

Svar på regeringsuppdrag

Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019

Datum: 2019-06-20
Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019
Version 1.0
001573-2019

Innehåll

Centrala begrepp	3
Sammanfattning	6
1. Inledning	9
1.1 Uppdraget.....	9
1.2 Övergripande syfte och mål	9
1.3 Frågeställningar.....	9
1.4 Disposition av resultat och analys.....	11
1.5 Dataunderlag i rapporten.....	11
2. Varför bromsar den minskande sjukfrånvaron in?.....	12
2.1 De viktigaste resultaten	12
2.2 Stabil utveckling av antalet startade sjukfall.....	14
2.3 Sjukfallens varaktighet har i stort varit oförändrat det senaste året	18
2.4 Antalet pågående sjukfall har fortsatt minska men i lägre takt.....	24
3. Varför fortsätter antalet personer med sjukersättning att minska?	31
3.1 De viktigaste resultaten	32
3.2 Både in- och utflödet från sjukersättning har minskat	32
3.3 Antalet nybeviljade sjukersättningar har vänt uppåt.....	34
4. Varför minskar antalet personer med aktivitetsersättning?.....	39
4.1 De viktigaste resultaten	40
4.2 Inflödet till aktivitetsersättning fortsätter minska samtidigt som utflödet ökar.....	41
4.3 Utplaning i antalet nybeviljade aktivitetsersättningar	42
4.4 Fler övergår till ”annat” efter avslutad aktivitetsersättning i samband med 30-årsdagen	46
5. Utmaningar för sjukfrånvarons fortsatta utveckling och åtgärder för ett långsiktigt lågt sjukpenningtal	49
5.1 En fortsatt låg och stabil sjukfrånvaro	49
5.2 Utsatta grupper där behovet av åtgärder fortfarande är stort	55
Referenser	58
Bilaga 1 Utvecklingen sedan 2002.....	60
Bilaga 2 Sjukfallsutvecklingen	66
Bilaga 3 Sjukersättningens utveckling	94
Bilaga 4 Aktivitetsersättningens utveckling	107
Bilaga 5 Sjukfrånvarons variationer – en kunskapsöversikt.....	117

Centrala begrepp

Sjukpenning

En försäkrad vars arbetsförmåga är nedsatt till följd av sjukdom kan få sjukpenning. Sjukpenning kan betalas ut på hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels nivå.

Sjukersättning

Försäkrade som är 30-64 år och har stadigvarande nedsatt arbetsförmåga till följd av funktionsnedsättning eller sjukdom kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukersättning. Ersättningen kan vara inkomstrelaterad, på garantinivå eller en kombination av de två. Från och med 1 februari 2017 kan personer med grava, livslånga och omfattande funktionsnedsättningar och stadigvarande arbetsoförmåga ansöka om hel sjukersättning från och med juli det år de fyller 19 år.

Aktivitetsersättning

Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga kan beviljas dem som är 19-29 år och har nedsatt arbetsförmåga i minst ett år. Ersättningen är alltid tidsbegränsad och kan som längst beviljas för tre år i taget. Ersättningen betalas ut på hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels nivå. Ersättningen kan vara inkomstrelaterad, på garantinivå eller en kombination av de två. Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång kan beviljas ungdomar som på grund av funktionsnedsättning ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- och gymnasienivå. Vid förlängd skolgång ges alltid hel aktivitetsersättning.

Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningsgrunden för arbetsförmågans nedsättning förändras vid fasta tidpunkter. För dag 1-90 bedöms arbetsförmågan mot den försäkrades vanliga arbete. Dag 91-180 omfattar även annat arbete hos arbetsgivaren. Efter dag 180 ska arbetsförmågans nedsättning sättas i relation till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Om det finns särskilda skäl eller anses oskäligt kan bedömningen skjutas upp. Efter dag 365 kan särskilda skäl inte längre tillämpas, men prövningen kan fortfarande skjutas upp om den anses oskälig. För arbetslösa görs bedömningen mot normalt förekommande arbete redan från dag 1 och för egenföretagare görs inte prövningen vid 90 dagar eftersom de inte har någon arbetsgivare.

Diagnos

När vi beskriver diagnos utgår vi från ICD-10-SE (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem) som är den vi använder i våra register. När vi skriver diagnos är det diagnos på treställig nivå vi avser (t.ex. F43, F84 etc.). Vi använder även diagnosavsnitt som är en nivå upp (t.ex. F40-F48) och diagnoskapitel som är ännu mer övergripande (t.ex. F00-F99). Ofta skriver vi ut t.ex. psykiatriska sjukdomar eller rörelseorganens sjukdomar och då avser vi registreringar från hela diagnoskapitlet (F respektive M).

Inflöde

Med inflöde menas de ärenden som genererar en utbetalning från Försäkringskassan. För sjukpenning till exempel är inflöde samma sak som startade sjukfall. Inflödet till sjuk- och aktivitetsersättning innebär att personen påbörjar en ny ersättningsperiod utan att ha en period med samma ersättning i direkt anslutning. Det behöver således inte vara första gången personen är beviljad ersättning (vilket skiljer inflöde/beviljande från nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar).

Startade sjukfall/sjukskrivningar

De startade sjukfallen redovisas på årsbasis. När vi beskriver sjukfall avses de fall där sjukpenning betalas ut av Försäkringskassan. När ett sjukfall blir aktuellt hos Försäkringskassan beror på vilken sysselsättningsstatus individen har och om hen har rätt till sjuklön eller inte. Anställda har en sjuklöneperiod på 14 dagar medan arbetslösa sjukanmäler sig direkt till Försäkringskassan. Sedan 1 januari 2019 dras ett karensavdrag av från sjuklöneperioden, alternativt från sjukpenningen för dem som inte har sjuklön (exempelvis arbetslösa). Egenföretagare har fortfarande karenstid som de väljer själva, det vanligaste är att välja sju dagars karens.

Fallängder (sjukpenning)

När vi redovisar hur långa sjukskrivningarna blir delar vi ofta in dem efter 90, 180 och 365 dagar. I fallängden räknas även karens- och sjuklöneperiod in. Dessa fallängder motsvarar tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. För de allra flesta sjukskrivningarna överensstämmer fallängden med dag i rehabiliteringskedjan, men om en ny sjukskrivning påbörjas när det gått färre än 90 dagar från en tidigare sjukskrivning så påbörjas inte en ny rehabiliteringskedja. Istället ska sjukperioderna läggas samman. Det här berör ungefär tio procent av de startade sjukfallen och den andelen har varit relativt oförändrad sedan införandet.

Avslutade sjukfall/sjukskrivningar

I denna rapport avser avslutade sjukfall att en person inte längre får sjukpenning, oavsett hur sjukfallet avslutades. I rapporten beskriver vi framförallt två typer av avslut; antingen genom ett avslag i pågående sjukfall (tidigare indrag) där alltså Försäkringskassan gör bedömningen att en person inte längre har rätt till sjukpenning, eller att sjukfallet avslutas på annat vis. Det kan till exempel vara att den sjukskrivne friskanmäler sig, inte kommer in med någon ytterligare ansökan om förlängning eller går över till någon annan ersättning (till exempel sjukersättning, föräldrapenning eller ålderspension).

Varaktighet (sjukpenning)

Varaktigheten visar hur långa sjukfallen blir. Det mäts dels genom andelen som uppnår vissa fallängder dels i form av avslutssannolikheter. Avslutssannolikheten representerar sannolikheten att ett sjukfall kommer att avslutas inom tio dagar givet att det uppnått ett visst antal dagar. Ökad avslutssannolikhet betyder att fler sjukfall avslutas.

Ansökningsärenden och initiativärenden (sjukersättning)

Det finns två vägar in till sjukersättning. Försäkringskassan kan initiera ett utbyte av ersättning hos en person som har sjukpenning, här kallat initiativärende, eller så kan en person själv ansöka om sjukersättning, vilket i rapporten refereras till som ansökningsärende.

Rullande 12-månadersvärden

I en stor del av analysen och i bilagor/figurer redovisas mått baserade på rullande 12-månadersvärden. Att detta används beror främst på att det finns en stor säsongvariation i sjukförsäkringarna vilket kan orsaka en förändring mellan två månader som enbart är tillfällig. Därför används mått baserade på de senaste 12 månaderna vilket gör att alla månaders värden är baserade på ett helt år. På så sätt kontrollerar man för eventuell säsongvariation.

Sammanfattning

Sjukfrånvaron i Sverige har över tid kännetecknats av stor variation. För att kunna följa och förstå variationen har Försäkringskassan av regeringen fått i uppdrag att analysera sjukfrånvarons utveckling med fokus på det senaste året samt att bidra med förslag på åtgärder som långsiktigt kan minska sjukpenningtalet. Efter en tidigare nedåtgående trend i sjukfrånvaron, har trenden nu bromsat in och på vissa håll tyder utvecklingen på en vändning uppåt igen. Rapporten avser att redovisa och analysera utvecklingen inom sjukförsäkringens båda delar; sjuk- och rehabiliteringspenningen samt sjuk- och aktivitetsersättningen.

Inom sjukpenningen började sjukfallens varaktighet att minska under 2016 och under hösten 2017 började även antalet startade sjukfall att minska. Denna utveckling fortsatte under första halvåret 2018, men avtog sedan och har därefter varit relativt stabil. Det har lett till att sjukpenningtalet sedan augusti 2018 har legat stabilt kring 9,7 dagar. Samtidigt fortsätter antalet personer som har sjuk- och aktivitetsersättning att minska, till stor del på grund av ett stort utflöde från ersättningarna. Nybeviljandet har däremot planat ut under 2018 inom båda ersättningarna och inom sjukersättningen har det dessutom ökat något under början av 2019.

Sjukfrånvarons minskningstakt har avtagit

Att minskningstakten för sjukfrånvaron har avtagit under 2018 beror på att både antalet startade sjukfall och sjukfallens varaktighet har stabiliserats. Att sjukfrånvaron ändå fortsätter minska beror på att den tidigare nedgången i antalet startade sjukfall och varaktighet fortfarande bidrar till att antalet sjukfall över ett år minskar.

I februari 2019 låg den årliga minskningstakten för antal startade sjukfall för kvinnor på 1,3 procent, vilket motsvarar en minskning med 5 100 sjukfall. Samtidigt skedde en knapp ökning av antalet startade sjukfall för män med 0,3 procent, motsvarande 670 sjukfall. Sammantaget har det bidragit till att antalet sjukfall som startas har minskat marginellt med 0,6 procent och att detta antal har legat relativt stabilt kring 600 000 årligen sedan 2015. En bidragande orsak till den stabila utvecklingen det senaste året kan vara att andelen initiala avslag har slutat öka och låg stabilt kring 3 procent under 2018 och början av 2019. För män ökade antalet startade sjukfall främst i åldrarna upp till 39 år samt inom skador och psykiatriska diagnoser. Även för kvinnor startade fler sjukfall inom skador och psykiatriska diagnoser, men främst i åldersgruppen 30-39. Att kvinnors sjukfall minskar totalt sett beror på en fortsatt stadig minskning inom sjukdomar i rörelseorganen.

Samtidigt som antalet startade sjukfall ökade marginellt under 2018, var utvecklingen av sjukfallens varaktighet relativt stabil. Det gäller både andelen sjukfall som passerade 90, 180 respektive 365 dagar samt andelen som fick avslag i pågående sjukfall (cirka 5,5 procent), vilket har bidragit till att sjukfrånvarons minskningstakt har avtagit. Samtidigt har utvecklingen varit mindre stabil på andra

håll. Exempelvis minskade sannolikheten för avslut vid dag 181 i rehabiliteringskedjan, i synnerhet för män, där denna var lägre under 2018 än under både 2016 och 2017. Det tycks ha skett en förflyttning av avsluten då främst avslagen ser ut att istället göras strax efter att 180-dagarsgränsen har passerats. Även andelen sjukfall som varje månad passerade två år minskade under 2018. Det var 600 färre sjukfall under 2018 som varje månad passerade två år jämfört med 2017, en minskning med 24 procent.

Trots en stabil utveckling av både antalet startade sjukfall och sjukfallens varaktighet, har antalet pågående sjukfall fortsatt minska för både kvinnor och män, men i en lägre takt. Under 2018 pågick i genomsnitt 4 400 färre sjukfall varje månad för kvinnor och 1 500 färre sjukfall för män (vilket motsvarar 4 respektive 2 procent). En förklaring är att den tidigare minskningen av såväl antal startade sjukfall som varaktigheten hos dessa fortfarande påverkar antalet pågående sjukfall. Fördröjningen av denna effekt är orsaken både till att sjukfallen mellan ett och två år fortfarande minskar och att allt färre sjukfall passerar två år.

Antalet personer med sjukersättning fortsätter att minska

Den främsta orsaken till att antalet personer med sjukersättning fortsätter minska är att förändringar i regelverk och styrning från tidigare perioder fortfarande påverkar utvecklingen. Eftersom många fortfarande har sjukersättning enligt den tidigare, vidare lagstiftningen är det fortfarande fler som varje år övergår till ålderspension än som nybeviljas ersättningen enligt regelverket från 2008. Sedan 2015 har Försäkringskassan dessutom vidtagit ett antal åtgärder för att öka kvaliteten i utredningarna i relation till lagstiftningen från 2008. Det har bidragit till en ytterligare minskning i antalet personer som nybeviljas sjukersättning, vilket i sin tur lett till att antalet personer med sjukersättning har minskat.

Försäkringskassans kvalitetshöjande arbete bidrog till en stor ökning av avslag efter 2015. Under 2018 ledde 70 procent av de initiala ansökningarna om sjukersättning till avslag jämfört med 50 procent under 2015. Ökningen av avslag förde nybeviljandet till historiskt låga nivåer på 5 500 under 2018. I början av 2019 vände dock nybeviljandet uppåt igen och i mars låg det årliga nybeviljandet på 330 fler personer än ett år tidigare, en ökning med 6 procent. Ökningen var störst för kvinnor, vars nybeviljande ökade med 9 procent, medan nybeviljandet för män först i mars vände uppåt med en årlig ökningstakt på 3 procent. Vidare skedde ökningen främst för personer med pågående sjukfall som själva ansökt om och beviljats sjukersättning.

En trolig bidragande orsak till den senaste ökningen av nybeviljade sjukersättningar är att den bortre tidsgränsen inom sjukpenningen togs bort 2016. Många av de långa sjukfallen har nu hunnit pågå tillräckligt länge för att alla behandlings- och rehabiliteringsmöjligheter kan anses vara uttömda. Nybeviljandet är dock fortfarande historiskt lågt. Det kvarstår att se om uppgången är tillfällig och om nybeviljandet kommer fortsätta på den nuvarande låga nivån.

Fortsatt minskning av antalet personer som har aktivitetsersättning

En viktig förklaring till att antalet personer som har aktivitetsersättning fortsätter att minska är den tidigare ökningen av antalet personer som beviljades ersättningen; något som nu medför en ökning av antalet med ersättning som fyller 30 år och inte längre har rätt till förmånen. En andra förklaring till att antalet personer med aktivitetsersättning minskar är att nybeviljandet har fortsatt att minska på årsnivå. Troligen är det minskande nybeviljandet en effekt av Försäkringskassans kvalitetshöjande åtgärder inom handläggningen som har pågått sedan 2016, då interna uppföljningar fann brister i utredningarna av rätten till ersättning. Kombinationen av den tidigare ökningen i antalet personer som beviljades aktivitetsersättning och att nybeviljandet därefter minskat markant innebär också en ökning av personer som tidigare fått aktivitetsersättning men inte beviljas en ny period.

Av dem som nu lämnar aktivitetsersättningen går något fler till sjukersättning än för två år sedan. Det beror på att det i början av 2017 blev möjligt att beviljas hel sjukersättning även innan man fyller 30 år. Den stora ökningen i antal personer som lämnar försäkringen sker dock inte till andra ersättningar inom sjukförsäkringen. Om det innebär att dessa personer i stället studerar eller arbetar är det en positiv utveckling. Det är dock viktigt att de får det stöd de behöver när de övergår till annan försörjning.

Även nybeviljandet – vilket till skillnad från beviljandet bara mäter de som aldrig tidigare haft ersättningen – har fortsatt att minska för både kvinnor och män; från totalt 6 000 för ett år sedan till 5 700 nybeviljanden under det senaste året. Sedan oktober 2018 har dock nybeviljandet för aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga planat ut totalt, och till och med ökat något i början av 2019. Utplaningen är en direkt effekt av att även avslagsfrekvensen stabiliserats och legat kring 40 procent sedan juni 2018.

Förutsättningar för en fortsatt låg och stabil sjukfrånvaro

Inom sjukförsäkringens båda delar, sjuk- och rehabiliteringspenningen samt sjuk- och aktivitetsersättningen, framträder en utplaning på lägre nivåer än för tre år sedan. Det återstår dock att se om sjukfrånvaro kommer att fortsätta utvecklas stabilt framöver. En förutsättning för det är att det även finns en stabilitet i både regelverk och styrning av sjukförsäkringen. Dessa faktorer påverkar dock inte de bakomliggande orsakerna till sjukfrånvaro. I takt med förändringarna på arbetsmarknaden har den fysiska arbetsmiljön fått mindre betydelse jämfört med den psykosociala. Det finns också folkhälsorelaterade tendenser, såsom ökad övervikt och fetma och ökad rapportering av sömnproblem, som långsiktigt riskerar att leda till fler sjukskrivningar. Psykisk ohälsa har fått en allt större betydelse för förändringar i sjukfrånvaro och det drabbar i högre utsträckning yngre åldersgrupper. Det finns således flera samhällsfaktorer som kan ligga bakom sjukfrånvarons utveckling. För att sjukfrånvaron ska fortsätta utvecklas stabilt framöver har samtliga aktörer i sjukskrivningsprocessen ett ansvar att förebygga ohälsa och förstärka möjligheterna till återgång i arbete.

1. Inledning

1.1 Uppdraget

Försäkringskassan har sedan 2013 fått i uppdrag att beskriva och analysera sjukfrånvarons utveckling. Uppföljning och analys av sjukfrånvarons utveckling är något som efterfrågas bland beslutsfattare, forskare, Försäkringskassan och allmänheten. Uppdraget lyder:

Försäkringskassan ska följa upp och analysera sjukfrånvarons utveckling för kvinnor respektive män. I uppföljningen ingår sjukfallens utveckling liksom utvecklingen av sjuk- och aktivitetsersättning. Försäkringskassan ska även föreslå ytterligare åtgärder för att långsiktigt minska sjukpenningtalet. Arbetsförmedlingen ska bistå Försäkringskassan med relevant statistik.

1.2 Övergripande syfte och mål

Syftet med uppdraget är att följa upp och analysera sjukfrånvarons utveckling över tid med fokus på det senaste året. Genom att regelbundet producera djupare, men ändå övergripande analyser av sjukfrånvaron kan vi bistå vår uppdragsgivare med viktiga beslutsunderlag. Sjukfrånvaron har varierat kraftigt över tid och det är nödvändigt att noggrant följa utvecklingen och sätta den i en historisk kontext för att försöka förstå vilka mekanismer som kan påverka uppgångar och nedgångar. Målet med analysen är således att bidra till ökad förståelse för regering, riksdag, myndighetsledning och andra beslutsfattare för hur sjukfrånvaron utvecklas och varför.

1.3 Frågeställningar

Uppföljningen av sjukfrånvaron ska både ge en övergripande beskrivning av den senaste utvecklingen inom sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning samtidigt som det finns utrymme för fördjupningar. Följande frågeställningar har formulerats med utgångspunkt i uppdraget och med fokus på vad vi ser som de viktigaste trenderna för sjukfrånvarons utveckling.

Vilka är de viktigaste trenderna i sjukfallsutvecklingen under 2018?

Efter en tidigare uppgång med både ett högt inflöde och längre sjukfall vände utvecklingen under 2016. Efter att sjukfallens varaktighet började minska under 2016 såg vi även ett minskat inflöde av nya sjukfall under hösten 2017. Under 2018 har både varaktighet och inflöde fortsatt att minska något, men med en tydligt dämpad minskningstakt. Under andra halvåret 2018 finns dessutom indikationer på en ökning av inflödet. Sedan augusti har sjukpenningtalet legat stabilt på 9,7. För att följa upp denna utveckling har följande deskriptiva delfrågeställningar identifierats:

Hur utvecklas startade sjukfall? Hur många sjukfall som startas har varierat över tid och efter en lång period då antalet startade sjukfall ökat vände utvecklingen nedåt under 2017. Den senaste utvecklingen är osäker men visar tendenser till att återigen öka. Med anledning av detta analyseras utvecklingen av antalet startade sjukfall. Hur

fördelar sig dessa över åldersgrupper, kön, diagnos, arbetsmarknadsstatus, utbildning med mera?

Hur utvecklas de pågående sjukfallen? Sedan 2016 har sjukfallens varaktighet minskat under de två första sjukskrivningsåren medan antalet långa sjukfall har ökat. Det finns nu indikationer på att varaktigheten det första sjukskrivningsåret inte längre minskar. De långa sjukfallen förväntas dock börja minska som en följd av den tidigare minskningen av både varaktighet och antalet startade sjukfall. Hur ser den senaste utvecklingen av olika falllängder ut generellt och hur fördelar de sig över diagnosgrupper? Finns det skillnader utifrån individfaktorer såsom kön, ålder, utbildning?

Vad beror inbromsningen av den minskande sjukfrånvaron på?

Under andra halvåret 2018 såg vi en ökad regional spridning i sjukpenningtalet och under oktober och november ökade sjukpenningtalet i flera län. Det är ännu för tidigt att säkert uttala sig om utvecklingen det senaste halvåret och vad tendenserna till ett ökat inflöde innebär framöver. Handlar det om en faktisk uppgång och är den i så fall bestående? Mer information om vad inbromsningen beror på är en förutsättning för att kunna rikta insatser så att målet om en låg och stabil sjukfrånvaro kan nås. Finns det exempelvis vissa län som driver utvecklingen?

Varför fortsätter antal personer med sjukersättning att minska?

Under 2017 uppvisade antalet nybeviljade sjukersättningar historiskt låga nivåer och har sedan dess fortsatt att minska. Utvecklingen de senaste månaderna tyder dock på en stabilisering av antalet personer som nybeviljas sjukersättning. Hur ser förändringen i sammansättningen hos de individer som nybeviljas sjukersättning ut? Skiljer sig utvecklingen åt mellan olika län?

Varför minskar antal personer med aktivitetsersättning?

De senaste åren har antalet personer med aktivitetsersättning minskat snabbt. Det senaste två åren har det årliga nybeviljandet minskat med 32 procent, från 8 122 under 2016 till 5 055 under 2018. Samtidigt har utflödet ökat, men medan det minskade utflödet till sjukersättning möts av en ökning i utflödet till sjukpenning i särskilda fall, har andelen som inte övergår till någon av dessa ersättningar ökat. Ett av Försäkringskassans mål är att ”rehabiliteringsbehovet för unga med aktivitetsersättning identifieras och vid behov kartläggs i samverkan med Arbetsförmedlingen i ökad utsträckning”. Det är därför viktigt att följa dessa individer. Hur ser sammansättningen i in- och utflöde ut och har det förändrats över tid? Finns det regionala skillnader i den utveckling vi sett?

Vilka åtgärder kan långsiktigt minska sjukpenningtalet?

Ett tillägg i årets uppdrag i regleringsbrevet är att föreslå åtgärder som långsiktigt kan minska sjukpenningtalet. För att svara på denna frågeställning diskuteras potentiella åtgärder utifrån olika aktörers möjlighet att förebygga ohälsa och att förstärka möjligheterna till återgång i arbete.

1.4 Disposition av resultat och analys

För att svara på frågeställningarna består rapporten dels av tre resultatkapitel 2-4 som svarar på var sin frågeställning kring vad som drivit den senaste utvecklingen, det vill säga frågeställning 2-4. Därefter, i kapitel 5, diskuteras dels åtgärder som långsiktigt kan bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro, dels utsatta grupper där det kan finnas behov av särskilda åtgärder. Därutöver finns flera bilagor för den som vill fördjupa sig. Bilaga 1 beskriver den övergripande utvecklingen av sjukfrånvaron från 2002 och framåt. Bilaga 2-4 svarar på den första mer deskriptiva frågeställningen kring de olika ersättningarna. Här beskrivs utvecklingen av sjukpenning, sjukersättning respektive aktivitetsersättning mer i detalj för fler grupper såsom diagnos- och åldersgrupper. Slutligen innehåller bilaga 5 en kunskapsöversikt över vad vi utifrån befintlig forskning vet om vilka faktorer som driver variationer i sjukfrånvaron.

1.5 Dataunderlag i rapporten

Rapporten bygger med ett fåtal undantag på data från Försäkringskassans egna register. Vi eftersträvar att ha med så aktuella siffror som möjligt i rapporten, men tillgången till data kan skilja sig åt beroende på förmån och mått. Det gör att tidsserierna i figurerna inte alltid är lika långa. Sjukpenning- och ohälsotalet redovisas till och med mars 2019 (bilaga 1). Samma gäller figurerna som rör sjuk- och aktivitetsersättning (kapitel 4 och 5 samt bilaga 3 och 4) med undantag för avslag som redovisas årsvis till och med 2018.

De flesta figurer som rör sjukfallsutvecklingen (kapitel 3 och bilaga 2) sträcker sig till och med februari 2019. Det finns vissa undantag, bland annat för avslag som redovisas till och med mars 2019, och antal startade sjukfall uppdelat på sysselsättning som redovisas till och med oktober 2018. Det senare på grund av en rättning av arbetslösa i datalagret MiDAS som medförde att vi inte kunde använda vår skattningsmodell som kompenserar för eftersläpningen av data. Rättningen kommer av att framförallt föräldralediga, sedan våren 2017, felklassats som arbetslösa när de ansökt om sjukpenning via Försäkringskassans e-tjänst. Det pågår även ett utvecklingsarbete för att ta fram statistik på avslag i pågående sjukfall. Till den här rapporten används samma definition som i Försäkringskassans årsredovisning för 2018.

2. Varför bromsar den minskande sjukfrånvaron in?

Mellan 2010 och 2015 ökade sjukfrånvaron i Sverige. I september 2015 lanserade regeringen ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Därefter vände utvecklingen och under 2016 började varaktigheten hos de pågående sjukfallen att sjunka. Året därpå sjönk även antalet startade sjukfall. Under 2018 har dock minskningstakten bromsat in och sjukfrånvaron ser ut att stabiliseras. Detta kapitel syftar till att få en bättre bild av varför denna inbromsning skett.

Sjukfrånvaron påverkas av flera faktorer i samhället. Förutom regeländringar, ny rättspraxis och förändrad styrning av Försäkringskassan påverkas utvecklingen även av förändringar på arbetsmarknaden och i arbetslivet där exempelvis ökad psykosocial arbetsmiljöbelastning kan bidra till ökad sjukfrånvaro. Men även hälso- och sjukvårdens kapacitet och förmåga att behandla sjukdomar samt inställningen till sjukskrivningar, hos både individer och aktörerna i sjukskrivningsprocessen, påverkar sjukfrånvarons utveckling.

I detta kapitel ligger fokus på att analysera den senaste tidens inbromsning av det tidigare minskande antalet personer med sjukpenning. För att förstå även tidigare års utveckling hänvisas dels till bilaga 1 som övergripande beskriver utvecklingen från 2002 och framåt, dels till bilaga 2 där utvecklingen redovisas mer i detalj.

Analysen är indelad i tre delar.

- Först följer vi *antalet startade sjukfall* (inflödet) vilket till viss del påverkas av andelen av de initiala ansökningarna om sjukpenning som leder till avslag.
- När ett sjukfall väl har startat påverkas sjukfrånvaron av *hur länge dessa sjukfall pågår* (varaktigheten). Detta mäts dels genom att följa andelen sjukfall som uppnår olika fallängder, dels genom att undersöka avslutssannolikheten vid olika tidpunkter i sjukfallet. När ett sjukfall avslutas beror i de flesta fall på att personen inte längre ansöker om sjukpenning, men i vissa fall är det Försäkringskassan som avslår den försäkrades ansökan om fortsatt sjukpenning. När i sjukfallet avslagen sker påverkas i sig även av om Försäkringskassan gör nya bedömningar i tid enligt rehabiliteringskedjan.
- Till sist analyseras utvecklingen av *antalet pågående sjukfall* vilket följer både av hur många sjukfall som startas och hur länge dessa pågår, men med en viss fördröjning för längre sjukfall. Exempelvis minskar nu antalet pågående sjukfall mellan ett och två år som en följd av tidigare års minskning av både inflöde och varaktighet.

2.1 De viktigaste resultaten

- Under 2018 och början av 2019 har antalet startade sjukfall utvecklats stabilt. För män har det skett en marginell ökning medan kvinnor har startat något färre antal sjukfall. Samtidigt har andelen initiala avslag slutat öka och legat stabilt kring 3 procent under 2018. Män fick avslag i lägre grad än kvinnor, vilket kan ha bidragit till att ökningen av antalet startade sjukfall för män. Det handlar dock om

en relativt liten andel som får avslag vilket gör att den potentiella effekten bör vara begränsad. Hur många sjukfall som startas beror i huvudsak på yttre faktorer som Försäkringskassan inte påverkar.

- Mäns ökning av antalet startade sjukfall gäller främst i åldrarna upp till 39 år och inom psykiatriska diagnoser och skador. För kvinnor är det främst i åldern 30-39 som fler sjukfall har startats det senaste året. Kvinnors ökning gäller främst skador, men i viss grad även psykiatriska diagnoser. Att kvinnors sjukfall inte ökat totalt sett beror på att det skett en fortsatt stadig minskning inom sjukdomar i rörelseorganen, medan motsvarande minskningstakt för män har bromsat in.
- Andelen sjukfall som passerar olika fallängder har utvecklats stabilt under 2018. Undantaget är andelen som passerar två år vilket har fortsatt minska. Även andelen avslag vid pågående sjukfall låg stabilt kring 5,5 procent under 2018. Däremot har andelen sjukfall som avslutas vid dag 181 i rehabiliteringskedjan minskat. Det gäller i synnerhet för män, där denna andel nu är lägre än under både 2016 och 2017. Fler sjukfall tycks istället avslutas strax efter dag 181 vilket tyder på en förskjutning i handläggningen som särskilt gäller avslag.
- Den stabila avslagsandelen tyder på att Försäkringskassans bedömning mot normalt förekommande arbete inte har förändrats, men avslagens förskjutning talar för att bedömningen istället sker något senare i sjukfallet. Förskjutningen skulle kunna bero på att det sedan januari 2018 finns en utökad möjlighet att bevilja sjukpenning interimistiskt i pågående sjukfall. Det innebär att sjukpenning normalt kan betalas ut under tid för utredning och fram till slutligt beslut fattas.
- Trots en stabil utveckling av både antalet startade sjukfall och varaktigheten hos de sjukfall som startats har antalet pågående sjukfall fortsatt minska, dock i en betydligt lägre takt under 2018. Den fortsatta nedgången beror åtminstone delvis på att den tidigare minskningen i inflöde och varaktighet fortfarande påverkar antalet sjukfall som nu pågår. Fördröjningen i inflödets och varaktighetens effekt på antalet pågående sjukfall i längre fallängder är troligtvis orsaken till att antalet sjukfall mellan ett och två år fortfarande minskar och allt färre sjukfall passerar två år.
- Inbromsningen av minskningstakten för antalet pågående sjukfall beror istället dels på att antalet sjukfall som startas har planat ut vilket har en direkt effekt på antalet kortare sjukfall upp till 90 dagar. Samtidigt har antalet sjukfall upp till ett år minskat i en lägre takt än tidigare. Om både antalet startade sjukfall och varaktigheten hos dessa fortsätter att utvecklas stabilt kommer även det totala antalet pågående sjukfall att stabiliseras. Enligt den senaste utgiftsprognosen kommer en utplaning att ske under 2019 på grund av den sammanlagda effekten av något fler kortare sjukfall under ett år, en stabilisering av antalet sjukfall mellan ett och två år och en minskning av antalet sjukfall över två år.

- Sammantaget det senaste året finns en större variation i sjukfallens utveckling mellan olika grupper och län än under 2017 då sjukfrånvaron minskade mer generellt. Denna variation bidrar i sig till inbromsningen. Vi ser också att där sjukfrånvaron fortfarande minskade under 2018, skedde det ofta i en lägre takt än tidigare.

2.2 Stabil utveckling av antalet startade sjukfall

Hur många sjukfall som startas beror både på hur många som ansöker om sjukpenning och hur många av dessa som får avslag på sin ansökan. I följande avsnitt beskrivs först andelen som får avslag vid en initial ansökan om sjukpenning. Därefter analyseras utvecklingen av antalet startade sjukfall för kvinnor och män samt för ytterligare grupper av sjukskrivna där det kan ha påverkat utvecklingen.

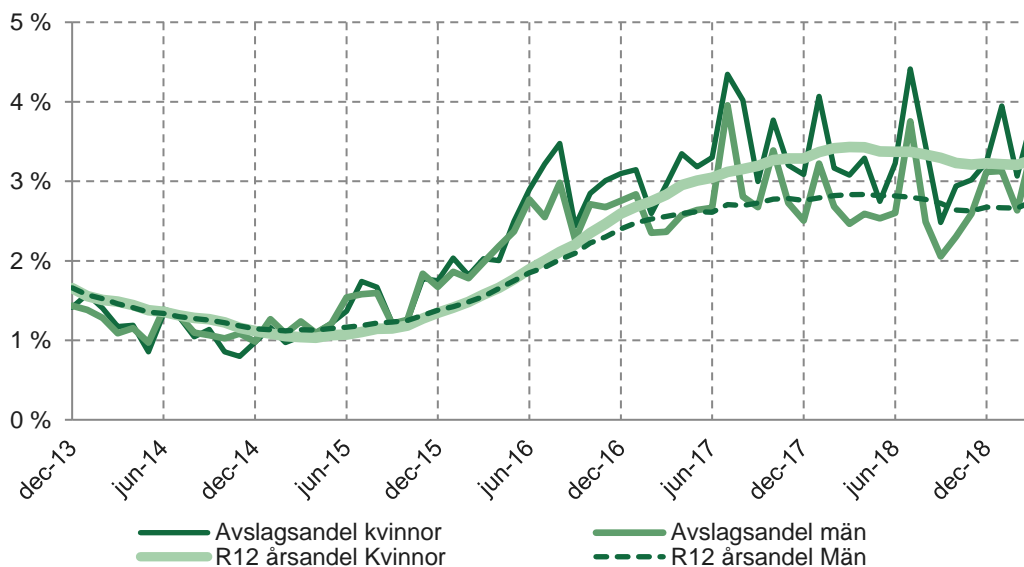
2.2.1 Andelen initiala avslag har stabiliserats kring tre procent

Sedan 2017 har andelen initiala avslag rört sig kring 3 procent årsvis. I mars 2019 låg den årliga andelen avslag vid en initial ansökan om sjukpenning marginellt lägre än åren innan, 3,1 procent jämfört med 3,2 procent. Det framgår av Figur 1 där avslagsfrekvensen för kvinnor och män redovisas. Eftersom variationen är stor från månad till månad redovisas andelen avslag både per enskild månad och för den senaste 12-månadersperioden.

Totalt sett fick 11 600 kvinnor och 5 500 män avslag det senaste året¹, vilket är fler än året innan. Men eftersom antalet ansökningar också var fler motsvarar de en marginellt lägre andel av alla ansökningar. Medan kvinnor fick 3,3 procent initiala avslag hade män en avslagsfrekvens på 2,7 procent. Efter att den årliga avslagsandelen tidigare ökat låg den i april 2018 som högst på 3,4 procent för kvinnor och 2,8 procent för män, därefter har det alltså vänt svagt nedåt. Dock kvarstår den könsskillnad som uppstod under 2016.

¹ Representerar inte unika individer utan samma person kan ha fått flera avslag.

Figur 1 Andelen avslag vid den initiala ansökan* för kvinnor och män per månad, dec 2013 till mar 2019, samt andelen avslag under senast föregående 12-månadersperiod



*Andelen avslag av alla initiala ansökningar om sjukpenning.

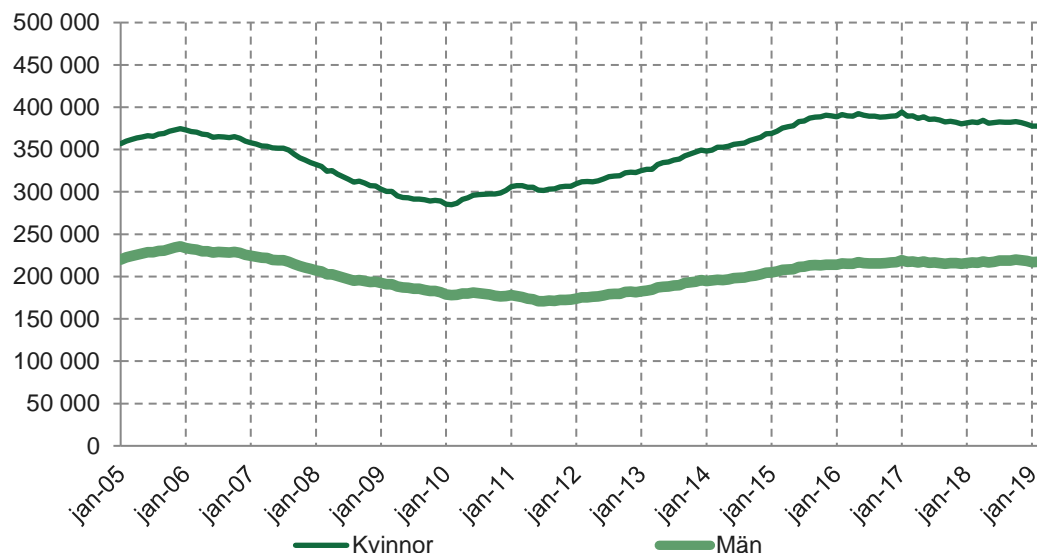
Källa: Försäkringskassans datalager Store

2.2.2 Viss minskning av antalet startade sjukfall för kvinnor - marginell ökning för män

Totalt sett startade 595 000 sjukfall under 12-månadersperioden till och med februari 2019. Det innebär en svag minskning med 0,6 procent jämfört med ett år tidigare. I Figur 2 redovisas utvecklingen över tid för kvinnor och män i form av antalet startade sjukfall under den senaste tolv månadersperioden. Av de startade sjukfallen gällde 378 000 kvinnor och 217 000 män. Kvinnor stod därmed för 63 procent av de startade sjukfallen.

Den svaga minskning som skett för det totala antalet startade sjukfall beror på att kvinnor startade 5 100 färre sjukfall det senaste året, en minskning med 1,3 procent. För kvinnor har antalet startade sjukfall minskat varje år sedan slutet av 2016 följt av en stabil period under hösten 2018 men i februari 2019 visar det återigen på en svag årlig minskning. Män har istället startat något fler sjukfall under 2018 och början av 2019. Under 12-månadersperioden till och med februari 2019 startades knappa 670 fler sjukfall för män, vilket motsvarar en ökning med 0,3 procent jämfört med ett år tidigare. Eftersom kvinnor representerar en större andel av sjukfallen väger deras minskning tyngre och bidrar till den svaga minskning av antalet startade sjukfall som skett det senaste året. Det handlar dock om relativt små förändringar och sett ur ett längre tidsperspektiv har utvecklingen av antalet startade sjukfall varit förhållandevis stabil sedan 2016.

Figur 2 Startade sjukfall jan 2006 – feb 2019 för kvinnor och män*. Rullande 12 månaders summering



* Det finns en fördröjning i registreringen av startade sjukfall. Därför skattas antalet startade sjukfall för de sista månaderna med hjälp av en skattningsmodell. Det innebär att utfallet för dessa månader kan komma att förändras något.

Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

2.2.3 Antalet startade sjukfall ökade i hälften av länen under 2018

Det är till viss del de tre största länen som drivit utvecklingen. Det beror på att de genom sin storlek i högre grad påverkar den totala utvecklingen. I oktober 2018 låg det årliga antalet startade sjukfall i Stockholm 1,2 procent medan det var oförändrat i Västra Götaland under samma period. I Skåne startade det istället 0,2 procent fler sjukfall det senaste året. Även bland övriga län skiljer sig den senaste utvecklingen åt då ungefär hälften hade ett ökat inflöde och hälften ett minskat eller oförändrat (se Figur 31 i bilaga 2). Mer än hälften av alla de län som minskade under 2017 har vänt och ökat under andra halvåret 2018.

2.2.4 Skador och psykiatriska diagnoser har ökat för både kvinnor och män

Under 2018 har sjukfrånvaron med anledning av sjukdomar i rörelseorganen (M00-M99) fortsatt minska, i en stadig takt för kvinnor och i en avtagande takt för män (se Figur 25 i bilaga 2). För kvinnor låg den årliga minskningstakten för dessa diagnoser på 4 procent i februari 2019 och för män på 2 procent. Däremot har antalet sjukfall som startade inom psykiatriska diagnoser (F00-F99) ökat sedan hösten 2018.

Vändningen gäller både kvinnor och män men är tydligare för män, där antalet startade sjukfall ökat med 5 procent jämfört med 1 procent för kvinnor. Även skador (S00-T98) har ökat, med 5 procent för kvinnor och 2 procent för män. Ökningen inom psykiatriska diagnoser och skador har tillsammans med minskningen inom rörelseorganens sjukdomar bidragit till en relativt stabil utveckling av startade sjukfall totalt sett.

2.2.5 Fler sjukfall startas inom psykiatriska diagnoser och bland unga män

Det stabila utvecklingen för män beror främst på en stabil ökning i åldrarna upp till och med 39 år samt i viss utsträckning för de som fyllt 60 (se Figur 26 i bilaga 2). Störst ökning har skett för män under 30 där den årliga ökningstakten var 4 procent i februari 2018. För kvinnor är det enbart i åldern 30-39 som sjukfrånvaron ökat på övergripande nivå det senaste året, med 2 procent. I denna grupp har störst procentuell ökning skett inom skador där 9 procent fler sjukfall startats. Till antalet representerar denna ökning dock färre sjukfall än ökningen inom psykiatriska diagnoser i samma åldersgrupp. Dessa har ökat med 5 procent för kvinnor och 8 procent för män, vilket innebär en total ökning med 2 600 sjukfall. Det är i denna åldersgrupp som många bildar familj med ökade krav på balans mellan arbete och fritid. Hemmavarande barn innebär för många, framförallt kvinnor, dubbelarbete i form av både förvärvsarbete och ansvar för hushållssysslor. Forskning visar att dessa påfrestningar sannolikt bidrar till ökad ohälsa med sjukskrivning som följd, och det oavsett kön.

Även i åldersgruppen under 30 år har fler sjukfall startats inom psykiatriska diagnoser det senaste året. Under 12-månadersperioden till och med oktober 2018² startade 10 procent fler sjukfall för män i denna grupp och 2 procent fler för kvinnor jämfört med ett år tidigare. Totalt handlar det om 1 300 fler sjukfall som startats för unga med psykiatriska diagnoser. En orsak till denna ökning skulle kunna vara att färre beviljas aktivitetsersättning, där psykiatriska diagnoser står för en stor del av nybeviljandet. Men eftersom de flesta som ansöker om aktivitetsersättning inte har arbetat upp en SGI som gör att de kan beviljas sjukpenning, torde det inte vara hela förklaringen.

Antalet startade sjukfall för personer under 30 år med psykiatriska diagnoser har ökat det senaste året i en majoritet av länen, 17 av 21, med upp till 26 procent.³ I två av de största länen, Stockholm och Skåne, låg dock antalet startade sjukfall legat relativt stabilt och i Norrbotten har antalet minskat med 5 procent (se Tabell 1 i bilaga 2).

2.2.6 Fler sjukfall startas för arbetslösa kvinnor och för anställda män

Anställda med sjuklön står för 86 procent av alla startade sjukfall och driver därmed till stor del den totala utvecklingen (se Figur 27 i bilaga 2). Den tidigare minskningen av antalet startade sjukfall drevs dock främst av arbetslösa och anställda *utan* sjuklön. Den senaste tidens inbromsning beror därför till viss del på att minskningstakten till stor del har avtagit för anställda utan sjuklön och avtagit helt för arbetslösa där det istället ökat något.

² Det finns en fördröjning i registreringen av startade sjukfall. För vissa grupper redovisar vi med hjälp av en skattningsmodell antalet startade sjukfall till och med februari 2018. Utan en sådan skattning redovisas enbart utfall till och med oktober 2018.

³ Under 12-månadersperioden fram till och med oktober 2018.

Bakom den stabila utvecklingen för kvinnor under 2018 finns dock dels ett ökat antal startade sjukfall för arbetslösa kvinnor, vars årliga ökningstakt låg på 6 procent i oktober, dels en stabil utveckling bland den stora gruppen anställda med sjuklön vilka startat knappa 0,4 procent sjukfall färre under 2018.⁴ För män är utvecklingen omvänd i de olika grupperna. Färre sjukfall har startat för arbetslösa och anställda utan sjuklön under 2018, den årliga minskningstakten för båda dessa grupper låg på 3 procent i oktober 2018. Samtidigt har 3 procent fler sjukfall startats för anställda med sjuklön. Eftersom de anställda med sjuklön står för 86 procent av de startade sjukfallen har ökningen inom denna grupp gjort att mäns totala inflöde ökat något under denna period.

2.3 Sjukfallens varaktighet har i stort varit oförändrat det senaste året

I tidigare avsnitt framgick att antalet sjukfall som startas har utvecklats stabilt det senaste året, med en liten minskning för kvinnor och en marginell ökning för män. Förutom antalet startade sjukfall beror sjukfrånvarons utveckling även på hur länge dessa sjukfall sedan pågår. Varaktigheten hos sjukfallen analyseras i kommande avsnitt både utifrån andelen som fått avslag under pågående sjukfall och andelen som passerar olika fallängder. Dessutom analyseras avslutssannolikheten vid olika fallängder, både oavsett avslutsorsak men även specifikt för sannolikheten att få ett avslag.

2.3.1 Stabil utveckling av kortare sjukfall men färre passerar två år

Sjukfallens varaktighet har precis som antalet startade sjukfall slutat minska. Andelen av alla sjukfall som passerar 90 dagar låg kring 30 procent mellan mars och oktober 2018 men har därefter legat något högre, kring 35 procent.⁵ Andelen sjukfall som passerar 180 dagar har utvecklats stabilt under året och låg i genomsnitt på 17 procent under 12-månadersperioden till och med februari 2019. Under samma period har andelen som passerar 365 dagar legat stabilt kring 7 procent sedan oktober 2018 efter att ha minskat under första halvåret 2018. Till antalet minskar dock antalet sjukfall som passerar 365 dagar vilket är en effekt av tidigare minskat inflöde och varaktighet. Vidare passerade 4 procent av sjukfallen två år mellan mars 2018 och februari 2019, en klar minskning sedan året innan då 6 procent passerade två år.⁶

I Figur 3 framgår tydligt att andelen som passerar olika fallängder är en följd av andelen som passerat kortare fallängder. Det finns alltså en följeffekt av hur både antalet startade sjukfall och sjukfallens varaktighet vid kortare fallängder utvecklats.

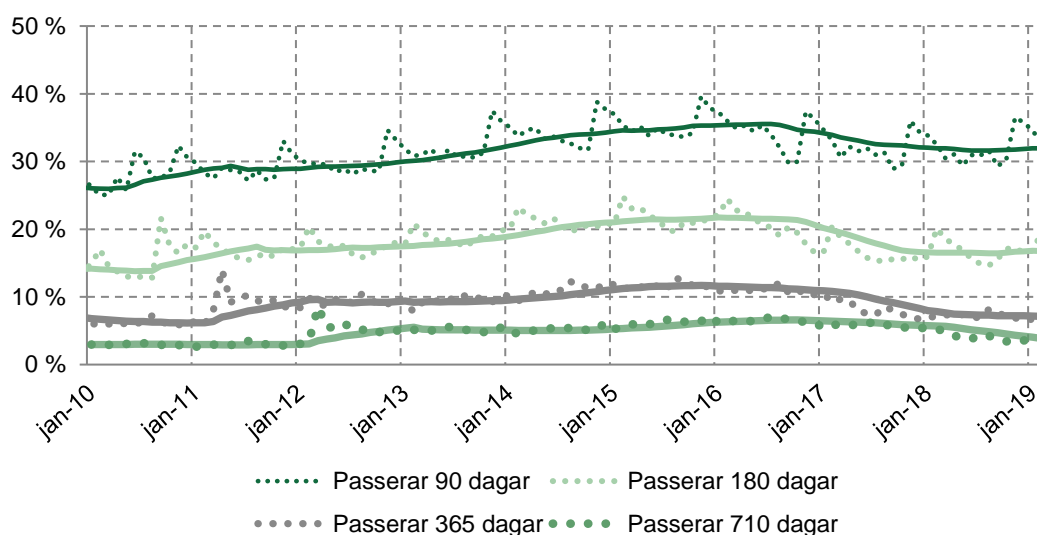
⁴ För sysselsättning kan vi bara följa antalet startade sjukfall med säkerhet till och med oktober 2018. Detta avsnitt gäller därför utvecklingen under perioden nov 2017 – okt 2018.

⁵ Andelen som under varje månad som passerar X dagar är beräknat utifrån alla sjukfall som påbörjades under månaden X dagar tidigare. Exempelvis redovisas andelen sjukfall som den aktuella månaden uppnådde 90 dagar av alla sjukfall som utifrån startdatum hade uppnått 90 dagar samma månad om de hade fortsatt.

⁶ Totalt sett passerade i genomsnitt 12 900 sjukfall 90 dagar varje månad under perioden mar 2018 – feb 2019 och 6 800 sjukfall passerade 180 dagar. Under samma period passerade i genomsnitt 2 900 sjukfall 365 dagar varje månad och 1 600 sjukfall passerade 2 år.

Det gör att vi nu ser en svag ökning av andelen som passerar sjukfallslängder under ett halvår men en minskning av de längre. Det vill säga, den minskning i sjukfallens varaktighet som började synas vid dag 90 under 2016, följs därefter succesivt av lägre andelar som passerar dag 180, dag 365 och så vidare. Andelen som passerar två år minskar fortfarande och med en ökad hastighet under 2018, medan övriga andelar har planat ut under 2017 och 2018.

Figur 3 Andelen* som passerar 90, 180, 365 och 710 dagars sjukskrivning, jan 2010 – feb 2019, per månad och under de senaste tolv månaderna (hel linje)



*Andelen som passerar X dagar varje månad av alla sjukfall som skulle passerar X dagar respektive månad givet deras startdatum

Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

En bidragande faktor till att andelen sjukfall som passerar olika fallängder har minskat stegvis sedan 2016 är att det innan dess fanns personer, så kallade återvändare, som efter att ha uppnått den bortre tidsgränsen vid 914 dagar startade ett nytt sjukfall. Dessa personer hade en lägre sannolikhet att avsluta sina sjukfall och de bidrog därför till en förhöjd andel sjukfall som passerade respektive fallängd. När den bortre tidsgränsen togs bort och sjukfallen kunde fortsätta att pågå istället för att avslutas och därefter startas som ett nytt sjukfall minskade andelen som passerade olika fallängder. Under den 12-månadersperiod när minskningen vid respektive tidsgräns var som störst stod återvändare för runt 40 procent av minskningen.⁷ Det senaste året har återvändarna fortfarande påverkat andelen som varje månad passerat två år.

