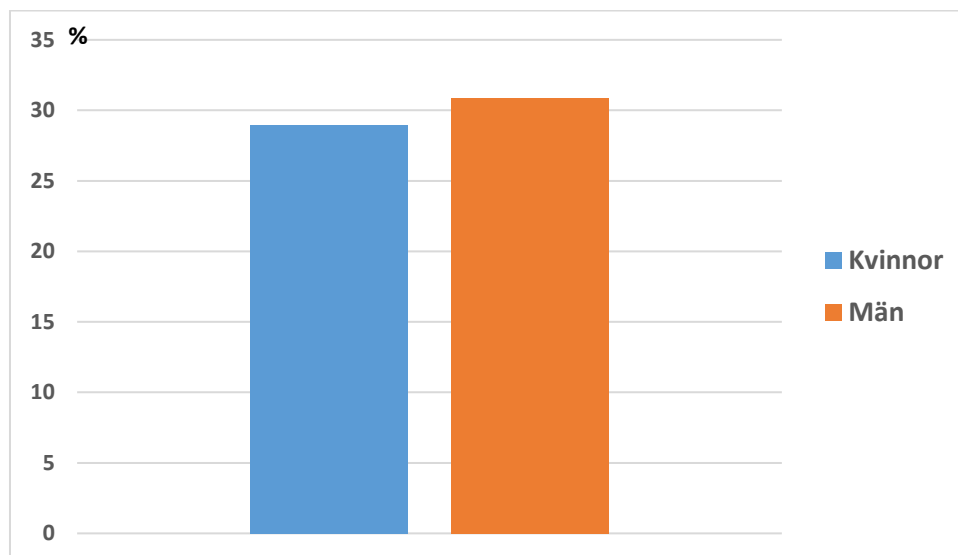
Nedanstående analyser gjordes för att kunna ta fram underlag för och ge kontext till analyser gjorda av Alecta²⁸.

Sjukskrivningsfall som blir längre än 90 dagar

Alecta betalar ut ersättning till sjukskrivna personer för sjukskrivningsfall som blir >90 bruttodagar, vilket innebär att Alecta har information om sådana sjukskrivningsfall, men inte om kortare fall. Information om alla de sjukskrivningsfall som blev längre än 14 bruttodagar och som startade under april 2012 (n=6107) respektive under april 2013 (n=7774) (114 av dessa fall förekom hos personer som hade fler än ett fall under den här tiden) för de personer som då var <65 år togs fram. Dessa sjukskrivningsfall har analyserats utifrån:

- hur många och hur stor andel av dessa fall som blev >90 bruttodagar (sjukskrivningsfall där personen alltså fick ersättning från Alecta från i juli 2012 respektive från i juli 2013), och
- vilka faktorer som hade samband med att ett sådant fall blev >90 bruttodagar långt.

I Figur 21 visas andel sådana sjukskrivningsfall som blev >90 bruttodagar, för kvinnor och män. Andelarna var relativt jämna mellan könen, men en något större andel av männen fall (31%) än kvinnornas fall (29%) blev >90 bruttodagar. För de med partiell SA blev 39,0 % av kvinnornas fall och 38,7 % av männen >90 bruttodagar långa, alltså en något större andel än för alla.



Figur 21: Andel (%) av 13 881 nya sjukskrivningsfall som blev >90 bruttodagar

I Tabell 7 visas antal och andel av dessa 13 881 nya sjukskrivningsfall som startats antingen i april 2012 eller april 2013, som blev >90 bruttodagar. Det var en något större andel av fallen bland män, bland personer som var 35-44, 45-54 eller 55-64 år gamla, bland personer som hade en årsinkomst på 75 % av 24 % av 1-4 prisbasbelopp eller 4-7,5 prisbasbelopp samt bland sjukskrivningsfall i psykiska diagnoser eller i skador som blev >90 bruttodagar.

Tabell 7: Antal och andel (%) av de 13 881 nystartade sjukskrivningsfall som blev >14 dagar i april 2012 eller april 2013 som blev >90 bruttodagar långa, för alla och uppdelat på kvinnor och män

Faktorer 2012	Alla sjukskrivningsfall >90 dagar		Kvinnors sjukskrivningsfall >90 dagar		Mäns sjukskrivningsfall >90 dagar	
	n	%	n	%	n	%
Kön						
Kvinnor	2801	28,96	-	-	-	-
Män	1304	30,99	-	-	-	-
Ålder						
18-24 år	114	23,31	79	21,76	35	27,78
25-34 år	742	26,60	567	25,81	175	29,56
35-44 år	1157	31,27	842	31,07	315	31,82
45-54 år	1166	30,31	758	29,54	408	31,85
55-64 år	926	30,30	555	30,21	371	30,43
Typ av boenderegion						
Storstad	2004	28,95	1430	28,33	574	30,60
Mellanstor stad	1246	29,72	822	29,27	424	30,61
Mindre ort	855	30,92	549	30,20	306	32,31
Utbildningsnivå (år)						
Grundskola (0-9 år)	289	33,49	160	35,09	129	31,70
Gymnasium (10-12 år)	2058	30,20	1418	29,50	640	31,86
Universitet (>12 år)	1758	28,34	1223	27,73	535	29,85
Födelseland						
Sverige	3590	29,51	2450	29,15	1140	30,31
Övriga Norden	134	33,42	103	33,88	31	31,96
Övriga världen inkl. övriga EU	3590	29,51	2450	29,15	1140	30,31
Familjesituation						
Gift/sambo, ej hemmavarande barn	641	29,76	404	29,90	237	29,51
Gift/sambo, med hemmavarande barn	1728	28,53	1180	27,35	548	31,46
Ensamstående, ej hemmavarande barn	1268	30,11	811	29,74	457	30,80
Ensamstående, med hemmavarande barn	468	32,08	406	31,72	62	34,64
Näringsgren						
Industri	603	28,50	299	27,97	304	29,04
Tjänster	1648	30,50	1101	29,85	547	31,90
Handel, hotell, restaurang	549	30,53	393	30,23	156	31,33
Transporter	205	32,03	113	31,22	92	33,09
Byggverksamhet	125	29,00	49	28,49	76	29,34
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	973	27,91	845	27,47	128	31,22
Inkomst						
75 % av 24 % av 1-4 PBB	457	35,32	370	35,10	87	36,55
4-7,5 PBB	1856	30,21	1445	28,66	411	37,26
7,5-10 PBB	1046	28,29	668	28,15	378	28,55
≥10 PBB	746	27,15	318	26,39	428	27,74
Sjukskrivningsfallets huvuddiagnos						
Psykisk	1865	44,62	1302	43,93	563	46,30
Muskuloskeletal	749	27,68	524	28,40	225	26,13
Skada	259	20,99	141	20,35	118	21,81
Cancer	305	42,19	213	42,77	92	40,89
Hjärt-kärlsjukdom	193	37,70	77	39,49	116	36,59
Graviditetsrelaterad	200	18,66	200	18,66	-	-
Övrig	534	15,45	344	14,30	190	18,13

I Tabell 8 visas ojusterade och justerade oddskvoter (OK, alla faktorer justerade för varandra) för att ett sjukskrivningsfall som börjades i april 2012 eller april 2013 ska bli >90 bruttodagar. Resultat i text nedan anger justerade OK om inget annat anges. Den faktor som hade starkast samband med att ett fall blev >90 bruttodagar var fallets sjukskrivningsdiagnos. Fall i psykiska diagnoser hade störst sannolikhet att bli >90 bruttodagar (OK 4,56, jämfört med de i gruppen övriga diagnoser), följt av cancerdiagnoser (OK 4,08), hjärt- och kärlsjukdomar (OK 3,27) och muskuloskeletala diagnoser (OK 2,06).

De med lägst ålder (18-24 år) hade lägre odds att sjukskrivningsfallet skulle bli >90 bruttodagar (OK 0,56 för alla och 0,51 för kvinnor). Detta var dock inte signifikant för män. De övriga åldersgrupperna skilde sig inte signifikant i odds för att sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar jämfört med ålderskategorin 35-44 år. Samma förhållande framkom när kvinnor och män analyserades separat. Det fanns ett samband mellan kön och högre odds för att ett sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar så att män hade en något högre odds både i de justerade (OK 1,13) och ojusterade (OK 1,10) analyserna jämfört med kvinnor.

