

2004:3

**Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige
– en belysning utifrån SCB:s statistik**

I serien Bakgrundsfakta presenteras bakgrundsmaterial till den statistik och de prognoser som avdelningen för arbetsmarknads- och utbildningsstatistik vid SCB producerar. Det kan röra sig om produktbeskrivningar, metodredovisningar samt olika sammanställningar som kan ge en överblick och underlätta användandet av statistiken.

Utgivna publikationer från 1999 i serien

Bakgrundsfakta till arbetsmarknads- och utbildningsstatistiken

| | |
|--------|--|
| 1999:1 | Staff training costs 1997 |
| 1999:2 | Unemployment, Hirings and Vacancies in Flow Statistics |
| 1999:3 | Konferens om arbetsmarknadsstatistik den 18 mars 1999 |
| 1999:4 | Informationssystemet om arbetsskador och undersökningen om arbetsorsakade besvär – En jämförande studie |
| 1999:5 | Revidering av modell för beräkning av personalutbildningskostnader |
| 1999:6 | Revision of model for calculating costs of continuing vocational training |
| 2000:1 | Övergång till yrkeskodning på fyrsiffernivå (SSYK) och införande av jobbstatuskod i SCB:s lönestatistik |
| 2000:2 | The Information System for Occupational Injuries and the Work-related Health Problems Survey – A comparative study |
| 2000:3 | Konferens om utbildningsstatistik den 23 mars 2000 |
| 2001:1 | Avvikelser i lönesummestatistiken – en jämförelse mellan LAPS och LSUM |
| 2001:2 | En longitudinell databas kring utbildning, inkomst och sysselsättning 1990–1998 |
| 2001:3 | Staff training costs 1994–1999 |
| 2001:4 | Studieresultat i högskolan i form av avklarade poäng |
| 2001:5 | Urvals- och estimationsförfarandet i de svenska arbetskraftsundersökningarna (AKU) |
| 2001:6 | Svar, bortfall och representativitet i Arbetsmiljöundersökningen 1999 |
| 2001:7 | Individ- och företagsbaserad sysselsättningsstatistik – en jämförelse mellan AKU och KS |
| 2002:1 | Tidsseriebrott i utbildningsregistret 2001-01-01 |
| 2002:2 | En longitudinell databas kring utbildning, inkomst och sysselsättning (LOUISE) 1990–1999 |
| 2003:1 | Exempel på hur EU:s "Quality Reports" kan skrivas – avser Labour Cost Survey (LSC) 2000 |
| 2003:2 | Förändrad redovisning av högskolans personal |
| 2003:3 | Individ- och företagsbaserad sysselsättningsstatistik – en fortsatt jämförelse mellan AKU och KS |
| 2003:4 | Sjukfrånvarande enligt SCB och sjukskrivna enligt RFV |
| 2003:5 | Informationssystemet om arbetsskador och undersökningen om arbetsorsakade besvär. En jämförande studie |
| 2004:1 | Samlad statistik från SCB avseende ohälsa |
| 2004:2 | Översyn av forskarutbildningsstatistiken. Bedömning av kvaliteten |

Ovannämnda rapporter, liksom övriga SCB-publikationer, kan beställas från: Statistiska centralbyrån, SCB, Publikationstjänsten, 701 89 ÖREBRO, telefon 019-17 68 00 eller fax 019-17 64 44.

Du kan också köpa SCB:s publikationer i **Statistikbutiken**:
Karlavägen 100, Stockholm

2004:3

Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige

– en belysning utifrån SCB:s statistik

Producent Statistiska centralbyrån
 Avdelningen för arbetsmarknads- och utbildningsstatistik

Förfrågningar:

Gun Alm Stenflo, tel 08-506 944 08
e-mail: gun.alm-stenflo@scb.se

Alf Andersson, tel 08-506 948 46
e-mail: alf.andersson@scb.se

Kerstin Fredriksson, tel 08-506 940 41
e-mail: kerstin.fredriksson2@scb.se

Monica Hultin, tel 08-506 948 23
e-mail: monica.hultin@scb.se

Allan Nordin, tel 08-506 948 21
e-mail: allan.nordin@scb.se

Fredrik Rahm, tel 019-17 65 97
e-mail: fredrik.rahm@scb.se

Stefan Vikenmark, tel 08-506 943 78
e-mail: stefan.vikenmark@scb.se

Joachim Vogel, tel 08-506 949 30
e-mail: joachim.vogel@scb.se

Innehåll

| | |
|---|----|
| Förord | 5 |
| Inledning | 7 |
| Idéer för fortsatt analysarbete..... | 9 |
| 1 Sjukfrånvarande enligt SCB och sjukskrivna enligt RFV | 13 |
| 2 Stora regionala skillnader i utbetald sjukpenning och förtidspension | 18 |
| 3 Uppgifter kring ohälsa i Arbetskraftsundersökningarna..... | 21 |
| 4 Stora flöden mellan olika arbetskraftsstatus..... | 27 |
| 5 Högre sjukfrånvaro vid stora arbetsställen | 37 |
| 6 Dålig arbetsmiljö bakom många sjukskrivningar och förtidspensioneringar..... | 40 |
| 7 Samband mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro – sammanfattning av AHA-utredningens betänkande..... | 44 |
| 8 Arbetsrelaterad sjukfrånvaro 1996–2003..... | 52 |
| 9 Arbetsställets effekt på sjukskrivningarna | 54 |
| 10 Lång sjukskrivning istället för förtidspension | 60 |
| | |
| Tabellbilaga | 68 |
| | |
| Tabell A: Antal helårsekvivalenter i åldrarna 20–64 år fördelat på de olika ersättningssystemen åren 1999–2002 | 69 |
| Tabell B.1: Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter sektor 1990–2003 | 73 |
| Tabell B.2: Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter arbetsställets storleksklass 1990–2003. Privat sektor..... | 74 |
| Tabell B.3: Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter region (NUTS2) 1990–2003. Privat sektor..... | 75 |
| Tabell B.4: Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter bransch 1990–2003. Privat sektor | 76 |
| Tabell C: Arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro 1996–2003 efter kön och ålder..... | 77 |

Förord

I början av år 2003 gav verksledning för Statistiska Centralbyrån (SCB) två avdelningar – Avdelningen för arbetsmarknads- och utbildningsstatistik (AM-avdelningen) och Avdelningen för befolknings- och välfärdsstatistik (BV-avdelningen) – i uppgift att samordna statistiken som beskriver sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige. För AM-avdelningen pekades detta ut som ett område där också analysarbetet borde stärkas.

Detta initiativ från verksledningens sida ledde till att AM- och BV-avdelningarna startade ett gemensamt projekt med beteckningen "Samordning av statistik som beskriver ohälsoutvecklingen och analysarbete kring ohälsa och sjukfrånvaro". Projektet delades sedan upp i två delprojekt med uppgift att i nära samarbetet utföra de uppgifter som avdelningarna fått. Det ena delprojektet – kallat Statistikprojektet – fick i uppgift att bl.a. skapa en portal genom vilken statistikanvändarna lätt skall komma åt statistikkällor som belyser sjukfrånvaro och ohälsa. Den portalen kan nås via SCB:s hemsida under adressen www.scb.se/sjukfranvaro. Dessutom har Statistikprojektet framställt rapporten Samlad statistik från SCB avseende ohälsa (nr 2004:1 i serien Bakgrundsfakta till Arbetsmarknads- och Utbildningsstatistiken). I den redogörs för definitioner och begrepp som används i ohälsostatistiken. Där beskrivs också de statistikkällor som har använts i förliggande rapport.

Det andra delprojektet – kallat Analysprojektet – fick i uppgift att dels sammanställa en beskrivning av sjukfrånvarons och ohälsans förändring över tiden, dels presentera idéer till analys av orsakerna till denna förändring under senare år.

Förliggande rapport har utarbetats inom Analysprojektet. Rapporten ger en överblick över sjukfrånvarons och ohälsans utveckling och struktur främst enligt olika SCB-källor. I Avsnitt 1 och 2 redovisas även vissa data från Riksförsäkringsverket (RFV).

Deltagare i Analysprojektet har från AM-avdelningen varit Alf Andersson, Kerstin Fredriksson, Monica Hultin, Fredrik Rahm och Stefan Vikenmark samt Allan Nordin, som varit projektledare. Från BV-avdelningen har Gun Alm Stenflo och Joachim Vogel deltagit.

I rapporten finns också avsnitt som författats av personer utanför projekgruppen. Sålunda har Avsnitt 1 författats av Ante Farm och Monica Renermalm. Deras avsnitt har tidigare givits ut som en separat rapport (nr 2003:4) i serien Bakgrundsfakta. Den utgjorde slutrapport från ett samarbetsprojekt mellan RFV och SCB. Två av författarna till Avsnitt 2 har inte deltagit i projektgruppen, nämligen Åsa Karlsson och Anna Wetterling. Samma sak gäller för Gunborg Johansson, som är en av författarna till Avsnitt 3.

Statistiska centralbyrån i juni 2004

Anna Wilén

Allan Nordin

Inledning

Under de senaste åren har en omfattande debatt förkommit i Sverige om sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Debatten har dels handlat om de kraftigt ökade kostnaderna för samhället, dels om vilka åtgärder som skulle krävas för att bringa ned eller åtminstone hejda ökningen av dessa kostnader. Därmed har naturligtvis också frågor kring bakomliggande orsaker till sjukskrivningarna kommit i fokus.

Syftet med denna rapport har varit att ta fram material som kan utgöra utgångspunkt för en analys av olika faktorer som medverkat till den kraftiga ökning av sjukfrånvaron som skedde under senare hälften av 1990-talet och de första åren av 2000-talet. SCB har unika möjligheter att bidra till att belysa detta samhällsproblem genom den mängd data som finns i myndighetens olika register. SCB har också på olika sätt medverkat i de offentliga utredningar som under de senaste åren har arbetat med att redovisa olika aspekter på ohälsan. Dessutom har SCB deltagit i ett antal arbetsgrupper vid sidan av utredningarna där företrädare för olika myndigheter diskuterat rent statistiska frågor med anknytning till sjukfrånvaro och ohälsa. Det har då handlat om t.ex. mätproblem eller definitionsskillnader mellan olika statistikkällor.

Just den problematiken tas upp i Avsnitt 1 i denna rapport. Där jämförs uppgifter om antalet sjukfrånvarande enligt SCB med data över sjukskrivna enligt RFV. I avsnittet klargörs vad som skiljer RFV-statistiken från SCB-data i dels Arbetskraftsundersökningarna, dels den kortperiodiska sysselsättningsstatistiken. Det är viktigt att reda ut de olikheter som beror på skilda definitioner eller skilda mätmetoder så att inte data från ej jämförbara källor förvirrar debatten. De skilda datakällorna har sin givna plats genom att de belyser samma fenomen utifrån olika utgångspunkter.

I de övriga avsnitten i denna rapport tas inte s.k. konsistensfrågor upp dvs. frågor kring likheter och olikheter mellan datakällorna. Syftet med redovisningen här är nämligen inte att med stor sifferprecision ange hur stor frånvaron varit vid olika tidpunkter utan snarare hur mönstren i stora drag sett ut för olika åldersgrupper, kön, regioner, sektorer osv. samt hur utvecklingen sett ut över tiden. Redovisningen pekar på förhållanden som behöver utredas vidare. Syftet med den här rapporten är snarare att redovisa den bild av ohälsan som statistiken ger än att förklara den.

Idéer för fortsatt analysarbete

Sjukfrånvaroutvecklingen under 1990-talet bör ses mot bakgrund av de stora förändringar som inträffat på arbetsmarknaden, inom samhällsekonomin och i transfereringssystemen. Under första delen av 1990-talet förlorades vart tionde jobb, arbetslösheten fyrfaldigades och transfereringssystemen utsattes för ökad belastning. Under senare delen av 1990-talet återtogs sedan hälften av de förlorade jobben. Rörelserna in i, inom och ut ur arbetsmarknaden respektive transfereringssystemen innebar förändringar för befolkningens försörjningssituation. Såväl arbetsplatserna som bidragssystemen anpassades till den nya situationen.

Det är i denna miljö vi ska söka efter orsakerna till 1990-talets sjukfrånvaro. Vi vill peka på följande tre huvudfaktorer:

Selektion av sjukliga: Kostnaderna i sjukförsäkringen ökar resp. minskar med andelen sjukliga som för tillfället ingår i arbetskraften. Under extrem konjunktur nedgång trycks sjukliga ut ur arbetskraften resp. har svårt att få arbete. Under konjunkturuppgång ökar sedan andelen sjukliga i arbetskraften. Det är fråga om förändringar som hänför sig till några få procent av arbetskraften.

Transfereringarna fungerar som kommunicerande kärl: En liten andelen av arbetskraften har sådana problem som enligt regelverket skulle kunna ge bidrag inom flera system. När ersättningsregler förändras kan försörjningsansvaret flyttas till andra bidragssystem, t.ex. från förtidspension till långtidssjukskrivning. Bidragssystemen bör därför inte studeras isolerade.

Förändrade arbetskrav på 1990-talet: Turbulensen på arbetsmarknaden innebar sannolikt skärpta arbetskrav och trygghetsförluster, som kan ha fått långsiktiga effekter för folkhälsan, och därmed ökad långtidssjukskrivning mot slutet av 1990-talet. Såväl arbetsmiljöförsämringar som ökade hälsoproblem har belagts i SCB:s undersökningar. Även här gäller att förändringarna kan vara lokaliserade till en relativt liten befolkningsgrupp. SCB:s årliga hälsomätningar visar att folkhälsan förändrats på ett sätt som antyder ökade arbetskrav i yrkesaktiv ålder. Medan indikatorer på besvär, subjektiv ohälsa och nedsatt funktionsförmåga visar förbättringar i pensionåldern, visar samma indikatorer ökad ohälsa bland yngre. Yngre rapporterar också ökade psykosomatiska besvär (t.ex. sömnproblem).

Sammanfattningsvis kan man säga att tillgänglig statistik pekar på ett samspel mellan många faktorer, som tillsammans är effekter av 1990-talsutvecklingen på svensk arbetsmarknad. Detta talar för att framtida analyser måste utgå från ett helhetsperspektiv.

I det följande kommenterar vi några av de faktorer som särskilt har studerats i vår statistikgenomgång. Det är frågeställningar som i hög grad är aktuella i samhällsdebatten, men där bättre kunskapsunderlag har efterlysts. Det som nu särskilt behövs är fördjupade analyser som *samtidigt* beaktar flera faktorer. De frågeställningar som räknas upp i det följande behöver belysas tillsammans. De relativt enkla men begränsade svaren finns i stor utsträckning redan. Med hjälp av de register SCB och andra förfogar över kan komplicerade samband belysas både genom fortsatt arbete inom SCB och i samarbete med många andra berörda institutioner. De möjligheter som öppnats för analys är stora och problemkomplexet mycket omfattande. Nedan följer en lista över förhållanden som redovisas i denna rapport och som bör studeras mer ingående.

- ***Samband mellan exponering, besvär och sjukfrånvaro.*** Medan utvecklingen av hälsan inom stora delar av befolkningen i Sverige är positiv har man i SCB:s undersökningar funnit att utvecklingen bland yngre invånare inte alls är lika positiv. Olika former av psykiska besvär ökade speciellt bland yngre kvinnor under senare delen av 1990-talet och början av 2000-talet. Är det förändringar i arbetsmiljön som har orsakat detta?

De arbetsorsakade besvären har sedan 1995 ökat för alla åldersgrupper bland kvinnorna och under senare år även bland männen. Starka samband föreligger mellan fysisk exponering i arbetslivet, fysiska besvär och arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Vi vet också att sambanden mellan den psykosociala exponeringen i arbetslivet och arbetsrelaterad sjukfrånvaro stärkts under perioden 1995–2001.

Ett arbete som präglas av höga arbetskrav och liten kontroll från den enskilde över arbetets uppläggning betecknas som spänt arbete. Inom många delar av samhället har denna typ av arbete ökat under senare år. Vi har funnit klara samband mellan spänt arbete och hög arbetsrelaterad sjukfrånvaro.

Till bilden hör också att tryggheten på arbetsmarknaden har minskt markant under 1990-talet. Risken för arbetslöshet och antalet tidsbestämda anställningarna har ökat under perioden. Men hur ser sambanden ut om man samtidigt studerar flera olika arbetsmiljöfaktorerers inverkan och väger in även faktorer som familjeförhållanden, utbildningsnivå, organisatoriska och strukturella faktorer (bl.a. arbetsställets storlek, samhällssektor, näringsgren)? Och hur förhåller sig inverkan av de olika arbetsmiljöfaktorerna om vi studerar den totala sjukfrånvaron? Kan den ökade psykosociala exponeringen i arbetslivet förklara den kraftiga uppgången av sjukfrånvaron under senare delen av 1990-talet?

- ***Sjukfrånvarons samvariation med konjunkturen.*** I högkonjunktur tenderar sjukfrånvaron att vara hög och i lågkonjunktur låg. En hypotes som framförts går ut på att åtminstone en del av detta har att göra med att praktiskt taget alla arbetskraftsresurser tas i anspråk vid högkonjunktur. Det vill säga att även personer med bräcklig hälsa finns i arbete (=får arbete och blir kvar i arbete). Samtidigt är påfrestningarna extra stora eftersom produktionen då "går på högvarv". Effekten av denna kombination kommer sedan till synes i sjukfrånvarostatistiken då en större andel blir sjuka.

En annan hypotes som framförts går ut på att den enskilde arbetstagaren är "mer rädd om jobbet" i lågkonjunktur än i högkonjunktur, vilket gör att han/hon "i dåliga tider" undviker sjukskrivning i största möjliga utsträckning och kanske även går till jobbet vid sjukdom, s.k. sjuknärvaro. När dessa relativt pressande förhållanden lättar kan sjukfrånvaron komma att öka, i en del fall kanske till följd av ohälsa som man dragit på sig genom längre sjuknärvaro. Hur ser mekanismerna ut bakom samvariationen mellan sjukfrånvaro och konjunkturläge?

- ***Flödena på arbetsmarknaden.*** Flödena mellan olika arbetskraftsstatus är betydande från ett år till nästa. Även om små förändringar sker i det totala antalet sysselsatta eller arbetslösa kan flödena in i och ut ur sysselsättning eller arbetslöshet vara stora. På samma sätt förändras gruppen av sjukfrånvarande. Vissa grupper blir mer långvarigt sjukfrånvarande än andra. Kan man tydligt urskilja vad som utmärker dessa grupper?

Övergången från arbetslöshet till sjukfrånvaro har diskuterats åtskilligt de senaste åren. Finns det tydliga skiljelinjer mellan de grupper av arbetslösa som någorlunda snabbt återkommer i arbete respektive de grupper som blir sjuk-

skrivna eller hamnar utanför arbetskraften? Vilka skillnader finns mellan kvinnor och män i fråga om övergången från sjukskrivning till förtidspensionering?

- **Regionala olikheter i sjukfrånvaro och förtidspensionering.** Ett tydligt mönster är att Stockholms län har klart lägre och övre Norrland klart högre sjukfrånvaro än riksgenomsnittet. Ett liknande mönster framträder om man mäter andelen av befolkningen (omräknat till s.k. helårsekvivalenter) som har sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag. Denna andel var år 2002 (det senaste år för vilket beräkningar gjorts) betydligt högre i skogslänen dvs. alla Norrlandslän samt Värmlands och Dalarnas län än i övriga Sverige. Vilka faktorer ligger bakom de regionala olikheterna i sjukskrivning och förtidspensionering? För att belysa detta krävs bl.a. regionala data om, näringslivs-, arbetsmarknads- och arbetsmiljöförhållanden. Skillnader mellan kommuner har tidigare påvisats inom de regioner som har hög andel långa sjukskrivningar etc. En jämförelse mellan hög- och lågriskkommuner inom skogslänen kan eventuellt visa vilka faktorer som förklarar hög och låg andel med sjukskrivningar etc.
- **Skillnader mellan männens och kvinnornas sjukskrivning.** Andelen sjukskrivna är generellt sett högre bland kvinnorna än bland männen. Detta gäller oavsett i vilken näringsgren eller sektor de arbetar och oavsett deras ålder. Vilka förklaringar finns till detta? Både vår deskription och analys görs genomgående för både kvinnor och män. Därmed finns och utvecklas bra underlag för en redovisning med fokus på förklaringar av skillnader och likheter mellan kvinnors och mäns sjukskrivning.
- **Skillnader mellan sektorer.** På ett översiktligt plan kan offentlig sektor sägas ha högre sjukfrånvaro än den privata. En uppdelning av offentliga sektorn på primärkommunal, landstingskommunal och statlig verksamhet visar dock på klara olikheter. Sjukfrånvaron i primärkommunal och landstingskommunal verksamhet är väsentligt högre än i statlig verksamhet. Sjukfrånvaron i statlig sektor är också lägre än i den privata sektorn. En orsak till dessa skillnader mellan sektorerna är säkert de stora olikheterna i sektorernas verksamhet. Finns det skillnader i sjukfrånvaro mellan privat och offentlig sektor på områden där de bedriver likartad verksamhet, t.ex. inom vård och omsorg eller undervisning? Vad beror i så fall de skillnaderna på? En analys av detta kräver särskilda undersökningar, om arbetsmiljöförhållanden ska ingå, eftersom tillgängliga data för arbetsmiljö och andra arbetsförhållanden bygger på urvalsundersökningar som inte medger en specificering av jämförbara verksamheter.
- **Skillnader mellan näringsgrenar.** Frånvaron är hög (bland män) inom tung industri men också (bland kvinnor) inom vård- och omsorgssektorn. Vad är utmärkande för de näringsgrenar som har extremt hög respektive låg sjukfrånvaro? Skillnader i arbetsförhållanden mellan olika näringsgrenar är i stort välkända, och detsamma gäller den sjukfrånvaro som (enligt den enskilde) beror på arbetet. Betydande skillnader har uppmärksammats i sjukfrånvaro bland anställda vid företag inom samma näringsgren. För att detta skall bli intressant måste man utöver kontroll för kön och ålder ha en specificerad näringsgrenskod så att det verkligen rör sig om jämförbara verksamheter, uppgifter om arbetsställestorlek, helst även om produktionsteknik. Man behöver också kunna jämföra "vilka personer" med avseende på hälsa som rekryteras, stannar kvar och slutar i verksamheten. Givet att man kan ha kontroll för sådana faktorer, är det mycket intressant att se vad som gör det ena företaget hälsosammare än det andra. Det skulle kunna handla om fasta eller tidsbegränsade jobb, arbetsorganisation, ledarskap, rimlig arbets-

takt, delaktighet, och också kanske om fungerande rutiner kring arbetsanpassning, sjukfrånvaro och rehabilitering.

- **Skillnader mellan arbetsställen av olika storlek.** Sjukfrånvaron har ökat markant sedan 1996–1997 i alla storleksklasser bland arbetsställena. Genomgående har den varit klart högre vid stora arbetsställen än vid små och medelstora. Hur ser sambanden ut om man kontrollerar för förhållanden som t.ex. arbetsställets verksamhet (näringsgren), de anställdas ålder och kön? Hur kan de återstående skillnaderna förklaras? Fordras en full organisatorisk självständighet (i ett eget företag) eller gäller en liknande fördel små arbetsställen som är delar i större enskilda företag eller i offentliga förvaltningar?

Arbetsställets storlek bör studeras tillsammans med andra organisatoriska förhållanden och tillsammans med arbetsmiljöförhållandena. Vad är det för arbetsförhållanden som eventuellt är vanligare på den lilla arbetsplatsen och som bidrar till närvaro och motverkar sjukfrånvaro? Har dessa förhållanden liknande effekt om de förekommer på större arbetsställen – i den mån de gör det? Finns det skillnader mellan små och stora arbetsställen i fråga om rekrytering av arbetskraft och hur man behandlar och behåller personal med vissa hälsoproblem? Är den sociala kontrollen starkare vid de små än vid de stora arbetsställena med påföljd att "acceptansen" för sjukfrånvaro också blir olika? Förekommer det oftare vid vissa typer av arbetsställen att en del av sjukfrånvaron "döljs" genom att de anställda väljer flex- eller komptid istället för sjukskrivning?

- **Samband mellan förändringar i personalstorlek och sjukfrånvaro.** Personalomsättningen är en av flera variabler som beskriver dynamiken i ett företag. Från den kortperiodiska sysselsättningsstatistiken är det känt att sjukfrånvarons storlek varierar med personalstorlekens utveckling. På ett arbetsställe som ökar eller minskar antalet anställda är sjukfrånvaron högre än på ett arbetsställe där antalet anställda är oförändrat. Vilka faktorer påverkar sjukfrånvaron när antalet anställda ökar eller minskar på ett arbetsställe?
- **Samband mellan rekryteringspolicy och sjukfrånvaro.** Värdefullt vore att kunna belysa "vilka människor" som rekryteras, stannar och slutar inom olika delar av arbetsmarknaden. Är det så att arbetställen och företag med låg sjukfrånvaro medvetet har sökt och också lyckats rekrytera personer med låg sjuklighet? Eller är det arbetsmiljöförhållandena på respektive arbetsställe eller företag som har en avgörande betydelse?

1 Sjukfrånvarande enligt SCB och sjukskrivna enligt RFV

Ante Farm och Monica Rennermalm

1.1 Inledning

Olika statistiska undersökningar av ohälsa kompletterar varandra genom att definiera och mäta "sjuka" på olika sätt. Detta gäller även den statistik som regelbundet tas fram av Riksförsäkringsverket (RFV) och Statistiska Centralbyrån (SCB). RFV har ansvaret för den officiella statistiken på socialförsäkringsområdet. Den redovisar utfallet av sjukförsäkringen. SCB har ansvaret för sysselsättningsstatistiken. Den belyser inte bara förvärvsarbete utan även frånvaro från arbete på grund av sjukdom. *Sjukfrånvarande* enligt SCB betecknar alltså "frånvarande från arbetet på grund av sjukdom", medan *sjukskrivna* enligt RFV omfattar "personer med sjukpenning". SCB mäter sjukfrånvaro genom både företagsstatistik (KS) och individstatistik (AKU), men vi begränsar oss här till att först och främst klarlägga relationen mellan sjukfrånvarande enligt AKU och sjukskrivna enligt RFV.

1.2 Kort om SCB:s statistik

1.2.1 Två olika statistikprodukter som löpande beskriver sysselsättningen

SCB har två olika statistikprodukter som löpande ger en bild av sysselsättningen i Sverige:

- AKU som baseras på ett urval av individer
- KS som baseras på ett urval av arbetsställen/företag/organisationer.

Anledningen till att SCB har två produkter för löpande sysselsättningsstatistik är att användarna har flera olika behov och ingen enskild produkt kan tillgodose alla behov. Styrkan med AKU är att den snabbt ger en bild nuläget och förändringar på arbetsmarknaden – hela arbetsmarknaden. Från en och samma källa täcker vi in hela arbetskraften och kan samtidigt kvantifiera antal personer utanför arbetskraften. Styrkan med KS är i första hand tillförlitligheten i uppdelningar efter näringsgren inom privat sektor. Från och med 1996 ger KS även en bild av hela arbetsmarknaden, d.v.s. KS täcker även in offentlig sektor.

1.2.2 AKU

Det primära syftet med AKU är att beskriva aktuella sysselsättningsförhållanden genom att dela in Sveriges folkbokförda befolkning efter olika arbetskraftstatus. Urvalet kan sägas bestå av tre oberoende urval inom ett kvartal. Vart och ett av urvalen, ca 21 000 individer per månad, roteras på så sätt att en åttondel förnyas mellan två på varandra undersökningstillfällen, d.v.s. för varje urval inträffar det med tre månaders mellanrum. Detta innebär att varje urvalsperson ingår i AKU en gång per kvartal och sammanlagt åtta gånger under en tvåårsperiod.

AKU:s design prioriterar skattningar för kvartalsgenomsnitt (urval = 63 000 per kvartal) och förändringar mellan närliggande kvartal.

1.2.3 KS

Det huvudsakliga syftet med KS är att med god precision snabbt ge en bild av förändringar av *antalet anställda* på detaljerad näringsgrensnivå inom privat sektor samt att redovisa sjukfrånvaro och personalomsättning. Syftet är också att belysa förändringar av antalet anställda för hela arbetsmarknaden. KS är en företagsbaserad statistik.

KS är en kvartalsundersökning. Undersökningen för privat sektor baseras på ett urval som består av 22 500 *arbetsställen* stratifierade efter näringsgren och storleksklass (i termer av antalet anställda enligt SCB:s företagsdatabas (FDB)). Urvalet fördelas i tre delar, en del för respektive månad i kvartalet. Arbetsställen med 100 eller fler anställda (enligt FDB) totalundersöks. Undersökningen för offentlig sektor är en totalundersökning som täcker in alla företag/organisationer med minst en anställd inom den offentliga sektorn.

1.3 Kort om RFV:s statistik

RFV redovisar månatligen det totala utfallet av socialförsäkringens utbetalningar för ohälsa. Utvecklingen är väl dokumenterad i RFV:s statistikregister (datalagret STORE) vad avser antal från socialförsäkringen ersatta sjukperioder, sjukpenningdagar, rehabiliteringspenningdagar m.m. Statistiken redovisas bl.a. efter sjukfallets längd samt sjukskrivnas kön och ålder. Den korta sjukfrånvaron, avseende sjuklöneperioden, är inte systematiskt registrerad. Någon samlad statistik avseende korta sjukfrånvaron, motsvarande sjuklöneperioden, har inte funnits sedan 1991. Sedan 2002 samlar SCB, på RFV:s uppdrag, in denna statistik. RFV redovisar denna statistik på RFV:s hemsida.

1.4 Begrepp

1.4.1 Olika begrepp

Sjukskrivna enligt RFV omfattar inte sjukfrånvarande med sjukersättning från arbetsgivaren (sjuklön). Å andra sidan omfattar sjukskrivna enligt RFV inte bara sjukfrånvarande utan också personer som uppbär sjukpenning utan att ha ett arbete som de kan vara frånvarande från. I allmänhet gäller det att:

$$\begin{array}{l}
 \text{sjukfrånvarande enligt SCB} \\
 - \text{ sjukfrånvarande utan sjukpenning} \\
 + \text{ sjukskrivna utan sjukfrånvaro} \\
 \hline
 = \text{ sjukskrivna enligt RFV}
 \end{array}$$

Genom sambearbetning av AKU och RFV-statistiken kan man identifiera alla element i denna relation och därmed också förklara skillnader mellan antal sjukskrivna och antal sjukfrånvarande. Sambearbetning gör det dessutom möjligt att mäta sjukskrivna och sjukfrånvarande för samma referensperioder, vilket innebär att antal sjukskrivna och antal sjukfrånvarande kan redovisas på ett helt jämförbart sätt.

Sambearbetning av AKU och RFV-statistiken innebär i ett första steg att information om en individ i AKU-urvalet för mätveckan kompletteras med uppgift från RFV:s register (STORE) om individen fått sjukpenning eller inte under mätveckan. Därefter analyseras AKU-urvalet på vanligt sätt.