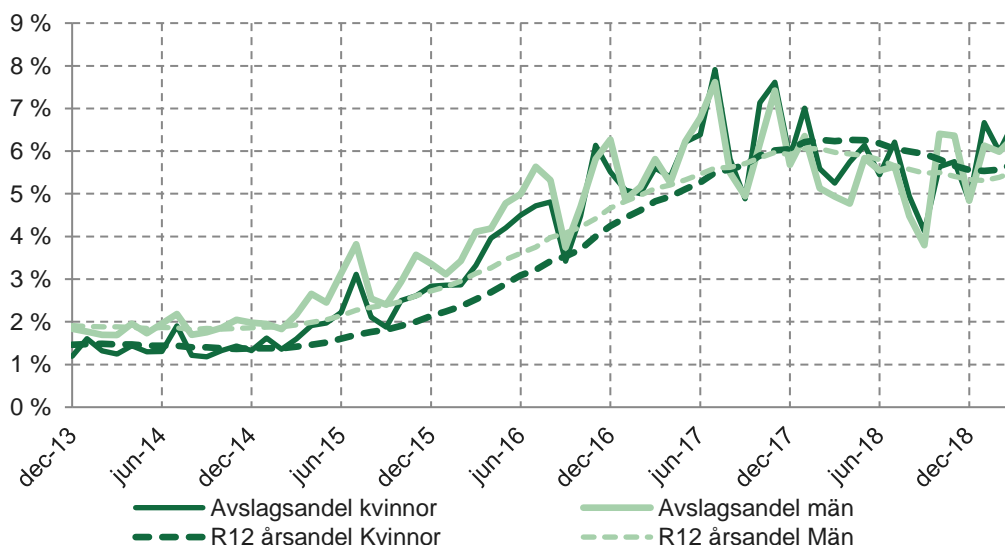
⁷ För andelen som passerar 90 dagar minskade det som mest under perioden apr 2016 – mar 2017, för 180 dagar var minskningen som störst under jul 2016 – jun 2017 och för 365 var det under jan-dec 2017.

2.3.2 Andelen avslag i pågående sjukfall har minskat svagt

Andelen sjukfall som passerar olika fallängder visar hur långa sjukfallen blir innan de avslutas. Det finns flera orsaker till att ett sjukfall avslutas där det vanligaste är att den försäkrade inte ansöker om ytterligare tid med sjukpenning. I vissa fall bedömer dock Försäkringskassan att arbetsförmågan inte är nedsatt och avslår därför den försäkrades ansökan om sjukpenning. Under 2015 började andelen som får avslag i pågående sjukfall öka och i januari 2018 nådde avslagsandelen en topp då årsandelen låg på 6,3 procent för kvinnor och 6,1 procent avslag för män. Under 2018 vände utvecklingen och har även minskat något.⁸

Totalt 19 000 kvinnor och 10 300 män fick avslag under pågående sjukfall under 12-månadersperioden till och med mars 2019. Det är ungefär 10 procent färre än de 21 000 kvinnor och 11 400 män som fick avslag i pågående sjukfall året innan. Men eftersom antalet sjukfall som avslutades av andra anledningar också sjönk har andelen avslag inte minskat lika drastiskt. Från 6,2 till 5,7 procent för kvinnor och från 6,0 till 5,5 procent för män. I Figur 4 nedan redovisas andelen avslag för kvinnor och män både per månad och under den senaste tolv månadersperioden. Till skillnad från tidigare är kvinnors avslagsandel nu högre än männens.

Figur 4 Andelen avslag under pågående sjukfall* för kvinnor och män per månad, dec 2013 till mar 2019, samt andelen avslag under senast föregående år (streckad linje).



*Andelen av alla avslutade sjukfall som avslutats med ett avslag. Det pågår ett utvecklingsarbete för att ta fram statistik över avslag i pågående sjukfall. De resultat som redovisas i denna rapport är enbart preliminära skattningar. Källa: Försäkringskassans datalager Store

Under 2015-2017 arbetade Försäkringskassan med att stärka kvaliteten i sjukförsäkringshandläggningen vilket bidrog till att avslagen ökade. Det senaste årets svaga minskning skulle kunna bero på att fokus i handläggningen skiftat något. Under 2018

⁸ Andelen avslag definieras här på samma sätt som i Försäkringskassans årsredovisning för 2018, som andelen sjukfall som avslutas med ett avslag av alla sjukfall som avslutas under samma period.

har Försäkringskassan stärkt arbetet med samordningsuppdraget och har tillsammans med Arbetsförmedlingen utvecklat arbetet för att stötta personer i övergången från sjukförsäkringen till arbetslivet. Stödet riktas just till de personer som fått avslag på grund av att arbetsförmågan inte är nedsatt i förhållande till ett normalt förekommande arbete. En följd av detta är att antalet omställningsmöten⁹ började öka under slutet av våren 2018 och har fortsatt öka kraftigt under hösten från i genomsnitt 50 per månad under första halvåret 2018 till 220 per månad under andra halvåret.

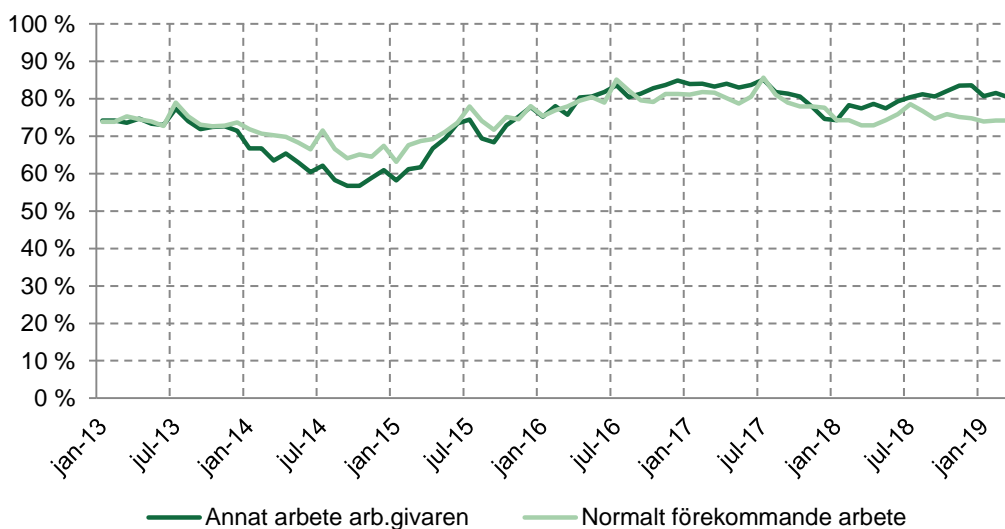
2.3.3 Stabil utveckling av andelen bedömningar som görs i tid innan dag 181 i rehabiliteringskedjan

Bedömningen av rätten till sjukpenning görs mot olika bedömningsgrunder beroende på hur länge sjukfallet har pågått. Kriterierna för bedömning av arbetsförmågans nedsättning förändras vid de olika tidsgränserna i rehabiliteringskedjan, vid dag 91, 181 och 366.¹⁰ Eftersom bedömningsgrunden ändras följer en tillfällig ökning av andelen sjukfall som avslutas i samband med tidsgränserna. Arbetet med att stärka kvaliteten i handläggningen riktades bland annat mot dessa bedömningar vilket bidrog till att andelen bedömningar som gjordes i tid ökade under 2015 och 2016. I Figur 5 framgår att andelen bedömningar som gjordes i tid sedan minskade igen under andra halvåret 2017, och under 2018 och början av 2019 har 180-dagarsbedömningarna legat stabilt på en något lägre nivå. Även andelen 90-dagarsbedömningar som gjordes i tid minskade under andra halvåret 2017 men dessa ökade igen under början av 2018.

⁹ Ett omställningsmöte är ett möte där den försäkrade träffar Arbetsförmedlingen tillsammans med Försäkringskassan. Mötet syftar till att den försäkrade ska få information om vilket stöd Arbetsförmedlingen kan ge. En försäkrad ska erbjudas ett omställningsmöte när Försäkringskassan bedömer att han eller hon kan arbeta och därmed inte har fortsatt rätt till sjukpenning.

¹⁰ Under de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågan i förhållande till ordinarie arbete eller annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren. Från dag 91 i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågan även mot annat arbete hos arbetsgivare. Från dag 181 i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden om bedömningen inte kan skjutas upp på grund av särskilda skäl eller på grund av att det är oskäligt att göra bedömningen

Figur 5 Andelen bedömningar som görs i tid* (där läkarintyg inkommit i tid) mot annat arbete hos arbetsgivaren för sjukfall som passerar 90 dagar och mot normalt förekommande arbete för sjukfall som passerar 180 dagar, jan 2013-apr 2019**.



*Efter införandet av den halvautomatiska handläggningen i oktober 2017 upptäcktes en del felaktigheter i beräkningarna vid uppföljningen av rehabiliteringskedjan under 2018. Ett arbete med att hitta en lämplig alternativ uppföljningsmetod har genomförts som indikerar att utfallet enligt den gamla metoden underskattar den andel ärenden som faktiskt bedöms i tid. Eftersom detta arbete inte är klart redovisas tills vidare utfallet baserat på tidigare beräkningar.

**Egenföretagare är exkluderade från redovisningen av 90-dagarsbedömningen. På samma sätt är sjukfall med särskilda skäl eller där det kan anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten exkluderade ur 180-dagarsbedömningarna. I båda fallen ingår enbart ärenden där läkarintyg har inkommit i tid. Källa: Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÅHS)

En förklaring till att en lägre andel bedömningar görs i tid kan vara implementeringen av en delvis automatiserad handläggning av sjukpenning i oktober 2017 och den förändring i handläggningssystemet som detta medförde som innebar en mycket stor omställning för handläggande verksamhet. Det skulle kunna förklara varför bedömningarna inför dag 91 därefter ökade igen, men det kan inte förklara varför bedömningarna vid dag 181 fortsatt på en lägre nivå. I samband med denna implementering upptäcktes dock felaktigheter i de statistiska beräkningarna av rehabiliteringskedjan. Ett arbete för att komma till rätta med detta har genomförts och det indikerar att utfallet, enligt den metod som ligger till grund det redovisade utfallet, underskattar den andel ärenden som faktiskt bedöms i tid.

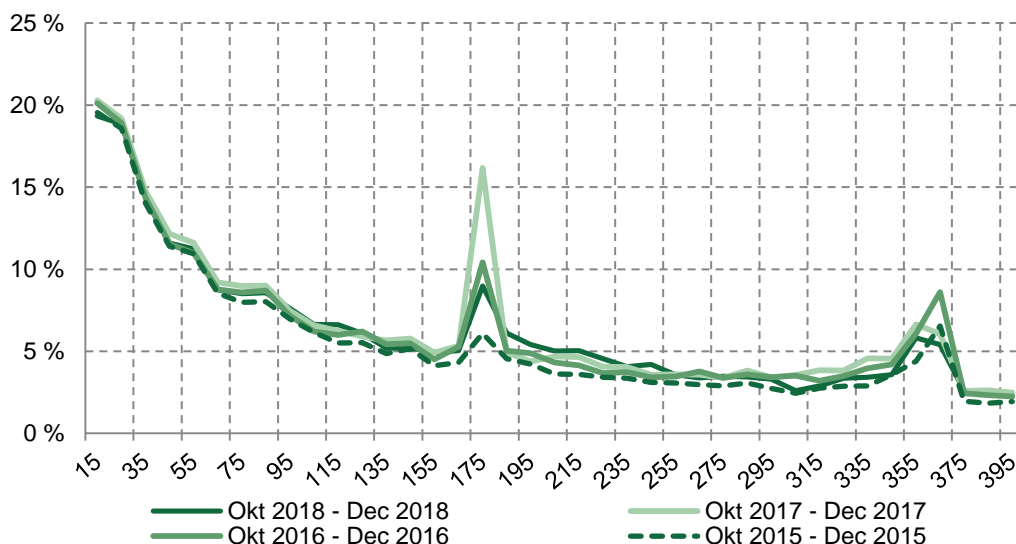
2.3.4 Andelen sjukfall som avslutas vid dag 181 har minskat men istället avslutas en större andel mellan 180 och 365 dagar

När ett sjukfall närmar sig 181 dagar ska Försäkringskassan utreda om arbetsförmågan är nedsatt i relation till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. I Figur 6 illustreras tydligt den ökade avslutssannolikhet som sker i och med att bedömningsgrunden ändras. Figuren visar sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas (lodrät axel) givet att det uppnått en viss längd (horisontell axel) för anställda med sjuklön (arbetslösa bedöms redan från dag 1 mot normalt förekommande arbete). Avslutssannolikheten vid dag 181 har minskat under 2018 jämfört med både 2017

och 2016. Andelen som avslutas ligger nu på 9 procent¹¹, vilket är strax under 2016 års nivå på 10 procent. Under 2017 var motsvarande andel 16 procent.

Sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas kring 365 dagar har också minskat något. En delförklaring till detta kan vara den tidigare ökningen av avslut innan dag 365, vilket kan ha påverkat sammansättningen av de sjukfall som nu når 365 dagar. Nu består dessa antagligen av mer komplexa sjukfall än dem som tidigare blev så långa.

Figur 6 Sannolikhet för anställda att avsluta ett sjukfall vid olika tidpunkter för sjukfall som pågår i okt - dec respektive år 2015-2018



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Avslutssannolikheten kring dag 181 har särskilt minskat för män som hade en klart lägre avslutssannolikhet under både 2017 och 2016. Avslutssannolikheten runt dag 181 låg på 9 procent under 2018 jämfört med 18 procent under 2017 och 13 procent under 2016. För kvinnor var avslutsannolikheten kring dag 181 samma under 2018 som under 2016 och låg på 9 procent. Istället har avslutssannolikheten för sjukfall som precis passerat dag 181 ökat under 2018 för både kvinnor och män.

2.3.5 Färre avslag är främsta orsaken till den minskade avslutssannolikheten vid dag 181

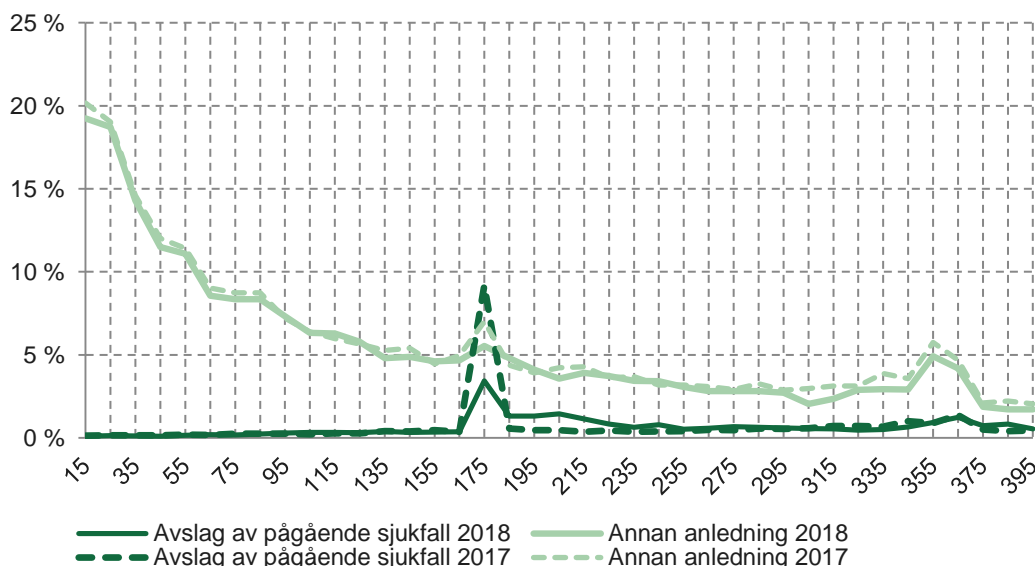
Den minskade avslutssannolikheten vid dag 181 som skett under 2018 gäller särskilt sannolikheten att få ett avslag, se Figur 7 nedan. Medan avslutssannolikheten av annan orsak än avslag enbart har minskat från 7 till 6 procent under 2018, har sannolikheten att få ett avslag minskat från 9 till 3 procent. För psykiatriska diagnoser drivs den minskade avslutssannolikheten kring dag 181 enbart av en lägre

¹¹ Mättet för avslutssannolikhet mäter andelen sjukfall som avslutas inom 15 dagar givet att det uppnått en viss längd. Andelen som avslutas vid dag 181 är därför de som avslutas inom 15 dagar efter att de uppnått 175 dagar.

sannolikhet att få ett avslag. Avslagssannolikheten för psykiatriska diagnoser vid dag 181 har minskat från 7 till 3 procent (se Figur 36 i bilaga 2).

Av Figur 7 framgår också att det under 2018 enbart är sannolikheten att avsluta med ett avslag som har ökat för de sjukfall som nyligen passerat dag 181. Med tanke på att den totala avslagsandelen har legat relativt stabilt under 2018 styrker detta slutsatsen att bedömningen gentemot normalt förekommande arbete inte har förändrats, men att de istället görs något senare i sjukfallet.

Figur 7 Sannolikhet för anställda att avsluta ett sjukfall vid olika tidpunkter för sjukfall som pågår i okt-dec 2017 och 2018, uppdelat på avslag i pågående sjukfall och annan anledning



Källa: Försäkringskassans datalager Store och ärendehanteringssystem (ÄHS)

En orsak till förflyttningen kan vara att Försäkringskassan efter en lagändring den 1 januari 2018 har en utökad möjlighet att bevilja sjukpenning interimistisk i pågående sjukfall. Sjukpenning kan då normalt beviljas interimistiskt under tid för utredning, kommunikering och fram tills slutligt beslut kan fattas. Eftersom den redovisade avslutssannolikheten bygger på utbetalningar och inte när själva beslutet fattas kan denna lagändring ha bidragit till att avslagen nu ser ut att ske senare i sjukfallet. En ytterligare orsak till förflyttningen skulle kunna vara att kompletteringar av läkarintyg ofta drar ut på tiden. Inga tydliga tecken finns dock på att detta problem har ökat under det senaste året.

2.4 Antalet pågående sjukfall har fortsatt minska men i lägre takt

Både antalet startade sjukfall och varaktigheten hos de sjukfall som startats påverkar utvecklingen av hur många sjukfall som pågår. Tidigare avsnitt har visat att antalet startade sjukfall utvecklas relativt stabilt men skiljer sig åt mellan olika grupper. För män var utvecklingen relativt stabil medan kvinnor startade något färre sjukfall jämfört med året innan. Därefter såg vi att avslagsandelen för pågående sjukfall och andelen som passerar olika fallängder legat relativt stabilt under 2018. Samtidigt

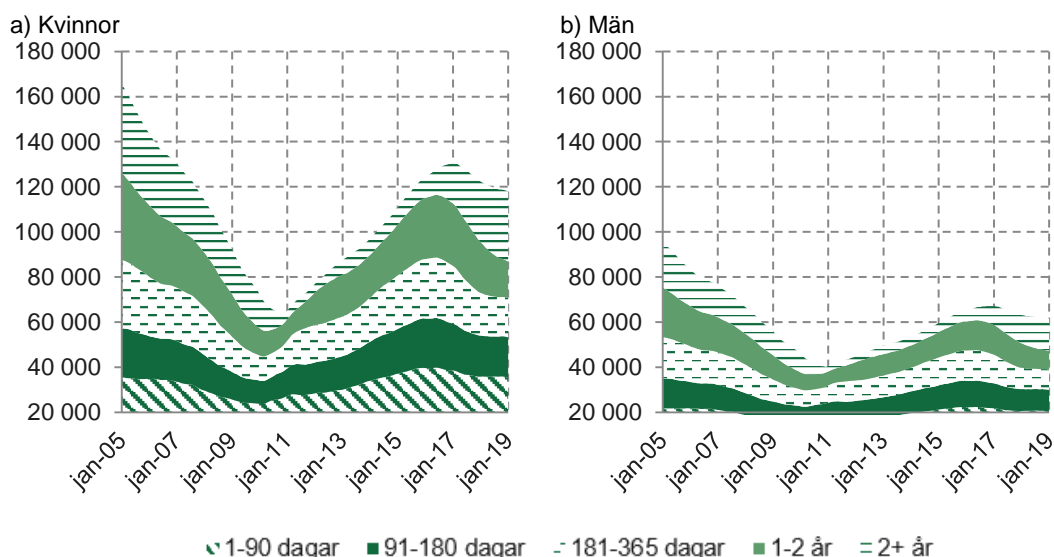
minskade avslutssannolikheten för både kvinnor och män vid dag 181. Eftersom inflöde och varaktighet påverkar antalet pågående sjukfall (men med viss fördröjning för längre sjukfall) förväntas den utveckling vi sett bidra till att även dessa planar ut. I följande avsnitt analyseras utvecklingen av antalet pågående sjukfall vilka fortsatt minska men i en lägre takt.

2.4.1 Färre pågående sjukfall för både kvinnor och män

Precis som antalet startade sjukfall står kvinnor för en större andel även av de pågående sjukfallen, vilket framgår av Figur 8 nedan. Under 12-månadersperioden till och med januari 2019 pågick i genomsnitt 179 000 sjukfall varje månad, varav 118 000 gällde kvinnor och 61 000 män. Kvinnor stod därmed för 66 procent vilket är något större andel än de 63 procent kvinnor bland de sjukfall som startats under samma period. Även om det senaste årets startade sjukfall inte representerar alla sjukfall som pågick tyder det på att kvinnors sjukfall blir något längre än männens.

Trots stabiliseringen av både inflöde och varaktighet har antalet pågående sjukfall fortsatt minska. För kvinnor minskade de pågående sjukfallen med 4 procent det senaste året, motsvarande 4 400 färre sjukfall varje månad. För män minskade de något mindre, med 2 procent och 1 500 sjukfall i genomsnitt per månad. Totalt sett låg den årliga minskningstakten på 3 procent i januari 2019, en halvering jämfört med minskningstakten i januari 2018.

Figur 8 Pågående sjukfall i olika fallängder för kvinnor och män, jan 2005 - jan 2019. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

2.4.2 Stor variation bakom inbromsningen i sjukfrånvaron

Det finns en stor variation mellan olika län (se Figur 47 i bilaga 2). I det största länet, Stockholm, minskade antalet pågående sjukfallen med 2 procent under 2018, motsvarande 700 sjukfall, och i det näst största, Västra Götaland, minskade de med

hela 5 procent eller 1 700 sjukfall. I Skåne ökade antalet däremot marginellt med 76 fler sjukfall som pågick i genomsnitt varje månad under 2018.

Störst minskning av antalet pågående sjukfall skedde i Västernorrland där de minskade med hela 20 procent. Trots att länet är avsevärt mindre än Stockholm representerar denna minskning fler sjukfall än i Stockholm, nämligen 1 100 sjukfall färre som pågick varje månad under 2018 jämfört med 2017. Västernorrland har dock gått från att under 2016 ha 30 procent fler pågående sjukfall i relation till antal försäkrade än länsgenomsnittet, till att under 2018 enbart ligga 3 procent över genomsnittet (se Figur 45 i bilaga 2). I sex län har antalet pågående sjukfall istället ökat under 2018, vilket bidragit till den inbromsning som skett. I Östergötland var ökningen som störst. Där var det antalet sjukfall 7 procent fler under 2018 jämfört med 2017, vilket motsvarar i genomsnitt 465 sjukfall per månad.

Precis som för sjukfallen som startas har antalet pågående sjukfall med anledning av skador (S00-T98) ökat under 2018, i januari 2019 låg den årliga ökningstakten på 2 procent (se Figur 40 i bilaga 2). Dessa representerar dock enbart 7 procent av sjukfallen vilket gör att den fortsatta minskningen av pågående sjukfall inom psykiatriska diagnoser (F00-F98, 3 procent) och av sjukdomar i rörelseorganen (M00-M99, 7 procent) gör att även totalen fortsätter minska. Ökningen av antalet startade sjukfall inom psykiatriska diagnoser har än så länge inte fått det totala antalet pågående sjukfall att sluta minska. En orsak till fördröjningen kan vara att sjukfall inom psykiatriska diagnoser generellt sett pågår längre än det genomsnittliga sjukfallet. Det gör att förändringar i inflödet hos dessa sjukfall har en mindre betydelse relativt förändringar i varaktigheten jämfört med diagnoser som ofta leder till kortare sjukfall.

2.4.3 Sjukfrånvaron fortsätter öka för unga personer med psykiatriska diagnoser

Den fortsatta minskningen av antalet pågående sjukfall drivs dels av en fortsatt minskning i alla åldersgrupper utom för personer under 30 år (se Figur 43 och Figur 44 i bilaga 2). För den yngsta åldersgruppen ökar istället antalet pågående sjukfall. Det gäller både kvinnor, 3 procent, och män, 5 procent, samt oavsett om personen har en anställning, 2 procent, eller inte, 7 procent. Däremot skiljer sig utvecklingen åt mellan olika diagnosgrupper även för denna åldersgrupp. Medan antalet sjukfall inom rörelserelaterade diagnoser minskar beror ökningen främst på sjukfall inom psykiatriska diagnoser, vilka ökar med 7 procent, och i viss uträkning för övriga diagnoser (2 procent)¹². Av alla sjukfall inom psykiatriska diagnoser står personer under 30 för 17 procent medan de representerar 13 procent av alla pågående sjukfall. I januari 2019 låg ökningstakten för antalet pågående sjukfall för unga ökat totalt sett på 4 procent och inom psykiatriska diagnoser med 7 procent. Ökningen av antalet

¹² Övriga diagnoser inkluderar alla sjukfall som inte ingår i gruppen psykiatriska diagnoser (F00-F99), rörelserelaterade diagnoser (M00-M99), skador (S00-T98) eller de där information om diagnos saknas.

startade sjukfall ser dock ut att vara på väg att plana ut för denna grupp. På sikt bör det bidra till att även antalet pågående sjukfall slutar öka.

Två län sticker ut där sjukfrånvaron för unga personer med psykiatriska diagnoser fortsatt att minska stadigt under 2018, med 8 procent vardera (Västernorrland och Norrbotten). I tre län har det inte skett någon förändring under 2018 medan antalet sjukfall i denna grupp ökat i 15 av 21 län. Som mest ökade sjukskrivningarna för unga personer med psykiatriska diagnoser med 40 procent (Gotland). I de tre största länen har de ökat med mellan 6 och 9 procent, det vill säga kring den sammantagna ökningen för alla län på 7 procent (se Tabell 2 i bilaga 2).

2.4.4 Korta sjukfall minskar i lägre takt medan sjukfallen mellan ett och två år minskar i ökad takt

Antalet pågående sjukfall har minskat något långsammare under 2018 än under 2017 men det genomsnittliga antalet per månad har fortsatt att minska årsvis för alla fallängder utom för de som är längre än två år. Den lägre minskningstakten drivs av de kortare sjukfallen som minskar i en allt lägre takt. Antalet sjukfall som startas har en direkt effekt på dessa och precis som för de startade sjukfallen ser vi en utplaning av antalet sjukfall som pågått i 1-90 dagar. I januari 2019 låg den årliga minskningstakten på 1 procent efter att under 2017 ha minskat med 7 procent.

Även övriga sjukfall upp till ett år har minskat i en lägre takt än tidigare. Däremot har antalet sjukfall mellan 1-2 år minskat i en ökad hastighet under 2018 och i januari 2019 låg den årliga minskningstakten på 27 procent. Minskningen mellan 1-2 år har skett i alla åldersgrupper med cirka 30 procent utom för personer under 30 där de istället ökat med 3 procent.

Antalet sjukfall längre än två år ökar fortfarande sett ur ett helårsperspektiv, men i en avtagande takt och inte varje månad som tidigare. För arbetslösa har sjukfallen över två år minskat varje månad sedan maj 2018, men är fortfarande fler än för ett år sedan. Utvecklingen tyder därmed på att en utplaning, och därefter en eventuell minskning, av antalet sjukfall längre än två år kommer ske under våren 2019. Enligt den senaste utgiftsprognosen kommer en utplaning av antalet pågående sjukfall ske under 2019 på grund av att antalet kortare sjukfall väntas öka något och minskningen av antalet sjukfall mellan ett och två år förväntas stabiliseras (Försäkringskassan 2019c). I följande avsnitt analyseras de långa sjukfallen vidare.

2.4.5 Allt färre sjukfall passerar två år men antalet långa sjukfall har blivit fler

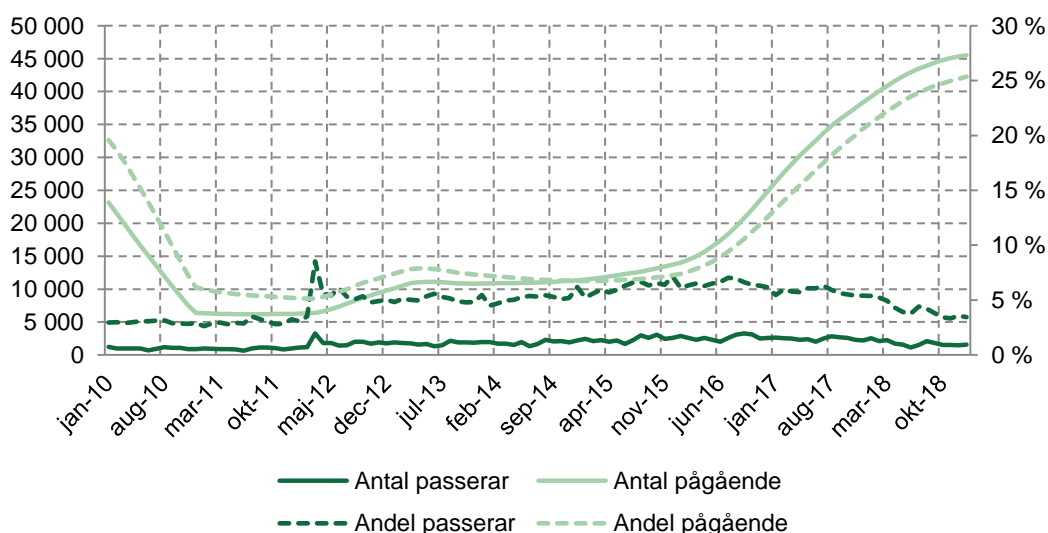
Under 2018 hade en femtedel av alla pågående sjukfall för anställda med sjuklön pågått längre än två år och samma gällde drygt hälften av de arbetslösas sjukfall. Sjukfrånvarons utveckling påverkas därför i hög grad av de långa sjukfallens utveckling.¹³ Antalet långa sjukfall påverkas både av hur många fall som *passerar* tvåårsgränsen, och av hur länge de fortsätter efter att de passerat tvåårsgränsen.

¹³ Benämningen långa sjukfall avser i detta avsnitt sjukfall längre än två år.

Under 2018 har antalet sjukfall som varje månad passerat två år minskat. Samtidigt har *antalet* pågående sjukfall som är längre än två år fortsatt öka. Om avsluts-sannolikheten för denna grupp är tillräckligt låg kan gruppen fortsätta växa så länge nya sjukfall passerar tvåårsgränsen. Av alla sjukfall som startade 2016 och som skulle ha blivit två år under 2018 blev ungefär 4 procent längre än två år. Detta är en minskning jämfört med de sjukfall som startade 2015 där 6 procent blev längre än två år. Att färre sjukfall övergår i att bli riktigt långa sjukfall är en effekt av att både antalet startade sjukfall och varaktighet under de första två åren tidigare minskat. Färre sjukfall kan då potentiellt bli längre än två år.

Samtidigt ökar alltså fortfarande antalet pågående sjukfall längre än två år, vilket framgår av Figur 9 nedan. Under 2017 bestod 21 procent av alla pågående sjukfallen av långa sjukfall, vilket motsvarade 38 000 varje månad. Under 2018 hade de ökat till 45 000 i genomsnitt per månad och 25 procent av alla pågående sjukfall. Det beror på att det fortfarande, trots det minskade inflödet över tvåårsgränsen, är fler som passerar tvåårsgränsen än som avslutas därefter. Detta då långa sjukfall har en låg avslutssannolikhet. Av alla sjukfall som blivit längre än två år var det 3 procent som avslutades varje månad under 2018. Det är dessutom en något lägre andel än under 2017 då andelen långa sjukfall som avslutades varje månad i genomsnitt var 4 procent. Antalet långa sjukfall är nu väsentligt högre än under 2009 innan den bortre tidsgränsen infördes, då i genomsnitt 25 000 sjukfall varje månad hade pågått längre än två år.

Figur 9 Andelen* (hö axel) och antalet (vä axel) som passerar två år och andelen (hö axel) samt antalet (vä axel) av alla pågående, jan 2010-jan 2019. Rullande 12 månaders medelvärde för pågående sjukfall. Månadsvärden för passerande sjukfall



*Andelen motsvarar antalet som passerar 2 år av alla sjukfall som den månaden skulle ha gjort det med tanke på startdatum.

Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Den ökning som skett av antalet långa sjukfall drivs i stor utsträckning av arbetslösa och särskilt av arbetslösa med psykiatriska diagnoser. Innan de långa sjukfallen började öka i januari 2015 pågick i genomsnitt varje månad 1 500 sjukfall som var längre än två år för arbetslösa med psykiatriska diagnoser, i december 2018 hade årsgenomsnittet fyrdubblats till 7 700 långa sjukfall. En tiondel av dessa avsåg personer under 30 år. Under 2018 ökade det genomsnittliga antalet sjukfall som varje månad pågick för personer under 30 år, oavsett diagnos, med 1000 sjukfall. Av dessa var 800 sjukfall längre än två år. Även bland unga anställda har de långa sjukfallen ökat. Det gäller alla diagnosgrupper men i synnerhet inom psykiatriska diagnoser där antalet långa sjukfall som pågick varje månad blev 27 procent fler under 2018, en ökning med 320 sjukfall.

De senaste månaderna tyder dock på att en utplaning av de långa sjukfallen kommer ske under 2019 då de sedan maj 2018 inte längre ökar varje månad. Det finns dock stora regionala skillnader och vad dessa beror på kan vi inte svara på utifrån aktuellt underlag. Förutom Försäkringskassans bedömningar och individuella faktorer hos de försäkrade, kan det exempelvis finnas skillnader i hälso- och sjukvård som kan förklara utfallet. Det är viktigt att även andra aktörer tar sitt ansvar, dels för att bryta utvecklingen med en ökande psykisk ohälsa hos unga personer, dels för att stötta så att de kan återgå i arbete. Det finns annars en uppenbar risk att dessa personer även i ett längre perspektiv hamnar utanför arbetsmarknaden.

2.4.6 Begränsade möjligheter för personer med långa sjukskrivningar att övergå till sjukersättning

Rättssäkerheten i de längre sjukfallen är ett av Försäkringskassans utvecklingsområden (Försäkringskassan 2019a). I början av 2018 gjordes därför förtydliganden för att bättre stödja kvalitetsuppföljning och lärande vid utredning och bedömning av nedsättning av bland annat arbetsförmåga i längre och mer komplexa sjukfall. Försäkringskassan arbetar även med att utveckla den särskilda utredningen för att säkerställa att vi har en aktiv handläggning även efter dag 365 i sjukperioden så att långtidssjukskrivna får en möjlighet att komma tillbaka till arbetslivet.¹⁴

Förutom borttagandet av den borte gränsen är en bidragande faktor till att de långa sjukfallen ökat att det sedan 2015 varit färre som beviljats sjukersättning. Orsaken till detta är främst de åtgärder som Försäkringskassan genomfört efter att en rättslig granskning visade att utredningen av sjukersättningsärenden ofta var otillräcklig i relation till det mer strikta regelverket från 2008 (Försäkringskassan 2015). Under 2018 genomförde Försäkringskassan även en rättslig kvalitetsuppföljning som undersökte i vilken utsträckning det i långa sjukfall finns förutsättningar att byta ut sjukpenning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning. Resultaten visade att det var osannolikt i majoriteten av ärendena och i hälften av ärendena var det i princip uteslutet att förutsättningarna för sjukersättning eller aktivitetsersättning skulle visa sig vara uppfyllda med ytterligare utredning (Försäkringskassan 2018c).

¹⁴ Arbetet beräknas vara klart under april 2019 (levereras i en reviderad process).

En effekt av att färre personer går över från sjukpenning till sjukersättning är just att de långa sjukskrivningarna med sjukpenning blivit fler. Med anledning av detta föreslog Försäkringskassan i en skrivelse till regeringen i slutet av 2017 ändringar i reglerna för sjukersättning (Försäkringskassan 2017b).¹⁵ Förslaget rör den grupp av människor som varit sjukskrivna länge och som i princip saknar förutsättningar för att kunna arbeta men som med nuvarande regelverk inte har rätt till sjukersättning. Om föreslagna ändringar genomförs skulle antalet långa sjukfall med stor sannolikhet minska.

I följande kapitel följer vi utvecklingen inom sjuk- och aktivitetsersättning, något som alltså till viss del både beror på och påverkar hur sjukpenningfallen utvecklas. Först redovisas utvecklingen för sjukersättningen, därefter för aktivitetsersättningen.

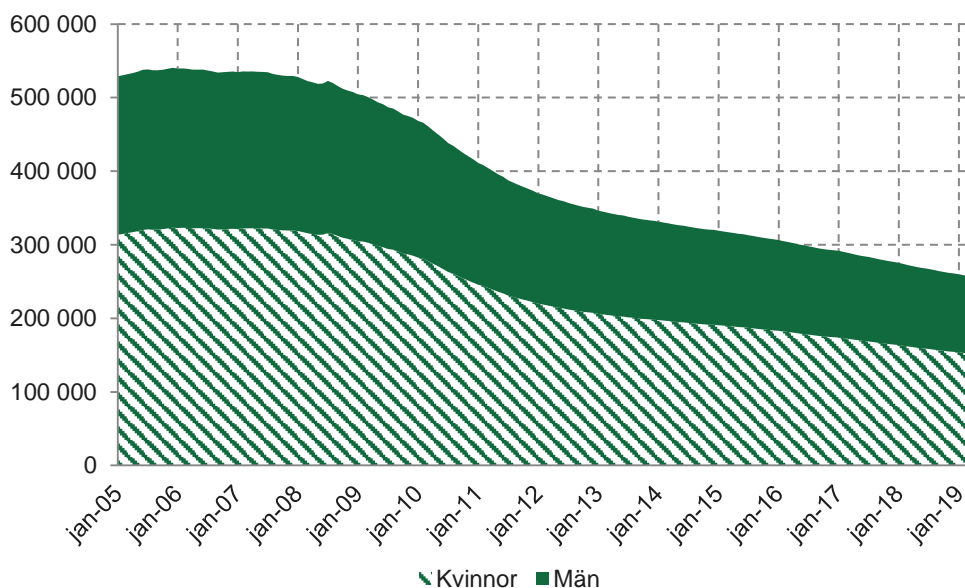
¹⁵ Försäkringskassans förslag består av två delar. Dels att begreppet arbetsmarknaden ändras till att överensstämma med det begrepp som gäller för rätt till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. Dels att det blir möjligt att ta hänsyn till att det kan finnas särskilda skäl att beakta individuella omständigheter för den som har få arbetsår kvar till ålderspensioneringen och vill att sådana skäl beaktas.

3. Varför fortsätter antalet personer med sjukersättning att minska?

Under tidigare perioder har en ökning av långa sjukfall lett till att fler övergår till sjukersättning. Under den senaste utvecklingen där antalet långa sjukfall ökat snabbt har istället antalet som nybeviljas sjukersättning samtidigt minskat. Förutom att den bortre tidsgränsen togs bort, vilket tidigare var en naturlig tidpunkt för en eventuell övergång till sjukersättning, har Försäkringskassans satsningar på att öka kvaliteten i utredningar och bedömningar de senaste åren lett till ett lägre nybeviljande.¹⁶

Antalet personer med sjukersättning har minskat årligen sedan 2006 och har under 2018 fortsatt minska stadigt med nästan 6 procent jämfört med samma månad ett år tidigare. Denna avtagande trend framgår av Figur 10 där antalet personer som har sjukersättning varje månad till och med mars 2019 redovisas. Minskningen det senaste året motsvarar 15 000 personer och i mars 2019 uppgick de till 257 000 personer med sjukersättning. Av dessa var 152 000 kvinnor och 105 000 män.

Figur 10 **Antalet personer med sjukersättning per kön och månad, jan 2005-mar 2019**



Källa: Försäkringskassans datalager Store

I detta kapitel analyseras orsaker till att antalet personer med sjukersättning fortsatt minska det senaste året. Analysen görs dels utifrån en flödesanalys med både in- och

¹⁶ Arbetsförmågebedömningen vid sjukersättning görs mot ett bredare arbetsmarknadsbegrepp än den för sjukpenning. Utöver kravet på att arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till normalt förekommande arbete, dessutom är nedsatt i sådana arbeten som särskilt anpassas för personer med funktionsnedsättningar. För att beviljas sjukersättning måste arbetsförmågan dessutom vara stadigvarande nedsatt, och att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga.

utflöde till försäkringen, dels utifrån antal nybeviljanden och andel avslag. För att förstå utvecklingen i ett längre perspektiv hänvisas dels till bilaga 1 som övergripande beskriver utvecklingen från 2002 och framåt, dels till bilaga 3 där utvecklingen för sjukersättningen redovisas mer i detalj och för fler grupper.

3.1 De viktigaste resultaten

- Eftersom sjukersättning ofta beviljas för lång tid påverkar sådant som förändras idag även utvecklingen under lång tid framöver. Att antalet personer med sjukersättning fortsätter att minska beror till stor del på sådant som skett under tidigare år:
 - Under 2008 infördes regelförändringar som innebar att kriterierna för att få sjukersättning skärptes. Det är fortfarande fler som har sjukersättning enligt det tidigare regelverket som nu övergår till ålderspension än antalet nybeviljanden enligt det nya regelverket.
 - För att fatta mer korrekta beslut har Försäkringskassan sedan 2015 stärkt rättstillämpningen i relation till detta regelverk vilket ytterligare minskat beviljandet och bidragit till ett ännu större nettoutflöde.
- Försäkringskassans ökade fokus på rättslig kvalitet i besluten de senaste åren ledde även till att många fler fick avslag vilket ledde nybeviljandet till historiskt låga nivåer. Under 2018 fick 70 procent avslag på en initial ansökan om sjukersättning jämfört med 50 procent under 2015.
- Under slutet av 2018 vände det årliga nybeviljandet uppåt igen och i mars var det årliga nybeviljandet 6 procent högre än ett år tidigare. Ökningen har främst skett för personer med ett pågående sjukfall som själva ansökt om och beviljats sjukersättning. Antalet nybeviljanden där Försäkringskassan har initierat ett utbyte från sjukpenning (initiativärenden) har istället fortsatt minska.
- En orsak till den senaste ökningen i nybeviljandet kan vara att utan den bortre tidsgränsen har många av de långa sjukfallen hunnit pågå tillräckligt länge för att rehabiliteringsåtgärder inte längre bedöms kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga.

3.2 Både in- och utflödet från sjukersättning har minskat

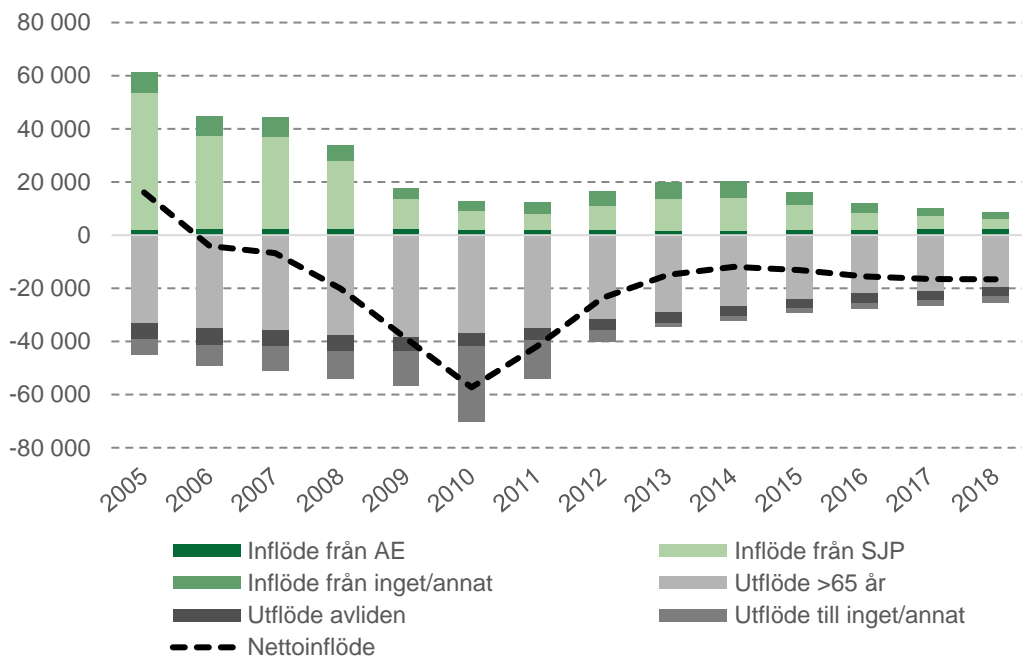
Antalet personer med sjukersättning påverkas både av hur många som beviljas ersättningen och av hur många som slutar uppbära sjukersättning. Redan innan regelförändringarna 2008¹⁷ var utflödet något större än inflödet. Efter att kraven för att beviljas sjukersättning skärptes genom det nya regelverket minskade inflödet. Men eftersom gruppen som idag har sjukersättning till stor del består av personer

¹⁷ Före 1 juli 2008 var bedömningsgrunden normalt förekommande arbeten för både sjuk- och aktivitetsersättning, som i sjukpenning idag. Efter 1 juli 2008 ändrades bedömningsgrunden till förvärsarbete på hela arbetsmarknaden, vilket är ett vidare begrepp och där ingår även anpassade anställningar.

som fick sjukersättning enligt det tidigare regelverket, är det många fler som varje år övergår till ålderspension än som nybeviljas sjukersättning enligt det nya regelverket. Sett till sammansättningen hos dem som har sjukersättning dröjer det cirka 15 år innan effekten av det historiskt höga nybeviljandet har avtagit och utflödet till ålderspension kan komma att bli lägre än inflödet till sjukersättning, givet antagandet att inflödet inte förändras mer än i ungefärlig takt med hur arbetskraften prognostiseras öka i närtid.

Den totala effekten av in- och utflöde för sjukersättningen redovisas blir tydlig i Figur 11. Den streckade linjen visar nettoutvecklingen för antalet personer med sjukersättning, det vill säga, inflöde minus utflöde, där det framgår att den minskning som fortsatt ske under 2018 till stor del beror på ett fortsatt stort utflöde till framför allt ålderspension.

Figur 11 **Inflöde och utflöde från sjukersättningen per år 2005-2018**



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

3.2.1 Inflödet har minskat trots en tillfällig ökning av personer under 30 år

Totalt bestod inflödet till sjukersättning av 8 700 personer under 2018 varav nästan hälften kom från sjukpenning och resten kom i ungefär samma utsträckning från aktivitetsersättningen eller från annan eller ingen ersättning. Andelen som kommer från sjukpenning har dock minskat sedan 2015 och under 2018 representerade de 45

procent av det totala inflödet. Att denna andel minskat beror till viss del på riktade insatser för att förbättra kvaliteten i utredningarna inom sjukersättning¹⁸.

Sedan februari 2017 kan även personer under 30 beviljas hel sjukersättning. Före regelförändringen fick dessa personer oftast hel aktivitetsersättning.¹⁹ Eftersom aktivitetsersättning beviljas för maximalt tre år i taget förväntas inflödet öka tillfälligt under tre år efter regelförändringen. Under den tiden kommer Försäkringskassan ha haft möjlighet att pröva rätten till sjukersättning för samtliga individer med aktivitetsersättning där det är aktuellt. Denna ökning bidrog till att inflödet från aktivitetsersättning ökade från 2 000 personer 2016 till 2 600 under 2017. Under 2018 låg inflödet från aktivitetsersättning på 2 400 personer. Efter 2020 när alla under 30 år som har aktivitetsersättning har haft möjlighet att ansöka om sjukersättning förväntas inflödet av denna grupp minska till tidigare nivåer igen. Denna ökning har dock inte varit tillräckligt stor för att det totala inflödet ska ha ökat under 2017 och 2018.

3.2.2 Utflödet till ålderspension har minskat men är fortsatt större än inflödet

Utflödet är fortsatt mycket större än inflödet vilket främst sker genom att personer övergår till ålderspension. Sådana övergångar representerar 77 procent av utflödet. Totalt 20 000 personer av 25 000 avslutade sin sjukersättning på detta sätt under 2018. Minskningen i utflödet beror främst på att antalet personer som fyllde 65 minskade och som en följd av det har även antal avlidna minskat något.²⁰ Däremot har utflödet till inget/annat ökat något, från 2 100 till 2 400.²¹ Eftersom både inflöde och utflöde har minskat under 2018 har nettoutflödet legat relativt stabilt, från 16 500 under 2017 till 16 600 under 2018.

3.3 Antalet nybeviljade sjukersättningar har vänt uppåt

De långa ersättningsperioderna inom sjukersättningen gör att det totala antalet personer som har sjukersättning förändras långsamt och under en lång tid efter tidigare regel- och tillämpningsförändringar. Eftersom utflödet främst är en

¹⁸ Efter att en rättslig uppföljning 2015 visade att utredningen av sjukersättningsärenden ofta var otillräcklig genomfördes åtgärder för att öka kvaliteten i utredningarna (Försäkringskassan 2015). De vanligaste orsakerna till skillnaderna i bedömningen av rätten till sjukersättning var att granskarna bedömde att arbetsförmågan inte var nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden och att arbetslivsinriktad rehabilitering ansågs kunna förbättra arbetsförmågan. Ytterligare en rättslig uppföljning 2017 har lett till åtgärder som fått genomslag i tillämpningen (Försäkringskassan 2017b).

¹⁹ Syftet med regeländringen var att öka tryggheten för denna grupp genom att slippa återkommande prövning när arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt. Reformen syftade även till att underlätta Försäkringskassans administration genom att inte rikta sig till försäkrade med stadigvarande nedsatt arbetsförmåga utan till dem där Försäkringskassan kan använda sig av arbetslivsinriktade åtgärder. (Försäkringskassan 2019b).

²⁰ Antal avlidna var totalt 3 300 under 1800 vilket är 143 personer färre än under 2017

²¹ Förutom att personer lämnar sjukersättning till följd av att de fyller 65 år eller avlider kan de lämna ersättningen till exempel till följd av att de återfått arbetsförmåga eller bosatt sig i ett land utan möjlighet att exportera rätt till fortsatt utbetalning av sjukersättning.

konsekvens av tidigare inflöde och därför utvecklas relativt stabilt analyseras den senaste utvecklingen utifrån antalet nybeviljade sjukersättningar som varierar mer över tid.²²

Efter ett större fokus på rättssäkerhet och korrekt tillämpning av regelverket sedan 2015 minskade antalet nybeviljade sjukersättningar med hela 35 procent mellan 2016 och 2017, från 8 900 till 5 700 nybeviljanden. Under 2018 fortsatte nybeviljandet minska men i en allt lägre takt och totalt under 2018 minskade det enbart med 3 procent till drygt 5 500 totalt sett under året. Minskningen skedde dock under det första halvåret 2018, därefter har det planat ut och ökat månadsvis sedan november 2018.

Sedan början av 2019 framträder även en årsvis ökning av nybeviljandet. I mars låg det årliga nybeviljandet av sjukersättning på 5 700 personer, vilket är 6 procent och 330 personer fler än året innan. Av det totala nybeviljandet stod kvinnor för drygt hälften, 3 100, och män för 2 600. Det är främst kvinnors nybeviljanden som står för ökningen då deras nybeviljanden ökat med 9 procent. Männens nybeviljande ökade först i mars jämfört med ett år tidigare, en ökning med 3 procent (se Figur 53 i bilaga 3). Det är dock för tidigt att uttala sig om en uppåtgående trend och nybeviljandet befinner sig fortfarande på en lägre nivå än när det 2011 senast var som lägst. Efter Försäkringskassans arbete sedan 2015 för att öka rättssäkerheten tyder utvecklingen under 2018 på att tillämpningen och nybeviljandet nått en ny lägre nivå. Det återstår dock att se om den senaste ökningen kommer att fortsätta.

