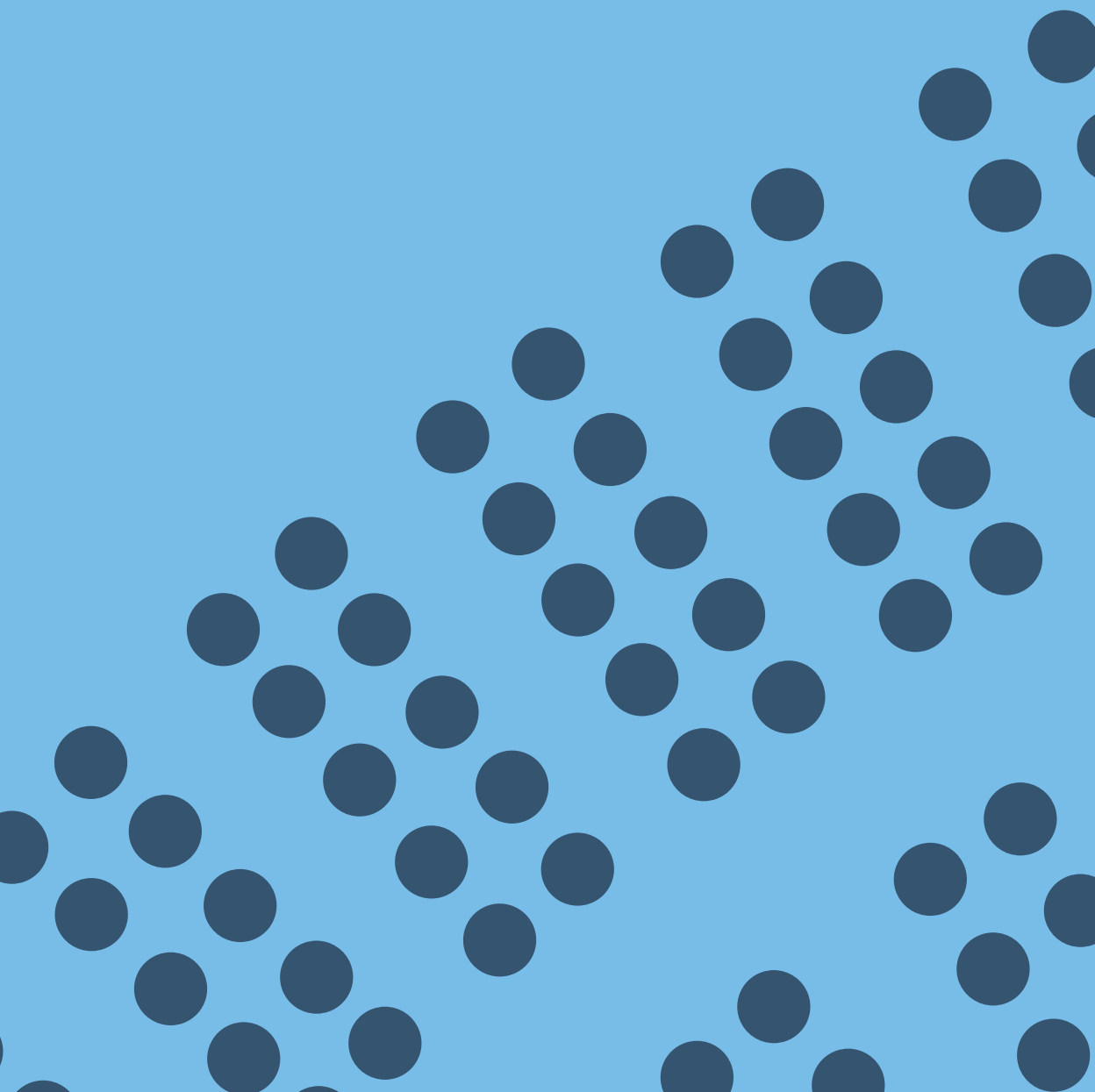


Rapporter från riksdagen 2024/25:RFR1

Socialförsäkringsutskottet SfU

Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering



Arbetslivsinriktad rehabilitering för
sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en
utvärdering

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-111-9 (tryck)
ISBN 978-91-7915-112-6 (pdf)
Riksdagstryckeriet, Stockholm 2024

Förord

Den 13 juni 2023 beslutade socialförsäkringsutskottet att genomföra en huvudstudie om insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering hos försäkrade som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Studien beskriver hur vanligt det är med olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering, vård och behandling samt om de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa upplever att de fått det stöd de behöver från sina arbetsgivare och hälso- och sjukvården.

Utvärderingen har genomförts av utskottets uppföljningsgrupp. Underlaget till utvärderingen har tagits fram inom riksdagsförvaltningen av utredaren Daniel Bjerstedt vid riksdagens forsknings- och utredningssekretariat i samarbete med föredragande Maria Norberg vid socialförsäkringsutskottets kansli. I arbetet har även utredaren Asmir Hajdarevic, praktikanten Kristin Löf, föredragande Madeleine Öhberg, sekretariatschef Thomas Larue och kanslichef Kari Hasselberg deltagit.

Uppföljningsgruppen överlämnar härmed sin rapport där vissa iakttagelser redovisas till socialförsäkringsutskottet.

Stockholm i november 2024

Sanne Lennström (S), sammankallande

Daniel Persson (SD)

Caroline Högström (M)

Isabell Mixter (V)

Martina Johansson (C)

Ingemar Kihlström (KD)

Märta Stenevi (MP)

Patrik Karlson (L)

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Uppföljningsgruppens iakttagelser	6
Det saknas systematisk uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen	6
Ovanligt med passiva sjukskrivningar på grund av stress och utmattning	7
Behov av ökad kunskap om vård och behandling av patienter med stress och utmattning.....	7
Det krävs ökat fokus på det förebyggande arbetet	7
Utveckla och bredda arbetet med samordning	8
1 Inledning	9
1.1 Syfte och frågeställningar.....	9
1.2 Metod och genomförande	10
1.2.1 Enkätstudie.....	11
1.2.2 Aktstudie	12
1.2.3 Resultatredovisning.....	13
1.2.4 Övrigt	14
2 Stress, sjukskrivning och rehabilitering	15
2.1 Stressrelaterad ohälsa	15
2.2 Allt fler sjukskrivna på grund av stress	17
2.2.1 Stressrelaterad ohälsa leder till långa sjukskrivningar	19
2.2.2 De som oftast drabbas av stressrelaterad ohälsa är kvinnor, 30 till 44 år som arbetar inom vård, skola och omsorg	20
2.3 Förklaring till ökningen av sjukskrivningar på grund av stress och utmattning.....	20
2.3.1 Ökad stress och press i arbetslivet.....	21
2.3.2 Diagnosglidning	21
2.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	23
2.4.1 Individens rättigheter och skyldigheter	23
2.4.2 Arbetsgivarens ansvar och roll	23
2.4.3 Hälso- och sjukvårdens ansvar och roll.....	24
2.4.4 Försäkringskassans ansvar och roll	25
2.4.5 Kommuners ansvar och roll	26
3 Orsaker till sjukskrivning och diagnoser	27
3.1 Diagnosförändringar under sjukskrivningen	27
3.2 Arbetet som bidragande orsak till sjukskrivning	29
4 Stöd och rehabilitering från arbetsgivaren	32
4.1 Interventionsstudier och beprövad erfarenhet.....	32
4.2 Dialog med arbetsgivaren.....	34
4.2.1 Vanligt att den som är sjukskriven har kontakt med arbetsgivaren.....	34
4.2.2 Försäkringskassan tar kontakt med arbetsgivaren i tre fall av fem	35
4.3 Stöd och anpassningar på arbetsplatsen.....	36
4.3.1 Många får anpassningar men det finns skillnader mellan olika grupper	37

4.3.2 Vanligt med anpassade arbetsuppgifter och arbetstider	38
4.4 Annan arbetslivsinriktad rehabilitering	41
4.4.1 Ovanligt med annan typ av arbetslivsinriktad rehabilitering	41
4.5 Om arbetsgivarens stöd upplevs som tillräckligt	42
4.5.1 Arbetsanpassningar avgörande för om stödet upplevs som tillräckligt	43
4.5.2 Strukturella förändringar av arbetsplatsen efterfrågas	44
5 Hälso- och sjukvårdens vård och behandling	46
5.1 Många olika typer av behandling	46
5.1.1 Vanligt med samtalskontakt och läkemedelsbehandling	47
5.1.2 Var du bor avgör till viss del vilken behandling du får	49
5.2 Om behandlingen upplevs som tillräcklig	51
5.2.1 Fyra av fem upplever att de i någon grad fått den vård de behöver	51
5.2.2 Kortare väntetider och ytterligare behandlingsinsatser efterfrågas	52
5.2.3 En av tre tror att bättre eller tidigare vård kunde ha påskyndat återgången till arbete	53
6 De sjukskrivna och framtiden	55
6.1 Upptrappning av arbetstid är vanligt	56
6.2 Andra faktorer som kan påverka återgång i arbete	59
6.2.1 Sociala faktorer påverkar förutsättningarna att återgå i arbete	59
6.3 Tron på den egna förmågan att arbeta i framtiden	62
6.3.1 En av tre tror att de kommer att behöva arbeta mindre i framtiden	62
7 Uppföljningsgruppens iakttagelser	64
7.1 Det saknas systematisk uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen	64
7.2 Ovanligt med passiva sjukskrivningar på grund av stress och utmattning	65
7.3 Behov av ökad kunskap om vård och behandling av patienter med stress och utmattning	65
7.4 Det krävs ökat fokus på det förebyggande arbetet	67
7.5 Utveckla och bredda arbetet med samordning	67
Referenser	69
Riksdagstryck	69
Forskning, myndighetsrapporter m.m.	69
Webbplatser	71
Intervjuer	72
<i>Bilaga</i>	
Teknisk rapport från SCB	73

Sammanfattning

Sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa har ökat stadigt sedan 2010 och står i dag för närmare hälften av alla pågående sjukfall. Det är främst antalet sjukskrivningar på grund av stressrelaterad ohälsa som ökar. Stressrelaterad ohälsa leder i många fall till långa sjukskrivningar. Personer som är sjukskrivna länge behöver ofta stöd och rehabilitering från flera aktörer för att kunna återgå i arbete.

Kunskapen är i dag begränsad om vilket stöd de sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa faktiskt får och vad som fungerar för att hjälpa dem tillbaka till arbete. Detta gäller såväl stöd från arbetsgivaren i form av arbetslivsinriktad rehabilitering som vård, behandling och rehabilitering från hälso- och sjukvården. Denna rapport är en del av kunskapsuppbyggnaden på området och syftar till att ge socialförsäkringsutskottet ett kunskapsunderlag inför framtida beredning av ärenden som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Resultaten som presenteras i rapporten bygger huvudsakligen på enkätsvar från ett stort antal sjukskrivna personer och på en studie av Försäkringskassans sjukskrivningsakter. Resultaten visar att fyra av fem personer som varit sjukskrivna en längre tid på grund av stressrelaterad ohälsa får någon form av arbetsanpassningar för att underlätta återgången i arbete. Endast var tredje anser att de i hög grad fått det stöd de behöver för att återgå i arbete. Många efterfrågar ytterligare åtgärder. Främst handlar det om åtgärder för att lösa strukturella arbetsmiljöproblem på arbetsplatsen. Resultaten visar också att i stort sett alla som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa får någon form av behandling. Det finns dock stora variationer i den behandling som ges. Endast en dryg tredjedel uppger att de i hög grad fått den vård och behandling som de behöver. Många tror att de hade kunnat börja arbeta tidigare om de fått en bättre eller tidigare vård.

Uppföljningsgruppens iakttagelser

Ohälsa på grund av stress och utmattning är i dag ett stort samhällsproblem som det är viktigt att försöka åtgärda. Nästan 80 procent av alla som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa är kvinnor. Därmed är det också en fråga om jämställdhet.

Det saknas systematisk uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Rehabiliteringstanken är en bärande komponent i dagens sjukförsäkringssystem. I dag saknas information om vilken arbetslivsinriktad rehabilitering sjukskrivna får, t.ex. i form av registerdata. Därför vill utskottets uppföljningsgrupp betona vikten av att inrätta en systematisk och återkommande

uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, t.ex. genom återkommande enkätundersökningar, för att kunna följa utvecklingen över tid. Utan sådan uppföljning saknas vital information för att kunna bedöma hur väl sjukförsäkringssystemet fungerar.

Ovanligt med passiva sjukskrivningar på grund av stress och utmattning

En passiv sjukskrivning, utan planering eller rehabilitering, kan leda till social isolering och risk för förlorad försörjning. Då sjukskrivningar på grund av stress och utmattning tenderar att bli långa får de ur detta perspektiv betraktas som en riskfaktor. Mot bakgrund av studiens resultat kan utskottets uppföljningsgrupp konstatera att det är mycket ovanligt med långa sjukskrivningar på grund av stress och utmattning utan att det åtminstone görs försök till aktivering och återgång i arbete.

Behov av ökad kunskap om vård och behandling av patienter med stress och utmattning

I dag finns det inte något vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling för de vanligaste stressrelaterade diagnoserna. Mycket tyder på att den behandling som ges styrs av vad som finns tillgängligt på den aktuella vårdenheten, av den enskilda behandlarens syn på vad som fungerar och av vad patienten efterfrågar.

Utskottets uppföljningsgrupp gör bedömningen att det är av yttersta vikt att öka kunskapen om vilken eller vilka former av behandling som fungerar för att hjälpa patienter som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning. Därför ser vi positivt på fortsatta satsningar på forskning inom området, gärna med särskilt fokus på regionala skillnader och företagshälsovårdens betydelse för tillgången till effektiv vård och behandling. Vi ser också ett behov av kunskapshöjande insatser inom primärvården, där merparten av alla dessa patienter får sin behandling och där merparten av alla sjukskrivningar hanteras.

Slutligen finns det anledning att lyfta upp det försäkringsmedicinska perspektivet, dvs. hälso- och sjukvårdens handläggning av sjukskrivningen. Även i detta sammanhang tycks det finnas behov av kunskapshöjande insatser.

Det krävs ökat fokus på det förebyggande arbetet

Många av dem som har besvarat enkäten uppger att de brister i arbetsmiljön, t.ex. i form av osunda prestationskrav, kronisk underbemanning, trakasserier eller mobbing, som bidrog till sjukskrivningen fortfarande finns kvar när det är dags att återgå helt i arbete. Då spelar de så vanligt förekommande tillfälliga arbetsanpassningarna mindre roll.

Det är uppföljningsgruppens bedömning att en förbättrad psykosocial arbetsmiljö skulle förebygga många sjukskrivningar men också förbättra

förutsättningarna för att kunna komma tillbaka i arbete efter en sjukskrivning. Betydelsen av att fokusera på förebyggande åtgärder accentueras av det faktum att vi i dag inte vet om det finns någon behandling – och i så fall vilken – som är verksam för denna patientgrupp.

Utveckla och bredda arbetet med samordning

Studien visar att en tredjedel av dem som är sjukskrivna en längre period på grund av stress och utmattning anser att det finns faktorer i deras privatliv som förhindrar att de återgår helt i arbete. Det handlar ofta om att den som är sjukskriven har omvårdnadsansvaret för ett barn eller annan anhörig med särskilda behov, men det kan också handla om skilsmässor, vårdnadstvister eller liknande. Det kan således handla om en kombination av arbetsrelaterade och privata faktorer. Oavsett orsak kan individen utveckla de symtom som ingår i kriterierna för de olika stressrelaterade diagnoserna. I dylika fall kan insatser från andra aktörer än arbetsgivaren vara avgörande för om den enskilde kommer att kunna återgå helt i arbete.

Utskottets uppföljningsgrupp vill därför understryka vikten av att Försäkringskassan fortsätter att utveckla och bredda arbetet med samordningsuppdraget, t.ex. genom att genomföra fler avstämningsmöten där alla aktörer som kan bidra till att den enskilde återfår sin arbetsförmåga deltar.

1 Inledning

Sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa har ökat stadigt sedan 2010 och står i dag för närmare hälften av alla pågående sjukfall. Det är främst antalet sjukskrivningar på grund av stressrelaterad ohälsa som ökar.

Det är ett känt faktum att sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser blir längre än för övriga diagnoser. Den genomsnittliga längden är närmare 90 dagar för sjukfall med psykiatriska diagnoser, vilket kan jämföras med 49 dagar för samtliga diagnoser.¹ För personer med stressrelaterad ohälsa är motsvarande siffra 95 dagar.²

Att stressrelaterad ohälsa i många fall leder till långa sjukskrivningar kan få allvarliga ekonomiska, sociala och psykologiska konsekvenser för den enskilde. Forskning har t.ex. visat att långtidssjukskrivningar medför en ökad risk för arbetslöshet och förtidspensionering oberoende av den enskildes hälso-tillstånd.³ För samhället är kostnaderna också betydande i form av produktionsbortfall och sjukpenningutgifter. Stressrelaterad ohälsa stod 2022 för ca 20 procent av sjukpenningutgifterna, knappt 8 miljarder kronor.⁴

Personer som är sjukskrivna länge behöver ofta stöd och rehabilitering från flera aktörer för att kunna återgå i arbete. Hälso- och sjukvården ansvarar för att ge rätt vård och behandling. Arbetsgivaren ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, vilket innebär att ge stöd och vidta åtgärder på arbetsplatsen för att möjliggöra en återgång i arbete. Försäkringskassan ska se till att den som är sjukskriven får den rehabilitering som behövs, oavsett vem som tillhandahåller den.

Kunskapen är i dag begränsad om vilket stöd de sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa faktiskt får och vad som fungerar för att hjälpa dem tillbaka till arbete. Mot bakgrund av de senaste årens utveckling – allt fler sjukskrivna på grund av stress och utmattning och allt längre sjukfall – är det viktigt att denna kunskapslucka fylls. Den här studien är ett bidrag till kunskapsuppbyggnaden på området.

1.1 Syfte och frågeställningar

Enligt 4 kap. 8 § regeringsformen ska varje utskott följa upp och utvärdera riksdagsbeslut inom utskottets ämnesområde. Av förarbetena framgår att utskottens uppföljning och utvärdering av riksdagsbesluten inom sitt ämnesområde ingår i riksdagens granskning av rikets styrelse och förvaltning.⁵

¹ Försäkringskassan (2023). *Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv*. Försäkringskassans korta analyser 2024:6, s. 4.

² Uppgiften baseras på data från Försäkringskassan om längden på sjukfall som startade 2021.

³ Hultin, H., Lindholm, C., Möller, J. (2012). "Is there an association between long-term sick leave and disability pension and unemployment beyond the effect of health status? A cohort study", *PloS one*, 7 (4), s. e35614.

⁴ Försäkringskassan (2023). *Vad kostar olika sjukdomar?* Försäkringskassans korta analyser 2023:7.

⁵ Se prop. 2009/10:80 s. 117.

Riksdagen har även tidigare beslutat om riktlinjer för utskottens arbete med uppföljning och utvärdering.⁶ Av riktlinjerna framgår bl.a. att uppföljning och utvärdering bör fungera som ett instrument för att bedöma vilka eventuella justeringar som kan behövas i budget eller lagstiftning.

Socialförsäkringsutskottet beslutade den 13 juni 2023 att med utgångspunkt i den förstudie som utskottets uppföljningsgrupp tagit fram genomföra en huvudstudie i frågan om insatser för arbetslivsinriktad rehabilitering hos försäkrade som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa.⁷

Syftet med studien är att ge socialförsäkringsutskottet ett kunskapsunderlag inför framtida beredning av ärenden som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Rapportens huvudsakliga frågeställningar är:

- Vilket stöd och vilken arbetslivsinriktad rehabilitering får personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa av sin arbetsgivare?
- Får de det stöd och den arbetslivsinriktade rehabilitering de behöver för att kunna återgå i arbete?
- Vilken behandling och rehabilitering får personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa av hälso- och sjukvården?
- Får de den behandling och rehabilitering de behöver för att kunna återgå i arbete?

1.2 Metod och genomförande

Utvärderingen bygger på dokumentstudier, registerdata, intervjuer med forskare, en enkätstudie och en aktstudie.

Relevanta rapporter och artiklar på området har inhämtats och lästs. Informationen i dessa används dels som bakgrundinformation, dels som utgångspunkt för insamlingen av ny empiri. Registerdata har beställts från Försäkringskassan. Den används för att ge en översiktlig bild av de som sjukskrivs på grund av stressrelaterad ohälsa.

Fyra forskare har intervjuats för studien⁸, dels för att ge fördjupad kunskap om det aktuella forskningsläget om behandling och återgång i arbete, dels för att diskutera hur resultatet av denna studie kan tolkas. Delar av studiens empiriska underlag presenterades den 14 maj 2024 för en grupp forskare på Institutet för stressmedicin som kom med värdefulla inspel och kommentarer.

Då det saknas nationella heltäckande registeruppgifter om behandlings- och rehabiliteringsinsatser har uppgifter om vilka insatser som förekommer inhämtats genom en enkät till sjukskrivna personer och genom en studie av Försäkringskassans sjukskrivningsakter. I det följande beskrivs genomförandet av enkätstudien och aktstudien mer i detalj.

⁶ Se främst. 2005/06:RS3, bet. 2005/06:KU21.

⁷ Se socialförsäkringsutskottets protokoll 2022/23:31.

⁸ Se stycke 1.2.4 för en förteckning över de forskare som har intervjuats.

1.2.1 Enkätstudie

Riksdagsförvaltningen har i samarbete med Försäkringskassan gett Statistiska centralbyrån (SCB) i uppdrag att genomföra en enkätundersökning med syftet att undersöka sjukskrivna personers erfarenheter av rehabilitering och återgång i arbete.

Enkäten består av totalt 23 frågor. Den består bl.a. av frågor om stöd, anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen och om sjukvård och behandling. Enkätfrågorna har tagits fram i samarbete med Försäkringskassan.

Till enkätsvaren har fogats registeruppgifter på individnivå. Därför inkluderar undersökningen även uppgifter om de svarandes

- kön
- ålder
- utbildning
- bransch
- antal anställda
- kommun
- diagnos vid sjukfallets start
- diagnos vid dag 180 i sjukfallet
- grad av sjukpenning dag 1, 90 och 180 i sjukfallet.

Enkäten skickades till ca 10 200 personer i oktober 2023. Populationen består av personer som inlett en sjukskrivning i mars eller april 2023 och som var fortsatt sjukskrivna i september 2023.⁹ Vidare har populationen avgränsats till att enbart inkludera personer som var anställda med sjuklön när sjukskrivningen inleddes.¹⁰ Ingen av dem som ingår i populationen har heller haft sjukpenning eller rehabiliteringspenning under de tre månader som föregick sjukfallet.

Populationen har följaktligen avgränsats till att bestå av anställda med pågående sjukfall som varit sjukskrivna under en längre period. Detta har gjorts för att det ska finnas en arbetsgivare med ett tydligt rehabiliteringsansvar och för att sjukfallen ska vara tillräckligt långa för att rehabilitering ska kunna aktualiseras och påbörjas. Anledningen till att enkäten gått ut till personer med pågående sjukfall är för att de ska kunna komma ihåg vad som har hänt under sjukskrivningsprocessen.

Detta innebär samtidigt vissa begränsningar. Enkätundersökningen lämpar sig inte som underlag för att uttala sig om alla sjukfall med stressrelaterad ohälsa. Mer än 75 procent av dessa sjukskrivningar blir aldrig så långa som 180 dagar. Fokus läggs i stället på dem med långa sjukfall som har störst behov av stöd och rehabilitering för att kunna återgå i arbete. Det är heller inte möjligt att uttala sig om effekterna av olika rehabiliteringsinsatser, bl.a. på grund av

⁹ På grund av vissa eftersläpningar i Försäkringskassans system inkluderades även en del personer som faktiskt avslutat sin sjukskrivning innan den 1 september. Detta var inte möjligt att avgöra då uttaget gjordes i september 2023. Efterkontrollen visar dock att alla utom två av de svarande hade ett pågående sjukfall den 22 augusti 2023.

¹⁰ Timanställda, daglönade, studenter, föräldralediga, egenföretagare med enskild firma och kombinatorer har exkluderats.

att sjukfallen är pågående och att det därför saknas uppgifter om hur långa de blir.

Enkäten gick ut till alla personer som uppfyllde ovannämnda kriterier och är därför en totalundersökning. Enkäten skickades som en kombinerad webb- och postenkät och innehöll ett utskick och tre påminnelser. Totalt svarade 4 156 personer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 40,7 procent. Av de svarande var 1 349 personer sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Inom denna grupp var svarsfrekvensen något högre än för övriga svarande och uppgick till 45,1 procent.¹¹ Det är den sistnämnda gruppen som står i centrum för analysen i denna rapport. Övriga svarande fungerar endast som jämförandegrupp.

1.2.2 Aktstudie

Aktstudiens empiri utgörs av 200 sjukpenningakter. Akterna har granskats för att undersöka vilken hjälp de som blir sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa får för att kunna återgå i arbete.

I Försäkringskassans ärendehanteringssystem finns en akt för varje sjukskrivna person. I akterna samlas alla inkommande handlingar i det enskilda ärendet, t.ex. ansökningshandlingar, läkarutlåtande och arbetsgivarens plan för återgång i arbete (i de fall den skickats in till Försäkringskassan). Akterna består också av de journalanteckningar som handläggarna på Försäkringskassan upprättar, t.ex. efter kontakter och möten med den försäkrade, arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården. Detta gör att aktstudien är ett bra komplement till enkätstudien. Den inhämtade informationen bygger här på dokument och anteckningar som upprättas när olika händelser inträffar och är på så sätt inte beroende av hur enskilda minns en situation. Akterna innehåller också en hel del bakgrundinformation om personernas hälsotillstånd och arbets- och hemsituation, vilket fördjupar förståelsen för vad det innebär att vara sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa.

Alla ärenden som granskats gällde personer som hade varit sjukskrivna i 180 dagar i maj 2023. Akterna lämnades ut från Försäkringskassan i september 2023, och då innehöll populationen både pågående och avslutade ärenden. Urvalet begränsades till ärenden där den som är sjukskrivna är anställd och har nedsatt arbetsförmåga på grund av stressrelaterad ohälsa (diagnoskod F43). Antalet ärenden som uppfyllde dessa kriterier var 2 360. De studerade ärendena utgörs följaktligen av ett slumpmässigt urval om knappt 9 procent av den totala populationen. Populationen är vidare konstruerad så att den ska vara jämförbar med dem som besvarat enkäten och som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa.

Av de 200 akter som granskats inkluderas 186 i den aktuella redovisningen. Anledningen till att 14 akter har exkluderats från analysen är att de inte uppfyllde de ursprungliga urvalskriterierna. Den vanligaste anledningen var att sjukfallen i praktiken avslutats långt innan dag 180 i rehabiliteringskedjan. Det

¹¹ I bilaga 1 finns en utförlig beskrivning av bortfallet.

fanns också fall där den sjukskrivne personen var arbetslös när sjukfallet inleddes. Enligt Försäkringskassan handlar det sannolikt om felregistreringar i deras system.

Aktstudien har genomförts av tre medarbetare på riksdagens utvärderings- och forskningssektariat. Efter att ett granskningsformulär upprättats testgranskades ett antal akter för att säkerställa att frågorna gick att besvara utifrån den information som finns i akterna och för att uppnå en samsyn mellan granskarna. Granskningsformulärets frågor består huvudsakligen av fasta svarsalternativ. På så sätt konverteras texten i akterna till data som går att analysera kvantitativt. Granskningsformuläret består även av en uppsättning öppna frågor med fritextsvar. Dessa hanteras som kvalitativa data.

Den information som hämtats från akterna är, utöver rena bakgrundsfakta, uppgifter om upptrappning av arbetstid, hälso- och sjukvårdens insatser, arbetsgivarnas insatser och planering samt Försäkringskassans samordnande insatser. Uppgifter om hur sjukdomstillståndet har diagnostiserats mellan dag 1 och dag 180 i sjukfallet har också samlats in.

En begränsning med såväl denna som andra aktstudier är att det endast är möjligt att fånga den information som finns dokumenterad i akterna. Därför bör aktstudien kompletteras med andra datakällor. I den här studien består denna komplettering av den ovan beskrivna enkätundersökningen, som riktar sig till en jämförbar population av personer med erfarenheter av att vara sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa.

1.2.3 Resultatredovisning

I kapitel 3 till 6 redovisas resultaten av enkätstudien och aktstudien. Resultatredovisningen är uppbyggd efter enkätfrågorna. Resultaten från aktstudien används för att komplettera analysen av enkätsvaren. Det framgår då i texten när informationen är hämtad från aktstudien. Om inget annat nämns är det resultatet från enkätstudien som presenteras.

I rapporten redovisas analysen av enkätundersökningen som beskriver skillnader mellan olika grupper. Vissa resultat redovisas i tabellform, andra bara i text. Grupper som genomgående jämförts för alla enkätfrågor är följande:

- Diagnosgrupper: Stressrelaterade diagnoser, Övriga diagnoser.
- Kön: Kvinnor, Män.
- Utbildningsnivå: eftergymnasial utbildning, ej eftergymnasial utbildning.
- Åldersgrupper: 19–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60 år eller äldre.
- Branschtilhörighet¹²: Handel, Offentlig förvaltning, Tillverkning, Utbildning, Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik, Vård och omsorg; sociala tjänster, Övriga.

¹² Enligt Standard för svensk näringsgrensindelning, SNI 2007.

- Kommungrupper: Storstäder och storstadsnära kommuner, Större städer och kommuner nära större stad och Mindre städer/tätorter och landsbygds-kommuner.

För samtliga resultat har det tagits fram konfidensintervall, för att se om resultaten skiljer sig åt mellan de olika grupperna på ett sätt som är statistiskt säkerställt. En 95-procentig konfidensgrad har använts. När det står i texten att det finns samband är det alltid statistiskt säkerställt. Kommenteras inte en skillnad, t.ex. mellan svarande bosatta i olika typer av kommuner, kan läsaren utgå från att tester har genomförts men inte visat på några statistiskt säkerställda skillnader.

Även i en totalundersökning uppkommer bortfallsskevheter när alla inte svarar och om personerna i bortfallet avviker från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna. För att reducera bortfallsskevheter används viktade resultat genomgående vid redovisningen av enkätsvaren.¹³ Konfidensintervallen är beräknade på data med kalibreringsvikter. Undersökningen innehåller också ett s.k. internt bortfall. Det beror på att alla svarande inte har besvarat alla frågor. Det interna bortfallet är litet och bedöms inte påverka studiens resultat.¹⁴

1.2.4 Övrigt

De forskare som har intervjuats för studien har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till rapporten: Anja Beno, doktorand, läkare och specialist i allmänmedicin, Institutet för stressmedicin, Västragötalandsregionen och allmänmedicinska stressmottagningen; Elisabeth Björk Brämberg, docent i arbetsmedicin och forskare, Sahlgrenska Akademien; Susanne Ellbin, specialistpsykolog, Institutet för stressmedicin, Västragötalandsregionen samt Anna Finnes, medicine doktor och legitimerad psykolog, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet och Akademiskt Primärvårdscentrum, Liljeholmens Vårdcentral. Även företrädare för Försäkringskassan har fått tillfälle att faktagranska och lämna synpunkter på ett utkast till rapporten.

¹³ I bilaga 1 finns en beskrivning av bortfallet och hur det har hanterats inom ramen för enkätstudien. Det är SCB som har räknat fram kalibreringsvikter för att minska bortfallsskevheter.

¹⁴ Alla utom en fråga har en intern svarsfrekvens på 98–100 procent. Undantaget är en fråga om det finns andra saker än hälsa som försvårar återgången i arbete, som besvarats av 86 procent av respondenterna.

2 Stress, sjukskrivning och rehabilitering

I detta kapitel ges en bakgrund till de ämnen som tas upp i rapporten. Först ges en kort introduktion till de olika diagnoser som ryms under begreppet stressrelaterad ohälsa. På det följer en beskrivning av utvecklingen av antalet sjukskrivningar på grund av stressrelaterad ohälsa och ett stycke om vilka förklaringar som finns till utvecklingen. Kapitlet avslutas med en kort beskrivning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och dess aktörer.

2.1 Stressrelaterad ohälsa

Stressreaktioner hos en individ uppstår vid olika typer av utmaningar och leder till kroppsliga förändringar, t.ex. ökad puls och höjt blodtryck. Detta ger individen ökad energi som kan användas för att undkomma faror eller lösa olika typer av utmaningar. Måttliga nivåer av stress kan förbättra prestationsförmågan, medan höga stressnivåer eller långvarig stress kan orsaka sjukdomstillstånd.

