

Upprättad: 2017-02-09  
Diarienummer: KS.2017.31

Kommunfullmäktige

## Anmälningssärenden kommunfullmäktige

### Sammanfattning

Information och meddelanden som inkommer till kommunen och som kommunledningskontoret bedömer vara av vikt att redovisa för kommunfullmäktige, utgör anmälningssärenden. Anmälningssärendena i sin helhet finns tillgängliga hos kanslienheten samt hos sekreteraren under sammanträdet.

- ~ Samordningsförbundet RAR Sörmland 2017-01-30 - Rapporter "Kartläggning av sjukpenningstalet i Sörmland samt förslag till åtgärder för att sänka det samt Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet".
- ~ Medborgarförslag - Fri ledsagning inom LSS, beslut på VoN 2017-01-26 § 4
- ~ Medborgarförslag - Hyr en villa för ett barn- och ungdomsbibliotek, beslut på kommunstyrelsen 2017-02-06 § 1
- ~ Medborgarförslag - Fontän i Frösjön, beslut på kommunstyrelsen 2017-02-06 § 2
- ~ Medborgarförslag - Elektroniska övergångsskyltar, beslut på kommunstyrelsen 2017-02-06 § 3
- ~ Medborgarförslag - Farthinder på Furulundsvägen, beslut på kommunstyrelsen 2017-02-06, § 4

Sammanträdesdatum: 2017-01-26  
Ärendenummer: KS.2015.439

§ 4

## Medborgarförslag - Fri ledsagning inom LSS

### Beslut

1. Medborgarförslaget om fri ledsagning avslås.

### Sammanfattning av ärendet

Förslagsställaren föreslår att den enskilde själv fritt beslutar om omfattning av ledsagning. Personer som tillhör personkretsen inom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har möjlighet till biståndsbedömd ledsagarservice/ ledsagning. Förslaget gäller fri ledsagning enligt en modell som Laholms kommun använder. I Gnesta ansöker idag den enskilde om ledsagarservice/ledsagning för varje olika typ av ledsagning. Till grund finns beslutet om rätt till ledsagarservice. Därefter prövas ansökan och en tidsram sätts. Insatser enligt LSS är befriade från avgifter eller kostnader för den enskilde.

Förvaltningen ser idag inga skäl för att göra en ny organisation vad gäller beviljandet av insatsen ledsagarservice/ledsagning.

### Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2017-01-18
2. Medborgarförslaget

### Tjänsteförslag

1. Medborgarförslaget om fri ledsagning avslås.

### Förslag till beslut på sammanträdet

Ulf Bergner (S) bifaller framskrivet förslag.

Ordföranden föreslår att vuxen- och omsorgsnämnden bifaller tjänsteförslaget.

### Beslutsgång

Vuxen- och omsorgsnämnden bifaller ordförandens förslag.

### Sändlista:

~Förslagsställaren, Lotta G Kankaanpää

Sammanträdesdatum: 2017-02-06  
Ärendenummer: KS.2016.308

§ 1

## Medborgarförslag - Hyr en villa för ett barn- och ungdomsbibliotek

### Beslut

1. Medborgarförslaget avslås.

### Sammanfattning av ärendet

Förslagsställaren har i ett medborgarförslag lämnat förslaget att Gnesta kommun ska hyra en villa för att där bedriva ett barn- och ungdomsbibliotek. Anledningen är att hon tycker att ungdomarna som använder bibliotekets datorer för att spela spel stör övriga besökare och gör att de inte kan använda datorerna i tillräcklig utsträckning för egna behov.

Att inrätta ytterligare ett bibliotek i Gnesta tätort skulle vara förenat med mycket höga kostnader. Det problem som beskrivs bedöms inte vara av sådan vikt att inrättandet av ett bibliotek kan anses falla inom ramen för god ekonomisk hushållning. Medborgarförslaget ska därför avslås.

God service och tillgänglighet är mycket viktigt för biblioteket. Personalen tar gärna emot förslag på förbättringar som leder till att alla låntagare kan nyttja biblioteket på det sätt som de har behov av. Vid den ommöblering av biblioteket som planeras ska möjligheten till en avskilt placerad dator samt vilka regler som skulle kunna förenas med nyttjandet av en sådan ses över.

### Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2016-11-02
2. Medborgarförslaget
3. Komplettering medborgarförslaget

### Tjänsteförslag

1. Medborgarförslaget avslås.

### Förslag till beslut på sammanträdet

Ordföranden föreslår att kommunstyrelsen bifaller tjänsteförslaget.

### Beslutsgång

Kommunstyrelsen bifaller ordförandens förslag.

### Sändlista:

~ Förslagsställaren

~ Chef för kommunikation och samverkan

Sammanträdesdatum: 2017-02-06  
Ärendenummer: KS.2016.54

§ 2

## Medborgarförslag - Fontän i Frösjön

### Beslut

1. Hänskjuta förslaget om fontän i Frösjön till arbetet med utvecklingsplan för Gnesta centrum
2. Medborgarförslaget anses härmed besvarat

### Sammanfattning av ärendet

Medborgarförslaget inkom 2016-02-17 och anmäldes till kommunfullmäktige 2016-02-29.

Förslagsställaren föreslår att det placeras en fontän i Frösjön, synlig från tågstationen och Frönäsområdet. Denne anser att det är både estetiskt och bra för vattenmiljön, då det tillför syre i vattnet.

Samhällsbyggnadsförvaltningen arbetar med ett förslag till utvecklingsplan för Gnesta centrum. I det arbetet finns sedan tidigare förslag om att anlägga en pir/brygga i Frösjön. Förvaltningen föreslår att förslaget om fontän prövas inom ramen för att planen tas fram för beslut. Avsikten är att det ska ske under 2017.

### Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2017-01-10
2. Medborgarförslaget

### Tjänsteförslag

1. Hänskjuta förslaget om fontän i Frösjön till arbetet med utvecklingsplan för Gnesta centrum
2. Medborgarförslaget anses härmed besvarat

### Förslag till beslut på sammanträdet

Ordföranden föreslår att kommunstyrelsen bifaller tjänsteförslaget.

### Beslutsgång

Kommunstyrelsen bifaller ordförandens förslag.

### Sändlista:

~ Förslagsställaren

Sammanträdesdatum: 2017-02-06  
Ärendenummer: KS.2016.66

§ 3

## Medborgarförslag - Elektroniska övergångsskyltar

### Beslut

1. I och med att frågan tas upp i samband med projekteringen av Västra Storgatan anses medborgarförslaget härmed vara besvarat.

### Sammanfattning av ärendet

Förslagsställaren föreslår i sitt medborgarförslag att kommunen ska sätta upp nya elektroniska övergångsskyltar på två platser längs Västra Storgatan. Detta för att höja säkerheten på två övergångsställen.

Gnesta kommun projekterar för ombyggnad av Västra Storgatan med avseende på ändrad utformning, med bland annat smalare körbanor, separerade gång- och cykelbanor, upphöjda övergångsställen, ökad belysning m.m.

Förvaltningens synpunkt är förslagsställarens förslag lämpligast tas upp och utvärderas i samband med helhetsprojekteringen för Västra Storgatan.

### Beslutsunderlag

1. Medborgarförslag – Elektroniska övergångsskyltar
2. Tjänsteskrivelse 2016-09-23

### Tjänsteförslag

1. I och med att frågan tas upp i samband med projekteringen av Västra Storgatan anses medborgarförslaget härmed vara besvarat.

### Förslag till beslut på sammanträdet

Ordföranden föreslår att kommunstyrelsen bifaller tjänsteförslaget.

### Beslutsgång

Kommunstyrelsen bifaller ordförandens förslag.

### Sändlista:

~ Förslagsställaren

Sammanträdesdatum: 2017-02-06  
Ärendenummer: KS.2016.238

§ 4

## Medborgarförslag - Farthinder på Furulundsvägen

### Beslut

1. Medborgarförslaget avslås.

### Sammanfattning av ärendet

Förslagsställaren föreslår i sitt medborgarförslag att kommunen ska anlägga/bygga ett farthinder vid kurvan på Furulundsvägen då han tycker att de tillfälliga fartreducerande åtgärderna kommunen satt ut ej ger ordentligt obehag att köra över i hög hastighet.

Gnesta kommun har väghållaransvaret för Furulundsvägen. Kommunen har genomfört projektet Rätt fart i staden, där en viktig del är att väga in faktorer för att hastighetsgränserna ska vara väl avvägda mot de stadsbyggnadskvaliteter och tillgänglighets mål.

Fartreducerande åtgärder i form av vägbulor medför många problem. Som exempel är vibrationer, buller, ökat slitage, arbetsmiljöproblem för yrkesförare, samt inte minst tillgänglighet för sjuktransporter, räddningstjänst och ambulans. De sistnämnda är tyvärr en grupp som oftast är helt förbisedda. De jobbar ofta emot tiden vid sina insatser, varför farthinder direkt kan motverka deras resultat.

### Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2016-09-23
2. Medborgarförslag
3. Skrivelse gällande medborgarförslag

### Tjänsteförslag

1. Medborgarförslaget avslås.

### Förslag till beslut på sammanträdet

Ordföranden föreslår att kommunstyrelsen bifaller tjänsteförslaget.

### Beslutsgång

Kommunstyrelsen bifaller ordförandens förslag.

### Sändlista:

~ Förslagsställaren



Missiv

DATUM  
2017-01-30

DIARIENR

Länets kommuner  
Landstinget Sörmland  
Försäkringskassan  
Arbetsförmedlingen  
Regionförbundets beredning för jämlik hälsa

**Rapporter "Kartläggning av sjukpenningtalet i Sörmland samt förslag till åtgärder för att sänka det" samt Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet"**

Regeringen och Försäkringskassan strävar efter att sänka det höga sjukpenningtalet. Som en del i det arbetet har Försäkringskassan initierat en satsning, Finsam 9,0, där man vill nå målet max 9,0 sjukpenningdagar per individ senast år 2020.

Samordningsförbundet RAR fick under våren medel från Försäkringskassan för att kartlägga situationen i Sörmland och även föreslå åtgärder för att sänka sjukpenningtalet i Sörmland. Två rapporter bifogas. "Kartläggning och behovsanalys för målgruppen långtidssjuka i Sörmlands län" samt delrapporten "Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet".

I Sörmland såväl som i Riket konstateras att målet, 9,0 sjukpenningdagar, inte kan nås enbart genom insatser från Försäkringskassan. Vården är också en mycket viktig aktör liksom arbetsgivarna.

Vi tror att flera av de förslag som lämnas i rapporten kan vara ett stöd i det fortsatta arbetet med att hjälpa fler enskilda till ett självständigt liv utan sjukskrivning

Samordningsförbundet uppmanar berörda aktörer att fortsätta att samverka med varandra kring sjukskrivna.

Samordningsförbundet RAR i Sörmland

Marie Svensson  
Ordförande



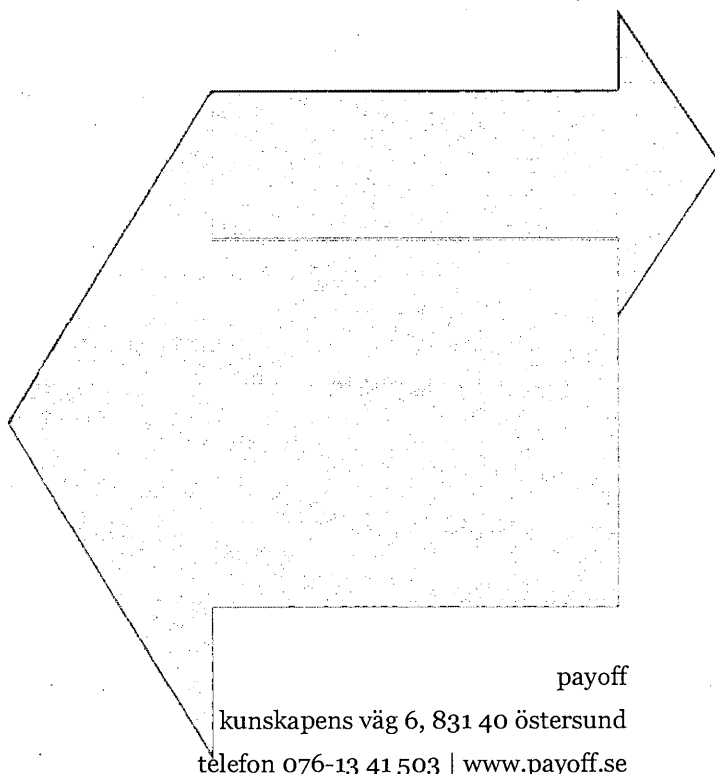


Utvärdering av sociala investeringar

# Kartläggning och behovsanalys för målgruppen långtidssjuka i Sörmlands län

Samordningsförbundet RAR Sörmland

Östersund, 2017- 01-16



payoff

kunskapens väg 6, 831 40 östersund

telefon 076-13 41 503 | [www.payoff.se](http://www.payoff.se)

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	4
<b>Inledning</b> .....	9
<b>Bakgrund</b> .....	9
Mål för att bryta en ökande sjukfrånvaro .....	9
Försäkringskassans roll.....	9
Samordningsförbundet är en viktig aktör .....	9
<b>Ett samhällsekonomiskt perspektiv på ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering</b> .....	10
Vad kostar sjukfrånvaron egentligen?.....	10
<b>Beskrivning av Payoffs uppdrag</b> .....	11
<b>Genomförande</b> .....	11
<b>Rapportens struktur</b> .....	12
<b>Kartläggning</b> .....	14
<b>Statistik</b> .....	14
<b>Intervjuer för insamling av information om situationen samt för att få förslag till åtgärder</b> .....	14
<b>Sjukpenningfall vs. sjukpenningdagar (sjukpenningtalet)</b> .....	14
<b>Sjukpenningtalets utveckling 2007 - 2015</b> .....	15
Pågående sjukpenningärenden i Sörmland, år 2015 .....	16
<b>Kartläggning 1. Sörmlands län i jämförelse med Östergötland och riket, 2007 - 2015</b> .....	17
Avslutade sjukpenningfall i Sörmland, 2007 - 2015.....	17
Avslutade sjukpenningfall i Sörmland, åldersgrupper 2007 - 2015 .....	19
Sörmland jämfört med Östergötland och Riket -avslutade sjukpenningfall fördelade på åldersgrupper, 2015 .....	20
Sörmland -avslutade sjukpenningfall fördelade på längdklasser, 2007 - 2015 .....	21
Sörmland -sjukpenningfall fördelade på längdklasser och kön, 2007 - 2015 .....	21
Sörmland jämfört med Östergötland och riket -avslutade sjukpenningfall fördelade på längdklasser, 2015.....	22
Sörmland - avslutade sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel, 2007 - 2015.....	23
Sörmland jämfört med Östergötland och Riket - sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel, 2015.....	24
Sörmlands kommuner i jämförelse med länet, en sammanfattning.....	24
<b>Kartläggning 2. Vad gör parterna var för sig och i samverkan - en sammanställning av våra intervjuer</b> .....	26
Försäkringskassans och vårdens roll och ansvar .....	26
Vårdens roll och ansvar .....	26
Arbetsgivarens och företagshälsovårdens roll och ansvar .....	27
Arbetsförmedlingens roll och ansvar .....	27
Psykiatriska diagnoser ökar i antal och leder till långvarig sjukfrånvaro.....	28
Sörmland jämfört med Östergötland och riket.....	28
Efterord .....	29

<b>Behovsanalys.....</b>	<b>30</b>
<b>Sörmland jämfört med Östergötland och riket.....</b>	<b>30</b>
<b>Inflöde av sjukpenningfall .....</b>	<b>30</b>
Långa sjukpenningfall .....	31
Sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser .....	32
<b>Sammanfattande analys och slutsatser .....</b>	<b>33</b>
<b>Förslag på åtgärder .....</b>	<b>34</b>
<b>Åtgärder för att minska inflödet av sjukpenningfall .....</b>	<b>34</b>
Tidiga insatser på arbetsplatserna .....	34
Uppföljning .....	36
Effektivare rehabprocess .....	36
<b>Åtgärder för att minska längden på sjukpenningfallen - skapa effektivare rehabprocesser.....</b>	<b>37</b>
<b>Åtgärder för att minska sjukpenningdagarna för fall med psykiatriska diagnoser .....</b>	<b>40</b>
Best practice .....	41
<b>Förslag till handlingsplan .....</b>	<b>42</b>
Målet.....	42
Vad ska göras.....	42
Vem är ansvarig.....	43
När ska åtgärderna sättas in .....	43
Uppföljning och utvärdering.....	44
Ledning och styrning .....	44
Till sist.....	44

# Sammanfattning

## Bakgrund

Försäkringskassan har från regeringen fått uppdraget att bidra till att nå ett sjukpenningtal om högst 9,0 dagar vid utgången av 2020. Under december 2015 låg sjukpenningtalet på 11,4 i Sörmland. För kvinnor var talet 15,0 och för männen 8,0. Målet för Sörmlands del är att nå ett sjukpenningtal om högst 9,6 dagar vid utgången av 2020.

Mot bakgrund av regeringens beslutade satsning på ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro 2020 har Samordningsförbundet RAR i Sörmland fått medel för att genomföra en kartläggning, lokal behovsanalys och ta fram en plan för aktiva insatser mot personer som är, eller riskerar att bli, långtidssjukskrivna. Payoff har fått uppdraget att genomföra kartläggningen.

Syftet med uppdraget är dels att genomföra en kartläggning av antal avslutade sjukpenningfall i Sörmlands län och länets kommuner, dels att göra jämförelser med Östergötlands län och riket.

## Rapportens struktur

Rapporten bygger på följande huvudrubriker; kartläggning, behovsanalys, förslag till åtgärder och förslag till handlingsplan. Kartläggningen omfattar en sammanställning av grundläggande statistik från fr. a Försäkringskassan avseende hur avslutade sjukfall har utvecklats över tid, från 2007 till 2015. Behovsanalysen har genomförts med stöd av kartläggningen. Analysen identifierar och lyfter fram de utvecklings- och förbättringsområden där nuvarande arbetsmetoder, insatser och resurser inte har varit tillräckliga. I Förslag till åtgärder beskrivs de förslag som utredningen lämnar för att parterna ska kunna sätta in insatser så att det regionala målet på 9,6 i sjukpenningtal nås i Sörmland och i Förslaget till handlingsplan har vi prioriterat våra åtgärdsförslag.

## Kartläggning

Kartläggningen visar att jämfört med Östergötland har Sörmland markant fler sjukpenningfall, oavsett kön och längd på sjukfallen under hela tidsperioden mellan 2007 och 2015. Det innebär att det större inflödet för Sörmland fördelas både på korta och långa sjukfall. När det gäller de psykiatriska diagnoserna är avvikelserna även här markant sämre jämfört med Östergötland i alla avseenden, såväl totalt som för båda könen.