Inkomst hade samband med att ett sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar. De med lägst inkomst (75 % av 24 % av 1-4 PBB) hade högre odds än de med högst inkomst (>10 PBB) (OK 1,65), men för de med inkomster däremellan var sambanden mindre. Det var relativt små skillnader i odds mellan de olika näringsgrenarna. När kvinnor och män analyserades tillsammans var det ingen näringsgren som signifikant skilde sig från någon annan i odds för att ett nytt sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar. Inte heller familjesituation verkade ha något samband med att ett påbörjat sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar. Sannolikheten för att ett sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar verkade således inte vara relaterat till sådant som att ha eller inte ha hemmavarande barn, eller med att vara gift/sambo eller ensamstående. Detta gällde både för kvinnor och för män.

Det fanns inga större skillnader i odds för att ett nytt sjukskrivningsfall skulle bli >90 bruttodagar utifrån födelseland, för varken kvinnor eller män och inte heller för utbildningsnivå eller typ av boenderegion.

Tabell 8: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för att ett nytt sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar långt, för alla samt uppdelat på fall bland kvinnor och män
(signifikanta OKs över 1,5 respektive under 0,67 i fetstil i de justerade analyserna)

Faktorer 2012	Alla sjukskrivningsfall		Kvinnors sjukskrivningsfall		Mäns sjukskrivningsfall	
	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)	Ojusterad OK (95 % KI)	Justerad OK (95 % KI)
Kön						
Kvinnor	Ref	Ref	-	-	-	-
Män	1,10 (1,02-1,19)	1,14 (1,04-1,25)	-	-	-	-
Ålder						
18-24 år	0,67 (0,54-0,83)	0,56 (0,44-0,71)	0,62 (0,48-0,80)	0,51 (0,38-0,69)	0,82 (0,55-1,25)	0,67 (0,43-1,05)
25-34 år	0,80 (0,71-0,89)	0,81 (0,72-0,92)	0,77 (0,68-0,88)	0,81 (0,70-0,93)	0,90 (0,72-1,12)	0,81 (0,63-1,03)
35-44 år	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
45-54 år	0,96 (0,87-1,05)	0,97 (0,87-1,07)	0,93 (0,83-1,05)	0,92 (0,81-1,04)	1,00 (0,84-1,20)	1,03 (0,85-1,25)
55-64 år	0,96 (0,86-1,06)	1,04 (0,92-1,18)	0,96 (0,85-1,09)	0,99 (0,85-1,16)	0,94 (0,78-1,12)	1,14 (0,92-1,41)
Typ av boenderegion						
Storstad	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Mellanstor stad	1,04 (0,95-1,13)	1,01 (0,93-1,11)	1,05 (0,95-1,16)	1,01 (0,90-1,12)	1,00 (0,86-1,16)	1,03 (0,88-1,21)
Mindre ort	1,10 (1,00-1,21)	1,06 (0,96-1,18)	1,09 (0,97-1,23)	1,06 (0,93-1,20)	1,08 (0,92-1,28)	1,10 (0,92-1,32)
Utbildningsnivå						
Grundskola	1,27 (1,09-1,48)	1,18 (1,01-1,39)	1,41 (1,15-1,73)	1,33 (1,07-1,65)	1,09 (0,86-1,38)	1,04 (0,81-1,34)
Gymnasium	1,09 (1,01-1,18)	1,06 (0,98-1,16)	1,09 (1,00-1,19)	1,06 (0,96-1,17)	1,10 (0,96-1,26)	1,10 (0,94-1,28)
Universitet	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Födelseland						
Sverige	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Övriga Norden	1,20 (0,97-1,48)	1,17 (0,93-1,45)	1,25 (0,98-1,59)	1,20 (0,93-1,54)	1,08 (0,70-1,66)	1,10 (0,70-1,72)
Övriga världen inkl. EU	0,98 (0,86-1,11)	1,03 (0,90-1,18)	0,84 (0,72-0,98)	0,89 (0,76-1,05)	1,41 (1,12-1,77)	1,45 (1,13-1,85)
Familjesituation						
Gift/sambo, ej hemmavarande barn	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Gift/sambo, med hemmavarande barn	0,94 (0,85-1,05)	1,00 (0,88-1,13)	0,88 (0,77-1,01)	0,93 (0,79-1,08)	1,10 (0,91-1,32)	1,13 (0,91-1,40)
Ensamstående, ej hemmavarande barn	1,02 (0,91-1,14)	1,01 (0,89-1,15)	0,99 (0,86-1,14)	1,00 (0,85-1,17)	1,06 (0,88-1,28)	0,99 (0,80-1,23)
Ensamstående, med hemmavarande barn	1,12 (0,97-1,29)	1,04 (0,88-1,22)	1,09 (0,92-1,29)	0,98 (0,81-1,18)	1,27 (0,90-1,78)	1,19 (0,82-1,73)

Forts. tabell 8

Näringsgren						
Industri	0,91 (0,81-1,02)	0,92 (0,82-1,04)	0,91 (0,79-1,06)	0,92 (0,79-1,08)	0,96 (0,82-1,13)	0,94 (0,79-1,13)
Tjänster	1,00 (0,89-1,13)	1,01 (0,90-1,14)	1,02 (0,89-1,17)	1,03 (0,89-1,19)	1,49 (1,25-1,76)	0,97 (0,77-1,22)
Handel, hotell, restaurang	1,07 (0,90-1,28)	1,05 (0,87-1,26)	1,07 (0,85-1,35)	1,04 (0,81-1,33)	1,49 (1,25-1,76)	1,07 (0,81-1,43)
Transporter	0,93 (0,75-1,16)	1,00 (0,80-1,25)	0,94 (0,67-1,31)	1,02 (0,72-1,46)	1,44 (1,08-1,93)	1,00 (0,74-1,35)
Byggsverksamhet						
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	0,88 (0,80-0,97)	0,86 (0,78-0,96)	0,89 (0,80-0,99)	0,89 (0,79-1,00)	0,96 (0,82-1,13)	0,82 (0,64-1,06)
Inkomst						
24% av 75% av 1-4 PBB	1,38 (1,21-1,58)	1,65 (1,42-1,91)	1,38 (1,18-1,61)	1,60 (1,35-1,89)	1,44 (1,08-1,93)	1,62 (1,18-2,22)
4-7,5 PBB	1,10 (1,00-1,20)	1,23 (1,12-1,36)	1,03 (0,92-1,14)	1,11 (0,99-1,25)	1,49 (1,25-1,76)	1,64 (1,36-1,97)
7,5-10 PBB	0,94 (0,85-1,06)	0,88 (0,78-0,99)	0,92 (0,78-1,07)	0,87 (0,74-1,02)	0,96 (0,82-1,13)	0,94 (0,79-1,11)
≥10 PBB						
Sjukskrivningsfallets huvuddiagnos						
Psykisk	4,41 (3,95-4,92)	4,56 (4,08-5,10)	4,70 (4,10-5,38)	4,82 (4,20-5,53)	3,89 (3,21-4,72)	4,14 (3,40-5,05)
Muskuloskeletal	2,09 (1,85-2,37)	2,06 (1,81-2,33)	2,38 (2,04-2,77)	2,34 (2,01-2,73)	1,60 (1,28-1,99)	1,57 (1,26-1,96)
Skada	1,45 (1,23-1,72)	1,47 (1,25-1,74)	1,53 (1,23-1,90)	1,54 (1,24-1,92)	1,26 (0,97-1,63)	1,29 (1,00-1,68)
Cancer	3,99 (3,36-4,75)	4,08 (3,42-4,87)	4,48 (3,63-5,53)	4,53 (3,66-5,62)	3,12 (2,29-4,25)	3,26 (2,38-4,47)
Hjärt-kärlsjukdom	3,31 (2,71-4,05)	3,27 (2,67-4,02)	3,91 (2,87-5,33)	3,88 (2,84-5,30)	2,61 (1,98-3,44)	2,71 (2,04-3,59)
Graviditetsrelaterad	1,26 (1,05-1,50)	1,44 (1,19-1,74)	1,38 (1,14-1,67)	1,56 (1,27-1,91)	-	-
Övrig						

2018 års kohort

En kohort av de privatanställda tjänstemännen år 2018 etablerades på motsvarande sätt som för 2012 års kohort. I den ingick ca 140 000 fler personer än i 2012 års kohort (Tabell 9). Fördelningen gällande kön, ålder och typ av boenderegion var likartad i de två kohorterna (Tabell 1 och Tabell 9).

