

Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser

En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i
åldern 20–69 år

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Ulrik Lidwall
010-116 97 26
ulrik.lidwall@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk ohälsa står för en allt större del av sjukfrånvaron. Som del av ett regeringsuppdrag kring psykisk ohälsa genomfördes år 2014 en analys av olika faktorer betydelse för risken att påbörja sjukskrivning i psykiatrisk diagnos (Socialförsäkringskrappport 2014:4). Rapporten har under flera år varit en viktig informationskälla men det finns ett behov av en uppdaterad lägesbild. Studiens syfte är att belysa betydelsen av olika demografiska, socioekonomiska och arbetsrelaterade faktorer för risken att påbörja ett längre sjukfall med psykiatrisk diagnos, samt sjukfallens längd för olika psykiatriska diagnoser.

Studien har en longitudinell design, där populationen arbetande i december 2017 följs under 2018 och 2019, vilket stärker möjligheten att dra slutsatser om olika faktorer betydelse för risken att påbörja sjukfall. Studien använder detaljerade yrkesuppgifter enligt SCB:s klassificering SSYK2012 vilket möjliggör analys av specifika yrken. Diagnos analyseras på en hög detaljeringsnivå vilket möjliggör analys av olika typer av stressrelaterad psykisk ohälsa.

Det finns ett stort behov av kunskap om orsaker till, samt möjliga åtgärder för att motverka psykisk ohälsa. Rapporten bidrar till kunskapen om orsaker bakom sjukfall i psykiatriska diagnoser och ger därmed ett viktigt bidrag till arbetet med att förebygga psykisk ohälsa som sätter ner arbetsförmågan.

Analysen har genomförts vid avdelningen för Analys och prognos vid Försäkringskassans huvudkontor. Projektledare och författare har varit Ulrik Lidwall som också genomfört analyserna. Claes Edwardsson och Wen Qian har bidragit till att sammanställa analysdatabasen med uppgifter från Försäkringskassans datalager SToRE och analysdatabasen MiDAS.

Stockholm, september 2020

Jon Dutrieux
Verksamhetsområdeschef på Avdelningen för analys och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	9
Inledning	13
Syfte och frågeställningar	13
Centrala begrepp	14
Kort om studien	15
Psykiatriska diagnoser och sjukfrånvaro – en bakgrund	16
Vad är psykisk ohälsa?	16
Utvecklingen av psykiskt välbefinnande och hälsa	17
Psykiatriska diagnoser allt vanligare	18
Resultat	22
Hur ska resultaten tolkas?.....	22
Skillnader mellan kvinnor och män och olika åldersgrupper.....	23
Diagnospanorama i olika åldersgrupper	25
Betydelsen av antal barn i familjen och barnens ålder	30
Civilstånd	31
Sjukfrånvaro i olika branscher och yrken	32
Regionala mönster	44
Diagnos och sjukfallslängd.....	46
Avslutande diskussion	52
Sociala och individrelaterade förhållanden	52
Ett hållbart arbetsliv?.....	53
Organisatorisk och social arbetsmiljö och negativ stress	54
Ökat fokus på förebyggande arbete.....	57
Referenser	59
Metodbilaga	69
Studiepopulation	69
Studerade utfall	69
Förklaringsfaktorer	70
Tabellbilaga	72

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är en omfattande utmaning i dagens samhälle och har stor betydelse för hälsa och välbefinnande över livets skeden. Det gäller inte minst för barn och unga, men också för äldre som lämnat arbetslivet. I denna rapport ligger dock fokus på befolkningen åldrarna 20–69 år som levde och förvärvsarbetade i Sverige i slutet av 2017 och deras sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser under 2018 och 2019. Syftet med analysen är dels att belysa betydelsen av olika demografiska, socioekonomiska och arbetsrelaterade faktorer för risken att starta ett sjukfall längre än 14 dagar med psykiatrisk diagnos, dels att belysa skillnaden i sjukfallslängd mellan olika psykiatriska diagnoser. Här sammanfattas studiens resultat och hur dessa kan kopplas till åtgärder för att minska den psykiska ohälsan i allmänhet och den stressrelaterade psykiska ohälsan i synnerhet.

Utmattningssyndrom och psykiska sjukdomar ger långa sjukskrivningar

Psykiatriska diagnoser leder till längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomar och sjukfallslängden har ökat över tid. Stressrelaterad psykisk ohälsa innebär generellt kortare sjukfall jämfört med de mer ovanliga psykiska sjukdomarna. Utmattningssyndrom innebär dock halvårslånga sjukfall jämfört med akuta stressreaktioner som varar drygt en månad. Den ökade förekomsten av utmattningssyndrom kan vara en viktig orsak till ökad sjukfallslängd för psykiatriska diagnoser.

Betydelsen av sociala och individrelaterade förhållanden

Kvinnor har en betydande överrisk för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos

Kvinnor har generellt 25 procent högre risk än män att påbörja ett sjukfall. För sjukfall med psykiatrisk diagnos är risken 31 procent högre för kvinnor jämfört med män och ännu högre för stressrelaterad psykisk ohälsa, 41 procent.

Sjukfrånvaron stiger med åldern men psykiatriska diagnoser dominerar bland yngre

Åldersmönstret för sjukskrivning är generellt att risken stiger efter 50-årsåldern för att sedan avta i åldrarna över 60 år bland dem som fortfarande arbetar. För psykiatriska diagnoser är mönstret istället att risken är 10 till 15 procent högre i åldrarna 25–39 år för både kvinnor och män än i åldersgruppen 45–49 år.

Livshändelser, stor familj och barn i förskole- och lågstadieåldern ökar risken för stressrelaterad psykisk ohälsa

Frånskilda av båda könen har en högre risk för sjukfall både generellt och i psykiatrisk diagnos. I psykiatriska diagnoser ligger risken för frånskilda 15-20 procent över risken för gifta. Sjukfrånvaron är också högre både generellt och i psykiatriska diagnoser bland kvinnor och män som har fyra eller fler barn, knappt 10 procent högre än bland de som har två barn. Stressrelaterad psykisk ohälsa i form av utmattningssyndrom är vanligare bland individer med barn i förskole- och lågstadieåldern 3 till 8 år.

Måttliga men tydliga skillnader mellan olika bostadsorter

Det finns en tendens till högre sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser i pendlingskommuner runt storstadsområdena, främst då Stockholm och Göteborg. Västra Götalandsregionen har varaktigt haft en högre sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser men i regioner som Dalarna och Gävleborg har denna sjukfrånvaro ökat tydligt över tid.

Viktigt med balans mellan familjeliv och arbete

Bristande balans mellan familjeliv och arbete har i tidigare studier visat sig ha betydelse för psykisk hälsa och sjukfrånvaro, vilket i synnerhet gäller för många kvinnor som oftare tar ett större ansvar för barn och familj. Men också dubbelarbetande män reagerar som kvinnor på hög belastning med ökad stressrelaterad ohälsa och sjukfrånvaro. Ökad jämställdhet i både arbets- och familjeliv skulle minska könsskillnaderna i sjukfrånvaron och den stressrelaterade psykiska ohälsan. Med ökad jämställdhet i familjelivet skulle sannolikt också acceptansen öka för att föräldrar, oavsett kön, har behov av anpassningsmöjligheter under småbarnsåren vilket innebär ett mer långsiktigt hållbart arbetsliv.

Individen äger sin livsstil

Många faktorer på både samhälls- och individnivå har avgörande betydelse för hälsa och arbetsförmåga. På längre sikt kan samhället arbeta hälsoförebyggande genom att skapa förutsättningar för goda uppväxt- och livsvillkor för barn och unga oavsett socioekonomisk bakgrund, genom exempelvis utbildningssystemet. På individnivå har forskningen visat att livsstil och levnadsvanor som alkoholkonsumtion, rökning, motion och matvanor har stor betydelse för både hälsa och sjukfrånvaro. En vuxen person har alltid förstahandsansvaret för sin livsstil och äger själv möjligheten att påverka den i positiv riktning. Hälsosam livsstil är en viktig del i individens eget hälsoförebyggande och ökar möjligheten att klara psykiska och fysiska påfrestningar och negativa livshändelser. Livsstilens betydelse för hälsan gör också att det ligger i arbetsgivares intresse att stötta hälsosam livsstil hos personalen.

Arbetslivets betydelse

Vård, skola, omsorg och offentlig förvaltning är riskbranscher för psykisk ohälsa

Sjukfrånvaro är generellt högre inom bygg, transport, offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg. Men för psykiatriska diagnoser gäller det enbart inom offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg.

Kontaktyrken är välkända riskyrken för stressrelaterad psykisk ohälsa

Kontaktyrken inom det sociala området och vård- och omsorgssektorn är sedan tidigare välkända riskyrken för sjukfrånvaro och i synnerhet i psykiatriska diagnoser och stressrelaterad psykisk ohälsa. Inom skolan är sjukfrånvaron hög främst i förskolan samt bland grundskolans elevstödjande yrkesgrupper. Oavsett yrke har kvinnor 25 procent högre risk för sjukfrånvaro än män oavsett diagnos och 31 procent i psykiatrisk diagnos. Dock finns yrken där kvinnor har både lägre eller högre sjukfrånvaro än nämnda förväntade skillnader. Inom många chefsyrken har kvinnor en lägre generell sjukfrånvaro än förväntat. Prästycket är ett exempel på yrke där kvinnor har högre sjukfrånvaro än förväntat både generellt och i psykiatrisk diagnos.

Högre sjukfrånvaro bland dem med kortare utbildning, men också bland högutbildade finns riskyrken

Sjukfrånvaron är generellt högst bland yrken inom service och omsorg, naturbruk, bygg, tillverkning, transport samt yrken med låga krav på formell utbildning. Inom chefsyrken och yrken som kräver högskoleutbildning dominerar stressrelaterade diagnoser och utmattningssyndrom men i dessa yrken är sjukfrånvaron i allmänhet låg. Det finns dock undantag och hög sjukfrånvaro finns hos bland annat specialistläkare och arkitekter. Flera yrken inom djurhållning och djurvård som veterinärer och djursjukskötare uppvisar också hög sjukfrånvaro såväl generellt som i psykiatriska diagnoser. Detsamma gäller flera yrken inom apoteksbranschen liksom andra yrken inom handel och transport, samt inom bevakning och säkerhet där ett flertal serviceyrken har hög sjukfrånvaro.

Ett hållbart arbetsliv

Det är sedan tidigare väl belagt att strukturella problem i arbetslivet ger stora och varaktiga konsekvenser för sjukfrånvaron. En stor del av sjukfrånvaron kan kopplas till arbetsrelaterad stress och den organisatoriska och sociala arbetsmiljöns betydelse har ökat över tid.¹ Att förhållanden på arbetsplatsen har stor betydelse för psykisk ohälsa och sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser har ett starkt och ökande forskningsstöd. Detta är ett gemensamt mönster i utvecklade ekonomier och är huvudanledningen till

¹ Se Arbetsmiljöverket (2015) för en definition av organisatorisk och social arbetsmiljö.

sådana förhållanden alltmer lyfts fram internationellt som den viktigaste orsaken till ökande psykisk ohälsa och sjukfrånvaro i arbetslivet.

Ett ytterligare skäl till att arbetsförhållanden och arbetsmiljö lyfts fram är att sådana förhållanden är möjliga att påverka, och det är på arbetsplatsen som anpassningar och åtgärder kan genomföras för att undvika sjukfrånvaro eller utträde från arbetslivet i förtid. Bättre organisatoriska och sociala arbetsförhållanden är långsiktiga investeringar med ett flertal positiva effekter utöver förbättrad hälsa och arbetsförmåga. Att detta är en strategisk ledningsfråga tydliggjordes av Arbetsmiljöverket 2015. Detta arbete behöver utvecklas ytterligare på svensk arbetsmarknad med ett mer proaktivt förhållningssätt.

Ett mer proaktivt förhållningssätt inriktat på preventiva åtgärder har flera fördelar. Hälsa- och sjukvårdens resurser kan då inriktas på att i första hand hjälpa dem med svårare psykisk ohälsa som inte i första hand är arbetsrelaterad. Detsamma gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen där ökade resurser kan satsas på grupper som står längre från arbetsmarknaden. Prevention är också att föredra, eftersom arbetslivsinriktade interventioner för återgång i arbete för sjukskrivna i psykiatriska diagnoser har visat svaga resultat. Arbetsgivarens engagemang är dock en konstaterad framgångsfaktor för återgång i arbete, vilket också tydliggör arbetets och arbetsplatsens betydelse för hälsa och arbetsförmåga.

Det finns ytterligare fördelar med ett ökat fokus på prevention på arbetsplatserna för att komma tillrätta med stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetslivet. Ett hållbart arbetsliv minskar inte bara den arbetsrelaterade psykiska ohälsan. Det ökar också möjligheten till återgång i arbete för den som drabbas av sådan ohälsa av andra skäl, samt ökar möjligheten för alla personer med psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar att delta i arbetslivet.

Summary

Mental disorder sick leave – A register study of the Swedish working population in ages 20 to 69 years

Mental illness is a challenge in contemporary society and has profound impact on health and well-being throughout all stages of life, including childhood, adolescence and retirement. In this report though, the focus lies on people of working age 20 to 69 years living and working in Sweden at the end of year 2017, and their subsequent sick leave due to mental disorders during the years 2018 and 2019. The aim of the study is to investigate the role of demographic, socioeconomic and occupational predictors for sick leave due to mental disorder exceeding 14 days in length. Another aim is to investigate the differences in sick leave duration between different mental disorders. In this summary, the results from the study are summarised, and linked to proposed measures aiming to reducing mental illness in general, and stress related mental disorders in particular.

Stress related exhaustion and severe mental disorders lead to long term sick leave

Sick leave duration caused by mental disorders exceed duration in sick leave caused by most other ailments. Also, sick leave duration due to mental disorder has also increased over the years. Stress related disorders in general mean shorter sick leave duration compared to more severe mental disorders such as e.g. schizophrenia. However, among the stress related disorders, stress related exhaustion stands out with sick leaves lasting approximately half a year. In comparison, sick leave due to acute stress reactions last only for approximately one month. The increased prevalence of stress related exhaustion could be an important cause behind increased sick leave duration due to mental disorder.

The role of personal and social factors

Women have a significantly higher risk of sick leave due to mental disorders

The risk of sick leave in general exceeding 14 days, is 25 percent higher for women than for men. For mental disorders that risk, for women compared to men, increases to 31 percent and for stress related disorders it increases to 41 per cent.

Sick leave increases with age but mental disorders dominate among younger people

In people above the age of 50, the risk of sick leave in general exceeding 14 days rises. In people above 60 years the risk declines among those still in employment. In contrast, for sick leave due to mental disorder, the incidence is 10 to 15 percent higher for those in younger ages 25 to 39 years, compared to middle aged people 45 to 49 years.

Stressful life events, parents with large families and parents having children in preschool or primary school are at risk for stress related mental disorders

Divorced people are at an increased risk for sick leave in general as well as for mental disorders, with a 15 to 20 percent higher risk than those who are married. Higher sick leave risk in general and due to mental disorders are also found among those living with four or more children, with a 10 percent higher risk of sick leave than those living with 2 children. Stress related mental disorders are also more common among parents with children in preschool or primary school in ages 3 to 8 years old.

Moderate but significant differences in sick leave between places of residence

There is a tendency to higher rates of sick leave due to mental disorder in commuting and suburban municipalities close to Sweden's larger cities, which mainly appears for Stockholm and Göteborg. On county level, the region of Västra Götaland has persistently had higher sick leave rates due to mental disorder while other regions such as Dalarna and Gävleborg have had increased sick leave rates recently.

Work life balance is important

A lack of balance between work and family or private life is a risk factor for mental illness and sick leave according to previous studies. Since women often take the main responsibility for children and domestic chores, a double work burden is particularly common among women. However, women and men with double burden have increased risk of stress related illness and sick leave. Increased gender equality in both working life and domestic life would decrease the prevailing excess sick leave and stress related illness among women. Increased gender equality in domestic life could probably also change work cultures at workplaces. Increased awareness at the workplace and from employers about the need for work adaptability and adjustment for parents with young children, regardless of gender, would entail a more sustainable working life.

All individuals own their life-style

Several factors on both individual and societal level have crucial impact for an individual's health and ability to work. In a long-term perspective society may take health preventive measures by facilitating good living conditions

for children and adolescents regardless of socioeconomic status, e.g. through the education system. At the individual level research has established a firm connection between on the one hand health adverse life-style such as alcohol consumption, smoking or sedentary life-style, and on the other hand health sick leave and decreased work ability. Adults are responsible for their own life-style and the possibility to influence their health in a positive direction through a healthy life style. Health positive choices increase the resilience towards physical and mental strain and stressful life events. Since life-style play a crucial role for health it is also in the interest of employers to encourage healthy life-style choices among their staff.

The role of working life

Sick-leave due to mental disorder is more prevalent within health care, education, social care, social work and public administration

Sick leave is more prevalent among those working within sectors such as construction, transportation, public administration, education, health care, social care and social work. While physical ailments dominate sick leave within construction and transportation sectors, mental disorders dominate within public administration, education, health care, social care and social work sectors.

Human service occupations are well-known high-risk occupations for stress related mental disorders

Human service occupations within social work, social care and health care sectors typically stand out as risk occupations for sick leave, in particular sick leave due to stress related mental disorders. Within the education sector, sick leave is mainly high among those working within preschools, and within social care and pupil supporting occupations within primary education. Regardless of occupation, sick leave for women is 25 percent higher than for men, and 31 percent for sick leave due to mental disorders. However, there are occupations where women have significantly higher or lower sick leave rates than these expected rates. Lower than expected sick leave rates are found among women in several managerial position occupations. On the other hand, priest is a typical example of an occupation where women compared to men have higher than expected sick leave rates both in general and for mental disorders.

Sick leave is more common in less skilled occupations, but sick leave is high in some high skilled occupations as well

In general, sick leave is more common within occupations in sectors such as services, social care, agriculture, construction, transportation and occupations with low educational requirements. Within managerial occupations and occupations with higher educational requirements (university degree), stress related mental disorders and stress related exhaustion are the dominant causes of sick leave, although sick leave rates

in general are low in these occupations. There are exceptions though; high rates of sick leave are found among specialised medical doctors and architects. Several occupations within veterinary activities such as veterinaries and their assistants have high rates of sick leave in general and also due to mental disorders. The same holds for several occupations within pharmacy, as well as several other occupations within trade, transportation and security, which often entails human service work.

A sustainable working life

It is well established that structural problems within working life will lead to profound and persistent consequences for the rates of sick leave in society. According to the scientific literature a substantial part of sick leave due to mental disorder may be attributed to work related stress, and the role of the organisational and social work environments has increased over time. This is a shared experience in advanced economies around the world and is internationally acknowledged as the main reason behind increased mental illness and sick leave in contemporary working life.

Another important reason why working conditions and work environments are highlighted is that such conditions are highly possible to modify. Furthermore, the workplace is the focal point for changes and adaptations in order to prevent sick leave and premature exits from working life due to work inability. Improved organisational and social conditions at the workplace should be considered as long-term investments with several positive effects beyond preserved health and work ability. In 2015 the Swedish Work Environment Authority emphasised this responsibility for the strategic management of every organisation and company with employees. The strategic management of this responsibility has to be further improved using a more proactive approach.

An approach with more focus on preventive measures addressing the causes of sick leave will have several advantages. The resources of the healthcare system may then to a higher degree be directed towards those suffering from mental illnesses without occupational causes. The same holds for vocational rehabilitation resources which could be directed towards unemployed or those outside the labour market rather than to those already holding employment. Prevention is also preferable since the results for vocational rehabilitation measures, for those on sick leave due to mental disorders, have been discouraging so far. The involvement of the employer for successful vocational rehabilitation is well established, and highlights the role of the workplace and work itself for worker health and work ability.

In addition, there are other benefits with an increased focus on work place prevention of stress related mental disorders in modern working life. A sustainable working life would not only reduce stress related mental health. It would also improve the prospects for return to work for those suffering from stress related mental disorders, as well as enhance the possibilities for all those with physical or mental illnesses and disabilities to participate in the modern working life.

Inledning

Nedsatt arbetsförmåga på grund psykisk ohälsa står för en allt större del av sjukfrånvaron.² Redan 2014 publicerade Försäkringskassan en omfattande analys av en mängd olika faktorer betydelse för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos för hela Sveriges befolkning i arbetsföra åldrar.³ Behovet är fortsatt stort av aktuell kunskap om orsaker till, samt möjliga åtgärder för att motverka psykisk ohälsa och denna rapport ger därför en uppdaterad lägesbild. Rapporten ger ytterligare kunskap om sannolika orsaker bakom sjukfall i psykiatriska diagnoser och är ett viktigt bidrag till arbetet med att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet.

Studien är longitudinell vilket stärker möjligheten att dra slutsatser om olika faktorer betydelse för risken för sjukfrånvaro. Alla som bodde och arbetade i Sverige vid årsskiftet 2017/2018 och deras sjukfrånvaro följs upp under 2018 och 2019. Studien använder också detaljerade yrkesuppgifter enligt den nyare yrkesklassifikationen SSYK2012.⁴ Det möjliggör bland annat en mer detaljerad analys av specifika yrken inom de kvinnodominerade välfärdstjänsterna där sjukfrånvaron är välkänt hög.⁵ Sjukfrånvarons diagnoser analyseras även det på en hög detaljeringsnivå vilket bland annat möjliggör analys av olika typer av stressrelaterad psykisk ohälsa som ökat markant över tid.⁶

Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att belysa betydelsen av olika demografiska, socioekonomiska och arbetsrelaterade faktorer för risken att påbörja ett längre sjukfall med psykiatrisk diagnos samt hur långvariga dessa sjukfall blir.

Målsättningen är att resultaten ska bidra till ökad kunskap kring psykisk ohälsa i samhället som helhet samt specifikt bidra till arbetet med att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet.

² Försäkringskassan (2020a). Effekterna på sjukfrånvaron av Covid-19 pandemin från kvartal 1 2020 och framåt är inte beaktade i sammanhanget.

³ Försäkringskassan (2014a).

⁴ SCB (2012).

⁵ Försäkringskassan (2018b).

⁶ Försäkringskassan (2016b) och (2020).

De frågeställningar som besvaras i analysen är:

- Vilka skillnader i sjukfrånvaro finns mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper?
- Hur ser diagnospanoramata ut för kvinnor och män i olika åldrar och särskilt i de psykiatriska diagnoserna?
- Är sjukfrånvaron högre för individer med barn i för- och grundskoleåldrarna och vilken betydelse har antalet barn i familjen?
- Vilka yrken är särskilt utsatta? Skiljer sig risken för sjukskrivning markant åt mellan män och kvinnor inom samma yrke?
- Hur ser det regionala mönstret ut? Har boende i pendlings- och förortskommuner till storstäderna fortfarande högre sjukfrånvaro?
- Vilka skillnader finns i sjukfallslängd mellan psykiatriska och andra diagnoser samt hur ser skillnaderna ut mellan olika psykiatriska diagnoser?

Centrala begrepp

Sjukfrånvaro. I rapporten används begreppet sjukfrånvaro för att beteckna frånvaro från arbetet på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. I analysen avser sjukfrånvaron den som varat längre än 14 dagar och ersatts från den allmänna sjukförsäkringen med sjukpenning eller dess varianter, exempelvis rehabiliteringspenning.

Sjukfall. I rapporten avses med begreppet sjukfall, om inget annat anges, frånvaro från arbetet på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom som varat längre än 14 dagar. I dessa sjukfall har läkarintyg med diagnos utfärdats av legitimerad läkare, vilket är en förutsättning för att en individ ska kunna få ersättning från den allmänna sjukförsäkringen.

Sjukfallslängd. Mäts i dagar från sjukanmälningsdagen till sjukfallets sista ersatta dag för sjukfall påbörjade under 2018 och 2019.

Diagnos. Diagnos klassificeras enligt den svenska versionen (ICD-10SE) av WHO:s ICD-10.⁷

Psykiatrisk diagnos. Med psykiatrisk diagnos avses kapitel V i ICD-10SE med den fullständiga benämningen: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (innefattar diagnoskoderna F00–F99).

Vanliga psykiatriska diagnoser (Engelska: Common mental disorders). Avser diagnoser inom avsnitten Förstämningssyndrom (F30–F39) och Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40–F48) där diagnoserna F32 ”Depressiv episod” och F43 ”Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress” dominerar (se Tabell 3 och Tabell 4).

⁷ Socialstyrelsen (2010).

Psykisk ohälsa. Det finns ingen allmänt vedertagen definition på detta begrepp, men i allmänhet brukar man inom medicinsk vetenskap avse lindriga eller medelsvåra depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner.⁸ Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv kan psykisk ohälsa i samhället innefatta också svårare psykiska sjukdomar såväl som olika typer av avvikande beteenden som missbruk och kriminalitet. I denna rapport används psykisk ohälsa i den snävare medicinska betydelsen.

Stressrelaterad psykisk ohälsa. Avser i denna rapport diagnosen ”anpassningsstörningar och reaktion på svår stress” (F43) där betydelsen av olika yttre orsaker är kännetecknande. F43 innefattar bland annat diagnoserna akut stressreaktion (F43.0) och utmattningssyndrom (F43.8A).

Kort om studien

Risken att påbörja en sjukskrivning som pågår längre än 14 dagar studeras i en population som utgörs av sysselsatta i åldern 20–69 år definierad per den 31 december 2017, sammanlagt 4,3 miljoner individer. Till populationen knöts varje individs första påbörjade sjukfall längre än 14 dagar under åren 2018 och 2019 sammanlagt 525 000 sjukfall, varav 147 000 i psykiatrisk diagnos. Risken för sjukfall under 2018–2019 analyseras för 4 olika utfall:

1. Alla diagnoser
2. Psykiatriska diagnoser (F)
3. Stressrelaterad psykisk ohälsa (F43)
4. Utmattningssyndrom (F43.8A)

Dessutom analyseras sjukskrivningslängd och sannolikheten att sjukfallen avslutas för olika diagnoskapitel och för olika psykiatriska diagnoser. Både gemensamma och könsuppdelade analyser genomförs. Som förklaringsfaktorer används och presenteras yrke på detaljnivå, bransch, kön, ålder, civilstånd, antal barn i familjen och deras ålder, samt bostadsort. Utöver detta analyseras också om det finns interaktionseffekter mellan kön och yrke, det vill säga om risken för kvinnor är högre eller lägre än den generella förväntade överrisken i vissa yrken. Studien har en longitudinell design. Det betyder att de olika förklaringsfaktorerna har mätts innan sjukfallen påbörjats. Detta stärker möjligheten att dra slutsatser om olika faktorerens betydelse för risken att starta ett sjukfall och sannolikheten att det avslutas.

⁸ OECD (2015) och Axén m.fl. (2020).

Psykiatriska diagnoser och sjukfrånvaro – en bakgrund

Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande där individen är medveten om sin egen förmåga, kan hantera livets normala påfrestningar, kan utföra ett produktivt och fruktbart arbete, och kan bidra till samhället.⁹ Om denna balans rubbas kan psykisk ohälsa uppstå och jämfört med psykisk sjukdom är detta relativt vanligt och händer ofta under perioder av hög stress eller uppskakande upplevelser.¹⁰

Vad är psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande och brukar avse mild till måttlig depression, ångesttillstånd samt stressreaktioner, vilka ofta orsakas av yttre händelser och omständigheter.¹¹ Sådan stressutlöst psykisk ohälsa leder ofta till så kallade vanliga psykiatriska diagnoser eller på engelska ”common mental disorders”.¹² I synnerhet varaktig och upprepad exponering för negativ arbetsrelaterad stress har visat sig ha negativa effekter på den psykiska hälsan.¹³

Vid en given tidpunkt beräknas vanliga psykiatriska diagnoser omfatta omkring 15 procent av befolkningen i arbetsföra åldrar medan psykisk sjukdom omfattar 5 procent, vilket innebär en total punktprevalens¹⁴ för psykiatriska sjukdomar och syndrom på omkring 20 procent inom OECD-länderna.¹⁵ I samma rapport anger OECD att livstidsprevalensen är så hög som 50 procent, alltså att varannan person någon gång under livet kommer att uppfylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos. I en systematisk litteraturoversikt som omfattade 174 undersökningar i 63 länder av vanliga psykiatriska diagnoser för individer i arbetsföra åldrar, var ettårsförekomsten 18 procent och livstidsprevalensen 29 procent.¹⁶

Den information som finns tyder på att prevalensen av psykisk ohälsa i yrkesverksamma åldrar ligger på ungefär samma nivå i Sverige som i övriga OECD-länder.¹⁷ Detta stöds också av en svensk studie från 2009 av individer i åldrarna 18–70 år, där förekomsten av psykisk ohälsa var 17

⁹ WHO (2001).

¹⁰ EU (2017).

¹¹ OECD (2015) och Axén m.fl. (2020).

¹² Ormel m.fl. (2013) och Allen m.fl. (2014).

¹³ Ford m.fl. (2014), FORTE (2015) och Duchaine m.fl. (2020).

¹⁴ Förekomsten i befolkningen vid en given tidpunkt.

¹⁵ OECD (2012).

¹⁶ Steel m.fl. (2014). Ettårs-förekomsten avser förekomsten under ett givet år.

¹⁷ OECD (2013).

procent, med 11 procent depression och 15 procent ångesttillstånd.¹⁸ Samsjuklighet mellan depression och ångesttillstånd har tidigare visat sig vara mycket vanligt.¹⁹ I den svenska studien uppfyllde 8 procent kriterierna för båda tillstånden, vilket i gruppen med psykisk ohälsa innebar en samsjuklighet på 48 procent. Gruppen med samsjuklighet upplevde också en mer genomgripande negativ påverkan på hälsa och livskvalitet.²⁰

I Sverige är det 1,7 procent av befolkningen i arbetsföra åldrar som under ett år är sjukskriven för en psykiatrisk diagnos, och ytterligare 1,7 procent som har aktivitetsersättning eller sjukersättning.²¹ Om förekomsten av psykisk ohälsa i arbetsföra åldrar i Sverige ligger någonstans mellan 15 och 20 procent betyder att det finns stora grupper på arbetsmarknaden som lever och arbetar med psykisk ohälsa. Enligt OECD upplever också 69 procent av dem som lider av psykisk ohälsa att det påverkar deras prestationer på arbetet.²² De samhällskostnader som psykisk ohälsa förorsakar genom ökade utgifter inom sjukförsäkringen utgör således endast toppen av isberget. Humanitära och sociala skäl är självklara utgångspunkter för insatser riktade mot psykisk ohälsa. Men det finns också starka ekonomiska skäl att aktivt förebygga psykisk ohälsa för både samhället som helhet som för näringslivet.²³

Utvecklingen av psykiskt välbefinnande och hälsa

I Sverige har det självrapporterade psykiska välbefinnandet minskat över tid bland både män och kvinnor under perioden 2006–2018.²⁴ Bland de yngre i åldrarna 16–29 år är hälsan överlag bättre. Men hos de yngre har den psykiska ohälsan ökat mest och andelen med stress, ångslan, oro eller ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande är också högst bland de unga. Stress, ångslan, oro och ångest har liksom sömnbesvären också ökat över tid i befolkningen som helhet.²⁵ Både sömnbesvär och arbetsrelaterad psykisk anspänning ökar markant risken för långvarig sjukfrånvaro hos den svenska arbetskraften.²⁶ Att dålig social och organisatorisk arbetsmiljö orsakar sömnbesvär har också konstaterats i en stor systematisk litteraturoversikt.²⁷

Folkhälsan i Sverige förefaller annars generellt gå i positiv riktning. Den självskattade hälsan, mätt som andelen som uppger gott eller mycket gott

¹⁸ Johansson m.fl. (2013).

¹⁹ Kessler m.fl. (2005b).

²⁰ Johansson m.fl. (2013).

²¹ Enligt Försäkringskassans analysdatabas MiDAS hade knappt 127 000 individer i åldern 20–69 år ett sjukfall med psykiatrisk diagnos år 2018. I befolkningen ingick knappt 7,4 miljoner individer varav knappt 4,4 miljoner var sysselsatta enligt SCB. Ytterligare 126 000 individer hade aktivitetsersättning eller sjukersättning med psykiatrisk diagnos.

²² OECD (2015).

²³ Se föregående referens.

²⁴ Folkhälsomyndigheten (2020).

²⁵ Se föregående referens.

²⁶ Åkerstedt m.fl. (2020).

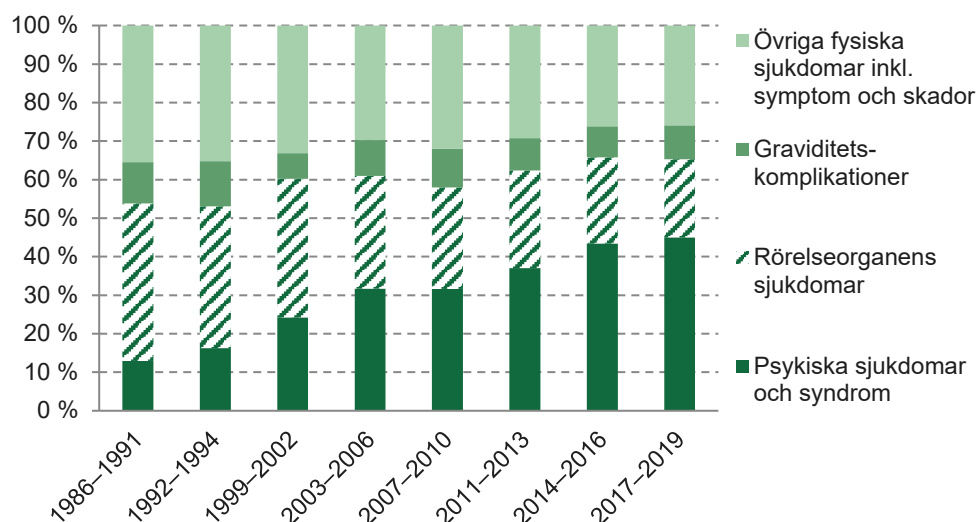
²⁷ Linton m.fl. (2015).

allmänt hälsotillstånd ökade 2006–2018.²⁸ Dock har övervikt och fetma ökat under samma tidsperiod,²⁹ och sedan 1990-talet har också kondition och syreupptagningsförmåga påtagligt försämrats i den arbetande befolkningen i Sverige.³⁰

Psykiatriska diagnoser allt vanligare

Psykiatriska diagnoser har blivit den främsta orsaken till längre sjukfrånvaro i en rad ekonomiskt utvecklade länder, däribland Sverige.³¹ Utvecklingen med en allt större del av sjukfrånvaron kopplad till psykisk ohälsa har skett succesivt under en längre tid. I Sverige ökade under de tre senaste decennierna de psykiatriska diagnosernas andel av den längre sjukfrånvaron över två månader, från 13 till 45 procent bland kvinnor och från 16 till 33 procent bland män. Under samma tidsperiod minskade rörelseorganens sjukdomar, från 41 till 20 procent bland kvinnor och från 38 till 27 procent bland män, se Figur 1 och Figur 2.³²

Figur 1 Diagnospanorama för kvinnor i sjukfall 60 dagar eller längre



Källor: Lidwall 2010 (1986-2006) och Försäkringskassan MiDAS (2007-2019).