I relation till riket som helhet har Sörmland i de flesta fall markant fler sjukpenningfall. I vissa fall ligger Sörmland dock i paritet med riket och det gäller under några år för de långa sjukpenningfallen på 60 dagar och längre. Vad gäller de psykiatriska diagnoserna uppvisar Sörmland avvikelser som är markant sämre jämfört med riket under ungefär hälften av åren mellan 2007 och 2015.

En uppdelning på åldersgrupper visar att inflödet i Sörmland är markant större för alla åldersgrupper utom för en vid en jämförelse med Östergötland. Det större antalet sjukpenningfall i Sörmland är således något som i huvudsak inte är begränsat till vissa åldersklasser utan är fördelat över alla åldrar.

En studie över sjukpenningfallens fördelning på längdklasser i Sörmland visar att de avslutade sjukpenningfallen ökade i alla längdklasser mellan 2011 och 2015. Ökningen för sjukpenningfall under 30 dagar var ca åtta procent, medan ökningen för sjukpenningfall över 365 dagar var 100 procent. De senaste årens ökning av sjukpenningtalet har alltså till mycket stor del berott på att de långa sjukfallen blivit fler. En uppdelning i kön visar att en ökning skett i alla längdklasser för både kvinnor och män mellan 2011 och 2015. Ökningen för kvinnor har dock varit större än för männen, fallen längre än 365 dagar har ökat med över 100 procent för kvinnor och ca 75 procent för män.

När vi jämför diagnoskapitlen år 2015 ser vi att Sörmland ligger högre än både riket och Östergötland i de flesta kapitlen. För de i detta sammanhang "tung" diagnoser, dvs psykiatriska och muskler/skelett ligger Sörmland ca 30 procent högre än Östergötland men också högre än i riket även om skillnaden inte är lika stor. För Sörmlands del visar utvecklingen mellan 2007 och 2015 att sjukpenningfall för alla diagnoskapitel är lägre 2015 jämfört 2007 utom för psykiatriska diagnoser.

Den kartläggning vi gjort av utvecklingen i motsvarande nyckeltal i Sörmlands nio kommuner mellan 2007 och 2015 visar att det föreligger stora skillnader mellan kommunerna. Vad gäller mängden sjukpenningfall varierar utfallet 2015 mellan 9,5 och 12,0 och för mängden långa sjukpenningfall varierar utfallet mellan 4,1 och 5,3. I procent motsvarar det en spridning på 26 respektive 29 procent mellan lägsta och högsta värden. Var och en av kommunerna har fått sitt " eget" mål vad gäller målet för sjukpenningtalet år 2020, här varierar målbilden mellan 8,8 och 11,1. Kartläggningen av kommunerna finns redovisad i en separat rapport.

## Behovsanalys

Vi har i vår kartläggning konstaterat att det finns tre områden där Sörmland har behov av förbättringar för att kunna sänka sjukpenningtalet till målet 9,6 sjukpenningdagar.

1. Inflödet av sjukpenningfall är högre i Sörmland än i Östergötland och i riket.
2. De långa sjukfallen är både fler och längre i Sörmland än i Östergötland och i riket.
3. Sjukpenningfallen med psykiatriska diagnoser ökar kraftigt och särskilt i de högre längdklasserna. Dessutom genererar dessa diagnoser betydligt fler sjukpenningdagar i Sörmland än i Östergötland och i riket.

## Förslag på åtgärder

De förslag till åtgärder vi presenterar syftar till att minska sjukpenningtalet i Sörmland så att det successivt kan närma sig målet på 9,6 sjukdagar år 2020. Förslagen är strukturerade utifrån de områden som framkommit i behovsanalysen, dvs. minskat inflöde, minskad längd på sjukpenningfallen samt minskade sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser.

Behovet av att minska inflödet av sjukpenningfall är tydligt och syns framför allt vid jämförelse med Östergötland. Två av våra förslag inom detta "behovsområde" är följande;

- *Att de lokala samverkansgrupperna i respektive kommun genomför en diskussion med respektive arbetsgivare hur arbetet med anställdas hälsa kan utföras så att både verksamheten kan bli bättre och sjukfrånvaron minska.*
- *Att försäkringskassan aktivt går ut till arbetsgivarna och stödjer deras möjligheter att använda förebyggande sjukpenning.*

Vi har konstaterat att sjukpenningfallen blivit allt längre mellan 2011 och 2015. Denna utveckling ligger också bakom en stor del av ökningen av sjukpenningtalet. Därför behövs ett antal åtgärder för att i möjligaste mån förkorta sjukpenningfallen. Till den allra största delen handlar det om att återföra den sjukskrivne tillbaka till arbete. Två av våra förslag är följande;

- *Att Försäkringskassan ersätter vårdgivarna för kostnaderna för läkarintyg när dessa har godkänts. Motsvarande system finns när det intyg skrivs till privata försäkringsbolag.*
- *Att rehabkoordinatorernas roll utvecklas samt att rehabkoordinatorerna ges möjlighet att få en utökad arbetstid för att därmed kunna utveckla samverkan med arbetsgivarna.*

För de psykiatriska diagnoserna är de förslag till åtgärder som finns under övriga behovsområden delvis också tillämpliga. Därtill har vi några förslag som särskilt avser sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser. De enda diagnoskapitel som ökat mellan 2007 och 2015 är psykiatriska diagnoser, övriga har minskat. Detta är i och för sig inte en utveckling som enbart gäller Sörmland, men som drabbar Sörmland i högre omfattning än Östergötland och riket. Två av våra förslag är följande;

- *Att landstinget genomför en utredning kring diagnossättningen av psykiatriska diagnoser.*
- *Att öppenvård psykiatrin tillförs resurser för att kunna korta väntetiderna för behandling till rimliga nivåer, dvs. kortare än tre månader.*

Det har i vår kartläggning framkommit att det finns stora skillnader i sjukpenningtalet i olika avseenden mellan olika kommuner i Sörmland och det finns även stora skillnader mellan Sörmland och Östergötland. Vi föreslår därför att ett gränsöverskridande arbete genomförs för att utnyttja best practice både mellan kommunerna inom Sörmland, men även mellan Sörmland och Östergötland. Ett förslag är följande;

- *Att det i Sörmlands län genomförs utbildnings- och informationsaktiviteter för ökad samsyn mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabprocesserna. Dessa aktiviteter bör vara ett ansvarsområde för samordningsförbundet RAR.*

## Förslag till handlingsplan

Vi har i rapporten framfört ett större antal förslag till åtgärder. För att nå båda de mål som angetts ovan anser vi att det är väsentligt att prioritera bland förslagen, dvs. välja

ut de förslag som ska genomföras i första hand och vilka som kommer senare under perioden.

Vid prioritering av åtgärder anser vi att följande tre kriterier i nämnd ordning bör användas:

1. Åtgärder som ger stor effekt på sjukpenningtalet
2. Åtgärder som ger snabb effekt på sjukpenningtalet
3. Åtgärder med låga kostnader

De förslag på åtgärder som vi prioriterar är följande:

1. Plan för återgång för alla sjukpenningfall över 90 dagar
2. Information och utbildningsinsatser gällande läkarintyg
3. Ökade arbetstid för rehabkoordinatorer
4. Ökade resurser till öppenvårdspsykiatri
5. Tydligt uppdrag till lokala samverkansgrupperna i respektive kommun att agera lokalt utifrån de föreslagna åtgärderna, särskilt ska man beakta hur man på arbetsplatserna nyttjar företagshälsovården eller motsvarande kompetenser.
6. Varje lokal samverkansgrupp utformar en lokal handlingsplan utifrån bilaga 1 i denna rapport.

För de prioriterade åtgärderna föreslår vi följande som ansvariga;

Åtgärd 1 – Försäkringskassan

Åtgärd 2 – Försäkringskassan

Åtgärd 3 – Landstinget

Åtgärd 4 – Landstinget

Åtgärd 5 – Respektive lokal samverkansgrupp

Åtgärd 6 – Respektive lokal samverkansgrupp

De prioriterade åtgärderna påbörjas under första kvartalet 2017 och övriga åtgärder påbörjas under helåret 2017.

Det som är avgörande för framgång med de föreslagna åtgärderna är att det genomförs uppföljning och utvärdering. Det är därför viktigt att det upprättas en plan för uppföljning och utvärdering redan vid projektstarten. Vårt förslag är att ansvarig för att upprätta denna plan är den regionala samverkansgruppen.

En förutsättning för att detta arbete ska bli framgångsrikt, enligt vår uppfattning, är att det finns en tydlig och kraftfull ledning och styrning för dessa åtgärdspaket. Detta innebär att ledningen verkligen tydligt uttalar sig hur väsentlig detta är arbete och tillägnar sig målen med projektet (-ena).

I första hand är det upp till varje part att driva styrningen av dessa projekt i sin egen organisation fullt ut. Uppdrag och mål fastställs för respektive enhet/kostnadsställe,

berörda chefer förses med befogenheter och resurser samt att utfallet löpande följs upp.

I andra hand bör en länsövergripande grupp ha ansvaret på regional nivå. Här sker en löpande uppföljning och utvärdering av utfallet avseende de olika projekten, dialog med respektive parter om utvecklingen och förslag till förändringar om inte utfallet är tillfredsställande. Enligt vår uppfattning ska detta uppdrag ges till regionala samverkansgruppen under förutsättning att denna grupp ges tillräckliga förutsättningar ekonomiskt, tidsmässigt och personellt för att kunna fullföra ovanstående roll. Den regionala samverkansgruppen ges också uppdraget att ansvar för att en plan för uppföljning och utvärdering görs, som inleder arbetet med dessa frågor i gruppen.



# Inledning

## Bakgrund

### **Mål för att bryta en ökande sjukfrånvaro**

Försäkringskassan har från regeringen fått uppdraget att bidra till att nå ett sjukpenningtal om högst 9,0 dagar vid utgången av 2020.

Sedan år 2010 har sjukfrånvaron ökat med nästan 70 procent samtidigt som utgifterna för sjukförsäkringen ökat med 11 miljarder mellan år 2010 och år 2014. Det är enligt regeringen en allvarlig utveckling, som måste brytas.

Under december 2015 låg sjukpenningtalet på 11,4 i Sörmland. För kvinnor var talet 15,0 och för männen 8,0. Den kommun som hade högst sjukpenningtal i Sörmland var Gnesta med 13,7 (17,4 och 10,2 för kvinnor respektive män). Riket som helhet uppvisade ett sjukpenningtal på 10,5 med fördelningen 13,7 och 7,3 för kvinnor respektive män.

Målet för Sörmlands del är att nå ett sjukpenningtal om högst 9,6 dagar vid utgången av 2020.

### **Försäkringskassans roll**

Försäkringskassan är den statliga aktör som av regeringen fått i uppdrag att genomföra insatser för att bryta den nuvarande ökningen av antalet sjukpenningdagar, följa upp och nå målet med ett sjukpenningtal 9,0. Försäkringskassan har tagit fram en möjlig utvecklingsbana, som beskriver en realistisk väg till målet 9,0 i december 2020. Det finns stora variationer i sjukpenningtalet mellan olika län. I december 2015 hade till exempel Västernorrlands län 13,3 dagar, medan Östergötlands län hade 8,6 dagar.

Försäkringskassan anser därför att det inte går att förvänta sig att alla läns sjukpenningtal ska bli 9,0 dagar i december 2020. Målsättningen är istället att alla län bidrar till att nå målet och att skillnaderna mellan länen minskar.

### **Samordningsförbundet är en viktig aktör**

Regeringen menar att det finns en stor potential hos Samordningsförbunden att vara en aktiv part för att i första hand förstärka stödet till långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning. Förbunden har en etablerad struktur för samverkan och regeringen kan via de statliga parterna Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan rikta olika uppdrag till förbunden som de övriga parterna, kommunerna och regionerna, förhoppningsvis stöttar.

En möjlighet som regeringen ser är att förbunden utvecklar samverkan, det individuella stödet till personer i målgruppen och testar olika pilotverksamheter genom förbunden.

## Ett samhällsekonomiskt perspektiv på ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering

Att fånga den samhällsekonomiska kostnaden för ohälsa och sjukfrånvaro innebär att utgå från ett helhetsperspektiv, dvs att fånga den totala kostnaden oavsett var i samhället kostnaden uppstår och oavsett vem som bär kostnaden.

Sett från ett helhetsperspektiv påverkas många organisationer och myndigheter av ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering. T ex påverkas statens ekonomi inte bara av Försäkringskassans utbetalningar utan även av minskade inbetalningar i form av olika skatter och sociala avgifter för de personer som är sjukskrivna.

Övriga organisationer, myndigheter och personer som påverkas är:

- Individen själv som tappar en del av sin inkomst
- Arbetsgivarna genom olika kostnader för produktionsstörningar och utbetald sjuklön
- Kommunen genom minskade skatteintäkter
- Landstinget genom minskade skatteintäkter och olika vårdkostnader
- Arbetsförmedlingen kan även påverkas bl. a genom olika rehabiliteringsinsatser.

Summeras alla dessa effekter erhålls den samhällsekonomiska kostnaden som utgörs av de reala effekter som påverkar samhället. Det största enskilda värdet utgörs normalt sett av det produktionsbortfall som är kopplat till individens ohälsa, men även kostnaden för förbrukning av olika resurser, t ex. nedlagd tid för omsorg, sjukvård, handläggning, kan vara omfattande.

### Vad kostar sjukfrånvaron egentligen?

Utifrån vad vi beskrivit i avsnittet ovan är svaret på denna fråga helt och hållet beroende på vilket perspektiv vi lägger på kalkylen; allt från personen själv till samhället som helhet.

#### *För individen*

Individens kostnad utgörs i första hand av minskad inkomst pga. förekomst av karensdag och självriskan som utgör 20 procent vid en ersättningsnivå på 80 procent under sjuklöneperioden. Därefter återstår antingen tio procent eller noll procent i sjuklön samt semestersättning. Efter sjuklöneperioden erhåller individen sjukpenning på närmare 80 procent av löneinkomsten. Sjukpenningen ger inte underlag för jobbskatteavdrag. Om vi utgår ifrån en lön på ca 25 000 kr/månad innebär det att individen efter vi tagit hänsyn till skatteeffekter förlorar ca 5 000 kr per månad. För personer med höga inkomster är ersättningen begränsad till att den sjukpenninggrundande inkomsten kan vara högst 7,5 prisbasbelopp.

#### *För arbetsgivaren*

Kostnader för arbetsgivaren beror på om det är högkostnadsfrånvaro eller lågkostnadsfrånvaro. Lågkostnadsfrånvaro inträffar när den sjukfrånvarande är ersatt med en

vikarie och denne har uppnått samma produktivitet som erfaren personal. För en anställd med 25 000 kr i månadslön och med 40 procent i arbetsgivaravgifter enligt lag och avtal är arbetsgivarens kostnad för en frånvarodag under sjuklöneperioden ca 3 000–4 000 kronor. För en frånvarodag med lågkostnadsfrånvaro varierar dagskostnaden mellan 420 och noll kronor.

#### *För staten*

Kostnaden för staten inklusive socialförsäkringssystemet är utbetald sjukpenning, minskade skatteintäkter, minskade arbetsgivaravgifter enligt lag samt minskade inbetalningar av indirekt skatt. Totalt motsvarar detta ca 22 000–23 000 kronor per månad med sjukpenning.

#### *För samhället*

Såsom beskrivits ovan utgör kostnaden för samhället till allra största delen kostnader för produktionsbortfall eftersom en person färre är sysselsatt. Kostnaden på marginalen för detta är värdet av de lägst avlönade på arbetsmarknaden (ca 16 000 kr/månad) vilket inkluderar arbetsgivaravgifter enligt lag och avtal plus moms och andra indirekta skatter motsvarar ca 28 000 per månad.

## Beskrivning av Payoffs uppdrag

Mot bakgrund av regeringens beslutade satsning på ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro 2020 har Samordningsförbundet RAR i Sörmland fått medel för att genomföra en kartläggning, lokal behovsanalys och ta fram en plan för aktiva insatser mot personer som är, eller riskerar att bli, långtidssjukskrivna. Payoff har fått uppdraget att genomföra kartläggningen. Centrala aktörer i regeringens uppdrag är Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och i ett nästa steg arbetsgivarna.

Syftet med uppdraget är dels att genomföra en kartläggning av antal avslutade sjukpenningfall i Sörmlands län och länets kommuner, dels att göra jämförelser med Östergötlands län och riket. Målet är att Försäkringskassan skall få stöd i sitt fortsatta arbete med att prioritera insatser tillsammans med hälso- och sjukvården och i ett nästa steg arbetsgivarna och övriga berörda parter. Det långsiktiga målet är att 9,6 sjukpenningdagar i Sörmland kan uppnås 2020.

## Genomförande

Arbetet med detta uppdrag påbörjades under våren 2016. Under uppdragets genomförande har omfattande informationsinsamling skett. Inledningsvis granskades bakgrundsinformation till uppdraget och olika styrande dokument, t ex. i form av budgetunderlag och regleringsbrev för Försäkringskassan, årsredovisningar och intressanta rapporter. Därefter planerades och genomfördes beställningar av grundläggande data. Urval av grundläggande data har skett i samråd med uppdragsgivaren.

Omfattande statistik har inhämtats från Försäkringskassan, vilket har skett i samarbete med deras centrala avdelning för Analys och prognos, Verksamhetsområde Statistisk analys. Statistiken som har använts i denna utredning visar på utvecklingen av avslutade sjukpenningfall mellan 2007 och 2015 för Sörmland, Östergötland och riket.

Inom ramen för uppdraget har ett flertal intervjuer genomförts för att komplettera och fördjupa den information som statistiken har visat på. Intervjuerna har varit en viktig del i processen att få en djupare förståelse för orsaker och sammanhang kring de resultat som visar sig i statistiken. Intervjupersonerna är utvalda i samråd med uppdragsgivaren och är representanter för berörda parter i Sörmland och Östergötland. Intervjuerna påbörjades i september och har genomförts löpande under hösten 2016.

Avstämningar med uppdragets styrgrupp har skett kontinuerligt under uppdragets genomförande, den första i juni och den sista i december 2016.

Den 30 november genomfördes ett seminarium i Eskilstuna med representanter för berörda parter. Där presenterades och diskuterades, så långt som det var färdigt, kartläggning, behovsanalys och förslag till åtgärder. Deltagarna hade möjlighet att lämna synpunkter och förslag, utifrån vad som presenterades. Inspelen från deltagarna har tagits tillvara i det fortsatta utredningsarbetet.