Medelåldern i 2018 års kohort var 42,6 för alla, 42,1 för kvinnor och 43,0 för män (jämfört med 42,7 för alla, 42,0 för kvinnor och 43,4 för män i 2012 års kohort). Det var en något större andel som hade åtminstone någon universitetsutbildning 2018 än 2012 (57,9 % jämfört med 53,8 %) och något lägre andel som vad födda i Sverige (85,8 % jämfört med 89,5 %). En lägre andel hade hemmavarande barn i 2018 års kohort (37,8 % gifta/samboende med barn jämfört med 47,0 %, och 4,5 % ensamstående med barn jämfört med 6,6%). Fördelningen av näringsgrenar var likartad i kohorterna. Det var en högre andel som hade en årsinkomst på mer än 10 prisbasbelopp (45,6% jämfört med 35,8 %), medan färre hade 4-7,5 prisbasbelopp (19,4 % jämfört med 24,2 %).

Tabell 9: Beskrivning av 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän

Faktorer år 2018	Alla		Kvinnor		Män	
	n	%	n	%	n	%
Alla	1 421 813	100	670 212	100	751 601	100
Kvinnor	670 212	47,14				
Män	751 601	52,86				
Åldersgrupp						
18-24 år	79 947	5,62	44 482	6,64	35 465	4,72
25-34 år	338 172	23,78	165 824	24,74	172 348	22,93
35-44 år	364 252	25,62	167 502	24,99	196 750	26,18
45-54 år	375 545	26,41	172 862	25,79	202 683	26,97
55-64 år	236 423	16,63	107 113	15,98	129 310	17,20
65-67 år	27 474	1,93	12 429	1,85	15 045	2,00
Typ av boenderegion						
Storstad	754 477	53,06	369 156	55,08	385 321	51,27
Mellanstor stad	431 860	30,37	193 260	28,84	238 600	31,75
Mindre ort	235 476	16,56	107 796	16,08	127 680	16,99
Utbildning						
Grundskola	58 147	4,09	20 025	2,99	38 122	5,07
Gymnasium	540 633	38,02	259 744	38,76	280 889	37,37
Universitet/högskola	823 033	57,89	390 443	58,26	432 590	57,56
Födelseland						
Sverige	1 219 920	85,8	567 485	84,67	652 435	86,81
Övriga Norden	26 772	1,88	14 955	2,23	11 817	1,57
Övriga EU25	45 085	3,17	22 106	3,30	22 979	3,06
Övriga världen	130 036	9,15	65 666	9,80	64 370	8,56
Familjesituation						
Gift/sambo, ej barn hemma	275 157	19,35	128 878	19,23	146 279	19,46
Gift/sambo, barn hemma	537 372	37,79	241 513	36,04	295 859	39,36
Ensamstående, ej barn hemma	545 258	38,35	254 592	37,99	290 666	38,67
Ensamstående, barn hemma	64 026	4,50	45 229	6,75	18 797	2,50
Näringsgren						
Industri	265 117	18,65	85 092	12,70	180 025	23,95
Tjänster	629 011	44,24	280 449	41,84	348 562	46,38
Handel, hotell, restaurang	202 459	14,24	101 742	15,18	100 717	13,40
Transporter	34 997	2,46	15 262	2,28	19 735	2,63
Byggverksamhet	63 333	4,45	17 869	2,67	45 464	6,05
Utbildning, vård, omsorg, sociala tjänster	225 741	15,88	169 101	25,23	56 640	7,54
Okänd verksamhet	1155	0,08	697	0,10	458	0,06
Förvärvsinkomst						
24% av 75% av 1-2 PBB	46 725	3,29	27 457	4,10	19 268	2,56
2-4 PBB	75 772	5,33	47 893	7,15	27 879	3,71
4-7,5 PBB	276 176	19,42	187 425	27,97	88 751	11,81
7,5-10 PBB	374 739	26,36	199 657	29,79	175 082	23,29
≥10 PBB	648 401	45,6	207 780	31,00	440 621	58,62

Sjukskrivningsprevalens i 2018 års kohort

I Tabell 10 visas beskrivande information om sjukskrivning och i Tabell 11 om SA under år 2018, för 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän, samt motsvarande data för år 2012 för 2012 års kohort. Andelen av de i 2018 års kohort som hade minst ett sjukskrivningsfall >14 bruttodagar var 9,8 % och andelen som hade SA var 1,1 %. I hela kohorten hade personerna i genomsnitt 6,73 sjukskrivningsdagar och 1,88 SA-dagar. Medelantalet sjukskrivningsdagar per sjukskriven person i kohorten 2018 var 68,62 medan medelantalet SA-dagar per person som var 64 år eller yngre i kohorten med SA var 168,26.

En större andel kvinnor (12,1 %) än män (5,2 %) hade sjukskrivning, och likaså var det en större andel kvinnor som hade SA (1,2 %) jämfört med män (0,4 %). Kvinnor hade även ett högre medelantal sjukskrivningsdagar (8,48 än män (3,53), och ett något högre medelantal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person (70,09 för kvinnor, 67,69 för män). Även gällande SA hade kvinnor ett högre medelantal SA-dagar per person (1,99) än män (0,70), medan män hade något högre medelantal SA-dagar per person bland dem med SA (167,13) än kvinnor (161,17). Kvoten mellan kvinnor och män gällande medelantalet sjukskrivningsdagar per sjukskriven person samt medelantal SA-dagar per person med SA var nära 1, vilket tyder på att skillnaden ändå är relativt liten.

Det var något större andel personer med sjukskrivning i 2018 års kohort (8,5 %) än i 2012 års kohort (7,6 %), och även något fler dagar per person (5,9 för alla, 8,5 för kvinnor och 3,5 för män i 2018 års kohort, jämfört med 4,6 för alla, 6,6 för kvinnor och 2,3 för män i 2012 års kohort) samt per sjukskriven person (69,3 för alla, 70,1 för kvinnor, och 67,7 för män i 2018 års kohort, jämfört med 60,5 för kvinnor och 61,1 för män i 2012 års kohort). Gällande SA, var andelen personer med SA något lägre i 2018 års kohort än i 2012 års kohort (0,8 % 2018; 1,1 % 2012). Medelantalet SA-dagar per person var även det lägre i 2018 års kohort (1,31 dagar för alla, 1,99 för kvinnor, och 0,70 för män, jämfört med 1,80 för alla, 2,72 för kvinnor, och 0,96 för män i 2012 års kohort) än i 2012 års kohort (0,96). Kvoterna mellan kvinnor och män gällande alla mått på sjukskrivning och SA var relativt likartade i 2018 års och 2012 års kohort.

Kvoterna mellan kvinnor och män gällande medelantal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person samt SA-dagar per person med SA var nära 1 i båda kohorterna – dvs. vid användande av dessa två mått framkom inga könsskillnader.

Tabell 10: Antal och andel (%) personer med sjukskrivning (SS) under 2018, samt medelantal sjukskrivningsdagar under år 2018 i 2018 års kohort, och motsvarande information för år 2012 för 2012 års kohort

	Antal personer med minst ett SS-fall under 2018	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
Sjukskrivning, alla	120 186	8,45	5,86	69,28	7,60	4,60	60,68
Sjukskrivning, kvinnor	81 103	12,1	8,48	70,09	10,90	6,60	60,48
Sjukskrivning, män	38 792	5,19	3,53	67,69	4,50	2,78	61,11
Kvot kvinnor/män		2,32	2,40	1,04	2,42	2,37	0,99

Tabell 11: Antal och andel (%) personer med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under 2018, samt medelantal SA-dagar under 2018 i 2018 års kohort och motsvarande information för 2012 i 2012 års kohort (endast personer <65 år inkluderade)

	Antal personer med någon SA under 2018	Andel (%) personer med någon SA under 2018	Medelantal SA-dagar 2018 per person	Medelantal SA-dagar år 2018 per person med SA	Andel (%) personer med någon SA 2012	Medelantal SA-dagar 2012 per person	Medelantal SA-dagar 2012 per person med SA
SA, alla	11 401	0,80	1,31	162,79	1,20	1,80	155,69
SA, kvinnor	8294	1,24	1,99	161,17	1,80	2,72	154,89
SA, män	3107	0,42	0,70	167,13	0,60	0,96	157,78
Kvot kvinnor/män		2,95	2,86	0,96	3,00	2,83	0,98

Slutkommentar

Detta är en av de första studierna som följt privatanställda tjänstemän prospektivt över tid. Den enda andra studie om detta som vi känner till inkluderade inte alla privatanställda tjänstemän, utan var begränsad till dem inom handelsnäringen, och följde en kohort över kortare tid, fem år⁶¹.