Den enklaste principen för att sortera bland de sjukdomstillstånd som kan orsakas av stress är vilken typ av stress som orsakat ohälsan: Rör det sig om en akut händelse, och är den i så fall en livskris av den sort som vi alla kan råka ut för? Rör det sig om någonting utanför det förväntade, som kanske är livshotande? Rör det sig om långvariga stressande omständigheter, som inte är direkt livshotande men som inte medger någon tid för återhämtning?¹⁵

Denna orsaksprincip är den som används i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD, som beskriver olika typer av stressrelaterad ohälsa under koden F43: anpassningsstörning (F43.2), akut stressyndrom (F43.0), posttraumatiskt stressyndrom (F43.1), utmattningssyndrom (F43.8A), andra reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom (F43.8W) och reaktion på svår stress, ospecificerad (F43.9). Eftersom dessa diagnoser beskriver tillstånd med delvis olika symtombild och olika förlopp, är det viktigt att skilja dem åt.¹⁶

Anpassningsstörning (sorgereaktion, livskris) (F43.2)

En anpassningsstörning innebär försvårad eller fördröjd anpassning till förändrade livsomständigheter eller en belastande livssituation. Anpassningsstörning är ofta blandad med ångestsymtom, depressiva, eller psykosomatiska symtom, utan att fylla diagnoskriterier för ångestsyndrom eller en egentlig depression. Symtom i form av oro och ångest kan förekomma under lång tid efter en svår sorg eller annan krisreaktion, men funktionen återvinns vanligtvis efter kort tid. Prognosen är god.¹⁷

¹⁵ Åsberg, M. m.fl. (2011). "Psykiskt sjuk av stress ... diagnostik, patofysiologi och rehabilitering", *Läkartidningen* nr 36 2011 volym 108, s. 1680.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för anpassningsstörning: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/anpassningsstornig-livskris-sorgreaktion/>.

Akut stressreaktion (F43.0)

Akut stressreaktion är en övergående reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning (t.ex. relaterat till krig, naturkatastrofer, terrorism, tortyr, våldtäkt, väpnat rån, kidnappning) hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom. Dissociativa symtom är vanliga, t.ex. en upplevelse av att stå utanför och se på, en känsla av avskärmning eller ett totalt förnekande av det inträffade. Tillståndet uppkommer i anslutning till traumat och klingar vanligen av inom ett par dagar. Prognosen är vanligtvis god, men tillståndet kan utvecklas till ett posttraumatiskt stressyndrom, depression eller annan psykisk eller somatisk sjukdom med sämre prognos.¹⁸

Posttraumatiskt stressyndrom (F43.1)

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på ett trauma av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag. Definitionsmässigt används diagnosen först fyra veckor efter traumat. Symtomen kan utvecklas efter ett långt fritt intervall. Karakteristiska symtom är s.k. flashbacks (återupplevande av den traumatiska situationen), dagtid eller nattetid (som mardrömmar), ett fobiskt undvikande av situationer som påminner om traumat samt generella spänningssymtom och försämrad affektkontroll. Prognosen är bättre för nydebuterade fall som snabbt kommer under behandling. För en minoritet blir tillståndet kroniskt, ibland fluktuerande och någon gång livslångt.¹⁹

Utmattningsyndrom och andra reaktioner på svår stress (F43.8A och F43.8W)

Utmattningsyndrom innebär uttalad fysisk och psykisk utmattningsyndrom efter långvarigt stresspåslag. Den akuta fasen föregås av en fas som kan pågå i flera år med fluktuerande symtom. Det akuta insjuknandet innebär allvarligare stadier av psykisk och fysisk utmattningsyndrom, med en avancerad symtombild. Den akuta fasen avklingar vanligen inom några veckor för att ersättas av en återhämtningsfas, som kan pågå i många år med kvardröjande symtom och uttalad stressintolerans. Till symtombilden hör omfattande och funktionsnedsättande kognitiva störningar, ofta i kombination med uttalade affektiva problem (gränsande till depression eller ångestsjukdom), samt olika somatiska symtom.²⁰ Diagnoskoden F43.8W kan användas där identifierbar stressbelastning finns, med klara symtom och stort lidande samt nedsatt funktion, men den kliniska bilden inte är entydig med utmattningsyndrom.²¹

¹⁸ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för akut stressreaktion: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/akut-stressreaktion/>.

¹⁹ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för PTSD: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/posttraumatiskt-stressyndrom/>.

²⁰ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för utmattningsyndrom: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/utmattningsyndrom/>.

²¹ Enligt Institutet för stressmedicin: https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/for_vardgivare/diagnostik/.

Reaktion på svår stress, ospecificerad (F43.9)

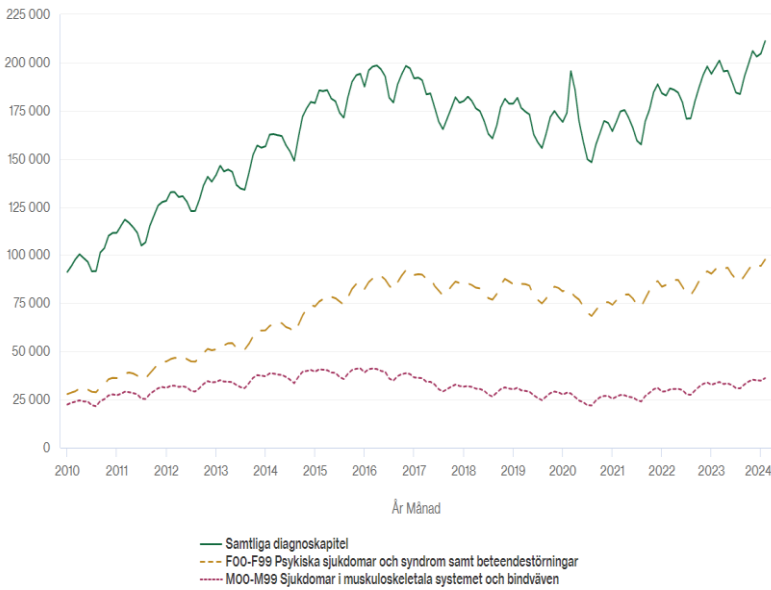
Sjukdomsklassificeringen innehåller ytterligare en kategori, F43.9 reaktion på svår stress, ospecificerad. Denna diagnos används vanligen under en kort tid vid stress/krisreaktion, när inte kriterierna för 43.0 akut stressreaktion, F43.2 anpassningsstörning eller F43.8 utmattningssyndrom är uppfyllda.

2.2 Allt fler sjukskrivna på grund av stress

I detta avsnitt ges en kortfattad beskrivning av utvecklingen av antalet sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa samt av vilka grupper det är som huvudsakligen drabbas.

Antalet sjukskrivningar till följd av psykisk ohälsa ökade kraftigt mellan 2010 och 2016. De psykiatriska diagnoserna står sedan dess för cirka en tredjedel av alla startade sjukfall och cirka hälften av alla pågående sjukfall.²² I Sverige är det 1,7 procent av befolkningen i arbetsför ålder som någon gång under ett år är sjukskriven med en psykiatrisk diagnos.²³

Diagram 1 Antalet pågående sjukfall 2010–2024²⁴



Under 2016 avtog ökningen av sjukfall till följd av psykisk ohälsa för att under 2017 vända nedåt. Därefter stabiliserades utvecklingen under slutet av 2018

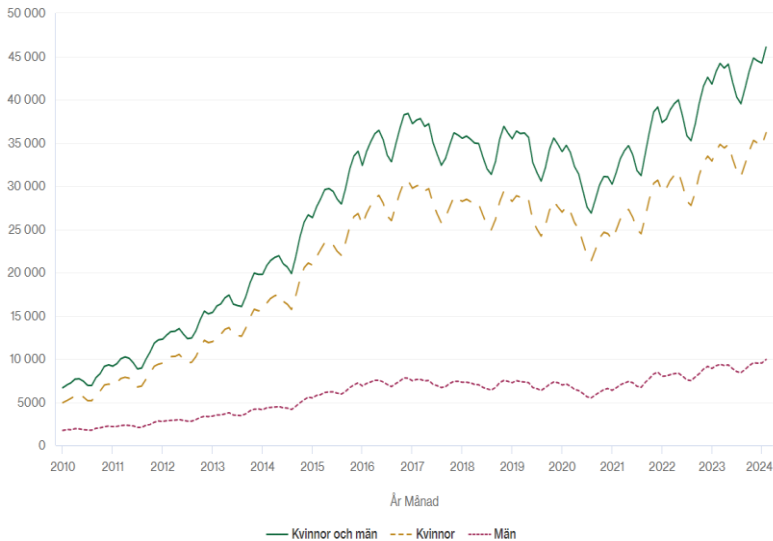
²² Att det ser ut så beror framför allt på att de som blir sjukskrivna för psykisk ohälsa i snitt är sjukskrivna längre än de som blir sjukskrivna för andra sjukdomar.

²³ Försäkringskassan (2020) *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser – En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020, s. 17.

²⁴ Försäkringskassans statistikdatabas, uttag 2024-08-15.

och 2019.²⁵ Den senaste statistiken visar att det skedde en minskning av sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa under pandemiåren 2020 och 2021, men att det sedan skett en ökning igen, främst när det gäller antalet sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser.²⁶ I februari 2024 fanns det ca 97 700 pågående sjukfall med psykiatriska diagnoser, varav ca 46 000 (47 procent) utgjordes av sjukfall med stressrelaterad ohälsa.

Diagram 2 Antalet pågående sjukfall med stressrelaterad ohälsa (F43) 2010–2024²⁷



Av diagrammet ovan framgår tydligt hur många fler som i dag är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa än vad som var fallet för bara tio år sedan. Det är också tydligt att tillväxtkurvan varit extra brant under de senaste tre åren och att ökningen är särskilt stor bland kvinnor.

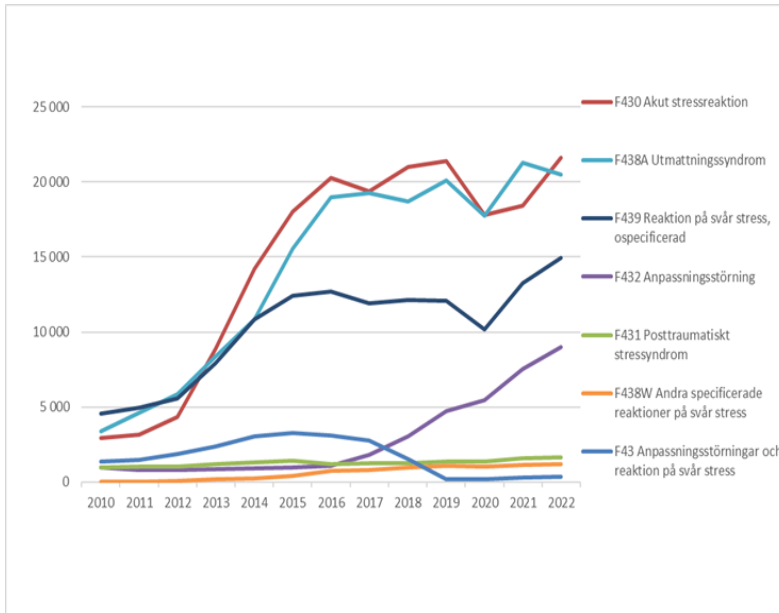
Som nämnts tidigare kan den stressrelaterade psykiska ohälsan delas upp i en rad olika tillstånd med specifika diagnoser. Av diagrammet nedan (3) framgår att det särskilt är tre diagnoser som driver utvecklingen. Diagram 3 visar antalet påbörjade sjukfall inom respektive diagnos. Den största ökningen står diagnosen F43.0 akut stressreaktion för. Därefter följer F43.8A utmattningssyndrom och F43.9 reaktion på svår stress, ospecificerad. Även antalet sjukfall med diagnosen F43.2 anpassningsstörningar har ökat mycket. Följaktligen har det skett en kraftig ökning av antalet sjukskrivningar som orsakas av att personer utsätts för såväl kortvarig som långvarig stress.

²⁵ Försäkringskassan (2020) *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020*, Svar på regeringsuppdrag dnr 001382–2020, s. 37.

²⁶ Försäkringskassan (2022) *Stressrelaterade sjukskrivningar ökar igen efter pandemin*, nyhetsartikel på Försäkringskassans webbplats: <https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2022-10-24-stressrelaterade-sjukskrivningar-okar-igen-efter-pandemin>.

²⁷ Försäkringskassans statistikdatabas, uttag 2024-08-15.

Diagram 3 Antalet påbörjade sjukfall med specifika diagnoser, stressrelaterad ohälsa, 2010–2022²⁸



2.2.1 Stressrelaterad ohälsa leder till långa sjukskrivningar

Psyksiska sjukdomar innebär mer långvariga sjukfall jämfört med andra diagnosgrupper. Medianlängden för dessa sjukfall har också ökat påtagligt den senaste tioårsperioden, från 75 dagar till 90 dagar. Medianlängden för alla diagnoser är 49 dagars sjukskrivning för både kvinnor och män.²⁹ Medianlängden för sjukfall med stressrelaterade diagnoser som startade 2021 är 95 dagar.

Det finns dock stora skillnader i sjukfallslängd inom gruppen som är sjukskriven på grund av stress och utmattning. Längst blir sjukfall med diagnoserna posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom. Här blir den genomsnittliga sjukfallslängden ungefär 150 dagar. En viktig skillnad mellan dessa diagnoser är att posttraumatiskt stressyndrom är en ovanlig diagnos bland de sjukskrivna som inte har ökat nämnvärt över tid. Utmattningssyndrom är däremot en av de vanligaste stressrelaterade diagnoserna som har ökat kraftigt under åren 2010–2024.

²⁸ Statistik från Försäkringskassan, mottaget den 3 april 2023.

²⁹ Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser – En registerstudie över Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020, s. 46.

2.2.2 De som oftast drabbas av stressrelaterad ohälsa är kvinnor, 30 till 44 år som arbetar inom vård, skola och omsorg

Kvinnor har 40 procent högre risk än män att påbörja ett sjukfall på grund av stressrelaterad ohälsa.³⁰ Enligt Försäkringskassans månadsstatistik utgjorde kvinnor 78 procent av alla pågående sjukfall med stress och utmattning i februari 2024. Det finns ingen enkel eller entydig förklaring till varför kvinnor är sjukskrivna så mycket mer än män. Tidigare studier har lyft fram en högre grad av dubbelarbete bland kvinnor samt bristande jämställdhet som viktiga faktorer.³¹ Den könsuppdelade arbetsmarknaden har också lyfts fram som av avgörande betydelse. I kvinnodominerade sektorer finns påfrestningar i arbetsmiljön eller arbetssituationen som ökar risken för sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser.³²

Generellt sett är risken för sjukskrivning kopplad till stigande ålder. Detta gäller emellertid inte för psykisk ohälsa. Den högsta sjukskrivningsrisken för stressrelaterad ohälsa finns i åldern 30 till 44 år.³³ En möjlig förklaring till att stressrelaterad ohälsa drabbar personer i denna åldersgrupp är att det ofta är då föräldraskap ska balanseras med yrkesarbete, även om föräldraskap generellt sett inte nämnvärt ökar risken för sjukskrivning.³⁴

Inom branscherna offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg finns en generellt förhöjd risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa och specifikt på grund av stressrelaterad ohälsa.³⁵ Viktigt att påpeka är att riskyrken är generella för kvinnor och män. Även män löper alltså en ökad sjukskrivningsrisk inom vård, skola och omsorg. Att vissa yrkesgrupper är överrepresenterade bland sjukskrivna brukar förklaras med att deras arbeten ställer höga krav men erbjuder låg kontroll över den egna arbetssituationen. Studier visar att andelen sysselsatta som upplever att de har ett spännande arbete (hög krav och liten kontroll) är som högst inom kontaktyrken (vård, skola och omsorg).³⁶

2.3 Förklaring till ökningen av sjukskrivningar på grund av stress och utmattning

Det finns ingen enkel eller entydig förklaring till varför antalet sjukskrivningar på grund av stress och utmattning har ökat så mycket. Mycket tyder i stället på att förklaringen är komplex och beroende av en rad samverkande faktorer.

³⁰ Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser – En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020, s. 23.

³¹ *Ibid.*

³² Bostrom, M. och Hensing, G. (2020). "Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad åren 2010–2019", Bilaga 2 i Jämställdhetsmyndigheten (2021:2). *Psykisk ohälsa och andra aspekter av ohälsa*.

³³ Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser – En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020, s. 24.

³⁴ *Ibid.*, s. 30. Endast för personer med fyra eller fler barn finns en ökad sjukskrivningsrisk, men då inte specifikt på grund av psykisk eller stressrelaterad ohälsa.

³⁵ *Ibid.* s. 33.

³⁶ Hartman, L. och Odmark, P. (2019). *Arbetsmiljö, organisation och hälsa – hur hänger det ihop och varför?* Sveriges företagshälsor.

I detta avsnitt beskrivs två vanligt förekommande förklaringar, som på intet sätt utesluter varandra.

2.3.1 Ökad stress och press i arbetslivet

En förklaringsfaktor som brukar lyftas fram är den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, som i forskning visat sig ha en tydlig koppling till psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Utvecklingen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har varit negativ sedan 1990-talet i Sverige. Allt fler upplever negativ stress på arbetet, dvs. en obalans mellan ökade krav och tillräckliga resurser i form av autonomi, lärande och socialt stöd.³⁷ Risken att sjukskrivas för stressrelaterad ohälsa är särskilt stor i s.k. kontaktyrken, dvs. yrken som bygger på kontakt med andra människor. Kontaktyrken är vanliga bl.a. inom vård, skola, omsorg och sociala tjänster. Kontaktyrken har ofta hög arbetsbelastning och höga känslomässiga krav.

Vad denna förklaring pekar på är att det ökande antalet sjukskrivningar på grund av stress och utmattning kan vara en naturlig reaktion på förändringar i samhället. Det kan då även tänkas handla om andra samhällsförändringar som inte enbart är kopplade till yrkeslivet, såsom krav på oss att hantera ett ständigt ökande informationsflöde. Men det är egentligen ingen som tror att detta är den enda förklaringen till att allt fler blir sjukskrivna till följd av stressrelaterad ohälsa.

2.3.2 Diagnosglidning

En annan vanlig förklaring är att det skett en ökning av användandet av de stressrelaterade diagnoserna bland sjukskrivande läkare, alltså att tillstånd som tidigare kanske hade diagnostiserats som t.ex. depression, ångest eller fibromyalgi i dag kategoriseras som ett stressutlöst tillstånd.

Den ökade användningen av diagnoserna kan i sin tur ha att göra med att läkare och patienter fått ökad kännedom om diagnoserna. Detta är inte så konstigt med tanke på att en diagnos som utmattningssyndrom först introducerades i den svenska versionen av ICD10 år 2005 och i dagsläget endast används i Sverige.³⁸ Men, som flera av de forskare som intervjuats för denna studie påpekar, samtidigt som kännedomen om de stressrelaterade diagnoserna har ökat bland läkare behöver kunskapsnivån om stressrelaterad ohälsa höjas inom primärvården, där merparten av dessa patienter får sin diagnos och behandling.³⁹ Primärvården är fortfarande biomedicinskt inriktad. Förmågan att skilja mellan olika psykiatriska tillstånd är begränsad och skiljer sig mellan olika läkare. En delförklaring till det ökande antalet sjukskrivningar med stressrelaterade

³⁷ Försäkringskassan (2023). *Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv*. Korta analyser 2023:6.

³⁸ Lindsäter, E. m.fl. (2022). "Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis", i *BJPsych Open*, 8(5), e159.

³⁹ Intervju med Elisabeth Björk Brämberg den 13 maj 2024, intervju med Anna Finnes den 2 maj 2024, intervju med Anja Beno den 20 maj 2024.

diagnoser kan alltså vara en ökad kännedom om diagnoserna i kombination med att det finns brister i hur diagnoserna ställs och används inom primärvården.

Att sätta rätt diagnos är dock inte lätt, eftersom gränserna mellan psykiatriska diagnoskategorier ofta är diffusa. I boken *Utmattningsyndrom* beskriver t.ex. Marie Åsberg och kollegor svårigheterna med att ställa diagnosen utmattningsyndrom:

Trötthet är ett av de absolut vanligaste symtomen bland patienter som söker sig till primärvården. Subjektiva kognitiva svårigheter är vanliga vid många sjukdomstillstånd, liksom i krissituationer och efter toxisk eller traumatisk hjärnpåverkan. De många andra symtom som är vanliga vid utmattningsyndrom – ljud- och ljuskänslighet, ångest, nedstämdhet, panik-känslor, vegetativa symtom, sömnstörningar – är på intet sätt specifika för utmattningsyndrom. Dessutom är det ibland svårt att avgöra om symtomen alls har någon patologisk bärighet. Risken för att normala psykiska reaktioner medikaliserar är påtaglig.⁴⁰

Till detta kommer att läkarna inom primärvården ofta inte har de rätta förutsättningarna. Utredningarna och diagnostiken kan bli lidande på grund av tids- och resursbrist. Det är t.ex. inte ovanligt att patienter med psykisk ohälsa kommer på akuta besökstider. Då är läkarbesöket inte mer än 10–15 minuter, inklusive tid för dokumentation.⁴¹ Då är det inte lätt att göra rätt, även om du som läkare har lång erfarenhet och de rätta kunskaperna.

En annan förklaring till den ökade användningen av de stressrelaterade diagnoserna tar sin utgångspunkt i hur det diagnostiska arbetet inom primärvården samspelar med sjukförsäkringssystemet. Socialstyrelsen har i det försäkringsmedicinska beslutsstödet tagit fram vägledning för hur mycket sjukskrivning som är rimligt vid olika tillstånd.⁴² Om läkaren i sitt sjukintyg avviker från vägledningen måste det särskilt motiveras. Sjukskrivningsråden för diagnosen utmattningsyndrom sticker ut i detta sammanhang. Till skillnad från t.ex. råden för depression kan patienten sjukskrivas i mer än ett år på grund av utmattningsyndrom. En funktion som utmattningsdiagnosen fyller är alltså att läkaren och patienten kan vara rimligt säkra på att Försäkringskassan kommer att acceptera en längre sjukskrivning. Detta öppnar upp för en överanvändning av diagnosen, mer eller mindre medvetet.⁴³ Riksrevisionen har på liknande sätt konstaterat att läkare inom primärvården vid diagnosställning tar hänsyn till förväntningar på Försäkringskassans utredning av rätten till sjukpenning.⁴⁴

Vad dessa förklaringar pekar på är att det ökande antalet sjukskrivningar på grund av stress och utmattningsyndrom kan vara en effekt av ett förändrat beteende bland läkare och patienter, snarare än av ett förändrat hälsotillstånd i befolkningen.

⁴⁰ Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningsyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm, s. 84.

⁴¹ Riksrevisionen (2018). *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, RiR 2018:11, s. 34.

⁴² <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/>.

⁴³ Rück, C. (2020). *Olyckliga i paradiset: Varför mår vi så dåligt när allt är så bra?* Natur & Kultur, Stockholm.

⁴⁴ Riksrevisionen (2018). *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, RiR 2018:11.

2.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Den process som påbörjas när en persons arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom kallas ofta i socialförsäkringssammanhang för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Processen inbegriper flera aktörer med olika roller och uppdrag som ska samarbeta i syfte att individen, om möjligt, ska kunna återgå i arbete och ha ekonomisk trygghet under tiden han eller hon är förhindrad att arbeta. I följande avsnitt beskrivs övergripande de mest centrala aktörerna och deras uppdrag. Då den studerade gruppen består av personer som är sjukskrivna och har en anställning redogörs inte närmare för Arbetsförmedlingens och samordningsförbundens roll i processen.⁴⁵

2.4.1 Individens rättigheter och skyldigheter

När en person får sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom kan det finnas en rätt till ersättning. En person som är anställd kan få sjuklön från sin arbetsgivare under de första 14 dagarna i sjukperioden.⁴⁶ Därefter kan han eller hon ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan.⁴⁷ Individen har en uppgiftsskyldighet och ska lämna de uppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna bedöma om det finns rätt till sjukpenning och hur sjukpenningen ska beräknas.⁴⁸ Beroende på hur stor del av arbetsförmågan som är nedsatt lämnas sjukpenning som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån.⁴⁹

En person som är sjukskriven har ett ansvar att medverka i utredningen av behovet av rehabilitering och medverka till att lämna uppgifter.⁵⁰ Individen har också en skyldighet att delta i rehabiliteringen. Om en individ, utan giltigt anledning, inte lämnar information för att klarlägga behovet eller inte medverkar i rehabiliteringen kan Försäkringskassan dra in eller minska ersättningen.⁵¹

Om individen är anställd och vägrar att medverka i rehabiliteringen kan det också få arbetsrättsliga konsekvenser. Att vägra medverka kan vara en saklig grund för uppsägning om det bedöms att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.⁵²

2.4.2 Arbetsgivarens ansvar och roll

För personer som har en anställning har arbetsgivaren en viktig roll i rehabiliteringsprocessen. Arbetsgivaren har ansvar att systematiskt arbeta för en god

⁴⁵ Om en arbetssökande blir sjukskriven ansvarar Arbetsförmedlingen för den arbetslivsriktade rehabiliteringen. Samordningsförbundens uppgift är i första hand att finansiera insatser för att personer ska få stöd och rehabilitering som ger dem möjlighet till egenförsörjning. Målgruppen för insatserna består huvudsakligen av personer som står långt ifrån arbetsmarknaden.

⁴⁶ 3 § lagen (1991:1047) om sjuklön.

⁴⁷ 27 kap. 25 § SFB.

⁴⁸ 30 kap. 7 § andra stycket SFB.

⁴⁹ 27 kap. 4 § SFB.

⁵⁰ 30 kap. 7 § SFB.

⁵¹ 110 kap. 53 § SFB.

⁵² 7 § LAS.

arbetsmiljö på arbetsplatsen och att det finns en lämpligt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.⁵³

Arbetsgivaren är ansvarig för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering saknar en entydig definition.⁵⁴ På en mycket övergripande nivå finnas emellertid en samstämmighet om vad arbetslivsinriktad rehabilitering innebär. Det handlar om stöd och åtgärder som en individ behöver, utöver medicinsk rehabilitering, för att återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå till sitt ordinarie eller annat arbete.⁵⁵ Exempel på olika former av arbetslivsinriktad rehabilitering är anpassning, arbetsträning och utbildning.⁵⁶ Inriktningen bör vara att den anställde ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Rehabiliteringsåtgärderna ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.⁵⁷ Vid behov ska arbetsgivaren se till att den företagshälsovård som krävs finns att tillgå.⁵⁸

Arbetsgivaren har en skyldighet att upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar för en anställd som kan antas ha nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar.⁵⁹

2.4.3 Hälso- och sjukvårdens ansvar och roll

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.⁶⁰ Genom medicinska insatser bidrar hälso- och sjukvården till att den som inte kan arbeta på grund av sjukdom kan återfå hälsa och arbetsförmåga.

Hälso- och sjukvården har ett medicinskt ansvar för patientens behandling, rehabilitering och sjukskrivning. Läkare ansvarar för att bedöma patienters sjukdom och diagnos och hur denna påverkar funktionsförmågan samt i vilken utsträckning det innebär en aktivitetsbegränsning. Till sitt stöd för bedömningen har läkaren ett försäkringsmedicinskt beslutstöd som tas fram av Socialstyrelsen. Beslutsstödet innehåller dels övergripande principer om sjukskrivning, dels vägledning om sjukskrivning med rekommendationer för olika diagnoser, bl.a. avseende sjukskrivningslängd.⁶¹ Andra professioner och funktioner, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, kuratorer och

⁵³ 3 kap. 3 § arbetsmiljölagen

⁵⁴ SOU 2020:6, bilaga 5, s. 270.

⁵⁵ Jämför SOU 2006:86.

⁵⁶ Arbetsgivarverket (2022). *Om sjukfrånvaro och rehabilitering – en vägledning för statliga arbetsgivare.*, s. 102. För ett utförligare resonemang om i vilka situationer utbildning kan ses som arbetslivsinriktad rehabilitering, se RÅ 1997 not 102.

⁵⁷ 30 kap. 3 § SFB. Se även prop. 1990/91:141 s. 47 och 88.

⁵⁸ 3 kap. 3 § arbetsmiljölagen.

⁵⁹ 30 kap. 6 § SFB.

⁶⁰ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁶¹ <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/>.

rehabiliteringskoordinatorer⁶², är också viktiga för en väl fungerande sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocess.⁶³

Hälso- och sjukvården kan även behöva samverka med andra och utifrån ett medicinskt perspektiv förmedla information om personens hälsotillstånd och behov.

2.4.4 Försäkringskassans ansvar och roll

Försäkringskassans ska bedöma och besluta om rätten till ersättning och betala ut ersättning till försäkrade med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Även Försäkringskassans handläggare kan ta hjälp av det försäkringsmedicinska beslutsstödet när de ska fatta beslut om rätten till sjukpenning. Försäkringskassan ska i enlighet med förvaltningslagens serviceskyldighet lämna den enskilde sådan hjälp att han eller hon kan ta tillvara sina intressen.⁶⁴ Utöver det ska Försäkringskassan se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver.⁶⁵

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.⁶⁶ Försäkringskassan har också skyldighet att se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.⁶⁷

Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan i arbetet med rehabiliteringen samverka med olika aktörer. Försäkringskassan kan då samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården samt med vissa myndigheter.⁶⁸ Försäkringskassan ska verka för att dessa organisationer och myndigheter, var och en inom sitt verksamhetsområde, snarast vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.⁶⁹

Försäkringskassan har tillsynsansvaret över den del av rehabiliteringsverksamheten som regleras i socialförsäkringsbalken (SFB).⁷⁰ Myndigheten ska således följa upp och utvärdera rehabiliteringsverksamheten.⁷¹ Det finns dock inga sanktionsmöjligheter i SFB i de fall en arbetsgivare inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar. Försäkringskassan har i dylika fall ett ansvar att anmäla

⁶² Rehabiliteringskoordinatorn stödjer sjukskrivna patienter i rehabiliteringsprocessen och har bland annat till uppgift att stödja patienten och samverka med externa aktörer, till exempel Försäkringskassan och arbetsgivare. Rehabiliteringskoordinatorer finns på husläkarmottagningar, i specialistspsykiatrisk öppenvård, på akutsjukhusen och akademiskt specialistcentrum.

⁶³ Sveriges kommuner och regioner (2019). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner 2020, s. 5.

⁶⁴ 6 § förvaltningslagen (2017:900).

⁶⁵ 23 § förvaltningslagen (2017:900) och 110 kap. 13 § SFB.

⁶⁶ 30 kap. 9 § SFB.

⁶⁷ 30 kap. 11 § SFB.

⁶⁸ 30 kap. 12 § SFB.

⁶⁹ 30 kap. 10 § SFB.

⁷⁰ 30 kap. 8 § SFB.

⁷¹ Prop. 2017/18:1, utg.omr. 10, s. 60.

fallet till Arbetsmiljöverket som i sin tur får överväga lämpliga åtgärder enligt det arbetsmiljörättsliga regelverket.⁷²

2.4.5 Kommuners ansvar och roll

En kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.⁷³ Med principen om kommunens yttersta ansvar följer uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att andra huvudmän kan ge den enskilde det stöd som behövs.

Personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) kan få ekonomiskt bistånd från kommunen.⁷⁴ En samordnad individuell plan (SIP) ska tas fram när en person behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas. Av en SIP ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka aktörer som ansvarar för vilken insats och vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen.⁷⁵

För personer som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning kan det vara särskilt viktigt med stöd och avlastning i omsorgsansvaret för barn eller andra anhöriga med funktionsnedsättning. Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stöder en närstående som har funktionsnedsättning.⁷⁶

⁷² Prop. 2017/18:1, utg.omr. 10, s. 70.

⁷³ 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

⁷⁴ SOU 2020:24, s. 63.

⁷⁵ 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

⁷⁶ 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453).

3 Orsaker till sjukskrivning och diagnoser

Sammanfattning

Den enskilt vanligaste diagnosen bland de personer som omfattas av enkätundersökningen är utmattningssyndrom. För personer som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning är det vanligt att byta diagnos under sjukskrivningen. Bytet görs ofta från akut stressreaktion och anpassningsstörningar till framför allt utmattningssyndrom. Mycket tyder dock på att det saknas en enhetlig användning av de olika diagnoserna. Olika läkare gör olika och vilken diagnos som ställs spelar sannolikt inte så stor roll för vilken behandling som ges.