Efter seminariets genomförande påbörjades arbetet med rapportskrivande utifrån vad som presenterats på seminariet i Eskilstuna, inklusive de kompletterande förslagen.

De data som har använts för beräkningar och analyser i denna utredning avser avslutade sjukpenningfall.

## Rapportens struktur

Rapporten bygger på följande huvudrubriker;

- Kartläggning
- Behovsanalys
- Förslag till åtgärder
- Förslag till handlingsplan

Kartläggningen omfattar en sammanställning av grundläggande statistik från fr. a Försäkringskassan avseende hur avslutade sjukfall har utvecklats över tid, från 2007 till 2015. Den omfattar även en genomgång av befintliga insatser som riktar sig mot målgruppen.

Behovsanalysen har genomförts med stöd av kartläggningen. Analysen identifierar och lyfter fram de utvecklings- och förbättringsområden där nuvarande arbetsmetoder, insatser och resurser inte har varit tillräckliga för att minska och/eller förhindra ökning av sjukpenningdagar till önskade nivåer. Behovsanalysen görs både utifrån ett kortsiktigt perspektiv, fram till slutet av år 2017, och ett mer långsiktigt perspektiv, fram till slutet av 2020.

I kapitlet Förslag till åtgärder beskrivs de förslag som utredningen lämnar för att parterna ska kunna sätta in insatser så att det regionala målet på 9,6 i sjukpenningtal nås

i Sörmland och att Sörmland därmed även bidrar till att det övergripande målet på 9,0 i sjukpenningtal nås på riksnivå för år 2020. I Förslaget till handlingsplan har vi prioriterat våra åtgärdsförslag dels utifrån behov av utvecklad samverkan, dels utifrån behov av individuellt anpassat stöd.

# Kartläggning

## Statistik

Kartläggningen har, för det *första*, haft som syfte att utifrån de underlag som utredningen erhållit från fr. a Försäkringskassan redovisa hur antalet avslutade sjukpenningfall har utvecklats i Södermanlands län och dess nio kommuner i relation till Östergötlands län och riket i sin helhet mellan åren 2007 och 2015. Statistiken har strukturerats utifrån att det ska vara möjligt att hitta intressanta likheter och skillnader mellan Sörmland och Östergötland och/eller riket.

Anledningen till att Östergötland valts som referenslän är att det är ett geografiskt närliggande län med tydliga, strukturella likheter med Sörmland, med skillnaden att sjukpenningtalet i Östergötland är betydligt lägre. Det ligger där under riksgenomsnittet medan det ligger över riksgenomsnittet i Sörmland.

## Intervjuer för insamling av information om situationen samt för att få förslag till åtgärder

För det *andra* har kartläggningen haft till syfte att dels få fram uppgifter kring vad parterna gör i sina ordinarie verksamheter idag, var för sig och i samverkan, dels att samla in underlag till förslag på åtgärder som vi anser behöver genomföras för att målet på 9,6 sjukpenningdagar ska kunna uppnås i Sörmland år 2020. Information till kartläggningens andra del har främst samlats in genom intervjuer med representanter för berörda parter, såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, vården, kommunerna och en f d förbundsordförande inom Försäkringskassaförbundet.

## Sjukpenningfall vs. sjukpenningdagar (sjukpenningtalet)

Uppdraget för denna utredning är att bidra till att ta fram förslag på hur målet med 9,6 sjukpenningdagar ska kunna uppnås i Sörmland.

Sjukpenningtalet är ett måttetal som används av Försäkringskassan som ett "rullande" uppföljnings- och jämförelsemått under en tolv månadersperiod. Detta måttetal innehåller sjukpenningdagar från såväl pågående som från avslutade sjukpenningfall. Då det av naturliga skäl inte går att veta i förväg hur långa de pågående sjukfallen kommer bli bygger vår kartläggning på avslutade sjukpenningfall. Nämnaren i sjukpenningtalet är befolkningen 16–64 år exklusive personer med hel sjuk- och aktivitetsersättning. På grund av tillgången till information är nämnaren i våra kvoter befolkningen 18–64 år.

Sjukpenningtalet kan bestå av relativt många men korta sjukpenningfall, men också av relativt få men långa sjukpenningfall. Detta är två olika situationer som kräver olika typer av åtgärder, ska fokus vara på inflödet eller på sjukfallets längd? Hur denna fördelning ser ut framgår inte av sjukpenningtalet. Det är därför nödvändigt att kartlägga både antalet sjukpenningfall och längden på sjukpenningfallen, vilket i sin tur kräver att kartläggningen avser avslutade sjukpenningfall.

Som inledning till vår kartläggning tecknar vi en bakgrundsbild genom att redovisa sjukpenningtalets utveckling i Sörmland, Östergötland och riket för åren 2007 till 2015.

## Sjukpenningtalets utveckling 2007 - 2015

Trenden i utvecklingen av sjukpenningtalet har under perioden 2007–2015 varit likartad mellan Sörmland, Östergötland och riket i stort. Från relativt höga tal år 2007 sjönk talet fram till år 2010 för att sedan succesivt stiga igen. Ökningen i såväl Sörmland som riket har varit så stor att de uppvisar de absolut högsta nivåerna i slutet av perioden, dvs. år 2015. Östergötland har däremot en klart lugnare utvecklingskurva och uppvisade sitt högsta sjukpenningtal år 2007 för den aktuella tidsperioden.

Tabell 1. Sjukpenningtalets utveckling mellan åren 2007 och 2015 i Sörmlands och Östergötlands län samt i riket.

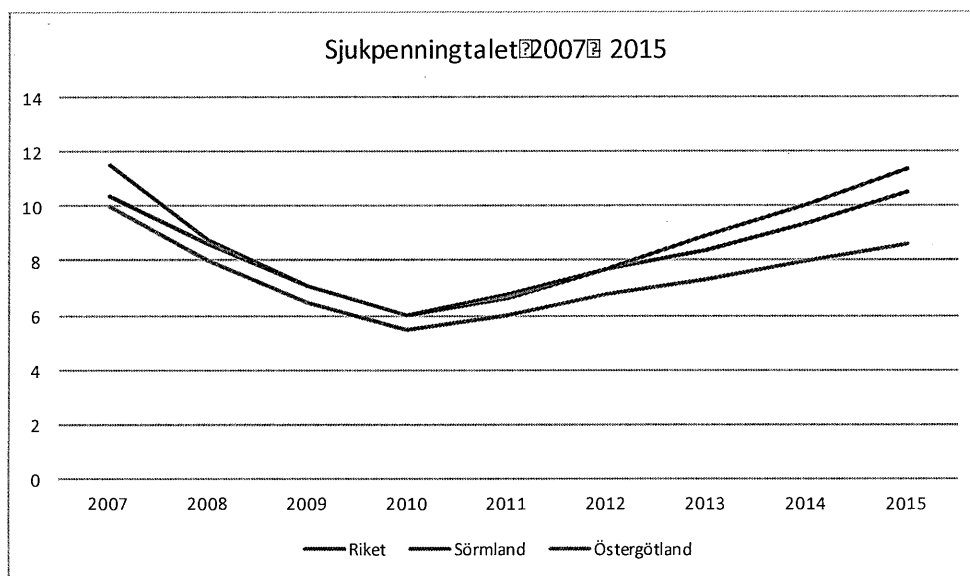
	Sörmland	Östergötland	Riket
<b>2007</b>	11,5	10,0	10,4
<b>2008</b>	8,8	8,0	8,6
<b>2009</b>	7,1	6,5	7,1
<b>2010</b>	6,0	5,5	6,0
<b>2011</b>	6,6	6,0	6,8
<b>2012</b>	7,7	6,8	7,7
<b>2013</b>	8,9	7,3	8,4
<b>2014</b>	10,1	8,0	9,4
<b>2015</b>	11,4	8,6	10,5

I figur 1 nedan redovisas utvecklingen mellan 2007 – 2015 i diagramform för Sörmland, Östergötland och riket.

En jämförelse mellan de båda länen visar att Sörmland uppvisar ett högre sjukpenningtal än Östergötland varje år under den aktuella perioden. Däremot är sjukpenningtalet lägre eller lika i Sörmland jämfört med riket mellan åren 2009 och 2012.

Mellan åren 2011 och 2015 har ökningen i sjukpenningtalet varit 4,8 dagar i Sörmland jämfört med 2,6 dagar i Östergötland och 3,7 dagar i riket. Procentuellt motsvarar det en 85 procent högre ökning av sjukpenningtalet i Sörmland jämfört med Östergötland.

I tabell 1 ovan redovisar vi sjukpenningtalets utveckling mellan åren 2007 och 2015 för Sörmland, Östergötland och riket. Motsvarande siffror i figur 1 nedan.



Figur 1. Sjukpenningtalets utveckling mellan åren 2007 och 2015 för Sörmland, Östergötland och riket.

I november 2016 har Sörmlands län ett sjukpenningtal på 12,2 vilket är något lägre än den "bana" som Försäkringskassan centralt tagit fram för de olika länen. Enligt den banan ska Sörmland nå sitt max under första halvåret 2018 med 12,6 innan banan vänder ner mot målet på 9,6 i slutet på år 2020.

### Pågående sjukpenningärenden i Sörmland, år 2015

I tabell 2 nedan redovisas hur andelen pågående sjukpenningärenden fördelades mellan olika arbetsgivare i Sörmland år 2015 samt de olika sektorernas andel av sysselsättningen. Som framgår är landsting och kommuner överrepresenterade i sjukpenningtalet, medan privata sektorn och staten har en lägre andel av sjukpenningtalet i förhållande till antalet sysselsatta. För att komma i paritet med sin andel av sysselsättningen skulle kommunerna behöva minska sin frånvaro med ca drygt en tredjedel och landstinget med ca 25 procent. Tillsammans motsvarar detta en sänkning av sjukpenningtalet med ca tio procent.

Tabell 2. Andel av pågående sjukpenningärenden och andel i sysselsättning i Sörmland år 2015. Ärenden där uppgift om arbetsgivare saknas är exkluderade.

Sektor	Andel pågående sjukpenningärenden, procent	Andel i sysselsättning, procent
Kommun	31	20
Landsting	8	6
Stat	3	5
Privat	58	69



## Kartläggning 1. Sörmlands län i jämförelse med Östergötland och riket, 2007 – 2015

I detta avsnitt redovisar vi utfallet för Sörmlands län i jämförelse med Östergötlands län och riket under perioden 2007 till 2015. Nyckeltalen gäller främst antal sjukpenningfall, totalt och uppdelat på kön, antal korta, respektive långa, sjukpenningfall där gränsen går vid 60 dagar samt antal sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos totalt och uppdelat på kön. All statistik avser avslutade sjukpenningfall i relation till befolkningen i arbetsför ålder, 18 – 64 år.

Dessutom redovisar vi antal sjukpenningfall uppdelat på åldersgrupper, längdklasser, diagnoskapitel och psykiatriska diagnoser totalt och i vissa fall uppdelat på kön mellan åren 2007 och 2015 samt i vissa fall enbart för år 2015.

I tabellerna 3 och 5 gör vi jämförelser mellan Sörmland och Östergötland och i tabell 4 mellan Sörmland och riket som helhet. Dessa tabeller är konstruerade på sådant sätt att röda siffror visar att avvikelsen för Sörmland mot jämförande part (Östergötlands län och riket) för respektive år är minst sju procent högre ("markant sämre") medan gröna siffror visar att avvikelsen är minst sju procent lägre ("markant bättre"). Siffror i svart visar att utfallet ligger i "paritet med parten", dvs i spannet mellan sju procent över respektive sju procent under värdet för den jämförande parten. Gränsen på sju procent har valts eftersom målet för Sörmland, 9,6 dagar, ligger sju procent över målet för riket, 9,0 dagar.

### Avslutade sjukpenningfall i Sörmland, 2007 – 2015

Redovisningen nedan presenterar Sörmlands nyckeltal jämfört med Östergötland genom att redovisa avvikelser med hjälp av olika färg på siffrorna. Underlaget visar total mängd avslutade sjukpenningfall uppdelat på kön, sjukpenningfall under och över 60 dagar samt sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos totalt och uppdelat på kön.

I tabell 3 nedan redovisas avslutade sjukpenningfall i Sörmland mellan åren 2007 och 2015. De värden som redovisas är antalet sjukpenningfall i relation till befolkningen i arbetsförålder, dvs. 18 – 64 år, och anges som procent. Tabellen utgör även en jämförelse med motsvarande nyckeltal i Östergötland. Röda siffror indikerar ett sämre värde för Sörmland jämfört med Östergötland, dvs. ett nyckeltal är markant sämre än det värde som Östergötland uppvisar.

Som framgår är alla siffror röda vilket innebär att jämfört med Östergötland har Sörmland markant högre mängd sjukpenningfall, oavsett kön och längd på sjukfallen. Avvikelsen är markant sämre jämfört med Östergötland under hela tidsperioden. Det innebär att det större inflödet för Sörmland fördelas både på korta och långa sjukfall.

När det gäller de psykiatriska diagnoserna är avvikelsen även här markant sämre jämfört med Östergötland i alla avseenden, såväl totalt som för båda könen. Från 2012 till 2015 kan vi konstatera att sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser i Sörmland ökat med ca 40 procent, ca 30 procent för män och ca 50 procent för kvinnor. För Östergötland och riket är motsvarande siffror ungefär desamma, dock börjar dessa från en betydligt lägre nivå vilket innebär att gapet mellan Södermanland å ena sidan och Östergötland och riket å andra sidan ökar i termer av sjukpenningtalet.

Tabell 3. Sörmland i jämförelse med Östergötland. Avslutade sjukpenningfall i Sörmland uppdelat på kön, ålder och psykiatrisk diagnos, 2007 – 2015. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder. Röd siffra visar att avvikelserna mot jämförande nyckeltal för Östergötland är markant sämre.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Andel</b>	<b>12,3</b>	<b>9,9</b>	<b>8,8</b>	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>	<b>9,5</b>	<b>10,2</b>
<b>män</b>	<b>9,5</b>	<b>7,6</b>	<b>6,8</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>6,3</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7,4</b>
<b>kvinnor</b>	<b>15,2</b>	<b>12,4</b>	<b>10,8</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>	<b>11,0</b>	<b>11,6</b>	<b>12,1</b>	<b>13,1</b>
<b>-59 dgr</b>	<b>7,1</b>	<b>6,2</b>	<b>5,7</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>
<b>60- dgr</b>	<b>5,2</b>	<b>3,8</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>
<b>Psyk. tot</b>	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>
<b>män</b>	<b>1,4</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>
<b>kvinnor</b>	<b>2,8</b>	<b>2,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>

Vi fortsätter nu redovisningen med att visa Sörmlands nyckeltal jämfört med riket som helhet genom att redovisa avvikelser med hjälp av olika färg på siffrorna.

Tabell 4. Sörmland i jämförelse med riket som helhet. Avslutade sjukpenningfall i Sörmland uppdelat på kön, ålder och psykiatrisk diagnos, 2007 – 2015. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder. Röd siffra visar att avvikelserna mot jämförande nyckeltal för riket är markant sämre medan svart siffra visar att värdet är i paritet med riket.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Andel</b>	<b>12,3</b>	<b>9,9</b>	<b>8,8</b>	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>	<b>9,5</b>	<b>10,2</b>
<b>män</b>	<b>9,5</b>	<b>7,6</b>	<b>6,8</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>6,3</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7,4</b>
<b>kvinnor</b>	<b>15,2</b>	<b>12,4</b>	<b>10,8</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>	<b>11,0</b>	<b>11,6</b>	<b>12,1</b>	<b>13,1</b>
<b>1-59 dgr</b>	<b>7,1</b>	<b>6,2</b>	<b>5,7</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>
<b>60- dgr</b>	<b>5,2</b>	<b>3,8</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>
<b>Psyk. tot</b>	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>
<b>män</b>	<b>1,4</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>
<b>kvinnor</b>	<b>2,8</b>	<b>2,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>

De flesta siffrorna är röda men några är också svarta vilket innebär att jämfört med riket har Sörmland i de flesta fall markant större mängd sjukpenningfall, men i vissa fall ligger Sörmland i paritet med riket.

Vad gäller sjukpenningfall har Sörmland högre andel jämfört med riket totalt sett, dvs. röda siffror alla år. Avvikelsen är markant sämre jämfört med riket under hela tidsperioden. Fallen har också ökat från år 2011 men är fortfarande relativt färre jämfört med 2007. Mönstret är ungefär detsamma för män och kvinnor.

När det gäller korta sjukpenningfall uppvisar Sörmland avvikelser som är markant sämre under alla år jämfört med riket. För de långa sjukpenningfallen på 60 dagar och längre har Sörmland avvikelser som är markant sämre än riket under sex av de nio åren, vissa år är emellertid skillnaden mot riket mindre än sju procent, dvs. svarta siffror. De långa sjukpenningfallen har för Sörmlands del ökat med ca 50 procent mellan 2011 och 2015, vilket är betydligt mer än för riket. Värdet för 2015 är lägre än för 2007 både för de korta och de långa sjukpenningfallen.

Vad gäller de psykiatriska diagnoserna uppvisar Sörmland avvikelser som är markant sämre jämfört med riket under ungefär hälften av åren mellan 2007 och 2015. Uppdelningen på kön visar att kvinnorna ligger i paritet med riket medan männen har avvikelser som är markant sämre under hela perioden, dvs. röda siffror alla år.

### Avslutade sjukpenningfall i Sörmland, åldersgrupper 2007 – 2015

Även i denna tabell gör vi jämförelser genom att redovisa avvikelser med hjälp av olika färg på siffrorna.

I tabell 5 nedan redovisas sjukpenningfall per åldersgrupp i Sörmland mellan åren 2007 och 2015 samtidigt som vi gör en jämförelse med Östergötland. Röda siffror indikerar avvikelser som är markant sämre jämfört med Östergötland medan svart siffra visar att värdet är i paritet med Östergötland.