I detta projekt har flera olika typer av analyser av en stor kohort av privatanställda tjänstemän genomförts. De har följts över sju år avseende olika faktorer, med fokus på sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), generellt och i olika diagnoser. Analyserna har varit explorativa och syftat till fördjupad kunskap om framtida mönster. Dessutom har resultat tagits fram för en motsvarande, senare kohort; tjänstemän under 2018.

Studiens styrkor är att den omfattar samtliga 1,3 miljoner personer som bodde i Sverige under hela 2012 och som då var 18-67 år gamla och var anställda som tjänstemän inom privat sektor, och inte endast ett urval. Det innebär att studiepopulationen är tillräckligt stor för att subgruppsanalyser kunnat genomföras. Andra styrkor är att länkade registerdata av god kvalitet har kunnat användas⁶²⁻⁶⁴ (dvs. inte självrapporterade data som kan vara påverkade av recall bias) samt att alla kunnat följas upp (dvs. inget bortfall, något som är vanligt i t.ex. enkätstudier). Ett flertal analyser har gjorts och många mått på tjänstemännens sjukfrånvaro och SA presenteras, som bas för fortsatta analyser av utvecklingen av sjukfrånvaro över tid, generellt och för olika grupper av privatanställda tjänstemän.

För att hantera att personer samtidigt kan vara sjukskrivna och ha SA på deltid samt för att inte överskatta sjukfrånvaron, har vi valt att använda oss av nettodagar i de flesta analyserna. Vi har inte beaktat sjukskrivningsgrad på andra sätt i dessa analyser. Statistik från Alecta visar att andelen försäkrade hos dem som hade heltidssjukskrivning minskade från 54 % till 48 % mellan 2011 och 2018²⁸. Därför finns det anledning till fortsatta studier där även sjukskrivningsgrad studeras i mer detalj.

Samma personer har kunnat följas prospektivt över en lång tid (7 år) avseende bland annat deras sjukfrånvaro och SA. Dock har vi bara skrapat på ytan när det gäller frågor om sjukfrånvaro och SA bland privatanställda tjänstemän och det finns fortfarande mycket att utforska om sjukskrivning, SA, sjuklighet, och arbetsförmåga inom gruppen. Att vi har använt både prospektiva studier och tidsseriestudier, där vi har jämfört två kohorter från olika tidpunkter med varandra, i samma projekt ger en större styrka i resultaten och belyser olika aspekter av förändringar över tid.

I denna studie fångar vi fler av de privatanställda tjänstemännen än de som omfattas av Alectas kollektivavtal, och därmed Alectas försäkring. Det fanns ca 140 000 fler personer i 2018 års kohort av

privatanställda tjänstemän än i 2012 års kohort (ca 1,3 miljoner i 2012 års kohort och ca 1,4 i 2018 års kohort), vilket är i linje med Alectas statistik om att antalet personer som är försäkrade av Alecta (dvs. de privatanställda tjänstemän som har kollektivavtalad försäkring i Alecta) ökat med drygt 150 000 personer sedan 2012 (från ca 0,9 miljon år 2012 till ca 1 miljon år 2018)²⁸. Detta innebär även att betydelsen av kunskap om sjukskrivning i denna grupp blir allt viktigare, när det är fler personer som berörs. Alecta beskrev att det inte skett några större förändringar vad gäller sammansättningen av privatanställda tjänstemän vad gäller kön, ålder eller lön bland de som försäkras av Alecta²⁸. Detta stämmer med våra resultat, både vad gäller de faktorerna och för flera ytterligare sociodemografiska faktorer såsom boendeort, födelseland och utbildningsnivå. Jämfört med år 2012 för 2012 års kohort var det under år 2018 i 2018 års kohort en något större andel personer (både bland kvinnor och bland män) som hade sjukskrivning, medan andelen som hade SA var lägre i 2018 års kohort. En sådan förändring har skett allmänt i Sverige under dessa år. Kvoten mellan kvinnor och män i medelantal sjukskrivningsdagar per person med sjukskrivning respektive medelantal SA-dagar per person med SA var dock nära 1 i båda kohorterna, dvs., det fanns inga könsskillnader i sjukskrivningstid eller SA-tid bland de personer som var sjukskrivna eller hade SA.

De allra flesta som var privatanställda tjänstemän år 2012 var förvärvsarbetande även år 2018. De faktorer som hade störst betydelse för att inte vara i förvärvsarbete 2018 var hög ålder (oddskvoten ökade gradvis ju högre ålder), att ha haft sjukskrivning år 2012, låg inkomst (oddskvoten ökade gradvis desto lägre inkomst) och lägre utbildning än universitet/högskola. Detta är i linje med tidigare forskning om vilka faktorer som har samband med olika arbetsmarknadssituationer⁶⁵⁻⁶⁷ även om det då inte är studerat specifikt för privatanställda tjänstemän, utan för alla förvärvsarbetande.

År 2018, dvs. vid uppföljningen, arbetade de flesta fortfarande som privatanställda tjänstemän; nästan två tredjedelar av hela kohorten från 2012 och nästan 80 % av de som förvärvsarbetade år 2018 var privatanställda tjänstemän. Av de som inte var privatanställda tjänstemän, var de flesta antingen inte förvärvsarbetande, eller var inte anställda i privat sektor. Det var en större andel personer som var äldre, dvs. 55-64 eller 65-67 år 2012, som inte hade något yrke enligt SSK 2018, medan andelen som var offentliganställda var ungefär lika stor i de olika åldersgrupperna, dock var det en något större andel av kvinnorna och av de som var sjukskrivna någon gång år 2012 som var offentliganställda 2018. Att byta jobb under en sjukskrivning kan vara en del av en arbetsrehabilitering, i synnerhet om arbetet bedöms ha bidragit till sjukskrivningen⁶⁸. En studie av sjukskrivna personer i Sverige, baserad på LISA-data över alla som var 20-60 år och hade sjukskrivning, fann att de som bytte jobb under eller efter en sjukskrivning som varat mer än 180 bruttodagar hade högre sannolikhet att vara kvar i arbete fyra år senare än de som inte bytte jobb, medan personer som var sjukskrivna i 1-180 bruttodagar hade lägre sannolikhet att vara kvar i arbete fyra år senare om de bytte jobb⁶⁸. Det var dock oklart i vilken utsträckning de som inte bytte jobb kunnat få anpassningar på det jobbet de hade⁶⁸. Av personerna i 2012 års kohort hade 3,9 % av de som var kvar i arbete gått från att huvudsakligen vara anställda som tjänstemän i privat sektor till att bli egenföretagare. Vanligast var detta bland personer som år 2012 var över 64 år.

Flera studier har visat på betydelsen av tidigare sjukskrivning för framtida såväl sjukskrivning^{8, 69}, som SA⁶⁹⁻⁷⁵, arbetslöshet^{67, 71}, och förtida död (även efter justering för skillnader i sjuklighet)^{54, 76-82}. Dock finns det färre diagnosspecifika studier om detta och inga som har fokuserat på detta för privatanställda tjänstemän. Sjukskrivning i muskuloskeletala respektive i psykiska diagnoser har i tidigare studier visat samband med större risk för förtida död^{78, 79}. I denna stora kohort av privatanställda tjänstemän framkom att sjukskrivning i båda dessa diagnosgrupper hade samband med lägre risk för förtida död när sjukskrivningslängden justerades för – vilket kan tyda på att sjukskrivningslängd är viktigare än sjukskrivningsdiagnos vad gäller risk för förtida död. Att justera för sjukskrivningslängd kan delvis innebära att justera för svårighetsgrad, då svår sjukdom oftare leder till längre sjukskrivning. Dock är detta nödvändigtvis inte fallet och lång sjukskrivning kan även vara en riskfaktor i sig, utöver sjukdomen eller skadan som ledde till sjukskrivning, såsom inaktivitet och

isolering, sämre ekonomi och framtida karriär- och arbetsmarknadsmöjligheter^{8, 11, 54, 83, 84}. Den diagnos som hade störst samband med förtida död var cancer, vilket inte är oväntat. Däremot fanns det inte något signifikant samband mellan sjukskrivning i hjärt- och kärlsjukdom och risk för förtida död.