1.4.2 Sjukfrånvarande och sjukskrivna 1998–2002

Att sjukfrånvarande enligt AKU och sjukskrivna enligt RFV är olika begrepp innebär naturligtvis att både nivå och utveckling för serier över sjukfrånvarande och sjukskrivna kan skilja sig åt. Det visar sig också att även om nivåerna är ungefär desamma – förutsatt att sjukfrånvarande får omfatta inte bara sjukfrånvarande hela veckan utan även sjukfrånvarande under del av veckan – så har antalet sjukskrivna ökat mer än antalet sjukfrånvarande under de senaste åren. Exempelvis framgår det av Tabellerna 1 och 2 att medan andelen sjukfrånvarande mellan 1998 och 2002 ökade från 3,7 till 5,5 procent av befolkningen (16–64 år), så ökade andelen sjukskrivna från 2,7 till 5,4 procent.

Även om sjukfrånvarande och sjukskrivna är olika begrepp så framgår det av Tabell 1 att de flesta sjukfrånvarande i regel (med undantag för 1998) också är sjukskrivna, medan det av Tabell 2 framgår att de flesta sjukskrivna också är sjukfrånvarande. Sjukskrivna sjukfrånvarande har varit sjukfrånvarande så länge att de inte får sjukersättning från arbetsgivaren (sjuklön) utan sjukersättning från försäkringskassan (sjukpenning). Vi ser att antalet sådana "långtidssjukfrånvarande" mellan 1998 och 2002 ökade från 1,5 till 3,2 procent av befolkningen (16–64 år).

Tabell 1.1
Olika grupper av sjukfrånvarande i procent av befolkningen (16–64 år).
Kvartalsmedeltal. Första kvartalen 1998, 2000 och 2002

| | Sjukfrånvarande med sjukpenning | Sjukfrånvarande utan sjukpenning | Sjukfrånvarande totalt |
|------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 1998 | 1,5 | 2,2 | 3,7 |
| 2000 | 2,7 | 2,2 | 4,9 |
| 2002 | 3,2 | 2,3 | 5,5 |

Tabell 1.2
Olika grupper av sjukskrivna i procent av befolkningen (16–64 år). Kvartalsmedeltal.
Första kvartalen 1998, 2000 och 2002

| | Sjukskrivna med sjukfrånvaro | Sjukskrivna utan sjukfrånvaro | Sjukskrivna totalt |
|------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1998 | 1,5 | 1,2 | 2,7 |
| 2000 | 2,7 | 1,7 | 4,3 |
| 2002 | 3,2 | 2,2 | 5,4 |

Anmärkningar:

- Sjukfrånvarande = frånvarande från arbetet på grund av sjukdom under hela veckan eller del av veckan.
- Sjukskriven = erhållit sjukpenning (eller rehabiliteringspenning) under hela veckan eller del av veckan.
- Sjukfrånvarande utan sjukpenning omfattar bl. a. sjukfrånvarande med sjuklön.
- Sjukskrivna utan sjukfrånvaro omfattar bl. a. sjukskrivna utan arbete (se Tabell 3). Osäkerheten (95 % konfidensintervall) är ca $\pm 0,1$ för estimat i de två första kolumnerna och ca $\pm 0,2$ för estimat i den sista kolumnen. För skillnader mellan år är osäkerheten ca $\pm 0,2$.

1.4.3 Förklaring av skillnaden mellan sjukskrivna och sjukfrånvarande

Enligt definitionerna av sjukskrivna och sjukfrånvarande så ökar antalet sjukskrivna mer än antalet sjukfrånvarande om antalet sjukskrivna utan sjukfrånvaro ökar mer än antalet sjukfrånvarande utan sjukpenning. Tabellerna 1 och 2 visar också att andelen sjukskrivna utan sjukfrånvaro mellan 1998 och 2002 ökade med 1,0 procentenheter, från 1,2 till 2,2 procent av befolkningen (16–64 år), medan andelen sjukfrånvarande utan sjukpenning bara ökade med 0,1 procentenheter, från 2,2 till 2,3 procent (en ökning som ligger inom felmarginalen).

Bakom ökningen av andelen sjukskrivna utan sjukfrånvaro mellan 1998 och 2002 ligger enligt Tabell 3 för det första en ökning av andelen sjukskrivna utan arbete, från 0,9 till 1,4 procent av befolkningen (16–64 år). Ungefär hälften av dessa uppgav 1998 och 2000 i AKU att de var sjuka eller förtidspensionerade av hälsoskäl, medan andelen ökat till två tredjedelar år 2002. För det andra ökade andelen sjukskrivna med arbete utan sjukfrånvaro från 0,3 till 0,8 procent av befolkningen (16–64 år). De flesta av dessa uppgav i AKU att de arbetade mindre än 35 timmar under mätveckan. Hur stor andel som var partiellt sjukskrivna (och deltidsarbetande utan sjukfrånvaro) kan vi emellertid inte rapportera, eftersom uppgifter om partiell sjuk-

penning inte fanns tillgängliga vid sambearbetningen av AKU och RFV-statistiken hösten 2002.

Tabell 1.3

Olika grupper av sjukskrivna utan sjukfrånvaro i procent av befolkningen (16–64 år). Kvartalsmedeltal. Första kvartalerna 1998, 2000 och 2002

| | Sjukskrivna utan arbete | Sjukskrivna med arbete utan sjukfrånvaro | Sjukskrivna utan sjukfrånvaro totalt |
|------|-------------------------|--|--------------------------------------|
| 1998 | 0,9 | 0,3 | 1,2 |
| 2000 | 1,1 | 0,6 | 1,7 |
| 2002 | 1,4 | 0,8 | 2,2 |

Anmärkningar:

- Sjukfrånvarande = frånvarande från arbetet på grund av sjukdom under hela veckan eller del av veckan.
- Sjukskriven = erhållit sjukpenning (eller rehabiliteringspenning) under hela veckan eller del av veckan. Osäkerheten (95 % konfidensintervall) är ca $\pm 0,1$ för estimat avseende såväl år som skillnader mellan år.

1.4.4 En jämförelse mellan KS:s sjukfrånvarande och RFV:s sjukskrivna

Att det finns skillnader även mellan sjukskrivna enligt RFV och sjukfrånvarande enligt KS kan man belysa med följande exempel:

Utgångspunkten är RFV:s sjukskrivna vid utgången av mars 2003 som var ca 310 000 och jämför dessa med antalet sjukfrånvarande enligt KS-undersökningen under kvartal 1 2003 som var ca 200 000.

Från RFV:s sjukskrivna exkluderas antalet sjukskrivna utan sjukfrånvaro (ca 20 procent). Även de egna företagarna som inte är inkluderade i KS-undersökningen exkluderas, (ca 3 procent). Dessutom måste deltidssjukskrivna exkluderas då de inte är medräknade i KS-undersökningen, (ca 25–30 procent).

Till dessa måste dock de sjukfrånvarande under sjuklöneperioden läggas till, (ca 25 procent), vilket illustreras nedan:

| | |
|---------------------------------|------------------|
| Sjukskrivna enligt RFV: | 309 000 |
| Sjukskrivna utan sjukfrånvaro: | - 62 000 |
| Sjukskrivna egna företagare | - 9 000 |
| Deltidssjukskrivna: | - 85 000 |
| Frånvarande med sjuklön | + 50 000 |
| Sjukskrivna enl. KS definition: | = 203 000 |
| Sjukfrånvarande enl. KS | 197 000 |

Utifrån detta något förenklade räkneexempel finner man att de båda källorna visar i stort sett samma nivå. Man måste också vara observant på att KS-undersökningen är en urvalsundersökning och därmed behäftad med ett urvalsfel, men skillnaden är inte signifikant för detta kvartal.

1.5 Slutsatser

Sjukskrivna (dvs. personer med sjukpenning) omfattar inte frånvarande med sjuklön och därmed inte alla sjukfrånvarande. Å andra sidan omfattar sjukskrivna inte bara sjukfrånvarande utan också personer som uppbär sjukpenning utan att ha ett arbete som de kan vara frånvarande från. Sjukskrivna och sjukfrånvarande är alltså

olika begrepp. Antalet sjukskrivna är lika med antalet sjukfrånvarande endast om antalet sjukfrånvarande utan sjukpenning råkar vara lika med antalet sjukskrivna utan sjukfrånvaro. Detta inträffade visserligen 2002, men i allmänhet kan både nivå och utveckling för serier över sjukskrivna enligt RFV och sjukfrånvarande enligt SCB skilja sig åt.

Exempelvis ökade i jämförelsen med AKU andelen sjukskrivna utan sjukfrånvaro mellan 1998 och 2002 med 1,0 procentenheter, från 1,2 till 2,2 procent av befolkningen (16–64 år), medan andelen sjukfrånvarande utan sjukpenning bara ökade med 0,1 procentenheter, från 2,2 till 2,3 procent. Detta är förklaringen till att medan andelen sjukfrånvarande mellan 1998 och 2002 ökade från 3,7 till 5,5 procent av befolkningen (16–64 år), så ökade andelen sjukskrivna mer, från 2,7 till 5,4 procent.

2 Stora regionala skillnader i utbetald sjukpenning och förtidspension

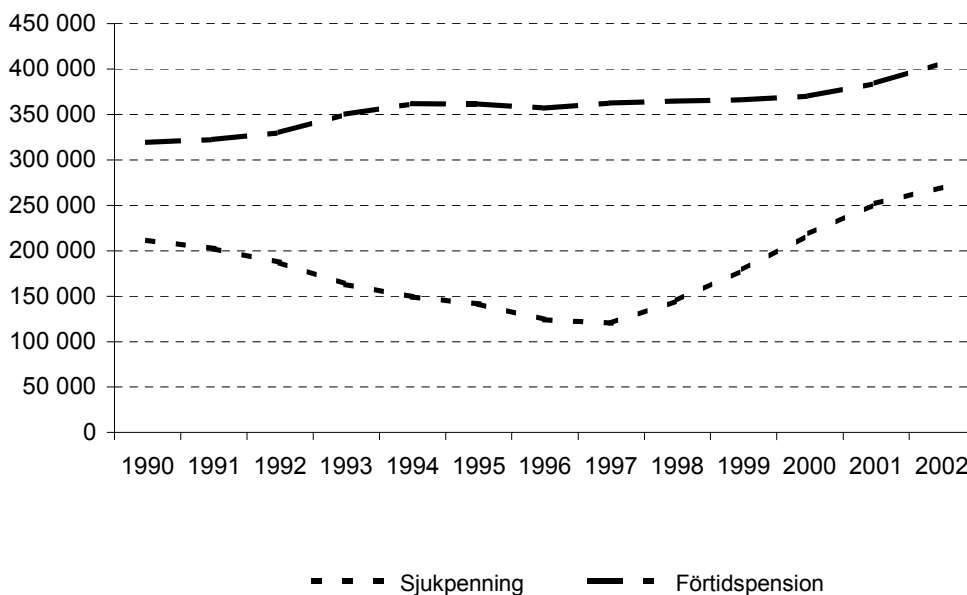
Åsa Karlsson, Anna Wetterling, Allan Nordin

2.1 Bakgrund

Regeringen har givit SCB i uppdrag att årligen redovisa statistik över antalet personer i åldrarna 20–64 år som försörjs genom sociala ersättningar och bidrag, så kallade helårsekvivalenter. Med helårsekvivalenter menas det antal individer som skulle kunna ha försörjts under ett helt år med full ersättning. Exempelvis blir två personer som varit heltidsarbetslösa ett halvår var, tillsammans en helårsekvivalent.

Åren 1999 och 2002 låg antalet helårsekvivalenter på drygt 1 miljon medan de åren 2000 och 2001 låg strax under 1 miljon. Av dessa helårsekvivalenter utgjorde sjukpenning och förtidspensioner¹ en stigande andel. År 1999 utgjorde de 52 procent och år 2002 nästan 65 procent av det beräknade antalet helårsekvivalenter. Av den andelsökningen stod sjukpenning för mer än två tredjedelar, men totalt sett utgör förtidspensionerna uttryckta som helårsekvivalenter fortfarande en väsentligt större del av det sociala systemet än sjukpenningutbetalningar.

Fig. 2.1
Utveckling av antalet helårsekvivalenter med sjukpenning och förtidspension i åldrarna 20–64, 1990–2002



2.2 Beräkning av helårsekvivalenter beträffande sjukpenning och förtidspension

De beräkningar av helårsekvivalenter som SCB gör åt regeringen innefattar sociala ersättningar i form av sjukpenning, förtidspension, arbetslöshetsersättning, bidrag vid arbetsmarknadspolitiska åtgärder samt socialbidrag. Eftersom varje ersättningsystem mäts i helårsekvivalenter skapas jämförbarhet mellan olika typer av ersättningar.

¹ När begreppen sjukpenning och förtidspension används här avses sjukpenning och rehabiliteringspenning resp. förtidspension och sjukbidrag. Från 1 januari 2003 motsvaras förtidspension/sjukbidrag av sjukersättning/aktivitetsersättning.

Föreliggande rapport har fokus på sjukfrånvaro och ohälsa. Därför belyses i detta avsnitt endast sjukpenning och förtidspension som ses här sammantagna.

2.2.1 Ersättning vid ohälsa

Riksförsäkringsverket (RFV) redovisar antalet ersatta dagar i form av sjukpenning, rehabiliteringspenningdagar samt förtidspension och sjukbidrag omräknade till hela ersättningsdagar. För att få helårsekvivalenter i SCB:s beräkningar divideras dessa värden med 365. Uppgifterna finns uppdelade på kön och åldersklasser men redovisas endast som en summa per år.

Definition av ohälsotalet

I beräkningar av ohälsotalet ingår antal ersatta dagar per försäkrad i åldern 16–64 år under en tolv månadersperiod. Vad gäller 16-19-åringarna så är de en ytterst liten del som har sjukpenning, däremot finns det en del som har förtidspension, denna del antas i SCB:s beräkningar vara konstant över åren.

I ohälsotalet ingår antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag från socialförsäkringen per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64². Sjukpenning har betalats från den 15:de dagen i sjukperioden för anställda under större delen av den period vi redovisar här. Andra regler gällde år 1990 och 1991 då sjukpenning utbetalades från första sjukdagen. Från 1 januari 1997 till sista mars 1998 utbetalades sjukpenning från 29:de sjukdagen. För närvarande gäller att sjukpenning utbetalas från 22:a sjukdagen. Den regeln infördes 1 juli 2003 och påverkar således inte den period som redovisas i detta avsnitt. För andra grupper, såsom arbetslösa och studerande, betalas sjukpenning redan från dag 2 i sjukperioden. Egenföretagare kan få sjukpenning från dag 2, 3 eller 31 i sjukperioden.

Helårsekvivalenter beträffande sjukpenning och förtidspension per län

I tabell 2.1 redovisas helårsekvivalenter per län där värdena beträffande sjukpenning resp. förtidspension slagits samman och relaterats till folkmängden. Tabellvärdena kan användas för dels en jämförelse över tiden för vart och ett av länen och för riket, dels en jämförelse mellan länen för vart och ett av åren.

Låt oss först se på utvecklingen över tiden. Det sammanvägda talet för riket visar att ersättningarna under 1999 motsvarade försörjning av 10,3 procent av alla 20–64-åringar. Detta värde har därefter successivt stigit och låg år 2002 på 12,6 procent. För länen gäller samma sak, värdena har gradvis stigit under perioden för varje enskilt län. Om sedan en jämförelse görs mellan länen finner man mycket tydliga nivåskillnader. Generellt gäller att ekvivalenterna är väsentligt lägre i förhållande till folkmängden i södra än i norra Sverige. Detta framgår av tablerna 2.1–2.3.

Tablå 2.1
Helårsekvivalenter (sjukpenning och förtidspension) i förhållande till folkmängden per landsdel

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------|------|------|------|------|
| Svealand | 9,8 | 10,6 | 11,4 | 12,0 |
| Götaland | 10,0 | 10,7 | 11,5 | 12,3 |
| Norrland | 12,6 | 13,7 | 14,9 | 15,7 |
| Riket | 10,3 | 11,1 | 11,9 | 12,6 |

² Denna definition gäller fr.o.m år 1998. Dessförinnan relaterades de utbetalda dagarna till antalet sjukpenningförsäkrade samt försäkrade med hel förtidspension eller helt sjukbidrag.

Tablå 2.1 visar på klara skillnader i nivå mellan Norrland å ena sidan och Svealand och Götaland å den andra. Detta framgår särskilt tydligt om rikets nivå sätts till 100 som i tablå 2.2.

Tablå 2.2
Helårsekvivalenter (sjukpenning och förtidspension) i relation till folkmängden.
Index: Rikets nivå=100

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------|-------|-------|-------|-------|
| Svealand | 95,5 | 95,7 | 95,5 | 95,1 |
| Götaland | 97,5 | 97,2 | 97,0 | 97,5 |
| Norrland | 122,8 | 123,7 | 125,2 | 124,6 |
| Riket | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tablå 2.3
Helårsekvivalenternas utveckling över tid (sjukpenning och förtidspension).
Index: 1999=100

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------|------|-------|-------|-------|
| Svealand | 100 | 107,9 | 115,9 | 122,2 |
| Götaland | 100 | 107,3 | 115,3 | 122,6 |
| Norrland | 100 | 108,5 | 118,1 | 124,4 |
| Riket | 100 | 107,7 | 115,9 | 122,6 |

I tablå 2.3 har andelen med sjukpenning och förtidspension år 1999 satta till 100. Av den tablå framgår att *utvecklingen* av denna andel varit tämligen likartad i de olika landsdelarna åren 1999–2002.

Nedan redovisas helårsekvivalenter i förhållande till befolkningen i respektive län. Data som dessa kalkyler bygger på finns i bilagetabell A.

Tabell 2.1
Andel personer med sjukpenning eller förtidspension uttryckt som helårsekvivalenter i procent av befolkningen i åldern 20–64 år i resp. län

| | År 1999 | År 2000 | År 2001 | År 2002 |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|
| Stockholms län | 8,8 | 9,5 | 10,1 | 10,6 |
| Uppsala län | 9,8 | 10,7 | 11,5 | 12,1 |
| Södermanlands län | 11,3 | 12,0 | 12,8 | 13,5 |
| Östergötlands län | 10,8 | 11,7 | 12,6 | 13,5 |
| Jönköpings län | 9,3 | 9,9 | 10,7 | 11,4 |
| Kronobergs län | 8,6 | 9,2 | 10,0 | 10,8 |
| Kalmar län | 10,4 | 11,3 | 12,2 | 13,0 |
| Gotlands län | 9,9 | 11,0 | 11,8 | 12,3 |
| Blekinge län | 10,5 | 11,4 | 12,4 | 13,2 |
| Skåne län | 9,6 | 10,3 | 11,2 | 11,9 |
| Hallands län | 9,1 | 9,8 | 10,4 | 11,1 |
| Västra Götalands län | 10,4 | 11,1 | 11,9 | 12,6 |
| Värmlands län | 11,1 | 12,4 | 13,7 | 14,6 |
| Örebro län | 10,2 | 11,2 | 12,5 | 13,2 |
| Västmanlands län | 11,4 | 12,2 | 13,1 | 13,9 |
| Dalarnas län | 12,0 | 13,0 | 14,0 | 14,6 |
| Gävleborgs län | 11,6 | 12,7 | 14,3 | 15,0 |
| Västernorrlands län | 11,2 | 12,2 | 13,3 | 14,4 |
| Jämtlands län | 12,8 | 13,8 | 15,3 | 16,2 |
| Västerbottens län | 13,5 | 14,5 | 15,7 | 16,3 |
| Norrbottnens län | 14,0 | 15,1 | 16,1 | 16,7 |
| Hela riket | 10,3 | 11,1 | 11,9 | 12,6 |

3 Uppgifter kring ohälsa i Arbetskraftsundersökningarna

Monica Hultin och Gunborg Johansson

Arbetskraftsundersökningarna (AKU) är månatliga intervjuundersökningar som SCB gör utifrån ett urval på 21 000 slumpvis utvalda personer. Den löpande redovisningen avser personer i åldern 16–64 år, men undersökningen görs bland personer i åldern 15–74 år. Varje utvald individ besvarar frågor om sin arbetsmarknadssituation under en viss vecka i referensmånaden och intervjuas var fjärde månad under två års tid. Urvalet är jämnt fördelat över årets samtliga veckor.

Det viktigaste syftet med AKU är att följa sysselsättningsutvecklingen och snabbt fånga upp förändringar över tiden. I relation till detta är därför antal sysselsatta ett av de tyngsta måtten i AKU och uppgifter om antal sjukfrånvarande och antalet sjukfrånvarotimmar bland de mått som får mest uppmärksamhet.

Med hjälp av AKU kan begreppet ohälsa beskrivas på ett flertal olika sätt. Det bör påpekas att alla uppgifter om ohälsa eller annat som redovisas i detta kapitel baserar sig på de svar som de tillfrågade personerna i AKU har givit vid intervjuerna. Det är alltså en persons upplevda sjukdom/sjuklighet etc. och inte en registrerad sjukskrivning eller utbetald sjukpenning som ligger till grund för de olika ohälsomått som beskrivs här. Alla övriga variabler i AKU finns också tillgängliga för olika kombinationer men hänsyn måste naturligtvis tas till vilken nedbrytningsgrad som är praktiskt möjlig utan att redovisningsgrupperna blir för små.

De ohälsomått som beskrivs i detta kapitel är följande:

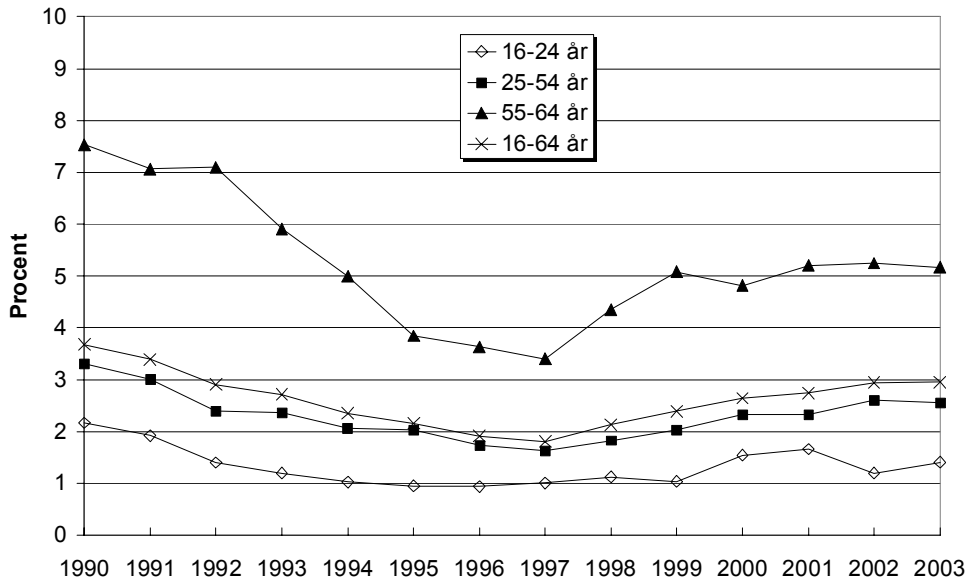
- 1) frånvarande från arbetet p.g.a. sjukdom hela referensveckan
- 2) frånvarande från arbetet p.g.a. sjukdom del av referensveckan
- 3) sjuka utanför arbetskraften
- 4) frånvarotimmar p.g.a. sjukdom hela referensveckan
- 5) frånvarotimmar p.g.a. sjukdom del av referensveckan
- 6) relativa antalet sjukfrånvarotimmar

3.1 Frånvaro från arbetet p.g.a. sjukdom hela referensveckan

Det mest frekvent använda frånvaromåttet är (1) *frånvarande från arbetet p.g.a. sjukdom hela veckan*. Tillsammans med frånvaro p.g.a. andra orsaker som semester, tjänstledighet m.m. reducerar detta mått antalet sysselsatta till dem som faktiskt var i arbete under hela veckan. Dessa "resterande" personer som faktiskt var i arbete utförde tillsammans det totala antalet arbetade timmar i ekonomin under den aktuella veckan.

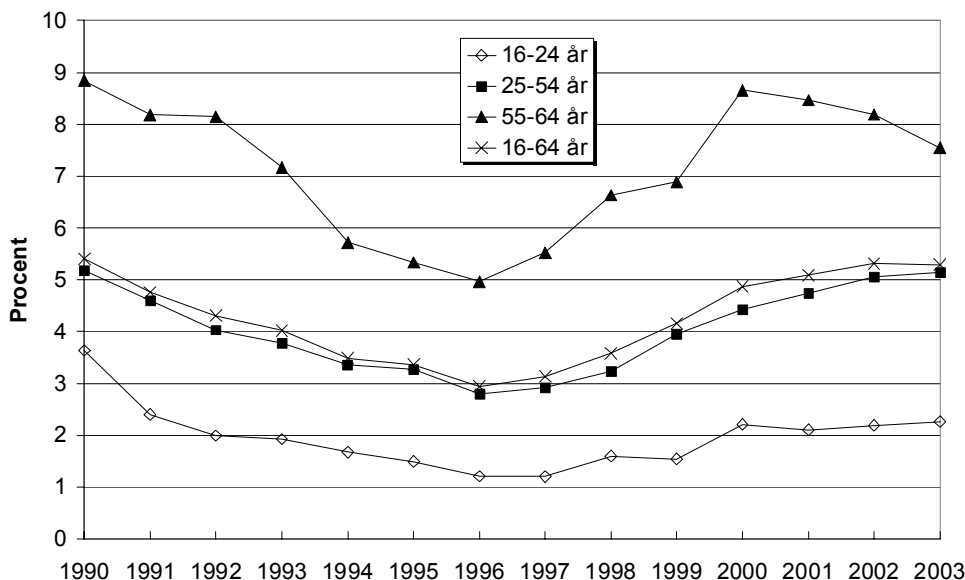
Detta mått (frånvaro från arbetet hela veckan p.g.a. sjukdom) säger ingenting om den totala längden på frånvaron utan den kan ha varat alltifrån en vecka till ett år eller ännu längre.

Fig 3.1
Sjukfrånvarande hel vecka, procent av sysselsatta. Män



Diagrammen ovan och nedan visar att sjukfrånvaron sjönk kraftigt för både män och kvinnor från 1990 till 1996–97, varefter en nästan lika kraftig ökning har skett. En jämförelse av värdena för år 1990 och år 2003 visar att sjukfrånvaron minskat något totalt sett i åldrarna 16–64 år för män och legat på i stort sett samma nivå de två åren för kvinnor. Den kraftigaste minskningen har skett bland de äldre männen vilkas sjukfrånvaro minskat med över två procentenheter. För övrigt har förändringarna varit små, kring en procentenhet.

Fig. 3.2
Sjukfrånvarande hel vecka, procent av sysselsatta Kvinnor

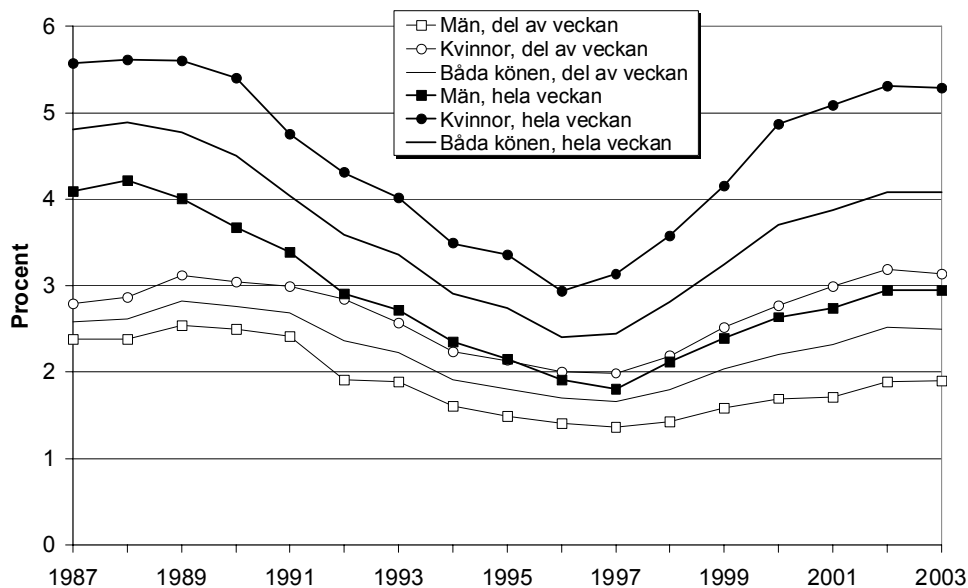


Kvinnor har generellt sett högre sjukfrånvaro än män. De yngsta har lägre sjukfrånvaro än de äldsta. Skillnaderna mellan mäns och kvinnors sjukfrånvaro är större bland de äldsta än bland de yngsta. Skillnaderna mellan män och kvinnor har dessutom ökat kontinuerligt bland de äldsta från 1,3 till 2,3 procentenheter mellan 1990 och 2003.

3.2 Frånvaro från arbetet p.g.a. sjukdom del av referensveckan

AKU innehåller också uppgifter om frånvaro som bara varat en del av referensveckan. Här anges det som (2) *frånvarande från arbetet p.g.a. sjukdom del av veckan*. Detta mått på frånvaron från arbetet p.g.a. sjukdom påverkar direkt det totala antalet arbetade timmar men inte antalet personer som faktiskt är i arbete. De personer som var "sjukfrånvarande" del av veckan räknas alltså inte till de frånvarande i den månatliga redovisningen. De som var sjukfrånvarande del av veckan ingår bland de personer som faktiskt var i arbete under referensveckan.

Fig. 3.3
Sjukfrånvaro hela respektive del av veckan, procent av sysselsatta



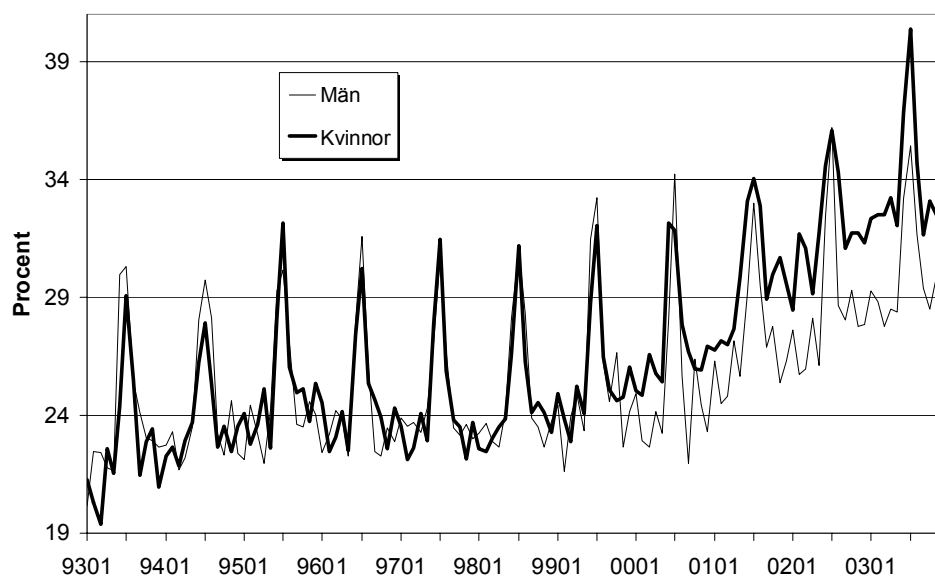
Precis som med det första måttet kan vi inte heller med det andra måttet uttala oss om den faktiska längden på frånvaron. Sjukfrånvaro del av veckan kan sträcka sig över längre tid än en vecka precis som när det gäller sjukfrånvaro hela veckan.