Tabell 5. Sörmland i jämförelse med Östergötland. Sjukpenningfall i Sörmland uppdelat på åldersgrupper. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder. Röd siffra visar att avvikelsen mot jämförande nyckeltal för Östergötland är markant sämre medan svart siffra visar att värdet är i paritet med Östergötland.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
18-24 år	11,6	3,7	3,1	2,4	2,9	3,3	3,3	3,4	3,6
25-29 år	10,8	9,9	8,5	7,1	7,4	8,0	8,5	8,4	9,5
30-34 år	13,4	11,0	9,9	9,2	9,1	9,5	9,8	9,6	11,0
35-39 år	12,5	10,8	10,0	9,1	8,6	9,1	9,4	9,7	10,0
40-44 år	12,0	10,1	9,3	8,5	8,5	9,3	9,0	10,2	10,1
45-49 år	12,3	11,0	9,1	9,1	8,7	9,2	9,7	10,1	11,6
50-54 år	12,9	11,5	10,7	10,2	9,9	10,2	10,8	11,7	11,6
55-59 år	13,1	12,1	10,6	10,4	10,3	11,0	12,1	12,0	13,0
60 år -	12,2	11,3	10,0	9,8	9,8	10,3	11,8	12,2	13,6

Utvecklingen i Sörmland mellan 2007 och 2015 visar att inflödet är markant större för alla åldersgrupper (röda siffror) utom för gruppen 45–49 år 2009 då skillnaden mot Östergötland är mindre än sju procent, dvs. svart siffra. Det större antalet sjukpenningfall (inflöde) i Sörmland är således något som i huvudsak inte är begränsat till vissa åldersklasser utan är fördelat över alla åldrar. Vi kan också se att mängden sjukpenningfall är fler för gruppen 60 år och äldre 2015 jämfört med 2007. För övriga åldersklasser är utfallet år 2015 mindre än för år 2007.

I kommande tabeller (tabell 6 till tabell 11) görs inga jämförelser med hjälp av färgade siffror.

### Sörmland jämfört med Östergötland och Riket – avslutade sjukpenningfall fördelade på åldersgrupper, 2015

I tabell 6 nedan redovisas sjukpenningfall uppdelat på olika åldersgrupper år 2015.

Sörmland har jämfört med både Östergötland och riket fler sjukpenningfall i förhållande till befolkningen i alla åldersgrupper, med ett undantag. För åldersgruppen 50–54 år ligger Sörmland ca fem procent lägre än riket, men samtidigt ca tio procent över Östergötland. För personer under 30 år ligger Sörmland ca 40 procent högre än Östergötland. För personer 30–34 år är skillnaden ca 20 procent och för 35 och äldre ligger skillnaden på 10–20 procent.

Tabell 6. Avslutade sjukpenningfall fördelade på åldersgrupper år 2015 i Sörmland, Östergötland och i riket. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder.

	18-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55-59 år	>60 år
Sörmland	3,6	9,5	11,0	10,0	10,1	11,6	11,6	13,0	13,6
Östergötland	2,5	6,8	9,2	9,1	8,9	9,7	10,5	11,6	11,9
Riket	3,1	8,4	9,9	9,3	9,5	9,9	12,2	12,4	12,2

Andelen sjukpenningfall för den yngsta åldersgruppen är betydligt lägre jämfört med övriga grupper. Det finns åtminstone två viktiga förklaringar till detta, dels är en betydligt fler i dessa åldrar utanför arbetskraften, dels vet vi från andra sammanhang att den yngsta delen av arbetskraften har relativt många sjukfall som är korta vilket innebär att fallen sällan övergår till att bli sjukpenningfall.

Även bortsett från den yngsta åldersgruppen ökar sjukpenningfallen för åldersgruppen 30–34 år för att därefter sjunka något och sedan öka från 45 år och äldre. För riket avstannar ökningen för de som är 60 år och äldre. Utöver talen för den yngsta åldersgruppen rör det sig dock inte om några dramatiska skillnader.

**Sörmland –avslutade sjukpenningfall fördelade på längdklasser, 2007 – 2015**

I tabell sju nedan redovisas sjukpenningfall fördelade på längdklasser mellan åren 2007 och 2015. Som framgår minskade sjukpenningfallen mellan 2007 och 2011 i alla längdklasser. Särskilt tydligt var det för sjukpenningfall som varade 180 dagar och längre. T.ex. minskade sjukpenningfallen 365 dagar och längre med ca 70 procent.

Tabell 7. Sjukpenningfall fördelade på längdklasser. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
-29 dgr	4,8	4,1	3,7	3,3	3,2	3,4	3,4	3,3	3,4
30-59 dgr	2,3	2,1	1,9	1,9	2,1	2,1	2,3	2,3	2,4
60-89 dgr	1,0	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1
90-179 dgr	1,2	1,0	0,9	0,9	0,9	1,1	1,1	1,2	1,4
180-364 dgr	1,3	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,9
365 dgr-	1,7	1,2	0,8	0,7	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0

I Sörmland ökade avslutade sjukpenningfall mellan 2011 och 2015 i alla längdklasser. Ökningen för sjukpenningfall under 30 dagar var ca åtta procent, medan ökningen för sjukpenningfall över 365 dagar var 100 procent. De senaste årens ökning av sjukpenningtalet har alltså till mycket stor del berott på att de långa sjukfallen blivit fler. Denna utveckling ger kraftig puff uppåt för sjukpenningtalet.

**Sörmland –sjukpenningfall fördelade på längdklasser och kön, 2007 – 2015**

Mellan 2011 och 2015 har en ökning skett i alla längdklasser för både kvinnor och män. Viktiga skillnader är att ökningen av sjukpenningfallen varit större för kvinnor än för män för fall som är 60 dagar och längre. Således ökade andelen fall längre än 365 dagar med över 100 procent för kvinnor och ca 75 procent för män.

Tabell 8. Sjukpenningfall fördelade på längdklasser, uppdelade på kön. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kv -29 dgr	6,1	5,2	4,8	4,2	4,3	4,4	4,4	4,2	4,5
Män -29 dgr	3,5	3,1	2,8	2,3	2,1	2,3	2,5	2,4	2,4
Kv 30-59 dgr	2,8	2,5	2,3	2,3	2,6	2,6	2,8	2,9	3,0
Män 30-59 dgr	1,8	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	1,7	1,7	1,8
Kv 60-89 dgr	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3
Män 60-89 dgr	0,9	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Kv 90-179 dgr	1,4	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,4	1,5	1,8
Män 90-179 dgr	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0
Kv 180-364 dgr	1,5	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	1,1	1,2
Män 180-364 dgr	1,2	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
Kv 365 dgr-	2,1	1,7	1,0	0,9	0,6	0,8	0,9	1,1	1,3
Män 365 dgr-	1,2	0,8	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7

Medan nedgången mellan år 2007 till år 2011 varit större för män har ökningen mellan år 2011 och 2015 varit större för kvinnor generellt sett.

### Sörmland jämfört med Östergötland och riket –avslutade sjukpenningfall fördelade på längdklasser, 2015

I tabell 9 redovisas sjukpenningfall fördelade på längdklasser för Sörmland jämfört med Östergötland och riket.

Tabell 9. Avslutade sjukpenningfall fördelade på längdklasser, 2015. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder.

	1-29 dgr	30-59 dgr	60-89 dgr	90-179 dgr	180-364 dgr	>365 dgr
Sörmland	3,4	2,4	1,1	1,4	0,9	1,0
Östergötland	2,9	2,0	0,9	1,1	0,7	0,8
Riket	3,1	2,1	1,0	1,3	0,9	0,9

Vi kan konstatera att Sörmland ligger högst i alla längdklasser, dock när det gäller fall 180-364 dagar tillsammans med riket. Detta innebär att det högre inflödet i Sörmland fördelas i princip över samtliga längdklasser. Även om skillnaden i procentenheter enbart är 0,2 mellan Sörmland och Östergötland gällande sjukpenningfall över 365 dagar

innebär det att Sörmland ligger 25 procent högre i den längdklass som väger tyngst i sjukpenningtalet. Det motsvarar ungefär 1,5 miljoner sjukpenningdagar eller ca 0,9 i sjukpenningtalet.

### Sörmland – avslutade sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel, 2007 – 2015

I tabell 10 redovisas sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel för Sörmland mellan åren 2007 och 2015.

Tabell 10. Sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tumörer	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Psykiatri	2,1	1,7	1,4	1,4	1,4	1,7	1,9	2,0	2,4
Hjärt/kärl	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Muskel/skelett	2,6	2,2	1,8	1,8	1,8	1,9	2,2	2,3	2,3
Övrigt	4,3	3,5	3,4	3,2	3,4	3,4	3,5	3,5	3,8
Saknas	2,4	1,9	1,5	1,2	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1
<b>Totalt</b>	<b>12,3</b>	<b>9,9</b>	<b>8,8</b>	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>	<b>9,5</b>	<b>10,2</b>

Utvecklingen mellan 2007 och 2015 visar att andelen sjukpenningfall för alla diagnoskapitel är lägre 2015 jämfört 2007 utom för psykiatriska diagnoser. I vilken utsträckning detta beror på ändrad sjukdomsbild i Sörmland eller i vilken utsträckning det beror på "diagnosglidning" går inte att utläsa i vårt material. Minskningen mellan 2007 och 2015 är totalt 2,1 enheter och fördelar sig mellan diagnoskapitlen på följande sätt:

- Tumörer - 0,1
- Psykiatriska +0,3
- Hjärt/kärl -0,2
- Muskel/Skelett -0,3
- Övrigt -0,5
- Saknas -1,3

Sjukpenningfall som saknar diagnos är i de allra flesta fall korta.

Särskilt anmärkningsvärt är utvecklingen av psykiatriska diagnoser som minskar med ca 33 procent från 2007 till 2011, för att sedan öka med 70 procent till 2015. Totalt en förändring på ca 15 procent. Av ökningen mellan åren 2011 och 2015 svarar de psykiatriska diagnoserna för ungefär hälften.

De psykiatriska diagnoserna är visserligen färre än t.ex. diagnoskapitlen "muskel/skelett och övrigt. I de två längsta längdklasserna är emellertid de psykiatriska diagnoserna det största diagnoskapitlet. Det innebär att varje sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos genererar fler sjukpenningdagar än övriga diagnoskapitel.

## Sörmland jämfört med Östergötland och Riket – sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel, 2015

I tabell 11 redovisas sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel för Sörmland jämfört med Östergötland och riket.

Tabell 11. Sjukpenningfall fördelade på diagnoskapitel, 2015. Värdet anges som andel av (procent) befolkningen i arbetsför ålder.

	Tumörer	Psykiatri	Hjärt/kärl	Muskel/skelett	Övrigt	Saknas
Sörmland	0,3	2,4	0,3	2,3	3,8	1,1
Östergötland	0,3	1,8	0,2	1,8	3,3	1,0
Riket	0,3	2,2	0,2	2,0	3,3	1,1

När vi jämför diagnoskapitlen år 2015 ser vi att Sörmland ligger högre än både riket och Östergötland i de flesta kapitlen. När det gäller tumörer och när diagnos saknas är utfallet ungefär lika. Sjukpenningfall där diagnos saknas är till mycket stor del korta sjukpenningfall. För de i detta sammanhang "tung" diagnoser, dvs psykiatriska och muskler/skelett ligger Sörmlands andel ca 30 procent högre än Östergötland.

### Sörmlands kommuner i jämförelse med länet, en sammanfattning

Vår kartläggning av hur sjukpenningfallen har utvecklats i Sörmlands nio kommuner i relation till Sörmlands län som helhet, mellan åren 2007 och 2015, finns redovisat i en separat rapport<sup>1</sup> i form av tabeller och analyserande text för var och en av kommunerna.

Här redovisar vi en sammanfattande bild av kartläggningen med hjälp av en tabell där vi sammanställt alla de nio kommunernas sjukpenningtal (december 2015), andelen avslutade sjukpenningfall och andelen avslutade långa sjukpenningfall (>60 dgr) för år 2015. Vi anser att denna sammanställning ger en bra bild av läget i de olika kommunerna inte minst med tanke på var kommande insatser bör prioriteras för att påverka Sörmlands sjukpenningtal i positiv riktning på såväl kort (slutet på 2017) som på längre sikt (2020) så mycket som möjligt.

Sjukpenningtalet för Sörmlands län var i december 2015 11,4. Andelen avslutade sjukpenningfall var 10,2 och andelen avslutade långa sjukpenningfall var 4,4 i Sörmlands län år 2015. Det innebär att **röda siffror** i tabellen nedan visar att avvikelser från länets siffra är minst sju procent högre ("markant sämre") medan **gröna siffror** visar att avvikelser är minst sju procent lägre ("markant bättre"). Siffror i **svart** visar att utfallet ligger i paritet, dvs i spannet mellan sju procent över respektive sju procent under värdet för Sörmlands län.

<sup>1</sup> "Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet, delrapport inom utredningen Kartläggning och behovsanalys för målgruppen långtidssjuka i Sörmlands län"



Som framgår av tabellen uppvisar Gnesta det högsta sjukpenningtalet 2015 med 13,7 dagar. Tillsammans med Vingåker har Gnesta det högsta talet även för män med 10,2 dagar. Högsta sjukpenningtalet för kvinnor har Oxelösund kommun med 18,3 dagar.

Tabell 12. Sjukpenningtalet, avslutade sjukpenningfall och avslutade långa sjukpenningfall för Sörmlands kommuner, 2015. Sjukpenningtalet i Sörmlands län var 11,4 i december 2015 medan avslutade sjukpenningfall var 10,2 och avslutade långa sjukpenningfall var 4,4.

	Sjukpenningtal, dec 2015	Sjukpenningtal, mål 2020	Andel sjukpenningfall, 2015	Andel långa sjukpenningfall, 2015
Vingåker	12,6	10,3	12,0	5,0
Gnesta	13,7	11,1	10,9	5,2
Strängnäs	13,0	10,6	10,8	4,9
Oxelösund	12,2	10,0	10,6	5,0
Katrineholm	12,3	10,1	10,2	4,4
Trosa	11,3	9,5	10,2	5,3
Eskilstuna	10,1	9,2	10,1	4,1
Nyköping	10,1	8,8	9,6	4,2
Flen	12,3	10,1	9,5	4,1

Högsta andel sjukpenningfall har Vingåker medan Trosa kommun uppvisar högsta andelen långa sjukpenningfall med 5,3.

De mål för sjukpenningtalet som är angivna i tabellen för de olika kommunerna har tagits fram av personal på Försäkringskassans huvudkontor, Avdelningen för Analys och prognos.

Utgångspunkten för målsättningen inom de olika kommunerna är att de kommuner som ligger över länsgenomsnittet i december 2015 bör bidra mer och de som ligger under länsgenomsnittet bör bidra mindre. Detta leder till en minskad spridning i sjukpenningtal mellan kommunerna inom länet.

För Sörmland gäller ett sjukpenningtal i december 2020 som är 16,1 procent lägre än det var i december 2015. Det innebär att kommuner med ett sjukpenningtal över det Sörmland hade i december 2015 ska ha en större procentuell minskning än 16,1procent och de med ett lägre sjukpenningtal än länet i december kan tillåtas en mindre procentuell minskning.

## Kartläggning 2. Vad gör parterna var för sig och i samverkan - en sammanställning av våra intervjuer

I detta avsnitt av rapporten har vi gjort en sammanfattning av vad som framkommit av intervjuerna med representanter för de aktörer som är aktuella inom området sjukpenning. Det gäller Försäkringskassan i Sörmland och Östergötland, olika kommuner i Sörmland, Arbetsförmedlingen i Sörmland, Sörmlands landsting samt f d Försäkringskassaförbundet. Alla synpunkter som redovisas är helt och hållet lämnade av våra olika respondenter, vi har inte lagt till några egna synpunkter, omdömen eller kommentarer. Av pedagogiska skäl har vi transkriberat och sammanfattat intervjuerna på ett sådant sätt att vi kan redovisa svaren under olika rubriker.

### **Försäkringskassans och vårdens roll och ansvar**

Av svaren från våra respondenter framgår tydligt att det är Försäkringskassan som har ansvaret för att följa upp och arbeta med sjukpenningtalet. Respondenterna påpekar dock tydligt att Försäkringskassan inte kan påverka alla parametrar i sjukpenningtalet med sina resurser och inom sitt uppdrag och ansvarsområde. T ex påpekar flera av respondenterna att Försäkringskassan enbart har begränsad möjlighet att påverka inflödet av nya ärenden.

I dagsläget arbetar Försäkringskassan i Sörmland tillsammans med landstinget i ett projekt med fokus på förebyggande arbete; "Tidiga insatser". Inom ramen för projektet samverkar Försäkringskassan med vård och berörda arbetsgivare. Det är ett arbete som bygger på analyser om var de stora grupperna sjukskrivna befinner sig. Framför allt riktar sig projektet mot personal och arbetsgivare inom s.k. kontaktyrken, vanligtvis definierat som yrken inom skola, vård och omsorg.

Det är flera av de intervjuade som framhåller att Försäkringskassan inte kan klara av sitt uppdrag på egen hand. Allt för många påverkande faktorer ligger utanför Försäkringskassans ansvarsområde, vilket kräver att kassan på ett effektivt sätt samverkar med andra berörda parter. Försäkringskassan lyfter även själva fram tankarna om att öka fokus i sitt arbete från att arbeta effektivt med de personer som finns inom sjukförsäkringen till att i ökad grad arbeta för att personer inte ska komma in i sjukförsäkringen. Då blir det också naturligt att arbeta i nära samarbete med vård och arbetsgivarna.

Försäkringskassan har, enligt våra respondenter, hög personalomsättning. Det försvårar långsiktigt arbete och samverkan med andra, berörda parter. En effektiv samverkan är beroende av att inte behöva starta om processer på grund av att ursprunglig personal har slutat och att ny personal har börjat. Flera respondenter lyfter även fram att inskolningstiden för dessa kvalificerade uppgifter är lång inom Försäkringskassan plus att omsättningen även ställer krav på handledningsresurser.

### **Vårdens roll och ansvar**

Flera respondenter lyfter fram att vård har en viktig funktion i processen att stödja individer så att de inte hamnar i ohälsa och riskerar att bli så långvarigt sjukskrivna att de påverkar sjukpenningtalet. Det framgår tydligt i intervjuvaren att primärvården

har en nyckelfunktion i arbetet med att upptäcka ohälsa och arbeta med insatser för att undvika långvarig sjukfrånvaro. Detta kräver dock att vårdcentralerna är bemannade med erfaren personal, att personalomsättningen är på en sådan nivå att de klara av att arbeta konsekvent och långsiktigt samt att de har tillräckliga resurser att ta emot och stödja individer innan det är för sent. Ett förslag som framhålls är att det på vårdcentralerna ska finnas team där vården samverkar med Försäkringskassan. Några respondenter framhåller dock att det inte alltid fungerar att sjukrivande läkare informerar och involverar teamet.

Landstinget i Sörmland har, enligt intervjuerna, långa köer och klarar inte kökravet på 90 dagar. Det är speciellt långa väntetider inom psykiatrin och för behandling av terapeuter. Kontinuiteten bland läkarna är låg och andelen stafettläkare hög. Flera respondenter framhåller att detta även försvårar samverkan med andra, berörda parter eftersom en effektiv samverkan är beroende av inte löpande behöva starta om processer på grund av att ursprunglig personal har slutat och att ny personal har börjat.