Psykiska diagnoser var den diagnosgrupp som stod för flest sjukskrivningsdagar – dock stod alla somatiska diagnoser sammanlagt för fler sjukskrivningsdagar än psykiska diagnoser för män och även för kvinnor i början av uppföljningen. Under studieperiodens senare år stod psykiska och somatiska diagnoser för lika många sjukskrivningsdagar bland kvinnor, däremot stod somatiska diagnoser för många fler SA-dagar än psykiska diagnoser. De få tidigare studier som finns om privatanställda tjänstemäns diagnosspecifika sjukskrivning/SA har också påvisat att psykiska sjukskrivningsdiagnoser är de vanligaste förekommande^{2, 24, 28, 61}.

När det gäller risk för SA framkom att längd på sjukskrivning 2012 hade större betydelse för framtida nystartad SA än sjukskrivning i olika specifika diagnoser. Då sjukskrivningsfall i psykiska diagnoser ofta blir längre än i andra diagnoser⁸⁵, kan det vara en förklaring till varför andra studier som studerat hela befolkningen också har funnit ett starkt samband mellan sjukskrivning i psykiska diagnoser och framtida SA⁸⁵. Detta trots att de flesta vanliga psykiska diagnoserna såsom depression, stressrelaterade diagnoser och ångest är behandlingsbara och därför inte borde leda till permanent nedsatt arbetsförmåga⁸⁶. Dock finns det skillnader mellan olika psykiska diagnoser, både i prevalensen av sjukskrivning och i hur långa sjukskrivningsfallen blir⁸⁵. Här behövs mer kunskap om vilka psykiska sjukdomar som oftare leder till sjukskrivning och för vilka psykiska diagnoser som sjukskrivningsfallen riskerar att bli långa⁸⁷. Det finns även mycket som tyder på att diagnostik och behandling av psykiska diagnoser kan bli bättre⁸⁸ liksom stöd till sjukskrivande läkare i hantering av dessa ärenden¹⁷.

I sekvensanalyserna framkom att klustret 2) 'Sjukskrivning i psykiska diagnoser' karakteriserades av en större andel personer som haft sjukskrivning två eller flera år, ofta i rad. I Försäkringskassans analyser av hela populationen har det också konstaterats att det är vanligare med återkommande sjukskrivning i psykiska diagnoser⁸⁵ och att sjukskrivningar i psykiska diagnoser ofta blir längre än sjukskrivning i andra diagnoser^{20, 85, 89}.

Medelantalet sjukskrivningsdagar per sjukskriven person ökade något över tid i 2012 års kohort, vilket tyder på att deras sjukskrivningsfall blev längre eller att de hade fler sjukskrivningsfall. Detta är i linje med statistik både från Försäkringskassan⁸⁹ och från Alecta, som visar att sjukskrivningsfall >90 dagar stod för en ökande andel av Alectas utbetalningar för sjukskrivning och sjukersättning under 2012-2017, samt att andelen sjukskrivningsfall som är längre än 24 månader har ökat²⁸. En anledning till detta kan vara att tillämpningen av reglerna kring sjukersättning ändrades 2008 så att färre personer beviljades sjukersättning⁸⁹. Detta är också i linje med resultat från en tidigare studie om sjukskrivning bland privatanställda tjänstemän, specifikt inom handelsnäringen⁶¹.

Under de år som studeras i detta projekt hade regeringen satt upp ett mål om att år 2020 skulle antalet dagar med sjukpenning per försäkrad person vara lägre än nio dagar^{90, 91}. I 2012 års kohort låg antalet sjukskrivningsdagar under nio-dagarsmålet under samtliga studerade år (som mest var det 8,3 dagar per person, under år 2016). För kvinnor översteg medelantalet sjukskrivningsdagar nio dagar från och med år 2014. Män låg under 9-dagarsmålet hela periodenⁱⁱ. I 2018 års kohort var medelantalet sjukskrivningsdagar år 2018 knappt 6 (8,5 för kvinnor; drygt 3,5 för män).

Vi fann ganska små skillnader i sjukskrivning, SA och arbetsmarknadssituation mellan olika näringsgrenar. Försäkringskassan har publicerat data om sjukfrånvaro (dock ej SA) i två rapporter^{19, 92} för olika näringsgrenar för samtliga anställda – dvs. både tjänstemän och arbetare inom såväl privat som offentlig sektor – och fann då skillnader mellan näringsgrenar. Detta visar på betydelsen av att

ⁱⁱ Om man även tar med SA-dagar, låg kvinnor precis över nio dagar år 2012, för att sedan öka till över 15 dagar per år, medan antalet dagar för män fortfarande var långt under nio dagar under alla sju år.

göra denna typ av studier specifikt för olika grupper. Det är t.ex. möjligen större skillnader i arbetares arbetsmiljö och arbetsuppgifter i olika branscher liksom mellan offentlig respektive privat arbetsgivare. Försäkringskassan konstaterade också att yrke bättre förklarar deras resultat om skillnader i sjukskrivning >14 bruttodagar än vad bransch gör⁹², vilket ger stöd för denna förklaring, eftersom det troligen är mindre variation av yrken inom gruppen tjänstemän än på arbetsmarknaden i stort – även om det naturligtvis finns stor variation bland tjänstemännen. I detta projekt har vi inte analyserat skillnader mellan olika typer av tjänstemannayrken; detta behöver alltså utforskas vidare. Vilka yrken bland privatanställda tjänstemän har över tid hög respektive låg risk för sjukskrivning och för SA? Vilka faktorer inom dessa yrken spelar roll för risken för sjukskrivning? En svensk studie har t.ex. funnit tecken på att personer i yrken med hög prestige har lägre risk för sjukskrivning än de i yrken med låg prestige⁹³, dock behövs det fler studier för att bekräfta detta fynd och för att identifiera andra faktorer som också kan ha betydelse.

I en systematisk kunskapssammanställning av studier om samband mellan arbetsmiljö och hälsa framkom att olika arbetsmiljöfaktorer, så som arbetskrav, kontroll och socialt stöd, var relaterade till psykisk och somatisk ohälsa⁹⁴. Samtidigt noterades att även om sambanden var likartade verkade exponeringen för arbetskrav (t.ex. den totala mängden krav, kognitiva krav, emotionella krav) och tillgången till arbetsresurser (t.ex. upplevd kontroll, socialt stöd) variera mellan olika yrken, branscher och sektorer. Inte heller i den kunskapssammanställningen skildes på resultat för arbetare och tjänstemän. Att studera hur arbetskrav och arbetsresurser fördelar sig mellan olika tjänstemannayrken samt hur sådana krav och resurser relaterar till de privatanställda tjänstemännens sjukskrivning skulle kunna ge indikationer på om arbetsmiljön för vissa kategorier av tjänstemän innebär högre eller lägre risk för sjukskrivning.

Inkomst år 2012 hade ett starkt samband med att inte vara förvärvsarbetande år 2018, med att nybeviljas SA under 2013-2018, samt med att sjukskrivningsfall som startades under april 2012 respektive under april 2013 blev >90 bruttodagar långa – de med låg inkomst hade högre risk för alla dessa utfall. Tidigare forskning har visat på samband mellan inkomst och hälsa respektive sjuklighet i hela populationen⁹⁵. Dock har detta sällan studerats gällande sjukskrivning. Två studier om kommunanställda i Helsingfors fann att merparten av sambandet mellan låg inkomst och högre risk för sjukskrivning kunde förklaras av utbildning och om man var tjänsteman eller inte^{96, 97}. Detta var alltså inte något som framkom i denna studie. Däremot visar statistik från Alecta att risken för sjukskrivning >90 bruttodagar är högre bland dem med lägre inkomster²⁸. Vi har i detta projekt visat att denna successiva ökning av risk för sjukskrivning och SA för dem med lägre inkomst även gäller när mer detaljerade indelningar gjorts i de lägre inkomstnivåerna, och även visat att personer med lägre inkomster har högre risk också när det gäller framtida sjukskrivning och SA.