²⁸ Folkhälsomyndigheten (2020).

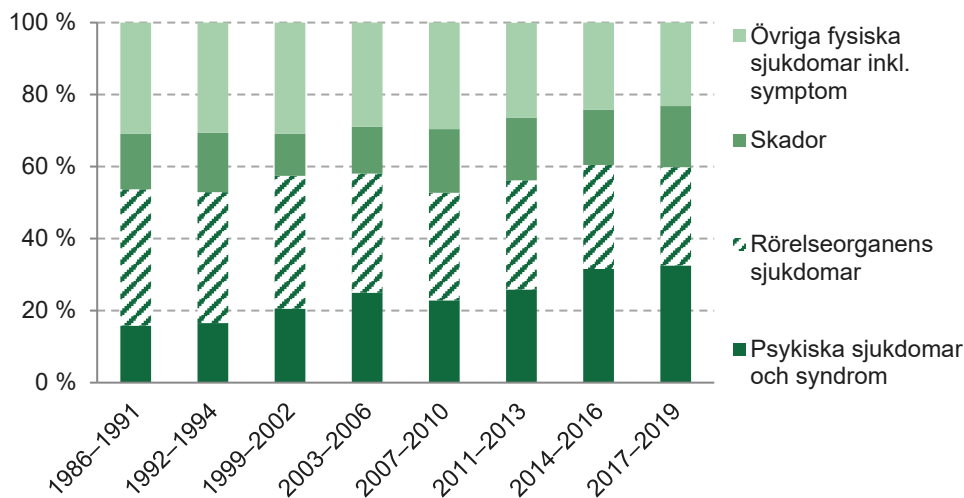
²⁹ Se föregående referens.

³⁰ Ekblom-Bak m.fl. (2019).

³¹ Försäkringskassan (2009), Henderson m.fl. (2011), OECD (2012), Dewa m.fl. (2014) och EU (2017).

³² Diagnoserna som redovisas i denna rapport utgår genomgående från sjukfallets primärdiagnos.

Figur 2 Diagnospanorama för män i sjukfall 60 dagar eller längre.



Källor: Lidwall 2010 (1986-2006) och Försäkringskassan MiDAS (2007-2019)

Stressrelaterad psykisk ohälsa dominerar

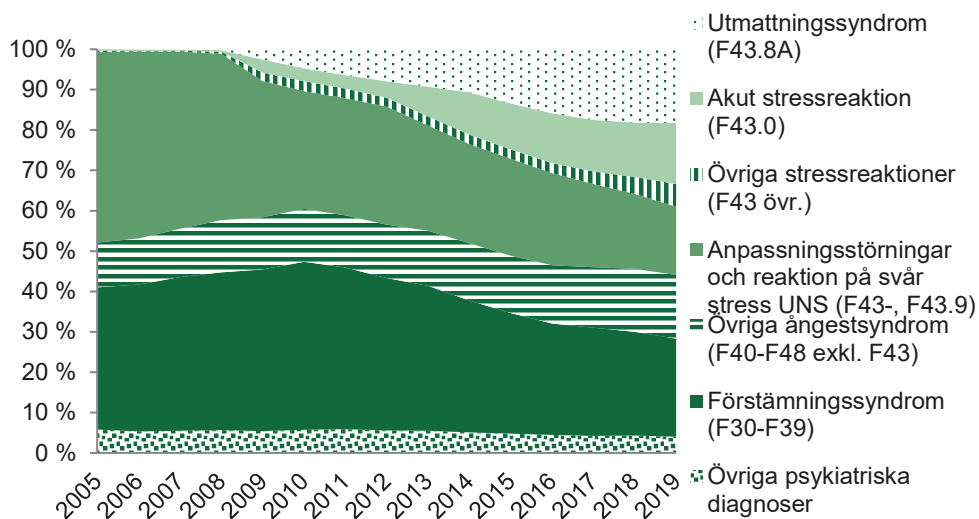
Det som främst ökat både i Sverige och övriga OECD-länder är dock inte de psykiska sjukdomarna av allvarigare och mer svårbehandlad karaktär, utan de vanliga psykiatriska diagnoserna.³³ I Figur 3 och Figur 4 visas diagnospanoramats i sjukfall med psykiatrisk diagnos för kvinnor respektive män. De psykiska sjukdomarna anges som ”övriga psykiatriska diagnoser” och ligger relativt stabilt i botten av figurerna och står för omkring 10 procent av sjukfallen bland män och 5 procent bland kvinnor.

Förstämmningssyndrom eller depressioner står för en stor del av sjukfallen och ökade mellan 2005 och 2010 men har därefter minskat. Depressionernas andel har minskat mellan 2010 och 2019 från 42 till 24 procent bland kvinnor och 44 till 31 procent bland män. Övriga ångestsyndrom har ökat något över tid men det som främst har ökat sedan 2010 är den stressrelaterade psykiska ohälsan. I Figur 3 och Figur 4 utgörs den av diagnos F43 ”anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress”, som i sig innefattar fyra olika diagnoser som påverkar arbetsförmågan mycket olika. Medan posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom kan sätta ned arbetsförmågan avsevärd tid så innebär akuta stressreaktioner och anpassningsstörningar i allmänhet kortare sjukskrivning (se mer på sidan 46).

När det gäller den förskjutning som har skett mellan de vanliga psykiatriska diagnoserna med en minskande andel depressioner och en ökad andel stressreaktioner, så kan det inte uteslutas att en del av förklaringen är så kallad diagnosglidning inom hälso- och sjukvården. Samma symtombild kan således innebära annan diagnossättning.

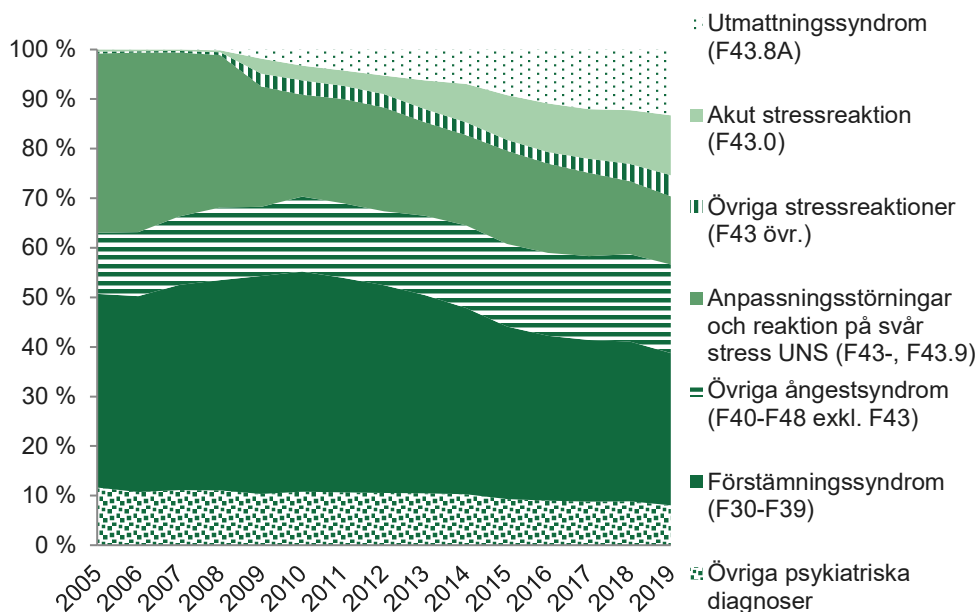
³³ OECD (2012) och (2015).

Figur 3 Diagnospanorama för kvinnor i psykiatriska diagnoser i sjukfall längre än 14 dagar



Not: (F43.8A), (F43.0), (F43 övr.), (F43-, F43.9): "Stressrelaterad psykisk ohälsa".
 Källa: Försäkringskassan MIDAS.

Figur 4 Diagnospanorama för män i psykiatriska diagnoser i sjukfall längre än 14 dagar



Not: (F43.8A), (F43.0), (F43 övr.), (F43-, F43.9): "Stressrelaterad psykisk ohälsa".
 Källa: Försäkringskassan MIDAS.

Som redan nämnts är samsjuklighet vanligt vid psykisk ohälsa, men också tillsammans med exempelvis smärttillstånd vilket en svensk studie visat.³⁴ Vidare var det först några år in på 2000-talet som utmattningsyndrom blev en egen diagnoskategori och hos vissa av dessa patienter förekom också

³⁴ Narusyte m.fl. (2020).

tydliga depressionssymptom.³⁵ Utmattningssyndrom har också kopplats till ett flertal fysiska sjukdomar, bland annat diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och smärttillstånd.³⁶

Sedan 2010 ska också diagnoserna för psykiatriska diagnoser, som anges i läkarintygen som grund för sjukpenning, specificeras på detaljerad 4-ställig nivå. Således ”F43.0” (Akut stressreaktion) istället för ”F43” som är alltför ospecifik för korrekt bedömning av arbetsförmåga. Tidigare studier har visat att för just F43 har såväl diagnossättning som användandet av detaljerad kodning varierat avsevärt mellan olika delar av landet.³⁷ Över tid har detta förbättrats. En allt större del av den stressrelaterade ohälsan inom F43 är numer specifikt diagnosticerad i takt med ökande kunskap inom hälso- och sjukvården, se Figur 3 och Figur 4.

Diagnosstatistiken under senare år ger därför en allt tydligare bild av hur den stressrelaterade ohälsan ser ut. *Posttraumatiskt stressyndrom* och *anpassningsstörningar* står för en marginell del av den stressrelaterade psykiska ohälsan. *Utmattningssyndrom* står däremot för 18 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och 13 procent bland män. En stor del utgörs också av *akut stressreaktion* som står för 15 procent av de psykiatriska diagnoserna bland kvinnor och 12 procent bland män år 2019.

I nästa kapitel redovisas vilka faktorer som ökar risken för sjukfall i psykiatriska diagnoser bland Sveriges 4,3 miljoner på arbetsmarknaden sysselsatta personer i åldern 20–69 år. Särskilt fokus läggs också på stressrelaterad psykisk ohälsa med utmattningssyndrom. Diagnospanoramats (fördelningen) i psykiatriska diagnoser beskrivs också detaljerat för kvinnor och män i olika åldersgrupper.

³⁵ Socialstyrelsen (2003).

³⁶ Salvagioni m.fl. (2017).

³⁷ Försäkringskassan (2017a).

Resultat

Här redovisas skillnaderna i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män samt olika åldersgrupper både generellt och för psykiatriska diagnoser. Vidare redovisas betydelsen av barn i familjen och i vilken ålder barnen är. De yrken som är särskilt utsatta presenteras. Att sjukfrånvaron är högre bland kvinnor än bland män är väl känt, liksom att riskyrken för kvinnor också är riskyrken för män och omvänt. Men mindre kunskap finns om kvinnor har högre eller eventuellt lägre sjukfrånvaro än förväntat inom samma yrke som män. Slutligen redovisas det regionala mönstret i sjukfrånvaron. I kapitlet redovisas också de skillnader som finns i sjukfallslängd mellan psykiatriska och övriga diagnoser samt skillnaderna i längd mellan de olika psykiatriska diagnoserna.

Hur ska resultaten tolkas?

I analysen studeras fyra olika utfall: all sjukfrånvaro oavsett diagnos, sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser (F), i stressrelaterad psykisk ohälsa (F43) samt i utmattningssyndrom (F43.8A). *De resultat som lyfts fram i denna rapport är främst de där risken för sjukfall är hög oavsett diagnos samt för psykiatriska diagnoser.* Resultaten för de mer specifika utfallen stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom säger mer om hur diagnospanoramata (fördelningen) ser ut inom de psykiatriska diagnoserna. Om riskerna är genomgående höga för F, F43 och F43.8A är det stressrelaterad psykisk ohälsa med utmattningssyndrom som driver sjukfrånvaron inom den studerade gruppen. Om riskerna är höga för F men lägre för F43 och F43.8A spelar andra psykiatriska diagnoser, företrädesvis depressioner, en större roll inom den studerade gruppen. Utöver detta kan det dock finnas anledning att uppmärksamma grupper, exempelvis yrken, där den generella sjukfallsrisken inte är högre än genomsnittet över alla diagnoser men där risken för sjukfall i utmattningssyndrom är tydligt förhöjd. Eftersom utmattningssyndrom ger problematiskt långa sjukskrivningar kan det finnas anledning att särskilt uppmärksamma arbetsvillkoren inom sådana yrken.

Således riktas i denna studie mindre uppmärksamhet mot grupper där risken för sjukfall generellt är hög och detta främst beror på skador eller rörelseorganens sjukdomar. Detta diagnosmönster är särskilt vanligt inom mansdominerade arbetaryrken inom bygg-, hantverk och tillverkning vilket finns utförligt redovisat sedan tidigare.³⁸ Aktuella uppgifter om sådana riskskillnader finns utförligt redovisade i tabellbilagan.

De relativa riskerna för påbörjat sjukfall som presenteras relateras alltid till normvärdet 1,00 och anger om risken för sjukfall under 2018/2019 är högre

³⁸ Försäkringskassan (2018c).

eller lägre än detta normvärde. Normvärdet anges ofta för en vald referenskategori, exempelvis åldersgruppen 45–49 år. En relativ risk på 1,25 innebär en 25 procents högre risk och 0,75 en 25 procents lägre risk för sjukfall jämfört med referensgruppen. Valet av referenskategori påverkar hur resultaten ska tolkas men inte resultaten i sig. Ibland finns ingen passande kategori att jämföra med och då görs jämförelsen mot ett ovägt genomsnitt över, exempelvis alla yrken, som ges referensvärdet 1,00.³⁹

Utöver risken för sjukfall med psykiatrisk diagnos presenteras också sjukfallsrisken oavsett diagnos som en referensanalys. Resultaten redovisas i sin helhet i tabellbilagan.

Skillnader mellan kvinnor och män och olika åldersgrupper

Kvinnor har en betydande överrisk för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos

Kvinnor har generellt 25 procents högre risk än män att påbörja ett sjukfall, se Figur 5. Bland kvinnor är sjukfall kopplade till graviditet relativt vanliga,⁴⁰ och stod åren 2018 och 2019 för 9 procent av de startade sjukfallen över 14 dagar. Om dessa exkluderas minskar skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfallsrisk till 21 procent högre risk för kvinnor. För sjukfall med psykiatrisk diagnos är risken 31 procent högre för kvinnor jämfört med män. Analyserna för stressrelaterad psykisk ohälsa och specifikt för utmattningssyndrom visar att risken är ännu högre för kvinnor jämfört med män, med mer än 40 procents högre risk för kvinnor, se Figur 5.

Den högre risken för sjukfall i psykiatrisk diagnos och stressrelaterad psykisk ohälsa ligger i linje med vad som framgår av officiell statistik liksom tidigare genomförda analyser.⁴¹ Tidigare studier har lyft fram en högre grad av dubbelarbete bland kvinnor samt bristande jämställdhet som en viktig faktor bakom kvinnors högre risk för sjukfall generellt, men också i psykiatriska diagnoser.⁴²

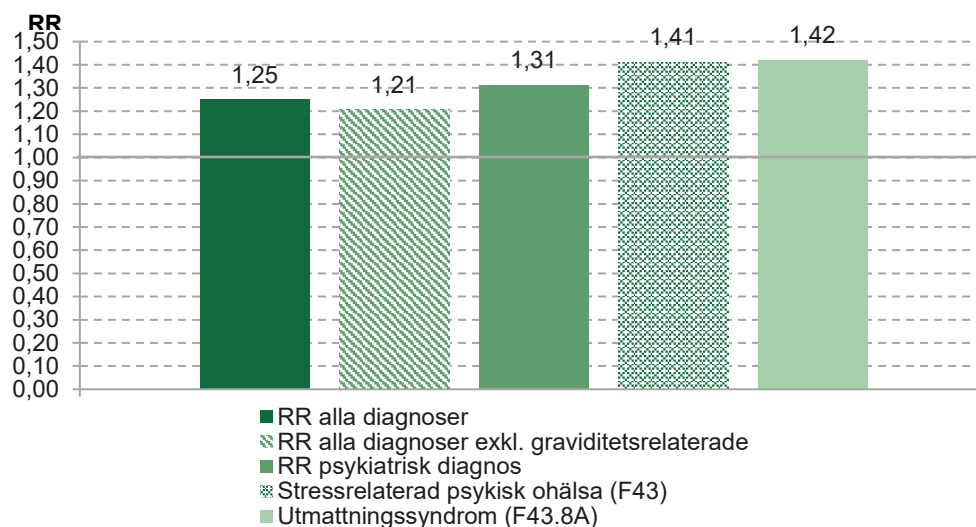
³⁹ Att i de regionala jämförelserna använda ett visst län eller kommun som referenskategori blir sällan meningsfullt och att jämföra mot ett riksgenomsnitt innebär att de tätbefolkade landsändarna väger tungt. Att istället använda ett ovägt genomsnitt över alla län eller kommuner innebär istället att dessa jämförs sinsemellan oberoende av storlek. Det blir mer rättvisande för att visa på skillnader mellan grupper av mycket varierande storlek.

⁴⁰ Försäkringskassan (2014a).

⁴¹ Försäkringskassan (2014a) och Försäkringskassan (2018c).

⁴² Försäkringskassan (2014a) och (2014b).

Figur 5 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar för kvinnor jämfört med män (referenskategori 1,00)



Sjukfrånvaron stiger med åldern men psykiatriska diagnoser dominerar i yngre åldrar

Åldersmönstret för sjukskrivning oavsett diagnos, är att risken stiger efter 50-årsåldern, se Figur 6. Risken minskar sedan i åldrarna över 60 år vilket beror på att många individer med nedsatt arbetsförmåga då lämnat arbetslivet. Särskilt tydligt är detta i åldrarna över 65 år då det främst är individer med mycket god hälsa i mindre fysiskt krävande yrken som fortfarande arbetar.⁴³

Män har ett i stort sett linjärt mönster med successivt ökad risk för sjukfall med stigande ålder, se Tabell 10 i tabellbilagan. För kvinnorna stiger däremot sjukfallsrisken tydligt redan i 25-årsåldern då graviditetsrelaterade sjukskrivningar är en relativt vanliga för kvinnor i fertila åldrar, se Tabell 9 i tabellbilagan. Kvinnors graviditetsrelaterade sjukfall är det som förklarar att yngres sjukfallsrisk generellt ligger på samma nivå som för referensgruppen 45–49 åringar. Om de graviditetsrelaterade diagnoserna exkluderas liknar kvinnors generella åldersmönster männens.

För sjukfall i psykiatrisk diagnos finns ett mönster med 10 till 15 procents högre risk att påbörja sjukfall i åldrarna 25–39 år för både kvinnor och män, se Figur 6. Den stressrelaterade psykiska ohälsan följer i ännu högre grad ett omvänt U-format mönster med högst sjukskrivningsrisker i åldrarna 30–44 år. Utmattningsyndromen är dock mindre vanliga före 30-årsåldern och är mest uttalade i åldrarna 35–44 år. Det ligger i linje med att utmattningsyndrom ofta är orsakade av en längre tids anspänning och brist på återhämtning.⁴⁴

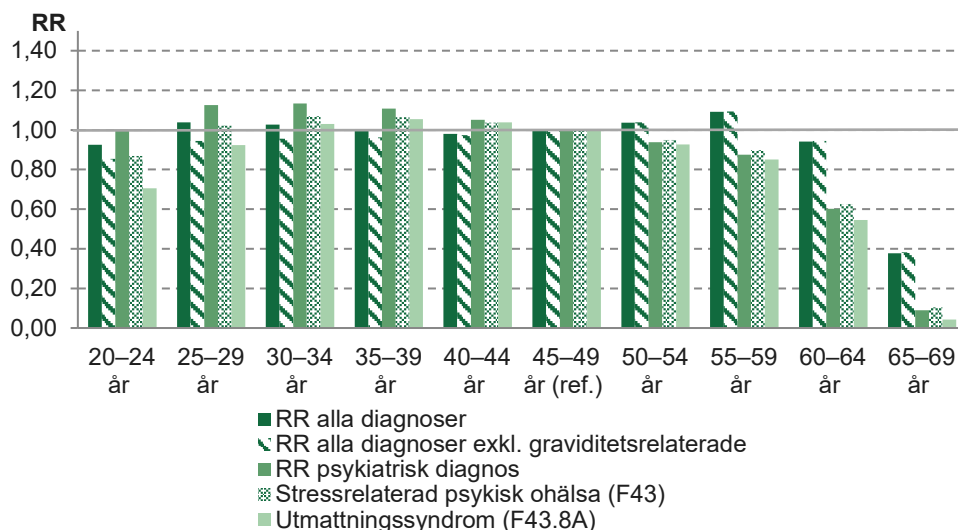
Internationella prevalensstudier har visat att debutåldern för ångestrelaterade sjukdomar är i 20-årsåldern medan debutåldern för depressioner infaller

⁴³ Laun och Palme (2017).

⁴⁴ Glise (2014) och Salvagioni m.fl. (2017).

senare, i 30-årsåldern, vilket sammanfaller med de åldrar då många väljer att bilda familj.⁴⁵ Familjebildning i kombination med förvärvsarbete innebär en särskild belastning för föräldrar. Att detta i synnerhet gäller många kvinnor har framkommit i tidigare rapporter i och med att kvinnor i allmänhet tar ett större ansvar för barn, familj och obetalt arbete.⁴⁶

Figur 6 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar i olika åldersgrupper



Diagnospanorama i olika åldersgrupper

Här presenteras diagnospanoramats (eller diagnosfördelningen), för sjukfrånvaron för kvinnor och män i olika åldersgrupper.⁴⁷ Dels redovisas fördelningen på övergripande nivå för olika diagnoskapitel, dels på detaljerad nivå för de psykiatriska diagnoserna. De psykiatriska diagnoserna i kapitel V dominerar i åldrarna 25 till 44 år bland män och upp till och med 44-årsåldern bland kvinnor. Bland männen står psykiatriska diagnoser för 23 procent av de startade sjukfallen och bland kvinnor 33 procent. Rörelseorganens sjukdomar blir vanligare med stigande ålder för både kvinnor och män liksom andra fysiska sjukdomar som tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar (hjärt- och kärlsjukdomar), se Tabell 1 och Tabell 2.

Bland män står skador för en stor del av sjukfrånvaron, särskilt bland yngre. Bland kvinnor står skador också för en stor del av sjukfrånvaron bland de yngsta. Sedan minskar skadorna relativt sett bland kvinnor i åldrarna 25 till 34 år för att sedan återigen öka med stigande ålder. Bland kvinnor i fertila

⁴⁵ Kessler m.fl. (2005a).

⁴⁶ Försäkringskassan (2014a), (2014b), Lidwall m.fl. (2010) och Nilsson m.fl. (2017).

⁴⁷ Uppgifterna i Tabell 1 till Tabell 4 baseras på de 656 236 sjukfall (varav 408 115 för kvinnor och 248 121 för män) startade 2018/2019 som ingår i analysen av sjukfallslängd. Sjukfall som saknade diagnos exkluderades och totalt användes 643 854 sjukfall varav 400 911 för kvinnor och 242 943 för män.

åldrar står som tidigare nämnts de graviditetsrelaterade diagnoserna för en stor del av sjukfrånvaron med en tyngdpunkt i åldrarna 25 till 34 år.

För de psykiatriska diagnoserna redovisas fördelningen per kön och ålder i Tabell 3 och Tabell 4. Depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner dominerar bland sjukfrånvarons psykiatriska diagnoser. Stressreaktionerna dominerar bland både kvinnor och män, med akuta stressreaktioner och utmattningssyndrom som de vanligaste diagnoserna. Bland män är depressionerna vanligare relativt sett. Den psykiska ohälsan dominerar således bland de psykiatriska diagnoserna. Det beror lite på vad som räknas in under psykisk sjukdom, men den psykiska ohälsan eller de vanliga psykiatriska diagnoserna står minst för en bit över 80 procent av sjukfrånvaron i psykiatrisk diagnos för män och 90 procent för kvinnor.

Således står psykiska sjukdomar för en mindre del av sjukfrånvaron. Om vi till psykiska sjukdomar räknar F00 till och med F31 samt de svårare depressionerna hamnar vi i storleksordningen omkring 10 procent bland män och 5 procent bland kvinnor. Adderar vi också recidiverande (återkommande) depressioner ökar andelen psykiska sjukdomar till 16 för män och 11 procent för kvinnor. Den svårare psykiska ohälsan är således vanligare bland sjukfrånvarande män än kvinnor.

Tabell 1 Diagnospanorama för män i olika åldrar vid sjukfall längre än 14 dagar startade 2018/2019. Procent

Diagnoskapitel ICD-10	Åldersgrupper					Total
	-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55- år	
I Infektionssjukdomar	2,2	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
II Tumörer	0,8	1,3	1,8	3,6	6,9	3,4
III Sjukdomar i blod etc.	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
IV Endokrina systemet etc.	0,6	0,8	1,1	1,1	0,9	0,9
V Psykiska sjukdomar etc.	23,3	33,8	29,7	20,2	11,8	22,9
VI-VIII Nervsystemet etc.	2,6	3,3	4,4	5,1	6,0	4,6
IX Cirkulationsorganen	1,3	1,2	2,7	6,1	9,9	5,0
X Andningsorganen	3,7	3,8	4,6	4,5	5,4	4,5
XI Matsmältningsorganen	3,8	3,9	4,5	4,9	4,9	4,5
XII Hudsjukdomar	1,5	1,0	0,9	0,8	0,8	0,9
XIII Rörelseorganen	19,0	20,8	24,3	28,6	31,3	26,0
XIV Urin- och könsorganen	0,7	0,8	0,9	1,2	1,8	1,2
XVIII Symtom etc.	2,7	2,6	2,7	3,0	3,0	2,9
XIX Skador m.m.	36,6	24,0	19,8	18,1	14,6	20,3
Övriga kapitel	1,1	1,0	0,8	1,0	1,0	0,9
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 2 Diagnospanorama för kvinnor i olika åldrar vid sjukfall längre än 14 dagar startade 2018/2019. Procent

Diagnoskapitel ICD-10	Åldersgrupper					Total
	-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55- år	
I Infektionssjukdomar	1,5	0,9	1,1	1,4	1,6	1,3
II Tumörer	0,6	1,1	3,3	5,4	5,7	3,5
III Sjukdomar i blod etc.	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3
IV Endokrina systemet etc.	1,3	1,7	2,1	1,9	1,2	1,7
V Psykiska sjukdomar etc.	39,4	37,3	40,0	31,0	21,0	33,3
VI-VIII Nervsystemet etc.	2,8	3,2	4,5	5,4	5,4	4,5
IX Cirkulationsorganen	0,5	0,6	1,0	1,7	3,0	1,4
X Andningsorganen	3,0	2,9	4,9	6,0	8,1	5,1
XI Matsmältningsorganen	2,5	2,3	2,5	2,7	2,6	2,5
XII Hudsjukdomar	0,7	0,5	0,7	0,8	0,8	0,7
XIII Rörelseorganen	12,6	10,6	16,4	24,5	28,2	19,0
XIV Urin- och könsorganen	1,9	1,9	2,8	2,7	2,6	2,4
XV Gravitetet o förlossning	15,9	25,4	7,3	0,2	0,0	9,4
XVIII Symtom etc.	4,0	3,7	3,4	3,3	3,1	3,4
XIX Skador m.m.	11,1	5,8	7,8	11,1	15,1	9,8
Övriga kapitel	2,0	1,7	1,9	1,7	1,3	1,7
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 3 **Diagnospanorama i psykiatriska diagnoser för män i olika åldrar vid sjukfall längre än 14 dagar startade 2018/2019. Procent**

Diagnos inom kapitel V ICD-10	Åldersgrupper					Total
	-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55- år	
F00-09 Organiska psykiska störningar	0,4	0,3	0,2	0,6	1,9	0,6
F10-19 Störningar psykoaktiva substanser	1,7	1,5	1,4	1,9	1,8	1,6
F20-29 Schizofreni etc.	2,3	2,8	1,7	1,1	0,7	1,8
F31 Bipolär sjukdom	2,2	2,4	3,0	2,5	2,0	2,5
<i>F32 Depressiv episod, varav:</i>	28,7	21,1	18,6	19,6	21,2	20,8
F32.0 Lindrig depressiv episod	1,7	1,2	0,9	0,9	1,0	1,1
F32.1 Medelsvår depressiv episod	11,2	7,9	6,7	6,8	6,5	7,4
F32.2-3 Svår depressiv episod	2,6	1,9	1,7	1,9	2,5	2,0
F32.8 Andra specificerade depressiva episoder	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
F32.9 Depressiv episod ospecificerad	13,0	10,0	9,2	9,8	11,0	10,2
F33.0 Recidiverande depression, lindrig episod	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
F33.1 Recidiverande depression, medelsvår	2,9	3,1	3,2	2,8	3,6	3,1
F33.2-3 Recidiverande depression, svår episod	0,9	1,0	0,9	1,3	1,3	1,0
F33.8 Andra specificerade recidiverande depr.	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
F33.9 Recidiverande depression ospecificerad	1,8	2,0	2,0	2,4	3,0	2,2
F30,34,38,39 övriga förstämningssyndrom	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4
<i>F41 Andra ångestsyndrom, varav:</i>	24,1	19,4	15,5	12,9	11,9	16,4
F41.0 Paniksyndrom	2,9	2,2	1,8	1,4	1,2	1,9
F41.1 Generaliserat ångestsyndrom	1,4	1,5	1,4	1,2	1,1	1,3
F41.2 Blandade ångest- o depressionstillstånd	10,5	8,4	6,7	5,3	5,0	7,0
F41.3 Andra blandade ångeststillstånd	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
F41.8 Andra specificerade ångeststillstånd	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
F41.9 Ångeststillstånd ospecificerat	9,0	6,9	5,3	4,7	4,3	5,9
<i>F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, varav:</i>	27,9	38,6	49,4	52,0	50,3	45,0
F43.0 Akut stressreaktion	10,7	11,8	12,4	12,3	13,2	12,1
F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9
F43.2 Anpassningsstörning	1,9	2,2	2,3	2,4	2,2	2,3
F43.8 Andra spec. reaktioner på svår stress	2,7	4,0	5,9	6,6	6,2	5,3
F43.8A Utmattningsyndrom	5,4	10,5	16,2	16,9	15,0	13,5
F43.9 Reaktion på svår stress ospecificerad	6,3	9,2	11,7	12,8	12,7	10,9
F40,42,44,45,48 övriga ångestsyndrom	1,6	1,2	0,7	0,6	0,4	0,8
F50-59 Beteende störningar, fysiska faktorer	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	0,6
F60-69 Störningar hos vuxna	0,5	0,5	0,2	0,2	0,1	0,3
F70-79, F80-89 utvecklingsstörning, F99 ospec	1,2	2,3	0,4	0,3	0,2	1,0
F90-F98 Störningar debut barndom ungdomstid	2,4	2,1	1,3	0,7	0,2	1,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 4 **Diagnospanorama i psykiatriska diagnoser för kvinnor i olika åldrar vid sjukfall längre än 14 dagar i fall startade 2018/2019. Procent**

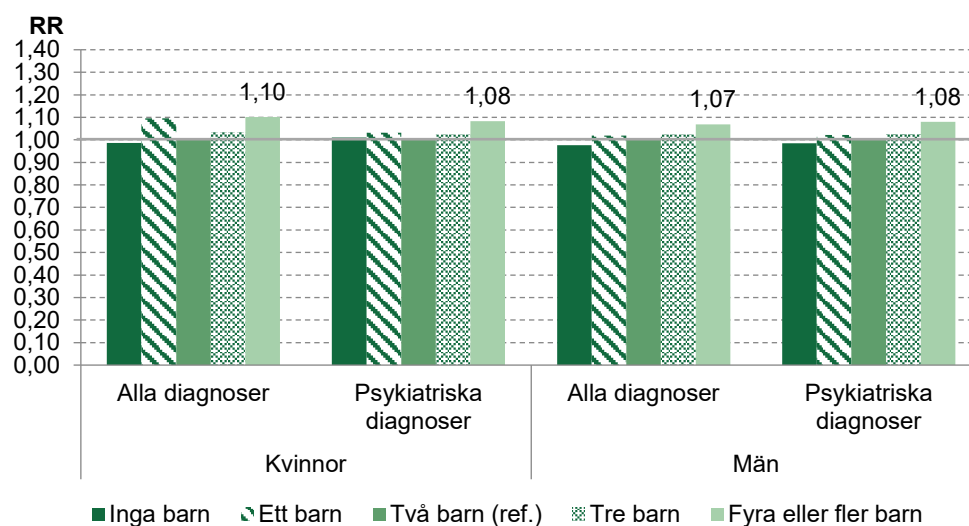
Diagnos inom kapitel V ICD-10	Åldersgrupper					Total
	-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55- år	
F00-09 Organiska psykiska störningar	0,1	0,2	0,2	0,3	0,8	0,3
F10-19 Störningar psykoaktiva substanser	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,3
F20-29 Schizofreni etc.	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5
F31 Bipolär sjukdom	2,9	2,8	2,3	1,6	1,1	2,2
<i>F32 Depressiv episod, varav:</i>	20,8	16,9	14,2	13,8	14,5	15,6
F32.0 Lindrig depressiv episod	1,5	1,2	1,0	0,9	1,2	1,1
F32.1 Medelsvår depressiv episod	8,1	6,1	4,9	4,6	4,7	5,4
F32.2-3 Svår depressiv episod	1,5	1,1	0,9	0,8	0,9	1,0
F32.8 Andra specificerade depressiva episoder	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
F32.9 Depressiv episod ospecificerad	9,6	8,3	7,3	7,4	7,6	7,9
F33.0 Recidiverande depression, lindrig episod	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
F33.1 Recidiverande depression, medelsvår	3,1	2,9	2,5	2,5	2,2	2,6
F33.2-3 Recidiverande depression, svår episod	0,7	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6
F33.8 Andra specificerade recidiverande depr.	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F33.9 Recidiverande depression ospecificerad	1,8	2,0	2,2	2,2	2,5	2,1
F30,34,38,39 övriga förstämningssyndrom	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
<i>F41 Andra ångestsyndrom, varav:</i>	28,2	18,6	12,8	10,3	9,3	14,9
F41.0 Paniksyndrom	3,1	1,8	1,1	0,8	0,6	1,4
F41.1 Generaliserat ångestsyndrom	1,9	1,5	1,2	0,9	0,7	1,2
F41.2 Blandade ångest- o depressionstillstånd	12,7	8,0	5,5	4,6	4,3	6,5
F41.3 Andra blandade ångeststillstånd	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
F41.8 Andra specificerade ångeststillstånd	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
F41.9 Ångeststillstånd ospecificerat	9,9	6,9	4,7	3,8	3,5	5,4
<i>F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, varav:</i>	34,5	49,3	61,7	65,6	66,4	57,1
F43.0 Akut stressreaktion	11,7	13,4	14,2	16,4	19,4	14,9
F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom	1,8	1,3	1,0	0,9	0,6	1,1
F43.2 Anpassningsstörning	2,1	2,8	3,0	3,0	3,2	2,9
F43.8 Andra spec. reaktioner på svår stress	2,9	5,0	7,3	7,6	7,2	6,3
F43.8A Utmattningsyndrom	7,7	15,3	22,3	22,3	19,4	18,6
F43.9 Reaktion på svår stress ospecificerad	8,4	11,6	14,0	15,4	16,6	13,4
F40,42,44,45,48 övriga ångestsyndrom	0,9	0,8	0,4	0,3	0,2	0,5
F50-59 Beteende störningar, fysiska faktorer	2,2	1,2	0,6	0,5	0,6	0,9
F60-69 Störningar hos vuxna	1,2	0,9	0,2	0,1	0,1	0,5
F70-79, F80-89 utvecklingsstörning, F99 ospec	0,4	0,9	0,2	0,1	0,1	0,4
F90-F98 Störningar debut barndom ungdomstid	1,4	1,2	0,6	0,3	0,1	0,7
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Betydelsen av antal barn i familjen och barnens ålder

Skillnaderna i sjukfallsrisk är små mellan dem som saknar barn i familjen och dem som har två eller tre barn, se Figur 7. För dem som har fyra eller fler barn är dock risken mellan 7 och 10 procent högre för både kvinnor och män jämfört med dem som har två barn. Bland kvinnor med ett barn finns också en förhöjd risk i samma storleksordning för alla diagnoser vilket främst förklaras av komplikationer i samband med den första graviditeten.⁴⁸ Bland dem med fyra eller fler barn finns dock inga tendenser till att det endast skulle röra sig om psykiatriska diagnoser eller stressrelaterad psykisk ohälsa.