3.3.1 Fler får avslag samtidigt som antalet bifall legat relativt stabilt

Antalet personer som nybeviljas sjukersättning beror både på antalet personer som ansöker om sjukersättning och på Försäkringskassans utredning av huruvida sjukersättning ska beviljas eller inte. En effekt av att Försäkringskassans satsning på att öka den rättsliga kvaliteten i utredningarna var att avslagsfrekvensen ökade från 50 procent under 2015 till nästan 70 procent under 2018. Med tanke på att avslagsfrekvensen för sjukersättning är relativt hög kan eventuella förändringar i Försäkringskassans tillämpning påverka nybeviljandets utveckling.²³

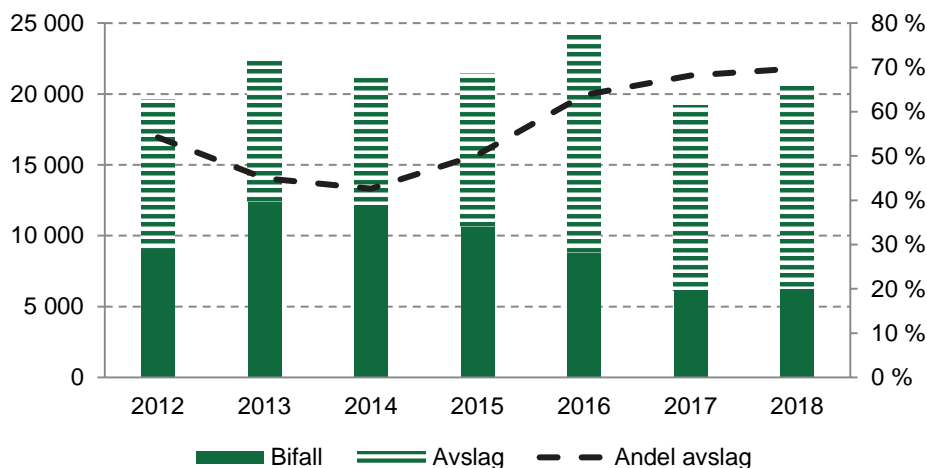
I Figur 12 redovisas antalet ansökningar per år fördelat på bifall och avslag. Under 2018 ökade antalet ansökningar med 1 500 upp till 20 700. Av dessa ledde 6 300 till bifall vilket är 160 fler än under 2017. Samtidigt ökade antalet avslag med 1 400, från 13 000 under 2017 till 14 400 avslag under 2018. Beräknat i avslagsfrekvens innebär det en ökning från 68 procent under 2017 till 70 procent under 2018. Avslagen är något fler för kvinnor, både sett till antal och andel av ansökningarna.

²² Som nybeviljande räknas bara personer som aldrig tidigare haft sjukersättning. Här ingår inte heller de som övergår från aktivitetsersättning. Nybeviljandet är därför lägre än inflödet där alla som påbörjar en period med aktivitetsersättning inkluderas även om de tidigare haft ersättningen, så länge det inte sker i direkt anslutning till tidigare period med samma ersättning, se centrala begrepp.

²³ Minskningen i nybeviljandet mellan 2015 och 2018 kan uppskattningsvis härledas till 94 procent till ökningen av avslag vid en initial ansökan och 6 procent till att även ansökningarna blivit färre.

Under 2018 fick 8 200 kvinnor avslag vid en initial ansökan medan motsvarande för män var 6 200. Det representerade 73 respektive 66 procent av ansökningarna.

Figur 12 Antalet initiala ansökningar om sjukersättning uppdelat på bifall och avslag (vä axel) samt andelen avslag (hö axel) 2012-2018*



*Detta är preliminära beräkningar för avslagsfrekvensen för SE samt AE. Den stora skillnaden från tidigare beräkningar är att vi tidigare har underskattat nämnaren (med avseende på bifallen då vi inte inkluderat "förlängningsärenden"). Detta har lett till en lägre nivå jämfört med tidigare redovisningar, medan utvecklingen följer samma mönster.

Källa: Försäkringskassans datalager Store

Arbetet med att förbättra den rättsliga kvaliteten i dessa ärenden har fortsatt även under 2018, bland annat i form av utbildningsinsatser, vilket kan ha bidragit till att andelen avslag fortsatt öka även i år. Under 2018 publicerade Riksrevisionen en granskning som visade att avslagsbeslut på sjukersättning leder till en försämrad hälsa och ekonomi, men att de inte kan se att Försäkringskassan varken är för generös eller för strikt i sin tillämpning av regelverket (Riksrevisionen 2018).

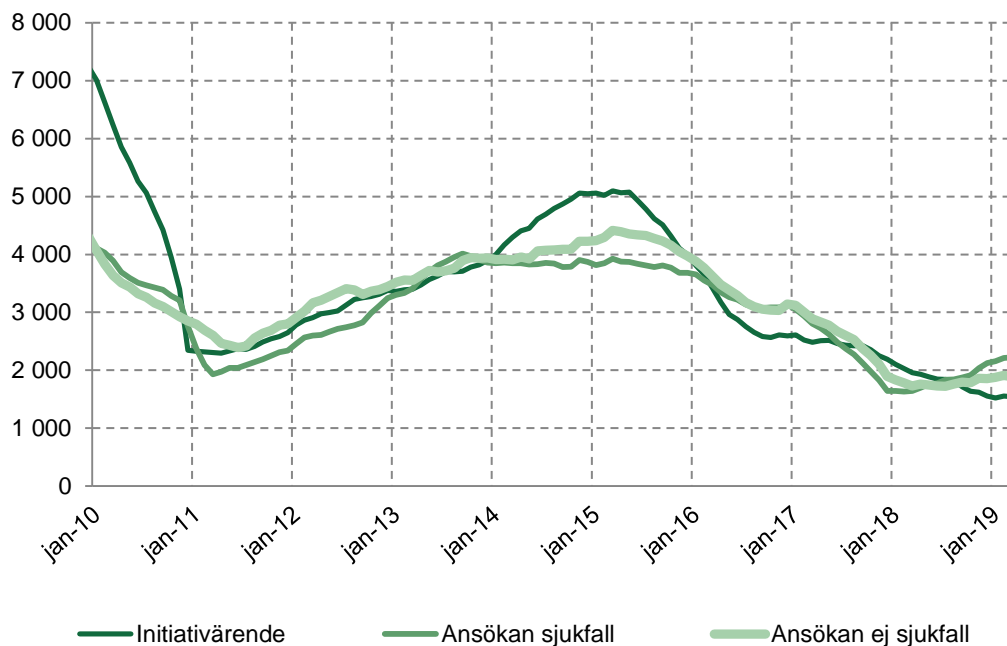
3.3.2 Fortsatt minskning av initiativärenden men ökning av ansökningsärenden

Sjukersättning kan beviljas både efter att personen själv ansökt om det eller genom att Försäkringskassan initierat en prövning av ett eventuellt utbyte från sjukpenning till sjukersättning. Innan regelförändringen 2008 bestod majoriteten av nybeviljade sjukersättningar av initiativärenden. Därefter har ansökan med och utan sjukfall samt initiativärenden stått för ungefär lika stora andelar av de nybeviljade sjukersättningarna.²⁴ I Figur 13 redovisas utvecklingen av antalet personer som nybeviljas sjukersättning fördelat efter typ av prövning.

²⁴ Dessa kallas fortsättningsvis för ansökningsärenden respektive initiativärenden.

Ansökningsärenden delas sedan upp i två grupper, en där ansökan görs utifrån, det vill säga av personer som inte har sjukpenning och en där ansökan görs av en person som har sjukpenning. Dessa benämns vidare som med eller utan sjukfall.

Figur 13 Nybeviljade sjukersättningar jan 2010-mar 2019 efter typ av prövning: initiativ, ansökan sjukfall, ansökan ej sjukfall. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store och MIDAS

Under 2018 har nybeviljandet av sjukersättning där Försäkringskassan har initierat bytet fortsatt att minska. Den utplaning och senare ökning som skett av nybeviljandet beror på en ökning av ansökningsärenden. Det gäller särskilt ärenden där den sökande har ett pågående sjukfall. Dessa nybeviljanden ökade med 35 procent under 12-månadersperioden fram till och med mars 2019, från 1 600 till 2 200 personer per år. Nybeviljanden där ansökan skett utan pågående sjukfall har också ökat under samma period, men i lägre grad (10 procent). Under samma period minskade initiativärendena med 21 procent vilket också är orsaken till det totala nybeviljandet enbart ökat med 6 procent. Utvecklingen inom respektive ansökningsgrupp ser liknande ut för kvinnor och män. Vid ansökan med sjukfall var ökningen något större för kvinnor (37 respektive 33 procent) samtidigt som mäns initiativärenden minskade mer än kvinnors (med 27 respektive 16 procent). Tillsammans bidrar det till att kvinnors nybeviljande ökat mer än männens.

En orsak till den senaste ökningen i nybeviljandet kan vara att utan den bortre tidsgränsen har många av de långa sjukfallen hunnit pågå tillräckligt länge för att rehabiliteringsåtgärder inte längre bedöms kunna leda till att personen återfår någon arbetsförmåga. Det styrks av att medianen för antal dagar med sjukpenning i pågående sjukfall när en person nybeviljas sjukersättning har ökat med ca 70 procent sedan den bortre tidsgränsen försvann. Under 2018 låg medianen för antal dagar med sjukpenning vid nybeviljande av sjukersättning på cirka 1 000 dagar, det vill säga nästan tre år.

3.3.3 Nybeviljandet ökar inom alla diagnosgrupper

Medan utvecklingen skiljer sig åt beroende på typ av ansökan har det skett en ökning av nybeviljandet inom alla diagnosgrupper det senaste året.²⁵ Sedan nybeviljandet nådde sin senaste topp i mars 2015 har nybeviljande minskat inom alla diagnosgrupper. Under 2018 minskade fortfarande nybeviljandet inom alla diagnosgrupper utom för sjukdomar i nervsystemet (se Figur 56 i bilaga 3). Men under början av 2019 har utvecklingen vänt i alla diagnosgrupper jämfört med ett år tidigare. Inom varje diagnosgrupp finns samma trend som framkom i avsnittet ovan, att det är ansökningsärendena som ökat (främst vid pågående sjukfall) medan initiativärendena har fortsatt minska stadigt oavsett diagnosgrupp. Procentuellt sett ökade nybeviljandet mest för sjukdomar i nervsystemet vilka var 14 procent fler under 12-månadersperioden fram till och med mars 2019 jämfört med samma period ett år tidigare. Denna ökning representerar 84 personer. Samtidigt har antalet nybeviljade sjukersättningar för psykiatriska diagnoser ökat med 210 personer under samma år. Det motsvarar dock en något lägre procentuell ökning, 10 procent.

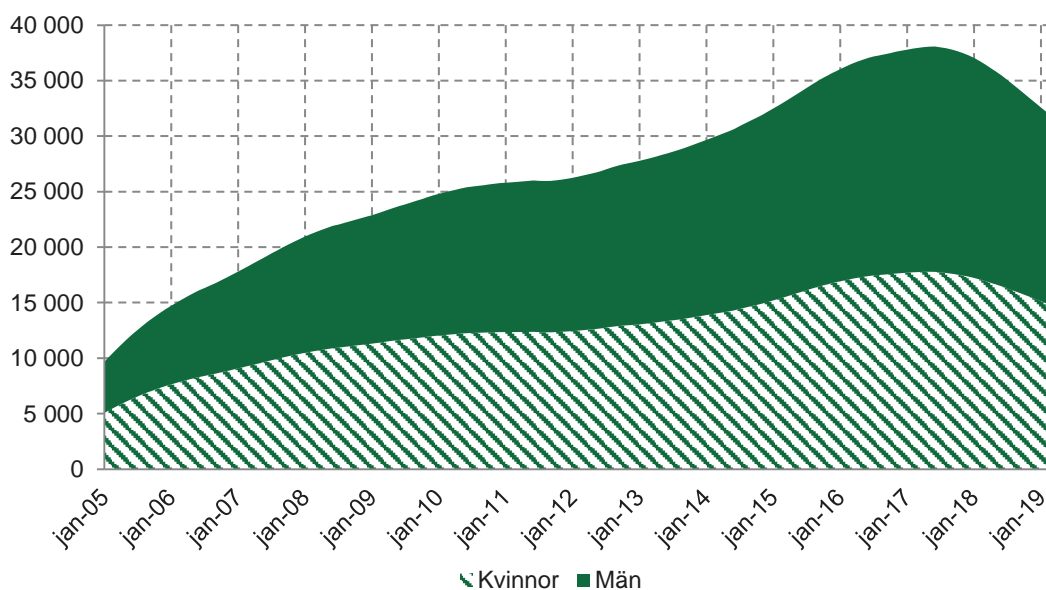
²⁵ Diagnosgrupper definieras här enligt fem undergrupperingar, diagnoser kopplade till: cirkulationsorganen (I00-I99), nervsystemet (G00-G99), psykiatriska diagnoser (F00-F99), rörelseorganen (M00-M99) och övriga.

4. Varför minskar antalet personer med aktivitetsersättning?

För att beviljas aktivitetsersättning ska arbetsförmågan förutom att den ska vara nedsatt i förhållande till normalt förekommande arbete, dessutom ska bedömas vara nedsatt i sådana arbeten som särskilt anpassas för personer med funktions-nedsättningar. Till skillnad från sjukersättningen där arbetsförmågan måste vara stadigvarande, ska nedsättningen bedömas bestå i minst ett år för att aktivitetsersättning ska beviljas.

Antalet personer med aktivitetsersättning har fortsatt att minska det senaste året (se Figur 14 nedan). Under 12-månadersperioden fram till och med mars 2019 hade i genomsnitt 31 800 aktivitetsersättning varje månad. Det innebar en minskning med 13 procent och 4 700 personer jämfört med samma period ett år tidigare. Till skillnad från både sjukpenning och sjukersättning står män för en majoritet, 54 procent. Även sammansättningen av diagnoser skiljer sig åt. Av dem som har en pågående period med aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga²⁶ står personer med psykiatriska diagnoser för en klar majoritet, 77 procent. Det motsvarar i genomsnitt 20 600 personer per månad under det senaste året (se Figur 61 i bilaga 4). Antalet personer med aktivitetsersättning har fortsatt minska inom alla diagnosgrupper och vände neråt även för skador under andra halvåret 2018.

Figur 14 Antalet personer med aktivitetsersättning per kön och månad, jan 2005 - mar 2019. Rullande 12 månaders medelvärde



²⁶ Eftersom diagnos inte behöver anges för att få aktivitetsersättning vid förlängd skolgång saknas information om diagnos i stor utsträckning för dessa, under 2018 i 60 procent av fallen. Redovisningen av diagnossammansättningen görs därför enbart för de som får aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Källa: Försäkringskassans datalager Store

I detta kapitel analyseras orsakerna till den fortsatta minskningen av antalet personer som får aktivitetsersättning under det senaste året. Analysen sker dels genom att studera inflödet i relation till utflödet och därefter genom att närmare analysera nybeviljandet och andelen som får avslag på sin ansökan om aktivitetsersättning. För att förstå utvecklingen i ett längre perspektiv hänvisas dels till bilaga 1 som övergripande beskriver utvecklingen från 2002 och framåt, dels till bilaga 4 där utvecklingen för aktivitetsersättningen redovisas mer i detalj och för fler grupper.

4.1 De viktigaste resultaten

- Det senaste årets fortsatta minskning av antalet personer med aktivitetsersättning beror både på att färre beviljas ersättningen och på att fler avslutat en pågående period med aktivitetsersättning. Båda dessa faktorer hänger troligen ihop med de åtgärder som vidtagits efter att Försäkringskassan 2016 fann brister i utredningarna. Dessa åtgärder föregicks av en lång period då inflödet ökade. Den tidigare ökningen i inflödet bidrar nu istället till att utflödet ökar, antingen för att den försäkrade fyller 30 år och därför inte längre är berättigad till aktivitetsersättning eller för att ansökan om en ytterligare period avslås. Eftersom inflödet samtidigt minskar bidrar det till ett stort nettoutflöde.
- Av dem som nu avslutar en eller flera sammanhängande perioder med aktivitetsersättning går något fler till sjukersättning än för två år sedan. Det beror på att det i början av 2017 blev möjligt att beviljas hel sjukersättning även innan man fyller 30 år. Den stora ökningen i utflöde har dock skett till annat än andra ersättningsformer inom sjukförsäkringen. Det är positivt om det innebär att dessa nu studerar eller arbetar vilket 11 procent gjorde efter avslutad aktivitetsersättningsperiod under 2018.
- Precis som inflödet fortsatte det årliga nybeviljandet²⁷ minska under det senaste året, från 6 000 till 5 700 nybeviljanden, vilket bidrog till det minskande antalet personer med aktivitetsersättning. Det har dock skett en utplaning i nybeviljandet sedan oktober 2018. Därefter har utvecklingen varit stabil, men i början av 2019 framträder tendenser till en ökning av antalet nybeviljade aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga för både kvinnor och män.
- Det lägre nybeviljandet förklaras till stor del av att avslagsfrekvensen har fortsatt öka under 2018. Även denna har dock planat ut och legat runt 40 procent i genomsnitt sedan juni 2018. Andelen avslag har på så sätt en direkt effekt på antalet nybeviljade aktivitetsersättningar till skillnad från sjukpenning där

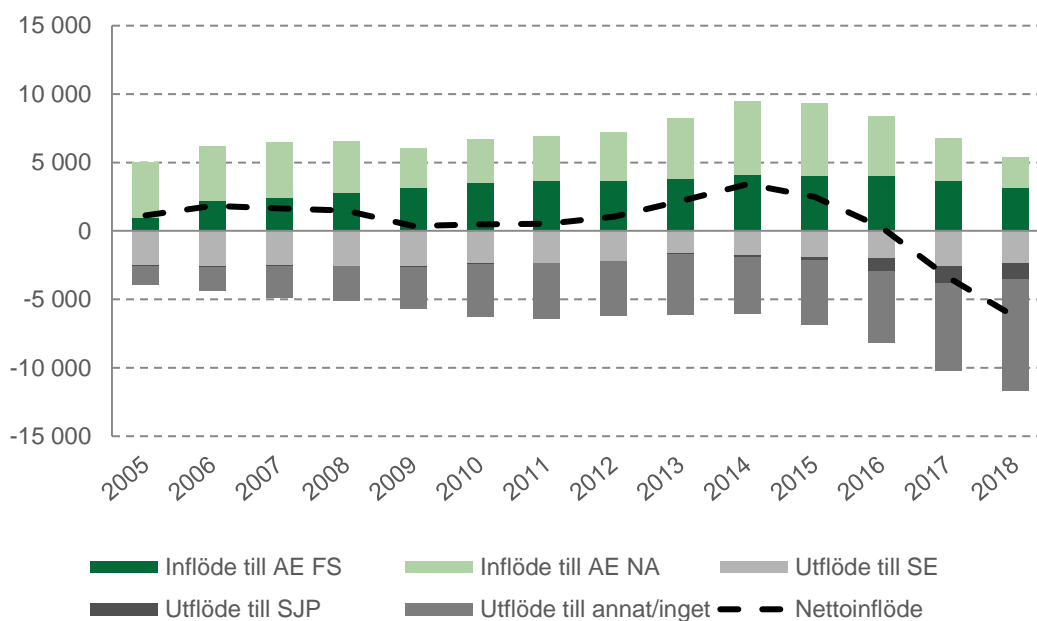
²⁷ Som nybeviljande räknas bara personer som aldrig tidigare haft aktivitetsersättning. Inflödet består förutom av de som beviljas aktivitetsersättning för första gången även av alla som påbörjar en ny period där det finns ett glapp sedan tidigare ersättningsperiod.

andelen avslag är betydligt lägre och inflödet främst påverkas av faktorer utanför Försäkringskassan.

4.2 Inflödet till aktivitetsersättning fortsätter minska samtidigt som utflödet ökar

Efter flera års ökning av antalet personer som fick en ny period med aktivitetsersättning har antalet istället minskat årligen sedan 2015. Denna vändning beror både på att färre beviljas ersättningen och att fler avslutar sin tid med aktivitetsersättning. Aktivitetsersättning kan både beviljas vid nedsatt arbetsförmåga (NA) och för förlängd skolgång (FS) men det har främst varit inflödet vid nedsatt arbetsförmåga som varierat över tid. I Figur 15 presenteras det sammansatta in- och utflödet från ersättningen vilket tydliggör hur dessa tillsammans påverkar det totala antalet personer som får aktivitetsersättning.

Figur 15 Inflödet och utflödet till aktivitetsersättning per år, 2005-2018



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

4.2.1 Inflödet till aktivitetsersättningen minskar stadigt

Under 2018 minskade inflödet både till aktivitetsersättning vid förlängd skolgång och för nedsatt arbetsförmåga. Precis som tidigare variationer i inflödet skedde det i högre grad för nedsatt arbetsförmåga vars inflöde minskade med 25 procent från 4 500 under 2017 till 3 100 under 2018. Men även aktivitetsersättning vid förlängd skolgång hade ett klart lägre inflöde under 2018 vilket minskade med 20 procent från 4 000 till 3 200. Utvecklingen det senaste året har lett till att förlängd skolgång återigen står för en större del av inflödet till aktivitetsersättning än nedsatt arbetsförmåga. Senast förlängd skolgång stod för en majoritet av inflödet var under 2012,

innan inflödet för nedsatt arbetsförmåga började öka kraftigt. Enligt Försäkringskassans senaste prognos väntas inflödet fortsätta minska under 2019 och för att därefter utvecklas stabilt (Försäkringskassan 2019c).

4.2.2 Utflödet till annat än sjukpenning eller sjukersättning har ökat med 30 procent

Förutom att inflödet har minskat under 2018 beror det fortsatt minskande antalet personer med aktivitetsersättning på att även utflödet minskat kraftigt sedan 2016. De främsta orsaken till detta är troligen att inflödet tidigare ökat under lång tid. Att fler nu avslutar sin period med aktivitetsersättning är dels en naturlig effekt av att en del av dessa nu fyller 30 år och därför inte längre är berättigade till aktivitetsersättning. Men det har också skett en viss ökning i utflödet av personer under 30 år, vilket torde bero på att även färre beviljats förlängning efter de kvalitetshöjande åtgärder som genomfördes efter att Försäkringskassan 2016 fann brister i utredningarna (Försäkringskassan 2016). Det ökade utflödet av personer under 30 år kan också bero på att det i början av 2017 blev det möjligt att beviljas hel sjukersättning även innan man fyller 30 år.

Majoriteten av personerna i utflödet övergick till annat än sjukpenning eller sjukersättning. Det kan dels bero att det under samma period generellt sett varit färre som beviljats sjukersättning på grund av fokus på ökad kvalitet i bedömningarna, dels på att många av dessa inte arbetat upp någon SGI och därför inte kan få sjukpenning. Därutöver beviljas bara sjukpenning i särskilda fall för personer som haft aktivitetsersättning tills de fyllt 30. Under 2018 var det 8 000 personer som efter aktivitetsersättning övergick till annat än sjukpenning eller sjukersättning vilket är 30 procent fler än under 2017.²⁸ Det är viktigt att följa upp dessa personer så att de får det stöd de behöver i övergången från aktivitetsersättning.

Utflödet till sjukpenning och sjukersättning har istället minskat något under 2018. Under 2018 övergick 2 400 personer till sjukersättning vilket är 1 000 personer färre än under 2017. Att de ändå är fler än under 2016 beror till viss del på att det fortfarande är många personer under 30 år som istället för aktivitetsersättning ansökte om och beviljades sjukersättning.²⁹

4.3 Utplaning i antalet nybeviljade aktivitetsersättningar

Medan utflödet ofta sker naturligt i och med att den försäkrade fyller 30 år är det variationer i inflödet som i första hand påverkar hur antalet personer som har aktivitetsersättning utvecklas över tid. *Inflödet* som analyseras ovan består av alla som *beviljas* en ny period med aktivitetsersättning om det inte sker direkt efter en tidigare period, det vill säga, inflödet inkluderar även personer som tidigare lämnat

²⁸ Denna grupp har ökat stadigt sedan 2005 då de var 1 300, undantaget perioden 2011 till 2014 då de låg relativt stabilt kring ca 4 000 personer för att därefter fortsätta öka.

²⁹ I december 2018 hade 2 200 personer gått över till sjukersättning innan de fyllt 30 varav 1 170 övergångar skedde under 2018. Enligt Försäkringskassans prognos förväntas totalt ungefär 3 000 personer under 30 övergå från aktivitetsersättning mellan 2017 och 2020 (Försäkringskassan 2019c).

försäkringen men har kommit tillbaka. Ett annat sätt att följa utvecklingen inom aktivitetsersättningen är att se till vilka som *nybeviljas* aktivitetsersättning. *Nybeviljandet* består enbart av personer som aldrig tidigare haft aktivitetsersättning. Dessa är därför färre än antalet personer som omfattas av inflödet.

Minskningstakten för det årliga nybeviljandet av aktivitetsersättning har avtagit under slutet av 2018 och början av 2019. Det senaste året, mellan april 2018 och mars 2019, har det årliga nybeviljandet av aktivitetsersättning minskat med 6 procent, från 6 000 till 5 700.³⁰ Av dessa 5 700 var det 1 200 kvinnor och 1 200 män som nybeviljades aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och 1 500 kvinnor och 1 800 män som nybeviljades aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.

4.3.1 Avslagen fortsätter att öka inom aktivitetsersättning

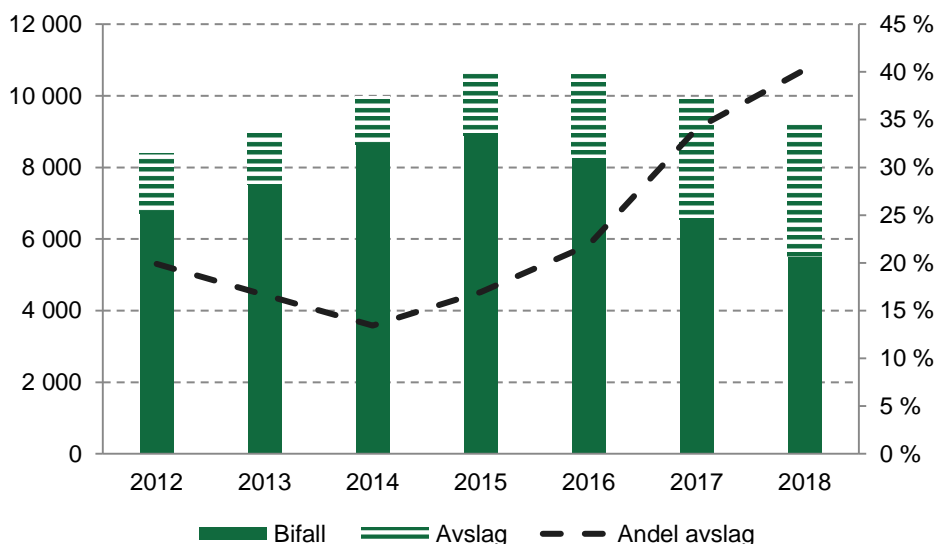
Att nybeviljandet fortsatte minska under 2018 skulle till viss del kunna förklaras av att ansökningarna minskade, men samtidigt ökade även avslagen vilket bidrog till det lägre nybeviljandet.³¹ I Figur 16 redovisas antalet och andelen bifall och avslag vid initiala ansökningar om aktivitetsersättning, per år.³² Under 2018 fick 40 procent avslag vid en initial ansökan, vilket innebär en fortsatt ökning från 34 procent avslag under 2017. Kvinnor och män stod för vardera hälften av antalet avslag och avslagsfrekvensen ökade för båda grupperna.

³⁰ Som nybeviljande räknas bara personer som aldrig tidigare haft aktivitetsersättning. Dessa är därför färre än vad som framgår av inflödesfiguren ovan där alla som beviljas ersättningen räknas även om de haft aktivitetsersättning tidigare. Se avsnitt Centrala begrepp.

³¹ En enkel beräkning ger att avslagsökningen står för drygt hälften av det minskade nybeviljandet. Resterande minskning beror på att färre ansökt om aktivitetsersättning.

³² Avslagsandelar kan beräknas för olika typer av ansökan. I denna figur redovisas ansökningar och beslut vid en initial ansökan om aktivitetsersättning. Eftersom aktivitetsersättning beviljas för maximalt tre år i taget kan man dock ansöka om förlängning samt om förändrad omfattning. När omfattning och förlängning inkluderas ligger avslagsandelen på en lägre nivå, 26 procent under 2018. Den årliga utvecklingen redovisas i Figur 63 i bilaga 4.

Figur 16 Avslag vid enbart initial ansökan. Antal beslut om aktivitetsersättning uppdelat på bifall och avslag (vä axel) samt andelen avslag (hö axel) 2012-2018. Rullande 12 månaders summering*



*Detta är preliminära beräkningar för avslagsfrekvensen för SE samt AE. Den stora skillnaden från tidigare beräkningar är att vi tidigare har underskattat nämnaren (med avseende på bifallen då vi inte inkluderat "förlängningsärenden"). Detta har lett till en lägre nivå jämfört med tidigare redovisningar, medan utvecklingen följer samma mönster.

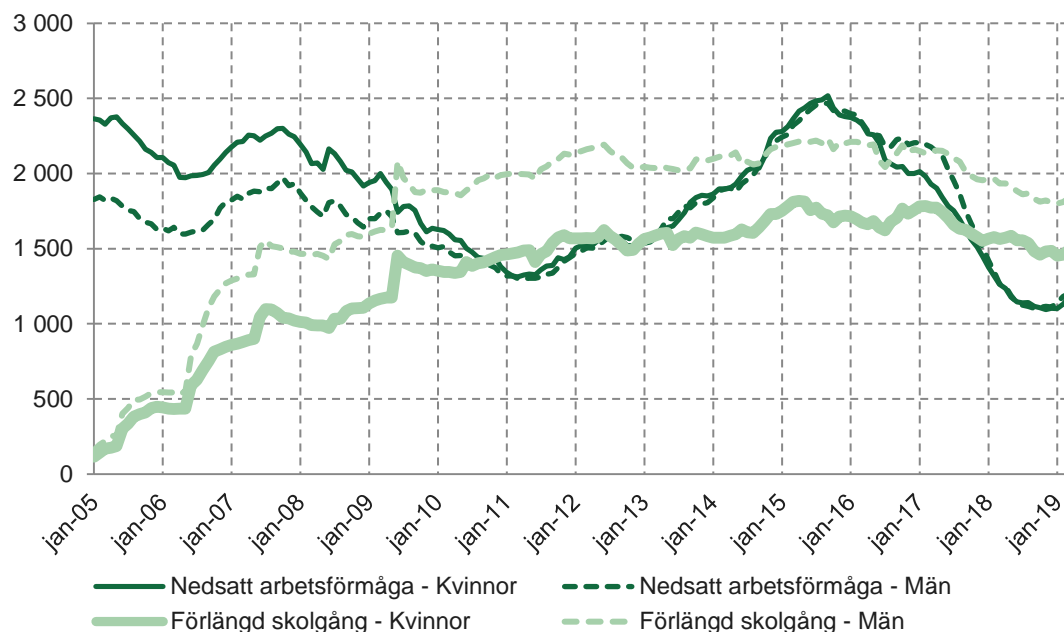
Källa: Försäkringskassans datalager Store

De ökande avslagsandelarna kan troligen förklaras av att en rättslig kvalitetsuppföljning av handläggningen inom aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga genomfördes under 2016 (Försäkringskassan 2016). Man fann då stora brister i handläggningen vad gäller bedömningen av rätten till aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Detta ledde till att man genomförde kvalitetshöjande åtgärder vilka i sin tur ökade andelen avslag.

4.3.2 Nybeviljandet för nedsatt arbetsförmåga har planat ut under andra halvåret 2018

Efter en tidigare kraftig nedgång i antalet nybeviljade aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga har dessa planat ut under andra halvåret 2018, vilket framgår av Figur 17. Sedan juni 2018 har nybeviljandet legat kring 1 100 per år för både kvinnor och män. I början av 2019 framträder istället en viss månatlig ökning då 1 200 kvinnor och män nybeviljades aktivitetsersättning de senaste 12 månaderna. Jämfört med ett år tidigare har det dock fortfarande skett en minskning i antalet nybeviljade aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga, med 7 procent för kvinnor med 5 procent för män. Nybeviljandet vid förlängd skolgång har istället fortsatt minska hela 2018 men hela tiden i lägre takt än för nedsatt arbetsförmåga. Under början av 2019 började även nybeviljandet vid förlängd skolgång minska och i mars 2019 låg den årliga minskningstakten på 5 procent för både kvinnor och män.

Figur 17 Nybeviljade aktivitetsersättningar uppdelat på förlängd skolgång och nedsatt arbetsförmåga för kvinnor och män, jan 2005-mar 2019. Rullande 12 månaders summering



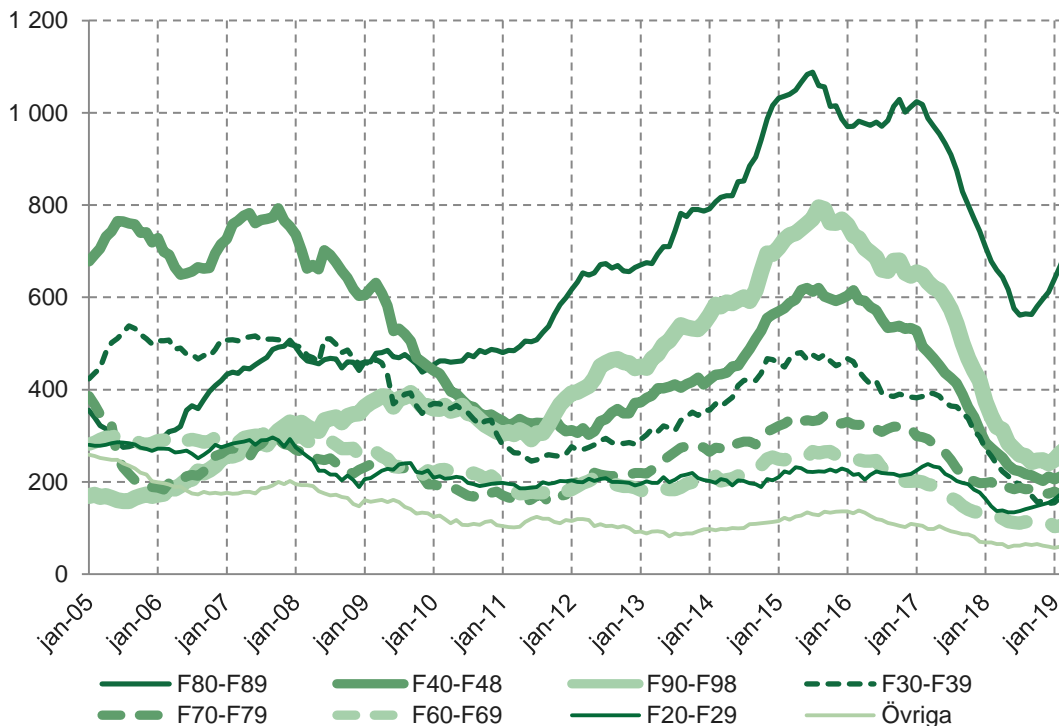
Källa: Försäkringskassans datalager Store

4.3.3 Nybeviljandet för störningar av psykisk utveckling har ökat det senaste halvåret

Eftersom psykiatriska diagnoser (F00-F99) står för 77 procent av nybeviljandet följs denna grupp upp närmare. Medan förstämningssyndrom (F30-F39) och ångest- och stressyndrom (F40-F48) är de vanligaste psykiatriska diagnoserna inom både sjukpenning och sjukersättning ser sammansättningen till viss del annorlunda ut inom aktivitetsersättning. Här är störningar av psykisk utveckling (F80-F89) det vanligaste diagnosavsnittet.

Den senaste tidens utplaning av nybeviljandet inom aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga har skett för merparten av de psykiatriska diagnosavsnitten. Av Figur 18 framgår dessutom en klar vändning det senaste halvåret för det vanligaste diagnosavsnittet ”störningar av psykisk utveckling”. I mars 2019 låg den årliga ökningstakten på 6 procent inom detta avsnitt. Till antalet innebär det en ökning med 40 nybeviljanden jämfört med året innan. Ökningen gäller både kvinnor (9 procent) och män (4 procent), och för män har det även skett en ökning av nybeviljandet inom schizofreni (F20-F29). Dessa har ökat med 41 procent under 12-månadersperioden fram till och med mars 2019, till 134 årliga nybeviljanden från 95 under närmast föregående år. Det gör schizofreni till den näst vanligaste diagnosen för män vid nybeviljande av aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Figur 18 Nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga för psykiatriska diagnoser, jan 2005-mar 2019. Rullande 12 månaders summering



Anm: Vanligast förekommande diagnosavsnitt visas.

F80-F89 Störningar av psykisk utveckling

F40-F48 Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom

F90-F98 Beteendestörningar och emotionella

störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

Källa: Försäkringskassans datalager Store

F30-F39 Förstämningssyndrom

F70-F79 Psykisk utvecklingsstörning

F60-F69 Personlighetsstörningar och

beteendestörningar hos vuxna

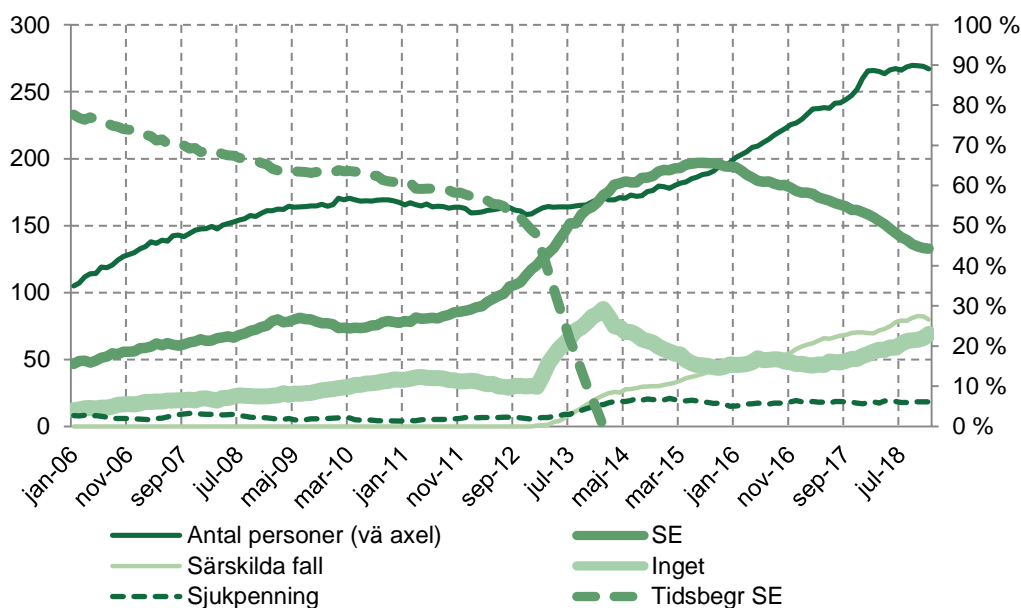
F20-F29 Schizofreni, schizotypa störningar och

vanföreställningssyndrom

4.4 Fler övergår till "annat" efter avslutad aktivitetsersättning i samband med 30-årsdagen

I tidigare avsnitt har fokus legat på att analysera den fortsatta minskningen av antalet personer med aktivitetsersättning. Detta avsnitt fokuserar på vad som händer efter avslutad aktivitetsersättning på grund av att man fyllt 30 år och därmed inte längre är berättigad till aktivitetsersättning. Efter en tidigare ökning av antalet personer som varje månad fyllde 30 år har det legat stabilt på drygt 270 personer sedan februari 2018. I Figur 19 illustreras var dessa personer befann sig sex månader efter avslutad aktivitetsersättning och huruvida det förändrats över tid.

Figur 19 Fördelning över förmån för personer som haft aktivitetsersättning tills de fyller 30 år i form av *antal personer* (vä axel) och *andel per grupp* (hö axel), jan 2005-dec 2018. Status 6 månader efter 30-årsdagen. Rullande 12 månaders medelvärden



Källa: Försäkringskassans datalager Store och MiDAS

Innan den tidsbegränsade sjukersättningen togs bort 2012 övergick majoriteten till denna ersättning inom sex månader efter de fyllt 30 år. Därefter ökade tillfälligt andelen som inte övergick till någon annan ersättning innan regelverket för sjukpenning i särskilda fall var på plats.³³ Dessa har därefter ökat stadigt och under 2018 var andelen som övergick till sjukpenning i särskilda fall i genomsnitt 27 procent.

Efter att den tidsbegränsade sjukersättningen togs bort blev det först en större andel som istället övergick till sjukersättning. Sedan 2015 har denna andel däremot sjunkit, från drygt 66 procent till 44 procent under 2018, vilket är en följd av att rådande regelverk för sjukersättning började tillämpas mer korrekt. En orsak till att de fortsatt minska kan vara att fler har övergått till sjukersättning redan innan de fyller 30 efter att det blev möjligt i februari 2017. De sista månaderna 2018 tyder dock på att andelen som övergår till sjukersättning har planat ut.

Samtidigt som en mindre andel beviljas sjukersättning efter att de fyllt 30 år har andelen personer som varken övergår till sjukersättning, sjukpenning eller sjukpenning i särskilda fall ökat under 2017 och 2018, från 15 procent till i genomsnitt 23 procent under 2018. I denna grupp finns personer som börjar arbeta

³³ Sjukpenning i särskilda fall infördes för personer som haft maximal tid med tidsbegränsad sjukersättning (från 2012) eller aktivitetsersättning till 30-årsdagen (från 2013) och som inte har någon eller väldigt låg sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

eller studera, går över till Arbetsförmedlingen, får föräldrapenning, försörjningsstöd eller blir försörjda på annat sätt. Andelen av alla, oavsett ålder, som avslutat en period med aktivitetsersättning som därefter började arbeta eller studera stod under 2018 för 7 respektive 4 procent (Försäkringskassan 2019d).³⁴ För att denna grupp ska bli så stor som möjligt är det viktigt att personer som inte längre har rätt till aktivitetsersättning får det stöd de behöver i övergången till annan försörjning.

³⁴ Andelen som arbetar och studerar är av alla personer som avslutat en period oavsett ålder och utifrån Försäkringskassans registrering vid avslutad period.

5. Utmaningar för sjukfrånvarons fortsatta utveckling och åtgärder för ett långsiktigt lågt sjukpenningtal

Sjukförsäkringen syftar till att ge ekonomisk trygghet för individer som inte kan arbeta på grund av sjukdom. Sjukpenning ska ge ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom medan sjuk- och aktivitetsersättning ger ekonomisk trygghet vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Sjukförsäkringen är en viktig del av de offentliga trygghetssystemen och har stor betydelse både för enskilda individer och för hela samhället.

Det senaste året har det skett en inbromsning i den tidigare minskande sjukfrånvaron. Det har skett genom att inflöde och varaktighet inom sjukpenningen såväl som nybeviljandet av sjuk- och aktivitetsersättning har stabiliserats. Denna utveckling har lett till att sjukpenningtalet varit mer eller mindre oförändrat sedan nästan ett år tillbaka. Det sker fortfarande en minskning, men den är svag. Utplaningen går igen i övriga indikatorer för sjukfrånvaron som samtliga visar på en avtagande minsknings-takt och vad som kan betecknas som en stabil utveckling.

Den samlade sjukfrånvaron befinner sig nu på en historiskt låg nivå liksom under en stor del av 2010-talet. Även i ett internationellt perspektiv befinner sig Sverige sedan 2009 på en genomsnittlig nivå. De kraftiga variationer som innan dess utmärkte Sverige jämfört med andra västeuropeiska länder har också varit mindre sedan dess. Men samtidigt som den samlade sjukfrånvaron kan anses vara låg och stabil finns det grupper där sjukfrånvaron ökar. I detta kapitel diskuteras dels förutsättningar och potentiella åtgärder för en fortsatt låg och stabil nivå på sjukfrånvaron, dels utsatta grupper där särskilt fokus kan behövas framöver.

5.1 En fortsatt låg och stabil sjukfrånvaro

För att bibehålla en låg och stabil sjukfrånvaro krävs ett fortsatt aktivt arbete från aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Det är först när en person blir aktuell för sjukskrivning som Försäkringskassan får en viktig roll, medan det som händer innan dess ligger utanför vårt område. Det hindrar inte att vi gör vissa iakttagelser av vad som kan förbättras både innan en person blir sjuk och därefter sjukskriven samt under pågående sjukskrivning. Förslag till åtgärder för en låg och stabil sjukfrånvaro riktas därför både mot faktorer som påverkar uppkomsten av ohälsa och för att skapa bättre förutsättningar för att personer som blivit sjuka ska kunna återfå arbetsförmåga.

De faktorer som Försäkringskassan bedömer som särskilt viktiga för att uppnå en långsiktigt stabil och låg nivå på sjukfrånvaron och en väl fungerande sjukskrivningsprocess kan delas in i fyra områden: insatser för förbättrad folkhälsa, insatser från aktörerna i sjukskrivningsprocessen, förändringar i lagstiftning samt en tillgänglig arbetsmarknad. Det handlar bland annat om förebyggande åtgärder på arbetsplatser och inom hälso- och sjukvård, aktiva insatser för personer som är sjukskrivna och en stabil styrning och tillämpning av försäkringen.

5.1.1 Arbetet för en låg sjukfrånvaro börjar redan innan sjukskrivning blir aktuellt

Folkhälsan i Sverige har i sin helhet förbättrats under de senaste decennierna. Det finns dock tendenser i folkhälsans utveckling som kan bidra till en ökad sjukfrånvaro över tid. Det handlar exempelvis om ökad övervikt och fetma, ökad rapportering av sömnproblem och en ökad psykisk ohälsa bland unga. Nästan hälften av dagens sjukskrivningar är relaterade till psykisk ohälsa och på sikt går det inte att utesluta att dessa folkhälsorelaterade tendenser kan få effekter på sjukfrånvaro och sjukskrivning. Att unga redan från start går in i arbetslivet med psykisk ohälsa i bagaget innebär en uppenbar risk för framtida sjukskrivning och sämre förutsättningar att etablera sig och hålla sig kvar på arbetsmarknaden. Att rusta unga för arbetslivet startar redan i grundskolan som ska ge eleverna kunskap om bland annat den egna livsstilens betydelse för hälsa.³⁵ Detta är även viktigt för att inte förstärka de socioekonomiska skillnader i hälsa som redan finns.

Insatser på samhällsnivå för förbättrad folkhälsa tillhör således, tillsammans med förebyggande insatser på arbetsplatserna, de mest fundamentala åtgärderna för att långsiktigt färre ska bli sjukskrivna. En viktig aktör i det förebyggande arbetet är arbetsgivarna. Den övervägande majoriteten av dem som blir sjukskrivna är anställda då de står för 86 procent av de startade sjukfallen. Arbetsgivarna har ett tidigt ansvar i att vidta förebyggande åtgärder redan innan en person blir sjuk och de hanterar även sjuklönen. På arbetsplatsen finns en möjlighet att tidigt fånga upp individer som på grund av en alltför krävande livssituation riskerar att bli sjukskrivna. Det är även där som faktorer som bidrar till arbetsrelaterad ohälsa kan elimineras.

Samtidigt som den fysiska arbetsmiljön har förbättrats över tid, vilket kan förklara en lägre sjukfrånvaro inom fysiska diagnoser, så har andra typer av arbetsmiljöproblem uppstått. Digitalisering och tekniska hjälpmedel har lett till att det idag går att jobba i stort sett när och var som helst, något som skapar både möjligheter och utmaningar. Ständig uppkoppling kan leda till att gränsen mellan arbete och fritid suddas ut och att det blir svårare att hitta utrymme för återhämtning. De långsiktiga effekterna av den här förskjutningen i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, som ofta refereras till som den psykosociala arbetsmiljön, är ännu inte kända.

Arbetsmiljöverket bedriver sedan 2017 en nationell inspektionsinsats riktad just mot den psykosociala arbetsmiljön. Syftet är att se till att arbetsgivare gör vad de kan för att förebygga framförallt psykisk ohälsa som kan relateras till arbetet.³⁶ Insatsen riktar sig mot utvalda branscher som identifierats genom statistik, rapporter och tips. Urvalet och fokus på just psykosocial arbetsmiljö ligger i linje med de resultat som

³⁵ Se Läroplan för grundskolan samt förskoleklassen och fritidshemmet (Lgr11): <https://www.skolverket.se/undervisning/grundskolan/laroplan-och-kursplaner-for-grundskolan/laroplan-lgr11-for-grundskolan-samt-for-forskoleklassen-och-fritidshemmet>

³⁶ <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/inspektioner-utredningar-och-kontroller/inspektion/aktuella-inspektioner/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/>

även Försäkringskassan kommit fram till i sina analyser (se till exempel Försäkringskassan 2018d). Att Arbetsmiljöverket får fler riktade uppdrag för att kunna följa upp och inspektera arbetsgivarna i högre utsträckning är ett led i åtgärder som kan vidtas för att stärka det förebyggande arbetet även på längre sikt.

När en individ väl har blivit sjuk är hälso- och sjukvården en central aktör för att både omhänderta och behandla ohälsa. Den psykiska ohälsan är viktig att komma åt eftersom den utgör grund till en stor och växande del av sjukfallen som startar och att dessa sjukfall dessutom tenderar att bli längre i genomsnitt. Helt oberoende av sjukskrivningsproblematiken kan konstateras att både primärvård och psykiatri står otillräckligt rustade för att svara upp mot befolkningens vårdbehov. Exempelvis finns varken en sammanhållen struktur eller tillräckliga resurser för att omhänderta psykisk ohälsa hos unga.

Det behövs även mer kunskap och förbättrade rutiner kring hur sjukskrivning används som behandlingsmetod. Det finns tillstånd då sjukskrivning är en nödvändighet för att sjukdomen eller skadan helt enkelt gör det omöjligt för individen att arbeta. Sjukskrivning innebär en möjlighet för personer med tillfälligt nedsatt arbetsförmåga att återhämta sig och delta i behandling och rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Men det finns även risker med sjukskrivning. Vi vet att tidigare perioder med sjukpenning ökar risken för att bli sjukskriven igen och att längre sjukskrivningar ökar den risken ytterligare (se t.ex. Försäkringskassan 2018e). Det finns många långtgående negativa konsekvenser för individen. Sämre ekonomiska förutsättningar, sämre karriärmöjligheter samt negativ påverkan på livsstilsfaktorer såsom rökning, alkoholkonsumtion, motion och sociala relationer är sådant som tas upp i den forskning som finns på området (SBU 2003).

Det behövs mer kunskap om vad som bäst hjälper individer som drabbas av psykisk ohälsa. Sjukskrivning är inte nödvändigtvis alltid det som är bäst för individen. Primärvården, som hanterar en betydande del av sjukskrivningarna, behöver till exempel bättre förutsättningar att kunna bemöta psykisk ohälsa på flera sätt än med sjukskrivning som förstahandsalternativ. För att kunna göra det krävs bättre verktyg för att diagnosticera och behandla stressrelaterad psykisk ohälsa, vilket Försäkringskassan konstaterar i en rapport från 2017 (Försäkringskassan 2017d). För att komma till bukt med de brister i sjukskrivningsprocessen som rör hälso- och sjukvårdens ansvarsområden skulle det behövas en nationell styrning som tydliggör vårdens ansvar i samband med sjukskrivning. Myndigheter som Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) skulle kunna fylla viktiga funktioner i detta arbete.