Arbetet är en bidragande orsak till sjukskrivningen för nästan alla som besvarat enkäten och som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning. Hög arbetsbelastning anges som den vanligaste orsaken. Oftast är det en kombination av olika stressorer i en människas liv som orsakar den stressrelaterade ohälsan.

I detta kapitel görs en kort analys av varför de personer som besvarat enkäten blir sjukskrivna. Först ges en beskrivning av vilka specifika diagnoser som används när någon blir sjukskriven på grund av stressrelaterad ohälsa. Därefter studeras hur vanligt det är att byta diagnos under sjukskrivningen och hur vanligt det är att ha fler diagnoser än en. Kapitlet avslutas med en redogörelse för vad de svarande själva ser som orsaken till sjukskrivningen.

3.1 Diagnosförändringar under sjukskrivningen

Som konstaterades i kapitel 2 består den stressrelaterade ohälsan av flera olika specifika diagnoser. Vissa diagnoser ska användas vid en relativt snabbt övergående reaktion på svår stress, andra ska användas vid svårare och mer långdragna symtom på varaktig stress. Sen finns det också diagnoser som ska användas när kriterierna för andra diagnoser inte är uppfyllda.

Vilken diagnos som ligger till grund för en sjukskrivning kan ändras över tid om sjukskrivningen pågår under en längre period. De personer som fått möjlighet att besvara enkäten valdes bl.a. ut med hänsyn till diagnos. För att säkerställa att tillräckligt många personer som var sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa inkluderades i urvalet gjorde Försäkringskassan ett uttag av aktuell sjukskrivningsdiagnos veckan innan enkäten gick ut till de svarande. Det finns inte uppgifter om exakt vilken diagnos som de svarande hade vid detta tillfälle, bara att de hade en av de diagnoser som ryms inom diagnosgruppen F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress. I tabellen nedan visas exakt vilken diagnos de som besvarade enkäten hade dag 1 och dag 180 i sjukfallet enligt Försäkringskassans register.

Tabell 1 Diagnosfördelning dag 1 och dag 180*Andelar i procent*

Svarsalternativ	Dag 1 (n = 2 991)	Dag 180 (n = 2 697)
F43.0 Akut stressreaktion	15	4
F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom	1	2
F43.2 Anpassningsstörningar	11	7
F43.8A Utmattningsyndrom	39	54
F43.8W Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningsyndrom	11	13
F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad	19	12
Övriga diagnoser	4	8
Total	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

Merparten av de svarande hade redan dag 1 en stressrelaterad diagnos, men ca 4 procent hade en annan form av diagnos då sjukfallet inleddes. Den vanligaste diagnosen är utmattningsyndrom och den näst vanligaste diagnosen är reaktion på svår stress, ospecificerad. Det är också relativt vanligt att inleda sjukfallet med diagnosen akut stressreaktion.

Inte helt oväntat har andelen med akut stressreaktion minskat kraftigt till dag 180. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd rekommenderar att diagnosen inte används i mer än fyra veckor efter traumat.⁷⁷ Andelen personer med diagnosen anpassningsstörningar har också minskat. Den rekommenderade sjukskrivningslängden för denna diagnos är upp till tre månader.⁷⁸ Även andelen med reaktioner på svår stress, ospecificerad har minskat, men utgör dag 180 fortfarande en betydande del av populationen. För denna diagnos finns inte något försäkringsmedicinskt beslutsstöd, men diagnosen ska vanligen bara användas under en kort tid vid stress eller krisreaktion. Med detta i åtanke är det anmärkningsvärt att en så stor del av populationen (12 procent) fortfarande är sjukskrivna med denna diagnos efter sex månader.

Andelen med utmattningsyndrom har ökat och utgör dag 180 hela 54 procent av hela populationen. En relativt stor andel (8 procent) av de svarande har dag 180 en diagnos som ligger inom en annan diagnosgrupp. Den vanligaste diagnosen i denna grupp är (F32.1) medelsvår depressiv episod och den näst vanligaste är (F41.2) blandade ångest- och depressionstillstånd.

Uppgifterna ovan bygger på Försäkringskassans registeruppgifter. Dessa register innehåller bara uppgifter om en diagnos. I aktstudien har vi registrerat om sjukintyget innehåller mer än en diagnos. Vi kan då se att det är fler som har en andra diagnos i läkarintyget för sjukskrivning dag 180 (52 procent) än i läkarintyget för sjukskrivning dag 1 (36 procent). Det vanligaste, i såväl det

⁷⁷ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för akut stressreaktion: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/akut-stressreaktion/>.

⁷⁸ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för anpassningsstörning: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/anpassningsstornig-livskris-sorgreaktion/>.

första som det sista läkarintyget, är att den andra diagnosen är någon form av depressionstillstånd (F43–34), ångestillstånd (F41), migrän, huvudvärksyndrom och sömnstörningar (G43–47) eller ytterligare en stressrelaterad diagnos.

Det sker alltså en förskjutning av diagnoserna över tid, från diagnoser som är ämnade för mer akuta tillstånd och kortare exponering för stress, till diagnoser som är ämnade för tillstånd som uppkommer på grund av långvarig exponering för stress, utan möjlighet till återhämtning. Detta är också en helt rimlig utveckling med tanke på hur länge dessa personer varit sjukskrivna.

Samtidigt tycks det saknas en tydlig systematik i hur diagnoserna används. För en relativt stor andel av populationen används vissa diagnoser i upp till sex månader, trots att de försäkringsmedicinska beslutsstödens rekommendation är att de endast ska användas under en kortare period. Det finns i dag inga biomarkörer eller ”objektiva” fynd som kan användas kliniskt för att säkra diagnostiken för de olika diagnoserna. I stället används olika kriterier som ska vara uppfyllda för att en viss diagnos ska ställas. Det kan då vara svårt att tydligt skilja ett tillstånd från ett annat, särskilt när symtomen i de olika diagnoserna överlappar varandra.⁷⁹ Denna problematik har varit föremål för debatt, särskilt när det gäller diagnosen utmattningssyndrom.⁸⁰ Två av de forskare som har intervjuats för denna studie menar att det inom primärvården sannolikt finns en viss medvetenhet om skillnaden mellan t.ex. anpassningsstörning och utmattningssyndrom, men att anpassningsstörning i praktiken används som en lightversion av utmattningssyndrom om patienten inte uppfyller hela den kliniska bilden.⁸¹ Det finns sannolikt inte heller någon systematik i hur de övriga diagnoserna för reaktioner på svår stress används av olika läkare. Den samlade bilden blir därför att olika läkare gör olika och att det kan finnas regionala och lokala variationer.⁸² I praktiken klumpas sannolikt patientgruppen ihop och exakt vilken diagnos som ställs spelar mindre roll för vilken behandling som ges.⁸³

Att det tycks finnas en bristande systematik i hur diagnoserna används, att den specifika diagnosen inte spelar så stor roll för vilken behandling som ges samt att många patienter byter diagnos över tid, talar för att inte lägga för stor vikt vid den enskilda diagnosen i den fortsatta analysen. Därför kommer de fortsättningsvis också att behandlas som en grupp i rapporten.

3.2 Arbetet som bidragande orsak till sjukskrivning

Det finns i dag vetenskapligt stöd för att vissa psykosociala arbetsmiljöfaktorer ökar risken för att utveckla stressrelaterad ohälsa såsom utmattningssyndrom.⁸⁴

⁷⁹ Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm., s. 85–87.

⁸⁰ Se t.ex. Rück, C. m.fl. (2022) *De utmattade måste få tillgång till rätt vård*. DN Debatt den 12 maj 2022.

⁸¹ Intervju med Elisabeth Björk Brämberg den 13 maj 2024 och intervju med Anna Finnes den 2 maj 2024.

⁸² Intervju med Susanne Ellbin den 23 april 2024.

⁸³ Intervju med Anna Finnes den 2 maj 2024.

⁸⁴ Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm, s. 191.

Höga krav, kombinationen höga krav och låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, bristande stöd i arbetsmiljön från chefen och kollegor samt osäkerhet i anställningen är samtliga sådana faktorer som forskningen visat ökar risken för stress och utmattning.

I enkäten ställdes frågan om man upplever att olika arbetsmiljöfaktorer varit en bidragande orsak till sjukskrivningen. Av tabellen nedan kan vi se att endast 10 procent i gruppen med stressrelaterad ohälsa inte anser att arbetet bidrog alls. Motsvarande andel för övriga svarande är ca 40 procent. Kopplingen mellan arbetsmiljöfaktorer och sjukskrivning på grund av stressrelaterad ohälsa tycks alltså vara jämförelsevis stark.

Den absolut vanligaste bidragande orsaken som anges är stress och/eller hög arbetsbelastning. Hela 82 procent av de svarande i gruppen med stressrelaterad ohälsa anger detta som en bidragande orsak till sjukskrivningen. Motsvarande andel för sjukskrivna med andra diagnoser är endast 37 procent. Andra vanliga orsaker som anges är konflikter eller kränkande särbehandling (20 procent) och andra problem på arbetsplatsen (22 procent). Även här skiljer sig de svarande med stressrelaterad ohälsa på ett betydande sätt från övriga.⁸⁵

Tabell 2 Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?

Frågan var en flervalfråga vilket innebär att de svarande har kunnat välja mer än ett svarsalternativ. Andelar i procent.

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 315)	Män (n = 676)	Totalt (n = 2 991)
Ja, stress/hög arbetsbelastning bidrog	81	83	82
Ja, arbetet bidrog till förslitnings- eller belastningsskador	6	5	6
Ja, jag råkade ut för en olycka på arbetet	0	1	1
Ja, konflikter eller kränkande behandling bidrog	20	17	20
Ja, andra problem på arbetsplatsen bidrog	23	19	22
Nej, mitt arbete bidrog inte	11	9	10
Vet inte	2	3	1

Källa: Enkätundersökningen.

Inom gruppen som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa hittar vi bara små skillnader. Oavsett grupptillhörighet, t.ex. kvinnor och män eller olika utbildningsnivåer, tillskriver alla arbetet ungefär samma betydelse för sjukskrivningen.

Men här finns vissa intressanta skillnader. Till exempel är det vanligare bland svarande med eftergymnasial utbildning att ange stress och/eller hög arbetsbelastning som bidragande orsak till sjukskrivningen (84 procent) än bland

⁸⁵ Bland övriga svarar ca 9 procent att konflikter och kränkande behandling bidrog och ca 9 procent att andra problem bidrog.

svarande utan eftergymnasial utbildning (78 procent). Det motsatta gäller för förslitnings- eller belastningsskador, som är vanligare bland personer utan eftergymnasial utbildning (8 procent) än dem med eftergymnasial utbildning (4 procent).

Vilken bransch de svarande är verksamma inom spelar också en viss roll. Till exempel uppger personer verksamma inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik i något högre utsträckning (93 procent) än övriga (ca 80 procent) att stress och hög arbetsbelastning bidrog till sjukskrivningen.

Det går därmed att konstatera att arbetet är en bidragande orsak till sjukskrivningen för nästan alla svarande. Detta resultat ligger i linje med tidigare studier.⁸⁶ I en forskningsstudie från 2014, där man tittar på alla möjliga stressorer i livet, visar resultaten att hög arbetsbelastning var den absolut mest vanligt förekommande stressorn bland patienter som söker vård på grund av utmattning och stress. När forskarna mäter på detta sätt kan de dock konstatera att den näst vanligaste stressorn är konflikter i privatlivet och således inte alls är kopplad till arbetet.⁸⁷ Följaktligen är det oftast en kombination av olika stressorer i en människas liv som orsakar ohälsa. Denna fråga kommer vi att återkomma till i kapitel 6 där förutsättningarna för återgång i arbete diskuteras.

⁸⁶ Se t.ex. Hasselberg, K., m.fl. (2014). "Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records". *BMC Psychiatry* 2014, 14:66.

⁸⁷ Ibid.

4 Stöd och rehabilitering från arbetsgivaren

Sammanfattning

Enkätresultaten visar att tre av fyra av dem som är sjukskrivna på grund av stress och utmattnings har kontakt med sin arbetsgivare för att diskutera vilket stöd de behöver för att komma tillbaka till arbete. Aktstudien visar att det däremot är ovanligt (7 procent) med avstämningsmöten där flera parter träffas för att diskutera förutsättningarna för återgång i arbete.

Enkätresultaten visar att fyra av fem får någon form av arbetsanpassningar för att underlätta återgången i arbete. Personer verksamma inom vård, skola och omsorg får mer sällan anpassningar än andra. Det finns också könsbundna mönster i vilken typ av anpassningar som erhålls. Kvinnor får oftare anpassningar för att underlätta balansen mellan hem och arbete, män får oftare anpassningar som är direkt riktade mot arbetet.

Endast en av fem får någon annan form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det vanligaste är arbetsträning.

Fyra av fem upplever att de i viss eller hög grad fått det stöd de behöver av sin arbetsgivare för att återgå i arbete. Det är främst de personer som inte fått någon anpassning alls som är direkt missnöjda. Många efterfrågar dock ytterligare åtgärder. Det är vanligt att efterfråga att arbetsgivaren åtgärdar strukturella arbetsmiljöproblem som underbemanning, orimliga prestationskrav eller negativ särbehandling.

I detta kapitel besvaras rapportens första frågeställning. Kapitlet innehåller en analys av hur vanligt det är att personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa får arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsanpassningar och andra insatser. Det görs också en analys av om det finns skillnader mellan olika grupper och av om de insatser som ges är tillräckliga för att hjälpa de som är sjukskrivna på grund av stress och utmattnings tillbaka i arbete. Kapitlet inleds med en kort genomgång av forskningsläget på området.

4.1 Interventionsstudier och beprövad erfarenhet

Vilka arbetslivsinriktade insatser underlättar återgång i arbete för personer med stressrelaterad ohälsa? Detta är en fråga som på senare tid varit föremål för en rad forskningsöversikter. När forskningen sammanfattas är det dock svårt att dra några tydliga slutsatser.

De studier som inkluderas i forskningsöversikterna har på olika sätt undersökt effekten av olika arbetsfokuserade interventioner. Med arbetsfokuserade interventioner avses oftast insatser med syftet att stödja individen i dialogen med arbetsgivaren för att åstadkomma förändringar av arbetsförhållandena som kan underlätta en arbetsåtergång. I en forskningsöversikt från 2024 drar forskarna slutsatsen att arbetsfokuserade insatser möjligen kan öka sannolik-

heten för återgång i arbete. Forskarna menar dock att det i dagsläget inte finns några övertygande bevis för att arbetsfokuserade insatser påskyndar återgång i arbete.⁸⁸ Liknande slutsatser dras i en litteraturöversikt som har specifikt fokus på diagnosen utmattningssyndrom.⁸⁹ Där görs dock en något mer positiv tolkning och forskarna menar att det förefaller vara essentiellt att tackla arbets-situationen i all rehabilitering som syftar till återgång i arbete.⁹⁰ I en tidigare publicerad forskningsöversikt menar andra forskare att inga säkra slutsatser kan dras om insatser riktade till personer med utmattningssyndrom. Här konstateras dessutom att flera av de artiklar som ingår i översikten visar att arbetsfokuserade insatser leder till längre sjukskrivningar och att det inte finns några bestående effekter av interventionerna på återgång i arbete.⁹¹

Sammantaget vet vi därför mycket lite om huruvida det finns några arbetsinriktade interventioner – och i så fall vilka – som faktiskt hjälper sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa att återgå i arbete. Resultaten tyder snarast på att personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa kommer att återgå i arbete och självläka, i sinom tid, oberoende av insatser. Viktigt att förstå är dock att det som har studerats är effekten av interventioner som syftar till att förbättra dialogen med arbetsgivaren. Det är inte studier av effekten av de faktiska anpassningar som har gjorts på arbetsplatsen. Som framgår längre fram i detta kapitel kan sådana anpassningar och förändringar av arbetssituationen komma till stånd med eller utan en intervention.

Trots brist på vetenskaplig evidens finns det rekommendationer till arbetsgivare om hur de ska agera för att möjliggöra en så hållbar återgång som möjligt för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa. Denna typ av rekommendationer bygger då på beprövad erfarenhet. Institutet för stressmedicin har t.ex. publicerat en vägledning inför arbetsåtergång vid utmattningssyndrom.⁹² I vägledningen står det att arbetsgivaren bör börja med enkla definierade arbetsuppgifter, väl avgränsade i tid och omfattning. Initialt kan det vara helt andra uppgifter än de ordinarie. Arbetsuppgifterna ska göras en i sänder, utan tidspress, och göras överblickbara, t.ex. genom veckoplanering. Eftersom den anställde kan antas vara extra ljudkänslig bör den få tillgång till en lugn miljö, gärna en avskild arbetsplats med möjlighet att stänga dörren om sig. Vidare bör det finnas möjligheter att avbryta arbetet för att vila. Långsamt kan aktiviteten ökas på alla plan, såväl arbetstidens omfattning som arbetsuppgifternas komplexitet. Vikten av att ha regelbundna avstämningar med arbetsledare och/eller stödperson i arbetslaget som kan påminna om att hålla tider och att ta pauser framhålls också.

⁸⁸ Björk Brämberg, E. m.fl. (2024). "Effects of work-directed interventions on return-to-work in people on sick-leave for to common mental disorders—a systematic review". *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2024;97(6):597–619.

⁸⁹ Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm.

⁹⁰ *Ibid.*, s. 253.

⁹¹ Lindsäter, E. m.fl. (2022). "Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis", i *BJPsych Open*, 8(5), e159.

⁹² Glise, K. (2018). *Återgång i arbete vid utmattningssyndrom – en vägledning inför avstämningsmötet*.

4.2 Dialog med arbetsgivaren

I detta avsnitt behandlas dialogen mellan den som är sjukskriven och hans eller hennes arbetsgivare. Först undersöks hur vanligt det är att den som är långtids-sjukskriven på grund av stressrelaterad ohälsa har kontakt med sin arbetsgivare för att diskutera återgången i arbete. Därefter undersöks hur vanligt det är att fler aktörer är inblandade i diskussionen och planeringen.

Arbetsgivaren är ansvarig för rehabiliteringsinsatserna på arbetsplatsen (jfr avsnitt 2.4.2 ovan). Det betyder att arbetsgivare måste fundera på hur de kan stötta sina medarbetare och underlätta för dem under sjukskrivningen. För att veta vilka insatser som behövs är det viktigt att arbetsgivare är aktiva under sjukskrivningen och att de har en löpande kontakt med medarbetaren.⁹³ När medarbetaren har varit sjukskriven i 30 dagar måste en plan för återgång i arbete vara färdig om sjukfallet förväntas bli längre än 60 dagar. Tanken är att arbetsgivaren och medarbetaren med hjälp av planen tillsammans går igenom åtgärder och anpassningar som behöver göras för att den som är sjukskriven ska kunna komma tillbaka till jobbet.

4.2.1 Vanligt att den som är sjukskriven har kontakt med arbetsgivaren

I enkäten ställdes en fråga om de svarande haft kontakt med arbetsgivaren för att diskutera vilket stöd de behöver för att komma tillbaka till arbetet under sjukskrivningen.

Av tabellen nedan framgår att 76 procent av de svarande i gruppen sjukskriven på grund av stressrelaterad ohälsa har haft en sådan kontakt med arbetsgivaren. Motsvarande andel för dem med andra diagnoser är 61 procent. Detta är en relativt stor skillnad som till viss del kan förklaras av att gruppen övriga omfattar personer som är sjukskrivna på grund av mycket allvarliga sjukdomar. Det faktum att det är betydligt ovanligare att svara ”inte aktuellt” i gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa (4 procent) jämfört med i gruppen övriga (12 procent) talar för en sådan tolkning.

Även om det stora flertalet av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa alltså har haft kontakt med sin arbetsgivare för att diskutera vilket stöd de behöver är det relativt många som inte har haft denna möjlighet. Det är särskilt anmärkningsvärt med tanke på att de varit sjukskrivna så länge när de besvarade enkäten.

⁹³ Information från Försäkringskassan till arbetsgivare: <https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/sjukdom-och-skada/om-din-medarbetare-ar-sjuk-lange>.

Tabell 3 Har du och din arbetsgivare diskuterat vad du behöver för stöd för att komma tillbaka till arbetet?*Andelar i procent*

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 301)	Män (n = 674)	Totalt (2 975)
Ja	76	76	76
Nej	19	19	19
Vet inte	1	1	1
Inte aktuellt	4	4	4
Total	100	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

Av tabellen ovan framgår att det inte finns någon skillnad mellan kvinnor och män när det kommer till frågan om kontakt med arbetsgivaren. Några större skillnader hittas inte heller mellan olika åldersgrupper eller mellan bosatta i storstäder och på landsbygden.

Däremot finns det skillnader mellan dem med olika utbildningsnivå. Svarande med eftergymnasial utbildning har oftare kontakt med sin arbetsgivare för att diskutera vilket stöd de behöver (81 procent) än dem med kortare utbildning (70 procent). Denna skillnad kan inte förklaras av att gruppen med kortare utbildning har svarat ”inte aktuellt” i någon större utsträckning. Det finns också skillnader mellan personer verksamma i olika branscher. Personer verksamma inom offentlig förvaltning (88 procent) och verksamma inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik (86 procent) har oftare kontakt med sin arbetsgivare än andra.

4.2.2 Försäkringskassan tar kontakt med arbetsgivaren i tre fall av fem

Enligt socialförsäkringsbalken ska arbetsgivaren lämna de upplysningar som Försäkringskassan behöver för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas.⁹⁴ Att Försäkringskassan för en dialog med arbetsgivaren är betydelsefullt för möjligheterna att identifiera behov och möjligheterna för arbetslivsriktad rehabilitering. Försäkringskassan kan fungera som både rådgivare och pådrivare för att arbetsgivaren ska vidta lämpliga åtgärder. Tidigare studier har riktat kritik mot Försäkringskassan för brister i arbetet med samordning av rehabilitering.⁹⁵

I aktstudien samlades det in uppgifter om hur vanligt det är att Försäkringskassan har kontakt med arbetsgivaren för att diskutera förutsättningarna för arbetsåtergång. Försäkringskassans handläggare har varit i kontakt med

⁹⁴ 30 kap. 6 a § SFB.

⁹⁵ Inspektionen för socialförsäkringen. (2017). *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan*. Rapport 2017:9 och Inspektionen för socialförsäkringen (2021). *Försäkringskassans utredningsskyldighet*. Rapport 2021:3.

arbetsgivaren i ca 60 procent av de fall där den försäkrade är sjukskriven på grund av stressrelaterad ohälsa i 180 dagar.

Det vanliga är att handläggaren efter att ha inhämtat den försäkrades samtycke tar kontakt med hans eller hennes närmsta chef per telefon. Under samtalet förhör sig handläggaren om hur den försäkrades arbetsituation ser ut och vilka möjligheter arbetsgivaren har att anpassa arbetet för att underlätta en återgång i arbete. Vanligt är också att handläggaren redogör för det ansvar som arbetsgivaren har, t.ex. när det gäller upprättandet av en plan för återgång i arbete. Handläggaren kan också ställa frågor om den försäkrades arbete och hur det fungerar på den aktuella arbetsplatsen.

Vidare visar aktstudien att det i ca 7 procent av fallen hålls ett digitalt eller fysiskt möte där fler aktörer deltar, ett s.k. avstämningsmöte. Siffran stämmer väl överens med Försäkringskassans egen uppskattning av hur vanligt det var med avstämningsmöten för personer som varit sjukskrivna längre än 180 dagar med psykiatriska diagnoser (6 procent).⁹⁶ I normalfallet är det då ett möte mellan den som är sjukskriven, Försäkringskassan, arbetsgivaren och den sjukskrivande läkaren. På mötet diskuteras vad som kan göras för den som är sjukskriven för att underlätta återgången i arbetet. Läkaren kan här bidra med sitt perspektiv, ett perspektiv som annars enbart framkommer skriftligt i läkarintyget. Även om antalet avstämningsmöten är få så har det enligt Försäkringskassan skett en viss ökning under de senaste åren.⁹⁷

Sammantaget visar resultaten i avsnitt 4.1 att merparten av de som är långtidssjukskrivna på grund av utmattnings- och stress har kontakt med sin arbetsgivare för att diskutera det stöd de behöver för att återgå i arbete. Varför en av fem inte har haft någon kontakt med arbetsgivaren kan denna studie inte svara på. Skillnaderna mellan personer med olika utbildningsnivå tyder på att mer resursstarka personer också har en bättre dialog med sin arbetsgivare. I en majoritet av fallen diskuterar även Försäkringskassan förutsättningarna för en återgång med arbetsgivare. Däremot är det mycket ovanligt att alla parter sätter sig ned tillsammans med någon från hälso- och sjukvården för att diskutera vad som behöver göras för att underlätta återgången i arbetet för den enskilde. Detta förfaringsätt är det som mest liknar de behandlingsprogram med arbetslivsfokus som vissa forskningsstudier menar kan förbättra förutsättningarna för återgång i arbete. Hur vanligt det är med kontakter mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare utan Försäkringskassans inblandning kan denna studie inte svara på.

4.3 Stöd och anpassningar på arbetsplatsen

Arbetsgivaren ska göra arbetsanpassningar som underlättar för den som är sjukskriven att komma tillbaka till arbetet. Det kan finnas arbetsuppgifter som medarbetaren kan utföra trots att hon eller han är sjuk. Det kan också handla

⁹⁶ Försäkringskassan (2022). *Mer aktivitet i utredningar av ärenden om sjukpenning: en analys av skillnader i handläggningen mellan åren 2019 och 2021*. PM 2022:3, s. 36.

⁹⁷ *Ibid.*

om att förändra arbetsuppgifterna eller om att tillfälligt anpassa arbetsplatsen eller arbetstiderna för att underlätta för medarbetaren.

För att undersöka hur vanligt det är att sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa får arbetsanpassningar ställdes frågor om detta i enkäten. Den första frågan på temat var: Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet? Svaren på frågan delas här upp i två avsnitt. Först studeras vem som får anpassningar och vem som inte får det. Därefter studeras hur vanligt det är med olika typer av anpassningar och om det finns några skillnader mellan olika grupper.

4.3.1 Många får anpassningar men det finns skillnader mellan olika grupper

Av tabellen nedan framgår att det är vanligt att personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa får någon form av anpassningar (78 procent). Motsvarande andel för svarande med andra diagnoser är 63 procent.

I enkäten ställdes även en fråga (nr 8) om varför arbetsgivaren inte hade anpassat deras arbete. Frågan kunde bara besvaras av dem som uppgav att de inte fått någon anpassning. Det vanligaste svaret var då att arbetsgivaren inte försöker eller vill anpassa arbetet (33 procent). Men det var också vanligt att svara att det är för tidigt eftersom man fortfarande är för sjuk (30 procent) och att arbetsgivaren inte har möjlighet att anpassa arbetet (25 procent).

Tabell 4 Andelen sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa som fått anpassningar

Andelar i procent

Har fått anpassning	Kvinnor (n = 2 315)	Män (n = 676)	Totalt (n = 2 991)
Ja	79	78	78
Nej	21	22	22
Summa	100	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

Av tabell 4 framgår att det är nästan lika vanligt för kvinnor som för män att få anpassningar. Det finns dock andra intressanta skillnader inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Utbildningsnivå visar sig t.ex. ha stor betydelse för om man får anpassningar eller inte. Det är vanligare med anpassningar i gruppen med eftergymnasial utbildning (84 procent) än i gruppen utan eftergymnasial utbildning (70 procent). Som kommer att framgå av kapitel 6 är det vanligare att vara heltidssjukskriven bland personer utan eftergymnasial utbildning. Det kan vara en del av förklaringen till denna skillnad. En annan förklaring kan vara att personer med högre utbildning har andra typer av arbeten, som är lättare att anpassa.

När resultaten bryts ned efter vilken bransch de svarande är verksamma inom får denna tolkning visst stöd. Till exempel är det vanligare att anpassningar har genomförts för personer verksamma inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik (90 procent) jämfört med personer verksamma inom vård,

omsorg och sociala tjänster (73 procent) och utbildning (76 procent). Att denna typ av skillnader finns är kanske inte helt överraskande. Vissa arbeten är mindre flexibla, mer beroende av att arbetstagaren är på plats och svårare att dela upp i mindre och mer välavgränsade arbetsuppgifter. Kontaktyrken, som är vanligt förekommande inom vård och skola, är exempel på sådana arbeten. Administrativa och analytiska arbeten, utan direkt kontakt med kunder, patienter eller klienter är sannolikt enklare att anpassa under en period. Samtidigt får en majoritet av de sjukskrivna, även verksamma inom kontaktyrken, någon form av anpassning. Det tyder på att det oftast är möjligt att göra anpassningar, även om det kräver mer av arbetsgivaren inom vissa branscher.

Resultaten följer ett liknande mönster när de delas upp på kommuntyp. Det är vanligare att få anpassningar bland bosatta i storstäder och storstadsnära kommuner (82 procent) samt bland bosatta i större städer och kommuner nära en större stad (78 procent) jämfört med bosatta i mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner (72 procent). Eftersom det finns ett samband mellan var man bor, utbildningsnivå och bransch är detta ett väntat resultat.

Här har vi även testat om arbetsplatsens storlek har betydelse för om arbetsanpassningar genomförs eller inte. Små arbetsgivare (0–49 anställda) har då jämförts med medelstora (50–249 anställda) och stora arbetsgivare (250 eller fler anställda). Antagandet var att det är lättare för större arbetsgivare att erbjuda anpassningar. Mer resurser och en bredare verksamhet talar för ett sådant antagande. Resultatet visar dock att det inte finns något sådant samband.

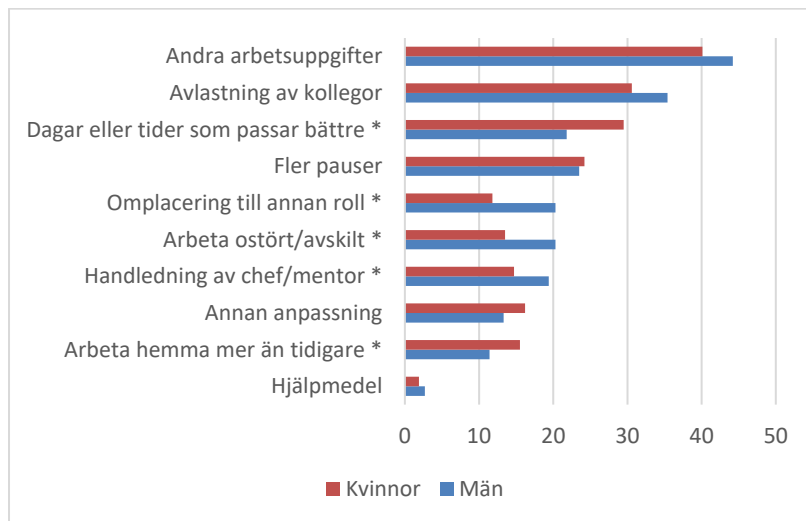
4.3.2 Vanligt med anpassade arbetsuppgifter och arbetstider

Arbetet och arbetsplatsen kan anpassas på många olika sätt. Av diagram 4 nedan framgår att den vanligast förekommande anpassningen för gruppen med stressrelaterad ohälsa är ändrade arbetsuppgifter (t.ex. mindre stressiga, mindre tunga), som 41 procent uppger att de har fått. Andra vanligt förekommande anpassningar är att få avlastning av kollegor (32 procent) och att få möjlighet att arbeta på tider (eller dagar) som fungerar bättre (28 procent).

Det vanligaste är att få en form av arbetsanpassning (32 procent). Men många får betydligt fler än så. Vissa får så många som sju eller åtta olika typer av anpassningar. Det genomsnittliga antalet anpassningar är två.

När jämförelsen görs med sjukskrivna med andra diagnoser framgår att alla specifika anpassningar är mer vanligt förekommande i gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa än bland övriga sjukskrivna.

Diagram 4 Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?



Källa: Enkätundersökningen. *Statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män.

Inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa finns stora skillnader när det kommer till hur vanligt det är med olika typer av anpassningar. Av diagrammet ovan framgår att det är betydligt vanligare att män blir omplacerade till en annan roll, tillfälligt eller permanent (20 procent), jämfört med kvinnor (12 procent). Det är också vanligare bland män (20 procent) än bland kvinnor (14 procent) att få arbeta ostört eller avskilt samt att få handledning av en chef, mentor eller annan stödperson.⁹⁸ Däremot är det vanligare för kvinnor (30 procent) än för män (22 procent) att få arbeta på tider (eller dagar) som passar dem bättre samt att få arbeta hemma mer än tidigare.⁹⁹

De här presenterade könsskillnaderna tyder på att det finns en viss systematik i vilken typ av anpassningar män respektive kvinnor får. Där männen är överrepresenterade handlar det om stöd på själva arbetsplatsen, och där kvinnor är överrepresenterade handlar det mer om att underlätta balansen mellan hem och arbete. Resultatet ligger i linje med tidigare studier på området. I en studie gjordes t.ex. en 7-årsuppföljning av patienter som varit inskrivna på en specialistklinik för utmattning och stress.¹⁰⁰ Där kunde man konstatera att kvinnor, oftare än män, gått ned i arbetstid som ett sätt att långsiktigt hantera stress. För män var det vanligare att ha ändrat sina arbetsuppgifter.

Utbildningsnivå har också betydelse för vilken typ av anpassningar den som är sjukskriven får. Med undantag för att bli omplacerad till en annan roll

⁹⁸ 19 procent bland män, 15 procent bland kvinnor.

⁹⁹ 16 procent bland kvinnor, 11 procent bland män.

¹⁰⁰ Beno, A. m.fl. (2021). "Self-reported changes in work situation – a cross-sectional study of patients 7 years after treatment for stress-related exhaustion". *BMC Public Health* (2021) 21:1222.

(tillfälligt eller permanent) och att få arbeta på andra tider, finns det signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupperna för samtliga typer av anpassningar. Särskilt stora skillnader finns för anpassningarna ändrade arbetsuppgifter (t.ex. mindre stressiga, mindre tunga) och att ha fått avlastning av kollegor. Dessa anpassningar är betydligt vanligare inom gruppen med eftergymnasial utbildning än inom gruppen utan sådan utbildning.¹⁰¹

När resultaten bryts ned efter vilken bransch de svarande är yrkesverksamma inom finns också stora skillnader. Personer verksamma inom utbildning och vård, omsorg och sociala tjänster får mer sällan olika typer av anpassningar. Ungefär en tredjedel (34 procent) av de verksamma inom utbildning eller inom vård, omsorg och sociala tjänster får t.ex. ändrade arbetsuppgifter (mindre stressiga, mindre tunga). För personer verksamma inom offentlig förvaltning eller inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik är motsvarande andel ca 58 procent. Detta mönster återfinns inom merparten av alla typer av anpassning som listas i diagrammet ovan. Det gäller när det kommer till möjligheten att få arbeta hemma (mer än tidigare) och att få arbeta ostört, men också när det gäller att få handledning av en chef eller mentor.

Även ålder har betydelse för vilken typ av anpassningar sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa får på arbetsplatsen. Det är t.ex. betydligt vanligare för yngre än för äldre att få ändrade arbetsuppgifter (t.ex. mindre stressiga, mindre tunga). Cirka 50 procent av dem mellan 19 och 39 år får denna anpassning. För personer över 60 år är motsvarande andel bara 25 procent. Ett liknande mönster återfinns för att ta fler pauser och att arbeta hemma (mer än tidigare). Andelen som får en anpassning är som högst i gruppen 40 till 49 år och minskar med stigande eller sjunkande ålder.

Det finns också signifikanta skillnader mellan personer bosatta i de olika typerna av kommuner när vi studerar specifika anpassningar. Att få ändrade arbetsuppgifter, möjlighet att arbeta hemma (mer än tidigare) och att få handledning är mest vanligt förekommande bland bosatta i storstäder och storstadsnära kommuner.

När avsnitt 4.2 sammanfattas kan det konstateras att fyra av fem får någon form av arbetsanpassning. Detta kan framstå som mycket. Men när utfallet jämförs med de rekommendationer som finns för anpassningar vid återgång till arbete förefaller det relativt magert. Rekommendationerna innehåller en mängd olika anpassningar som bör göras vid en återgång. När utfallet för specifika insatser studeras står det klart att det är mycket ovanligt med vissa av de anpassningar som finns med bland rekommendationerna. Till exempel får bara en av fyra ta fler pauser och en av tio har fått möjlighet att jobba ostört. Det finns också skillnader inom gruppen som tyder på att mer resursstarka personer oftare får anpassningar. Givetvis kan det vara så att anpassningar kan vara mer eller mindre lätta att få till stånd beroende på vilken bransch den som är

¹⁰¹ 48 procent av de svarande med eftergymnasial utbildning får ändrade arbetsuppgifter, jämfört med endast 32 procent av svarande utan sådan utbildning. Avlastning av kollegor ges till 38 procent av svarande med eftergymnasial utbildning, men endast till 23 procent av svarande utan sådan utbildning.

sjukskriven arbetar inom. Samtidigt tyder resultaten på att anpassningar går åt åstadkomma inom alla branscher. Skillnaderna mellan kvinnor och män visar att det finns könsbundna mönster i vilken typ av anpassningar som ges. Kvinnor får oftare anpassningar för att underlätta balansen mellan hem och arbete.

4.4 Annan arbetslivsriktad rehabilitering

Det är inte helt självklart vad som ryms inom begreppet arbetslivsriktad rehabilitering (jfr avsnitt 2.4.2 ovan). Vad som är klart är att det kan vara andra saker än anpassningar av själva arbetet eller av arbetsplatsen. Arbetsträning och kompetensutveckling är t.ex. insatser som ofta nämns i samband med att arbetsgivarens ansvar för rehabilitering ska preciseras.

4.4.1 Ovanligt med annan typ av arbetslivsriktad rehabilitering

I enkäten ställdes därför även frågan om vilka ytterligare åtgärder som arbetsgivaren vidtagit för att hjälpa den enskilde tillbaka i arbete. Av tabellen nedan framgår att 69 procent av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa anger att de inte fått några ytterligare åtgärder eller att det inte har varit aktuellt med ytterligare åtgärder. Motsvarande andel för dem med andra diagnoser är 80 procent.

Även i detta sammanhang får alltså en jämförelsevis stor andel av de sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa ytterligare åtgärder när de jämförs med andra sjukskrivna. Med det sagt är det samtidigt ovanligt med ytterligare åtgärder även för den här studerade gruppen. Detta gäller inte minst arbetsträning och kompetenshöjande insatser.

Denna bild förstärks ytterligare när svarsalternativet *annat* analyseras närmare. I enkäten gavs de svarande i detta fall möjligheten att i fritext beskriva vad *annat* betyder i deras fall.¹⁰² I stort sett alla med stressrelaterad ohälsa som har lämnat ett fritextsvar på denna fråga anger olika varianter på andra och anpassade arbetsuppgifter. Det kan handla om att få färre arbetsuppgifter, mindre betungande uppgifter eller mer välavgränsade uppgifter eller om att få mer tid för att göra en uppgift i taget. Dessa svar handlar alltså egentligen om anpassningar som var möjliga att ange som svar på fråga 7 i enkäten. Några anger dock att de har veckovisa avstämningar med sin chef där de får berätta hur det går och hur de uppfattar sin arbetsbelastning. Men det stora flertalet svar i denna kategori ska inte tolkas som att personerna faktiskt fått någon annan typ av åtgärder än just anpassningar av arbetsuppgifter eller arbetsplatsen. Om detta vägs in är det drygt 80 procent som inte har fått ytterligare åtgärder av arbetsgivaren.

Den vanligaste insatsen för personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa är arbetsträning (14 procent). Arbetsträning innebär att den som är sjukskriven får träna sin arbetsförmåga på arbetsplatsen, med bibehållen

¹⁰² 190 av de svarande som var sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa har lämnat ett fritextsvar på denna fråga.

sjukpenning eller rehabiliteringspenning.¹⁰³ Ett antal får också åtgärder för att lösa konflikter på arbetsplatsen (4 procent). Med tanke på att ca 20 procent uppger konflikter på arbetsplatsen som orsak till sjukskrivningen är det oväntat få som får åtgärder för att lösa dessa problem. Slutligen är det ett fåtal som får kompetenshöjande åtgärder av arbetsgivaren (2 procent).

Tabell 6 Vilka ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?

Frågan var en flervalsfråga, vilket innebär att de svarande har kunnat välja mer än ett svarsalternativ. Andelar i procent.

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 315)	Män (n = 676)	Totalt (n = 2 991)
Kompetensutveckling/utbildning	2	4	2
Åtgärder för att lösa konflikter på arbetsplatsen	4	2	4
Arbetsträning	13	17	14
Annat	15	15	15
Inga ytterligare åtgärder	56	51	54
Inte aktuellt	14	16	14

Källa: Enkätundersökningen.

Inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa finns bara små skillnader när det kommer till hur vanligt det är med olika typer av ytterligare åtgärder. Mellan kvinnor och män går det inte att uppmäta några statistiskt säkerställda skillnader alls. Det finns inte heller några större skillnader mellan olika grupper när det gäller ålder, utbildning, bransch eller kommuntyp.

Sammanfattningsvis går det att konstatera att det är ovanligt med ytterligare åtgärder för personer som varit sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa under en längre period. Inom gruppen finns bara små skillnader som inte visar på någon tydlig systematik i vem som får och vem som inte får ytterligare åtgärder.

4.5 Om arbetsgivarens stöd upplevs som tillräckligt

I detta avsnitt redogörs för hur de svarande upplever det stöd de har fått av arbetsgivaren och vilket stöd de önskar att de hade fått.

¹⁰³ Enligt Försäkringskassan är andelen som får arbetsträning i denna studie (11 procent av samtliga) sannolikt överskattad. En tidigare studie som Försäkringskassan har gjort visar att endast 1 procent fick arbetsträning. Den studien byggde på en liknande population, men uppgiften om arbetsträning är hämtad från vad handläggarna dokumenterat i sjukskrivningsakten. Diskrepansen tyder på att en del av de svarande har trott att arbetsträning är något annat än vad som avsågs i enkäten. Arbetsträning är ett svårt begrepp som vissa svarande kan ha missförstått, trots att det fanns en förklarande text i enkäten. Se Försäkringskassan (2024) *Stöd tillbaka i arbete: en enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*, Arbetsrapport 2024:2.

4.5.1 Arbetsanpassningar avgörande för om stödet upplevs som tillräckligt

I enkäten ställdes en fråga om de svarande upplever att de fått det stöd de behöver av sin arbetsgivare för att återgå i arbete. Av tabellen nedan framgår att 70 procent av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa bedömer att de i viss grad eller i hög grad fått ett sådant stöd. Motsvarande andel för dem med andra diagnoser är 61 procent. Denna skillnad beror till stor del på att det är betydligt vanligare att svara att stöd från arbetsgivaren inte är aktuellt/inte behövs bland personer som är sjukskrivna med andra diagnoser (14 procent) jämfört med personer som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning (5 procent). Det är ungefär lika vanligt att uppge att man inte fått ett tillräckligt stöd bland personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa (22 procent) som för övriga (20 procent).

Tabell 7 Upplever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?

Andelar i procent

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 302)	Män (n = 672)	Totalt (n = 2 975)
Ja, i hög grad	32	37	33
Ja, i viss grad	38	35	37
Nej	23	20	22
Jag behöver inget stöd	1	1	1
Vet inte	2	4	3
Inte aktuellt	4	3	4
Total	100	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

Inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa finns vissa skillnader när det kommer till hur man bedömer det stöd man fått av arbetsgivarna. Det är dock endast skillnaderna mellan personer med olika utbildningsnivå och mellan olika åldrar som är statistiskt säkerställda. Personer med eftergymnasial utbildning anger oftare att de i hög grad fått det stöd de behöver (36 procent) än personer utan eftergymnasial utbildning (29 procent). På motsvarande sätt är det vanligare att svara att man inte fått ett sådant stöd bland personer utan eftergymnasial utbildning (26 procent) än bland personer med eftergymnasial utbildning (20 procent). Personer som är 40 år eller äldre är i större utsträckning höggradigt nöjda (36 procent) än de som är yngre än 40 år. Det är direkt ovanligt att uppge att man är höggradigt nöjd bland personer mellan 19 och 29 år (22 procent). Personer som är 60 år eller äldre svarar oftare än övriga att det inte varit aktuellt med något stöd (9 procent).

Tabellen ovan visar att det finns en tendens till att män är mer nöjda än kvinnor med det stöd de fått. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd. På samma sätt förhåller det sig när vi bryter upp resultatet på bransch och kommundyp. Även här finns tydliga tendenser till att de grupper som oftare uppger att de får anpassningar, t.ex. verksamma inom juridik, ekonomi, vetenskap och

teknik samt bosatta i storstäder, också är mer nöjda med det stöd de fått av sina arbetsgivare. Resultaten är dock inte statistiskt säkerställda.

För att undersöka om det finns ett samband mellan hur de svarande bedömer det stöd de fått av arbetsgivaren och om de fått arbetsanpassningar har här gjorts en separat analys. Resultatet är tydligt. Av de som fått anpassningar svarar 40 procent att de i hög grad fått det stöd de behöver och 41 procent att de i viss grad fått ett sådant stöd. Motsvarande andelar för personer som inte fått arbetsanpassningar är 7 respektive 25 procent. Av de som fått arbetsanpassningar svarar 14 procent att de inte fått det stöd de behöver för att återgå i arbete. Motsvarande andel för personer som inte fått arbetsanpassningar är 55 procent. Följaktligen är arbetsanpassningar avgörande för om man bedömer det stöd som man har fått av arbetsgivaren som tillräckligt för att kunna återgå i arbete.

4.5.2 Strukturella förändringar av arbetsplatsen efterfrågas

Endast en tredjedel av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa uppger att de i hög grad fått det stöd de behöver för att återgå i arbete. För att få en bättre förståelse för vad det är som saknas i det stöd som tillhandahålls från arbetsgivarna ställdes följande fråga (nr12) i enkäten: *Om du tycker att din arbetsgivare borde ha gjort mer för att stötta dig, vad önskar du att din arbetsgivare hade gjort?* I gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa valde drygt 40 procent av de svarande att skriva ett fritextsvar på denna fråga.

Ett vanligt svar är att man efterfrågar den typ av anpassningar som andra får, t.ex. möjligheten att arbeta hemifrån, att få avlastning från kollegor, mindre stressande arbetsuppgifter etc. Ett betydligt vanligare tema är dock att efterfråga strukturella förändringar på arbetsplatsen. Många anger att de långt innan sjukskrivningen larmat om att arbetssituationen eller arbetsmiljön var ohållbar. Underbemanning och orimliga prestationskrav, men också negativ särbehandling och mobbning, nämns som exempel på strukturella problem som inte hanteras av arbetsgivaren. I en situation där den försäkrade är på väg tillbaka till en oförändrad arbetsmiljö spelar tillfälliga anpassningar en marginell roll för möjligheterna till en hållbar återgång i arbete. Här efterfrågas ett systematiskt arbetsmiljöarbete där arbetsgivaren tar i tu med de arbetsmiljöproblem som de svarande ser som orsaken till den egna sjukskrivningen.

Ett annat återkommande tema i fritextsvaren är brister i bemötande eller omtanke från arbetsgivarens sida. Många vittnar om att det går långa perioder under sjukskrivningen då de inte har någon kontakt alls med sin chef eller arbetsgivare. Och när de väl har kontakt är det bara för att lösa instrumentella eller praktiska frågor. Ingen frågar hur den försäkrade mår eller vad han eller hon behöver. Många uttrycker det som att arbetsgivaren inte visar att han eller hon är intresserad eller vill att den försäkrade ska komma tillbaka till arbetsplatsen.

Ett tredje tema som återkommer är brist på kunskap eller förståelse för vad sjukdomstillståndet innebär. Eftersom arbetsgivaren inte förstår vad det t.ex. innebär att ha utmattningssyndrom har de också svårt att göra de nödvändiga anpassningarna. Det är lätt hänt att de glömmer vad som är bestämt och i den skarpa arbetssituationen i praktiken förväntar sig att den försäkrade som är på väg tillbaka ska kunna leverera på samma nivå som innan sjukskrivningen. Det gäller även kollegor som inte alltid informerats om de anpassningar som planerats.

När avsnitt 4.6 sammanfattas går det att konstatera att det endast är en tredjedel av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa som anser att de i hög grad fått det stöd de behöver för att återgå i arbete. Ytterligare en dryg tredjedel anser att de i viss grad fått det stöd de behöver. Personer med eftergymnasial utbildning anser oftare än personer utan eftergymnasial utbildning att de fått ett tillräckligt stöd. Men störst är skillnaden mellan personer som fått arbetsanpassningar och personer som inte fått arbetsanpassningar. Att få arbetsanpassningar är helt avgörande för om man uppfattar det stöd som man har fått som tillräckligt för att återgå i arbete. Många svarande efterfrågar dock ytterligare åtgärder, främst i form av strukturella förändringar på arbetsplatsen för att hantera de arbetsmiljöproblem som de upplever som orsaken till sjukskrivningen.

5 Hälso- och sjukvårdens vård och behandling

Sammanfattning

Enkätresultaten visar att i stort sett alla som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning får någon form av behandling. Mycket få skickas hem med enbart en rekommendation om att vila. Vanligast är det att få någon form av samtalskontakt eller terapi. Det är också relativt vanligt med någon form av läkemedelsbehandling. Övriga behandlingsinsatser är inte alls lika vanligt förekommande och det varierar i vilken utsträckning olika grupper får ta del av dem. De största skillnaderna finns mellan personer som bor i storstäder och på landsbygden.

Resultaten visar att det finns stora skillnader i den behandling som ges och indikerar att det till viss del är utbud och efterfrågan som styr vilken behandling patienterna får.

Fyra av fem upplever att de i någon grad fått den vård och behandling de behöver. Samtidigt är det många som inte är helt nöjda. Vad som efterfrågas är bl.a. kortare väntetider för att få träffa läkare, psykolog och annan vårdpersonal. Knappt var tredje tror att de hade kunnat börja arbeta tidigare om de fått bättre eller tidigare vård.

I detta kapitel besvaras rapportens andra frågeställning. Kapitlet innehåller en beskrivning av den vård och behandling personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa får. Det görs också en analys av om det finns skillnader mellan olika grupper och av om den vård som ges är tillräcklig för att hjälpa de som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning tillbaka i arbete.

5.1 Många olika typer av behandling

I dagsläget finns det inte något vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling för utmattningssyndrom.¹⁰⁴ De litteraturoversikter som har gjorts på senare tid visar att det är svårt att dra några generella slutsatser om olika behandlingars effekt utifrån befintliga vetenskapliga studier.¹⁰⁵ Detsamma kan sägas om de andra typerna av reaktioner på stress som är relativt vanligt förekommande i den här studerade populationen: F43.2 *anpassningsstörningar*, F43.8W *andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom* och F43.9 *reaktion på svår stress, ospecificerad*.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm., s. 252.

¹⁰⁵ Lindsäter, E. mfl. (2022). "Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis", i *BJPsych Open*, 8(5), e159; Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm., s. 237–269.

¹⁰⁶ Intervju med Susanne Ellbin den 24 april 2024.

När det saknas vetenskaplig evidens för enskilda behandlingar blir rekommendationerna för hur en patientgrupp ska behandlas med nödvändighet vaga. Detta är också en kritik som har framförts när det gäller behandlingen av patienter med utmattningssyndrom. Kritiker menar att Socialstyrelsens rekommendationer är allmänt hållna och föga vägledande samt att olika vårdgivare därför ger den vård och behandling de tror på eller har tillgång till.¹⁰⁷

De flesta patienter som får ett medicinskt omhändertagande för stress och utmattning får det inom primärvården eller företagshälsovården.¹⁰⁸ Någon systematisk kartläggning av vilken vård som personer som lider av stress och utmattning får har inte publicerats i skrivande stund.¹⁰⁹

5.1.1 Vanligt med samtalskontakt och läkemedelsbehandling

För att bidra till kunskapsuppbyggnaden på området tillfrågades de som svarade på enkäten om vilken vård och behandling de fått under den aktuella sjukskrivningen. Då enkäten skickades ut till personer med vitt skilda diagnoser är svarskategorierna av nödvändighet mycket breda. För att få mer detaljerad kunskap om den vård som ges kompletteras redovisningen därför med information från de granskade sjukskrivningsakterna.¹¹⁰

Tabellen nedan visar att nästan alla i den studerade populationen fick någon form av vård eller behandling (95 procent). Även enligt aktstudiens resultat har nästan alla fått någon form av behandling. I de fall där den som var sjukskriven inte fått någon behandling var det vanligt att den sjukskrivande läkaren enbart konstaterade att patienten behöver vila eller att det helt saknades uppgifter om behandling. Enkätresultaten visar att det vanligaste (38 procent) är att få två av de behandlingsinsatser som listas i tabell 8. Det är nästan lika vanligt att bara få en av insatserna (34 procent), men det finns också personer som fått fyra (6 procent) eller fem (1 procent) av de listade insatserna.

Den vanligaste formen av behandling enligt enkätsvaren är ”enskilda samtal, terapi, kbt eller liknande”. Denna form av behandling uppgår 78 procent av den studerade populationen att de har fått under sjukskrivningen. Aktstudien ger en något mer detaljerad bild av vilka behandlingsinsatser det handlar om. Där delades denna kategori in i tre underkategorier: samtalskontakt, kognitiv beteendeterapi (kbt) och psykodynamisk terapi. Knappt 70 procent fick då samtalskontakt. Ibland framgick det av läkarintygen att patienten träffat en psykolog. Lika vanligt var dock att det bara står samtalskontakt eller samtalsstöd i läkarintyget. Då kan det också handla om samtalskontakt med en kurator eller en arbetsterapeut. I 14 procent av de studerade akterna anges att patienten

¹⁰⁷ Se t.ex. artikeln ”Därför skenar diagnosen utmattningssyndrom”, *Psykologtidningen* den 9 mars 2021, där forskaren Elin Lindsäter uttalar sig.

¹⁰⁸ Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm., s. 139.

¹⁰⁹ I skrivande stund pågår ett forskningsprojekt på Institutet för stressmedicin, TED, som bl.a. bland annat har som mål att kartlägga vilken behandling patienter med utmattningssyndrom får inom primärvården. Den statistiska delen var per den 4 juli 2024 inte publicerad.

¹¹⁰ I det följande redovisas inte någon jämförelse med svarande med andra typer av diagnoser. Det förefaller inte meningsfullt då olika sjukdomar och tillstånd naturligtvis kräver olika typer av behandling.

uttryckligen får någon form av kbt och i 4 procent av akterna anges att patienten får psykodynamisk terapi. Då en och samma person kan ha fått flera av de här beskrivna insatserna blir resultaten från aktstudien inte helt jämförbara med enkätsvaren, men de ger en bild av fördelningen mellan de olika behandlingsformerna.

Tabell 8 Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?

Frågan var en flervalsfråga, vilket innebär att de svarande har kunnat välja mer än ett svarsalternativ.

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 315)	Män (n = 676)	Totalt (n = 2 991)
Operation	2	2	2
Medicin	51	50	51
Sjukgymnastik, fysioterapi, naprapati, kiropraktik eller liknande	22	17*	21
Enskilda samtal, terapi, kbt eller liknande	77	83*	78
Samtalsgrupp (eller kurs) om t.ex. stress, sorg eller smärta	18	15	18
Träning på recept	6	2*	5
Annat	16	11*	15
Jag har inte fått någon vård eller behandling	5	4	5
Vet inte	0	1	0

Källa: Enkätstudien. *Statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män.

Av tabellen ovan framgår att 51 procent uppger att de fått någon form av medicin i samband med den aktuella sjukskrivningen. Det är den näst vanligaste formen av behandling. Vilken form av medicin det är fråga om framgår inte av enkätsvaren. Dessa uppgifter har emellertid samlats in för aktstudiens population. Av 44 procent av de studerade akterna framgår det att patienten får antidepressiv medicin. Att få antidepressiv medicin är vanligast bland försäkrade som under sjukfallets första 180 dagar har någon form av depressionsdiagnos, som antingen primär- eller sekundärdiagnos.¹¹¹ I denna grupp får 69 procent antidepressiv medicin. Det är även relativt vanligt att få antidepressiv medicin bland dem som inte har en depressionsdiagnos. I denna grupp får 34 procent någon form av antidepressiv medicin. Detta kan mest sannolikt förklaras av att antidepressiv medicin även används vid ångest eller svåra sömnstörningar som också är vanligt förekommande t.ex. hos patienter med utmattningssyndrom.¹¹²

¹¹¹ Definitionen som använts här är om den försäkrade har en depressionsdiagnos som primär- eller sekundärdiagnos vid dag 1 och/eller vid dag 180 i rehabiliteringskedjan.

¹¹² Institutet för stressmedicin, Råd och behandling vid UMS: <https://www.vgregion.se/ov/ism/-stress-rad-och-behandling/utmattningssyndrom/rad-och-behandling/>.

Att sömnstörningar är vanligt bland sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa framgår tydligt av sjukskrivningsakterna. Av akterna framgår också att 31 procent av de försäkrade behandlas med medicin specifikt för att kunna sova. I enstaka fall får de sjukskrivna också delta i en sömnskola där de kan få råd och stöd för att hitta en bättre sömnrutin. Värt att påpeka är att medicin nästan alltid ges i kombination med någon annan insats. Endast 5 procent av de studerade akterna visar att den försäkrade bara får behandling i form av medicin (antidepressiv och/eller sömnmedicin).

Av tabellen ovan framgår att 21 procent uppger att de fått ”sjukgymnastik, fysioterapi, naprapati, kiropraktik eller liknande”. Därtill kommer att 18 procent anger att de fått delta i en ”samtalsgrupp (eller kurs) om t.ex. stress, sorg eller smärta”. I aktstudien användes inte några så breda och därmed jämförbara svarkategorier.

Däremot samlades det in information från akterna om hur vanligt det är med multimodal rehabilitering (MMR) för personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa.¹¹³ Enligt Rehabiliteringsrådets slutbetänkande rådde det i Sverige redan för mer än tio år sedan konsensus om att denna metod var den bästa vid behandling av stress och utmattning.¹¹⁴ Den multimodala rehabiliteringen består oftast av en kombination av flera av de insatser som listas i tabellen ovan och utförs av ett interdisciplinärt team under en längre period.¹¹⁵ I dagsläget saknas det dock robusta forskningsstöd som visar att behandlingsmetoden fungerar för patienter med utmattningssyndrom.¹¹⁶ Av aktstudien framgår att behandlingsmetoden i praktiken inte heller är särskilt vanlig bland sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa. I endast 12 procent av de studerade akterna påbörjas en MMR under den studerade perioden.

5.1.2 Var du bor avgör till viss del vilken behandling du får

I tabellen ovan visas en jämförelse mellan den vård och behandling kvinnor och män får. Jämförelsen visar att det är något vanligare med sjukgymnastik och fysioterapi bland kvinnor än bland män. Det är också vanligare bland kvinnor än bland män att få träning på recept och att uppge svarsalternativet ”annat”.¹¹⁷ Det är något vanligare bland män (83 procent) än bland kvinnor (77 procent) att få enskilda samtal, terapi, kbt eller liknande. Det övergripande

¹¹³ Den multimodala rehabiliteringen består oftast av psykologisk behandling, gärna i grupp, stressreduktion med sjukskrivning, regelbunden livsföring och fysisk motion, ibland österländska metoder som meditation eller qigong samt åtgärder på arbetsplatsen för att främja snar återgång i arbete.

¹¹⁴ SOU 2011:15, s. 91.

¹¹⁵ I aktstudien är merparten av behandlingsprogrammen 12 veckor, men det finns även exempel på program som pågår under 24 veckor.

¹¹⁶ Lindsäter, E. m.fl. (2022). ”Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis”, i *BJPpsych Open*, 8(5), e159.

¹¹⁷ Av de som angav ”annat” som svar på fråga 13 har 146 personer i gruppen F43 skrivit ett fritextsvar. Svaren är dock svårkategoriserade eftersom de består av så många olika typer av vård och behandling. Några insatser som nämns ett flertal gånger är kontakt med arbetsterapeut för att hitta balans i vardagen och för att få hjälp med planeringen för återgången i arbete, sömnskola, stresshanteringskurs och multimodal rehabilitering. Flera nämner också att de varit inlagda för psykiatrisk vård.

mönstret är att kvinnor i genomsnitt får något fler, men framför allt mer diversifierade, insatser än män.

De mest iögonfallande skillnaderna återfinns dock mellan boende i olika typer av kommuner. Här finns signifikanta skillnader mellan kommutyp för samtliga behandlingsformer förutom medicinering och enskilda samtal, terapi, kbt eller liknande. Det finns t.ex. stora skillnader när det kommer till sjukgymnastik och fysioterapi som är en betydligt vanligare behandlingsform för personer bosatta i storstäder (30 procent) än för personer bosatta på landsbygden (12 procent). Detsamma gäller för att delta i en samtalsgrupp (eller kurs) om t.ex. stress, som är vanligare bland bosatta i storstäder (26 procent) än bland bosatta på landsbygden (10 procent). Resultaten indikerar att tillgången till olika behandlingsformer till viss del styr den behandling som ges i det enskilda fallet. Bosatta i storstäderna får mer differentierad vård än övriga.

Det finns också signifikanta, dock inte lika stora, skillnader mellan personer med och utan högre utbildning. Det är t.ex. vanligare för personer med eftergymnasial utbildning (81 procent) än utan (75 procent) att få enskilda samtal, terapi, kbt eller liknande. Det är också vanligare att delta i samtalsgrupp (eller kurs) om t.ex. stress bland personer med eftergymnasial utbildning (20 procent) än bland dem utan (15 procent). Störst är dock skillnaden när det kommer till läkemedelsbehandling. Personer utan eftergymnasial utbildning får någon form av medicin oftare (56 procent) än vad personer med eftergymnasial utbildning får (47 procent).

Skillnader finns också mellan personer verksamma inom olika näringsgrenar. Det är t.ex. vanligast med läkemedelsbehandling bland personer verksamma inom vård, omsorg och sociala tjänster (59 procent) och minst vanligt förekommande bland personer verksamma inom handel (43 procent) och tillverkning (43 procent). Att få enskilda samtal, terapi, kbt eller liknande är däremot vanligast bland personer verksamma inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik (91 procent) och mest ovanligt förekommande bland personer verksamma inom vård, omsorg och sociala tjänster (70 procent).

Även när resultatet bryts upp i olika åldersgrupper finns vissa statistiskt signifikanta skillnader. Till exempel är det relativt vanligt att personer mellan 19 och 49 år deltar i en samtalsgrupp (eller kurs) om t.ex. stress (ca 20 procent). I gruppen 60 år eller äldre får endast 8 procent sådan behandling.

När avsnitt 5.1 sammanfattas går det att konstatera att nästan alla som varit sjukskrivna en längre period på grund av stressrelaterad ohälsa får någon form av vård och behandling. Mycket få skickas hem med endast en rekommendation om att vila. Fyra av fem får någon form av samtalskontakt eller terapi och hälften får någon form av läkemedelsbehandling. Övriga insatser är inte alls lika vanligt förekommande och det varierar i vilken utsträckning olika grupper får ta del av dem. De största skillnaderna finns mellan personer som bor i storstäder och på landsbygden.

Denna bild går i linje med tidigare forskning och bekräftas av de forskare som har intervjuats för studien. Vilken behandling som ges beror på den behandlande läkaren, vilket utbud som finns att tillgå där hon eller han är

verksam och av vad patienten efterfrågar.¹¹⁸ Kunskapsnivå och förhållnings-sätt skiljer sig mellan läkare. Tillgången till psykologer, fysioterapeuter, stöd-grupper etc. skiljer sig regionalt och lokalt. Detta öppnar upp för att vården blir såväl utbudsstyrd som efterfrågestyrd. Om och när patienter remitteras vidare till en viss typ av behandling eller profession framstår därför ofta som slumpartat.¹¹⁹ Sammanslaget öppnar det upp för en ojämlig vård.¹²⁰

5.2 Om behandlingen upplevs som tillräcklig

Eftersom det inte finns något vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling för stress och utmattnings är det svårt att bedöma vad som är bra och dåligt i detta sammanhang. Det är t.ex. långt ifrån säkert att mer vård är bättre vård. I det följande redogörs för hur de svarande upplever den vård och behandling de har fått i samband med den aktuella sjukskrivningen och vilket stöd de önskat att de hade fått.