Fler barn innebär ett större försörjningsansvar och mer obetalt arbete, vilket i kombination med förvärvsarbete innebär dubbla arbetsbördor. Även om tidigare studier visat att detta gäller för många kvinnor som ofta tar ett större ansvar för barn och familj,⁴⁹ är det intressant att notera att män med fyra eller fler barn i familjen har samma överrisk som kvinnor i motsvarande situation. En tidigare svensk studie har också visat att män som tar på sig dubbla arbetsbördor med ett stort ansvar för barnen mätt som stort föräldrapenninguttag på samma sätt som kvinnorna har en högre sjukfrånvaro.⁵⁰

Figur 7 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar efter antal barn i familjen



I vilka åldrar barnen är har generellt ingen betydelse för sjukfrånvaron vilket också konstaterats i tidigare studier.⁵¹ För psykiatriska diagnoser finns det dock ett tydligt mönster för stressrelaterad psykisk ohälsa vilket delvis har

⁴⁸ Försäkringskassan (2014b).

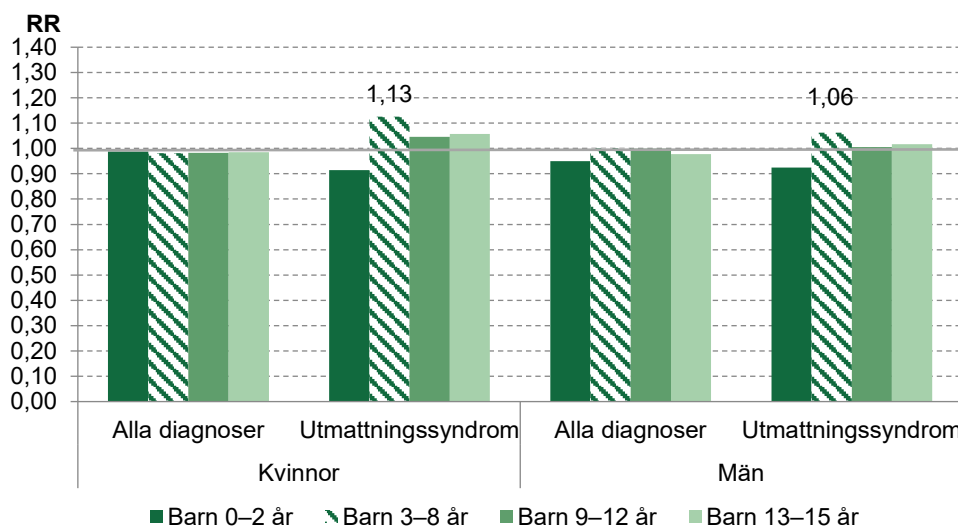
⁴⁹ Försäkringskassan (2014b), Lidwall m.fl. (2010) och Nilsen m.fl. (2017).

⁵⁰ Lidwall och Voss (2020).

⁵¹ Försäkringskassan (2014a) och Lidwall m.fl. (2018).

konstaterats tidigare.⁵² Resultaten visar att det finns en förhöjd risk för specifikt utmattningssyndrom bland individer med barn i förskole- och lågstadieåldern 3 till 8 år, se Figur 8. När barnen är små (0–2 år) är risken att påbörja sjukfall lägre än för dem som inte har så små barn. Detta beror på att föräldrarna under denna period oftast inte förvärvsarbetar båda två utan istället tar ut föräldrapenning.⁵³ När barnen blir äldre och kommer i förskole- och lågstadieåldrarna har i de flesta familjer båda föräldrarna återigen börjat jobba efter föräldraledigheter, samtidigt som barnen fortfarande har ett relativt stort omsorgsbehov. Då ökar också risken för sjukfall i utmattningssyndrom med 13 procent för kvinnor och 6 procent för män. Med barn i förskole- och lågstadieåldern, och i synnerhet om familjen har flera barn i dessa åldrar, kan den dubbla arbetsbelastningen bli kännbar.⁵⁴

Figur 8 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar för individer med barn i olika åldrar



Not: Individer utan barn i motsvarande ålder är referenskategori (1,00).

Civilstånd

Utöver barn i familjen finns också kopplingar mellan civilstånd och risken att påbörja sjukfall, se Figur 9. Civilstånd i sig är ingen riskfaktor utan en indikator på potentiellt socialt stöd i nära relationer eller påfrestande livshändelser som skilsmässa och förlust av partner. I analysen har det inte varit möjligt att särskilja sammanboende ogifta från ensamstående ogifta.

Den grupp som särskiljer sig från övriga är gruppen frånskilda som har varit med om en påfrestande livshändelse. Frånskilda har i förhållande till gifta en generellt högre risk att påbörja sjukfall som förstärks ytterligare för psykiatriska diagnoser, med en viss tyngdpunkt mot depressioner vilket

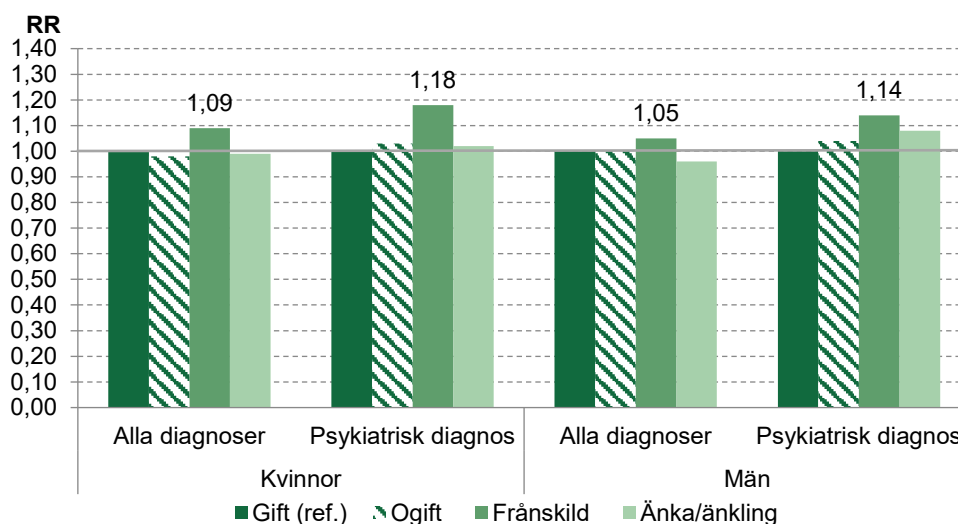
⁵² Se föregående referenser.

⁵³ Försäkringskassan (2014b).

⁵⁴ Försäkringskassan (2014b) och Nilsen (2017).

stämmer med en tidigare studie.⁵⁵ Forskningen inom området är relativt begränsad men det finns studier som visat att negativa livshändelser ökar risken för sjukskrivning,⁵⁶ i synnerhet kopplat till depression.⁵⁷

Figur 9 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar efter civilstånd



Sjukfrånvaro i olika branscher och yrken

Bransch talar om var på arbetsmarknaden det finns problem med hög sjukfrånvaro medan yrke ger vägledning om vilka grupper som främst berörs och vad som kan behöva åtgärdas för att minska sjukfrånvaron. Yrke förklarar sjukfrånvaron bättre än bransch vilket är rimligt eftersom yrket i högre grad än bransch fångar specifika arbetsmiljöer och arbetsförhållanden som har betydelse för sjukfrånvaron.⁵⁸ I kombination med bransch ger yrkesuppgiften information om både vad som behöver åtgärdas och var det behöver ske.⁵⁹ Eftersom yrke är överordnad bransch när det gäller att hitta orsaker bakom sjukfrånvaron ligger tyngdpunkten i studien på redovisning av detaljerade yrken. Branscher redovisas endast på en övergripande nivå vilket ger en inledande översikt, medan redovisningen av yrken ger en mer nyanserad bild. Eftersom bransch och yrke överlappar varandra ger de en likartad bild av sjukfrånvaroproblematiken på svensk arbetsmarknad.

Branscher med hög sjukfrånvaro

Sett över alla diagnoser är risken för sjukfall högre inom bygg, transport, offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg, se Figur 10. Risken för sjukfall är lägre inom naturbruk, tillverkning, handel, hotell och restaurang samt inom tjänsteproducerande näringar. Men detta mönster

⁵⁵ Försäkringskassan (2014a).

⁵⁶ Kivimäki m.fl. (2002) och Voss m.fl. (2004).

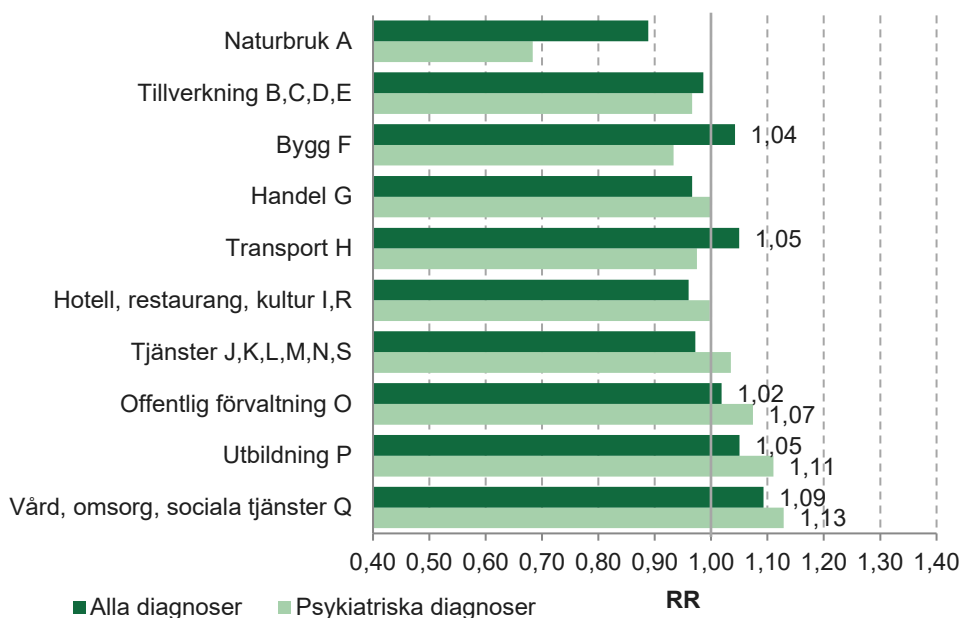
⁵⁷ Melchior m.fl. (2007) och Blanner Kristiansen m.fl. (2019).

⁵⁸ Försäkringskassan (2018c).

⁵⁹ Se föregående referens.

gäller för den övergripande branschnivån, och det finns yrkesgrupper inom branscher som avviker från detta.

Figur 10 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar per bransch.

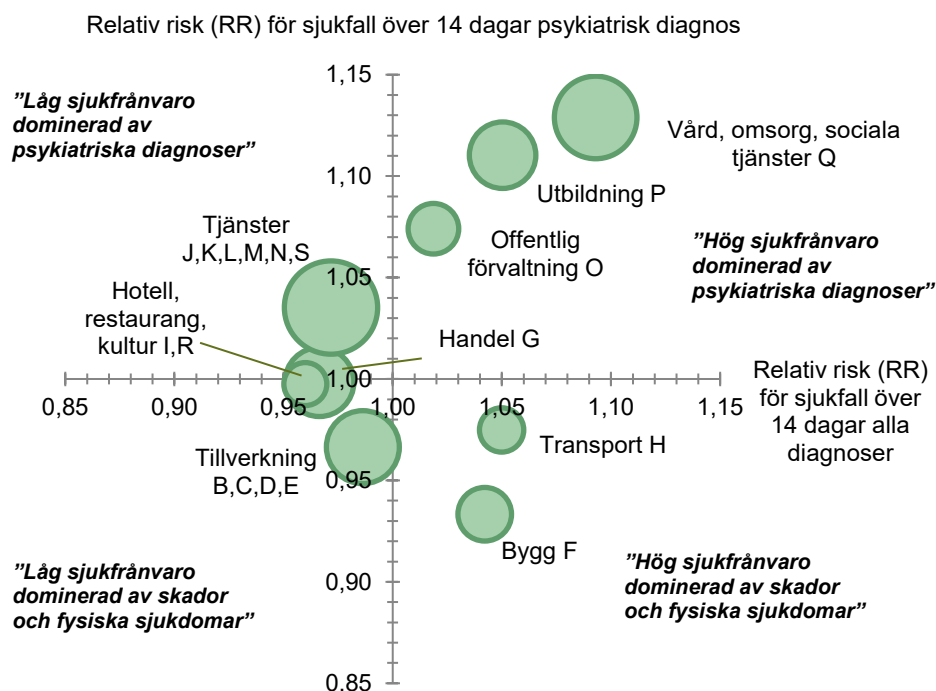


Ovägt genomsnitt över alla branscher är referensvärde (1,00).

För psykiatriska diagnoser är det branscherna offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg som har högre risk för sjukfall, se Figur 10. Även inom tjänstenäringarna är förekomsten av sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser något högre men sjukfrånvaron är där som helhet lägre än för genomsnittet över alla branscher.

Ett annat sätt att redovisa resultaten i Figur 10, är i Figur 11 där också branschens relativa storlek illustreras genom storleken på cirkelarna. Vård och omsorg sysselsätter tillsammans med utbildning nästan 1,2 miljoner individer. Skulle sjukfrånvaron inom vård, skola och omsorg istället ligga på samma låga nivå som inom andra tjänstenäringar skulle det innebära stora samhälls- och välfärdsvinster.

Figur 11 Relativ risk (RR) för sjukfall per bransch och branschernas relativa storlek



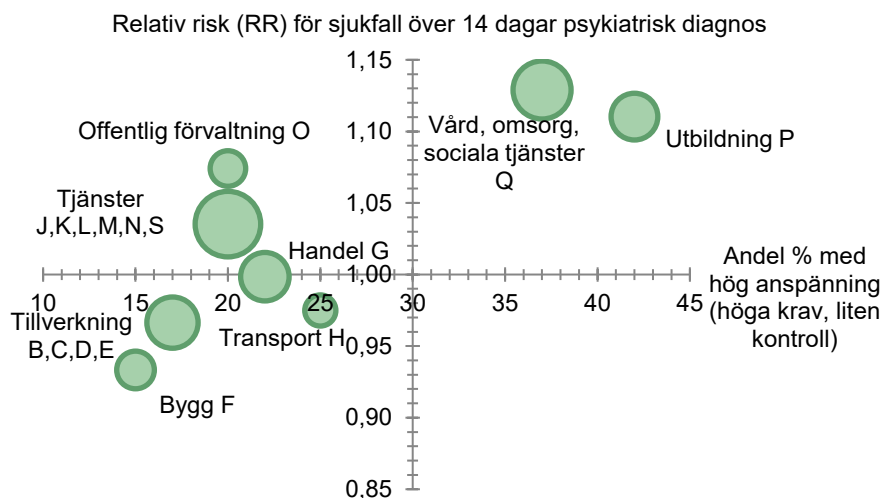
Det är väl känt att hög sjukfrånvaro generellt och i psykiatriska diagnoser hänger samman med problematiska arbetsmiljöer, i synnerhet organisatoriska och sociala förhållanden.⁶⁰ Detta illustreras i Figur 12 där andelen med anspänt arbete, det vill säga upplevd negativ stress i arbetet under 2017 enligt arbetsmiljöundersökningen, relaterats till risken för sjukfall i psykiatrisk diagnos under 2018/2019. Inom vård, omsorg och utbildning upplevde mer än en tredjedel av alla sysselsatta anspänt arbete och inom dessa branscher är också sjukfrånvaron i psykiatrisk diagnos som högst.⁶¹ Dock kan det finnas andra dimensioner av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som kan förklara den högre risken för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos inom offentlig förvaltning.⁶²

⁶⁰ Försäkringskassan (2014a), FORTE (2015) och Duchaine m.fl. (2020). För definition av organisatorisk och social arbetsmiljö, se Arbetsmiljöverket (2015).

⁶¹ I arbetsmiljöundersökningen ingår endast krav-kontrollmodellen, men en aktuell forskningsöversikt har visat att andra organisatoriska och sociala arbetsförhållanden har ännu större betydelse för sjukfrånvaro i vanliga psykiatriska diagnoser (Duchanie m.fl. 2020).

⁶² Exempelvis obalans mellan ansträngning och belöning, se Figur 22 längre fram i rapporten.

Figur 12 Relativ risk (RR) för sjukfall i psykiatrisk diagnos per bransch, andel med anspråk på arbete och branschernas relativa storlek



Ovägt genomsnitt över alla branscher är referenskategori (1,00).
Källa krav-kontrollindex: Arbetsmiljöundersökningen 2017 SCB.

Yrkesområden med hög sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron är generellt högst inom yrken inom service och omsorg, naturbruk, bygg, tillverkning, transport samt i yrken med låga krav på formell utbildning, se Figur 13, och detta är välkänt sedan tidigare.⁶³ En annan viktig iakttagelse i tidigare studier är att riskyrken är generella för kvinnor och män och därför redovisas inte yrken könsuppdelat. Det finns dock stora välkända skillnader i antalet kvinnor och män som exponeras i olika yrken vilket leder till stora skillnader i sjukfrånvaro för kvinnor och män med vård och omsorgssektorn som ett typexempel.⁶⁴

Inom de mansdominerade arbetaryrkena är det dock rörelseorgans sjukdomar och skador som dominerar vilket tidigare konstaterats.⁶⁵ Inom service och omsorgsyren finns ofta både en fysisk och psykosocial arbetsmiljöbelastning vilket gör att både fysiska sjukdomar och psykiatriska diagnoser är vanliga sjukskrivningsorsaker.⁶⁶ Inom militäryrket finns en stark positiv hälsoselektion och sjukfrånvaron är följaktligen mycket låg.⁶⁷ Sjukfrånvaron är låg också inom chefsyrken och yrken som kräver högskoleutbildning men i de fall sjukskrivning blir aktuell handlar det oftast om psykiatriska diagnoser i allmänhet och stressrelaterade diagnoser och utmattningssyndrom i synnerhet, se Figur 13.

⁶³ Försäkringskassan (2018c).

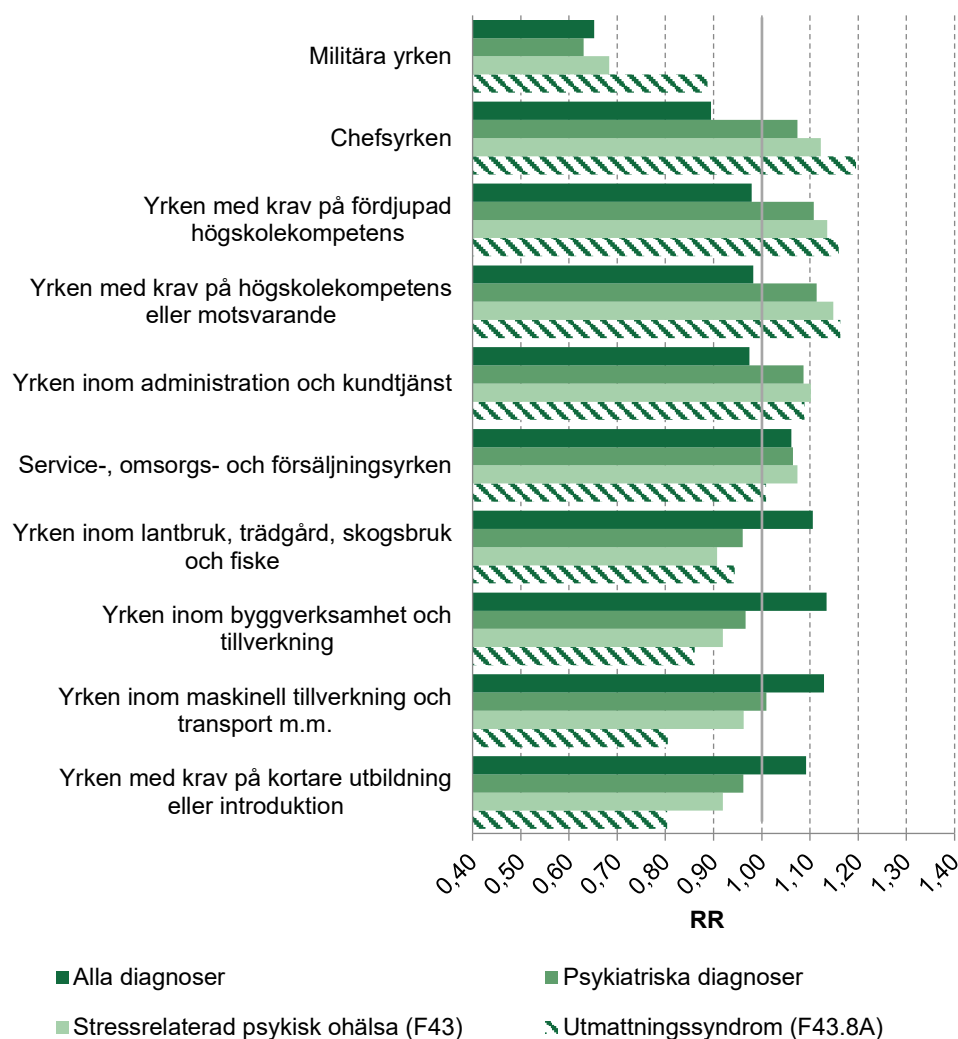
⁶⁴ Se föregående referens.

⁶⁵ Försäkringskassan (2014a).

⁶⁶ Försäkringskassan (2014a) och (2018c).

⁶⁷ Billingsley (2020).

Figur 13 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar per yrkesområde



Not: Övägt genomsnitt över alla branscher är referensvärde (1,00).

Yrken med hög sjukfrånvaro dominerad av psykiatriska diagnoser

Här redovisas riskyrken, med vilket här menas yrken som både har hög risk för sjukfall oavsett diagnos och hög risk för sjukfall i psykiatrisk diagnos.

Ett generellt mönster är att vissa stora yrkesgrupper inom vissa typer av verksamheter tydligt framträder som riskyrken för sjukfrånvaro oavsett tidsperiod, exempelvis vård och omsorgsyrken utan krav på högskoleutbildning.⁶⁸ Samtidigt finns mindre yrkesgrupper med längre yrkesutbildningar som vanligtvis inte har en högre sjukfrånvaro men som av olika skäl framträder som riskgrupper vid vissa tidpunkter. Ett sådant aktuellt exempel är arkitekter, se Figur 14. I figuren redovisas yrken som har hög sjukfrånvaro både generellt och i psykiatrisk diagnos samt risken för sjukfall i stressrelaterade diagnoser. Överrisken för arkitekterna är måttlig generellt

⁶⁸ Försäkringskassan (2014a) och (2018c).

sett, men med en tydlig tyngdpunkt i psykiatriska diagnoser och stressrelaterad psykisk ohälsa.

För arkitekterna kan arbetssituationen ha blivit ansträngd efter flera år av ökat byggande och ökad arbetsbelastning.⁶⁹ Andra närliggande yrken som civilingenjörer inom bygg, landskapsarkitekter och planeringsarkitekter, har visserligen en genomsnittlig sjukfrånvarorisk men har mycket höga värden för stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom vilket förstärker bilden av organisatoriska och sociala arbetsmiljöproblem för vissa tjänstemannagrupper inom bygg och närliggande branscher, se Tabell 6 i tabellbilagan.

Flera yrken inom djurhållning och djurvård som djuruppfödare, djurskötare samt veterinärer visar också upp en hög sjukfrånvaro, generellt och i psykiatriska diagnoser. Bland veterinärerna kan ökad efterfrågan på djursjukvård i kombination med låg veterinärtäthet har försämrat arbetsmiljön. Att flera yrkesgrupper inom samma bransch uppvisar hög sjukfrånvaro indikerar en generell problematik inom hela branschen.

Ett annat sådant exempel är apoteksbranschen där fler yrken på olika kvalifikationsnivåer har hög sjukfrånvaro: apotekare såväl som receptarier och apotekstekniker. Förändringar inom apoteksnäringen kan ha påverkat anställningsförhållanden och ökat de psykiska påfrestningarna i arbetet. Möjligen gäller detta också inom andra fackhandelsyrken såsom optikerassistenter och butikssäljare. Hög sjukfrånvaro för lager- och terminalpersonal liksom övriga servicearbetare kan också hänga samman med ökad belastning för yrkesgrupper inom varuhantering och distribution. Växande e-handel med stark tidspress och ergonomiska påfrestningar är en arbetsmiljöutmaning inom transport och varudistribution.⁷⁰ Andra yrken inom transportbranschen som sedan tidigare är kända för psykiskt påfrestande arbeten och hög sjukfrånvaro är buss- och spårvagnsförare samt tågvårdar och ombordansvariga.⁷¹

Ytterligare serviceyrken med hög sjukfrånvaro finns inom bevakning och säkerhet med väktare och ordningsvakter, kriminalvårdare, SOS-operatörer m.fl. samt övrig bevaknings- och säkerhetspersonal. Dessa arbeten innebär ofta nära kontakter med andra människor i utsatta situationer.

Sedan tidigare är den höga sjukfrånvaron inom trossamfund för präster och diakoner välkända. Detsamma gäller andra kontaktyrken inom det sociala området i synnerhet för psykiatriska diagnoser och utmattningssyndrom: psykologer, socialsekreterare, kuratorer, biståndsbedömare, behandlingsassistenter, socialpedagoger och övriga yrken inom socialt arbete.⁷²

⁶⁹ Ett bekymmer med små yrkesgrupper är att det saknas arbetsmiljöstatistik eftersom Arbetsmiljöundersökningen är en urvalsundersökning (Arbetsmiljöverket 2018).

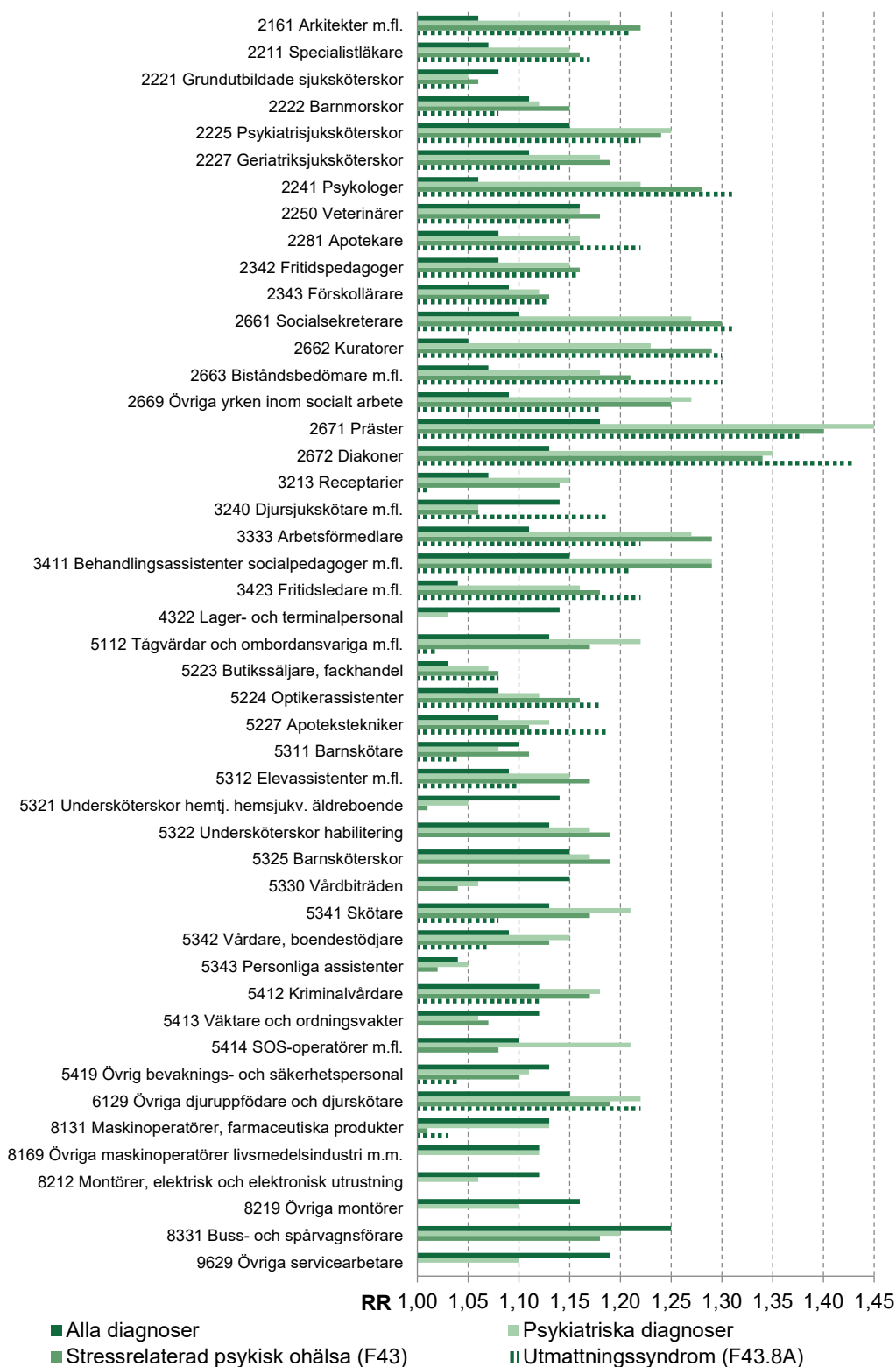
⁷⁰ Arbetsmiljöverket (2018).

⁷¹ Arbetsmiljöverket (2018) och Försäkringskassan (2018c).

⁷² Försäkringskassan (2014a).

Förändringarna på Arbetsförmedlingen förklarar sannolikt den högre sjukfrånvaron bland arbetsförmedlare som nu framträder.

Figur 14 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar i yrken med överrisk både för alla diagnoser och för psykiatrisk diagnos



Not: Övägt genomsnitt över alla yrken är referensvärde (1,00).

Vård- och omsorgssektorn har länge haft en högre sjukfrånvaro än den övriga arbetsmarknaden. Läkarna har däremot inte framstått som en högriskgrupp för sjukfrånvaro i tidigare analyser.⁷³ I den nya yrkesklassifikationen är det möjligt att i detalj särskilja olika läkargrupper hierarkiskt såsom specialistläkare, ST-läkare, AT-läkare och övriga läkare. Då framträder den mest kvalificerade läkargruppen specialistläkarna med högst sjukfrånvaro och utmattningssyndrom som en viktig del av problematiken, vilket naturligtvis är oroande ur ett välfärdsperspektiv. Andra välutbildade yrkesgrupper inom sjukvården som ligger högt i sjukfrånvaro och i psykiatriska diagnoser är barnmorskor, geriatriksjuksköterskor, psykiatriksjuksköterskor samt grundutbildade sjuksköterskor.

Andra yrkesgrupper med hög sjukfrånvaro, som i högre grad arbetar inom kommunernas vård- och omsorg, är de som inte har högskoleutbildning. Dessa är personliga assistenter, vårdare och boendestödjare, skötare, vårdbiträden, barnsköterskor och undersköterskor inom habilitering, hemtjänst, hemsjukvård samt äldreboenden. Nämnda vård- och omsorgsyren sysselsätter omkring 450 000 personer och hög sjukfrånvaro i så stora yrkesgrupper får stora konsekvenser, såväl för möjligheten att leverera välfärdstjänster av hög kvalitet, som för sjukförsäkringen.

Skolan har till och från lyfts fram som en problematisk arbetsmiljö. Ur ett sjukfrånvaroperspektiv är det dock främst inom förskolan som utmaningarna är stora med hög sjukfrånvaro för både förskollärare och barnskötare. Inom grundskolan är det främst elevstödande yrkesgrupper som har hög sjukfrånvaro: fritidspedagoger, fritidsledare och elevassistenter.

Redovisningen av riskyrken visar tydligt att det finns verksamheter och branscher som har omfattande och varaktiga problem med organisatoriska och sociala arbetsförhållandena. Om dessa inte åtgärdas påverkar det med tiden allt fler yrkesgrupper oavsett kvalifikationsnivå.

Skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män inom samma yrke
Att svensk arbetsmarknad är könssegregerad är välkänt och många yrken är extremt kvinno- eller mansdominerade och därmed könsmärkta.⁷⁴ För att visa på strukturella mönster på arbetsmarknaden är könsuppdelade analyser relevanta. Men som tidigare nämnts är det en viktig iakttagelse att ett riskyrke är ett riskyrke oavsett kön. Vid samma typ av arbetsmiljöbelastning reagerar kvinnor och män likartat vad gäller hälsa och sjukfrånvaro vilket är en kunskap som könsuppdelade analyser har bidragit till.⁷⁵

Könsuppdelade analyser har dock en begränsning. De kan inte svara på frågan om kvinnors och mäns sjukfrånvaro skiljer sig åt om de arbetar inom samma yrke. Även större skillnader i sjukfrånvaro än förväntat mellan

⁷³ Försäkringskassan (2014a) och (2018c).

⁷⁴ Försäkringskassan (2018c) och SCB (2018).