3.3 Sjuka utanför arbetskraften

När arbetslösa och personer utanför arbetskraften är sjuka och sjukskrivna anges detta inte som frånvaro i AKU eftersom frånvarobegreppet är kopplat till att man har ett arbete som man är frånvarande ifrån. Som ohälsomått betraktat är också uppgifter om dem som är utanför arbetskraften p.g.a. sjukdom intressanta.

I AKU finns också data över antal personer utanför arbetskraften som uppger att de inte har god hälsa. I följande diagram anges de som andel av gruppen "Personer utanför arbetskraften". Den kraftiga variationen i andelen som uppger hälsoskäl beror på att nämnaren i denna kvot varierar kraftigt över året dvs. totala antalet personer utanför arbetskraften sjunker kraftigt under sommarmånaderna då bl.a. många studerande tar tillfälliga arbeten. Därmed kommer de sjukas andel av dem som står utanför arbetskraften att bli väsentligt större på sommaren än under resten av året.

Fig. 3.4
Sjuka utanför arbetskraften efter kön, procent av personer utanför arbetskraften



3.4 Frånvarotimmar p.g.a. sjukdom hela resp. del av referensveckan

De arbetstimmar som direkt går förlorade i samhällsekonomin p.g.a. sjukfrånvaro är:

- dels de timmar som de sysselsatta skulle ha arbetat om de inte varit frånvarande hela veckan på grund av sjukdom (4) frånvarotimmar p.g.a. sjukdom hela veckan
- dels de timmar som de sysselsatta arbetade mindre än de skulle ha gjort p.g.a. sjukdom under del av veckan (5) frånvarotimmar p.g.a. sjukdom del av veckan

Nedanstående diagram, fig 3:5, visar den faktiska volymen på mäns och kvinnors sjukfrånvaro uttryckt i timmar åren 1990 t.o.m. 2003. I fig 3:6 visas därefter antalet sjukfrånvarotimmarna och det faktiskt utförda antalet arbetstimmar.

Fig. 3.5
Sjukfrånvarotimmar (milj.tim) per vecka i AKU

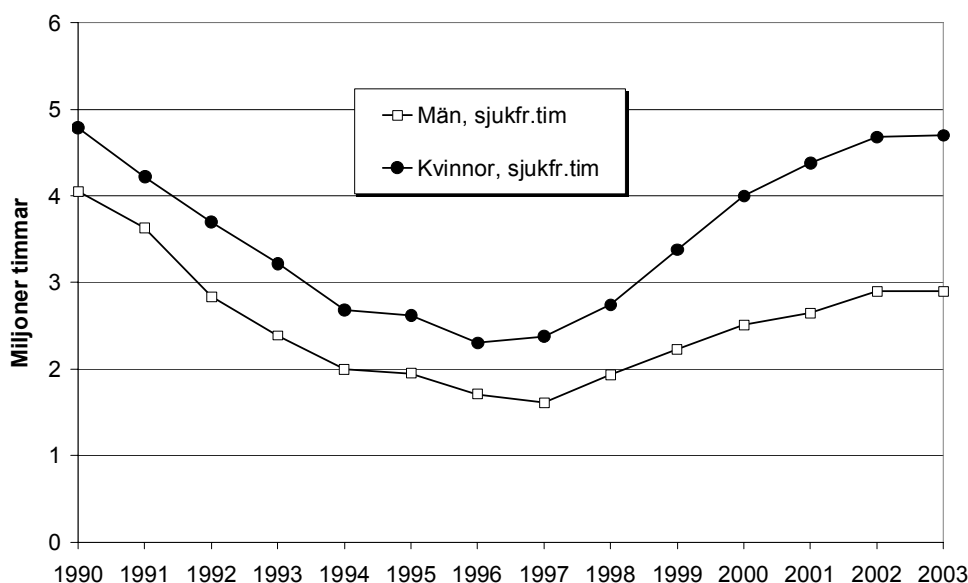
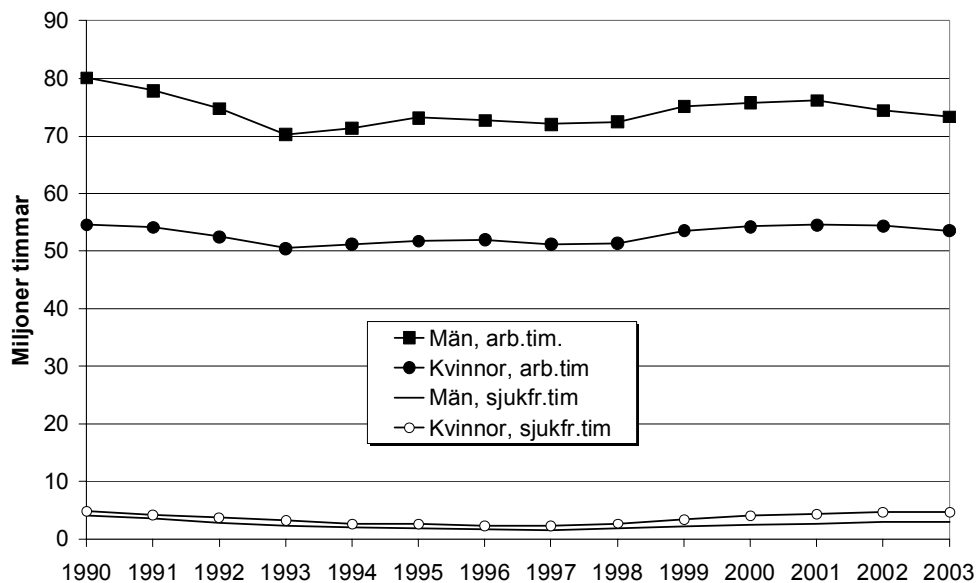


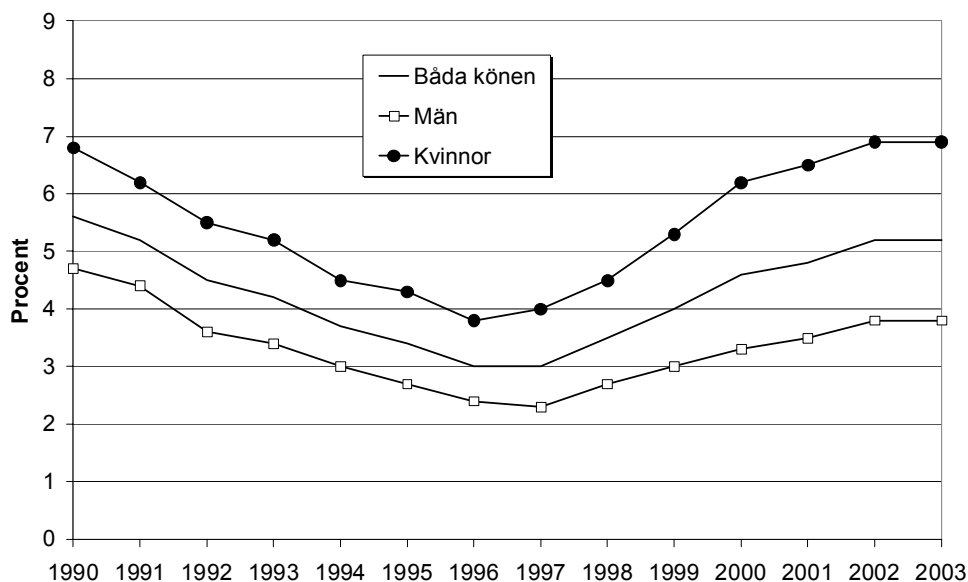
Fig. 3.6
Sjukfrånvarotimmar och antal faktiskt arbetade timmar (milj.tim) per vecka i AKU



3.5 Relativa antalet sjukfrånvarotimmar

Nedan kompletteras denna bild med Figur 3.7 som kan ses som en ungefärlig bild av produktionsbortfallet p.g.a. sjukfrånvaro.

Fig. 3.7
Sjukfrånvarotimmar i procent av vanligen arbetad tid för samtliga sysselsatta 1990–2003. AKU årsmedeltal



Sjukfrånvarotimmarna sjönk kraftigt från 1990 till 1996–97 bland både män och kvinnor. Därefter har denna frånvaro stigit i relation till den vanligen arbetade tiden och under 2003 kommit upp till samma nivå som år 1990 bland kvinnorna, men inte bland männen. Skillnaden i procentenheter mellan könen var betydligt större åren 2000–2003 än under första halvan av 1990-talet.

Sektor

Både andelen frånvarande och frånvarotimmar p.g.a. sjukdom skiljer sig åt mellan olika arbetsmarknadssektorer. Här nedan visas antal frånvarotimmar p.g.a. sjuk-

dom bland *anställda* i procent av vanligen arbetad tid i olika sektorer. Av en jämförelse inom och mellan diagrammen framgår att sjukfrånvaron har fluktuerat kraftigare över tiden bland kvinnorna än bland männen och att skillnaderna i nivå mellan sektorerna är större bland kvinnor än bland män. Vidare ser man att kvinnorna har högre frånvaro än män i var och en av sektorerna.

Fig. 3.8
Sjukfrånvarotimmar i procent av vanligen arbetad tid för anställda män 16–64 år 1990–2002. AKU årsmedeltal

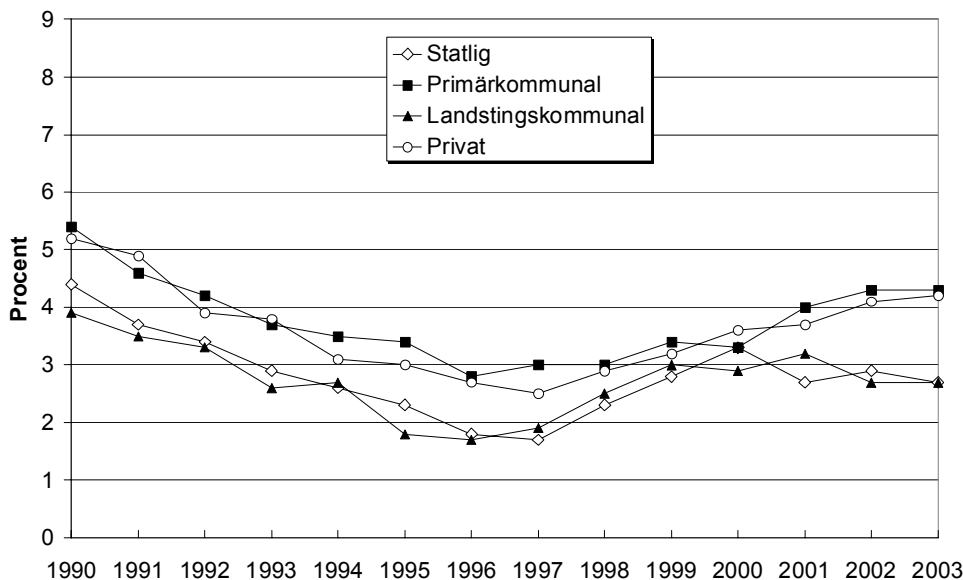
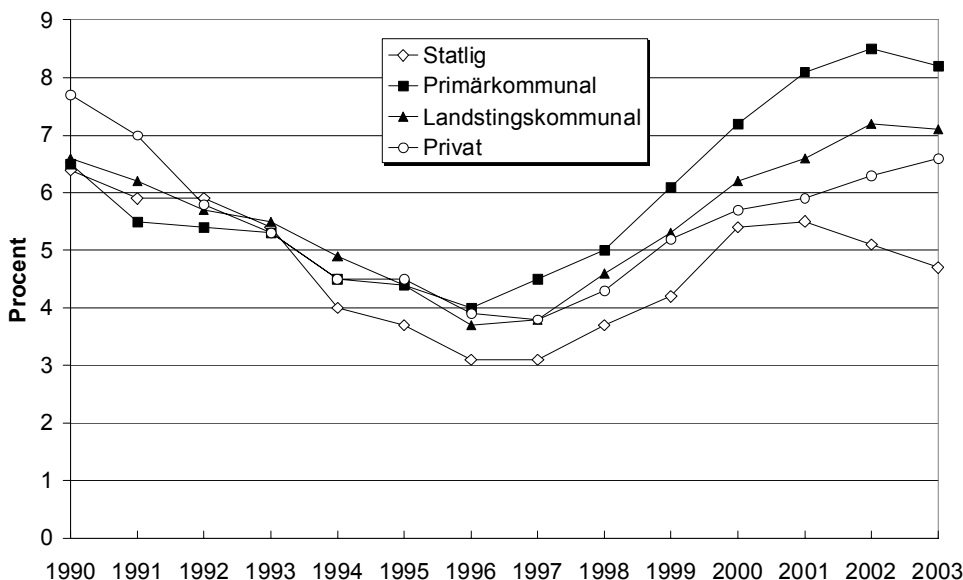


Fig. 3.9
Sjukfrånvarotimmar i procent av vanligen arbetad tid för anställda kvinnor 16–64 år 1990–2002. AKU årsmedeltal



4 Stora flöden mellan olika arbetskraftsstatus

Stefan Vikenmark

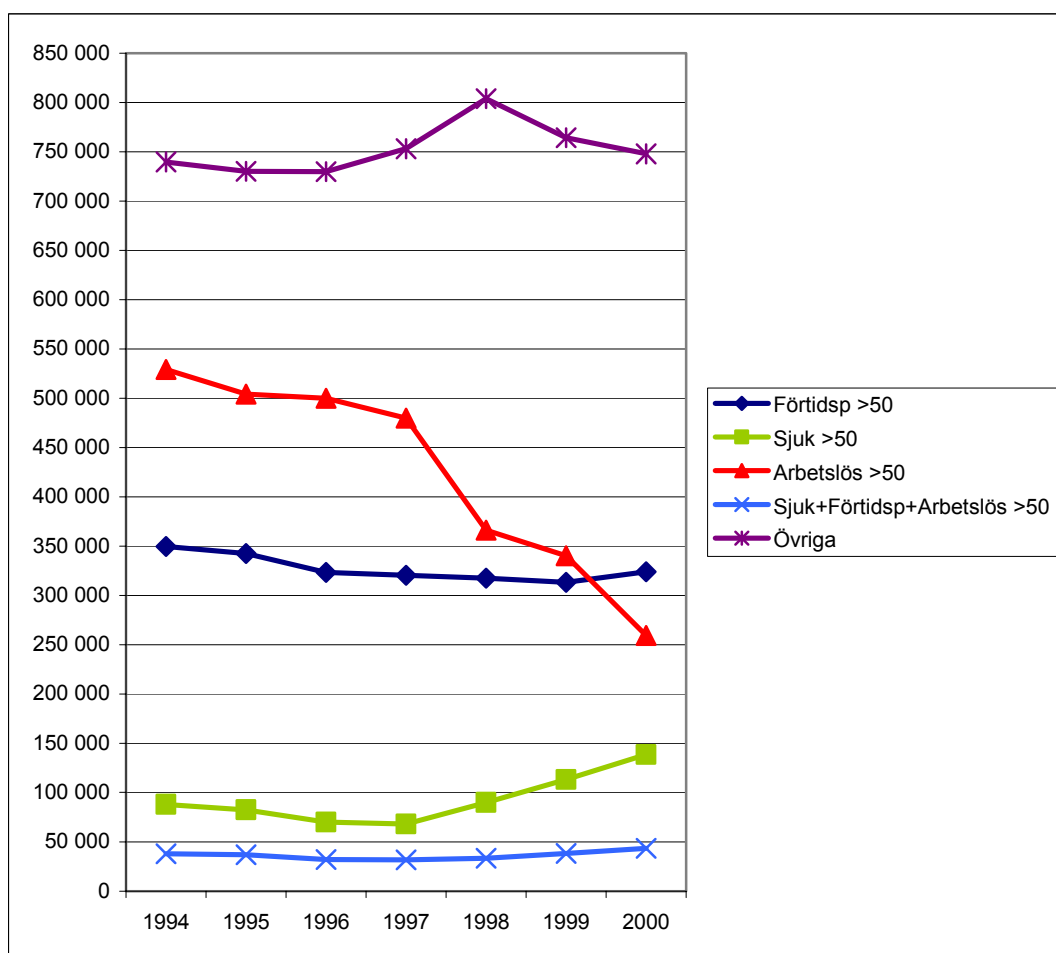
4.1 Arbetskraftsstatus

I den redovisningen i detta kapitel har populationen delats in efter status aktuellt år. Om förvärvsinkomsten, arbetslösheten, sjukersättningen³ eller förtidspensionen dominerat under året klassas man som i huvudsak förvärvsarbetande, arbetslös, sjuk eller förtidspensionär. En femte grupp fångar in dem där sjukersättning, förtidspension och arbetslöshet först tillsammans dominerar året. Därutöver finns en grupp som omfattar övriga i befolkningen, såsom föräldralediga och studerande.

Klassificeringen tar således fasta på sjukskrivningar och arbetslöshet av mer omfattande slag. För operationell definition av kategorierna se sid. 36.

Först en redovisning av utvecklingen mellan 1994 och 2000.

Fig. 4.1
Antalet personer 20–64 år i olika kategorier 1994–2000



De som inte redovisas i ovanstående diagram är personer som tillhör kategorin *I huvudsak förvärvsarbetande*. Dessa ökade från ca 3 366 000 (\pm 21 000) personer år 1994 till ca 3 695 000 (\pm 20 000) personer år 2000, en ökning med ca 330 000 (\pm 29 000) personer.

³ Med begreppet sjukersättning avses här sjukskrivning, arbetsskade- och rehabiliteringsersättning.

Den antalsmässigt största förändringen 1994 till 2000, vid sidan av de förvärvsarbetande, var nedgången i antalet personer med en dominerande arbetslöshet. Dessa minskade med ca 270 000 (\pm 17 000) personer. Antalet personer med en dominerade sjukersättning ökade under samma period med ca 50 000 (\pm 9 000) personer.

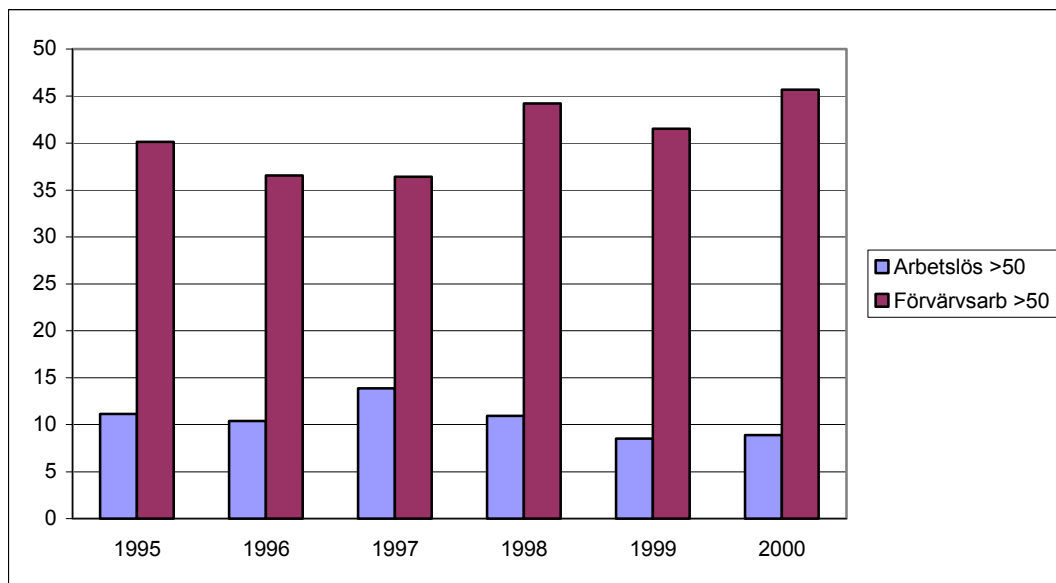
Utvecklingen 1994–2000 kan delas in i två perioder. Perioden 1994 till 1997 karaktäriseras av att antalet personer för vilka sjukersättningen dominerande under året minskade med ca 20 000 (\pm 8 000) personer. Samtidigt minskade antalet för vilka arbetslösheten dominerande med ca 49 000 (\pm 19 000) personer. Totalt minskade under denna period antalet personer som i huvudsak är sjuka/förtidspensionerade/arbetslösa med ca 105 000 (\pm 24 000) personer. Under perioden 1997 till 2000 vänder utvecklingen avseende antalet personer med dominerande sjukersättning, gruppen ökade fram till år 2000 med ca 70 000 (\pm 9 000) personer. Arbetslösheten fortsatte dock att minska och minskar under denna period i snabbare takt än tidigare. På tre år minskar antalet som i huvudsak är arbetslösa under året med ca 220 000 (\pm 16 000) personer. Totalt fortsätter antalet personer som i huvudsak är sjuka/ förtidspensionerade/arbetslösa att minska. Mellan 1997 och 2000 minskar de med ca 135 000 (\pm 23 000) personer. Utvecklingen från 1994 till 2000 kännetecknas således av att allt fler människor kommer i arbete och att allt färre människor i huvudsak står utanför aktivt arbetslivsdeltagande på grund av ohälsa eller arbetslöshet. Samtidigt har en förskjutning av "utanförskapet" skett från arbetslöshet till ohälsa.

4.2 Från arbetslöshet till sjukskrivning?

Finns det ett samband mellan arbetslöshet och sjukskrivning och hur ser det sambandet i så fall ut? Ett samband skulle kunna vara att en längre arbetslöshet leder till ohälsa, ett annat att det var de mer "sjukliga" som blev arbetslösa i början av 90-talet när sysselsättningen minskade med ca 500 000 personer och att dessa, när konjunkturen förbättras, åter kommer ut på arbetsmarknaden. Ett tredje samband skulle kunna vara att fortsatta sysselsättningsproblem växlat ersättningsform från arbetslöshetsersättning till sjukersättning, som ju i vissa inkomstlägen ger en högre ersättning.

Vi börjar med att titta på i vilken utsträckning det varje år sker ett flöde in till "sjukagruppen" från gruppen med dominerande arbetslöshet året innan och jämför denna med inflödet från gruppen med dominerande förvärvsinkomst året innan.

Fig. 4.2
Flödet till dominerande sjukersättning från dominerande arbetslöshet och dominerande förvärvsinkomst, andel av gruppen med dominerande sjukersättning aktuellt år. Personer 20–64 år

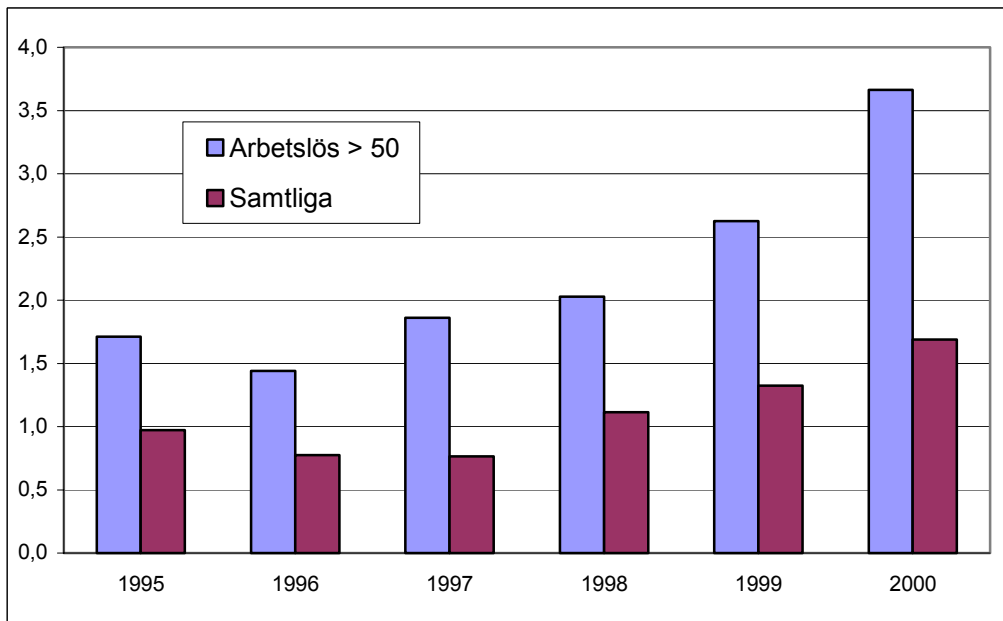


Ser vi till flödena från ett år till ett annat så går det inte att se någon utveckling mot att en allt större andel med dominerande arbetslöshet året innan, ingår i gruppen med dominerande sjukersättning. En orsak till detta är att gruppen med dominerande sjukersättning blir allt större samtidigt som gruppen med dominerande arbetslöshet krymper år för år, en annan orsak kan vara att vägen till en längre sjukfrånvaro i många fall, även för de som tidigare varit arbetslösa, går via en viss grad av sysselsättning. Senare redovisas en arbetslöshetshistorik för gruppen med dominerande sjukersättning år 2000. En sådan redovisning samlar upp arbetslösheten under hela den förekommande tidsperioden.

Personer med en dominerande arbetslöshet är dock överrepresenterade i nytillskottet till "sjukgruppen" och i diagrammet nedan ser vi den förväntade utvecklingen – att en allt större andel av de arbetslösa flödar över till gruppen med dominerande sjukersättning.

Fig. 4.3

Nyttillskottet till gruppen med dominerande sjukersättning som andel av dem med dominerande arbetslöshet året innan, samt som andel av samtliga året innan



Drygt 3,5 ($\pm 0,6$) procent av de som tillhörde gruppen dominerande arbetslöshet 1999 tillhörde gruppen dominerande sjukersättning året efter vilket andelsmässigt är en fördubbling sedan början av den redovisade perioden.

De redovisade flödena från ett år till ett annat ger dock endast en begränsad bild av de flöden som sker mellan sysselsättning, arbetslöshet och sjukersättning. Genom att fånga upp historien under flera års tid kan vi se i vilken utsträckning de som tillhörde gruppen med dominerande sjukersättning, exempelvis år 2000, tidigare varit ute i dominerande arbetslöshet, sysselsättning etc.

Det visar sig att tre av tio i gruppen med dominerande sjukersättning år 2000 har haft en dominerande arbetslöshet minst ett av åren 1994 till 1999, ytterligare tre av tio har under minst ett av åren 1994 till 2000 haft en dominerande sjukersättning/förtidspension.

Jämför vi med gruppen som till dominerande grad är förvärvsarbetande år 2000 så är det i denna grupp cirka en av tio som tidigare (1994-1999) haft en dominerande arbetslöshet under minst ett av åren. Endast två procent i denna grupp har tidigare haft en dominerande sjukersättning/förtidspension.

Riktigt jämförbara är inte dessa två grupper då man i genomsnitt är fem år äldre i "sjukagruppen" än i den förvärvsarbetande gruppen, vilket innebär att fler i denna grupp "haft tid på sig" att skaffa sig en arbetslösheterfarenhet. Det kan ändå konstateras att en stor andel av dem i "sjukagruppen" har en erfarenhet av betydande arbetslöshet och att vi fångar upp två tredjedelar av denna andel genom att blicka tillbaka sex år i stället för att endast se till situationen året innan.

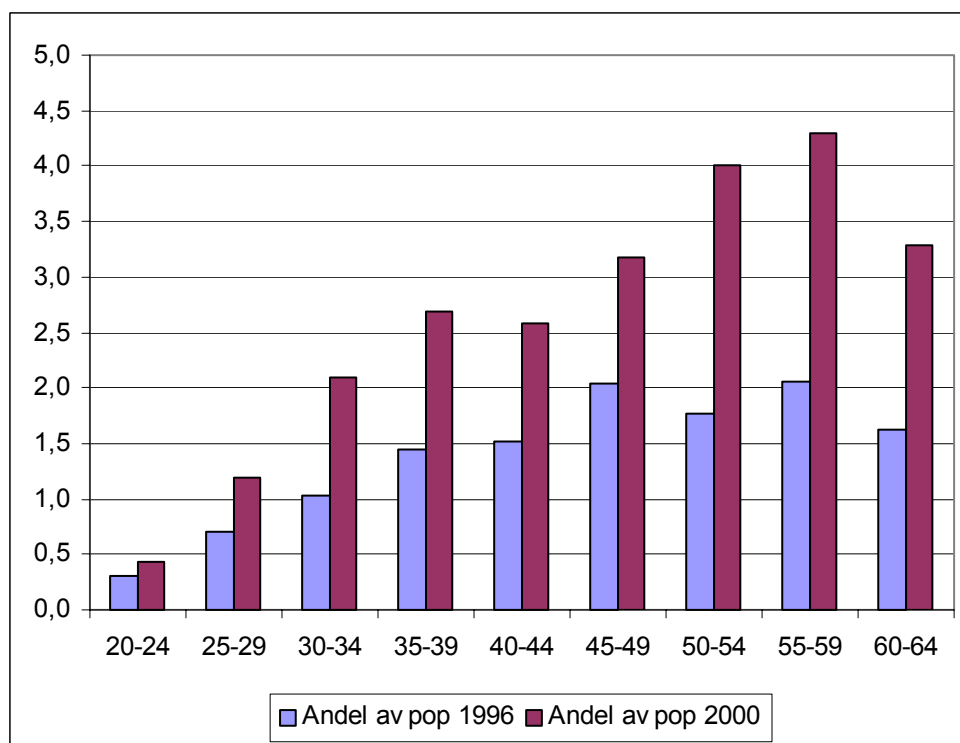
Då stora flöden från gruppen med dominerande arbetslöshet skett under de sista åren på 1990-talet kan det antas att dessa i viss utsträckning har bidragit till den allt mer accelererade utvecklingen av ohälsotalen i början av 2000-talet. Detta tyder den överströmning på som skett redan under slutet av 90-talet. Många av dessa har förmodligen beträtt denna väg via ett förvärvsarbete. Stämmer det att personer med hälsoproblem är överrepresenterade bland de arbetslösa, borde sambandet bli än

starkare när än fler personer lämnar arbetslösheten, om vi antar att de friskaste är de som återvänder till arbetslivet först. Om så varit fallet kan denna studie inte bekräfta, för att analysera detta behövs data åtminstone fram till och med 2002.

4.3 Dominerande sjukersättning

I vilken utsträckning har då populationen i gruppen med dominerande sjukersättning förändrats över tid? Nedan kommer en jämförelse utifrån representationen per kön, ålder, utbildningsnivå, region och näringsgren. Jämförelsen avser "sjukagruppen" år 1996 då den omfattade ca 70 000 ($\pm 5\ 000$) personer och "sjukagruppen" år 2000 då den nästan fördubblats och omfattade cirka 138 000 ($\pm 7\ 000$) personer.