Försäkringskassans påverkan på hur många som sjukskrivs begränsar sig till de initiala bedömningarna av rätten till sjukpenning. Under 2015-2016 skiftade fokus för styrningen av Försäkringskassan från förtroende till kvalitet i den rättsliga tillämpningen. Det bidrog relativt snabbt till att vända den ökande sjukfrånvaron, vilket bekräftas i en rapport från ISF (ISF 2018a). Att förändrad styrning över tid, och därmed förändrat fokus påverkar försäkringsutfallet leder också till svängningar i sjukfrånvarons utveckling utan att det sker några större regelförändringar. Förändrat

fokus tenderar även att sprida sig till fler aktörer än bara Försäkringskassan genom de signaler det sänder. Den senaste minskningen är resultatet av en kombination av faktorer, men Försäkringskassans fokus på att fatta korrekta beslut kan sannolikt ha varit en bidragande faktor. Sjukfrånvarons utveckling har sedan 2017 hållit sig på en relativt stabil nivå. För att förändrad styrning framöver inte ska få så stora konsekvenser och att sjukfrånvaron därmed kan fortsätta att utvecklas stabilt, behöver Försäkringskassan långsiktigt hållbara förutsättningar och resurser för att hantera sjukförsäkringen. Det krävs för att kunna upprätthålla hög kvalitet i samtliga utredningsmoment även om fokus för styrningen kan skifta.

5.1.2 För personer som ändå blir sjukskrivna krävs fortsatt aktivitet från samtliga berörda aktörer

För att hålla sjukfrånvaron på en långsiktigt låg och stabil nivå krävs bättre förutsättningar för dem som väl har blivit sjukskrivna att återfå arbetsförmåga. I detta avsnitt beskrivs hur stödet till den sjukskrivne behöver stärkas, både från arbetsgivaren som ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, och från hälso- och sjukvården som ska ge medicinsk rehabilitering. Dessutom lyfts hur förutsättningarna för Försäkringskassan att ta sitt samordnande ansvar i rehabilitering och omställning kan förbättras. Vidare behövs åtgärder för att underlätta omställning för dem som inte kan gå tillbaka till sitt ordinarie arbete.

Då nästan nio av tio som blir sjukskrivna har en anställning är arbetsgivarna en första central aktör i återgång i arbete. När en anställd blir sjukskriven gäller det att arbetsgivaren fortsätter att vara aktiv i rehabiliteringsprocessen. För att den försäkrade ska förbättra eller återfå sin arbetsförmåga kan det krävas både medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Ofta inväntar arbetsgivarna den medicinska behandlingen trots att en parallell anpassning av arbetssituationen skulle kunna leda till att eventuell arbetsförmåga tas till vara tidigare. För att kunna kombinera medicinska åtgärder och förändrade arbetskrav krävs det att arbetsgivare och hälso- och sjukvård samverkar i ett tidigt skede i processen. Rehabiliteringskoordinatorerna inom primärvården är av central betydelse för arbetsgivarnas behov av information för att kunna ta sitt rehabiliteringsansvar³⁷.

Arbetsgivarna behöver dock stöd i arbetet med rehabilitering. När en person blir sjukskriven har Försäkringskassan ansvar för att se till att behovet av rehabilitering klarläggs tidigt och att de åtgärder som behövs vidtas så snart det är möjligt. Det innebär att Försäkringskassan behöver avväga vilket verktyg som är mest effektivt utan att ta över arbetsgivarens ansvar och därmed bidra till att göra arbetsgivaren passiv. Svårigheten består också i att arbetsgivarna har olika parter att vända sig till för olika stödfunktioner. Det finns ett behov av att regeringen ser över vilket stöd arbetsgivarna kan få från olika parter såsom hälso- och sjukvården, företagshälso-

³⁷ Från den 1 juli 2018 ska alla arbetsgivare som har anställda som väntas vara borta från arbete mer än 60 dagar göra en plan för återgång i arbete. Se Departementsskrivelse 2017:9 *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*.

vården, Arbetsmiljöverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, arbetsgivarorganisationer etc. samt hur det bäst ska organiseras för att få till en effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Då det idag inte finns någon aktör som har det samlade ansvaret över att informera arbetsgivarna om rehabiliteringsuppdraget, används Försäkringskassan ofta som en gemensam ingång trots att det egentligen inte ligger i vårt uppdrag. Att se över arbetsgivarnas tillgång till stöd och vad som skulle kunna underlätta för dem kan således vara ett led i att arbeta för en fungerande sjukskrivningsprocess.

Försäkringskassan har ett tillsynsansvar över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.³⁸ Det är dock oklart i lagstiftningen och förarbeten vad tillsynsansvaret innebär och hur långt det sträcker sig. Till exempel är det inte tydligt vilket ansvar Försäkringskassan har i enskilda ärenden eller vad som menas med rehabilitering i nämnda bestämmelser.³⁹ Det är även en utmaning att Försäkringskassan både genom sitt samordningsansvar ska stötta arbetsgivarna i rehabiliteringsprocessen och samtidigt utöva tillsyn av de insatser som vidtas.

Däremot har Försäkringskassan inte tillsynsansvar över att arbetsgivare fullföljer sitt rehabiliteringsansvar. Försäkringskassan ska emellertid uppmärksamma Arbetsmiljöverket på arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar vad gäller arbetsanpassning och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen eller socialförsäkringsbalken. Det är dock få arbetsgivare som anmäls, vilket kan bero på svårigheten att identifiera mer systematiska brister. Både samordningen och tillsynen av insatser gäller dessutom bara personer som är sjukskrivna och får sjukpenning från Försäkringskassan.⁴⁰ Det omfattar inte dem som *riskerar* att bli sjukskrivna men där insatser från arbetsgivaren kan bidra till att motverka och förebygga ohälsa, vilket gör att det inte finns någon tillsyn att dessa insatser vidtas. Sammantaget behöver Försäkringskassans befintliga tillsynsansvar alltså tydliggöras och stärkas samtidigt som tillsynen av arbetsgivarnas ansvar att motverka och förebygga ohälsa behöver ses över och förstärkas.

Vid sidan av arbetsgivarna har hälso- och sjukvården en avgörande roll för att möjliggöra återgång i arbete för sjukskrivna personer eftersom de ansvarar för den medicinska behandlingen och rehabiliteringen. Det är därför ett problem att det från vårdens håll allmänt anges brist på tid, brist på organisatoriskt stöd och brist på nödvändig information i de enskilda fallen för att kunna ta det ansvaret. Läkare uppger också att de har svårt att bedöma i vilken grad en funktionsnedsättning begränsar förmågan till arbete samt att de har bristande kunskap om optimal sjukskrivningstid och omfattning. Kunskapsbristen gäller även konsekvenser av att vara sjukskriven och vilket värde arbete har som hälsofaktor (Alexandersson m.fl. 2018). De stimulansmedel som föreslås i den statliga utredningen *Samspel för hälsa* (SOU

³⁸ 30 kap. 8§ SFB

³⁹ Enligt 30 kap. 9–11 §§ SFB

⁴⁰ I denna grupp ingår även de som inte har rätt till sjukpenning men som har rätt till samordnande insatser enligt 30 kap. 2-3, 8-10 §§ SFB

2018:80) behövs, men måste användas klokt och tydligt i riktning mot primärvårdens förutsättningar att hantera sjukskrivningsfrågan.

För att Försäkringskassan ska kunna svara upp mot vårt ansvar för hur sjukskrivna individer ska kunna få rätt stöd i rehabilitering finns några punkter på vilka förutsättningarna kan förbättras. En utmaning för Försäkringskassan är att om allt fokus läggs på bedömningarna av rätten till sjukpenning riskerar individerna att inte få det stöd de kan behöva för återgång i arbete. Försäkringskassan behöver därför också stärka sitt arbete med samordningsuppdraget. Det är dock en utmaning att förena uppdraget att bedöma rätten till sjukpenning och uppdraget att samordna rehabilitering. Försäkringskassan ska å ena sidan stödja individen att återgå i arbete vilket kräver ett nära samarbete och förtroende. Å andra sidan ska Försäkringskassan fortlöpande ta ställning till om individen har rätt till sjukpenning utifrån ett regelverk där bedömningsgrunderna ändras vid bestämda tidpunkter. Ett led i att uppnå en långsiktigt stabil utveckling på fortsatt låg nivå är således att skapa förutsättningar för en enhetlig tillämpning över tid även i pågående sjukfall.

Förändringar i Försäkringskassans administrativa förutsättningar kan också spela roll för sjukfrånvarons utveckling på kort sikt. Tidigare utredningar visar att i perioder då antalet personer som blir sjukskrivna har ökat, har administrationen behövt prioritera utbetalningar av ersättning. Det har begränsat möjligheten till tidiga insatser för de sjukskrivna, som därmed i lägre utsträckning fått det stöd de behöver för en hållbar återgång i arbete. Den stärkning av handläggningen enligt rehabiliteringskedjan som Försäkringskassan inledde 2015 har bidragit till att fler har återgått snabbare i arbete efter en sjukskrivning. Ett fortsatt fokus på hög kvalitet i bedömningarna av rätten till sjukpenning även i pågående sjukfall är således av vikt för en fortsatt stabil utveckling. Försäkringskassan behöver dock stärka tillämpningen ytterligare, särskilt inför bedömningsgrundens förändring efter dag 180. Det handlar både om en enhetligare tillämpning för att bedöma arbetsförmågans nedsättning och för att ge stöd till dem som behöver det för att kunna återgå i arbete.

För vissa personer kommer dock rehabiliteringsinsatser aldrig kunna leda till återgång i ordinarie arbete. För dessa behövs stöd för omställning. Även i omställningsprocessen krävs ett ansvarstagande från alla aktörer, och för att få till stånd det måste de inblandades roller och handlingsalternativ förtydligas. Att underlätta för sjukskrivna och personer som riskerar sjukskrivning att prova på nya arbeten är en väg att främja omställning. Arbetsmarknadens parter måste också ta ansvar för vilken arbetsmarknad som ställs till förfogande. Hur sjukfrånvaron utvecklas kan härledas till vilken typ av jobb som står till buds. För att personer med nedsatt hälsa, eller funktionsnedsättning, ska kunna återgå i arbete måste det finnas en arbetsmarknad som tillåter variationer i arbetsförmåga. Det finns idag program som syftar till att skapa yrken som riktar sig till personer med funktionsnedsättning, se till exempel projektet Fler vägar in – Breddad rekrytering inom SKL. Liknande satsningar skulle kunna appliceras på bredare målgrupper som även inkluderar personer med nedsatt hälsa. Det måste finnas en arbetsmarknad som är beredd att anställa dem som har begränsningar.

Slutligen finns åtminstone en punkt på vilken en förändrad lagstiftning skulle kunna bidra både till en långsiktig minskning i sjukpenningtalet och en ökad trygghet för individen. Försäkringskassan har sedan tidigare påpekat att utformningen av regelverket för sjukersättning gör att individer riskerar att bli fast i långa sjukskrivningar trots att de sannolikt inte kommer återfå arbetsförmåga (Försäkringskassan 2017b). Utifrån perspektivet att så få beviljas sjukersättning idag är det värt att ställa sig frågan om sjukpenningtalet kan bli så mycket lägre med nuvarande lagstiftning. När det tidigare målet om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar sattes upp utgick man även från att antalet nybeviljade sjukersättningar skulle uppgå till 18 000 i genomsnitt per år. De senaste två åren har dock antalet nybeviljade sjukersättningar uppgått till knappt 6 000 per år. Detta bedöms kunna förklara en betydande del av de längsta sjukfallen idag. Sjukpenning är en ersättning som prövas löpande, vilket innebär större osäkerhet och potentiellt ökad stress för individen.

5.2 Utsatta grupper där behovet av åtgärder fortfarande är stort

Den låga och stabila sjukfrånvaron som uppvisas på nationell nivå just nu innebär inte att det inte finns vissa grupper där utvecklingen går i en annan riktning. Det är oroande att den psykiska ohälsan fortsätter att öka bland unga. För både män och kvinnor ökar antalet startade sjukfall inom psykiatriska diagnoser i åldersgruppen 20-29 år, detta i en ålder då anknytningen till arbetsmarknaden förmodligen ännu inte hunnit etableras fullt ut. Vi vet dessutom att tidigare sjukskrivning utgör en av de tydligaste riskerna för framtida sjukfrånvaro. Dessa unga individer riskerar således att hamna i livslångt utanförskap som kännetecknas av långvarig psykisk ohälsa och oförmåga till egen försörjning.

Den psykiska ohälsan fortsätter även att öka i åldersgruppen 30-39 år, den ålder då många befinner sig i familjebildning med ökade krav på balans mellan arbete och privatliv. Kvinnors dubbelarbete lyfts i forskning fram som en av orsakerna till att det råder så stora könsskillnader i sjukfrånvaro. Ända sedan början av 1980-talet har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män och skillnaderna har ökat. Under 2000-talet har kvinnors sjukpenningtal gått från att ligga runt 60 procent högre än männens till 90 procent högre. Könsskillnaderna följer till viss del den generella utvecklingen – i tider av ökande sjukfrånvaro tenderar könsgapet att bli större medan det minskar när sjukfrånvaron går ner. En orsak till könsskillnader som förts fram är den segregerade arbetsmarknaden, vilket medför olika arbetsvillkor. Sjukfrånvaron är som högst inom vård- och omsorgsyrcen där en majoritet av de sysselsatta är kvinnor. Sjukskrivningar kopplade till graviditet är ytterligare en faktor bakom kvinnors högre sjukfrånvaro. Kvinnor är dessutom överrepresenterade i de två största diagnoskapitlen psykiatriska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen.

En ytterligare anledning till könsskillnaderna inom just sjukpenningtalet är att kvinnor påverkades i större utsträckning av regelförändringarna inom sjukersättning 2008. Innan dess var det betydligt fler kvinnor än män som gick över till sjukersättning från sjukpenning. När kriterierna för att beviljas sjukersättning skärptes innebar det således att fler kvinnor blev kvar med sjukpenning. Sedan dess har nybeviljandet

av sjukersättning minskat ytterligare och det är idag ännu färre som bedöms ha rätt att byta ut sjukpenning mot sjukersättning. Skillnaden i arbetsmarknadsbegreppen mellan sjukpenning och sjukersättning innebär att individer blir kvar i långa sjukskrivningar trots att deras förutsättningar för att arbeta i praktiken är uttömda. För dessa individer skulle en övergång till sjukersättning kunna betyda ökad trygghet och stabilitet. Att sitta fast i långa sjukskrivningar som sannolikt kan komma att pågå ända fram till ålderspension är dels påfrestande för individen, dels innebär det fler administrationsmoment för både ärendehandläggning och hälso- och sjukvården som utfärdar förnyade läkarintyg för fortsatt sjukskrivning. Försäkringskassans ståndpunkt att reglerna för sjukersättning därför bör ändras är något vi återkommer till på flera ställen i rapporten.

Regelförändringarna för sjukersättning som kom 2008 innebär också att det finns en stor grupp som enligt tidigare regelverk hade haft rätt till sjukersättning men som nu måste försörja sig på annat sätt. Det är av stor vikt vilket stöd till arbete dessa får, både de som vid ansökan har pågående sjukfall och de som bedöms kunna arbeta. Samtidigt visar en studie från 2018 att denna grupp, efter att regelverket blev striktare, framför allt har försörjt sig genom arbete och att ökningar i andel som haft inkomster från andra transfereringssystem som huvudsaklig inkomstkälla varit förhållandevis små (Johansson m.fl. 2018).

Försäkringskassan har i rättsliga uppföljningar bedömt att många som tidigare beviljats aktivitetsersättning inte uppfyllde kriterierna. Det har därför skett ett arbete för att fatta mer korrekta beslut vilket har inneburit att färre har beviljats aktivitetsersättning. Det betyder att det jämfört med tidigare kan finnas en grupp av unga som behöver extra stöd för att kunna ta tillvara den arbetsförmåga de bedöms ha. Många av dem som ansöker om aktivitetsersättning har livslånga funktionsnedsättningar, ofta inom psykiatriska diagnoser, och det är därför viktigt att de som behöver får ta del av till exempel arbetsplatsnära stöd för att kunna få och behålla ett arbete. Samtidigt finns det en motsägelse i samordningsuppdraget för denna grupp. Det handlar ofta om personer som aldrig haft ett arbete som först ska bevisa att de saknar arbetsförmåga för att kunna beviljas aktivitetsersättning och sedan, när ersättning har beviljats, ska kunna delta i arbetslivsinriktade åtgärder. När fler får avslag på sina ansökningar om aktivitetsersättning innebär det en ökning av gruppen unga med nedsatt arbetsförmåga vilken sannolikt har svag anknytning till arbetsmarknaden och som ska få stöd av andra insatser till exempel Arbetsförmedlingen och kommunal verksamhet. Detta knyter an till de åtgärder Försäkringskassan efterfrågar när det gäller att skapa en arbetsmarknad som tillåter begränsningar i arbetsförmåga.

Så som regelverket är utformat idag finns det även individer som haft aktivitetsersättning till 30-årsdagen och som därefter inte fångas upp inom gällande regelverk. Det är individer som saknar arbetsförmåga, men som inte kan få sjukersättning eftersom det inte bedöms vara styrkt att den är stadigvarande nedsatt. Samtidigt kan de ha jobbat deltid, vilket kan innebära att de har tjänat för mycket för att ha rätt till sjukpenning i särskilda fall. Å andra sidan har de arbetat för lite för att kunna få vanlig sjukpenning.

För personer med nedsatt hälsa, men som av olika anledningar inte uppfyller villkoren i sjukförsäkringen och i många fall därmed är hänvisade till Arbetsförmedlingen, är det ett problem att regelverken i sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken inte är harmoniserade vad gäller synen på arbetsförmåga. Disharmonin försvårar samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och ytterst drabbar det den enskilda individen. Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga görs utifrån strikt medicinska grunder. Begreppet arbetsförmåga används även inom Arbetsförmedlingen, men med delvis annan innebörd. Sammantaget gör olikheterna i begrepp och regelverk att krokar som påverkar individen kan uppstå trots att myndigheterna samarbetar och arbetar rätt enligt respektive regelverk. En person kan till exempel bedömas ha arbetsförmåga enligt Försäkringskassan, men samtidigt bedömas inte ha tillräckligt arbetsförmåga för att stå till arbetsmarknadens förfogande enligt Arbetsförmedlingen. Risken finns då att individer blir av med sin sjukpenninggrundande inkomst eftersom de inte stått till arbetsmarknadens förfogande under tid utan ersättning från Försäkringskassan. Både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har lämnat förslag på författningsändringar för att ge det förstärkta samarbetet bättre förutsättningar att lyckas enligt uppdragsgivarens intention (Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 2018).

Avslutningsvis kan vi konstatera att det finns ett stort behov av mer kunskap på flera områden. För att kunna komma åt ökningen av den psykiska ohälsan måste vi veta vad som orsakar den. Enligt vissa studier består en del av ökningen av att kunskapen om och behandlingsmetoder för psykiatriska diagnoser förbättrats, vilket har lett till att läkare inte längre räds att ställa en psykiatrisk diagnos i samma utsträckning som tidigare (OECD 2012). Detta skulle även kunna ha bidragit till en diagnosförskjutning från fysiska till psykiatriska diagnoser. En annan fråga som diskuteras, men som det också finns begränsad kunskap om, är om det skett en ökad medikalisering av livsproblem (se t.ex. Inspektionen för socialförsäkringen 2018b). Psykiatriska diagnoser är även en förklaring till de stora könsskillnaderna inom sjukfrånvaro. Det behövs dock ännu mer kunskap om vad som orsakar skillnader mellan kvinnor och män inom sjukförsäkringen om vi vill kunna åtgärda dem. Vi vet också för lite om vilka metoder och insatser som ger effekt på återgång i arbete och ska samtidigt, utifrån det, ge rätt insats till rätt individ i rätt tid. Det innebär en risk att det läggs tid och resurser på fel moment eller fel ärenden. Slutligen behövs mer kunskap om konsekvenserna av sjukskrivning. När sjukskrivning är rätt behandlingsmetod och när det riskerar att leda till försämrade hälsa och försämrade livsvillkor är områden där ny kunskap vore värdefull för att kunna identifiera effektiva åtgärder för långsiktigt låg och stabil sjukfrånvaro.

Referenser

Inspektionen för socialförsäkringen (2018a). *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. Rapport 2018:16.

Inspektionen för socialförsäkringen (2018b). *Social problematik och sjukskrivning. En analys av sambandet mellan allvarliga livshändelser och sjukskrivning under tidsperioden 1995-2015*. Rapport 2018:9.

Johansson, Laun, Palme, Stensöta (2018). *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*. SNS Förlag 2018.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (2018) *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning*. Af-2018/0021 8288, FK 009650-2017.

Försäkringskassan (2014a). *Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid*, Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Försäkringskassan (2014b). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:4.

Försäkringskassan (2015). *Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig uppföljning* 2015:4.

Försäkringskassan (2016). *Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Rättslig kvalitetsuppföljning* 2016:6.

Försäkringskassan (2017a). *Sjukersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning* 2017:3.

Försäkringskassan (2017b). *Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken. Skrivelse till regeringen, dnr 47906–2017*.

Försäkringskassan (2017c). *Mera likformigt och högre rättslig kvalitet – en sammanfattande analys av likformighet i handläggningen av sjukersättning*. PM 2017:3.

Försäkringskassan (2017d). *Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*. Socialförsäkringsrapport 2017:3.

Försäkringskassan (2018a). *Utvecklade utredningar inför beslut om aktivitetsersättning och förstärkta insatser för unga med aktivitetsersättning*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 013693-2017.

Försäkringskassan (2018b). *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 002671-2018.

Försäkringskassan (2018c). *Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2018:1.

Försäkringskassan (2018d). *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken*. Socialförsäkringsrapport 2018:2

Försäkringskassan (2018e). *Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365* Socialförsäkringsrapport 2018:8.

Försäkringskassan (2019a). *Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 000228-2019.

Försäkringskassan (2019b). *Uppföljning av regeländringar för mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen*. Dnr 002675-2018.

Försäkringskassan (2019c). *Utgiftsprognos för budgetåren 2019–2022, rapport 2019-05-02*.

Försäkringskassan (2019d). *Försäkringskassans årsredovisning för 2018*.

OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing.

Riksrevisionen (2018). *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa*. RiR 2018:9.

SOU 2018:80. *Samspel för hälsa*. Betänkande av Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring. Stockholm 2018.

Bilaga 1 Utvecklingen sedan 2002

Sjukförsäkringen består i huvudsak av två delar. Dels sjuk- och rehabiliteringspenning som kan beviljas då arbetsförmågan är nedsatt under en begränsad tid. Dels sjuk- och aktivitetsersättning vilket beviljas antingen vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga (sjukersättning) eller vid nedsatt arbetsförmåga under minst ett år för personer mellan 19-29 år (aktivitetsersättning).

För att få en djupare förståelse för de aktuella trenderna inom sjukförsäkringen och vilka specifika frågeställningar det kan finnas anledning att fokusera särskilt på, följer här en översikt av sjukfrånvarons utveckling sedan början av 2000-talet tillsammans med viktiga förändringar i regelverk och administration.⁴¹

2002-2008 – Halveringsmål och fokus på sjukförsäkringen

I början av 2000-talet befann sig sjukfrånvaron i Sverige på rekordhöga nivåer. Inför 2003 satte därför regeringen ett mål som innebar att sjukskrivningarna skulle halveras fram till 2008 samtidigt som antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar skulle minska. Halveringsmålet medförde att administrationens fokus riktades mot tillämpningen som skulle bli mer försäkringsmässig, likformig och rättssäker. Det gjordes även stora förändringar i administrationen av sjukförsäkringen, både hos Försäkringskassan och hos andra aktörer som läkare och arbetsgivare.

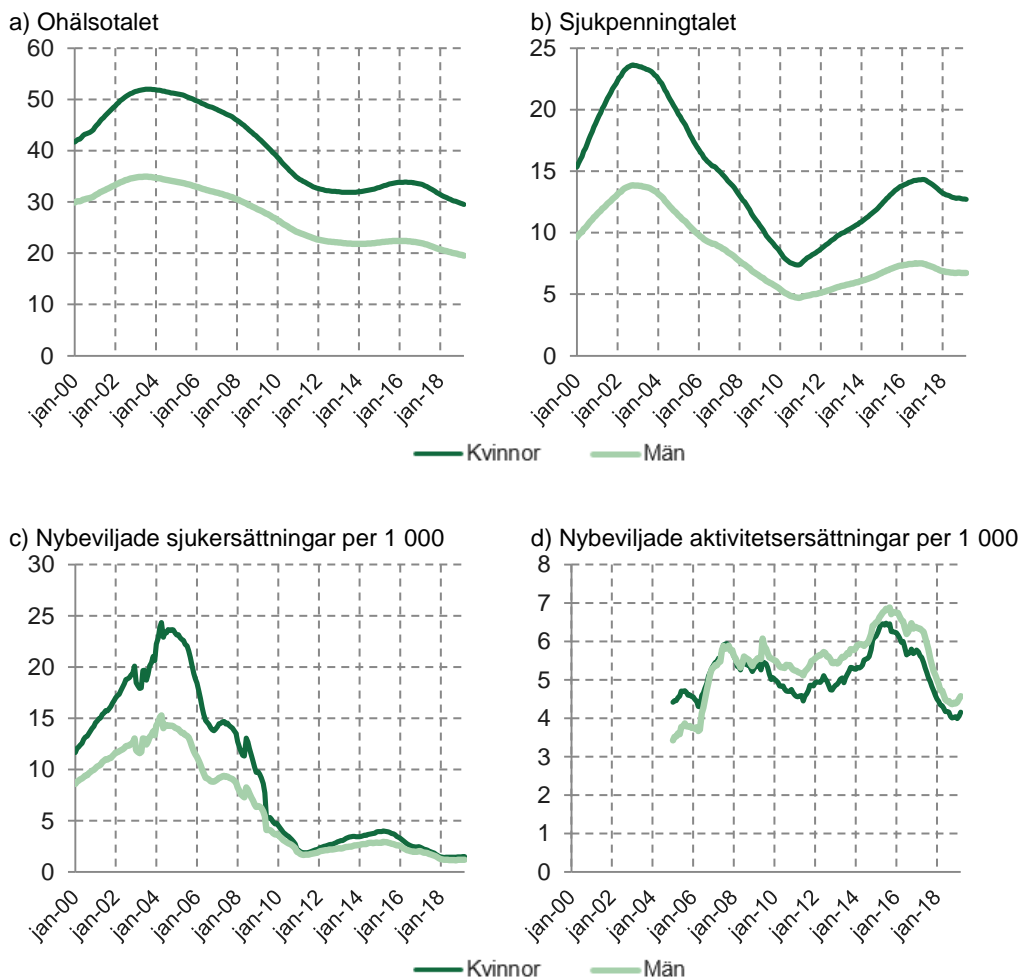
Länsförsäkringskassorna och Riksförsäkringsverket (RFV) slogs ihop och bildade den nya Försäkringskassan 2005. Syftet var bland annat att skapa en mer enhetlig rättstillämpning. Försäkringskassan gjorde också ett omfattande arbete med att kartlägga arbetsförmågan hos långtidssjukskrivna och personer med tidsbegränsad sjukersättning. Många av dessa gick över till sjukersättning tillsvidare. Samtidigt som sjukskrivningarna minskade ökade antalet nya sjukersättningar (Försäkringskassan 2014). Utvecklingen syns tydligt i Figur 20b och c.⁴²

Sjukpenningtalet vände nedåt redan 2003 medan nybeviljade sjukersättningar nådde sin högsta notering 2005 innan de också minskade.

⁴¹ I de fall inget annat anges kommer information om regeländringar från Försäkringskassans sammanställning av förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena (Försäkringskassan 2017)

⁴² *Ohälsotalet* är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning per registrerad försäkrad 16-64 år. *Sjukpenningtalet* är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad 16-64 år exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Båda måtten beräknas för 12-månadersperioder.

Figur 20 Utvecklingen av ohälsotalet, sjukpenningtalet och nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar per 1 000, t.o.m. mars 2019



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Ohälsotalet är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning per registrerad försäkrad 16-64 år. *Sjukpenningtalet* är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad 16-64 år exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Båda måtten beräknas för 12-månadersperioder.

2008-2010 – Rehabiliteringskedjan och skärpta krav för sjukersättning

I juli 2008 infördes rehabiliteringskedjan⁴³ tillsammans med en bortre tidsgräns för sjukpenning. Den bortre tidsgränsen innebär att personer efter 2,5 års sjukskrivning normalt övergick till Arbetsförmedlingen. Efter tre månaders arbetslivsintroduktion

⁴³ Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningsgrunden för arbetsförmågens nedsättning förändras vid fasta tidpunkter. För dag 1-90 bedöms arbetsförmågan mot den försäkrades vanliga arbete. Dag 91-180 omfattar även annat arbete hos arbetsgivaren. Efter dag 180 ska arbetsförmågens nedsättning sättas i relation till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Om det finns särskilda skäl eller anses oskäligt kan bedömningen skjutas upp. Efter dag 365 kan särskilda skäl inte längre tillämpas, men prövningen kan fortfarande skjutas upp om den anses oskälig. För arbetslösa görs bedömningen mot normalt förekommande arbete redan från dag 1 och för egenföretagare görs inte prövningen vid 90 dagar eftersom de inte har någon arbetsgivare.

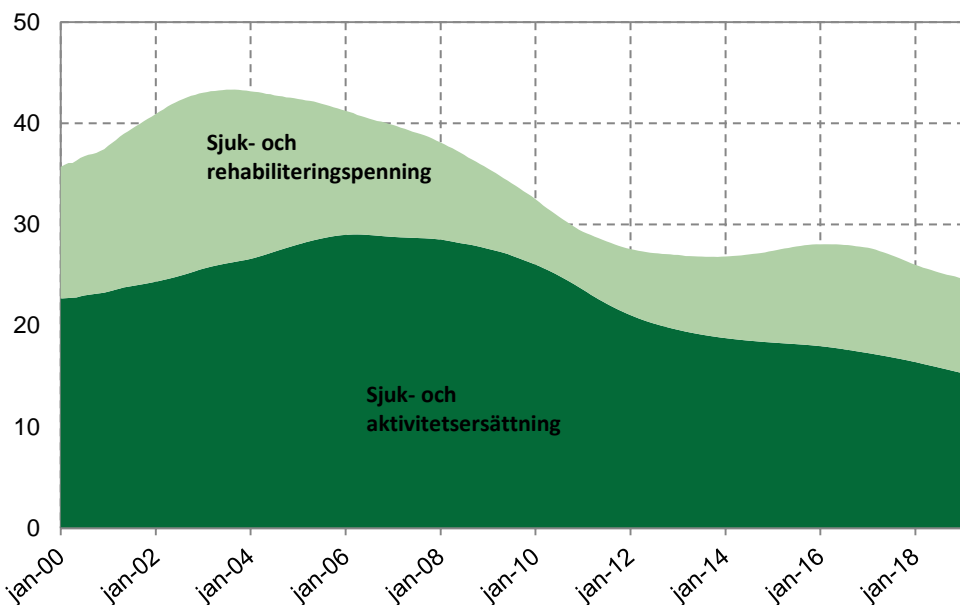
(ALI) kunde personerna som uppnått maxtid påbörja en ny sjukpenningperiod. Detta gav upphov till begreppet *återvändare*: personer som hade haft sjukpenning i maximalt antal dagar och efter ALI var tillbaka i sjukpenning. Effekten av den bortre tidsgränsens införande syns tydligt i sjukpenningtalet i Figur 20b. För dem som hade pågående sjukfall när den bortre tidsgränsen infördes fanns övergångsregler. Det innebar att det var en stor grupp som uppnådde maxtid samtidigt i januari 2010 och därmed pressade ner sjukpenningtalet till den lägsta nivån någonsin (6,0 dagar). Delar av den ökning som följde därefter förklarades inledningsvis av just återvändare. De som kom tillbaka till sjukpenning efter ALI kännetecknades av att ha långa sjukfall, ofta så pass långa att de kom att uppnå maxtid flera gånger.

Samtidigt som förändringarna i sjukpenning infördes skärptes också kriterierna för att kunna få sjukersättning och möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning avskaffades. För att få sjukersättning krävs numer att arbetsförmågan är *stadigvarande* nedsatt. Det innebär att arbetsförmågan bedöms bestå för all överskådlig framtid och att rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda. Arbetsförmågan bedöms till skillnad mot vad som är fallet inom sjukpenningen i förhållande till förvärvsarbete på *hela* arbetsmarknaden, det vill säga även arbeten som är särskilt anpassade till personer med funktionsnedsättning. Tidigare kunde även den försäkrades ålder, bosättningsförhållanden, utbildning och liknande omständigheter påverka bedömningen, men numer är det endast nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom som ska beaktas. Förändringen av arbetsmarknadsbegreppet gäller även aktivitetsersättning. Dessa förändringar medförde en kraftig nedgång i antalet nybeviljade sjukersättningar, vilket syns i Figur 20c. Även för nybeviljade aktivitetsersättningar märks en liten nedgång som förmodligen går att härleda till införandet av ett vidare arbetsmarknadsbegrepp.

2010-2016 – Sjukfrånvaron ökade och kom åter på agendan

Mellan 2010 och 2016 ökade sjukfrånvaron igen. Ökningen skedde i både inflödet av nya sjukfall och i sjukfallens varaktighet. När antalet långa sjukfall blir fler påverkar det också antalet nya sjukersättningar eftersom en stor del av nybeviljandet är långa sjukskrivningar som övergår till sjukersättning. Och mycket riktigt ökade också nybeviljade sjukersättningar under perioden om än fortfarande långt ifrån de nivåer som rådde runt 2005 (se Figur 20c). Samtidigt fortsatte antalet nybeviljade aktivitetsersättningar att öka. Trots ökningen av nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar har det totala antalet personer som uppbär någon av dessa ersättningar minskat stadigt sedan 2006. Det beror på att utflödet till följd av ålderspension är större än nybeviljandet. Således tog det också ett tag innan ökningen i sjukpenningtalet fick genomslag på ohälsotalet eftersom sjuk- och aktivitetsersättningen utgör en betydande del (se Figur 21). I början av 2014 var dock ökningen av sjukpenning tillräckligt stor för att det också skulle leda till en ökning av ohälsotalet.

Figur 21 Utvecklingen av ohälsotalet uppdelat på sjuk- och rehabiliteringspenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning, t.o.m. mars 2019



Källa: Försäkringskassan

Under ökningsperioden, 2010-16, var det psykiatriska diagnoser som ökade snabbast, diagnoser som dessutom i genomsnitt leder till längre sjukfall än andra stora sjukskrivningsdiagnoser. Psykiatriska diagnoser kom under den här perioden att bli den vanligaste diagnosgruppen både för nya och pågående sjukfall. Ökningstakten var också högre bland kvinnor, vilket gjorde att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ökade.

I september 2015 lanserade regeringen ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro som riktar sig till alla berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Programmet innehåller även ett mål om att sjukpenningtalet ska uppgå till högst 9,0 dagar vid utgången av 2020. Samtidigt bör antalet nya sjukersättningar inte överstiga 18 000 per år under perioden 2016-2020.⁴⁴ Redan innan åtgärdsprogrammet lanserades hade Försäkringskassan påbörjat ett arbete med förstärkt handläggning av sjukpenning. Fokus i arbetet låg på bedömningarna vid rehabiliteringskedjans tidsgränser, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning. Arbetet med sjukskrivningar blev således ett prioriterat område och i början av 2016 gick det att ana en inbromsning av ökningen.

⁴⁴ Regeringens åtgärdsprogram:
<http://www.regeringen.se/4a767f/contentassets/20f4ccc25f584197ae79ff937f6fcb5/atgardsprogram-for-okad-halsa-och-minskad-sjukfranvaro.pdf>

2016-2018 – Fokus på rättssäkerhet har bidragit till en minskande sjukfrånvaromen den fortsatta utvecklingen är osäker

Utvecklingen av sjukfrånvaron återspeglas i ohälsotalet där både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning ingår. I februari 2016 uppmätte ohälsotalet 28,1 dagar. Sedan dess har det minskat stadigt och i december 2018 låg ohälsotalet på den historiskt lägsta nivån 24,7 dagar.

I vissa län började sjukpenningtalet minska redan under 2016, men på riksnivå kom vändningen i början av 2017. Därefter minskade både antalet startade och pågående sjukfall och under de första två sjukskrivningsåren avslutades sjukfallen snabbare. Samtidigt ökade antalet sjukfall längre än två år. Sjukpenningtalet minskade från 10,1 till 9,7 under första halvåret 2018 men under hösten 2018 bromsades utvecklingen in och i vissa län såg sjukpenningtalet ut att vända uppåt. Det finns indikationer på att inflödet av nya sjukfall har börjat öka, men då det faktiska utfallet har en eftersläpning på sex månader är det för tidigt att säkert uttala sig om den senaste utvecklingen. Enligt den senaste prognosen förväntas sjukpenningtalet utvecklas stabilt framöver.

För sjuk- och aktivitetsersättningar vände utvecklingen nedåt redan 2015 och antalet nybeviljanden av båda dessa ersättningar har fortsatt att minska sedan dess. Mellan 2016 och 2017 minskade nybeviljade sjukersättningar med hela 35 procent, från 8 900 till 5 700 medan det minskade med ytterligare 3 procent under 2018, till drygt 5 500. Nybeviljade aktivitetsersättningar har fortsatt att minska stadigt under både 2017 och 2018. Under 2018 minskade det med 15 procent, från 6 700 under 2017 till 5 500 under 2018. Sett till utvecklingen per månad ser däremot nybeviljandet av aktivitetsersättningar ut att ha börjat plana ut under slutet av 2018.

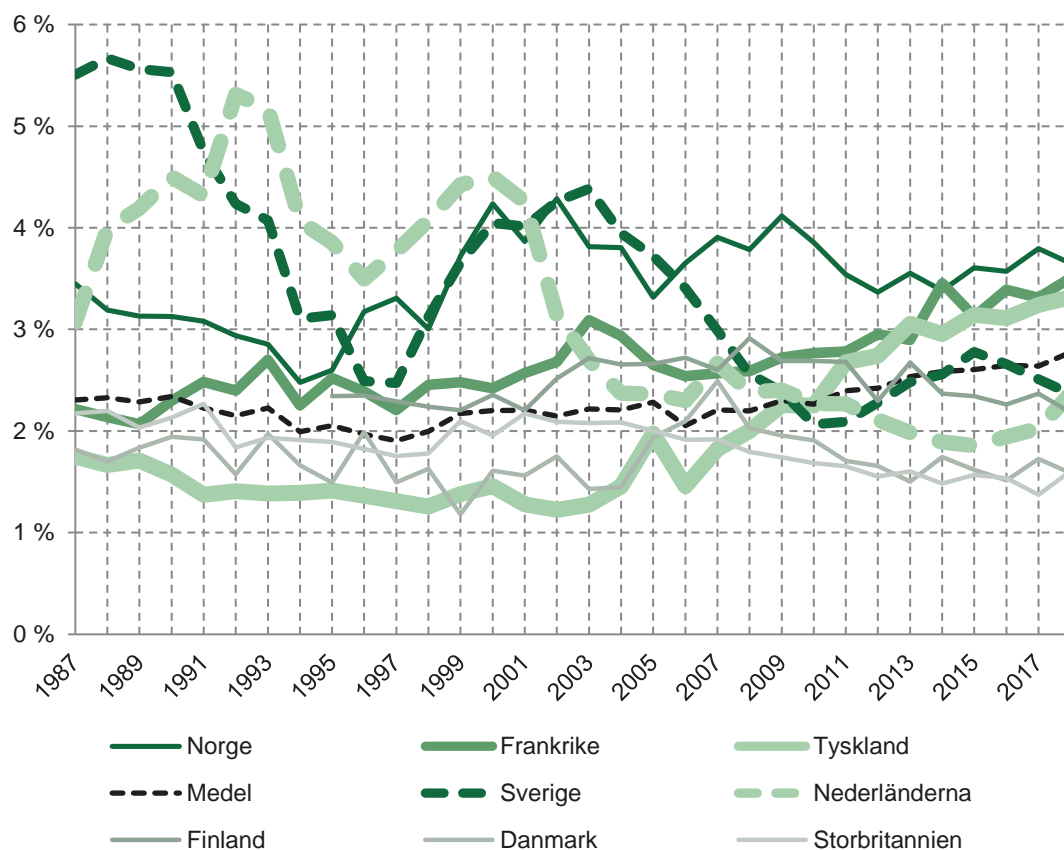
Det osäkra läget gör det viktigt att alla aktörer i sjukskrivningsprocessen fortsätter att bidra till en stabil och låg sjukfrånvaro utifrån sina respektive ansvarsområden. Försäkringskassan har bidragit till de senaste årens utveckling genom att prioritera rättssäkerheten, vilket framförallt har påverkat sjukskrivningarnas varaktighet. I januari 2018 fick Försäkringskassan även i uppdrag att förstärka sitt arbete med samordningsuppdraget och att utveckla stödet till individen. Detta syns bland annat i att antalet omställningsmöten har ökat kraftigt under andra halvåret 2018. För Försäkringskassan består utmaningen i att nå en bra balans mellan de två perspektiven i dessa uppdrag.

Sveriges utveckling ur ett europeiskt perspektiv

Sjukfrånvaron i Sverige har varierat stort över tid. Sedan 2009 har dock sjukfrånvaron rört sig relativt stabilt kring genomsnittet för Sverige och åtta andra

europiska länder.⁴⁵ Under 2018 uppgick sjukfrånvaron till 2,4 procent⁴⁶, vilket är lägre än under 2017 och strax under genomsnittet för de åtta länderna på 2,8 procent som istället ökat det senaste året. Under 2018 låg både kvinnors och mäns sjukfrånvaro i Sverige under genomsnittet för de åtta länderna vilket inte har hänt sedan 2011, året efter att den bortre tidsgränsen infördes. Mäns sjukfrånvaro har dock legat under genomsnittet sedan 2008. Se Figur 23 och Figur 24 i bilaga 2 för utvecklingen för kvinnor respektive män.

Figur 22 Sjukfrånvaron* som andel av anställda i åldern 20–64 år 1987-2018, åtta europeiska länder



*Sjukfrånvaro definieras som heltidsfrånvaro från arbetet i minst fem dagar på grund av sjukdom eller skada för anställda i åldern 20-64 år, oavsett om frånvaron varit ersatt eller inte.
Källa: Eurostat

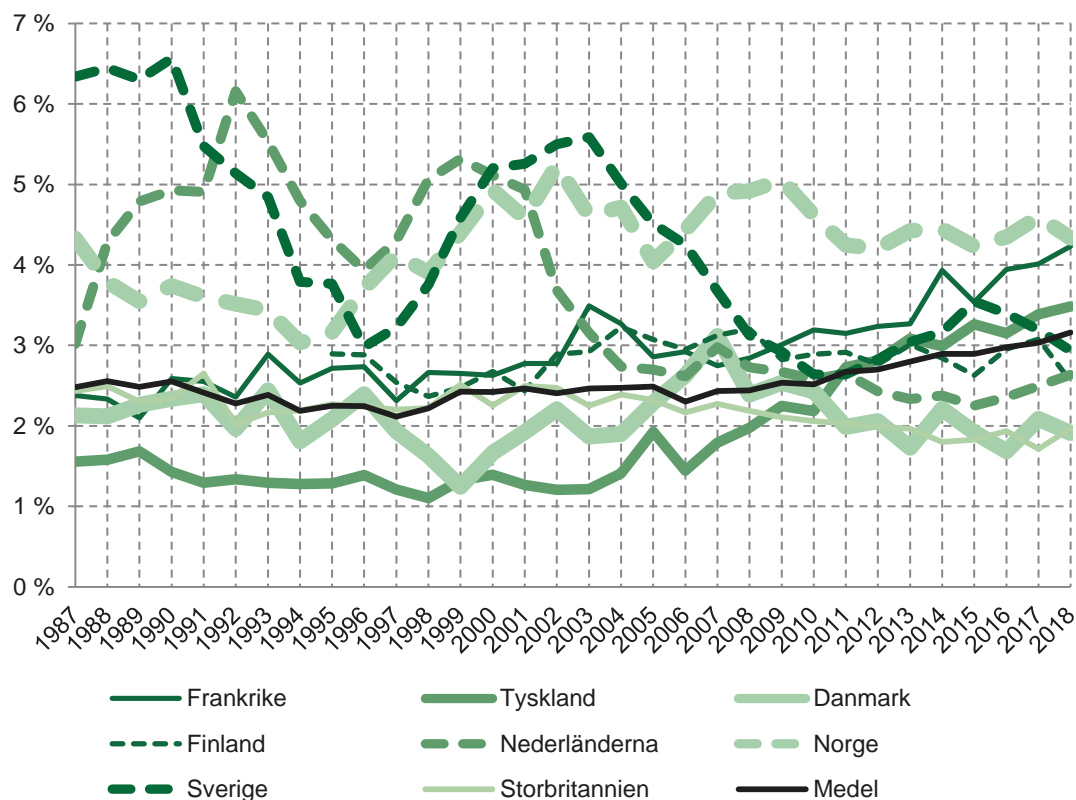
⁴⁵ Valet av jämförelseländer är samma som i en tidigare studie där dåvarande Riksförsäkringsverket år 2002 gavs i uppdrag av ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) att studera utvecklingen av sjukfrånvaron i andra europeiska länder. Sju länder – Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland – valdes för jämförelse med Sverige utifrån att de bedömdes ha en likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå som Sverige.

⁴⁶ Sjukfrånvaro definieras som heltidsfrånvaro från arbetet på grund av sjukdom eller skada för anställda i åldern 20-64, oavsett om frånvaron varit ersatt eller inte. Detta mått kan därför inte jämföras med övriga resultat utan syftar till att sätta Sveriges utveckling i ett större perspektiv.

Bilaga 2 Sjukfallsutvecklingen

I jämförelse med sju andra europeiska länder⁴⁷ har sjukfrånvaron i Sverige sedan 2009 rört sig kring genomsnittet för de totalt åtta länderna. I alla åtta länder hade kvinnor en högre sjukfrånvaro än män (se Figur 23 och Figur 24 nedan). Största skillnaden finns i Sverige där kvinnornas sjukfrånvaro är 63 procent högre än männens. Det innebär dock att skillnaden har minskat sedan 2017 då den var 73 procent högre. I Tyskland är skillnaden som lägst, där är kvinnors sjukfrånvaro 10 procent högre än männens.

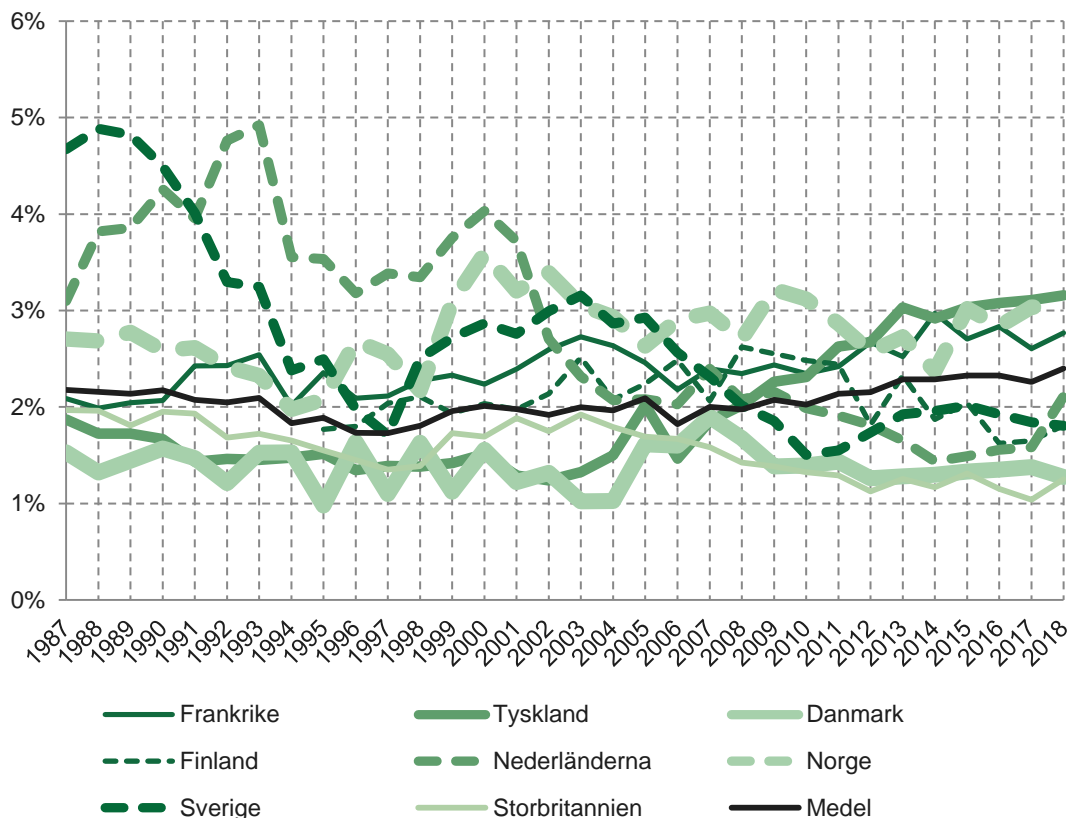
Figur 23 Sjukfrånvaro* som andel av anställda i åtta europeiska länder 1987-2018, kvinnor



*Sjukfrånvaro definieras som heltidsfrånvaro från arbetet i minst fem dagar på grund av sjukdom eller skada för anställda i åldern 20-64 år, oavsett om frånvaron varit ersatt eller inte.
Källa: Eurostat

⁴⁷ Valet av jämförelseländer är samma som i en tidigare studie där dåvarande Riksförsäkringsverket år 2002 gavs i uppdrag av ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) att studera utvecklingen av sjukfrånvaron i andra europeiska länder. Sju länder – Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland – valdes för jämförelse med Sverige utifrån att de bedömdes ha en likartad ekonomisk struktur och utvecklingsnivå som Sverige.

Figur 24 Sjukfrånvaro* som andel av anställda i åtta europeiska länder 1987-2018, män



*Sjukfrånvaro definieras som heltidsfrånvaro från arbetet i minst fem dagar på grund av sjukdom eller skada för anställda i åldern 20-64 år, oavsett om frånvaron varit ersatt eller inte.

Källa: Eurostat

Startade sjukfall

Huvudrapporten fokuserar på analys av vad som drivit sjukfrånvarons senaste utveckling. Där framgår att antalet startade sjukfall det senaste året minskat något för kvinnor och ökat marginellt för män. I följande avsnitt redovisas utvecklingen av startade sjukfall separat för olika grupper och under en längre tidsperiod.

Fortsatt färre sjukfall som startas inom rörelserelaterade diagnoser medan övriga diagnoser ser ut att vända uppåt

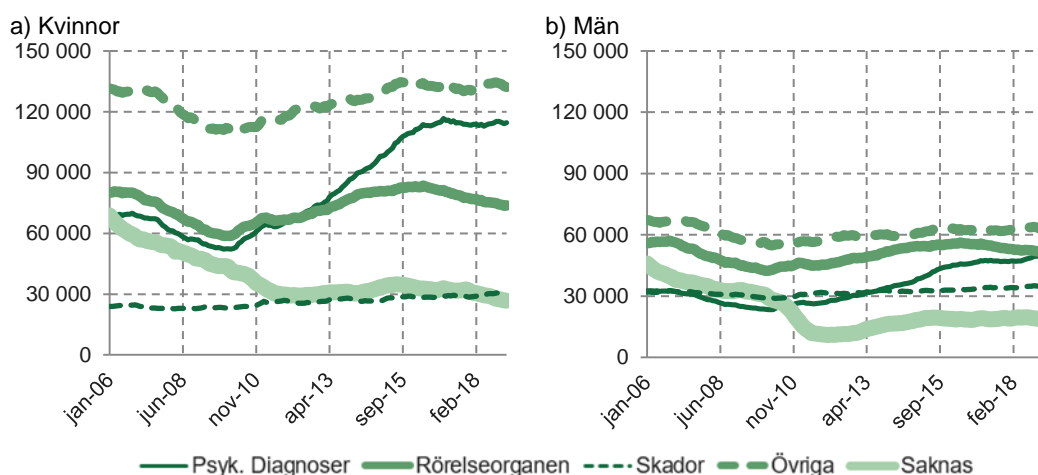
Av alla sjukfall som startade mellan mars 2018 och februari 2019 utgjordes ungefär en tredjedel, 28 procent, av psykiatriska diagnoser vilket därmed är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Därefter kommer diagnoser kopplade till sjukdomar i rörelseorganen vilka representerade 21 procent av alla startade sjukfall under samma period. Diagnossammansättningen skiljer sig dock åt mellan kvinnor och män, då psykiatriska diagnoser är vanligast bland kvinnor, 30 procent, och sjukdomar i rörelseorganen är vanligast bland män, 24 procent.