⁷⁵ Försäkringskassan (2014a), FORTE (2015) och Försäkringskassan (2018c).

kvinnor och män inom samma yrke förekommer och kan bland annat bero på:

- Att kvinnor och mäns arbetsvillkor skiljer sig systematiskt åt inom samma yrke. Det kan exempelvis handla om skillnader i arbetsuppgifter men också olika typer av särbehandling.⁷⁶
- Det kan finnas en positiv eller negativ hälsoselektion till yrken via utbildningssystemet som skiljer sig åt mellan kvinnor och män.⁷⁷ Hälsobegreppet ska då uppfattas brett och innefattar kognitiv, fysisk, psykisk och social förmåga.
- Det förekommer systematiska skillnader vad gäller jämställdhet i familjen och ansvar för barn och obetalt arbete, vilket indikeras av skillnader i uttag av föräldrapenning mellan yrken.⁷⁸
- Graviditet och komplikationer i samband med graviditet kan spela större roll i vissa yrken, exempelvis i fysiskt krävande arbeten.⁷⁹

Kvinnor har generellt en 25 procent högre risk för sjukfall vilket således är den förväntade riskskillnaden mellan kvinnor och män, och yrken som avviker från det redovisas i Figur 15.⁸⁰

Yrken där kvinnor har lägre sjukfrånvaro än förväntat

Det finns ett 15-tal yrken av de totalt 375 yrken som ingår i analysen där kvinnor signifikant har en lägre sjukfrånvaro än den generella överrisken på 25 procent. För soldater och ett flertal chefsyrken är kvinnors sjukfrånvaro lägre än förväntat. Sannolikt rör det sig om en positiv hälsoselektion av kvinnor till militäryrket och chefspositioner som ju annars är mansdominerade yrkesområden, även om detta sakta men säkert förändras.⁸¹ Kvinnliga gymnasielärare har också en lägre sjukfrånvaro än förväntat. De flesta kvinnor inom utbildning arbetar annars inom grundskolan där arbetsmiljön är mer utmanande. Några andra yrken där kvinnor har lägre sjukfrånvaro än förväntat är inom kvinnodominerade yrken som ekonomiassistenter, kontorsassistenter och sekreterare. Det är möjligt att det här istället handlar delvis om en negativ hälsoselektion bland de män som arbetar inom yrket. Eftersom mansdominerade yrken historiskt sett har värderats högre är det kan det ur ett normperspektiv uppfattas som mer positivt att kvinnor träder in på tidigare mansdominerade arenor än det omvända. Ytterligare ett yrke där kvinnor har lägre sjukfrånvaro än förväntat är bland odlare av jordbruksväxter, frukt- och bär. Möjligtvis finns

⁷⁶ Kanter (1977).

⁷⁷ Billingsley (2020) och Grönlund & Magnusson (2018).

⁷⁸ Försäkringskassan (2016a).

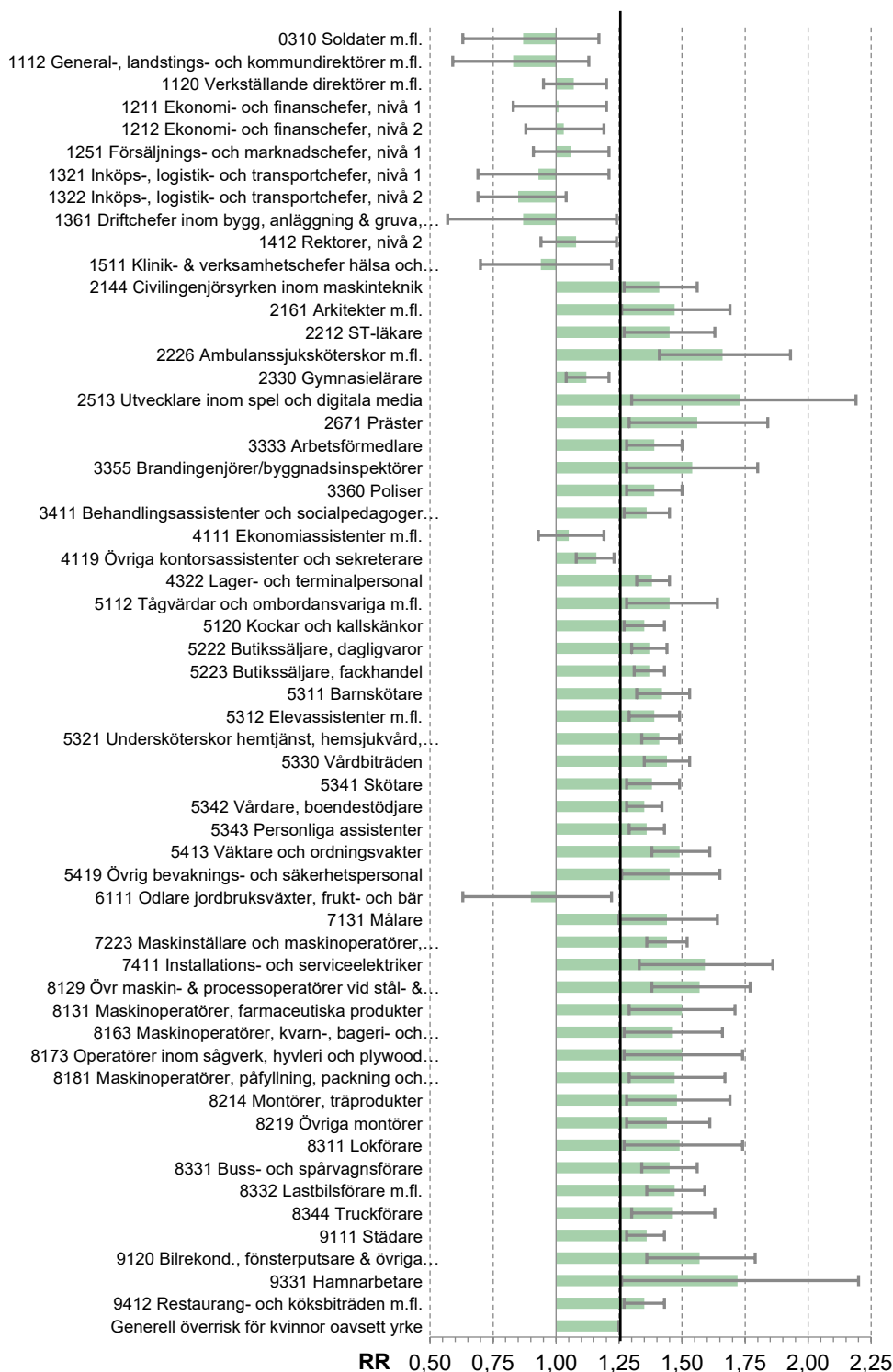
⁷⁹ Försäkringskassan (2014b).

⁸⁰ Interaktionseffekten mellan kön och yrke har beräknats enligt Ahlbom och Alfredsson (2005).

⁸¹ SCB (2018).

inom naturbruket faktiska könsskillnader i vilka arbetsuppgifter kvinnor och män har inom detta yrke.

Figur 15 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar i alla diagnoser för kombinationen kön och yrke. Redovisning av yrken där kvinnor har under- eller överrisker för sjukskrivning jämfört med basrisken 1,25 (RR inklusive 95-procentiga konfidensintervall)



Not: Övägt genomsnitt över alla yrken för män är referensvärde (1,00).

Yrken där kvinnor har högre sjukfrånvaro än förväntat

Vidare finns det ett 40-tal yrken där kvinnors sjukfrånvaro generellt är högre än förväntat. I Figur 15 ligger risken för dessa yrken över den röda linjen som anger en relativ risk på 1,25. Några exempel är civilingenjörer inom maskin, arkitekter, ST-läkare, utvecklare inom spel och digitala media, präster, poliser, tågvärdar och ombordansvariga, butikssäljare, vårdbiträden, personliga assistenter, väktare och ordningsvakter, målare, installations- och serviceelektriker, maskinoperatörer, montörer, lokförare, buss- och spårvagnsförare, lastbilschaufförer, truckförare, städare samt hamnarbetare. En del av dessa yrken innebär ett mer fysiskt ansträngande arbete eller andra fysiska risker vilket kan vara en anledning till en högre sjukfrånvaro bland kvinnor än förväntat. Det kan dock finnas särskilda organisatoriska och sociala faktorer som kan spela in exempelvis olika typer av särbehandling eller en större obalans mellan arbete och familjeliv som är vanligare bland kvinnor.

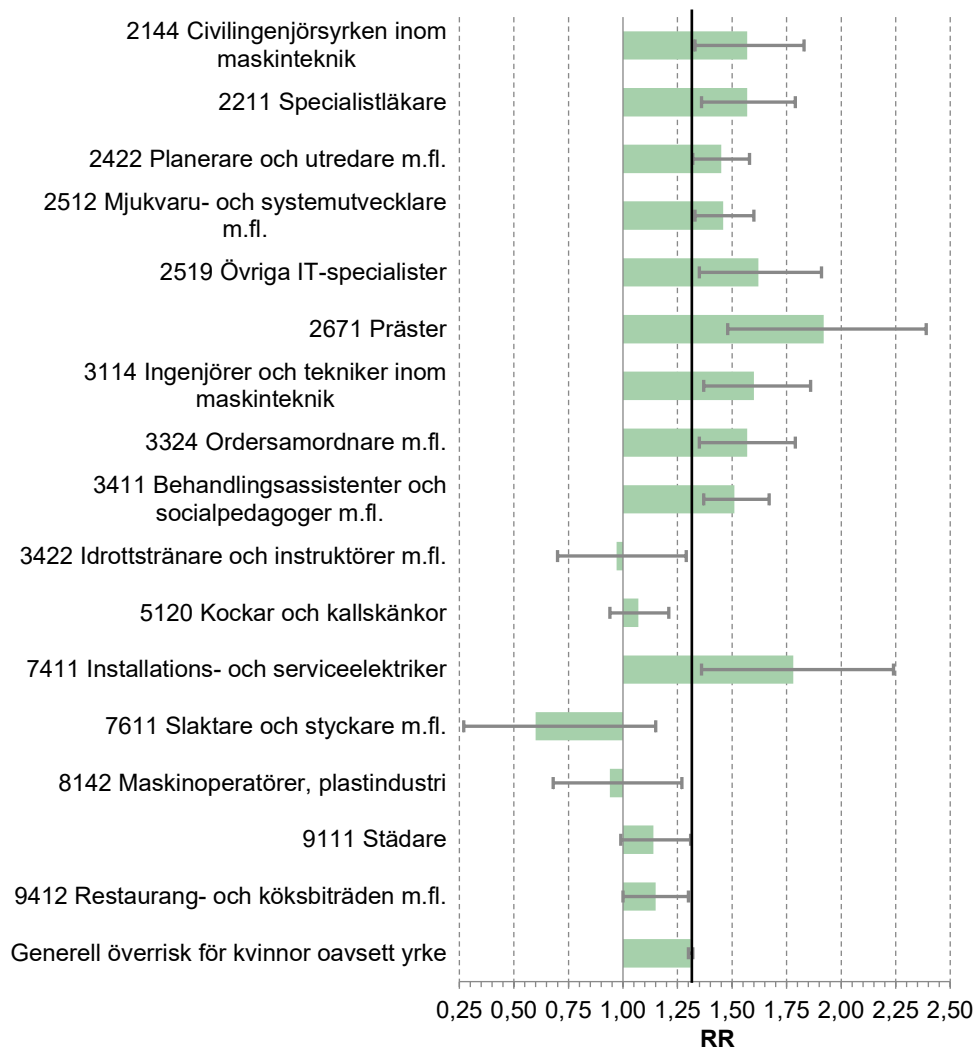
För sjukfall i psykiatriska diagnoser finns det skäl att anta att de organisatoriska och sociala faktorerna har en större betydelse.⁸² Den förväntade överrisken för kvinnor i psykiatrisk diagnos är 31 procent och markerade med röd linje i Figur 16.

Högre än förväntad risk hos kvinnor finns i yrken som kräver universitetsutbildningar såsom civilingenjörer, ingenjörer och tekniker inom maskin; specialistläkare; planerare och utredare; mjukvaru- och systemutvecklare och övriga IT-specialister; präster, ordersamordnare, behandlingsassistenter och socialpedagoger, se Figur 16. Samma sak gäller för kvinnliga installations- och serviceelektriker. Inom nämnda yrken som i de flesta fall är tydligt manligt könsmärkta finns det anledning att fundera över de organisatoriska och sociala arbetsförhållandena.

Lägre än förväntad risk i psykiatrisk diagnos finns bland kvinnliga idrotts tränare och instruktörer, kockar och kallskänkor, slaktare och styckare, maskinoperatörer inom plastindustri, städare samt restaurang- och köksbiträden. Bland restaurangyrkena liksom inom städyrket hade kvinnor en högre sjukfrånvaro generellt men inte i psykiatrisk diagnos vilket främst indikerar skillnader i diagnosmönster för kvinnor och män inom dessa yrken.

⁸² Duchaine m.fl. (2020).

Figur 16 Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar i psykiatriska diagnoser för kombinationen kön och yrke. Redovisning av yrken där kvinnor har under eller överrisker för sjukskrivning jämfört med basrisken 1,31 (RR inklusive 95-procentiga konfidensintervall)



Not: Övägt genomsnitt över alla yrken för män är referensvärde (1,00).

Regionala mönster

Även om skillnader mellan olika regioner är relativt små, satt i relation till skillnaderna mellan kvinnor och män och olika yrkesgrupper, så visade studien från 2012 på en något högre risk för sjukskrivning i psykiatrisk diagnos i storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö med förorter.⁸³ Som möjliga förklaringar till detta mönster framfördes att det sociala stödet kan vara svagare i storstadsområden med en större andel ensamhushåll. Andra möjliga faktorer kopplat till storstadsområden är större exponering för buller och ohälsosam luftkvalité, längre restider och sämre tillgång till rekreationsområden. Regionala skillnader vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård kan också vara en faktor i sammanhanget. Det är också möjligt att psykisk ohälsa är mindre socialt stigmatiserande i större städer än på mindre orter.

Skillnader mellan olika kommuntyper

Risken för sjukfall är högre för både kvinnor och män i pendlingskommuner nära de tre storstäderna jämfört med större städer med mellan 40 000 och 200 000 invånare i tätorten. Risken är ett par procent högre både för generell sjukfrånvaro och i psykiatriska diagnoser, se Tabell 9 och Tabell 10 i tabellbilagan. Dessa skillnader ligger i linje med vad som tidigare redovisats för sjukfrånvaron år 2012 men skillnaderna förefaller ha minskat något över tid.⁸⁴

Skillnader mellan län och kommuner

I Figur 17 visas skillnaderna mellan län och kommuner för sjukfall oavsett diagnos och i psykiatrisk diagnos. Län som ligger över genomsnittet både generellt och för psykiatriska diagnoser är Dalarna, Gävleborg, Västmanland, Uppsala, Gotland och Västra Götaland.⁸⁵ På Gotland och i Gävleborg är förekomsten av utmattningssyndrom uttalat vilket möjligtvis avspeglar skillnader inom hälso- och sjukvården i olika delar av landet vad gäller behandling och diagnossättning.⁸⁶

Tydligt är att länsmonstret för sjukfrånvaron varierar över tid.⁸⁷ Jämfört med 2012 har Jämtland gjort en tydlig resa från hög till låg sjukfrånvaro medan Dalarna och Gävleborg har gjort det omvända. Västra Götaland är dock ett län som relativt stabilt legat på en högre sjukfrånvaronivå med tonvikt på psykisk ohälsa. Det är särskilt bekymmersamt med hög risk för sjukfrånvaro i tätbefolkade regioner eftersom det får stort genomslag på utgifterna i sjukpenningförsäkringen.⁸⁸

⁸³ Försäkringskassan (2014a).

⁸⁴ Se föregående referens.

⁸⁵ För en komplett redovisning hänvisas till Tabell 11 i tabellbilagan.

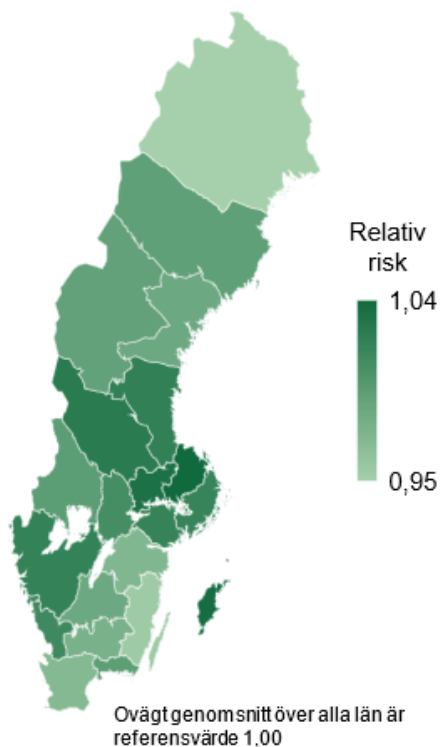
⁸⁶ Försäkringskassan (2017a).

⁸⁷ Försäkringskassan (2014c).

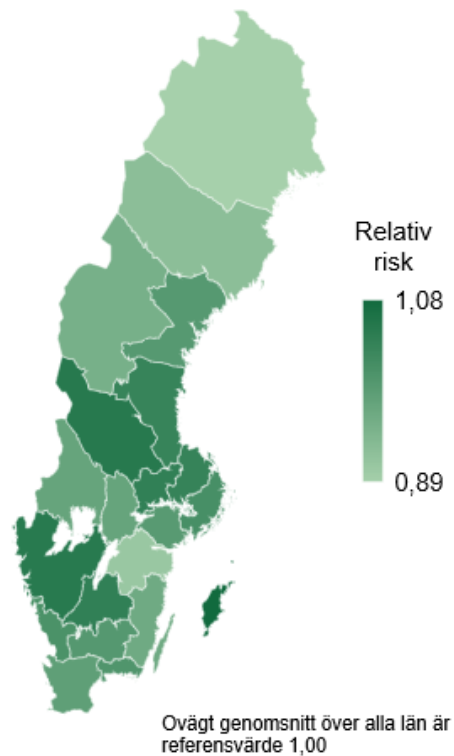
⁸⁸ Försäkringskassan (2014a).

Figur 17 Relativ risk för sjukfall över 14 dagar per län och kommun

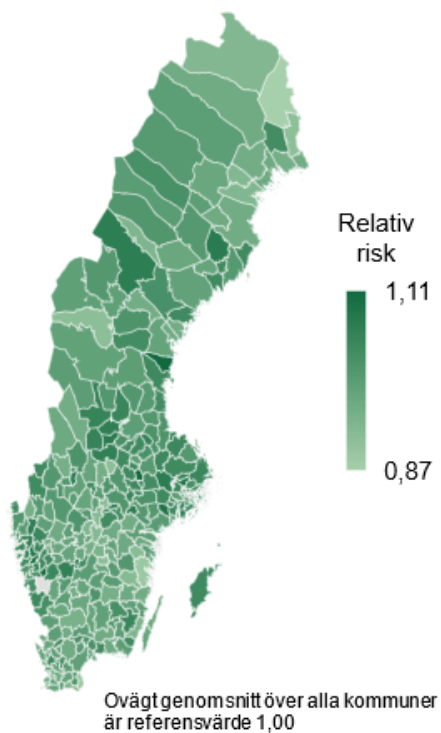
a) Alla diagnoser län



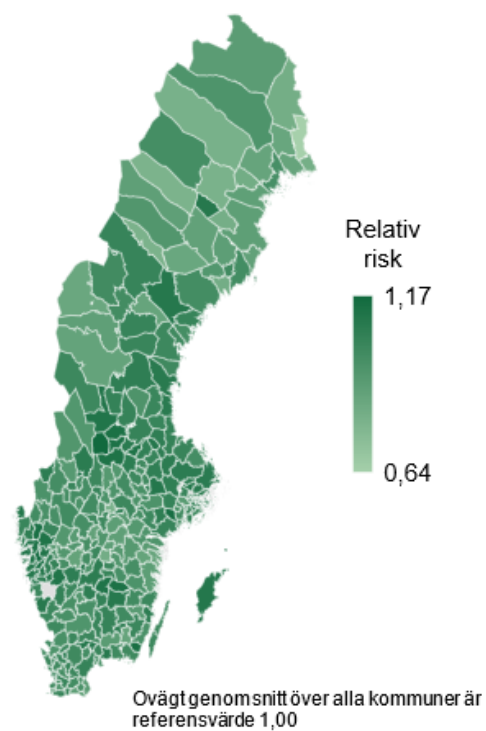
b) Psykiatriska diagnoser län



c) Alla diagnoser kommun



d) Psykiatriska diagnoser kommun



Ett femtiotal av landets 290 kommuner ligger över genomsnittet både generellt och för psykiatriska diagnoser, se Tabell 12 i tabellbilagan. Överrisken för sjukfall i psykiatriska diagnoser är 10 procent eller mer i följande kommuner: Sigtuna, Gnesta, Mullsjö, Habo, Stenungsund, Orust, Färge-landa, Ale, Lerum, Lilla Edet, Uddevalla, Vänersborg, Trollhättan, Borås, Västerås, Gagnef, Leksand, Mora, Ludvika och Hofors. Det finns stora skillnader mellan kommuner när det gäller stressrelaterad ohälsa och utmattningssyndrom som till del kan förklaras av skillnader i vilka diagnoser som används inom hälso- och sjukvården i olika delar av landet.⁸⁹

Diagnos och sjukfallslängd

I detta avsnitt presenteras sjukfallslängder och sannolikheter att sjukfallen avslutas per sjukdomskapitel samt för olika psykiatriska diagnoser. Sannolikheten för att sjukfallet avslutas presenteras i form av hazard rates (HR).⁹⁰ HR anger sannolikheten för att sjukfallen avslutas samt hur snabbt det sker med kontroll för olika bakgrundsfaktorer. För att illustrera skillnader i sjukfallslängder i dagar redovisas också medianlängder men dessa är inte justerade för bakgrundsfaktorer. Resultaten redovisas separat för kvinnor och män.

Sjukfall i psykiatriska diagnoser blir längre

Psykiska sjukdomar innebär mer långvariga sjukfall jämfört med andra diagnosgrupper.⁹¹ I Figur 18 framträder detta tydligt med närmare 90 dagar långa sjukfall för psykiatriska diagnoser för både kvinnor och män.⁹² I en tidigare studie av sjukfall påbörjade 2012–2014 var medianlängden i psykiatriska diagnoser 75 dagar,⁹³ således har det skett en ökning över tid.

Medianlängden över alla diagnoser är 49 dagar för både kvinnor och män. Detsamma gäller för skador och sjukdomar i muskuloskeletala systemet (rörelseorganen). Andra sjukdomsgrupper med sjukfallslängd som ligger över medianen är tumörsjukdomar (cancer), cirkulationsorganens sjukdomar (hjärt-, och kärlsjukdomar), blod och immunbristsjukdomar bland män och graviditetsrelaterade sjukdomar bland kvinnor.

Kortast är sjukfallen i infektionssjukdomar och andningsorganens sjukdomar. Med få undantag är skillnaderna i sjukfallslängd små mellan kvinnor och män med inom samma diagnosgrupp.

⁸⁹ Försäkringskassan (2017a).

⁹⁰ För enkelhetens skull används begreppet ”sannolikhet”. Hazard rate (HR) är den korrekta benämningen och HR är justerat för bakgrundsfaktorer, se metodbilaga.

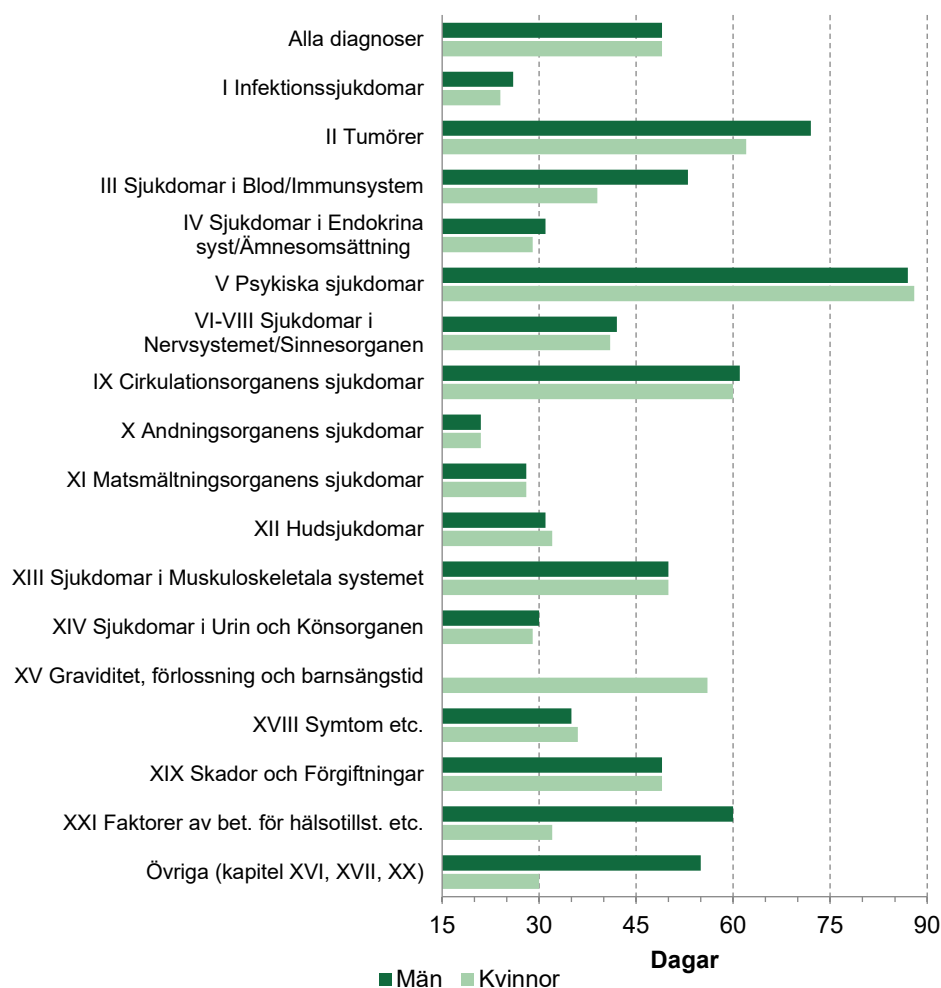
⁹¹ Försäkringskassan (2009), (2013), (2017b) och (2020).

⁹² Sjukfallslängderna är inte justerade för bakgrundsfaktorer. Resultaten redovisas även i Tabell 13 i tabellbilagan.

⁹³ Försäkringskassan (2017b).

Mönstret för avslutssannolikheter liknar det för sjukfallslängd (Figur 19), men är också justerade för ålder, yrke etc. I andningsorganens sjukdomar avslutas sjukfallen 2,5 gånger snabbare än genomsnittet och för infektionssjukdomar 1,7 gånger snabbare.⁹⁴ Omvänt är avslutssannolikheten omkring 50 procent lägre än genomsnittet för tumörer och 40 procent lägre för psykiatriska diagnoser.

Figur 18 Medianlängd för sjukfall startade 2018/2019 och varat minst 14 dagar per diagnoskapitel⁹⁵



Skillnader i sjukfallslängd mellan olika psykiatriska diagnoser

Liksom tidigare konstaterats är skillnaderna stora inom gruppen psykiatriska diagnoser när det gäller sjukfallslängder och avslutssannolikheter.⁹⁶ Längst är sjukfallen för svåra men inom sjukförsäkringen ovanliga psykiska sjuk-

⁹⁴ Övergångar till aktivitetsersättning eller sjukersättning räknas inte som avslutat sjukfall.

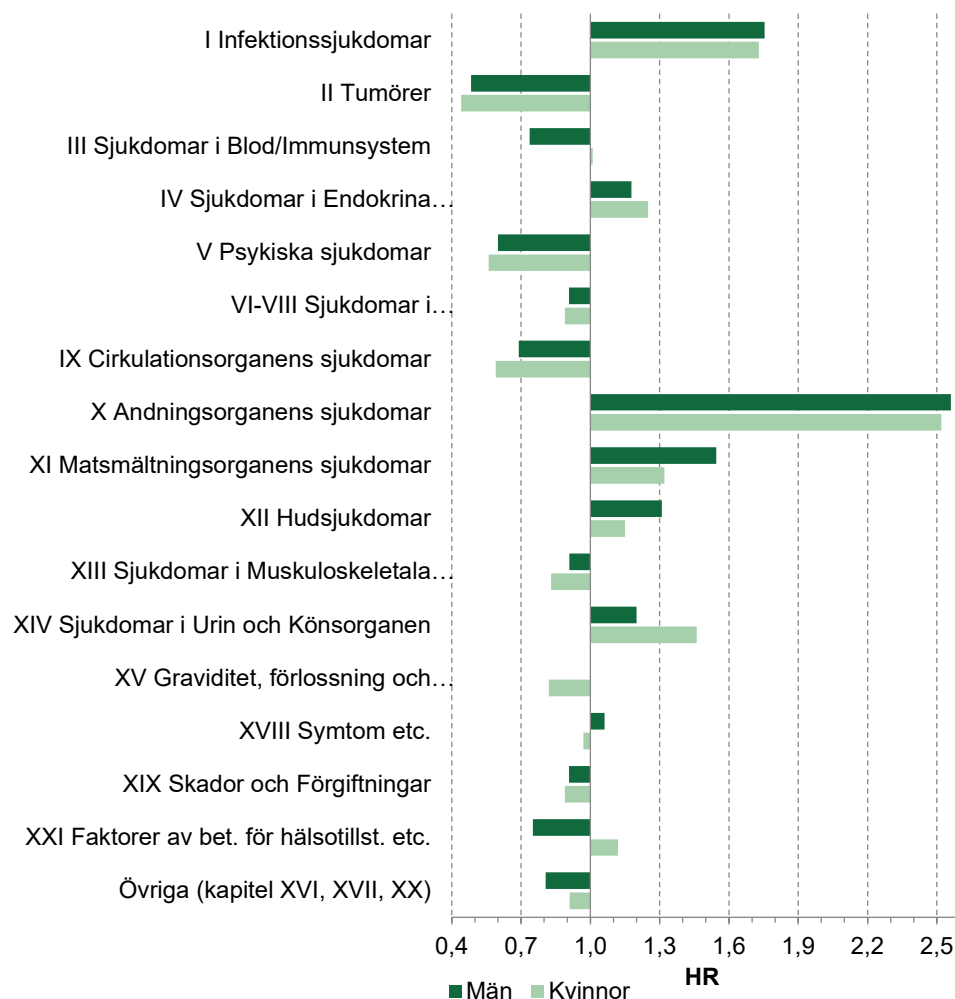
⁹⁵ Medianlängderna är inte justerade för individfaktorer. Resultaten redovisas även i Tabell 14 och Tabell 15 i tabellbilagan.

⁹⁶ Försäkringskassan (2009), (2013), (2017b) och (2020).

domar kopplat till utvecklingsstörningar, hjärnskador eller fysiska faktorer som demens, se Figur 20. Andra relativt ovanliga psykiska sjukdomar med längre sjukfall är recidiverande (återkommande) depressioner och schizofreni.

Bipolära sjukdomar innebär relativt långa sjukfall på omkring 140 dagar och har som tidigare konstaterats hög återfallsrisk i sjukskrivning.⁹⁷ För depressionerna är skillnaden i sjukfallslängd också tydlig beroende på episodens svårighetsgrad. Ångestsyndrom och stressrelaterad psykiska ohälsa innebär betydligt kortare sjukfall som sällan är längre än 3 månader. Tydliga undantag är dock posttraumatiskt stressyndrom med närmare 200 dagar långa sjukfall, och utmattningssyndrom med halvårslånga sjukfall. Akuta stressreaktioner är liksom utmattningssyndromen mycket vanliga men varar i allmänhet inte längre än strax över en månad.

Figur 19 Hazard rate (HR) för att sjukfall startade 2018/2019 och varat minst 14 dagar avslutas per diagnoskapitel



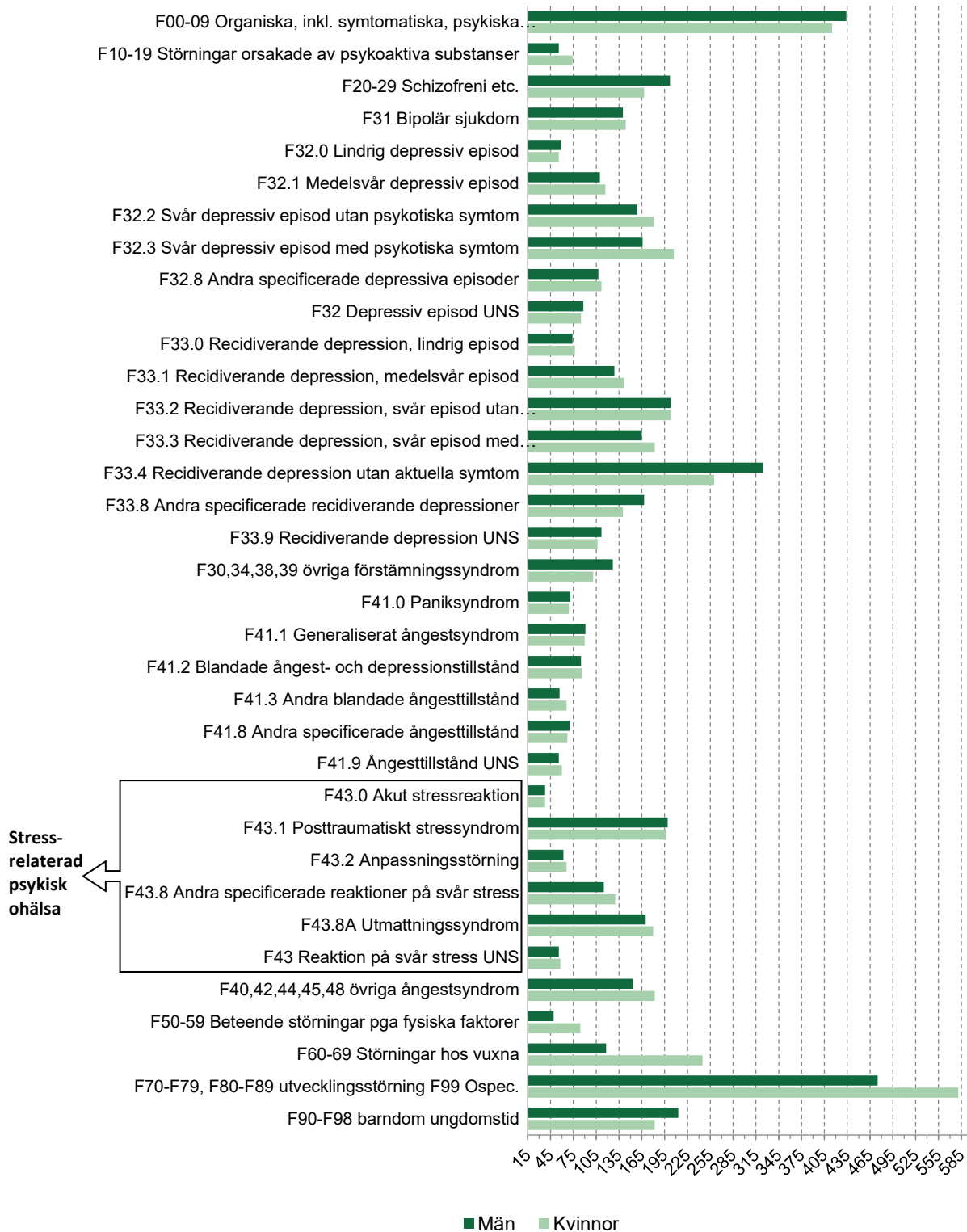
Not: Övägt genomsnitt över diagnoskapitel är referensvärde (1,00).