### **Arbetsgivarens och företagshälsovårdens roll och ansvar**

I intervjuerna lyfter framför allt Försäkringskassans respondenter fram att de anser att arbetsgivarna bör ta ett större ansvar och arbeta mer med både hälsofrämjande insatser, förebyggande rehabilitering och tidigare rehabiliteringsinsatser. Samtidigt framhåller flera respondenter en förståelse för att arbetsgivarna måste se en tydlig nytta av att bidra i arbetet med att sänka sjukpenningtalet. En annan synpunkt som framhålls av flera respondenter är att det inte är helt lätt att skapa denna förståelse och engagemang hos arbetsgivarna, trots att det finns särskilda pengar avsatta hos Försäkringskassan för att användas till förebyggande åtgärder. Dessa medel utnyttjas inte i tillräcklig omfattning, trots omfattande informationskampanjer.

I flera av våra intervjuer framhålls att den kompetens och de resurser som finns inom Företagshälsovården skulle kunna utgöra en viktig del i arbetet med att sänka sjukpenningtalet. Samtidigt finns en medvetenhet om att arbetsgivarna måste betala Företagshälsovården för deras tjänster. Konsekvensen av detta, enligt flera av våra respondenter, är att arbetsgivarna köper minsta möjliga och då i första hand för att i efterhand åtgärda problem, istället för att utnyttja möjligheten att köpa förebyggande tjänster och arbeta strategiskt. Företagshälsovården kan genomföra insatser på uppdrag av en arbetsgivare, men har i dagsläget inget eget ansvar för att bidra till ett lägre sjukpenningtal framhåller flera respondenter.

### **Arbetsförmedlingens roll och ansvar**

Alla respondenter är överens om synpunkten att Arbetsförmedlingen har en roll som finns långt fram i individprocessen. Arbetsförmedlingen kopplas in och blir en aktiv part när utredning om omplacering och anpassning av arbete hos befintlig arbetsgivare är genomförd, och att det inte längre finns några möjligheter till fortsatt anställning hos den arbetsgivaren. I flera intervjuer lyfts dock fram att Arbetsförmedlingens insatser ligger för långt fram i processen. Det finns en uppfattning hos många respondenter att Arbetsförmedlingen borde kunna kopplas in tidigare för att stötta individer att hitta ett nytt arbete, men att det förutsätter en tydligare och snabbare process hos

arbetsgivarna när det gäller att utreda möjligheter till andra jobb inom den egna organisationen. Längst tid tycks detta ta, enligt vad som framkommit i våra intervjuer, hos de offentliga arbetsgivarna; landsting och kommuner.

### **Psykiatriska diagnoser ökar i antal och leder till långvarig sjukfrånvaro**

I flera av våra intervjuer framkommer att psykiatriska diagnoser ökar kraftigt och att de i stor omfattning även leder till långvarig sjukfrånvaro. Bilden som framkommer hos flera respondenter bekräftas både av det statistikmaterial som har granskats i denna utredning och av rapporten från Afa Försäkring, "Psykiatriska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg". Där går det att läsa att personal inom dessa yrken i större utsträckning drabbas av psykiatriska diagnoser än personal inom andra yrkesgrupper och branscher i samhället.

Den bild som framhålls av respondenterna är att eftersom det är många kvinnor som arbetar inom dessa yrken leder det till att kvinnor i större utsträckning än män drabbas. Detta är dock enbart en del av förklaringen enligt ett svar vi erhållit, eftersom inom dessa yrken drabbas dessutom kvinnor i högre utsträckning och i större omfattning av sjukdom än män. Det framhålls vidare att psykiatriska diagnoser är den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning inom kommun- och landstingssektor, där merparten av kontaktyrkena finns.

I intervjuerna framkommer att flertalet av nya sjukfall genereras i offentlig sektor. Det betyder att de aktörer som har i uppdrag att arbeta för att minska sjukpenningtalet samtidigt är de arbetsgivare som genererar flest nya sjukfall. Försäkringskassans respondenter har uppfattningen att vården i för stor utsträckning är fokuserad på det sjuka och för lite inriktad på att personen ska komma tillbaka i arbete. Intervjuerna beskriver även att läkare i allt högre grad använder psykiatriska diagnoser vid sjukskrivning. En av respondenterna som arbetar inom landstinget uppger att det under de senaste 15-20 åren har skett en diagnosglidning inom läkarkåren mot psykiatriska diagnoser.

### **Sörmland jämfört med Östergötland och riket**

I statistikunderlaget går det tydligt att se och följa att Sörmland har ett högre sjukpenningtal än både Östergötland och riket. Detta gäller under hela den studerade perioden, dvs. mellan 2007 till 2015. Orsakerna till detta har de intervjuade oklara och olika bilder av. Katrineholm, Gnesta och Strängnäs lyfts i intervjuerna fram som de kommuner där resurser ska satsas för att åstadkomma resultat och att sjukskrivningarna inom psykiatrin är högre i västra än i östra Sörmland. Samtidigt framhålls i svaren att det finns svårigheter att etablera ett effektivt samarbete mellan kommunen, Försäkringskassan och vården.

Många respondenter uppger att vården har en viktig roll kopplat till inflödet av nya sjukfall. Bland annat lyfter Försäkringskassan fram att underlagen från sjukskrivande läkare inte håller den kvalitet som är önskvärt för att handläggare hos Försäkringskassan ska kunna bedriva ett effektivt arbete. Framför allt måste läkarintygen ha ett större fokus på att fungera som ett underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga. Respondenterna framhåller att fler och fler läkarintyg skickas tillbaka till

sjukskrivande läkare, vilket i vissa fall har lett till en ansträngd relation mellan Försäkringskassan och vården. Ibland är det så många som hälften av alla läkarintyg som skickas tillbaka enligt en uppgift vi erhåller.

Något som bedöms skiljas åt mellan Sörmland och Östergötland är hur arbetsgivarna ser på sitt uppdrag och sitt ansvar. I intervjuerna framkommer att Försäkringskassan anser att Sörmlands stora arbetsgivare måste ta sitt ansvar i högre grad. Bland annat är det förebyggande arbetet inte tillräckligt, likaså saknas det planer över hur arbetet bör bedrivas såväl förebyggande som när sjukfrånvaron väl inträffat. Framför allt är det kommunerna och landstinget som behöver förbättra sitt arbete med hälsa, förebyggande åtgärder och tidigare och mer aktiv rehabilitering.

### **Efterord**

Som kommentar till de intervjusvar vi redovisat ovan angående långa köer och väntetider inom vården har vi studerat hur det faktiskt ser ut inom hälso- och sjukvården i Sörmland. På sajten [vantetider.se](http://vantetider.se) framgår att för november 2016 är måluppfyllelsen för vårdgarantin vid förstabesök i Sörmland 73 procent jämfört med 80 procent för riket. Antal väntande till förstabesök var 9 609 personer varav 38,6 procent hade väntat 0-30 dagar, 21,2 procent hade väntat 31-60 dagar, 13,2 procent 61-90 dagar medan kvarvarande 26,9 procent väntat längre än 90 dagar. Högst måluppfyllelse bland sjukhusen i Sörmland var Nyköpings lasarett med 81 procent medan Kullbergsska sjukhuset hade lägst måluppfyllelse med 68 procent.

# Behovsanalys

I behovsanalysen lyfter vi fram de trender och avvikelser som vi har identifierat i kartläggningen i tidigare avsnitt. Analysen visar dels på trender och avvikelser på totalnivå för Sörmland, jämfört med Östergötland och riket, dels på skillnader som finns mellan kvinnor och män, mellan olika åldersintervall och mellan kommunerna.

## Sörmland jämfört med Östergötland och riket

Sörmland har genomgående högre andel sjukpenningfall jämfört med både Östergötland och riket. I det sammanställda materialet är det mycket tydligt att Sörmland har klart högre andel sjukpenningfall jämfört med Östergötland (tabell 3) för varje enskilt år i utvärderingen, dvs. alla år mellan 2007 till 2015. Detsamma gäller vid en jämförelse mellan Sörmland och för hela riket (tabell 4).

## Inflöde av sjukpenningfall

I kartläggningen och analysen framgår att Sörmland under hela den studerade perioden har haft ett högre inflöde av sjukpenningfall jämfört med både riket och Östergötland. Utfallet har följt rikstrenden med något minskade antal sjukpenningfall fram till 2011 och därefter en ökning till 2015. Förändringar i antal sjukpenningdagar under perioden har i huvudsak bestått av sjukpenningfallens längd och till mindre del av antalet fall.

Även om det är stor skillnad när det gäller inflöde för kvinnor respektive män är avvikelsen markant sämre för Sörmland jämfört med både Östergötland och riket för båda könen. Vi kan också konstatera att Sörmland ligger högre när det gäller inflöde för i princip alla åldersgrupper. Några avgörande förklaringar av strukturell natur går inte att finna i vårt material.

Likaså har vi konstaterat att inflödet i Sörmland är större för alla diagnoskapitel, dvs det verkar inte finnas någon förklaring som beror på en annorlunda sjukdomsbild i Sörmland jämfört med riket och Östergötland.

När det gäller inflöde i sjukpenningfall är det viktigt att komma ihåg att det kan beskrivas i tre steg;

1. Inflöde i sjukdom, dvs. personer drabbas av någon form av funktionsnedsättning men kan/väljer ibland trots det fortsätta att arbeta. Den situation som uppstår kallas för sjuknärvaro.
2. Inflöde i sjukfall, dvs personen blir sjukfrånvarande. För de allra flesta med en anställning innebär det sjukfrånvaro som normalt inleds med en karensdag.
3. Inflöde i sjukpenningfall, dvs sjukfallet blir så långt att personen blir aktuell för att få sjukpenning. För den absoluta majoriteten av de försäkrade innebär det att sjukfallet överstiger 14 kalenderdagar. Från annan statistik vet vi att ca 90 procent av alla sjukfall är avslutade inom 14 dagar, och således blir ca tio procent av sjukfallen sjukpenningfall. Siffran varierar något över tid men inte särskilt mycket.

Möjligheten att påverka mängden sjukpenningfall är således inte bara genom förebyggande insatser utan också i stor utsträckning genom tidiga rehabiliteringar.

Några indikationer som kunde ge förklaringar till Sörmlands höga inflöde av sjukpenningfall framkom inte i någon större utsträckning i intervjuerna. Dock var synen på arbetsgivarna agerande när det gäller sjukfallen något annorlunda hos Försäkringskassan i Östergötland jämfört med intervjuerna i Sörmland. I Östergötland var man positivare till arbetsgivarnas sätt att agera.

Om Sörmland skulle ha samma inflöde som Östergötland skulle sjukpenningtalet minska med ca 1,7 dagar, vilket i stort sett räcker för att uppnå målet 2020 för Sörmland jämfört med utfallet för helåret 2015.

### **Långa sjukpenningfall**

Längden på sjukfallen har varierat kraftigt över den tid som ingår i kartläggningen. Detta pekar på att sjukpenningfallens längd är en faktor som är klart påverkbar. De långa sjukpenningfallen minskade kraftigt mellan åren 2007 och 2011 och ökade sedan kraftigt mellan åren 2011 och 2015. Några egentliga orsaker kopplade till Sörmlands situation har inte framkommit i vår kartläggning. Uppgången för de längre sjukpenningfallen gäller alla åldersgrupper, men är särskilt accentuerad för de äldsta på arbetsmarknaden. Ett mönster som också känns igen på nationell nivå.

Likaså har längden på sjukpenningfallen ökat för samtliga diagnoskapitel vilket pekar på att det inte är begränsat till vissa typer av sjukdomar/diagnoser.

Specifikt för Sörmland är i första hand att ökningen för de långa sjukfallen varit mer än dubbelt så stor jämfört med riket som helhet. Om denna ökning fortsätter blir det mycket svårt att uppnå målet på 9,6 i sjukpenningtal. Behovet är i första hand att få stopp på tillväxten av de långa sjukfallen och därefter minska dessa.

Längden på sjukfallen påverkas i hög grad av sjukskrivningsprocesserna, rehabiliteringsprocesserna och processer för återgång i arbete.

Eftersom längden på sjukpenningfallen är i intervaller finns inte möjlighet att mera exakt beräkna påverkan på sjukpenningtalet men ungefärliga beräkningar ger vid handen följande:

- Mediansjukpenningfallet för 2015 var ca 30 sjukpenningdagar, dvs 40-50 sjukdagar
- Medelvärdet för sjukpenningfallen är ca 100 sjukpenningdagar, dvs 100-115 sjukdagar

Utfloppet ur sjukpenningen ser ut på följande sätt:

- 33 procent är avslutade inom 29 dagar
- 57 procent är avslutade inom 59 dagar
- 68 procent är avslutade inom 89 dagar
- 82 procent är avslutade inom 179 dagar
- 90 procent är avslutade inom 364 dagar

- 10 procent avslutas efter dag 364

Andelen i sjukpenningtalet fördelar sig ungefär på följande sätt

- 1-29 dagar 2 procent
- 30-59 dagar 7 procent
- 60-89 dagar 6 procent
- 90-179 dagar 17 procent
- 180-364 dagar 21 procent
- 365 och längre 47 procent

Vi kan alltså konstaterat att sjukpenningfallen på 180 dagar och längre står för närmare 70 procent av sjukpenningdagarna och att sjukpenningfall på 60 dagar och längre står för ca 90 procent av sjukpenningdagarna.

### **Sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser**

Sjukpenningfallen med psykiatriska diagnoser har rönt ett särskilt intresse eftersom dessa ökat både i relativa och absoluta tal under den senaste tioårsperioden. Därtill kommer att sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser är betydligt längre än för övriga diagnoskapitel. Vi kan emellertid konstatera att under nedgångsperioden mellan åren 2007 och 2011 minskade även sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser. I Sörmland var minskningen mellan dessa sex år ca 33 procent och ökningen mellan 2011 och 2015 ca 71 procent. Detta innebär att antalet sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser var större 2015 jämfört med 2007. För Östergötlands del var ökningen mellan åren 2011 och 2015 ca 64 procent. Skillnaden i procentenheter mellan länen har ökat från 0,3 till 0,6 under den senaste femårsperioden. Det innebär att förutom att nivån är högre i Sörmland har "gapet" till Östergötland ökat under de senaste åren.

Kvinnor har betydligt högre frekvens med psykiatriska diagnoser. T.ex. var den relativa mängden sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser ca 160 procent högre för kvinnor jämfört med män i Sörmland 2015. Detta är i och för sig också en nationell trend som också finns i Östergötland.

Sjukpenningfallen med psykiatriska diagnoser ökar sin andel ju längre sjukfallen blir, vilket förstås är ett uttryck för att sjukfallen med psykiatriska diagnoser ofta blir långa sjukpenningfall.

I intervjuerna talar respondenterna om att samhällsutvecklingen leder till ökad stress i arbetslivet och att detta delvis ligger bakom utvecklingen. Det framgår dock att det även finns en "diagnosglidning" som innebär att vården har en större benägenhet idag att ställa psykiatriska diagnoser.

En viktig faktor bakom längden på fallen med psykiatriska diagnoser är att sjukvården i Sörmland har långa väntetider för behandling av psykiatriska problem som inte är av akut karaktär. Väntetiderna kan ibland röra sig om över ett år. Även om behandlingstiderna är långa anser vi att det finns behov av att föra rehabiliteringsprocesserna och processer för återgång i arbete parallellt.



## Sammanfattande analys och slutsatser

Utifrån vår kartläggning kan vi konstatera att Sörmland har behov av omfattande åtgärder inom flera olika områden. För att nå målet på ett sjuktal på 9,6 kommer det att krävas dels kraftfulla åtgärder, dels att alla berörda parter gör vad var och en kan göra på egen hand men även att samverkan fungerar mellan de olika parterna.

Vi har i vår kartläggning konstaterat att det finns tre områden där Sörmland har behov av förbättringar för att kunna sänka sjukpenningtalet till målet 9,6 sjukpenningdagar.

- Inflödet av sjukpenningfall är högre i Sörmland än i Östergötland och i riket.
- De långa sjukfallen är både fler och längre i Sörmland än i Östergötland och i riket.
- Sjukpenningfallen med psykiatriska diagnoser ökar kraftigt och särskilt i de högre längdklasserna. Dessutom genererar dessa diagnoser betydligt fler sjukpenningdagar i Sörmland än i Östergötland och i riket.

# Förslag på åtgärder

Utifrån vad som framkommit i denna utredning presenterar Payoff här förslag på åtgärder för att minska sjukpenningtalet i Sörmland så att det successivt kan närma sig målet på 9,6 sjukdagar år 2020. Förslagen är strukturerade utifrån de områden som framkommit i behovsanalysen, dvs. minskat inflöde, minskad längd på sjukpenningfallen samt minskade sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser.

Självklart har våra förslag olika giltighet för olika aktörer beroende på förutsättningar i de specifika fallen. En del av våra förslag är gamla bekantingar som vi tror kan fungera bättre än vad de gör idag. Andra förslag vi lägger är nya som kan komma att komplettera befintliga åtgärder på ett effektivt sätt.

Utifrån det "smörgåsbord" av förslag som vi presenterar här kommer vi i nästa avsnitt att formulera ett förslag till handlingsplan där prioriterar vi lyfter fram de åtgärder vi anser vara mest relevanta för att nå sjukpenningtalet och de mål som är uppsatta för år 2020.

## Åtgärder för att minska inflödet av sjukpenningfall

Behovet av att minska inflödet av sjukpenningfall är tydligt och syns framför allt vid jämförelse med Östergötland. Några skäl av strukturell karaktär som skulle förklara den skillnad som Sörmland uppvisar gentemot Östergötland har inte framkommit i vårt material.

### Tidiga insatser på arbetsplatserna

Åtgärder för att minska inflödet måste inriktas på arbetsplatserna och de förutsättningar som finns där. Dessa åtgärder kan vara av förebyggande karaktär, dvs. innan ohälsa har uppkommit, men lika gärna handla om tidiga rehabiliteringar både före sjukfallets påbörjan och under sjukfallets första två veckor så att sjukfallet inte övergår till att bli ett sjukpenningfall.

Åtgärder för att förebygga och genomföra tidiga rehabiliteringar kräver en bred kompetensmix alltifrån medicinsk, beteendevetenskaplig, ergonomisk kompetens kombinerat med arbetsplatskunskap. Den normala hemvisten för en sådan kompetenssammansättning är företagshälsovården, men motsvarande kan säkerligen åstadkommas genom att nyttja andra externa aktörer inom hälsoområdet eller att man inom HR-funktionen på större organisationer har motsvarande kompetens.