Den tidigare minskningen av antalet startade sjukfall drevs främst av en nedgång som startade hösten 2016 i antalet sjukfall för diagnoser kopplade till rörelseorganen, se Figur 25. De sjukfallen har fortsatt minska även under 2018 och början av 2019. I

en stadig takt för kvinnor där den årliga minskningstakten i februari 2019 låg på 4 procent i en avtagande takt för män som under samma period minskade med 2 procent.

Även antalet startade sjukfall på grund av skador ökar nu efter att tillfälligt ha minskat på årsnivå mellan november 2017 och januari 2018. Det senaste årets ökning är särskilt stor för kvinnor men ökningen har skett även för män. Samma gäller gruppen övriga diagnoser som ökat på årsnivå sedan februari 2018. Dessa har däremot planat ut under början av 2019.

Figur 25 Startade sjukfall jan 2006-feb 2019 uppdelat på diagnos*. Rullande 12 månaders summering



*Diagnoserna redovisas uppdelat på de tre största diagnosgrupperna samt övriga. När vi hänvisar till diagnosgrupper i texten är det dessa fyra som avses.
Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Fortsatt minskning av sjukfall i åldern 40-49, ökning i åldern 30-39 och för män under 30

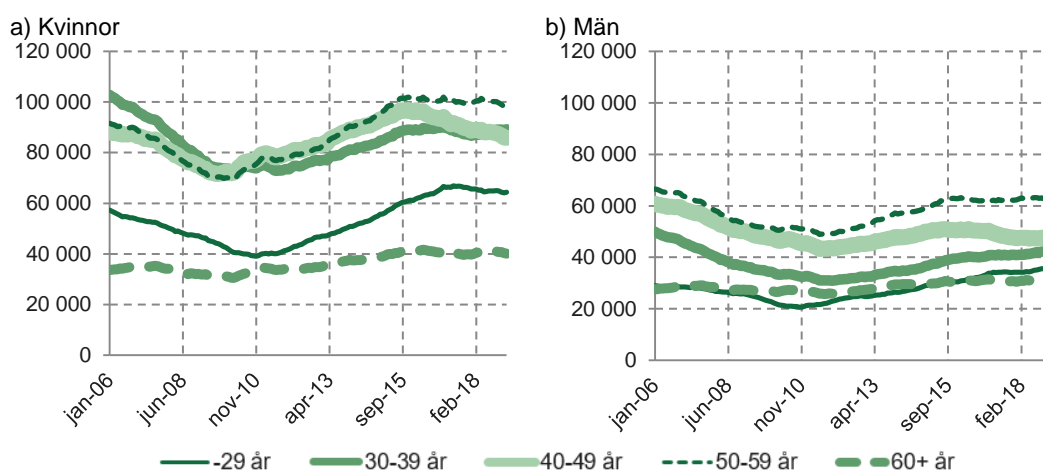
Utvecklingen av startade sjukfall skiljer sig även åt mellan olika åldersgrupper, vilket illustreras i Figur 26 nedan. Det tidigare minskade inflödet drevs i stor utsträckning av personer i åldern 40-49 år. Under 2018 och i början av 2019 ser vi att antalet startade sjukfall fortsätter att minska i åldern 40-49. Samtidigt ligger antalet startade sjukfall på en stabil nivå i för personer under 30 år och i åldersgruppen 50-59 medan de börjat öka i åldersgrupperna 30-39 och 60+.

Antalet startade sjukfall för kvinnor minskade mer än för män under 2017 och i början av 2018 har inflödet fortsatt att minska för både de yngsta under 30 och för personer i åldern 40-49. De senare var även först ut med ett minskat inflöde. Den senaste utvecklingen har samtidigt varit stabil för åldersgrupperna 30-39 och 50-59 men den senare har visat en svag minskning sedan december 2018. I den äldsta åldersgruppen har antalet startade sjukfall ökat stadigt sedan april, men i februari 2019 visar den årliga utvecklingen istället ett minskat inflöde för denna grupp.

Även bland män har inflödet fortsatt minska för åldersgruppen 40-49, men för övriga grupper syns en svag ökning av startade sjukfall. Ökningen är störst för personer

under 30 år, där antalet startade sjukfall ökat med 4 procent mellan mars 2018 och februari 2019. Inflödet minskade dock aldrig för dessa, vilket även gäller åldern 30-39. För män som är 60 år eller mer minskade antalet startade sjukfall under slutet av 2017, men det vände i april 2018 och sedan dess har inflödet ökat svagt. Samma gäller för personer i åldern 50-59, vars inflöde var oförändrat under stora delar av 2017, för att under 2018 börja öka svagt. I början av 2019 ser vi istället en årlig minskning i denna grupp.

Figur 26 Startade sjukfall 2006-feb 2019 uppdelat på ålder. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Ökning av startade sjukfall för unga med psykiatriska diagnoser i de flesta län

I Tabell 1 nedan redovisas antalet startade sjukfall under 12-månadersperioden till och med oktober 2018 samt 12-månadersperioden som föregick denna. I tredje kolumnen anges förändringen mellan dessa två år. Där framgår att det har skett en ökning av sjukskrivningar med anledning av psykiatriska diagnoser för den yngsta åldersgruppen i en stor majoritet av länen.

Tabell 1 Startade sjukfall inom psykiatriska diagnoser för personer under 30 år, per län. Rullande 12 månaders summering

Län	okt-17	okt-18	Förändring
Kronobergs län	542	683	26,0 %
Jämtlands län	384	458	19,3 %
Blekinge län	573	666	16,2 %
Värmlands län	728	842	15,7 %
Södermanlands län	905	1 039	14,8 %
Dalarnas län	1 072	1 222	14,0 %
Östergötlands län	1 148	1 258	9,6 %
Västerbottens län	1 028	1 112	8,2 %
Uppsala län	1 278	1 374	7,5 %
Jönköpings län	1 307	1 394	6,7 %
Hallands län	877	930	6,0 %
Gotlands län	151	159	5,3 %
Gävleborgs län	851	890	4,6 %
Kalmar län	737	764	3,7 %
Örebro län	1 031	1 068	3,6 %
Västra Götalands län	6 341	6 469	2,0 %
Skåne län	3 895	3 914	0,5 %
Stockholms län	6 637	6 610	-0,4 %
Västmanlands län	976	965	-1,1 %
Västernorrlands län	755	743	-1,6 %
Norrbottnens län	746	711	-4,7 %
Totalt	31 962	33 271	4,1 %

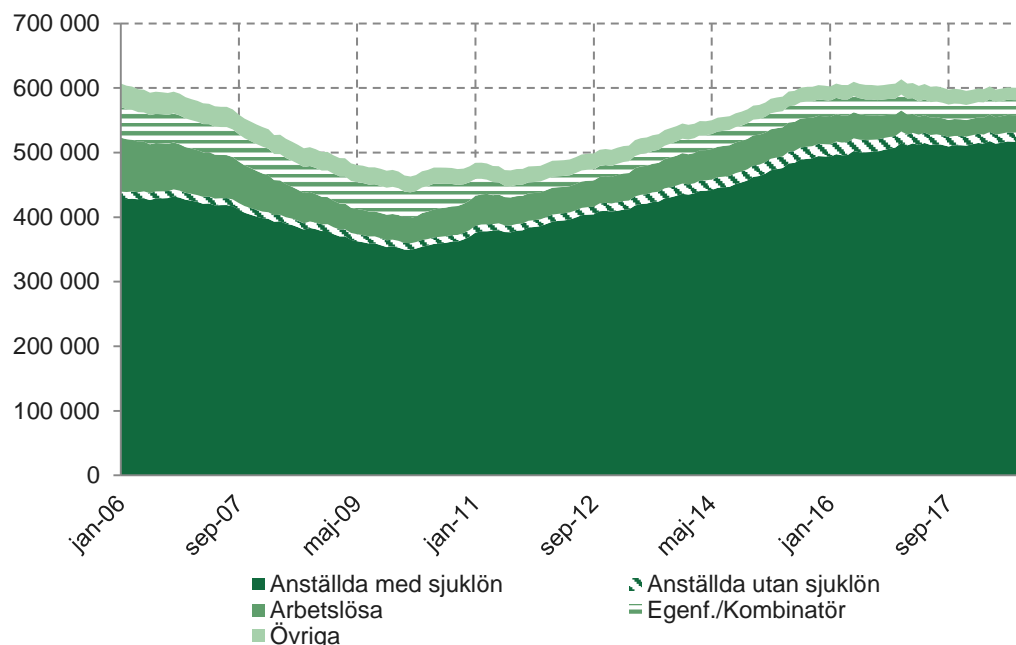
Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Fler sjukfall startades för arbetslösa under 2018

Av det totala antalet startade sjukfall avser 86 procent anställda med sjuklön, det vill säga en stor majoritet. Detta framgår tydligt av Figur 27 där antalet startade sjukfall redovisas efter sysselsättning. Utvecklingen av startade sjukfall drivs därför till stor del av just denna grupp. Samtidigt har den minskning av antalet startade sjukfall som skedde under 2017 främst drivits av arbetslösa och anställda utan sjuklön. Dessa grupper representerar 2 och 4 procent av det totala inflödet. Medan egenföretagare står för 4 procent och övriga (föräldralediga m.fl.) för 3 procent av inflödet under perioden november 2017-oktober 2018.

Antalet startade sjukfall för anställda utan sjuklön minskade stadigt från slutet av 2016 och för arbetslösa har minskningen varit lika stadig sedan början av 2015. Under första halvåret 2018 har minskningstakten delvis avtagit för anställda utan sjuklön och avtagit helt för arbetslösa. För anställda med sjuklön, har utvecklingen varit stabil och i princip varit oförändrad sedan november 2017 efter att ha ökat under 2017.

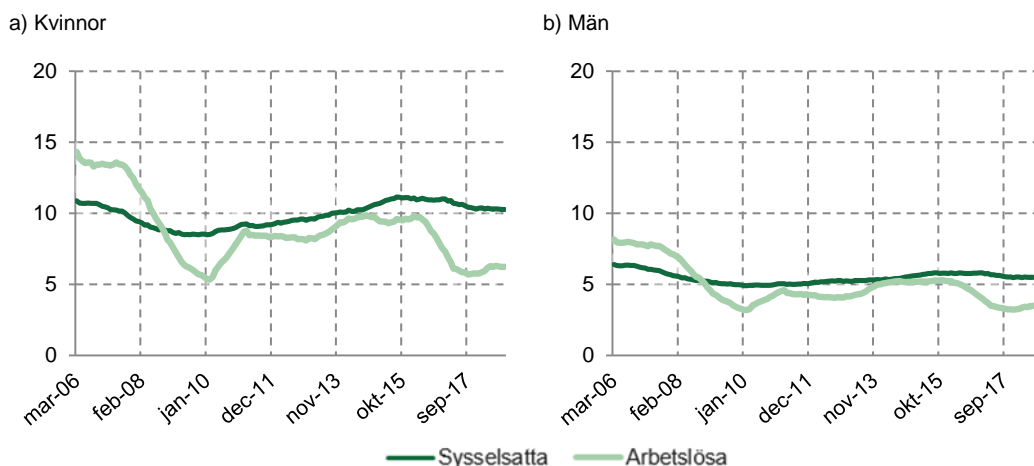
Figur 27 Startade sjukfall jan 2006-okt 2018 uppdelat på sysselsättning. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

När utvecklingen av antalet startade sjukfall för sysselsatta och arbetslösa sätts i relation till storleken på respektive grupp framgår att de sjukfall som startas är mer jämnt fördelade mellan dessa grupper än det totala antalet för respektive grupp i figuren ovan (se Figur 28 nedan). Vi ser även en liknande utveckling där arbetslösas inflöde per 1 000 minskade kraftigt från slutet av 2016 fram till maj 2017. Därefter stabiliserades utvecklingen, för att sedan öka på årsnivå under 2018. Samtidigt har antalet startade sjukfall minskat svagt under 2017 för sysselsatta kvinnor och män med en stabil utveckling under 2018.

Figur 28 Startade sjukfall mar 2006-okt 2018 per 1 000 sysselsatta och per 1 000 arbetslösa. Rullande 12 månaders medelvärde



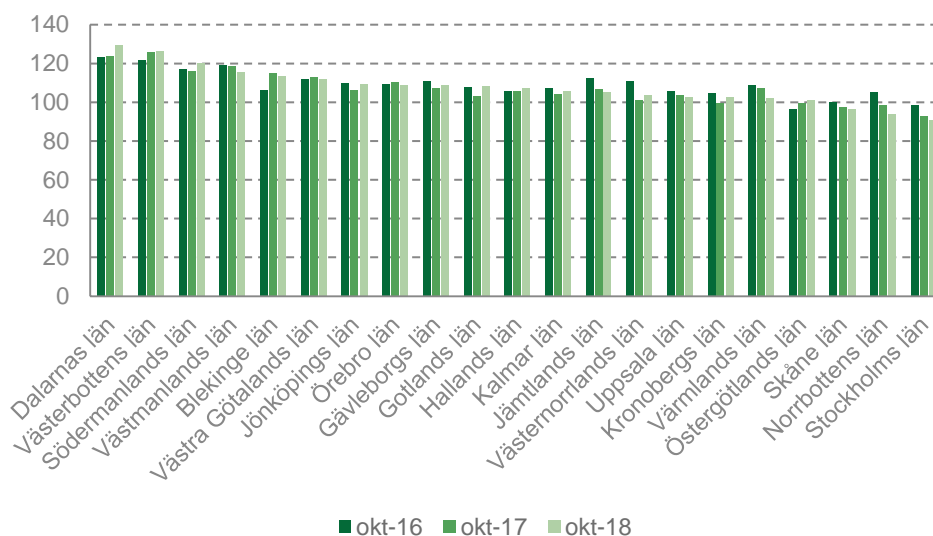
Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS och SCB (egna beräkningar)

Att inflödet minskade i mycket högre utsträckning under 2016 för arbetslösa än för sysselsatta beror troligen till stor del på att den bortre tidsgränsen togs bort då. Eftersom arbetslösa generellt sett har längre sjukfall innebär det att de i högre grad nådde den bortre tidsgränsen för att sedan bli sjukskrivna på nytt. Det var alltså ett sorts ”falskt” inflöde som i högre grad påverkade arbetslösa. Sedan maj 2017 är inflödet på liknande nivå som innan den bortre tidsgränsen infördes med en liten ökning det senaste året.

Stora regionala skillnader i inflödets utveckling

Antalet sjukfall som startas skiljer sig åt mellan olika län, även i relation till antal försäkrade i respektive län. Under 12-månadersperioden fram till och med oktober 2018 startade mellan 90 och 129 sjukfall per 1 000 försäkrade i de olika länen. Lägst antal startade i Stockholm, sett till länets storlek, och flest i Dalarna, se Figur 29.

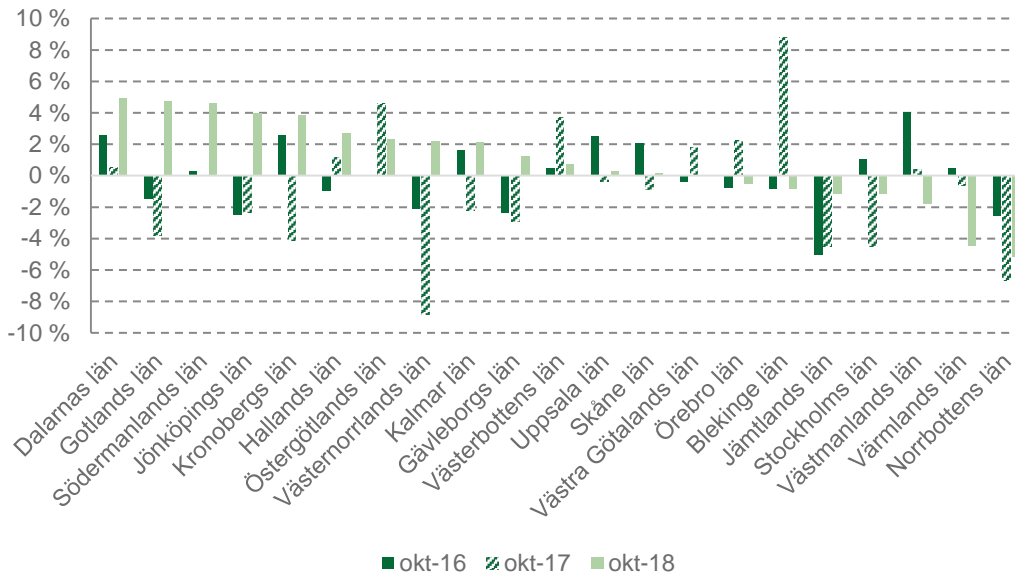
Figur 29 Antalet startade sjukfall per 1 000 försäkrade i respektive län. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

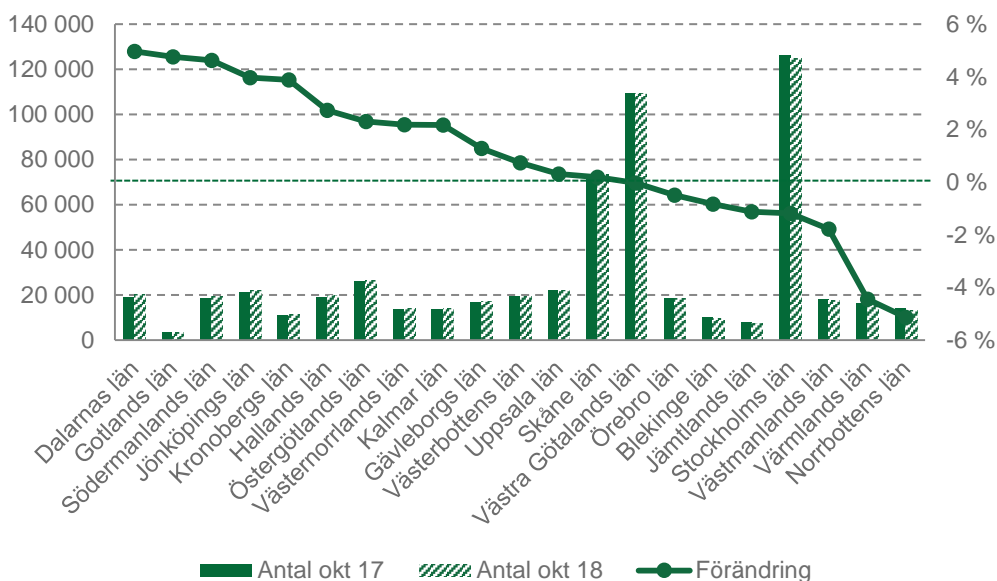
En majoritet av länen var med och drev det minskade inflödet under 2017, se Figur 30. Därefter är utvecklingen mer spridd med cirka hälften som har ett ökat inflöde och hälften ett minskat inflöde, i olika grad. Under 2017 minskade inflödet för 14 av 21 län och under 12-månadersperioden fram till och med oktober 2018 var det 7 län som hade ett minskat årsinflöde. Mer än hälften av alla de län som minskade under 2017 har vänt och ökat under andra halvåret 2018. Utvecklingen mellan 2017 och 2018 varierar mellan en minskning på 5 procent i Norrbotten och en ökning med 5 procent i Dalarna, se Figur 31.

Figur 30 Årlig förändring i antalet startade sjukfall per län. Baserat på rullande 12 månaders summering sorterat efter den senaste perioden



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Figur 31 Totalt antal startade sjukfall (vä axel) och förändringen (hö axel) per län. Rullande 12 månaders summering, streckad linje visar gränsen mellan en ökning och en minskning



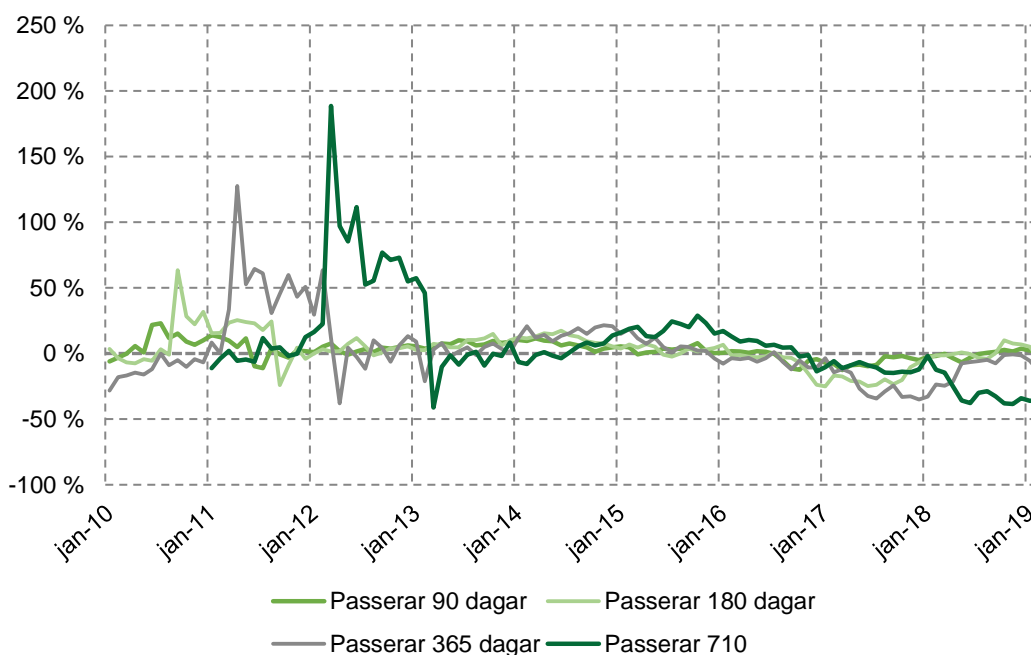
Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Sjukfallens varaktighet

I detta avsnitt redovisas ytterligare figurer som illustrerar sjukfallens varaktighet, i vissa fall grupperade på psykiatriska och övriga diagnoser.

I Figur 32 nedan redovisas den årliga förändringen av andelen sjukfall som passerar olika fallängder (se också Figur 3 i kapitel 2). Där framgår att dessa har legat relativt stabilt under 2018 (vid dag 365 från och med andra halvåret 2018) med en viss ökning av andelen som passerar 180 dagar. I februari 2019 låg även denna andel något lägre än i februari 2018.

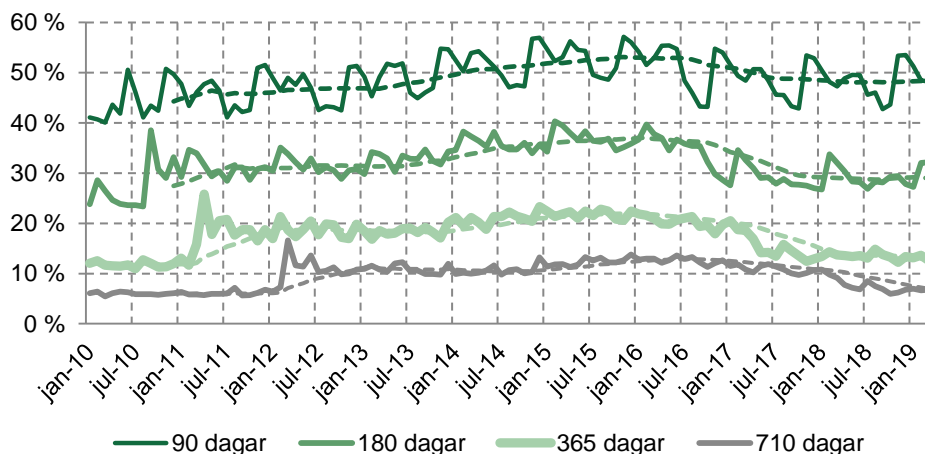
Figur 32 12-månaders förändringstakt av andelen sjukfall som passerar 90, 180 och 365 dagar, alla diagnoser jan 2010-feb 2019



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

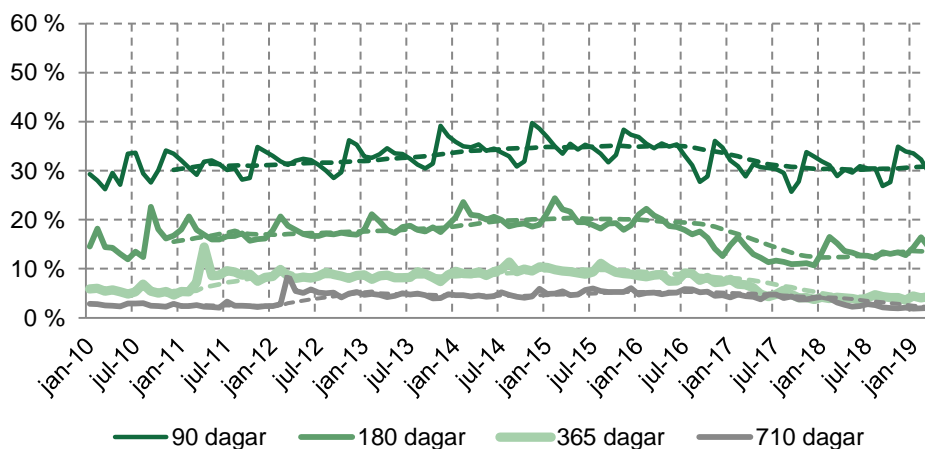
Utveckling av andelen sjukfall som passerar olika fallängder ser liknande ut för psykiatriska diagnoser men med generellt högre nivåer i andelen som passerar olika fallängder, då personer med psykiatriska diagnoser generellt sett har längre sjukfall än för övriga diagnoser, se Figur 33. Utvecklingen för sjukdomar i rörelseorganen har något lägre varaktighet än totalen men där har en svag ökning av andelen som passerar 180 dagar skett under 2018 och början av 2019, se Figur 34.

Figur 33 Andelen sjukfall som passerar 90, 180 och 365 dagar, jan 2010-mar 2019, psykiatriska diagnoser



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Figur 34 Andelen sjukfall som passerar 90, 180 och 365 dagar, jan 2010-mar 2019, sjukdomar i rörelseorganen

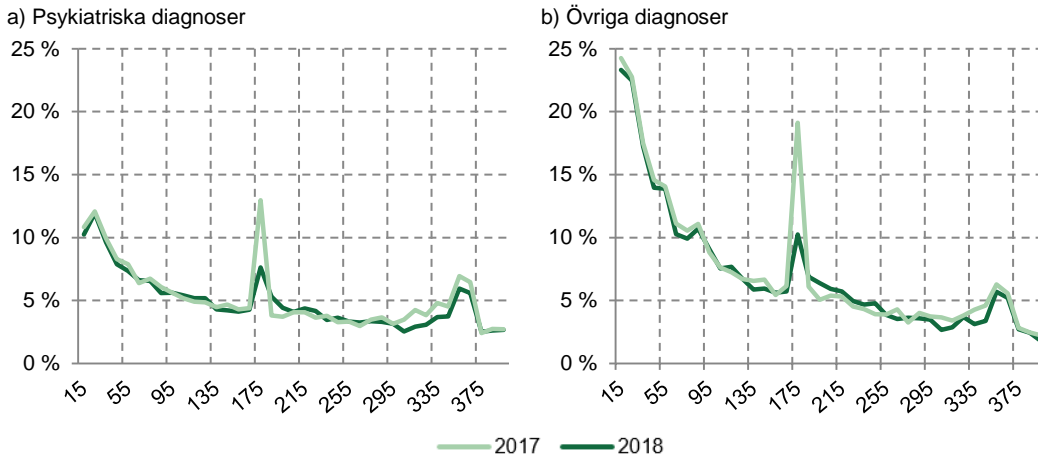


Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Sannolikheten att få avslag vid dag 181 har minskat inom både psykiatriska och övriga diagnoser

Minskningen i avslutssannolikhet vid dag 181 under 2018 har skett för både psykiatriska diagnoser och övriga diagnoser, se Figur 35. Från 19 procent till 10 procent för övriga diagnoser och från 13 procent till 8 för psykiatriska diagnoser. Däremot har avslutssannolikheten blivit lägre även kring dag 365 för psykiatriska diagnoser. Andelen som avslutas vid dag 181 är lägre vid psykiatriska diagnoser än för övriga diagnoser. En förklaring kan vara att den nedsatta arbetsförmågan vid en psykiatrisk diagnos ofta påverkar arbetsförmågan mer generellt än vid fysiska skador då man i många fall kan klara ett annat arbete med lägre fysisk belastning.

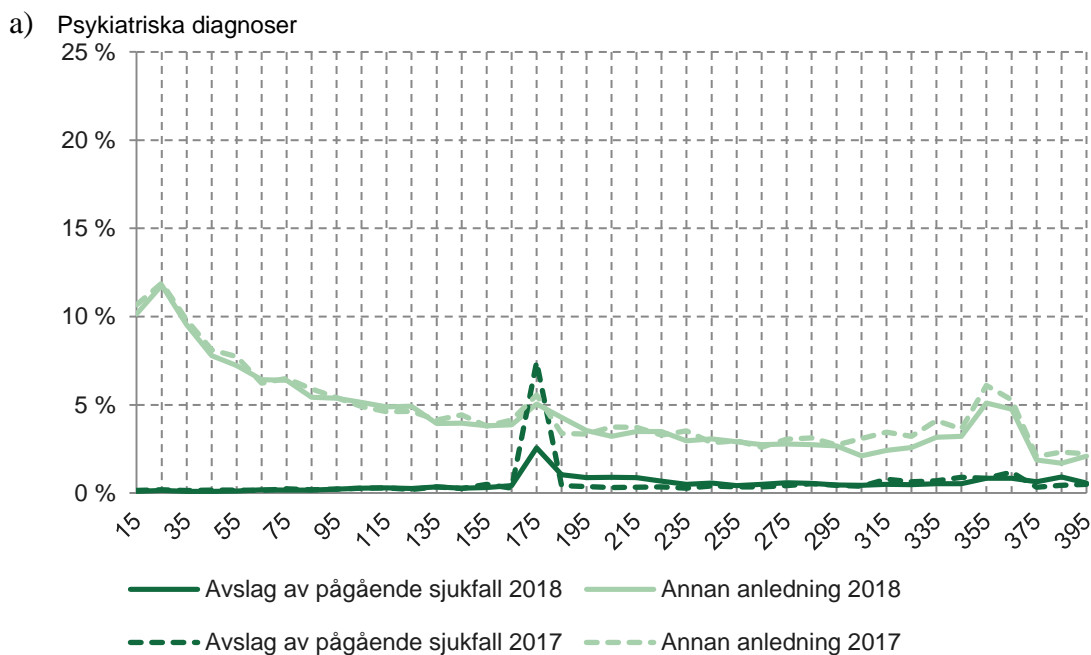
Figur 35 Sannolikhet för anställda att avsluta ett sjukfall vid olika tidpunkter för sjukfall som pågår i okt-dec 2017 och 2018, uppdelat på psykiatriska och övriga diagnoser



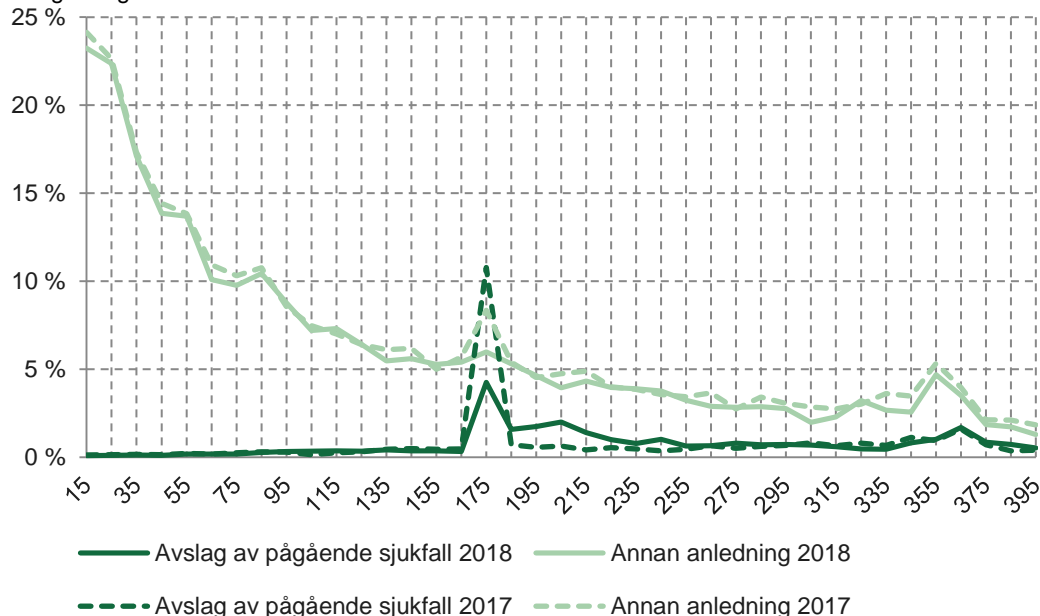
Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS och ärendehanteringssystem (ÄHS)

För både psykiatriska och övriga diagnoser är det sannolikheten att få ett avslag som har drivit minskningen i avslutssannolikhet kring dag 181, se Figur 36. För sjukfall inom psykiatriska diagnoser har sannolikheten att få ett avslag vid dag 181 gått från 6 till 2 procent och inom övriga diagnoser från 12 till 4 procent.

Figur 36 Sannolikhet för anställda att avsluta ett sjukfall vid olika tidpunkter för sjukfall som pågår i okt-dec 2017 och 2018, uppdelat på avslag i pågående sjukfall och annan anledning, psykiatriska diagnoser och övriga



b) Övriga diagnoser



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS och ärendehanteringssystem (ÄHS)

Pågående sjukfall

Antalet pågående sjukfall har fortsatt att minska i avtagande takt. Utvecklingen skiljer sig dock åt mellan olika grupper. I följande avsnitt redovisas ytterligare beskrivningar av utvecklingen för antalet pågående sjukfall för olika grupper och under en längre tidsperiod.

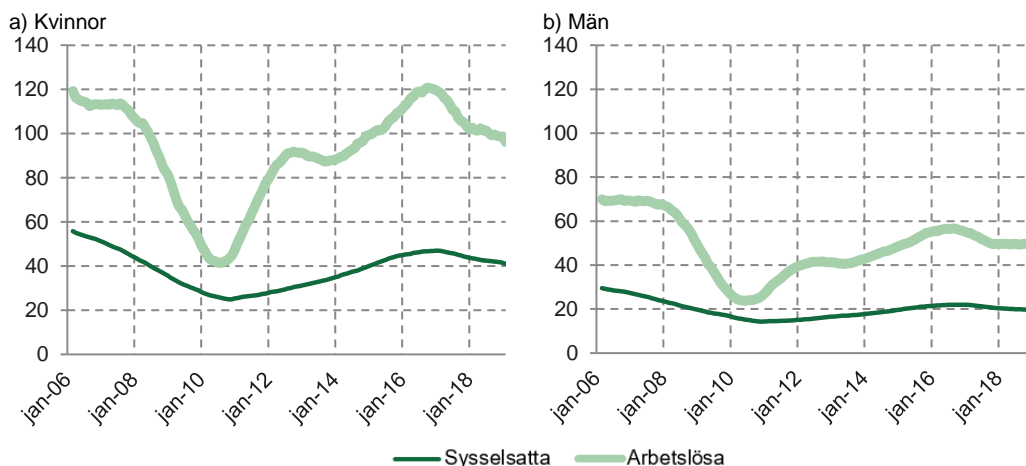
Pågående sjukfall fortsätter att minska för både sysselsatta och arbetslösa

För sysselsatta, vilka står för 76 procent av de pågående sjukfallen, har antalet pågående sjukfall fortsatt minska under 2018 för både kvinnor och män. Däremot finns en nivåskillnad eftersom kvinnorna står för fler sjukfall.

När antalet pågående sjukfall relateras till gruppernas storlek framgår att arbetslösa är sjukskrivna i mer än dubbelt så stor utsträckning som sysselsatta, se Figur 37. Detta trots att de totalt sett startar färre sjukfall. Orsaken är att arbetslösa generellt sett har längre sjukfall vilket får till följd att ju längre sjukfallen blir, desto större del kommer att utgöras av gruppen arbetslösa.

Arbetslösa har en större variation över tid än vad anställda har. Även detta orsakas till viss del av att arbetslösa generellt sett har längre sjukskrivningar som gör att de påverkades mer av både introduceringen, och borttagandet, av den borte tidsgränsen. Efter att den införts var det 2010 en stor grupp som samtidigt nådde den borte gränsen, vilket bidrog till att antalet sjukfall först föll för att sedan öka igen när många i denna grupp startade nya sjukfall. Under 2013 minskar antalet sjukfall igen då många av dessa nådde maxgränsen en andra gång.

Figur 37 Pågående sjukfall mar 2006-jan 2019 för sysselsatta per 1 000 sysselsatta och för arbetslösa per 1 000 arbetslösa. Rullande 12 månaders medelvärde



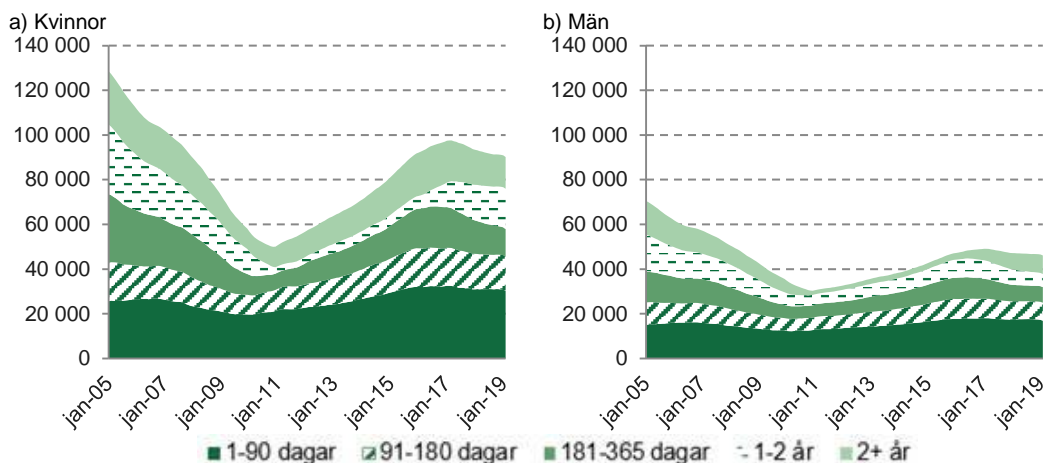
Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS och SCB (egna beräkningar)

Antalet pågående sjukfall minskar inte längre för anställda män

Antalet pågående sjukfall mellan dag 91-180 för *anställda med sjuklön* ligger stabilt på i genomsnitt 15 500 sjukfall varje månad för kvinnor och 8 000 för män. Samtidigt minskar antalet sjukfall som blir längre än så, men i en avtagande takt vilket framgår av Figur 38 nedan. De korta sjukfallen upp till 90 dagar har också minskat sedan augusti 2018. Antalet sjukfall längre än två år ökar dock fortfarande, men även detta sker med en avtagande takt. Det senare beror på att antalet som passerar två år minskar, men de är fortfarande fler varje månad än antalet som avslutas efter att de uppnått två år.

Den bortre tidsgränsen påverkade utvecklingen genom att de långa sjukfallen först minskade när den infördes 2010, för att sedan öka kraftigt efter borttagandet 2016. De har sedan fortsatt att öka samtidigt som övriga fallängder minskat. Snart förväntas det minskade inflödet och den lägre varaktigheten även slå igenom för antalet sjukfall över två år vilka enligt Försäkringskassans senaste prognos väntas plana ut under 2019 (Försäkringskassan, 2019c).

Figur 38 Pågående sjukfall jan 2005-jan 2019 i olika falllängder för anställda med sjuklön. Rullande 12 månaders medelvärde

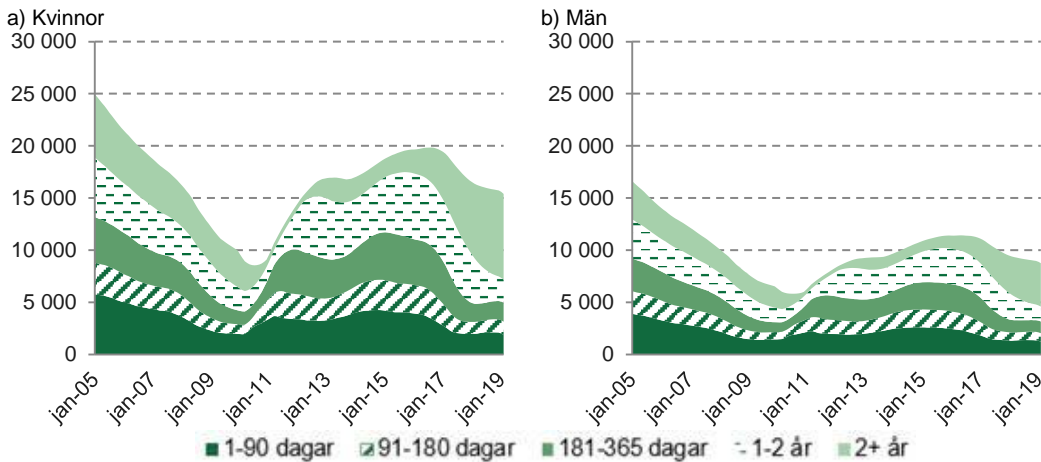


Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Även för arbetslösa minskar de pågående sjukfallen i en avtagande takt, se Figur 39. Totalt sett står dessa för 14 procent av de pågående sjukfallen. Det är framför allt sjukfallen mellan 1-2 år som står för den fortsatta minskningen och med en fortsatt ökad hastighet. Samtidigt fortsätter sjukfallen över två år att öka sett till det genomsnittliga antalet pågående sjukfall under de senaste 12 månaderna. I januari 2019 pågick dock marginellt fler sjukfall längre än två år för arbetslösa män jämfört med samma månad 2018. För arbetslösa kvinnor och män ökar också årsgenomsnittet för antalet sjukfall som är 91-180 dagar, medan antalet minskar för sjukfall som är 181-365 dagar.

En trolig delförklaring till att arbetslösa har längre sjukfall än anställda med sjuklön är att deras arbetsförmåga bedöms i relation till hela arbetsmarknaden från första dagen. Det innebär att deras arbetsförmåga generellt sett är sämre än de anställdas redan från början. Precis som för inflödet gör detta att den bortre tidsgränsen påverkade gruppen arbetslösas sjukfallsutveckling i högre utsträckning. Mellan 2010 och 2016 sker ett skifte uppåt för alla falllängder utom för den längsta. Därefter minskar nivåerna igen som i takt med att borttagandet av tidsgränsen påverkar respektive falllängd, samtidigt som det sker en kraftig ökning av antalet långa sjukfall.

Figur 39 Pågående sjukfall 2005-jan 2019 i olika falllängder för arbetslösa. Rullande 12 månaders medelvärde

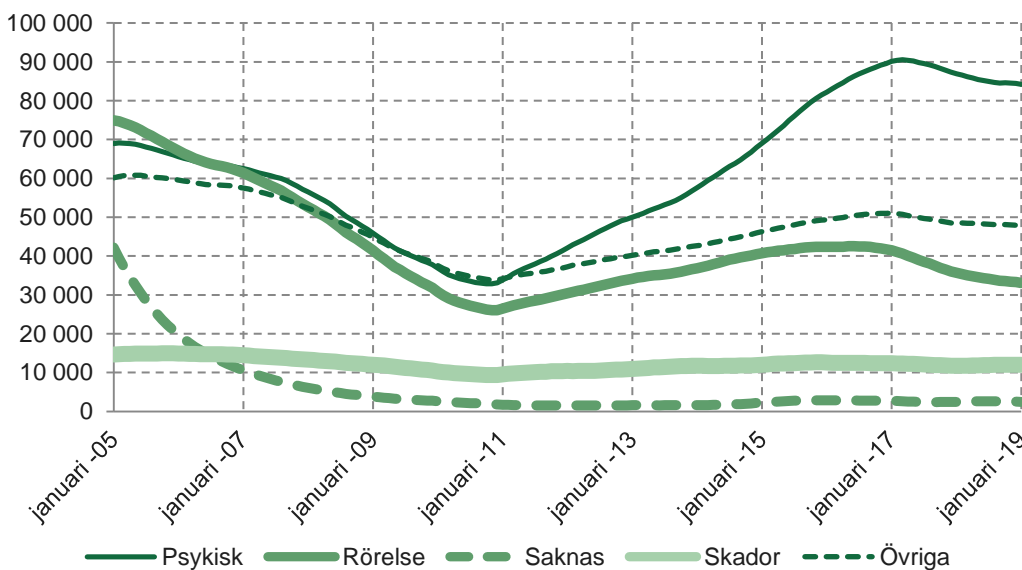


Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Diagnosgrupper

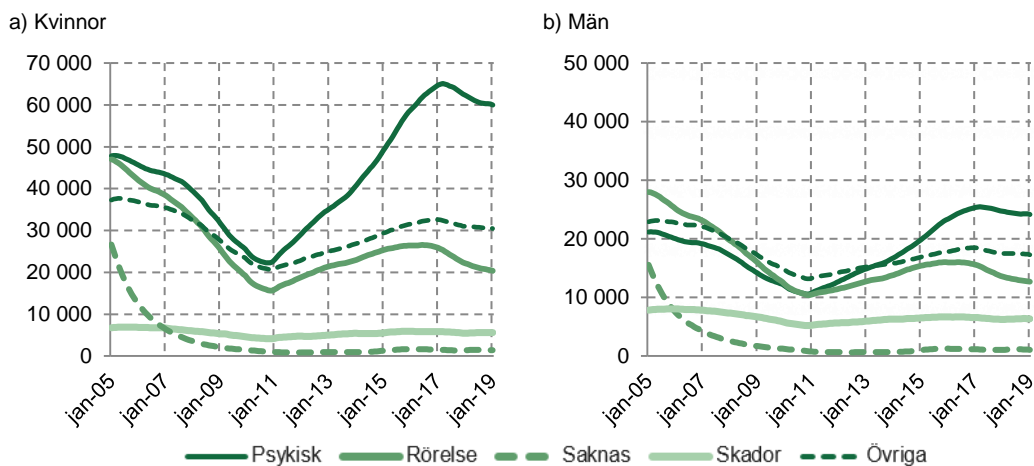
I följande avsnitt redovisas utvecklingen för olika diagnosgrupper. Diagnoserna är grupperade i de tre största diagnoskapitlen och övriga diagnoser, det vill säga Psykiatriska diagnoser (F00-F99), Sjukdomar kopplade till rörelseorganen (M00-M99), Skador (S00-T98) och Övriga. Först redovisas utvecklingen för alla sjukfall, vilket analyseras närmare i kapitel 2, därefter bryts det ner på anställda med sjuklön samt sysselsatta.

Figur 40 Pågående sjukfall jan 2005-jan 2019 uppdelat på diagnos. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Figur 41 Pågående sjukfall jan 2005-jan 2019 uppdelat på diagnos. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

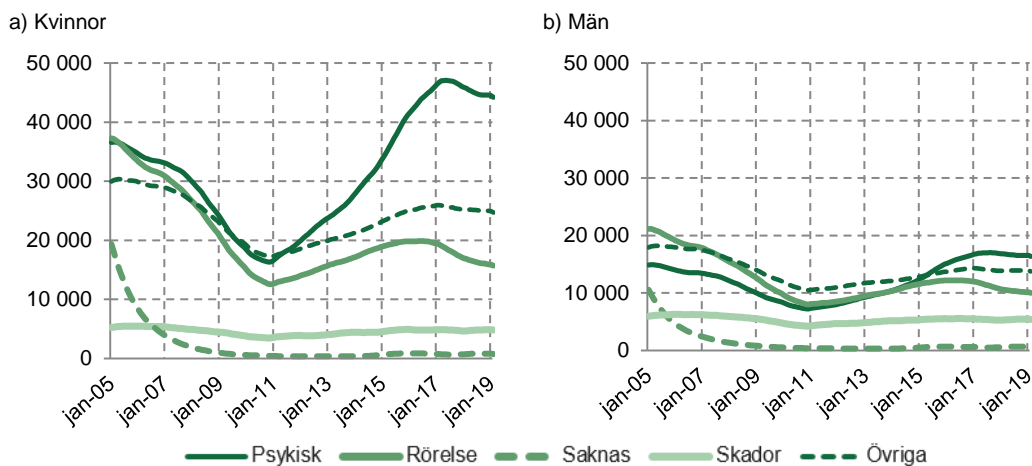
Antalet sjukfall inom psykiatriska diagnoser minskar i en ökad hastighet för *anställda med sjuklön*, i en avtagande takt för rörelserelaterade medan skador ökar

Psykiatriska diagnoser är den vanligaste orsaken till sjukskrivning bland både kvinnor och män. För kvinnor har antalet sjukfall dessutom ökat kraftigt sedan 2010 och står nu för hälften av alla pågående sjukfall för *anställda kvinnor med sjuklön*, medan 36 procent av *anställda mäns* sjukfall beror på en psykiatrisk diagnos, se Figur 42.

Under de senaste årens nedgång i antalet pågående sjukfall har dock även dessa minskat, även om vändningen kom senare än för andra diagnoser. På årsnivå har det skett en stadig minskning av pågående sjukfall inom psykiatriska diagnoser. Mellan januari 2017 och januari 2018 minskade genomsnittet för antalet pågående sjukfall per månad med 3 procent för kvinnor och 2 procent för män. Det innebär att det varje månad har pågått runt 44 500 sjukfall för anställda kvinnor med psykiatriska diagnoser och 16 500 för anställda män.

Diagnoser kopplade till rörelseorganens sjukdomar är näst vanligast och står för 17 procent av anställda kvinnors sjukfall och 22 procent av anställda mäns. Även dessa har minskat, men i en avtagande takt sedan april 2018. Samtidigt har antalet pågående sjukfall på grund av skador ökat något under hösten och början av 2019 för både kvinnor och män.