⁹⁷ Försäkringskassan (2017b).

Avslutssannolikheterna som i Figur 21, avspeglar väl sjukfallslängderna med hög sannolikhet för lindriga depressioner, ångesttillstånd och stressrelaterad psykisk ohälsa med undantag för posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom. Även om det finns vissa skillnader mellan kvinnor och män så är mönstret som helhet mycket likartat mellan könen.

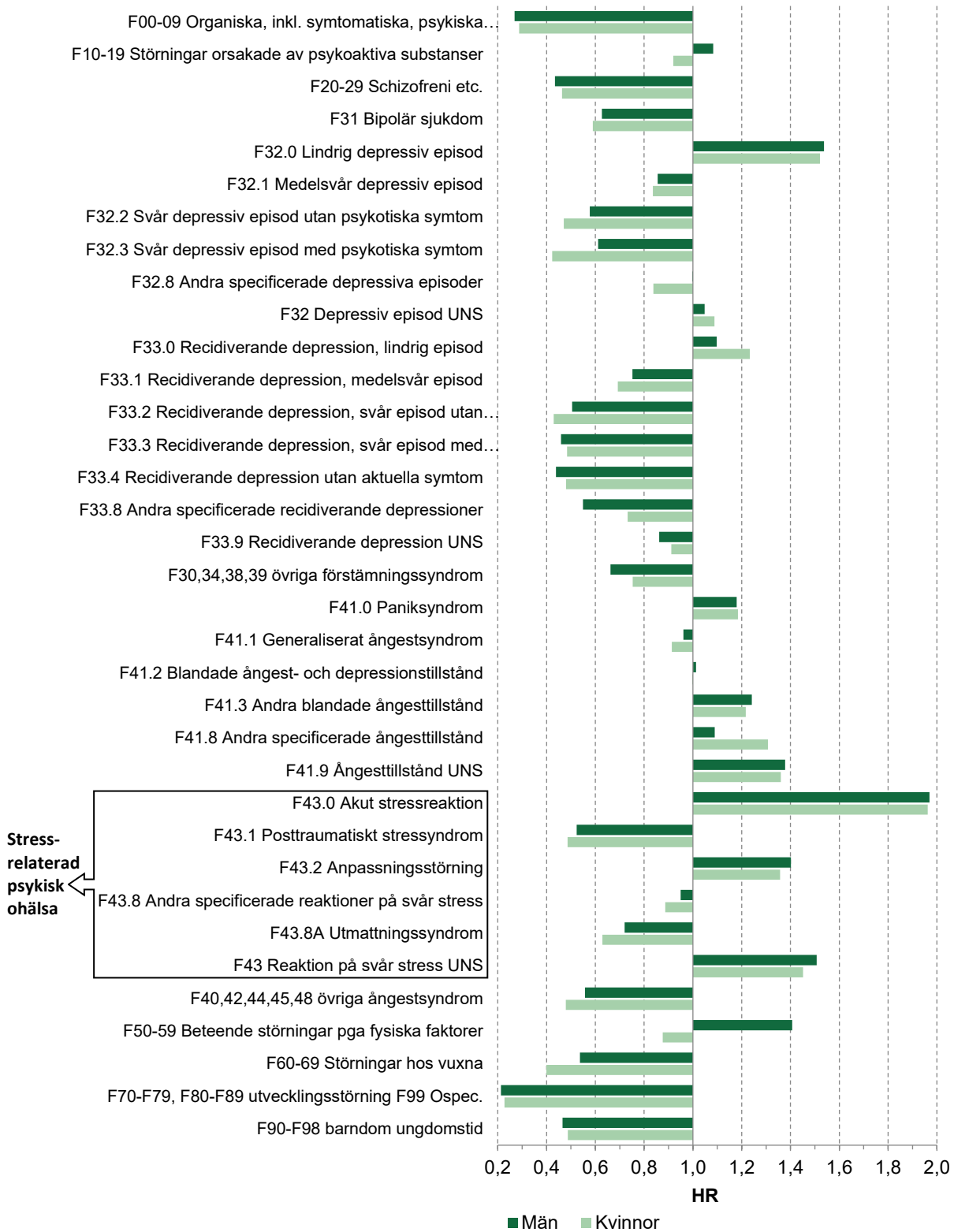
Sammanfattningsvis visar analyserna att sjukfallen avslutas ungefär hälften så snabbt i psykiatriska diagnoser jämfört med genomsnittet för alla sjukdomar. Det finns dock stora skillnader mellan olika psykiatriska diagnoser. Bland de stressrelaterade psykiatriska diagnoserna är sjukfallen drygt månadslånga i akuta stressreaktioner och uppemot ett halvår i utmattningssyndrom. Den allt större förekomsten av utmattningssyndrom kan vara en viktig orsak en till ökad sjukskrivningslängd vid psykiatriska diagnoser (se Figur 3 och Figur 4).

Figur 20 Medianlängd för att sjukfall startade 2018/2019 och varat minst 14 dagar per psykiatrisk diagnos⁹⁸



⁹⁸ Medianlängderna är inte justerade för individfaktorer.

Figur 21 Hazard rate (HR) för att sjukfall startade 2018/2019 och varat över 14 dagar avslutas per psykiatrisk diagnos



Not: Ovägt genomsnitt över alla diagnoskapitel och detaljerade psykiatriska diagnoser är referensvärde (1,00).

Avslutande diskussion

Psykisk ohälsa är en stor utmaning i dagens samhälle och har avgörande betydelse för hälsa och välbefinnande över livets skeden, inte minst för barn, unga och äldre. Denna rapport fokuserar dock på dem som förvärvsarbetar i Sverige och är i åldrarna 20–69 år. Den avslutande diskussionen uppehåller sig därför kring resultaten från studien och hur dessa kan kopplas till åtgärder i samhället för att minska den psykiska ohälsan i allmänhet och den stressrelaterade psykiska ohälsan i synnerhet.

Sociala och individrelaterade förhållanden

Studien visar att kvinnor har en betydande överrisk för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos och i synnerhet för stressrelaterad psykisk ohälsa. Generellt stiger sjukfrånvaron med åldern, men eftersom psykisk ohälsa vanligtvis debuterar i åldrarna 20–30 år dominerar psykisk ohälsa bland yngre. Depressioner och andra ångestsyndrom är vanligast bland yngre medan stressrelaterad psykisk ohälsa blir vanligare i åldrarna över 35 år. Att ha varit med om en skilsmässa, att ha en stor barnfamilj eller barn i förskole- eller lågstadieåldern är sociala förhållanden som ökar risken för stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom är särskilt problematiskt eftersom det ofta innebär mycket långvariga sjukskrivningar.

Både samhälls- och individfaktorer har avgörande betydelse för hälsa och arbetsförmåga.⁹⁹ Att arbeta hälsoförebyggande genom att skapa förutsättningar för goda uppväxt- och livsvillkor för barn och unga oavsett socioekonomisk bakgrund får betydelse för hälsa och arbetsförmåga i vuxen ålder. Sådana strukturella åtgärder är betydelsefulla samhällsinvesteringar som har stor betydelse på längre sikt.¹⁰⁰

Livsstilen har stor betydelse för hälsan

På individnivå har livsstil- och levnadsvanor stor betydelse för hälsa och sjukfrånvaro,¹⁰¹ även om psykosocial stress i sig också kan ha negativ inverkan på alkoholkonsumtion, rökning, motion och matvanor.¹⁰² Men individen har alltid ett förstahandsansvar för sin livsstil, samtidigt som den på kort sikt är det som individen har störst möjlighet att påverka. En hälso-sam livsstil är en viktig del i individens eget hälsoförebyggande som ökar möjligheten att klara av såväl psykiska och fysiska påfrestningar i vardagen

⁹⁹ Beemsterboer m.fl. (2009) och Allen m.fl. (2014).

¹⁰⁰ Siegrist m.fl. (2010), Layard (2013) och SOU 2017:47.

¹⁰¹ van Duijvenbode m.fl. (2009), Amlani & Munir (2014), Virtanen m.fl. (2018), Amiri & Behnezhad (2020) samt Troelstra m.fl. (2020).

¹⁰² Siegrist J & Rödel A (2006).

såväl som negativa livshändelser.¹⁰³ Arbetsgivare kan också spela en viktig roll för att underlätta och uppmuntra hälsosamma levnadsvanor hos personalen.¹⁰⁴

Jämställdhet och balans mellan familjeliv och arbete

Balans mellan familjeliv och arbete har också betydelse för psykisk hälsa och sjukfrånvaro,¹⁰⁵ vilket i synnerhet gäller för kvinnor som oftast tar ett större ansvar för barn och familj.¹⁰⁶ Denna studie visar att även män med många barn i familjen har högre sjukfrånvaro och stressrelaterad psykisk ohälsa. En svensk studie har också visat att män som tar på sig dubbla arbetsbördor med ett stort ansvar för barn och familj har en högre sjukfrånvaro än män och kvinnor som lever i mer traditionella relationer.¹⁰⁷

Det skulle kunna tolkas som att delat föräldraansvar kring den dagliga omsorgen om barn- och familj har negativa hälsokonsekvenser och bör undvikas. Men den dubbla arbetsbelastning och livsomställning som småbarnsåren innebär för förvärvsarbetande föräldrar är delvis av övergående karaktär. En skev arbetsfördelning mellan föräldrar som etableras under småbarnsåren tenderar dock att förstärkas över tid.¹⁰⁸ En skev arbetsfördelning och dubbel arbetsbelastning för kvinnor leder till högre sjukfrånvaro samt sämre karriärmöjligheter och löneutveckling för kvinnor,¹⁰⁹ vilket sen leder till svagare ekonomiskt oberoende och lägre pension, vilket inte är förenligt med ett jämställt samhälle.

På samhällsnivå har ökad jämställdhet mellan könen haft stora positiva konsekvenser för samhällsekonomin i de nordiska länderna.¹¹⁰ Ökad jämställdhet mellan könen är därför önskvärt ur både individ- och samhällsperspektiv och skulle sannolikt minska könsskillnaderna i sjukfrånvaron.¹¹¹ Ökad jämställdhet i familjelivet skulle sannolikt också leda till ett mer hållbart arbetsliv genom att acceptansen för att föräldrar, oavsett kön, har behov av anpassningsmöjligheter i synnerhet under småbarnsåren.

Ett hållbart arbetsliv?

Resultaten från denna liksom tidigare studier pekar på arbetslivets betydelse för hälsa och arbetsförmåga. Studien visar vidare att vård, skola, omsorg och offentlig förvaltning är tydliga riskbranscher för sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Personer som jobbar nära andra människor i utsatta

¹⁰³ Folkhälsomyndigheten (2020).

¹⁰⁴ Joyce m.fl. (2016) och Proper & van Oostrom (2019).

¹⁰⁵ Voss m.fl. (2004), Melchior m.fl. (2007) och Nilsen m.fl. (2017).

¹⁰⁶ Försäkringskassan (2014b), Lidwall m.fl. (2010) och Nilsen m.fl. (2017).

¹⁰⁷ Lidwall och Voss (2020).

¹⁰⁸ Boye (2008) och Försäkringskassan (2020b).

¹⁰⁹ Reshid (2019) och Angelov m.fl. (2020).

¹¹⁰ OECD (2018).

¹¹¹ Reshid (2019) och Angelov m.fl. (2020).

situationer i så kallade kontaktyrken är sedan tidigare välkända riskyrken för stressrelaterad psykisk ohälsa.¹¹² Personer i yrken som kräver längre utbildning har i allmänhet lägre sjukfrånvaro, även om det finns distinkta undantag som exempelvis präster, socionomer och sjuksköterskor. Personer med längre utbildningar har i allmänhet mer kontroll över sin arbetssituation och har dessutom större möjligheter att förändra sin arbetssituation genom att exempelvis byta jobb eller arbetsgivare. Bland högutbildade dominerar dock stressrelaterade diagnoser och utmattningssyndrom sjukfrånvaron.

Yrkesgrupper som tidigare inte utmärkt sig med hög sjukfrånvaro framträder också tydligt i vissa branscher vilket antyder problematiska organisatoriska och sociala arbetsförhållanden. Det gäller yrken inom hälso- och sjukvården, byggbranschen, djurhållning-djurvård samt apoteksbranschen. Några exempel är specialistläkare, arkitekter, veterinärer och apotekare. Ofta handlar det i dessa branscher om att sjukfrånvaron är hög både i yrkesgrupper med högskoleutbildning och i yrken med lägre utbildningskrav. Mönstret med ett flertal utsatta yrken finns också inom handel, transport samt bevakning- och säkerhetsbranschen. Men i dessa branscher är den höga sjukfrånvaron koncentrerad till yrkesgrupper utan högskoleutbildning.

Det är möjligt att utbildning och chefsposition på kort sikt kan skydda yrkesgrupper vid förändringar som påverkar den organisatoriska och sociala arbetsmiljön på ett negativt sätt. På längre sikt kommer dock även högutbildade och chefer påverkas negativt om arbetsmiljöproblemen kvarstår och blir strukturella. Det gäller inom vård och omsorg där problemen varit uppenbara sedan mitten av 1990-talet.¹¹³

Organisatorisk och social arbetsmiljö och negativ stress

Strukturella problem i arbetslivet vad gäller organisatorisk och social arbetsmiljö ger stora och varaktiga konsekvenser för sjukfrånvaron.¹¹⁴ I internationella studier har det konstaterats att mellan 50 och 60 procent av sjukfrånvaron kan kopplas till arbetsrelaterad stress.¹¹⁵ Studier av svenska förhållanden har indikerat att den organisatoriska och sociala arbetsmiljöns betydelse för sjukfrånvaron ökat över tid.¹¹⁶ Arbetsförhållanden i allmänhet och organisatorisk och social arbetsmiljö i synnerhet intar en särställning bland de faktorer som lyfts fram som orsaker till den ökade psykiska ohälsan och sjukfrånvaron i arbetslivet i ett internationellt perspektiv.¹¹⁷

¹¹² Försäkringskassan (2014a), Aronsson m.fl. (2019) och Kokkinen m.fl. (2019).

¹¹³ Palme m.fl. (2003), Rostila (2008), Lidwall (2010) och Bryngelson m.fl. (2011).

¹¹⁴ Arbetsmiljöverket (2018a) och (2018b), Försäkringskassan (2014a) och (2018c).

¹¹⁵ Leka m.fl.(2015a).

¹¹⁶ Rostila (2008) och Lidwall m.fl. (2009).

¹¹⁷ Siegrist m.fl. (2010), OECD (2012), (2015) och EU (2017).

Kopplingen mellan organisatorisk och social arbetsmiljö och sjukfrånvaro på strukturell nivå har ifrågasatts, eftersom hög sjukfrånvaro vid en tidpunkt inte behöver sammanfalla med uppmätta brister i arbetsmiljön vid samma tidpunkt.¹¹⁸ Forskningen har visserligen inte helt klarlagt vilken intensitet eller varaktighet i exponeringen som krävs för negativa hälsokonsekvenser. Men tillgänglig kunskap visar att det är sammanlagda och fördröjda effekter av varaktig negativ stress i arbetet som ger negativa hälsoeffekter och ökad sjukfrånvaro på flera års sikt.¹¹⁹ I Sverige tog det exempelvis ett halvt decennium innan nedskärningar inom vård, skola och omsorg under 1990-talskrisen ledde till ökad stressrelaterad ohälsa och långtidssjukfrånvaro.¹²⁰ På strukturell nivå sammanfaller också yrken, branscher och sektorer med hög sjukfrånvaro systematiskt med dem som har uppenbara brister i arbetsmiljön.¹²¹ Organisatoriska och sociala förhållanden på arbetet har betydelse för den psykiska hälsan, men det finns omfattande kunskap om att det också har avgörande betydelse för den fysiska hälsan, exempelvis hjärt-kärlsjukdomar,¹²² och sömnen som är helt avgörande för hälsa och livskvalité.¹²³

Att förhållanden på arbetsplatsen har stor betydelse för psykisk ohälsa och sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser stöds också av ett flertal forskningsöversikter.¹²⁴ I en metaanalys av olika organisatoriska och sociala förhållanden kvantifierades betydelsen för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos.¹²⁵ Den så kallade krav och kontroll-modellen är äldst och mest väletablerad.¹²⁶ Ett anspänt arbete med höga krav och låg kontroll i arbetet ökar enligt forskningen risken för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos, Figur 22.¹²⁷

En senare teoribildning är ERI-modellen som i högre grad tar hänsyn till ökad internationalisering och förändrade relationer på arbetsmarknaden,¹²⁸ och har visat sig ha större betydelse för sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.¹²⁹ I ERI-modellen är ansträngningsdimensionen snarlik kravdimensionen i krav och kontroll-modellen, medan belöningsdimensionen är specifik för ERI-modellen. Obalans mellan ansträngning och belöning och i

¹¹⁸ SKL (2017b).

¹¹⁹ Palme m.fl. (2003), Lidwall (2010), Bryngelson m.fl. (2011) och Ford m.fl. (2014).

¹²⁰ Palme m.fl. (2003).

¹²¹ Se Figur 12, Försäkringskassan (2014a), Arbetsmiljöverket (2018a) och (2018b).

¹²² Kivimäki och Steptoe (2018).

¹²³ Linton m.fl. (2015).

¹²⁴ Aronsson m.fl. (2017), Nieuwenhuijsen m.fl. (2010), Henderson (2011), FORTE (2015), Theorell m.fl. (2015), Harvey m.fl. (2017), Madsen m.fl. (2017), Rugulies m.fl. (2017), Hassard m.fl. (2018) och Duchaine m.fl. (2020).

¹²⁵ I en meta-analys görs en sammanvägd skattning för ett antal studier som ingår i en systematisk litteraturoversikt. Metaanalysen i Duchanie m.fl. (2020) baserades på 13 studier där de flesta var från Väst-Europa och Canada.

¹²⁶ Karasek R (1979).

¹²⁷ Duchaine (2020).

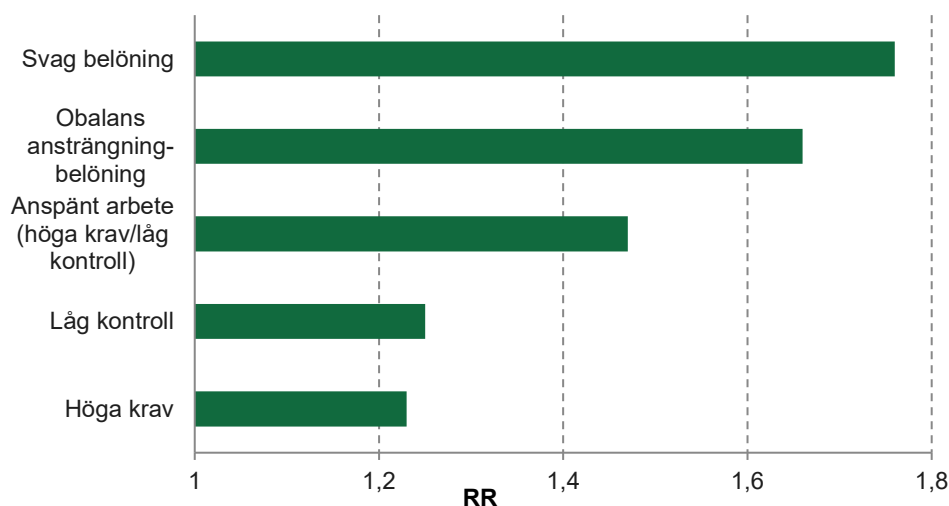
¹²⁸ Siegrist (1996) och Siegrist & Wahrendorf (2016). ERI står för Effort-Reward Imbalance (obalans mellan ansträngning och belöning).

¹²⁹ Duchanie (2020).

synnerhet svag belöning ökar markant risken för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos, se Figur 22.

Belöningsdimensionen i ERI-modellen innefattar lön men också social uppskattning, status, anställningstrygghet och utvecklingsmöjligheter.¹³⁰ Mycket få studier av ERI-modellen har genomförts på svenska data, men en svensk studie har visat att obalans mellan ansträngning och belöning markant ökar risken för sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos. Samma studie visade också på könsskillnader. För män hade hög ansträngning störst betydelse för den psykiska ohälsan, medan den största problematiken för kvinnor var bristande belöning i offentlig sektor och otrygg anställning i privat sektor.¹³¹ En kunskapsöversikt har också visat att otrygga anställningsförhållanden har negativa effekter på den psykiska hälsan.¹³²

Figur 22 Sambandet mellan organisatorisk och social arbetsmiljöbelastning och sjukfrånvaro i psykiatrisk diagnos. Relativ risk för exponerade jämfört med icke exponerade



Källa: Duchanie m.fl. (2020).

¹³⁰ Siegrist (1996), Siegrist & Wahrendorf (2016) och Nyberg m.fl. (2020).

¹³¹ Lidwall (2016).

¹³² Rönnblad m.fl. (2019).

Ökat fokus på förebyggande arbete

Att organisatoriska och sociala arbetsförhållanden har fått en så framträdande plats i diskussionerna kring psykisk ohälsa i arbetslivet beror på dess stora betydelse på individ-, organisations- och samhällsnivå.¹³³ Ett ytterligare starkt argument är att arbetsförhållanden är möjliga att påverka och det är på arbetsplatsen som anpassningar och åtgärder kan genomföras för att undvika sjukfrånvaro eller utträde från arbetslivet i förtid.¹³⁴ Bättre organisatoriska och sociala arbetsförhållanden kan ses som långsiktiga investeringar och har positiva effekter inte bara på sjukfrånvaron utan även på personalomsättning, produktivitet, hälsa och arbetsförmåga, kort sagt: ett hållbart arbetsliv.¹³⁵ Att detta är en strategisk ledningsfråga har tydliggjorts av Arbetsmiljöverket, men när det gäller denna form av riskhantering fokuseras allt för ofta på de negativa riskerna snarare än de positiva möjligheterna.¹³⁶ En svensk studie indikerar att arbetsgivarnas strategiska hantering av arbetsmiljöfrågor behöver utvecklas genom ökad kunskap och att hanteringen behöver gå från att vara reaktiv till att bli mer proaktiv.¹³⁷

De förebyggande och preventiva åtgärderna är viktiga av flera skäl. Vägen tillbaka från sjukskrivning är, som framgått av denna studie, ofta lång och mödosam vid psykiatrisk diagnos.¹³⁸ Det beror bland annat på att hälso- och sjukvårdens förmåga att behandla psykiatriska diagnoser är otillräcklig, trots att det finns verksam behandling såsom psykofarmaka eller kognitiv beteendeterapi för depressioner och ångesttillstånd. Problemet med underbehandlad psykisk ohälsa är dock ett internationellt fenomen.¹³⁹ Kunskaperna kring behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom är svaga men även här sker forskning och framsteg.¹⁴⁰

Interventioner för återgång i arbete vid psykiatrisk diagnos uppvisar generellt svaga resultat vilket är ytterligare en orsak till att prevention är att föredra.¹⁴¹ För rörelseorganens sjukdomar har sammansatta interventioner och interventioner där arbetsplatsen är involverad visat bättre resultat och alltfler studier antyder att detta också gäller för psykisk ohälsa.¹⁴² Med ökat fokus på prevention och minskat antal personer som behöver sjukskrivas på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa, kan resurser till medicinsk

¹³³ Siegrist m.fl. (2010), Layard (2013), OECD (2012), (2015) och EU (2017).

¹³⁴ Siegrist m.fl. (2010), OECD (2012), (2015), Arbetsmiljöverket (2015), Leka (2015a), (2015b), (2016), EU (2017) och Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2020).

¹³⁵ Siegrist m.fl. (2010), OECD (2012), (2015), Layard (2013), Leka (2015a), (2015b), (2016) och EU (2017).

¹³⁶ Langenhan m.fl. (2013), Arbetsmiljöverket (2015), Leka (2016) och Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2020).

¹³⁷ Lornudd m.fl. (2020).

¹³⁸ Se även Axén m.fl. (2020).

¹³⁹ Layard (2013), OECD (2015) och Salomonsson m.fl. (2018).

¹⁴⁰ Se forskningsöversikten av Salvagioni m.fl. (2017). Exempel på svenska behandlingsstudier är Ejeby m.fl. (2014) och Salomonsson m.fl. (2020).

¹⁴¹ Blomberg och Hensing (2020).

¹⁴² Blomberg och Hensing (2020), Mikkelsen och Rosholm (2018) och Villotti m.fl. (2020).

behandling och arbetslivsinriktade rehabilitering frigörs för dem som trots allt behöver det.

Det finns ytterligare fördelar med ett ökat fokus på prevention på arbetsplatserna för att komma tillrätta med den stressrelaterade psykiska ohälsan i arbetslivet. Ett hållbart arbetsliv minskar inte bara den arbetsrelaterade psykiska ohälsan utan ökar också möjligheten till återgång i arbete för den som drabbas av sådan ohälsa av andra skäl,¹⁴³ samt ökar möjligheten för alla personer med psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar att delta i arbetslivet.

¹⁴³ Thisted m.fl. (2018).

Referenser

Ahlbom A och Alfredsson L (2005). Interaction: A word with two meanings creates confusion. *European journal of epidemiology* 20(7):563-4.

Allen J, Balfour R, Bell R & Marmot M (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry* (Abingdon, England) 26(4):392-407.

Amiri S & Behnezhad S (2020). Alcohol consumption and sick leave: a meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases* 38(2):100-12.

Amlani NM & Munir F (2014). Does physical activity have an impact on sickness absence? A review. *Sports medicine* (Auckland, NZ) 44(7):887-907.

Angelov N, Johansson P, Lindahl E (2020). Sick of family responsibilities? *Empirical Economics* 58(2):777-814.

Arbetsmiljöverket (2015). *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. AFS 2015:4. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

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

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

Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, m.fl. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health* 17(1):264.

Aronsson V, Toivanen S, Leineweber C, Nyberg A (2019). Can a poor psychosocial work environment and insufficient organizational resources explain the higher risk of ill-health and sickness absence in human service occupations? Evidence from a Swedish national cohort. *Scandinavian journal of public health* 47(3):310-7.

Axén I, Björk Brämberg E, Vaez M, Lundin A, Bergström G (2020). Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *International archives of occupational and environmental health*.

Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J & Nijhuis F (2009). A literature review on sick leave determinants (1984-2004). *International journal of occupational medicine and environmental health* 22(2):169-79.

Billingsley S (2020). Sick leave absence and the relationship between intra-generational social mobility and mortality: health selection in Sweden. *BMC public health* 20(1):8.

Blanner Kristiansen C, Kjær JN, Hjorth P, Andersen K, Prina AM (2019). Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 245:1016-23.

Blomberg A och Hensing G (2020) Arbetslivsinriktad rehabilitering - en kartläggande litteraturöversikt. Bilaga 5 i SOU2020:6 *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*.

Boye K (2008). *Happy hour? Studies on well-being and time spent on paid and unpaid work*. Dissertation. Stockholm: Stockholm University.

Bryngelson A, Mittendorfer-Rutz E, Fritzell J, Åsberg M, Nygren Å (2011). Reduction in personnel and long-term sickness absence for psychiatric disorders among employees in Swedish county councils: an ecological population-based study. *Journal of occupational and environmental medicine* 53(6):658-62.

Dewa CS, Loong D, Bonato S & Hees H (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMC Public Health* 14(1):205.

van Duijvenbode DC, Hoozemans MJ, van Poppel MN & Proper KI (2009). The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *International Journal of Obesity (London)* 33(8):807-16.

Duchaine CS, Aubé K, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Ndjaboué R, Massamba V, m.fl. Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2020.

Ejeby K, Savitskij R, Ost LG, Ekblom A, Brandt L, Ramnerö J m.fl. (2014). Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care. *Scandinavian journal of primary health care* 32(2):67-72.2.

Ekblom-Bak E, Ekblom O, Andersson G, Wallin P, Söderling J, Hemmingsson E & Ekblom B (2019). Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 29(2):232-239.

EU (2017). *Främjande av psykisk hälsa på arbetsplatsen. Vägledning om genomförandet av en övergripande strategi*. Luxemburg: Europeiska unionen.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2020*. Solna: Folkhälsomyndigheten.

Ford MT, Matthews RA, Wooldridge JD, Mishra V, Kakar UM, Strahan SR (2014). How do occupational stressor-strain effects vary with time? A review and meta-analysis of the relevance of time lags in longitudinal studies. *Work & Stress* 28(1):9-30.

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

Försäkringskassan (2009). *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos*. Socialförsäkringsrapport 2011:4. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*. Svar på regeringsuppdrag Dnr 009246-2013. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014a). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*. Socialförsäkringsrapport 2014:4. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2014b). *Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar*. Socialförsäkringsrapport 2014:14. Stockholm: Försäkringskassan.

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

Försäkringskassan (2016a). *Föräldrapenning och yrke*. Korta analyser 2016:1. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2016b). *Psykisk ohälsa*. Korta analyser 2016:2. Stockholm: Försäkringskassan.

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

Försäkringskassan (2017b). *Psykiatriska diagnoser*. Korta analyser 2017:1. Stockholm: Försäkringskassan.

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

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

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

Försäkringskassan (2020a). *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020*. Svar på regeringsuppdrag Dnr 015100-2019. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2020b). *Betald och obetald föräldraledighet. Hur flexibla är föräldrar under barnens två första levnadsår?* Socialförsäkringsrapport 2020:3. Stockholm: Försäkringskassan.

Glise K (2014). *Exhaustion disorder - identification, characterisation and course of illness*. Dissertation. Göteborg: Göteborgs universitet.

Grönlund A & Magnusson C (2018). Do Atypical Individuals Make Atypical Choices? Examining How Gender Patterns in Personality Relate to Occupational Choice and Wages Among Five Professions in Sweden. *Gender Issues* 35(2):153-178.

Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A m.fl. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and environmental medicine* 74(4):301-10.

Hassard J, Teoh KRH, Visockaite G, Dewe P, Cox T (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of occupational health psychology* 23:1-17.

Henderson, M., S. Harvey, S. Overland, A. Mykletun, och M. Hotopf (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine* 104(5):198-207.

ISF (2014). *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*. Rapport 2014:22. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Johansson R, Carlbring P, Heedman A, Paxling B, Andersson G (2013). Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*. 2013;1:e98.

Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB m.fl. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*. 46(4):683-97.

Kanter RM (1977). *Men and Women of the corporation*. New York: Basic Books.

Karasek R (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24(2):285-308.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 62(6):593-602.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 62(6):617-27.

Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Lillrank B, Kivimäki MV (2002). Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: longitudinal cohort study on psychological and behavioral links. *Psychosomatic Medicine* 64(5):817-25.

Kivimäki M och Steptoe A (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature reviews Cardiology* 15(4):215-29.

Kokkinen L, Kouvonen A, Buscariolli A, Koskinen A, Varje P, Vaananen A (2019). Human service work and long-term sickness absence due to mental disorders: a prospective study of gender-specific patterns in 1,466,100 employees. *Annals of epidemiology* 31:57-61.e1.

Langenhan MK, Leka S, Jain A (2013). Psychosocial Risks: Is Risk Management Strategic Enough in Business and Policy Making? *Safety and health at work* 4(2):87-94.

Laun L och Palme M (2017). *Vad förklarar de senaste 20 årens ökade arbetskraftsdeltagande bland äldre i Sverige?* Rapport 2017:18. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).

Layard R (2013). Mental health: the new frontier for labour economics. *IZA Journal of Labor Policy*. 2(1):2.

Leka S (2016). Psychosocial risk management: calamity or opportunity? *Occupational medicine* (Oxford, England) 66:89-91.

Leka S, Jain A, Iavicoli S, Di Tecco C (2015a). An Evaluation of the Policy Context on Psychosocial Risks and Mental Health in the Workplace in the European Union: Achievements, Challenges, and the Future. *BioMed Research International* 2015:213089.

Leka S, Van Wassenhove W, Jain A (2015b). Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *Safety Science* 71, Part A:61-67.

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

Lidwall U (2016). Effort–reward imbalance, overcommitment and their associations with all-cause and mental disorder long-term sick leave – A case-control study of the Swedish working population. *International journal of occupational medicine and environmental health* 29(6):973-89.

- Lidwall U, Bergendorff S, Voss M & Marklund S (2009). Long-term sickness absence: changes in risk factors and the population at risk. *International journal of occupational medicine and environmental health* 22(2):157-68.
- Lidwall U, Bill S, Palmer E, Olsson Bohlin C (2018). Mental disorder sick leave in Sweden: A population study. *Work* (Reading, Mass) 59(2):259-72.
- Lidwall U, Marklund S, Voss M (2010). Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. *European journal of public health* 20(6):676-81.
- Lidwall U och Voss M (2020). Gender equality and sick leave among first-time parents in Sweden. *Scandinavian journal of public health* 48(2):164-71.
- Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner L C, Sivertsen B, Lindberg E, Hall C m.fl. (2015). The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 23:10-19.
- Lornudd C, Stenfors T, Hasson H, Frykman M, Sundberg CJ, Schwarz UVT (2020). A piece of the boardroom pie - An interview study exploring what drives Swedish corporate boards' engagement in occupational health and safety. Kommande i *Journal of occupational and environmental medicine*.
- Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L, m.fl. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological medicine* 47(8):1342-56.
- Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(7):573-82.
- Mikkelsen MB & Rosholm M (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and environmental medicine* 75(9):675-86.
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2020). *Organisering av arbete och dess betydelse för hälsa och välbefinnande*. Kunskapssammanställning 2020:7. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
- Narusyte J, Ropponen A, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P (2020). Shared liability to pain, common mental disorders, and long-term work disability differs among women and men. *Pain* 161(5):1005-11.
- Nicholson N & Johns G (1985). The Absence Culture and the Psychological Contract - Who's in Control of Absence? *Academy of Management Review* 10(3):397-407.

- Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review (2010). *Occupational medicine* (Oxford, England) 60(4):277-86.
- Nilsen W, Skipstein A, Østby KA, Mykletun A (2017). Examination of the double burden hypothesis - a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *European journal of public health* 27:465-471.
- Nyberg A, Johansson G, Westerlund H, Rostila M, Toivanen S (2020). Status incongruence in human service occupations and implications for mild-to-severe depressive symptoms and register-based sickness absence: A prospective cohort study. *Scandinavian journal of Work, Environment & Health* 2:209-17.
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Sweden*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2018). *Is the Last Mile the Longest? Economic Gains from Gender Equality in Nordic Countries*. Paris: OECD publishing.
- Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B, m.fl. (2013). Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clinical psychology review* 33(5):686-97.
- Palme J, Bergmark A, Backman O, Estrada F, Fritzell J, Lundberg O m.fl. (2003). A welfare balance sheet for the 1990s. Final report of the Swedish Welfare Commission. *Scandinavian journal of public health* 31(Suppl 60):7-143.
- Proper KI & van Oostrom SH (2019). The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (6):546-59.
- Reshid AA (2019). The Gender Gap in Early Career Wage Growth: The Role of Children, Job Mobility, and Occupational Mobility. *LABOUR* 33(3):278-305.
- Rostila M (2008). The Swedish labour market in the 1990s: the very last of the healthy jobs? *Scandinavian journal of public health* 36(2):126-34.
- Rugulies R, Aust B & Madsen IE (2017). Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 43(4):294-306.

Rönblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B m.fl. (2019). Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 45(5):429-43.

Salomonsson S, Hedman-Lagerlöf E & Öst L-G (2018). Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychological medicine* 48(12):1954-65.

Salomonsson S, Santoft F, Lindsater E, Ejeby K, Ingvar M, Ljotsson B m.fl. (2020). Effects of cognitive behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scandinavian journal of psychology* 61(2):281-9.

Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, Gonzalez AD, Gabani FL, Andrade SM (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one* 12(10):e0185781.

SCB (2007). *SNI 2007 Standard för svensk näringsgrensindelning 2007*. MIS 2007:2. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2012). *SSYK 2012 Standard för svensk yrkesklassificering 2012*. MIS 2012:1. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB (2018). *På tal om kvinnor och män 2018*. Örebro: SCB.

Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology* 1(1):27-41.

Siegrist J, Benach J, McKnight A, Goldblatt P & Muntaner C (2010). *Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010*. London: UCL Institute of health equity.

Siegrist J & Rödel A (2006). Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 32(6):473-81.

Siegrist J & Wahrendorf M (red.) (2016). *Work Stress and Health in a Globalized Economy*. Switzerland: Springer.

SKL (2017a). *Kommungruppsindelning 2017*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

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

- Socialstyrelsen (2010). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011 (ICD-10-SE)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Slutbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Socialdepartementet.
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V & Silove D (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology* 43(2):476-493.
- Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G, Traskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, m.fl. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC public health*;15:738.
- Thisted CN, Nielsen CV, Bjerrum M (2018). Work Participation Among Employees with Common Mental Disorders: A Meta-synthesis. *Journal of occupational rehabilitation* 28(3):452-64.
- Troelstra SA, Coenen P, Boot CR, Harting J, Kunst AE & van der Beek AJ (2020). Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 46(1):5-18.
- Wagenaar AF, Kompier MA, Houtman IL, van den Bossche SN och Taris TW (2012). Employment contracts and health selection: unhealthy employees out and healthy employees in? *Journal of occupational and environmental medicine*. 2012;54(10):1192-200.
- Villotti P, Gragnano A, Larivière C, Negrini A, Dionne CE, Corbière M (2020). Tools Appraisal of Organizational Factors Associated with Return-to-Work in Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal and Common Mental Disorders: A Systematic Search and Review. *Journal of occupational rehabilitation*. doi: 10.1007/s10926-020-09902-1.
- Virtanen M, Ervasti J, Head J, Oksanen T, Salo P, Pentti J m.fl. (2018). Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. *The Lancet Public health* 3(11):e545-e54.
- WHO (2001). *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion, 2001*. Faktablad nr 220. Genève: World health organisation.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Voss M, Floderus B, Diderichsen F (2004). How do job characteristics, family situation, domestic work, and lifestyle factors relate to sickness absence? A study based on Sweden Post. *Journal of occupational and environmental medicine* 46(11):1134-43.

Åkerstedt T, Mittendorfer-Rutz E, Rahman S (2020). Sleep disturbance and work-related mental strain: A national prospective cohort study of the prediction of subsequent long-term sickness absence, disability pension and mortality. *Scandinavian journal of public health* 2020:1403494820911813.

Metodbilaga

Studiepopulation

Risken att påbörja en sjukskrivning som pågår längre än 14 dagar studeras i en population av sysselsatta i åldern 20–69 år definierad per den 31 december 2017. Som sysselsatta definieras dem som i sysselsättningsregistret definieras som förvärvsarbetande, sammanlagt 4 390 824 individer¹⁴⁴ av totalt 6 914 472 individer i åldrarna 20–69 år. Från populationen exkluderas individer som inte bedöms vara under risk för sjukskrivning under uppföljningsperioden såsom individer med aktivitetsersättning eller sjukersättning, utlandsboende samt individer som emigrerat eller avlidit under uppföljningsperioden 2018–2019. Individer som saknar grundläggande registeruppgifter utöver kön och ålder, exempelvis uppgift om civilstånd, har också exkluderats från populationen eftersom det är tveksamt om dessa individer är sysselsatta i Sverige. Sammanlagt exkluderades 47 610 individer av ursprungspopulationen av nämnda skäl. Den slutliga analyspopulationen består därmed av 4 343 214 individer.

Studerade utfall

Till denna population sysselsatta knöts varje individs första påbörjade sjukfall längre än 14 dagar under åren 2018 och 2019, med uttagsdatum 2019-12-16 i databasen MiDAS (MikroData för Analys av Socialförsäkringen). Sammanlagt ingick 525 598 sjukfall, varav 147 250 i psykiatrisk diagnos, startade under 2018 och 2019 i analysen. I studiepopulationen analyseras risken för nytt sjukfall under 2018–2019 för alla diagnoser, för psykiatriska diagnoser (F), stressrelaterad psykisk ohälsa (F43) samt för utmattningssyndrom (F43.8A).¹⁴⁵ Dessutom analyseras sannolikheten att sjukfallen avslutas exklusive övergångar till aktivitetsersättning eller sjukersättning, för olika sjukdomskapitel samt för olika psykiatriska diagnoser enligt ICD-10SE.¹⁴⁶ Både gemensamma och könsuppdelade analyser genomförs. Studien har en longitudinell design, det vill säga att de olika förklaringsfaktorerna har mätts innan sjukfallen påbörjats,

¹⁴⁴ Varav 2 104 068 kvinnor och 2 235 797 män, med 327 851 respektive 197 233 analyserade sjukfall under 2018/2019.

¹⁴⁵ Med logistisk regression där oddskvoterna (OR) räknats om till relativa risker (RR) enligt formeln $RR=OR/(1+OR)$. Om händelsen (påbörjat sjukfall > 14 dagar) är ovanlig är oddskvoten ungefär lika med risken. Basrisken för sjukfall under uppföljningsperioden är dock relativt hög, 12,1 procent (525 598 sjukfall för 4 343 214 individer).

¹⁴⁶ Med cox proportional hazards regression. Det korrekta begreppet för hur snabbt sjukfallet avslutas är "hazard rate" (HR) eller intensiteten. Som referens redovisas också medianlängden på sjukfrånvaron. I analysen av sjukfallslängd ingår alla i populationen startade sjukfall under 2018/2019, vilket innebär 656 236 sjukfall varav 408 115 för kvinnor och 248 121 för män.

vilket stärker möjligheten att dra slutsatser om olika faktorer betydelse för risken att starta ett sjukfall och sannolikheten att det avslutas.

Förklaringsfaktorer

Uppgifterna om yrke, bransch och sektor härrör från SCB:s sysselsättningsregister och avser november 2016. Yrket är definierat utifrån klassifikationen SSYK2012 vilket möjliggör detaljerad analys av specifika yrken.¹⁴⁷ Yrke är den i sammanhanget viktigaste förklaringsfaktorn,¹⁴⁸ och analyseras på den finaste nivån, vilket innebär 429 yrken. Alltför små redovisningsgrupper bör undvikas eftersom det innebär stor statistisk osäkerhet. I de könsuppdelade analyserna exkluderas därför yrken men färre än 100 sysselsatta. Bransch är definierat utifrån klassifikationen SNI2007.¹⁴⁹ Bransch analyseras på en grov nivå med 10 branscher. En analys av sjukfrånvaron i detaljerade branscher finns presenterad sedan tidigare.¹⁵⁰ Resultat efter sysselsättningssektor redovisas inte heller i rapporten eftersom även det har analyserats ingående i närtid.¹⁵¹ Individer som saknar yrkes- eller branschuppgifter ingår i regressionsanalysen och utgör egna kategorier men för dessa redovisas inga skattningar eftersom de saknar en meningsfull tolkning.

Utöver faktorerna yrke och bransch används och presenteras resultat också för ett antal andra tillgängliga och relevanta faktorer från register på individnivå. Dessa är kön (även könsuppdelad analys), ålder, civilstånd, antal barn i familjen och deras ålder, län och boenderegion.¹⁵² I regressionsanalyserna ingår också andra variabler för att justera resultaten. De bedöms i sammanhanget vara av mindre intresse och saknar också ofta en meningsfull tolkning, och resultat för dessa variabler presenteras därför inte i rapporten. Dessa så kallade kontroll- eller störningsvariabler¹⁵³ är: tidigare sjukfall under 2016/2017; födelseland; karenstid för egenföretagare; utbildningsnivå; samt pensionsgrundande inkomst. I tabellbilagan nedan redovisas detaljerat hur analysfaktorerna är definierade och vilka ytterligare kontrollvariabler som ingår i respektive analys.

¹⁴⁷ SCB (2012).

¹⁴⁸ Försäkringskassan (2018c).

¹⁴⁹ SCB (2007).

¹⁵⁰ Försäkringskassan (2018c).

¹⁵¹ Försäkringskassan (2018a) och (2018b).

¹⁵² SKL (2017a).

¹⁵³ På engelska ”confounders”.

Analysstrategin är att kontrollera för ett relativt stort antal tillgängliga och relevanta variabler i regressionsanalysen vilket i praktiken innebär att skattningarna blir försiktiga och inte överskattar betydelsen av de redovisade förklaringsfaktorerna. Analys av sjukfrånvarodata med logistisk regression eller cox-regression ger generellt stabila skattningar för olika förklaringsvariabler och införandet av ytterligare variabler i regressionsmodellerna påverkar endast i begränsad omfattning skattningarna för de variabler som redan finns i modellen.

Tabellbilaga

Tabell 5	Beskrivning av analyspopulationen	73
Tabell 6	Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per yrke	77
Tabell 7	Relativ risk för sjukfall för kvinnor jämfört med män i samma yrke	88
Tabell 8	Relativ risk för sjukfall i psykiatrisk diagnos för kvinnor jämfört med män i samma yrke	90
Tabell 9	Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per förklaringsfaktor för kvinnor	91
Tabell 10	Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per förklaringsfaktor för män	93
Tabell 11	Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per län	95
Tabell 12	Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per kommun	96
Tabell 13	Avslut av sjukfall (Hazard rates) i olika diagnosgrupper	104
Tabell 14	Avslut av sjukfall (Hazard rates) i olika psykiatriska diagnoser för kvinnor.	105
Tabell 15	Avslut av sjukfall (Hazard rates) i olika psykiatriska diagnoser för män.	107

Tabell 5 Beskrivning av analyspopulationen

Faktor	Antal individer	Initiala sjukfall 2018/2019	varav psykiatrisk diagnos
Kön			
Man	2 236 993	197 343	42 807
Kvinna	2 106 221	328 255	104 451
Sjukskrivningshistorik			
Inget längre sjukfall 2016/2017	3 694 769	350 059	96 108
Sjukfall över 14 dagar under 2016/2017	648 445	175 539	51 150
Åldersgrupp			
20–24 år	147 329	14 453	4 579
25–29 år	408 376	52 486	17 381
30–34 år	441 779	57 046	20 213
35–39 år	469 293	57 040	21 397
40–44 år	513 707	60 730	21 534
45–49 år	543 010	68 452	20 390
50–54 år	566 668	79 751	19 097
55–59 år	474 577	76 664	14 743
60–60 år	440 983	53 570	7 586
65–69 år	337 492	5 406	338
Civilstånd			
Gift	2 010 198	233 033	59 879
Ogift	1 768 664	211 488	65 131
Frånskild	517 523	76 354	21 265
Änka/änkling	46 829	4 723	983
Antal barn i familjen			
Inga barn	1 126 607	121 112	37 355
Ett barn	680 553	92 069	24 632
Två barn	1 623 798	190 723	53 910
Tre barn	680 772	86 922	22 960
Fyra eller fler barn	231 484	34 772	8 401
Barnens ålder			
Har barn i åldern 0–2 år	3 883 678	59 263	18 660
Har inte barn i åldern 0–2 år	459 536	466 335	128 598
Har barn i åldern 3–8 år	3 521 544	102 610	37 665
Har inte barn i åldern 3–8 år	821 670	422 988	109 593
Har barn i åldern 9–12 år	3 717 587	78 617	27 495
Har inte barn i åldern 9–12 år	625 627	446 981	119 763
Har barn i åldern 13–15 år	3 865 427	61 191	19 940
Har inte barn i åldern 13–15 år	477 787	464 407	127 318

Faktor	Antal individer	Initiala sjukfall 2018/2019	varav psykiatrisk diagnos
Födelseland			
Sverige	3 710 915	440 774	127 427
Norden utom Sverige	89 688	11 339	2 707
EU 27 utom Norden	125 509	15 100	3 810
Övriga Europa	98 652	14 872	3 689
Afrika söder om Sahara	39 749	4 866	804
Asien utan Mellanöstern	83 409	9 233	2 108
MENA + Turkiet	141 383	21 994	4 721
Nordamerika	14 914	1 729	495
Sydamerika	36 620	5 476	1 425
Oceanien	2 317	205	68
Okänt	58	10	4
Vald karenstid egenföretagare			
Anställd dvs ingen karensdag utöver lagstadgad	4 284 598	519 079	145 889
1 eller 3 dagars vald karens	32 076	5 007	1 025
14 dagars vald karens	3 891	350	97
30 dagar eller mer i vald karens	10 376	615	156
Okänd karenstid	12 273	547	91
Utbildningsnivå SUN 2000			
Förgymnasial utbildning kortare än 9 år	74 649	7 171	956
Förgymnasial utbildning 9 (10) år	374 709	51 787	12 010
Gymnasial utbildning	2 119 064	279 895	70 352
Eftergymnasial utbildning kortare än två år	292 835	29 574	9 386
Eftergymnasial utbildning två år eller längre	1 405 654	151 647	52 988
Forskarutbildning	52 219	3 347	1 173
Saknas/Okänd	24 084	2 177	393
Pensionsgrundande inkomst 2017 deciler			
0 kr	207 961	1 285	446
1 – 10 751 kr	37 480	684	231
10 752 – 73 603 kr	148 261	6 415	2 254
73 604 – 154 000 kr	215 768	18 137	5 733
154 001 – 223 853 kr	306 109	40 611	12 709
223 854 – 279 234 kr	392 914	69 607	20 545
279 235 – 321 375 kr	452 511	82 123	22 469
321 376 – 359 041 kr	483 172	79 816	21 179
359 042 – 401 723 kr	502 954	73 030	18 935
401 724 – 456 896 kr	520 052	64 023	16 483
456 897 – 560 729 kr	534 162	53 929	15 172
560 730 kr och över	541 870	35 938	11 102

Faktor	Antal individer	Initiala sjukfall 2018/2019	varav psykiatrisk diagnos
Län			
Stockholm	1 029 035	117 289	34 208
Uppsala	160 951	20 492	5 795
Södermanland	118 354	15 579	3 997
Östergötland	191 655	21 946	5 348
Jönköping	155 416	19 223	5 601
Kronoberg	83 377	9 930	2 758
Kalmar	103 203	12 105	3 180
Gotland	26 186	3 456	1 037
Blekinge	64 842	8 118	2 244
Skåne	538 433	61 428	17 546
Halland	145 236	18 018	4 903
Västra Götaland	733 438	92 810	27 535
Värmland	115 767	14 421	3 744
Örebro	125 786	16 106	4 156
Västmanland	112 700	15 010	4 151
Dalarna	121 624	16 244	4 599
Gävleborg	119 650	15 815	4 342
Västernorrland	106 021	12 961	3 599
Jämtland	57 364	7 004	1 809
Västerbotten	120 809	14 692	3 631
Norrbottn	113 149	12 914	3 067
Uppgift saknas	218	37	8
SKL Kommungruppering 2017 (på data från 2014)			
Storstäder	801 184	87 920	27 625
Pendlingskommun nära storstad	828 578	99 789	28 832
Större stad	1 010 122	121 944	35 025
Pendlingskommun nära större stad	360 418	46 687	12 169
Lågpendlingskommun nära större stad	263 511	34 260	8 716
Mindre stad/tätort	561 573	68 713	18 331
Pendlingskommun nära mindre tätort	247 781	31 718	7 903
Landsbygdskommun	206 279	26 670	6 645
Landsbygdskommun med besöksnäring	63 550	7 860	2 004
Uppgift saknas	218	37	8
Sysselsättningssektor november 2017			
Uppgift saknas	13 802	939	230
Statlig	348 391	37 629	11 606
Primärkommunal	826 251	134 162	41 520
Landsting eller Region	257 628	37 418	10 643
Privat	2 897 142	315 450	83 259

Faktor	Antal individer	Initiala sjukfall 2018/2019	varav psykiatrisk diagnos
Yrkesområden SSYK2012			
0 Militära yrken	7 006	298	81
1 Chefsyrken	276 237	19 771	6 665
2 Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens	942 397	106 641	38 248
3 Yrken med krav på högskolekompetens motsv.	529 021	53 970	17 809
4 Yrken inom administration och kundtjänst	303 534	38 501	11 912
5 Service-, omsorgs- och försäljningsyrken	786 503	138 632	38 982
6 Yrken inom lantbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	47 500	4 684	692
7 Yrken inom byggverksamhet och tillverkning	339 946	44 062	6 415
8 Yrken inom maskinell tillverkning, transport m.m.	259 589	36 084	5 799
9 Yrken med krav på kortare utbildning/introduktion	169 066	26 150	5 158
Uppgift saknas	682 415	56 805	15 497
Bransch SNI2007 i 10 grupper			
Naturbruk A	69 498	4 696	587
Tillverkning B,C,D,E	549 550	60 740	12 438
Bygg F	296 497	34 845	5 550
Handel G	491 253	54 113	15 642
Transport H	202 745	26 376	4 961
Hotell, restaurang, kultur I,R	190 615	20 849	5 922
Tjänster J,K,L,M,N,S	898 777	87 844	27 528
Offentlig förvaltning O	264 453	31 284	10 515
Utbildning P	456 823	67 664	23 052
Vård, omsorg, sociala tjänster Q	704 349	126 468	37 385
Uppgift saknas	218 654	10 719	3 678
Totalt	4 343 214	525 598	147 250

Tabell 6 Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per yrke

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
110 Officerare	0,77	0,64	(0,75)	(0,91)
210 Specialistofficerare	0,65	(0,79)	(0,78)	(1,04)
310 Soldater m.fl.	0,62	0,59	0,60	(0,78)
1111 Politiker	0,68	(0,65)	(0,52)	-
1112 General-, landstings-, kommundirektörer m.fl.	0,72	(0,84)	(0,89)	(0,95)
1113 Chefstjänstemän i intresseorganisationer	0,82	(0,99)	(0,80)	(0,94)
1120 Verkställande direktörer m.fl.	0,75	0,87	0,88	1,12
1211 Ekonomi- och finanschefer, nivå 1	0,80	(0,94)	(0,94)	(1,00)
1212 Ekonomi- och finanschefer, nivå 2	0,81	(0,99)	(0,96)	(1,01)
1221 Personal- och HR-chefer, nivå 1	0,87	(1,05)	(1,03)	(1,05)
1222 Personal- och HR-chefer, nivå 2	0,89	(1,03)	(1,03)	1,22
1230 Förvaltnings- och planeringschefer	0,83	(1,00)	(1,01)	(1,11)
1241 Informations-, kommunik.- och PR-chefer, nivå 1	0,83	(0,89)	(0,89)	(0,76)
1242 Informations-, kommunik. - och PR-chefer, nivå 2	0,83	(1,02)	(1,03)	1,33
1251 Försäljnings- och marknadschefer, nivå 1	0,80	(1,02)	1,09	1,21
1252 Försäljnings- och marknadschefer, nivå 2	0,80	(1,00)	(1,04)	(1,07)
1291 Övriga administrations- och servicechefer, nivå 1	0,89	1,14	1,16	1,19
1292 Övriga administrations- och servicechefer, nivå 2	0,88	(1,03)	(1,03)	1,13
1311 IT-chefer, nivå 1	0,87	(0,94)	(0,97)	(1,19)
1312 IT-chefer, nivå 2	0,82	(0,92)	(0,89)	(0,94)
1321 Inköps-, logistik- och transportchefer, nivå 1	0,84	(0,93)	(0,99)	(1,07)
1322 Inköps-, logistik- och transportchefer, nivå 2	0,82	(1,04)	1,13	1,19
1331 Forsknings- och utvecklingschefer, nivå 1	0,76	0,79	(0,86)	(0,68)
1332 Forsknings- och utvecklingschefer, nivå 2	0,77	(0,94)	(1,03)	(1,07)
1341 Chefer arkitekt- och ingenjörsvksamhet, nivå 1	0,84	(1,06)	(1,10)	(1,15)
1342 Chefer arkitekt- och ingenjörsvksamhet, nivå 2	0,90	(1,05)	(1,09)	(1,09)
1351 Fastighets- och förvaltningschefer, nivå 1	(0,95)	(1,00)	(1,15)	(1,31)
1352 Fastighets- och förvaltningschefer, nivå 2	0,92	(0,98)	(1,03)	(1,11)
1361 Driftchefer bygg, anläggning och gruva, nivå 1	0,81	(1,01)	(1,04)	(1,12)
1362 Driftchefer bygg, anläggning och gruva, nivå 2	0,92	1,08	1,14	1,22
1371 Produktionschefer inom tillverkning, nivå 1	0,91	(1,04)	(1,11)	1,23
1372 Produktionschefer inom tillverkning, nivå 2	0,88	(0,97)	(1,02)	(1,10)
1380 Förvaltare inom skogsbruk och lantbruk m.fl.	(0,94)	(1,09)	(1,20)	(0,84)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
1411 Avd.chefer grund-, gymnasium, vuxenutb. nivå 1	(0,97)	(1,15)	(1,12)	1,40
1412 Rektorer, nivå 2	0,91	1,16	1,19	1,27
1421 Avdelningschefer inom förskola, nivå 1	(1,00)	(1,11)	(1,17)	1,44
1422 Förskolechefer, nivå 2	0,91	1,13	1,17	1,28
1491 Övriga avdelningschefer utbildning, nivå 1	(0,75)	(0,79)	(0,50)	-
1492 Övriga verksamhetschefer utbildning, nivå 2	0,88	(1,16)	1,23	1,40
1511 Klinik-, verksamhetschefer hälsa sjukvård, nivå 1	0,90	(1,03)	(1,02)	(0,98)
1512 Avd.- och enhetschefer hälsa sjukvård, nivå 2	0,94	1,09	1,12	1,15
1521 Avd.chefer socialt och kurativt arbete, nivå 1	(0,92)	(1,02)	(1,11)	(0,99)
1522 Enhetschefer socialt och kurativt arbete, nivå 2	(1,02)	1,19	1,23	1,25
1531 Avdelningschefer inom äldreomsorg, nivå 1	(0,93)	(1,11)	1,20	(1,16)
1532 Enhetschefer inom äldreomsorg, nivå 2	(0,99)	1,21	1,27	1,33
1540 Chefer och ledare inom trossamfund	(1,10)	1,41	1,43	1,53
1591 Övriga chefer inom samhällsservice, nivå 1	0,94	(1,03)	(1,05)	(1,14)
1592 Övriga verksamhetschefer samhällsservice, nivå 2	0,96	1,08	1,14	1,13
1611 Chefer inom bank, finans och försäkring, nivå 1	0,70	(0,84)	(0,94)	(1,07)
1612 Chefer inom bank, finans och försäkring, nivå 2	0,78	0,86	(0,92)	(1,08)
1711 Hotell- och konferenschefer, nivå 1	(0,84)	(0,93)	(0,96)	(1,12)
1712 Hotell- och konferenschefer, nivå 2	0,85	(1,06)	(1,07)	(1,14)
1721 Restaurang- och kökschefer, nivå 1	(1,01)	1,17	1,22	1,36
1722 Restaurang- och kökschefer, nivå 2	0,94	(0,97)	(0,97)	(0,98)
1731 Chefer inom handel, nivå 1	0,91	(1,06)	(1,06)	(1,07)
1732 Chefer inom handel, nivå 2	0,87	(0,94)	(1,00)	1,15
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
1741 Chefer inom friskvård, sport och fritid, nivå 1	(0,90)	(0,94)	(1,18)	(1,11)
1742 Chefer inom friskvård, sport och fritid, nivå 2	(0,93)	(0,89)	(0,92)	(0,79)
1791 Chefer inom övrig servicenäring, nivå 1	0,84	(1,09)	1,26	(1,24)
1792 Chefer inom övrig servicenäring, nivå 2	(0,97)	1,15	1,22	1,38
2111 Fysiker och astronomer	0,86	(0,87)	(0,86)	(0,85)
2112 Meteorologer	0,59	(0,33)	-	-
2113 Kemister	0,85	(0,95)	(0,95)	(0,98)
2114 Geologer och geofysiker m.fl.	(0,97)	(1,08)	(1,15)	(1,26)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
2121 Matematiker och aktuarier	(0,95)	(1,06)	(1,17)	(0,55)
2122 Statistiker	(0,92)	(0,97)	(0,92)	(1,12)
2131 Cell- och molekylärbiologer m.fl.	0,87	(1,01)	(0,96)	(0,95)
2132 Växt- och djurbiologer	(0,94)	(1,03)	(1,07)	(1,07)
2133 Farmakologer och biomedicinare	(0,90)	(1,06)	(1,09)	(1,20)
2134 Specialister och rådgivare inom lantbruk m.m.	0,82	(0,81)	(0,92)	(1,02)
2135 Specialister och rådgivare inom skogsbruk	(0,93)	(0,99)	(1,09)	(0,86)
2141 Civilingenjörsvyrken logistik produktionsplanering	0,91	1,14	1,13	1,21
2142 Civilingenjörsvyrken inom bygg och anläggning	(1,00)	1,12	1,18	1,26
2143 Civilingenjörsvyrken inom elektroteknik	0,88	(0,99)	(1,01)	(1,02)
2144 Civilingenjörsvyrken inom maskinteknik	0,94	1,10	1,13	1,11
2145 Civilingenjörsvyrken inom kemi och kemiteknik	0,94	1,12	(1,10)	(1,09)
2146 Civilingenjörsvyrken inom gruvteknik och metallurgi	(0,86)	(0,97)	(0,89)	(1,22)
2149 Övriga civilingenjörsvyrken	(0,98)	1,12	1,15	1,14
2161 Arkitekter m.fl.	1,06	1,19	1,22	1,21
2162 Landskapsarkitekter	(1,02)	1,18	1,22	1,37
2163 Planeringsarkitekter m.fl.	(0,99)	1,18	1,19	1,31
2164 Lantmätare	(0,91)	(1,03)	(1,11)	(0,98)
2171 Industridesigner	(1,00)	(1,05)	(1,08)	(1,04)
2172 Grafisk formgivare m.fl.	0,87	1,08	1,09	1,25
2173 Designer inom spel och digitala medier	0,90	1,22	1,30	1,40
2179 Övriga designer och formgivare	(0,95)	1,19	1,22	1,29
2181 Arbetsmiljöingenjörer, yrkes- och miljöhygieniker	(0,98)	(1,12)	(1,17)	(1,21)
2182 Miljö- och hälsoskyddsinspektörer	(0,98)	(1,06)	1,13	1,28
2183 Specialister inom miljöskydd och miljöteknik	0,92	(1,07)	(1,11)	(1,08)
2211 Specialistläkare	1,07	1,15	1,16	1,17
2212 ST-läkare	(1,03)	(1,01)	(1,02)	(1,05)
2213 AT-läkare	0,87	0,78	(0,86)	(0,96)
2219 Övriga läkare	(0,96)	(0,90)	0,83	(0,77)
2221 Grundutbildade sjuksköterskor	1,08	1,05	1,06	(1,05)
2222 Barnmorskor	1,11	1,12	1,15	(1,08)
2223 Anestesisjuksköterskor	1,11	0,85	0,80	0,72
2224 Distriktssköterskor	(1,00)	1,07	1,07	(1,07)
2225 Psykiatrisjuksköterskor	1,15	1,25	1,24	1,22
2226 Ambulanssjuksköterskor m.fl.	1,14	0,85	(0,88)	(0,85)
2227 Geriatriksjuksköterskor	1,11	1,18	1,19	1,14
2228 Intensivvårdssjuksköterskor	1,07	(0,97)	(0,97)	(0,86)
2231 Operationssjuksköterskor	1,13	(0,92)	0,87	(0,87)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
2232 Barnsjuksköterskor	1,07	(1,06)	(1,08)	(1,01)
2233 Skolsköterskor	(1,03)	(1,07)	(1,08)	(0,99)
2234 Företagssköterskor	(1,00)	(1,02)	1,19	(1,22)
2235 Röntgensjuksköterskor	1,12	(1,01)	(0,99)	(1,00)
2239 Övriga specialistsjuksköterskor	(1,01)	1,06	1,09	(1,07)
2241 Psykologer	1,06	1,22	1,28	1,31
2242 Psykoterapeuter	(1,04)	1,31	1,30	(1,24)
2250 Veterinärer	1,16	1,16	1,18	(1,15)
2260 Tandläkare	1,07	0,85	0,84	(0,94)
2271 Kiropraktorer och naprapater m.fl.	(1,06)	0,50	0,46	-
2272 Sjukgymnaster	(0,98)	(0,96)	(1,02)	(1,07)
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
2273 Arbetsterapeuter	0,96	(1,00)	(1,03)	(1,10)
2281 Apotekare	1,08	1,16	1,16	1,22
2282 Dietister	0,92	(1,07)	(1,07)	1,25
2283 Audionomer och logopedier	(0,98)	(1,02)	(1,05)	1,20
2284 Optiker	(0,96)	(0,97)	(0,93)	(0,82)
2289 Övriga specialister inom hälso- och sjukvård	(0,97)	(0,91)	(0,87)	(0,89)
2311 Professorer	0,86	(1,02)	(0,97)	(1,03)
2312 Universitets- och högskolelektorer	0,92	1,09	(1,08)	(1,12)
2313 Forskarassistenter m.fl.	0,77	(0,81)	(0,87)	(1,19)
2314 Doktorander	0,84	1,06	(1,06)	1,14
2319 Övriga universitets- och högskollärare	0,90	1,11	1,13	1,21
2320 Lärare i yrkesämnen	(1,00)	1,10	1,09	1,15
2330 Gymnasielärare	0,90	1,07	(1,03)	1,09
2341 Grundskollärare	0,96	1,07	1,08	1,10
2342 Fritidspedagoger	1,08	1,15	1,16	1,16
2343 Förskollärare	1,09	1,12	1,13	1,13
2351 Speciallärare och specialpedagoger m.fl.	(1,02)	1,16	1,15	1,16
2352 Studie- och yrkesvägledare	(1,02)	1,24	1,25	1,30
2359 Övr. pedagoger med teoretisk specialistkompetens	0,97	1,09	1,08	1,10
2411 Revisorer m.fl.	0,88	(1,01)	(1,04)	(1,04)
2412 Controller	0,85	(1,04)	1,07	1,12
2413 Finansanalytiker och investeringsrådgivare m.fl.	0,78	(0,91)	(0,94)	(1,01)
2414 Traders och fondförvaltare	0,85	(0,83)	(0,96)	(0,85)
2415 Nationalekonomer och makroanalytiker m.fl.	0,83	(0,90)	(0,93)	(1,00)
2419 Övriga ekonomer	0,87	(1,06)	1,06	(1,09)
2421 Lednings- och organisationsutvecklare	0,89	(1,03)	1,09	(1,03)
2422 Planerare och utredare m.fl.	0,96	1,10	1,12	1,14
2423 Personal- och HR-specialister	0,97	1,12	1,16	1,17
2431 Marknadsanalytiker och marknadsförare m.fl.	0,89	1,07	1,10	1,18
2432 Informatörer, kommunikatörer och PR-specialister	0,97	1,15	1,17	1,21
2511 Systemanalytiker och IT-arkitekter m.fl.	0,88	1,08	1,09	1,16
2512 Mjukvaru- och systemutvecklare m.fl.	0,86	(1,02)	(1,01)	1,09
2513 Utvecklare inom spel och digitala media	0,86	(1,09)	1,18	(1,21)
2514 Systemtestare och testledare	0,89	(1,04)	(1,03)	(1,16)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
2515 Systemförvaltare m.fl.	0,92	1,11	1,11	1,17
2516 IT-säkerhetsspecialister	0,86	(1,06)	(0,99)	(1,17)
2519 Övriga IT-specialister	0,90	1,08	1,11	1,13
2611 Advokater	0,74	0,81	(0,84)	(0,93)
2612 Domare	0,87	(0,87)	(0,88)	(0,82)
2613 Åklagare	(0,97)	(0,95)	(1,00)	(0,88)
2614 Affärs- och företagsjurister	0,83	(0,93)	(0,96)	(0,94)
2615 Förvaltnings- och organisationsjurister	0,93	(1,00)	(1,03)	(1,07)
2619 Övriga jurister	(0,99)	1,10	1,13	1,17
2621 Museiintendenter m.fl.	(0,99)	1,12	(1,07)	(1,07)
2622 Bibliotekarier och arkivarier	0,94	(1,05)	(1,00)	(1,05)
2623 Arkeologer och specialister inom humaniora m.m.	(0,99)	(1,12)	(1,14)	1,29
2641 Författare m.fl.	(1,00)	1,26	1,27	1,47
2642 Journalister m.fl.	(0,97)	1,14	1,16	1,16
2643 Översättare, tolkar och lingvister m.fl.	(1,01)	(1,07)	(1,05)	(1,03)
2651 Bildkonstnärer m.fl.	(0,87)	(0,89)	(0,86)	(0,54)
2652 Musiker, sångare och kompositörer	(0,99)	(1,05)	(0,99)	(0,99)
2653 Koreografer och dansare	(0,98)	(0,88)	(0,58)	(0,78)
2654 Regissörer och producenter av film, teater m.m.	(0,95)	1,25	1,33	1,45
2655 Skådespelare	(0,93)	(1,08)	(1,10)	(1,11)
2661 Socialsekreterare	1,10	1,27	1,30	1,31
2662 Kuratorer	1,05	1,23	1,29	1,30
2663 Biståndsbedömare m.fl.	1,07	1,18	1,21	1,30
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
2669 Övriga yrken inom socialt arbete	1,09	1,27	1,25	(1,18)
2671 Präster	1,18	1,45	1,40	1,38
2672 Diakoner	1,13	1,35	1,34	1,43
3111 Ingenjörer tekniker industri, logistik, prod.planering	0,92	1,08	(1,07)	(1,04)
3112 Ingenjörer tekniker inom bygg och anläggning	(1,00)	1,11	1,11	1,22
3113 Ingenjörer tekniker inom elektroteknik	0,93	(1,00)	(0,99)	(1,05)
3114 Ingenjörer tekniker inom maskinteknik	(0,98)	1,07	1,12	1,19
3115 Ingenjörer tekniker inom kemi och kemiteknik	(1,03)	(1,09)	1,14	1,32
3116 Ingenjörer tekniker inom gruvteknik och metallurgi	(0,95)	(0,95)	(1,06)	(0,88)
3117 GIS- och kartingenjörer	0,91	(1,07)	1,17	(1,04)
3119 Övriga ingenjörer och tekniker	0,97	(1,04)	(1,06)	(1,07)
3121 Arbetsledare inom bygg, anläggning och gruva	0,97	1,12	1,24	1,25
3122 Arbetsledare inom tillverkning	(0,98)	1,10	(1,08)	(1,13)
3151 Maskinbefäl	0,79	0,39	(0,36)	-
3152 Fartygsbefäl m.fl.	(0,97)	(0,84)	(0,90)	(0,95)
3153 Piloter m.fl.	1,29	(1,04)	(1,16)	(0,93)
3154 Flygledare	(0,97)	(0,98)	(0,83)	(1,02)
3155 Flygtekniker	(1,07)	(0,96)	(0,87)	(0,95)
3211 Tekniker, bilddiagnostik medicinteknisk utrustning	(1,06)	(1,06)	(1,03)	(0,82)
3212 Biomedicinska analytiker m.fl.	(0,98)	(1,00)	(1,02)	(1,07)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
3213 Receptarier	1,07	1,15	1,14	(1,01)
3214 Tandtekniker och ortopedingenjörer m.fl.	(0,96)	(1,06)	(1,08)	(1,10)
3215 Laboratorieingenjörer	0,94	(1,01)	(1,06)	(1,04)
3230 Terapeuter inom alternativmedicin	(1,03)	(0,97)	(1,09)	(1,08)
3240 Djursjukskötare m.fl.	1,14	(1,06)	(1,06)	1,19
3250 Tandhygienister	1,08	0,86	0,85	(0,94)
3311 Mäklare inom finans	0,79	0,72	(0,67	-
3312 Banktjänstemän	0,93	(1,03)	1,09	1,09
3313 Redovisningsekonomer	0,85	(1,02)	(1,01)	(1,05)
3314 Skadereglerare och värderare	(1,01)	1,11	1,10	(1,13)
3321 Försäkringssäljare och försäkringsrådgivare	(0,98	1,12	1,11	(1,05)
3322 Företagssäljare	0,93	1,06	1,09	1,17
3323 Inköpare och upphandlare	0,88	(1,03)	(1,05)	1,11
3324 Ordresamordnare m.fl.	0,95	1,11	1,16	1,18
3331 Speditörer och transportmäklare	0,83	1,12	1,14	(1,05)
3332 Evenemangs- och reseproducenter m.fl.	(0,93)	(1,10)	1,22	1,25
3333 Arbetsförmedlare	1,11	1,27	1,29	1,22
3334 Fastighetsmäklare	0,89	(0,95)	(1,00)	(1,14)
3335 Fastighetsförvaltare	0,94	(1,08)	(1,09)	1,18
3339 Övriga förmedlare	0,91	(1,05)	(1,08)	(1,14)
3341 Gruppledare för kontorspersonal	0,93	1,15	1,20	1,28
3342 Domstols- och juristsekreterare m.fl.	0,92	1,09	(1,10)	1,19
3343 Chefssekreterare och VD-assistenter m.fl.	0,85	(1,03)	(1,07)	(1,15)
3351 Tull- och kustbevakningstjänstemän	(0,93)	(1,03)	(1,06)	(0,88)
3352 Skattehandläggare	0,91	(1,05)	(1,05)	(1,04)
3353 Socialförsäkringshandläggare	0,96	1,13	1,11	1,19
3354 Säkerhetsinspektörer m.fl.	1,12	(1,06)	(1,12)	(1,11)
3355 Brandingenjörer och byggnadsinspektörer m.fl.	(1,05)	1,10	(1,13)	(1,16)
3359 Övriga handläggare	0,95	1,11	1,13	1,15
3360 Poliser	1,06	0,95	(1,01)	(1,00)
3411 Behandlingsassistenter och socialpedagoger m.fl.	1,15	1,29	1,29	1,21
3412 Pastorer m.fl.	(0,95)	(1,09)	(1,18)	(1,15)
3421 Professionella idrottsutövare	1,48	0,25	0,25	(0,61)
3422 Idrottstränare och instruktörer m.fl.	0,95	0,90	(0,93)	(1,03)
3423 Fritidsledare m.fl.	1,04	1,16	1,18	1,22
3424 Friskvårdskonsulenter och hälsopedagoger m.fl.	0,90	(0,95)	(1,03)	(0,83)
3431 Fotografer	0,91	(1,02)	(1,13)	(1,18)
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
3432 Inredare, dekoratörer och scenografer m.fl.	(1,01)	1,14	1,19	1,21
3433 Inspicienter och scriptor m.fl.	0,81	(0,96)	(0,96)	(1,07)
3439 Övriga yrken inom kultur och underhållning	(0,94)	(1,05)	(1,13)	(1,10)
3441 Trafiklärare	1,08	(0,99)	(1,03)	(1,00)
3449 Övriga utbildare och instruktörer	(1,02)	1,13	1,14	1,22
3451 Köksmästare och souschefer	(0,98)	(1,08)	(0,99)	(0,93)
3452 Storhushållsföreståndare	(0,99)	(0,98)	(0,93)	(0,93)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
3511 Drifttekniker, IT	0,91	1,09	1,12	1,19
3512 Supporttekniker, IT	0,92	1,10	1,10	(1,11)
3513 Systemadministratörer	(0,95)	1,15	1,13	1,22
3514 Nätverks- och systemtekniker m.fl.	0,95	(1,03)	1,01	(1,03)
3515 Webbmaster och webbadministratörer	(0,93)	(1,10)	(1,07)	(1,05)
3521 Bild- och sändningstekniker	0,92	(1,02)	(1,08)	(1,21)
3522 Ljus-, ljud och scentekniker	(0,94)	(0,95)	(0,94)	(0,64)
4111 Ekonomiassistenter m.fl.	0,82	(1,00)	(0,99)	(1,02)
4112 Löne- och personaladministratörer	0,89	1,11	1,16	1,21
4113 Backofficepersonal m.fl.	0,88	(1,02)	(1,01)	(1,02)
4114 Marknads- och försäljningsassistenter	0,89	1,10	1,12	1,18
4115 Inköps- och orderassistenter	0,88	1,06	1,11	(1,08)
4116 Skolassistenter m.fl.	0,92	1,11	1,12	(1,13)
4117 Medicinska sekreterare, vårdadministratörer m.fl.	0,95	1,09	1,09	(1,04)
4119 Övriga kontorsassistenter och sekreterare	0,92	1,08	1,09	1,10
4211 Croupierer och oddssättare m.fl.	(1,03)	(0,75)	(0,90)	(0,80)
4212 Inkasserare och pantlånare m.fl.	(0,99)	(1,11)	(1,15)	(1,20)
4221 Resesäljare och trafikassistenter m.fl.	0,96	(1,01)	(1,02)	(0,95)
4222 Kundtjänstpersonal	(0,99)	1,14	1,16	1,14
4223 Telefonister	(1,02)	1,16	1,15	(1,14)
4224 Hotellreceptionister m.fl.	(0,99)	(1,06)	1,08	(1,05)
4225 Kontorsreceptionister	(1,01)	1,09	1,10	(1,09)
4226 Marknadsundersökare och intervjuare	(0,95)	(1,11)	(0,84)	(0,60)
4321 Arbetsledare inom lager och terminal	(0,99)	1,11	1,19	(1,06)
4322 Lager- och terminalpersonal	1,14	1,03	(0,97)	0,92
4323 Transportledare och transportsamordnare	0,93	1,14	1,20	1,25
4410 Biblioteks- och arkivassistenter m.fl.	0,91	(1,05)	(0,95)	(0,76)
4420 Brevbärare och postterminalarbetare	1,05	0,90	0,85	0,72
4430 Förtroendevalda	(0,98)	(1,12)	(1,17)	(1,11)
5111 Kabinpersonal m.fl.	1,19	(1,06)	(1,07)	1,25
5112 Tågvärdar och ombordansvariga m.fl.	1,13	1,22	1,17	(1,02)
5113 Guider och reseledare	(1,01)	(1,01)	(0,91)	(0,89)
5120 Kockar och kallskänkor	1,07	0,94	0,94	0,86
5131 Hovmästare och servitörer	(0,98)	0,94	0,93	(1,00)
5132 Bartendrar	0,91	(0,90)	0,74	(0,72)
5141 Frisörer	1,05	0,87	0,83	(0,88)
5142 Hudterapeuter	(0,98)	0,81	(0,92)	(0,82)
5143 Massörer och massageterapeuter	(1,08)	(0,96)	(1,08)	(0,90)
5144 Fotterapeuter	(0,88)	0,56	(0,64)	(1,07)
5149 Övriga skönhets- och kroppsterapeuter	(1,02)	(1,06)	(1,06)	(0,64)
5151 Städledare och husfruar	(0,98)	(1,08)	(1,04)	(1,16)
5152 Fastighetsskötare	1,12	(0,98)	(0,95)	0,86
5161 Begravnings- och krematoriepersonal	(1,07)	1,25	1,28	1,29
5169 Övrig servicepersonal	(1,03)	(1,02)	(1,05)	(0,81)
5221 Säljande butikschefer och avdelningschefer i butik	(1,01)	1,06	1,11	1,18
5222 Butikssäljare, dagligvaror	1,05	(1,00)	(0,99)	0,93
5223 Butikssäljare, fackhandel	1,03	1,07	1,08	1,08