Våra resultat angående att kvinnor och män med lägre utbildning har större risk för framtida sjukskrivning/SA har också stöd i tidigare forskning, dock mestadels från tvärsnittsstudier och studier som gäller hela arbetsmarknaden^{2, 54, 65, 98}, dvs. inte specifikt för privatanställda tjänstemän. Att det finns större könsskillnader i risk för sjukskrivning än det finns i risk för att ett sjukskrivningsfall blir >90 bruttodagar har även visats i statistik från Försäkringskassan gällande hela arbetsmarknaden⁹².

Vid justering för övriga faktorer fann vi inga könsskillnader i risk att i framtiden nybeviljas SA. Däremot fann vi en något högre risk för att ett nystartat sjukskrivningsfall >14 bruttodagar skulle bli >90 bruttodagar bland män. Detta innebär att en del av kvinnors tidigare noterade högre risk för långa sjukskrivningsfall liksom för SA, både bland privatanställda tjänstemän² och i allmänhet^{8, 54} kan bero mer på skillnader i risk för sjukskrivning, än risk för att sjukskrivningsfall blir långa eller övergår i SA.

Försäkringskassan kom i en kartläggning av könsskillnader i sjukskrivning fram till att dessa enbart delvis kan förklaras av yrke, inkomst och arbetsmiljö⁹⁹. Generellt kännetecknas den svenska arbetsmarknaden av att vara starkt könssegrerad; de flesta yrken är antingen numerärt kvinno- eller

mandominerade, antalet yrken som är könsintegrerade (40-60 % kvinnor) är få, liksom antal personer inom sådana yrken¹⁰⁰⁻¹⁰³. Ännu har få studier fokuserat på samband mellan detta och sjukskrivning och SA. De som gjorts visar vanligen att kvinnor i numerärt mandominerade yrken har en högre risk för sjukskrivning och SA, men samma effekt har inte funnits lika entydigt för män i kvinnodominerade yrken^{100, 102, 104-107}. Detta har ännu inte studerats specifikt för privatanställda tjänstemän.

I analyserna i detta projekt finns inte information om faktiskt sjuklighet. De flesta personer med olika typer av sjuklighet eller skador är inte sjukskrivna pga. av dem¹⁰⁸. Sjukdomen eller skadan påverkar inte personens funktion så att detta har betydelse för deras arbetsförmåga gällande de krav som ställs i deras arbete, till den grad att de behöver vara sjukskrivna eller ha SA^{108, 109}. Detta betyder att sjukfrånvaro inte är ett bra mått på sjuklighet bland anställda, däremot ett bra mått på sociala konsekvenser av sjukdom eller skada, i form av nedsatt arbetsförmåga^{12, 13, 108}. Mer kunskap behövs om hur möjligheterna för privatanställda tjänstemän som har olika typer av sjukdomar ser ut för att kunna arbeta kvar och om hur deras sjukfrånvaro och SA utvecklas, både i den diagnos som deras sjukdom/ar eller skada handlar om och i andra sjukskrivningsdiagnoser.

Sammanfattningsvis har denna rapport sammanställt resultat från ett projekt om sjukfrånvaro bland de 1,3 miljoner privatanställda tjänstemän som bodde i Sverige hela 2012 och som följts t.o.m. år 2018. Resultaten visade att de allra flesta (70 %) inte hade något sjukskrivningsfall som var längre än 14 dagar någon gång under perioden 2012 - 2018. Dock skedde en viss ökning i andel personer med minst ett sådant sjukskrivningsfall/år, liksom av medelantalet sjukskrivningsdagar per sjukskriven person. De främsta riskfaktorerna för att inte vara i förvärvsarbete år 2018 respektive för att ha en nybeviljad SA var längre sjukskrivning år 2012 (risken ökade med antal sådana dagar och var högst för dem som var sjukskrivna på heltid hela 2012, men även de som 'bara' hade 3,75->15 dagar år 2012 hade högre risk än de som inte hade någon sjukskrivning under 2012), högre ålder och lägre inkomst. Typ av sjukskrivningsdiagnos hade starkast samband med att ett nytt sjukskrivningsfall blev längre än 90 dagar. Dock hade inte sjukskrivning i specifika diagnoser år 2012 starkt samband med att senare ha beviljats SA, när sociodemografiska faktorer och antal sjukskrivningsdagar 2012 justerats för. Detta innebär att sambandet mellan specifika sjukskrivningsdiagnoser, sjukskrivning >90 dagar och SA behöver studeras i mer detalj för att få kunskap om hur sambanden faktiskt relaterar till varandra. En större andel kvinnor än män hade minst ett nytt sjukskrivningsfall, däremot var antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person mycket likartat mellan könen.

Tabell- och figurförteckning

Lista över tabeller

Tabell 1: Beskrivning av 2012 års kohort av privatanställda tjänstemän.....	16
Tabell 2: Antal och andel (%) med olika situation år 2018, av samtliga personer i 2012 års kohort som då var 18-67 år.....	18
Tabell 3: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för respektive arbetsmarknadssituation år 2018, för 2012 års kohort som var 18-64 år 2012	22
Tabell 4: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för att beviljas ny sjuk- och aktivitetsersättning (SA) under 2013-2018, bland de som inte hade SA år 2012 (n=1 132 202); för alla samt uppdelat på kvinnor och män	34
Tabell 5: Antal och andel (%) personer inom var och ett av de fem klustren av sekvenser av sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)	48
Tabell 6: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för att tillhöra respektive kluster av sekvenser av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) jämfört med de i kluster 1) 'Ingen eller låg sjukskrivning'	52
Tabell 7: Antal och andel (%) av de 13 881 nystartade sjukskrivningsfall som blev >14 dagar i april 2012 eller april 2013 som blev >90 bruttodagar långa, för alla och uppdelat på kvinnor och män .	55
Tabell 8: Ojusterade och justerade oddskvoter (OK) med 95 % konfidensintervall (KI) för att ett nytt sjukskrivningsfall blev >90 bruttodagar långt, för alla samt uppdelat på fall bland kvinnor och män	58
Tabell 9: Beskrivning av 2018 års kohort av privatanställda tjänstemän.....	60
Tabell 10: Antal och andel (%) personer med sjukskrivning (SS) under 2018, samt medelantal sjukskrivningsdagar under år 2018 i 2018 års kohort, och motsvarande information för år 2012 för 2012 års kohort.....	61
Tabell 11: Antal och andel (%) personer med sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) under 2018, samt medelantal SA-dagar under 2018 i 2018 års kohort och motsvarande information för 2012 i 2012 års kohort (endast personer <65 år inkluderade).....	62

Lista över figurer

Figur 1: Andel (%) personer i respektive huvudsakliga arbetsmarknadssituation år 2018 för dem i 2012 års kohort som 2012 var 18-64 år (n=1 263 423), för alla respektive för de som hade någon sjukskrivning 2012	19
Figur 2: Andel (%) kvinnor och män med minst ett sjukskrivningsfall >14 bruttodagar under varje år	24
Figur 3: Andel (%) kvinnor och män med minst ett sjukskrivningsfall >14 bruttodagar varje år, bland de som hade minst ett sjukskrivningsfall år 2012	25
Figur 4: Medelantal sjukskrivningsdagar per person och år, för alla samt uppdelat på kvinnor och män	25
Figur 5: Medelantal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person och år, för alla samt uppdelat på kvinnor och män.....	26
Figur 6: Medianantal sjukskrivningsdagar per person med sjukskrivning och år, för alla och uppdelat på kvinnor och män.....	26
Figur 7: Medelantal sjukskrivningsdagar per person och år i psykiska respektive i somatiska sjukskrivningsdiagnoser, bland kvinnor respektive män.....	27
Figur 8: Andel (%) personer med någon sjukskrivning år 2012, uppdelat på sjukskrivningsdiagnos. .	28
Figur 9: Medelantal SA-dagar (grönt) samt sjukskrivningsdagar (blått) (SS) i respektive diagnosgrupp per person och år, för kvinnor respektive för män i 2012 års kohort	29
Figur 10: Medelantal sjukskrivningsdagar per år i respektive diagnosgrupp per person med sjukskrivning, för kvinnor respektive för män	31