Det är viktigt att komma ihåg att förebyggande insatser och framför allt tidiga rehabiliteringar nästan alltid är lönsamma och dessutom ofta mycket lönsamma för arbetsgivaren. Detta innebär att det inte bör finnas något finansieringsproblem eftersom dessa typer av åtgärder bidrar till att öka verksamhetens effektivitet. När sjukfallet har pågått under lång tid och då den sjukfrånvarande har ersatts av vikarie finns inte längre samma ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren.

Förslaget är att varje arbetsgivare ska se över hur man arbetar med dessa frågor och på vilket sätt man utnyttjar företagshälsovården eller motsvarande resurser för att minska inflödet i sjukpenningfall. Varje arbetsgivare har naturligtvis sina förutsättningar och kanske redan idag satsar tillräckligt och effektivt, men där det finns utvecklingsmöjligheter bör dessa utnyttjas. Ett viktigt inslag i detta med förebyggande och tidiga rehatåtgärder är att arbetsgivaren bygger upp kunskapen och insikten i organisationen om hur lönsamheten är kopplad till de olika åtgärder som sätts in.

Ett särskilt ansvar borde falla på de offentliga arbetsgivarna; kommunerna och landstinget i Sörmland. Dels är dessa parter i samordningsförbundet RAR och dessutom står de för närmare 40 procent av sjukpenningtalet i länet. Kommunerna och landstinget är stora arbetsgivare som kan bli normerande för övriga delar av arbetsmarknaden i länet.

Exempel på åtgärder där företagshälsovården eller motsvarande kan vara behjälpliga är:

- Tidigt identifiera rehabiliteringsbehov
- Föreslå insatser av förebyggande karaktär
- Utveckla medarbetarsamtalet till att omfatta också hälsofrågor
- Utveckla arbetsituationen för att uppnå balans mellan fritid och arbete
- Se till att introduktionen för nyanställda främjar hälsan långsiktigt
- Initiera s.k sjukskrivningsförebyggande möte
- Skapa förutsättningar för cheferna i organisationen att skapa goda arbetsplatser
- Delta i arbetet med att utforma organisationen så att hälsa främjas, t ex. med rimliga kontrollspann på max 20 medarbetare
- Hjälpa till med att utveckla rehabverksamheten på arbetsplatsen bl. a med hjälp av kunskap inom rehabiliteringens ekonomi
- Ta emot sjukanmälan för att göra bedömning av medicinska behov och arbetsförmåga redan dag ett i sjukfallet

Vi föreslår att insatserna för att påverka arbetsgivarna genomförs av de lokala samverkansgrupperna i respektive kommun som för en diskussion med de arbetsgivare som har det största antalet sjukfall i kommunen. Genom att arbeta med dessa frågor på lokal nivå finns det, enligt vår uppfattning, större möjlighet att påverka de enskilda arbetsgivarna och man kan förmodligen i större utsträckning ta hänsyn till förutsättningarna på varje enskild arbetsplats. Kommunen och landstingen är ju stora arbetsgivare i kommunerna.

**Förslaget från vår sida är att de lokala samverkansgrupperna i respektive kommun genomför en diskussion med respektive arbetsgivare hur arbetet med anställdas hälsa kan utföras så att både verksamheten kan bli bättre och sjukfrånvaron minska.**

## Uppföljning

För att i organisationen stödja arbetet med förebyggande insatser och tidigare rehabiliteringar är det avgörande på sikt att arbetsgivaren har ett system för uppföljning av utfallet när det gäller sjukfrånvaro och inflödet i sjukfall. Uppföljningen ska göras på kostnadsställevå för att ge effekt. Det är ju på respektive enhet som hälsoarbetet ger den absolut största effekten. För att en sådan uppföljning ska vara meningsfull krävs enligt vår bedömning följande;

- Att tydliga mål beslutas avseende sjukfrånvaro och andra relevanta nyckeltal
- Att rutiner och arbetssätt för uppföljning säkerställer hög validitet (mäter vi rätt saker) och hög reliabilitet (mäter vi på rätt sätt).
- Att utfallet redovisas som nyckeltal för att vara lättillgängliga.
- Att utfallet har väsentlig betydelse för styrningen av verksamheten
- Att det finns hierarkisk förankring
- Att möjligheter till jämförelser över tid och mellan enheter är möjliga

Det finns modeller på marknaden för hur arbetsgivare kan utforma effektiva kartlägningsverktyg som är bra att utgå ifrån. Ett sådant utvecklingsarbete medför naturligtvis kostnader för arbetsgivaren, men avsikten är naturligtvis att åstadkomma sådana förbättringar av hälsan hos de anställda att det medför ökad effektivitet i verksamheten. Arbetsgivaren måste kunna se tydliga effektivitetsvinster för att det ska vara av intresse att genomföra detta utvecklingsarbete. Även när det gäller detta förslag anser vi att det viktigt att kommunerna och landstinget föregår med gott exempel.

**Förslaget från vår sida är att kommuner och landsting utvecklar tydliga och effektiva kartlägningsverktyg vilka kan användas för att tidigt identifiera sjukfall som riskerar att gå vidare till sjukpenningfall.**

## Effektivare rehabprocess

Ett sätt att snabbt komma igång med rehabilitering är att sjukanmälan inte bara görs till chef/arbetsgivare utan också till företagshälsovården eller annan rehabiliteringskunnig aktör. Fokus bör hela tiden vara på att ta till vara och stärka arbetsförmågan och inte att primärt fokusera på sjukdomsproblem. Avsikten med denna åtgärd är att redan dag ett få en bedömning av individens medicinska behov, bedömning av arbetsförmåga, bedömning av när återgång i arbete kan ske, bedömning av rehabiliteringsbehov och bedömning av vilka arbetsuppgifter individen kan klara av vid återgången i arbete. Denna information förs sedan vidare till individens chef som har bättre möjligheter att planera verksamheten och även att anpassa arbetet för personen utifrån dennes hälsosituation. Erfarenheter angående detta arbetssätt från andra organisationer är goda och leder oftast till lägre sjukfrånvaro. Införandet av en sådan modell kräver normalt samverkan med de fackliga organisationerna. SSAB i Oxelösund är ett bra exempel på hur en liknande modell kan tillämpas.

**Vårt förslag är att arbetsgivarna använder sig av sjukanmälan direkt till företagshälsovården eller till annan rehabiliteringskunnig aktör.**

Från försäkringskassan sida finns möjligheter att stödja arbetet med framför allt tidiga rehabiliteringar genom att försöka påverka arbetsgivaren att använda sig av förebyggande sjukpenning och arbetsplatsnära stöd där så är lämpligt. De flesta sjukpenningfall är inte av s.k. olycksfallskaraktär utan orsakas av problem som är kända innan sjukfrånvaro uppstår. Det vore därför rimligt att arbetsgivaren prövar möjligheten att använda ovan nämnda åtgärder för att kunna förhindra inflödet i sjukpenning. För att detta ska ske i så stor utsträckning som det är lämpligt krävs sannolikt att försäkringskassan aktivt stödjer respektive arbetsgivare i arbetet att tillämpa förebyggande sjukpenning och arbetsplatsnära stöd.

**Vårt förslag är att försäkringskassan aktivt går ut till arbetsgivarna och stödjer deras möjligheter att använda förebyggande sjukpenning.**

## Åtgärder för att minska längden på sjukpenningfallen – skapa effektivare rehabprocesser

Vi har konstaterat att sjukpenningfallen blivit allt längre mellan 2011 och 2015. Denna utveckling ligger också bakom en stor del av ökningen av sjukpenningtalet. Därför behövs ett antal åtgärder för att i möjligaste mån förkorta sjukpenningfallen. Till den allra största delen handlar det om att återföra den sjukskrivne tillbaka till arbete. Andelen av sjukpenningfallen som slutar med sjuk- eller aktivitetsersättning är förhållandevis färre. I de fall där det inte finns medicinska hinder för en snabbare återgång i arbete bör man kunna förkorta sjukpenningfallet.

Ett hinder för snabbare återgång i arbete är ibland att rätten till sjukpenning inte blir fastställd eftersom läkarintyget inte blir godkänt av Försäkringskassan i sin första version. Det är därför mycket viktigt att läkarintygen blir korrekta redan från början. Detta dels för att en adekvat rehabprocess ska kunna påbörjas så tidigt som möjligt, men också för att det idag åtgår mycket resurser helt i onödan när Försäkringskassan tvingas kontakta vården för kompletteringar och förtydliganden av läkarintygen. Enligt uppgifter vi erhållit under våra intervjuer kan upp till 40 procent av läkarintygen behöva kompletteras. Några vanliga brister är att det inte finns logiskt orsakssamband mellan sjukdomens konsekvenser och den nedsatta arbetsförmågan. Kedjan med diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning hänger inte ihop. En annan brist är att det saknas information om vad läkaren grundar sin bedömning på. Det behöver framgå vad som är läkarens bedömning och vad som är patientens egen beskrivning.

Ytterligare brister är att det saknas en beskrivning av hur arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till den försäkrades arbetsuppgifter samt att det saknas information kring på vilket sätt läkaren bedömer att sjukskrivning är en del av vård och behandling. Det finns en guide som Försäkringskassan producerat men som uppenbarligen inte har gett avsedda resultat. Vi anser därför att Försäkringskassan till samtliga som skriver läkarintyg genomför en information där man noga går igenom hur läkarintyg ska skrivas och inte ska skrivas. I samband med detta kan framkomma behov av att utveckla befintlig guide och så fall bör detta genomföras skyndsamt. Vi vet att arbetet med detta redan pågår och har så gjort under flera år men att det trots alla insatser som genomförts krävs fler åtgärder.

**Vårt förslag är att den guide över hur läkarintyg ska skrivas implementeras fullt ut i vården och utvecklas i enlighet med behov som framkommer under implementeringen.**

En möjlighet att öka incitamentet för vården att skriva korrekta läkarintyg är att Försäkringskassan ersätter vårdgivarna för godkända läkarintyg. På detta sätt tillförs vården ekonomiska resurser som bör ge möjlighet att lägga ner den tid som behövs för att säkerställa att läkarintygen har tillräcklig kvalitet. Ersättningen betalas ut först när Försäkringskassan godkännt läkarintyget.

**Vårt förslag är att Försäkringskassan ersätter vårdgivarna för kostnaderna för läkarintyg när dessa har godkänts. Motsvarande system finns när det intyg skrivs till privata försäkringsbolag.**

Sedan ett antal år tillbaka har satsning genomförts för att inom vården genom man i allt större utsträckning använder sig av rehabkoordinatorer. Vi anser att rehabkoordinatorerna har en central roll i rehabprocessen när det gäller att korta längden på sjukpenningfallen eller - allra helst – kunna undvika dem helt. Det har dock visat sig att tids-mässigt har dessa personer inte tillräckligt med resurser för att kunna ha en tillräcklig kontakt med arbetsgivarna för de personer som behandlas i vården. För att arbetet ska kunna bedrivas effektivt krävs att rehabkoordinatorerna får möjlighet att arbeta heltid. En av de viktigaste arbetsuppgifterna för rehabkoordinatören, vid sidan av att koordinera läkarna och sköterskorna på vårdcentralen, är att skapa ett bättre samarbete mellan arbetsplatsen och vården.

Även om problemet med inflödet inte kan påverkas i så hög grad med koordinatören så kan denne ge tidiga och adekvata signaler till Försäkringskassan genom sin strategiska roll, dvs. utöva en slags selekteringsfunktion.

**Vårt förslag är att rehabkoordinatorernas roll utvecklas samt att rehabkoordinatorerna ges möjlighet att få en utökad arbetstid för att därmed kunna utveckla samverkan med arbetsgivarna.**

En avgörande ledstjärna i sjukskrivning- och rehabprocesserna är att återgång i arbete ska ske så fort som möjligt. Återgången ska dessutom vara hållbar på det sättet att den sjukskrivne förväntas kunna utföra det aktuella arbetet för lång tid framåt. Därför bör det göras en arbetsförmågebedömning så tidigt som möjligt under sjukskrivningen, om det inte är uppenbart obehövligt. Skulle det konstateras att den sjukskrivne inte bör återgå till sitt nuvarande arbete och att arbetsgivaren inte kan erbjuda annat lämpligt arbete kopplas omgående Arbetsförmedlingen in i rehabprocessen. Med denna arbetsförmågebedömning som grund föreslår vi att Försäkringskassan senast dag 90 fastställer en plan för återgång i arbete. Inom denna tidsram bör man också med god marginal kunna Närmare 70 procent av sjukpenningfallen är avslutade inom 89 dagar, vilket innebär att det bara är ca 30 procent som är aktuella i sammanhanget.

**Vårt förslag är således att en plan för återgång i arbete ska vara klar senast dag 90.**

I den övergångssituation som finns i nuläget finns anledning att de sjukskrivna som redan passerat dag 90 men inte har en plan för återgång i arbete baserad på en arbetsförmågebedömning ska erhålla detta om inte det är uppenbart obehövt.

**Vi föreslår därför att Försäkringskassan åtar sig att fastställa plan för återgång i arbete för alla de som passerat dag 90 och som ännu inte erhållit en sådan plan.**

När den sjukskrivne varit frånvarande så länge att en vikarie anlitas och att denna vikarie är inskolad, dvs. har samma produktivitet som den erfarna personalen finns nästan aldrig ekonomiska incitament för arbetsgivaren att satsa resurser på rehabilitering för sjukskrivne. Betänkas bör då att i stora organisationer, t ex landsting och kommuner är "arbetsgivaren" i praktiken närmaste chef. Denna chef har ansvar för sin verksamhet, personal och ekonomi. För att incitamentsstrukturen inte ska utgöra ett hinder för rehabilitering är det lämpligt att man i organisationen har centrala medel som kan användas för att stötta den enhet/kostnadsställe som genomför rehabiliteringen. Dessa medel kan också användas till andra rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen vid behov. SSAB i Oxelösund tillämpar en liknade system.

**Vårt förslag är att de offentliga arbetsgivarna avsätter centrala medel för att underlätta rehabilitering i organisationen när detta behövs.**

Det har framkommit i vår utredning att det finns brister i samsyn mellan de viktiga aktörerna i sjukskrivning- och rehabprocessen, t.ex. mellan Försäkringskassan och vården. Varje part har sin verksamhet, sin roll och sin incitamentsstruktur vilket medför att fullständig samsyn inte torde vara rimlig att uppnå. Emellertid är det viktigt att man är överens vilket ansvar var och en har i sjukskrivnings- och rehabprocesserna och hur man ska samverka i respektive rehabfall. Vidare bör man ha gemensamma utgångspunkter för vad som fungerar och inte fungerar i rehabiliteringssammanhang, alla parter har tillräckliga kunskaper som de lagar och regler som är förutsättningar för rehabiliteringen. Sådana insatser genomförs redan i dagsläget t.ex. via TRIS. Det behövs uppenbarligen en utökning och effektivisering av dessa utbildnings- och informationsinsatser för att öka samsynen mellan aktörerna i rehabprocessen. T.ex. är det viktigt att samsyn finns kring arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar och därmed relationen till andra aktörer. Sådana utbildningar finns sedan länge på marknaden. Det är viktigt att dessa utbildnings- och informationsinsatser når alla som är berörda och på arbetsplatserna är det cheferna som är avgörande för möjligheterna till effektiv rehabilitering, vilket innebär att framför allt måste första linjens chefer nås.

**Vårt förslag är att det i Sörmlands län genomförs utbildnings- och informationsaktiviteter för ökad samsyn mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabprocesserna. Dessa aktiviteter bör vara ett ansvarsområde för samordningsförbundet RAR.**

## Åtgärder för att minska sjukpenningdagarna för fall med psykiatriska diagnoser

För de psykiatriska diagnoserna är de förslag till åtgärder som finns under rubriken "Rehabprocesser" också tillämpliga. Därtill har vi några förslag som särskilt avser sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser.

De enda diagnoskapitel som ökat mellan 2007 och 2015 är psykiatriska diagnoser, övriga har minskat. Detta är i och för sig inte en utveckling som enbart gäller Sörmland, men som drabbar Sörmland i högre omfattning än Östergötland och riket.

Det har i vår undersökning framkommit synpunkter som innebär att denna utveckling inte enbart är ett resultat av befolkningens medicinska status utan också kan bero på "diagnosglidning". Det kan dels vara sådana fall som redan tidigare borde fått en psykiatrisk diagnos som huvuddiagnos, men att man helst avstod från detta för att inte stigmatisera individen. Det har påpekats i våra intervjuer att man bland människor i allmänhet inte uppfattar en psykiatrisk diagnos som lika stigmatiserande som för 10–15 år sedan. Det kan dock även vara sådana fall där man gett en psykiatrisk huvuddiagnos när även somatiska problem finns. Det är inte alltid lätt att veta vad som är hönan och ägget.

**Vårt förslag är därför att landstinget genomför en utredning kring diagnossättningen av psykiatriska diagnoser.**

När det gäller de psykiatriska diagnoserna är ofta väntetider och behandlingstider långa. Det blir därför särskilt viktigt att det görs en ordentlig bedömning av arbetsförmågan samtidigt med att diagnosen sätts. Bedömningen bör avse både den aktuella statusen och den förväntade framtida utvecklingen. Är det möjligt och lämpligt att individen i större eller mindre utsträckning kvarstår i arbete med eller utan anpassade arbetsuppgifter vore det lämpligt enligt vår åsikt att utnyttja denna möjlighet. Att vara heltidssjukskriven kan också vara stigmatiserande.

Diskussioner med arbetsgivaren kring arbetet genomförs direkt vid diagnossättningen. I utredningen om arbetsförmågan bör framgå när det är lämpligt med återgång i arbete. Framkommer det i bedömningen av arbetsförmågan att det inte är lämpligt att individen återgår till samma arbetsplats kopplas arbetsförmedlingen in omgående oavsett om personen är heltidssjukskriven eller ej.

**Vårt förslag är att en utredning om arbetsförmågan genomförs direkt vid diagnossättningen i samverkan med arbetsgivaren och i behövliga fall med arbetsförmedlingen.**

Vi tror att det är viktigt att man inte mer eller mindre automatiskt kopplar ihop diagnos-sjukskrivning-behandling utan dessa hanteras som separata processer, dock med inbördes relationer.

**Vårt förslag är att öppenvård psykiatri på tillförs resurser för att kunna korta väntetiderna för behandling till rimliga nivåer, dvs. kortare än tre månader.**



## Best practice

Det har i vår kartläggning framkommit att det finns stora skillnader i sjukpenningtalet i olika avseenden mellan olika kommuner i Sörmland och det finns även stora skillnader mellan Sörmland och Östergötland. Vi föreslår därför att ett gränsöverskridande arbete genomförs för att utnyttja best practice både mellan kommunerna inom Sörmland, men även mellan Sörmland och Östergötland.