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
5224 Optikerassistenter	1,08	1,12	1,16	(1,18)
5225 Bensinstationspersonal	(1,02)	(0,93)	(0,90)	(0,78)
5226 Uthyrare	(0,94)	(1,02)	(1,06)	(0,98)
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
5227 Apotekstekniker	1,08	1,13	(1,11)	(1,19)
5230 Kassapersonal m.fl.	1,03	(1,03)	(1,01)	(0,98)
5241 Eventsäljare och butiksdemonstratörer m.fl.	(0,99)	(1,02)	(1,12)	(1,04)
5242 Telefonförsäljare m.fl.	(1,03)	1,19	1,15	(1,08)
5311 Barnskötare	1,10	1,08	1,11	(1,04)
5312 Elevassistenter m.fl.	1,09	1,15	1,17	1,10
5321 Undersköterskor hemtjänst hemsjukv. äldreboende	1,14	1,05	(1,01)	0,90
5322 Undersköterskor, habilitering	1,13	1,17	1,19	(1,00)
5323 Undersköterskor, vård- och specialavdelning	1,11	(1,00)	(1,00)	0,87
5324 Undersköterskor, mottagning	(1,03)	(0,99)	(1,03)	(0,98)
5325 Barnsköterskor	1,15	1,17	1,19	(0,96)
5326 Ambulanssjukvårdare	1,20	(0,93)	(0,91)	(0,74)
5330 Vårdbiträden	1,15	1,06	1,04	(0,97)
5341 Skötare	1,13	1,21	1,17	(1,08)
5342 Vårdare, boendestödjare	1,09	1,15	1,13	1,07
5343 Personliga assistenter	1,04	1,05	(1,02)	0,94
5349 Övrig vård- och omsorgspersonal	(1,00)	(1,05)	(1,04)	(0,93)
5350 Tandsköterskor	0,94	0,94	(0,96)	(0,92)
5411 Brandmän	1,11	0,61	0,67	0,35
5412 Kriminalvårdare	1,12	1,18	1,17	(1,12)
5413 Väktare och ordningsvakter	1,12	1,06	1,07	(0,87)
5414 SOS-operatörer m.fl.	1,10	1,21	(1,08)	(0,93)
5419 Övrig bevaknings- och säkerhetspersonal	1,13	1,11	(1,10)	(1,04)
6111 Odlare av jordbruksväxter, frukt- och bär	(1,02)	0,63	0,68	(0,99)
6112 Trädgårdsodlare	(1,05)	(1,07)	(1,03)	(1,08)
6113 Trädgårdsanläggare m.fl.	1,14	(1,00)	0,88	0,80
6121 Uppfödare och skötare av lantbrukets husdjur	1,08	0,72	0,74	(0,81)
6122 Uppfödare och skötare av sällskapsdjur	(0,93)	(1,01)	(0,90)	(1,18)
6129 Övriga djuruppfödare och djurskötare	1,15	1,22	1,19	(1,22)
6130 Växtodlare och djuruppfödare, blandad drift	1,06	0,86	(0,84)	(0,99)
6210 Skogsarbetare	1,11	(0,85)	(0,73)	(0,60)
6221 Fiskodlare	(1,04)	(0,74)	-	-
6222 Fiskare	(0,94)	(0,44)	-	-
7111 Träarbetare, snickare m.fl.	1,16	0,87	0,83	0,78
7112 Murare m.fl.	1,15	0,86	0,64	0,48
7113 Betongarbetare	1,25	(1,02)	(0,95)	(0,86)
7114 Anläggningsarbetare	1,14	0,93	(0,92)	(0,86)
7115 Anläggningsdykare	(1,09)	(0,65)	(0,67)	-
7116 Ställningsbyggare	1,20	(0,97)	(0,83)	(0,93)
7119 Övriga byggnads- och anläggningsarbetare	1,13	0,92	0,83	(0,85)
7121 Takmontörer	1,20	(0,89)	(0,86)	(0,85)

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
7122 Golvläggare	1,18	(0,89)	(0,82)	(0,70)
7123 Isoleringsmontörer	1,15	(0,95)	(0,78)	(0,74)
7124 Glastekniker	1,07	(0,92)	(1,02)	(0,90)
7125 VVS-montörer m.fl.	1,15	0,93	0,91	0,79
7126 Kyl- och värmepumpstekniker m.fl.	1,17	(1,00)	(0,97)	(0,99)
7131 Målare	1,12	0,91	0,86	(0,85)
7132 Lackerare och industrimålare	1,15	(1,04)	(0,91)	(0,96)
7133 Skorstensfejare	1,25	(0,88)	(0,71)	-
7134 Saneringsarbetare m.fl.	1,21	(1,07)	(1,02)	(0,99)
7211 Gjutare	1,20	(0,90)	(0,90)	(0,75)
7212 Svetsare och gasskärare	1,16	(0,94)	0,86	0,80
7213 Byggnads- och ventilationsplåtslagare	1,17	(0,92)	(0,93)	(0,76)
7214 Tunnplåtslagare	1,13	(0,93)	(0,84)	(0,70)
7215 Stålkonstruktionsmontörer och grovplåtsslagare	1,17	(0,83)	0,70	(0,53)
7221 Smeder	1,21	(0,93)	(0,78)	(0,76)
7222 Verktygsmakare	1,07	(0,84)	(0,64)	(0,74)
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
7223 Maskinställare och maskinoperatörer, metallarbete	1,12	(0,98)	0,88	0,78
7224 Slipare m.fl.	1,12	(0,81)	(0,69)	(0,87)
7231 Motorfordonsmekaniker och fordonsreparatörer	1,10	0,90	0,89	0,79
7232 Flygmekaniker m.fl.	(0,86)	(0,70)	(0,86)	(0,94)
7233 Underhållsmekaniker och maskinreparatörer	1,13	0,89	0,81	0,76
7311 Finmekaniker	1,11	(1,06)	(1,00)	(1,06)
7312 Guld- och silversmeder	(0,80)	(0,73)	(0,77)	(1,15)
7319 Musikinstrumentmakare och övr. konsthantverkare	(0,90)	(0,77)	(0,88)	(0,78)
7321 Prepresstekniker	0,81	0,74	0,68	(0,77)
7322 Tryckare	(1,01)	0,88	0,81	(0,81)
7323 Bokbindare m.fl.	(1,05)	(0,82)	(0,82)	(0,75)
7411 Installations- och serviceelektriker	1,06	(0,98)	(0,95)	(0,98)
7412 Industrielektriker	1,06	(0,94)	0,82	(0,75)
7413 Distributionselektriker	1,11	(1,01)	(0,99)	(0,83)
7420 Elektronikreparatörer kommunikationselektriker	(1,01)	(0,94)	0,88	(0,99)
7521 Manuella ytbehandlare, trä	1,27	(0,54)	(0,86)	-
7522 Fin-, inrednings- och möbelsnickare	1,11	(0,94)	(0,92)	(1,03)
7523 Maskinsnickare och maskinoperatörer, träindustri	1,17	(0,98)	0,86	(0,77)
7531 Skräddare och ateljésömmerskor m.fl.	(0,94)	(0,96)	(1,04)	(1,16)
7532 Sömmare	(0,99)	(0,98)	(1,03)	(0,69)
7533 Tapetserare	(1,01)	(0,62)	(0,49)	-
7534 Läderhantverkare och skomakare	(0,98)	(0,84)	(0,43)	(0,97)
7611 Slaktare och styckare m.fl.	1,29	0,87	0,74	0,51
7612 Bagare och konditorer	(1,00)	0,93	(0,94)	(1,11)
7613 Provsamakare och kvalitetsbedömare	(0,98)	1,21	(1,29)	(0,97)
7619 Övriga livsmedelsförädlare	(1,04)	0,58	(0,59)	(0,84)
8111 Gruv- och stenbrottsarbetare	1,16	0,80	(0,86)	0,44

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
8112 Processoperatörer stenkross- malmförädlingsanl.	(1,01)	0,91	(0,84)	(0,69)
8113 Brunnsbore m.fl.	1,19	0,87	(0,82)	(1,15)
8114 Maskinoperatörer, cement-, sten- och betongvaror	1,24	(1,02)	(1,06)	(1,09)
8115 Bergssprängare	(1,03)	(0,69)	(0,89)	-
8116 Stenhuggare m.fl.	1,18	(1,00)	(0,74)	(0,99)
8121 Maskinoperatörer, ytbehandling	1,12	0,71	0,56	0,44
8122 Valsverksoperatörer	1,14	(0,92)	0,80	0,60
8129 Övr. maskin- processoperatörer stål- metallverk	1,16	(0,94)	0,82	0,70
8131 Maskinoperatörer, farmaceutiska produkter	1,13	1,13	(1,01)	(1,03)
8132 Maskinoperatörer kemisktekn. fotogr. produkter	1,13	(1,08)	(1,04)	(0,76)
8141 Maskinoperatörer, gummiindustri	1,14	(1,03)	(1,02)	(1,03)
8142 Maskinoperatörer, plastindustri	1,11	0,89	0,82	0,44
8143 Maskinoperatörer, pappersvaruindustri	1,18	0,83	0,72	(0,74)
8151 Maskinoperatörer, blekning, färgning och tvättning	1,07	(0,89)	(0,88)	0,52
8159 Övr. maskinoperatörer, textil-, skinn- läderindustri	1,09	(0,96)	(0,88)	(0,85)
8161 Maskinoperatörer, kött- och fiskberedningsindustri	1,15	(0,95)	0,78	0,67
8162 Maskinoperatörer, mejeri	(1,06)	(0,83)	(0,80)	(0,51)
8163 Maskinoperatörer, kvarn-, bageri- konfektyrindustri	1,11	(0,97)	(0,88)	(0,71)
8169 Övriga maskinoperatörer inom livsmedelsindustri	1,12	1,12	(0,98)	(0,77)
8171 Processoperatörer, pappersmassa	1,08	(0,94)	(0,79)	0,40
8172 Processoperatörer, papper	1,13	(0,97)	0,74	0,42
8173 Operatörer inom sågverk, hyvleri, plywood	1,15	0,81	0,74	0,74
8174 Maskinoperatörer inom ytbehandling, trä	(1,12)	(1,14)	(1,07)	(0,97)
8181 Maskinoperatörer, påfyllning, packning, märkning	1,11	(0,98)	(0,88)	(0,97)
8189 Andra process- och maskinoperatörer	1,09	(1,01)	(0,96)	(0,94)
8191 Drifttekniker vid värme- och vattenverk	1,05	(0,95)	(0,92)	(0,81)
8192 Processövervakare, kemisk industri	1,06	0,88	0,78	(0,72)
8193 Processövervakare, metallproduktion	1,13	(0,94)	(0,79)	(0,97)
8199 Övriga drifttekniker och processövervakare	1,09	(1,03)	(1,00)	(1,11)
8211 Fordonsmontörer	1,17	(1,00)	(0,93)	0,71
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00
8212 Montörer, elektrisk och elektronisk utrustning	1,12	1,06	(0,96)	0,75
8213 Montörer, metall-, gummi- och plastprodukter	1,10	(0,98)	0,83	0,67
8214 Montörer, träprodukter	1,17	(1,09)	(0,99)	(0,79)
8219 Övriga montörer	1,16	1,10	(0,99)	0,70
8311 Lokförare	1,10	(1,07)	(1,07)	(0,75)
8312 Bangårdspersonal	1,12	(0,95)	(1,11)	(0,74)
8321 Taxiförare m.fl.	1,13	(0,97)	(0,96)	0,64
8329 Övriga bil-, motorcykel- och cykelförare	1,10	(0,94)	(0,89)	0,62

Yrke SSYK2012	Alla	F	F43	F43.8A
8331 Buss- och spårvagnsförare	1,25	1,20	1,18	(0,92)
8332 Lastbilsförare m.fl.	1,14	0,91	0,89	0,84
8341 Förare av jordbruks- och skogsmaskiner	(1,00)	0,64	0,59	(0,71)
8342 Anläggningsmaskinförare m.fl.	(1,01)	0,81	0,78	0,63
8343 Kranförare m.fl.	1,16	(1,04)	(1,11)	(1,07)
8344 Truckförare	1,16	(1,01)	(0,94)	0,73
8350 Matroser och jungmän m.fl.	(1,02)	(0,98)	(1,10)	(0,83)
9111 Städare	1,08	0,87	0,82	0,70
9119 Övrig hemservicepersonal m.fl.	1,17	0,86	0,77	(0,64)
9120 Bilreconditionerare, fönsterputsare och övriga rengöringsarbetare	1,09	(1,02)	(1,02)	(1,01)
9210 Bärplockare och plantörer m.fl.	(1,05)	(0,95)	(0,87)	0,23
9310 Grovarbetare inom bygg och anläggning	1,17	(1,00)	(0,92)	(0,97)
9320 Handpaketerare och andra fabriksarbetare	1,11	(0,98)	0,90	(0,83)
9331 Hamnarbetare	1,14	(1,05)	(1,07)	(0,77)
9332 Ramppersonal, flyttkarlar och varupåfyllare m.fl.	1,12	(1,00)	(0,91)	(0,76)
9411 Pizzabagare m.fl.	0,93	0,69	0,76	(0,88)
9412 Restaurang- och köksbiträden m.fl.	1,06	0,92	0,89	0,78
9413 Kafé- och konditoribiträden	(0,97)	(0,96)	(0,92)	(0,93)
9520 Torg- och marknadsförsäljare	(1,08)	(1,11)	-	-
9610 Renhållnings- och återvinningsarbetare	1,19	(1,05)	(0,95)	(0,83)
9621 Reklamutdelare och tidningsdistributörer	1,11	(0,93)	(0,87)	(0,80)
9622 Vaktmästare m.fl.	1,04	(0,98)	(1,01)	(0,87)
9629 Övriga servicearbetare	1,19	1,10	(0,94)	0,77
Ovägt genomsnitt över alla yrken (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

F avser psykiatriska diagnoser, F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, F43.8A Utmattningsyndrom.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, (SKL:s kommunindelning 2017, gäller ej redovisning per Län), vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper samt (yrke).

- anger att yrket inte ingår i analysen på grund av för litet antal observationer.

Tabell 7 Relativ risk för sjukfall för kvinnor jämfört med män i samma yrke

Yrke SSYK2012	Alla diagnoser		
	RR	95CI undre	95CI övre
Generell överrisk för kvinnor oavsett yrke	1,25	1,25	1,25
310 Soldater m.fl.	0,87	0,63	1,17
1112 General-, landstings- och kommundirektörer m.fl.	0,83	0,59	1,13
1120 Verkställande direktörer m.fl.	1,07	0,95	1,20
1211 Ekonomi- och finanschefer, nivå 1	1,01	0,83	1,20
1212 Ekonomi- och finanschefer, nivå 2	1,03	0,88	1,19
1251 Försäljnings- och marknadschefer, nivå 1	1,06	0,91	1,21
1321 Inköps-, logistik- och transportchefer, nivå 1	0,93	0,69	1,21
1322 Inköps-, logistik- och transportchefer, nivå 2	0,85	0,69	1,04
1361 Driftchefer inom bygg, anläggning & gruva, nivå 1	0,87	0,57	1,24
1412 Rektorer, nivå 2	1,08	0,94	1,24
1511 Klinik- & verksamhetschefer hälsa och sjukvård, nivå 1	0,94	0,70	1,22
2144 Civilingenjörsvyrken inom maskinteknik	1,41	1,27	1,56
2161 Arkitekter m.fl.	1,47	1,26	1,69
2212 ST-läkare	1,45	1,27	1,63
2226 Ambulanssjuksköterskor m.fl.	1,66	1,41	1,93
2330 Gymnasielärare	1,12	1,04	1,21
2513 Utvecklare inom spel och digitala media	1,73	1,30	2,19
2671 Präster	1,56	1,29	1,84
3333 Arbetsförmedlare	1,39	1,28	1,50
3355 Brandingenjörer/byggnadsinspektörer	1,54	1,28	1,80
3360 Poliser	1,39	1,28	1,50
3411 Behandlingsassistenter och socialpedagoger m.fl.	1,36	1,27	1,45
4111 Ekonomiassistenter m.fl.	1,05	0,93	1,19
4119 Övriga kontorsassistenter och sekreterare	1,16	1,08	1,23
4322 Lager- och terminalpersonal	1,38	1,32	1,45
5112 Tågvårdare och ombordansvariga m.fl.	1,45	1,28	1,64
5120 Kockar och kallskänkor	1,35	1,27	1,43
5222 Butikssäljare, dagligvaror	1,37	1,30	1,44
5223 Butikssäljare, fackhandel	1,37	1,31	1,43
5311 Barnskötare	1,42	1,32	1,53
5312 Elevassistenter m.fl.	1,39	1,29	1,49
5321 Undersköterskor hemtjänst, hemsjukvård, äldreboende	1,41	1,34	1,49
5330 Vårdbiträden	1,44	1,35	1,53
5341 Skötare	1,38	1,28	1,49
5342 Vårdare, boendestödjare	1,35	1,28	1,42
5343 Personliga assistenter	1,36	1,29	1,43
5413 Väktare och ordningsvakter	1,49	1,38	1,61
5419 Övrig bevaknings- och säkerhetspersonal	1,45	1,26	1,65
6111 Odlare jordbruksväxter, frukt- och bär	0,90	0,63	1,22
7131 Målare	1,44	1,25	1,64

7223 Maskinställare och maskinoperatörer, metallarbete	1,44	1,36	1,52
7411 Installations- och serviceelektriker	1,59	1,33	1,86
8129 Övr maskin- & processoperatörer vid stål- & metallverk	1,57	1,38	1,77
8131 Maskinoperatörer, farmaceutiska produkter	1,50	1,29	1,71
8163 Maskinoperatörer, kvarn-, bageri- och konfektyrindustri	1,46	1,27	1,66
8173 Operatörer inom sågverk, hyvleri och plywood m.m.	1,50	1,27	1,74
8181 Maskinoperatörer, påfyllning, packning och märkning	1,47	1,29	1,67
8214 Montörer, träprodukter	1,48	1,28	1,69
8219 Övriga montörer	1,44	1,28	1,61
8311 Lokförare	1,49	1,27	1,74
8331 Buss- och spårvagnsförare	1,45	1,34	1,56
8332 Lastbilsförare m.fl.	1,47	1,36	1,59
8344 Truckförare	1,46	1,30	1,63
9111 Städare	1,36	1,28	1,43
9120 Bilrekond., fönsterputsare & övriga rengöringsarbetare	1,57	1,36	1,79
9331 Hamnarbetare	1,72	1,26	2,20
9412 Restaurang- och köksbiträden m.fl.	1,35	1,27	1,43
Ovägt genomsnitt alla yrken för män (ref.)	1,00	1,00	1,00

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, SKL:s kommunindelning 2017, vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper.

95CI undre och övre anger 95-procents konfidensintervall för statistisk osäkerhet.

Interaktionseffekter mellan kön och yrke, med redovisning av yrken med under- eller överrisker för kvinnor jämfört med den generella förväntade överrisken (se Ahlbom och Alfredsson 2005).

Tabell 8 Relativ risk för sjukfall i psykiatrisk diagnos för kvinnor jämfört med män i samma yrke

Yrke SSYK2012	Psykiatriska diagnoser		
	RR	95CI undre	95CI övre
Generell överrisk för kvinnor oavsett yrke	1,31	1,30	1,32
2144 Civilingenjörsvyrken inom maskinteknik	1,57	1,33	1,83
2211 Specialistläkare	1,57	1,36	1,79
2422 Planerare och utredare m.fl.	1,45	1,32	1,58
2512 Mjukvaru- och systemutvecklare m.fl.	1,46	1,33	1,60
2519 Övriga IT-specialister	1,62	1,35	1,91
2671 Präster	1,92	1,48	2,39
3114 Ingenjörer och tekniker inom maskinteknik	1,60	1,37	1,86
3324 Ordersamordnare m.fl.	1,57	1,35	1,79
3411 Behandlingsassistenter och socialpedagoger m.fl.	1,51	1,37	1,67
3422 Idrottstränare och instruktörer m.fl.	0,97	0,70	1,29
5120 Kockar och kallskänkor	1,07	0,94	1,21
7411 Installations- och serviceelektriker	1,78	1,36	2,24
7611 Slaktare och styckare m.fl.	0,60	0,27	1,15
8142 Maskinoperatörer, plastindustri	0,94	0,68	1,27
9111 Städare	1,14	0,99	1,31
9412 Restaurang- och köksbiträden m.fl.	1,15	1,00	1,30
Ovägt genomsnitt alla yrken för män (ref.)	1,00	1,00	1,00

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, SKL:s kommunindelning 2017, vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper.

95CI undre och övre anger 95-procents konfidensintervall för statistisk osäkerhet.

Interaktionseffekter mellan kön och yrke, med redovisning av yrken med under- eller överrisker för kvinnor jämfört med den generella förväntade överrisken (se Ahlbom och Alfredsson 2005).

Tabell 9 Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per förklaringsfaktor för kvinnor

Förklaringsfaktor	Alla	F	F43	F43.8A
Åldersgrupp				
20–24 år	0,97	1,03	0,88	0,72
25–29 år	1,13	1,14	1,03	0,93
30–34 år	1,12	1,15	1,07	(1,02)
35–39 år	1,06	1,12	1,07	1,05
40–44 år	1,01	1,05	1,04	1,04
45–49 år (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
50–54 år	1,02	0,94	0,96	0,94
55–59 år	1,04	0,87	0,90	0,85
60–64 år	0,86	0,60	0,62	0,54
65–69 år	0,30	0,09	0,10	0,04
Civilstånd				
Gift (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
Ogift	0,98	1,03	1,02	1,02
Frånskild	1,09	1,18	1,14	1,17
Änka/änkling	(0,99)	(1,02)	(0,98)	(0,96)
Antal barn i familjen				
Inga barn	0,99	(1,01)	0,98	(0,99)
Ett barn	1,10	1,03	(1,01)	0,98
Två barn (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
Tre barn	1,03	1,03	1,03	1,02
Fyra eller fler barn	1,10	1,08	1,09	1,08
Barn i familjen efter ålder (de som inte har barn i åldersspannet är referensgrupp 1,00)				
Barn i ålder 0–2 år	0,99	0,90	0,92	0,91
Barn i ålder 3–8 år	0,98	1,07	1,08	1,13
Barn i ålder 9–12 år	0,98	1,03	1,03	1,05
Barn i ålder 13–15 år	0,99	1,04	1,04	1,06
SKL Kommungruppering 2017				
Storstäder	(1,00)	1,01	(1,00)	0,97
Pendlingskommun nära storstad	1,03	1,02	(1,01)	(1,00)
Större stad (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
Pendlingskommun nära större stad	(1,00)	(0,99)	(0,99)	(1,01)
Lågpendlingskommun nära större stad	(1,00)	0,98	0,97	1,04
Mindre stad/tätort	0,98	0,98	0,97	(1,01)
Pendlingskommun nära mindre tätort	0,99	0,98	0,96	(1,02)
Landsbygdskommun	(0,99)	(0,98)	(0,98)	1,07
Landsbygdskommun med besöksnäring	(1,00)	(1,00)	(1,01)	1,08

Förklaringsfaktor	Alla	F	F43	F43.8A
Bransch SNI2007 (referensgrupp är ovägt genomsnitt över alla 10 branscher 1,00)				
Naturbruk A	0,92	0,80	0,80	0,80
Tillverkning B,C,D,E	0,97	0,96	0,97	0,93
Bygg F	0,97	0,96	0,94	(0,98)
Handel G	0,98	(0,99)	(1,00)	(1,01)
Transport H	(1,01)	(0,99)	(0,98)	0,93
Hotell, restaurang, kultur I,R	0,98	(1,01)	(1,01)	1,06
Tjänster J,K,L,M,N,S	(1,00)	1,02	1,03	1,05
Offentlig förvaltning O	1,05	1,06	1,08	1,08
Utbildning P	1,06	1,08	1,11	1,10
Vård, omsorg, sociala tjänster Q	1,07	1,08	1,09	1,06

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

F avser psykiatriska diagnoser, F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, F43.8A

Utmattningsyndrom.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, (SKL:s kommunindelning 2017, gäller ej redovisning per Län), vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper samt (yrke).

- anger att yrket inte ingår i analysen på grund av för litet antal observationer.