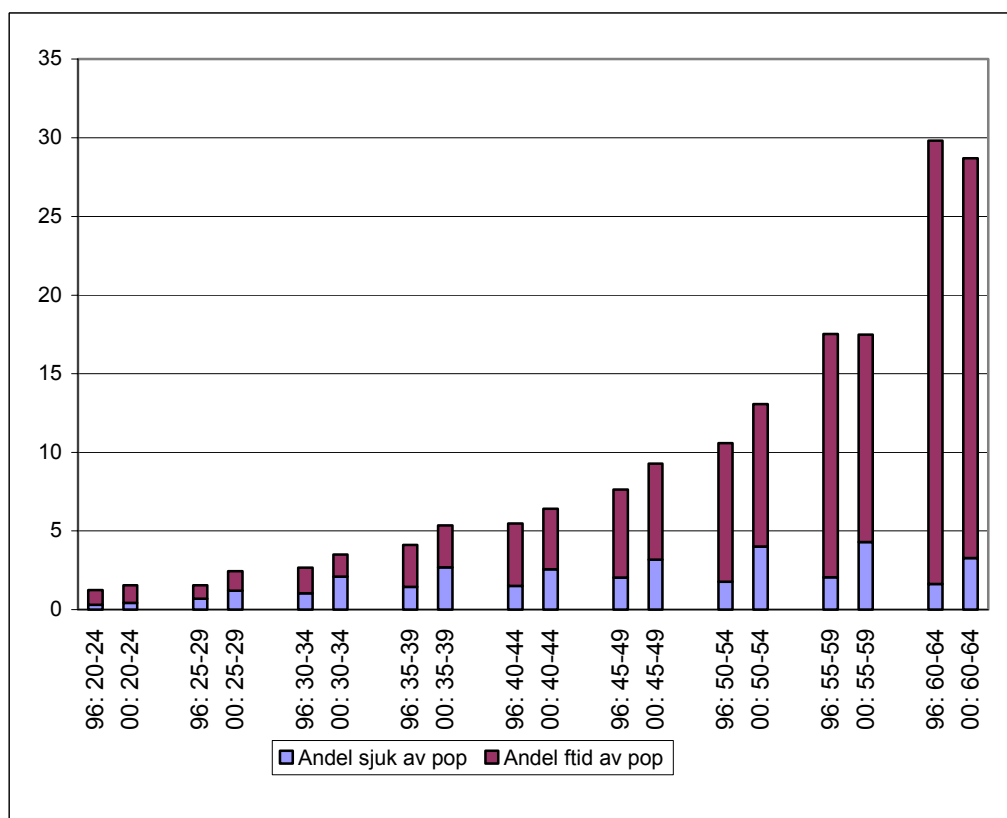
Fig. 4.4
Andel med dominerande sjukersättning 1996 och 2000 i respektive åldersgrupp.



Ökningen i samtliga åldersgrupper (exkl. 20–24 år) är signifikant.

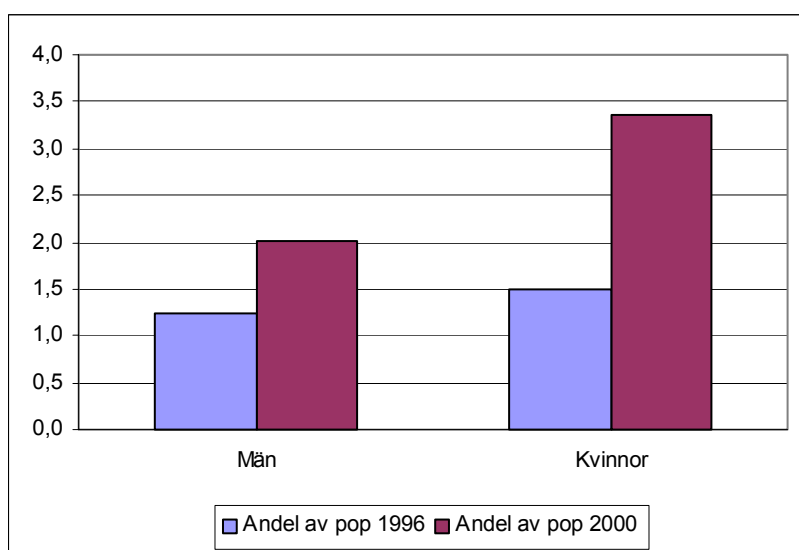
Förtidspension och sjukersättning är kommuniserande kärl. Lägger vi till dessa ersättningsformer får vi en något annorlunda bild vad avser jämförelsen mellan åren.

Fig. 4.5
Andel med dominerande sjukersättning/förtidspension 1996 och 2000 i respektive åldersgrupp



Lägger vi andelen med dominerande förtidspension till andelen med dominerande sjukersättning ser vi en annan utveckling mellan 1996 och 2000 i de två äldsta åldersgrupperna, där andelen som till dominerande grad har förtidspension/sjukersättning inte ökade mellan 1996 och 2000.

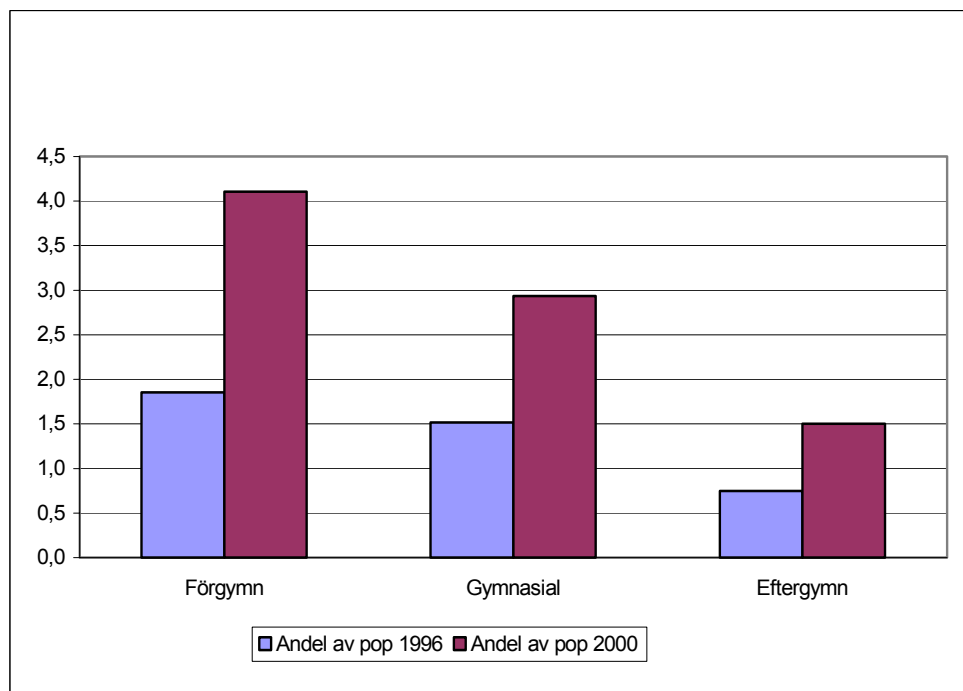
Fig. 4.6
Andel kvinnor och män med dominerande sjukersättning 1996 och 2000



Det var framförallt bland kvinnorna som andelen i gruppen med dominerande sjukersättning ökade markant.

Fig. 4.7
Andel med dominerande sjukersättning 1996 och 2000 på respektive utbildningsnivå

Då det finns skäl att misstänka att skillnader i ålders- och könsfördelning inom de olika utbildningsnivåerna kan påverka utfallet, har materialet här standardiserats för kön och ålder.



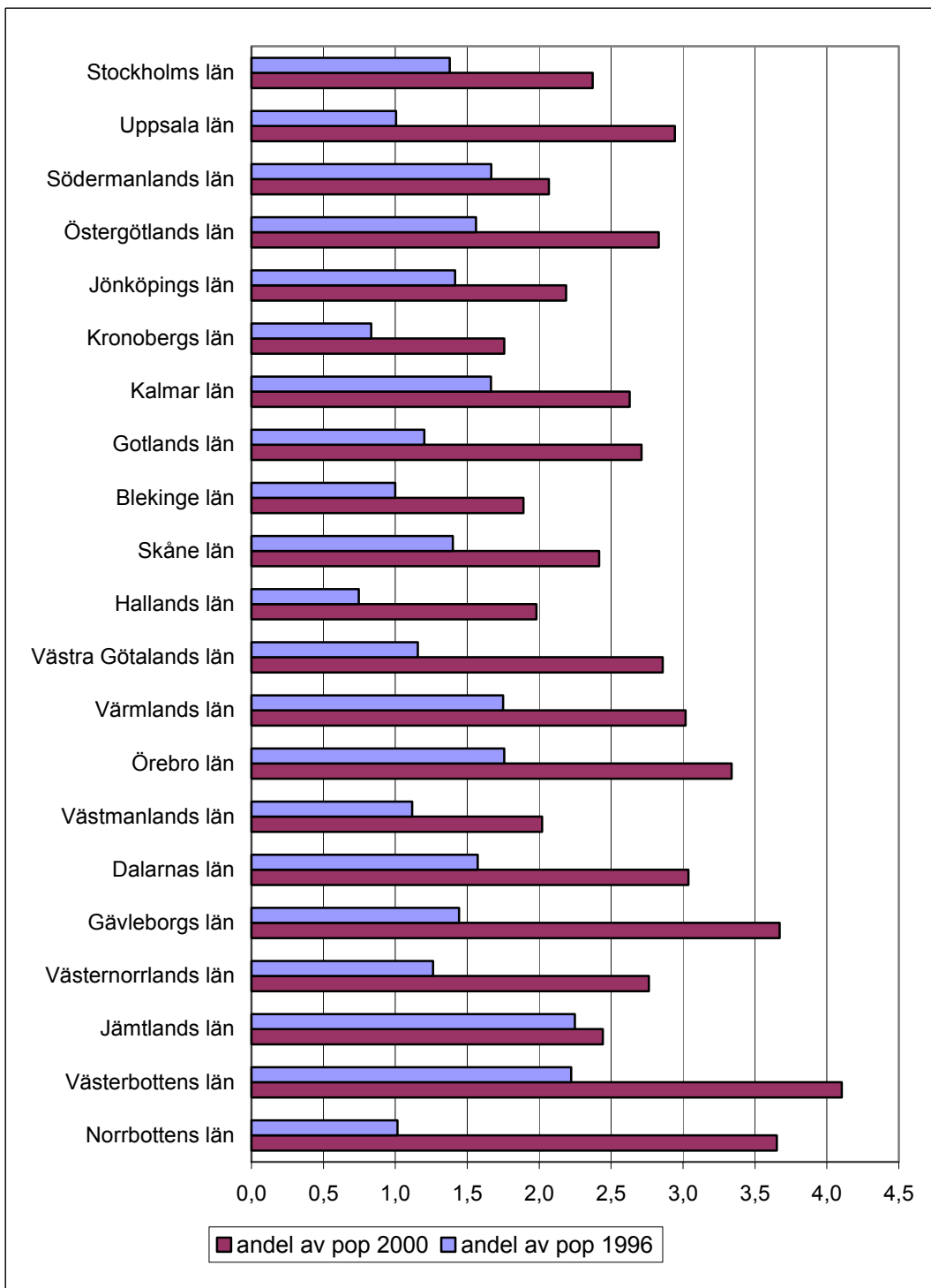
Diagrammet visar ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och tillhörigheten till gruppen med dominerande sjukersättning, avseende både andelens storlek och utvecklingen av denna andel mellan åren.

Sammanfattningsvis finner vi således att en större andel av kvinnorna än av männen och av de lågutbildade än av de högutbildade tillhörde gruppen med dominerande sjukersättning. Vi finner även att utvecklingen mellan 1996 och 2000 förstärkte skillnaderna mellan kvinnor och män och mellan låg- och högutbildade.

Avseende ålder ser vi först efter det att vi lagt till förtidspensionen ett entydigt samband mellan ålder och frånvaro på grund av ohälsa. Men vi ser samtidigt att tillhörigheten till kategorin med dominerande sjukersättning/förtidspension inte ökade mellan 1996 och 2000 i de äldsta åldersgrupperna.

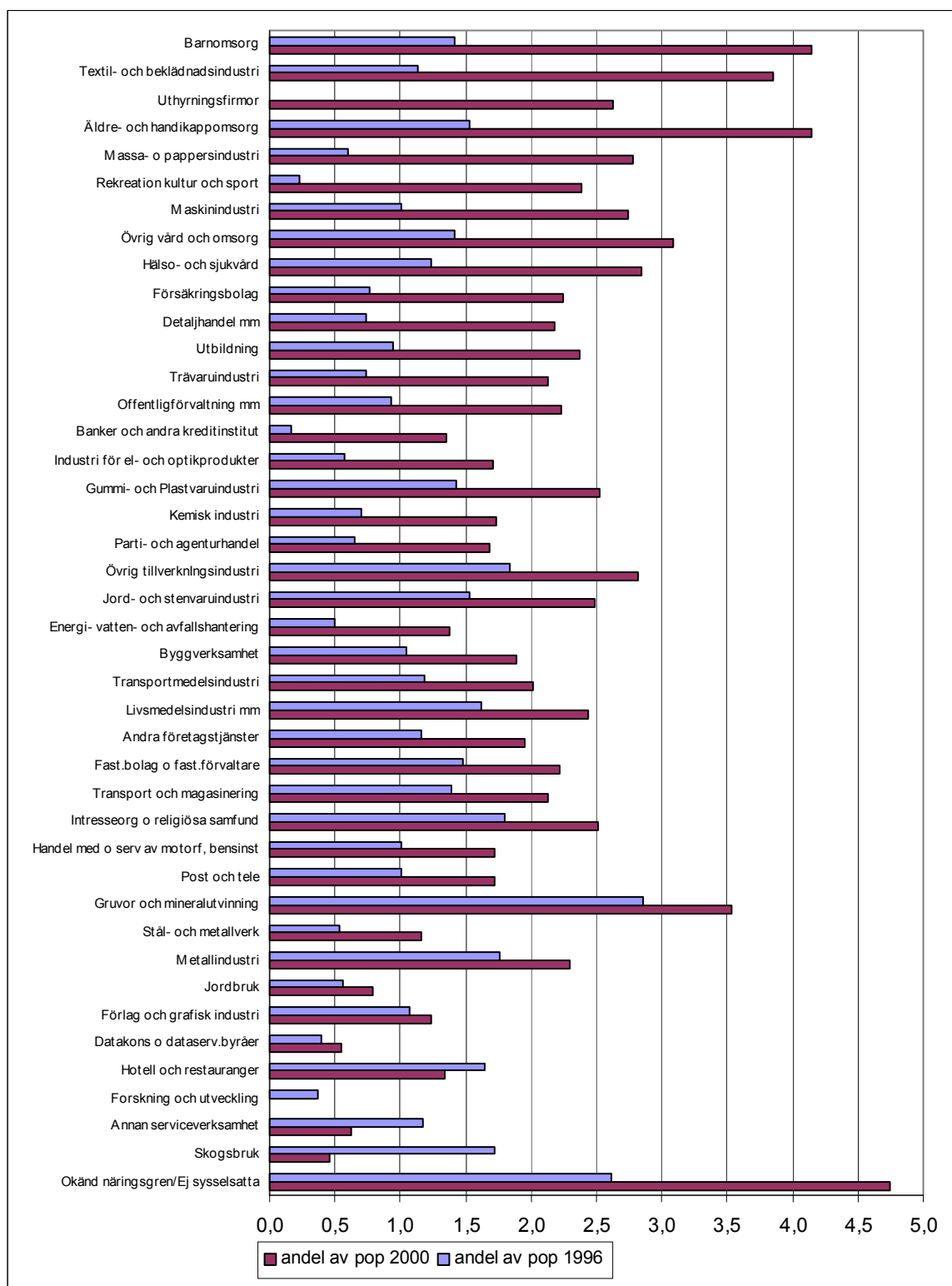
Avslutningsvis redovisas hur tillhörigheten till gruppen med dominerande sjukersättning är relaterad till var man bor och inom vilken näringsgren man är verksam.

Fig. 4.8
Andel med dominerande sjukersättning 1996 och 2000 i respektive län



Mellan 1999 och 2000 var det en signifikant ökning av andelen med dominerande sjukersättning i fjorton av de tjugo länerna. Skillnaderna i utveckling mellan länerna är förmodligen betydande men erhåller ingen signifikans i detta material. För nedbrytning på länsnivå bör urvalsstorleken utökas.

Fig. 4.9
Andel med dominerande sjukersättning 1996 och 2000 i respektive näringsgren



Näringsgrenarna är sorterade efter storlek på förändring av andel med dominerande sjukersättning mellan 1996 och 2000. Längst ned gruppen som ej kunnat klassificeras på näringsgren, flertalet av dessa saknar sysselsättning. Det bör noteras att vissa av ovanstående näringsgrenar är små och att en nedbrytning på näringsgren borde ske för ett större urval för att erhålla större säkerhet i skattningarna. I detta material är skillnaderna mellan flertalet näringsgrenar vad gäller nivå och utveckling ej signifikanta.

Kategorier (mätperiod kalenderåret):

- **Förvärvsarbetande (Förvärvsarb >50)**
Inkomst av förvärvskälla (Löneinkomst + Inkomst av aktiv näringsverksamhet) överstiger 50 procent av totalinkomst
- **Sjuka (Sjuk >50)**
Sjukpenning/Arbetsskade-/Rehabiliteringsersättning överstiger 50 procent av totalinkomst
- **Arbetslösa (Arbetslös >50)**
Arbetslöshet/i arbetsmarknadspolitisk åtgärd (dagar och ersättning) motsvarar över 50 procent av året/av totalinkomst
- **Förtidspensionerade (Förtidsp >50)**
Förtidspension/Sjukbidrag överstiger 50 procent av totalinkomst
- **Sjukal/Förtidspensionerad/Arbetslösa (Sjuk+Förtidsp+Arbetslös >50)**
Sjuk-/Arbetsskade-/Rehabersättning och Förtidspension/Sjukbidrag och Arbetslöshet (dagar och ersättning) överstiger först tillsammans 50 procent av året/av totalinkomst
- **Övriga**

I totalinkomsten ingår förutom ovanstående inkomstslag uppgift om föräldrapenning och om inkomster föranledda av studier. Dessutom tas hänsyn till uppgift om registrering på högskolan.

För personer med mycket låga inkomster/ersättningar under året har en "ingeninkomst-andel" skapats för att undvika att mycket små ersättningar skall redovisas som stora årsandelar av totalinkomst.

Sjukersättning, föräldrapenning etc. har viktats med hänsyn till den nivå ersättningen motsvarar.

Någon hänsyn har inte tagits till eventuell förekomst av sjuklön eller till att sjuklöneperioden utvidgades till 28 dagar mellan 1/1 1997 – 31/3 1998.

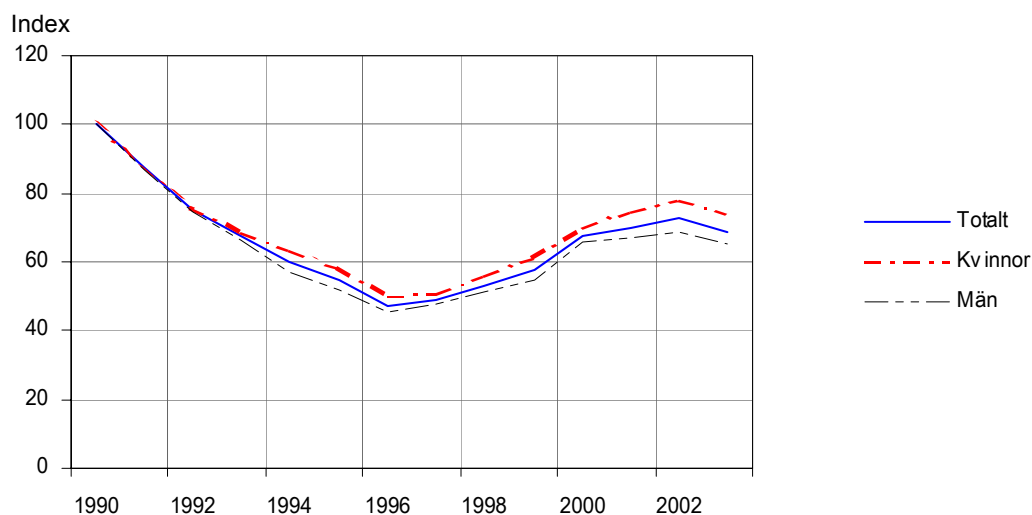
Ingen hänsyn har heller tagits till att vissa individer har en lön som är högre än 7,5 basbelopp (max SIG). Detta leder, i förekommande fall, till att deras sjukersättningsandel underskattas. När materialet för år 2000 testades genom att högsta tillåtna förvärvsinkomst sattes till 7,5 basbelopp fick detta endast en marginell betydelse avseende kategoribyte (en person gick från kategorin Sysselsatt till kategorin Sjuk/Arbetslös).

5 Högre sjukfrånvaro vid stora arbetsställen

Fredrik Rahm

Den företagsbaserade sysselsättningsstatistiken syftar till att ge snabba indikationer på förändringar i antalet anställda per näringsgren och region men också uppgifter om personalomsättning och frånvaro. Beträffande frånvaron brukar den företagsbaserade statistiken redovisa tre frånvaroorsaker, nämligen sjukdom, semester och övrig frånvaro (som i sin tur består av en lång rad olika frånvaroorsaker som t.ex. havandeskaps- och föräldrapenning, ledighet för studier, militär repetitionsutbildning och kompensationsledighet). I det här kapitlet koncentreras uppmärksamheten på sjukfrånvaron. I redovisningen relateras de sjukfrånvarande vid mättillfället till totala antalet anställda inom respektive sektor vid samma tillfälle. Till de anställda räknas såväl hel- som deltidsanställda och även visstidsanställd personal. Med sjukfrånvarande avses i denna statistik de som varit borta hela dagen vid mättillfället. Den frånvaro som mäts inkluderar den s.k. sjuklöneperioden dvs. den period under vilken arbetsgivaren betalar sjuklön.

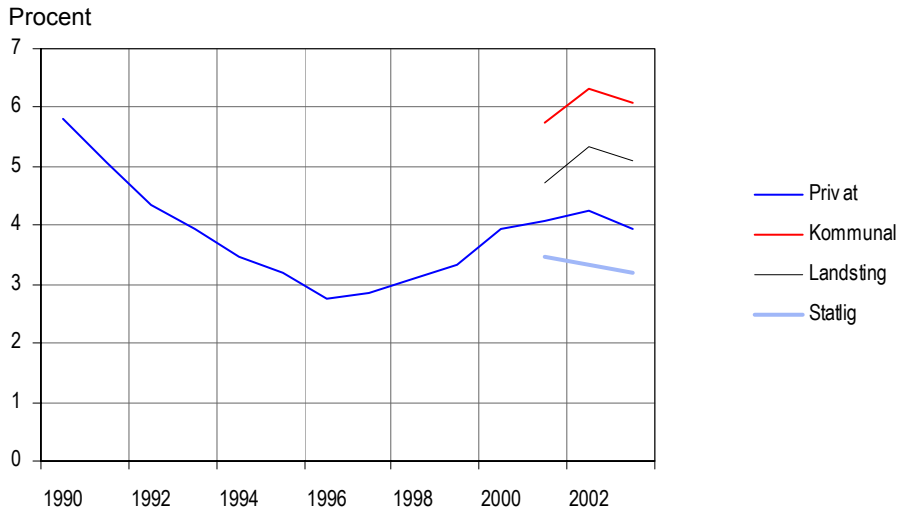
Fig. 5.1
Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda, privat sektor, 1990–2003.
Årsmedeltal



Diagrammet ovan visar utvecklingen av sjukfrånvaron bland de anställda i privat sektor från 1990 till och med tredje kvartalet 2003. (Sifferunderlaget till detta och följande diagram finns i tabellerna B.1–B.4 i tabellbilagan). I diagrammet ovan är sjukfrånvaron angiven i indexform med andelen år 1990 = 100. Andelen frånvarande var då 5,8 procent i privat sektor. Efter en kraftig nedgång av sjukfrånvaron under 1990-talets första hälft och därefter en kraftig uppgång under den senare hälften är sjukfrånvaron ännu inte tillbaka på samma nivå som i periodens början. Genomsnittet för 2003 uppgick till 4,0 procent. En förklaring skall dock tillfogas att sjukfrånvaron här mäts i antalet personer och om man skulle ta hänsyn till sjukfallens längd så blir bilden delvis en annan.

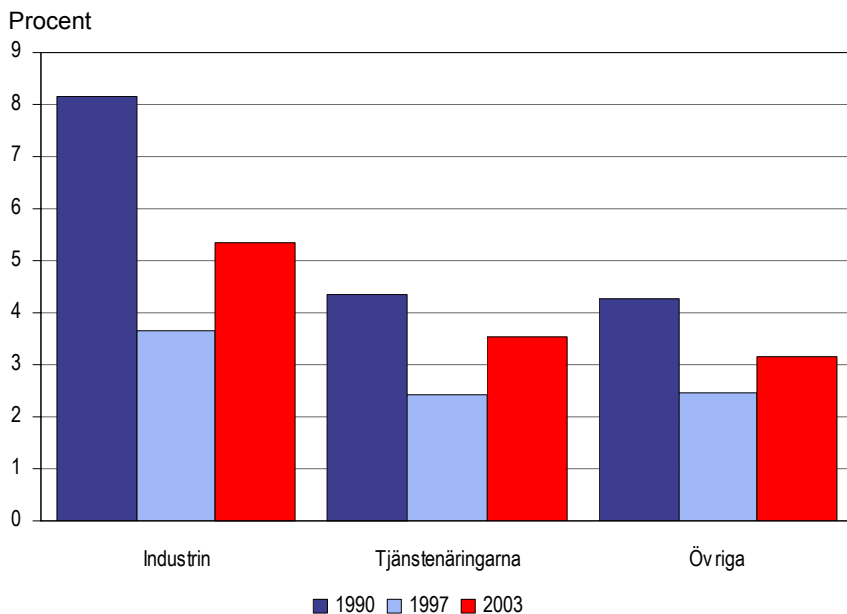
Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och skillnaden har ökat något under de senaste åren. År 1997 uppgick denna skillnad i privat sektor till en procentenhet och hade år 2003 ökat till 1,7 procentenheter. Bland både primär- och landstingskommunalt anställda var skillnaden mellan könen väsentligt större. Där låg skillnaden i frånvaroandel mellan könen år 2003 på runt tre procentenheter. Data kring frånvaron bland män och kvinnor i de olika sektorerna finns redovisade i bilagetabell B1.

Fig. 5.2
Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter sektor. Årsmedeltal



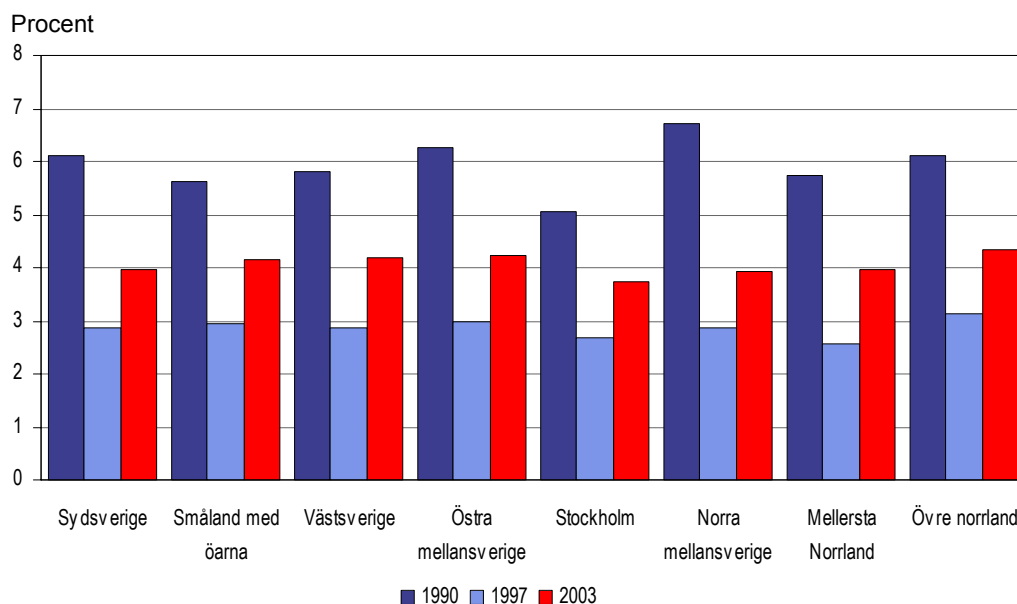
Offentlig sektor, staten undantagen, har en högre sjukfrånvaronivå än den privata sektorn. För den offentliga sektorn finns data endast fr.o.m. år 2001 i den s.k. företagsbaserade statistiken dvs. den statistik som bygger på information från enskilda arbetsställen.

Fig. 5.3
Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter bransch. Privat sektor



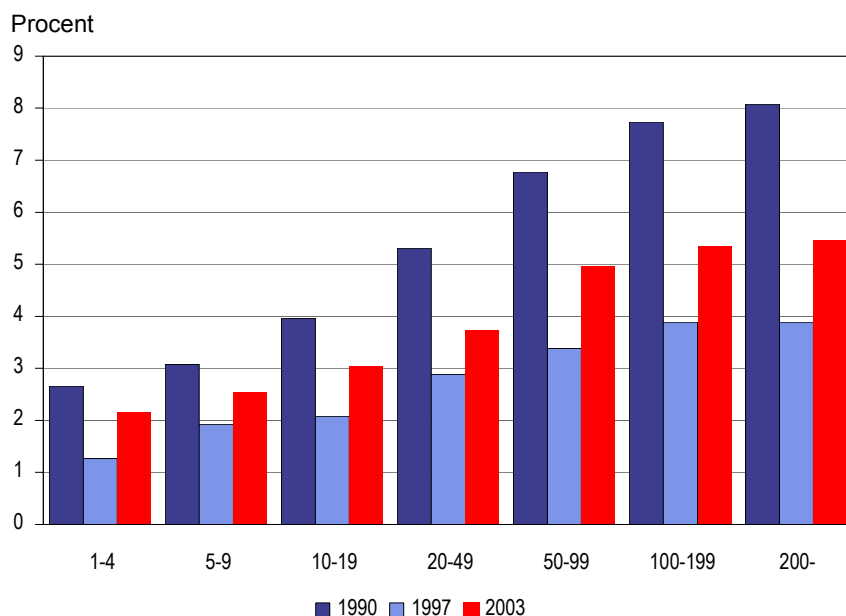
Industrin har högst sjukfrånvaro men uppvisar samtidigt den största förändringen mellan åren 1990 och 2003.

Fig. 5.4
Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter region (Nuts2). Privat sektor



Samtliga områden uppvisar likartad utveckling. Stockholmsregionen har under hela perioden uppvisat den lägsta sjukfrånvaron. Övre Norrland uppvisar under de två senaste tidpunkterna den högsta sjukfrånvaronivån.

Fig. 5.5
Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter arbetsställets storleksklass. Privat sektor



Sjukfrånvaron ökar med arbetsställets storlek. Ett stort arbetsställe med 100 anställda eller fler uppvisar mer än dubbelt så hög sjukfrånvaro som ett litet arbetsställe med färre än fem anställda.

6 Dålig arbetsmiljö bakom många sjukskrivningar och förtidspensioneringar

Alf Andersson

6.1 Inledning

SCB:s har bidragit med beskrivningar och analys till de senaste årens statliga utredningar om hälsa/ohälsa i arbetslivet.

Utredningen *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH*, arbetade under 2002. Den kan sägas vara en handlingsinriktad fortsättning av *Sjukförsäkringsutredningen* som avslutats strax innan. Till den tidigare utredningen hade SCB bidragit med ett underlag där arbetsmiljödata från Arbetsmiljöundersökningen 1999 för första gången hade kopplats till antal dagar med ersättning från sjukförsäkringssystemet. Tydliga samband hade visats mellan arbetsmiljöfaktorer och antal ersatta dagar liksom skillnader mellan dem som arbetade inom olika sektorer och olika yrken.