**Vårt förslag är att ett projekt genomförs för att få ett utbyte mellan kommunerna i Sörmland, mellan Sörmland och Östergötland och mellan andra delar av landet för att man ska lära sig av varandra hur sjukpenningtalet kan sänkas.**

# Förslag till handlingsplan

För att bryta den negativa utvecklingen av sjukpenningtalet krävs insatser från flera aktörer, främst Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och i ett nästa steg arbetsgivarna.

Vår ambition med uppdraget och denna rapport är att den kan skapa användarnytta och ge Försäkringskassan underlag och förslag till möjliga åtgärder i deras viktiga regeringsuppdrag att arbeta för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Försäkringskassan är den aktör som kan styra upp och samordna insatserna med hälso- och sjukvården samtidigt som arbetsgivarna involveras. Därutöver behöver även kommunerna och övriga berörda aktörer, organisationer m.fl. nås. En särskild utmaning är att nå ut till de berörda individerna, d.v.s. personer i arbetsför ålder som nyttjar sjukförsäkringen.

Vårt förslag till handlingsplan är följande;

## Målet

Målet är i första hand att till 2020 sänka sjukpenningtalet för Sörmland till högst 9,6 i enlighet med regeringens förslag. I andra hand är målet att effekten av åtgärderna ska kunna påvisas redan under första halvåret 2018.

## Vad ska göras

Vi har i rapporten framfört ett större antal förslag till åtgärder. För att nå båda de mål som angetts ovan anser vi att det är väsentligt att prioritera bland förslagen, dvs. välja ut de förslag som ska genomföras i första hand och vilka som kommer senare under perioden.

Vid prioritering av åtgärder anser vi att följande tre kriterier i nämnd ordning bör användas:

1. Åtgärder som ger stor effekt på sjukpenningtalet

Det innebär prioritering av åtgärder som i första hand är inriktade på långa sjukpenningfall.

2. Åtgärder som ger snabb effekt på sjukpenningtalet

Det innebär prioritering av åtgärder som påverkar sjukpenningtalet snabbt efter insats/genomförande.

3. Åtgärder med låga kostnader

Det innebär prioritering av åtgärder som inte är så kostsamma och som kan finansieras inom ordinarie budget.

De förslag på åtgärder som vi prioriterar är följande:

1. Plan för återgång för alla sjukpenningfall över 90 dagar

Detta förslag till åtgärd beskrivs på sid 39 och bör enligt vår uppfattning kunna ge stor effekt på sjukpenningtalet.

2. Information och utbildningsinsatser gällande läkarintyg

Detta förslag till åtgärd beskrivs på sid 38 och bör enligt vår uppfattning kunna ge snabb effekt på sjukpenningtalet.

3. Ökade arbetstider för rehabkoordinatorer

Detta förslag till åtgärd beskrivs på sid 38 och bör enligt vår uppfattning kunna ge relativt snabb effekt på sjukpenningtalet, dock inte lika snabbt som p. 2 ovan och är dessutom en dyrare åtgärd.

4. Ökade resurser till öppenvårdspsykiatri

Detta förslag till åtgärd beskrivs på sid 40 och bör enligt vår uppfattning kunna ge snabb effekt på sjukpenningtalet men som är en dyr åtgärd.

5. Tydligt uppdrag till lokala samverkansgrupperna i respektive kommun att agera lokalt utifrån de föreslagna åtgärderna, särskilt ska man beakta hur man på arbetsplatserna nyttjar företagshälsovården eller motsvarande kompetenser.

6. Varje lokal samverkansgrupp utformar en lokal handlingsplan utifrån den separata rapporten "Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet".

## Vem är ansvarig

För de prioriterade åtgärderna föreslår vi följande:

Åtgärd 1 – Försäkringskassan

Åtgärd 2 – Försäkringskassan

Åtgärd 3 – Landstinget

Åtgärd 4 – Landstinget

Åtgärd 5 – Respektive lokal samverkansgrupp

Åtgärd 6 – Respektive lokal samverkansgrupp

## När ska åtgärderna sättas in

De prioriterade åtgärderna påbörjas under första kvartalet 2017 och övriga åtgärder påbörjas under helåret 2017.

## Uppföljning och utvärdering

Det som är avgörande för framgång med de föreslagna åtgärderna är att det genomförs uppföljning och utvärdering. Det är därför viktigt att det upprättas en plan för uppföljning och utvärdering redan vid projektstarten. Vårt förslag är att ansvarig för att upprätta denna plan är den regionala samverkansgruppen.

## Ledning och styrning

En förutsättning för att detta arbete ska bli framgångsrikt, enligt vår uppfattning, är att det finns en tydlig och kraftfull ledning och styrning för dessa åtgärdspaket. Detta innebär att ledningen verkligen tydligt uttalar sig hur väsentlig detta är arbete och tillägnar sig målen med projektet (-ena). För varje berörd chef böra gälla

- Ett tydligt formulerat uppdrag med mål för aktiviteterna
- Nödvändiga befogenheter för att kunna fullfölja uppdraget
- Tillräckliga resurser för att genomföra uppdraget
- Löpande uppföljning av utfallet
- Korrigering åtgärder om utfallet inte når upp till planen

I första hand är det upp till varje part att driva styrningen av dessa projekt i sin egen organisation fullt ut. Uppdrag och mål fastställs för respektive enhet/kostnadsställe, berörda chefer förses med befogenheter och resurser samt att utfallet löpande följs upp. Det är viktigt att utfallet har betydelse för styrningen i organisationen för att den rätta legitimiteten ska nås.

I andra hand bör en länsövergripande grupp ha ansvaret på regional nivå. Här sker en löpande uppföljning och utvärdering av utfallet avseende de olika projekten, dialog med respektive parter om utvecklingen och förslag till förändringar om inte utfallet är tillfredsställande. Enligt vår uppfattning ska detta uppdrag ges till regionala samverkansgruppen under förutsättning att denna grupp ges tillräckliga förutsättningar ekonomiskt, tidsmässigt och personellt för att kunna fullföra ovanstående roll. Den regionala samverkansgruppen ges också uppdraget att ansvar för att en plan för uppföljning och utvärdering görs, som inleder arbetet med dessa frågor i gruppen.

## Till sist

Vi hoppas att denna rapport kan ligga till grund för att Sörmland kan nå målet att till 2020 minska sjukpenningtalet till 9,6 dagar. Detta kommer att kräva ett uthålligt arbete av ALLA berörda med Försäkringskassan i "spetsen" i ett nära samarbete med landstinget och arbetsgivare som tar sitt ansvar.

Östersund, 16 januari 2017

Payoff Utvärdering och Analys AB

Claes Malmquist och Thomas Aronsson



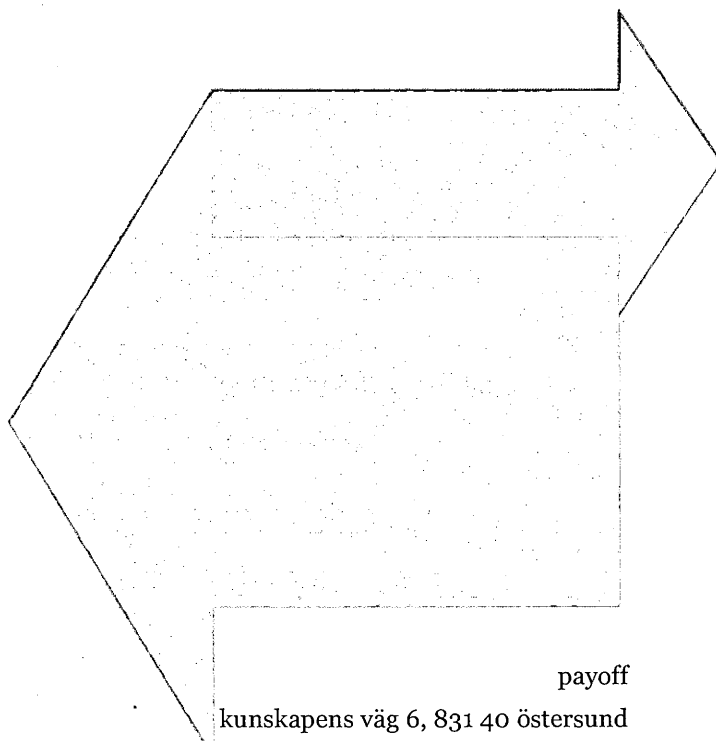
Utvärdering av sociala investeringar

# Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet

Delrapport inom utredningen  
Kartläggning och behovsanalys för målgruppen långtidssjuka i  
Sörmlands län

Samordningsförbundet RAR Sörmland

Östersund, 2017- 01-16



payoff

kunskapens väg 6, 831 40 östersund

telefon 076-13 41 503 | [www.payoff.se](http://www.payoff.se)

# Innehållsförteckning

## Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet, 2007 -

<b>2015</b> .....	<b>4</b>
<b>Vingåker</b> .....	<b>5</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	5
Kommentar till tabellen .....	5
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	6
Sammanfattande bild för Vingåkers kommun .....	6
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	6
<b>Trosa</b> .....	<b>7</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	7
Kommentar till tabellen .....	7
Behovsanalys – markanta avvikelse mot medelvärdet i länet.....	8
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	8
<b>Strängnäs</b> .....	<b>9</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	9
Kommentar till tabellen .....	9
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	9
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	10
<b>Oxelösund</b> .....	<b>11</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	11
Kommentar till tabellen .....	11
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	12
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	12
<b>Nyköping</b> .....	<b>13</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	13
Kommentar till tabellen .....	13
Behovsanalys – markanta avvikelse mot medelvärdet i länet.....	13
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	14
<b>Katrineholm</b> .....	<b>15</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	15
Kommentar till tabellen .....	15
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	15
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	16
<b>Gnesta</b> .....	<b>17</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	17
Kommentar till tabellen .....	17
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	17
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	18
<b>Flen</b> .....	<b>19</b>

Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	19
Kommentar till tabellen .....	19
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	19
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	20
<b>Eskilstuna.....</b>	<b>21</b>
Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020.....	21
Kommentar till tabellen .....	21
Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet.....	21
Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.....	22

# Sörmlands kommuner i jämförelse med länet som helhet, 2007 - 2015

I denna delrapport redovisar vi för var och en av Sörmlands nio kommuner utfallet under perioden 2007 till 2015 på några nyckeltal som vi anser vara kritiska för den behovsanalys som vi redovisat i huvudrapporten, *"Kartläggning och behovsanalys för målgruppen långtidssjuka i Sörmlands län."*

Nyckeltalen som redovisas är:

1. antal sjukpenningfall, totalt och uppdelat på kön
2. antal korta respektive långa sjukpenningfall där gränsen går vid 60 dagar samt
3. *antal sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos, totalt och uppdelat på kön.*

Nyckeltalen redovisas i en tabell per kommun.

Tabellerna är konstruerade på sådant sätt att röda siffror visar att avvikelsen mot länets utfall för respektive år är minst sju procent högre ("markant sämre") medan gröna siffror visar att avvikelsen är minst sju procent lägre ("markant bättre"). Siffror i svart visar att utfallet ligger i "paritet med länet", dvs i spannet mellan sju procent över respektive sju procent under värdet för Sörmlands län.



## Vingåker

Tabell 1. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	12,8	11,9	9,7	10,0	9,2	9,4	9,2	11,5	12,0
män	9,8	9,7	8,4	8,1	7,6	7,3	7,1	10,8	9,7
kvinnor	16,1	14,6	11,2	12,1	10,9	11,7	11,4	12,3	14,5
1-59 dgr	8,3	7,7	6,2	6,1	5,8	5,9	5,8	7,0	7,0
60-dgr	4,6	4,2	3,5	3,9	3,4	3,5	3,4	4,5	5,0
Psyk. diag						2,0	1,6	2,1	2,1
män						1,1	1,0	1,2	1,2
kvinnor						3,0	2,2	3,1	3,2

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Vingåkers kommun är för 2015 12,8 dagar, dvs markant högre jämfört med Sörmlands län som helhet 11,4 dagar. För männen är talet 10,2 och kvinnorna 15,2 dagar.

Vingåkers kommun uppvisar tillsammans med Gnesta det högsta sjukpenningtalet för männen i länet år 2015.

Målsättningen för Vingåkers sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 10,3 dagar, detta motsvarar en sänkning på 16,1 procent från december 2015 till december 2020.

### Kommentar till tabellen

Som framgår av tabell 1 har andelen sjukpenningfall ökat i kommunen från år 2009 fram till år 2015 då andelen nästan är i nivå med 2007 års siffror. Under de senaste åren har kvinnornas ökning varit något kraftigare än männens. År 2015 sjönk männens andel jämfört med året innan i motsats till kvinnorna som ökade kraftigt.

Även om de längre sjukpenningfallen har en lägre andel av de totala fallen har ökningen i de längre sjukpenningfallen varit kraftigare jämfört med de kortare under de senaste åren.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har varit tämligen konstant i kommunen sedan 2012. Kvinnorna har betydligt högre andel än männen, ökningstakten är dock marginell för båda könen.

## **Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet**

### *Andel sjukpenningfall*

Vingåker uppvisar bara två år under nioårsperioden, 2007 och 2013, där avvikelsen inte är markant sämre än länet vad gäller andelen sjukpenningfall totalt och för männen. Kvinnorna uppvisar ett något bättre resultat, fem av de nio åren ligger i paritet med länet medan fyra år har avvikelser som är markant sämre.

### *Korta och långa sjukpenningfall*

På sjukpenningfall kortare än 60 dagar uppvisar Vingåker avvikelser som är markant sämre under alla år jämfört med länet förutom för år 2013. Situationen är i stort sett densamma för de längre sjukpenningfallen, det är bara ett år, 2007, som avviker. Här är avvikelsen markant bättre jämfört med länet.

### *Psykiatriska diagnoser*

Andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos är markant bättre jämfört med länet åren 2013 och 2015 såväl totalt som för både män och kvinnor. För övriga år uppvisas mest röda siffror.

## **Sammanfattande bild för Vingåkers kommun**

Jämfört med länet som helhet har kommunen hög andel sjukpenningfall. Utvecklingen mellan korta och långa fall är tämligen likartad. Under de två senaste åren är nästan alla siffror röda vilket indikerar en negativ trend för kommunen.

Vad gäller andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser ser jämförelsen med länets siffror bättre ut. Andelen fall i kommunen är så gott som konstant under den redovisade fyraårsperioden, det gäller såväl för män som för kvinnor.

## **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Vingåkers kommun, 28 st.

Katrineholms kommun, 14 st.

Sörmlands läns landsting, 8 st.

## Trosa

Tabell 2. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	11,8	10,2	9,8	8,8	9,7	9,4	9,4	9,2	10,2
män	7,9	6,9	6,6	6,0	7,5	6,5	6,2	6,2	7,4
kvinnor	15,7	13,5	13,1	11,5	11,9	12,2	12,5	12,2	13,0
1-59 dgr	7,4	6,0	6,1	5,0	5,9	5,9	5,6	5,4	5,6
60-dgr	4,3	4,2	3,8	3,7	3,8	3,5	3,7	3,8	5,3
Psyk. diag						1,7	2,1	1,8	2,6
män						0,8	0,9	0,8	1,4
kvinnor						2,6	3,2	2,8	3,7

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Trosa är för december 2015 11,3 dagar, dvs något lägre jämfört med Sörmlands län som helhet 11,4 dagar. För männen är talet 8,1 dagar och kvinnorna 14,6 dagar.

Målsättningen för Trosas sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 9,5 dagar, detta motsvarar en sänkning på 16,2 procent från december 2015 till december 2020.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat i kommunen från år 2010 fram till år 2015 då andelen är i nivå med 2008 års siffror. Under de senaste åren har kvinnornas ökning varit något kraftigare än männens. Åren 2013 och 2014 sjönk männens andel något jämfört med året innan.

Ökningen i de längre sjukpenningfallen har varit kraftigare under de senaste åren jämfört med de kortare där antalet varit konstanta.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har ökat i kommunen sedan 2012. Kvinnorna har 2015 en mycket högre andel än männen även om ökningen även för männen varit kraftig det senaste året.

## **Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet**

### *Andel sjukpenningfall*

För Trosas del är avvikelserna mot länet markant sämre under tre av åren under nioårsperioden 2007 – 2015 vad gäller andelen sjukpenningfall totalt. Övriga år ligger talet någorlunda i paritet med länets siffror.

Männen har avvikelser mot länet som är markant bättre under fyra av åren. Bara för ett år, 2011, uppvisar männen i Trosa ett tal som är markant sämre än länet. För kvinnorna är avvikelserna markant sämre under sex av åren. De två senaste åren 2014 – 2015 ligger kommunen i paritet med länet.

### *Korta och långa sjukpenningfall*

På de kortare sjukpenningfallen ligger Trosa i paritet med länet under sex av de nio åren medan avvikelserna är markant bättre under de tre övriga åren, senast år 2012.

För de längre sjukpenningfallen är avvikelserna markant sämre jämfört med länet för alla år utom två, 2007 var avvikelserna markant bättre medan kommunen låg i paritet med länet år 2014.

### *Psykiatriska diagnoser*

Andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos är markant bättre jämfört med länet år 2014 medan avvikelserna är markant sämre år 2015. Kvinnorna uppvisar mest röda siffror medan männens avvikelser är mest gröna, undantaget år 2015.

### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Trosa kommun, 35 st.

Camfil AB, 12 st.

Södertälje kommun, 6 st.

Vivida assistent AB, 6 st.

## Strängnäs

Tabell 3. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	11,4	10,0	9,4	8,2	8,1	9,0	9,6	10,0	10,8
män	8,2	7,6	7,6	6,4	5,9	6,4	6,9	7,3	7,6
kvinnor	14,6	12,1	11,3	10,1	10,4	11,6	12,3	12,8	14,0
1-59 dgr	7,1	6,3	6,4	5,4	5,2	5,8	5,8	5,7	6,0
60- dgr	4,2	3,6	3,0	2,9	2,9	3,2	3,8	4,3	4,9
Psyk. diag						1,7	2,0	2,3	2,7
män						1,1	1,1	1,2	1,5
kvinnor						2,4	2,9	3,4	3,8

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Strängnäs är i december 2015 13,0 dagar, dvs markant högre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 8,6 dagar och kvinnorna 17,4 dagar.

Målsättningen för Strängnäs sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 10,6 dagar, detta motsvarar en sänkning på 18,6 procent från december 2015 till december 2020.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat i kommunen från år 2011 fram till år 2015 då andelen nästan är i nivå med 2007 års siffror. Under de senaste åren har kvinnornas ökning varit något kraftigare än männens och deras andel ligger nästan dubbelt så högt som männens.