Tabell 10 Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per förklaringsfaktor för män

Förklaringsfaktor	Alla	F	F43	F43.8A
Åldersgrupp				
20–24 år	0,84	0,92	0,82	0,65
25–29 år	0,89	1,10	(1,01)	0,90
30–34 år	0,89	1,12	1,08	(1,04)
35–39 år	0,92	1,10	1,06	(1,04)
40–44 år	0,95	1,05	1,03	(1,03)
45–49 år (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
50–54 år	1,05	0,93	0,93	0,89
55–59 år	1,14	0,87	0,87	0,85
60–64 år	1,03	0,60	0,63	0,54
65–69 år	0,47	0,09	0,11	0,05
Civilstånd				
Gift (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
Ogift	(1,00)	1,04	(0,99)	(0,99)
Frånskild	1,05	1,14	1,07	1,06
Änka/änkling	0,96	(1,08)	(1,03)	(1,02)
Antal barn i familjen				
Inga barn	0,98	(0,99)	0,95	0,94
Ett barn	1,02	1,02	(1,01)	(0,99)
Två barn (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
Tre barn	1,02	1,03	(1,02)	(1,02)
Fyra eller fler barn	1,07	1,08	1,06	1,07
Barn i familjen efter ålder (de som inte har barn i åldersspannet är referensgrupp 1,00)				
Barn i ålder 0–2 år	0,95	0,93	0,95	0,92
Barn i ålder 3–8 år	(1,00)	1,04	1,05	1,06
Barn i ålder 9–12 år	(1,00)	1,02	(1,00)	(1,01)
Barn i ålder 13–15 år	0,98	(1,01)	(1,02)	(1,02)
SKL Kommungruppering 2017				
Storstäder	(0,99)	1,02	(1,01)	(0,96)
Pendlingskommun nära storstad	1,02	1,03	1,03	(1,00)
Större stad (referensgrupp)	1,00	1,00	1,00	1,00
Pendlingskommun nära större stad	(1,01)	(0,99)	(1,01)	(1,01)
Lågpendlingskommun nära större stad	(1,00)	(1,01)	(1,00)	(1,02)
Mindre stad/tätort	0,98	0,97	(0,98)	(1,00)
Pendlingskommun nära mindre tätort	(1,00)	(1,00)	(0,99)	(1,01)
Landsbygdskommun	(0,99)	0,97	0,96	(1,02)
Landsbygdskommun med besöksnäring	(1,00)	(0,97)	(0,97)	(0,99)

Förklaringsfaktor	Alla	F	F43	F43.8A
Bransch SNI2007 (referensgrupp är ovägt genomsnitt över alla 10 branscher 1,00)				
Naturbruk A	0,92	0,71	0,59	0,60
Tillverkning B,C,D,E	(1,00)	0,98	0,98	0,89
Bygg F	1,06	0,93	0,95	(0,97)
Handel G	0,98	(0,99)	(1,01)	(1,03)
Transport H	1,02	0,93	(1,01)	0,91
Hotell, restaurang, kultur I,R	0,98	(1,00)	(0,99)	1,06
Tjänster J,K,L,M,N,S	0,98	1,03	1,04	1,04
Offentlig förvaltning O	(0,99)	1,04	1,07	1,08
Utbildning P	(1,01)	1,10	1,14	1,18
Vård, omsorg, sociala tjänster Q	1,06	1,13	1,21	1,20

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

F avser psykiatriska diagnoser, F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, F43.8A

Utmattningsyndrom.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, (SKL:s kommunindelning 2017, gäller ej redovisning per Län), vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper samt (yrke).

- anger att yrket inte ingår i analysen på grund av för litet antal observationer.

Tabell 11 Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per län

Län	Alla	F	F43	F43.8A
01 Stockholm	1,01	(1,01)	(0,98)	(0,98)
03 Uppsala	1,04	1,03	1,04	(1,01)
04 Södermanland	1,01	(0,99)	(0,97)	0,95
05 Östergötland	0,97	0,90	0,85	0,71
06 Jönköping	0,98	1,04	1,06	(1,01)
07 Kronoberg	0,97	(0,99)	1,05	1,08
08 Kalmar	0,95	0,96	0,95	0,91
09 Gotland	1,03	1,08	1,11	1,23
10 Blekinge	(0,99)	(1,00)	(0,97)	(1,00)
12 Skåne	0,97	0,98	0,96	0,85
13 Halland	(1,01)	(1,00)	(1,02)	(1,01)
14 Västra Götaland	1,01	1,05	1,05	0,94
17 Värmland	(0,99)	0,97	(0,98)	(0,95)
18 Örebro	(1,00)	0,97	(0,98)	1,04
19 Västmanland	1,03	1,04	(1,01)	1,05
20 Dalarna	1,02	1,05	1,05	(1,03)
21 Gävleborg	1,02	1,03	1,03	1,12
22 Västernorrland	0,98	(0,99)	(0,97)	(1,01)
23 Jämtland	(0,99)	0,95	0,96	(0,98)
24 Västerbotten	0,99	0,92	0,94	0,95
25 Norrbotten	0,95	0,89	0,87	0,88
Ovägt genomsnitt över alla län (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

F avser psykiatriska diagnoser, F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, F43.8A Utmattningssyndrom.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, (SKL:s kommunindelning 2017, gäller ej redovisning per Län), vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper samt (yrke).

- anger att yrket inte ingår i analysen på grund av för litet antal observationer.

Tabell 12 Relativ risk för sjukfall i olika diagnoser per kommun

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
01 Stockholm				
UPPLANDSVÄSBY	1,03	1,04	(1,01)	(0,98)
VALLENTUNA	1,03	1,08	(1,03)	1,17
ÖSTERÅKER	1,03	1,05	(1,02)	(1,04)
VÄRMDÖ	(1,01)	1,04	(1,04)	(0,97)
JÄRFÄLLA	1,02	1,04	(1,01)	(1,00)
EKERÖ	(0,99)	0,91	0,89	0,87
HUDDINGE	1,04	1,04	(1,02)	(1,00)
BOTKYRKA	1,06	(1,02)	(1,01)	(1,05)
SALEM	1,04	(1,05)	1,11	(0,98)
HANINGE	1,04	(1,01)	(1,00)	1,11
TYRESÖ	1,04	1,05	1,05	1,11
UPPLANDS-BRO	1,05	(1,03)	(1,00)	(1,03)
NYKVARN	(1,04)	(0,96)	(0,98)	(1,05)
TÄBY	0,97	1,04	(0,98)	(0,93)
DANDERYD	0,91	(0,98)	(0,95)	(1,00)
SOLLENTUNA	(1,01)	1,05	1,05	1,09
STOCKHOLM	(1,00)	1,03	1,01	1,03
SÖDERTÄLJE	1,03	(1,00)	(1,00)	0,91
NACKA	(1,01)	1,05	1,07	1,07
SUNDBYBERG	1,02	1,06	(1,04)	1,08
SOLNA	(1,01)	1,04	(1,03)	1,09
LIDINGÖ	(0,98)	(1,03)	(1,01)	(1,00)
VAXHOLM	(1,00)	(1,04)	(1,04)	(1,05)
NORRTÄLJE	1,04	1,08	1,07	1,18
SIGTUNA	1,08	1,10	(1,02)	(1,02)
NYNÄSHAMN	1,06	(1,03)	(0,98)	1,11
03 Uppsala				
HÄBO	(1,03)	(0,95)	0,92	0,78
ÄLVKARLEBY	1,06	(0,98)	(0,94)	(1,05)
KNIVSTA	1,05	1,08	1,13	(0,99)
HEBY	1,04	1,07	(1,04)	(1,07)
TIERP	1,04	(1,03)	1,10	1,25
UPPSALA	1,04	1,07	1,10	1,06
ENKÖPING	1,07	1,06	(1,04)	1,16
ÖSTHAMMAR	(1,00)	(0,98)	(0,98)	(0,99)
04 Södermanland				
VINGÅKER	1,07	(0,98)	(0,89)	(0,94)
GNESTA	1,09	1,14	1,15	1,28
NYKÖPING	(1,00)	(1,03)	1,05	0,90
OXELÖSUND	(1,04)	1,11	(1,08)	(0,89)
FLEN	(1,00)	(1,06)	1,10	1,17
KATRINEHOLM	(1,00)	(1,01)	(1,04)	1,16
ESKILSTUNA	1,02	0,95	0,92	0,88
STRÄNGNÄS	1,04	(1,04)	(1,03)	1,11
TROSA	(0,99)	(0,96)	(1,02)	(1,10)

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
05 Östergötland				
ÖDESHÖG	0,94	0,82	0,58	(0,67)
YDRE	(1,00)	(0,98)	(0,92)	(0,63)
KINDA	(1,01)	(0,98)	(0,96)	(1,06)
BOXHOLM	(0,96)	(0,94)	(0,95)	(1,16)
ÅTVIDABERG	0,92	0,87	0,80	0,58
FINSPÅNG	0,95	0,93	(0,93)	0,66
VALDEMARSVIK	(0,99)	0,86	0,83	(0,76)
LINKÖPING	0,96	0,92	0,88	0,76
NORRKÖPING	(0,99)	0,95	0,91	0,77
SÖDERKÖPING	(0,96)	0,91	0,80	(0,87)
MOTALA	0,96	0,89	0,82	0,59
VADSTENA	(0,95)	(0,90)	0,68	(0,89)
MJÖLBY	(0,98)	0,92	0,89	0,74
06 Jönköping				
ANEBY	(0,97)	(1,03)	(1,11)	1,26
GNOSJÖ	0,95	(0,93)	(0,95)	(1,00)
MULLSJÖ	1,05	1,12	(1,08)	(1,02)
HABO	1,05	1,13	1,20	(1,00)
GISLAVED	(0,99)	(0,98)	(0,98)	(0,89)
VAGGERYD	(0,97)	(1,06)	1,10	(1,12)
JÖNKÖPING	(0,99)	1,07	1,13	(1,04)
NÄSSJÖ	(0,99)	1,11	1,12	(1,07)
VÄRNAMO	0,97	(0,97)	(0,95)	(1,03)
SÄVSJÖ	(1,01)	(1,04)	(1,07)	1,20
VETLANDA	0,95	1,09	1,12	1,14
EKSJÖ	(0,99)	1,13	1,11	1,25
TRANÅS	0,91	(1,02)	(1,02)	(1,10)
07 Kronoberg				
UPPVIDINGE	(1,02)	(1,00)	(1,03)	(1,09)
LESSEBO	(1,00)	(1,07)	1,17	1,32
TINGSRYD	(0,96)	0,91	(0,99)	(1,04)
ALVESTA	(0,97)	(1,03)	1,08	1,24
ÄLMHULT	(0,99)	(1,02)	(1,05)	(1,10)
MARKARYD	(0,96)	(1,02)	(0,94)	(1,17)
VÄXJÖ	0,98	1,04	1,12	1,11
LJUNGBY	0,94	0,95	(1,03)	1,17

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
08 Kalmar				
HÖGSBY	(0,98)	(0,91)	(0,90)	(0,98)
TORSÅS	(1,03)	1,14	1,19	1,29
MÖRBYLÅNGA	(0,97)	(1,01)	(1,03)	(1,09)
HULTSFRED	(0,96)	(1,00)	0,83	(0,82)
MÖNSTERÅS	(0,99)	(1,07)	1,13	1,28
EMMABODA	(0,99)	0,87	0,81	(0,87)
KALMAR	0,94	0,96	(0,99)	0,86
NYBRO	1,04	(1,02)	(0,99)	(1,09)
OSKARSHAMN	0,96	(1,02)	(1,06)	1,12
VÄSTERVIK	0,89	0,90	0,90	0,81
VIMMERBY	0,92	(0,96)	0,89	(0,83)
BORGHOLM	(0,97)	(1,01)	(0,90)	(0,87)
09 Gotland				
GOTLAND	1,04	1,10	1,14	1,28
10 Blekinge				
OLOFSTRÖM	(1,02)	(1,03)	(1,06)	1,25
KARLSKRONA	(0,99)	(1,01)	(0,99)	(1,00)
RONNEBY	0,96	(1,00)	(1,01)	1,12
KARLSHAMN	1,03	1,09	(1,05)	1,11
SÖLVESBORG	(0,97)	(0,95)	(0,93)	(0,93)

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
12 Skåne				
SVALÖV	(1,04)	(1,00)	(1,00)	(0,96)
STAFFANSTORP	(0,97)	(0,99)	(1,01)	0,86
BURLÖV	(1,00)	(1,04)	(1,04)	0,77
VELLINGE	0,95	0,92	(0,95)	0,86
ÖSTRA GÖINGE	(1,00)	(0,98)	(0,98)	(0,82)
ÖRKELLJUNGA	(1,02)	(1,00)	0,79	(0,81)
BJUV	(1,01)	(0,98)	(0,95)	0,57
KÄVLINGE	(1,00)	(1,04)	(1,04)	0,84
LOMMA	0,93	(0,98)	(0,97)	0,82
SVEDALA	(0,99)	(0,95)	0,91	0,67
SKURUP	(0,99)	(1,02)	(0,97)	(0,96)
SJÖBO	(0,98)	(0,99)	(1,06)	(1,01)
HÖRBY	(0,99)	(1,01)	(1,00)	(0,82)
HÖÖR	(1,02)	(1,03)	(1,03)	0,73
TOMELILLA	(1,00)	(0,96)	(0,89)	(0,97)
BROMÖLLA	(1,01)	(0,98)	(1,02)	(0,96)
OSBY	(1,02)	1,09	1,16	1,21
PERSTORP	(0,97)	(1,08)	(1,06)	(1,08)
KLIPPAN	(0,99)	(1,02)	(1,07)	(0,89)
ÅSTORP	(0,98)	(1,02)	(0,98)	(1,00)
BÄSTAD	(0,97)	(1,00)	(1,06)	(1,13)
MALMÖ	0,96	(1,00)	(1,00)	0,86
LUND	0,95	1,03	(1,02)	0,94
LANDSKRONA	0,96	(0,98)	(1,00)	0,86
HELSINGBORG	0,97	(1,02)	(0,99)	0,89
HÖGANÄS	0,96	(1,00)	(0,96)	(0,99)
ESLÖV	(0,98)	(0,99)	(0,99)	(0,78)
YSTAD	0,94	0,89	(0,93)	(0,91)
TRELLEBORG	0,97	(1,02)	(0,99)	(0,92)
KRISTIANSTAD	(0,98)	1,04	(1,03)	(1,05)
SIMRISHAMN	0,89	0,92	0,86	0,51
ÄNGELHOLM	0,97	0,95	0,93	0,88
HÄSSLEHOLM	0,96	(1,01)	(1,02)	(1,01)
13 Halland				
HYLTE	(0,97)	(0,97)	(1,04)	(1,13)
HALMSTAD	(0,99)	(1,01)	1,03	1,14
LAHOLM	(0,99)	(0,97)	(1,05)	1,20
FALKENBERG	1,02	(1,02)	(1,04)	(1,03)
VARBERG	1,04	1,09	1,12	1,14
KUNGSBACKA	1,02	(1,02)	1,05	0,89

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
14 Västra Götaland				
HÄRRYDA	(1,02)	1,07	1,12	(1,08)
PARTILLE	(1,02)	1,09	1,13	(1,01)
ÖCKERÖ	1,05	(1,06)	1,10	(1,02)
STENUNGSUND	1,04	1,10	1,15	(0,91)
TJÖRN	1,05	1,07	(1,08)	(1,05)
ORUST	1,04	1,10	1,14	(1,11)
SOTENÄS	(0,98)	(0,97)	(0,89)	(0,86)
MUNKEDAL	(1,00)	(1,06)	1,13	(0,92)
TANUM	(1,01)	(1,02)	(1,00)	(0,86)
DALS-ED	(0,95)	(0,99)	(1,02)	(0,78)
FÄRGELANDA	1,06	1,13	1,14	1,22
ALE	1,09	1,13	1,14	1,11
LERUM	1,05	1,10	1,15	(1,04)
VÄRGÅRDA	(1,04)	(1,04)	(1,08)	(1,05)
BOLLEBYGD	1,10	1,09	1,12	(1,02)
GRÄSTORP	(0,96)	(0,91)	(1,01)	(0,92)
ESSUNGA	(0,97)	(0,98)	(0,94)	(0,83)
KARLSBORG	0,93	(0,94)	(0,95)	(0,95)
GULLSPÅNG	(1,00)	(1,00)	(1,03)	(0,86)
TRANEMO	(1,00)	(1,02)	(0,97)	(0,92)
BENGTSFORS	(1,00)	(0,97)	(0,94)	(1,12)
MELLERUD	(0,99)	(1,03)	(1,07)	(1,16)
LILLA EDET	1,08	1,16	1,22	1,20
MARK	(1,02)	1,06	1,08	(1,06)
SVENLJUNGA	(0,97)	(1,05)	1,13	(1,15)
HERRLJUNGA	(0,98)	(0,98)	1,13	(0,98)
VARA	(0,97)	(0,93)	0,83	0,68
GÖTENE	(0,99)	0,91	(0,91)	(1,04)
TIBRO	(0,97)	(0,99)	(1,02)	(1,02)
TÖREBODA	0,93	0,88	0,78	0,64
GÖTEBORG	1,01	1,09	1,09	0,97
MÖLNDAL	(1,02)	1,10	1,11	(1,02)
KUNGÄLV	1,04	1,09	1,12	(0,95)
LYSEKIL	(1,00)	(1,07)	(1,05)	(1,05)
UDDEVALLA	1,05	1,12	1,13	1,18
STRÖMSTAD	(1,04)	1,10	1,12	1,31
VÄNERSBORG	1,04	1,12	1,18	1,10
TROLLHÄTTAN	1,05	1,11	1,17	1,08
ALINGSÅS	1,04	1,06	1,12	(1,05)
BORÅS	1,04	1,11	1,10	(0,97)
ULRICEHAMN	1,06	1,06	(1,06)	(0,93)
ÅMÅL	(0,98)	(0,97)	(0,95)	1,23
MARIESTAD	(1,01)	(0,98)	0,92	(0,90)
LIDKÖPING	0,96	0,93	0,86	0,75
SKARA	(0,97)	(0,94)	0,90	(0,87)
SKÖVDE	0,97	(0,98)	0,95	0,91
HJO	(0,95)	(1,02)	(1,06)	(1,00)
TIDAHOLM	(0,97)	(0,99)	(0,92)	(0,90)
FALKÖPING	(0,98)	0,87	0,81	0,66

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
17 Värmland				
KIL	(1,01)	(1,03)	(1,01)	1,28
EDA	(1,04)	(1,07)	1,22	1,32
TORSBY	(0,96)	(0,94)	(0,93)	(0,90)
STORFORS	(1,03)	(1,03)	(1,06)	(1,12)
HAMMARÖ	(0,99)	(0,96)	(1,01)	(0,87)
MUNKFORS	(1,01)	1,14	(1,05)	(1,18)
FORSHAGA	1,07	(1,00)	(1,02)	(0,99)
GRUMS	(1,01)	(0,98)	(0,99)	1,19
ÅRJÄNG	(1,03)	(0,96)	(1,07)	(0,83)
SUNNE	0,95	(0,92)	(0,94)	(0,91)
KARLSTAD	0,98	(0,98)	(1,00)	0,89
KRISTINEHAMN	(0,97)	(0,99)	(0,95)	(0,96)
FILIPSTAD	(0,98)	(1,02)	(0,98)	1,25
HAGFORS	(1,01)	(1,07)	(1,09)	(1,15)
ARVIKA	(1,00)	(0,98)	(1,01)	(1,04)
SÄFFLE	(1,00)	(1,00)	1,12	1,17
18 Örebro				
LEKEBERG	0,92	0,80	0,78	0,74
LAXÅ	0,92	(1,01)	(1,02)	(1,11)
HALLSBERG	(1,03)	0,92	0,87	(1,06)
DEGERFORS	(0,99)	(0,96)	(0,93)	(1,03)
HÄLLEFORS	(0,95)	(0,92)	(0,94)	(0,99)
LJUSNARSBERG	0,91	(0,94)	(0,83)	(0,99)
ÖREBRO	(1,01)	(1,01)	1,04	1,12
KUMLA	1,07	1,06	(1,04)	1,17
ASKERSUND	(1,03)	0,90	(0,89)	(0,88)
KARLSKOGA	(0,99)	(0,96)	(0,99)	(1,10)
NORA	(1,01)	(0,95)	(1,02)	1,16
LINDESBERG	(1,01)	(0,99)	(1,03)	1,15
19 Västmanland				
SKINNSKATTEBERG	(1,04)	(1,01)	(0,94)	(0,83)
SURAHAMMAR	1,11	(1,00)	(0,96)	0,75
KUNGSÖR	(1,03)	(0,99)	0,81	(0,92)
HALLSTAHAMMAR	1,04	(1,03)	(0,98)	1,13
NORBERG	(0,99)	(1,01)	(0,95)	(0,85)
VÄSTERÅS	1,03	1,10	1,09	1,13
SALA	(1,00)	1,06	(1,07)	1,17
FAGERSTA	(1,04)	(0,99)	(1,05)	(1,04)
KÖPING	1,04	(0,97)	(0,95)	(1,04)
ARBOGA	1,05	(0,96)	(1,00)	1,19

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
20 Dalarna				
VANSBRO	(1,05)	1,17	1,25	1,28
MALUNG-SÄLEN	0,95	(0,94)	(0,93)	1,28
GAGNEF	1,07	1,12	1,17	(1,15)
LEKSAND	1,06	1,13	1,19	(1,12)
RÄTTVIK	1,04	(1,04)	1,11	(1,01)
ORSA	(1,00)	(1,04)	(1,00)	(1,09)
ÄLVDALEN	(0,99)	(1,01)	(0,96)	(1,11)
SMEDJEBACKEN	(1,04)	(1,07)	(1,09)	(1,01)
MORA	1,05	1,11	1,14	1,29
FALUN	(0,99)	1,04	(1,03)	(0,99)
BORLÄNGE	1,02	1,08	1,06	1,09
SÄTER	(1,03)	1,12	1,12	(1,02)
HEDEMORA	(1,03)	(1,05)	(1,08)	(1,05)
AVESTA	(1,02)	(1,03)	1,08	(1,07)
LUDVIKA	1,06	1,12	1,09	(0,99)
21 Gävleborg				
OCKELBO	(1,01)	(1,03)	(1,05)	(1,20)
HOFORS	1,05	1,10	(1,07)	(1,12)
OVANÅKER	(1,01)	(0,95)	(0,94)	(0,91)
NORDANSTIG	1,11	(1,00)	(1,08)	(1,16)
LJUSDAL	(0,99)	1,06	1,13	1,31
GÄVLE	(1,01)	1,04	(1,03)	1,12
SANDVIKEN	(1,02)	1,06	(1,04)	1,18
SÖDERHAMN	1,03	1,08	1,13	1,28
BOLLNÄS	(1,00)	(1,02)	(1,06)	1,23
HUDIKSVALLEN	1,04	1,08	1,10	1,16
22 Västernorrland				
ÄNGE	(1,03)	(1,03)	(1,02)	(1,06)
TIMRÅ	0,96	(1,00)	(1,04)	(1,00)
HÄRNÖSAND	0,95	(0,98)	(0,93)	0,81
SUNDSVALL	0,98	(1,01)	(1,02)	1,16
KRAMFORS	1,04	(1,03)	0,88	(1,02)
SOLLEFTEÅ	(1,02)	1,09	1,09	(1,08)
ÖRNSKÖLDSVIK	(0,98)	(0,99)	(1,00)	(0,99)
23 Jämtland				
RAGUNDA	(0,95)	0,87	0,72	0,58
BRÄCKE	(1,01)	(1,03)	(1,10)	1,29
KROKOM	(1,00)	(0,99)	(1,04)	1,15
STRÖMSUND	1,06	(1,03)	(1,04)	(1,11)
ÅRE	(0,98)	0,85	0,86	(0,94)
BERG	0,91	(0,89)	(0,90)	(1,00)
HÄRJEDALEN	(0,98)	0,87	(0,93)	(0,93)
ÖSTERSUND	(0,99)	(0,99)	(1,01)	(1,01)

Kommun	Alla	F	F43	F43.8A
24 Västerbotten				
NORDMALING	(1,03)	0,82	0,82	(0,99)
BJURHOLM	(0,97)	(0,94)	(1,00)	(1,22)
VINDELN	1,07	(0,90)	(0,83)	(0,91)
ROBERTSFORS	(1,04)	0,88	(0,86)	0,63
NORSJÖ	(0,96)	0,81	(0,70)	0,33
MALÅ	(0,99)	(1,09)	(1,12)	(1,20)
STORUMAN	(0,99)	(0,89)	(1,01)	0,64
SORSELE	(1,02)	0,79	(0,85)	(0,75)
DOROTEA	(0,94)	0,79	(0,87)	(0,79)
VÄNNÄS	(1,03)	(1,00)	(1,06)	(1,13)
VILHELMINA	(1,01)	(0,94)	(1,01)	(0,97)
ÅSELE	(0,97)	(0,85)	(0,84)	(0,99)
UMEÅ	(1,00)	(0,99)	(1,02)	1,06
LYCKSELE	(1,00)	0,88	(0,90)	(1,02)
SKELLEFTEÅ	0,96	0,89	0,93	(0,93)
25 Norrbotten				
ARVIDSJAUR	(0,97)	0,80	0,81	(0,79)
ARJEPLOG	(1,00)	(0,98)	(0,87)	(1,14)
JOKKMOKK	(0,99)	0,80	(0,88)	0,57
ÖVERKALIX	(1,03)	(0,86)	(0,93)	(0,91)
KALIX	0,95	0,87	0,76	(0,91)
ÖVERTORNEÅ	0,91	0,64	0,70	(0,70)
PAJALA	0,87	0,82	0,68	(0,85)
GÄLLIVARE	0,96	(0,95)	(0,92)	(1,09)
ÄLVSBYEN	0,93	0,82	0,84	(1,01)
LULEÅ	0,96	(0,98)	0,95	(0,96)
PITEÅ	0,93	0,89	(0,95)	(0,94)
BODEN	0,95	0,87	0,82	0,81
HAPARANDA	(0,95)	0,81	0,84	(0,82)
KIRUNA	0,93	0,91	0,90	(0,97)
Ovägt genomsnitt över alla kommuner (ref.)	1,00	1,00	1,00	1,00

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

F avser psykiatriska diagnoser, F43 Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, F43.8A Utmattningssyndrom.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Logistisk regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, kön, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst, sektor, (SKL:s kommunindelning 2017, gäller ej redovisning per Län), vald karenstid för egenföretagare, bransch i 10 grupper samt (yrke).

- anger att yrket inte ingår i analysen på grund av för litet antal observationer.

Tabell 13 Avslut av sjukfall¹⁵⁴ (Hazard rates) i olika diagnosgrupper

Diagnoskapitel ICD-10SE	Antal fall	HR	Median-längd ¹⁵⁵
Kvinnor			
I Infektionssjukdomar	5 085	1,73	24
II Tumörer	14 078	0,44	62
III Sjukdomar i Blod/Immunsystem	1 389	(1,01)	39
IV Sjukdomar i Endokrina syst/Ämnesomsättning	6 725	1,25	29
V Psykiska sjukdomar	133 342	0,56	88
VI–VIII Sjukdomar i Nervsystemet/Sinnesorganen	17 867	0,89	41
IX Cirkulationsorganens sjukdomar	5 778	0,59	60
X Andningsorganens sjukdomar	20 623	2,52	21
XI Matsmältningsorganens sjukdomar	10 096	1,32	28
XII Hudsjukdomar	2 718	1,15	32
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet	76 008	0,83	50
XIV Sjukdomar i Urin och Könsorganen	9 673	1,46	29
XV Gravitet, förlossning och barnsängstid	37 694	0,82	56
XVIII Symtom etc.	13 796	0,97	36
XIX Skador och Förgiftningar	39 257	0,89	49
XXI Faktorer av bet. för hälsotillst. etc.	5 513	1,12	32
Övriga (kapitel XVI, XVII, XX)	1 269	0,91	30
Ovägt genomsnitt över alla diagnoskapitel (ref.)		1,00	
Okänd diagnos	7 204	-	34
Totalt	408 115	-	49
Män			
I Infektionssjukdomar	3 918	1,75	26
II Tumörer	8 181	0,48	72
III Sjukdomar i Blod/Immunsystem	426	0,74	53
IV Sjukdomar i Endokrina syst/Ämnesomsättning	2 254	1,18	31
V Psykiska sjukdomar	55 730	0,60	87
VI–VIII Sjukdomar i Nervsystemet/Sinnesorganen	11 199	0,91	42
IX Cirkulationsorganens sjukdomar	12 102	0,69	61
X Andningsorganens sjukdomar	11 010	2,56	21
XI Matsmältningsorganens sjukdomar	11 036	1,55	28
XII Hudsjukdomar	2 306	1,31	31
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet	63 285	0,91	50
XIV Sjukdomar i Urin och Könsorganen	2 890	1,20	30
XVIII Symtom etc.	6 930	1,06	35
XIX Skador och Förgiftningar	49 364	0,91	49
XXI Faktorer av bet. för hälsotillst. etc.	1 789	0,75	60
Övriga (kapitel XVI, XVII, XX)	506	0,81	55
Ovägt genomsnitt över alla diagnoskapitel (ref.)		1,00	
Okänd diagnos	5 195	-	42
Totalt	248 121	-	49

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Cox proportional hazard regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, typ av och storlek på pensionsgrundande inkomst, partiell sjukskrivning, sektor, SKL:s kommunindelning 2017, yrke i 10 grupper samt i bransch i 10 grupper.

Tabell 14 Avslut av sjukfall¹⁵⁶ (Hazard rates) i olika psykiatriska diagnoser för kvinnor

Psykiatrisk diagnos ICD-10SE	Antal fall	HR	Median-längd ¹⁵⁷
F00–09 Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar	389	0,29	415
F10–19 Störningar orsakade av psykoaktiva substanser	377	(0,92)	74
F20–29 Schizofreni etc.	711	0,46	168
F31 Bipolär sjukdom	2 914	0,59	144
F32.0 Lindrig depressiv episod	1 486	1,52	56
F32.1 Medelsvår depressiv episod	7 264	0,84	117
F32.2 Svår depressiv episod utan psykotiska symtom	1 153	0,47	181
F32.3 Svår depressiv episod med psykotiska symtom	127	0,42	207
F32.8 Andra specificerade depressiva episoder	203	0,84	112
F32 Depressiv episod UNS	10 503	1,09	85
F33.0 Recidiverande depression, lindrig episod	457	1,23	77
F33.1 Recidiverande depression, medelsvår episod	3 518	0,69	142
F33.2 Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom	807	0,43	203
F33.3 Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symtom	61	0,48	182
F33.4 Recidiverande depression utan aktuella symtom	30	0,48	260
F33.8 Andra specificerade recidiverande depressioner	101	0,73	140
F33.9 Recidiverande depression UNS	2 845	0,91	107
F30,34,38,39 övriga förstämningssyndrom	337	0,75	101
F41.0 Paniksyndrom	1 802	1,18	69
F41.1 Generaliserat ångestsyndrom	1 617	0,91	90
F41.2 Blandade ångest- och depressionstillstånd	8 680	(1,00)	86
F41.3 Andra blandade ångeststillstånd	258	1,22	66
F41.8 Andra specificerade ångeststillstånd	215	1,31	67
F41.9 Ångeststillstånd UNS	7 257	1,36	60
F43.0 Akut stressreaktion	19 832	1,96	38
F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom	1 424	0,49	197
F43.2 Anpassningsstörning	3 843	1,36	66
F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress	8 388	0,89	130
F43.8A Utmattningssyndrom	24 775	0,63	180
F43 Reaktion på svår stress UNS	17 928	1,45	58
F40,42,44,45,48 övriga ångestsyndrom	699	0,48	182

¹⁵⁶ Exklusive övergång till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

¹⁵⁷ Till skillnad från HR är denna inte justerad för andra faktorer än diagnos.

Psykiatrisk diagnos ICD-10SE	Antal fall	HR	Median-längd¹⁵⁷
F50–59 Beteende störningar pga fysiska faktorer	1 203	0,88	84
F60–69 Störningar hos vuxna	648	0,40	245
F70–F79, F80–F89 utvecklingsstörning F99 Ospec.	491	0,23	581
F90–F98 barndom ungdomstid	999	0,49	182
Ovägt genomsnitt över alla psykiatriska diagnoser samt övriga diagnoskapitel (ref.)		1,00	

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Cox proportional hazard regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, typ av och storlek på pensionsgrundande inkomst, partiell sjukskrivning, sektor, SKL:s kommunindelning 2017, yrke i 10 grupper samt i bransch i 10 grupper.

Tabell 15 Avslut av sjukfall¹⁵⁸ (Hazard rates) i olika psykiatriska diagnoser för män

Psykiatrisk diagnos ICD-10SE	Antal fall	HR	Medianlängd ¹⁵⁹
F00–09 Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar	310	0,27	434
F10–19 Störningar orsakade av psykoaktiva substanser	912	1,08	56
F20–29 Schizofreni etc.	999	0,43	202
F31 Bipolär sjukdom	1 390	0,63	140
F32.0 Lindrig depressiv episod	611	1,54	59
F32.1 Medelsvår depressiv episod	4 151	0,86	110
F32.2 Svår depressiv episod utan psykotiska symtom	947	0,58	159
F32.3 Svår depressiv episod med psykotiska symtom	153	0,61	166
F32.8 Andra specificerade depressiva episoder	79	(1,00)	108
F32 Depressiv episod UNS	5 664	1,05	88
F33.0 Recidiverande depression, lindrig episod	180	(1,10)	74
F33.1 Recidiverande depression, medelsvår episod	1 723	0,75	129
F33.2 Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom	526	0,51	203
F33.3 Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symtom	62	0,46	165
F33.4 Recidiverande depression utan aktuella symtom	18	0,44	324
F33.8 Andra specificerade recidiverande depressioner	34	0,55	168
F33.9 Recidiverande depression UNS	1 242	0,86	112
F30,34,38,39 övriga förstämningssyndrom	227	0,66	127
F41.0 Paniksyndrom	1 032	1,18	71
F41.1 Generaliserat ångestsyndrom	751	(0,96)	91
F41.2 Blandade ångest- och depressionstillstånd	3 915	(1,01)	85
F41.3 Andra blandade ångeststillstånd	95	1,24	57
F41.8 Andra specificerade ångeststillstånd	83	(1,09)	70
F41.9 Ångeststillstånd UNS	3 267	1,38	56
F43.0 Akut stressreaktion	6 770	1,97	38
F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom	527	0,52	199
F43.2 Anpassningsstörning	1 256	1,40	62
F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress	2 933	0,95	115
F43.8A Utmattningssyndrom	7 546	0,72	170
F43 Reaktion på svår stress UNS	6 050	1,51	56

¹⁵⁸ Exklusive övergång till sjukersättning eller aktivitetsersättning.

¹⁵⁹ Till skillnad från HR är denna inte justerad för andra faktorer än diagnos.

Psykiatrisk diagnos ICD-10SE	Antal fall	HR	Medianlängd 159
F40,42,44,45,48 övriga ångestsyndrom	468	0,56	153
F50–59 Beteende störningar pga fysiska faktorer	328	1,41	49
F60–69 Störningar hos vuxna	173	0,54	118
F70–F79, F80–F89 utvecklingsstörning F99 Ospec.	560	0,21	475
F90–F98 barndom ungdomstid	748	0,47	213
Ovägt genomsnitt över alla psykiatriska diagnoser samt övriga diagnoskapitel (ref.)		1,00	

Avser sjukfall över 14 dagar år 2018/2019.

Insignifikanta skillnader på 95-procents signifikansnivå anges inom parentes.

Cox proportional hazard regression justerat för sjukskrivningshistorik (sjukfall över 14 dagar under 2016/2017, 5-års åldersgrupper, civilstånd, födelseland i 10 kategorier, antal barn och deras ålder, utbildningsnivå, typ av och storlek på pensionsgrundande inkomst, partiell sjukskrivning, sektor, SKL:s kommunindelning 2017, yrke i 10 grupper samt i bransch i 10 grupper.