Till HpH knöts en grupp forskare och utredare som på utredningens uppdrag gjorde ett begränsat forskningsprogram för vad som var angeläget att belysa och vad som var möjligt med den korta tid som stod till buds. Sex rapporter togs fram som underlag till HpH med hjälp av forskare och utredare på Arbetslivsinstitutet, Karolinska institutet och SCB. SCB medverkade på två sätt, dels genom att förmedla kunskap om LOUISE-databasen, dels genom en egen studie.

Till skillnad från uppdraget åt den föregående statliga utredningen användes här inte uppgifter om antalet dagar med sjukersättning utan motsvarande inkomstuppgifter ur LOUISE. Uppläggningen av analysen gjordes "pseudoprospektiv". Deltagare i Arbetsmiljöundersökningen 1995 följdes under åren 1996–1999. På så sätt kunde man se hur kvinnor och män med olika arbetsmiljöförhållanden klarade sig de kommande fyra åren d.v.s. i vilken utsträckning de fick omfattande sjukskrivningar eller förtidspension.

Allt sedan denna analys gjordes har det diskuterats om denna form av kohortstudie borde göras återkommande med varje ny omgång av Arbetsmiljöundersökningen och registerdata som grund. I det sammanhanget har också mer utvecklade multivariata analyser efterlysts, i första hand logistisk regression. Just ett sådant arbete pågår inom ramen för SCB:s analysprojekt om sjukfrånvaro.

Nedan följer en kort sammanfattning av SCB:s rapport till HpH. Rapporten, av Stefan Vikenmark och Alf Andersson, heter *Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning – en pseudoprospektiv studie*. Rapporten ingår i Del II av HpH:s slutbetänkande *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Del II Bilagor (SOU 2005:3)*.

(En kort sammanfattning av rapporten fanns också i tidskriften *Välfärdsbulletinen* nr 1, 2002.)

6.2 Arbetsmiljöproblem ligger bakom många sjukskrivningar och förtidspensionering

Den studerade populationen är de ca 9 000 personer i åldern 25–59 år som deltog i Arbetsmiljöundersökningen 1995. Med data ur LOUISE-registret följs dessa personer under de följande fyra åren. Beskrivningen koncentreras främst på andelen med "stora sjukersättningar", med vilket här menas förtidspension eller sjukersättning (m.m.) motsvarande minst en åttondel av totalinkomsten under fyraårsperioden 1996–1999. Även gruppen som haft mindre men dock någon sjukersättning under åren redovisas.

Sambanden mellan exponeringar av belastande arbetsmiljöfaktorer 1995 och sjukersättning under de fyra följande åren är mycket tydliga. Breda grupper av exponerade har valts – inte enbart de mest extremt utsatta. Likväl har de i flertalet fall jämfört med de relativt oexponerade betydligt större andelar med sjukersättningar.

- Andelen med stor sjukersättning är större bland *kvinnor* (7 procent) än bland *män* (4 procent). Mer än 60 procent av kvinnorna och 75 procent av männen har inte haft någon sjukersättning alls från försäkringskassan under den undersökta fyraårsperioden.
- För både kvinnor och män stiger andelen med stor sjukersättning tydligt med *åldern*. I den äldsta redovisade gruppen, 55–59 år, har männen "kommit ifatt" kvinnorna. Den mindre omfattande sjukersättningen har inte något linjärt ålderssamband bland kvinnorna, utan den är vanlig både i de yngre åldrarna, 25–34 år och i den äldsta gruppen.
- Med stigande *utbildningsnivå* tenderar andelen med stor sjukersättning att minska bland män och (mindre tydligt) bland kvinnor. Skillnaden mellan kvinnor och män är särskilt stor för dem med eftergymnasial utbildning. Kvinnorna har här i betydligt större utsträckning stor sjukersättning än män. Bland män förefaller utbildning vara en god investering i hälsa medan det är betydligt mer osäkert bland kvinnor.
- Den *ergonomiska arbetsmiljön* representeras här av kroppsligt ansträngande arbete och påfrestande arbetsställningar. Kvinnor som är utsatta för kombinationen av dessa har särskilt ofta stor sjukersättning. Bland män skiljer den grupp ut sig som *inte* har någon av dessa exponeringar genom att stor sjukersättning är *mindre vanlig*. Den relativa risken för stor sjukersättning när de i stort sett oexponerade jämförs med de mest exponerade är ca 2,4 för kvinnor och 2,7 för män. I åldern 50–59 år är den relativa risken ca 1,9 för kvinnor och 2,5 för män. (Antalet ergonomiskt utsatta skattas till ca 400 000 kvinnor och ca 480 000 män.)
- Olika grader av *upprepat arbetsmoment*, enkla och styrda jobb ger tydliga utslag i andelarna med stor sjukersättning bland både kvinnor och män. Skillnaden mellan de mest exponerade och de relativt oexponerade är betydande. Stor sjukersättning är bland kvinnor ca 2 gånger vanligare om man har upprepat, enkelt och styrt jobb jämfört med om man inte har det. Motsvarande tal för män är 3,7. Om man ser till enbart den äldre gruppen, 50–59 år, är motsvarande tal för kvinnor 2,3 och för män 3,2. (Antalet utsatta för upprepat, enkelt, styrt arbete skattas till ca 140 000 kvinnor och 110 000 män, med vår ganska stränga/snäva definition.)
- Såväl bland kvinnor som bland män ger olika kombinationer av *arbetskrav och egenkontroll* utslag i andelarna med stor sjukersättning. Kvinnor och män med höga arbetskrav och liten kontroll (spänt arbete) har större risk för förtidspension och stor sjukskrivning än de som har höga krav och hög egenkontroll (aktivt ar-

bete). Spänt arbete förknippas ofta med negativ stress, medan aktivt arbete förväntas vara mindre pressande genom den enskildes större möjlighet att påverka sin arbetsituation. Det visar sig i den relativa risken 2,1 för män medan den för kvinnor är måttliga 1,5. En intressant skillnad finns mellan kvinnor och män som har aktivt arbete. Där har kvinnor betydligt större andel med stor sjukersättning än män. Det verkar alltså vara mest för män som aktiva jobb är hälsofrämjande. Detta kanske handlar om samma förhållande som visades beträffande utbildning, dvs. att det kan vara väl utbildade kvinnor som ofta har aktivt arbete och utan att det främjar deras hälsa. I gruppen över 50 år är den relativa risken för stor sjukersättning – vid jämförelse mellan spänt arbete och aktivt arbete – inte signifikant för kvinnorna men ca 2,4 för männen. (Antalet med hög anspänning i arbetet skattas till ca 470 000 kvinnor och 310 000 män.)

- I analysen av sjukersättningar vid olika *kombinationer av krav och kontroll* har också en uppdelning gjorts med hjälp av ett av måtten på *ergonomisk arbetsmiljö*: påfrestande arbetsställning. Andelen med stor sjukersättning ligger i flertalet grupper högre när även exponeringen av arbetsställningen tillkommer. När kvinnorna först delas upp efter om man är utsatt för påfrestande arbetsställningar sjunker skillnaderna mellan grupper med olika kombinationer av krav och kontroll samman så att de inte är statistiskt signifikanta. Den fysiska påfrestningen verkar här vara den primära förklarande faktorn till skillnaderna i stor sjukersättning. Bland männen tar också påfrestande arbetsställning bort skillnaderna mellan grupperna med olika krav och kontroll. Fast bland dem som *inte* har påfrestande arbetsställningar kvarstår skillnaderna tydligt! Då är stor sjukersättning tre gånger vanligare vid spänt arbete än vid aktivt arbete. För män verkar det alltså vara särskilt hälsofrämjande att ha aktivt arbete (höga arbetskrav och stor egenkontroll) och att samtidigt undvika påfrestande arbetsställningar. För kvinnor finns inte samma samband.
- Både kvinnor och män som 1995 hade *ont i kroppen* efter arbetets slut uppvisar de följande åren förhöjd andel med stor sjukersättning. I kombination med påfrestande arbetsställningar ökar andelen ytterligare så att det är fyra, fem gånger vanligare med stor sjukersättning bland dem som hade både ont och påfrestande arbetsställning jämfört med dem som inte hade det.
- Andelen med stor sjukersättning har tydligt samband med vilken *socioekonomisk grupp* man tillhör. Den minsta andelen finns bland högre tjänstemän och den högsta bland ej facklärd arbetare. Bland män är den relativa risken ca 5 och bland kvinnor ca 3. *Anmärkningsvärt är att stor sjukersättning är dubbelt så vanlig bland kvinnliga tjänstemän på mellannivå som bland högre tjänstemän.*
- Ser man till förhållandet i olika *samhällssektorer* avviker framför allt kommunanställda kvinnor med höga andelar stor sjukersättning.
- *Utvecklingen av arbetsmiljön* 1995–1999 redovisades översiktligt i rapporten. Det konstateras att den ergonomiska arbetsmiljön i stort är stabil. Andelen arbeten med hög anspänning tenderar att öka liksom besvär som ont i kroppen, olust när man går till arbetet och sömnsvårigheter. Det gäller såväl kvinnor som män.
- *Utvecklingen i olika samhällssektorer* 1995–1999. Bland män är andelen med *ergonomiska påfrestningar* klart störst i den enskilda sektorn, medan de bland kvinnor är störst i den kommunala sektorn. För båda könen gäller att andelen med ergonomiska påfrestningar är stabil över åren 1995–1999. Beträffande *spänt arbete* noteras bland män en viss ökning mellan 1995 och 1999. Andelen är högst inom

landstingssektorn, men det bygger på få svarande män. Bland kvinnorna är spänt arbete klart vanligast för landstingsanställda. Det ökar bland kvinnor i alla sektorer!

Rapporten avslutas med konstaterandet att en betydande del av ohälsa är relaterad till arbetsförhållanden. Effektiva åtgärder för att förbättra arbetsmiljön skulle förbättra folkhälsan. Kostnader för detta kan jämföras med de mycket stora kostnader som i dag går till att ta hand om resultatet av ohälsan, bland annat i form av sjukersättning och förtidspension.

7 Samband mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro – sammanfattning av AHA-utredningens betänkande

Kerstin Fredriksson

7.1 Bakgrund

Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (AHA- utredningen) uppdrog hösten 2002 åt SCB att göra en analys av tänkbara orsaker till den ökade sjukfrånvaron i samhället. Analyserna skulle göras med hjälp av insamlade uppgifter från Arbetsmiljöundersökningarna och Besvärsundersökningarna.

Detta avsnitt innehåller en sammanfattning av uppdraget och av resultaten av analyserna som gjordes på Arbetsmiljöenheten på SCB. Uppdraget finns som helhet redovisat i slutbetänkandet av utredningen om analys av hälsa och arbete, "AHA utredningsinstitut och mötesplats", SOU 2003:13.

Med kombinationer av uppgifter från Arbetsmiljö- och Besvärsundersökningar från flera undersökningstillfällen från 1995 och framåt skulle följande frågeställningar belysas:

- **om** det statistiska sambandet mellan arbetsförhållanden och att ha besvär har förändrats under tidsperioden
- **om** det statistiska sambandet mellan arbetsförhållanden och sjukfrånvaro har förändrats under tidsperioden
- **om** det statistiska sambandet mellan arbetsrelaterade besvär och arbetsrelaterad sjukskrivning har förändrats under tidsperioden.
- **det** statistiska sambandet mellan dels arbetsförhållanden och sjuknärvaro dels mellan arbetsrelaterade besvär och sjuknärvaro 2001/2002

7.2 Om Arbetsmiljöundersökningen och undersökningen om Arbetsorsakade besvär (Besvärsundersökningen)

Flertalet som besvarat *Arbetsmiljöundersökningen* har även deltagit i *Besvärsundersökningen* kvartalet efter. Därigenom möjliggörs analyser om samband mellan olika exponeringsfaktorer i arbetsmiljön med uppkomna besvär av arbetet och arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Tidserier kan skapas för att beskriva dessa sambands utveckling över tid. Utvecklingen kan analyseras mera specifikt genom att man urskiljer sjukfrånvaron i olika samhällssektorer och yrkeskategorier.

Rapportens uppläggning

De i uppdraget aktuella sambanden är följande. Sambanden studeras för varje sammanslagen årgång 1995/96, 1997/98, 1999/2000 och 2001/02.

| | Exponeringar | Utfall besvär | Utfall sjukfrånvaro |
|---|--|--|---|
| | fysiska påfrestningar enformigt arbete psykosoc.påfrestninga | olust, sömnbesv. kroppsliga och andra besvär | av olika omfattning sjuknärvaro (endast 2001) |
| 1 | X | → X | |
| 2 | X | → | X |
| 3 | | X | → X |

Data har hämtas från det samkörda materialet över Arbetsmiljöundersökningen och Besvärsundersökningen för åren 1995/1996, 1997/1998, 1999/2000 samt 2001/2002. Underlaget per årgång är ca 8 000 svarande.

Besvärsundersökningens och Arbetsmiljöundersökningens referensperiod sträcker sig 12 månader tillbaka i tiden från intervjutillfället. Arbetsmiljöundersökningen utförs sista kvartalet respektive undersökningsår. Samma personer återkommer sedan i besvärsundersökningen första kvartalet påföljande år.

För kvalitetsaspekter på Arbetsmiljöundersökningarna och Besvärsundersökningarna hänvisas till respektive Statistiskt Meddelande.

Data angående exponeringar och sjuknärvaro ingår i Arbetsmiljöundersökningarna och om besvär och sjukfrånvaro i Besvärsundersökningarna

Parallella analyser görs för kvinnor och män. Åldersskillnader kontrolleras genom separata analyser för olika åldersgrupper, dvs. genom att effekter av arbetsmiljöförhållanden etc. studeras för varje åldersgrupp. Följande uppdelning görs: 16–29; 30–49; 50–64 år.

Undersökningarna belyser hur *en arbetsmiljöfaktor i taget* påverkar ohälsa eller arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Det innebär till exempel att sambandet mellan kroppsligt ansträngande jobb och arbetsrelaterad sjukfrånvaro undersöks. I gruppen som har kroppsligt ansträngande arbete finns också "naturligt" andra påfrestningar som kan inverka. Dessa andra påfrestningar kontrolleras inte för i våra analyser.

För att belysa hur starkt sambandet är mellan en arbetsmiljöfaktor och arbetsrelaterad sjukfrånvaro har oddskvoter beräknats.

Data har lagts i en fyrfältstabell enligt nedan och beräknats enligt formeln $OR=ad/bc$

| Utsatt för | Sjukfrånvaro | |
|------------|--------------|-----|
| | Ja | Nej |
| Ja | a | b |
| Nej | c | d |

De bakgrundsvariabler som används för att belysa olika samband och sjukfrånvaro är kön, ålder samt sektor. För grupper under 100 personer presenterades inga resultat.

7.3 Sammanfattning av resultaten av analyserna

Den ökning av sjukfrånvaron totalt i samhället som skett under senare tid motsvaras också av en ökning av den arbetsrelaterade sjukfrånvaron. Speciellt gäller det sjukfrånvaro som kan hänföras till arbetsrelaterade besvär som har andra än rent fysiska orsaker.

Det finns starka samband mellan olika fysiska exponeringar i arbetslivet, fysiska besvär och arbetsrelaterad sjukfrånvaro, men sambanden har inte ökat i styrka under tidsperioden.

Sambanden mellan psykosocial exponering i arbetslivet och arbetsrelaterade besvär är starka och har ökat under tidsperioden.

Bland kvinnor har också sambanden mellan psykosociala exponeringar och sjukfrånvaro ökat.

7.3.1 Samband mellan exponering i arbetslivet och besvär

Fysisk exponering – besvär

De som varje dag lyfter tungt i jobbet, arbetar minst en fjärdedel av tiden i vriden arbetsställning, i framåtlutad arbetsställning eller med upplyfta armar har ofta ont i kroppen efter arbetsdagens slut med kroppsliga besvär som följd. Detta påverkar både arbetet och privatlivet. De känner ofta olust inför att gå till arbetet men lider sällan av sömnproblem på grund av tankar på arbetet och har sällan andra besvär än kroppsliga på grund av arbetet. Förändringarna i sambandens styrka under tidsperioden är små.

Monotont arbete – besvär

De som har ett arbete som innebär upprepade arbetsmoment eller monotont arbete minst halva tiden har ofta ont i kroppen efter arbetets slut och även fysiska besvär som påverkar arbete och fritid. Vissa känner olust inför att gå till arbetet men däremot har man inte sömnsvårigheter eller andra besvär än kroppsliga på grund av arbetet. Ingen ökning av sambandens styrka kan ses under den studerade tidsperioden.

Psykosocial exponering – besvär

De som har höga krav i arbetet känner ofta olust inför att gå till arbetet och har i hög grad sömnproblem till följd av arbetet och andra besvär än kroppsliga på grund av arbetet. Däremot är sambanden mellan höga krav i arbetet och fysiska besvär eller ont i kroppen måttliga. De funna sambanden har ökat i styrka under den studerade tidsperioden för både kvinnor och män.

De som har ett litet inflytande över sitt arbete känner också olust inför att gå till arbetet men har inte speciellt mycket sömnproblem. Alla typer av besvär har bara måttliga samband med att ha lite inflytande.

Sambandet mellan olust inför att gå till arbetet och exponering för olika psykosociala faktorer i arbetslivet har ökat under perioden.

Att ha både höga krav och litet inflytande över arbetet brukar klassificeras som att arbeta under *hög anspänning*. Ett sådant arbete har i våra analyser starka statistiska samband med olust att gå till arbetet, sovsvårigheter på grund av arbetet, med ont i kroppen efter arbetsdagen och olika typer av besvär. Detta gäller både kvinnor och män och sambanden ökar i styrka under tidsperioden.

Ett arbete med höga krav men med bra inflytande brukar klassificeras som ett *aktivt arbete*. Av dem som har denna typ av arbete känner en mindre andel olust inför att gå till arbetet men de har sömnproblem och speciellt bland kvinnorna har en stor andel ofta ont i kroppen efter arbetsdagens slut. Andelen med ett aktivt jobb och sömnsvårigheter har ökat under tidsperioden medan andelen kvinnor med ett aktivt jobb och ont i kroppen är i stort sett konstant.

Dåligt socialt stöd i arbetet har starka samband med olust att gå till arbetet och sömnproblem samt måttliga samband med ont i kroppen och olika typer av besvär. Ingen ökning av sambandens styrka kan ses under den studerade tidsperioden.

7.3.2 Samband mellan exponering i arbetslivet och sjukfrånvaro

Fysiska exponeringar – sjukfrånvaro

Vi finner klara samband mellan arbetsrelaterad sjukfrånvaro och de ovan nämnda fysiska exponeringarna. Men sambanden minskar i styrka under den studerade tidsperioden. Vid specialstudier av sambanden vad gäller sjukfrånvaro mer än 5 veckor är sambanden ofta starkare men de minskar i styrka under perioden på samma sätt som sjukfrånvaron totalt.

Av våra analyser framgår bland annat att om man kunde eliminera arbete i fram-lutad arbetsställning skulle andelen som varit sjukfrånvarande någon gång under de senaste 12 månaderna minska bland män med 27 procent och bland kvinnor med 18 procent. Man skulle få motsvarande effekt om man tog bort arbete i vridna arbetsställningar. Om man ser till den långa sjukfrånvaron bland män ser man ännu tydligare vådan av de påfrestande arbetsställningarna.

Monotont arbete – sjukfrånvaro

Sambanden med arbetsrelaterad sjukfrånvaro är måttliga till starka och minskar i styrka under perioden. Detta gäller också den långa sjukfrånvaron

Psykosocial exponering – sjukfrånvaro

Sambanden mellan höga krav och lite inflytande och sjukfrånvaro är måttliga. Sambanden mellan höga krav och sjukfrånvaro bland kvinnor, både lång och kort, har dock ökat kontinuerligt under den studerade tidsperioden. För män fluktuerar sambanden.

Bland kvinnor med höga krav i sitt arbete skulle ungefär 30 procent färre vara sjukfrånvarande någon gång under de senaste 12 månaderna om kraven blev lägre. Att komma till rätta med de höga kraven i arbetet skulle på motsvarande sätt innebära att andelen kvinnor med lång sjukfrånvaro skulle minska med ca 30 procent. Bland män skulle en minskning av de höga kraven betyda att sjukfrånvaron minskar med omkring 10 procent.

Andelen kvinnor och män som arbetar under hög anspänning (dvs. har både höga krav och litet inflytande) och också är sjukfrånvarande på grund av arbetsrelaterade besvär har ökat signifikant såväl vad det gäller total som lång arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Sambanden mellan dåligt socialt stöd och sjukfrånvaro, kort såväl som lång, är måttliga och har inte förändrats mycket under tidsperioden.

7.3.3 Samband mellan besvär och sjukfrånvaro

Besvär – sjukfrånvaro

Vid en analys av orsakssambanden mellan olika arbetsrelaterade besvär och arbetsrelaterad sjukfrånvaron totalt ser vi att det finns klara samband mellan sjukfrånvaro och olust att gå till arbetet, ont i kroppen efter arbetsdagen och sömnproblem på grund av tankar på jobbet.

Den arbetsrelaterade sjukfrånvaron, både kort och lång, till följd av arbetsorsakade besvär, oavsett typ av besvär, har ökat bland kvinnor under hela den undersökta perioden. För män har utvecklingen fluktuerat över åren. Bland de män som uppgett andra besvär än fysiska kan dock en ökning av sjukfrånvaron oavsett längd konstateras sedan 1997/98. För män med fysiska besvär har den långa sjukfrånvaron ökat sedan 1997/98.

Sjuknärvaro, återhämtning och tid för privatlivet

Runt 18 procent av både kvinnor och män har under de senaste 12 månader gått till arbetet minst fyra gånger trots att de varit sjuka. De arbetsmiljöförhållanden som leder till sjuknärvaro är i stort sett desamma som de som leder till sjukfrånvaro.

Starkast samband finns för både kvinnor och män med höga krav i arbetet och sjuknärvaro.

Runt 40 procent av både kvinnor och män anser sig sakna tid för privatlivet varje vecka. 12 procent anser att de får klart otillräckligt med vila och 14-16 procent klart otillräckligt med sömn. Över 60 procent av kvinnorna som arbetar under hög anspänning uppger att de får klart otillräckligt med sömn. 60 procent av männen som arbetar under hög anspänning saknar tillräcklig tid för privatlivet.

7.3.4 Sambandens variation vad gäller ålder och kön

Olika åldrar och kön

Sambanden mellan fysiska faktorer och besvär är starkare bland män än bland kvinnor och ofta starkare bland yngre än bland de äldre. Starka samband finner vi också ofta för äldre män i början av den aktuella tidsperioden. Sambanden mellan psykosociala faktorer och besvär är ofta starkare bland kvinnor än bland män men tycks inte påverkas av åldern.

Kvinnor har generellt högre arbetsrelaterad sjukfrånvaro än män. Det gäller såväl kort som lång sjukfrånvaro, och den långa ökar med ökande ålder. Den korta är vanligast bland dem under 50 år för såväl kvinnor som män. I stort sett all sjukfrånvaro, bland såväl kvinnor som män och i alla åldersgrupper, har ökat sedan 1995.

Sambanden mellan fysiska faktorer och arbetsrelaterad sjukfrånvaro är oftast starkare bland män än bland kvinnor och starkast bland äldre män i början av perioden. Sambanden mellan psykosociala faktorer och sjukfrånvaro visar inte på några tydliga skillnader mellan kvinnor och män. Sambanden mellan sömnsvårigheter och sjukfrånvaro bland kvinnor ökar under tidsperioden, speciellt vad gäller lång sjukfrånvaro. Ökningen är störst för kvinnor under 30 år.

En större andel kvinnor än män har arbetsrelaterade besvär som föranleder sjukfrånvaro. Ökningen av andelen som är sjukfrånvarande på grund av arbetsrelaterade besvär är också störst bland kvinnor. Den största ökningen finner vi mellan åren 1999/00 och 2001/02 bland både kvinnor och män som har andra besvär än fysiska och är i åldern 30-49 år. En kraftig ökning av den långa sjukfrånvaron på grund av fysiska besvär ser vi under samma tidsperiod bland kvinnor i alla åldersgrupper.

För dem med andra besvär än fysiska ökar den långa sjukfrånvaron bland kvinnor och medelålders män 2001/02 efter att ha varierat under åren 1995-2000.

7.3.5 Sambandens variation inom olika sektorer

Offentlig och privat sektor

Endast små skillnader finns mellan sektorerna vad gäller samband mellan fysiska förhållanden på arbetet och olika besvär utfall. Däremot ser vi en kraftig ökning av sambanden mellan sovsvårigheter på grund av arbetet och sjukfrånvaro över 5 veckor bland kvinnor inom offentlig sektor.

Bland kvinnor är sjukfrånvaro till följd av besvär, oavsett typ av besvär, störst inom offentlig sektor. Inom denna sektor finns också merparten av de sysselsatta kvinnorna. Andelen kvinnor inom offentlig sektor som någon gång varit sjukfrånvarande på grund av andra besvär än fysiska har ökat med nästan 19 procentenheter sedan 1995/96 och med 10 procentenheter mellan 1999/00 och 2001/02. Vad gäller den långa sjukfrånvaron är motsvarande siffror 10 procentenheter respektive 6 procentenheter.

Sjukfrånvaro totalt på grund av fysiska besvär är vanligare bland män inom privat sektor än inom offentlig sektor. Mellan 1995/96 och 2001/02 har en ökning skett med 9 procentenheter och mellan 1997/98 och 2001/02 är ökningen drygt 4 procentenheter.

Såväl inom offentlig som privat sektor är sjukfrånvaro till följd av andra besvär än fysiska vanligare bland kvinnor än bland män. Bland dem som uppgett andra besvär ökar sjukfrånvaron mer, än bland dem som uppgett fysiska besvär. Det gäller både total och lång sjukfrånvaro, och inom privat såväl som offentlig sektor.

7.3.6 Avslutande diskussion

Analyserna pekade mot att ökningen av den arbetsrelaterade sjukligheten inte motsvaras av någon ökning av exponeringen vad gäller de studerade fysiska faktorerna ej heller av starkare samband mellan fysisk exponering och besvär eller mellan fysisk exponering och sjukfrånvaro. Fysisk exponering förklarar alltså inte ökningen av den långa arbetsrelaterade sjukfrånvaro bland kvinnor. Eftersom ökningen är stor bland yngre kvinnor borde förklaringen inte heller ligga i att besvärerna kommer från tidigare besvärliga arbetsförhållanden som först senare ger sig tillkänna och orsakar besvär som resulterar i långa sjukskrivningar.

Däremot fann vi i våra analyser att allt flera människor upplever höga krav i arbetslivet och att en ökande andel kvinnor arbetar under hög anspänning. Denna typ av arbeten har för kvinnor samband med olust att gå till arbetet, sömnsvårigheter samt ont i kroppen efter arbetet. Olust att gå till arbetet och sovsvårigheter på grund av tankar på arbetet har ökat under den studerade tidsperioden. Styrkan i sambanden mellan sovsvårigheter, olust och sjukfrånvaro har också ökat.

Frågor om sömnsvårigheter på grund av arbetet och olust inför att gå till arbetet tycks fånga viktiga aspekter av stressen i arbetslivet.

Noteras kan att sjukfrånvaron bland dem som har aktivt arbete (höga arbetskrav och stort inflytande) bland kvinnor förefaller ha utvecklats till en riskfaktor för sjukfrånvaro medan det inte är så bland män. Det kan innebära att det relativt höga inflytande man har i det aktiva arbetet ändå inte är tillräckligt för att hantera de höga kraven i arbetet. Möjligen kan det ha att göra med att en stor del av kvinnor med aktiva arbeten finns i "människoyrken" där det kan vara särskilt påfrestande att känna att man inte räcker till.

I vårt material fanns inga uppgifter om organisationsförändringar eller personalnedskärningar. Däremot har man i andra analyser inom SCB konstaterat att arbets-

ställen som antingen kryper eller växer har högre sjuktal än de där antalet anställda inte förändrats. I MOA-undersökningen konstaterades att omorganisationer kunde vara förknippade med både positiva och negativa upplevelser. Dock mådde de som arbetade på arbetsplatser där få förändringar skett i många avseenden bättre (vad gäller psykisk hälsa och muskeloskeletala besvär) än de som arbetade på mindre stabila arbetsplatser.

Arbetsmiljöverket har under sin Stresskampanj konstaterat att sjukskrivningar på grund av psykosociala s.k. stressrelaterade arbetssjukdomar främst finns på arbetsplatser där man gjort återkommande organisationsförändringar, där arbetsmängden är stor och där konflikter förekommer på arbetsplatsen. I många fall har också omorganisationer varit led i besparingar med personalminskningar och därmed ökande arbetsbelastning. Kanske är återkommande omorganisationer och personalförändringar en av orsakerna till att man upplever höga krav i arbetet och arbetar under hög anspänning. Detta kan då vara en bidragande orsak till olika typer av besvär och sjukfrånvaro på grund av andra besvär än kroppsliga, vilka också ökat kraftigt under senare år.

Det framgår av våra analyser att de med höga krav i arbetet och de som fått arbetsrelaterade besvär också i högre grad än andra går till arbetet fastän de borde stannat hemma av hälsoskäl.

Det finns starka samband mellan sjuknärvaro och arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Det kan vara så, att många med höga krav i arbetet går till jobbet trots att man är sjuk. Till slut orkar man inte längre utan måste sjukskriva sig.

Att få tillräckligt med sömn och vila mellan arbetsdagarna betonar många forskare som viktigt för hälsan. Sambanden mellan höga arbetskrav och brist på vila och sömn är mycket starka i våra analyser bland såväl kvinnor som män.

Det fanns i vårt material inga belägg för att det skulle blivit en förändring vad gäller benägenheten att sjukskriva sig för ont i kroppen under senare år. Däremot har den procentuella andelen av dem med arbetsrelaterade besvär som också är sjukskrivna ökat. Särskilt gäller det andra besvär än kroppsliga. Detta kan ha flera orsaker. Besvären kan ha blivit av allvarigare art, man kan ha blivit mindre tolerant på arbetsplatserna för personer med nedsatt arbetskapacitet eller så kan det ha blivit en förskjutning i vad som anses vara normala påfrestningar i livet.

Analyserna i rapporten visade på nödvändigheten av att minska de psykosociala belastningarna i arbetslivet för att bryta ökningen av mängden av människor som är sjukskrivna på grund av arbetsrelaterade besvär. Bland kvinnor med höga krav i sitt arbete skulle runt 30 procent färre vara sjukfrånvarande någon gång under de senaste 12 månaderna om kraven blev lägre. Att komma till rätta med de höga kraven i arbetet skulle på motsvarande sätt innebära att även andelen kvinnor med lång sjukfrånvaro skulle minska med ca 30 procent. Bland män skulle en minskning av de höga kraven betyda att sjukfrånvaron minskar med omkring 10 procent.

Om våra hypoteser om samband mellan organisationsförändringar och personalförändringar är korrekta bör i rekommendationerna också ingå råd om att vara varsam med omorganisationer och andra förändringar. Sådana förändringar kan förorsaka osäkerhet och ökad arbetsbelastning med påfrestningar för de anställda, risk för ohälsa, sjukfrånvaro och därmed ökade samhällskostnader.

Sömnsvårigheter på grund av tankar på arbetet och brist på tillräcklig tid för sömn framstår som en av de mest påtagliga effekterna av de ökade kraven i arbetslivet.

Dessa sömnproblem har också visat klara samband med den arbetsrelaterade sjukfrånvaron, speciellt när orsakerna är inte rent fysisk exponering, och speciellt vad gäller lång sjukfrånvaro.