5.2.1 Fyra av fem upplever att de i någon grad fått den vård de behöver

I enkäten ställdes en fråga om de svarande upplever att de fått den vård och behandling de behöver. Av tabellen nedan framgår att 82 procent av de som är sjukskrivna på grund av stress och utmattnings bedömer att de i viss grad eller i hög grad fått den vård och behandling de behöver. Motsvarande siffra för personer med andra diagnoser är i stort sett den samma, 83 procent.¹²¹

Vidare gör ca 15 procent av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa bedömningen att de inte fått den vård och behandling de behöver och 3 procent anger att de inte vet. Motsvarande andelar för svarande med andra diagnoser är 14 respektive 4 procent. Den här studerade gruppen förefaller alltså varken vara mer eller mindre nöjd med vården än andra långtids-sjukskrivna.

¹¹⁸ Intervju med Susanne Ellbin 23 april 2024, intervju med Anna Finnes den 2 maj 2024.

¹¹⁹ Ellbin, S. m.fl. (2024). "Psychologists' involvement in and experiences of treating patients with stress-related exhaustion in primary care", i *BMC Primary Care* (2024) 25:56.

¹²⁰ Intervju med Anna Finnes den 2 maj 2024.

¹²¹ Personer som är sjukskrivna med andra diagnoser svarar "Ja, i hög grad" i 43 procent av fallen och "Ja, i viss grad" i 40 procent av fallen. I denna grupp är det alltså fler som svarar "Ja, i hög grad".

Tabell 9 Upplever du att du fått den vård och behandling du behöver?*Andelar i procent*

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 304)	Män (671)	Totalt (n = 2 975)
Ja, i hög grad	36	39	37
Ja, i viss grad	45	44	45
Nej	16	14	15
Behöver inget stöd	0	1	1
Vet inte	3	3	3
Totalt	100	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

Inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa finns bara vissa skillnader när det kommer till hur man bedömer den vård och behandling man fått under sjukskrivningen. Mellan män och kvinnor finns inga statistiskt säkerställda skillnader. Det samma gäller vid en jämförelse mellan personer med och utan eftergymnasial utbildning. Mest anmärkningsvärt är kanske att det inte heller går att belägga någon skillnad mellan dem som bor på landsbygden och i städer. Detta trots att det är stora skillnader i den vård och behandling som ges.

Däremot finns det relativt stora skillnader mellan olika åldersgrupper.¹²² Bland personer som är 50 år eller äldre svarar ca 45 procent att de i hög grad fått den vård och behandling de behöver. Motsvarande andel för personer i åldern 40–49 är 35 procent, för personer i åldern 30–39 år är den 31 procent och för personer i åldern 19–29 år är den 24 procent. På motsvarande sätt är det betydligt vanligare att svara nej på frågan bland yngre personer än bland de äldre. Till exempel svarar 17 procent av dem mellan 30 och 39 år nej, men bara 6 procent av dem som är 60 år eller äldre. Vad dessa skillnader beror på är svårt att säga. Någon större skillnad i den vård som ges till olika åldersgrupper går inte att uppmäta. Därför är det inte osannolikt att det istället handlar om olika förväntningar på vården.

5.2.2 Kortare väntetider och ytterligare behandlingsinsatser efterfrågas

Som vi har kunnat se är det endast två av fem av de som är sjukskrivna på grund av stress och utmattnings som anser att de i hög grad fått den vård och behandling de behöver. Här tycks därför finnas ett utrymme för förbättringar. För att få en bättre förståelse för vad det är som saknas i den vård och behandling som tillhandahålls av sjukvården ställdes följande fråga (nr 16) i enkäten: *Om du tycker att hälso- och sjukvården borde ha gjort mer, vad önskar du att*

¹²² Det finns även vissa mindre skillnader mellan verksamma inom olika branscher. Personer verksamma inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik är t.ex. högregradigt nöjda i större utsträckning (51 procent) än andra.

de hade gjort? I gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa valde knappt 40 procent av de svarande att skriva ett fritextsvar på denna fråga.

Det absolut vanligaste är att de svarande efterfrågar kortare väntetider, dels för att få sitt tillstånd utrett så att rätt diagnos kan ställas, dels för att komma igång med en behandling. Många är de som fått vänta länge på att få träffa en psykolog eller på att få påbörja terapi.

En annan invändning är bristen på kontinuitet. Många är kritiska till att de får träffa olika läkare varje gång de är i kontakt med hälso- och sjukvården. Denna situation gör också att det brister i uppföljningen av patientens tillstånd. Andra menar att det samtalsstöd eller den psykologkontakt de fått är allt för sporadisk och enbart innehåller ett fåtal träffar.

Ett relaterat problem som lyfts av många är att den sjukskrivande läkaren ofta har mycket kort om tid med patienten. Läkarkontakten sköts gärna per telefon vid återbesök. Då upplever många att kontakten blir instrumentell. Läkarintyg för fortsatt sjukskrivning måste prioriteras och det upplevs som att sömnläkemedel och antidepressiv medicin skrivs ut, mest för att det är enkelt och går snabbt.

Ett annat tema som återkommer i de öppna svaren är att läkare ofta sjukskriver den försäkrade under en begränsad period åt gången. Sen förlängs sjukskrivningen efter en ny kontakt. Många upplever detta som stressande då det blir svårt att planera och förutse vad som kommer att hända.

Många efterfrågar också ytterligare insatser. Det kan vara allt från fysioterapi, kostråd, medicinsk yoga, träningsråd, avslappningsövningar, stresshanteringskurser till traumabehandling och sorgebearbetning. Som vi har sett får många denna typ av insatser, men långt ifrån alla och vem som får vad tycks nästan slumpartat.

5.2.3 En av tre tror att bättre eller tidigare vård kunde ha påskyndat återgången till arbete

Som konstaterats ovan är det knappt två av fem som anser att de i hög grad fått den vård och behandling de behöver. Övriga är antingen osäkra eller känner att de saknar något. Spelar då vårdens innehåll någon roll för möjligheterna att återgå i arbete? För att kunna besvara denna fråga ställdes ytterligare en fråga i enkäten (nr 17): *Tror du att du hade kunnat börja arbeta tidigare om du hade fått bättre eller tidigare vård och behandling?*

Av tabellen nedan framgår att knappt en tredjedel tror att en bättre eller tidigare vård och behandling hade spelat roll. Av dem som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa svarar 15 procent *ja, troligen* och 14 procent svarar *ja, kanske*. Motsvarande andelar för personer med andra diagnoser är 18 respektive 14 procent. Mer än hälften av de svarande tror dock inte det (53 procent) och många vet inte (16 procent). Motsvarande andel för dem med andra diagnoser är 47 respektive 15 procent. Det är följaktligen inte fullt lika vanligt bland personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa

som för andra att tro att en bättre vård hade kunnat förkorta deras sjukskrivning.

Tabell 10 Tror du att du hade kunnat börja arbeta tidigare om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?

Andelar i procent

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 310)	Män (671)	Totalt (n = 2 981)
Ja, troligen	14	18	15
Ja, kanske	14	16	14
Nej	53	51	53
Vet inte	16	13	16
Inte aktuellt	3	2	3
Total	100	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

När det gäller frågan om bättre eller tidigare vård går det inte att hitta några större skillnader inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa. Mellan kvinnor och män finns inga statistiskt säkerställda skillnader. Det samma gäller vid en jämförelse mellan personer med olika utbildningsnivå och mellan personer bosatta i olika typer av kommuner. Inte heller mellan personer verksamma inom olika branscher går det att uppmäta några statistiskt säkerställda skillnader.

Här finns dock skillnader mellan olika åldersgrupper. Personer som är 50 år eller äldre svarar t.ex. oftare nej på frågan (ca 60 procent) än vad personer som är 39 år eller yngre gör (ca 47 procent). Yngre svarar också oftare att det är troligt att de skulle ha kunnat börja arbeta tidigare om de fått bättre (eller tidigare) vård och behandling.¹²³ Resultatet ligger i linje med hur yngre och äldre upplevt den vård de fått under sjukskrivningen.

När avsnitt 5.2 sammanfattas går det att konstatera att fyra av fem upplever att de i någon grad fått den vård och behandling de behöver. Samtidigt är det många som inte är helt nöjda med den vård och behandling de fått. Vad som efterfrågas är bl.a. kortare väntetider för att få träffa läkare, psykolog och annan vårdpersonal. Knappt var tredje tror att de hade kunnat börja arbeta tidigare om de fått bättre eller tidigare vård.

¹²³ 19 procent av de personer som är mellan 19 och 39 år svarar *ja, troligen*. Motsvarande andel för t.ex. personer som är 60 år eller äldre är 5 procent.

6 De sjukskrivna och framtiden

Sammanfattning

Enkätstudien visar att fyra av fem av de som är långtidssjukskrivna på grund av stress och utmattning påbörjar en upptrappning av arbetstiden under sjukskrivningens första 180 dagar. Endast en av tio är helt sjukskriven under hela perioden. Mycket lite tyder därmed på att det är en utbredd praxis att låta sjukfallen löpa på utan att det görs försök till aktivering.

Tre av fem uppger i enkäten att det finns annat än faktorer i arbetslivet som hindrar dem från att återgå helt i arbete. Det är vanligare med denna typ av hinder bland kvinnor än bland män, och yngre upplever oftare hinder än äldre. Det är i första hand faktorer i privatlivet som upplevs som hinder. Aktstudien visar att det t.ex. kan handla om ansvar för barn eller andra anhöriga med särskilda behov.

Drygt hälften av de som besvarat enkäten tror att de om ett halvår kommer att arbeta mer eller lika mycket som innan sjukskrivningen. Det är dock betydligt vanligare att tro att man kommer att jobba mindre än tidigare bland personer som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning än bland övriga. Det indikerar att en stor del av dessa sjukfall riskerar att bli riktigt långa.

Målet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och den behandling som ges i form av terapi eller läkemedel är att återställa arbetsförmågan och att hjälpa den enskilde att bli fri från sina symtom. Ett vanligt mått som används för att mäta om insatser har avsedd effekt är antalet sjukpenningdagar. Detta låter sig inte göras här. Denna studie kan inte fastställa några orsakssamband.¹²⁴

I detta kapitel görs i stället ett försök att beskriva progression och förutsättningar för återgång i arbete utifrån ett antal andra parametrar. För det första studeras om och hur personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa trappar upp sin arbetstid under pågående sjukskrivning. En successiv upptrappning betraktas ofta som en förutsättning för en hållbar återgång i arbete för den aktuella patientgruppen. Därefter undersöks om det finns andra hinder än faktorer i arbetslivet som gör det svårt för personer som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning att återgå helt i arbete. Slutligen studeras de svarandes egen uppskattning av hur mycket de kommer att kunna arbeta i framtiden. Det är väl belagt inom forskningen att tron på den egna förmågan är ett kraftfullt sätt att predicera sjukskrivningsförloppet.

¹²⁴ Se avsnitt 1.2.1 för en beskrivning av studiens begränsningar.

6.1 Upptrappning av arbetstid är vanligt

En vanlig rekommendation vid sjukskrivning på grund av stress och utmattning är att återgå till arbetet successivt. Att direkt återgå i fullt arbete anses ofta som kontraproduktivt.¹²⁵ Det är under denna period förändringar av arbetsförhållanden och beteenden kan göras för att nå fram till ett varaktigt och hållbart arbetsliv och för att minimera risken för att återinsjukna.

I detta avsnitt ska vi titta närmare på hur partiell sjukskrivning används för att nå det slutliga målet om att återgå helt i arbete för personer som är sjukskrivna en längre period på grund av stressrelaterad ohälsa.

Det är möjligt att få sjukpenning på olika nivåer: 100, 75, 50 och 25 procent. Utgångspunkten för bedömningen av rätten till sjukpenning är att den försäkrade ska arbeta i den utsträckning som hälsotillståndet och arbetsförmågan tillåter.

När ett sjukfall inleds är det vanliga att personer med stressrelaterad ohälsa blir sjukskrivna på heltid. Detta sker i 86 procent av de fall som ingår i enkätstudien. I 10 procent av fallen inleds sjukfallet med halv sjukpenning. Det är mer ovanligt att inleda sjukfallet med tre fjärdedels (2 procent) eller en fjärdedels (2 procent) sjukpenning. Det finns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper, mellan personer verksamma inom olika branscher eller personer bosatta i olika typer av kommuner. Däremot kan vi se att det finns vissa skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå. Det är t.ex. något vanligare för personer utan eftergymnasial utbildning att inleda sjukfallet med hel sjukpenning (89 procent) än för personer med eftergymnasial utbildning (85 procent). Omvänt är det något vanligare att bli sjukskriven på halvtid bland personer med eftergymnasial utbildning (11 procent) än bland dem som inte har sådan utbildning (7 procent). Skillnaderna är dock små.

Tabell 11 Graden av sjukpenning vid olika tidpunkter i sjukfallet

Andelar i procent

Sjukpenning	Dag 1		Dag 90		Dag 180	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
100 procent	86	88	57	59	26	24
75 procent	2	2	15	18	18	16
50 procent	10	8	24	21	29	33
25 procent	2	2	4	2	19	19
0 procent	0	0	0	0	8	8
Summa	100	100	100	100	100	100
Antal	2 315	676	2 315	676	2 315	676

Källa: Enkätundersökningen.

När sjukfallen når 90 dagar i rehabiliteringskedjan är det betydligt vanligare att vara deltidssjukskriven än i början av sjukfallet. Då är 57 procent sjukskrivna

¹²⁵ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för utmattningssyndrom: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/utmattningssyndrom/>.

på heltid. Det har blivit vanligare att vara sjukskriven på tre fjärdedelar (16 procent) och på halvtid (24 procent). Vid partiell sjukskrivning kombinerar den försäkrade arbete med sjukskrivning. Av sjukskrivningsakterna framgår att det absolut vanligaste är att den försäkrade har förkortade arbetsdagar, där man t.ex. arbetar fyra timmar och är sjukskriven fyra timmar per dag. Arbetstiden kan emellertid förläggas på andra sätt också om detta antas gynna den försäkrades återgång i arbete. Det är t.ex. inte ovanligt att personer som är sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom har en dag mitt i veckan då de inte arbetar alls. Då blir arbetstiden mer koncentrerad under övriga dagar i veckan. Vissa läkare rekommenderar detta för att skapa bättre förutsättningar för återhämtning.

Efter tre månader är alltså många successivt på väg att återgå i arbete, även om alla i populationen fortfarande är sjukskrivna i någon omfattning. När vi tittar på om det finns någon systematik i vilka som trappar upp arbetet kan vi inte heller här hitta några statistiskt säkerställda skillnader mellan olika undergrupper – med ett undantag. Även här finns skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå. Medan 62 procent av dem utan eftergymnasial utbildning fortfarande är helt sjukskrivna är motsvarande andel för dem med eftergymnasial utbildning bara 54 procent.

Längst ut till höger i tabellen ovan visas graden av sjukskrivning dag 180 i rehabiliteringskedjan. Då är 26 procent sjukskrivna på heltid. Det är nu vanligare att vara sjukskriven på deltid och vanligast är det att vara halvtidssjukskriven (29 procent). Vi kan också se att 8 procent har avslutat sin sjukskrivning. Inte heller här hittar vi några statistiskt säkerställda skillnader mellan olika grupper, med undantag för utbildningsnivå. Personer utan eftergymnasial utbildning är oftare sjukskrivna på heltid (32 procent) än personer med eftergymnasial utbildning (21 procent). Generellt går det att konstatera att den skillnad som fanns mellan grupperna med olika utbildningsnivå håller i sig och förstärks något mellan dag 1 och dag 180. Det är dock lika stor andel (8 procent) i de båda utbildningsgrupperna som avslutat sin sjukskrivning dag 180.

Viktigt att poängtera är att det endast är 11 procent av populationen som har varit 100 procent sjukskrivna under hela den studerade perioden. Även om 26 procent är sjukskrivna på heltid dag 180 har alltså många fler än så varit tillbaka i någon omfattning. Av någon anledning har upptrappningen av arbetstiden inte fungerat.

Aktstudien kan ge en fördjupad förståelse för denna process. Ur sjukskrivningsakterna hämtades information om hur upptrappningen av arbetstid gick till i de enskilda fallen. I tabell 12 nedan visas hur vanligt det är att graden av arbete trappas upp mellan dag 1 och dag 180. Tabellen visar också om det gjorts försök till upptrappning som har misslyckats. I tabell 13 visas om graden av sjukskrivning är högre, lägre eller oförändrad dag 180 jämfört med dag 1 i rehabiliteringskedjan.

Tabell 12 Har graden av arbete trappats upp mellan dag 1 och dag 180?*Andelar i procent*

Upptrappning	Kvinnor (n = 145)	Män (n = 41)	Totalt (n = 186)
Ja	63	45	59
Ja, men det fungerar inte	15	35	19
Nej	22	20	22
Totalt	100	100	100

Källa: Aktstudie.

Av tabellen ovan framgår att 78 procent av alla sjukskrivna påbörjar en upp-trappning av arbetsgraden under det första halvåret med sjukpenning. I 19 procent av fallen misslyckas dock försöket och den försäkrade får återgå till en högre grad av sjukskrivning igen. Ofta inser den försäkrade redan efter någon dag att hon eller han inte orkar arbeta i den tänkta utsträckningen. För andra kan det ta flera månader innan det blir tydligt att det inte fungerar.

Tabell 13 Graden av sjukpenning dag 180 jämfört med dag 1*Andelar i procent*

Grad av sjukpenning	Kvinnor (n = 145)	Män (n = 41)	Totalt (n = 186)
Högre	2	10	4
Lägre	72	63	70
Oförändrad	26	27	26
Totalt	100	100	100

Källa: Aktstudien.

Att det första försöket att trappa upp arbetstiden misslyckas är emellertid inte detsamma som att det inte fungerar vid ett senare tillfälle. Många försäkrade får försöka mer än en gång innan de hittar ett varaktigt sätt att komma tillbaka till arbetet. Detta blir tydligt i tabell 13, som visar att 70 procent faktiskt arbetar mer dag 180 än vad de gjorde dag 1.

När det gäller upp-trappning finns intressanta skillnader mellan kvinnor och män. Hela 35 procent av männen misslyckas någon gång under sjukperioden med att trappa upp sin arbetstid (se tabell 12). Motsvarande andel för kvinnor är endast 15 procent. Detta avspeglas också i hur det ser ut dag 180. Knappt 63 procent av männen har då en lägre grad av sjukpenning än dag 1. För kvinnor är motsvarande andel 72 procent.

Att det finns en sådan skillnad kan ha en rad olika förklaringar. Det är t.ex. inte svårt att tänka sig att det kan finnas könsspecifika normer kring sjukdom och arbete som här spelar roll. Tidigare studier har t.ex. visat att män har en längre process än kvinnor för att själva förstå och acceptera sin psykiska ohälsa.¹²⁶

Sammanfattningsvis går det att konstatera att fyra av fem som är långtids-sjukskrivna på grund av stress och utmattning påbörjar en upp-trappning av

¹²⁶ Försäkringskassan (2020). *Genusperspektiv på arbetsåtergång vid insatser utförda vid företagshälsövdanden*, Socialförsäkringsrapport 2020:7.

arbetstiden under sjukskrivningens första 180 dagar. Endast en av tio är helt sjukskriven under hela perioden. Det finns alltså mycket lite som tyder på att det är en utbredd praxis att låta sjukfallen löpa på utan att det görs försök till aktivering, trots att det försäkringsmedicinska beslutsstödet för utmattningssyndrom – den enskilt vanligaste diagnosen i populationen – ger vid handen att man vid utmattningssyndrom kan sjukskriva patienten upp till ett år eller mer.¹²⁷

6.2 Andra faktorer som kan påverka återgång i arbete

Som konstaterades i kapitel 3 är det mycket vanligt att arbetet ses som en bidragande orsak till sjukskrivning för personer som drabbas av stressrelaterad ohälsa. Det gick då även att konstatera att tidigare forskning visat att det oftast handlar om en kombination av arbetsrelaterade och privata stressorer som ligger till grund för sjukdomstillståndet. Detta är av betydelse för hur vi kan förstå olika personers förutsättningar för återgång i arbete. När det kommer till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har arbetsgivaren ett tydligt ansvar att genom anpassningar och rehabilitering möjliggöra en återgång i arbete. Något motsvarande tydligt ansvar finns inte när det kommer till tillstånd som orsakats av andra faktorer.

6.2.1 Sociala faktorer påverkar förutsättningarna att återgå i arbete

I enkäten ställdes en fråga om vilka andra faktorer än arbetet som gör det svårt att komma tillbaka helt i arbete. Tabellen nedan visar att det är 43 procent av de svarande som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa som uppger att det inte finns andra saker än arbetsmiljön som gör det svårt att komma tillbaka helt i arbete. 57 procent menar därmed att det finns sådana försvårande faktorer i livet. Motsvarande andel för svarande som är sjukskrivna med andra diagnoser är 34 procent. Det är följaktligen betydligt vanligare i den här studerade gruppen att uppleva att det finns annat än arbetsmiljön som förhindrar att man återgår helt i arbete.

Det vanligaste hindret för personer som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning är faktorer i deras privatliv (32 procent) och det näst vanligaste är att de måste byta jobb för att helt kunna återgå i arbete (22 procent). Motsvarande andelar för svarande som är sjukskrivna med andra diagnoser är 15 respektive 14 procent.

Enkätstudien kan inte ge svar på vilken typ av faktorer i privatlivet det är som avses när de svarande anger dem som ett hinder för återgång i arbete. I aktstudien gjordes däremot ett försök att samla in information från sjukskrivningssakterna om vilken typ av problem det kan handla om. Merparten av

¹²⁷ Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för Utmattningssyndrom: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/utmattningssyndrom/>.

informationen hämtades då från information som finns i läkarintygen, men också från de anteckningar som Försäkringskassans handläggare gör under samtal med den som är sjukskriven. I akterna fanns det beskrivningar av olika typer av sociala problem i 35 procent av ärendena.

Det vanligast förekommande hindret är att den som är sjukskriven har ett eller flera barn, en partner eller en förälder som är sjuk och behöver omsorg och tillsyn. Den enskilt vanligaste situation som nämns är att den försäkrade har en son eller en dotter som lider av psykisk ohälsa, adhd eller add och inte klarar av sin vardag. Det är inte ovanligt att barnen har självmordstankar och mår mycket dåligt. Det kan också handla om en dement partner eller förälder. Andra vanligt förekommande sociala problem är vårdnadstvister och skilsmässor (ofta i kombination). Att denna typ av problem är vanligt förekommande hos patienter med stressrelaterad ohälsa är sedan tidigare belagt inom forskningen.¹²⁸ Forskning har också visat att förekomsten av denna typ av problem tenderar att förlänga sjukskrivningstiden.¹²⁹

Att en femtedel av de svarande i enkätstudien uppger att de behöver byta jobb för att återgå helt i arbete kommer inte heller som en överraskning. Som konstaterats tidigare anser nästan alla att arbetet var en bidragande orsak till sjukskrivningen. Tidigare studier har också visat att hälften av en grupp patienter som behandlats för stress och utmattning hade bytt arbetsplats vid en 7-årsuppföljning.¹³⁰ Enkätsvaren kan här indikera behovet av att byta arbetsplats, men de kan också avse byte av arbetsuppgifter eller byte av yrke. Svarets innebörd har inte specificerats närmare i enkäten.

Tabell 14 Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbete?

Frågan var en flervalsfråga, vilket innebär att de svarande har kunnat välja mer än ett svarsalternativ. Andelar i procent.

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2 987)	Män (n = 673)	Totalt (n = 2 987)
Ja, jag har inget arbete	1	1	1
Ja, min arbetsgivare vill inte att jag ska komma tillbaka	5	7	5
Ja, jag vill/behöver byta arbete	23	19	22
Ja, faktorer i mitt privatliv	34	27*	32
Ja, annat	10	8	9
Nej	41	49*	43

Källa: Enkätundersökningen. *Statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män.

¹²⁸ Hasselberg, K. m.fl. (2014). "Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records". *BMC Psychiatry* 2014, 14:66.

¹²⁹ Holmlund, L. m.fl. (2023). "Are psychosocial work factors and work-home interference associated with time to first full return-to-work after sick leave due to common mental disorders?" *Int Arch Occup Environ Health*. 96:747-755.

¹³⁰ Beno, A. m.fl. (2021). "Self-reported changes in work situation – a cross-sectional study of patients 7 years after treatment for stress-related exhaustion". *BMC Public Health* (2021) 21:1222.

Inom gruppen sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa finns också vissa intressanta skillnader. Av tabell 14 framgår att det är vanligare bland kvinnor (59 procent) än bland män (51 procent) att uppge att det finns andra faktorer än arbetet som gör det svårt att komma tillbaka helt i arbete. Den stora skillnaden är att kvinnor (34 procent) oftare än män (27 procent) upplever att det finns faktorer i deras privatliv som försvårar en återgång i arbete.

Det finns inte några liknande skillnader mellan personer är bosatta i olika typer av kommuner. Däremot finns det små skillnader mellan utbildningsgrupperna när det kommer till vilka faktorer som tillskrivs betydelse. Det är t.ex. något vanligare bland personer med eftergymnasial utbildning (35 procent) än bland personer utan eftergymnasial utbildning (29 procent) att ange att det finns saker i privatlivet som gör det svårt att helt återgå i arbete. Omvänt är det något vanligare att personer utan eftergymnasial utbildning uppger att arbetsgivaren inte vill ha dem tillbaka (7 procent) än personer som har eftergymnasial utbildning (4 procent). Det finns också mindre skillnader mellan personer verksamma inom vissa branscher. Det är t.ex. vanligare att personer verksamma inom vård, omsorg och socialt arbete uppger att det finns andra faktorer än arbetet som gör det svårt att komma tillbaka (61 procent) än personer verksamma inom tillverkning (47 procent).

Det är dock först när olika åldersgrupper jämförs med varandra som det går att uppmäta stora skillnader. Det är helt tydligt att ju yngre de svarande är, desto vanligare blir det att uppge att det finns faktorer utöver arbetet som gör det svårt att komma tillbaka i arbete. Bland personer i åldern 19 till 39 år uppger ca 68 procent att det finns sådana faktorer. Sedan krymper andelen för varje ålderskategori och är nere på 42 procent för personer som är 60 år eller äldre. Vilken typ av hinder är det då yngre upplever i så hög grad jämfört med äldre?

Att anse att man behöver byta jobb för att återgå helt i arbete är mycket vanligt i den allra yngsta gruppen. I åldersgruppen 19 till 29 år svarar hela 43 procent att de behöver byta jobb. Detta är betydligt vanligare än i de äldre åldersgrupperna. I gruppen 60 år eller äldre svarar endast 12 procent att de behöver byta jobb för att återgå helt i arbete. På motsvarande sätt är det betydligt vanligare bland personer som är yngre än 50 år att uppge faktorer i privatlivet som ett hinder jämfört med personer som är äldre än 50 år. Till exempel uppger 43 procent av personer mellan 30 och 39 år faktorer i privatlivet som en anledning. Motsvarande andel för personer mellan 50 och 59 år är 21 procent.

Sammanfattningsvis går det att konstatera att det är vanligt att det finns flera faktorer som hindrar personer som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa från att återgå helt i arbete. Det är vanligare att faktorer i privatlivet påverkar kvinnor än män, och yngre upplever oftare sådana hinder än äldre. Det handlar i första hand om faktorer i privatlivet, såsom ansvar för anhöriga med funktionsnedsättning, men också om behovet av att byta arbete och/eller arbetsplats. Resultatet är till viss del en spegling av hur omsorgsarbete är fördelat i samhället. Kvinnor i de åldrar där det är vanligt med hemmaboende barn uppger oftare hinder än andra.

6.3 Tron på den egna förmågan att arbeta i framtiden

Tidigare forskning har visat att en mycket träffsäker indikator på hur långt ett sjukfall kommer att bli är patienten eller den sjukskrivnes egen uppskattning av den egna förmågan, s.k. *return to work self-efficacy*.¹³¹ Det handlar då om en tro på den egna kapaciteten att återgå i arbete och framgångsrikt utföra sina arbetsuppgifter. För att få en bild av hur det kommer att gå för de svarande ställdes därför en fråga i enkäten om hur mycket de tror att de kommer att kunna arbeta om ett halvår. Som konstaterats tidigare hade de svarande varit sjukskrivna i ungefär ett halvår då de fick enkäten.

6.3.1 En av tre tror att de kommer att behöva arbeta mindre i framtiden

Tabellen nedan visar att 53 procent (4 + 49) av de som var sjukskrivna på grund av stress och utmattning tror att de kommer att arbeta mer eller lika mycket som innan sjukskrivningen efter ett halvår. Motsvarande andel för personer sjukskrivna med andra diagnoser är 52 procent.

Tabellen visar också att det är många – nästan var tredje (31 procent) – bland dem som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa som tror att de kommer att arbeta mindre än innan sjukskrivningen. Motsvarande andel för sjukskrivna med andra diagnoser är lägre (19 procent). Relativt många av dem med stressrelaterad ohälsa uppger att de inte vet (15 procent) och ett fåtal tror inte att de kommer att arbeta alls inom ett halvår från det att de besvarade enkäten (1 procent). Motsvarande andelar för dem med andra diagnoser är 26 procent respektive 3 procent.

Den här studerade gruppen skiljer sig alltså från övriga på ett intressant sätt. Tron på att inte kunna arbeta i samma utsträckning som tidigare är utbredd bland de som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning. Bland personer med andra diagnoser är osäkerheten större och fler svarar att de inte vet.

¹³¹ Se t.ex. Lagerveld S.E. m.fl. (2010). "Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire", *Work Stress*. 2010;24(4), s. 359–375.

Tabell 15 Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?

Andelar i procent

Svarsalternativ	Kvinnor (n = 2304)	Män (n = 671)	Totalt (n = 2 975)
Mer än före sjukskrivningen	3	6	4
Lika mycket som före sjukskrivningen	48	53	49
Mindre än före sjukskrivningen	32	27	31
Inte alls	1	1	1
Vet inte	16	12	15
Totalt	100	100	100

Källa: Enkätundersökningen.

När jämförelsen görs mellan kvinnor och män, som i tabellen ovan, finns en tendens till att män har en mer optimistisk inställning till möjligheten att arbeta i framtiden än vad kvinnor har. Skillnaderna är dock relativt små och är inte statistiskt säkerställda. Resultatet ligger dock i linje med tidigare forskning. En 7-årsuppföljning av patienter som behandlats för utmattningssyndrom visar t.ex. att det är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män att gå ned i arbetstid.¹³²

När personer som är verksamma inom olika branscher jämförs med varandra finns vissa signifikanta skillnader. Det är t.ex. vanligare bland personer verksamma inom vård, omsorg och sociala tjänster att ange att de kommer att arbeta mindre om ett halvår (34 procent) jämfört med personer verksamma inom tillverkning (21 procent). Resultatet är sannolikt en spegling av könsammansättningen inom de olika branscherna. Det finns även mindre skillnader mellan olika åldersgrupper, där personer som är 60 år eller äldre i högre utsträckning än andra svarar att de inte kommer att arbeta alls eller inte vet om de kommer att jobba det närmaste halvåret.

När personer med olika utbildningsnivå jämförs med varandra går det inte att uppmäta några signifikanta skillnader. Detta gäller även när vi kontrollerar för kommutyp.

Sammanfattningsvis går det att konstatera att en av tre av de som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa tror att de om ett halvår kommer att arbeta mindre än innan sjukskrivningen. Det indikerar att en tredjedel av sjukskrivna kommer att bli ett år eller mer.

¹³² Beno, A. m.fl. (2021). "Self-reported changes in work situation – a cross-sectional study of patients 7 years after treatment for stress-related exhaustion". *BMC Public Health* (2021) 21:1222.

7 Uppföljningsgruppens iakttagelser

Ohälsa på grund av stress och utmattnings är i dag ett stort samhällsproblem som det är viktigt att försöka åtgärda. Nästan 80 procent av alla som är sjukskrivna på grund av stressrelaterad ohälsa är kvinnor. Sjuktalen är som högst bland kvinnor i de åldersgrupper där det är vanligt med hemmaboende barn och bland yrkesverksamma inom vård, skola och omsorg, där främst kvinnor arbetar. Därmed är det också en fråga om jämställdhet. I det följande presenterar utskottets uppföljningsgrupp ett antal iakttagelser som vi bedömer vara av särskild vikt för det framtida arbetet med att minska antalet sjukskrivningar till följd av stressrelaterad ohälsa.

7.1 Det saknas systematisk uppföljning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Sjukskrivningsmönster ändras över tid. Under vissa perioder är sjuktalen höga, under andra perioder är de lägre. Orsakerna till sjukskrivningar förändras också. Just nu ökar sjukskrivningarna för stress och utmattnings. Under tidigare perioder har det varit värk i muskler och leder som varit drivande. Oavsett är det av största vikt att kunna följa utvecklingen. Den här studien initierades bl.a. på grund av att det saknas systematiskt insamlad information om hur vanligt det är att sjukskrivna personer får olika typer av arbetslivsinriktad rehabilitering, vilka åtgärder som vidtas och vilken eller vilka former av behandling som fungerar.

Ansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ligger hos respektive arbetsgivare. Arbetsgivarna har i sin tur ingen skyldighet att rapportera, t.ex. till Försäkringskassan, vilka åtgärder de vidtar. Försäkringskassan kan därmed inte heller föra register som kan ge en uttömmande bild av hur vanligt det är att personer som är sjukskrivna får arbetslivsinriktad rehabilitering.

I dagsläget görs det inte heller några återkommande undersökningar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som är generaliserbara för en större grupp sjukskrivna. Den enkätundersökning som presenterats här, och som tagits fram i samarbete med Försäkringskassan, är den första i sitt slag på många år.¹³³ I början av 2000-talet gjorde dåvarande Riksförsäkringsverket (senare Försäkringskassan) årliga enkätundersökningar om långvarig sjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Eftersom rehabiliteringstanken är en bärande komponent i dagens sjukförsäkringssystem vill utskottets uppföljningsgrupp betona vikten av att inrätta en systematisk och återkommande uppföljning av den arbetslivsinriktade

¹³³ Försäkringskassan har publicerat en första sammanställning av resultatet från denna enkätundersökning i rapporten Försäkringskassan (2024). *Stöd tillbaka i arbete: en enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*, Arbetsrapport 2024:2.

rehabiliteringen, t.ex. genom återkommande enkätundersökningar, för att kunna följa utvecklingen över tid. Utan sådan uppföljning saknas vital information för att kunna bedöma hur väl sjukförsäkringssystemet fungerar.

7.2 Ovanligt med passiva sjukskrivningar på grund av stress och utmattning

En passiv sjukskrivning, utan planering eller rehabilitering, kan leda till social isolering och risk för förlorad försörjning. Forskning har visat att ju längre sjukskrivningsperioden är, desto svårare kan det vara att återgå i arbete.¹³⁴ Då sjukskrivningar på grund av stress och utmattning tenderar att bli långa får dessa personer ur detta perspektiv betraktas som en riskgrupp. Den undersökning som presenteras här visar dock att det är ovanligt att personer som är sjukskrivna en längre period på grund av stressrelaterad ohälsa hamnar i en passiv sjukskrivning.

Enkätstudien visar att endast en av tio är sjukskriven på heltid under hela den studerade perioden. Övriga arbetar åtminstone deltid under sjukskrivningen. Aktstudien visar att knappt åtta av tio påbörjar en upptrappning av arbetstiden under sjukskrivningens första 180 dagar. Med utgångspunkt i enkätstudien kan vi också konstatera att tre av fyra har haft en diskussion med sin arbetsgivare om vilket stöd de behöver för att komma tillbaka till arbete. Därtill kommer att åtta av tio har fått någon form av arbetsanpassningar för att underlätta återgången i arbete. Sammantaget kan utskottets uppföljningsgrupp konstatera att resultaten tyder på att det är mycket ovanligt med långa sjukskrivningar på grund av stress och utmattning utan att det åtminstone görs försök till aktivering och återgång i arbete.

7.3 Behov av ökad kunskap om vård och behandling av patienter med stress och utmattning

I dag finns det inte något vetenskapligt underlag för att rekommendera någon enskild behandling för de vanligaste stressrelaterade diagnoserna. De behandlingsstudier som har gjorts visar inte på några tydliga effekter av någon enskild behandling. Enkätundersökningen och aktstudien visar också att det finns stora skillnader i den vård som ges. Många får bara samtalsstöd, medan andra genomgår omfattande rehabiliteringsprogram som inbegriper allt från yoga och fysioterapi till kognitiv beteendeterapi. Mycket tyder på att den behandling som ges styrs av vad som finns tillgängligt på den aktuella vård-

¹³⁴ Se t.ex. Viikari-Juntura, E. Virta, L.J., Kausto, J., Autti-Rämö, I., Martimo, K-P., Laaksonen, M., Leinonen, T., Husgafvel-Pursiainen, K., Burdorf, A. och Solovieva, S. (2017). "Legislative change enabling use of early part time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland". *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2017; 43(5):447-56.

enheten, av den enskilda behandlarens syn på vad som fungerar och av vad patienten efterfrågar.

Utskottets uppföljningsgrupp gör bedömningen att det är av yttersta vikt att öka kunskapen om vilken eller vilka former av behandling som fungerar för att hjälpa patienter som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning. Det finns i dag betydande kunskapsluckor och ett stort behov av forskning om behandling. Satsningar på inhemsk forskning är särskilt viktigt eftersom en vanlig diagnos som utmattningssyndrom inte används internationellt, vilket försvårar internationella jämförelser. Vi välkomnar därför den gemensamma satsning på forskning som Försäkringskassan och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) gjort för att bidra till ökad kunskap om psykisk ohälsa med fokus på rehabilitering, samverkan och ett hållbart arbetsliv.¹³⁵ Flera av de forskningsprojekt som fått ta del av de drygt 42 miljarder kronorna i den gemensamma satsningen är direkt inriktade på frågor om behandling och återgång i arbete för personer med stressrelaterad ohälsa. Vi ser positivt på fortsatta satsningar på forskning inom området, gärna med särskilt fokus på regionala skillnader och företagshälsovårdens betydelse för tillgången till effektiv vård och behandling. Först när det finns vetenskapligt underlag för att rekommendera någon form av behandling kan vi förvänta oss en enhetlig och effektiv hantering av hela patientgruppen.

Till detta kommer att det kan behövas insatser för att höja kunskapsnivån om stressrelaterad ohälsa och psykisk ohälsa generellt, framför allt inom primärvården där merparten av dessa patienter får sin behandling. Det handlar då om att öka kunskapen om utredning och diagnostisering så att diagnoserna används på ett likartat sätt över hela landet men också om att öka kunskapen om när i sjukdomsförloppet det är lämpligt att sätta in olika typer av insatser. Med en höjd kunskapsnivå kan man också undvika överbehandling och användandet av kostsamma behandlingar som inte har några påvisbara effekter.

Slutligen finns det anledning att lyfta upp det försäkringsmedicinska perspektivet, dvs. hälso- och sjukvårdens handläggning av sjukskrivningen. En aktiv sjukskrivning kännetecknas enligt Socialstyrelsen av att den är väl genomtänkt och baserad på en försäkringsmedicinsk bedömning. Dessutom behövs det en plan för sjukskrivning och rehabilitering som följs upp kontinuerligt. Det behöver finnas ett tydligt syfte med sjukskrivningen som tillsammans med behandlings- och rehabiliteringsinsatser bidrar till att individen återfår hälsa och arbetsförmåga när så är möjligt.¹³⁶ Även i detta sammanhang tycks det finnas behov av kunskapshöjande insatser. Av enkätstudiens fritextsvar framgår att frånvaron av en långsiktig planering och framförhållning för sjukskrivningen skapar oro och stress hos de svarande. Tidigare studier har också visat att merparten av regionerna inte upplever det försäkringsmedicinska arbetet som prioriterat och att det ofta saknas rutiner och styrande dokument för den

¹³⁵ Forte deltar inom ramen för det nationella programmet om psykisk hälsa, som genomförs på uppdrag av regeringen.

¹³⁶ Socialstyrelsen (2023). *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering: En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022.*

försäkringsmedicinska bedömningen.¹³⁷ Inte minst för denna patientgrupp är det viktigt att sjukskrivning, rehabilitering och behandling planeras och följs upp för att skapa förutsägbarhet och trygghet för den enskilde.

7.4 Det krävs ökat fokus på det förebyggande arbetet

Denna studie visar att merparten av alla som är sjukskrivna under en längre period på grund av stress och utmattning får någon form av arbetslivsriktad rehabilitering. Den består dock nästan uteslutande av arbetsanpassningar och arbetsträning. Ytterst få får någon annan typ av arbetslivsriktad rehabilitering från sin arbetsgivare. Arbetsanpassningar är till sin natur individinriktade och tillfälliga.

Nio av tio upplever att arbetet bidrog till sjukskrivningen. Det handlar ofta om hög arbetsbelastning och stress men inte sällan om konflikter, kränkande behandling eller andra problem på arbetsplatsen. Trots att merparten av alla de som ingått i studien fått olika typer av arbetsanpassningar för att underlätta återgången i arbete är det endast en tredjedel som upplever att de i hög grad fått det stöd de behöver. Många påpekar att de brister i arbetsmiljön, t.ex. i form av osunda prestationskrav, kronisk underbemanning, trakasserier eller mobbning, som bidrog till sjukskrivningen fortfarande finns kvar när det är dags att återgå i arbete. Då spelar de tillfälliga arbetsanpassningarna mindre roll. En av fem av de som besvarat enkäten menar till och med att de måste byta arbete för att kunna återgå helt i arbete. Det kan betyda att den svarande anser sig behöva byta arbetsuppgifter eller arbetsgivare, men det kan också handla om att helt byta yrke.

Detta understryker vikten av att se sjukskrivningar på grund av stress och utmattning som ett organisatoriskt problem lika mycket som ett individuellt problem. Det är uppföljningsgruppens bedömning att en förbättrad psykosocial arbetsmiljö skulle förebygga många sjukskrivningar men också förbättra förutsättningarna för att kunna komma tillbaka i arbete efter en sjukskrivning. Betydelsen av att fokusera på förebyggande åtgärder accentueras av det faktum att vi i dag inte vet om det finns någon behandling – och i så fall vilken – som är verksam för denna patientgrupp.

7.5 Utveckla och bredda arbetet med samordning

Denna studie visar att nästan alla som är sjukskrivna på grund av stress och utmattning under en längre period anser att arbetet bidragit till den aktuella sjukskrivningen. Tidigare studier har visat att det också är mycket vanligt med andra typer av orsaksfaktorer. Det handlar då ofta om en kombination av arbetsrelaterade och privata faktorer. Oavsett orsak kan individen utveckla de symptom som ingår i kriterierna för de olika stressrelaterade diagnoserna. Lidandet är detsamma.

¹³⁷ Ibid.

I enkätundersökningen uppger en tredjedel av de svarande att det finns faktorer i deras privatliv som förhindrar att de återgår helt i arbete. Av aktstudien framkommer att det ofta handlar om att den som är sjukskriven har omvårdnadsansvar för ett barn eller annan anhörig med särskilda behov (t.ex. barn med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller en förälder eller partner med kognitiva sjukdomar), men det kan också handla om skilsmässor, vårdnadstvister eller liknande.

Försäkringskassan ska samordna de arbetslivsinriktade insatser som behövs för att den enskilde ska kunna återgå i arbete eller söka annat arbete. Försäkringskassans samordningsuppdrag innebär att Försäkringskassan i samråd med individen ser till att hans eller hennes behov av rehabilitering klarläggs och verkar för att insatserna genomförs. En kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. En samordnad individuell plan (SIP) ska tas fram när en person behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka aktörer som ansvarar för vilken insats och vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen. Kommunens socialtjänst ansvarar också för stöd och avlastning till personer som har omsorgsansvar för barn eller andra anhöriga med funktionsnedsättning t.ex. genom stöd via LSS eller anhörigstöd, föräldra- eller familjerådgivning, kontaktperson, avlösning i hemmet och boendestöd.

I de studerade sjukskrivningsakterna finns det mycket lite som tyder på att Försäkringskassan samordnar denna typ av insatser. Detta kan vara ett uttryck för att det är ovanligt att få denna typ av stöd från kommunen trots att det skulle kunna hjälpa sjukskrivna att återfå sin arbetsförmåga. Samtidigt kan det vara så att Försäkringskassan inte tar tillräckliga initiativ till samordning i dessa fall. Utskottets uppföljningsgrupp vill därför understryka vikten av att Försäkringskassan fortsätter att utveckla och bredda arbetet med samordningsuppdraget, t.ex. genom att genomföra fler avstämningsmöten där alla aktörer som kan bidra till att den enskilde återfår sin arbetsförmåga deltar.

Referenser

Riksdagstryck

Betänkande 2005/06:KU21 *Riksdagen i en ny tid*.

Framställning till riksdagen 2005/06:RS3 *Riksdagen i en ny tid*.

Proposition 2009/10:80 *En reformerad grundlag*.

Forskning, myndighetsrapporter m.m.

Arbetsgivarverket (2022). *Om sjukfrånvaro och rehabilitering – en vägledning för statliga arbetsgivare*.

Beno, A., Hensing, G., Lindegård, A. och Jonsdottir, I. (2021). "Self-reported changes in work situation – a cross-sectional study of patients 7 years after treatment for stress-related exhaustion". *BMC Public Health* (2021) 21:1222

Boström, M. och Hensing, G. (2020). "Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad åren 2010–2019", bilaga 2 i Jämställdhetsmyndigheten (2021:2). *Psykisk ohälsa och andra aspekter av ohälsa*.

Brämberg, E., Åhsberg, E., Fahlström, G., Furberg, E., Gornitzki, C., Ringborg, A., och Skogman Thoursie, P. (2024). "Effects of work-directed interventions on return-to-work in people on sick-leave for to common mental disorders – a systematic review". *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2024:97(6):597–619.

Ellbin, S., Lindegård, A., Jonsdottir, I. och Dahlborg, E. (2024). "Psychologists' involvement in and experiences of treating patients with stress-related exhaustion in primary care", i *BMC Primary Care* (2024) 25:56.

Glise, K. (2018). *Återgång i arbete vid utmattningssyndrom – en vägledning inför avstämningsmötet*.

Hartman, L. och Odmark, P. (2019). *Arbetsmiljö, organisation och hälsa – hur hänger det ihop och varför? Sveriges företagshälsor*.

Hasselberg, K., Jonsdottir, I., Ellbin, S. och Skagert, K. (2014). "Self-reported stressors among patients with Exhaustion Disorder: an exploratory study of patient records". *BMC Psychiatry* 2014, 14:66.

Försäkringskassan (2024). *Stöd tillbaka i arbete: en enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*, Arbetsrapport 2024:2.

Försäkringskassan (2023). *Psykisk ohälsa I dagens arbetsliv*. Försäkringskassans korta analyser 2023:6.

Försäkringskassan (2023). *Vada kostar olika sjukdomar?* Försäkringskassans korta analyser 2023:7.

Försäkringskassan (2022). *Mer aktivitet i utredningar av ärenden om sjukpenning: en analys av skillnader i handläggningen mellan åren 2019 och 2021*. Pm 2022:3.

Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser – En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020.

Försäkringskassan (2020) *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020*. Svar på regeringsuppdrag dnr 001382-2020.

Försäkringskassan (2020). *Genusperspektiv på arbetsåtergång vid insatser utförda vid företagshälsovården*, Socialförsäkringsrapport 2020:7.

Holmlund, L., Bültmann, U., Bergström, G., Warnqvist A och Björk Brämberg, E. (2023). "Are psychosocial work factors and work-home interference associated with time to first full return-to-work after sick leave due to common mental disorders?" *Int Arch Occup Environ Health*. 96:747–755.

Hultin, H., Lindholm, C. och Möller, J. (2012). "Is there an association between long-term sick leave and disability pension and unemployment beyond the effect of health status? A cohort study", *PloS one*, 7 (4).

Inspektionen för socialförsäkringen. (2017). *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan*. Rapport 2017:9.

Inspektionen för socialförsäkringen (2021). *Försäkringskassans utredningskyldighet*. Rapport 2021:3.

Lagerveld S.E., Blonk, R.W.B., Breninkmeijer, V. och Schaufeli, W.B. (2010). "Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire", *Work Stress*. 2010;24(4):359–375.

Lindsäter, E., Svärdman, F., Wallert, J., Ivanova, E., Söderholm, A., Fondberg, R., Nilsson, G., Cervenka, S., Lekander, M. och Rück, C. (2022). "Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis", i *BJPsych Open*, 8(5), e159.

SOU 2020:24 *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

Riksrevisionen (2018). *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, RiR 2018:11, s. 34.

Rück, C., Lindsäter, E. och Lekander, M. (2022) *De utmattade måste få tillgång till rätt vård*. DN Debatt den 12 maj 2022.

Rück, C. (2020). *Olyckliga i paradiset: Varför mår vi så dåligt när allt är så bra?* Natur & Kultur, Stockholm.

Socialstyrelsen (2023). *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering: En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022.*

SOU 2020:6 *En begriplig och trygg sjukförsäkring.*

SOU 2011:15 *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.*

SOU 2006:86 *Mer försäkring och mera arbete.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2019). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner 2020.*

Viikari-Juntura, E. Virta, L.J., Kausto, J., Autti-Rämö, I., Martimo, K-P., Laaksonen, M., Leinonen, T., Husgafvel-Pursiainen, K., Burdorf, A. och Solovieva, S. (2017). "Legislative change enabling use of early part time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland". *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2017; 43(5):447–56.

Åsberg, M. (red.) (2024). *Utmattningssyndrom*. Gothia kompetens, Stockholm.

Åsberg, M., Wahlberg, K., Wiklander, M. och Nygren, Å. (2011). "Psyiskt sjuk av stress ... diagnostik, patofysiologi och rehabilitering", *Läkartidningen* nr 36 2011 volym 108.

Webbplatser

<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/>. Hämtat den 22 augusti 2024.

<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/>. Hämtat den 13 september 2024.

<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/anpassningsstornig-livskris-sorgreaktion/>. Hämtat den 22 augusti 2024.

<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/akut-stressreaktion/>. Hämtat den 22 augusti 2024.

<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/posttraumatiskt-stressyndrom/>. Hämtat den 22 augusti 2024.

<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/utmattningssyndrom/>. Hämtat den 22 augusti 2024.

<https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/sjukdom-och-skada/om-din-medarbetare-ar-sjuk-lange>. Hämtat den 23 augusti 2024.

<https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2022-10-24-stressrelaterade-sjukskrivningar-okar-igen-efter-pandemin>.

https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/for_vardgivare/diagnostik/. Hämtat den 22 augusti 2024.

<https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/utmattningssyndrom/rad-och-behandling/>. Hämtat den 23 augusti 2024.

Intervjuer

Anja Beno, doktorand, läkare och specialist i allmänmedicin. Verksam vid Institutet för stressmedicin, Västragötalandsregionen, och allmänmedicinska stressmottagningen. Intervju den 20 maj 2024.

Elisabeth Björk Brämberg, docent i arbetsmedicin och forskare. Verksam vid avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska Akademin. Intervju den 13 maj 2024.

Susanne Ellbin, specialistpsykolog vid Institutet för stressmedicin, Västragötalandsregionen. Intervju den 23 april 2024.

Anna Finnes, medicine doktor och legitimerad psykolog. Verksam vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, och Akademiskt primärvårdscentrum, Liljeholmens vårdcentral. Intervju den 2 maj 2024.

BILAGA

Teknisk rapport från SCB

Enkätundersökning om rehabilitering och återgång i arbete

Teknisk rapport - En beskrivning av
genomförande och metoder

20240125

Beteckning: 262879/8009193

SCB

Innehåll

1	Kortfattad beskrivning av uppdraget	2
2	Genomförande och metoder	3
2.1	Population och urval	3
2.2	Blankettfrågor och registeruppgifter	4
2.3	Datainsamling	4
2.3.1	Kontaktstrategi	4
2.3.2	Övertäckning	5
2.3.3	Svarsandelar	5
2.3.4	Kontroller	6
2.4	Bortfall	6
2.5	Viktberäkning och estimation	7
2.5.1	Viktberäkning	8
2.5.2	Estimation	8
2.6	Datas tillförlitlighet	9
2.6.1	Tillförlitlighet totalt	9
2.6.2	Osäkerhetskällor	9
2.7	Beskrivning av datafil	10
2.7.1	Statistiska mått	11
2.7.2	Svar på öppna frågor	11
2.7.3	Jämförbarhet och användbarhet	11
2.7.4	Sekretess och utlämnande	11
3	Bilagor	12

1 Kortfattad beskrivning av uppdraget

Den här rapporten beskriver hur SCB har genomfört uppdraget **Enkätundersökning om rehabilitering och återgång i arbete** och vilka metoder som har använts.

Sektionen för enkätuppdrag vid SCB genomförde uppdraget, i form av en kombinerad pappers- och webbenkätundersökning, under perioden oktober 2023 – december 2023 på uppdrag av Försäkringskassan.

Syftet med undersökningen var att ge Försäkringskassan kunskap om vilken rehabilitering som långtidssjukskrivna får och om de upplever att de får den rehabilitering de behöver.

Undersökningsledare på SCB var Maria Ekström och Michael Franzén var metodstatistiker. Försäkringskassans kontaktperson gentemot SCB var Cecilia Eek.

Resultatet i form av en datafil och teknisk rapport levererades vecka 4 enligt överenskommelse. Datafilen är krypterad och lösenord har översänts separat via e-post.

Undersökningen genomfördes som en totalundersökning och omfattade 10 216 personer, varav 11 utgjorde övertäckning. Det var totalt 4 156 personer som besvarade frågeblanketten, vilket gav en svarsandel på 40,7 procent.

SCB bevarar inte kodnyckeln mellan löpnummer och identiteter. De register som framställts hos SCB med anledning av detta uppdrag avidentifieras tre månader efter slutleverans. Därefter är det inte möjligt att göra några rättelser som kräver koppling till aktuella identiteter.

Om du har frågor är du välkommen att höra av dig till den ansvariga på SCB: Maria Ekström, telefon 010 - 479 58 37 eller e-post maria.ekstrom@scb.se.

2 Genomförande och metoder

2.1 Population och urval

Populationen, det vill säga de objekt som man vill kunna dra slutsatser om, utgjordes av 10 805 personer som levererades från Försäkringskassan. Från populationen exkluderade SCB egenföretagare. Därefter återstod 10 216 personer. Populationen bestod av personer som:

- Folkbokförda i Sverige
- Har sjukpenning eller rehabiliteringspenning
- Startade ett sjukfall i mars eller april 2023
- Inte hade sjukpenning eller rehabiliteringspenning under 3 månader innan sjukfallet startades
- Är anställda med sjuklön vid första ansökan och de kommande månaderna (här exkluderas timanställda, dagavlönade, studenter, föräldralediga, egenföretagare med enskild firma (inkl. kombinatorer))
- Har en rehabiliteringskedja
- Inte har någon registrerad avslutsanledning till och med 8 september (eller senast möjliga datum)

Egenföretagare som exkluderats från populationen redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Exkluderade egenföretagare

Värdekod	Värdebenämning	Antal
400	Egenföretagare - ej kombinator - en verksamhet	163
401	Egenföretagare - ej kombinator - flera verksamheter	24
431	Egenföretagare - kombinator (egenföretagare och företagare i AB)	5
500	Företagare i AB - ej kombinator - en verksamhet	493
501	Företagare i AB - ej kombinator - flera verksamheter	8
531	Företagare i AB - kombinator (egenföretagare och företagare i AB)	34
411	Egenföretagare - kombinator (anställd och egenföretagare)	34
441	Egenföretagare - kombinator (anställd, egenföretagare och företagare i AB)	2
521	Företagare i AB - kombinator (anställd och företagare i AB)	35
541	Företagare i AB - kombinator (anställd, egenföretagare och företagare i AB)	5
211	Anställd - kombinator (anställd och egenföretagare)	262
221	Anställd - kombinator (anställd och företagare i AB)	17
241	Företagare i AB - kombinator (anställd, egenföretagare och företagare i AB)	5

Undersökningen genomfördes som en totalundersökning.

2.2 Blankettfrågor och registeruppgifter

Försäkringskassan utformade frågorna i frågeblanketten i samarbete med SCB.

När en statistisk undersökning genomförs är det grundläggande att uppnå bra kvalitet på de data som samlas in. För att minska risken för mätfel har frågeblanketten därför genomgått en mätteknisk granskning. Det innebär att frågeblanketten granskats på ett systematiskt sätt av mätteknisk expertis, med fokus på frågor, svarsalternativ, eventuella instruktioner samt disposition och layout. Granskningen identifierar problem och tar där det är möjligt fram förbättringsförslag.

Granskningen finns dokumenterad i en skriftlig rapport. Utifrån granskningen fick Försäkringskassan ta ställning till vad som eventuellt skulle ändras i frågeblanketten.

Blanketten bestod av 23 numrerade frågor.

Variabeln månadsinkomst hämtades från Befolkningens arbetsmarknadsstatus (BAS). Uppgifterna avser varje månad mellan mars 2022 till oktober 2023.

2.3 Datainsamling

2.3.1 Kontaktstrategi

Totalt gjordes fyra planerade utskick, varav utskick ett, två och fyra skedde digitalt till de urvalspersoner som hade digital brevlåda (Kivra, Min Myndighetspost eller Billo) och postalt (med B-post) till urvalspersoner som saknade digital brevlåda eller som valt bort att få digital post från SCB. Det tredje utskicket skickades postalt till samtliga urvalspersoner då det innehöll en pappersblankett. Utöver de planerade utskicken skickades även ett extra postalt utskick till de som i utskick ett fått postalt missiv (saknade digital brevlåda) då det i det första utskicket angetts fel inloggningsadress för att besvara enkäten. Utskicken sammanställs i tabell 2 nedan. Datainsamlingen avslutades den 18 december 2023.

Samtliga utskick bestod av ett informationsbrev om undersökningen (missiv) med hänvisning till inloggningsidan för webbblanketten.

I informationsbrevet kunde urvalspersonerna läsa om undersökningens bakgrund och syfte, att undersökningen genomfördes på uppdrag av Försäkringskassan. Brevet informerade även att undersökningen gjordes i samarbete mellan Försäkringskassan och riksdagens utvärderings- och forskningssekretariat samt att det var frivilligt att medverka. I brevet fanns även information om att svaren kompletteras med uppgifter som redan finns hos SCB och Försäkringskassan och att SCB tar bort namn

och adress innan de överlämnas till Försäkringskassan för fortsatt bearbetning. Vidare fanns information om dataskyddslagstiftningen samt offentlighets- och sekretesslagen.

Inloggning till webblanetten kunde göras med e-legitimation, till exempel BankID, alternativt med det användarnamn och lösenord som fanns i breven.

Tabell 2 Utskick

Utskick	Urvalspersoner	Datum
1	Missiv med hänvisning till webblanetten, digitalt/postalt*	2023-10-03**
2	Påminnelse med hänvisning till webblanetten, digitalt/postalt	2023-10-24**
3	Påminnelse med pappersblankett, postalt	2023-11-07
4	Påminnelse med hänvisning till webblanetten, digitalt/postalt	2023-11-28**

* Ett postalt extrautskick gjordes i anslutning till att det första utskicket gått ut, samma missiv som i första utskicket men med korrekt inloggningsadress till undersökningen.

** De postala utskicken skedde i regel 2 dagar efter de digitala utskicken.

Totalt var det ca 83 procent som hade en digital brevlåda.

Insamling och skanning av de frågeblanketter som besvarats på papper utfördes av SCB.

2.3.2 Övertäckning

För att ta fram aktuella adressuppgifter gjordes en kontroll av personerna i urvalet mot de senaste folkbokföringsuppgifterna innan första utskick. Vid kontrollen och under insamlingsfasen framkom det att 11 personer inte längre tillhörde populationen utan utgjorde känd övertäckning, det vill säga den övertäckning som identifierats. Orsakerna till övertäckning var att personerna avlidit (6), personnummer matchade inte till SCB:s register (3) och personen har meddelat SCB att hen inte tillhör populationen (2).

2.3.3 Svarsandelar

Totalt svarade 4 156 personer på frågeblanketten, vilket var 40,7 procent av urvalet efter att den kända övertäckningen, det vill säga den övertäckning som identifierats, tagits bort (se tabell 3).

Tabell 3 Beskrivning av inflödet. Antal och andel svar

	Antal	Andel
Efter första utskicket*	1 800	17,6
Efter andra utskicket	922	9,0
Efter tredje utskicket	819	8,0
Efter fjärde utskicket	615	6,0
Totalt antal svar	4 156	40,7
Bortfall	6 049	59,3
Urval exkl. övertäckning	10 205	100,0

* Inklusive extrautskicket som gjordes i samband med att det första utskicket gått iväg.

Det var 3 375 personer som valde att besvara webblancketten, vilket var 81,2 procent av samtliga svarande.

2.3.4 Kontroller

Kontroller har genomförts bland annat för att säkerställa att endast valida värden förekommer i materialet.

I ett tidigt skede av insamlingen granskades webblancketten så att det inte hade uppstått några tekniska fel. Detta gjordes genom kontroll av giltiga värden med hjälp av frekvenstabeller.

De inkomna pappersblanketterna granskades i flera olika skeden av bearbetningen.

Handskrivna tecken kontrollerades efter skanningen och tecken som tolkats felaktigt korrigerades.

Vid frågor där svaret skulle anges i form av skrivna siffror, gjordes en rimlighetsbedömning. Orimliga värden togs ut för kontroll i syfte att säkerställa att rätt värde registrerats.

Under datainsamlingen granskades otillåtna värden löpande, till exempel om det fanns frågor där uppgiftslämnare markerat flera svar trots att frågan skulle besvaras med ett alternativ. Hur otillåtna värden hanterats beskrivs i avsnittet 2.7 *Datafil*.

Datamaterialet granskades före leverans med hjälp av frekvenstabeller för att upptäcka och korrigera eventuella kvarstående fel.

SCB kan inte garantera att den utvalda personen själv besvarat frågeblanketten. Någon kontroll av att rätt person har besvarat frågeblanketten har inte gjorts.

2.4 Bortfall

Bortfallet består dels av objektbortfall, som innebär att frågeblanketten inte är besvarad alls, och dels av partiellt bortfall som innebär att vissa frågor i blanketten inte är besvarade. Om de urvalspersoner som utgör bortfall skiljer sig från de svarande med avseende på

undersökningsvariablerna, kan det systematiska felet (bias) i form av bortfallsrisk öka för skattningarna som grundar sig på enbart de svarande. För att reducera bortfallsrisken har vikter beräknats med hjälp av kalibreringsestimater (separat bilaga).

Objektsbortfall kan bland annat bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte går att nå eller att uppgiftslämnaren är förhindrad att medverka. Objektsbortfallet i denna undersökning redovisas i tabell 4 nedan.

Tabell 4 Beskrivning av objektsbortfall

	Antal
Ej avhörda	5 968
Avböjd medverkan	25
Förhindrad medverkan	6
Ej anträffad	42
Insänd blank/oanvändbar	8
Totalt	6 049

Med "Ej avhörda" menas att ingen uppgift om varför frågeblanketten inte är besvarad har lämnats. Med "Avböjd medverkan" menas att SCB meddelats att uppgiftslämnaren inte vill medverka i undersökningen. "Förhindrad medverkan" innehåller till exempel språksvårigheter och fysiskt/psykiskt hinder. "Ej anträffad" innehåller personer som saknar adress i Registret över totalbefolkningen (RTB), har hemlig adress samt postreturer.

Partiellt bortfall kan bero på att en fråga är svår att förstå, är känslig, att uppgiftslämnaren missar att besvara frågan. Det partiella bortfallet varierar mellan 0,2 och 2,1 procent. För fråga 12 och fråga 16 kan inte det partiella bortfallet bedömas, eftersom vi inte har kännedom om hur många som borde förväntas svara på frågan. Det partiella bortfallet för respektive fråga redovisas i bilaga 2.

2.5 Viktberäkning och estimation

För varje svarande person (kallas objekt i fortsättningen) har en vikt beräknats. Syftet med detta är att kunna redovisa resultat för hela populationen och inte bara för de svarande. Vikten kallas därför även för uppräkningsstal.

Vikterna/uppräkningsstalen multipliceras med objektens variabelvärden för att skapa statistikvärden gällande för populationen. Om vikterna inte används vid beräkning av skattningar så kan resultaten bli missvisande. Vikterna kompenserar för objektsbortfallet, men inte för det partiella bortfallet.

Vikterna har beräknats utifrån antaganden om objektsbortfall och ramtäckning. Beräkningen gjordes i SAS med hjälp av ett av SCB utvecklat makro (ETOS).

2.5.1 Viktberäkning

I en totalundersökning är skattningarna behäftade med *bortfallsosäkerhet* beroende på att vi inte får svar från alla i undersökningen. Om de objekt som utgör bortfall dessutom avviker från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna kan även så kallad *bortfallskevheter* uppstå.

Bortfallskevheter kan reduceras genom att använda ett effektivt uppräkningsförfarande, så kallad kalibrering. För detaljer se bilaga 3.