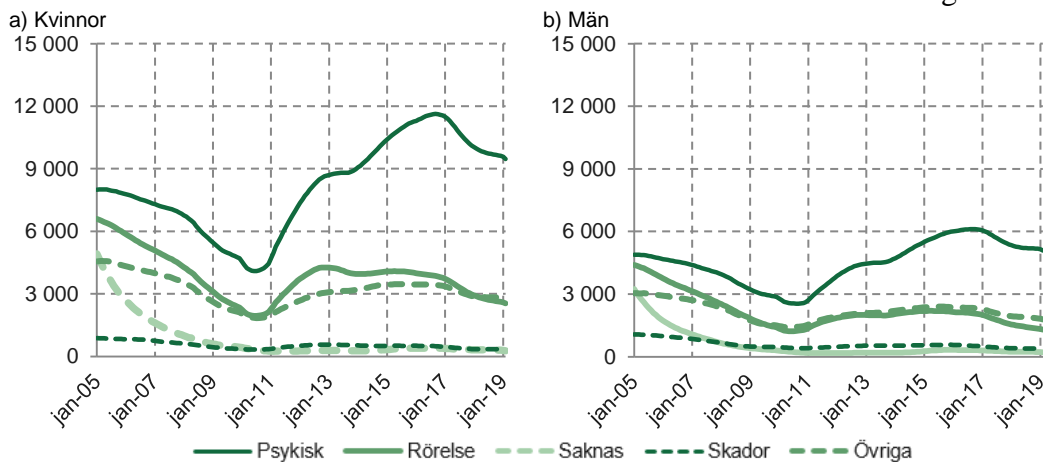
Figur 42 Pågående sjukfall jan 2005-jan 2019 uppdelat på diagnos för anställda med sjuklön. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Fortsatt avtagande minskning inom alla diagnosgrupper för arbetslösa

Bland arbetslösa minskade sjukfallen som mest under perioden november 2017-februari 2018, därefter har nedgången fortsatt i en avtagande takt, se **Fel! Hittar inte referenskölla..** Den fortsatta minskningen bland arbetslösa finns inom alla diagnosgrupper men var procentuellt störst bland rörelserelaterade diagnoser. Där var det genomsnittliga antalet pågående sjukfall under 12-månadersperioden fram till och med januari 2019 11 procent lägre för kvinnor och 14 procent lägre för män än det var ett år tidigare. I genomsnitt per månad pågick totalt 2 600 sjukfall för arbetslösa kvinnor med anledning av sjukdomar i rörelseorganen och 1 300 för män. Samtidigt pågick 9 600 sjukfall med anledning av psykiatriska diagnoser för kvinnor och 5 100 för män. Ett år tidigare var de 10 100 kvinnor och 5 300 män vilket innebär att dessa minskade mest till antalet och även dessa har fortsatt att minska i en avtagande takt.



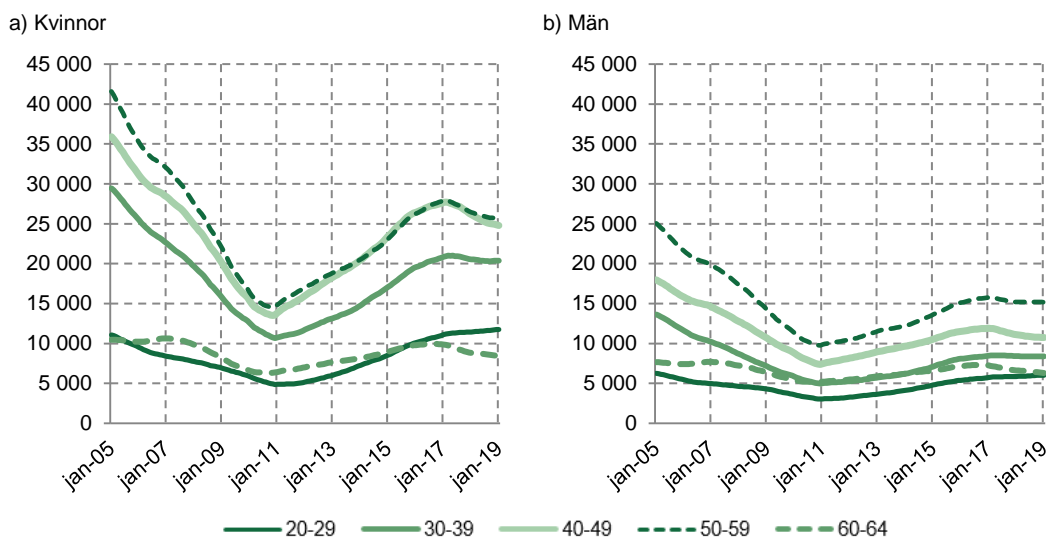
Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Färre pågående sjukfall för personer i åldern 40-49 år men fler för de yngsta

Den fortsatta minskningen av pågående sjukfall för anställda med sjuklön drivs framför allt av kvinnor i åldersgrupperna 40-49 och 50-59, samt och av män i åldern

40-49, se Figur 43. För både kvinnor och män minskar sjukfallen i den äldsta åldersgruppen men med en utplaning. Antalet sjukfall för personer i åldern 40-49 har däremot minskat stadigt sedan hösten 2017, sett till årsgenomsnittet. Samtidigt ökar antalet pågående sjukfall för den yngsta åldersgruppen, särskilt inom psykiatriska diagnoser, både för kvinnor och för män, men med en utplaning.

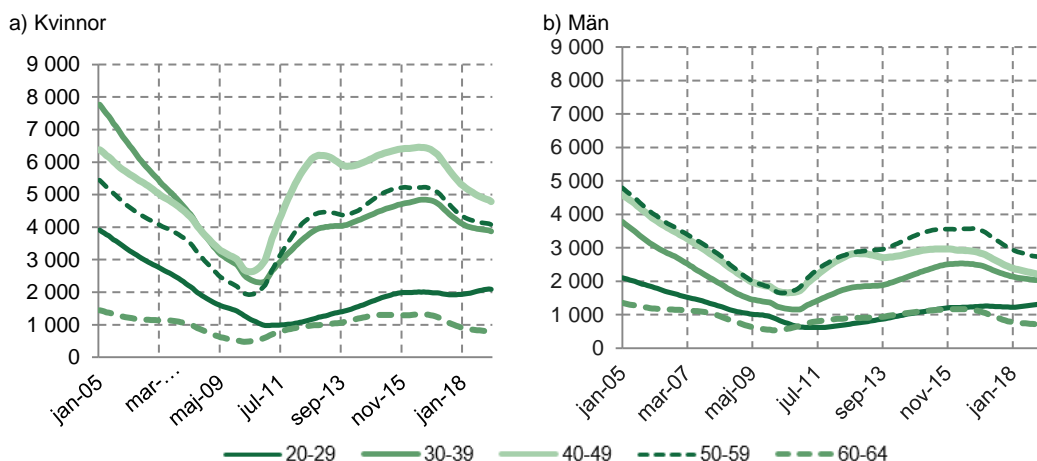
Figur 43 Pågående sjukfall för anställda med sjuklön jan 2005-jan 2019 fördelat per åldersgrupp. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

För arbetslösa har minskningen av antalet pågående sjukfall avtagit inom alla åldersgrupper, se Figur 44. Den årsvisa minskningen är dock fortfarande stor för alla åldersgrupper utom den yngsta. För dessa ökar antalet pågående sjukfall precis som för anställda, men ännu mer.

Figur 44 Pågående sjukfall för arbetslösa jan 2005-jan 2019 fördelat per åldersgrupp. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Ökning av antalet pågående sjukfall för unga med psykiatriska diagnoser i de flesta län

I Tabell 2 redovisas antalet pågående sjukfall i genomsnitt per månad under 2017 och 2018, samt den procentuella förändringen mellan dessa år. Där framgår att det har skett en ökning av psykiatriska diagnoser för den yngsta åldersgruppen i en stor majoritet av de 21 länen medan de har minskat i enbart tre län.

Tabell 2 Antalet pågående sjukfall inom psykiatriska diagnoser för personer under 30 år, per län. Rullande 12 månaders medelvärde, sorterat efter förändring

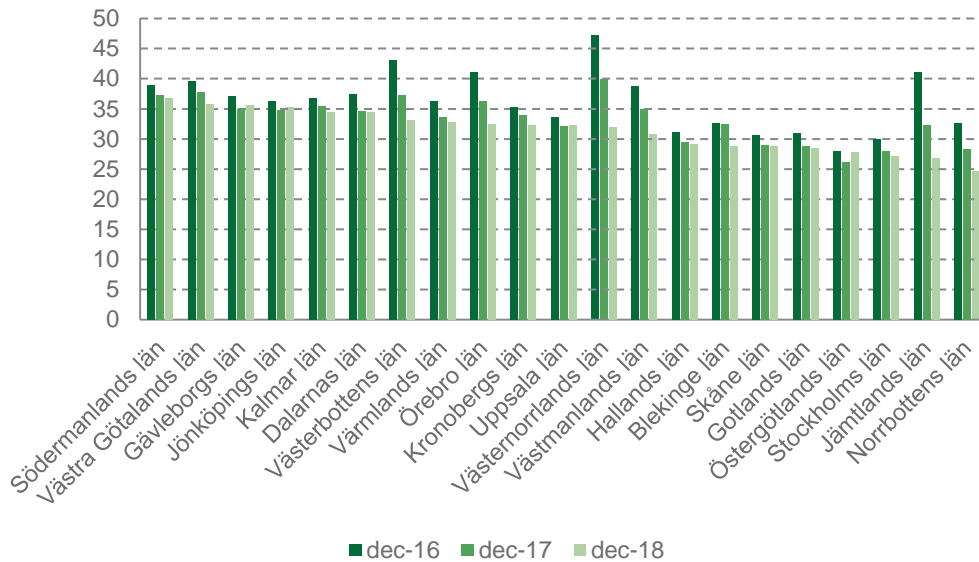
Län	dec-17	dec-18	Förändring (%)
Gotlands län	50	70	39
Jönköpings län	524	607	16
Dalarnas län	421	486	15
Värmlands län	348	396	14
Östergötlands län	468	532	14
Uppsala län	500	558	12
Kronobergs län	247	275	11
Skåne län	1 383	1 511	9
Gävleborgs län	408	439	8
Stockholms län	2 489	2 671	7
Hallands län	335	359	7
Västra Götalands län	2 790	2 950	6
Södermanlands län	412	433	5
Kalmar län	327	340	4
Västmanlands län	372	380	2
Jämtlands län	156	155	0
Blekinge län	194	193	0
Örebro län	501	500	0
Västerbottens län	472	466	-1
Västernorrlands län	335	308	-8
Norrbottens län	277	254	-8
Totalt	13 009	13 883	7

Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Antalet pågående sjukfall minskar i nästan alla län och som mest med 23 procent

Det finns en viss variation mellan antalet sjukfall i olika län, även satt i relation till dess respektive storlek, se Figur 45. I december 2018 pågick mellan 25 sjukfall per 1 000 försäkrade i Norrbotten och 37 per 1 000 försäkrade i Södermanland. Två år tidigare, i december 2016, pågick som lägst 28 sjukfall per 1 000 försäkrade i Östergötland och som mest 47 i Västernorrland. Det innebär att antalet har minskat både vad gäller lägst antal och högst antal sjukfall.

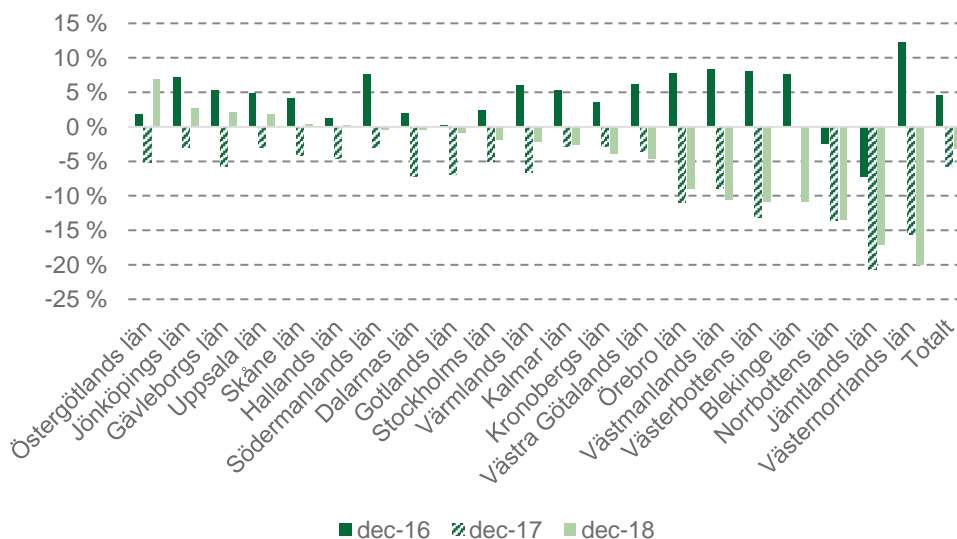
Figur 45 Pågående sjukfall per 1000 försäkrade i respektive län. Rullande 12 månaders medelvärde, sorterat efter 2018



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Efter en ökning av antalet pågående sjukfall i många län under 2016 minskade de i alla län under 2017, se Figur 46 och Figur 48. Antalet pågående sjukfall har fortsatt minska under 2018 för alla län utom fyra där vi istället ser en ökning. Som mest minskade antalet sjukfall i Västernorrland med 20 procent mellan december 2017 och december 2018. I andra änden finns Östergötland som ökade med 7 procent under samma period. I början av 2018 hade däremot alla län en negativ trend.

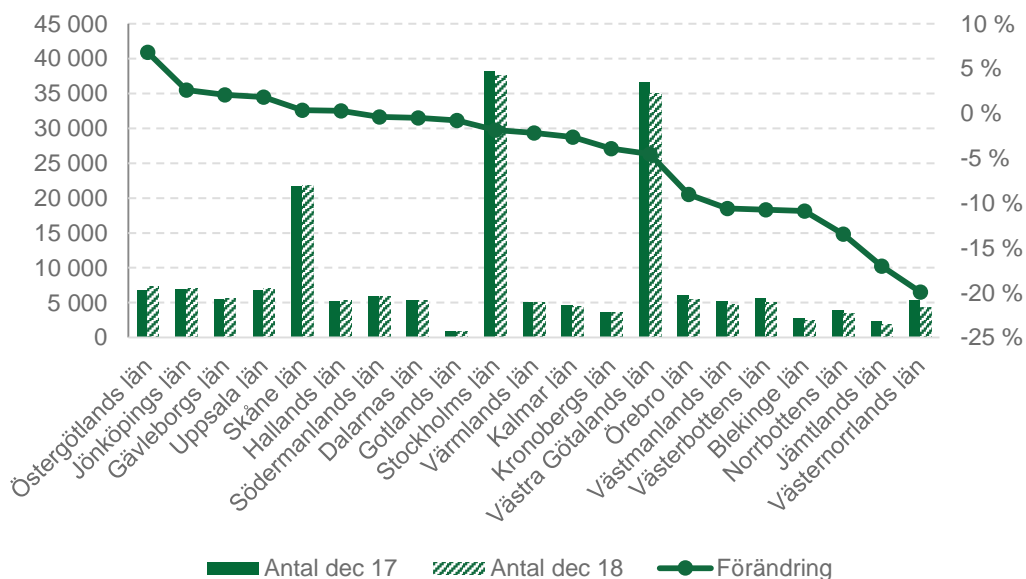
Figur 46 Årsförändringen av antalet pågående sjukfall, per län. Baserat på rullande 12 månaders medelvärde, sorterat efter 2018



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

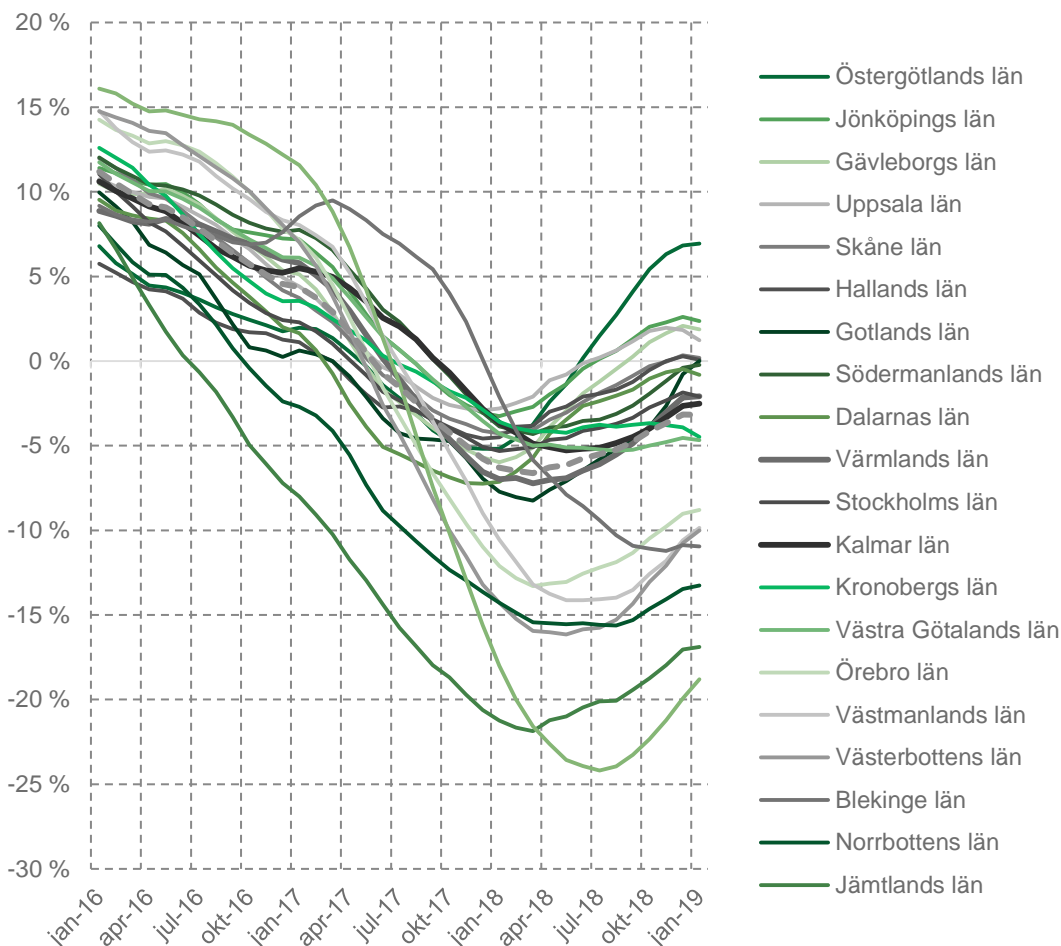
De tre största länen Stockholm, Västra Götaland och Skåne driver till viss del utvecklingen på grund av deras storlek. Detta framgår av Figur 47 där det totala antalet pågående sjukfall redovisas tillsammans med det senaste årets förändring i respektive län. Det senaste året har antalet pågående sjukfall minskat med 4 procent i Stockholm, från 39 000 sjukfall per månad till 37 000 per månad, och 5 procent i Västra Götaland, från 37 000 till 35 000. I Skåne har det enbart minskat med 1 procent och ligger kvar strax under 22 000 pågående sjukfall. Den minskning på 23 procent som skett i Västernorrland har, trots länets avsevärt mindre storlek, påverkat utvecklingen i nästan samma utsträckning som Stockholm. Här har det genomsnittliga antalet sjukfall per månad minskat med totalt 1 300 personer. I Västernorrland var dock utgångsläget 2016 högre än alla övriga län i relation till antal försäkrade. Under 2018 låg det istället strax över genomsnittet.

Figur 47 Antalet pågående sjukfall (vä axel) och förändring (hö axel) per län. Rullande 12 månaders medeltal, streckad linje visar gränsen mellan en positiv och en negativ förändring



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Figur 48 Årlig förändring för antalet pågående sjukfall, jan 2016-jan 2019.
Baserat på rullande 12 månaders medeltal



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Vanligare att män får fler dagar med sjukpenning på normalnivå

Det finns två olika ersättningsnivåer på sjukpenning: sjukpenning på normalnivå som motsvarar cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, och sjukpenning på fortsättningsnivå som motsvarar cirka 75 procent av sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Normalt kan man få sjukpenning på normalnivå under högst ett år och därefter sjukpenning på fortsättningsnivå. Vid nedsatt arbetsförmåga på grund av en allvarlig sjukdom kan man dock få fler dagar med sjukpenning på normalnivå under obegränsad tid.

Under 2018 fick 2 800 personer fler dagar med sjukpenning på normalnivå. Dessa representerar 7 procent av sjukfallen över ett år, vilket är en ökning jämfört med 2017 då andelen var 6 procent, se Tabell 3. Antalet personer har däremot minskat något jämfört med 2017, från 2 900 personer. Utvecklingen beror troligen på att antalet personer med allvarlig sjukdom inte varierar så mycket över tid vilket gör att *andelen* som får fler dagar med sjukpenning på normalnivå ökar när antalet sjukfall som blir längre än ett år minskar, vilket också har skett. Kvinnor utgör nästan 70

procent av alla sjukfall som blir längre än ett år, men de representerar endast 50 procent av de som får fler dagar med sjukpenning på normalnivå. Det innebär att det är vanligare att män beviljas fler dagar med sjukpenning på normalnivå. Till viss del förklaras detta troligen av skillnader i diagnossammansättning då en större andel män har sådana diagnoser som enligt Socialstyrelsens riktlinjer oftare kan utgöra grund för fler dagar med sjukpenning på normalnivå.

Tabell 3 Sjukfall som är längre än 365 dagar 2009-2018 fördelat på sjukpenning på fortsättningsnivå respektive normalnivå

	Fortsättningsnivå		Normalnivå	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Samtliga				
2008	79 980	97 %	2 409	3 %
2009	30 423	94 %	1 873	6 %
2010	24 222	90 %	2 683	10 %
2011	36 968	93 %	2 877	7 %
2012	39 723	94 %	2 692	6 %
2013	41 896	94 %	2 635	6 %
2014	52 374	95 %	2 739	5 %
2015	59 337	95 %	2 833	5 %
2016	59 078	95 %	3 053	5 %
2017	45 054	94 %	2 859	6 %
2018	37 756	93 %	2 814	7 %
Kvinnor				
2008	51 290	97 %	1 397	3 %
2009	18 887	95 %	1 047	5 %
2010	14 914	91 %	1 482	9 %
2011	24 061	94 %	1 533	6 %
2012	26 504	95 %	1 456	5 %
2013	27 671	95 %	1 403	5 %
2014	35 123	96 %	1 462	4 %
2015	40 310	96 %	1 515	4 %
2016	40 361	96 %	1 600	4 %
2017	31 005	96 %	1 458	4 %
2018	25 565	94 %	1 496	6 %

	Fortsättningsnivå		Normalnivå	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Män				
2008	28 690	97 %	1 012	3 %
2009	11 536	93 %	826	7 %
2010	9 308	89 %	1 201	11 %
2011	12 907	91 %	1 344	9 %
2012	13 219	91 %	1 236	9 %
2013	14 225	92 %	1 232	8 %
2014	17 251	93 %	1 277	7 %
2015	19 027	94 %	1 318	6 %
2016	18 717	93 %	1 453	7 %
2017	14 049	91 %	1 401	9 %
2018	12 191	90 %	1 318	10 %

Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Allt färre sjukfall passerar två år men antalet pågående långa sjukfall fortsätter öka

Under perioden 2010–2016 då det fanns en bortre tidsgräns, var andelen pågående sjukfall längre än två år avsevärt lägre än både innan denna period och efter tidsgränsen var borttagen, se Figur 9 i kapitel 2. Vid slutet av perioden låg andelen som passerar två år (av de som startat samma månad två år tidigare) och andelen av alla pågående sjukfall som var längre än två år på samma nivå, 7 procent. Det beror på det konstanta utflöde som skedde vid den bortre tidsgränsen. När tidsgränsen togs bort gick andelarna isär då andelen som passerade tvåårsgränsen minskade samtidigt som antalet pågående sjukfall som var längre än två år ökade och kom att utgöra en allt större andel av alla pågående sjukfall, under 2018 och början av 2019 representerade de 25 procent. I förra årets uppföljning av sjukfrånvarons utveckling (Försäkringskassan, 2018b) redovisades hur utvecklingen av långa sjukfall såg ut när man tog hänsyn till personer som återvände efter att ha fått avslag vid den bortre gränsen, genom att deras tidigare sjukfall lades ihop med det nya sjukfallet. Det framgick då att de långa sjukfallen börjat öka redan 2013, det vill säga tre år innan den bortre gränsen togs bort.

Arbetslöshet, psykiatriska diagnoser, förgymnasial utbildning och tidigare sjukhistorik är överrepresenterat vid långa sjukfall

Sammansättningen av personerna som är sjukskrivna förändras något när sjukfallen pågått en tid då de för vissa grupper har en högre sannolikhet att pågå längre. I Tabell 4 beskrivs sammansättningen både för de sjukfall som passerar två år och alla sjukfall som påbörjats samtidigt som dessa. Grupper som är överrepresenterade i de långa sjukfallen är kvinnor, personer i åldern 40-59, arbetslösa, personer med psykiatriska diagnoser, personer med endast förgymnasial utbildning samt återvändare och personer med sjukhistorik.

Tabell 4 Sammansättning av sjukfall som passerar 1 och 2 år jämfört med samtliga sjukfall (längre än 14 dagar) utifrån startår 2016

Sammanställningen hos de sjukfall som blir...	... 1 år	... 2 år	Alla
Kön			
Kvinnor	67 %	67 %	64 %
Män	33 %	33 %	36 %
Ålder			
-29 år	11 %	11 %	17 %
30-39 år	21 %	21 %	21 %
40-49 år	28 %	28 %	23 %
50-59 år	30 %	32 %	27 %
60- år	11 %	9 %	12 %
Försäkradtyp			
Anställd/Egenföretagare	81 %	76 %	94 %
Arbetslös	16 %	21 %	5 %
Övriga	2 %	3 %	1 %
Utrikes född	17 %	18 %	18 %
Diagnoskapitel			
F00-F99	54 %	54 %	29 %
F30-F39	18 %	20 %	8 %
F40-F48	30 %	28 %	19 %
Övriga psyk.	5 %	7 %	2 %
M00-M99	15 %	15 %	24 %
C00-D48	7 %	6 %	3 %
I00-I99	4 %	5 %	3 %
G00-G99	4 %	5 %	3 %
S00-T98	3 %	3 %	11 %
Övriga	11 %	11 %	20 %
Saknas/okänd	1 %	1 %	1 %
Återvändare	7 %	10 %	1 %
Historiskt sjukfall > 180 dagar	52 %	57 %	30 %
Totalt antal	42 518	21 201	508 407

Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Genom regressionsanalys har sannolikheten att sjukfallet ska passera två år undersökts för dessa faktorer genom att samtidigt hålla övriga faktorer konstanta, se Tabell 5. Även om de flesta skillnaderna som framkommer genom att som ovan jämföra sammansättningen bekräftas, är kvinnor inte längre överrepresenterade. Den relativt lilla skillnaden som finns beror troligtvis på andra faktorer, bland annat skillnader i diagnossammansättning. Sannolikheten att sjukfallet ska bli långt skiljer sig även åt mellan olika län. Men vilka län som hade en högre sannolikhet för långa

sjukfall förändrades nästan helt mellan dem som startade 2014 och dem som startade 2016.⁴⁸

Tabell 5 Utfall regression, sannolikhet att ett sjukfall ska passera 2 år. Sjukfall som startade 2016 och potentiellt hade passerat 2 år under 2018

Grupp	Oddsquot	P-värde
Kön		
Kvinna	1,03	0,11
Man (ref)	1,0	
Ålder		
-29 år (ref)	1,0	
30-39 år	1,18	<.0001
40-49 år	1,23	<.0001
50-59 år	1,27	<.0001
65+ år (ref)	0,77	<.0001
Utrikesfödd		
Ja	1,05	0,01
Nej (ref)	1,0	
Högsta utbildning		
Förgymnasial (ref)	1,0	
Gymnasial	0,78	<.0001
Eftergymnasial	0,79	<.0001
Gymnasial		
C00-D48	1,24	<.0001
F00-F99 (ref)	1,0	
G00-G99	0,79	<.0001
I00-I99	1,19	<.0001
M00-M99	0,36	<.0001
O00-O99	0,03	<.0001
S00-T98	0,18	<.0001
Övriga	0,34	<.0001
Försäkradtyp		
Anställd/Egenftg	0,34	<.0001
Arbetslös	1,31	<.0001
Övriga (ref)	1,0	
Återvändare		
Ja	6,53	<.0001
Nej (ref)	1,0	

⁴⁸ För de som startat 2016 är sannolikheten för ett långt sjukfall större i Södermanland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Skåne, Västra Götaland, Värmland – jämfört med Stockholm. För de som startat 2014 var sannolikheten istället större att bli längre än 2 år i Västra Götaland (enda som är samma), Örebro, Västernorrland och Västerbotten.

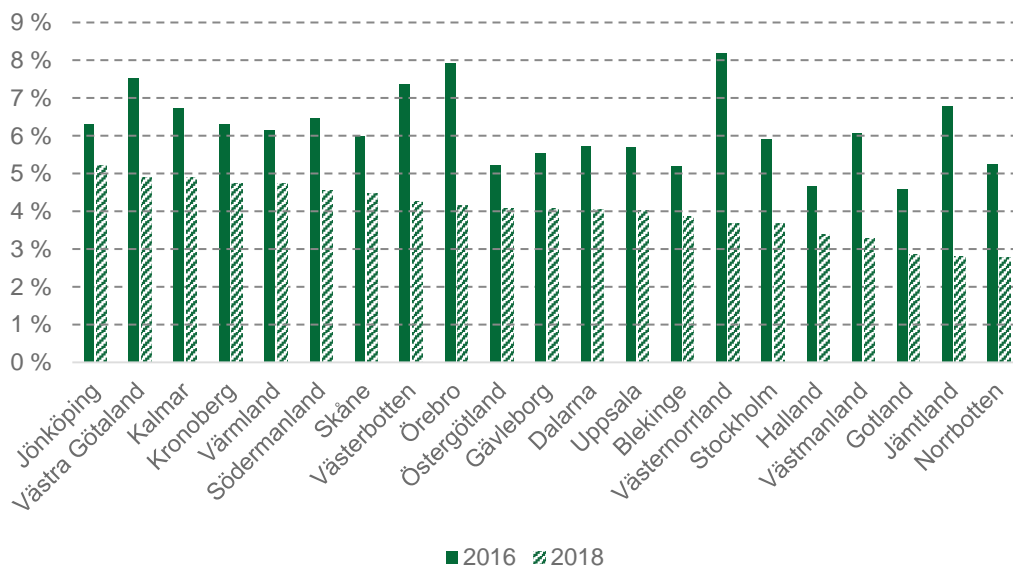
Grupp	Oddsquot	P-värde
Historiskt sjukfall > 180 dagar		
Ja	2,31	<.0001
Nej (ref)	1,0	
Län		
Blekinge län	1,02	0,8
Dalarnas län	1,05	0,29
Gotlands län	0,76	0,01
Gävleborgs län	1,03	0,51
Hallands län	0,92	0,08
Jämtlands län	0,64	<.0001
Jönköpings län	1,47	<.0001
Kalmar län	1,31	<.0001
Kronobergs län	1,36	<.0001
Norrbottnens län	0,74	<.0001
Skåne län	1,22	<.0001
Stockholms län (ref)	1,0	
Södermanlands län	1,28	<.0001
Uppsala län	1,08	0,05
Värmlands län	1,22	<.0001
Västerbottens län	1,1	0,04
Västernorrlands län	0,91	0,08
Västmanlands län	0,85	0
Västra Götalands län	1,3	<.0001
Örebro län	1,08	0,11
Östergötlands län	1,15	0

Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Långa sjukfall i olika län

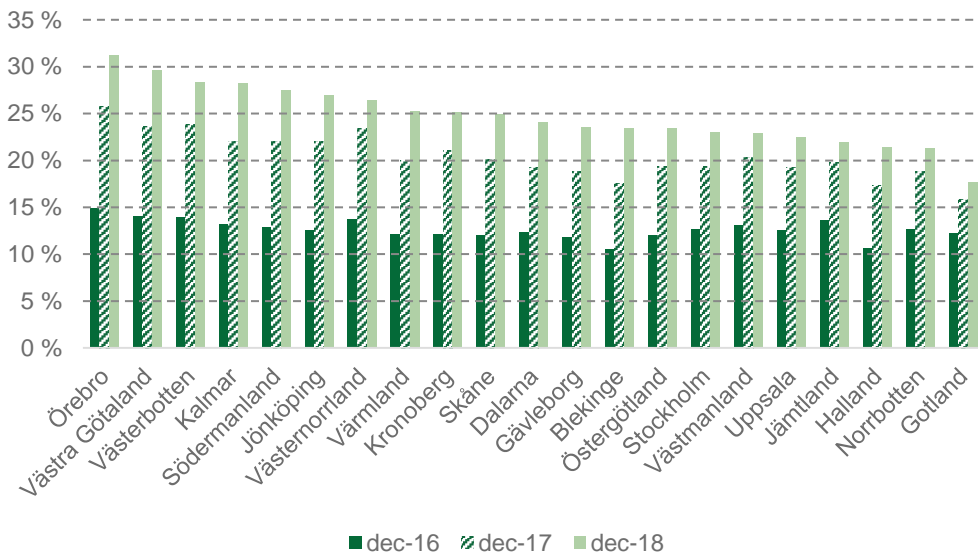
Andelen som passerar två år har minskat i alla län men varierar under 2018 mellan 2,8 procent av dem som startade 2016 i Jämtland och Norrbotten och 5,2 procent i Jönköping. Av dem som startade två år tidigare, under 2014, passerade fler tvåårsgränsen, mellan 4,6 procent på Gotland och 8,2 procent i Västernorrland, se Figur 49. Samtidigt varierar andelen av alla pågående sjukfall som är längre än två år under 2018 mellan 18 och 31 procent av sjukfallen, se Figur 50.

Figur 49 Andelen sjukfall som passerar 2 år, 2016 och 2018, av alla sjukfall som startat 2014 respektive 2016



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Figur 50 Andelen av de pågående som är längre än 2 år, 2016-2018. Rullande 12 månaders medelvärden



Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Bilaga 3 Sjukersättningens utveckling

Antalet personer med sjukersättning har minskat årligen sedan 2006 och under det senaste året har den årliga minskningstakten legat stadigt på cirka 6 procent. Detta framgår av kapitel 3 där fokus ligger på att analysera den senaste utvecklingen. I denna bilaga redovisas fler resultat avseende utvecklingen av antalet personer med sjukersättning.

Personer med sjukersättning

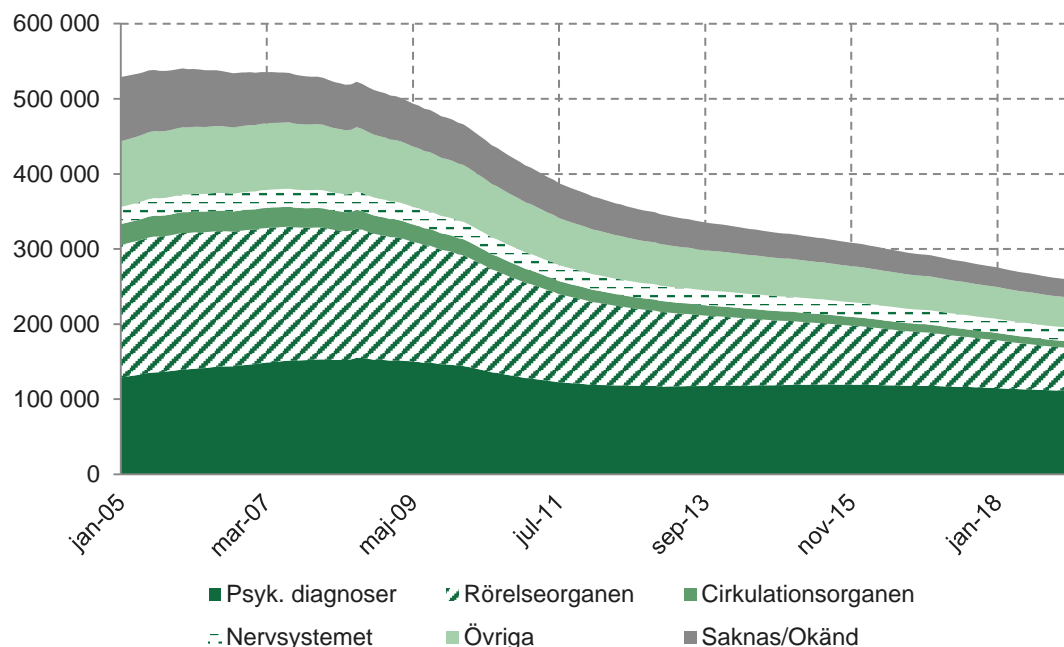
I detta avsnitt beskrivs gruppen som har en pågående period med sjukersättning.

Psykiatriska diagnoser ser ut att öka medan övriga har planat ut

Antalet personer som har sjukersättning minskar i takt med att inflödet minskar samtidigt som utflödet är fortsatt stort. Det beror på att fler personer som har sjukersättning enligt det gamla mer generösa regelverket övergår till ålderspension än antalet personer som har möjlighet att nybeviljas sjukersättning enligt det nya striktare regelverket. I Figur 51 redovisas diagnossammansättningen för de personer som har sjukersättning och dess utveckling över tid. Psykiatriska diagnoser gick i oktober 2010 förbi sjukdomar i rörelseorganen som den vanligaste diagnosgruppen. Det skedde i samband med det nya striktare regelverket 2008 och att den tidsbegränsade sjukersättningen togs bort. Den minskning av antalet personer med sjukersättning som följde drevs främst av en kraftig minskning av personer med sjukdomar i rörelseorganen. Dessa har därefter fortsatt att minska medan psykiatriska diagnoser har haft en stabil utveckling. Under 12-månadersperioden april 2018 till och med mars 2019 låg psykiatriska diagnoser till grund för 43 procent av de pågående sjukersättningarna medan sjukdomar i rörelseorganen stod för 22 procent.

Sedan 2015 har antalet personer med psykiatriska diagnoser som har sjukersättning minskat långsamt men i en något ökande takt. Det senaste året har dessa minskat med 3 procent. Antalet personer med sjukdomar i rörelseorganen minskar snabbare, 10 procent det senaste året, en minskning som pågått årligen sedan 2005. Det är också allt färre som får sjukersättning med anledning av sjukdomar i cirkulationsorganen, vilket har minskat med 9 procent det senaste året. Sjukdomar i nervsystemet minskar samtidigt stadigt med 2 procent årligen.

Figur 51 **Antalet personer med sjukersättning per diagnosgrupp och månad, jan 2005-mar 2019. Rullande 12 månaders medelvärde**



Källa: Försäkringskassans datalager Store

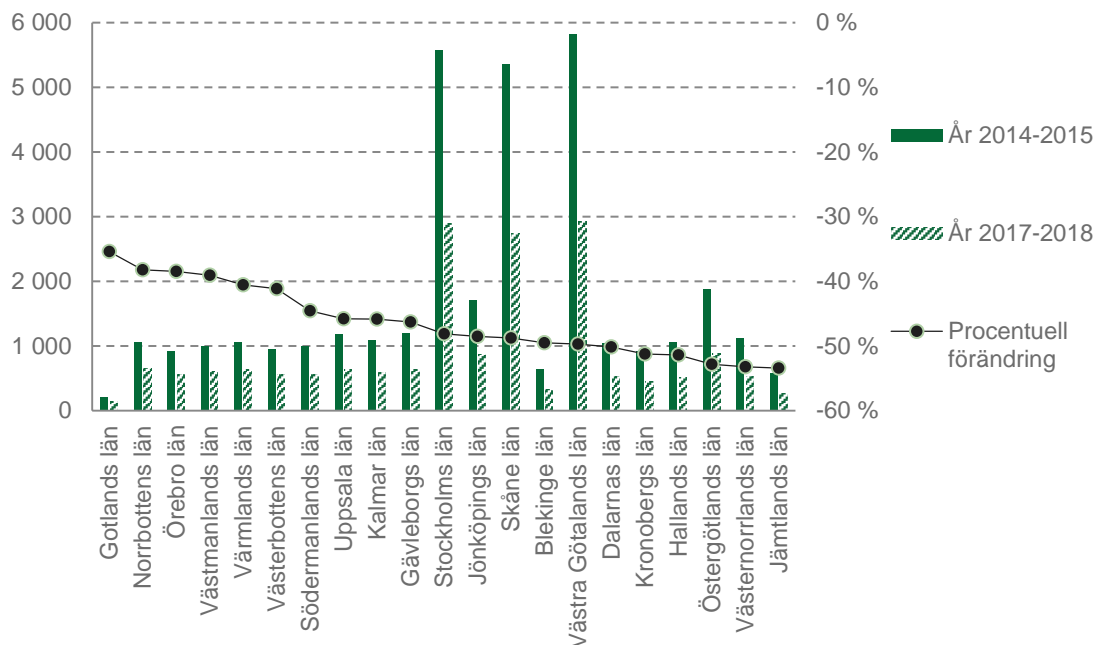
In- och utflöde från sjukersättningen

På grund av en regelförändring 2008 som där kraven för att beviljas sjukersättning skärptes är utflödet från sjukersättning fortfarande långt större än inflödet, se Figur 11 i kapitel 3. Detta är orsaken till att antalet personer som har sjukersättning minskar vilket beskrivs närmare i kapitel 3. Till inflödet räknas alla personer som beviljats sjukersättning, oavsett om de även tidigare beviljats förmånen. Detta skiljer sig från begreppet nybeviljade sjukersättningar som bara innefattar bara personer som beviljas sjukersättning för första gången, och som inte heller tidigare haft aktivitetsersättning.

Inflödet till sjukersättning har minskat i alla län i varierande grad

Inflödet till sjukersättning har inom olika län minskat med mellan 35 och 53 procent från perioden 2014-2015 till 2017-2018, se Figur 52. Procentuellt sett var minskningen störst i Jämtland, Västernorrland och Östergötland, i alla tre länen minskade inflödet med 53 procent. Sett till det totala antalet har dock det minskade inflödet drivits av de tre största länen Stockholm, Västra Götaland och Skåne. I dessa län minskade inflödet med mellan 48 och 50 procent mellan 2014-2015 och 2017-2018, det vill säga en halvering. I antal handlar det om mellan 2 600 till 2 900 personer färre som beviljades sjukersättning de senaste två åren jämfört med 2014-2015.

Figur 52 Inflödet till sjukersättning under 2014-2015 och 2017-2018 samt förändringen, per län



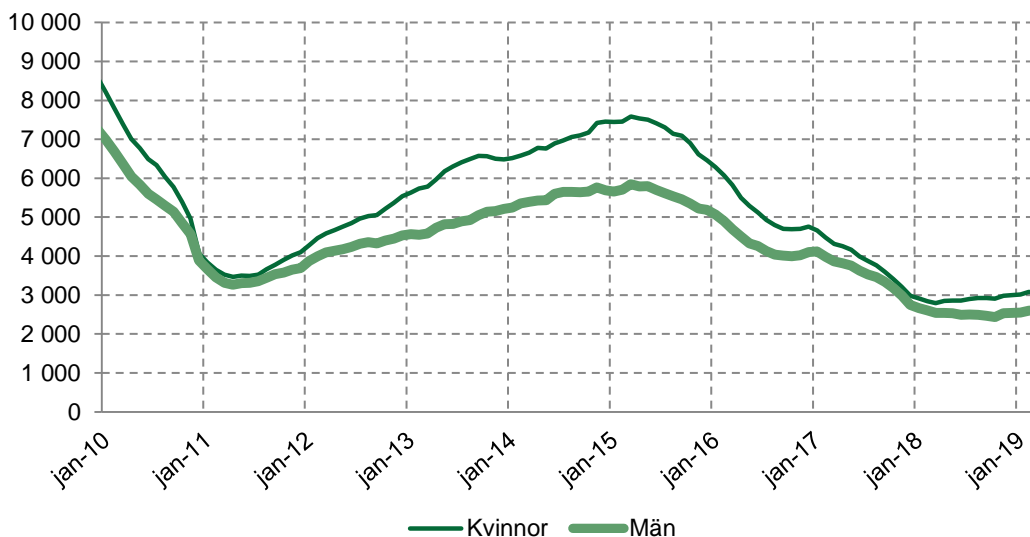
Källa: Försäkringskassans datalager MiDAS

Nybeviljade sjukersättningar

I inflödet ingår alla personer som beviljas sjukersättning, även dem som tidigare haft sjukersättning och återkommit eller som tidigare haft aktivitetsersättning. I nybeviljandet inkluderas däremot bara personer som aldrig tidigare haft sjuk- eller aktivitetsersättning. Mellan 2016 och 2017 minskade antalet nybeviljade⁴⁹ sjukersättningar med 36 procent, från 8 900 till 5 700, se Figur 53. Under 2018 minskade det med ytterligare 3 procent till drygt 5 500. Antalet nybeviljade sjukersättningar fortsätter minska men i en allt lägre takt efter en årsvis minskning på som mest 37 procent i januari och februari 2018. Den ökade kvaliteten i tillämpningen av regelverket och att den bortre tidsgränsen i sjukpenning togs bort bidrog till att nybeviljandet sjönk efter 2015. Utplaningen under 2018 tyder dock på att nybeviljandet nått en lägre och mer stabil nivå.

⁴⁹ Som nybeviljande räknas bara personer som aldrig tidigare haft sjuk- eller aktivitetsersättning. Dessa är därför färre än vad som framgår av inflödesfiguren ovan där alla som beviljas ersättningen räknas även om de haft ersättningen tidigare, se centrala begrepp.

Figur 53 Nybeviljade sjukersättningar jan 2010-mar 2019 för kvinnor och män. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Majoriteten nybeviljas sjukersättning på heltid

Majoriteten av dem som nybeviljas sjukersättning, ca 76 procent, får 100 procent ersättning. Denna andel har ökat sedan 2009 då andelen var 55 procent. Samtidigt minskade andelen som nybeviljades sjukersättning på 50 procent, från 27 till 15 procent. Ytterligare en ökning av andelen som nybeviljas sjukersättning på heltid har skett sedan 2016 då andelen var 70 procent. Under samma period minskade andelen som har sjukersättning på 50 procent från 19 till 15 procent. Sett till antal nybeviljanden har dock båda dessa grupper minskat över tid. Sedan 2016 har antalet på heltid minskat från årliga 6 100 till 4 300 nybeviljanden. Samtidigt minskade antalet på halvtid från 1 700 till 800 nybeviljanden.

För den som har tre fjärdedels sjuk- eller aktivitetsersättning ska särskilda insatser göras för att han eller hon ska kunna få en anställning som motsvarar personens arbetsförmåga. Försäkringskassans uppgift är att undersöka om den som fått tre fjärdedels sjukersättning eller aktivitetsersättning är intresserad av att få ett arbete på 25 procent. Om personen är intresserad ska Arbetsförmedlingen meddelas det. Arbetsförmedlingens uppgift består i att inom sex månader hitta personen en anställning på den ordinarie arbetsmarknaden, eventuellt med hjälp av lönebidrag. Om detta inte lyckas ska personen beredas en anställning hos Samhall AB.

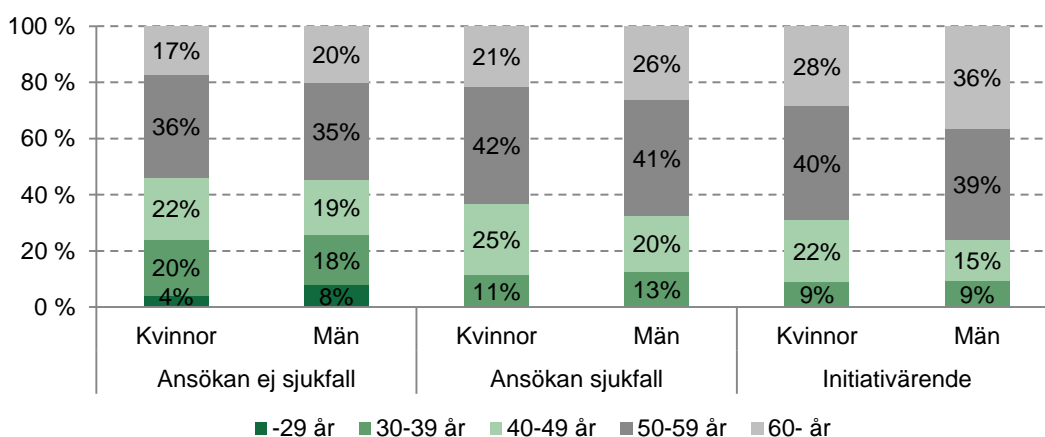
Andelen som nybeviljas tre fjärdedels sjukersättning har legat relativt stabilt kring 4 procent sedan 2005. Under 2017 skedde en svag minskning till 3,5 procent där det stabiliserat sig. Under 2018 och början av 2019 motsvarade det i genomsnitt 200 personer som årligen nybeviljades tre fjärdedels sjukersättning, vilket i är samma som under 2017.

Yngre personer har i högre grad ansökt själva medan äldres nybeviljande initieras av Försäkringskassan

För att få sjukersättning kan både personen själv ansöka om det eller så kan Försäkringskassan initiera en prövning av huruvida ett utbyte från sjukpenning till sjukersättning bör göras. Dessa kallas i rapporten för ansökningsärenden respektive initiativärenden. Ansökningsärenden delas sedan upp i två grupper, en där ansökan görs utifrån, det vill säga av personer som inte har sjukpenning och en där ansökan görs av en person som har sjukpenning. Dessa benämns vidare som med eller utan sjukfall.

Sammansättningen hos gruppen som nybeviljas sjukersättning, med avseende på kön och ålder, skiljer sig åt mellan initiativärenden och ansökningsärenden samt beroende på om ansökan sker utifrån eller inte, se Figur 54. I alla tre grupper är 50-59 år vanligast, men denna grupp är särskilt stor bland ansökningsärenden med pågående sjukfall. Bland initiativärenden är istället personer över 60 år vanligare än bland ansökningsärenden. Det gäller särskilt för män där 36 procent är över 65, vilket kan jämföras med de 20 procent personer över 65 för män som har ansökt utifrån. Här är istället yngre personer vanligare. Bland både kvinnor och män är cirka 25 procent under 40 år, medan motsvarande är 9 procent bland initiativärendena. Generellt sett är män med sjukersättning något äldre än kvinnorna oavsett typ av ansökan men ålderskillnaden är störst bland initiativärenden.

Figur 54 Åldersfördelning av nybeviljade sjukersättningar mars 2019 uppdelat på kön och prövningstyp. Andelar av rullande 12 månaders summering

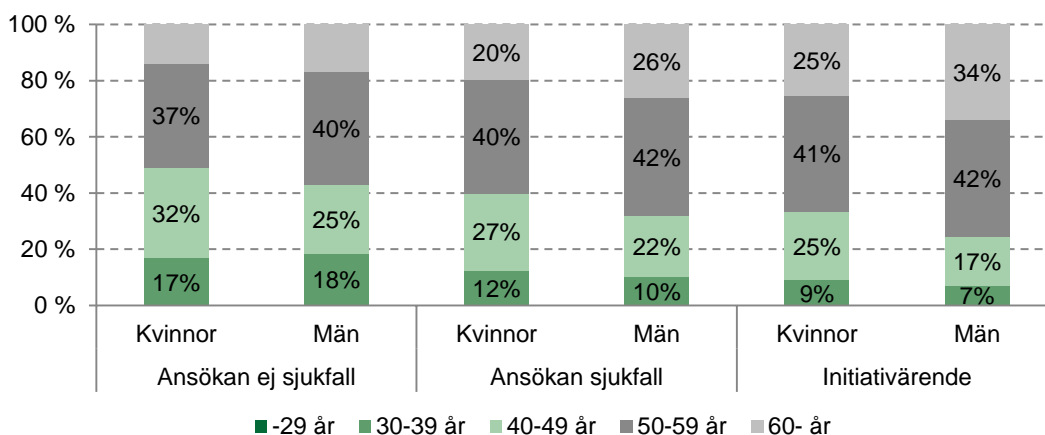


Källa: Försäkringskassans datalager Store

Innan nybeviljandet till sjukersättningen började minska var sammansättningen ganska lik den nuvarande men små förändringar har skett. När det årliga nybeviljandet nådde en topp i mars 2015 (se Figur 55), var andelen yngre personer (under 40) hos dem som ansökt utan sjukfall mindre. Till viss del kan det förklaras av att sjukersättning nu nybeviljas till personer under 30. Tidigare var det istället en högre andel personer i åldersgruppen 40-49 medan de äldre åldersgrupperna stod för en lägre andel. Sammansättningen i gruppen ansökan vid pågående sjukfall har bara

förändrats marginellt och bland initiativärenden är det främst andelen personer i åldern 40-49 som har minskat något för både kvinnor och män. Istället har andelen över 60 har ökat och i synnerhet för kvinnor men också för män där även andelen 50-59 år har ökat.