Det är också viktigt att påpeka att även om de fysiska exponeringarna i arbetslivet inte kan förklara senare tids ökning av sjukfrånvaron är sambanden fortfarande starka. Våra analyser visar att en reducering den fysiska exponeringen i arbetslivet skulle minska den arbetsrelaterade sjukfrånvaron, för kvinnor med 10–20 procent och för män runt 30 procent.

7.4 Planer inför framtiden

Analyserna som här presenteras har gjorts med hjälp av univariata metoder. För att analysera hur de olika arbetsmiljöfaktorerna inbördes inverkar på sjukfrånvaron bör analyser göras med hjälp av multivariata metoder. Om även andra typer av variabler som t.ex. antalet hemavarande barn, arbetställets storlek och individens utbildningsnivå tas med i analysen kan vi mer klart analysera inverkan av olika arbetsmiljörelaterade variabler på den arbetsrelaterade sjukfrånvaron. Med hjälp av den nya myndighets gemensamma (RFV och SCB) databasen LISA, som kommer att färdigställas under 2004, kommer det också att bli möjligt att analysera arbetsmiljöns betydelse för den totala sjukfrånvaron. Sådana analyser förutsätter också användande av multivariata metoder. Avdelningen för arbetsmarknads- och utbildningsstatistik vid SCB kommer att fortsätta arbetet med att utreda principerna för hur viktade surveymaterial skall kunna användas i denna typ av avancerade analyser.

8 Arbetsrelaterad sjukfrånvaro 1996–2003

Madeleine Bastin

Med *arbetsorsakade besvär* menas sådana besvär som respondenten relaterar till sitt arbete och som lett till att man haft "svårt att utföra sitt arbete eller det dagliga hemarbetet" under den gångna tolv månadersperioden. Besvären kan vara fysiska eller andra och de kan ha uppstått genom olycksfall eller på annat sätt i arbetet. Undersökningen innehåller frågor där besvären specificeras och där den enskilde får ange vilka arbetsförhållanden hon/han anser att de beror på. Dessutom anges om och i så fall hur mycket sjukfrånvaro besvären har lett till sammantaget under de gångna tolv månaderna. Här mäts alltså endast den del av sjukfrånvaro som den enskilde tillskriver arbetsförhållandena. Frågan gäller inte på vilket sätt man haft ekonomisk ersättning under sjukfrånvarotiden (genom arbetsgivaren, försäkringskassan etc.). Med begreppen *kort* respektive *lång* sjukfrånvaro menas enligt undersökningen om Arbetsorsakade besvär sjukfrånvaro *upp till och med fyra veckor* respektive *fem veckor eller mer*.

Tabellen visar den arbetsrelaterade sjukfrånvarons utveckling från 1996 till 2003 för kvinnor respektive män. Källan är undersökningen av Arbetsorsakade besvär. Den är en intervjuundersökning som görs som tillägg till Arbetskraftsundersökningarna, AKU. Undersökningen genomförs årligen som uppdrag från Arbetsmiljöverket, och resultaten redovisas bl.a. i Statistiska meddelanden, senast *Arbetsorsakade besvär 2003 (AM 43 SM 0301 Arbetsmiljöverket och SCB)*. För metodbeskrivning och definitioner hänvisas till det statistiska meddelandet.

Tabell 8.1
Arbetsrelaterad sjukfrånvaro 1996–2003

| Kvinnor | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| Arbetsrelaterade besvär | | | | | | | | |
| med sjukfrånvaro minst en dag | 7,4 | 7,3 | 7,6 | 9,0 | 10,4 | 11,7 | 12,4 | 13,1 |
| med sjukfrånvaro 5 veckor eller mer | 3,8 | 3,6 | 3,5 | 4,6 | 5,3 | 6,9 | 7,3 | 7,5 |
| utan sjukfrånvaro | 15,2 | 16,5 | 17,0 | 18,2 | 19,8 | 16,9 | 18,0 | 18,9 |
| Arbetsolycka | | | | | | | | |
| med sjukfrånvaro | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,2 |
| utan sjukfrånvaro | 0,8 | 1,1 | 1,1 | 1,8 | 1,8 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| Andra förhållanden i arbetet | | | | | | | | |
| med sjukfrånvaro | 6,4 | 6,2 | 6,7 | 7,8 | 9,2 | 10,6 | 11,4 | 11,9 |
| utan sjukfrånvaro | 14,3 | 15,3 | 15,8 | 17,0 | 18,7 | 15,8 | 17,0 | 17,7 |

Fet markering anger signifikant förändring mellan 1996 och 2003.

| Män | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| Arbetsrelaterade besvär | | | | | | | | |
| med sjukfrånvaro minst en dag | 6,1 | 5,5 | 5,5 | 6,1 | 7,6 | 7,7 | 8,8 | 8,9 |
| med sjukfrånvaro 5 veckor eller mer | 2,4 | 2,2 | 2,1 | 2,5 | 3,1 | 3,6 | 4,0 | 4,3 |
| utan sjukfrånvaro | 12,6 | 13,2 | 13,2 | 13,6 | 14,6 | 14,1 | 15,8 | 16,5 |
| Arbetsolycka | | | | | | | | |
| med sjukfrånvaro | 1,4 | 1,4 | 1,6 | 1,6 | 1,8 | 1,9 | 1,8 | 1,8 |
| utan sjukfrånvaro | 1,6 | 1,8 | 1,5 | 1,8 | 1,7 | 1,6 | 1,8 | 1,6 |
| Andra förhållanden i arbetet | | | | | | | | |
| med sjukfrånvaro | 4,6 | 4,1 | 3,9 | 4,5 | 6,0 | 5,9 | 7,0 | 7,3 |
| utan sjukfrånvaro | 11,0 | 11,5 | 11,7 | 11,9 | 12,9 | 12,5 | 14,1 | 14,9 |

Fet markering anger signifikant förändring mellan 1996 och 2003.

Resultaten visar i stort en kontinuerlig ökning under perioden av sjukfrånvaron till följd av arbetsorsakade besvär för både kvinnor och män. Det kan inte avgöras om denna utveckling eventuellt har stannat av, men inget tyder så här långt på att den har vänt. Den arbetsrelaterade sjukfrånvaron – oavsett graden av sjukfrånvaro – är högre bland kvinnor än bland män.

I nedanstående tabell visas liknande resultat för år 2003 åldersuppdelat. Könsskillnaden har konstaterats ovan och här visas att bland kvinnor, 50 år eller äldre, är den långa sjukfrånvaro högre än bland kvinnor i andra åldersgrupper. Däremot är den korta sjukfrånvaron mest frekvent bland kvinnor 30–49 år. I bilagetabell C redovisas en tidsserie för perioden 1996–2003 beträffande arbetsrelaterade besvär för män och kvinnor i olika åldrar. Av det materialet framgår att i stort sett all sjukfrånvaro kort som lång och i alla åldersgrupper har ökat under perioden.

Bland män är den långa sjukfrånvaron mest frekvent bland de "äldre" 50–64 år och den korta sjukfrånvaron bland män under 50 år.

Tabell 8.2
Arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro 2003 efter kön och ålder

| | 16–29 år | | 30–49 år | | 50–64 år | | 16–64 år | |
|---|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | M | Kv | M | Kv | M | Kv | M | Kv |
| Arbetsrelaterade besvär | 22,5 | 24,6 | 26,7 | 32,8 | 25,3 | 35,5 | 25,4 | 32,0 |
| Sjuk minst en dag p.g.a. besvär | 7,5 | 8,4 | 9,2 | 13,2 | 9,5 | 15,9 | 9,0 | 13,1 |
| Sjuk minst 5 veckor p.g.a. besvär | 2,0 | 3,2 | 3,8 | 7,0 | 6,5 | 11,1 | 4,3 | 7,5 |
| Arbetsolycka | 3,4 | 2,3 | 3,6 | 2,6 | 3,1 | 2,3 | 3,4 | 2,4 |
| Sjuk minst en dag p.g.a. arbetsolycka | 1,9 | 0,9 | 1,9 | 1,3 | 1,6 | 1,2 | 1,8 | 1,2 |
| Sjuk minst 5 veckor p.g.a. arbetsolycka | 0,5 | 0,2 | 0,8 | 0,6 | 1,1 | 0,9 | 0,8 | 0,6 |
| Andra förhållanden i arbetet | 19,3 | 22,6 | 23,3 | 30,2 | 22,3 | 33,2 | 22,2 | 29,6 |
| Sjuk minst en dag p.g.a. andra förhållanden i arbetet | 5,6 | 7,7 | 7,5 | 11,8 | 8,0 | 14,6 | 7,3 | 11,9 |
| Sjuk minst 5 veckor p.g.a. andra förhållanden i arbetet | 1,6 | 3,0 | 3,0 | 6,4 | 5,4 | 10,2 | 3,4 | 6,9 |

9 Arbetsställets effekt på sjukskrivningarna

Gun Alm Stenflo

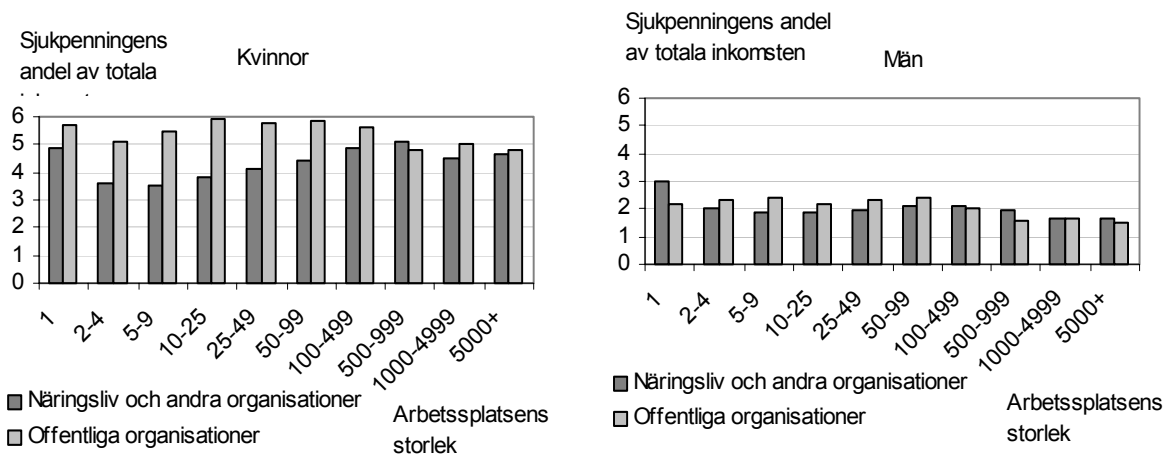
Inom samma näringsgren finns arbetsställen med större och mindre problem med sjukskrivningar. Om samtliga arbetsställen med extremt hög eller hög risk för sjukskrivning fick medelhög risk skulle cirka en fjärdedel av de kostnader de åsamkar samhället kunna sparas.

9.1 Högst sjukpenningandel på arbetsplatser med 50–500 anställda

I diskussionen om orsakerna till det snabbt ökande antalet långtidssjukskrivna har det från vissa håll hävdats att nya krav på de anställda har gjort att problemen på arbetsplatserna ökat. Men även om sjukskrivningarna ökar totalt skulle orsaken kunna vara att det endast är några få arbetsplatser med speciellt ogynnsamma arbetsförhållanden som står för förändringen.

En studie av samtliga arbetsplatser som har fler än fem anställda visar att det finns en olikhet mellan arbetsplatserna redan 1996 och olikheten ökar över tiden. Arbetsplatsen har definierats som det ställe där alla har samma CFAR-nummer, ett nummer som företagsregistret ger arbetsplatserna, ett visst år. Tiden med sjukpenning⁴ har skattats med hjälp av inkomster och endast sjukskrivningar som överstiger fjorton dagar ingår.

Fig. 9.1
Sambandet mellan antalet anställda på ett visst arbetsställe och sjukpenningens andel av totalinkomsten år 2001



⁴ Det mått på sjukskrivning som används är den andel av den totala inkomsten som utgörs av sjukpenning. Totala inkomsten under året beräknas som inkomster av pension, sjukpenning, arbetslöshet, studier, åtgärdssysselsättning, förtidspension och föräldrapenning. De multipliceras med 1,25 eftersom de approximativt antas kompensera cirka 80 procent av inkomsten. Dessutom adderas förvärvsinkomst och livränta utan att viktas. Tiden en person varit borta under året skattas som "inkomst av sjukpenning gånger 1,25 / totala inkomsten.", Om den totala inkomsten får maximalt vara så stor som "sjukpenningstaket", för att inte tiden ska underskattas för höga inkomster. Måttet har utvärderats mot RFV:s statistik om antalet långtidssjukskrivna och följer utvecklingen mycket väl. För 1996 har vikten varit 1,33 eftersom ersättningsnivån då var 75 procent av inkomsten.

Arbetsplatser med 2–4 anställda har i medeltal minst sjukpenningandel per anställd under hela perioden 1996–2001. Av diagrammet framgår att sambandet mellan arbetsställets storlek och andelen sjukskrivna i huvudsak gäller för kvinnor. Skillnaderna är speciellt stora för kvinnor som arbetar inom sektorn näringsliv och andra organisationer. Hårdast drabbade är arbetsplatser med mellan 50 och 500 anställda. Därefter minskar andelen för större arbetsplatser. (Se not i slutet av detta avsnitt). Den förklaring som oftast framförs till att andelen sjukskrivna är låg på små arbetsplatser är att den sociala kontrollen är större. Å andra sidan har stora arbetsplatser ofta större resurser till personalvård och det finns också möjlighet att byta arbetsuppgifter utan att byta arbetsplats. Den stora skillnaden mellan könen visar att det inte är arbetsställets storlek i sig som betyder något utan andra faktorer som samvarierar med arbetsplatsens storlek. Det kan till exempel vara möjligheter att påverka sin egen arbetssituation eller arbetets art.

9.2 Arbetsställen inom vårdsektorn hårt drabbade

Arbetsställets näringsgren betyder mycket för om tiden med sjukpenning i medeltal per anställd ska vara hög eller låg. Det är känt att "äldrevård och handikappomsorg" hör till de mest sjukdrabbade. Men samtidigt som en stor del av de arbetsplatserna här har extremt hög risk för lång sjukpenningandel, så finns det också ett betydande antal som har lägre risk än arbetsställen i gemen.

Inom näringsgrenen "Äldre- och handikappomsorg" hade över 25 procent av arbetsställen med över fyra anställda extremt hög risk för att de anställda i medeltal ska ha lång tid med sjukersättning år 2001. Näringsgrenarna "Barnomsorg", "Övrig vård och omsorg" hade omkring 17 procent arbetsställen med extremt hög risk följt av Utbildning och "Hälso- och sjukvård", där omkring 15 procent av arbetsplatserna hade extremt hög risk för lång sjukpenningandel. Näringsgrenar inom den tunga industrin har mellan 7–9 procent av arbetsställen med extremt hög risk. Fördelningen mellan näringsgrenarna är ungefär densamma om man ser till hög risk.

Men inom samma typ av verksamhet finns arbetsplatser som har låg risk för lång sjukpenningandel. Det finns alltså verksamheter som liknar varandra men där variationen är stor mellan arbetsplatserna. En registerstudie kan inte ge exakt svar på vilka faktorer som ligger bakom skillnaden, men det går att identifiera arbetsställen som enligt de uppgifter vi har i registren har likartade förutsättningar, men som har olika risk för längre sjukfrånvaro. Det skulle vara intressant att via riktade enkäter försöka få svar på vad som skiljer den typen av arbetsställen åt.

Tab. 9.1
Näringsgrenar där kostnaden för sjukpenning är störst för arbetsställen med fler än fyra anställda år 2001

| Näringsgren | Procent av arbetsställen med fler än fyra anställda med | | | | Antal arbetsplatser med fler än fyra anställda | Kostnad totalt för sjukpenning i miljoner kronor | Besparing om hög och extremt hög risk blev medel i miljoner kronor |
|----------------------------|---|----------|----------------|----------|--|--|--|
| | Extremt hög risk | Hög risk | Medel-hög risk | Låg risk | | | |
| Övrig vård och omsorg | 17,7 | 39,8 | 0,8 | 41,6 | 3 708 | 678,1 | 266,5 |
| Parti- och agenturhandel | 2,4 | 20,4 | 4,2 | 73,1 | 8 478 | 683,4 | 165,8 |
| Detaljhandel m.m. | 5,7 | 26,9 | 3,9 | 63,6 | 11 048 | 1 061,5 | 289,7 |
| Barnomsorg | 17,2 | 37,7 | 0,4 | 44,4 | 7 487 | 1 091,0 | 371,8 |
| Transport och magasinering | 6,2 | 29,9 | 4,6 | 59,3 | 6 349 | 1 147,4 | 347,8 |
| Byggverksamhet | 5,0 | 28,8 | 6,4 | 60,3 | 9 604 | 1 152,9 | 321,7 |
| Offentligförvaltning m.m. | 8,5 | 33,8 | 1,5 | 56,2 | 4 854 | 1 596,7 | 260,7 |
| Andra företagstjänster | 4,8 | 24,3 | 4,2 | 66,7 | 10 426 | 1 603,5 | 390,4 |
| Äldre- och handikappomsorg | 24,8 | 41,7 | 0,9 | 32,5 | 5 437 | 2 185,9 | 591,8 |
| Utbildning | 15,1 | 39,8 | 0,6 | 44,8 | 7 034 | 2 350,1 | 530,6 |
| Hälsa- och sjukvård | 15,9 | 35,3 | 0,4 | 48,4 | 3 816 | 2 478,1 | 341,9 |

9.3 Vad skiljer goda och dåliga arbetsplatser inom äldrevården och barnomsorg?

En mer detaljerad studie av de mest drabbade näringsgrenarna "Äldre och handikappomsorg" och "Barnomsorg" visar att tiden de anställda har sjukersättning i medeltal under året är kortare inom privat sektor. Arbetsplatserna är mindre och könsfördelningen jämnare och medelåldern är lägre inom den privata äldrevården.

Tab. 9.2
Sjukskrivning, medelålder, medelantalet anställda och könsfördelning på arbetsställen inom äldre- och handikappvård samt barnomsorg år 2001

| Äldrevård | | Antal arbetsställen | Medelantalet anställda | Sjukpenningandel per anställd i procent av året | Medelålder | Procent kvinnor |
|-------------------------------------|------------------|---------------------|------------------------|---|------------|-----------------|
| | Risk | | | | | |
| Offentliga organisationer | Extremt hög risk | 1 199 | 58,2 | 7,5 | 41,7 | 92,0 |
| | Hög risk | 1 812 | 54,2 | 6,7 | 42,1 | 90,7 |
| | Låg risk | 1 175 | 28,0 | 2,5 | 42,8 | 87,4 |
| Näringsliv och andra organisationer | Extremt hög risk | 153 | 43,2 | 6,1 | 40,1 | 76,3 |
| | Hög risk | 456 | 40,0 | 5,7 | 39,0 | 75,8 |
| | Låg risk | 591 | 24,4 | 1,9 | 39,6 | 66,4 |
| Barnomsorg | | Antal arbetsställen | Medelantalet anställda | Sjukpenningandel per anställd i procent av året | Medelålder | Procent kvinnor |
| | Risk | | | | | |
| Offentliga organisationer | Extremt hög risk | 1 207 | 18,6 | 8,6 | 42,5 | 94,3 |
| | Hög risk | 2 359 | 18,2 | 7,9 | 42,4 | 92,6 |
| | Låg risk | 2 329 | 14,3 | 1,9 | 42,6 | 91,1 |
| Näringsliv och andra organisationer | Extremt hög risk | 84 | 27,2 | 5,3 | 42,2 | 55,8 |
| | Hög risk | 468 | 14,7 | 6,6 | 39,2 | 73,1 |
| | Låg risk | 1 001 | 11,3 | 1,3 | 39,0 | 75,4 |

Barnomsorgen har också mycket jämnare könsfördelning och lägre medelålder inom den privata sektorn. De arbetsplatser inom den privata barnomsorgen som har extremt hög risk för sjukskrivning är förhållandevis stora.

Arbetsplatser med liten sjukpenningandel har i medeltal färre anställda både inom privata aktiebolag och kommunal förvaltning. Både för äldrevård och barnomsorg gäller att ju större arbetsplats desto högre andel sjuka.

9.4 Vad kan man spara?

År 2001 stod 20 procent av samtliga arbetsställen med nästan hälften alla anställda för drygt 80 procent av de totala kostnaderna för sjukpenning. I medeltal betalades över 5 000 kronor ut i sjukpenning per anställd och år på dessa arbetsplatser.

De totala inkomsterna som från sjukpenning och rehabilitering till personer i åldrarna 20–64 uppgick år 2001 till något över 39 miljarder kronor. Cirka 15 miljarder av de totala kostnaderna för sjukskrivningar går till personer som inte varit sysselsatta i november under året. Av den anledningen saknar de uppgift om arbetsställe. Resten ca 24 miljarder betalades ut till dem som klassats som sysselsatta i november.

Om man lyckades minska kostnaderna så att alla arbetsställen som idag har hög eller extremt höga kostnader fick medelhöga kostnader skulle man spara omkring en fjärdedel av kostnaderna, sex miljarder av totalt 24 miljarder. Om de 20 000 arbetsställen inom sektorn "ej offentligt ägda aktiebolag" som har extremt hög eller hög risk för sjukskrivningar kunde sänka sina kostnader till medelhög nivå skulle man spara omkring 2,5 miljarder kronor. Om de 12 000 arbetsställen inom primärkommunal verksamhet som har extremt hög eller hög kostnad för sjukskrivning skulle göra detsamma skulle man spara nästan två miljarder kronor.

Inom näringsgrenar skulle analogt besparingen bli sammanlagt en miljard kronor, om samtliga arbetsställen med extremt eller hög risk för sjukskrivning inom "Äldre och handikappomsorg" och "Utbildning" i stället fick medelhög risk. Motsvarande besparing skulle bli mellan 0,3 och 0,4 miljarder för var och en av näringsgrenarna "Andra företagstjänster", "Barnomsorg", "Byggverksamhet", "Övrig vård och omsorg", "Hälso- och sjukvård" och "Transport och magasinering".

9.5 Låg sjukpenningandel kan bero på andra transfereringar

Om man studerar samtliga sysselsatta och inte sysselsatta i åldrarna 20–64 år och standardiserar för ålder och jämför andelen av den totala inkomsten som utgörs av i sjukskrivning, arbetslöshet och förtidspension 1996 och 2001 för samtliga kommuner i Sverige ser man att i Haparanda och Övertorneå är de bland de kommuner där andelen skattad med sjukpenning är lägst. I dessa kommuner har läkare offentligen förklarat sig vara restriktivt inställda till att sjukskriva. Arjeplog och Bjurholm är två kommuner där andelen av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning är högst.

Om man summerar den andel av inkomsten som utgörs av sjukpenning, arbetslöshet eller förtidspension är Haparanda den kommun som har högst andel både 1996 och 2001. Det ligger nära till hands att tro den restriktiva inställningen till sjukskrivning flyttar problemen från ett transfereringskonto till ett annat.

Andelen sjukskrivna i Bjurholm, Arjeplog och många andra kommuner i norra Sverige är emellertid så mycket högre än i övriga landet att finns all anledning att

tro att sjukskrivning används som en form av arbetslöshetsstöd. Om så inte är fallet skulle hälsoriskerna mycket större där än någon annan stans.⁵

Tab. 9.3

Andelen av den totala inkomsten som utgörs av sjukpenning, arbetslöshetsunderstöd och förtidspension

Samtliga siffror är ålderstandardiserade.

| Kommun | År | Andel sjukpenning | | Andel arbetslöshetsersättning | | Andel förtidspension | |
|------------|------|-------------------|-----|-------------------------------|------|----------------------|------|
| | | Kvinnor | Män | Kvinnor | Män | Kvinnor | Män |
| Haparanda | 1996 | 2,4 | 3,0 | 19,6 | 23,9 | 12,9 | 11,9 |
| | 2001 | 3,9 | 3,9 | 13,2 | 17,0 | 12,3 | 11,3 |
| Övertorneå | 1996 | 2,5 | 2,7 | 18,6 | 27,5 | 8,8 | 7,7 |
| | 2001 | 3,9 | 3,6 | 12,2 | 19,4 | 8,0 | 6,8 |
| Arjeplog | 1996 | 3,6 | 2,5 | 10,9 | 14,7 | 5,0 | 4,5 |
| | 2001 | 11,0 | 7,0 | 4,2 | 8,3 | 7,0 | 5,2 |
| Bjurholm | 1996 | 4,5 | 3,4 | 5,4 | 8,4 | 6,7 | 4,6 |
| | 2001 | 10,0 | 5,5 | 3,4 | 4,6 | 7,7 | 5,8 |

Åldersstandardisering

När man standardiserar för ålder beräknar man medelvärdet för de grupper man jämför genom att väga samman åldersspecifika medelvärden med en enda åldersfördelning av personer. I det här fallet har de åldersspecifika talen vägts samman med population män respektive kvinnor 1996. Det innebär att man tar bort den skillnad mellan grupperna som beror på ålder. Fördelningen av män och kvinnor 1996 har använts i samtliga beräkningar. Beräkningarna visar alltså hur det skulle sett ut om man haft samma åldersfördelning i samtliga studerade grupper.

Arbetsplatser med fler än fyra anställda har klassificerats i fyra grupper beroende på risk för sjukskrivning. **Extremt hög risk** har arbetsplatser där det under minst tre år mellan 1996 och 2001 betalats ut mer än 5000 kronor per anställd och år. **Hög risk** har ett arbetsställe som ej har extremt hög risk och där det under ett år betalats ut mer än 5 000 kronor per anställd och år.

Låg risk har ett arbetsställe där sjukpenningen i medeltal (standardiserat för ålder) understiger den som motsvarar arbetsställen med 2-4 anställda. Det innebär att arbetsstället har lägre kostnad för långtidssjukskrivning än små arbetsställen. **Övriga** arbetsställen klassas som att de har **medelstor risk** för långtidssjukskrivning.

⁵ Mer om regionala mönster finns i RFV(2003). Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun bransch.

Data för arbetsställen i olika storleksklasser. Skillnader mellan avsnitt 5 och detta avsnitt: Avsnitt 5 och detta avsnitt ger något olika bild av skillnaderna mellan arbetsställen i olika storleksklasser vad gäller sjukfrånvaro resp. sjukpenningandel. Först och främst redovisas ju olika saker i de två avsnitten (se också avsnitt 1.4.4. där skillnaden mellan sjukfrånvarande enligt KS och sjukskrivna enligt RFV förklaras). Dessutom är de mätningar som data kommer ifrån gjorda på olika sätt. I avsnitt 5 i visas att sjukfrånvaron ökar med arbetsställets storlek. Slutsatsen gäller anställda i privat sektor och baseras på den kortperiodiska sysselsättningsstatistiken (KS). KS bygger på uppgifter från ett urval av arbetsställen och avser en viss dag under mät månaden. En skillnad är också att frånvaro som betalas av arbetsgivaren (sjuklöneperioden) är inkluderad i värdena i avsnitt 5 men ej i detta avsnitt. Vad gäller redovisningen kan den inte göras på lika finfördelade grupper av arbetsställen i den urvalsbaserade statistiken som i detta avsnitt där samtliga arbetsställen ingår.

Mer att läsa:

Riksförsäkringsverket. *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun bransch*. RFV analyserar 2003:4. Stockholm.

Vad påverkar sjukskrivningarna? Registerstudie av hur sjukpenningkostnaderna utvecklats 1993–2001. Demografiska rapporter 2004:2, SCB

10 Lång sjukskrivning istället för förtidspension

Gun Alm Stenflo

Sedan 1997 har den långvariga sjukfrånvaron ökat kraftigt. Den allt restriktivare hållningen till förtidspension förklarar en stor del av ökningen bland de äldre i arbetskraften. Långtidssjukskrivning har fått ersätta förtidspensionering. När förtidspensioneringen nu ökar bör man kunna vänta en minskad sjukskrivning. I lägre åldrar är det mycket som talar för att stora omorganisationer och turbulens på arbetsplatsen medför ökad sjukskrivning. Bank- och kreditinstitut är exempel. Demografiska förändringar, med större andel äldre i arbetskraften, bidrar ganska lite till den ökade sjukskrivningen.

10.1 Transfereringssystemen bör analyseras tillsammans

Sedan 1997 har antalet långtidssjukskrivna, d.v.s. pågående sjukfall vid årsskiftet där sjukskrivningen varat mer än 30 dagar, fördubblats för män och mer än fördubblats för kvinnor. Kvinnornas andel av de sjukskrivna blir allt större. Detta framgår från Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukskrivningsstatistik.

För att få reda på mer om sjukskrivningar i olika grupper och för att ställa sjukpenningen mot andra transfereringar måste man gå vidare till andra statistikällor. Här har vi använt information från inkomstregister fram till och med året 1999. Vi har valt att redovisa hur stor del sjukpenningen utgör av de totala inkomsterna i olika grupper i befolkningen. Sjukpenning betalades då ut efter den 14:e sjukdagen, så en förutsättning för att man skulle få sjukpenning var att man varit sjukskriven över fjorton dagar i sträck. Det visar sig att denna andel ökade med över 40 procent för kvinnor (från 2,7 till 3,8 procent), och med omkring 20 procent för män (från 2,0 till 2,5 procent), mellan år 1996 och 1999. Den ökning som visas med detta mått stämmer mycket väl överens med den utveckling som framgår från den officiella sjukfallsstatistiken från RFV.

10.2 Jämförelse av åren 1996 och 1999

10.2.1 Ökningen störst strax före 60

En jämförelse mellan 1996 och 1999 visar att den andel av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning är större ju äldre personen är fram till omkring 60 års ålder. Andelen ökar från 25 års ålder för kvinnor och från 35 års ålder för män.

För män stiger andelen av den totala inkomsten som utgörs av sjukpenning linjärt med åldern. Kvinnor har en högre andel under småbarnsperioden. Andelen sjunker i 40-årsåldern och ökar därefter igen. Efter 60 års ålder minskar sjukskrivningarna eftersom många med hälsoproblem lämnar arbetsmarknaden med avtals- eller förtidspension.

10.2.2 Äldrande arbetskraft – ingen förklaring

Många hävdar att det ökande antalet långtidssjukskrivna beror på att fyrtiotalisterna nu blir gamla och sjuka. Om man standardiserar för ålder, d.v.s. ser vad ökningen skulle bli om åldersfördelningarna vore desamma 1996 och 1999, visar det sig att cirka två procent av ökningen (som var drygt 40 procent för kvinnor och 20 procent för män) beror på ålder. De demografiska förändringarna förklarar alltså endast en liten del av den ökande långa sjukfrånvaron.

10.2.3 Sjukskrivning i stället för förtidspension

Samtidigt som de långvariga sjukskrivningar ökade 1996-1999 sjönk andelen som fick förtidspension. Man blev allt mer restriktiv med att bevilja förtidspension. Flera studier visar att förtidspensioneringen ofta föregås av långa sjukskrivningsperioder. En mer restriktiv hållning till förtidspension bör därför leda till att sjukskrivningarna ökar. Det är också vad som skett. För kvinnor tar minskningen av förtidspension och ökningen av sjukfrånvaron ut varandra i de åldrar där förtidspensioneringen minskar. För män över 55 år är ökningen i sjukpenning inte fullt lika stor som minskningen av förtidspensioner.