2.5.2 Estimation

Utifrån undersökningens design fås en designvikt. Den kan användas för att ta fram skattningar när bortfall inte förekommer. De vikter som tas fram med kalibreringsestimation justerar designvikterna utifrån registervariablerna och ges av

$$w_k = d_k \cdot v_k$$

där w_k är vikt/uppräkningsstal för objekt k , d_k är designvikt för objekt k och v_k ger justeringen för objekt k utifrån registervariabler.

Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl och därmed att över- och undertäckningen är försumbar

För en teknisk beskrivning av kalibreringen se bilaga 3. För en mer utförlig beskrivning av kalibreringsestimatorn se Lundström och Särndal (2001): *Estimation in the Presence of Nonresponse and Frame Imperfections, Statistics Sweden*.

Skattningar av totaler ges av

$$\hat{Y} = \sum_r w_k y_k$$

där w_k är vikt/uppräkningsstal för objekt k och y_k är variabelvärde för objekt k . Notera att summering sker över de svarande r .

Skattningar av medelvärden ges av

$$\hat{\bar{y}} = \frac{\sum_r w_k y_k}{\sum_r w_k}$$

där w_k är vikt/uppräkningsstal för objekt k och y_k är variabelvärde för objekt k . Summering sker över de svarande r .

2.6 Datas tillförlitlighet

2.6.1 Tillförlitlighet totalt

Statistiken är behäftad med osäkerhet. Vid bedömning av hur olika osäkerhetskällor påverkar statistiken från en undersökning skiljer man på slumpmässiga och systematiska avvikelser. Slumpmässiga avvikelser orsakar enligt statistisk teori beräkningsbar osäkerhet hos de skattade resultaten. Systematiska avvikelser påverkar resultaten i en viss riktning. Med total osäkerhet avses den sammanlagda osäkerheten = slumpmässiga + systematiska avvikelser. Det är svårt att ange hur tillförlitligheten påverkas av eventuella systematiska avvikelser (skevhet) då det ofta kräver resurskrävande utvärderingsinsatser. En sådan utvärdering har inte gjorts för detta uppdrag.

2.6.2 Osäkerhetskällor

Bortfallet bedöms vara den största källan till osäkerhet då dess påverkan på skevheten är okänd. Användningen av kalibrering bedöms dock minska skevheten för aktuella redovisningsgrupper. Även mätfel kan vara en källa till osäkerhet (se avsnitt 2.6.2.3). Täckningsfel kan också vara en källa till osäkerhet som SCB har svårt att uttala sig om då SCB inte har någon kännedom om täckningen i Försäkringskassans register. Bearbetningsfelet bedöms vara litet till försumbart i sammanhanget.

2.6.2.1 Urval

Inget urval förekommer i denna undersökning.

2.6.2.2 Ramtäckning

Under- och övertäckning innebär att ram- och målpopulation inte helt stämmer överens. Undertäckning innebär att vissa objekt som ingår i målpopulationen saknas i ramen. Övertäckning innebär att objekt som inte ingår i målpopulationen ändå finns i ramen. Ett sätt att minska täckningsbrister är att använda bra och uppdaterade register för att ta fram ramar.

SCB har ingen kännedom om kvaliteten på Försäkringskassans register och kan inte uttala sig om eventuella brister eller över- och undertäckning.

2.6.2.3 Mätning

Ett fel som kan uppstå vid mätning är att lämnade uppgifter skiljer sig från faktiska uppgifter. Felet kallas mätfel och kan uppkomma då uppgiftslämnaren inte minns de faktiska uppgifterna, missförstår frågan eller medvetet svarar felaktigt. För att minska risken för mätfel har frågorna granskats av mättekniker vid SCB.

2.6.2.4 Bortfall

Skevhet i skattningar på grund av bortfall inträffar om objekten i bortfallet och de svarande skiljer sig åt avseende frågorna/variablerna i undersökningen.

Eventuella bortfallsfel kan reduceras genom att på ett effektivt sätt justera undersökningens vikter. En beskrivning av förfarandet finns i den bortfallsanalys som gjorts i samband med valet av hjälpinformation till kalibreringen (se bilaga 3 Kalibreringsrapport). I bortfallsanalysen redovisas även svarsandelar för viktiga delgrupper.

2.6.2.5 Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av data kan osäkerhet uppstå. Exempel på bearbetningsbrister är registreringsfel och kodningsfel. Dessa kan förhindras och upptäckas i de kontroller som genomförs vid dataregistreringen. I den här undersökningen bedöms osäkerheten på grund av registrering vara liten eftersom frågeblanketten främst hade fasta svarsalternativ.

För frågor där urvalspersonen ska svara med siffror i särskilda fält (exempelvis för de frågor där urvalspersonen ska uppge "antal timmar" det vill säga fråga 1 och 2) har en så kallad massverifiering (rättning) gjorts. Det innebär att alla tolkade tecken (siffror) klipps ut och visas uppgradade från 0-9. Om några tecken ser ut att vara feltolkade kontrolleras de särskilt av den person som gör rättningen och kan ändras så att rätt siffror registreras. Detta är ett manuellt moment och risken för registreringsfel för den typen av svar bedöms vara något större än för frågor med fasta svarsalternativ.

2.6.2.6 Modellantagande

Inga modellantaganden har gjorts än de som redovisats ovan.

2.7 Beskrivning av datafil

Datafil

En datafil innehållandes samtliga enkätsvar och beställd registervariabler levererades. I bilaga 4 *Variabelbeskrivning* framgår innehållet i filen.

Svarsdatafilen kompletterades med vikter. De bifogade vikterna är avsedda att användas vid skattning av målstorheter i populationen, exempelvis totaler och medelvärden.

Vid analyser av samband med hjälp av exempelvis regressionsanalys bör det uppmärksammas att det inte är givet hur vikterna ska hanteras. Urvalets design samt bortfall är komplikationer som kan störa analyser av samband.

Om det är partiellt bortfall (uppgift saknas) i en fråga är värdet blankt. Vid dubbelmarkeringar, dvs. där uppgiftslämnaren markerat två svarsalternativ där bara ett varit tillåtet, har så kallade sammanslagna värden registrerats. Det innebär att om en uppgiftslämnare har markerat både svarsalternativ 3 och 4 så har "34" registrerats.

Svar som angetts med ett decimaltal i fråga 1 och 2 har avrundats till närmaste heltal.

Vi har inte tagit ställning till hur eventuella motsägelsefulla svar ska behandlas. Sådana fel kan uppstå vid t.ex. följdfrågor och måste undersökas innan den typen av frågor analyseras.

2.7.1 Statistiska mått

Materialet lämpar sig att redovisas som totaler eller procentuella andelar för hela målpopulationen eller fördelat på olika redovisningsgrupper.

2.7.2 Svar på öppna frågor

Svar på öppna frågor har sekretessgranskats så att inga uppgifter för enskilda röjs. Svaren på öppna frågor från webblanetten levereras direkt i datafilen medan svaren på öppna frågor från pappersblanketter, levereras som löpnummersökbara bilder i TIFF-format.

2.7.3 Jämförbarhet och användbarhet

2.7.3.1 Jämförbarhet över tid

Detta är första gången som SCB genomför undersökningen.

2.7.4 Sekretess och utlämnande

SCB har gjort en sekretessprövning för utlämnandet av data på mikronivå.

De register som framställts hos SCB med anledning av detta uppdrag avidentifieras 3 månader efter slutleverans. Därefter är det inte möjligt att göra några rättelser som kräver koppling till aktuella identiteter.

3 Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev, påminnelsebrev och frågeblankett

Bilaga 2. Redovisning av partiellt bortfall

Bilaga 3. Kalibreringsrapport

Bilaga 4. Variabelbeskrivning

Oktober 2023

Undersökning om rehabilitering och återgång i arbete

**Undrar du över något?
Kontakta oss gärna!**

Frågor om att lämna uppgifter
SCB:s uppgiftslämnarservice
enkaf@scb.se
Telefon: 010-479 69 30
SCB, D/1H, 701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningen
Cecilia Eek, projektledare
cecilia.eek@forsakringskassan.se
Telefon: 010-116 93 28
Försäkringskassan, 103 51 Stockholm
www.forsakringskassan.se

SCB beskriver Sverige
Statistikmyndigheten SCB förser samhället med statistik för beslutsfattande, debatt och forskning. Vi gör det på uppdrag av regeringen, myndigheter, forskare och näringsliv. Vår statistik bidrar till en faktabaserad samhällsdebatt och väl underbyggda beslut.

Hej!

Vi vill bjuda in dig att delta i en undersökning om vägen tillbaka till arbetet för personer som är sjukskrivna (eller som nyligen har varit det). Vi vill gärna veta vilket stöd sjukskrivna får av arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, och vad som påverkar återgången i arbete. Ett viktigt syfte med undersökningen är att ta reda på om sjukskrivna får den rehabilitering de behöver.

Statistikmyndigheten SCB genomför undersökningen på uppdrag av Försäkringskassan. Undersökningen görs i samarbete mellan Försäkringskassans statistikverksamhet och riksdagens utvärderings- och forskningssektariat. Riksdagens politiker kommer därmed att få en sammanställning av undersökningens resultat.

Dina svar är viktiga

Det är frivilligt att delta i undersökningen, men vi hoppas att du vill vara med eftersom dina svar är mycket betydelsefulla. Dina svar kan bidra till att stödet till sjukskrivna kan förbättras.

Du är en av ca 10 000 sjukskrivna personer som bjuds in att delta i den här undersökningen. Resultat från undersökningen sammanställs på gruppnivå i tabeller och diagram, vilket innebär att ingen koppling kan göras till enskilda personer. Dina svar omfattas av statistiksekretess och bara ett fåtal personer inom Försäkringskassans statistikverksamhet får hantera dem. Ingen handläggare kommer någonsin att se dina svar.

Så här gör du

Gå in på www.insamling.scb/eid för att besvara frågorna. Logga in med BankID eller med följande inloggningsuppgifter:

Användarnamn:

Lösenord:

Det går bra att logga in flera gånger och spara emellan.

Vi ber dig besvara frågorna så snart som möjligt.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Maria Ekström
undersökningsledare,
SCB

Andrea Kolk
statistikchef,
Försäkringskassan

Thomas Larue
sekretariatschef, Riksdagens
utvärderings- och
forskningssektariat



Bilaga 1 Informationsbrev

Vem använder svaren och hur?

För att inte fråga mer än nödvändigt kompletterar SCB och Försäkringskassan dina svar med uppgifter om dig som redan finns hos SCB och Försäkringskassan. Det är uppgifter om kön, ålder, utbildning, månadsinkomst, yrke, sektor, arbetsgivarens antal anställda, kommun, diagnosgrupp, sjukskrivningshistorik samt omfattning på din sjukpenning/rehabiliteringspenning vid olika tidpunkter.

SCB bearbetar uppgifterna och tar bort namn och adress. Därefter överlämnas uppgifterna till Försäkringskassan för fortsatt bearbetning och analys.

Uppgifterna kommer även att överlämnas till riksdagens utvärderings- och forskningssektariat. De kan även komma att lämnas ut till forskare eller andra som tar fram statistik. Sådan forskning och statistikverksamhet omfattas också av sekretess (se nedan).

Dina svar sparas på SCB i 24 månader men kopplingen till ditt personnummer tas bort tre månader efter uppdragets slutförande. Försäkringskassan sparar dina svar i 24 månader men tar bort kopplingen till ditt personnummer efter sex månader.

Hur skyddas dina svar?

Det kommer inte gå att se vad just du har svarat när resultatet redovisas.

Uppgifter om enskilda personliga och ekonomiska förhållanden skyddas av sekretess hos SCB och alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. Sekretessen gäller enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Samma sekretesskydd gäller hos Försäkringskassan.

Hur behandlas personuppgifterna?

Försäkringskassan är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter som utförs i undersökningen. SCB är personuppgiftsbiträde åt Försäkringskassan. I övrigt är SCB personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som SCB utför.

Dina personuppgifter kommer att behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken och övrig gällande lagstiftning.

SCB:s och Försäkringskassans rättsliga grund för att behandla dina personuppgifter är att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (att framställa statistik).

Mer information om SCB:s behandling av personuppgifter hittar du på www.scb.se/personuppgifter.

Du har rätt att få en kopia, ett registerutdrag, av de personuppgifter som SCB behandlar om dig. Gå in på www.scb.se/registerutdrag. Du har även i vissa fall rätt att få dina uppgifter raderade.

Du har samma rättigheter gentemot Försäkringskassan.

Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten.

Nämna gärna numret längst upp i mitten på brevets framsida om du kontaktar oss så kan vi hjälpa dig snabbare.

Har du frågor om personuppgifter?**Kontakta SCB:s dataskyddsombud:**

SCB: 010-479 40 00, dataskyddsombud@scb.se, SCB, 701 89 Örebro

Kontakta Försäkringskassans dataskyddsombud:

Försäkringskassan: 08-786 90 00, dataskyddsombud@forsakringskassan.se, Försäkringskassan, 103 51 Stockholm

Oktober 2023

Undersökning om rehabilitering och återgång i arbete

**Undrar du över något?
Kontakta oss gärna!**

Frågor om att lämna uppgifter
SCB:s uppgiftslämnarservice
enklat@scb.se
Telefon: 010-479 69 30
SCB, D/1H, 701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningen
Cecilia Eek, projektledare
cecilia.eek@forsakringskassan.se
Telefon: 010-116 93 28
Försäkringskassan, 103 51 Stockholm
www.forsakringskassan.se

SCB beskriver Sverige
Statistikmyndigheten SCB förser samhället med statistik för beslutsfattande, debatt och forskning. Vi gör det på uppdrag av regeringen, myndigheter, forskare och näringsliv. Vår statistik bidrar till en faktabaserad samhällsdebatt och väl underbyggda beslut.

Hej!

För någon vecka sedan fick du ett brev från oss där vi bjöd in dig till att delta i en undersökning om rehabilitering och återgång till arbete. Det blev tyvärr fel i webbadressen i det brevet, därför skickar vi nu ett nytt brev till dig med rätt webbadress och hoppas att du vill hjälpa oss att besvara undersökningen. Vi ber om ursäkt för besväret.

Vi vill gärna veta vilket stöd sjukskrivna får av arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, och vad som påverkar återgången i arbete. Ett viktigt syfte med undersökningen är att ta reda på om sjukskrivna får den rehabilitering de behöver.

Statistikmyndigheten SCB genomför undersökningen på uppdrag av Försäkringskassan. Undersökningen görs i samarbete mellan Försäkringskassans statistikverksamhet och riksdagens utvärderings- och forskningssektariat. Riksdagens politiker kommer därmed att få en sammanställning av undersökningens resultat.

Dina svar är viktiga

Det är frivilligt att delta i undersökningen, men vi hoppas att du vill vara med eftersom dina svar är mycket betydelsefulla. Dina svar kan bidra till att stödet till sjukskrivna kan förbättras.

Du är en av ca 10 000 sjukskrivna personer som bjuds in att delta i den här undersökningen. Resultat från undersökningen sammanställs på grupp-nivå i tabeller och diagram, vilket innebär att ingen koppling kan göras till enskilda personer. Dina svar omfattas av statistiksekretess och bara ett fåtal personer inom Försäkringskassans statistikverksamhet får hantera dem. Ingen handläggare kommer någonsin att se dina svar.

Så här gör du

Gå in på www.insamling.scb.se/eid för att besvara frågorna. Logga in med BankID eller med följande inloggningsuppgifter:

Användarnamn:

Lösenord:

Det går bra att logga in flera gånger och spara emellan.

Vi ber dig besvara frågorna så snart som möjligt.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Maria Ekström
undersökningsledare,
SCB

Andrea Kolk
statistikchef,
Försäkringskassan

Thomas Larue
sektariatschef, Riksdagens
utvärderings- och
forskningssektariat



Bilaga 1c Första påminnelsebrevet

Oktober 2023

Undersökning om rehabilitering och återgång i arbete

Undrar du över något?
Kontakta oss gärna!

Frågor om att lämna uppgifter
SCB:s uppgiftslämnarservice
enkat@scb.se
Telefon: 010-479 69 30
SCB, D/1H, 701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningen
Cecilia Eek, projektledare
cecilia.eek@forsakringskassan.se
Telefon: 010-116 93 28
Försäkringskassan, 103 51 Stockholm
www.forsakringskassan.se

SCB beskriver Sverige
Statistikmyndigheten SCB förser
samhället med statistik för besluts-
fattande, debatt och forskning. Vi gör
det på uppdrag av regeringen, myndig-
heter, forskare och näringsliv. Vår
statistik bidrar till en faktabaserad
sambandsdebatt och väl underbyggda
beslut.

Hej!

För ett par veckor sedan skickade vi ett brev till dig med inbjudan att delta i en undersökning om vägen tillbaka till arbetet för personer som är sjukskrivna (eller som nyligen har varit det). Vi vill gärna veta vilket stöd sjukskrivna får av arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, samt vad som påverkar återgången i arbete. Ett viktigt syfte med undersökningen är att ta reda på om sjukskrivna får den rehabilitering de behöver.

Statistikmyndigheten SCB genomför undersökningen på uppdrag av Försäkringskassan. Undersökningen görs i samarbete mellan Försäkringskassans statistikverksamhet och riksdagens utvärderings- och forskningssekretariat. Riksdagens politiker kommer därmed att få en sammanställning av undersökningens resultat.

Dina svar omfattas av statistiksekretess och bara ett fåtal personer inom Försäkringskassans statistikverksamhet får hantera dem. Ingen handläggare kommer någonsin att se dina svar.

Har du redan svarat? Tack! Bortse då från det här brevet.

Så här gör du

gå in på www.insamling.scb.se/eid för att besvara frågorna. Logga in med BankID eller med följande inloggningsuppgifter:

Användarnamn:

Lösenord:

Det går bra att logga in flera gånger och spara emellan. Vill du hellre besvara frågorna på papper? Invänta då pappersblanketten som vi skickar hem till dig om några veckor.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Maria Ekström
undersökningsledare,
SCB

Andrea Kolk
statistikchef,
Försäkringskassan

Thomas Larue
sekretariatschef, Riksdagens
utvärderings- och
forskningssekretariat



November 2023

Undersökning om rehabilitering och återgång i arbete

Undrar du över något?
Kontakta oss gärna!

Frågor om att lämna uppgifter
SCB:s uppgiftslämnarservice
enklat@scb.se
Telefon: 010-479 69 30
SCB, D/1H, 701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningen
Cecilia Eek, projektledare
cecilia.eek@forsakringskassan.se
Telefon: 010-116 93 28
Försäkringskassan, 103 51 Stockholm
www.forsakringskassan.se

SCB beskriver Sverige
Statistikmyndigheten SCB förser samhället med statistik för beslutsfattande, debatt och forskning. Vi gör det på uppdrag av regeringen, myndigheter, forskare och näringsliv. Vår statistik bidrar till en faktabaserad samhällsdebatt och väl underbyggda beslut.

Vi behöver din hjälp

För en tid sedan skickade vi ett brev till dig med inbjudan att delta i en undersökning om vägen tillbaka till arbetet för personer som är sjukskrivna (eller som nyligen har varit det). Vi vill gärna veta vilket stöd sjukskrivna får av arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, samt vad som påverkar återgången i arbete. Ett viktigt syfte med undersökningen är att ta reda på om sjukskrivna får den rehabilitering de behöver.

Vi har inte noterat något svar från dig. Kanske har du inte haft möjlighet att svara ännu eller inväntat den pappersenkät som följer med detta brev. Det är frivilligt att delta, men för att resultatet ska bli mer tillförlitligt ber vi dig att delta i undersökningen.

Statistikmyndigheten SCB genomför undersökningen på uppdrag av Försäkringskassan. Undersökningen görs i samarbete mellan Försäkringskassans statistikverksamhet och riksdagens utvärderings- och forskningssektariat. Riksdagens politiker kommer därmed att få en sammanställning av undersökningens resultat.

Dina svar omfattas av statistiksekretess och bara ett fåtal personer inom Försäkringskassans statistikverksamhet får hantera dem. Ingen handläggare kommer någonsin att se dina svar.

Har du redan svarat? Tack! Bortse då från det här brevet.

Så här gör du

Gå in på www.insamling.scb.se/eid för att besvara frågorna. Logga in med BankID eller med följande inloggningsuppgifter:

Användarnamn:

Lösenord:

Det går bra att logga in flera gånger och spara emellan. Om du i stället väljer att besvara pappersblanketten skickar du in den i det portofria svarskuvertet.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Maria Ekström
undersökningsledare
SCB

Andrea Kolk
statistikchef
Försäkringskassan

Thomas Larue
sekretariatschef Riksdagens
utvärderings- och
forskningssektariat



Bilaga 1d Andra påminnelsen

Vem använder svaren och hur?

För att inte fråga mer än nödvändigt kompletterar SCB och Försäkringskassan dina svar med uppgifter om dig som redan finns hos SCB och Försäkringskassan. Det är uppgifter om kön, ålder, utbildning, månadsinkomst, yrke, sektor, arbetsgivarens antal anställda, kommun, diagnosgrupp, sjukskrivningshistorik samt omfattning på din sjukpenning/rehabiliteringspenning vid olika tidpunkter.

SCB bearbetar uppgifterna och tar bort namn och adress. Därefter överlämnas uppgifterna till Försäkringskassan för fortsatt bearbetning och analys.

Uppgifterna kommer även att överlämnas till riksdagens utvärderings- och forskningssektariat. De kan även komma att lämnas ut till forskare eller andra som tar fram statistik. Sådan forskning och statistikverksamhet omfattas också av sekretess (se nedan).

Dina svar sparas på SCB i 24 månader men kopplingen till ditt personnummer tas bort tre månader efter uppdragets slutförande. Försäkringskassan sparar dina svar i 24 månader men tar bort kopplingen till ditt personnummer efter sex månader.

Hur skyddas dina svar?

Det kommer inte gå att se vad just du har svarat när resultatet redovisas.

Uppgifter om enskilda personliga och ekonomiska förhållanden skyddas av sekretess hos SCB och alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. Sekretessen gäller enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Samma sekretesskydd gäller hos Försäkringskassan.

Hur behandlas personuppgifterna?

Försäkringskassan är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter som utförs i undersökningen. SCB är personuppgiftsbiträde åt Försäkringskassan. I övrigt är SCB personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som SCB utför.

Dina personuppgifter kommer att behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken och övrig gällande lagstiftning.

SCB:s och Försäkringskassans rättsliga grund för att behandla dina personuppgifter är att behandlingen

är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (att framställa statistik).

Mer information om SCB:s behandling av personuppgifter hittar du på www.scb.se/personuppgifter.

Du har rätt att få en kopia, ett registerutdrag, av de personuppgifter som SCB behandlar om dig. Gå in på www.scb.se/registerutdrag. Du har även i vissa fall rätt att få dina uppgifter raderade.

Du har samma rättigheter gentemot Försäkringskassan.

Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten.

Nämnd gärna numret längst upp i mitten på brevet framsida om du kontaktar oss så kan vi hjälpa dig snabbare.

Streckkoden och numret på enkätens baksida är bland annat till för att SCB under insamlingen ska kunna se vilka som har svarat.

Har du frågor om personuppgifter?**Kontakta SCB:s dataskyddsombud:**

SCB: 010-479 40 00, dataskyddsombud@scb.se, SCB, 701 89 Örebro

Kontakta Försäkringskassans dataskyddsombud:

Försäkringskassan: 08-786 90 00, dataskyddsombud@forsakringskassan.se, Försäkringskassan, 103 51 Stockholm

November 2023

Undersökning om rehabilitering och återgång i arbete

Undrar du över något?
Kontakta oss gärna!

Frågor om att lämna uppgifter
SCB:s uppgiftslämnarservice
enkataf@scb.se
Telefon: 010-479 69 30
SCB, D/1H, 701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningen
Cecilia Eek, projektledare
cecilia.eek@forsakringskassan.se
Telefon: 010-116 93 28
Försäkringskassan, 103 51 Stockholm
www.forsakringskassan.se

SCB beskriver Sverige
Statistikmyndigheten SCB förser samhället med statistik för beslutsfattande, debatt och forskning. Vi gör det på uppdrag av regeringen, myndigheter, forskare och näringsliv. Vår statistik bidrar till en faktabaserad samhällsdebatt och väl underbyggda beslut.

Vi saknar ditt svar

För en tid sedan skickade vi ett brev till dig med inbjudan att delta i en undersökning om vägen tillbaka till arbetet för personer som är sjukskrivna (eller som nyligen har varit det). Vi vill gärna veta vilket stöd sjukskrivna får av arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, samt vad som påverkar återgången i arbete. Ett viktigt syfte med undersökningen är att ta reda på om sjukskrivna får den rehabilitering de behöver.

Vi är medvetna om att vi har kontaktat dig tidigare i denna undersökning. Att vi gör det igen beror på att vi gärna vill få in ditt svar eftersom det är så viktigt för undersökningen.

Vi hoppas därför att du vill ta dig tid att besvara frågorna, även om deltagandet är frivilligt.

Statistikmyndigheten SCB genomför undersökningen på uppdrag av Försäkringskassan. Undersökningen görs i samarbete mellan Försäkringskassan och Riksdagens utvärderings- och forskningssektariat.

Dina svar omfattas av statistiksekretess och bara ett fåtal personer inom Försäkringskassans statistikverksamhet får hantera dem. Ingen handläggare kommer någonsin att se dina svar.

Har du redan svarat? Tack! Bortse då från det här brevet.

Så här gör du

Gå in på www.insamling.scb.se/eid för att besvara frågorna. Logga in med BankID eller med följande inloggningsuppgifter:

Användarnamn:

Lösenord:

Det går bra att logga in flera gånger och spara emellan. Om du i stället väljer att besvara pappersblanketten som du fått tidigare skickar du in den i det portofria svarskuvertet so du fick samtidigt.

Stort tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Maria Ekström
undersökningsledare,
SCB

Andrea Kolk
statistikchef,
Försäkringskassan

Thomas Larue
sektariatschef, Riksdagens
utvärderings- och
forskningssektariat



Bilaga 1f Frågeblankett

Undersökning om rehabilitering och återgång i arbete

Bilaga 1f Frågeblankett

1

Frågeblanketten läses maskinellt. Vi ber dig därför att:

- Använda bläckpenna
- Skriva tydliga siffror, så här:
- Markera dina svar med kryss, så här:
- Om du svarat fel täck hela rutan med det felaktiga krysset, så här:

Frågor om ditt arbete

<p>1. Vad var din arbetstid en normal vecka <u>innan</u> du blev sjukskriven? <i>Räkna inte med eventuell övertid. Om din arbetstid varierade kan du ange ett ungefärligt genomsnitt.</i></p> <p>Ange antal timmar per vecka: <input type="text"/></p>
<p>2. Vad är din arbetstid <u>nu</u>? <i>Räkna inte med eventuell övertid. Om din arbetstid varierar kan du ange ett ungefärligt genomsnitt.</i></p> <p>Ange antal timmar per vecka: <input type="text"/></p>
<p>3. Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning? <i>Flera alternativ kan markeras.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, stress och/eller hög arbetsbelastning bidrog</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, arbetet bidrog till försämrings- eller belastningsskador</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag råkade ut för en olycka på arbetet</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, konflikter eller kränkande behandling bidrog</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, andra problem på arbetsplatsen bidrog</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, mitt arbete bidrog inte</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>
<p>4. Upplever du att din arbetsgivare vill att du ska komma tillbaka till ditt arbete?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>
<p>5. Har du kvar samma arbetsgivare som innan sjukskrivningen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, jag har en ny arbetsgivare</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, jag har ingen arbetsgivare</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, beskriv gärna: <input type="text"/></p>

Bilaga 1f Frågeblankett

2

Frågor om stödet på din arbetsplats

Nu kommer ett antal frågor om stödet på din arbetsplats. Om du har bytt arbetsgivare, tänk på allt stöd du fått av din nuvarande eller din tidigare arbetsgivare för att du ska kunna arbeta igen. Om du inte längre har någon arbetsgivare, tänk på det stöd du fått av din tidigare arbetsgivare.

<p>6. Har du och din arbetsgivare diskuterat vad du behöver för stöd för att kunna komma tillbaka till arbetet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p> <p><input type="checkbox"/> Inte aktuellt</p>	
<p>7. Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet? Flera alternativ kan markeras.</p> <p><input type="checkbox"/> Inga anpassningar har gjorts</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har omplacerats till en annan tjänst eller annan roll (tillfälligt eller permanent)</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått ändrade arbetsuppgifter (t.ex. mindre stressiga, mindre tunga uppgifter)</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått avlastning av kollega/kollegor</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått möjlighet att arbeta på tider (eller dagar) som fungerar bättre för mig</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått möjlighet att ta fler pauser</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått möjlighet att arbeta hemma (mer än tidigare)</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått möjlighet att arbeta ostört eller avskilt</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått handledning av chef, mentor eller annan stödperson</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har fått hjälpmedel</p> <p><input type="checkbox"/> Annan anpassning, beskriv gärna:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 400px; margin-top: 5px;"></div>	<p>} Fortsätt till fråga 9</p>
<p>8. Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete? Flera alternativ kan markeras.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har inget arbete</p> <p><input type="checkbox"/> Jag behöver inga anpassningar</p> <p><input type="checkbox"/> Det är för tidigt, jag är fortfarande för sjuk</p> <p><input type="checkbox"/> Min arbetsgivare har inte möjlighet att anpassa mitt arbete</p> <p><input type="checkbox"/> Min arbetsgivare försöker inte/vill inte anpassa mitt arbete</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, beskriv gärna: <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>	
<p>9. Har du fått åtgärder eller behandling genom företagshälsovården?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, beskriv gärna: <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p> <p><input type="checkbox"/> Inte aktuellt</p>	

Bilga 1f Frågeblankett

3

10. Vilka ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?*Flera alternativ kan markeras.*

- Kompetensutveckling/utbildning
- Åtgärder för att lösa konflikter på arbetsplatsen
- Arbetsträning (åtgärden planeras av arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen tillsammans med Försäkringskassan och innebär att man tränar på arbetsuppgifter utan krav)

 Annat, beskriv gärna:

- Inga ytterligare åtgärder
- Inte aktuellt

11. Upplever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?

- Ja, i hög grad
- Ja, i viss grad
- Nej
- Jag behöver inget stöd
- Vet inte
- Inte aktuellt

12. Om du tycker att din arbetsgivare borde ha gjort mer för att stötta dig, vad önskar du att din arbetsgivare hade gjort?**Frågor om sjukvård och behandling****13. Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?***Räkna all vård och behandling, oavsett vem som har betalat. Flera alternativ kan markeras.*

- Operation
- Medicin
- Sjukgymnastik, fysioterapi, naprapati, kiropraktik eller liknande
- Enskilda samtal, terapi, KBT eller liknande
- Samtalsgrupp (eller kurs) om till exempel stress, sorg eller smärta
- Träning på recept

 Annat, beskriv gärna:

- Jag har inte fått någon vård eller behandling
- Vet inte

Bilga 1f Frågeblankett

4

<p>14. Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen? <i>En rehabiliteringskoordinator arbetar ofta på en vårdcentral och samordnar vård och åtgärder från olika aktörer.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, kontinuerligt <input type="checkbox"/> Ja, enstaka gånger <input type="checkbox"/> Ja, en gång <input type="checkbox"/> Nej, jag har inget behov av det <input type="checkbox"/> Nej, men jag hade behövt det <input type="checkbox"/> Vet inte</p>
<p>15. Upplever du att du fått den vård och behandling du behöver?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i hög grad <input type="checkbox"/> Ja, i viss grad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Behöver inget stöd <input type="checkbox"/> Vet inte</p>
<p>16. Om du tycker att hälso- och sjukvården borde ha gjort mer, vad önskar du att de hade gjort?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>17. Tror du att du hade kunnat börjat arbeta <u>tidigare</u> om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, troligen <input type="checkbox"/> Ja, kanske <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Inte aktuellt</p>

Frågor om stödet från Försäkringskassan

<p>18. Har du pratat med din/dina handläggare på Försäkringskassan under den här sjukskrivningen? <i>Räkna inte om du bara har pratat med Försäkringskassans kundservice. Flera alternativ kan markeras.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i telefon <input type="checkbox"/> Ja, vid ett möte <input type="checkbox"/> Nej → <i>Fortsatt till fråga 21</i></p>
<p>19. Har handläggaren/handläggarna pratat med dig om vilken rehabilitering du behöver för att kunna gå tillbaka till arbetet (till exempel sjukvård, anpassningar på arbetsplatsen eller arbetsträning)? <i>Räkna inte om du bara har pratat med Försäkringskassans kundservice.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte</p>

Bilga 1f Frågeblankett

5

20. Upplever du att handläggaren/handläggarna har försökt hjälpa dig tillbaka till arbetet?

- Ja, i hög grad
 Ja, i viss grad
 Nej
 Vet inte

21. Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare att hjälpa dig mer?