Figur 55 Åldersfördelning av nybeviljade sjukersättningar vid den senaste toppen i mars 2015 uppdelat på kön och prövningstyp. Andelar av rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Sedan 2017 kan även personer som inte fyllt 30 år beviljas sjukersättning

Sedan den 1 februari 2017 kan även personer i åldern 19-29 få *hel* sjukersättning om personen har omfattande och livslånga funktionsnedsättningar och det är osannolikt att de någonsin får arbetsförmåga. Syftet med regeländringen var att skapa större trygghet för personer där arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt. I en uppföljning av regeländringen (Försäkringskassan 2019b) intervjuades handläggare som menade att tillvaron underlättas för försäkrade som byter till sjukersättning i och med att de slipper söka på nytt, och därmed inte riskerar försenade utbetalningar i samband med ansökan, så bör den ekonomiska tryggheten öka. Under 2018 nybeviljades 104 personer under 30 sjukersättning. Av dessa var 64 procent män och nästan alla, 96 av dem, var ansökningar utan pågående sjukfall. Samtidigt övergick 1 170 personer direkt från aktivitetsersättning. Bland dem som bytt ut aktivitetsersättning till sjukersättning är män i högre åldrar, det vill säga närmare 30, överrepresenterade. Det finns även stora skillnader mellan län där ett utbyte varit vanligare i bland annat Stockholm och Västra Götaland än i Skåne (Försäkringskassan 2019b).

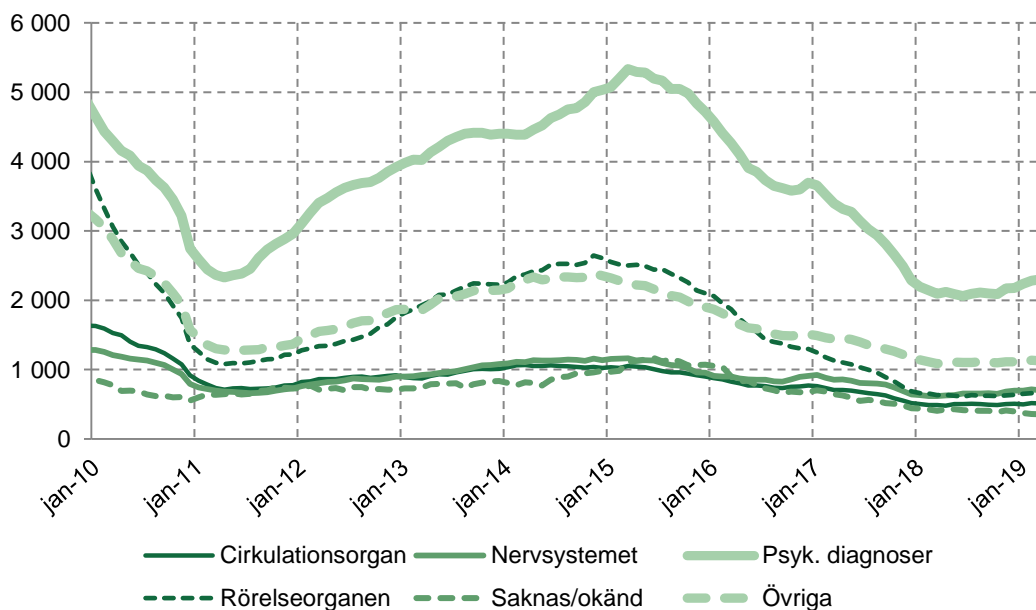
Sedan toppen 2015 har diagnoser inom nervsystemet minskat mest i relation till sin storlek medan psykiatriska har minskat mest i antal

Medan antalet personer med sjukersättning har minskat stadigt sedan regelförändringen 2008 finns en större variation över tid för antalet nybeviljade sjukersättningar. Sedan nybeviljandet nådde sin senaste topp i mars 2015 har nybeviljande minskat inom alla diagnosgrupper, se Figur 56. Antalet nybeviljanden har minskat mest drastiskt för personer med psykiatriska diagnoser, vilka under 2018

stod för 41 procent av nybeviljandet. Under 2018 nybeviljades 1900 färre kvinnor sjukersättning för en psykiatrisk diagnos och 1 400 färre män än under helåret till och med mars 2015. Det motsvarar en minskning med 61 respektive 57 procent. Sett till sin storlek har nybeviljande minskat mest för personer med sjukdomar i rörelseorganen. Dessa minskade med 76 procent för kvinnor, motsvarande 1330 nybeviljanden, och 72 procent för män, vilket motsvarar 604 nybeviljanden. Minst var minskningen för sjukdomar i nervsystemet, men även dessa minskade med 40 procent för kvinnor och 42 procent för män. Till antalet innebär det 269 och 223 färre nybeviljanden för kvinnor respektive män.

Under 2018 planade nybeviljandet ut och i början av 2019 ser vi en årlig ökning för alla diagnosgrupper. Nybeviljandet är dock fortfarande lägre än 2011 när det senast var som lägst.

Figur 56 Nybeviljande sjukersättningar per diagnos, jan 2010-mar 2019. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Det är ungefär lika vanligt för både kvinnor och män att nybeviljas sjukersättning för en psykiatrisk diagnos, 42 respektive 39 procent. Rörelseorganens sjukdomar är däremot något vanligare för kvinnor medan sjukdomar i cirkulationsorganen är vanligare för män, se Tabell 6. Detta hänger även ihop med att männen generellt sett är äldre då risken för sjukdomar i cirkulationsorganen ökar med åldern.

Tabell 6 Nybeviljade sjukersättningar mars 2019, fördelade på diagnosgrupp. Rullande 12 månaders summering

Diagnosgrupp	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Psyk.diagnoser (F00-F99)	1 286	42	1 017	39
Rörelseorganen (M00-M99)	412	14	242	9
Nervsystemet (G00-G99)	379	12	325	13
Cirkulationsorganen (I00-I99)	191	6	322	12
Övriga	581	19	547	21
Saknas/Okänd	202	7	155	6

Källa: Försäkringskassans datalager Store

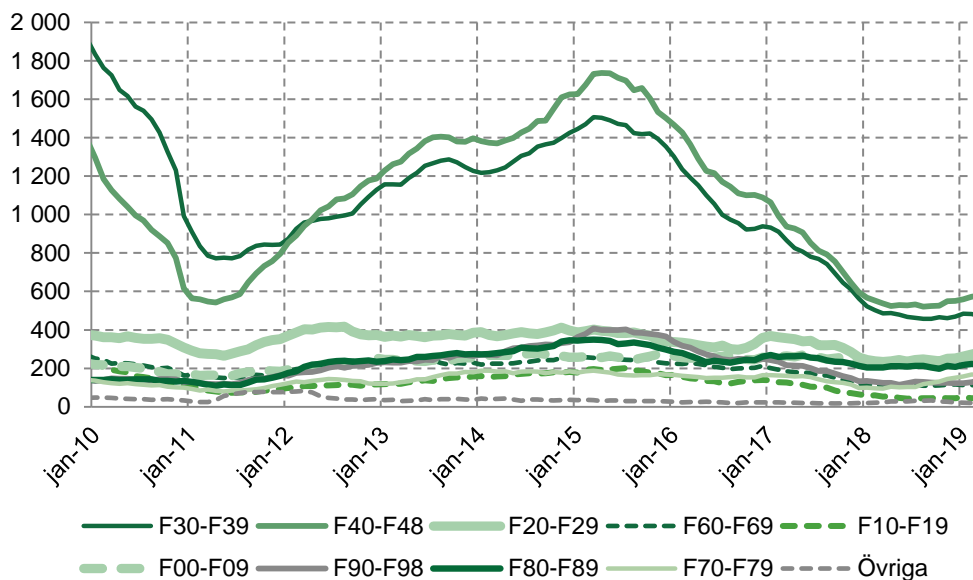
Nybeviljandet för olika diagnoser skiljer sig åt mellan olika åldrar. Mest utmärker sig gruppen under 30 år. Dels genom en lägre andel med psykiatrisk diagnos än i närliggande åldersgrupper, 38 procent för de under 30 jämfört med 68 procent i åldern 30-34, dels genom en större andel diagnoser avseende sjukdomar i nervsystemet och missbildningar och kromosomavvikelser (Q00-Q59). Även skador (S00-T98) är vanligare i denna grupp.

Efter den markanta skillnaden i diagnossammansättning för dem under 30 år och personer i åldern 30-34 ändras sammansättningen gradvis med åldern. Andelen med psykiatriska diagnoser minskar samtidigt som sjukdomar i rörelseorganen (M00-M99) och i cirkulationsorganen (I00-I99) ökar. Även tumörer (C00-C48) blir något vanligare bland äldre personer som nybeviljas sjukersättning.

Två diagnosavsnitt står för majoriteten av nybeviljandet inom både psykiatriska diagnoser och sjukdomar i rörelseorganen

Antalet nybeviljade sjukersättningar inom psykiatriska diagnoser består till stor del av förstämningssyndrom (F30-F39) och ångest- och stressyndrom (F40-F48). Dessa påverkar därför till stor del utvecklingen sett till antalet nybeviljande, se Figur 57. I mars 2019 låg det årliga nybeviljandet på 1 052 sjukersättningar inom dessa två avsnitt, jämfört med hela 3 239 nybeviljanden under 12-månadersperioden fram till och med mars 2015 då nybeviljandet nådde en topp. Det motsvarar en minskning med 68 procent mellan mars 2015 och mars 2019.

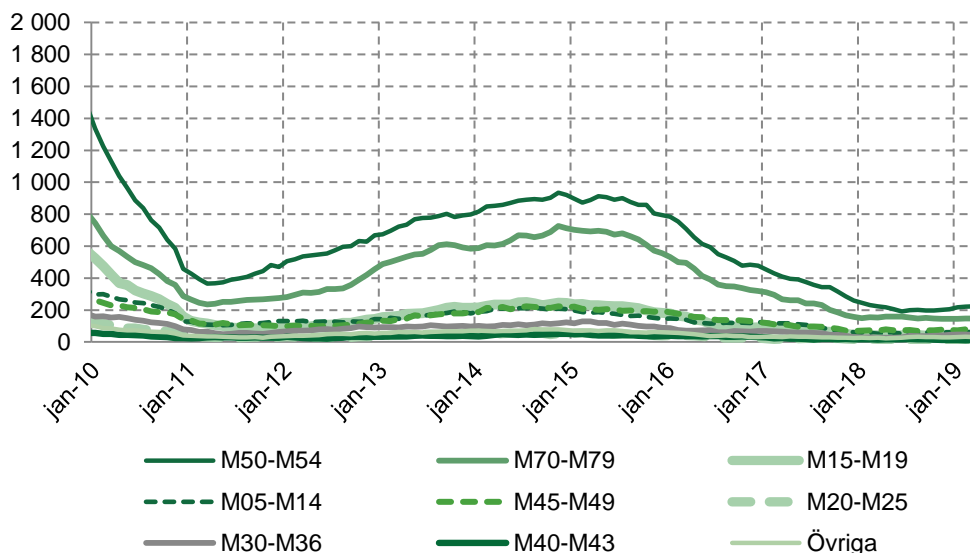
Figur 57 Nybeviljade sjukersättningar för psykiatriska diagnoser, jan 2010-mar 2019. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Även inom sjukdomar i rörelseorganen utgör två diagnosavsnitt, andra ryggsjukdomar (M50-M54) och andra sjukdomar i mjukvävnader (M70-M79), en stor majoritet av nybeviljandet, se Figur 58. Under 12-månadersperioden fram till och med mars 2015 nybeviljades 1 582 sjukersättningar inom dessa avsnitt jämfört med enbart 371 årliga nybeviljanden i mars 2019, en minskning med 77 procent. De senaste månaderna har nybeviljandet inom avsnittet andra ryggsjukdomar ökat något.

Figur 58 Nybeviljade sjukersättningar för sjukdomar i rörelseorganen, jan 2010-mar 2019. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Psykiatriska diagnoser särskilt vanliga vid ansökan med pågående sjukfall

Störst skillnad i sammansättning av diagnoser sett till typ av ansökan finns mellan dem som ansöker själva med ett pågående sjukfall och initiativärenden. Bland kvinnor är andelen med en psykiatrisk diagnoser vanligare bland dem med sjukfall som ansökt själva, 43 procent, även om det också representerar den största andelen bland initiativärenden, 37 procent. Bland män är skillnaderna i diagnossammansättning mellan olika ansökningsgrupper större. Enbart 29 procent av initiativärendena bland män består av psykiatriska diagnoser medan psykiatriska diagnoser representerar 41 procent för båda typerna av ansökningsärenden, med och utan sjukfall. Istället är diagnoser kopplade till cirkulationsorgan och nervsystemet vanligare bland män i den grupp där Försäkringskassan initierar en övergång till sjukersättning.

Fler har enbart garantiersättning

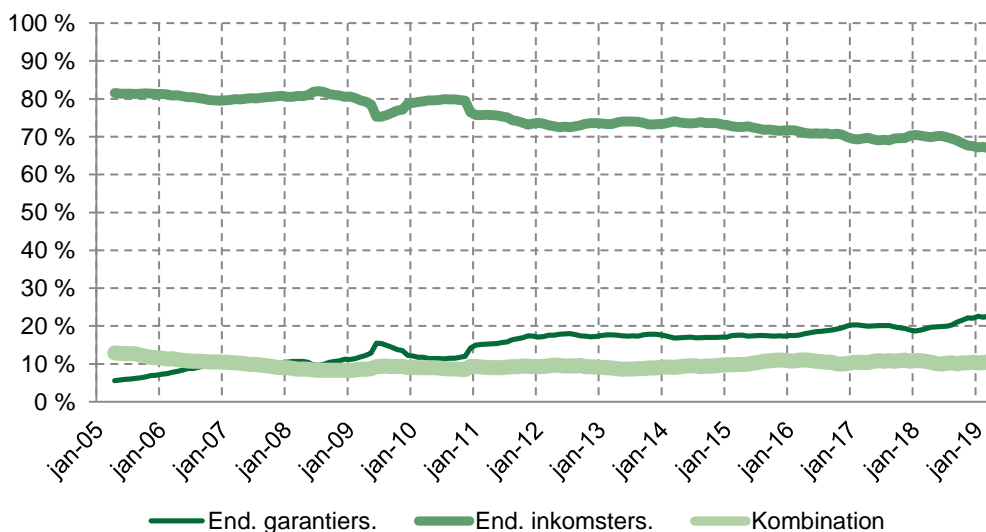
Den ersättning du får vid sjukersättning är antingen på garantinivå eller inkomstbaserad, alternativt en kombination. För mottagare av sjukersättning som är 30 år eller äldre var den maximala garantiersättningen under 2018 knappt 10 000 kronor per månad före skatt. Maxbeloppet för den inkomstrelaterade ersättningen under 2018 var drygt 18 000 kronor per månad före skatt (Försäkringskassan 2019b).

När antalet initiativärenden minskade efter 2008 ledde det till att en mindre andel av dem som beviljades sjukersättning tidigare haft sjukpenning, minskade andelen som hade inkomstersättning, se Figur 59. Det beror på att nästan samtliga som kommer från sjukpenning får inkomstbaserad sjukersättning. Andelen nybeviljade sjukersättningar med inkomstbaserad ersättning stämmer därför överens med andelen som kommer från sjukpenning. Under 2018 bestod 67 procent av dem som beviljades

sjukersättning av initiativärenden eller ansökan med pågående sjukfall, vilket är nästan samma som de 68 procent som fick inkomstbaserad ersättning.

Under andra halvåret 2018 och början av 2019 ökade andelen med garantiersättning från 20 till 23 procent medan andelen med inkomstersättning istället minskat från 70 till 67 procent. Detta samtidigt som antalet som övergått från sjukpenning har ökat. Det finns dock dem som har garantiersättning trots att de tidigare hade sjukpenning. Den ökning av andelen och antalet med garantiersättning som skett, samtidigt som ökningen har skett för personer med pågående sjukfall (som ansöker själva), beror troligen på att dessa personer har haft sjukpenning i särskilda fall. Denna ersättning infördes dels för personer som haft tidsbegränsad sjukersättning under maximal tid enligt de övergångsregler som infördes i samband med att den tidsbegränsade sjukersättningen avskaffades, dels för personer som fått aktivitetsersättning till och med månaden innan de fyllde 30 år och därmed inte kan få sådan ersättning längre men som med anledning av reglerna om sjukpenninggrundande inkomst (SGI) skulle ha fått låg eller ingen sjukpenning. Utvecklingen skulle kunna innebära att denna grupp har ökat med anledning av att färre med aktivitetsersättning övergår till sjukpenning, vilket vi kommer se i följande avsnitt.

Figur 59 **Fördelning av nybeviljade sjukersättningar jan 2005-mar 2019 på ersättning. Rullande 12 månaders summering**



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Garantiersättning vanligare bland män och utrikesfödda

Den ökning av personer med garantiersättning som skett under 2018 och början av 2019 gäller både kvinnor och män. För män har dock övriga ersättningsgrupper fortsatt att minska i samma takt som tidigare medan de minskat långsamt för kvinnor senaste året. Garantiersättning är vanligare för män där dessa representerar 27 procent medan 19 procent av kvinnorna har enbart garantiersättning. Särskilt vanligt är garantiersättning hos utrikesfödda kvinnor och män där de representerar 35 respektive 37 procent, se Tabell 7.

Tabell 7 **Fördelning av nybeviljade sjukersättningar för inrikes och utrikes födda på kön och ersättning i mars 2019. Rullande 12 månaders summering**

	Endast garantiersättning		Endast inkomstrelaterad ersättning		Kombination	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Kvinnor	583	19 %	2 106	69 %	361	12 %
Inrikes födda	310	14 %	1 683	74 %	288	13 %
Utrikes födda	273	35 %	423	55 %	73	9 %
Män	698	27 %	1 678	64 %	232	9 %
Inrikes födda	436	23 %	1 294	68 %	173	9 %
Utrikes födda	262	37 %	384	54 %	59	8 %

Källa: Försäkringskassans datalager Store

Vilande sjukersättning och steglös avräkning

Faktaruta

De som har sjukersättning enligt regelverket före 1 juli 2008 kan arbeta enligt *steglös avräkning*. Det innebär att sjukersättningsbeloppet minskar i proportion till hur stora arbetsinkomster den försäkrade har. Inkomster under ett visst fribelopp påverkar dock inte utbetalningen och fribeloppets storlek beror på graden av sjukersättning. Studier påverkar inte rätten till sjukersättning.

För dem som har sjukersättning enligt regelverket från och med 1 juli 2008 finns istället möjligheten att arbeta eller studera med *vilande sjukersättning*. Ersättningen blir vilande till samma grad som man arbetar och vilande sjukersättning betalas inte ut. Vid arbete får den försäkrade ett månadsbelopp som motsvarar 25 procent av den vilande sjukersättningen. Vid studier blir hela sjukersättningen vilande och inget månadsbelopp betalas ut. Sjukersättningen kan förklaras vilande i 24 månader. Från och med februari 2017 betalas även månadsbeloppet vid arbete ut i 24 månader istället för som tidigare 12 månader.

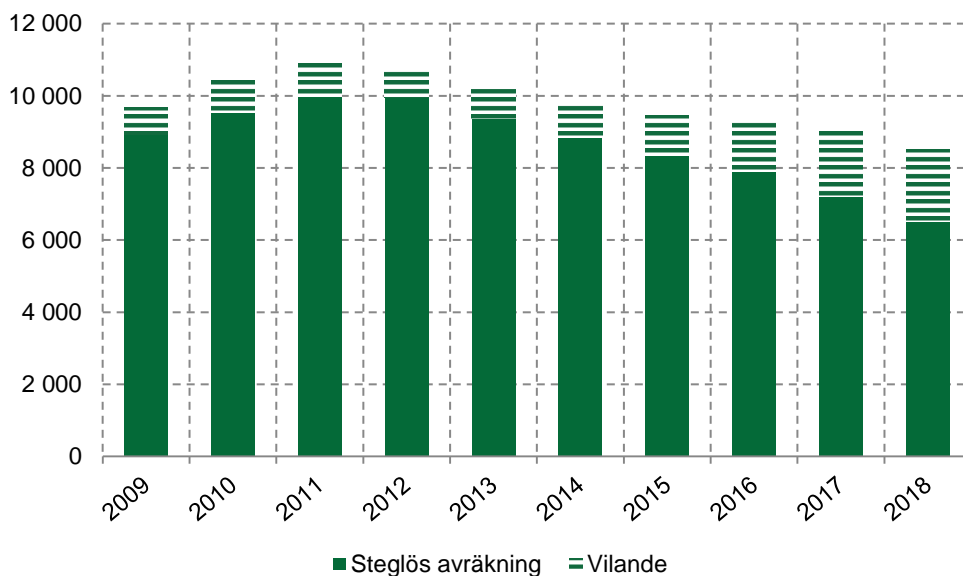
Syftet med vilande sjukersättning är att få fler att pröva att arbeta. I den senaste reformen från 2017 utökade man antalet månader där månadsbeloppet betalas ut från 12 månader till 24 månader för att stärka incitamentet ytterligare.

Att antalet med steglös avräkning minskar stadigt är inte konstigt eftersom regelverket bara gäller för dem som har sjukersättning enligt regelverket innan 2008. Minskningen sker därför i takt med att denna grupp lämnar sjukförsäkringen för att övergå till ålderspension. Istället ser vi en ökning i antalet med vilande sjukersättning, vilket är det regelverk som gäller för personer som nybeviljats sjukersättning efter 2008. Under 2008 var dessa 2 000 till antalet jämfört med 1 800 under 2017 och 1 400 under 2016. Dock har det totala antalet personer med vilande sjukersättning ökat mindre än antalet med steglös avräkning har minskat, vilket gör

att det totalt sett är färre som gör något av detta, från 9 000 personer 2017 till 8 500 under 2018.

Antalet som prövar på studier eller arbete redovisas i Figur 60 där det framgår att detta antal har minskat ända sedan 2011. Men eftersom också antalet personer som har sjukersättning har minskat har andelen legat konstant på cirka 3 procent sedan 2011. Det innebär att en oförändrad andel av personerna med sjukersättning har kunnat närma sig arbetsmarknaden. Reformen från 2017 tycks därmed inte ha påverkat ökningstakten av antalet med vilande.

Figur 60 **Antalet personer som arbetar enligt steglös avräkning eller har vilande sjukersättning 2009-2018**



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Bilaga 4 Aktivitetsersättningens utveckling

Efter en lång period där antalet personer som fick aktivitetsersättning stadigt ökade har antalet sedan 2015 årligen minskat. Utvecklingen beror både på ett lägre inflöde och på ett ökat utflöde från ersättningen. Aktivitetsersättning beviljas både vid nedsatt arbetsförmåga (NA) och vid förlängd skolgång (FS) och det har främst varit inflödet med anledning av nedsatt arbetsförmåga som drivit utvecklingen. Inflödet till aktivitetsersättning för förlängd skolgång har inte varierat i samma utsträckning. I denna bilaga redovisas ytterligare resultat för utvecklingen av antalet personer med aktivitetsersättning.

Personer med aktivitetsersättning

I detta avsnitt beskrivs den grupp som har en pågående period med aktivitetsersättning.

Psykiatriska diagnoser ligger till grund för nästan 80 procent av pågående perioder med aktivitetsersättning

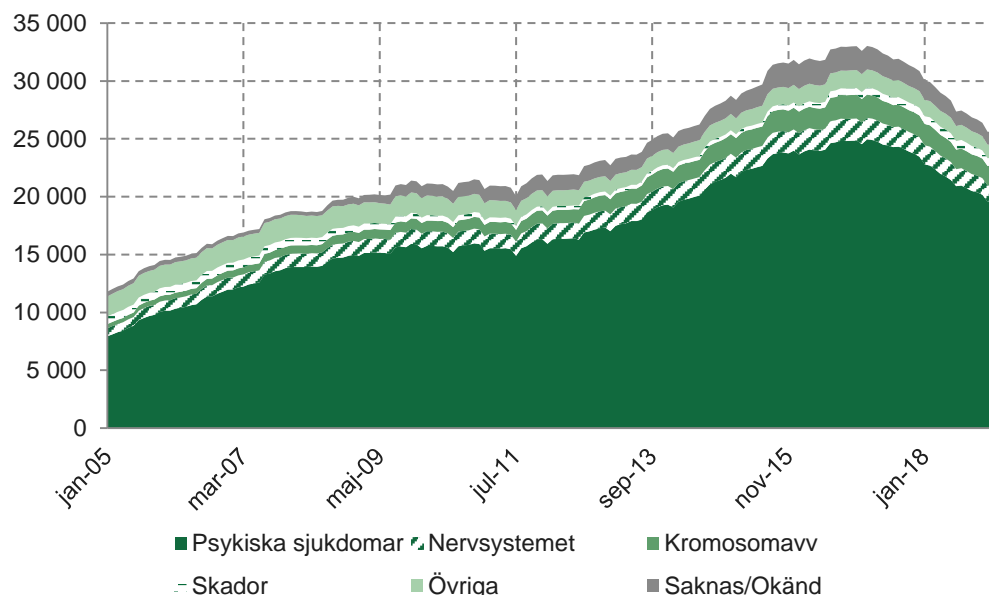
Av alla personer som har aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga⁵⁰ står personer med psykiatriska diagnoser för en klar majoritet, cirka 77 procent under 12-månadersperioden fram till och med mars 2019. Det motsvarade i genomsnitt 20 600 personer som varje månad uppbär aktivitetsersättning på grund av en psykiatrisk diagnos.

Antalet personer med aktivitetsersättning minskar i en ökad hastighet inom alla diagnosgrupper

Som en följd av att nybeviljandet av aktivitetsersättning minskat mellan 2015 och 2018 har även antalet personer med aktivitetsersättning minskat årsvis inom alla diagnosgrupper utom skador med mellan 10 och 15 procent, medan skador har ökade med 6 procent, från 665 till 703. Utvecklingen av antalet personer inom respektive diagnosgrupp redovisas i Figur 61 nedan. I början av 2019 vände nybeviljandet neråt även för skador och i mars låg den årliga förändringstakten på en 6-procentig minskning. För de diagnoser som har minskat har detta dessutom skett i en högre takt under 2018 än under 2017. Sett till antal personer var minskningen särskilt stor inom psykiatriska diagnoser som minskade med 14 procent mellan december 2017 och december 2018, motsvarande 3 300 personer. Personer med sjukdomar i nervsystemet har minskat i samma takt men eftersom denna grupp är mycket mindre motsvarar minskningen 251 personer.

Figur 61 **Antalet personer med aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga per diagnosgrupp och månad, jan 2005 – mar 2018**

⁵⁰ Eftersom diagnos inte behöver anges för att få aktivitetsersättning vid förlängd skolgång saknas information om diagnos i stor utsträckning för dessa, under 2018 i 60 procent av fallen. Redovisningen av diagnossammansättningen görs därför enbart för de som får aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Sammanställningen av psykiatriska diagnoser bland personer med aktivitetsersättning är mer spridd än inom sjukersättning. Men även denna sammansättning förändrades efter 2008 när arbetsmarknadsbegreppet förändrades. Innan dess var ångest- och stressyndrom (F40-F48) vanligast följt av förstämningssyndrom (F30-F39), vilka är de vanligaste psykiatriska diagnoserna vid både sjukpenning och sjukersättning. Istället ökade antalet med störningar av psykisk utveckling (F80-F89) kraftigt följt av beteendestörningar med debut i tidig barndom (F90-F98). Under de senaste årens minskning av nybeviljande har båda dessa minskat kraftigt men eftersom det även gäller övriga diagnosavsnitt är de fortfarande de vanligast förekommande, se Figur 18 i kapitel 4.

In- och utflöde från aktivitetsersättningen

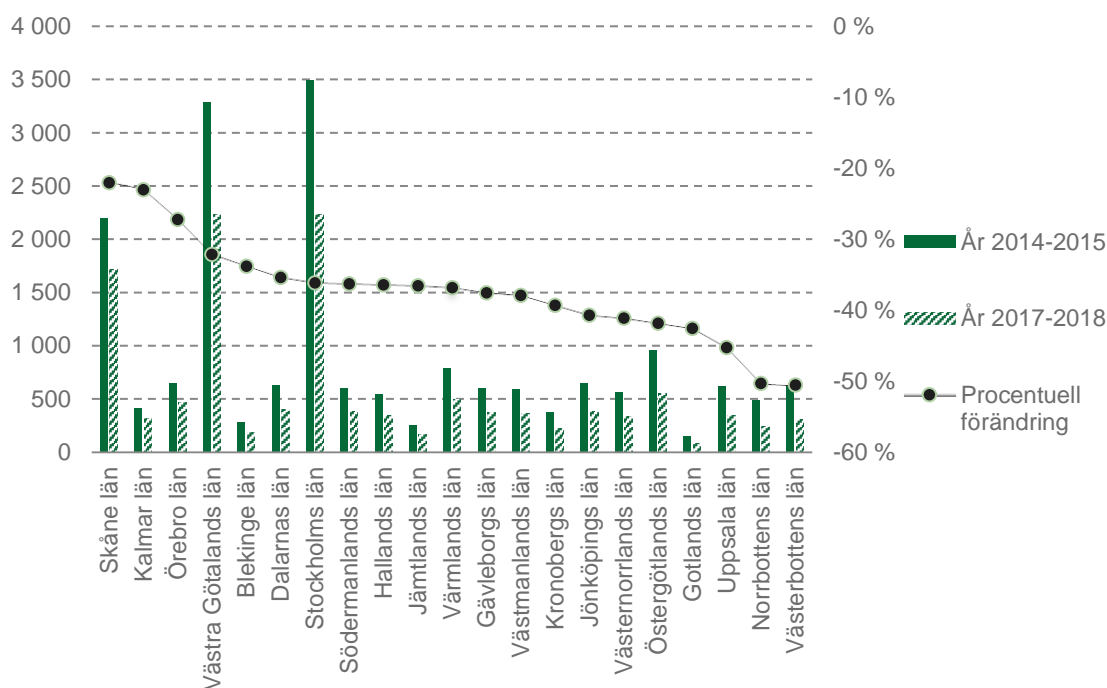
Antalet personer som fick en ny period med aktivitetsersättning har minskat årligen sedan 2015. Det beror både på att inflödet minskar och att utflödet ökar. Aktivitetsersättning kan både beviljas vid nedsatt arbetsförmåga (NA) och för förlängd skolgång (FS) men det har främst varit inflödet vid nedsatt arbetsförmåga som varierat över tid. I kapitel 4 analyseras den senaste utvecklingen närmare och Figur 15 illustrerar hur det sammansatta in- och utflödet tillsammans påverkar utvecklingen av antalet personer som har aktivitetsersättning.

Inflödet till aktivitetsersättningen har minskat i alla län och i två län har det halverats

Inflödet till aktivitetsersättning har inom olika län minskat med mellan 20 och 50 procent från perioden 2014-2015 till 2017-2018, se Figur 62. Alla län har därmed bidragit till de senaste årens utveckling. Till antalet minskade inflödet mest i Västra Götaland och Stockholm. Västra Götaland gick från ett inflöde på 3 000 personer under 2014-2015 till 2 200 personer under 2017-2018 och i Stockholm minskade inflödet från 3 500 till 2 200. Inflödet är nu lika stort i dessa två län och de har närmast sig Skåne till antalet som inte minskade lika mycket. Som mest har inflödet

minskat i Norrbotten och Västerbotten där inflödet halverades mellan dessa perioder. Här är dock antalet mycket lägre så halveringen representerar ungefär 250 och 300 personer färre som beviljades aktivitetsersättning i dessa två län.

Figur 62 Inflödet till aktivitetsersättning under 2014-2015 och 2017-2018 samt förändringen däremellan, per län



Källa: Försäkringskassans datalager MIDAS

Tillfällig ökning av antalet som övergår till sjukersättning

Sedan 2017 har det skett en tillfällig ökning i antalet som övergår till sjukersättning eftersom det sedan februari 2017 blivit möjligt även för personer under 30 år att övergå till sjukersättning. En effekt av regeländringen är en tillfälligt högre nivå i antalet personer som övergår från aktivitetsersättning till sjukersättning. Under 2020 har alla haft möjlighet att provas för en övergång, aktivitetsersättning beviljas för maximalt tre år i taget, och då förväntas nivån på utflödet till sjukersättningen sjunka igen. I december 2018 hade 2 200 personer gått över till sjukersättning innan de fyllt 30 varav 1 170 övergångar skedde under 2018. Enligt Försäkringskassans prognos förväntas totalt ungefär 3 000 personer under 30 år övergå från aktivitetsersättning mellan 2017 och 2020 (Försäkringskassan 2019c). Syftet var att öka tryggheten för denna grupp genom att slippa återkommande prövning när arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt. Reformen syftar även till att underlätta Försäkringskassans administration av ersättningen och samordningsuppdraget genom att enbart rikta sig till försäkrade som i högre utsträckning förväntar sig stödjande insatser för att utveckla sin arbetsförmåga. På så sätt kan troligen deltagarnas aktivitet öka (Försäkringskassan 2019b).

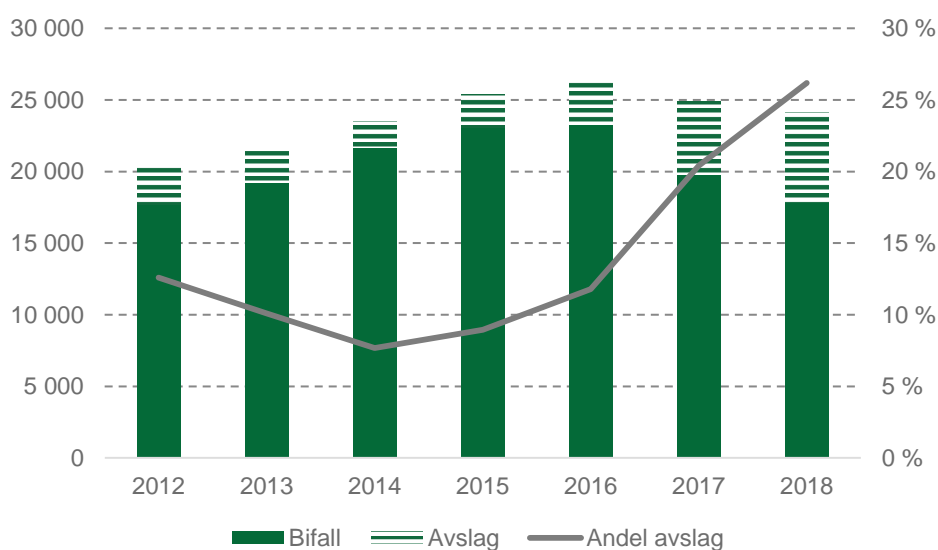
Nybeviljade aktivitetsersättningar

Det senaste två åren har det årliga nybeviljandet av aktivitetsersättning minskat med 32 procent, från 8 122 under 2016 till 5 055 under 2018.⁵¹ Under 2018 nybeviljades 1 103 kvinnor och 1 111 män aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga och 1 485 kvinnor och 1 806 män beviljades aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.

Avslagen vid ansökan om aktivitetsersättning fortsätter att öka

Under 2018 har ansökningarna minskat något för både kvinnor och män. Samma trend framträder oavsett om man bara ser till den första ansökningen om aktivitetsersättning eller om även ansökningar om förlängning och ändrad omfattning ingår. Däremot är nivåerna olika. En större andel får avslag vid initial ansökan, under 2018 fick 40 procent ett initialt avslag, se Figur 16 i kapitel 4. När omfattning och förlängning inkluderas avslögs 26 procent av ansökningarna, se Figur 63 nedan.

Figur 63 Avslag vid initial ansökan, förlängning och ändrad omfattning. Antal beslut om aktivitetsersättning uppdelat på bifall och avslag (vå axel) samt andelen avslag (hö axel) dec 2011 – dec 2018. Rullande 12 månaders summering*



*Detta är preliminära beräkningar för avslagsfrekvensen för SE samt AE. Den stora skillnaden från tidigare beräkningar är att vi tidigare har underskattat nämnaren (med avseende på bifallen då vi inte inkluderat "förlängningsärenden"). Detta har lett till en lägre nivå jämfört med tidigare redovisningar, medan utvecklingen följer samma mönster.

Källa: Försäkringskassans datalager Store

Nybeviljade för nedsatt arbetsförmåga har planat ut under andra halvåret 2018

Den tidigare minskningen efter 2008 beror, precis som för sjukersättningen, på att regelverket blev striktare 2008 då arbetsmarknadsbegreppet förändrades. Det är även

⁵¹ Som nybeviljande räknas bara personer som aldrig tidigare haft aktivitetsersättning. Dessa är därför färre än vad som framgår av inflödesfiguren ovan där alla som beviljas ersättningen räknas även om de haft ersättningen tidigare. Se avsnitt Centrala begrepp.

förklaringen till att det främst var nybeviljanden vid nedsatt arbetsförmåga som påverkades. Eventuella förändringar i tillämpningen av arbetsmarknadsbegreppet även efter 2008 kan också vara orsaken till att nybeviljandet för nedsatt arbetsförmåga varierat mer än vid förlängd skolgång.

Efter nedgången i antalet nybeviljade aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga som började 2015 men var som kraftigast under 2017, har dessa planat ut under andra halvåret 2018, se Figur 17 i kapitel 4. Att nybeviljandet minskade som mest under 2017 kan eventuellt förklaras av att Försäkringskassan fann stora brister i bedömningen av aktivitetsersättning, i en rättlig uppföljning som presenterades under 2016 (Försäkringskassan 2016). På årsbasis har antalet fortfarande minskat mellan 2017 och 2018 men sedan juni 2018 har årstotalen legat stabilt kring 1 100 nybeviljanden för både kvinnor och män. Antalet som beviljas aktivitetsersättning vid förlängd skolgång började minska under 2017 men inte alls lika kraftigt. Dessa har däremot fortsatt minska under hela 2018.

Sammantaget har antalet nybeviljade för nedsatt arbetsförmåga minskat med 24 procent för kvinnor och 27 procent för män under 2018. Samtidigt har förlängd skolgång minskat med 4 procent för kvinnor och 8 procent för män. Sedan april 2017 respektive september 2017 har fler nybeviljats aktivitetsersättning vid förlängd skolgång än för nedsatt arbetsförmåga för män respektive kvinnor.

Majoriteten nybeviljas aktivitetsersättning på heltid

Majoriteten av dem som nybeviljas aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga får ersättningen på heltid. Denna andel har legat stabilt kring 93 procent under perioden 2010-2017. Därefter har det ökat marginellt till 95 procent. Under samma period varierade andelen som nybeviljas sjukersättning på halvtid mellan 3,5 och 5 procent men har under 2018 minskat marginellt till 3 procent. Sett till antalet nybeviljanden har dock båda dessa grupper minskat sedan 2015. Antalet personer som årligen nybeviljats aktivitetsersättning på heltid har minskat från 7 600 under 2015 till 4 700 under 2018. Samtidigt minskade antalet nybeviljanden på halvtid från 300 till 130.

Precis som för sjukersättning ska särskilda insatser göras för att en person som har tre fjärdedels aktivitetsersättning ska kunna få en anställning motsvarande den återstående arbetsförmågan. Det är relativt ovanligt att nybeviljas tre fjärdedels aktivitetsersättning och andelen har legat kring 1 procent sedan 2005. Sedan 2017 har det dock skett en svag minskning till 0,6 procent under 2018, motsvarande 22 personer, jämfört med 38 personer under 2017.

Majoriteten har ersättning på garantinivå och få övergår från sjukpenning

De flesta som nybeviljas aktivitetsersättning har enbart rätt till garantiersättning. Det är naturligt eftersom många är unga och inte har hunnit arbeta upp någon SGI. Aktivitetsersättningen ökar med personens ålder och 2018 var maximal garantiersättning 9 403 kronor per månad före skatt. Sedan ersättningen infördes 2003 ökade andelen som enbart har garantiersättning stadigt fram till 2010 och har sedan dess legat mellan 73 och 84 procent av dem som nybeviljas garantiersättning för nedsatt arbetsförmåga. Under 2018 representerade de 1 700 personer vilket

motsvarade 77 procent av nybeviljandet. Övriga 23 procent fick antingen endast inkomstbaserad ersättning, 7 procent, eller en kombination, 16 procent.

För de som nybeviljades aktivitetsersättning vid förlängd skolgång låg andelen med garantiersättning stabilt kring 99 och 100 procent fram till och med 2012, därefter har andelen minskat något och rört sig mellan 94 och 95 procent. Under 2018 var de 3 100 personer som nybeviljades aktivitetsersättning på garantinivå, motsvarande 94 procent. Därutöver fick 1 procent och 26 personer av dem som nybeviljades aktivitetsersättning endast inkomstbaserad ersättning. Övriga fick en kombination av garanti och inkomstbaserad ersättning

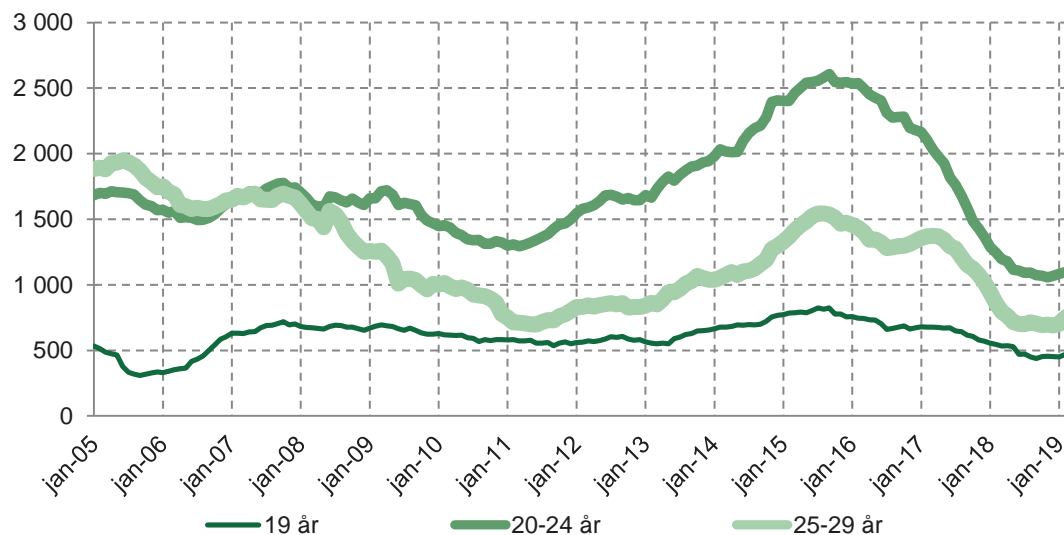
Till skillnad från sjukersättning är det få personer som övergår från sjukpenning till aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga. Sedan 2011 har andelen legat kring 90 procent som ansökt och beviljats utan ett pågående sjukfall. Under 2018 representerade detta 2 000 personer. Av den resterande tiondelen med pågående sjukfall var det 70-80 procent som själva ansökt om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga medan resten har initierats av Försäkringskassan. Under 2018 var det 190 personer som med pågående sjukfall som ansökt själva och 50 personer där Försäkringskassan initierat en övergång.

Antalet som nybeviljas aktivitetsersättning har minskat i alla åldersgrupper

På årsbasis har antalet för minskat i något högre takt under 2018 än under 2017 och minskningen har fortsatt på årsnivå även under hösten. Under slutet av 2018 och början av 2019 har dock den årliga minskningstakten avtagit markant. Tendenserna till en utplaning i nybeviljandet för nedsatt arbetsförmåga finns i alla åldersgrupper och i synnerhet i åldersgruppen 25-29 år, se Figur 64. De senaste årens minskning av nybeviljandet har framför allt lett till en något högre andel personer som är 19 år, från 16 till 20 procent. Den största gruppen, personer i åldern 20-24 har gått från att representera drygt hälften, 52 procent, till knappt hälften, 47 procent. Andelen i den äldsta gruppen, 25-29 år, ökade till 35 procent av nybeviljandet för nedsatt arbetsförmåga under 2017 för att sedan minska till 33 procent av det årliga nybeviljandet i mars 2019.

Totalt under 2018 nybeviljades 452 19-åringar aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga, en klar minskning sedan 2015 då de var 755 personer. Under samma period minskade antalet personer i åldern 20-24 än mer drastiskt, från 2 545 till 1 068. Samma gäller för åldersgruppen 25-29 som minskade från 1 496 till 694. Det innebär minskningar med 40 procent för den yngsta åldersgruppen till och 54-58 procent för de andra två grupperna.

Figur 64 Åldersfördelning för nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga, mars 2019. Rullande 12 månaders summering



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Vid förlängd skolgång var en klar majoritet, 77 procent, 19 år under 2018. Dessa har dock minskat över åren, under 2008 stod de för 92 procent. De andra två åldersgrupperna ökade stadigt till antalet fram till 2016 då de var som flest som nybeviljades aktivitetsersättning för förlängd skolgång, 830 i åldern 20-24 och 128 i den äldsta åldersgruppen. Sedan det årsvisa nybeviljandet började minska under 2015 har en minskning skett inom alla åldersgrupper.

Under 2018 nybeviljades 649 i åldern 20-24 aktivitetsersättning vid förlängd skolgång och 106 i åldrarna 25-29. Det innebär att den procentuella minskningen var störst i åldern 20-24 nedsatt arbetsförmåga vars nybeviljande minskade med 18 procent.

Psykiatriska diagnoser står för 80 procent av nybeviljandet bland både kvinnor och män
Vid nybeviljande aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga är psykiska diagnoser vanligast och står för hela 79 procent bland både kvinnor och män (se Tabell 8). Under 12-månadersperioden fram till och med mars 2019 nybeviljades 920 kvinnor och 940 män aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga för en psykisk diagnos. Eftersom de står för en så stor del av nybeviljande är det även dessa som främst driver utvecklingen över tid. Näst vanligast är diagnoser kopplade till sjukdomar i nervsystemet vilka står för 5 procent bland både kvinnor och män. Följt av skador som står för 1 procent bland kvinnor och 3 procent bland män och medfödda missbildningar som representerar 2 procent bland både kvinnor och män. Det saknas dock information om diagnos för 7 procent av de nybeviljade aktivitetsersättningarna för nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 8 Nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga, mars 2019, fördelade på diagnosgrupp. Rullande 12 månaders summering

Diagnosgrupp	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Psyk. diagnoser (F00-F99)	922	78,9	943	78,6
Nervsystemet (G00-G99)	59	5,0	55	4,6
Skador (S00-T98)	16	1,4	38	3,2
Medfödda missbildningar, kromosomavv (Q00-Q99)	25	2,1	21	1,8
Övriga	66	5,6	52	4,3
Saknas/Okänd	81	6,9	90	7,5

Källa: Försäkringskassans datalager Store

Kvinnor och män har olika psykiatriska diagnoser

I Tabell 9 redovisas sammansättningen av olika diagnosavsnitt inom psykiatriska diagnoser för kvinnor respektive män. Den största delen av nybeviljade aktivitetsersättningar för nedsatt arbetsförmåga står diagnoser inom störningar av psykisk utveckling (F80-F89) för. De representerade totalt 37 procent av det årliga nybeviljandet i mars 2019, 21 procent för kvinnor och 43 procent för män. Näst vanligast är beteendestörningar med debut under barndom (F90-F98) som står för 15 procent, till antalet 15 kvinnor och 14 män. För kvinnor är det dock vanligare med ångest- och stressyndrom (F40-F48) där de representerar 16 procent av nybeviljandet men enbart 7 procent för män. Istället var schizofreni (F20-F29) vanligare bland män då dessa stod för 14 procent men bland kvinnor bara 4 procent).

Förstämmningssyndrom (F30-F39) är också något vanligare bland kvinnor där de stod för 11 procent av nybeviljandet men 7 procent av männens. Till antalet handlar det dock om totalt 97 och 62 nybeviljanden. Även personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69) är mycket vanligare för kvinnor men även dessa är få till antalet. Eftersom det handlar om så pass få ärenden blir det känsligt för små förändringar vilket gör att sammansättningen med avseende på dessa har förändrats från året innan. Bland annat ökade schizofreni (F20-F29) och blev ungefär lika vanliga bland män som beteendestörningar med debut under barndom (F90-F98).

Tabell 9 Nybeviljade aktivitetsersättningar vid nedsatt arbetsförmåga, mars 2019, fördelade på psykiatriska diagnosavsnitt. Rullande 12 månaders summering

	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
F80-F89	289	31,3	409	43,4
F90-F98	139	15,1	132	14,0
F40-F48	148	16,1	66	7,0
F30-F39	97	10,5	62	6,6
F70-F79	79	8,6	97	10,3
F20-F29	39	4,2	134	14,2
F60-F69	92	10,0	18	1,9
Övriga	39	4,2	25	2,7
Samtliga	922	100,0	943	100,0

Källa: Försäkringskassans datalager Store

Vilande aktivitetsersättning och provotid för studier

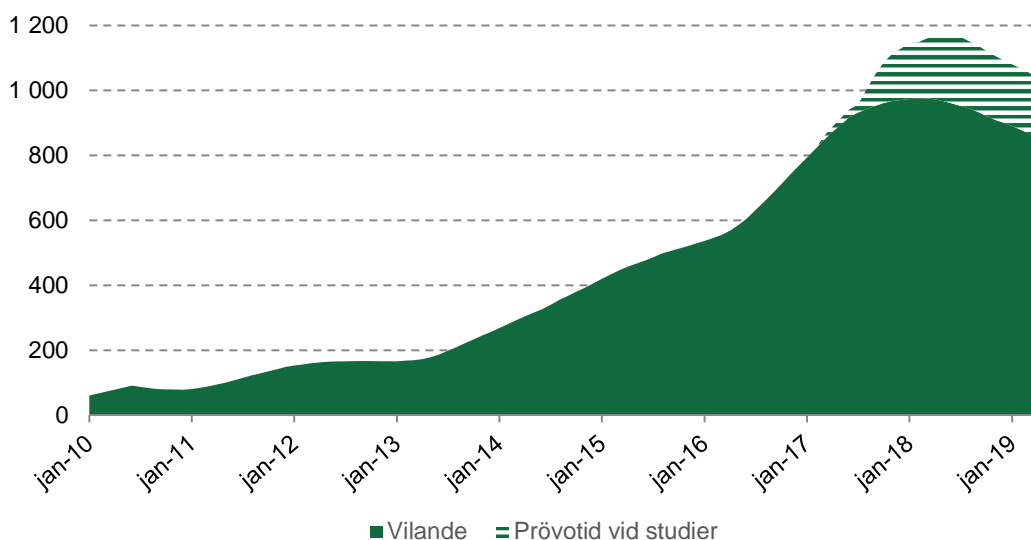
Faktaruta

De som har aktivitetsersättning kan precis som vid sjukersättning ha vilande ersättning för att kunna prova på att studera eller arbeta. Villkoren är samma som vid sjukersättning.

Sedan februari 2017 finns även provotid för studier, det innebär att mottagare av aktivitetsersättning kan studera i 6 månader med full ersättning varpå de kan studera i ytterligare 18 månader med vilande ersättning. Under tiden med vilande ersättning får de försäkrade inga utbetalningar från Försäkringskassan. Syftet med provotid för studier är att få fler mottagare av aktivitetsersättning att börja studera.