Om man standardiserar för ålder och ser på ökningen av andelen av den totala inkomsten som utgörs av summan av sjukpenning och förtidspension så ökar den med åtta procent för kvinnor. För män har inte andelen ökat under perioden. En slutsats man kan dra av detta är att stor del av ökningen av långtidssjukskrivningarna fram till 1999 förklaras av den mer restriktiva inställningen till förtidspension. Eftersom rapporter kommit om att förtidspensionerna ökat under den senaste tiden kan man förvänta sig att det ska ge en tydligt dämpande effekt på långtidssjukskrivningarna.

10.2.4 Livsmedelsindustri och vårdsektor utsatta

Om man jämför näringsgrenar och standardiserar för ålder för att ta bort de skillnader som eventuellt beror på att näringsgrenarna har olika åldersstruktur, visar det sig att kvinnor och män inom livsmedelsindustri och inom vårdsektorn har i medeltal högst andel sjukpenning i förhållande till totalinkomsten. Även hotell- och restaurang hamnar högt och bland kvinnor även metallindustri och för män transportsektorn. Industrin hade högre tal än andra sektorer redan 1996. Men mellan 1996 och 1999 har förändringen varit starkare inom vårdsektorn. Barnomsorg låg till exempel under medeltalet år 1996 men klart över medeltalet år 1999. Inom "Äldre- och handikappsomsorg" var sjukfrånvaron emellertid hög redan 1996. Dessutom är det en av de näringsgrenar där sjukfrånvaron ökar snabbast för både kvinnor och män.

Bilden ändras marginellt om man endast studerar dem under 50 år, där en mycket liten del av de ökande sjukskrivningarna kan förklaras av minskande förtidspensionering.

10.2.5 Störst ökning i banksektorn

Män som arbetar inom Bank- och kreditinstitut står för den klart största ökningen av sjukpenningens andel av totalinkomsten för perioden 1996-1999. Det beror förmodligen på de stora omorganisationer som skedde under perioden. Flera undersökningar visar att sjukskrivningarna ökar under perioder med turbulens på arbetsplatsen. Men trots den största ökningen är andelen av inkomsten som består av sjukpenning lägre för män inom näringsgrenen Bank- och kreditinstitut än inom de flesta andra näringsgrenar.

10.2.6 Hög andel sjukpenning i norr

Om samma metodik används för att studera regionala skillnader så finner man att andelen av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning stigit mest i de norra länen. I Norrbotten, Västerbotten, Västernorrlands och Jämtlands län är också andelen av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning störst. Hallands, Kronobergs och Jönköpings län har de lägsta talen.

Södermanlands län har en annan utveckling än övriga län. I Södermanland var andelen av totalinkomsten som utgjordes av sjukpenning hög redan 1996, men ök-

ningen mellan 1996 och 1999 är mindre än den varit i andra län för både kvinnor och män.

Om man endast studerat dem som är under 50 år kvarstår problemen i norr. Bland de yngre är andelen som utgörs av sjukpenning hög även i Dalarna, Örebro och Värmlands län.

10.2.7 Lågutbildade värst utsatta men ökning bland högutbildade

Flera studier har visat att lågutbildade har sämre hälsa än högutbildade. Den andelen av inkomsten som utgörs av sjukpenning sjunker när utbildningsnivån stiger. Skillnaderna är betydliga mellan dem med för- och eftergymnasial utbildning. Mellan 1996 och 1999 har emellertid andelen som utgörs av sjukpenning ökat mest för kvinnor och män med eftergymnasial utbildning. Ökningen är liten för männen och mer uttalad för kvinnor. Bilden är densamma om man endast ser på dem som är under 50 år gamla.

Riksförsäkringsverkets sjukfallsstatistik och sjukfrånvaromått från inkomststatistiken

Det är mycket litet skillnad i resultat när man mäter förändringar i sjukfrånvaro med inkomster och med antal långtidssjukskrivna enligt Riksförsäkringsverkets officiella statistik. Sjukpenningens andel av inkomsten kan ses som proportionell mot sjukskrivningstiden.

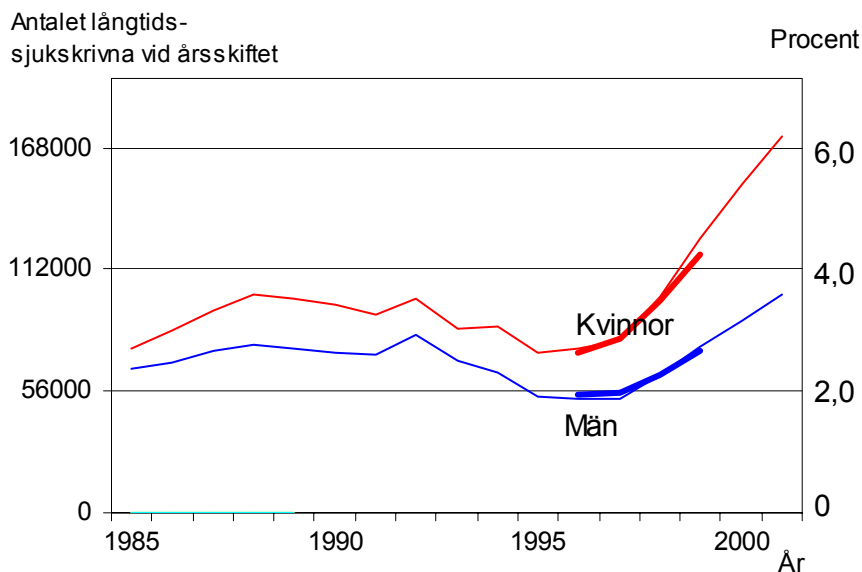
Om man interpolerar sjukpenningsandelen (i procent) linjärt mellan åren för att få ett tal som motsvarar årsskiftet, så är överensstämmelsen mellan de båda måtten mycket god. Avvikelsen år 1999 beror på att den trend som observerats fram till mitten av året dragits ut. När talen för år 2000 blir tillgängliga kommer den lilla avvikelsen förmodligen att korrigeras.

Åldersstandardisering

När man standardiserar för ålder beräknar man medelvärdet för de grupper man jämför genom att väga samman åldersspecifika medelvärden med en enda åldersfördelning av personer. I det här fallet har de åldersspecifika talen för 1996 och 1999 vägts samman med population män respektive kvinnor 1996. Det innebär att man tar bort den skillnad mellan grupperna som beror på ålder. Fördelningen av män och kvinnor 1996 har använts i samtliga beräkningar. Beräkningarna visar alltså hur det skulle sett ut om man haft samma åldersfördelning 1996 och 1999 i samtliga studerade grupper.

Fig. 10.1
Kraftigt ökad långtidsjukskrivning

Antalet sjukskrivna längre än 30 dagar 1985–2001 och procent sjukpenning av en totala inkomsten år 1995–1999. Kvinnor och män.

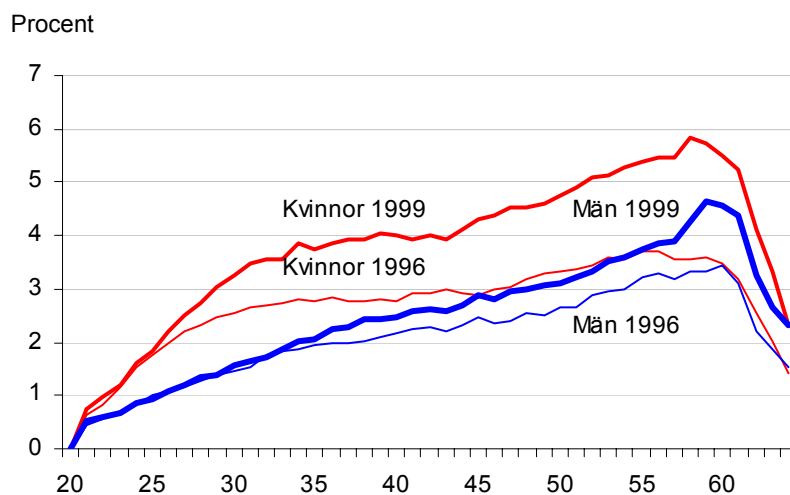


Källa RFV och SCB.

Antalet långtidsjukskrivningar minskade under första hälften av 1990-talet för att därefter öka kraftigt. Senaste uppgifter från Riksförsäkringsverket avseende sommarmånaderna 2002 talar om en fortsatt men mattad ökning. För åren 1995–1999 visas här också sjukpenningens andel av totalinkomsten för kvinnor och män (bred kurva). Den starka överensstämmelsen mellan kurvorna visar att sjukpenningsandelen är ett användbart alternativt mått på hur långtidsjukskrivningarna utvecklas.

Fig. 10.2
Sjukpenningen – allt större del av inkomsten

Andelen i av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning för män och kvinnor i olika åldrar.



Källa: SCB

För båda könen och i samtliga åldersgrupper ökar sjukpenningens andel av totalinkomsten mellan 1996 och 1999. Sjukpenningandelen är högre för de äldre i arbetskraften än för de yngre. För männen ökar andelen ganska jämnt med ålder medan vi för kvinnor ser en plattå i 35–45 års ålder.

Tab. 10.1
Livsmedelsindustri och vårdsektor mest utsatta

De tio näringsgrenar med högsta andelen av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning.
 Standardiserat med 1996 års totala åldersfördelning i samtliga näringsgrenar.

| Näringsgren | Kvinnor | | | Män | | |
|--|---|------|------------------------|---|------|------------------------|
| | Procent av totala inkomsten som utgörs av sjukpenning | | Ökning(a) 1996–1999 | Procent av totala inkomsten som utgörs av sjukpenning | | Ökning(a) 1996–1999 |
| | 1996 | 1999 | | 1996 | 1999 | |
| Stål- och metallverk | | | | 1,64 | 2,33 | 1,18 |
| Gummi- och Plastvaruindustri | | | | 1,76 | 2,35 | 1,11 |
| Trävaruindustri | | | | 1,90 | 2,56 | 1,13 |
| Övrig tillverkningsindustri | | | | 2,11 | 2,58 | 1,02 |
| Transport och magasinering | 2,66 | 3,77 | 1,01 | 2,04 | 2,65 | 1,22 |
| Fastighetsbolag och fastighetsförvaltare | 2,92 | 3,82 | 0,94 | 1,90 | 2,33 | 1,02 |
| Barnomsorg | 2,56 | 4,11 | 1,15 | 1,87 | 2,56 | 1,14 |
| Hotell och restauranger | 3,44 | 4,28 | 0,89 | 2,50 | 2,95 | 0,98 |
| Övrig vård och omsorg | 3,03 | 4,45 | 1,05 | 2,56 | 2,95 | 0,96 |
| Metallindustri | 3,56 | 4,50 | 0,90 | 2,00 | 2,61 | 1,09 |
| Livsmedelsindustri mm | 3,44 | 4,69 | 0,98 | 2,10 | 2,82 | 1,12 |
| Äldre- och handikappomsorg | 3,22 | 4,91 | 1,09 | 2,05 | 2,84 | 1,16 |

Bland kvinnor var sjukpenningens andel av totalinkomsten år 1999 högst inom äldre- och handikappomsorg. Där var också ökningen från 1996-1999 nio procent högre än för samtliga kvinnor. Inom barnomsorgen var ökningen dock ännu större, 15 procent över riksgenomsnittet. Bland män var det hotell och restaurang som låg högst 1999 men ökningen var större inom äldre – och handikappomsorg, 16 procent över riksgenomsnittet för män. De allra största ökningarna har dock skett inom näringsgrenar som inte hör till de värst utsatta. Det framgår från nästa tabell.

(a) Ökningen i gruppen i förhållande till totala ökningen i Sverige mellan 1996 och 1999. Det mäter hur gruppen ökat i förhållande till förändringen i riket d.v.s. om ökningen är mer eller mindre än 40 procent för kvinnor och 20 procent för män

Tab. 10.2
Mindre utsatta näringsgrenar har störst sjukpenningökning

Näringsgrenar med största och minsta förändringen i sjukpenningens andel av totalinkomsten mellan 1996 och 1999.

| Kvinnor Näringsgren | Ökning(a) 1996– 1999 | Män Näringsgren | Ökning(a) 1996– 1999 |
|--|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Största ökningen av sjukpenning | | | |
| Äldre- och handikappomsorg | 1,09 | Stål- och metallverk | 1,18 |
| Offentligförvaltning m.m. | 1,10 | Transportmedelsindustri | 1,22 |
| Utbildning | 1,14 | Post och tele | 1,22 |
| Barnomsorg | 1,15 | Industri för el- och optikprodukter | 1,23 |
| Industri för el- och optikprodukter | 1,17 | Massa- o pappersindustri | 1,27 |
| Kemisk industri | 1,20 | Banker och andra kreditinstitut | 2,74 |
| Minsta ökningen av sjukpenning | | | |
| Annan serviceverksamhet | 0,80 | Jordbruk | 0,84 |
| Byggverksamhet | 0,86 | Skogsbruk | 0,93 |
| Hotell och restauranger | 0,89 | Forskning och utveckling | 0,95 |
| Metallindustri | 0,90 | Byggverksamhet | 0,95 |
| Jordbruk | 0,90 | Övrig vård och omsorg | 0,96 |
| Andra företagstjänster | 0,93 | Hotell och restauranger | 0,98 |

De allra största ökningarna 1996–1999 av sjukpenningandelen har för kvinnor inträffat inom kemisk industri och för män inom bank- och kreditinstitut. Nio respektive 18 procent över riksgenomsnittet för män respektive kvinnor. I ingetdera fallet hör dessa näringsgrenar dock till de mest utsatta. Minsta ökningen har för kvinnor skett inom s.k. annan serviceverksamhet, 20 procent under riksgenomsnittet för kvinnor. Bland män har ökningen varit minst inom jordbruket, 16 procent under riksgenomsnittet för män.

(a) Ökningen i gruppen i förhållande till totala ökningen i Sverige mellan 1996 och 1999. Det mäter hur gruppen ökat i förhållande till förändringen i riket d.v.s. om ökningen är mer eller mindre än 40 procent för kvinnor och 20 procent för män.

Tab. 10.3
Sjukpenningdelen ökat mest för högutbildade kvinnor

Andelen av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning för kvinnor och män beroende på utbildningsnivå.

Standardiserat med 1996 års totala åldersfördelning.

| Utbildningsnivå Län | Kvinnor | | | Män | | |
|--|---|------|------------------------|---|------|------------------------|
| | Procent av totala inkomsten som utgörs av sjukpenning | | Ökning(a) 1996–1999 | Procent av totala inkomsten som utgörs av sjukpenning | | Ökning(a) 1996–1999 |
| | 1996 | 1999 | | 1996 | 1999 | |
| Förgymnasial utbildning, kortare än 9 år | 3,22 | 4,23 | 0,94 | 2,78 | 3,34 | 1,00 |
| Förgymnasial utbildning, 9(10) år el motsvarande | 3,73 | 5,05 | 0,97 | 2,81 | 3,41 | 1,01 |
| Gymnasial utbildning, högst 2-årig | 3,13 | 4,45 | 1,02 | 2,55 | 3,00 | 0,98 |
| Gymnasial utbildning, längre än 2 år max 3 år | 2,26 | 3,12 | 0,99 | 1,61 | 1,94 | 1,01 |
| Eftergymnasial utbildning, högst 2-årig | 2,01 | 3,04 | 1,08 | 1,23 | 1,50 | 1,01 |
| Eftergymnasial utbildning, 3 år el längre | 1,54 | 2,61 | 1,21 | 0,80 | 0,97 | 1,01 |
| Forskarutbildning (motsvarande) | 0,91 | 1,14 | 0,90 | 0,39 | 0,49 | 1,05 |

Lågutbildade var både 1996 och 1999 betydligt mer beroende av sjukpenning än högutbildade. Men ökningen av sjukpenningens andel av totalinkomsten har varit störst bland högutbildade. Det gäller särskilt kvinnor med mer än 3 års eftergymnasial utbildning. Där ligger ökningen mer än 20 procent över riksgenomsnittet för kvinnor. Det betyder emellertid inte att högutbildade kommit upp i de lågutbildades nivå – långt därifrån.

(a) Ökningen i gruppen i förhållande till totala ökningen i Sverige mellan 1996 och 1999. Det mäter hur gruppen ökat i förhållande till förändringen i riket d.v.s. om ökningen är mer eller mindre än 40 procent för kvinnor och 20 procent för män.

Tab. 10:4
Andelen av totalinkomsten som utgörs av sjukpenning i länen

Procent av den totala inkomsten som utgörs av sjukpenning.
 Standardiserat med 1996 års totala åldersfördelning.

| Län | Kvinnor | | | Män | | |
|----------------------|---|------|------------------------|---|------|------------------------|
| | Procent av totala inkomsten som utgörs av sjukpenning | | Ökning(a) 1996–1999 | Procent av totala inkomsten som utgörs av sjukpenning | | Ökning(a) 1996–1999 |
| | 1996 | 1999 | | 1996 | 1999 | |
| Stockholm län | 2,52 | 3,59 | 1,02 | 1,99 | 2,33 | 0,97 |
| Uppsala län | 2,89 | 4,04 | 1,00 | 2,21 | 2,52 | 0,95 |
| Södermanlands län | 2,89 | 3,56 | 0,88 | 2,15 | 2,26 | 0,88 |
| Östergötlands län | 3,04 | 4,09 | 0,96 | 2,17 | 2,40 | 0,92 |
| Jönköpings län | 2,45 | 3,31 | 0,96 | 1,85 | 2,24 | 1,01 |
| Kronobergs län | 2,27 | 3,16 | 0,99 | 1,77 | 2,06 | 0,97 |
| Kalmar län | 2,65 | 3,62 | 0,98 | 2,09 | 2,50 | 1,00 |
| Gotlands län | 2,52 | 3,59 | 1,02 | 1,98 | 2,35 | 0,99 |
| Blekinge län | 2,45 | 3,35 | 0,98 | 1,99 | 2,24 | 0,94 |
| Skåne län | 2,64 | 3,45 | 0,93 | 2,06 | 2,26 | 0,91 |
| Hallands län | 2,46 | 3,14 | 0,91 | 1,90 | 2,06 | 0,90 |
| Västra Götalands län | 2,67 | 3,81 | 1,02 | 1,98 | 2,38 | 1,00 |
| Värmlands län | 2,51 | 3,77 | 1,08 | 1,85 | 2,34 | 1,05 |
| Örebro län | 2,67 | 3,81 | 1,02 | 1,93 | 2,39 | 1,03 |
| Västmanlands län | 2,57 | 3,65 | 1,02 | 1,92 | 2,39 | 1,04 |
| Dalarnas län | 2,82 | 4,23 | 1,07 | 2,29 | 2,76 | 1,00 |
| Gävleborgs län | 2,87 | 3,97 | 0,99 | 2,23 | 2,60 | 0,97 |
| Västernorrlands län | 2,48 | 3,84 | 1,10 | 1,84 | 2,48 | 1,13 |
| Jämtlands län | 3,86 | 4,89 | 0,90 | 2,65 | 2,83 | 0,89 |
| Västerbottens län | 3,76 | 5,86 | 1,11 | 2,56 | 3,31 | 1,08 |
| Norrbottnens län | 2,88 | 4,61 | 1,15 | 2,13 | 2,89 | 1,13 |

(a) Ökningen i gruppen i förhållande till totala ökningen i Sverige mellan 1996 och 1999. Det mäter hur gruppen ökat i förhållande till förändringen i riket d.v.s. om ökningen är mer eller mindre än 40 procent för kvinnor och 20 procent för män

Tabellbilaga

Tabell A
Antal helårsekvivalenter i åldrarna 20–64 år fördelat på de olika ersättningsystemen
åren 1999–2002

1999

| | Sjuk- pen- ning ¹ (A) | Förtids- pen- sion ² (B) | Arbets- löshet ³ | Arbets- mark- nadsät- gärder ⁴ | Social- bidrag ⁵ | Totalt (F) | Folk- mängd 20–64 år (G) | Andel (F)/(G) % | Andel [(A)+(B)]/G % |
|----------------------|---|--|--------------------------------|--|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Stockholms län | 35 972 | 62 553 | 30 372 | 14 812 | 26 682 | 170 391 | 1 115 530 | 15,3 | 8,8 |
| Uppsala län | 6 344 | 10 939 | 6 421 | 3 089 | 3 560 | 30 353 | 176 544 | 17,2 | 9,8 |
| Södermanlands län | 4 806 | 11 730 | 7 722 | 4 856 | 3 748 | 32 861 | 146 062 | 22,5 | 11,3 |
| Östergötlands län | 8 696 | 17 111 | 11 015 | 7 102 | 6 745 | 50 669 | 238 675 | 21,2 | 10,8 |
| Jönköpings län | 5 892 | 11 200 | 7 077 | 3 443 | 3 287 | 30 900 | 182 866 | 16,9 | 9,3 |
| Kronobergs län | 3 004 | 5 614 | 3 883 | 1 996 | 1 500 | 15 998 | 100 753 | 15,9 | 8,6 |
| Kalmar län | 4 661 | 9 040 | 7 165 | 4 238 | 2 225 | 27 329 | 132 242 | 20,7 | 10,4 |
| Gotlands län | 1 062 | 2 158 | 1 752 | 1 023 | 648 | 6 643 | 32 635 | 20,4 | 9,9 |
| Blekinge län | 2 885 | 6 260 | 4 803 | 2 797 | 1 472 | 18 217 | 86 697 | 21,0 | 10,5 |
| Skåne län | 21 071 | 42 039 | 32 013 | 17 750 | 19 064 | 131 936 | 654 970 | 20,1 | 9,6 |
| Hallands län | 4 584 | 9 626 | 7 286 | 4 240 | 2 931 | 28 666 | 155 376 | 18,4 | 9,1 |
| Västra Götalands län | 30 032 | 60 362 | 41 047 | 20 392 | 22 627 | 174 459 | 867 788 | 20,1 | 10,4 |
| Värmlands län | 5 421 | 11 956 | 10 192 | 5 812 | 2 684 | 36 065 | 156 460 | 23,1 | 11,1 |
| Örebro län | 5 389 | 10 662 | 9 059 | 5 516 | 3 372 | 33 998 | 156 979 | 21,7 | 10,2 |
| Västmanlands län | 5 186 | 11 817 | 7 749 | 5 055 | 3 628 | 33 435 | 148 836 | 22,5 | 11,4 |
| Dalarnas län | 6 258 | 12 616 | 9 871 | 5 467 | 2 409 | 36 621 | 156 906 | 23,3 | 12,0 |
| Gävleborgs län | 6 071 | 12 562 | 11 469 | 6 167 | 2 247 | 38 517 | 160 199 | 24,0 | 11,6 |
| Västernorrlands län | 5 105 | 10 792 | 8 915 | 5 390 | 2 437 | 32 640 | 141 926 | 23,0 | 11,2 |
| Jämtlands län | 3 404 | 6 006 | 4 626 | 3 315 | 844 | 18 196 | 73 802 | 24,7 | 12,8 |
| Västerbottens län | 7 680 | 12 390 | 6 833 | 4 459 | 2 023 | 33 384 | 148 639 | 22,5 | 13,5 |
| Norrbottnens län | 6 380 | 14 709 | 11 537 | 7 201 | 1 090 | 40 918 | 150 593 | 27,2 | 14,0 |
| Hela riket | 179 904 | 352 142 | 240 811 | 134 118 | 115 223 | 1 022 197 | 5 184 478 | 19,7 | 10,3 |

1) Summan av länssiffrorna överstiger rikssiffran med 300. Detta beror på att personer 65 år och äldre ingår i länssiffrorna.

2) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med ca 14 000. Detta beror på att personer som får förtidspension från Sverige men som inte är bosatta här ingår i rikssiffrorna.

3) Summan av länssiffrorna överstiger rikssiffran med drygt 16 500. 1999 avser rikssiffrorna endast inkomstrelaterad arbetslöshetsersättning, länssiffrorna avser även grundbelopp. Vidare har man på AMS bytt datasystem och i samband med detta gjort mindre justeringar i materialet.

4) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med drygt 8 000. Detta beror på att personer under 20 år ingår i rikssiffrorna år 1999 samt att 728 helårsekvivalenter med generationsväxlingsersättning ingår i rikssiffrorna. Åtgärden upphörde under år 2000 och går ej att få uppdelad på län.

5) Siffrorna bygger på en modell skapad av SCB, där socialbidragsregistret används.

Tabell A (forts.)

2000

| | Sjuk- pen- ning ⁶ (A) | Förtids- pen- sion ⁷ (B) | Arbets- löshet ⁸ | Arbets- mark- nadsät- gärder ⁹ | Social- bidrag ⁵ | Totalt (F) | Folk- mängd 20–64 år (G) | Andel (F)/(G) % | Andel [(A)+(B)]/G % |
|----------------------|---|--|--------------------------------|--|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Stockholms län | 44 002 | 63 393 | 23 006 | 9 364 | 23 378 | 163 143 | 1 132 195 | 14,4 | 9,5 |
| Uppsala län | 7 983 | 11 080 | 5 102 | 2 317 | 2 995 | 29 477 | 178 307 | 16,5 | 10,7 |
| Södermanlands län | 5 857 | 11 745 | 6 741 | 4 062 | 3 371 | 31 776 | 146 495 | 21,7 | 12,0 |
| Östergötlands län | 10 701 | 17 316 | 9 422 | 5 845 | 5 496 | 48 780 | 239 489 | 20,4 | 11,7 |
| Jönköpings län | 6 924 | 11 311 | 5 719 | 2 973 | 2 710 | 29 637 | 183 895 | 16,1 | 9,9 |
| Kronobergs län | 3 585 | 5 713 | 3 280 | 1 964 | 1 318 | 15 860 | 100 853 | 15,7 | 9,2 |
| Kalmar län | 5 679 | 9 211 | 6 337 | 3 552 | 1 947 | 26 726 | 131 630 | 20,3 | 11,3 |
| Gotlands län | 1 368 | 2 226 | 1 442 | 870 | 566 | 6 472 | 32 636 | 19,8 | 11,0 |
| Blekinge län | 3 556 | 6 348 | 4 147 | 2 555 | 1 202 | 17 808 | 86 631 | 20,6 | 11,4 |
| Skåne län | 25 405 | 42 782 | 29 335 | 14 059 | 16 669 | 128 250 | 660 242 | 19,4 | 10,3 |
| Hallands län | 5 465 | 9 819 | 6 797 | 3 362 | 2 411 | 27 853 | 156 426 | 17,8 | 9,8 |
| Västra Götalands län | 35 949 | 61 367 | 36 881 | 16 281 | 20 029 | 170 507 | 873 997 | 19,5 | 11,1 |
| Värmlands län | 7 210 | 12 084 | 9 025 | 5 286 | 2 480 | 36 085 | 155 873 | 23,2 | 12,4 |
| Örebro län | 6 762 | 10 837 | 8 416 | 4 470 | 3 383 | 33 868 | 157 543 | 21,5 | 11,2 |
| Västmanlands län | 6 358 | 11 836 | 6 804 | 4 130 | 3 057 | 32 185 | 148 719 | 21,6 | 12,2 |
| Dalarnas län | 7 588 | 12 743 | 9 113 | 4 244 | 2 088 | 35 776 | 156 131 | 22,9 | 13,0 |
| Gävleborgs län | 7 743 | 12 598 | 10 361 | 5 165 | 2 088 | 37 955 | 159 596 | 23,8 | 12,7 |
| Västernorrlands län | 6 412 | 10 803 | 8 212 | 4 621 | 2 170 | 32 217 | 140 839 | 22,9 | 12,2 |
| Jämtlands län | 4 122 | 6 012 | 4 169 | 2 585 | 644 | 17 533 | 73 261 | 23,9 | 13,8 |
| Västerbottens län | 8 846 | 12 686 | 5 931 | 3 625 | 1 800 | 32 888 | 148 484 | 22,1 | 14,5 |
| Norrbottnens län | 7 883 | 14 688 | 10 042 | 6 598 | 1 077 | 40 288 | 149 285 | 27,0 | 15,1 |
| Hela riket | 219 395 | 356 598 | 210 284 | 107 927 | 100 879 | 995 083 | 5 212 527 | 19,1 | 11,1 |

6) Summan av länssiffrorna överstiger rikssiffran med ca 300. Detta beror på att personer 65 år och äldre ingår i länssiffrorna.

7) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med knappt 14 000. Detta beror på att personer som får förtidspension från Sverige men som inte är bosatta här ingår i rikssiffrorna.

8) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med drygt 5 000. AMS har bytt datasystem och i samband med detta gjort mindre justeringar i materialet.

9) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med knappt 800. Detta beror på att helårsekvivalenter med generationsväxlingsersättning ingår i rikssiffrorna. Åtgärden upphörde under år 2000 och går ej att få uppdelad på län.

Tabell A (forts.)

2001

| | Sjuk- pen- ning ¹⁰ (A) | Förtids- pen- sion ¹¹ (B) | Arbets- löshet ¹² | Arbets- mark- nadsät- gärder | Social- bidrag ⁵ | Totalt (F) | Folk- mängd 20–64 år (G) | Andel (F)/(G) % | Andel [(A)+(B)]/G % |
|----------------------|--|---|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Stockholms län | 49 221 | 66 266 | 18 200 | 8 702 | 19 815 | 162 204 | 1 143 424 | 14,2 | 10,1 |
| Uppsala län | 9 201 | 11 516 | 3 980 | 2 171 | 2 563 | 29 430 | 180 301 | 16,3 | 11,5 |
| Södermanlands län | 7 011 | 11 853 | 5 458 | 3 720 | 3 007 | 31 049 | 147 277 | 21,1 | 12,8 |
| Östergötlands län | 12 157 | 18 106 | 7 908 | 5 671 | 5 045 | 48 887 | 240 777 | 20,3 | 12,6 |
| Jönköpings län | 7 902 | 11 774 | 4 652 | 2 878 | 2 476 | 29 682 | 184 172 | 16,1 | 10,7 |
| Kronobergs län | 4 137 | 6 004 | 2 787 | 1 760 | 1 237 | 15 924 | 101 056 | 15,8 | 10,0 |
| Kalmar län | 6 639 | 9 423 | 4 825 | 3 173 | 1 758 | 25 818 | 131 497 | 19,6 | 12,2 |
| Gotlands län | 1 529 | 2 339 | 1 206 | 714 | 481 | 6 270 | 32 829 | 19,1 | 11,8 |
| Blekinge län | 4 188 | 6 512 | 3 741 | 2 406 | 1 131 | 17 978 | 86 356 | 20,8 | 12,4 |
| Skåne län | 29 623 | 44 804 | 24 807 | 13 751 | 15 372 | 128 357 | 666 131 | 19,3 | 11,2 |
| Hallands län | 6 237 | 10 213 | 5 787 | 3 066 | 2 041 | 27 344 | 157 435 | 17,4 | 10,4 |
| Västra Götalands län | 40 965 | 63 498 | 28 787 | 18 006 | 18 827 | 170 082 | 880 264 | 19,3 | 11,9 |
| Värmlands län | 8 675 | 12 567 | 6 925 | 5 553 | 2 231 | 35 950 | 155 427 | 23,1 | 13,7 |
| Örebro län | 8 189 | 11 469 | 6 753 | 4 854 | 3 213 | 34 478 | 157 595 | 21,9 | 12,5 |
| Västmanlands län | 7 262 | 12 300 | 4 864 | 4 264 | 2 757 | 31 446 | 149 383 | 21,1 | 13,1 |
| Dalarnas län | 8 596 | 13 178 | 6 892 | 4 570 | 1 897 | 35 133 | 155 810 | 22,5 | 14,0 |
| Gävleborgs län | 9 699 | 12 981 | 8 722 | 5 195 | 1 840 | 38 437 | 159 055 | 24,2 | 14,3 |
| Västernorrlands län | 7 686 | 10 948 | 6 029 | 4 560 | 2 077 | 31 300 | 139 850 | 22,4 | 13,3 |
| Jämtlands län | 4 983 | 6 147 | 3 295 | 2 376 | 656 | 17 457 | 72 811 | 24,0 | 15,3 |
| Västerbottens län | 9 787 | 13 423 | 4 753 | 3 655 | 1 698 | 33 317 | 148 203 | 22,5 | 15,7 |
| Norrbottnens län | 8 939 | 14 877 | 8 056 | 6 707 | 1 032 | 39 610 | 148 075 | 26,8 | 16,1 |
| Hela riket | 252 626 | 370 199 | 168 426 | 107 750 | 91 154 | 990 155 | 5 237 728 | 18,9 | 11,9 |

10) Summan av länssiffrorna överstiger rikssiffran med ca 350. Detta beror på att personer 65 år och äldre ingår i länssiffrorna.

11) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med drygt 14 000. Detta beror på att personer som får förtidspension från Sverige men som inte är bosatta här ingår i rikssiffrorna.

12) Summan av länssiffrorna överstiger rikssiffran med drygt 250. AMS har bytt datasystem och i samband med detta gjort mindre justeringar i materialet.

Tabell A (forts.)

2002

| | Sjuk- pen- ning (A) | Förtids- pen- sion ¹³ (B) | Arbets- löshet ¹⁴ | Arbets- mark- nadsät- gårder | Social- bidrag ⁵ | Totalt (F) | Folk- mängd 20-64 år (G) | Andel (F)/(G) % | Andel [(A)+(B)]/G % |
|----------------------|------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Stockholms län | 51 509 | 70 612 | 21 376 | 9 507 | 19 140 | 172 143 | 1 149 881 | 15,0 | 10,6 |
| Uppsala län | 9 913 | 12 172 | 4 137 | 2 253 | 2 406 | 30 880 | 181 832 | 17,0 | 12,1 |
| Södermanlands län | 7 412 | 12 569 | 5 090 | 4 269 | 2 873 | 32 213 | 148 320 | 21,7 | 13,5 |
| Östergötlands län | 13 435 | 19 190 | 7 532 | 5 884 | 4 836 | 50 878 | 241 696 | 21,1 | 13,5 |
| Jönköpings län | 8 655 | 12 401 | 4 663 | 2 824 | 2 446 | 30 990 | 184 521 | 16,8 | 11,4 |
| Kronobergs län | 4 514 | 6 416 | 2 580 | 1 733 | 1 098 | 16 341 | 101 386 | 16,1 | 10,8 |
| Kalmar län | 7 219 | 9 956 | 4 263 | 3 224 | 1 719 | 26 382 | 131 923 | 20,0 | 13,0 |
| Gotlands län | 1 554 | 2 497 | 1 278 | 727 | 452 | 6 508 | 32 891 | 19,8 | 12,3 |
| Blekinge län | 4 741 | 6 605 | 3 715 | 2 577 | 1 065 | 18 702 | 86 088 | 21,7 | 13,2 |
| Skåne län | 31 927 | 47 871 | 23 587 | 15 281 | 14 449 | 133 114 | 672 700 | 19,8 | 11,9 |
| Hallands län | 7 037 | 10 577 | 5 466 | 3 163 | 1 757 | 28 000 | 158 466 | 17,7 | 11,1 |
| Västra Götalands län | 44 195 | 67 546 | 27 247 | 17 293 | 17 455 | 173 736 | 886 996 | 19,6 | 12,6 |
| Värmlands län | 9 246 | 13 417 | 5 745 | 5 810 | 2 097 | 36 316 | 155 337 | 23,4 | 14,6 |
| Örebro län | 8 514 | 12 381 | 5 517 | 5 091 | 3 009 | 34 513 | 158 226 | 21,8 | 13,2 |
| Västmanlands län | 7 379 | 13 420 | 4 659 | 4 318 | 2 759 | 32 534 | 149 788 | 21,7 | 13,9 |
| Dalarnas län | 9 038 | 13 807 | 6 013 | 4 718 | 1 724 | 35 300 | 156 158 | 22,6 | 14,6 |
| Gävleborgs län | 9 804 | 14 007 | 7 874 | 5 732 | 1 721 | 39 138 | 158 476 | 24,7 | 15,0 |
| Västernorrlands län | 8 597 | 11 424 | 5 366 | 4 662 | 1 800 | 31 849 | 139 302 | 22,9 | 14,4 |
| Jämtlands län | 5 287 | 6 495 | 2 874 | 2 866 | 679 | 18 202 | 72 628 | 25,1 | 16,2 |
| Västerbottens län | 10 351 | 13 921 | 4 415 | 3 861 | 1 662 | 34 210 | 148 895 | 23,0 | 16,3 |
| Norrbottnens län | 9 683 | 14 991 | 7 378 | 7 006 | 974 | 40 032 | 147 332 | 27,2 | 16,7 |
| Hela riket | 270 010 | 392 275 | 160 775 | 112 798 | 86 122 | 1 021 980 | 5 262 842 | 19,4 | 12,6 |

13) Summan av länssiffrorna understiger rikssiffran med drygt 14 000. Detta beror på att personer som får förtidspension från Sverige men som inte är bosatta här ingår i rikssiffrorna.

14) Summan av länssiffrorna överstiger rikssiffran med knappt 400. AMS har bytt datasystem och i samband med detta gjort mindre justeringar i materialet.

Tabell B.1**Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter sektor 1990–2003**

| | Privat | | | Kommunal | | | Landsting | | | Statlig | | |
|------|--------|---------|-----|----------|---------|-----|-----------|---------|-----|---------|---------|-----|
| | Totalt | Kvinnor | Män | Totalt | Kvinnor | Män | Totalt | Kvinnor | Män | Totalt | Kvinnor | Män |
| 1990 | 5,8 | 6,9 | 5,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1991 | 5,1 | 6,0 | 4,5 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1992 | 4,4 | 5,2 | 3,9 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1993 | 3,9 | 4,8 | 3,5 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1994 | 3,5 | 4,4 | 3,0 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1995 | 3,2 | 4,0 | 2,7 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1996 | 2,8 | 3,5 | 2,4 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1997 | 2,8 | 3,5 | 2,5 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1998 | 3,1 | 3,9 | 2,7 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 1999 | 3,3 | 4,2 | 2,9 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 2000 | 3,9 | 4,8 | 3,4 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| 2001 | 4,1 | 5,1 | 3,5 | 5,8 | 6,5 | 3,4 | 4,7 | 5,3 | 2,9 | 3,5 | 4,5 | 2,6 |
| 2002 | 4,2 | 5,4 | 3,6 | 6,3 | 7,1 | 3,7 | 5,4 | 6,0 | 3,1 | 3,3 | 4,1 | 2,6 |
| 2003 | 4,0 | 5,1 | 3,4 | 6,2 | 6,9 | 3,6 | 5,3 | 5,9 | 2,9 | 3,2 | 4,0 | 2,3 |

Uppgifterna som presenteras är andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda och för att bättre spegla utvecklingen över tid redovisas årsgenomsnitt .

Källa: Kortperiodisk sysselsättningstatistik

Tabell B:2**Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter arbetsställets storleksklass 1990–2003. Privat sektor**

| Stkl | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totalt | | | | | | | | | | | | | | |
| 1–4 | 2,7 | 2,5 | 1,9 | 2,1 | 2,0 | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,5 | 1,9 | 2,3 | 1,8 | 2,1 | 2,2 |
| 5–9 | 3,1 | 2,8 | 2,4 | 2,3 | 2,1 | 1,8 | 1,6 | 1,9 | 2,4 | 2,2 | 2,7 | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| 10–19 | 4,0 | 3,6 | 2,9 | 3,0 | 2,7 | 2,5 | 2,1 | 2,1 | 2,3 | 2,6 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,1 |
| 20–49 | 5,3 | 4,7 | 4,1 | 3,6 | 3,3 | 3,1 | 2,6 | 2,9 | 3,1 | 3,2 | 3,9 | 4,2 | 3,9 | 3,7 |
| 50–99 | 6,8 | 6,0 | 5,2 | 4,7 | 4,2 | 4,0 | 3,5 | 3,4 | 3,8 | 3,9 | 4,9 | 5,2 | 5,3 | 5,0 |
| 100–199 | 7,7 | 6,9 | 6,2 | 5,6 | 5,0 | 4,5 | 3,7 | 3,9 | 4,0 | 4,3 | 4,9 | 5,3 | 5,6 | 5,4 |
| 200– | 8,1 | 7,1 | 6,3 | 5,4 | 4,9 | 4,7 | 4,1 | 3,9 | 4,1 | 4,5 | 5,1 | 5,5 | 5,7 | 5,5 |
| Kvinnor | | | | | | | | | | | | | | |
| 1–4 | 3,3 | 2,9 | 2,3 | 2,6 | 2,6 | 2,1 | 1,6 | 1,7 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 2,3 | 2,9 | 2,9 |
| 5–9 | 3,4 | 3,3 | 3,0 | 2,8 | 2,5 | 2,3 | 2,0 | 2,3 | 2,7 | 2,6 | 2,8 | 3,4 | 3,6 | 3,2 |
| 10–19 | 4,4 | 4,0 | 3,6 | 3,6 | 3,3 | 3,2 | 2,7 | 2,6 | 2,7 | 3,4 | 3,9 | 4,0 | 4,2 | 3,9 |
| 20–49 | 6,0 | 5,4 | 4,7 | 4,1 | 4,0 | 3,7 | 3,2 | 3,3 | 3,6 | 3,9 | 4,5 | 4,8 | 4,9 | 4,3 |
| 50–99 | 8,1 | 7,2 | 6,3 | 5,7 | 5,3 | 4,8 | 4,3 | 4,0 | 4,5 | 4,8 | 6,1 | 6,4 | 6,6 | 5,7 |
| 100–199 | 9,6 | 8,6 | 7,5 | 6,8 | 6,4 | 5,8 | 4,7 | 4,8 | 5,1 | 5,6 | 6,3 | 6,6 | 7,0 | 6,6 |
| 200– | 10,4 | 9,1 | 8,0 | 7,0 | 6,5 | 6,3 | 5,5 | 5,3 | 5,7 | 6,1 | 7,0 | 7,3 | 7,5 | 7,1 |
| Män | | | | | | | | | | | | | | |
| 1–4 | 2,2 | 2,1 | 1,6 | 1,8 | 1,5 | 1,0 | 1,1 | 1,0 | 0,9 | 1,5 | 2,1 | 1,5 | 1,7 | 1,6 |
| 5–9 | 2,9 | 2,4 | 2,0 | 1,9 | 1,8 | 1,5 | 1,4 | 1,7 | 2,3 | 2,0 | 2,6 | 2,1 | 2,0 | 2,1 |
| 10–19 | 3,7 | 3,3 | 2,5 | 2,6 | 2,3 | 2,1 | 1,7 | 1,8 | 2,1 | 2,2 | 2,6 | 2,8 | 2,5 | 2,5 |
| 20–49 | 4,9 | 4,3 | 3,7 | 3,3 | 2,9 | 2,7 | 2,3 | 2,6 | 2,8 | 2,8 | 3,5 | 3,9 | 3,7 | 3,3 |
| 50–99 | 6,0 | 5,3 | 4,5 | 4,2 | 3,6 | 3,5 | 3,0 | 3,0 | 3,4 | 3,4 | 4,3 | 4,4 | 4,7 | 4,4 |
| 100–199 | 6,6 | 6,0 | 5,4 | 4,8 | 4,1 | 3,8 | 3,2 | 3,4 | 3,3 | 3,6 | 4,1 | 4,6 | 4,8 | 4,6 |
| 200– | 6,9 | 6,1 | 5,4 | 4,6 | 4,1 | 3,9 | 3,4 | 3,2 | 3,4 | 3,8 | 4,2 | 4,5 | 4,7 | 4,5 |

Tabell B.3
Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter region (NUTS2)
1990–2003. Privat sektor

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totalt | | | | | | | | | | | | | | |
| Sydsverige | 6,1 | 5,1 | 4,2 | 2,8 | 3,6 | 3,2 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 3,5 | 3,8 | 3,9 | 4,3 | 3,9 |
| Småland med öarna | 5,6 | 5,1 | 4,6 | 2,8 | 3,6 | 3,1 | 2,9 | 3,0 | 3,3 | 3,6 | 4,1 | 4,3 | 4,3 | 4,1 |
| Västsverige | 5,8 | 5,2 | 4,4 | 3,9 | 3,6 | 3,2 | 2,7 | 2,9 | 3,1 | 3,3 | 4,0 | 4,0 | 4,4 | 4,2 |
| Östra mellansverige | 6,3 | 5,7 | 4,9 | 4,3 | 3,7 | 3,4 | 3,0 | 3,0 | 3,4 | 3,7 | 4,0 | 4,6 | 4,6 | 4,2 |
| Stockholm | 5,1 | 4,2 | 3,6 | 3,7 | 3,0 | 3,0 | 2,5 | 2,7 | 2,7 | 3,0 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 3,7 |
| Norra mellansverige | 6,7 | 6,0 | 5,3 | 4,4 | 3,6 | 3,2 | 2,9 | 2,9 | 3,5 | 3,6 | 3,8 | 4,1 | 4,2 | 3,9 |
| Mellersta Norrland | 5,8 | 5,0 | 4,3 | 4,0 | 3,7 | 3,2 | 2,4 | 2,6 | 3,0 | 3,2 | 3,8 | 3,7 | 4,2 | 4,0 |
| Övre norrland | 6,1 | 5,5 | 4,8 | 4,2 | 3,7 | 3,5 | 3,1 | 3,2 | 3,8 | 3,7 | 4,8 | 4,6 | 5,2 | 4,3 |
| Kvinnor | | | | | | | | | | | | | | |
| Sydsverige | 6,9 | 5,8 | 4,9 | 4,7 | 4,2 | 4,0 | 3,5 | 3,6 | 3,7 | 4,2 | 4,6 | 4,7 | 5,3 | 4,8 |
| Småland med öarna | 7,0 | 6,3 | 5,6 | 5,0 | 4,6 | 4,0 | 3,8 | 3,5 | 4,7 | 4,4 | 4,9 | 5,4 | 5,6 | 4,9 |
| Västsverige | 7,1 | 6,3 | 5,2 | 4,8 | 4,5 | 4,3 | 3,3 | 3,5 | 3,7 | 4,2 | 4,7 | 4,9 | 5,4 | 5,2 |
| Östra mellansverige | 7,5 | 7,0 | 6,3 | 5,6 | 4,9 | 4,5 | 4,0 | 3,9 | 4,3 | 4,8 | 5,2 | 5,9 | 6,0 | 5,5 |
| Stockholm | 6,0 | 4,9 | 4,1 | 4,2 | 3,8 | 3,7 | 3,2 | 3,2 | 3,5 | 3,8 | 4,7 | 4,9 | 5,0 | 4,8 |
| Norra mellansverige | 8,0 | 7,0 | 6,3 | 5,2 | 4,6 | 3,8 | 3,6 | 3,4 | 3,9 | 4,1 | 4,8 | 5,4 | 5,7 | 4,9 |
| Mellersta Norrland | 6,5 | 5,6 | 5,2 | 4,5 | 4,5 | 3,5 | 2,9 | 3,1 | 3,4 | 4,1 | 4,6 | 4,4 | 5,2 | 4,6 |
| Övre norrland | 7,2 | 6,7 | 5,6 | 4,6 | 4,6 | 4,5 | 3,9 | 4,2 | 5,1 | 4,9 | 6,1 | 5,7 | 6,6 | 5,9 |
| Män | | | | | | | | | | | | | | |
| Sydsverige | 5,6 | 4,7 | 3,8 | 3,4 | 3,1 | 2,7 | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 3,1 | 3,3 | 3,4 | 3,7 | 3,4 |
| Småland med öarna | 4,9 | 4,4 | 4,0 | 3,4 | 3,1 | 2,7 | 2,5 | 2,7 | 2,7 | 3,1 | 3,6 | 3,8 | 3,6 | 3,8 |
| Västsverige | 5,1 | 4,6 | 3,8 | 3,5 | 3,0 | 2,6 | 2,3 | 2,5 | 2,8 | 2,8 | 3,5 | 3,5 | 3,8 | 3,6 |
| Östra mellansverige | 5,6 | 4,9 | 4,2 | 3,7 | 3,1 | 2,8 | 2,5 | 2,5 | 3,0 | 3,0 | 3,4 | 3,9 | 3,9 | 3,6 |
| Stockholm | 4,5 | 3,7 | 3,2 | 2,9 | 2,5 | 2,6 | 2,1 | 2,3 | 2,1 | 2,4 | 3,2 | 3,0 | 2,9 | 2,9 |
| Norra mellansverige | 6,0 | 5,4 | 4,8 | 4,1 | 3,2 | 3,0 | 2,6 | 2,6 | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 3,6 | 3,5 | 3,5 |
| Mellersta Norrland | 5,4 | 4,8 | 3,9 | 3,9 | 3,2 | 3,0 | 2,2 | 2,3 | 2,9 | 2,7 | 3,4 | 3,4 | 3,6 | 3,6 |
| Övre norrland | 5,6 | 4,9 | 4,3 | 3,8 | 3,3 | 3,0 | 2,7 | 2,7 | 3,2 | 3,2 | 4,2 | 4,0 | 4,6 | 3,7 |

Tabell B.4**Andelen sjukfrånvarande i procent av antalet anställda efter bransch 1990–2003.****Privat sektor**

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totalt | | | | | | | | | | | | | | |
| Industrin | 8,2 | 7,0 | 6,0 | 5,2 | 4,7 | 4,3 | 3,7 | 3,7 | 3,9 | 4,5 | 5,0 | 5,5 | 5,5 | 5,3 |
| Tjänstenäringarna | 4,4 | 3,9 | 3,4 | 3,2 | 2,9 | 2,7 | 2,3 | 2,4 | 2,7 | 2,9 | 3,5 | 3,6 | 3,7 | 3,5 |
| Övriga | 4,3 | 4,1 | 3,6 | 3,3 | 2,8 | 2,0 | 1,9 | 2,5 | 2,2 | 2,6 | 3,0 | 2,8 | 3,4 | 3,2 |
| Totalt | 5,8 | 5,1 | 4,4 | 3,9 | 3,5 | 3,2 | 2,8 | 2,8 | 3,1 | 3,3 | 3,9 | 4,1 | 4,2 | 4,0 |
| Kvinnor | | | | | | | | | | | | | | |
| Industrin | 11,1 | 9,7 | 8,6 | 7,4 | 6,9 | 6,2 | 5,3 | 5,2 | 5,5 | 6,3 | 7,2 | 7,6 | 7,8 | 7,5 |
| Tjänstenäringarna | 5,2 | 4,6 | 4,0 | 3,9 | 3,5 | 3,3 | 2,9 | 3,0 | 3,4 | 3,7 | 4,2 | 4,5 | 4,8 | 4,5 |
| Övriga | 3,3 | 2,8 | 2,3 | 1,8 | 2,9 | 2,6 | 2,0 | 1,9 | 2,3 | 2,0 | 2,5 | 2,4 | 2,8 | 2,6 |
| Totalt | 6,9 | 6,0 | 5,2 | 4,8 | 4,4 | 4,0 | 3,5 | 3,5 | 3,9 | 4,2 | 4,8 | 5,1 | 5,4 | 5,0 |
| Män | | | | | | | | | | | | | | |
| Industrin | 7,0 | 5,9 | 5,1 | 4,4 | 3,9 | 3,6 | 3,1 | 3,1 | 3,4 | 3,8 | 4,2 | 4,7 | 4,7 | 4,6 |
| Tjänstenäringarna | 3,6 | 3,3 | 2,8 | 2,6 | 2,3 | 2,2 | 1,9 | 1,9 | 2,2 | 2,2 | 3,0 | 2,8 | 2,8 | 2,7 |
| Övriga | 4,4 | 4,2 | 3,7 | 3,5 | 2,7 | 1,9 | 1,9 | 2,5 | 2,2 | 2,7 | 3,1 | 2,9 | 3,5 | 3,2 |
| Totalt | 5,2 | 4,5 | 3,9 | 3,5 | 3,0 | 2,7 | 2,4 | 2,5 | 2,7 | 2,9 | 3,4 | 3,5 | 3,6 | 3,4 |

Tabell C
Arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro 1996–2003 efter kön och ålder

| | | 16–29 år | | 30–49 år | | 50–64 år | | 16–64 år | |
|---|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | M | Kv | M | Kv | M | Kv | M | Kv |
| Arbetsrelaterade besvär | 1996 | 9,4 | 11,5 | 19,0 | 22,2 | 19,4 | 23,3 | 16,3 | 19,4 |
| | 1997 | 8,9 | 12,1 | 19,4 | 22,3 | 20,9 | 24,6 | 16,8 | 20,1 |
| | 1998 | 14,6 | 18,3 | 19,4 | 25,2 | 20,5 | 28,0 | 18,7 | 24,7 |
| | 1999 | 14,7 | 20,3 | 20,9 | 27,9 | 21,3 | 30,8 | 19,7 | 27,2 |
| | 2000 | 17,5 | 23,3 | 23,1 | 29,8 | 24,1 | 35,2 | 22,3 | 30,1 |
| | 2001 | 16,5 | 20,7 | 23,6 | 29,3 | 22,2 | 33,0 | 21,7 | 28,6 |
| | 2002 | 20,2 | 22,6 | 25,6 | 31,7 | 25,9 | 33,5 | 24,6 | 30,4 |
| | 2003 | 22,5 | 24,6 | 26,7 | 32,8 | 25,3 | 35,5 | 25,4 | 32,0 |
| Sjuk minst en dag p.g.a. besvär | 1996 | 2,7 | 3,1 | 6,1 | 7,5 | 6,9 | 8,2 | 5,3 | 6,4 |
| | 1997 | 2,4 | 3,0 | 5,4 | 6,8 | 7,0 | 8,5 | 5,0 | 6,2 |
| | 1998 | 4,5 | 3,9 | 5,5 | 7,5 | 6,3 | 10,3 | 5,5 | 7,6 |
| | 1999 | 4,7 | 5,6 | 6,1 | 9,3 | 7,1 | 10,7 | 6,1 | 9,0 |
| | 2000 | 5,7 | 6,1 | 7,8 | 9,9 | 8,7 | 14,0 | 7,6 | 10,4 |
| | 2001 | 6,0 | 7,6 | 7,7 | 11,4 | 8,9 | 15,1 | 7,7 | 11,7 |
| | 2002 | 6,9 | 6,5 | 9,1 | 13,2 | 9,7 | 15,2 | 8,9 | 12,5 |
| | 2003 | 7,5 | 8,4 | 9,2 | 13,2 | 9,5 | 15,9 | 9,0 | 13,1 |
| Sjuk minst 5 veckor p.g.a. besvär | 1996 | 0,7 | 1,2 | 2,3 | 4,0 | 4,4 | 5,5 | 2,4 | 3,6 |
| | 1997 | 0,5 | 0,9 | 2,2 | 3,4 | 4,4 | 5,6 | 2,3 | 3,3 |
| | 1998 | 1,0 | 1,0 | 1,9 | 3,1 | 3,1 | 5,9 | 2,1 | 3,5 |
| | 1999 | 0,9 | 1,3 | 2,3 | 4,7 | 3,9 | 6,7 | 2,5 | 4,6 |
| | 2000 | 1,0 | 1,4 | 2,6 | 4,8 | 5,5 | 8,9 | 3,1 | 5,3 |
| | 2001 | 1,4 | 2,9 | 3,4 | 6,4 | 5,6 | 10,4 | 3,6 | 6,8 |
| | 2002 | 1,8 | 2,6 | 3,9 | 7,3 | 5,6 | 10,5 | 4,0 | 7,3 |
| | 2003 | 2,0 | 3,2 | 3,8 | 7,0 | 6,5 | 11,1 | 4,3 | 7,5 |
| Arbetsolycka | 1996 | 1,8 | 0,8 | 3,1 | 1,6 | 2,6 | 1,9 | 2,6 | 1,5 |
| | 1997 | 2,2 | 1,3 | 3,3 | 1,8 | 2,6 | 1,9 | 2,8 | 1,7 |
| | 1998 | 3,1 | 1,8 | 3,4 | 1,8 | 2,7 | 2,3 | 3,1 | 2,0 |
| | 1999 | 3,0 | 2,4 | 3,5 | 2,3 | 3,5 | 2,4 | 3,4 | 2,4 |
| | 2000 | 3,1 | 1,9 | 3,7 | 2,3 | 3,4 | 2,4 | 3,5 | 2,2 |
| | 2001 | 3,2 | 2,2 | 3,8 | 2,2 | 3,3 | 2,5 | 3,5 | 2,3 |
| | 2002 | 4,1 | 1,9 | 3,9 | 2,1 | 2,8 | 2,5 | 3,6 | 2,2 |
| | 2003 | 3,4 | 2,3 | 3,6 | 2,6 | 3,1 | 2,3 | 3,4 | 2,4 |
| Sjuk minst en dag p.g.a. arbetsolycka | 1996 | 0,9 | 0,4 | 1,5 | 0,8 | 1,2 | 1,0 | 1,2 | 0,7 |
| | 1997 | 0,9 | 0,6 | 1,4 | 0,7 | 1,0 | 0,9 | 1,2 | 0,7 |
| | 1998 | 1,5 | 0,5 | 1,7 | 0,9 | 1,5 | 1,2 | 1,6 | 0,9 |
| | 1999 | 1,6 | 1,4 | 1,4 | 1,0 | 1,9 | 1,0 | 1,6 | 1,1 |
| | 2000 | 1,7 | 0,9 | 1,8 | 1,0 | 1,9 | 1,4 | 1,8 | 1,1 |
| | 2001 | 1,5 | 0,9 | 2,0 | 1,1 | 2,0 | 1,3 | 1,9 | 1,1 |
| | 2002 | 2,2 | 0,7 | 2,0 | 1,2 | 1,3 | 1,2 | 1,8 | 1,1 |
| | 2003 | 1,9 | 0,9 | 1,9 | 1,3 | 1,6 | 1,2 | 1,8 | 1,2 |
| Sjuk minst 5 veckor p.g.a. arbetsolycka | 1996 | 0,3 | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 0,7 | 0,7 | 0,5 | 0,4 |
| | 1997 | 0,2 | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,4 |
| | 1998 | 0,3 | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,4 |
| | 1999 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,7 | 0,5 |
| | 2000 | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 1,3 | 0,9 | 0,8 | 0,5 |
| | 2001 | 0,5 | 0,4 | 0,9 | 0,7 | 1,2 | 0,8 | 0,9 | 0,6 |
| | 2002 | 0,6 | 0,4 | 0,9 | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,8 | 0,4 |
| | 2003 | 0,5 | 0,2 | 0,8 | 0,6 | 1,1 | 0,9 | 0,8 | 0,6 |

Tabell C (forts.)

| | | 16-29 år | | 30-49 år | | 50-64 år | | 16-64 år | |
|--|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | M | Kv | M | Kv | M | Kv | M | Kv |
| Arbetssjukdom | 1996 | 7,5 | 10,6 | 16,0 | 20,4 | 16,7 | 21,0 | 13,7 | 17,7 |
| | 1997 | 6,7 | 10,8 | 16,2 | 20,3 | 18,3 | 22,5 | 14,0 | 18,3 |
| | 1998 | 11,5 | 16,4 | 16,1 | 23,3 | 17,7 | 25,3 | 15,6 | 22,5 |
| | 1999 | 11,7 | 18,2 | 17,6 | 25,2 | 17,7 | 28,4 | 16,4 | 24,8 |
| | 2000 | 14,5 | 21,4 | 19,7 | 27,8 | 20,7 | 32,4 | 18,9 | 27,9 |
| | 2001 | 13,5 | 18,7 | 20,1 | 27,1 | 19,1 | 30,6 | 18,4 | 26,4 |
| | 2002 | 16,1 | 20,9 | 21,8 | 29,9 | 23,0 | 30,9 | 21,0 | 28,4 |
| | 2003 | 19,3 | 22,6 | 23,3 | 30,2 | 22,3 | 33,2 | 22,2 | 29,6 |
| Sjuk minst en dag p.g.a. arbetssjukdom | 1996 | 1,7 | 2,6 | 4,7 | 6,5 | 5,8 | 7,1 | 4,1 | 5,6 |
| | 1997 | 1,5 | 2,4 | 4,0 | 5,9 | 6,0 | 7,5 | 3,8 | 5,3 |
| | 1998 | 3,0 | 3,3 | 3,8 | 6,6 | 4,8 | 9,1 | 3,9 | 6,7 |
| | 1999 | 2,9 | 4,3 | 4,7 | 8,1 | 5,2 | 9,5 | 4,5 | 7,8 |
| | 2000 | 4,1 | 5,2 | 6,2 | 9,0 | 6,9 | 12,2 | 6,0 | 9,2 |
| | 2001 | 4,4 | 6,8 | 5,8 | 10,2 | 6,9 | 13,8 | 5,9 | 10,6 |
| | 2002 | 4,7 | 5,9 | 7,2 | 12,1 | 8,3 | 13,9 | 7,0 | 11,4 |
| | 2003 | 5,6 | 7,7 | 7,5 | 11,8 | 8,0 | 14,6 | 7,3 | 11,9 |
| Sjuk minst 5 veckor p.g.a. arbetssjukdom | 1996 | 0,4 | 1,0 | 1,7 | 3,5 | 3,8 | 4,8 | 1,9 | 3,1 |
| | 1997 | 0,3 | 0,6 | 1,5 | 2,9 | 3,9 | 5,1 | 1,8 | 2,9 |
| | 1998 | 0,6 | 0,8 | 1,3 | 2,6 | 2,3 | 5,4 | 1,4 | 3,1 |
| | 1999 | 0,6 | 0,7 | 1,7 | 4,1 | 2,8 | 5,9 | 1,8 | 4,0 |
| | 2000 | 0,9 | 1,2 | 2,0 | 4,4 | 4,4 | 7,8 | 2,5 | 4,8 |
| | 2001 | 0,9 | 2,6 | 2,5 | 5,6 | 4,3 | 9,6 | 2,7 | 6,2 |
| | 2002 | 1,1 | 2,4 | 3,1 | 6,9 | 4,8 | 9,9 | 3,2 | 6,9 |
| | 2003 | 1,6 | 3,0 | 3,0 | 6,4 | 5,4 | 10,2 | 3,4 | 6,9 |

ISSN 1103-7458

Statistikpublikationer kan beställas från SCB, Publikationstjänsten, 701 89 ÖREBRO, e-post: publ@scb.se, telefon: 019-17 68 00, fax: 019-17 64 44. De kan också köpas genom bokhandeln eller direkt hos SCB, Karlavägen 100 i Stockholm. Aktuell publicering redovisas på vår webbplats (www.scb.se). Ytterligare hjälp ges av Bibliotek och information, e-post: information@scb.se, telefon: 08-506 948 01, fax: 08-506 948 99.

www.scb.se