- Ja, troligen
 Ja, kanske
 Nej
 Vet inte
 Inte aktuellt

Frågor om framtiden

22. Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?

Flera alternativ kan markeras.

- Ja, jag har inget arbete
 Ja, min arbetsgivare vill inte att jag ska komma tillbaka
 Ja, jag vill/behöver byta arbete
 Ja, faktorer i mitt privatliv
 Ja, annat
 Nej

23. Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?

- Mer än före sjukskrivningen
 Lika mycket som före sjukskrivningen
 Mindre än före sjukskrivningen
 Inte alls
 Vet inte

Tack för att du har svarat på enkäten!

Bilaga 2 Redovisning av partiellt bortfall

Redovisning av partiellt bortfall

Vid kontrollen av det partiella bortfallet för fråga 8 har enbart de som svarat "Inga anpassningar har gjorts" på fråga 7 ingått. Vid kontrollen av det partiella bortfallet för fråga 19 och 20 ingår de som svarat "Ja" på fråga 18.

Fråga	Klartext	Procent
F1	Vad var din arbetstid en normal vecka ...?	0,8
F2	Vad är din arbetstid nu?	2,2
F3	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?	0,4
F4	Upplever du att din arbetsgivare vill att du ska komma tillbaka ...?	0,5
F5	Har du kvar samma arbetsgivare ...?	0,2
F6	Har du och din arbetsgivare diskuterat ...?	0,6
F7	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort ...?	2,1
F8	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte anpassat ...?	2,0
F9	Har du fått åtgärder ...?	0,4
F10	Vilka ytterligare åtgärder ...?	1,8
F11	Upplever du att du har fått det stöd ...?	0,4
F12	Om du tycker att din arbetsgivare borde gjort mer ...?	*
F13	Vilken vård och behandling har du fått ...?	0,3
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator ...?	1,2
F15	Upplever du att du fått den vård och behandling du behöver?	0,4
F16	Om du tycker att hälso- och sjukvården borde ha gjort mer ...?	**
F17	Tror du att du hade kunnat börjat arbeta tidigare om ...?	0,4
F18	Har du pratat med din/dina handläggare ...?	0,3
F19	Har handläggaren/handläggarna pratat med dig om vilken rehab ...?	0,7
F20	Upplever du att handläggaren/handläggarna har försökt hjälpa dig	0,7
F21	Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare ...?	0,5
F22	Finns det andra saker än hälsan ...?	0,8
F23	Hur mycket tror du att du kommer kunna arbeta ...?	0,3

*Partiella bortfallet för fråga 12 kan inte beräknas, eftersom vi inte vet vilka som tycker att arbetsgivaren borde gjort mer för att stötta. Cirka 62% har hoppat över frågan.

**Partiella bortfallet för fråga 16 kan inte beräknas, eftersom vi inte vet vilka som tycker att hälso- och sjukvården borde gjort mer. Cirka 59% har hoppat över frågan.

Michael Franzén
SSA/SU/MET

Kalibreringsrapport

Enkätundersökning om rehabilitering och återgång i arbete



Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Inledning

I en totalundersökning uppkommer *bortfallskevh* om vi inte lyckas få svar från alla och om personerna i bortfallet avviker från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna.

För att underlätta användningen av statistiken är det värdefullt om storleken på osäkerheten kan uppskattas. Kunskap om *bortfallskevh* kan i regel bara fås på ett indirekt och approximativt sätt genom att utnyttja registervariabler.

Bortfallskevh kan reduceras genom att använda ett effektivt uppräkningsförfarande. I undersökningen används tekniken med kalibrering av vikter, vilket är en effektiv och flexibel metod för att reducera osäkerheter orsakade av bortfall. I korthet går tekniken ut på att vid uppräknigen utnyttja en vektor bestående av variabler som är kända för både de svarande och populationen. Dessa variabler ska helst samvariera med svarsbenägenheten och undersökningsvariabler (målvariabler) samt avgränsa viktiga redovisningsgrupper.

Bortfallsanalys

Syftet med bortfallsanalysen är att utreda vilka variabler som bör användas vid bortfallsjusteringen. Tre kriterier bör beaktas (Särndal & Lundström 2005):

- 1) Variabeln samvarierar väl med svarsbenägenheten. Det är det viktigaste kriteriet eftersom det leder till en minskning av *bortfallskevh* för alla skattningar.
- 2) Variabeln samvarierar väl med målvariabler. Om så är fallet minskar *bortfallskevh* för de skattningar som byggs upp av dessa målvariabler. Även *urvalsosäkerhet* minskar för dessa skattningar.
- 3) Variabeln avgränsar viktiga redovisningsgrupper. Det leder framförallt till minskad *urvalsosäkerhet* i skattningar för dessa redovisningsgrupper.

Tänkbara hjälpvariabler

I tabell 1 presenteras de variabler som ingår i analysen och som är kandidater till att användas som hjälpvariabler vid bortfallsjusteringen. Variablerna är hämtade från Registret över totalbefolkningen (RTB), Inkomst- och taxeringsregistret (IoT), Utbildningsregistret (UREG) och Befolkningens arbetsmarknadsstatus (BAS) och har antagits samvariera med svarsbenägenheten och/eller målvariabler.

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Tabell 1 Tänkbara hjälpvariabler

Variabel	Kategorier	Källa
Kön	1 = Man	RTB 2023-09-29
	2 = Kvinna	
Ålder (år 2023-12-31)	1 = 19 – 29 år	RTB 2023-09-29
	2 = 30 – 39 år	
	3 = 40 – 49 år	
	4 = 50 – 59 år	
	5 = 60 – år	
Civilstånd	1 = Gift	RTB 2023-09-29
	2 = Övriga	
Födelse land	1 = Sverige	RTB 2023-09-29
	2 = Övriga	
Kommungrupp (SKR)	1 = A Storstäder och storstadsnära kommuner 2 = B Större städer och kommuner nära större stad 3 = C Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	RTB 2023-09-29
Inkomst (CSFVI)	1 = ≤ 288 000	IoT 2021
	2 = 288 001 – 365 000	
	3 = 365 001 – 458 000	
	4 = > 458 000	
Utbildningsnivå (Sun2020)	1 = Gymnasial utbildning högst 2-årig	UREG 2022
	2 = Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år	
	3 = Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre	
Bransch (2023-10)	A-U, 0 (21st)	BAS 2023-10
Diagnosgrupp (F43)	1 = 1	Försäkringskassan
	2 = 0	

Svarsandelar

Sambandet mellan de svarande och bortfallet studeras genom att beräkna svarsandelen per kategori för de tänkta hjälpvariablerna (se tabell 2a-10). Svarsandelen för hela populationen är 40,7 procent.

Stora skillnader mellan svarsandelarna tyder på en skev svarsfördelning för hjälpvariabeln och ett starkt samband med svarsbenägenheten, vilket efterfrågas enligt kriterium 1.

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Tabell 2a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på kön

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
Man	35,8	1234
Kvinna	43,2	2922

Tabell 2b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på kön

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
Man	34,4	41,7	952	282
Kvinna	41,7	46,1	1855	1067

Tabell 3a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på ålder

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
19 – 29 år	22,8	196
30 – 39 år	29,9	663
40 – 49 år	39,0	945
50 – 59 år	48,0	1424
60 – år	53,4	928

Tabell 3b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på ålder

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
19 – 29 år	19,9	33,7	136	60
30 – 39 år	27,0	35,0	383	280
40 – 49 år	35,7	44,5	540	405
50 – 59 år	45,6	54,4	987	437
60 – år	53,0	55,3	761	167

Tabell 4a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på civilstånd

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
Gift	46,1	1960
Övriga	36,9	2196

Tabell 4b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på civilstånd

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
Gift	44,6	49,6	1326	634
Övriga	35,0	41,7	1481	715

Tabell 5a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på födelseland

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
Sverige	42,7	3462
Övriga	33,1	694

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Tabell 5b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på födelse land

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
Sverige	41,3	45,7	2282	1180
Övriga	31,1	41,1	525	169

Tabell 6a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på kommungrupp

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
A	40,8	1511
B	41,6	1716
C	39,0	929

Tabell 6b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på kommungrupp

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
A	38,1	47,0	979	532
B	39,9	45,9	1167	549
C	38,5	40,3	661	268

Tabell 7a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på inkomst

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
≤ 288 000	28,2	727
288 001 – 365 000	38,4	969
365 001 – 458 000	44,7	1144
> 458 000	51,8	1316

Tabell 7b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på inkomst

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
≤ 288 000	27,6	30,2	534	193
288 001 – 365 000	37,7	40,2	707	262
365 001 – 458 000	43,3	48,2	780	364
> 458 000	49,2	56,0	786	530

Tabell 8a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på utbildningsnivå

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
Gymnasial utbildning högst 2-årig	36,3	1189
Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år	38,2	1564
Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre	49,4	1403

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Tabell 8b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på utbildningsnivå

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
Gymnasial utbildning högst 2-årig	36,4	36,0	975	214
Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år	36,6	42,2	1070	494
Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre	47,3	52,2	762	641

Tabell 9a. Skattad procentuell andel svarande fördelat på kommungrupp

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
A	47,4	18
B	36,4	4
C	40,4	399
D	68,1	32
E	27,9	17
F	34,0	189
G	38,4	404
H	37,8	152
I	30,8	58
J	48,5	130
K	45,0	72
L	45,5	66
M	48,7	233
N	33,9	190
O	47,9	386
P	45,4	556
Q	40,1	1029
R	41,0	66
S	45,8	94
U	0,0	0
0	21,0	61

Tabell 9b. Skattad procentuell andel svarande fördelat på kommungrupp

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
A	48,4	42,9	15	3
B	25,0	66,7	2	2
C	39,2	44,5	298	101
D	70,4	65,0	19	13
E	29,6	23,5	13	4
F	33,8	35,6	157	32
G	37,4	40,9	282	122
H	37,9	37,3	127	25
I	30,6	32,3	48	10
J	47,5	50,0	77	53

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Kategori	Svarsandel %		Antal svar	
	Diagnosgrupp 0	1	Diagnosgrupp 0	1
K	47,2	42,2	42	30
L	38,4	60,9	38	28
M	44,7	53,8	119	114
N	31,3	45,0	141	49
O	46,7	49,6	219	167
P	43,3	49,3	343	213
Q	39,6	41,4	720	309
R	37,1	51,1	43	23
S	42,9	50,6	54	40
U	0,0	-	0	-
0	20,8	22,0	50	11

Tabell 10. Skattad procentuell andel svarande fördelat på diagnosgrupp

Kategori	Svarsandel %	Antal svar
1	45,1	1349
0	38,9	2807

Svarsbenägenheten varierar mellan kategorierna för alla hjälpvariabler utom kommungrupp. Det gör dem lämpliga enligt kriterium 1.

Om vi studerar diagnosgrupp i kombination med övriga variabler ser vi liknande svarsmönster över hjälpvariablernas kategorier, men med en generellt lägre nivå för kategori 0.

Multivariat analys

Vissa variabler samvarierar vilket gör att vi inte vet hur de fungerar tillsammans. För att se den sammanlagda effekten av variablerna används en *Step-Forward* procedur baserad på H_3 -indikatorn, se Särndal & Lundström (2010). Proceduren används för att hitta de starkaste hjälpvariablerna och har vissa likheter med *forward selection* inom regressionsanalys. I tabell 11 visas hur H_3 -indikatorn ökar successivt då variabler läggs till i hjälpvektorn. Större H_3 -värde innebär ökad reduktion av bortfallskevhetsen. Bransch tas inte med i denna analys.

Tabell 11. Step-forward-procedur för indikatorn H_3

Hjälpvariabel	$H_3 \times 10^3$
Ålder	266
Utbildningsnivå	329
Inkomst	348
Kön	362
Födelseland	371
Civilstånd	376
Diagnosgrupp	378
Kommungrupp	378

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

Utifrån de genomförda analyserna bör variablerna ålder till och med diagnosgrupp vara starka kandidater till att användas som hjälpinformation enligt kriterium 1. Efter att diagnosgrupp lagts till så ökar inte värdet på H_3 -indikatorn något, vilket innebär att variabeln kommungrupp inte skulle tillföra så mycket i en hjälpvektor.

Samvariation med målvariabler

I undersökningen ingår ett stort antal målvariabler och det är inte möjligt att hitta hjälpvariabler som samvarierar med alla dessa.

Vi bedömer att alla hjälpvariabler som enligt analysen är relevanta också kommer att samvariera med många målvariabler. Därför gör vi ingen särskild analys av denna samvariation.

Avgränsning av redovisningsgrupper

Om hjälpvariabeln avgränsar viktiga redovisningsgrupper kan kvaliteten bli bättre i dessa grupper. Framförallt blir skattningarna säkrare om hjälpvariabeln väl avgränsar redovisningsgruppen enligt kriterium 5.

Kalibreringsestimatern ger konsistenta skattningar i den meningen att estimatorn ger exakta skattningar för utnyttjade registertotaler. Det är därför viktigt att vid val av hjälpvariabler fundera på vilka skattningar man vill få konsistenta.

Vi bortser från detta kriterium eftersom inga särskilda redovisningsgrupper är angivna.

Slutligt val av hjälpvektor

Efter en sammanvägning av ovanstående analys samt efter kontroll av vikternas fördelning används följande hjälpvektor i kalibreringen:

Diagnosgrupp x

(Kön+Ålder+Civilstånd+Födelseland+Inkomst+Utbildningsnivå)

Det finns önskemål att kunna använda separata vikter för diagnosgrupperna så vi använder diagnosgrupp som modellgrupp. Det innebär att kalibreringen skett mot populationstotalerna i respektive diagnosgrupp. På så sätt tas hänsyn till variationen i hjälpvariablernas fördelning kan mellan diagnosgrupperna.

Bransch tas inte med då den har för många kategorier.

Teknisk beskrivning av urval och estimation

Vi har en population U bestående av N personer. De parametrar vi är intresserade av är vanligtvis funktioner av två totaler $Y = \sum_{i \in U} y_k$ och

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

$Z = \sum_U z_k$, där y_k är värdet på variabel y för person k och z_k värdet på en annan variabel för samma person. Ofta är y (och även z) en dikotom variabel, d.v.s.

$$y_k = \begin{cases} 1 & \text{om person } k \text{ har studerade egenskap} \\ 0 & \text{för övrigt} \end{cases} \quad (1)$$

Vanligtvis är vi också intresserade av parametrar för redovisningsgrupper. Låt oss benämna dessa $U_1, \dots, U_d, \dots, U_D$, där $U = \bigcup_{d=1}^D U_d$. Totalen för redovisningsgrupp d kan skrivas

$$Y_d = \sum_U y_{dk} \quad (2)$$

$$\text{där } y_{dk} = \begin{cases} y_k & \text{för } k \in U_d \\ 0 & \text{för övrigt} \end{cases}$$

Z_d bildas på likartat sätt.

En generell parameter för redovisningsgrupp d (d kan också avse hela populationen) kan skrivas $p_d = C \frac{Y_d}{Z_d}$, där C är en konstant.

Den vanligaste parametern är en procentuell andel, som erhålles när $C = 100$ och $z_k = 1$ för alla k , och y är definierad enligt (1). Om vi låter N_d vara antalet personer i redovisningsgrupp d , då kan parametern skrivas

$$p_d = 100 \frac{\sum_U y_{dk}}{N_d} \quad (3)$$

På grund av att bortfall har förekommit i undersökningen, har vi endast svarsmängden r av storleken m att utföra beräkningarna på. Därför måste kompensation för bortfallet göras.

Den konventionella estimatorn (för Y_d), har följande form:

$$\hat{Y}_d = \frac{N}{m} \sum_r y_{dk} \quad (4)$$

I syfte att erhålla en estimator med mindre bortfallskevheter än estimator (4) utnyttjar vi hjälpinformation i estimationen. Vi bildar en hjälpvektor \mathbf{x}_k , som anger till vilka kategorier av

Diagnosgrupp x (Kön+Ålder+Civilstånd+Födelseland+Inkomst+Utbildningsnivå)

som person k tillhör. Från register framställer vi hjälptotalerna $\sum_U \mathbf{x}_k$. Vi utnyttjar denna hjälpinformation i en kalibreringsestimator.

Kalibreringsestimatorn för totalen Y_d har följande utseende:

$$\hat{Y}_{vd} = \sum_r v_k y_{dk} \quad (5)$$

Bilaga 3 Kalibreringsrapport

där

$$v_k = 1 + (\sum_{i \neq k} \mathbf{x}_k - \sum_r \mathbf{x}_k)' (\sum_r \mathbf{x}_k \mathbf{x}_k')^{-1} \mathbf{x}_k \quad (6)$$

Den skattade svarssannolikheten för individ k är $\hat{\theta}_k = 1/v_k$.

Vid skattning av en parameter av typen $P_d = C \frac{y_d}{z_d}$ skattas respektive total med hjälp av vikterna v_k .

Referenser

Särndal C.-E. & Lundström S. (2005). *Estimation in Surveys with Nonresponse*. New York: Wiley

Särndal C.-E. & Lundström S. (2010). *Design for estimation: Identifying auxiliary vectors to reduce nonresponse bias*. *Survey Methodology*, vol. 36, no. 2, 131-144.

Bilaga 4: Variabelbeskrivning

Filnamn: Svardsdatafil_Rohabilitering_240125

Lagingsformat: SAS

Antal poster: 4 156

Processdata			
Processdata	Beskrivning		
SCBid	Löpnnummer (används bl.a. för att koppla ihop bidfiler med öppna svar till övrig svardsdata)		
ResponseDate	Datum för dataregistriering, år mån dag		
InMedium	Om webb eller pappersenkät (skanning)		
LopNiKund	Löpnnummer från Forsäkringkassan		
Kalvik	Kalibrerad vikt för att redovisa resultat för hela populationen		
Registeruppgifter			
Register-variabel	Beskrivning av registeruppgifter		
manadsinkomst_AAMM	Månadsinkomst, avser mars 2022 - oktober 2023. Kontant brutolön (ersättning som underlag för arbetsgivaravgifter) (ruta 011 på AGI) - Underlag full arbetsgivaravgift (04 Fagd) - Underlag pensionär (011 Fagd) - Underlag nedsatt arbetsgivaravgift (018 Fagd) - Ersättning ej socialavgift. ersättningen har ett intyg på blankett A1/E101 + underlag ålderspensionär, född t.o.m. 1937 och ej A1/E101 (06 Fagd)		
Enkätdata			
Fråge-nummer	Fråga i klartext	Svars-alternativ	Svarsalternativ i klartext
F1	Vad var din arbetstid en normal vecka innan du blev sjukskrivnen?		Antal timmar per vecka
F2	Vad är din arbetstid nu?		Antal timmar per vecka
F3_1	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Ja, stress och/eller hög arbetsbelastning bidrog
F3_2	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Ja, arbetet bidrog till försättnings- eller belastningsledor
F3_3	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Ja, jag råkade ut för en olycka på arbetet
F3_4	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Ja, konflikter eller kränkande behandling bidrog
F3_5	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Ja, andra problem på arbetsplatsen bidrog
F3_6	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Nej, mitt arbete bidrog inte
F3_7	Upplever du att ditt arbete bidrog till din sjukskrivning?		Vet inte
F4	Upplever du att din arbetsgivare vill att du ska komma tillbaka till ditt arbete?	1	Ja
F4	Upplever du att din arbetsgivare vill att du ska komma tillbaka till ditt arbete?	2	Nej
F4	Upplever du att din arbetsgivare vill att du ska komma tillbaka till ditt arbete?	3	Vet inte
F5	Har du kvar samma arbetsgivare som innan sjukskrivningen?	1	Ja
F5	Har du kvar samma arbetsgivare som innan sjukskrivningen?	2	Nej, jag har en ny arbetsgivare

Bilaga 4 Variabelbeskrivning

F5	Har du kvar samma arbetsgivare som innan sjukskrivningen?	3	Nej, jag har ingen arbetsgivare
F5	Har du kvar samma arbetsgivare som innan sjukskrivningen?	4	Annat, beskriv gärna:
F5_tkt	Har du kvar samma arbetsgivare som innan sjukskrivningen?		Text
F6	Har du och din arbetsgivare diskuterat vad du behöver för stöd för att kunna komma tillbaka till arbetet?	1	Ja
F6	Har du och din arbetsgivare diskuterat vad du behöver för stöd för att kunna komma tillbaka till arbetet?	2	Nej
F6	Har du och din arbetsgivare diskuterat vad du behöver för stöd för att kunna komma tillbaka till arbetet?	3	Vet inte
F6	Har du och din arbetsgivare diskuterat vad du behöver för stöd för att kunna komma tillbaka till arbetet?	4	Inte aktuellt
F7_1	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Inga anpassningar har gjorts
F7_2	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har placerats till en annan roll (tillfälligt eller permanent)
F7_3	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått ändrade arbetsuppgifter (t.ex. mindre stressiga, mindre tunga uppgifter)
F7_4	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått avlastning av kollega/kollegor
F7_5	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått möjlighet att arbeta på tider (eller dagar) som fungerar bättre för mig
F7_6	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått möjlighet att ta fler pauser
F7_7	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått möjlighet att arbeta hemma (mer än tidigare)
F7_8	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått möjlighet att arbeta ostört eller avskilt
F7_9	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått handledning av chef, mentor eller annan stödperson
F7_10	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Jag har fått hjälpmedel
F7_11	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Annan anpassning, beskriv gärna:
F7_tkt	Vilka anpassningar har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Text
F8_1	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Jag har inget arbete
F8_2	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Jag behöver inga anpassningar
F8_3	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Det är för lidigt, jag är fortfarande sjuk
F8_4	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Min arbetsgivare har inte möjlighet att anpassa mitt arbete
F8_5	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Min arbetsgivare försöker intervjua inte anpassa mitt arbete
F8_6	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Annat, beskriv gärna:

Biлага 4 Variabelbeskrivning

F8_txt	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Text
F8_7	Vad är anledningen till att din arbetsgivare inte har anpassat ditt arbete?		Vet inte
F9	Har du fått åtgärder eller behandling genom företagshälsövården?		1 Ja, beskriv gärna:
F9_txt	Har du fått åtgärder eller behandling genom företagshälsövården?		Text
F9	Har du fått åtgärder eller behandling genom företagshälsövården?		2 Nej
F9	Har du fått åtgärder eller behandling genom företagshälsövården?		3 Vet inte
F9	Har du fått åtgärder eller behandling genom företagshälsövården?		4 Inte aktuellt
F10_1	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Kompetensutveckling/utbildning
F10_2	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Åtgärder för att lösa konflikter på arbetsplatsen
F10_3	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Arbetsfråning
F10_4	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Annat, beskriv gärna:
F10_txt	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Text
F10_5	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Inga ytterligare åtgärder
F10_6	Viika ytterligare åtgärder har din arbetsgivare gjort för att du ska kunna komma tillbaka till arbetet?		Inte aktuellt
F11	Uppllever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?		1 Ja, i hög grad
F11	Uppllever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?		2 Ja, i viss grad
F11	Uppllever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?		3 Nej
F11	Uppllever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?		4 Jag behöver inget stöd
F11	Uppllever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?		5 Vet inte
F11	Uppllever du att du har fått det stöd du behöver av din arbetsgivare för att återgå i arbete?		6 Inte aktuellt
F12_txt	Om du tycker att din arbetsgivare borde ha gjort mer för att stötta dig, vad önskar du att din arbetsgivare hade gjort?		Text
F13_1	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Operation
F13_2	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Medicin
F13_3	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Sjukgymnastik, fysioterapi, naprapati, kilopraktik eller skanda
F13_4	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Enskilda samtal, terapi, KBT eller liknande
F13_5	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Samtalsgrupp (eller kurs) om t.ex stress, sorg eller smärta
F13_6	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Träning på recept

Biлага 4 Variabelbeskrivning

F13_7	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Annat, beskriv gärna:
F13_txt	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Text
F13_8	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Jag har inte fått någon vård eller behandling
F13_9	Vilken vård och behandling har du fått i samband med den här sjukskrivningen?		Vet inte
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen?		1 Ja, kontinuerligt
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen?		2 Ja, enstaka gånger
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen?		3 Ja, en gång
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen?		4 Nej, jag har inget behov av det
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen?		5 Nej, men jag hade behövt det
F14	Har du haft kontakt med en rehabiliteringskoordinator i samband med den här sjukskrivningen?		6 Vet inte
F15	Uppllever du att du fått den vård och behandling du behöver?		1 Ja, i hög grad
F15	Uppllever du att du fått den vård och behandling du behöver?		2 Ja, i viss grad
F15	Uppllever du att du fått den vård och behandling du behöver?		3 Nej
F15	Uppllever du att du fått den vård och behandling du behöver?		4 Behöver inget stöd
F15	Uppllever du att du fått den vård och behandling du behöver?		5 Vet inte
F16_txt	Om du tycker att hälso- och sjukvården borde ha gjort mer, vad önskar du att de hade gjort?		Text
F17	Tror du att du hade kunnat börjat arbeta tidigare om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?		1 Ja, troligen
F17	Tror du att du hade kunnat börjat arbeta tidigare om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?		2 Ja, kanske
F17	Tror du att du hade kunnat börjat arbeta tidigare om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?		3 Nej
F17	Tror du att du hade kunnat börjat arbeta tidigare om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?		4 Vet inte
F17	Tror du att du hade kunnat börjat arbeta tidigare om du hade fått bättre (eller tidigare) vård och behandling?		5 Inte aktuellt
F18_1	Har du pratat med din/dina handläggare på Försäkringskassan under den här sjukskrivningen?		Ja, i telefon
F18_2	Har du pratat med din/dina handläggare på Försäkringskassan under den här sjukskrivningen?		Ja, vid ett möte
F18_3	Har du pratat med din/dina handläggare på Försäkringskassan under den här sjukskrivningen?		Nej
F19	Har handläggaren/handläggarna pratat med dig om vilken rehabilitering du behöver för att kunna gå tillbaka till arbetet (till exempel sjukvård, anpassningar på arbetsplatsen eller arbetsfråning)?		1 Ja
F19	Har handläggaren/handläggarna pratat med dig om vilken rehabilitering du behöver för att kunna gå tillbaka till arbetet (till exempel sjukvård, anpassningar på arbetsplatsen eller arbetsfråning)?		2 Nej

Bilaga 4 Variabelbeskrivning

F19	Har handläggaren/handläggarna pratat med dig om vilken rehabilitering du behöver för att kunna gå tillbaka till arbetet (till exempel sjukvård, anpassningar på arbetsplatsen eller arbetsutbildning)?	3	Vet inte
F20	Upplever du att handläggaren/handläggarna har försökt hjälpa dig tillbaka till arbetet?	1	Ja, i hög grad
F20	Upplever du att handläggaren/handläggarna har försökt hjälpa dig tillbaka till arbetet?	2	Ja, i viss grad
F20	Upplever du att handläggaren/handläggarna har försökt hjälpa dig tillbaka till arbetet?	3	Nej
F20	Upplever du att handläggaren/handläggarna har försökt hjälpa dig tillbaka till arbetet?	4	Vet inte
F21	Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare att hjälpa dig mer?	1	Ja, troligen
F21	Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare att hjälpa dig mer?	2	Ja, kanske
F21	Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare att hjälpa dig mer?	3	Nej
F21	Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare att hjälpa dig mer?	4	Vet inte
F21	Tror du att handläggaren/handläggarna har fått din arbetsgivare att hjälpa dig mer?	5	Inte aktuellt
F22_1	Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?		Ja, jag har inget arbete
F22_2	Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?		Ja, min arbetsgivare vill inte att jag ska komma tillbaka
F22_3	Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?		Ja, jag vill/behöver byta arbete
F22_4	Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?		Ja, faktorer i mitt privatliv
F22_5	Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?		Ja, annat
F22_6	Finns det andra saker än hälsan som gör det svårt att komma tillbaka helt till arbetet?		Nej
F23	Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?	1	Mer än före sjukskrivningen
F23	Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?	2	Lika mycket som före sjukskrivningen
F23	Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?	3	Mindre än före sjukskrivningen
F23	Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?	4	Inte alls
F23	Hur mycket tror du att du kommer att kunna arbeta om ett halvår?	5	Vet inte

2021/22:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 19 oktober 2021
2021/22:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om precisionsmedicin
2021/22:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Sårbarheter och motståndskraft i ekonomin i ljuset av ökande skulder hos hushåll och kommersiella fastighetsföretag
2021/22:RFR4	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av Riksbankens penningpolitik 2015–2020
2021/22:RFR5	FINANSUTSKOTTET Evaluation of the Riksbank's Monetary Policy 2015–2020
2021/22:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 3 mars 2022
2021/22:RFR7	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Uppföljning av nyanländas etablering –arbetsmarknadsstatus med särskilt fokus på kvinnorna
2021/22:RFR8	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Uppföljning och utvärdering av tillämpningen av utskottsinitiativ
2021/22:RFR9	KULTURUTSKOTTET Uppföljning av delar av den svenska friluftslivspolitik
2021/22:RFR10	NÄRINGSUTSKOTTET Innovationskritiska metaller och mineral – en forskningsöversikt
2021/22:RFR11	SOCIALUTSKOTTET Hälsa- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård – en utvärdering
2021/22:RFR12	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om AP-fondernas placeringar av buffertkapitalet i pensionssystemet den 26 april 2022
2021/22:RFR13	FÖRSVARsutskottet Sveriges deltagande i fem internationella militära insatser – en uppföljning av konsekvenserna för den nationella försvarsförmågan
2021/22:RFR14	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2022
2021/22:RFR15	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens redogörelse för penningpolitiken 2021 den 10 maj 2022
2021/22:RFR16	SOCIALUTSKOTTET Offentlig utfrågning om svensk och europeisk cancerstrategi
2021/22:RFR17	TRAFIKUTSKOTTET Transportsektorns klimatmål

2021/22:RFR18

KULTURUTSKOTTET

Kulturutskottets öppna seminarium om uppföljning av delar av den svenska friluftslivspolitiken

2022/23:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2022
2022/23:RFR2	FINANSUTSKOTTET Översikt med internationella exempel på uppföljning och utvärdering av centralbanker
2022/23:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet i svensk ekonomi i ljuset av hög inflation och högre räntor
2022/23:RFR4	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens årsredovisning 2022 och det senaste penningpolitiska beslutet från februari 2023
2022/23:RFR5	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av penningpolitiken 2022
2022/23:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2023
2022/23:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om penningpolitiken 2022

2023/24:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 17 oktober 2023
2023/24:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Offentlig utfrågning om nationell högspecialiserad vård
2023/24:RFR3	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde om vårdnad, boende och umgänge vid våld i familjen.
2023/24:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om energilagring
2023/24:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om artificiell intelligens (AI)
2023/24:RFR6	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om reformen av EU:s läkemedelslagstiftning
2023/24:RFR7	TRAFIKUTSKOTTET Planera laddinfrastruktur för vägtrafik – en kunskapsöversikt
2023/24:RFR8	FINANSUTSKOTTET Den demokratiska granskningen av centralbanker – En forskningsöversikt
2023/24:RFR9	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde – Hur säkerställer vi ett bostadsbyggande som möter behov och efterfrågan i hela landet?
2023/24:RFR10	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om finansiell stabilitet i en osäker omvärld – hur påverkas Sverige?
2023/24: RFR11	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Utvärdering av förädlingsindustrin och detaljhandeln för livsmedel
2023/24: RFR12	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om trafikens elektrifiering
2023/24: RFR13	FINANSUTSKOTTET Riksbankens årsredovisning 2023 och den aktuella penningpolitiken
2023/24: RFR14	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården
2023/24:RFR15	FINANSUTSKOTTET Svensk penningpolitik 2023
2023/24:RFR16	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om en forsknings- och innovationspolitik för ett konkurrenskraftigt näringsliv
2023/24:RFR17	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2024
2023/24:RFR18	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Riksbankens direktion om penningpolitiken 2023

2023/24:RFR19

CIVILUTSKOTTET

Offentligt sammanträde om överskuldssättning

SVERIGES 
RIKSDAG 

Beställningar: Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm
telefon: 08-786 58 10, e-post: order.riksdagstryck@riksdagen.se
Tidigare utgivna rapporter: www.riksdagen.se under Dokument & lagar