Antalet personer med aktivitetsersättning som har vilande ersättning i genomsnitt per månad minskade under 2018 efter att tidigare ha ökat stadigt, se Figur 65. Under 2018 var de 900 jämfört med 970 varje månad under 2017. Till viss del har detta kompenseras av en ökning i antalet personer med provotid för studier vilket ökade under 2018. Under 2018 var de 190 personer som hade provotid för studier varje månad, jämfört med 160 under de tio månader under 2017 som möjligheten fanns. I början av 2019 minskat något men årsvis är det fortfarande nästan 190 personer som varje månad har haft provotid för studier. Totalt sett har dock antalet personer med aktivitetsersättning som arbetar eller studerar minskat under 2018 och början av 2019. Samtidigt har antalet personer som uppstår aktivitetsersättning minskat. Det innebär att en stabil andel på 3 procent har vilande och inkluderat provotiden för studier har de ökat till 4 procent.

Figur 65 Antalet personer som har vilande aktivitetsersättning eller prøvotid vid studier jan 2010-apr 2019. Rullande 12 månaders medelvärde



Källa: Försäkringskassans datalager Store

Sett till antalet som har vilande eller prøvotid för att pröva att just studera har det skett en markant ökning sedan prøvotid för studier infördes 2017. Från knappt 400 studerande under 2016 till över 800 studerande under de första tio månaderna av 2018 (Försäkringskassan, 2019b). Skillnaden är som störst under de första sex månaderna som prøvotiden pågår men det är även fler som studerar längre än så efter att prøvotiden införts. Ökningen gäller både kvinnor och män, men kvinnor studerar i högre grad.

Bilaga 5 Sjukfrånvarons variationer – en kunskapsöversikt

Inledning

I Sverige har sjukfrånvaron varierat från år till år under de omkring 125 år som statistik finns publicerad (Bäckman 1998, Försäkringskassan 2015, Castenbrandt 2018). I takt med att sjukpenningförsäkringen byggts ut genom att omfatta fler individer och ge förmånligare ersättning har sjukfrånvaron visat en uppåtgående trend (Castenbrandt 2018, Henrekson & Persson 2004 och Lidwall m.fl. 2005). Fram till tidsseriebrottet år 1992, då sjuklöneperioden infördes, ses denna utveckling tydligt i sjuktalet⁵² i Figur 66. Stora förändringar i sjukfrånvarons betraktas som problematiskt och ökad kunskap efterfrågas om vad som driver dessa (SOU 2002:62, SBU 2003, ISF 2012, Försäkringskassan 2014 och SKL 2017).

Syftet med denna kunskapsöversikt⁵³ är att redovisa och sammanfatta kunskapen om orsaker till sjukfrånvarons variationer samt att peka på viktiga kunskapsluckor. Fokus ligger på studier av sjukfrånvaron i Sverige som inbegriper förändringar i sjukfrånvaron sedan tidigt 1990-tal. Med sjukfrånvaro avses här den tillfällig nedsättning av arbetsförmågan som ersätts med sjukpenning eller motsvarande. Aktivitetsersättning och sjukersättning vid permanent nedsättning av arbetsförmågan behandlas endast indirekt som en faktor med betydelse för sjukfrånvarons sammansättning och nivå. En viktig aspekt av sjukfrånvarons utveckling under de senaste tre decennierna är att sjukfrånvaron i allt högre grad beror på psykisk ohälsa (Lidwall 2010), och möjliga orsaker till detta kommer också att tas upp.

Den stora systematiska litteraturgenomgång om sjukskrivningarnas orsaker, konsekvenser och praxis som genomfördes 2003 konstaterade att det främst är betydelsen av faktorer på individ eller arbetsplatsnivå som studerats och att studier på samhällsnivå är ovanliga (SBU 2003, Alexanderson och Norlund 2004). Studier på samhällsnivå innebär särskilda utmaningar. Det kräver tidsserier och longitudinella data både för utfallsvariabler över sjukfrånvaro samt för olika förklaringsfaktorer. Sådana tidsserier har i den mån de existerar, ofta problem med tidsseriebrott eller har statistiska egenskaper som kräver hantering med särskilda statistiska metoder. En inneboende svaghet med studier på ekologiska eller aggregerade data är svårigheten att dra slutsatser om kausalitet eller orsaksförhållanden även om det finns välgrundade teorier om orsakssambanden. I bästa fall kan man belägga samband i form av korrelationer men ur ett vetenskapligt perspektiv ger detta relativt svag evidens för slutsatser. Idealet är när studier som baseras på individdata kan bekräfta resultat från studier av mer aggregerade data.

⁵² Statistik över sjuktalet redovisas från den allmänna sjukpenningförsäkringens införande år 1955 och framåt. Sjuktalet anger antalet ersatta sjukpenningdagar brutto per försäkrad. Tidsseriebrottet år 1992 beror på införandet av 14 dagars sjuklöneperiod.

⁵³ Denna kunskapsöversikt är inte en heltäckande systematisk litteraturgenomgång.

I denna kunskapsöversikt redovisas först några utredningar av mer beskrivande och resonerande karaktär följt av vetenskapliga studier som empiriskt försökt pröva olika faktorer betydelse för variationerna. Därefter diskuteras aktuellt kunskapsläge och möjliga förklaringar till ökad sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa berörs slutligen kortfattat.

Utredningar om sjukfrånvaros variationer

Utredningar initierade av myndigheter och intresseorganisationer är i huvudsak beskrivande och resonerande. Ett exempel är rapporten *Stabilitet i sjukfrånvaron* av Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). ISF konstaterar att det är svårt att definiera en jämviktsnivå för sjukfrånvaron i samhället eftersom den påverkas av en stor mängd faktorer på individ-, organisations- och samhällsnivå som sannolikt också samverkar med varandra (ISF 2012). Enligt ISF så har sjukfrånvaron och utnyttjandet av sjukförsäkringen i Sverige varierat över tid på ett sätt som är svårt att förklara med enbart förändrad hälsa, befolkningsstruktur eller regeländringar inom sjukförsäkringen. Sjukfrånvaronivån påverkas också av hur sjukvården fungerar, attityder till sjukskrivning, sociala interaktioner, arbetsmiljö och andra anställningsförhållanden, medicinsk utveckling, ekonomiska incitament till arbete, vilka som deltar i arbetskraften och hur sjukförsäkringen samspelar med andra socialförsäkringar (ISF 2012). ISF menar vidare att till den grad som variationerna i sjukfrånvaron beror på andra saker än regeländringar, till exempel förändringar i arbetsmiljön, förändrade attityder till sjukskrivning eller variationer i tillämpningen av befintligt regelverk, är det svårt att förutspå hur stora variationerna i sjukfrånvaron kommer att vara i framtiden (ISF 2012). En annan viktig aspekt är att sjukfrånvaro endast är en av många möjliga handlingsalternativ för individ, organisation och samhälle vid ökade påfrestningar i arbets- eller privatliv som kan leda till nedsatt hälsa och arbetsförmåga. Sjuknärvaro, deltidsarbete, föräldraledighet, arbetslöshet, byte av arbetsuppgifter, arbetsplats eller yrke, eller förtida uttag av ålderspension är några exempel (Hogstedt m.fl. 2005 och Marklund m.fl. 2005, Nilsson m.fl. 2016).

Utredningar med fokus på flera decennier

Försäkringskassan har själv genomfört en omfattande genomgång av faktorer som kan förklara sjukfrånvaros variationer över tid (Försäkringskassan 2014). De faktorer som behandlas är samspelet med sjukersättningsystemet, folkhälsan, normer, konjunkturer och arbetskraftens sammansättning, arbetsmiljö, ekonomiska incitament samt administrationens tillämpning av gällande regelverk. I Försäkringskassans studie redovisas en bedömning av vilka faktorer som antas ha spelat störst roll vid olika upp- och nedgångar sedan 1980-talet: generösa ersättningar parat med låg arbetslöshet och högt arbetsmarknadsdeltagande bidrog till ökad sjukfrånvaro under 1980-talet. Djup lågkonjunktur, mindre generös sjukpenning, omfattande förtidspensionering och ökat fokus på rehabilitering orsakade nedgången under första halvan av 1990-talet. Uppgången i slutet av 1990-talet berodde på ökat arbetskraftsdeltagande och sysselsättning, låg förtidspensionering, försvagad administration samt ökad psykisk ohälsa. Nedgången på 2000-talet ledde till ett historiskt lågt sjuktal år 2010 till följd av stramare regelverk och tillämpning, omfattande förtidspensionering och ökad kapacitet hos administrationen. Slutligen

bedöms uppgången sedan 2010 första hand berott på låg förtidspensionering och ökad psykisk ohälsa (Försäkringskassan 2014). Den tydliga koppling mellan långvariga sjukskrivningar och förtidspensionering som funnits över tid har dock konstaterats blivit svagare i takt med ett striktare regelverk inom ”förtidspensionssystemet” (Lidwall 2011 och Försäkringskassan 2015).

I Försäkringskassans genomgång bedöms arbetsmiljö och folkhälsa inte ha någon väsentlig betydelse för sjukfrånvarons variationer. Den ökande psykiska ohälsan ses som en faktor som ökat långtidssjukfrånvaron men den psykiska ohälsan i sig förklaras inte. Inte heller försämrad folkhälsa lyfts fram som en viktig faktor även om fakta redovisas som tyder på att faktorer som kan kopplas ihop med försämrad psykisk hälsa ökat som sömnproblem, övervikt och fetma. Inte heller kopplingen mellan förändringar i organisatorisk och social arbetsmiljö och psykisk ohälsa framhävs, även om det framförs att det finns en koppling mellan förändringar i arbetslivet och sjukfrånvarons variationer: *”Vår bedömning är att ett allt mer krävande arbetsliv bidrar till att accentuera trender av ökande sjukfrånvaro, samt motsatt, att motverka nergångarna i sjukfrånvaro. Den kraft vi talar om verkar hela tiden i en och samma riktning.”* (Försäkringskassan 2014, s.10). En av författarna utvecklar senare resonemangen och pekar tydligt på arbetsmiljöns betydelse för sjukfrånvaron och arbetsgivarnas centrala roll för att undvika sjukskrivning och att få tillbaka sjukskrivna i arbete (Bengtsson 2017), något som Inspektionen för socialförsäkringen också poängterat (ISF 2015).

Ett välkänt faktum är att sjukfrånvaron är mer omfattande inom kommuner och landsting än inom både privat och statlig sektor (Försäkringskassan 2019). Det beror främst på den typ av verksamhet som oftast bedrivs i kommunal regi såsom vård och omsorg, och det handlar om verksamheter med ett stort antal anställda (Försäkringskassan 2018c och 2018d). Sjukfrånvaro är därför en central fråga för Sveriges kommuner och landsting för att kunna leverera välfärdstjänster med hög kvalitet samt för att trygga personalförsörjningen genom att vara attraktiva arbetsgivare (SKL 2017). SKL gör en omfattande genomgång i syfte att förstå varför sjukfrånvaron är så hög inom kommunerna och vad variationerna över tid beror på. Liksom flera andra utredningar lyfter SKL fram regelverket och tillämpningens betydelse. SKL vänder sig emot ett ensidigt fokus på arbetsmiljön som förklaringsfaktor för sjukfrånvaro men lyfter samtidigt fram det som en förutsättning för att locka arbetskraft (SKL 2017).

ISF för i sin genomgång fram idén om sjukförsäkringen som ett instabilt system där små förändringar i den politiska styrningen kan få stora och oväntade konsekvenser på sjuktalet (ISF 2015). Senare utredningar av ISF har visat på effekterna av förändrad politisk styrning av Försäkringskassans administration av sjukförsäkringen (ISF 2018). Socialförsäkringsutredningen pekade redan 2005 på variationerna i tillämpningen av den svenska sjukförsäkringen som problematiska och en viktig förklaring till sjukfrånvarons variationer över tid (och rum) (Socialförsäkringsutredningen 2005).

Fler har också framfört att regelförändringar och politiska styrning tenderar att förstärka pågående trender i sjukfrånvaron i exempelvis låg- eller högkonjunktur (Lidwall m.fl. 2005, Socialförsäkringsutredningen 2005, Försäkringskassan 2014 och ISF 2015). Fler menar också att det är centralt att socialförsäkringsadministrationen ges förutsättningar att tillämpa sjukförsäkringen korrekt och rättssäkert över tid för att undvika stora förändringar i sjukfrånvarons nivå (Socialförsäkringsutredningen 2005, Försäkringskassan 2014, ISF 2015 och 2018).

Utredningar med särskilt fokus på uppgången i slutet av 1990-talet

I början av milleniet gjordes flera försök att förklara den kraftiga uppgången i den långvariga sjukfrånvaron mellan 1997 och 2003. Den så kallade AhA-utredningen (Utredning om Analys av Hälsa i Arbeta) kom fram till att följande faktorer bidragit till uppgången i sjukfrånvaron: ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet, arbetskraftens åldrande, förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare, sämre psykosocial arbetsmiljö⁵⁴, mer restriktiva förtidspensionsbedömningar samt administrativa tillkortakommanden. Däremot ansåg inte utredningen att det gick att hävda att en sämre fysisk hälsa hos den förvärvsarbetande befolkningen hade påverkat sjukfrånvaron märkbart. Inte heller kunde man finna belägg för att attitydförändringar i befolkningen eller i läkarkåren spelat någon roll för den ökade sjukfrånvaron (SOU 2002:62).

Ett omfattande samarbete mellan myndigheter och forskare i det så kallade SAFIR-projektet resulterade i två antologier (Hogstedt m.fl. 2005 och Marklund m.fl. 2005). Inom ramen för samarbetet genomfördes en rad empiriska analyser av faktorer som kunde ha betydelse för sjukfrånvaron generellt men inte för att specifikt förklara sjukfrånvaroökningen i sig. Författarna konstaterade att den fysiska hälsan inte försämrats och kunde förklara den ökade sjukfrånvaron, men att den självrapporterade hälsan försämrats särskilt bland kvinnor. Samtidigt hade den fysiska arbetsmiljön förbättrats men främst inom mansdominerade branscher inom privat sektor (Hogstedt m.fl. 2005). Sjukfrånvaron hade också förändrat karaktär med mindre korttidssjukfrånvaro och mer långtidssjukfrånvaro som sorterar ut individer med sämre hälsa ur arbetslivet (Hogstedt m.fl. 2005). En viktig iakttagelse var att stora strukturella förändringar på arbetsplatser både kan öka och minska sjukfrånvaron vilket visar på den temporala och exponeringsmässiga komplexiteten kring arbetsförhållanden och sjukfrånvaro (Hogstedt m.fl. 2005).

I den andra SAFIR-antologin fördjupades analysen och som huvudorsaker till den ökade sjukfrånvaron i slutet av 1990-talet lyftes ett antal faktorer fram (Marklund m.fl. 2005). Förändrat arbetsliv med ökade krav, mindre handlingsutrymme och lägre tolerans för lågpresterande parat med en för låg rörlighet på arbetsmarknaden gav ökad risk för stressrelaterade besvär, en åldrande arbetskraft, att en del av

⁵⁴ Arbetsmiljöverket använder i sin föreskrift 2015:4 genomgående begreppet *organisatorisk och social arbetsmiljö* istället för psykosocial arbetsmiljö för att markera arbetsgivarens arbetsmiljöansvar enligt arbetsmiljölagen. Arbetsmiljöverkets begrepp kan också ses som en innehållsmässigt tydligare definition men av utrymmesskal används här det mer vedertagna begreppet *psykosocial arbetsmiljö*.

arbetslöshetsproblemet doldes med sjukskrivning samt tillkortakommanden inom socialförsäkringsadministrationen för att hantera ökade ärendevolymer. Som bidragande orsaker bedömdes bland annat belastningar i privatlivet och livspusslet, förändrade attityder till sjukskrivning samt ökande alkoholkonsumtion och ökad övervikt (Marklund m.fl. 2005).

Tillgänglig statistik visar att den psykosociala arbetsmiljön försämrades markant under 1990-talet med större andel individer i anspända arbeten med höga krav och låg kontroll. Särskilt tydlig var utvecklingen bland kommun och landstingsanställda i kvinnodominerade verksamheter där de ergonomiska belastningarna också är uttalade (Arbetsmiljöverket och SCB 2001, Bäckman och Edling 2001, Palme m.fl. 2003, Hogstedt m.fl. 2005). I arbetsföra åldrar bland både kvinnor och män och i alla socialgrupper ökade även den självrapporterade ohälsan och i synnerhet den psykiska uttryckt som oro och ångest (Palme m.fl. 2003 och Hogstedt m.fl. 2005). Under 2000-talet har andelen som upplever psykosociala arbetsmiljöproblem legat kvar på en hög nivå (Försäkringskassan 2014, Arbetsmiljöverket 2018a och 2018b).

SCB:s analyserade perioden 1993–2001 och fann att sjukskrivningarna blev allt längre samt att andelen sjukskrivna ökade markant inom verksamheter med omfattande omorganisationer och neddragningar i början av 1990-talet, det vill säga i kommunal verksamhet inom vård, utbildning, äldre- och barnomsorg (SCB 2004). SCB redovisar också ett intressant exempel på komplexa tidsmässiga effekter genom att exponering för dålig arbetsmiljö inom kommunerna kan samverka med skillnader i motståndskraft och resurser mellan olika socioekonomiska grupper. Sjukfrånvarouppgången började först inom yrkesgrupper med kortare utbildning inom äldre- och handikappomsorgen för att senare öka i verksamheter med mer välutbildad personal inom barnomsorg och skola (SCB 2004).

Vetenskapliga studier om sjukfrånvarons variationer

Trots att frågan varit mer eller mindre aktuell i Sverige under drygt tre decennier har relativt få vetenskapliga studier försökt analysera sjukfrånvarons variationer över tid (Bäckman 1998, Henrekson & Persson 2004, Lidwall m.fl. 2005, Norström 2006, Lidwall m.fl. 2009, Lidwall & Marklund 2001 och Sjöberg 2017). Sådana studier har oftast använt longitudinella aggregerade (ekologiska) data, exempelvis sjuktalet, vilket möjliggör analys över långa tidsperioder. Svårigheter att skapa tidsserier gör ofta att sådana studier saknar en bred och relevant uppsättning av förklaringsfaktorer. Studier som använder data kopplade till enskilda individer har ofta fördelen att de är rika på detaljerad information om levnadsförhållanden, arbetsförhållanden och hälsa, men avser ofta endast en tidpunkt eller en mer begränsad tidsperiod. Att kombinera analyser av både ekologiska data och individdata ökar möjligheterna att förstå långtidssjukskrivningarnas utveckling över tid.

Den äldsta studien som tas upp här är intressant eftersom den analyserar en mycket lång tidsserie över sjuktalet åren 1935–1990 (Bäckman 1998). Bäckmans främsta bidrag är att genom tidsserieanalys pröva sambandet med konjunktur och arbetslöshet som tydligt samvarierar men försvagas när analysen fördjupas. Andra

faktorer i analysen som ökar sjuktalet i en regressionsanalys är ökad dödlighet, ökade reallöner samt borttagande av karensdagar 1967 och 1987 (Bäckman 1998). Sjuktalet analyseras också av Henrekson & Persson för perioden 1955–1999. De finner att sjuktalet ökar när sjukpenningen blir generösare och minskar vid sänkt ersättning, i synnerhet vid stora förändringar som karensdag, och effekten är starkare för kvinnor. De finner vidare att ökad arbetslöshet minskar sjukfrånvaron i enlighet med ekonomisk teori om disciplinerings effekter (Henreksson & Persson 2004). Andra hypoteser kring arbetslöshet och sjukfrånvaro är sammansättningshypotesen och stresshypotesen som innebär att arbetskraft med sämre hälsa slås ut från arbetslivet vid hög arbetslöshet samt att arbetstempot är lugnare i lågkonjunktur. Disciplineringshypotesen har dock starkast empiriskt stöd (Nossen 2009).

Lidwall m.fl. (2005) analyserar två olika tidsserier över sjukfrånvaron, sjuktalet för åren 1955–2002 och sjukfrånvaron enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU) för åren 1963–2002. De finner i sina regressionsanalyser positiva samvariationer med dödligheten och negativa samvariationer med arbetslösheten. Regeländringarna har också betydelse men är inte helt entydiga med undantag för införandet av karensdagen som minskar sjukfrånvaron enligt båda måtten. Ökad alkoholkonsumtion ökar endast sjuktalet vilket antyder att den har större betydelse för långtidssjukfrånvaron (Lidwall m.fl. 2005). Norström studerar både sjuktalet (1935–1990) och sjukfrånvaron enligt AKU (1963–2003) med särskilt fokus på alkoholkonsumtion och finner att när den ökar i samhället så ökar sjukfrånvaron med viss fördröjning bland män för båda sjukfrånvaromåtten (Norström 2006).

Genom att jämföra två olika tvärsnittsstudier insamlade med mer än tio års mellanrum visar Lidwall m.fl. (2009) på förändringar i olika riskfaktors betydelse för långtidssjukfrånvaro från slutet av 1980-talet till i början av 2000-talet. Högre ålder, låg socioekonomisk status, livsstilsfaktorer och dåliga arbetsförhållanden är riskfaktorer för långtidssjukfrånvaro vid båda tidpunkterna. De stora förändringarna över tid är kvinnors markant högre risk för sjukfrånvaro samt att psykosociala arbetsmiljöfaktorer spelar större roll i början av 2000-talet. Samtidigt ökar exponeringen för etablerade riskfaktorer som övervikt och fetma samt att fler individer är i åldrarna över 50 år. Fysisk arbetsbelastning förklarar mellan en fjärdedel och en femtedel av långtidssjukfrånvaron vilket är relativt oförändrat över tid. Samtidigt ökar betydelsen av psykosociala arbetsförhållanden från en femtedel till hälften för kvinnor och från en sjundedel till en tredjedel för män (Lidwall m.fl. 2009).

Lidwall & Marklund (2011) studerar också antalet pågående fall av långtidssjukfrånvaro per månad under perioden 1992 till 2008. Studien visar att det stora antalet detaljändringar i regelverket som genomförts var för sig haft relativt begränsad betydelse. Ett undantag är förändringar inom ”förtidspensionssystemet” som samvarierar med antalet långtidssjukfrånvarande. Varken konjunktur eller arbetskraftens sammansättning hade betydelse under perioden. Istället identifierades samvariationer med indikatorer på högre arbetstakt och för män också arbetsrelaterade besvär på grund av stress och påfrestningar i arbetet. Vidare

redovisas en samvariation mellan ökad alkoholförsäljning i samhället och ökat antal långtidssjukfrånvarande (Lidwall & Marklund 2011).

I en senare analys över perioden 1997 till 2011 användes en kombination av data på mikro- och makronivå från arbetskraftsundersökningarna för 21 EU-länder (EU-LFS) (Sjöberg 2017). Den disciplinerande effekten av högre arbetslöshetsnivåer som andra studier redovisat bekräftas också av Sjöbergs analys, men huvudresultatet är att en generösare sjukpenningförsäkring minskar sjukfrånvaron på fem års sikt. Det tolkas som att den allmänna sjukförsäkringen i de nordiska länderna fyller sitt syfte att erbjuda återhämtning vid bristande arbetsförmåga på grund av sjukdom (Sjöberg 2017).

Diskussion om det aktuella kunskapsläget

Med högt ställda vetenskapliga krav är kunskapsläget om sjukfrånvarons variationer svagt (SBU 2003, Alexanderson & Norlund 2004). Men det finns ändå tydliga tendenser i den tillgängliga kunskapen som kan lyftas fram. Det handlar dels om betydelsen av institutionella faktorer kring sjukförsäkringen, dels om bakomliggande orsaker till sjukfrånvaro som förhållanden på arbetsmarknaden såsom arbetsmiljö men också andra hälsorelaterade faktorer. Det råder en relativt stor enighet om de institutionella faktorernas betydelse i bred bemärkelse men inte kring betydelsen av arbetsmiljö eller folkhälsa. Några tidigare utredningar har dragit slutsatsen att arbetsmiljö och folkhälsa saknar väsentlig betydelse för sjukfrånvarons variationer (Försäkringskassan 2014, SKL 2017), medan andra utredningar lyfts fram som viktiga för att förklara ökningen runt millennieskiftet (SOU 2002:62, Hogstedt m.fl. 2005 och Marklund m.fl. 2005).

Förändringar i regelverk och tillämpning

Det råder samstämmighet om att sjukförsäkringens regelverk, dess tillämpning och styrningen av och kapaciteten inom Försäkringskassan har stor betydelse för sjukfrånvarons variationer. Att nivån på långtidssjukfrånvaron och nivån på nybeviljandet av ”förtidspension” hänger ihop har också konstaterats, men i takt med striktare sjukförsäkring har denna koppling försvagats under det senaste decenniet och allt färre långtidssjukskrivningar slutar med ”förtidspension”. Vilket också är ett skäl till att antalet längre sjukskrivningar ökat under senare år (Försäkringskassan 2018b).

Förändringar i rätten till ersättning och större förändringar i ersättningens storlek som karensdag har i empiriska studier visat sig ha större betydelse än mer marginella justeringar i ersättningsnivåerna. Det finns också indikationer på sänkt ersättning vid korttidssjukfrånvaro i början av 1990-talet ökade drivkrafterna att undvika korttidssjukskrivning, men också att förlänga redan påbörjade sjukfrånvaroperioder (Voss m.fl. 2001). Ökade självrisker vid korttidssjukfrånvaro kan därmed ha bidragit till ökad långtidssjukfrånvaro (Lidwall 2011). En generösare sjukpenningförsäkring kan minska sjukfrånvaron på längre sikt för svagare grupper på arbetsmarknaden med större behov av skydd mot inkomstbortfall (Sjöberg 2017).

Arbetsmarknads- och arbetsmiljöförändringar

Det råder också samstämmighet om att konjunkturer och arbetskraftsdeltagandet i ett längre tidsperspektiv haft stor betydelse för sjukfrånvarons variationer men att det förefaller ha försvagats under 2000-talet. Det finns också tecken på att dessa arbetsmarknadsfaktorer har större betydelse för korttidssjukfrånvaro än för långtidssjukfrånvaro vilket också skulle kunna förklara den minskade betydelsen över tid i och med ökad långtidssjukfrånvaro. En ytterligare aspekt som delvis skulle kunna förklara den försvagade disciplinerande effekten av högre arbetslöshet, är att de sedan 1990-talet skett en markant ökning i andelen sysselsatta med tidsbegränsade osäkra anställningar (SCB 2018).

Att betydelsen av arbetsmiljö och folkhälsa har tonats ned i vissa utredningar kan möjligtvis förklaras av hur man sett på momentana eller samtidiga förändringar i en förklaringsfaktor och sjukfrånvaron. Att stora regelförändringar eller plötsliga och kraftiga förändringar i konjunkturen leder till stora förändringar i sjukfrånvaron i närtid är en rimlig utgångspunkt. Många förändringar sker dock gradvis och exponering för en riskfaktor måste ofta nå en viss nivå under en lägre tid för att leda till sjukdom och arbetsoförmåga. När det gäller psykosociala arbetsförhållanden har en forskningsöversikt visat att det finns kumulativa effekter av exponering för dåliga psykosociala arbetsförhållanden som kan byggas upp under längre tid, och att fördröjda effekter på upp till tre år är vanliga (Ford m.fl. 2014). När det gäller fysisk arbetsmiljöexponering är exponering för asbest, bly och bensen några exempel där det tar lång tid från exponering till insjuknande i arbetssjukdomar, så kallad induktionsperiod. Norströms studie om alkoholens effekter och Sjöbergs om sjukförsäkringssystemets utformning, är andra exempel på mer långsiktiga effekter på sjukfrånvaron (Norström 2006) och dess sammansättning (Sjöberg 2017).

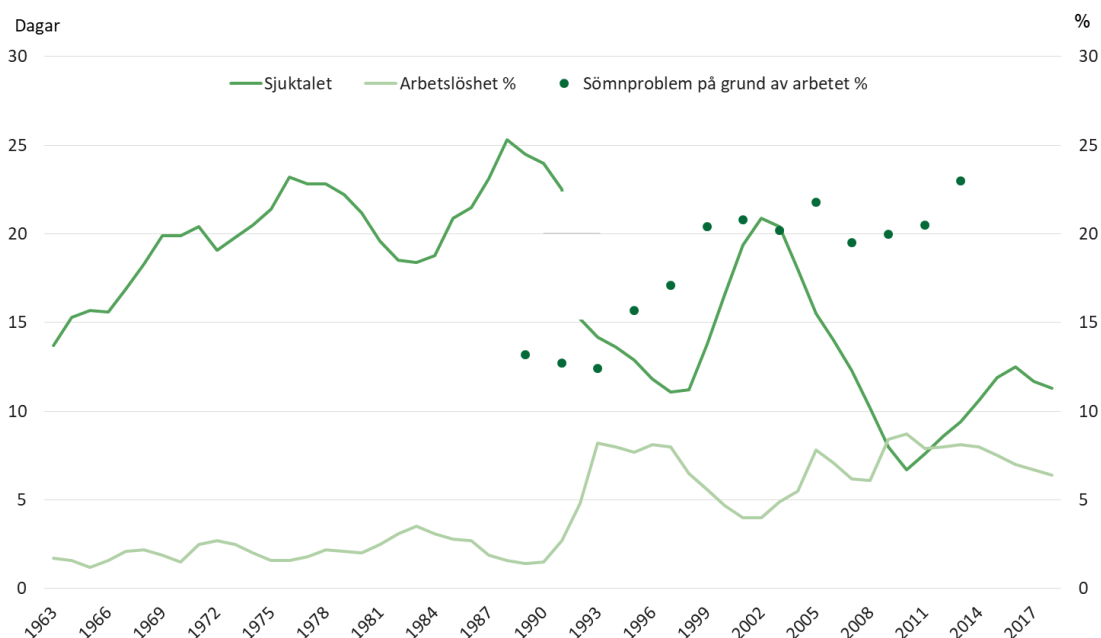
Om en faktor får verka under en längre tidsperiod tillsammans med förstärkande faktorer kan effekterna på några års sikt bli stora. Ett sådant exempel från 1990-talet är då stora grupper kvinnor över 50-års ålder exponerades för en snabbt försämrade psykosocial arbetsmiljö inom vård, skola och omsorg.⁵⁵ Det var först efter flera år som detta ledde till ökad sjukfrånvaro och händelseförloppet illustreras i Figur 66, där den snabbt stigande arbetslösheten 1991–1993 indikerar den genomgripande krisen i Sveriges ekonomi med åtföljande åtstramningar i offentliga budgetar. I närtid skedde sen en tydlig ökning i andelen arbetsrelaterade sömnproblem från 12 procent 1993 till över 20 procent i slutet av 1990-talet och långvariga sömnproblem har en tydlig koppling till hälsa och sjukfrånvaro (Åkerstedt m.fl. 2007 och Svedberg m.fl. 2018). Men först omkring fem år efter åtstramningarna ökade långtidssjukfrånvaron och det finns enligt befintlig kunskap en tydlig koppling till försämrade psykosocial arbetsmiljö under den första halvan av 1990-talet (Arbetsmiljöverket och SCB 2001, Bäckman och Edling 2001, SOU 2002:62, Palme m.fl. 2003, Hogstedt m.fl. 2005, Marklund m.fl. 2005, Lidwall 2010 och Bryngelson m.fl. 2011).

⁵⁵ Enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar minskade antalet anställda inom kommun- och landstingssektorn med mellan 1991 och 1994 med 9 procent och mellan 1994 och 1997 med 7 procent.

Ett rimligt scenario på en arbetsplats är att när sjukfrånvaron ökar på grund av långvariga arbetsmiljöbrister ökar exponeringen ytterligare för de som är kvar i arbete, på samma sätt som vid personalnedskärningar (Rostila 2008 och Bryngelson m.fl. 2011). Detta kan också förstärkas av så kallad social smittspridning (Lindbeck m.fl. 2016 och Virtanen m.fl. 2010). Sådana spridningseffekter kan antas avta när de mest mottagliga har lämnat arbetsplatsen och åtgärder satts in för att hantera sjukfrånvaron, exempelvis genom nyrekrytering av personal. Men på sikt kan sjukfrånvaron återigen öka om de strukturella arbetsmiljöproblemen kvarstår (Rostila 2008, Lidwall 2011 och Försäkringskassan 2014).

Att ett stort fokus på arbetsmiljöfaktorer skulle försvåra möjligheterna att begränsa sjukfrånvaron (SKL 2017), är osannolikt. Senare arbetsmiljöforskning inom den typ av människovårdande verksamheter som bedrivs inom kommunerna pekar på att det är essentiellt att den strategiska ledningen tar personalens arbetsförhållanden på konkret allvar. Planer och dokument kan indikera ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete men viktigast är att personalen genom ett gott så kallat *psykosocialt säkerhetsklimat* ser att det får konkret genomslag i deras arbetsvardag (Dollard & McTernan 2011 och Berthelsen & Muhonen 2017).

Figur 66 Sjuktalet och arbetslöshet 1963–2018 samt självrapporterade sömnproblem 1989–2013.



Källor: Försäkringskassan (Sjuktalet), SCB arbetskraftsundersökningen (Arbetslöshet), Arbetsmiljöverket arbetsmiljöundersökningen (Sömnproblem)

Förändringar i folkhälsan

Utöver arbetsmiljön har också folkhälsan tillbakavisats som en viktig förklaringsfaktor. Sjukdom är ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för att få sjukpenning, så kopplingen mellan folkhälsa och sjukfrånvaro är inte självklar. Det avgörande

villkoret är att sjukdomen sätter ned arbetsförmågan tillräckligt för att berättiga till sjukpenning. Relevant frågeställning är istället i vilken mån en viss sjukdom eller symtom på sjukdom påverkar arbetsförmågan för olika arbetsuppgifter och arbeten i ett föränderligt arbetsliv.

I studier och utredningar lyfts ofta minskad dödlighet, ökad medellivslängd och förbättrad självrapporterad hälsa fram som indikationer på befolkningens förbättrade hälsa. Bortsett ifrån att detta är generella och grova mått på folkhälsa bortses också ifrån att förbättrad folkhälsa är ojämnt fördelad över olika samhällsgrupper, exempelvis efter socioekonomisk status. Inom arbetargrupperna med störst negativ arbetsmiljöbelastning och högst sjukfrånvaro är hälsoutvecklingen svagare (Försäkringskassan 2018, Lundberg 2018, SCB 2018 och 2019).

Det finns även hälsofaktorer som uppvisar en mindre positiv utveckling. Främst handlar det om ökad psykisk ohälsa vilket hänger ihop med ökad sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser (Hogstedt m.fl. 2005, Marklund m.fl. 2005, Rostila 2008, Lidwall 2010, Bryngelson 2011 och Försäkringskassan 2015). Sömnproblemen har redan nämnts liksom minskat psykiskt välbefinnande och ökad oro och ångest, särskilt bland kvinnor och yngre. Andelen som lider av övervikt och fetma ökar och är liksom alkohol och olika typer av missbruk ett problematiskt område, liksom ökande förekomst av allergier (Folkhälsomyndigheten 2018 och SCB 2018). Det har också skett en tydlig nedgång i hjärt- och lungkapaciteten mellan åren 1995–2017, enligt en ny svensk studie av över 350 000 yrkesarbetande individer. Andelen med låg hjärt- och lungkapacitet ökade från 27 till 46 procent (Eklom-Bak m.fl. 2018). De hälsoindikatorer som här nämnts behöver i sig inte innebära sjukdom och nedsatt arbetsförmåga men innebär minskad motståndskraft mot stress och andra påfrestningar. Sömnproblem och förändringar i livsstilsfaktorer som alkoholkonsumtion och övervikt kan delvis också ses som indikatorer på ökad psykisk ohälsa.

Under 1990-talet ökade andelen äldre i arbetskraften genom de stora 1940-talskullarna vilket kan ha bidragit till den ökande långtidssjukfrånvaron (Lidwall m.fl. 2005). Andelen äldre i arbetslivet ökar nu återigen, dels på grund av stora 1960-talskullar men också för att fler äldre arbetar högre upp i åldrarna, vilket innebär fler med lägre motståndskraft mot påfrestningar i arbetslivet (SOU 2013:25, Nilsson m.fl. 2016).

Den ökade betydelsen av psykisk ohälsa

Den fysiska arbetsmiljön är fortfarande en viktig riskfaktor i branscher som innebär en högre grad av manuellt arbete (Arbetsmiljöverket 2018a och 2018b), men svensk arbetsmarknad har genomgått genomgripande förändringar sedan mitten av 1970-talet. Andelen anställda inom tillverkningsindustrin har minskat från 39 till 17 procent åren 1979–2018 medan servicebranscherna ökat i omfattning.⁵⁶ Den fysiska arbetsmiljöns betydelse har därför minskat i relation till den psykosociala

⁵⁶ SCB Arbetskraftsundersökningen.

arbetsmiljön som har större relativ betydelse inom olika serviceyrken (Arbetsmiljöverket 2018a och 2018b). Inom vård- och omsorg finns dessutom både fysiska och psykosociala utmaningar i arbetsmiljön och här är också sjukfrånvaron som högst (Lidwall m.fl. 2018, Arbetsmiljöverket 2018a och 2018b). Förändringen i sjukfrånvaron med ökad psykiska ohälsa skedde redan under 1990-talet (Lidwall 2010) och är en problematik på arbetsmarknaden som Sverige delar med andra postindustriella samhällen (OECD 2015).

Att sjukfrånvaron för psykiatriska diagnoser har ökat relativt de fysiska diagnoserna är också följdriktigt eftersom de förra har starkare koppling till psykosocial arbetsmiljö och de senare till fysisk arbetsmiljö (Rostila 2008, Vingård m.fl. 2015 och Lidwall m.fl. 2018). Nedskärningarna inom landstingen under 1990-talet ökade bland annat sjukfrånvaron i psykiatriska diagnoser flera år senare (Bryngelson m.fl. 2011). Organisationsförändringar är i sig kopplade till ökad psykisk ohälsa i synnerhet för individer som varit med om flera organisationsförändringar (Flovik m.fl. 2019). FORTE:s stora kunskapsöversikt visade också att det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning samt rollkonflikter. God kontroll och organisatorisk rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa. Kunskapsöversikten visade också att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet (Vingård m.fl. 2015).

Den ökande sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa innebär också att sjukfrånvaron ökar tydligt också bland yngre i åldersgruppen 30–39 år och bland individer med hemmavarande barn i åldern 3–12 år (Lidwall m.fl. 2018). I dagens arbetsliv förefaller det heller inte vara någon fördel att ta stort ansvar för familj och barn. Förstagångsföräldrar som är jämställda eller tar på sig dubbla arbetsbördor genom att både sörja för familjens arbetsinkomst och använda föräldraförsäkringen jämställt har mer sjukfrånvaro än de som har en mer könsbunden arbetsfördelning. På samma sätt som för psykosociala arbetsmiljöfaktorer påverkas kvinnor och män likartat av dubbla arbetsbördor och bristande jämställdhet (Lidwall & Voss 2019). Men eftersom betydligt fler kvinnor än män exponeras för dessa riskfaktorer bidrar de starkt till de stora könsskillnaderna i sjukfrånvaron (Försäkringskassan 2018b).

Slutsatser

Ur strikt vetenskapligt perspektiv är kunskapen begränsad om vilka faktorer som förklarar sjukfrånvaros variationer. Kunskap finns om betydelsen om vissa faktorer men det handlar ofta om komplexa samband som är svåra att fånga i data och statistisk analys. Regeländringar, förändrad tillämpning av sjukförsäkringen, förändrad styrning av Försäkringskassan liksom stora förändringar på arbetsmarknaden som kraftigt ökande arbetslöshet är förändringar som tydligt tycks påverka sjukfrånvaron. Stabilitet kring sjukförsäkringen regelverk, tillämpning och styrning utgör sannolikt grunden för att minska variationerna i sjukfrånvaron men påverkar i begränsad utsträckning de bakomliggande orsakerna till ökad ohälsa. Förändringar i arbetslivet med ökad psykosocial arbetsmiljöbelastning liksom folkhälsorelaterade tendenser i befolkningen i arbetsföra åldrar har från 1990-talet och framåt har bidragit till ökad sjukfrånvaro. Övervikt och fetma, lågt psykiskt välbefinnande, sömnbesvär och dålig kondition ökar och utvecklingen är mer bekymmersam för svagare grupper på arbetsmarknaden. Primär prevention, det vill säga att påverka arbetsförhållanden och folkhälsorelaterade faktorer är en verksam strategi som inte endast leder till lägre sjukfrånvaro och produktivitetsförluster utan också till minskade kostnader för hälso- och sjukvård (Andersen m.fl. 2018 och Burdorf 2019).

Kunskapsbehov och möjligheter att genomföra fördjupade studier

Generellt är kunskapsbehovet stort om alla faktorer som kan påverka sjukfrånvaros variationer. Genomgången visar också på komplexiteten i hur olika faktorer påverkar sjukfrånvaron, exempelvis genom växelverkan med andra faktorer eller genom långtidseffekter och tidsfördröjningar. Longitudinella studier med tvärvetenskaplig ansats som i statistiska modeller förmår behandla ett flertal olika förklaringsfaktorer är angelägna. Kvalitativa studier som genom intervjuer eller textanalys ökar förståelsen för sjukfrånvaros variationer är också värdefulla. Några kvalitativa exempel är förändrad styrning av Försäkringskassan (ISF 2018) samt förändrade attityder och skiftande debattklimat (Johnson 2010).

Sedan drygt femton år tillbaka finns det goda möjligheter att analysera sjukfrånvaros utveckling över tid på individdata. På Aha-utredningens förslag (SOU 2003:13) lanserades senare LISA-databasen (Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier) av SCB i samarbete med Riksförsäkringsverket och VINNOVA. LISA innehåller årliga data från 1990 och framåt (SCB 2016 och Ludvigsson m.fl. 2019). Om mer detaljerade data behövs för analys finns Försäkringskassans analysdatabas MiDAS (MikroData för Analys av Socialförsäkringen) som bland annat innehåller detaljerade data om sjukfrånvaroepisoder som ersatts från den allmänna sjukförsäkringen från 1994 och framåt.

För studier av hur olika exponeringar och besvär till följd av arbetet hänger ihop med sjukfrånvaro över tid kan sjukfrånvarodata från LISA eller MiDAS kombineras med survey-data från Arbetsmiljöverkets undersökningar om arbetsorsakade besvär och arbetsmiljöundersökningen. Ett tidigt exempel på detta är Westerlunds studie om

betydelsen av expansioner på arbetsplatsen för framtida sjukfrånvaro och sjukhusvård (Westerlund m.fl. 2004). Ett senare exempel är Leinewebers studie om hur psykosociala arbetsmiljöfaktorer inom vård- och omsorgsykten påverkar den framtida risken för sjukersättning (Leineweber m.fl. 2019). Dessa kohortstudier med lång uppföljningstid är relevanta och håller hög vetenskaplig kvalitet, men fler studier behövs med sjukfrånvaro som specifikt utfall och i synnerhet för psykiatriska diagnoser.

Det behövs också fler studier som närmare kan belysa hur lång induktionstid som behövs från exponering för en riskfaktor till sjukfrånvaro för olika grupper på arbetsmarknaden. Särskilt relevanta grupper att studera är de med förmodat lägre tillfällig eller mer varaktig lägre motståndskraft, exempelvis föräldrar med barn i förskoleåldern, äldre i arbetslivet och yrkesgrupper inom människovårdande yrken. Fler studier behövs också som närmare belyser hur omfattande arbetsmiljöexponering som behövs och under hur lång tid. För dessa studier behövs ofta mer begränsade kohortstudier som har fler exponeringstidpunkter. Detsamma gäller för studier som närmare ska undersöka på vilket sätt korttidssjukfrånvaro eller sjuknärvaro samvarierar med långtidssjukfrånvaro. Fler studier behövs också om hur individer rör sig mellan olika försörjningskällor över tid och hur det påverkar inkomsttrygghet och välfärd.

Referenser

Alexanderson K & Norlund A (2004). Sickness absence: causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). *Scandinavian Journal of Public Health*, 2004;32(Suppl 63):3-263.

Andersen J H m.fl. (2019). Systematic literature review on the effects of occupational safety and health (OSH) interventions at the workplace. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 45(2), 103-113.

Arbetsmiljöverket (2018a). *Arbetsmiljön 2017*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:2. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2018b). *Arbetsorsakade besvär 2018*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket och SCB (2001). *Negativ stress och ohälsa. Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet*. Information om utbildning och arbetsmarknad 2001:2. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Bengtsson P (2017). "Sjukfrånvarons utveckling". I *Arbetslivet och socialförsäkringen*. Socialförsäkringsrapport 2017:2. Stockholm: Försäkringskassan.

Berthelsen H & Muhonen T (2017). *Psykosocialt säkerhetsklimat – ett sätt att mäta organisatoriskt och socialt säkerhetsklimat*. Stressforskningsrapport nr 327. Stockholms universitet, Stressforskningsinstitutet.

Bryngelson A m.fl. (2011). Reduction in personnel and long-term sickness absence for psychiatric disorders among employees in Swedish county councils: an ecological population-based study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(6), 658-662.

Bäckman O (1998). *Longitudinal Studies of Sickness Absence in Sweden*. Thesis. Stockholm: Stockholm University.

Bäckman O & Edling C (2001). Work Environment and Work-related Health Problems in the 1990s. In S Marklund (Ed.), *Worklife and Health in Sweden 2000* (pp. 101-117). Stockholm: National Institute for Working Life.

Burdorf, A. (2019). Prevention strategies for sickness absence: sick individuals or sick populations? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. doi:10.5271/sjweh.3807

Castenbrandt H (2018). Trends in morbidity: national statistics on sickness claims among the working population in Sweden, 1892-1954. *Economic History Review*, 71(1), 213-235.

Dollard M F & McTernan W (2011). Psychosocial safety climate: a multilevel theory of work stress in the health and community service sector. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 20(4), 287-293.

Ekblom-Bak E m.fl. (2018). Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scandinavian Journal of Medicine & Science In Sports*. doi:10.1111/sms.13328

Flovik L m.fl. (2019). Organizational change and employee mental health: A prospective multilevel study of the associations between organizational changes and clinically relevant mental distress. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 45(2), 134-145.

Folkhälsomyndigheten (2018). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2018*. Solna: Folkhälsomyndigheten.

Ford M T m.fl. (2014). How do occupational stressor-strain effects vary with time? A review and meta-analysis of the relevance of time lags in longitudinal studies. *Work & Stress*, 28(1), 9-30.

Försäkringskassan (2014). *Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid*. Socialförsäkringsrapport 2014:17. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2015). "Temakapitel – Sjukförsäkringen 60 år". I *Socialförsäkringen i siffror 2015*. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2018a). *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken*. Socialförsäkringsrapport 2018:2. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2018b). [Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018](#). Svar på regeringsuppdrag Dnr 002671-2018. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2018c) *Storlek på arbetsplatsen påverkar sjukfrånvaron mer än driftsform*. Korta analyser 2018:1. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2018d) *Lägst sjukfrånvaro i små välfärdsföretag*. Korta analyser 2018:3. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2019) *Statistik om sjukfrånvaro per bransch och sektor*. Stockholm: Försäkringskassan.

Henrekson M & Persson M (2004). The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, 22(1), 87-113.

Hogstedt C m.fl. (2005). *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. SAFIR-projektet rapport 1. Statens folkhälsoinstitut R 2004:15. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

ISF (2012). *Stabilitet i sjukfrånvaron*. Rapport 2012:15. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

ISF (2015). *Ett systemperspektiv på sjukfrånvaron*. ISF kommenterar 2015:1. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

ISF (2018). *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. ISF Rapport 2018:16. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Johnson B (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.

Leineweber C m.fl. (2019). Work-related psychosocial risk factors and risk of disability pension among employees in health and personal care: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 12-20.

Lidwall U (2010). *Long-term sickness absence. Aspects of Society, Work, and Family*. Thesis. Karolinska Institutet, Stockholm.

Lidwall U (2011). "Hade vi en sjukskrivningsepidemi? Utveckling och orsaker". I *Mellan arbete och sjukdom*. Socialförsäkringsrapport 2011:3. Stockholm: Försäkringskassan.

Lidwall U m.fl. (2005). Sickness absence in Sweden. In R Å Gustafsson & I Lundberg (Eds.), *Worklife and Health in Sweden 2004* (pp. 183-204). Stockholm: National Institute for Working Life.

Lidwall U m.fl. (2009). Long-term sickness absence: changes in risk factors and the population at risk. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2), 157-168.

Lidwall U & Marklund S (2011). Trends in long-term sickness absence in Sweden 1992–2008: the role of economic conditions, legislation, demography, work environment and alcohol consumption. *International Journal of Social Welfare*, 20(2), 167-179.

Lidwall U m.fl. (2018). Mental disorder sick leave in Sweden: A population study. *Work*, 59(2), 259-272.

Lidwall U & Voss M (2019). Gender equality and sick leave among first-time parents in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, Forthcoming.

Lindbeck A m.fl. (2016). Sickness Absence and Local Benefit Cultures. *The Scandinavian Journal of Economics*, 118(1), 49-78.

Ludvigsson J F m.fl. (2019). The longitudinal integrated database for health insurance and labour market studies (LISA) and its use in medical research. *European Journal of Epidemiology*. doi:10.1007/s10654-019-00511-8

Lundberg O (2018). The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22_suppl), 19-27.

Marklund S m.fl. (2005). *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. SAFIR-projektet rapport 2. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Nilsson K m.fl. (2016). Has the participation of older employees in the workforce increased? Study of the total Swedish population regarding exit from working life. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5), 506-516.

Norström T (2006). Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction*, 101(10), 1421-1427.

Nossen J P. (2009) Sickness absence and the economic cycle: A review. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 19(2), 115-125.

OECD (2015) *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: OECD.

Palme, J m.fl. (2003). A welfare balance sheet for the 1990s. Final report of the Swedish Welfare Commission. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(Suppl 60), 7-143.

Rostila M (2008). The Swedish labour market in the 1990s: the very last of the healthy jobs? *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 126-134.

SBU (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

SCB (2004). *Vad påverkar sjukskrivningarna? Registerstudie av hur sjukpenningkostnaderna utvecklats 1993–2001*. Demografiska rapporter 2004:2. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

SCB (2016). *Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) 1990–2013*. Arbetsmarknad och utbildning Bakgrundsfakta 2016:1. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2018) *Levnadsförhållanden 1980-2016 – ett urval av indikatorer*. *Levnadsförhållanden 2018:1*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

SCB (2019) *Medellivslängden ökar mest för högutbildade*. Demografisk analys: Livslängdstabeller efter utbildningsnivå.

Sjöberg O (2017). Positive welfare state dynamics? Sickness benefits and sickness absence in Europe 1997-2011. *Social Science & Medicine*, 177, 158-168.

SOU 2002:62. *Kunskapsläge sjukförsäkringen*. Delbetänkande av utredningen om analys av hälsa och arbete (AhA-utredningen). Stockholm: Fritzes.

SOU 2013:25. *Åtgärder för ett längre arbetsliv*. Slutbetänkande från pensionsåldersutredningen. Stockholm: Fritzes.

Svedberg P m.fl. (2018). Time pressure and sleep problems due to thoughts about work as risk factors for future sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(8), 1051-1059.

Theorell T (2003). *Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan?* Kunskapssammanställning. Statens folkhälsoinstitut 2003:46. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

SKL (2017). *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Vad är problemet?* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Socialförsäkringsutredningen (2005). *Sjukfrånvaro i tid och rum. Samtal om socialförsäkring nr 2.* Stockholm: Socialförsäkringsutredningen Socialdepartementet.

Vingård E m.fl. (2015). *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro.* Stockholm: FORTE Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

Westerlund H m.fl. (2004). Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet*, 363(9416), 1193-1197.

Virtanen P m.fl. (2010). Locality differences of sickness absence in the context of health and social conditions of the inhabitants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 309-316.

Voss M (2001). Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit--findings from Sweden Post. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(3), 166-174.

Åkerstedt T m.fl. (2007). Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue. *Journal of Sleep Research*, 16(4), 341-345.