Ökningen i de längre sjukpenningfallen har varit kraftigare under de senaste åren jämfört med de kortare där antalet varit tämligen konstant.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har stadigt ökat i kommunen sedan 2012. Ökningstakten är särskilt markant för kvinnorna.

### Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet

#### Andel sjukpenningfall

Strängnäs ligger någorlunda i paritet med länet totalt sett under hela perioden, ett år visar kommunen markant sämre och ett år visar markant bättre tal än länet.

Skillnaden mellan könen är ganska likartad; medan kvinnorna genomgående ligger i paritet med länet uppvisar männen ett år med avvikelser som är markant bättre och ett år som är markant sämre än länet.

#### *Korta och långa sjukpenningfall*

Strängnäs ligger i paritet med länet under sju av de nio åren vad gäller de kortare sjukpenningfallen, under övriga två år uppvisar kommunen avvikelser som är markant sämre än länet.

För de längre sjukpenningfallen är avvikelsen markant sämre jämfört med länet för åren 2013 – 2015 medan kommunen ligger i paritet med länet under de andra åren utom för 2007 då avvikelsen är markant bättre.

#### *Psykiatriska diagnoser*

Andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos är markant sämre jämfört med länet åren 2013 - 2015. Kvinnorna uppvisar bara röda siffror under dessa år medan männen har markant negativa avvikelser de två senaste åren.

#### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Strängnäs kommun, 151 st.

Sörmlands läns landsting, 22 st.

Scania cv AB, 21 st.

Eskilstuna kommun, 15 st.

Södertälje kommun, 12 st.

## Oxelösund

Tabell 4. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	14,2	11,1	10,3	8,8	8,4	9,4	10,6	10,1	10,6
män	10,0	7,1	6,5	6,0	5,6	6,1	7,1	7,1	7,0
kvinnor	18,2	15,7	14,4	11,9	11,5	13,0	14,5	13,4	14,7
1-59 dgr	8,4	6,9	6,5	5,6	5,6	6,0	6,4	5,5	5,7
60- dgr	5,7	4,4	3,8	3,2	2,8	3,3	4,2	4,6	5,0
Psyk. diag						1,9	2,1	2,2	2,5
män						1,1	1,0	1,4	1,1
kvinnor						2,8	3,4	3,1	4,0

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Oxelösund är i december 2015 12,2 dagar, dvs något högre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 6,9 dagar och kvinnorna 18,3 dagar.

Oxelösund uppvisar det högsta sjukpenningtalet för kvinnorna i länet år 2015.

Målsättningen för Oxelösunds sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 10,0 dagar, dvs en sänkning med 18,0 procent.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat i kommunen från år 2011 fram till år 2015 även om en viss stabilisering skett sedan 2013. Kvinnornas andel ligger mer än dubbelt så högt som männens under flera år, även 2015.

De längre sjukpenningfallen har ökat relativt kraftigt sedan 2011 medan de korta legat på en ganska stabil nivå.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har stadigt ökat i kommunen sedan 2012. Ökningstakten är särskilt markant för kvinnorna.

## **Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet**

### *Andel sjukpenningfall*

Oxelösund har markant sämre tal totalt sett under nästan alla år, bara två år ligger i paritet med länet, bl. a 2015.

Skillnaden mellan könen är stor; kvinnorna uppvisar genomgående avvikelser som är markant sämre än länet, medan männen ligger i stort sett i paritet med länet eller bättre.

### *Korta och långa sjukpenningfall*

Oxelösund uppvisare många röda siffror på de kortare sjukpenningfallen, det är enbart för åren 2014 och 2015 som kommunen ligger i paritet med länet.

För de längre sjukpenningfallen är situationen likartad, skillnaden är att kommunen ligger i paritet med länet under åren 2010 – 2012.

Inga gröna siffror redovisas, varken för de korta eller för de långa sjukpenningfallen.

### *Psykiatriska diagnoser*

Andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos är markant sämre jämfört med länet under hela perioden mellan 2012 och 2015. Kvinnorna uppvisar en betydligt sämre utveckling än männen som avviker markant bättre jämfört med länet år 2015.

### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Oxelösunds kommun, 40 st.

Nyköpings kommun, 19 st.

SSAB AB, 15 st.

Sörmlands läns landsting, 10 st.



## Nyköping

Tabell 5. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Andel</b>	11,2	9,4	8,2	8,1	7,7	8,0	8,5	9,4	9,6
<b>män</b>	7,9	6,9	6,0	5,6	5,4	5,6	5,9	6,2	6,4
<b>kvinnor</b>	14,6	11,9	10,4	10,6	10,0	10,5	11,1	12,7	12,9
<b>1-59 dgr</b>	6,4	5,6	5,2	5,1	4,9	5,0	5,0	5,5	5,4
<b>60- dgr</b>	4,8	3,8	3,0	3,0	2,8	3,1	3,5	3,9	4,2
<b>Psyk. tot</b>						1,6	1,8	2,1	2,3
<b>män</b>						0,9	1,0	1,2	1,1
<b>kvinnor</b>						2,2	2,6	3,1	3,5

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Nyköping är i 2015 10,1 dagar, dvs lägre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 6,3 dagar och kvinnorna 13,9 dagar.

Målsättningen för Nyköpings sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 8,8 dagar, dvs en sänkning med 12,5 procent.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat i kommunen från år 2011 fram till år 2015. Kvinnornas ökning har varit något kraftigare än männens och deras andel ligger drygt dubbelt så högt som männens.

Ökningen i de längre sjukpenningfallen har varit kraftigare under de senaste åren jämfört med de kortare där antalet varit tämligen konstant.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har ökat i kommunen sedan 2012. Ökningstakten är särskilt markant för kvinnorna.

### Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet

#### *Andel sjukpenningfall*

Nyköpings kommun uppvisar avvikelser som är markant bättre än länet totalt sett under fyra av de nio åren. I övrigt ligger kommunen i paritet med länet.

Skillnaden mellan könen är stor, medan männen genomgående har avvikelser som är markant bättre än länet, ligger kvinnorna i paritet med länet under hela perioden.

#### *Korta och långa sjukpenningfall*

För de kortare sjukpenningfallen uppvisar Nyköping avvikelser som är markant bättre än länet under sju av de nio åren, övriga år ligger kommunen i paritet.

För de längre sjukpenningfallen ligger kommunen i paritet med länet under alla år utom 2007.

Inga röda siffror redovisas, varken för de korta eller för de långa sjukpenningfallen.

#### *Psykiatriska diagnoser*

Andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos är i paritet jämfört med länet under hela perioden mellan 2012 och 2015. Kvinnorna uppvisar en betydligt sämre utveckling än männen som avviker markant bättre jämfört med länet under åren 2012, 2013 och 2015.

#### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Nyköpings kommun, 203 st.

Sörmlands läns landsting, 75 st.

Samhall, 18 st.

SSAB AB, 14 st.

Swenox AB, 13 st.

## Katrineholm

Tabell 6. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	10,5	10,5	8,7	8,2	8,1	8,4	8,9	9,1	10,2
män	8,1	8,4	6,7	6,7	6,4	6,6	7,4	7,0	7,6
kvinnor	13,0	12,5	10,9	9,8	9,8	10,3	10,5	11,2	12,9
1-59 dgr	6,5	6,8	5,7	5,0	5,5	5,2	5,7	5,2	5,8
60- dgr	4,1	3,7	3,0	3,2	2,6	3,2	3,3	3,9	4,4
Psyk. tot						1,7	1,9	2,1	2,2
män						1,1	1,3	1,2	1,3
kvinnor						2,3	2,5	3,0	3,3

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Katrineholm är i december 2015 12,3 dagar, dvs högre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 8,9 dagar och kvinnorna 15,8 dagar.

Målsättningen för Katrineholms sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 10,1 dagar, dvs en sänkning med 17,7 procent.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat i kommunen från år 2011 fram till år 2015. Kvinnornas ökning har varit något kraftigare än männens. Den största ökningen har skett år 2015.

Ökningen i de längre sjukpenningfallen har varit kraftigare under de senaste åren jämfört med de kortare där antalet varit tämligen konstant.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har succesivt ökat i kommunen sedan 2012. Ökningstakten är särskilt markant för kvinnorna.

### Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet

#### *Andel sjukpenningfall*

Katrineholm kommun ligger i paritet med länet totalt sett under hela perioden, undantaget år 2007 då kommunen uppvisade avvikelser som är markant bättre än länet.

Vad gäller könen uppvisar kvinnorna bättre resultat än männen. De har avvikelser som är markant bättre än länet under fyra av åren, medan männen har avvikelser som är markant sämre än länet under fyra år.

#### *Korta och långa sjukpenningfall*

För de kortare sjukpenningfallen ligger kommunen i paritet med länet under sex år. Två markanta avvikelser uppvisar gröna siffror medan en visar på röda siffror.

Situationen är likartad för de längre sjukpenningfallen. Den största skillnaden är att ingen avvikelse är markant sämre jämfört med länet.

#### *Psykiatriska diagnoser*

Andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos är i paritet jämfört med länet under perioden mellan 2012 och 2014, år 2015 uppvisar kommunen avvikelse som är markant bättre än länet.

Männen har avvikelser som är markant sämre än länet mellan 2012 och 2014 medan kvinnorna ligger i paritet med länet under tre av de fyra åren.

#### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Katrineholms kommun, 193 st.

Sörmlands läns landsting, 54 st.

Lantmännen kronfågel AB, 19 st.

Flens kommun, 10 st.

SKF, 10 st.

## Gnesta

Tabell 7. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	12,5	11,1	10,2	9,5	9,2	9,4	10,2	10,5	10,9
män	9,3	8,8	7,6	6,9	7,3	7,2	7,4	8,2	8,1
kvinnor	15,9	13,5	12,8	12,2	11,2	11,6	13,0	12,8	13,8
1-59 dgr	7,2	6,0	6,3	5,8	5,6	5,6	6,2	6,1	5,7
60- dgr	5,3	5,1	3,9	3,7	3,6	3,8	3,9	4,4	5,2
Psyk. tot						1,7	2,3	2,2	3,2
män						1,2	1,3	1,5	1,9
kvinnor						2,2	3,4	2,9	4,5

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Gnesta är i december 2015 13,7 dagar, dvs klart högre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 10,2 dagar och kvinnorna 17,4 dagar.

Målsättningen för Gnesta sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 11,1 dagar, dvs en sänkning med 19,1 procent.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat mindre i Gnesta jämfört med de flesta andra kommuner i länet. Ökningstakten är högre för kvinnorna än för männen sedan 2011.

De längre sjukpenningfallen har ökat med drygt 40 procent sedan 2011 medan de korta legat på en ganska stabil nivå. Sedan 2013 har t o m en viss minskning skett i de korta fallen.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har stadigt ökat i kommunen sedan 2012. Ökningstakten är särskilt markant för kvinnorna som har fördubblat antalet psykiatriska diagnoser mellan 2012 och 2015.

### Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet

#### *Andel sjukpenningfall*

Gnesta kommun uppvisar avvikelser som är markant sämre totalt sett jämfört med länet, förutom år 2007.

Situationen är ungefär densamma för båda könen; många år med avvikelser som är markant sämre jämfört med länet. Kvinnorna har dock några fler år då de ligger i paritet med länet.

#### *Korta och långa sjukpenningfall*

Gnesta uppvisar för de kortare sjukpenningfallen avvikelser som är markant sämre jämfört med länet under fem av de nio åren, övriga år ligger kommunen i paritet.

För de längre sjukpenningfallen är situationen ännu tydligare mot det röda hållet; under alla år utom för 2007 visar kommunen avvikelser som är markant sämre jämfört med länet.

Inga gröna siffror redovisas, varken för de korta eller för de långa sjukpenningfallen.

#### *Psykiatriska diagnoser*

Kommunen uppvisar avvikelser som är markant sämre än för länet vad gäller antalet sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos mellan åren 2013 och 2015.

Männen har avvikelser som är markant sämre än länet under hela perioden medan kvinnorna har en markant försämring år 2015. Kvinnornas tal är mer än dubbelt så högt som männens.

#### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Gnesta kommun, 37 st.

Scania AB, 10 st.

## Flen

Tabell 8. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel	11,7	9,5	9,0	8,1	8,3	8,3	9,0	9,1	9,5
män	8,8	7,4	7,2	6,5	6,1	6,8	6,9	6,7	7,2
kvinnor	14,8	11,8	10,8	9,8	10,7	10,0	11,2	11,6	11,8
1-59 dgr	7,0	5,9	5,7	5,0	5,2	5,3	5,7	5,1	5,3
60- dgr	4,8	3,7	3,3	3,1	3,1	3,1	3,3	4,0	4,1
Psyk. tot						1,4	1,6	2,2	2,2
män						0,9	0,9	1,1	1,4
kvinnor						1,9	2,3	3,4	3,1

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Flen är i december 2015 12,3 dagar, dvs högre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 9,5 dagar och kvinnorna 15,4 dagar.

Målsättningen för Flens sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 10,1 dagar, dvs en sänkning med 17,9 procent.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat ganska marginellt i kommunen från år 2010 fram till år 2015, kvinnornas ökning är kraftigare än männens.

Ökningen i de längre sjukpenningfallen har varit kraftigare under de senaste åren jämfört med de kortare där antalet varit tämligen konstant.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har ökat något i kommunen sedan 2012. Ökningstakten är kraftigare för kvinnorna.

### Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet

#### Andel sjukpenningfall

Flens kommun ligger i paritet med länet under alla år totalt sett förutom år 2015 då kommunen uppvisar en avvikelse som är markant bättre jämfört med länet.

Vad gäller könen uppvisar såväl männen som kvinnorna ungefär samma mönster som kommunen totalt sett gör. Den största skillnaden mellan könen är att männen under ett år, 2012, uppvisar en avvikelse som är markant sämre jämfört med länet medan kvinnorna inte har ett enda år med röda siffror.

#### *Korta och långa sjukpenningfall*

För de kortare sjukpenningfallen ligger Flens kommun i paritet med länet under alla år utom 2014 och 2015 då avvikelserna är markant bättre jämfört med länet.

Situationen för de längre sjukpenningfallen är mer blandad. Kommunen uppvisar såväl röda som gröna siffror under två år vardera medan övriga fem år ligger i paritet med länet. Under år 2015 är avvikelsen markant bättre jämfört med länet.

#### *Psykiatriska diagnoser*

Kommunen uppvisar avvikelse som är markant bättre än länet avseende andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos mellan åren 2012 och 2015.

Utvecklingen är ungefär densamma för männen som för kvinnorna med skillnaden att kvinnorna uppvisar en avvikelse som är markant bättre år 2015, medan männen uppvisar det motsatta.

#### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Flens kommun, 68 st.

Sörmlands läns landsting, 13 st.

Eskilstuna kommun, 7 st.

Unilever, 7 st.

Flens kommuns fastigheter, 7 st.



## Eskilstuna

Tabell 9. Andel sjukpenningfall totalt och uppdelat på kön, andel sjukpenningfall kortare och längre än 60 dagar samt andel sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos uppdelat på kön. Andelen (som anges i procentsiffror) är beräknad i relation till befolkningen.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Andel</b>	<b>11,0</b>	<b>9,6</b>	<b>8,2</b>	<b>7,6</b>	<b>7,8</b>	<b>8,4</b>	<b>9,2</b>	<b>9,4</b>	<b>10,1</b>
<b>män</b>	<b>8,7</b>	<b>7,4</b>	<b>6,5</b>	<b>6,0</b>	<b>5,6</b>	<b>6,3</b>	<b>7,0</b>	<b>6,9</b>	<b>7,5</b>
<b>kvinnor</b>	<b>13,5</b>	<b>11,8</b>	<b>10,0</b>	<b>9,3</b>	<b>10,0</b>	<b>10,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,9</b>	<b>12,8</b>
<b>1-59 dgr</b>	<b>7,1</b>	<b>6,2</b>	<b>5,4</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>6,0</b>
<b>60- dgr</b>	<b>3,9</b>	<b>3,4</b>	<b>2,8</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,9</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>4,1</b>
<b>Psyk. tot</b>						<b>1,5</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>2,2</b>
<b>män</b>						<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>
<b>kvinnor</b>						<b>2,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>3,2</b>

### Målsättning för sjukpenningtalet i kommunen, 2020

Sjukpenningtalet för Eskilstuna är i december 2015 10,1 dagar, dvs lägre jämfört med Sörmlands län som helhet, 11,4 dagar. För männen är talet 7,9 dagar och kvinnorna 13,9 dagar.

Målsättningen för Eskilstunas sjukpenningtal år 2020 är preliminärt 9,2 dagar, dvs en sänkning med 15,1 procent.

### Kommentar till tabellen

Andelen sjukpenningfall har ökat kraftigt i Eskilstuna sedan 2010, detta gäller speciellt för kvinnorna.

De längre sjukpenningfallen har ökat relativt mycket sedan år 2011 medan de korta legat på en ganska stabil nivå.

Andelen sjukpenningfall med psykiatriska diagnoser har ökat ganska marginellt i kommunen sedan 2012. Kvinnornas ökningstakt är högre än männens,

### Behovsanalys – markanta avvikelser mot medelvärdet i länet

#### *Andel sjukpenningfall*

Eskilstuna kommun ligger i paritet med länet under alla år totalt sett förutom tre av åren mellan 2007 och 2010 då kommunen uppvisar en avvikelse som är markant bättre jämfört med länet.

Vad gäller könen uppvisar såväl männen som kvinnorna ungefär samma mönster som kommunen totalt sett gör.

#### *Korta och långa sjukpenningfall*

För de kortare sjukpenningfallen ligger kommunen i paritet med länet under alla år.

De längre sjukpenningfallen uppvisar gröna siffror under åtta av de nio åren, enda undantaget gäller år 2013 då kommunen är i paritet med länet.

Inga röda siffror redovisas, varken för de korta eller för de långa sjukpenningfallen.

#### *Psykiatriska diagnoser*

Kommunen uppvisar avvikelse som är markant bättre än länet avseende andelen sjukpenningfall med psykiatrisk diagnos för tre av åren mellan 2012 och 2015.

Utvecklingen är ungefär densamma för männen som för kvinnorna med skillnaden att kvinnorna uppvisar en avvikelse som är markant bättre än för länet år 2015, medan männen uppvisar det motsatta.

#### **Arbetsgivare med flest antal pågående sjukpenningfall i kommunen, 18/12 2016.**

Eskilstuna kommun, 507 st.

Sörmlands läns landsting, 154 st.

Volvo AB, 26 st.

Eskilstuna kommunfastigheter, 25 st.

Hennes & Mauritz, 24 st.