Figur 11: Andel (%) med ny sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) åren 2013-2018, bland kvinnor respektive bland män.....	32
Figur 12: Medelantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person och år	36
Figur 13: Medelantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person med SA och år	36
Figur 14: Medianantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) per person som hade SA respektive år	37
Figur 15: Medelantal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (SA) i olika diagnosgrupper per person med SA och år	38
Figur 16: Densitetsplott, andel kvinnor och män i varje status av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) under varje år.....	40
Figur 17: De fem vanligaste sekvenserna av årlig status av sjukskrivning (SS) och sjuk- och aktivitetsersättning (SA), bland kvinnor respektive män	41
Figur 18: 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 kohorten.....	42
Figur 19: Densitetsplott; andel personer i respektive status av sjukskrivning (SS) eller sjuk- och aktivitetsersättning (SA) vid varje tidpunkt i de fem olika klustren av personer med liknande sekvenser	43
Figur 20: De fem vanligaste sekvenserna av årlig status av sjukskrivning (SS) samt sjuk- och aktivitetsersättning (SA) inom var och ett av de fem klustren av personer med liknande sekvenser	45
Figur 21: Andel (%) av 13 881 nya sjukskrivningsfall som blev >90 bruttodagar	54

Referenser

1. Farrants K, Alexanderson K. *Sammanfattning av resultat från ett projekt om sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän, 2012-2018*. 2022. Stockholm: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
2. Farrants K, Sondén A, Nilsson K, Alexanderson K. *Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän*. 2018. Stockholm: Karolinska Institutet.
3. Farrants K, Sondén A, Nilsson K, Alexanderson K. *Sammanfattning 2017 av rapport om Sjukfrånvaro bland privatanställda tjänstemän 2018*. Stockholm: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
4. *Regionala indelningar i Sverige den 1 januari 2003. Del 1. MIS (Meddelande i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik) 2003:1*. 2003. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
5. *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning - ICD-10-SE. Svensk version 2017*. 2017. Stockholm: Socialstyrelsen och WHO,.
6. Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA), http://www.scb.se/Pages/List_257743.aspx (2012, besökt 10/19 2012).
7. *MiDAS Sjukpenning och rehabiliteringspenning*. 2011. Försäkringskassan.
8. *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. 2003. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
9. *Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17*. Stockholm: Försäkringskassan, 2014.
10. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, et al. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. 2004. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut.
11. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, et al. *Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar*. 2005. Stockholm.
12. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. I: Wijkström F (red.) *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. Stockholm: SparbanksAkademin, 2010, sid.174-195.
13. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur, 2013.
14. Walker R. Social security and welfare. Concepts and comparisons. I: Gladstone D (red.) *Introducing Social Policy*. Milton Keynes: Open University Press, 2011.
15. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria* 1999; 23: 26-31.
16. *Socialförsäkringen i siffror 2019*. Försäkringskassan, 2019.
17. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, et al. *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter: Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2018.
18. *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020*. Stockholm: Försäkringskassan, 2020.
19. *Sjukfrånvaro per bransch och sektor: Statistikbilaga till pressmeddelande, november 2016*. 2016. Försäkringskassan.
20. Lidwall U. Sjukfrånvaro i psykiska sjukdomar – utveckling och orsaker. I: Dadnahal S (red.) *Tankar om arbetsmiljö*. Stockholm: Arena idé, 2017.
21. Vingård E. Arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. I: Dadnahal S (red.) *Tankar om arbetsmiljö*. Stockholm: Arena idé, 2017.
22. *Storlek på arbetsplatsen påverkar sjukfrånvaron mer än driftsform*. Korta analyser 2018:1, 2018. Stockholm: Försäkringskassan.
23. Farrants K, Alexanderson K. Sickness absence among privately employed white-collar workers: a total population study in Sweden. *Scand J Publ Health* 2020; 49: 159-167.
24. Dubois M. *Inte fullt frisk*. 2013. Stockholm: Unionen.
25. Dubois M. *Trampolin eller kvicksand?* Stockholm: Tjänstemännens centralorganisation, 2016.
26. Dubois M, Seldén KL, Orpana L, Hagström U. *Friskt jobbat - allt att vinna! Tjänstemännens arbetsförhållanden 2016*. Stockholm: Tjänstemännens centralorganisation.
27. Sjukstatistik ITP, <https://www.alecta.se/om-alecta/alecta-och-omvarlden/var-statistik/sjukstatistik-itp/> (2022, besökt 10 jan 2022).

28. *Sjukfall inom ITP 2009–2020: Analys av långa sjukskrivningar bland privatanställda tjänstemän inom ITP*. 2021. Stockholm: Alecta.
29. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, et al. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 393-417.
30. Fleten N, Johnsen R, Forde OH. Length of sick leave - why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC public health* 2004; 4: 46.
31. Ericson Sjostrom M, Wallin I, Strandhagen E, Baigi A, et al. GP and patient predictions of sick-listing duration: how well do they correspond? A prospective observational study. *Scand J Prim Health Care* 2014; 32: 73-77.
32. Reiso H, Gulbrandsen P, Brage S. Doctors' prediction of certified sickness absence. *Family practice* 2004; 21: 192-198.
33. Beach J, Benoit M, Rowe BH, Cherry N. Can emergency physicians predict severity and time away from work? *Occup Med* 2012; 62: 648-650.
34. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Lofgren A, et al. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC public health* 2007; 7: 273.
35. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Lofgren A, et al. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC public health* 2010; 10: 752.
36. Letrilliant L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *European Journal of General Practice* 2012; 18: 219-228.
37. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, et al. *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*. 2013. Stockholm: Karolinska Institutet.
38. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. *Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt*. SOU 2010:107, 2012. Stockholm: Socialdepartementet, Sociala rådet.
39. Wahlström R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health* 2004; 32: 222-255.
40. REWHARD: Relations, Work and Health across the lifecourse, A research data infrastructure, su.se/rewhard/.
41. Försäkringskassan. *MiDAS Sjukpenning och rehabiliteringspenning*. 2011. Stockholm: Försäkringskassan.
42. *Dödsorsaksregistret*. 2021. Socialstyrelsen.
43. *Standard för svensk yrkesklassificering 1996*. 1996. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
44. Marklund S, Kjeldgård L, Alexanderson K. *Sjukfrånvaro efter 65 års ålder, underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen*. 2013. SOU 2010:04.
45. *SNI 2007: Svensk Näringsgrensindelning 2007*. 2007. Statistiska Centralbyrån.
46. *International Statistical Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)*. 1993. Genève: WHO.
47. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. *Litteraturöversikt, grå litteratur. Bilaga till förstudierapport SRS*. 2015. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, samt Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
48. 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.
49. 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.
50. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 740-746.
51. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 241-249.
52. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, et al. *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd: underlag för utvärdering*. Rapport 2017, 2017. Stockholm: Karolinska Institutet.
53. Aisenbrey S, Fasang AE. New Life for Old Ideas: The "Second Wave" of Sequence Analysis Bringing the "Course" Back Into the Life Course. *Sociol Methods Res* 2010; 38: 420-462.

54. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. 2011. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
55. Boström M, Hensing G. *Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019*. 2021:02, 2020. Göteborg: Jämställdhetsmyndigheten.
56. Hensing G, Rajagopalan V. *Nordisk forskning om obetalt arbete och familjeliv och samband med sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos. En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019*. 2021:4, 2021. Göteborg: Jämställdhetsmyndigheten.
57. Alexanderson K, Östlin P. *Kvinnors och mäns arbete och hälsa*. I: Marklund S (red.) *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsklydsstyrelsen, 2000.
58. Mastekaasa A, Dale-Olsen H. Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence. *European Sociological Review* 2000; 16: 267-286.
59. Mastekaasa A. The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *Eur J Public Health* 2014; 24: 656-662.
60. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2261-2272.
61. Farrants K, Alexanderson K. *Sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning över fem år i en grupp tjänstemän i handeln*. 2022. Stockholm: Handelsrådet.
62. Ludvigsson JF, Almqvist C, Bonamy AK, Ljung R, et al. Registers of the Swedish total population and their use in medical research. *Eur J Epidemiol* 2016; 31: 125-136.
63. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbom A, Feychting M, et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Publ Health* 2011; 11: 450.
64. Ludvigsson JF, Svedberg P, Olén O, Bruze G, et al. The longitudinal integrated database for health insurance and labour market studies (LISA) and its use in medical research. *European journal of epidemiology* 2019; 34: 423-437.
65. Norberg J, Alexanderson K, Framke E, Rugulies R, et al. Job demands and control and sickness absence, disability pension, and unemployment among 2,194,692 individuals in Sweden. *Scand J Publ Health* 2019; 48: 125-133.
66. Farrants K, Norberg J, Framke E, Rugulies R, et al. Job demands and job control and future labor market situation: an 11-year prospective study of 2.2 million employees. *J Occup Environ Med* 2020; 62: 403-411.
67. Ervasti J, Kausto J, Koskinen A, Pentti J, et al. Labor Market Participation Before and After Long-Term Part-Time Sickness Absence in Finland: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2020; 62: e142-e148.
68. Nordström K, Ekberg K, Hemmingsson T, Johansson G. Sick leave and the impact of job-to-job mobility on the likelihood of remaining on the labour market - a longitudinal Swedish register study. *BMC public health* 2014; 14: 305.
69. Vaez M, Rylander G, Nygren Å, Åsberg M, et al. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007; 42: 381-388.
70. Jansson C, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses and risk of diagnosis-specific disability pension: A nationwide Swedish prospective cohort study. *PAIN* 2013; 154: 933-941.
71. Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, et al. Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. *European journal of public health* 2015; 25: 688-692.
72. Alexanderson K, Kivimäki M, Ferrie JE, Westerlund H, et al. Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 155-159.
73. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Risk factors for disability pension over 11 years in a cohort of young persons initially sick-listed with low back, neck, or shoulder diagnoses. *Scand J Public Health* 2004; 32: 272-278.
74. Kivimäki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of epidemiology and community health* 2007; 61: 915-920.

75. Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, et al. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occupational and Environmental Medicine* 2006; 63: 212-217.
76. Jonsson U, Alexanderson K, Kjeldgård L, Westerlund H, et al. Diagnosis-specific disability pension predicts suicidal behaviour and mortality in young adults: a nationwide prospective cohort study. *BMJ Open* 2013; 3: e002286.
77. Head J, Ferrie JE, Alexanderson K, Westerlund H, et al. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal* 2008; 337
78. Jansson C, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K. Sickness absence because of musculoskeletal diagnoses and risk of all-cause and cause-specific mortality: a nationwide Swedish cohort study. *Pain* 2012; 153
79. Mittendorfer-Rutz E, Kjeldgard L, Runeson B, Perski A, et al. Sickness absence due to specific mental diagnoses and all-cause and cause-specific mortality: a cohort study of 4.9 million inhabitants of Sweden. *PLoS One* 2012; 7
80. Vahtera J, Pentti J, Kivimaki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58
81. Lund T, Kivimaki M, Christensen KB, Labriola M. Socio-economic differences in the association between sickness absence and mortality: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occup Environ Med* 2009; 66: 150-153.
82. Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, et al. Does sickness absence due to psychiatric disorder predict cause-specific mortality? A 16-year follow-up of the GAZEL occupational cohort study. *Am J Epidemiol* 2010; 172: 700-707.
83. Björkenstam C, Alexanderson K, Björkenstam E, Lindholm C, et al. Diagnosis-specific disability pension and risk of all-cause and cause-specific mortality--a cohort study of 4.9 million inhabitants in Sweden. *BMC public health* 2014; 14: 1247.
84. Björkenstam E, Ringbäck Weitoft G, Lindholm C, Björkenstam C, et al. Associations between number of sick-leave days and future all-cause and cause-specific mortality: A population-based cohort study. *BMC Publ Health* 2014; 14: 733.
85. Lidwall U, Olsson-Bohlin C. *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Korta analyser 2017:1*. 2017. Försäkringskassan.
86. Rahman S, Wiberg M, Alexanderson K, Jokinen J, et al. Trajectories of antidepressant medication use in individuals before and after being granted disability pension due to common mental disorders--a nationwide register-based study. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 47.
87. Gémes K, Frumento P, Almondo G, Bottai M, et al. A prediction model for duration of sickness absence due to stress-related disorders. *Journal of affective disorders* 2019; 250: 9-15.
88. *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019, 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
89. *Fler individer fast i långa sjukskrivningar. Korta analyser 2017:2*, 2017. Stockholm: Försäkringskassan.
90. *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-09-24 nr I:1*, 2015. Regeringskansliet: Socialdepartementet.
91. Lidwall U. *Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade* Stockholm: Försäkringskassan 2011.
92. *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad: Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken. Socialförsäkringsrapport 2018:2*, 2018. Försäkringskassan.
93. Nwaru CA, Berglund T, Hensing G. Occupational prestige and sickness absence inequality in employed women and men in Sweden: a registry-based study. *BMJ Open* 2021; 11: e050191.
94. Sverke M, Falkenberg H, Kecklund G, Magnusson Hanson L, et al. *Kvinnors och mäns arbetsvillkor: Betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Kunskapssammanställning 2016:2*, 2016. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
95. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. SOU 2017:47*, 2017. Stockholm.
96. Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, et al. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *Eur J Public Health* 2010; 20: 276-280.

97. Sumanen H, Pietiläinen O, Lahti J, Lahelma E, et al. Interrelationships between education, occupational class and income as determinants of sickness absence among young employees in 2002–2007 and 2008–2013. *BMC public health* 2015; 15: 332.
98. Kvillemo PK, Chen L, Bottai M, Frumento P, et al. Sickness absence and disability pension among women with breast cancer: a population-based cohort study from Sweden. *BMC public health* 2021; 21: 697.
99. Smeby L, Bruusgaard D, Claussen B. Sickness absence: Could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? *Scandinavian Journal of Public Health* 2009; 37: 674-681.
100. Gonäs L, Wikman A, Vaez M, Alexanderson K, et al. Gender segregation of occupations and sustainable employment: A prospective population-based cohort study. *Scand J Public Health* 2018; 47: 348-356.
101. Gonäs L, Wikman A, Vaez M, Alexanderson K, et al. Changes in the gender segregation of occupations in Sweden between 2003 and 2011. *Scand J Publ Health* 2019; 47: 344-347.
102. Gonäs L, Wikman A, Alexanderson K, Gustafsson K. Age, period, and cohort effects for future employment, sickness absence, and disability pension by occupational gender segregation: a population-based study of all employed people in a country (> 3 million). *Can J Publ Health* 2019; 110: 584-594.
103. Den könssegregerade arbetsmarknaden - samband med sjukdom. *Den könsuppdelade arbetsmarknaden*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, 2004, sid.421-432.
104. Alexanderson K. Den könssegregerade arbetsmarknaden - samband med hälsa och sjukdom. I: Gonäs L Lg, Bildt C. (red.) *Könssegregering i arbetslivet*. Solna: Arbetslivsinstitutet, 2001, sid.150-170.
105. Löfström Å. *Den könsuppdelade arbetsmarknaden*. SOU 2004:43, 2004. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
106. Alexanderson K, Leijon M, Åkerlind I, Rydh H, et al. Epidemiology of Sickness Absence in a Swedish County in 1985, 1986 and 1987 A Three Year Longitudinal Study with Focus on Gender, Age and Occupation. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1994; 22: 27-34.
107. Kröger H. The stratifying role of job level for sickness absence and the moderating role of gender and occupational gender composition. *Social science & medicine* 2017; 186: 1-9.
108. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of epidemiology and community health* 2005; 59: 450-454.
109. Björkenstam C, Alexanderson K, Wiberg M, Hillert J, et al. Heterogeneity of sickness absence and disability pension trajectories among individuals with MS. *Multiple sclerosis journal - experimental, translational and clinical* 2015; 1: 2055217315595638.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se

ISBN 978-91-8016-494-8